

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ №2 КАФЕДРАСИ**

«ОЛИЙ ТОИФАЛИ ҲАМШИРАЛИК ИШИ»

3- КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

**АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА
ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИДАН**

**(ТАНЛОВ ФАНИ БЎЙИЧА)
ЎҚУВ УСЛУБИЙ МАЖМУА**

Билим соҳаси: 700000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот.

Таълим соҳаси: 720000 – Соғдикни сақлаш.

Таълим йуналиши: 5510700 – Ҳамширалик иши йўналиши

Бухоро – 2019

АННОТАЦИЯ

Ушбу ўқув услубий қўлланма олий малакали ҳамширалар учун «акушерликда ҳамширалик иши» фанидан акушерликда учрайдиган асосий касалликларнинг диагностикаси билим ва кўникмаларни ишлаб чиқиш, ташхислаш ва профилактикаси, госпитализацияга бўлган этапда шошилиш ёрдам бериш, амбулатор даволаш принциплари; госпитализацияга кўрсатма, мутахассисга йўлланма бериш принциплари, нормал ва патологик туғруқларни олиб бориш, акушерликда кўп учрайдиган ҳолатлар ва касалликлар бўйича талабаларга чуқур назарий билим бериб, пухта амалий кўникмаларни ўргатишга қаратилган.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ, СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ №2 КАФЕДРАСИ

**Ўқув бўлими
томонидан рўйхатга**

**олинди № _____
« _____ » _____ 2019 й.**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

*Ўқув ишлари проректори
т.ф.н.доц _____ Жарылқасинова Г.Ж.
« _____ » _____ 2019 й.*

« Олий тоилфали хамширалик иши » 3- курс талабалари учун

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

фани бўйича

(танлов фани)

Ишчи дастур

2019-2020 ўқув йили

Таълим шифри - 510000 «Соғлиқни сақлаш»

Таълим йўналиши:

5510700 – Олий ҳамширалик иши

Умумий соат 1194

Жами соат 765

Маъруза 40

Амалий машғулот 343

Клиник машғулот 382

Бухоро – 2019

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

Тузувчилар:

Негматуллаева М.Н. - “Акушерлик ва гинекология №2” т.ф.д., профессор.

Ахмедов Ф.Қ. – “Акушерлик ва гинекология №2” кафедраси ассистенти катта
ўқитувчиси, PhD

Туксанова Д.И.- Акушерлик ва гинекология №2” кафедраси мудири т.ф.д.

Такризчилар:

Ўроқов Ш.Т –Хирургик касалликлар, анестезиология ва реаниматология
кафедраси мудири, т.ф.д. , проф.

Каримова Н.Н. –Акушерлик ва гинекология №1 кафедраси ассистенти катта
ўқитувчиси, т.ф.н.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510100 -`Даволаш иши
ва 5111000 – Касбий та`лим йўналиши бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида
муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2019 й.

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

(имзо)

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510100 -`Даволаш иши ва
5111000 – Касбий та`лим йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт
институтининг марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2019 й.

Услубчи:

Жумаева Ш .Б. _____

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ, СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

«Олий ҳамширалик иши» 3- курс талабалари учун

Акушерликда ҳамширалик иши фани бўйича
(танлов фани)

Ишчи дастур
2019 -2020 ўқув йили

Таълим шифри - 510000 «Соғлиқни сақлаш»
Таълим йўналиши:

5510700 – Олий ҳамширалик иши

Соат ҳажми – 765

Шу жумладан:

Маъруза – 40

Амалий машғулот – 343

Клиник машғулот - 382

Мустақил иш –429

КИРИШ

Олий тоифали ҳамширалик иши йўналишининг 2 курс талабалари учун “Акушерликда ҳамширалик иши ” фанининг ишчи дастури Давлат стандартлари ва бакалавр - олий ҳамширалик иши талими йўналишининг квалификацион характеристикаси ҳамда Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил “ 22” 01 даги “ 5510700”-сонли буйруғи билан тасдиқланган фан дастури асосида ишлаб чиқилган.

“Акушерликда ҳамширалик иши” фани кўйидагиларни ўргатади: ҳомиладорлик ва туғруқ жараёни рационал амалга ошириш, ташхис қўйиш, ҳомиладорларни парваришини илмий асосланган ҳолда бажариш, жамоа тарзини шакллантириш, беморлардаги мавжуд муаммоларини ҳал қилишни тиббий йўл билан ёритиш мақсадида илмий ва назарий билимларни ўрганиш учун мўлжалланган. Фаннинг бакалавр таёрлашда ўрни ва аҳамияти. Акушерликда ҳамширалик иши фанидан амалий кўникмаларни талабаларга ўргатиш, кўп тарқалган ҳомиладорликда учрайдиган касалликларни ташхислаш, даволаш, реабилитация ва диспансеризацияси ва госпиталгача босқичда шошилиш тез ёрдамни кўрсатиш белгиланган.

Фанининг мақсад ва вазифалари

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

Фанининг 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 ҳомиладорларни муддатларини ва госпитализация критерияларини ўргатиш;
- ташхислашни, шошилиш тез ёрдам кўрсатишни, беморларни бошқа муассасаларга ҳавфсиз ва ўз вақтида юборишни ўргатиш;

- асоратланмаган, асосий ҳомиладорлик касалликларни даволаш, таъхислаш ва диспансеризациялаш кўникмаларини ишлаб чиқариш;

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

«Акушерликда хамширалик иши» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- ҳомиладорлар ва беморлар стационар ва амбулатор даволаш критерийлари, репродуктив саломатлик асослари ва оилани режалаштириш принциплари, ҳомиладорлар 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, ҳомила ҳолатини баҳолаш, амбулатор даволаш эффективлигини баҳолаш ва реабилитацион чораларни ўтказиш, контрацептивларни индивидуал танлашда маслаҳатлашни ўтказиш, госпиталгача босқичда шошилиш тез ёрдамни кўрсатишни **билиши керак**;

- ҳомиладорлик ва туғруқ муддатларини аниқлаш, ҳомила вазнини аниқлаш, кўзгуларда кўриш, бачадон ва ортиқларини бимануал кўриги, ташқи акушерлик кўриги, ҳомила юрак уришини эшитиш, цитологияга суртма олиш, оғир прееклампсия, эклампсия ва бачадондан қон кетганда шошилиш чора тadbирлари **кўникмаларига эга бўлиши керак**.

Физиологик ҳомиладорликни олиб бориш, асоратланмаган экстрагенитал касалликларда ҳомиладорлик, **ҳомиладорлар эрта токсикозлари**, ҳомиладорликдаги гипертензив ўзгаришлар, лактостаз, гипогалактия, асоратланмаган мастит, ҳомиладорлар камқонлиги **малакаларига эга бўлиши керак**.

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

Акушерликда хамширалик иши клиник фан ҳисобланиб, 3, 4, - 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 этарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Акушерликда хамширалик иши 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 фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информатсион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда кўп функционал фантом ва муляжлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутди. Бу эса таълимни лойиҳалаштириладиганда, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндошлишни назарда тутди.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантикийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсивлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

Диалогик ёндошув. Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш. Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

Муаммоли таълим. Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усуллари ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усуллари қўллаш – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

Ўқитишнинг усуллари ва техникаси. Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

Ўқитишни ташкил этиш шакллари: диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

Ўқитиш воситалари ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компьютер ва ахборот технологиялари.

Коммуникация усуллари: тингловчилар билан оператив тескари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

Тескари алоқа усуллари ва воситалари: кузатиш, блиц-сўров, оралик, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

Бошқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулоти босқичларини белгилаб берувчи технологик харита кўринишидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, қўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

Мониторинг ва баҳолаш: ўқув машғулотида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Акушерликда ҳамширалик иши” фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Акушерликда ҳамширалик иши фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Мен шунга лойиқман

Маъруза машғулотида талабаларда дарсдан ташқари пайтда эгаллаган амалий билимларини бевосита синаб кўриш имкониятлари пайдо бўлади. Улар берилган вазифани бажариш давомида ортирган билимларини тезкор баҳолаш мақсадида баҳолашнинг амалда синаб кўрилган қуйидаги услубини, “Мен шунга лойиқман.” технологиясини таклиф этамиз.

Бунда:

- талабалар олдиндан тайёрланиб, тарқатилган саволларга тайёрлиги асосида гуруҳларга ажраладилар. Ким ўзини қайси баҳога лойиқ деб топса, шу гуруҳга қўшилади. “Аъло”, “Яхши”, “Қониқарли”. Агар талаба бугунги дарсда баҳолаш мезонига кўра 3 баллик жорий баҳога эга бўлиши керак бўлса, аъло-2.6-3 балл, яхши-2.2-2.5 балл, қониқарли-1.7-2.1 балл сифатида баҳоланади;
- ҳар бир гуруҳ учун аввалдан тайёрланган саволлар тизими мавжуд бўлиб, дастлаб “Аъло” баҳолар гуруҳи билан шуғулланилади;
- шу гуруҳга мос саволга жавоб топган талаба ўйиндан, албатта, “аъло” баҳоси билан чиқади;

- гуруҳдаги барча саволлар бериб бўлингач, биронта ҳам саволга жавоб беролмаган, лекин аъло баҳога даъвогар талаба куйироқ гуруҳга кўшилишга мажбур бўлади;
- жараён шу таҳлит давом этиб, барча гуруҳларнинг саволларига жавоб тополмаган талаба вазифани топишолмаган ҳисобланади.

Усулни қўллашдан кутиладиган самаралар:

- талабада ўзининг имкониятларини “чамалаш”, яъни ўз-ўзини баҳолаш имконияти пайдо бўлади;
- “шу баҳога” лойиқ бўлиш учун талаба астойдил ҳаракат қилади, бирмунча кийинроқ саволларга ҳам жавоб бериши керак бўлади, бу уни кўпроқ малумот йиғишга ва фикрларини асослашга мажбур қилади;
- талаба иложи борида “юқорироқ” гуруҳ таркибига киришга интилади, бу уни муттасил ўз устида ишлашга олиб келади;
- ҳар бир талаба “ўзи” учун ҳаракат қилиши лозим, бу унда масъулияти ҳиссини пайдо қилади;
- баҳолаш учун унчалик кўп вақт сарфланмайди.

Умуман олганда, усулни қўллаш натижасида ҳар бир талабада “ўсиш” имконияти мавжуд бўлиб, бу баҳолашнинг объектив амалга ошишини таъминлайди, яъни ўқитувчида “бу 3 баҳо олувчи талаба” деган фикрни алмашишига олиб келади.

“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”

Мақсад: Талабаларни вазиятли масала мазмунига кўра ижодий фикрлаши ва клиник мушоҳадасини ўрганиш ва баҳолаш.

Бунда талабаларга мазкур мавзуга тегишли вазиятли масалалар ва ҳарорат эгри чизиғи варақалари тарқатилади. Талаба масала мазмунини чуқур ўрганиб, клиник белгилар ва лабораториявий маълумотларни кунига мос ҳолда варақада акс эттиради, ташхис қўяди ва даволаш тадбирларини белгилайди.

Мушоҳадали фикр

Мавзу мазмунини мустаҳкамлаш мақсадида тингловчилар ўзлаштириш даржасини билиш учун ушбу педагогик технология қўлланилади. Тингловчилар фикрлари таҳлил қилинилади. Мушоҳадали фикр билдирган тингловчи рағбатлантирилади.

“Уч босқичли интервью” услуги

Мақсад: Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндашишни ўргатиш.

Асосий тамойиллари: Гуруҳ 2-3 та кичик гуруҳчаларга бўлинади ва талабаларга рол бўлиб берилади: шифокор, бемор, эксперт. Бемор ролини ижро этаётган талабага ташхис яширин этказилади. Бемор касаллик шикоятлари, касалликнинг ривожланиши, эпидемиологик анамнез, врач эса бемор билганлар ва унда касаллик туфайли юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни мукамал билиши шарт. Ҳар бир врач бемор билан маслаҳатни 10-15 дақиқа мобайнида олиб боради. Эксперт иштирокчилар (бемор ва врач) фаолиятини қуйидаги 3 бўлим бўйича баҳолайди:

1. Нима тўғри қилинди?

2.Нима нотўғри қилинди?

3.Қандай бажарилиши керак эди

“Стол ўртасидаги ручка” усулини ўтказиш сценарийси

Талабалар учун битта топшириқ берилади. Шу топшириқ асосида талаба 1 та жавоб намунасини ёзиб, ўзини ручкасини стол атрофида айлантирган ҳолда кейинги талабага узатади.

“Қопдаги мушук” услуби

Мақсад: Талабалар ушбу мавзу юзасидан чуқур билимга эга бўлишни таъминлаш.

Тамойиллари: Ўқитувчи талабалар учун мавзу бўйича саволлар тайёрлайди. Дарс вақтида талаба рўйхат бўйича қопдан саволларнинг бирини олади. Бу махсус карточка қилиб тайёрланган бўлади.Талабалар карточкаларни тортиб олади. Саволларга жавобни ёзма бажаради. Вазифани текширгач консультантлар баллар миқдорини эълон қилади ва зўрларининг балларини айтади.

3. Ўқув соатлари миқдори

Умум. Соат.	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулотлари бўйича тақсимланиши (соат)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Клиник машғулот	
1194	765	40	343	382	429

4. Маърузалар

4.1. Маъруза машғулотларининг тематик режаси

Маъруза машғулотлар мавзуси.

№	Номи	Соат
1	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари	2
2	Физиологик хомиладорлик. Уруғланиш. Ҳомиланинг ривожланиш этаплари. Хомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар. Гравидограмма тўғрисида тушунча. Хомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув.	2
3	Физиологик хомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник лаборатор ташхисларни. Акушерликда ташхислаш	2

	усуллари. Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси.	
4	Бехатар оналик тамойиллари. Хамрох туғруқлар. Партограмма. III даврни фаол олиб борилиши. Чилла даври. Кўкрак сути билан эмизиш тамойиллари.	2
5	Ҳомиладорларда кўнгил айланиш ва қусиш синдроми, клиник ва лаборатор диагностикаси, ҳамширалик жараён хусусиятлари.	2
6	Акушерликда гипертензив синдром ҳамширалик жараён хусусиятлари.	2
7	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар.	2
8	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми.	2
9	Ҳомиладорлик даврида гипертермия ҳолатлари (ИМТ, Нафас йўллари ўткир касалликлари). оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми. Ҳомиладорликда анемияси. Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ҳомиладорликда буйрак касалликлари.	2
10	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳомила ва чақалоқларнинг гемолитик касалликлари.	2
11	Замонавий акушерликда тор чаноқ. Чаноқ ва ҳомила боши диспропорцияси белгилари жадал ёрдам кўрсатиш.	2
12	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.	2
13	Гинекология фани ривожланиш этаплари. Нормал ҳайз цикли ва унинг бошқарилиши. Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.	2
14	Ҳайз цикли бузилишлари. Таснифи. Аменорея. Бачадондан дисфункционал қон кетишлар.	2
15	Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетиш синдроми.	2
16	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш жараёнида оғриқ ва гипертермия синдроми.	2
17	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рақ олди касалликларида ҳамширалик жараёни.	2
18	Тухумдон ўсмалари.	2
19	Бепушт никоҳ.	2
20	Репродуктив саломатликни химоя қилиш усуллари, ОМХ вазифалари. Контрацепция усуллари ва обзори.	2
	Жами:	40 соат.

Мавзу 1.

Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари. Физиологик акушерлик. Акушерлик тарихи ва фалсафаси. Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 2.

Физиологик хомиладорлик. Уруғланиш. Ҳомиланинг ривожланиш этаплари. Хомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар. Гравидограмма туғрисида тушунча. Хомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 3.

Физиологик хомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник лаборатор ташхисларни. Акушерликда ташхислаш усуллари. Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси. А-1,2,3,6,7,8. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 4.

Бехатар оналик тамойиллари. Хамроҳ туғруқлар. Партограмма. III даврни фаол олиб борилиши. Чилла даври. Кўкрак сути билан эмизиш тамойиллари. А-1,2,3,6,7,8. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 5

Ҳомиладорларда кўнгил айланиш ва қусиш синдроми, клиник ва лаборатор диагностикаси, ҳамширалик жараён хусусиятлари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 6

Акушерликда гипертензив синдром ҳамширалик жараён хусусиятлари. Хомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни даволашнинг замонавий усуллари принстиплари. Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни бошланишининг юқори хавфи бўлган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Ҳамширалик жараён хусусиятлари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,24,6,9,10.

Мавзу 7

Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган

юлдошнинг Гинекология фани ривожланиш этаплари. муддатида
илгари ажралиши. Юлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез.
Классификация, клиник кўринишлар. Ташхис усуллари. Асоратлар.
Хомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва
хамширалик парвариши хусусиятлари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-
1,2,4,6,8,9,10.

Мавзу 8.

Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Бачадон деворига юлдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва юлдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида кисилиши. Бачадон гипотонияси, атонияси. юлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.

Мавзу 9

Хомиладорлик даврида гипертермия ҳолатлари (ИМТ, Нафас йўллари ўткир касалликлари). оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми. Хомиладорликда анемияси. Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда буйрак касалликлари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 10

Хомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳомила ва чақалоқларнинг гемолитик касалликлари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 11

Замонавий акушерликда тор чанок. Чанок ва ҳомила боши диспропорцияси белгилари жадал ёрдам кўрсатиш. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 12

Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 13

Нормал ҳайз цикли ва унинг бошқарилиши.

Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ултратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс томография. Аёллар жинсий аъзоларининг анатомия ва физиологияси. Гениталий аъзоларининг ўсмалари. Хайз цикли регуляцияси. Умумий симптоматика. Тухумдонлар фаолиятининг текширишнинг асосий усуллари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 14

Хайз цикли бузилишлари. Таснифи. Аменорея. Бачадондан дисфункционал қон кетишлар. Хайз цикли бузилишлари таснифи. Аменорея. Таснифи. Этиологияси, патогенези. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциплари. Аёллар турли ёш давларида дисфункционал қон кетишлари. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси. Текшириш усуллари, даволаш принциплари. Профилактикаси. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 15

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетиш синдроми. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, трофобластик касаллик, ўз-уздан аборт. Хирургик асоратлар билан қийёслама ташхис ўтказиш. ОМХ тактикаси. Ўз-уздан аборт. Этиопатогенези, клиникаси, давлари, ташхис қўйиш, ОМХнинг бачадондан ташқари ҳомиладорлик, клиникаси ва ташхиси. Классификацияси. Эл бўғоз ҳақида тушунча, хорионепителиома. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 16

Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш жараёнларида оғриқ ва гипертермия синдроми. Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш жараёнлари этиологияси ва патогенези. Носпестифик ва спестифик яллиғланиш жараёнлари. Клиникаси. ОМХ тактикаси. Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш жараёнлари ҳақида тушунча. Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 17

Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида хамширалик жараёни. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциплари.

Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 18

Тухумдон ўсмалари. Тухумдон яхши сифат ўсмалари. Учраши, этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси. Тухумдон ретенцион ҳосилалари. Асоратлари. Тухумдон ёмонсифат ўсмалари. Таснифи. Симптоматика, диагностикаси, даволаш принтиплари. Профилактик кўрувлар аҳамияти, ультратовушли текширув (УТТ). Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 19

Бепушт никоҳ. Бепушт никоҳ. Аёллар ва эркеклар бепуштлиги. Аёллар бепуштлиги таснифи, най, эндокрин бепуштлиги. Иммунологик бепуштлик. Текшириш усуллар, диагностикаси, даволаш принциплари. Адабиётлар: А-1,2,3,6,7,8. Қ-1,2,4,6,7,8, 12.

Мавзу 20

Репродуктив саломатликни химоя қилиш усуллари, ОМХ вазифалари. Контрацепция усулларининг обзори. Реподуктив саломатлик тушунчаси. Оналик ўлими тушунчаси. Репродуктив давр ҳақида тушунча. Бола туғиш эшидаги аёлларни соғломлаштиришда ОМХ нинг ўрни. Соғлом турмуш тарзи ҳақида тушунча. Қиз болаларни жинсий ҳаётга тайёрлаш, жинсий ҳаёт гигиенаси. Дунё мамлакатларида контрастептив воситалардан фойдаланиш кўрсаткичлари.

5. Амалийк ва клиник машғулотларнинг тематик режаси

№	Амалий ва клиник машғулотларнинг мавзу номлари	маъруза	Амалий машғулот	Клиник маъғулот	ҳаммаси
1	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари. Акушерлик тарихи ва фалсафаси.	2	2	2	6
2	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли.		2	4	6
3	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.	2	2	2	6

4	Акушерликда потранаж хизмати.		2	4	6
5	Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар.		3	3	6
6	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари.	2	2	2	6
7	Гравидограмма тўғрисида тушунча. Ҳомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув.	2	2	2	6
8	Туғруқ жараёнларида, парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш.		3	3	6
9	Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш.		2	4	6
10	Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Туғруқ жараёнларида, туғруқдан кейинги парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш. Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.		3	3	6
11	Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси.		2	4	6
12	Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш.		2	4	6
13	Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш.		3	3	6
14	Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар.		3	3	6
15	III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар.		2	4	6
16	Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш.		2	4	6
17	Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар.		3	3	6
18	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари.	2	2	2	6
19	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида ҳамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш.		3	3	6
20	Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш.		3	3	6

21	Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези ҳақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш.	2	2	2	6
22	Акушерликда гипертензив синдром. Ҳомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни даволашнинг замонавий усуллари принциплари.		3	3	6
23	Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган ҳомиладорлар хавф гуруҳлари. Ҳамширалик жараён хусусиятлари.		3	3	6
24	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ҳомиладорликда анемия. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика варабилитатсион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.	2	2	2	6
25	Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.		3	3	6
26	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ўпка (бронхит, пневмония, бронхиал астма) касалликлари. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.		2	4	6
27	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.		3	3	6

28	TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда ҳомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари.		3	3	6
29	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.	2	2	2	6
30	Ҳомилани ва чақалоқни гемолитик касаллиги. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.		3	3	6
31	Ҳомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Ҳомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи ҳомила тушишларининг клиникаси ва ташхиси. Муддатидан олдинги туғруқ. Ҳомиладорлик муддати, ҳомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг ҳолатига қараб бошқариш тактикаси.		2	4	6
32	Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар.		3	3	6
33	Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилиш ҳолатлар ва муаммолар.		3	3	6
34	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари.	2	2	2	6
35	Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Ҳомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари.		3	3	6
36	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши,		3	3	6

	ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш.				
37	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш.		2	4	6
38	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш.		3	3	6
39	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетишларнинг сабаблари.	2	2	2	6
40	Бачадон деворига йўлдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йўлдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши.		3	3	6
41	Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.		3	3	6
42	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика.		3	3	6
43	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика.		2	3	6
44	Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли ҳамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш.		3	3	6
45	Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар.		3	3	6
46	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. ЖССТ тавсиясига кўра окситоцинда туғруқ индукцияси. олий		3	3	6

	маълумотли хамширанинг роли.				
47	Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли.	2	2	2	6
48	Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли.		3	3	6
49	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси		3	3	6
50	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Оралик, йиртилишида Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.		2	4	6
51	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.		3	3	6
52	Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.		3	3	6
53	Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли.		2	4	6
54	Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари.		3	3	6
55	Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш.		2	4	6
56	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари.		3	3	6
57	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция.		3	3	6
58	Краниотомия. Эмбриотомия.		2	4	6

59	Ҳомилада шошилиш ҳолатлари ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.		3	3	6
60	Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH-инфекциялар туғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси.		3	3	6
61	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш.		3	3	6
62	ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомилдорларда антенаталь, антиретровирус препаратларини буюриш. Туғдириш усуллари (электив кесар кесиш), туғруқни бехатар олиб бориш.		2	4	6
63	Чақалоқни бехатар эмиши амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ.		3	3	6
64	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.	2	2	2	6
65	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.		3	3	6
66	Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.		3	3	6
67	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.		3	3	6
68	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.		3	3	6
69	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.	2	2	2	6

70	Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишининг ўзига хос хусусияти		3	3	6
71	Аёллар жинсий аъзоларинининг анатомияси		3	3	6
72	Аёллар жинсий аъзоларинининг физиологияси.		2	4	6
73	Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.		3	3	6
74	Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари.		3	3	6
75	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография.		3	3	6
76	Функционал диагностика тестлари.		3	3	6
77	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли	2	2	2	6
78	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши бачадон цикли		3	3	6
79	Ҳайз цикли бузилишлари.		3	3	6
80	Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари.		3	3	6
81	Аменорея синдромида хамширалик жараёни		3	3	6
82	Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча.		2	4	6
83	Гипоменструал синдром.		3	3	6
84	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси.		3	3	6
85	Ҳайз олди, климактерик, кастрациядан сўнги синдромларда олий маълумотли хамширанинг тактикаси ва жараёни.		3	3	6
86	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар.		3	3	6
87	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар.		3	3	6
88	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар.		3	3	6

89	Жарохлик гинекологияда хамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари.		2	4	6
90	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар.	2	2	2	6
91	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмаларини ўзлаштириш.		3	3	6
92	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.		3	3	6
93	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбугоз, хорионэпителиома.		3	3	6
94	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли		3	3	6
95	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. . ОМХ роли		3	3	6
96	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.		3	3	6
97	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли		3	3	6
98	Оғриқ синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли		3	3	6
99	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вульвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.	2	2	2	6
100	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.		3	3	6
101	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.		3	3	6
102	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.		3	3	6
103	Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари.		3	3	6
104	torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири.		3	3	6
105	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси.		2	4	6
106	Симптомли бачадон миомаси ҳақида тушунча.		3	3	6

107	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар.		3	3	6
108	Эндометриоз хақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли.		3	3	6
109	Эндометриоз хақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли.		2	4	6
110	Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш..		3	3	6
111	Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш.		3	3	6
112	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.	2	2	2	6
113	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.		3	3	6
114	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси.	2	2	2	6
115	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида хамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси.		3	3	6
116	Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли		3	3	6
117	Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни.		3	3	6
118	Бепуштлиқ. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари.	2	2	2	6
119	Эркалар ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.		3	3	6
120	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш.		3	3	6
121	Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш.		3	3	6
122	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари.		3	3	6
123	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар.	2	2	2	6
124	Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши.		3	3	6
125	Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши.		3	3	6

126	Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари		3	3	6
127	Биологик контрацепция усуллари		3	2	5
128	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказиш сослари. Шошилиш контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари.		3	2	5
	Жами:	40	343	382	765

5.1. Амалий машғулотларнинг мавзулари мазмуни

№	Амалий машғулотларнинг номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўлаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари. Акушерлик тарихи ва фалсафаси. Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамни ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар. Хомиладорлик муддатини аниқлаш. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
2	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар. Хомиладорлик муддатини аниқлаш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
3	Хомиладор аёлларни текшириш усуллари. Хомиладорлик муддатини аниқлаш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
4	Акушерликда потранаж хизмати. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
5	Физиологик ҳомиладорлик. Хомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
6	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
7	Гравидограмма тўғрисида тушунча. Хомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

8	Туғруқ жараёнларида, парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш. <i>“Думалоқ стол”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
9	Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
10	Акушерликда хамшираларнинг роли. Туғруқ жараёнларида, туғруқдан кейинги парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш. Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
11	Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” “Мия штурми”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
12	Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш. <i>“Қопдаги мушук ўйини”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
13	Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
14	Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар. <i>“Думалоқ стол”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
15	III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
16	Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
17	Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар. Инцидент	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
18	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
19	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида хамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
20	Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
21	Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези ҳақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	
22	Акушерликда гипертензив синдром. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давланинг замонавий усуллари принциплари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
23	Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Ҳамширалик жараён хусусиятлари. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
24	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда анемия. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика вараабилитатсион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
25	Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
26	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ўпка (бронхит, пневмония, бронхиал астма) касалликлари. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
27	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. Ин Цидент	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
28	TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда хомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
29	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

30	Ҳомилани ва чақалоқни гемолитик касаллиги. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
31	Ҳомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Ҳомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи ҳомила тушишларининг клиникаси ва ташхиси. Муддатидан олдинги туғруқ. Ҳомиладорлик муддати, ҳомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг ҳолатига қараб бошқариш тактикаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
32	Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. “Думалоқ стол” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
33	Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилиш ҳолатлар ва муаммолар. “Мия штурми” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
34	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
35	Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Ҳомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
36	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
37	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
38	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш. “Думалоқ стол” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
39	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги	A-1, 3,4,5,7,8.

	кон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетишларнинг сабаблари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	Қ-1,3,5,6,9
40	Бачадон деворига йўлдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йўлдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
41	Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
42	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
43	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
44	Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Кон кетиш хавфи бўлган хомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
45	Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
46	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. ЖССТ тавсиясига кўра окситоцинда туғруқ индукцияси. олий маълумотли хамширанинг роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
47	Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
48	Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабелитацион муолажаларни	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	
49	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
50	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Оралик, йиртилишида Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
51	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнини ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
52	Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
53	Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
54	Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
55	Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
56	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
57	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция. <i>“Мия штурми”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
58	Краниотомия. Эмбриотомия. <i>“Мия штурми”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
59	Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
60	Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH–инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
61	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан	A-1, 3,4,5,7,8.

	болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш. “Думалоқ стол”.	Қ-1,3,5,6,9
62	ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенаталь, антиретровирус препаратларини буюриш. Туғдириш усуллари (электив кесар кесиш), туғруқни беҳатар олиб бориш. “ <i>Стол ўртасида ручка</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
63	Чақалоқни беҳатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ. “ <i>Стол ўртасида ручка</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
64	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. “ <i>Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
65	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. “ <i>Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
66	Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. “ <i>Мия ىтурми</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
67	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. “ <i>Мия ىтурми</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
68	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
69	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
70	Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
71	Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси. “ <i>Қондаги мушук</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8.

	ўйини”	Қ-1,3,5,6,9
72	Аёллар жинсий аъзоларининг физиологияси. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
73	Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
74	Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
75	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
76	Функционал диагностика тестлари. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
77	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
78	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши бачадон цикли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
79	Ҳайз цикли бузилишлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
80	Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
81	Аменорея синдромида хамширалик жараёни. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
82	Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
83	Гипоменструал синдром. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
84	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
85	Ҳайз олди, климактерик, кастрациядан сўнги синдромларда олий маълумотли хамширанинг тактикаси ва жараёни. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
86	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

87	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
88	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
89	Жарохлик гинекологияда хамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
90	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
91	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
92	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
93	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
94	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
95	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
96	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
97	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
98	Оғриқ синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
99	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вульвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
100	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	
101	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
102	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
103	Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
104	torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
105	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
106	Симптомли бачадон миомаси ҳақида тушунча. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
107	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
108	Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
109	Эндометриоз ҳақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
110	Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
111	Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
112	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
113	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
114	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
115	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида хамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

116	Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
117	Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
118	Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
119	Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
120	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш. “Мия итурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
121	Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш. “Мия итурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
122	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
123	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
124	Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
125	Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
126	Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
127	Биологик контрацепция усуллари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
128	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслахат ўтказиша сослари. Шошинч контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмалари. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

5.2. Ўқув клиник амалиёти

Мавзувий режа бўйича Бухоро вилояти перинатал маркази бўлимларида амалий кўникмаларни эгаллаш лабораториясида ўтказилади.

Клиник машғулотлар мавзулари мазмуни

№	Амалий машғулотларнинг номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари. Акушерлик тарихи ва фалсафаси. Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамни ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар. Хомиладорлик муддатини аниклаш. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
2	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар. Хомиладорлик муддатини аниклаш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
3	Хомиладор аёлларни текшириш усуллари. Хомиладорлик муддатини аниклаш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
4	Акушерликда потранаж хизмати. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
5	Физиологик ҳомиладорлик. Хомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
6	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
7	Гравидограмма тўғрисида тушунча. Хомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
8	Туғруқ жараёнларида, парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
9	Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш. “Стол ўртасида ручка” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
10	Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Туғруқ жараёнларида, туғруқдан кейинги парваришlashда ҳамширалик жараёнини	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	ташқил этиш. Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”	
11	Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
12	Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш. “Қопдаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
13	Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
14	Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар. “Думалок стол”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
15	III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
16	Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда хамширалик жараёнини ташқил этиш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
17	Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар. Инцидент	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
18	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
19	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида хамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
20	Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
21	Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези хақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
22	Акушерликда гипертензив синдром. Ҳомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давланишнинг замонавий усуллари принциплари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

23	Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Ҳамширалик жараён хусусиятлари. <i>“МиЯ штурми”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
24	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда анемия. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика вараабилитатсион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
25	Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
26	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ўпка (бронхит, пневмония, бронхиал астма) касалликлари. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. <i>“Думалоқ стол”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
27	Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. Ин Цидент	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
28	TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда хомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
29	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. <i>“Думалоқ стол”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
30	Ҳомилани ва чақалоқни гемолитик касаллиги. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
31	Хомиладорликни кўтара олмаслик синдроми.	A-1, 3,4,5,7,8.

	Ҳомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи ҳомила тушишларининг клиникаси ва ташҳиси. Муддатидан олдинги туғруқ. Ҳомиладорлик муддати, ҳомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг ҳолатига қараб бошқариш тактикаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	Қ-1,3,5,6,9
32	Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
33	Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилиш ҳолатлар ва муаммолар. “Мия штурми” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
34	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташҳис усуллари. Асоратлари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
35	Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Ҳомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
36	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташҳис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
37	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
38	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш. “Думалоқ стол” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
39	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетишларнинг сабаблари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
40	Бачадон деворига йўлдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йўлдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши. “Уч босқичли	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	
41	Бачадон гипотонияси, атонияси. Йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
42	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. <i>“Стол ўртасида ручка”</i> .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
43	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
44	Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
45	Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
46	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. ЖССТ тавсиясига кўра окситоцинда туғруқ индукцияси. олий маълумотли хамширанинг роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
47	Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
48	Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабilitацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
49	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
50	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Оралик, йиртилишида Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва	A-1, 3,4,5,7,8.

	профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли. “Стол ўртасида ручка”.	Қ-1,3,5,6,9
51	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
52	Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли. “Стол ўртасида ручка”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
53	Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
54	Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
55	Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
56	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
57	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция. “Мия штурми”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
58	Краниотомия. Эмбриотомия. “Мия штурми”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
59	Ҳомилада шошилинич ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
60	Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH–инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
61	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш. “Думалоқ стол”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
62	ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенаталь, антиретровирус препаратларини буюриш. Туғдириш усуллари (электив кесар кесиш), туғруқни бехатар олиб бориш. “Стол ўртасида	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

	<i>ручка”.</i>	
63	Чақалокни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалокларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ. <i>“Стол ўртасида ручка”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
64	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
65	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. <i>“Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
66	Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. <i>“Мия штурми”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
67	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. <i>“Мия штурми”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
68	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
69	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
70	Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
71	Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
72	Аёллар жинсий аъзоларининг физиологияси. <i>“Мия штурми”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
73	Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. <i>“Мия штурми”.</i>	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

74	Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
75	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография. “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
76	Функционал диагностика тестлари. “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
77	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли. “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
78	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши бачадон цикли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
79	Ҳайз цикли бузилишлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
80	Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
81	Аменорея синдромида хамширалик жараёни. “Думалоқ стол”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
82	Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
83	Гипоменструал синдром. “Стол ўртасида ручка”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
84	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
85	Ҳайз олди, климактерик, кастрациядан сўнги синдромларда олий маълумотли хамширанинг тактикаси ва жараёни. . “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
86	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар. . “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
87	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар. “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
88	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар. “Мия штурми”.	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

89	Жароҳлик гинекологияда хамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
90	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
91	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. “Думалоқ стол” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
92	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. “Думалоқ стол” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
93	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома. “Стол ўртасида ручка” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
94	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли. “Стол ўртасида ручка” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
95	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли. “Мия штурми” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
96	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. “Мия штурми” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
97	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
98	Оғриқ синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли. “Қондаги мушук ўйини”	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
99	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вульвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
100	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
101	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Думалоқ стол” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
102	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. “Стол ўртасида ручка” .	A-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

103	Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари. “Стол ўртасида ручка”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
104	TORCH инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
105	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
106	Симптомли бачадон миомаси ҳақида тушунча. “Стол ўртасида ручка”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
107	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар. “Стол ўртасида ручка”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
108	Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
109	Эндометриоз ҳақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
110	Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
111	Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш. “Қондаги мушук ўйини”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
112	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
113	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
114	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси. “Думалоқ стол”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
115	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида хамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси. “Думалоқ стол”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
116	Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
117	Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни. “Уч босқичли интервью (бемор, шифокор, эксперт)”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

118	Бепуштлиқ. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари. “Думалоқ стол”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
119	Эркаклар ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари. “Думалоқ стол”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
120	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш. “ <i>Мия итурми</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
121	Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш. “ <i>Мия итурми</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
122	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
123	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
124	Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши. “ <i>Ижодий фикр ва клиник мушоҳада</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
125	Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши. “ <i>Ижодий фикр ва клиник мушоҳада</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
126	Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
127	Биологик контрацепция усуллари. “ <i>Қондаги мушук ўйини</i> ”	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9
128	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслахат ўтказишга сослари. Шошилиш контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмалари. “ <i>Ижодий фикр ва клиник мушоҳада</i> ”.	А-1, 3,4,5,7,8. Қ-1,3,5,6,9

7. Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Лаборатория ишлари юқумли касалликлар ва болалар юқумли касалликлар фанидан тайёрланган дастури бўйича режалаштирилмаган.

8. Мустақил ини ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

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

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

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

8.1. Талабанинг мустақил ишларининг тематик режаси

№	ТМИ мавзуси	Soat
1	Аёллар ташқи жинсий аъзоларининг анатомияси.	5
2.	Аёллар ички жинсий аъзоларининг анатомияси.	4
3.	Бемор аёл ҳолатини баҳолаш ва муҳожиқларини аниқлаш.	4
4.	Ҳамширалик ташхисининг тузилиши, ички аъзолар текшируви.	4
5.	Ҳомиладорлик давридаги жинсий аъзолардаги ўзгаришлар.	4
6.	Бехатар оналик принциплари.	4
7.	Ҳамроҳлар билан туғруқ.	4
8.	Кўкрак билан эмизиш принциплари.	4
9.	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари.	4
10.	Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари.	4
11.	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари.	4
12.	Ҳомиладор аёлни узвий картаси.	4
13.	Аntenатал кузатув.	4
14.	Ҳомиладор аёлни узвий картаси. Antенатал кузатув.	4

15.	Плацентани тузилиши ва функциялари.	4
16.	Туғруқ жараёнини партограмма ҳақида маълумот	4
17.	Туғруқ жараёнларида, туғруқдан кейинги парваришда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш.	4
18.	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.	4
19.	Эрта чилла даврида олий маълумотли ҳамширани ўрни. Беморлар куратцияси.	4
20.	Касаллик тарихини мукамал йиғиш.	4
21.	Ташки акушерлик кўрўви. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
22.	Партограмма.500 буйруқ ассослари.	4
23.	Акушерлик анамнезни йиғиш.	4
24.	Апгар шкаласи бўйича баҳо бериш.	4
25.	Чақалоқни бирламчи парвариш қилиш. Киндигни бойлаш.	4
26.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Беморлар куратсияси.	4
27.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Беморлар Акушерлик анамнезни йиғиш.	4
28.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Акушерлик анамнезни йиғиш.	4
29.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Ташки акушерлик куруви.	4
30.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
31.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Инструментал текширувлар	4
32.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
33.	Акушерликда кунгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволов ва профилактик муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг роли.	4

34.	Гипертензив синдроми акушерликда. Беморлар куратсияси. Акушерлик анамнезни йиғиш.	4
35.	Гипертензив синдроми акушерликда. Акушерлик анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш.	4
36.	Гипертензив синдроми акушерликда. Ташки акушерлик куруви.	4
37.	Гипертензив синдроми акушерликда. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш.	4
38.	Гипертензив синдроми акушерликда. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
39.	Гипертензив синдроми акушерликда. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволов ва профилактик муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.	4
40.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Беморлар куратсияси.	4
41.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Акушерлик анамнезни йиғиш.	4
42.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Ташки акушерлик куруви.	4
43.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Инструментал текширувлар	4
44.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
45.	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволов ва профилактик муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.	4
46.	Гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Беморлар куратсияси. Анемия ва сийдик хайдалишнинг бузилиш синдроми..	4
47.	Гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Акушерлик анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Ташки акушерлик куруви.	4
48.	Гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Инструментал текширувлар ва биокимёвий текширувларда иштирок этиш.	4
49.	Гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.	4
50.	Экстрагенитал касалликлар ва ҳомиладорлик (пневмония, гломерулонефрит). Хамширалик тактикаси	4
51.	Ҳомила гемолитик касаллиги диагностикаси ва хамширалик тактикаси.	4

52.	қон гурухива резус факторнианиқлаш.	4
53.	Қон ивиш тизими физиологияси.	4
54.	Нормал жойлашган йўлдошни барвақт кўчишида ҳамширалик тактикаси ва шошилиш ёрдам.	4
55.	Йўлдошни олидинда келишида ҳамширалик тактикаси ва шошилиш ёрдам.	4
56.	Туғруқни 3 даврини фаол олиб боришда олий маълумотли ҳамширани роли.	4
57.	Бачадоннинг гипо-ва атониясида ҳамширалик тактикаси ва шошилиш ёрдам.	4
58.	Партограммани тўлдириш ва туғруқни патологик кечишини аниқлаш.	4
59.	Бачадонни ёрилишида ҳамширалик тактикаси ва шошилиш ёрдам.	4
60.	Туғруқдан кейинги даврдаги жароҳликлар: йўлдошни қўл билан кўчирилиши ва ажратилиши, бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш. Дояни роли	4
61.	Лактоказ. Ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.	4
62.	Масит. Ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.	4
63.	Гинекологик текшириш усуллари.	4
64.	Нормал хайз цикли регуляцияси.	4
65.	Хайз фаолияти бузилишлари.	4
66.	Дисфункционал қон кетишлар.	4
67.	Аменорея. Этиология, клиникаси, ҳамширалик ташхиси, ҳамширалик жараён ва ҳамширалик парвариш хусусиятлари.	4
68.	Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча	4
69.	Жароҳлик гинекологияда ҳамширалик парвариш.	4
70.	Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парвариш-ларишлар.	4
71.	.Артифициал аборт. Тушунча. Керакли текшириш усуллари. Кузатиладиган асоратлар	4
72.	. Артифициал аборт қилишга кўрсатмалар. Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмаларини ўзлаштириш..	4
73.	Оғрик синдроми. Гинекологияда «ўткир корин» синдроми.	4
74.	Бачадондан ташқари хомиладорлик,	4

75.	Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси	4
76.	Кичик чаноқ аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари	4
77.	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси.	4
78.	Бачадон миомаси клиникаси. Симптомли бачадон миомаси ҳақида тушунча.	4
79.	Симптомли бачадон миомаси ҳақида тушунча.	4
80.	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар.	4
81.	Кон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш.	4
82.	Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш..	4
83.	Гипертермия, огрик ва ажралмалар синдроми.	4
84.	Гипертермия, огрик ва ажралмалар синдроми.	4
85.	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари.	4
86.	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари.	4
87.	Замонавий ташхислаш усуллари. Жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар ва инфекцияларнинг олдини олиш.	4
88.	TORCH – инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири (хламидия) ҳақида тушунча.	4
89.	TORCH – инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири(қизилча).	4
90.	TORCH – инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири(цитомегаловирус) ҳақида тушунча..	4
91.	TORCH – инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири(герпес вируси) ҳақида тушунча..	4
92.	Тухумдон етишмовчилиги синдроми.	4
93.	Климактерик синдром ҳақида тушунча	4
94.	Бепушт никоҳ.	4
95.	Эркак ва аёллар бепуштлигининг этиологияси.	4
96.	Эркак ва аёллар бепуштлигининг Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.	4

97.	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш.	4
98.	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари.	4
99.	Репродуктив саломатликни сақлашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш.	4
100.	Замонавий контрацепция усуллари.	4
101.	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми.	4
102.	Замонавий контрацепция усуллари. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар.	4
103.	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслахат ўтказиш асослари.	4
104.	Ок контрацепция ҳақида тушунча	4
105.	ИК ҳақида тушунча	4
106.	БИС ҳақида тушунча	4
107.	Шошилиш контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмалари	4

9. Амалий кўникмалар рўйхати

Чанокнинг ташки улчамларини улчаш.

Чанок текисликларини айтиб, курсатиб беринг.

Бачадон буйни этилиш даражасини баҳолаш мезони ва техникаси.

Юлдошнинг ажралиш белгиларини айтинг..

Хомиланинг этилганлик белгиларини айтиб беринг.

Хомиладорлик тахминий белгиларини айтиб беринг.

Хомиладорликнинг қандай эҳтимолий белгиларини биласиз.

Тугрук даракчиларининг белгиларини изоҳланг.

Хомила чаноги билан олдинга келганда аниклаш методлари.

Хомила чаноги билан олдинга келганда тугрук биомеханизми қандай кечади.

Чакалокни Апгар шкаласи бўйича баҳолаш мезонлари.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий :

1. Сестринское дело в акушерстве (учебное пособие). М.Н. Негматуллаева, Г.А. Ихтиярова, Н.Н. Каримова, Л.В. Саркисова. Ташкент. 2011
2. Кадирова А.А., Джаббаров Ю.К. Акушерлик. Дарслик. Ташкент 1993, 43 бет.
3. Аюпова Ф.М. Акушерлик дарслиги узб. тилида. 2008 йил 415 бет.
4. Краснов А. Ф.-“Сестринское дело” Москва – 2000 г. (I – III том). Электронный учебник

Қўшимча:

1. Акушерство ва гинекологиядан маърузалар. Клиник маърузалар Г.Н. Савелева тахрири остида. М; Медистина 2000й., 48 бет
2. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
4. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2009
8. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2009
9. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2009.
10. Клиническое руководство по ведению нормальных родов. Т 2009.
11. Антенатальный уход (Учебно-методическое пособие). Т. 2010
12. www. Зиё. Нет
13. Соране <http://www.update-software.com/Сочране/дефавлт.ТМ>
14. ПубМед, Медлине - www.нсби.нлм.ни.гов/ПубМед
15. Сайт "Интернет-сообщества исследователей в области медицины и биологии" <http://www.бмн.com/>
16. Медсонсулт - www.мдсонсулт.com
17. “акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши” ўқув услубий мажмуа 3- курс ОХИ акушерлик иши йўналиши талабалари учун. Бухоро-2019.

Интернет сайтлари

бухми@маил.ру

ziynet.uz

@висенна.уз

Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти

www.обгйнбухми.народ.ру

Интернет сайтлар манзиллари:

www.меди.ру, www.медлинкс.ру, www.обгйн.нет, www.медскапе.com,
www.медланд.ру, www.мед-либ.ру, www.спеслит.спб.ру, www.сочране.орг,
www.ксмед.ру/пат/гйнесологй, www.медсан.ру, www.медтм.ру/гйн.хтмл,
www.дир.русмедсерв.com/индекс/специалитй, www.хеалтхуа.com/пармс/гйнаесологй

**Мавзу № 1: “Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш
хусусиятлари ”**

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари, ҳамширалик жараёни асосидаги парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамини ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамини ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр

	алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал	
40 дақиқа	органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини этказди	Топшириқни ёзадилар

№1 Мотивация (мавзу баёни)

Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари

Перинатал ёрдам кўрсатиш асослари

Перинаталь ёрдам кўрсатиш асосларининг иккита модели тафовут қилинади:

Анъанавий:

Она ва бола мижоз сифатида қабул қилинади

Туғруқни турли босқичлари бошқа-бошқа хоналарда ўтказилади

Бола парвариши алоҳида хонада ўтказилади

Қариндош уруғларини кириши ман этилади

Оталарга фақат туғруқни қайси босқичда кетаётганлиги тўғрисида маълумот берилади

Оилага мўлжалланган:

Она, чақалоқ ва тиббиёт ходимлари— бир команда аъзоларидир

Туғруқ бошдан охиригача битта хонада ўтказилади

Она ва бола парвариши битта хонада ўтказилади

Она ва бола парваришига қариндош уруғлари жалб қилинади

Отаси туғруқда иштирок этади

Перинаталь парваришда лозим бўлган технологиялар:

Барча муҳим қарорларни қабул қилишда аёлнинг ўрни

Гравидограмма ҳомиладорликда, партограмма – туғруқда қўлланилади

Шеригига туғуқ хонасида бўлишга рўхсат берилади

Туғруқда ҳолатни эркин тутиши

Кераксиз муоалажаларни қўлламаслик

Эрта ва чегарасиз «терига-тери» контакти

Чақалоқ гипотермияси профилактикаси

Чақалоқни самарали реанимацияси

Кўкрак билан боқиш ва она ва болани бирга бўлиши талабга кўра

Тиббиёт ходимларини қўлларини тўғри ювиши инфекция профилактикасининг энг яхши усулидир

Дори воситаларини рационал қўллаш

Перинаталь парваришнинг самарали принциплари

Ҳомиладорликга касаллик сифатида, туғруқни муаммо деб ҳисобламаслик керак, чақалоқни эса —касал деб қарамаслик керак

85%дан ошиқ ҳомиладорликларга тиббиёт ходимлари томонидан ҳеч қанақа аралашувлар керак эмас, шунингдек , оддий кузатув , эмоциональ ва психологик қўллаб қувватлаш норма деб қаралсин

Она ва ота чақалоқни парваришида иштирок этади

Перинаталь парваришда лозим бўлган технологиялар:

Нафақат янги самарали технологияларни, балки, кераксиз зарарли катетер ва қорин пастига муз қўйиш, сийқаси чиққан антенаталь текширувлар, хўкна қилиш, ораликни тозалаш, кераксиз эпизиотомия, антибиотикларни норациональ қўллаш каби муолажалардан воз кечиш лозим.

ЖССТ томонидан ишлаб чиқарилган туғруқча парваришнинг янги модели асослари

*Яхши перинаталь якун учун оилавий поликлиникага тўрт маротаба бориш етарли. Оилавий поликлиникага кўпсонли қатновлар парвариш сифатини оширмайди.

*Кўпгина аёллар ўзлари керагидан кўп оилавий поликлиникага қатновни хоҳлашмайдилар.

*Оилавий поликлиникага кўпсонли қатновлар самарали ишлатилиши мумкин бўлган чегараланган захираларни сарфланишига олиб келади.

*Аёлда ҳомиладорликни мутахассис эмас кўпинча акушерка ёки терапевт олиб боради бу эса перинаталь якунга таъсир қилмайди

Акушерлик ва гинекологияда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятлари.

Акушерлик-француз сузидан олинган булиб, «туғиш» деган маънони англатади. Медицинанинг энг кадимги соҳасидир. Туғруқ пайтида ёрдам курсатишда эҳтиёж инсон жамиятининг тараккиёти билан пайдо булган.

Акушерлик медицинанинг уругланиш, ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даври муносабати билан аёл организмида руй берадиган физиологик ва потологик процессларни урганиш билан шуғулланадиган фандир.

Акушерлик гинекологиянинг бир соҳаси бўлиб, «гинес» -«аёл», «логия»-«фан» аёл кишининг жинсий системасида бўлиб турадиган физиологик ва патологик процессларни урганади.

Иптидодий жамоа дарида аёллар уйда туғишган. Оиланинг энг каттаси ёки кари момолар ёрдам беришган.

Кулдорлик замонида эса акушерлик медицина ривожлана бошлаган. Уша даврда яшаб ижод этган грек олим медицинанинг отахони Гиппократ бўлиб (370-460) ҳисобланади. Гиппократ медицинада катта ижод қилиб «Гиппократ» туплами ёзиб қолдирилган. Бу китоб 3 қисмдан иборат бўлиб «Аёл табиати», «Аёл касаллиги», «Бепуштлиқ» - деб аталади. Гиппократнинг катта

Ютуқларидан бири, тугруқнинг келиб чиқиш сабабларини урганиб чиқиб узининг теориясини ёзиб қолдирган. Унинг онаси Фанарета машҳур акушерка ҳисобланган.

Қадимги Россияда тугруқда оиланинг каттаси томонидан ер ҳам қурсатилган. Уша пайтда эркаклар билан бир қаторда аёллар ҳам табиблик билан шугулланишган. XII асрда яшаган энг қузга қуринган аёл табиб бу-Евпраксия Зоя бўлиб ҳисобланади.

Рус монгол уруши медицинанинг ривожланишини тухтатиб қўйди. 1237-1480 йил.

Феодализм даврида медицина тухтаб қолди. Диннинг ривожланиши, эркакларнинг акушерлик билан шугулланишига қаршилик қурсатди.

Капитализмда фан ва техниканинг ривожланиши билан бирга, медицина ҳам ривожланиб, янги янги анатомик қидирув ишлари олиб қорилди. Шу даврда яшаган олимлардан: - Визалей, Эвстахия, Батало, Фалопи.

Акушерликнинг катта ютуқларидан бири-бу француз олими Амбруазпаренининг ишларидир, Париж госпиталида, биринчи акушерлик мактабини очган, шу билан бирга акушерликда қундаланг етган қомилани оёғига айлантириш усулини қуллаб ёзиб қолдирган.

XVII асрда **Франсуа-Морисо** бўлиб, узининг қомилдор аёл қасаллигини ёзган. Морисо биринчи бўлиб тугруқда қовнинг бир-биридан узоклашуви қомиланинг қаноғи билан тугдириш, қомила бошини тугдириш

ва узининг усулини ёзган, хомилани оёкга айлантириш, 7 ойлик ва 8 ойлик чакалокларнинг фаркини ёзиб қолдирган.

XVI аср **Чемберлен** ҳаёти билан боғлиқ Англия, у акушерлик омборини ясаган, лекин оиласи буни сир деб билди ва ҳеч кимга қурсатишмади. Бу асбоб XIX асрда уларнинг уйидан топилган. Бунгача 1723 йили Нидерланд олими Пальфин қисқичларни ихтиро қилиб Париж академиясида эълон қилган.

XVIII аср **Девентер** номи билан боғлиқ. У аёлларга чанок тузилишини урганиб чиққан ва ҳар томонлама торайган чанок билан ясси чанокнинг фарқи, тугрукнинг кечиш хусусиятларини урганган. Шу даврда яшаб ижод этган олим Гунтер эса хомиладор бачадон анатомиясини урганиб чиқган. Шу даврнинг олимларидан бири Жан-Луи-Боделок тугрукдан олдин чанок улчамларини улчашни урганган, бу усул ҳозирги давргача бажарилади.

XVIII асрнинг йирик намояндалари дан бири рус акушерлигининг отаси **Нестер Максимовия** Оамбодик бўлиб, рус тилида тугиш маҳорати ёки хотинлар иши деган китобни ёзиб 1784 йили босмадан чиқарилган. Петербург клиникасида ишлаб акушерликда биринчи марта қисқичлар ясаб, қуллаган олимдир. Россияда шу йилдан бошлаб врачлар тайёрлаш бошланган. Акушерликнинг ривожланишида катта-катта шаҳарларда Берлин, Петербург, Москва, Парижда тугрукхоналарининг очилишининг роли катта бўлди, лекин жаҳон врачлари тез ва оғир патология тугиш вабоси, сепсис билан тукнашишди, оналар улими 10-50% га қутарилиб кетди.

Венгер углони Ингаца Земельвейс (1818-1865) тугрукхоналарда улим сабабларини таҳлил қилиб 5-курс талабалари бўлган клиникаларда улим қуп бўлганига эътибор берган.

Акушерликнинг ривожланишида XIX асрда ватанимиз олимлари Крассовский, Лавареевич, Феноменов катта ҳисса қўшган.

Крассовский-харбий медицина профессори, 1-марта Россияда асептика ва антисептика акушерликда, тор чанокларда хомилани тугилиш механизмини ва оператив акушерликни очиқ берган.

Лазареевич – (1829-1902) Харьков университетининг профессори (бачадоннинг нерв регуляцияси), «Тугрукни оғриксизлантириш» акушерлик омбурларини қашф этди.

Феноменов – (1855-1918) Косон университетининг профессори. Акушерлик омбурини мукаммаллаштириб, хомилани емириш операциясини

ишлатиладиган купгина асбобларни ихтиро килган, «оператив акушерлик» китобини ёзган. Шундай қилиб совет давригача акушерликда ката узгаришлар бўлган. Россияда 1-акушерлик мактабини очди. Кондоиди 1754 йил 21 мартда «Акушерлик ёрдами» қонун лойиҳасини тайёрлаб, Сенат томонидан имзолади.

1804 йилда Россия бўйлаб 100 та чага акушерка йук эди, врачлар тугрисида гап бўлиши мумкин эмасди. 1861 йил «Крепостнойлик ҳукукий» бекор қилинди ва 1864 йилда биринчи «Ейма мактаблар» пайдо бўлди.

1906-1917 йилгача Россияда 4735 та акушерлик қойқаси бор эди. Революциядан кейин давлат оналар ва болаларга катта эътибор берди. 1920 йилда иккита муҳим ҳужжат қабул қилинди.

- ҳомиладор аёл ҳуқуқ декларацияси:

- оналар ва болаларни муҳофаза қилиш:

1928 йили VII бутун иттифок акушер-гинекологларнинг съезди бўлиб ўтди, қун тартибида «туғишни муҳофаза қилишни ташкил этишни» қуриб чиқди.

Энг қийин вақт 1944 йили совет президиуми буйруғи билан «Ҳомиладор аёлларни», «Қуп болали оналарни ва ёлғиз қолган оналарни муҳофаза қилиш» ҳужжати қабул қилинди. «Қаҳрамон она» фахрий унвони белгиланди, «Оналик шухрати», «Оналик» медали таъсис қилинди. 1948 йили аёллар консултацияси тугруқхоналар билан бирлаштирилди. 1949 йили бош акушер гинеколог лавозими берилди. 1955 йил СССР олий совети фармони билан аборт қилиш фармони берилди 1956 йил олий совет фармони билан ҳомиладорлик ва тугруқ муносабати билан бериладиган отпуск муддати 35-56 кундан 56-70 кунга узайтирилди. 1960 йил 14 январда олий совет томонидан «Оналар ва болаларни ҳимоя қилиш» мақсадида янги фармон қабул қилинди: бу фармонга биноан қроватлари 40 бароварга оширилди, аёллар маслаҳатхоналарида кабинетлар сони қупайтирилди, кадрлар тайёрлашга эътибор берилди.

1965 йилда кадрлардан-врачлар сони 35000 ва акушерлар сони 25000 етди. Аёллар маслаҳатхоналарида – бепуштлиқ, без қасаллиқлари, ҳайз қикли бўзилиши, патологик климакс кабинетлари очилди. Мутахассислаштирилган қасалхоналар очилишига талаб оша борди.

Йилдан йилга акушерлик ва гинекология соҳасида материал техник база ушиб борди. 1992 йили ҳар 10000 аҳоли бошига 12 минг аёллар

маслахатхонаси, гинекологик койка 1,8-7,1 га усди. Аёллар ва болаларни соғломлаштириш мақсадида профилактикалар, ярим кунги стационарлар очилди. «Оила ва никоҳ» поликлиникалари очилди. Врачлар сависини ошириш мақсадида интернатурадан ташкари-клиник ординатуралар, аспирантуралар, малака ошириш институтлари очилди.

Охирги йилларда – она ва йулдош системасини урганиш, тугрукни режалаштириш, янги контрацепция турларини мукамаллаштириш ва урганиш давом этмоқда.

Шарк медицинасининг ривожланиши

Шарк медицинаси ва маданияти урта асрнинг ярмида анча олдинда эди. Бу даврнинг йирик намояндаларидан: Абу-Бакр-Рамз, Ибн Сино, Абу Райхон, Беруний, Абу Наср Фаробий, Абу Муҳаммад Хоразмийлардир.

Абу Райхон Беруний ва Ибн Синонинг ишлари фаннинг ривожланишида энг юкори туртки булди. Айникса, Ибн Синонинг ютуклари фаннинг ривожланишига асос солди.

Ибн Сино ёшлигидан Куръон ва одобни урганиб 10 ёшда катта ютуқларга эришиб, табиблик килиб, касалларни пулсиз даволар эди. 17 ёшида Бухоро шохининг хотинини огир касалликдан даволаб унинг бой кутубхонасидан фойдаланишга сазовор булди. Шундай килиб у узининг медицина соҳасидаги бой тажрибасини илм билан тулдира борди. У медицинада катта тажриба орттириб элликтача китоб ёзган, факатгина уттизтаси бизга етиб келган. Ибн Синонинг энг катта жахоншумул аҳамиятга эга булган китоби – «Тиб конунлари» булиб, у 5 китобдан иборат, унинг 3 қисм китоби аёллар касаллиги, хомиладорлик ва тугилишдан кейинги асоратлар тугрисидадир. Урта Осиёда XII-XIII асрдан то XVIII қуш фанлар катори тиббиётнинг ривожланиши ҳам тухтаб қолган. Тошкентда 1883 йилда 1-амбулатория очилган. 1900 йили Бешёғочда 2-амбулатория очилган. Аёллар консултацияси 1-Обухев скверида очилган (хусусий булган). Революциягача Урта Осиёда 69 та амбулатория булган: шулардан 31 таси Тошкентда, 10 таси Самарқанда булган.

1936-1940 йиллар 35 та тугрукхона, 92 та қолхоз тугрукхонаси, 1948 та врач, 11456 та акушер бор эди.

Мавзу № 2: “Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг роли, парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамини ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Ўзбекистон Республикасида акушерлик ёрдамини ташкил қилиш. Туғруқхона ташкилоти ва структураси. Сан.эпид. режим. Буйруқлар.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда

	ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадида кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини этказади	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№2 мотивация (мавзу баёни)

Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти.

Акушерликда хамшираларнинг роли.

Перинатал ёрдам кўрсатиш асослари

***Перинаталь ёрдам кўрсатиш асосларининг иккита модели тафовут
қилинади:***

Анъанавий:

Она ва бола мижоз сифатида қабул қилинади

Туғруқни турли босқичлари бошқа-бошқа хоналарда ўтказилади

Бола парвариши алоҳида хонада ўтказилади

Қариндош уруғларини кириши ман этилади

Оталарга фақат туғруқни қайси босқичда кетаётганлиги тўғрисида маълумот берилади

Оилага мўлжалланган:

Она, чақалоқ ва тиббиёт ходимлари— бир команда аъзоларидир

Туғруқ бошдан охиригача битта хонада ўтказилади

Она ва бола парвариши битта хонада ўтказилади

Она ва бола парваришига қариндош уруғлари жалб қилинади

Отаси туғруқда иштирок этади

Перинаталь парваришда лозим бўлган технологиялар:

Барча муҳим қарорларни қабул қилишда аёлнинг ўрни

Гравидограмма ҳомиладорликда, партограмма — туғруқда қўлланилади

Шеригига туғуқ хонасида бўлишга рўхсат берилади

Туғруқда ҳолатни эркин тутиши

Кераксиз муоалажаларни қўлламаслик

Эрта ва чегарасиз «терига-тери» контакти

Чақалоқ гипотермияси профилактикаси

Чақалоқни самарали реанимацияси

Кўкрак билан боқиш ва она ва болани бирга бўлиши талабга кўра

Тиббиёт ходимларини қўлларини тўғри ювиши инфекция профилактикасининг энг яхши усулидир

Дори воситаларини рационал қўллаш

Перинаталь парваришнинг самарали принциплари

Ҳомиладорликга касаллик сифатида, туғруқни муаммо деб ҳисобламаслик керак, чақалоқни эса —касал деб қарамаслик керак

85%дан ошиқ ҳомиладорликларга тиббиёт ходимлари томонидан ҳеч қанақа аралашувлар керак эмас, шунингдек , оддий кузатув , эмоциональ ва психологик қўллаб қувватлаш норма деб қаралсин

Она ва ота чақалоқни парваришида иштирок этади

Перинаталь парваришда лозим бўлган технологиялар:

Нафақат янги самарали технологияларни, балки, кераксиз зарарли катетер ва корин пастига муз қўйиш, сийқаси чиққан антенаталь текширувлар, хўкна қилиш, ораликни тозалаш, кераксиз эпизиотомия, антибиотикларни норациональ қўллаш каби муолажалардан воз кечиш лозим.

ЖССТ томонидан ишлаб чиқарилган туғруққача парваришнинг янги модели асослари

***Яхши перинаталь якун учун оилавий поликлиникага тўрт маротаба бориш етарли. Оилавий поликлиникага кўпсонли қатновлар парвариш сифатини оширмайди.**

***Кўпгина аёллар ўзлари керагидан кўп оилавий поликлиникага қатновни ҳоҳлашмайдилар.**

***Оилавий поликлиникага кўпсонли қатновлар самарали ишлатилиши мумкин бўлган чегараланган захираларни сарфланишига олиб келади.**

***Аёлда ҳомиладорликни мутахассис эмас кўпинча акушерка ёки терапевт олиб боради бу эса перинаталь якунга таъсир қилмайди**

Мавзу № 3: “Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. ” Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм.

	2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар,

	назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240 дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№3 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.

Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш усуллари.

Ҳомиладор аёлларни текширишнинг ўзига хос хусусияти бор. Сухбатлашиш (анамнез тўплаш) йўли билан олинган маълумотлар ҳомиладорликда, туғишда ёки ҳомила тараққиётида рўй бериши мумкин бўлган касалликларни олдиндан тахмин қилишга асос бўлади. Бу эса профилактика ва даволаш чораларини ўз вақтида кўришга ва ҳомиладорни мунтазам кузатиб боришга имкон беради.

Ҳомиладорликни аниқлаш вақтида унинг муддатини, туғишнинг тахминий вақтини ҳам белгилашга тўғри келади. Бундан ташқари, ҳар томонлама клиник текшириш, физик–кимёвий лаборатория ва бошқа текширувлар ўтказиш йўли билан организмнинг умумий ҳолати, ҳомиладорликнинг кечиши кузатилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган маълумотларни олиш ва уларга диагноз қўйиш учун қуйидаги анамнез схемасидан фойдаланиш мумкин:

1. Фамилияси, исми, отасининг исми
2. Турар жойи, болалик ва ўсмирликда яшаган шароити
3. Ёши

Маълумки, агар қиз бола балоғатга етмай (17 ёшгача) ёки ёши анча ўтиб (30-35 ёш) турмушга чиқиб, биринчи маротаба ҳомиладор бўлса, уларда 18-25 ёшгача бўлган аёлларга нисбатан ҳомиладорлик, туғиш ва чилла даври анча оғир, патологик ҳолатда кечиши мумкин.

Ҳомиладор аёлнинг қандай географик шароитда ва қандай иқлим муҳитида яшагани ҳам катта аҳамиятга эга бўлади. Агар иложи бўлса, унинг неча ёшда юра бошлаганини, болалигида қандай ўсганлигини билиш ҳам жуда муҳимдир.

Болаликда ва катта бўлгандан кейин бошидан кечирган касалликлари ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг кечишини аниқлашда ёрдам беради. Масалан, аёл ёшлигида рахит билан оғриган бўлса, унинг организми тузилишида айрим ўзгаришлар – бўйи кичкина, бош суяги тўрт бурчак, кўкрак қафаси ичига ботган ва бошқалар кузатилиши мумкин. Хусусан чаноқ суягидаги рахитга хос ўзгаришлар туғиш вақтида бир қанча оғир ҳолатларни пайдо қилиши мумкин.

Ёшликда бошдан кечирилган тепки (паротит), қизамиқ, сувчечак ва бошқа юқумли касалликлар жинсий органлар тараққиётига таъсир этиши мумкин. Кейинги пайтларда айниқса юқумли касалликлар (бруцеллез, токсоплазмоз, захм, грипп, сўзак ва бошқалар) ҳомиланинг чала ёки ўлик туғилишига сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланган. Аввалги ҳомиладорлик ёки туғиш вақтида қилинган операциялар ҳам навбатдаги туғишда турли патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин.

Оилавий касалликлар (ҳомиладор оиласидаги ёки унинг эрида бўлган касалликлар – сил, захм, рўхий хасталиклар ва бошқалар ҳамда алкоголизм, наркомания, кашандалик ҳомиланинг чала, ўлик ёки нуқсонли туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Хайз функциясини ҳам аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Хайзни неча ёшдан кўра бошлаган, дастлаб нормал кела бошлаганми ёки тўхтаб – тўхтаб келганми, кейин неча ёшда нормаллашганини билиш керак. Агар қиз хайзни кеч кўрган ва у анчагача нормал ҳолатда бўлмаган бўлса, бу унинг ўз вақтида балоғатга етмаганидан далолат беради.

Хайз циклининг ўзгариши ҳам ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг кечишига таъсир кўрсатиши мумкин.

Хайзнинг ой сари такрорланиши (21-28-35 кун) қандай, хайз кўрганда оғриқ бўлиш-бўлмаслигини ҳам сўраш керак. Маълумки, жинсий органлар

касалликларида ёки ички секреция безлари фаолияти бузилиши натижасида хайз жуда кеч (17-18 ёшдан) келиши мумкин, одатда Ўзбекистонда яшайдиган қизларда эса 12-13 ёшдан бошланади.

Ички секреция безлари фаолияти бузилганда туғиш оғирлашади, туғиш даврида бирламчи ва иккиламчи сустликлар пайдо бўлади. Чилла даврида бачадон яхши қисқармайди, қон кетади. Турмушга чиққандан сўнг узок вақт давомида бўйида бўлмаслик жинсий органларнинг тўла етилмаганлигидан далолат бериши мумкин. Бу аёлнинг бўйида бўлганда ҳам турли қийинчиликлар вужудга келиши мумкин.

Жинсий ҳаёт бошлангандан, туққандан ва абортдан кейин хайз кўришнинг ўзгарган – ўзгармаганлигини аниқламоқ керак, хайз функциясининг бу даврларда ўзгариши ички жинсий органларда яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатиши мумкин.

Аёл билан суҳбатлашганда ҳомиланинг нечанчи эканлигини, олдинги ҳомиладорликлар ва туғиш қандай ўтганлиги, аввалги ҳомиладорликдаги гипертензив ҳолатлар, ички органлар (буйрак, жигар, юрак қон-томир системалари) касалликларини ва илгариги туғишларда юз берган бошқа касалликларни ёки ўзгаришларни аниқлаш керак. Туғруқдаги патологик ҳолатлар (вақтдан олдин сув кетиши, туғруқ дардлари сустлиги, ҳомиланинг нотўғри ётиши, чанокнинг тор бўлиши), акушерлик қисқичлари қўйиш ёки кесарча кесиш усули билан ҳомилани туғдириш зарурияти борлигини кўрсатади. Ҳомиланинг муддатдан илгари туғилиши ва бола тушиши каби ҳолатлар бу аёлда бирор касаллик (бачадон шиллик қаватининг яллиғланганлиги, бачадон шиши ва бошқалар), турли юқумли касалликлар борлигидан ёки инфантилизмдан дарак беради.

Шуни унутмаслик керакки, ўз-ўзидан бола тушиши ёки сунъий йул билан қилинган аборт жинсий органларда яллиғланиш жараёнини пайдо қилиши оқибатида ҳомиладорлик ва туғиш вақтида турли патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин.

Аввалги ҳомиладорлик ва туғиш яхши ўтган бўлса, бу аёлнинг соғлом эканлигини кўрсатади ва навбатдаги ҳомиладорликнинг муваффақиятли ўтишини олдиндан билишга имкон беради. Аксинча, илгариги туғишда қилинган операция, туғилган боланинг тезда ўлганлиги ёки ўлик туғилганлиги бу ҳомиладорликда ҳам қўшимча касаллик ва оғир ҳолатлар рўй бериши мумкинлигини ва ҳомиладорни алоҳида аҳамият билан кузатиб бориш лозимлигини кўрсатади.

Ҳомиладорлик ва туғиш вақтидаги касалликлар ёки қўшимча патологик ҳолатлар аввалги туғишдан кейин, чилла даврида рўй берган касалликлар натижасида бўлиши мумкин. Шунга кўра аввалги ҳомиладорликда чилла даврида аёл касаллик билан оғриганми – йўқми буни билиш зарур.

Ҳомиладор аёлдан эрининг соғлиги ҳақида сўралади, чунки унинг илгари ва ҳозир сил, сўзак ва бошқа касалликлар билан оғриган бўлиши ҳомиладор аёл ва ҳомила соғлигига хавф солади.

Анамнезида ҳомиладор аёл яшайдиган уй ва ишхонанинг санитария – гигиена шароитлари, унинг овқати, қанча ухлаши ва дам олиши тўла аниқланади. Ҳомиладор аёлнинг турмуш ва меҳнат шароитининг ҳомила таракқиётида, туғилишида ва чилла даврининг кечишида аҳамияти катта бўлади.

Анамнез синчиклаб йиғилади ва олинган маълумотлар ҳомиладорлик варақасига тўла ёзиб қўйилади.

Объектив текшириш

Ҳомиладор аёлни объектив текширганда унинг тана тузилишига аҳамият бериш зарур. Дастлаб аёлнинг бўйи ўлчанади, агар бўйи 145 см дан паст бўлса, унда чанок тор бўлиши ва туғиш жараёнида оғир ҳолатлар рўй бериши мумкин.

Аёлнинг скелет суякларидаги нуқсонларга: оёғининг қийшиқ ёки биттасининг калталиги, орқа умуртқанинг қийшиқлиги, шакли, кўкрак қафасининг ичига ботгани, бел-думғаза Михаэлс ромби шаклидаги нуқсонларга аҳамият бериш лозим. Шунда ҳомиладорлик ва туғишнинг қандай кечиш ҳақида фикр юритиш мумкин.

Бел-думғаза ромбини аниқлаш учун ҳомиладор аёлни тик турғазиб, чанокнинг орқа юзаси кўздан кечирилади. Агар ромб тўртбурчак шаклида бўлса, бу нуқсонсиз (мукамал) чанок ҳисобланади.

Аёлнинг тана юзаси (териси) тозами, тошмалар йўқми, юзида, юқори лаби остида, сут беги сўргичи атрофида, қорин деворининг оқ чизиги соҳасида қорамтир доғлар бор-йўқлигини текшириш керак. Сут безларининг тўлишган, тўлишмагани ҳам кўрилади. Бу белгилар ҳомиладорликка хос ва аёлнинг бўйида бўлганига тахмин қилса бўлади.

Ҳомиладор аёллар ички органларини текшириш усули ҳамма ерда бир хил қабул қилинган. Бунда ҳарорат ўлчанади, томир уриши саналади, қон

босими аниқланади, тери ва кўз оқи ва кўринадиган шиллиқ қаватлари (лаб, оғиз, тил) кўздан кечирилади ва ҳоказо.

Ҳомиладорлик даврида организмда жиддий ўзгаришлар рўй беришини назарда тутиб, ички органларни текшириш жуда ҳам зарурдир. Бу ўзгаришлар юрак, буйрак, ўпка ва бошқа органлар касалликларига ёмон таъсир қилиши мумкин. Ҳомиладор аёлдаги касалликларни ўз вақтида аниқлаш керак, шунда аёлнинг бўйида бўлиш-бўлмаслиги ва ҳомиладор бўлса, уни давом эттириш мумкин ёки мумкин эмаслиги аниқланади. Айниқса, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон ва сийдикни, қон босимини мунтазам равишда текшириш тана вазнини ўлчаб туриш зарур.

Қоринни кўздан кечирганда у тик турган овал шаклда бўлса, ҳомиланинг тўғри ётганини, кўндаланг ёки қийшиқ турса, ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ётганини, юмалоқ шар шаклида бўлса, эгизак бола ёки қоғаноқ суви кўплигини, қорин осилган ёки туртиб чиққан (ўткир учли) бўлса, чанокнинг торлигини кўрсатади.

Агар юзда ва оёқларда шиш бўлса, бунинг сабабини аниқлаш зарур. Бу ҳолат ҳомиладорликдаги гипертензив ҳолатларда, юрак ва буйрак касалликларида кузатилади. агар тери ва кўринадиган шиллиқ қаватлар рангсиз бўлса, қамқонликдан, лаб ва тирноқ кўкарган бўлса, кислород етишмаслиги (юрак касаллигидан) дарак беради. Бундан ташқари, сут безларининг яхши ривожланмаганлиги, жинсий органлар соҳасида, қўлтиқ остида тукларнинг кам бўлиши ички жинсий органларнинг яхши ривожланмаганлигини билдиради.

Қоринни пайпаслаб кўриш ташқи текширишнинг асосий усулидир. Бунинг учун олдин акушер қўлини тозалаб ювиб, бир оз иситади, аёл тизза бўғимини буккан ҳолда чалқанча ётади. Кўришдан олдин қовуқ ва ичаклар бўшатилади. Пайпаслаб кўришдан олдин суяк дўмбоқлари бойламлари топилади. Булар пайпаслаб кўришда мўлжал бўлади.

Қоринни пайпаслаб кўрганда бачадон туби аниқланади, ҳомиланинг бачадонда ётиш ҳолатида унинг кичик чанокқа яқин турган қисми (боши, думбаси ёки кўндаланг ётиши), унинг майда қисмлари аниқланади. Иложи борица йўлдошнинг бачадон деворига ёпишган жойи аниқланади. Аппаратлар (ультратовуш, гистерограф ва бошқалар) ёрдамида эса ҳомила ва йўлдошнинг ётиши аниқроқ билинади.

ҚИН ВА ТЎҒРИ ИЧАК ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ

Одатда ҳомиладор бачадони туби 3- ой охирида қов суяги устидан кўтарилиб туради, аммо ташқи пайпаслаб кўриш билан баъзан бунни аниқлаш қийин бўлади. Шунга кўра ҳомиланинг бор-йўқлигини ва унинг муддатини аниқлаш учун кўпинча қин орқали, баъзан тўғри ичак орқали текшириб кўрилади.

Бунинг учун текширишдан олдин қовуқ ва тўғри ичак бўшатилади (тўғри ичакка хўкна қилинади). Сўнгра жинсий органларнинг ташқи қисми дезинфекция қиладиган кучсиз эритма билан ювилади.

Қин орқали текширишда асептика ва антисептика қоидалари сал бўлса ҳам бузилса, текширилаётган аёлда оғир касаллик вужудга келиши ва ҳатто у ҳалокатга учраши мумкинлигини унутмаслик керак. Аёл айниқса ҳомиладорлигида турли микроб таъсирларига жуда сезгир бўлади.

Текширишда яхшиси аёлни чалқанча ётқизиб, тизза бўғимларини букиб, оёқлари ораси очилади.

Текширишдан олдин врач кўлини тозалаб ювиб, стерил резина кўлқоп кияди. Текширишда жинсий органларнинг ташқи юзасини, чотни, тўғри ичак тешиги атрофини кўздан кечириб, бирор патологик ўзгариш бор-йўқлиги аниқланади. Сўнгра чап кўлнинг икки бармоғи (бош ва кўрсаткич бармоқлар) билан кичик жинсий лабларни очиб, қинга кириш олди қизарган-қизармаганлиги, кўкарган-кўкармаганлиги, сийдик чиқариш тешиги қандай аҳволда эканлиги, қин даҳлизи олдидаги катта-кичик безларда яллиғланиш бор-йўқлиги аниқланади. Сўнгра ўнг кўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоғи қинга аста-секин киргизилади. Бунда катта бармоқ билан жимжилоқ эса кафт томонга букилган ҳолда четга тақалиб туради. Қинга киритилган бармоқлар билан қиннинг узунлиги ва кенглиги, қин деворларининг ҳолати (шишганлиги, қатқатлари, ғадир-будирлиги, кенгайиш хусусияти), чаноқ ости мускулларининг қандай ҳолатда эканлиги, бачадон бўйнининг қин қисми ва қин гумбазлари, бўйин ташқи тешигининг шакли (думалоқ, ёриққа ўхшаш очик ёки берклиги ва бошқалар) аниқлангач, икки кўл билан текширишга киришилади.

Икки кўл билан ҳомиладор аёлни текшириш (бимануал текшириш)нинг ўзига хос хусусияти бўлиб, бунда бачадоннинг катта-кичиклиги, шакли,

қўзғалувчанлиги, қаттиқ-юмшоқлиги, туриш ҳолати, оғриқли ёки оғриқсиз эканлигини, ҳомиладорлик белгиларини, бачадон ортиқларининг қандай ҳолатда эканлиги ва чанокнинг ички юзаси текширилиб, унинг ички ўлчовлари аниқланади.

Бунинг учун ўнг қўл бармоқлари қиннинг олдинги гумбазига юборилган ҳолда, чап қўл бармоқлари билан қорин деворининг қовсуяги устидан бачадон танаси текширувчининг икки қўли орасида бўлгунча, аста-секин босилади. Агар бачадон орқага эгилган бўлса, уни бундай текшириш билан топа олмаслик ҳам мумкин. Бундай ҳолларда қин ичидаги ўнг қўл бармоқлари орқа гумбазига ўтказилади ва текшириш юқоридагича қайтарилади.

Бачадон танаси аниқлангач, унинг катта-кичиклиги, ҳаракатчанлиги ва шакли аниқланади. Бачадонни пайпаслаб текшириб бўлгач, қин гумбазлари синчиклаб кўрилади. Бундан ташқари, чанок деворини текшириб, ўсиқлар бор-йўқлиги, чанок шакли ва думғаза суягининг чанок ичига қараган дўнги бармоқ билан текширилади, унга бармоқ етмаса, демак, чанок тор эмас, агар етса, у ўлчанади.

Чанокнинг ички юзаларини текшириб бўлгач, қинга киритилган ўрта бармоқ учини думғаза суягининг туртиб чиққан жойига (*promontorium*)га етказиб кўришга ҳаракат қилинади (нормада бармоқлар етмайди), ташқаридаги чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан симфизнинг пастки чети белгиланган ҳолда ўнг қўл бармоқлари қиндан чиқарилади. Ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоқ учи билан белгиланган оралик чанок ўлчагич (тазомер)да ўлчанади. Бу оралик диагональ конъюгата (*conjugata diagonalis*) деб аталиб, нормал чанокда бунинг узунлиги 12,5-13 см ва ундан юқори бўлиши мумкин. Шундан 2 см олиб ташланса, чин конъюгатанинг ўлчови аниқланади.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ДАСТЛАБКИ ДАВРИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорлик бошланишида унинг белгилари жуда аниқ бўлмайди. Бунда ҳомиладорлик фақат тахминий белгиларга кўра аниқланади.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгиларига аёлдаги субъектив ҳолат ва объектив текшириш натижасида унинг организмида аниқланган ўзгаришлар киради. Ҳомиладорларнинг субъектив ҳолатига:

1) иштаҳасини ўзгариши, нордон ва аччиқ овқатлар егиси келади, баъзан бўр истеъмол қилади, ҳўл тупроқ ва

бошқалар ҳидини ёқтиради;

2) жаҳлдор бўлиб кайфияти тез-тез ўзгариб туради, уйқучан бўлиб қолиши мумкин;

3) ҳидни сезиш қобилияти бирмунча ўзгаради (папирос, атир, ёғ ҳиди ва бошқа ҳидлардан кўнгли айнийди);

4.) терисида бир қатор ўзгаришлар рўй беради: сут беzi тугмачаси атрофида, юзида, қорин деворининг оқ чизигида қорамтир доғлар пайдо бўлади.

5) сут беziда оғиз сути (бошланғич сут) пайдо бўлиб кўкраклари катталашади. Агар сут безининг учи сиқилса, оғиз сути чиқади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, илгари тукқан баъзи аёллар кўкрагида сут сақланиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари.

Бу хилдаги белгиларга жинсий органларда, сут беziда, ҳайз кўришда бўладиган ўзгаришлар киради. Бу белгиларнинг ҳаммаси объектив белгилар ҳисобланади.

Ҳомиладорлик ҳайз кўришнинг тўхташи билан белгиланади. Маълумки, соғлом аёлларда ҳайз даври ўзгармайди. Фақат ҳомиладорлар ҳайз кўрмайдилар, баъзи бола эмизадиган аёллар ҳайз кўрмасликлари мумкин.

Ҳайз даврининг бузилиши умумий касалликларда ҳам учраб туради. Хусусан қандли диабет, сил, сурункали заҳарланиш (кимёвий моддалар ва бошқалар билан), оғир рўхий изтироб ёки тўсатдан бошга тушган мусибат натижасида ҳам ҳайз тўхташи ёки унинг даври бузилиши кузатилади.

Ҳайз кўришнинг тўхташи ҳомиладорликнинг тахминий белгиларидан бири бўлишига қарамай, турли акушерлик текширишлари ўтказиш лозим бўлади.

Қиннинг кириш қисми ва қин шиллиқ қаватининг бўртиб кўкариши ҳам ҳомиладорликнинг тахминий белгисидир. Одатда ҳомиладорликнинг 5-6-ҳафтасидан бошлаб бачадон катталашади, шакли ва қаттиқ-юмшоқлиги ўзгаради.

Сут безлари ўзгариб катталашади ва қаттиқлашади, юқорида айтганимиздек сут безлари тугмачаси атрофини сиққанда, оғиз сути чиқади.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари объектив белгилар ҳисобланади, қинни ва қин кириш қисмини гинекологик ойналар ёрдамда кўрилади. Ойналар асосан 2 хил бўлади.

Гинекологик ойна ёрдамида текширганда ҳам асептика ва антисептика қоидаларига тўла риоя қилиниши лозим. Бу мақсадда врач қўлини албатта илиқ сув билан чўткада совунлаб, тозалаб ювиши, сўнгра дезинфекция қиладиган эритмалар билан чайиши керак. Шунингдек, текшириш олдида аёлнинг жинсий органлари ҳам дезинфекцияловчи эритма билан ювилади, стерилланган пахта билан аста артиб, қуритилади.

Гинекологик ойналар ёрамида қиннинг шиллиқ қавати, бачадон бўйнининг ранги, қинда яллиғланиш жараёни бор-йўқлиги аниқланади. Бундай текширишлар учун 2 тавақали қошиқсимон ойналардан фойдаланилади.

Икки тавақали гинекологик ойнани ишлатганда у қин орқасидаги чуқурчаларга етгунча қин ичига юборилади, сўнгра бачадон бўйнини кўриш учун ойна тавақалари очилади, қин деворларини эса ойнани қиндан чиқариб олиш пайтида кўрилади.

Бачадон бўйни ва қин девори қошиқсимон ойналар ёрдамида яхши кўринади. Бунинг учун ойна қиннинг орқа деворига қўйилиб, чот аста-секин пастга тортилади, иккинчи ойнани эса қиннинг олдинги деворига қўйиб, қин девори юқорига кўтарилади.

Икки қўл ёрдамида ҳомиладорларни текширишда бачадоннинг катта-кичиклигини, шаклини, қаттиқ-юмшоқлигини, қанчалик силжувчан, оғриқли ёки оғриқсиз эканлигини, жойлашиш ҳолатини, қин гумбазининг ҳолатини, қанчалик силжувчанлигини аниқлашда юқорида кўрсатиб ўтилган текшириш усулларининг ўзига хос аҳамияти бор.

Ҳомиладорликни кўрсатувчи белгилар:

1. **Пискачек белгиси** — ҳомиладорликда бачадон шаклининг ўзгаришидан иборат. Аслида ноксимон, бир текис япалоқлашган бачадон нотўғри шаклдаги шарга ўхшаб қолади. Бачадон деворининг ҳомила тухуми жойлашган қисми дўппайиб чиқади.
2. **Горвиц — Гегар белгиси.** Бу бачадон бўйни билан танаси оралиғи, яъни бачадон бўйин олди (istmust) юмшашига асосланган. Икки қўл билан текширганда, қинга киргизилган қўл бармоқлари билан қорин девори орқали қовуқ суяги устидан босаётган ташқаридаги бармоқлар

бачадон бўйни олди юмшагани учун бир-бирига тегар даражада яқинлашади.

3. **Снегирев белгиси** – бу белгида ҳам ҳар икки қўл ёрдамида текширилади. Қин орқали бармоқлар билан текшириш вақтида бармоқлар таъсирида бачадон қисқа муддатга қисқариб, қаттиқлашади. Бачадон қаттиқ-юмшоқлигининг бундай ўзгариши унинг нерв системасининг таъсирланиши туфайли вужудга келади ва таъсирланиш тўхтагач, у яна юмшаб қолади.
4. **Гентер белгиси** – бу белгида ҳам ҳар икала қўл ёрдамида текширилади. Қинга киритилган бармоқлар ёрдамида бачадондаги ўзгаришларни аниқлаш билан бирга, ташқи қўл ёрдамида бачадон олдинги юзасининг ўрта чизигида тароқсимон дўмбоқча бўлади, бу Гентер белгиси деб аталади.

Ҳомиладорликни эрта муддатларида аниқлашнинг гормонал усули.

1928 йилда Ашгейм – Цондеклар аёлнинг ҳомиладор бўлганини аниқлашда гормонал усулини таклиф қилдилар. Бу реакциялар таъсирида ҳомиладор аёл сийдигида гипофиз безининг олдинги бўлагидан ажраладиган гормон аниқланади.

Ҳомиладор аёл организмида гонадотроп гормон – гипофизнинг олдинги бўлагидан ажралган гормонни Ашгейм ва Цондек пролан деб атаганлар. Ҳомиладорликда пролан ва фолликулин аёл сийдиги билан кўп ажралади. Бу гормон ҳомиладорликнинг биринчи ҳафтасидаёқ кўпая боради. Пролан А ва В га бўлинади, А гормон тухумдонда фолликуланинг такомиллашишига, В эса сариқ тананинг ўсишига таъсир қилади.

Цондек – Ашгейм реакциясини ўтказиш учун текширилувчи аёл сийдиги тўла етилмаган (инфантил), оғирлиги 6-8г келадиган 5 та оқ сичқонга юборилади. Биринчи сичқонга ҳомиладор деб гумон қилинган аёл сийдигидан 0,2, иккинчисига 0,25, учинчиси ва тўртинчисига 0,3, бешинчисига 0,4 г дан юборилади (2 кун давомида 6 марта). Натижаси 96 – 100 соатдан кейин (биринчи уколдан ҳисоблаганда) олинади. 3-кун сичқон кинидан суртма олиб эстрол цикли аниқланади.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида фақат биринчи реакция мусбат бўлиши мумкин, иккинчи ва учинчи реакциялар кечроқ муддатларда мусбат бўлади (Э. М. Каплун). Демак, сичқоннинг ички жинсий органларида 3 хил реакция рўй беради.

Сичқонларни 96 – 100 соатдан кейин қорни ёриб кўрилади. Бунда куйидаги ҳолатни кўриш мумкин:

I- реакция – сичқонлар тухумдонида тараққий қилаётган фолликулалар, бачадонида эса унинг ҳар икки шохи (уларнинг бачадонлари икки шохли бўлади) кўкимтир бўлиб, секрет билан тўлган бўлади. Қин суртмасида қазғоқ, тангачалар (эструс босқичи), ядроли эпителий (преэструс босқичи) кузатилади.

II- реакция. Тухумдаги фолликула ичига қон қуйилган бўлиб, қора нуқтага ўхшаб кўринади, бачадон шохлари катталашган бўлади, қин секретини суртмасида шиллиқ, лейкоцит ва эпителийлар бўлади. Бу босқични «тинчлик» босқичи, диэструс дейилади.

III- реакция. Фолликулалар ўрнида сариқ тана вужудга келади. Бачадон шохлари катталашган бўлади. Қин суртмаси диэструс босқичини кўрсатади.

Биринчи реакция пролан учун специфик бўлмайди, эстроген гормонлар таъсирида бўлади, II ва III реакциялар пролан учун специфик ҳисобланади.

Тухумдонда битта қон қуйилган нуқта ёки битта сариқ тана бўлиши реакциянинг ижобийлигини кўрсатади.

1947 йилда Галли – Майнини таклиф қилган усул Харьков медицина институти акушер-гинекологик клиникаси ходимлари (Алпатов ва бошқалар) томонидан қайтадан ишланган. Бу реакция қуйидагича ўтказилади.

2 та эркак сув қурбақанинг (*rana esculenta*) орқасидаги лимфа қопчасига ҳомиладорликка шубҳа қилинган аёл сийдигидан 2,5 мл дан юборилади. Сийдикни юборишдан олдин қурбақа клоакасида томизгич ёрдамида суюқлик олинади. бу суюқликда сперматозоид йўқлигига ишонч ҳосил қилгач сийдик юборилади. Сийдик юборгандан кейин 2 соат ўтгач, клоакадан яна суюқлик олинади ва унинг 1-2 томчисини ойнага томизиб, уни ёпадиган ойна билан ёпиб, микроскопда кўрилади. Агар бунда ўлик ёки тирик сперматозоидлар топилса, демак, реакция мусбат бўлади. Агар салбий бўлса, бир соатдан кейин клоакадан яна суюқлик олиб кўрилади. Бунда ҳам салбий ёки ноаниқ бўлса, бир суткадан кейин реакцияни шу қурбақада қайтариш мумкин.

Ҳомиладорликни аниқлашда Фридман реакциядан фойдаланса ҳам бўлади. Бу реакция қуёнларда худди сичқонлардаги каби ўтказилади. Бунда овуляция ва қин суюқлиги цитологик жиҳатдан текширилади. Реакция ўтказиш учун балоғатга етган эркак қуёндан 4-6 ҳафта давомида ажратилиб сақланган она қуёнлардан фойдаланилади. Уларга 2 кеча-кундуз давомида

кунига 3 марта 4 мл дан кулоқ тоғай венасига текширилувчи аёлнинг сийдиги юборилади. Охирги уколдан 48 соат ўтгач уларнинг қорнини ёриб, жинсий органларнинг ҳолати кўрилади. Агар реакция мусбат бўлса, бачадон катталашган, кўкимтир, тухумдон ҳам катталашган ва уларда қорамтир – қизил рангдаги қон қуйилмалари пайдо бўлади. Уларнинг қин суяқлигини олиб, цитологик жиҳатдан текшириш ҳам мумкин.

Ҳомиладорликни аниқлашда гравимун тестини қўллаш мумкин. Бу усул билан ҳомиладорликда аёллар сийдигида хориогоник гонадотропин гормони текширилади. Бунинг учун қуёнлардан олинган зардобга қарши модда солинган ампулани арралаб синдириб, унга 0,4 мл фосфат, буфер, натрий хлоридга тезда 2 томчи филтрланган эрталабки сийдик қуйилади.

Ампуладаги аралашмани чайқатиб, аралаштиргач, штативга қўйиб, уй ҳароратида 2 соат сақланади. Икки соатдан кейин натижаси аниқланади. Агар эритроцитлар ампула тагига халқа ёки тугмача шаклида чўкса, агглюцинация бўлмайди, бунда реакция натижаси ижобий, агар эритроцитлар диффуз равишда сочилган бўлса, салбий бўлади.

Ультратовуш ёрдамида ҳам ҳомиладорликни аниқлаш мумкин 5-6 ҳафталигидаёқ ҳомиланинг юрак уришини билиш ва ҳомиланинг тасвирини кўриш мумкин.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИ КЕЧКИ МУДДАТЛАРДА АНИҚЛАШ

Ҳомиладорликнинг аниқ ёки шубҳасиз белгилари қуйидагилардир.

1. Ҳомиладорлик тахминан 15—20 ҳафталик бўлганда ҳомиланинг юрак уриши қорин девори орқали, оддий акушерлик стетоскопи билан аниқ эшитилади. Юрак уришини «Малыш» деб аталадиган аппарат ёрдамида ҳам эшитса бўлади. Бунинг учун қорин девори сатҳига вазелин суртиб, унинг эштадиган қисмини қорин девори бўйича суриб ҳомиланинг юрак ураётган соҳаси топилади, бунда аппарат ёрдамида юрак уриши саналади (минутига 130—140 марта уради).

Она организмидан қорин девори орқали эшитиладиган овозларга қуйидагилар киради.

а) ҳомиланинг юрак уриши билан бир вақтда бўладиган қорин аортасининг уриши ва бачадон ён деворларидаги катта қон томирларда бўладиган шувиллаган шовқин;

б) ичакларнинг перистальтик (тўлқинсимон) ҳаракати туфайли ҳосил бўладиган ритмсиз шовқин;

в) ҳомиланинг кўлоёқлари қимирлаши натижасида ҳосил бўладиган ва қийинлик билан эшитиладиган бўғиқ овоз.

Ҳомиланинг юрак уриши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб эшитила бошланади. Агар ҳомиланинг боши олдинга эгилган бўлиб, унинг орқаси бачадоннинг бирор деворига яқин турган бўлса, унинг юрак уриши орқа томондан яхши эшитилади. Агар ҳомила юзи билан келиб, боши орқага эгилган бўлса, унинг орқаси бачадон деворидан узоқлашади ва кўкраги бачадон деворига тегиб туради. Бу ҳолда унинг юрак уриши кўкрак томонидан яхшироқ эшитилади. Ҳомила боши билан олдин келганда унинг юрак уриши она киндигидан пастда, чаноғи билан келганда — киндик қаршисида ёки ундан юқорида, кўндаланг келганда — киндик тўғрисида, туғиш жараёнида ҳомиланинг боши чанок ичига кирганда — қорин ўрта чизигида (симфиз устида) эшитилади.

Ҳомилада асфиксия (бўғилиб қолиш) рўй берганда унинг юрак уриши асфиксия босқичига қараб минутига 100—110 марта уриши ёки тезлашиб, 150 ва ундан ҳам тез ура бошлайди. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳомиланинг тирик эканлигини, нормал ўсаётганлигини, бачадоннинг ўсишини кузатиш ва ультратовуш ёрдамида аниқлаш мумкин. Одатда соғлом онанинг томир уриши ҳомиланикига қараганда бир ярим баробардан кам бўлади, буни ҳомиланинг юрак уришидан ажратиш учун ҳомиланинг юрак уриши онанинг билак томири уриши билан солиштирилади.

2. Объектив текширилганда ҳомиладорлик 20 ҳафталик бўлгандан бошлаб ҳомиланинг қимирлаши аниқ билинади. Ҳомиладорнинг ўзи ҳам ҳомиланинг қимирлаганини анча илгари сезиши мумкин. Лекин буни аёл ичаклар перистальтикаси билан алмаштириши ва янглиш маълумот бериши мумкин.

3. Ультратовуш ёрдамида ҳомила скелетини ва юрак уришини, ундаги мавжуд нуқсонларни кўриш мумкин.

4. Ҳомиладорликнинг бешинчи ойидан бошлаб ҳомиланинг скелет суяқларини рентгенда кўриш мумкин. Бу усулдан ҳозир деярли фойдаланилмайди.

5. Пайпаслаб кўриш усулида (Левицкий-Леопольд усули) ҳомила ҳолатини аниқлаш мумкин. Ҳомиладорнинг қорнини пайпаслаб (ушлаб) кўриш усули ҳомила қисмларининг катта-кичиклигини,

ҳомиланинг бачадонда жойлашиш ҳолатини, олдин келувчи қисмининг қаерда эканлигини (чаноққа киришдан юқорида, чаноққа кираверишга суқилган ҳолатда ёки кичик ёки катта сегмент билан турганлиги) ни аниқлашдан иборат. Ҳомиладор аёлнинг қорнини пайпаслаб кўриш учун текис каравотга чалқанчасига, оёқларини тизза ва ёнбош бўғимларидан буккан ҳолда ётқизилади, врач унинг ўнг томонига ўтиради.

Ҳомиладор аёл қорнини пайпаслаб текшириш вақтида акушерлик текширувининг тўртта аниқлаш усулидан фойдаланилади.

Биринчи усул. Бачадон тубининг баландлиги ва унинг тубида қайси қисми борлигини аниқлаш учун қўлланилади. Бунинг учун иккала қўлнинг кафти билан бармоқлари бир-бирига қарагани ҳолда, бачадон тубини ушлаб, у енгилгина пастга босилади. Шунда бачадон тубининг турган баландлиги ва ҳомиланинг ётиш ҳолати аниқ билинади.

Ҳомиланинг ўсиши ва муддати бачадон тубининг қайси баландликда турганлигига қараб аниқланади. Агар бачадон тубида ҳомиланинг катта қисмлари аниқланса, бу унинг тўғри ётганлигини кўрсатади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг думбаси борлиги аниқланса, бу олдин келувчи қисм бош эканлигини, аксинча, бачадон тубида ҳомиланинг боши борлиги аниқланса, чаноғи билан олдин келишини кўрсатади.

Иккинчи усул билан ҳомиланинг орқаси ва майда қисмларининг туришига қараб, унинг қандай ҳолатда эканлиги аниқланади. Бунинг учун иккала қўл бачадан тубидан унинг ёнига ўтказилади.

Икки қўл бармоқлари галма-гал босиб кўриш йўли билан бачадон пайпасланади. Ўнг қўл билан пайпаслаганда чап қўл қимирламай, бачадон деворида туриши керак. Бу усул билан бир томонда текис юза — ҳомила орқасини, қарама-қарши томонида эса, унча катта бўлмаган ва ўз туришини тез ўзгартирадиган дўмбоқли юза, ҳомиланинг майда қисмлари (оёқ, қўллари) аниқланади.

Ҳомила орқасининг чапга ёки ўнгга қараган бўлишига қараб унинг I- ёки II- ҳолатда эканлиги аниқланади. Агар ҳомиланинг орқаси онанинг чап биқинига қараган бўлса I- ҳолат, ўнгга қараган бўлса II- ҳолатда ётган бўлади.

Ҳомиланинг олдинда келувчи қисмини ва унинг кичик чаноқ бўшлиғига бўлган нисбатини аниқлашда акушерлик текширувининг **учинчи усули** қўлланади.

Бунинг учун кўлнинг катта бармоғи бачадон пастки сегментининг бир томонидан, қолган 4 та бармоқ эса иккинчи томонида турган ҳолда, ҳомиланинг олдин келувчи қисми ушланади, сўнгра кўлни бир оз пастга босиб, олдинда келувчи қисм бармоқлар билан ушланган ҳолда, жуда эҳтиёткорлик билан аста-секин ўнгга ва чапга қимирлатилади. Бунда ҳомила боши билан турган бўлса, қаттиқ, думалоқ, думба билан турган бўлса, юмшоқроқ ва ҳажми кичкинароқ бўлиб билинади. Агар олдин келувчи қисм (бош ёки думба) ҳаракатчан бўлса, бу унинг чаноқнинг кириш қисмидан юқорида турганини, қимирламайдиган бўлса, чаноқнинг кириш қисмида сукилиб турганини кўрсатади. Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётган тақдирда олдинда келувчи қисм бўлмайди.

Акушерлик текширувининг учинчи усулида, одатда аёл оғриқ сезади, шунга кўра, кўпинча бу усул ўрнига тўртинчи усул қўлланилади.

Тўртинчи усул ёрдамида олдинда келувчи қисмнинг турган жойи ҳамда у чаноқнинг қайси юзасида турганлиги аниқланади.

Акушер ҳомиладорнинг оёқ томонида турган ҳолда иккала кўли кафтини бачадон пастки қисмининг ўнг ва чап томонига қўяди ва пастга томон аста босади, бунда текширувчи ўз кўлини ҳомиланинг олдинда келувчи қисми билан чаноқ кириш қисмига юборади, шу йўсинда пайпаслаш ёрдамида олдинда келувчи қисмини ва унинг туриш ҳолатини (кичик чаноққа кириш қисмининг устидалигини ёки чаноқ ичига ўтганлигини) аниқлайди. Шу усул билан яна бошнинг катта-кичиклиги, энса, пешона, энгакнинг турган жойи ва туғиш жараёнида бошнинг чаноққа тушиш ҳолатлари аниқланади.

Ҳомиладорликни аниқлашда яна қуйидаги қўшимча усуллар мавжуд.

Амниоскопия — бу усул ёрдамида қоғаноқ суви ва сув пардаси кўрилади. Бунда сув пардаси ҳали йиртилмаган бўлишига қарамасдан қоғаноқ сувининг ранги, тиниқлик даражасига (кўкиш, сариқ рангда ва лойқа эканига) қараб ҳомилада асфиксия бўлган-бўлмагани, ҳомиладаги гемолитик касаллик ва бошқалар аниқланади. Амниоскопия стационар шароитида қўлланади.

Амниоцентез — бу усул ёрдамида ҳомиланинг сув пардаси орқали ундан қоғаноқ суви олинади. Гемолитик касалликнинг оғир турлари, келиб чиқиш сабаблари ва ҳоказолар аниқланади.

Фонокардиографияда ҳомила юраги фаолияти аниқланади. Бу усулда ҳомила юрагининг уриши (нормада экани, тезлашгани ва секинлашгани), ритми (нормада, аритмия), товуши ва бошқалар аниқланади. Бу ҳомилада асфиксия бошлангани ва бошқа патологик ҳолатларга тахмин қилиш ва уларнинг олдини олишга имкон беради.

Кардиотокограф ва электрокардиография — бу усуллар кенг қўлланилади, ҳомиланинг юрак фаолияти, айниқса ундаги гипоксияни ўз вақтида аниқлашда аҳамияти катта. Бу усулда ҳомила юрак уришини 14—16 ҳафталигидаёқ билиш, шунингдек плацентанинг олдинда жойлашганини аниқлаш мумкин.

Ультратовуш ёрдамида ҳомиладорликни эрта муддатида ҳам аниқлаш мумкин бўлади. Бундан ташқари, ҳомиланинг сўнгги тараққиёт даврида унинг бачадонда ётиш ҳолатини (боши, танаси, оёқ-қўллари, ички аъзолари), оёқ-қўллар ва бошнинг жойлашишини ва кўкрак қафаси ўлчовини аниқлаш мумкин.

Ҳомиладорлик муддатини ҳамда унинг ривожланишидаги нуқсонларни (гипотрофия, гидро ва микроцефалия ва бошқалар) билиш мумкин. Бундан ташқари, бу усул ҳомила йўлдошини, қоғаноқ сувининг кўп ва озлигини, кўп ҳомилалик, айниқса ҳомиладорликнинг кечишини кузатишга имкон беради. Ультратовуш орқали текшириш ҳомиладор учун, ҳомила учун ҳам зарарсиздир. Рентген орқали диагноз қўйиш ҳозирги пайтда кам қўлланади. Аммо бу усулда фақат ультратовуш аппарати бўлмаса ва пайпаслаб, қин орқали текшириб ҳомила ҳолати ва ундаги нуқ-сонларни аниқлаб бўлмагандагина фойдаланилади.

БИРИНЧИ ВА ҚАЙТА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ АНИҚЛАШ

Биринчи ва қайта ҳомиладорлик одатда анамнез ёрдамида аниқланади. Бунини аниқлашдаги объектив белгилардан бири жинсий органлардаги ўзгаришлардир. Хусусан жинсий тешикнинг йирилиб туриши, қизлик пардасининг қолдиқлари — *coruneule murtiformes* сўрғичга ўхшаб қолган бўлади. Туғмаган аёлларда қизлик пардаси шакли сақланган, аммо йиртилган, бу *coruneule hyminalis* дейилади. Тукқан аёлларда қин кенг, бачадон бўйни цилиндр шаклида, унинг ташқи тешиги йирик (кўндалангига) бўлади.

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда бачадон бўйни то тукқунга қадар берк бўлади, аммо тукқан аёлларда туғмасдан 4-5 ҳафта илгариёқ бачадон бўйнига битта бармоқни суқиш мумкин.

Қорин деворини кўздан кечирганда ҳам аёлнинг туққан туғмаганлиги ҳақида тахмин қилиш мумкин. Туққан аёлларда қорин девори тўғри мускули бирмунча ажралган, терида эски тиртиқлар — *striae gravidarum* ни кўрамиз, улар оқ чизик шаклида бўлади. Бу тиртиқлар оқ рангда бўлса, бу аввалги ҳомиладорликдан қолганини, пушти-қизил рангда бўлса, ҳозирги ҳомиладорликни деб хулоса чиқариш мумкин. Аммо баъзан бу тиртиқлар ҳомиладор бўлмаган аёллар қорин девори, сонларининг олдинги сатҳида учраб турганини назарда тутиб кўпчилик олимлар буни гормонал жараён натижаси деб талқин қиладилар.

Биринчи ҳомиладорликда ҳомила боши туғишдан 4—5 ҳафта илгари чанок кириш қисмида бўлади. Қайта туққанларда эса то туғиш жараёни бошланмагунча ҳомила боши чанок кириш қисмидан юқорида туради. Туғруқ дарди бошланиши билан аста-секин чанок кириш қисмига яқинлашиб, ниҳоят бачадон бўйни тўла очилиши билан жойлашиб олади.

Сут безларида ҳам баъзи ўзгаришлар бўлади. Туққан аёлларда сут безлари бирмунча осилган, сўрғичлари анча яхши билинади. Туғмаган аёлларда эса сут безлари таранг, унинг сўрғичлари кичкина бўлади.

Аёлнинг биринчи ёки қайта ҳомиладорлигини билишнинг суд тиббиётида аҳамияти катта.

ҲОМИЛАНИНГ ТИРИК ЁКИ ЎЛГАНИНИ АНИҚЛАШ

Дастлаб ҳомиланинг қандай ўсаётгани ва ҳаётлигини бачадоннинг ой сари катталашиши билан аниқланади. Бачадоннинг ўсиши календарь ёки акушерлик ойи билан белгиланади ва у маълум ҳажмда бўлади. Агар бачадон ўсмай қолса ёки секин ўсса, унда ҳомила тирик бўлса ҳам ўсишдан орқада қолаётганидан (гипотрофия) хабар беради. Қайта бўйида бўлган аёллар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ҳомиланинг қимирлашини анча илгарироқ сеза бошлайдилар.

Ҳомиланинг юрак уриши оддий акушерлик стетоскопида ҳомиладорликнинг 2-ярмида эшитилса, фонокардиограф, кардиотокограф ёрдамида эртароқ аниқлаш мумкин. Аммо ҳомиланинг юрак уришини эшитганда албатта, онанинг томир уриши билан солиштириш зарур. Онда иситма, камқонлик ёки юрак касалликлари бўлганда ҳам томири тез уриб, унда ҳомила юрагининг зарби билан алмаштириш мумкин. Ҳомиланинг ўлик ёки тириклигини аниқлашда шуларни ҳам ҳисобга олиш керак.

Ҳомиланинг қимирлашини она сезмай қолса, ҳомила ўлган бўлади. Қоғанок суви шимилаётганига кўра бачадон кичиклаша боради. Ҳомиладорлар қорин пастида оғирлик сезадилар, оғизлари бемаза бўлиб, этлари увишади, сут безлари юмшаб қолади. Ҳомиланинг тирик ёки ўлганини ультратовуш ёки рентгенография йўли билан ҳам аниқлаш мумкин.

С. Я. Малиновскийнинг фикрига кўра ҳомиланинг ўлганини зикрлашда 18 та белги бўлади. Ҳомила бош суякларининг бир-бири тагига ботиб кириши, чокларининг очилиб туриши, бош суягининг япалоқлашгани, орқа умуртқада бурчак ҳосил бўлиши ана шу белгилардандир.

Ҳомила тухуми агар она организмидан ажралган, яъни ўлган бўлса, биологик диагностика усули ҳам ёрдам беради. Ҳомиланинг ўлгани қанчалик эрта аниқланса, аёлга шунчалик ўз вақтида ёрдам бериш мумкин бўлади. Акс ҳолда аёлда турли паталогик ҳолатлар юз бериши, хусусан бачадонда ҳомила чириши, қон ивишининг сусайиши, ўлган ҳомилани бачадондан олиб ташлаш жараёнида қон кетиши мумкин. Баъзи ҳолатларда гипо ёки афибриногенимия ҳолати юз бериши ва аёл ҳалок бўлиши мумкин.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ДАВОМ ЭТИШИ, УНИНГ МУДДАТИ ВА ТУҒИШ ВАҚТИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорлик сўнгги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисоблаганда ўрта ҳисоб билан 280 кун ёки акушерлар оёи билан 10 ой — 40 ҳафта давом этади, лекин баъзан ҳомиладорлик 280 кундан кам ёки ортиқ давом этиши мумкин. Аёлларда ҳомиладорлик муддатини аниқлашда кўп қийинчиликлар учрайди, чунки унинг қачон бошланганлигини аниқ билиш қийинроқ бўлади.

Ҳомиладорлик муддати охирги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланади. Туғиш куни охирги ҳайзнинг 1-кунига, акушерлик оёи — 10 ой ёки 40 ҳафтани, ёхуд 280 кунни қўшиш билан аниқланади. Акушерлик тажрибасида туғиш вақтини аниқлаш учун Негель усулидан фойдаланилади. Бунинг учун охирги ҳайзнинг биринчи кунидан 3 ой орқага санаб, унга 7 кун қўшилади.

Масалан, агар охирги ҳайзнинг биринчи куни 20 август бўлса 3 ой орқага саналиб (20 июль, 20 июнь, 20 май), унга 7 кун қўшилса, демак, туғруқ келаси йилнинг 27 майида бўлади.

Шунингдек туғиш вақтини аёл ҳомиланинг биринчи марта қимирлаганини сезган кундан бошлаб ҳисоблаш ҳам мумкин. Одатда

ҳомила биринчи ҳомиладорликда 20 ҳафтадан сўнг, қайта ҳомиладорликда 18 ҳафтадан кейин қимирлайди.

Ҳомиладор ҳомиланинг қимирлашини сезган кунига 140 кун (акушерлар ойидан 5 ой) ва қайта ҳомиладорларда 154 кун (акушерлар ойидан 5,5 ой) қўшилади. Шу йўл билан тахминий туғиш вақти аниқланади. Лекин туғиш вақтини шу йўл билан унчалик тўғри аниқлаб бўлмайди. Чунки аёл ҳомиланинг қачон қимирлаганини унутган бўлиши ёки ичаклар перистальтикасини ҳомиланинг қимирлаши деб янглиш тушуниши мумкин.

Туғиш вақтини охириги ҳайзнинг биринчи куни бўйича аниқлаш муҳимдир.

Ультратовуш билан ҳомила ёшини аниқлаш ҳам мумкин. Бунда ҳомила бошининг катта-кичиклиги, танасининг узунлиги диагноз қўйишда асосий белгилардан ҳисобланади.

Ҳомиладорлик муддатини ва туғиш вақтини аниқлашда бачадон ўлчови ва тубининг баландлигини билиш катта аҳамиятга эгадир.

Ҳомиладорликнинг дастлабки даврларида, ҳали бачадон чанок бўшлиғида турганда унинг катта-кичиклиги қин орқали текшириб, аниқланади. Ҳомиладорликнинг (акушерлар ойининг) тўртинчи ойи охирида бачадон туби киндик билан қов суяги оралиғида, симфиздан 4 бармоқ энида юқорида туради. Демак, бачадоннинг кўп қисми катта чанокқа ўтган бўлади. Ҳомиладорликнинг бешинчи акушерлар ойи охирида бачадон катта одам бошидек келади, унинг туби икки бармоқ энида киндикдан пастда туради. Агар тўртинчи ой охирида қорин деворининг кўтарилганлиги зўрға аниқланса, бешинчи ой охирида анча кўп кўтарилган бўлади.

Ҳомиладорликнинг олтинчи акушерлик ойида бачадон туби киндикда, еттинчи ой охирида эса киндикдан 3 бармоқ энида юқорида бўлади. Ҳомиладорликнинг саккизинчи акушерлар ойида бачадон туби киндик билан ханжарсимон ўсимта ўртасида, симфиздан 30—32 см юқорида туради, айланаси 80—85 см бўлади.

Ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойида бачадон туби ўзининг энг юқори нуқтасига, яъни ханжарсимон ўсимтага тақалади. Киндик бирмунча дўппайиб чиқади. Ҳомиладорликнинг ўнинчи акушерлар ойида бачадон туби ҳомиладорликнинг саккизинчи ойи охирида

эгаллаган жойида, яъни киндик билан ханжарсимон ўсимта орасида туради. Бироқ, бачадон туби саккизинчи ва ўнинчи ой охирида бир хил баландликда бўлишига қарамай, улар бир-биридан қорин айланасининг ўлчови билан фарқ қилади: саккизинчи ойда қорин айланаси 80—85 см бўлса, ўнинчи ойда 95—98 см ва ундан кўп бўлади.

Бундан ташқари, ўнинчи ойда қорин осилган бўлиб, ҳомиладорнинг нафас олиши осонлашади.

Биринчи марта туғувчиларда ҳомиладорликнинг саккизинчи ойида ҳомиланинг боши чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлиб, ўнинчи ойда чанокнинг кириш қисмига суқилган ҳолатда, қимирламай туради. Қайта туғувчиларда эса ҳомиланинг боши ҳомиладорликнинг охиригача чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлади. Бачадон тубининг баландлигига қараб ҳомиладорлик муддатини ҳамма вақт ҳам тўғри аниқлаш мумкин бўлавермайди.

Бачадоннинг катталиги фақат ҳомиладорлик муддатигагина эмас, балки қоғаноқ сувининг миқдорида, ҳомиланинг катта-кичиклигига ҳам боғлиқдир (унинг оғирлиги одатда 2500 дан 5000 г гача бўлади). Шунингдек бачадоннинг катталиги бачадон деворининг қалинлиги, ҳомиланинг миқдори унинг жойлашишига қоғаноқ олди суви ҳажмига ҳам боғлиқдир. Қорин айланаси киндик устидан сантиметр тизимчаси билан ўлчанади.

Ҳомиладорликнинг охирида қорин айланаси 96—100 см бўлади, қов суяги (симфиз) устидан бачадон тубининг баландлиги ҳам сантиметр тизимчаси билан ўлчанади.

Ҳомила узунлигини ўлчаш ҳам ҳомиланинг ёши ва ҳомиладорлик муддатини аниқлашда қўшимча усул бўлиб ҳисобланади. Бунинг учун ҳомиладорни чалқанча ётқизиб, одатдаги чанок ўлчагич (тазомер) билан ўлчанади (ўлчаш олдидан ҳомиладор қовуғини бўшатади).

Чанок ўлчагич бир учи одатда ҳомиланинг чанок қисми турадиган бачадон тубига, иккинчи учи эса ҳомила бошининг пастки юзасига қўйилади (ҳомила қисмларининг жойлашиши қорин девори орқали пайпаслаб кўриб аниқланади). Бу оралик, В. В. Сутугиннинг айтишича, ҳомила узунлигининг ярмисини ташкил қилади. Шу усулда аниқланган ҳомила узунлигидан 2—3 см қорин девори қалинлигига чиқариб

ташланади. Шу йўл билан ҳомила узунлигини аниқлаб, уни 5 га тақсимласак, бизга бачадондаги ҳомиланинг (ҳомиладорликнинг) муддати маълум бўлади. Масалан: чаноқ ўлчагичнинг кўрсатишича, бачадон туби билан ҳомила боши пастки қисмининг оралиғи 16 см бўлса, ҳомила узунлиги 32 см га тенг келади. Шундан 2 см қорин девори қалинлигига чиқарилса, 30 см қолади. Бу узунликни 5 га тақсимлаб, ҳомиладорлик муддати олтинчи ойининг охири (30:5) ҳисобланади. Шундай қилиб, ҳомиланинг узунлигига қараб, унинг муддати аниқланади. Бу формула Скульский формуласи деб айтилади.

Ҳомиладорлик муддатига қараб, ҳомиланинг неча ойлиги ва бўйини аниқлаш учун китобнинг олдинги бобларида Гаазе схемаси келтирилган эди.

Ҳомила бошининг энсаси билан пешонасидаги маълум нуқталар ораси унинг катталиги ҳисобланади. Бу нуқталар оралиғи одатда ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойи охирида 11 см га тенг бўлади. Бу оралиқни ўлчаш учун ҳомиладор чалқанча ётқизиб текширилади.

Фигурнов схемаси. Ҳомила 32 ҳафталик бўлганида мавжуд ҳомиладорлик белгиларига қараб ҳамма ҳомиладор аёллар 3 турга бўлинади.

Биринчи турда — унча катта бўлмаган (9 см атрофида) ҳомила боши (кичик сегменти) чаноқнинг кириш қисмига зич суқилиб туради, қорин катта бўлмайди (айланаси 50 см атрофида бўлади), бачадон туби симфиздан 23—25 см юқорида, яъни ханжарсимон ўсимта билан киндик оралиғида туради. Бачадон бўйни катталашган бўлади.

Иккинчи турда — ҳомиланинг боши ўрта ўлчовда (10 см атрофида) бўлиб, чаноқнинг кириш қисмига суқилиб кирган бўлади, қорин айланаси 100 см га етади, бачадон унча катта бўлмайди. Унинг туби симфиздан 28 см юқорида, симфиз билан ханжарсимон ўсимта орасида туради, бачадон бўйни бирмунча катталашган бўлади.

Учинчи турда — ҳомиланинг боши чаноқнинг кириш қисмида, катта ёки ўрта ўлчовда (10-11 см), кўзгалувчан бўлади. Қорин айланаси 95—100 см бўлиб, бачадон туби киндик билан ханжарсимон ўсимта оралиғидан юқорида туради ва 30/32 см келади. Бачадон бўйинининг узунлиги 3 см бўлади.

Фигурнов ҳомила туғилиш йўлида чаноғи билан келганда бачадон тубининг бирмунча юқорида туришини ҳисобга олиб, баъзи ўзгаришлар киритишни, ҳомила кўндаланг келганда эса боши катталигини ҳисобга олиб Альфелд усулидан фойдаланишни (ҳомила узунлигини ўлчашни ва бошқаларни) тавсия этади. Бундан ташқари, ҳозирги пайтда ҳомила катта туғилиш ҳолатлари кўп учрамоқда (акселеризация), шуни ҳам ҳисобга олиш зарур бўлади. Аёлларга қулай шароит яратиш, оналик ва болаликни ҳимоя қилиш, оилани мустаҳкамлаш мақсадида ҳомиладорларга туғруқдан илгари бериладиган таътил календарь кунлари бўйича 1990 йил, 1 декабрдан бошлаб 70 кунга етказилди.

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш мезони

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш учун анамнезда қуйидаги саволлар билан аёлдан маълумот олинади:

-охирги ҳайз қачон бўлган?

-ҳомиладор бўлган вақтни аёл тахмин қила оладими?

-биринчи марта ҳомила қачон қимирлаган?

-акушер-гинекологга аёл биринчи марта келганда ҳомиладорлик неча ҳафталик деб белгиланган?

-олдинги маълумот (ҳомиладорлик муддати қанча давом этган, туғилган ҳомидаларнинг оғирлиги);

Объектив маълумотлар:

-бачадон тубининг қов суяги устидан қанча баланд турганини аниқлаш;

-қорин айланасини аниқлаш;

-аёлнинг бўйи ва вазнини ўлчаш.

Бачадон тубининг қов суяги устидан қанча юқорида турганлиги ҳомиладорлик муддатини аниқлашда асосий белгилардан биридир, бунда аёлнинг тана тузилиши, бўйи, тана оғирлиги, озғин ёки семизлиги ҳисобга олинади.

Бачадон тубининг баландлиги кўп аёлларда 30 ҳафталик ҳомиладорликда 29-31 см бўлади. Бўйи 160 см бўлган тери ости ёғ қатлами тана оғирлигига мос бўлган (тана оғирлиги 58 кг гача) ҳомиладор аёлларда бачадон туби 30 ҳафталик ҳомиладорликда қов суягидан 27-30 см юқорида

бўлади. Тери ости ёғ қавати анча кўп (семиз) ҳомиладор аёлларда бачадон туби қов суягидан 30-32 см баланд бўлади.

Бачадон туби баландлигини ўлчашдан олдин қовуқ сийдикдан бўшатилади, иложи бўлса, ичаклар ҳам бўшатилади. Қорин айланаси киндик соҳасидан ўлчанади.

Ҳомиланинг пешана-энса ўлчови чаноқ ўлчагич (тазомер) билан ўлчанади, бу 30 ҳафталик ҳомиладорликда 10-11 см га тенг келади.

Одатда 30 ҳафталик ҳомиладорликда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқ кириш қисмининг юқорисида бўлади ва уни осон кўзғатиш мумкин. Агар анамнез ва объектив текширишлар ёрдамида зарур маълумотлар олиш мумкин бўлмаса, ҳомиланинг гестацион ёши (она қорнидаги ёшидан) фойдаланиш керак.

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланиш мумкин: сон ва оёқ суяклари узунлиги, ҳомила бошининг ўртача ўлчови, ҳомила ривожланишдан орқада қолган-қолмаганлигини аниқлашда аёлнинг қорин айланасини ҳам ўлчаш лозим бўлади.

30 ҳафталик ҳомилани белгилаш (фетометрия бўйича маълумот)

Мезон	Бўйи 160см гача			Бўйи 165см гача	Бўйи 170см гача	Бўйи 170см дан ортиқ
	Вазни 55кг	Вазни 65кг	Вазни 80кг	Вазни 55кг	Вазни 75 кг	Вазни 90кг
Бачадон тубининг баландалиги (см) ўртача	28	29	30	29	29	30
Интервал (оралиқ)	27-29	28-30	29-31	28-30	28-31	29-32

Қорин айланаси (см) ўртача интервал	87	91	99	88	98	102
	83-90	88-94	95-103	85-91	94-102	98-106

Ультратовуш билан текширишда фетометрия кўрсаткичи

Ҳомиладорлик муддати	Бошнинг бипариетал ўлчови (см)	Пешана-энса ўлчови (см)	Бошнинг ўрта ўлчови. чакка оралиғи+пешана-энса ўлчови(см)
			2
30 ҳафталик ўртача интервал	7.5	9.8	8.6
	8.3-6.7	10.8-8.8	9.5
Ҳомиладорлик муддати	Қорин айланаси ўлчови (см)	Сон суяги узуңлиги (см)	Оёқ катталиги (узуңлиги, см)
30 ҳафталик ўртача интервал	8	5.6	5.6
	9.1-6.8	6.3-4.7	6.4-4.8

Юқорида 30 ҳафталик ҳомиланинг фетометрия кўрсаткичлари келтирилган.

Агар 30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қийинчилик туғилса, бу 3 кишидан иборат врачлар комиссияси иштирокида ҳал қилинади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА АЁЛЛАР ОРГАНИЗМИДА РЎЙ БЕРАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Уруғланган тухум бачадоннинг кўчиб тушувчи пардасига жойлашган пайтдан бошлаб ва айниқса аллантоис орқали озикланиш даврида (эмбрион ҳаётининг иккинчи ҳафтасидан) эмбрион ўзининг ривожланиши учун зарур бўлган ҳамма моддаларни она қонидан олади. Сўнгра (ҳомила туғилгунга қадар) она билан ҳомила ўртасида моддалар алмашинуви қон орқали давом этади.

Ҳомила тўғри ривожланиши учун зарур бўлган витаминлар ҳомилага она организмдан ўтади, ҳомила кислородни она қонидан олади. Ҳомилага кислород етарлича ўтмаса, унда кислород танқислиги рўй беради ва ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб она организмга тушган оксил асосан ҳомила тўқималарининг ташкил топишига сарфланади, она тўқималарида ва плацентада йиғилган кальций тузлари эса ҳомила скелетининг ташкил топиши учун сарфланади. Агар бу тузлар етишмаса, ҳомиладорлик вақтидан илгари тўхташи ва ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Она организмда ҳомиланинг нотўғри ўсиши, соғлом бўлмаган (яллиғланган) туғиш йўлидан ўтиши, аввалги туғруқларда бўлган операциялар ва бошқалар ҳомила учун оғир ҳолларнинг рўй беришига сабаб бўлиши мумкин. Она соғлом бўлса, туғиш йўлларида нуқсон бўлмаса, ҳомила нормал ривожланади ва нормал етилиб, ўз вақтида туғилади.

Ҳомиладор аёл оиласида баъзи ирсий касалликлар, ҳомиладорнинг ўзи бошидан кечирган хасталиклар (рахит, тепки, қизилча ва бошқа юқумли касалликлар) ҳомиладорлик ва туғиш жараёнини мураккаблаштириши мумкин. Бу касалликлар таъсирида ҳомиланинг айрим аъзолари ўсмай қолиши ва баъзан у ўсишдан тўхтаб, чала туғилиши мумкин.

Шундай қилиб, она организми ҳомила учун озикланиш манбаидир, у ҳомиланинг ўсиши, ривожланиши учун барча зарур моддалар билан таъминлайди.

Ҳомиладорликда кўкрак кафаси (унинг пастки қисми) кенгаяди, қовурға айланаси кўтарилади. Бу хилдаги ўзгариш ҳомиладорликнинг эрта муддатларидаёқ кузатилиши мумкин.

Ҳомиладорликда симфизда ва қов суягида, думғаза-ёнбош бўғимида янги тоғай тўқимаси вужудга келади ва ҳомиладорликдаги остеофитлар деб

аталган ҳолат, пешона ва чакка суяги ички юзасида сарғимтир-қизил қатлам кузатилади.

Чанокдаги бўғимлар соҳасида сероз суюқлиги кўпайиши натижасида юмшайди. Чанок бўғимларининг юмшаши уларнинг ҳаракатланиш хусусиятини оширади. Бу ҳол туғруқ жараёнида симфиз бўғимининг бир оз очилишига, чанок кириш қисми ўлчовининг кенгайишига имкон беради, натижада ҳомила бошининг осон туғилишини таъминлайди.

Баъзи ҳолларда ҳомиладорликда акромегалия белгилари кузатилади: оёқ, қўл ва пастки жағ суяклари катталашади. Ҳомила ўсган сари аёл қорин деворининг териси чўзилади. Бу ҳолат айниқса қоғаноқ суви кўп, ҳомила катта ёки эгизак бўлганда кузатилади.

Ҳомиладор қорин деворининг териси кўп чўзилиши натижасида унда ҳомиладорлик чизиклари (*striae gravidarum*) ҳосил бўлади (баъзан олимлар бу фикрни рад қиладилар). Чизиклар пайдо бўлишига терининг эластиклиги ва бириктирувчи тўқималарнинг бир-биридан ажралиши сабаб бўлади деб тахмин қилинади.

Агар чизиклар ушбу ҳомиладорликда вужудга келган бўлса, юпқалашган тери остидан унинг бириктирувчи тўқимасидаги томирлар пушти рангда кўринади. Агар чизиклар олдинги ҳомиладорликда пайдо бўлган бўлса, улар оқиш йўл-йўл бўлиб қолади, чунки унинг юзаси бириктирувчи тўқима билан қопланади.

Шунингдек, чизиклар осон ва сут безлари териси юзасида ҳам юзага келиши мумкин. Баъзан ҳомиладор бўлмаган аёлларда ҳам ҳомиладорлик давридагига ўхшаш чизикларни кўриш мумкин. Шунга кўра бу ҳолатни баъзи олимлар эндокрин безлар фаолиятига боғлиқ дейдилар. Баъзи аёлларда ҳомиладорликнинг охириги муддатларида юзда, қорин деворининг оқ чизигида туклар ўсади, чилла даврининг 2—3 ҳафтасида эса бу туклар йўқолади. Бу ҳолат эндокрин безлар ва такомиллашаётган плацента фаолиятига боғлиқдир.

Ҳомиладорликда қорин девори ўртасидаги оқ чизикда, сут безлари сўрғичи атрофидаги ҳалқада, ташқи жинсий аъзоларда, киндик атрофида, баъзан юзда (пешона, юз, юқори лаб устида) қорамтир доғлар кўпаяди, бу ҳам терида рўй берадиган ўзига хос ўзгаришлардандир (*choalasma gravidarum*). Бу ҳолат буйрак усти безлари фаолиятига боғлиқ бўлади.

Маълумки, ҳомила ўсиши туфайли аёл оғирлиги ортади, чунки ҳомила ўсган сари қоғаноқ суви кўпаяди, бачадон мускуллари гипертрофияси рўй беради ва кўшимча қон айланиш тизими такомиллашади. Натижада ҳомиладор аёлнинг оғирлиги ҳар ҳафтада 400-450 граммга ошади. Бундан ташқари, баъзи аёллар ҳомиладорликда семириб кетадилар.

Ҳомиладорнинг киндигида ҳам ўзгариш рўй беради. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида киндик текислашади, охириги ойида эса бўртиб чиқади. Бу белги ҳомиладорлик муддатининг (10- ойи) бошланганини билдиради.

Мавзу № 4: “Акушерликда потранаж хизмати.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда потранаж хизмати. Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда потранаж хизмати. Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№4 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда потранаж хизмати.

Она ва бола ўлимининг олдини олиш, касалликларни кескин камайтириш, жамиятда соғлом турмуш тарзини қарор топтиришда сезиларли натижаларга эришиш – патронаж хизматини жорий қилишнинг мақсадларидан биридир.

Ўзбекистонда патронаж хизмати тизими уч босқичда амалга оширилади, деб [хабар](#) қилди Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги матбуот хизмати.

“Тиббий патронаж хизмати инсон саломатлигини асраш, касалликларнинг олдини олиш ва халқимиз саломатлигини муҳофазалашда муҳим ўрин тутди. Ушбу йўналишда ишлар талаб даражасида йўлга қўйилса, жамиятдаги кўплаб тиббий-ижтимоий муаммоларнинг олди олинади”, - дейди Соғлиқни сақлаш вазири ўринбосари Элмира Боситхонова. Патронаж ишларини уч босқичда амалга ошириш режалаштирилмоқда. Биринчи босқичда аҳоли ҳар олти ойда хатловдан ўтказилади. Унда аҳоли орасида патронаж кўмагига эҳтиёжманд қатлам аниқлаб олинади. Иккинчи босқичда патронаж ҳамшира, умумий амалиёт шифокори ва тор мутахассислар иштирокида аҳоли хонадонида мақсадли патронаж тадбирлари ташкил этилади.

“Унда патронаж парваришга муҳтож ёлғиз қариялар, ногиронлар ва ўзгалар парваришига муҳтож шахслар, 1 ёшгача ва ногирон болалар, ҳомиладорлар, янги туққан оналар патронаж билан қамраб олинади. Мақсадли патронаж ҳар ҳафтада, белгиланган режа асосида ташкил этилади”, - дейилган хабарда.



Учинчи босқичдаги патронаж тадбирларини ташкил этишда бирламчи тиббий-санитария тизими ходимларига вилоят ва республика миқёсидаги даволаш муассасалари ва ихтисослашган илмий-амалий марказлар олимлари яқиндан кўмак беради. Бу тадбир эндиликда ҳар ойда ташкил этилиб, ушбу жараёнда сурункали касалликка чалинган, ихтисослашган тиббий кўмакка муҳтож беморлар қамраб олинади. Беморларни касаллигига қараб амбулатор

Эслатиб ўтамиз, ноябрь ойи ўртасида Ўзбекистон президенти Шавкат Мирзиёев Қорақалпоғистонга ташриф буюрганда, Нукусдаги оилавий поликлиникасига келганди. Шифокорлар билан бўлган суҳбатда поликлиникага келганларга сифатли хизмат кўрсатиш билан бирга худуддаги аҳолини патронаж қилиш, ҳар бир одамнинг ҳароратини билиш кераклигини таъкидлаб, касаллик варақаларини электрон шаклга ўтказиш, замонавий тиббиёт ютуқлари асосида ишлаш бўйича кўрсатмалар берганди.



Патронаж хизмати тарихи анча олис замонларга бориб тақалади. Бу соҳа алоҳида меҳр-эътибор, кўмак, парвариш, ғамхўрликка муҳтож инсонлар, хусусан, кексалар, беморларга ёрдам кўрсатиш зарурати туфайли юзага келган. Ҳозирги кунда ҳам дунёнинг қатор давлатларида ижтимоий патронаж хизмати кўрсатиш даражаси юксак чўққига чиққан. Мамлакатимизда ҳам бу соҳа аввалдан мавжуд бўлиб, бу йўналишда бугунги кунда ҳам самарали фаолият кўрсатилмоқда. Аммо, биз сўз бўлган мавзу - бу

тиббий патронаж соҳаси бўлиб, бу замонавий тиббиётнинг долзарб ва муҳим йўналиши сифатида инсон саломатлигини асрашда ўз аҳамиятини яққол намоён этмоқда.

Мамлакатимиз тиббий патронаж хизмати мустақиллик йилларида мукамал тизим сифатида шаклланган ва давлатимизнинг доимий эътибори туфайли кундан кунга ривожланиб бораётган соҳалардан биридир. Бугунги кунда юртимизда уч мингга яқин қишлоқ врачлик пунктлари, уч юз етмишдан зиёд оилавий поликлиникалар бу йўналишда халқимизга хизмат кўрсатмоқда. Тизимда етти мингга яқин умумий амалиёт врачлари, ўн етти минг нафардан зиёд ўрта тиббиёт ходимлари, яъни патронаж ҳамширалар эл саломатлиги йўлида иш олиб бормоқда.

Ушбу рақамлардан кўриниб турибдики, аҳоли тиббий патронажи соҳасида ўрта тиббиёт ходимларининг салмоғи анча юқори. Бу хизмат шундай ташкил этилганки, бу жараёнда ҳатто юртимизнинг энг чекка ҳудудларидаги оилаларни ҳам тўлиқ қамраб олиш устувор вазифа этиб белгиланган. Ҳар бир патронаж ҳамширага ҳудуднинг жўғрофий жойлашувидан келиб чиққан ҳолда, муайян контингент бириктирилган. Улар зиммаларига юкланган вазифани тўла адо этиши учун барча шароитлар яратилмоқда. Масалан, ҳамшираларга патронаж сумкалари тақдим этилган. Уларда тиббий кўрикни ташкил этишда қўлланиладиган бир қатор таҳлил воситалари бор. Масалан, қон босимини ўлчайдиган, ҳароратни текширадиган, боланинг ўсиш-ривожланишини кузатадиган воситалар, олис қишлоқларда аҳоли хонадонига қатновни амалга ошириш учун ҳамшираларга велосипед олиб бериляпти. Албатта, соҳа мутахассислари ҳам бу имкониятлардан оқилона фойдаланиб, эл соғлиғи, она-бола саломатлиги борасида сезиларли натижаларга эришмоқда. Буларнинг самарасида тиббиёт тизими зиммасига юкланган бир қатор муҳим вазифалар муваффақиятли адо этилаётгани барчамизни қувонтиради.

Масалан, мамлакатимизда кейинги беш йил ичида ҳар 100 минг чақалоққа нисбатан оналар ўлими 23,1 дан 19 тага, 5 ёшгача бўлган болалар ўлими 14,8 тадан 13,9 тага, чақалоқлар ўлими 11 тадан 10,7 тага камайди. Ушбу кўрсаткичлар бўйича Ўзбекистон Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Мингйиллик ривожланиш мақсадларига тўлиқ эришди.

Келажак авлод камолотини ўйлаб олиб борилаётган ана шундай эзгу ишлар фарзандларимизнинг жисмоний камолотида ҳам ўзининг амалий ифодасини топмоқда. Масалан, 94,2 фоиз болаларимиз бўй кўрсаткичлари бўйича Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти стандартларига тўла мос келади. Албатта, бу ютуқлар Президентимиз Ислом Каримов раҳнамолигида узоқни кўзлаб юритилган оқилона сиёсат меvasидир.

Бу натижаларни янада юксалтириш, соғлиқни сақлашга оид чора-тадбирларни янги босқичларга олиб чиқиш зиммамиздаги муҳим вазифадир. Албатта, бу борада кўзланган марраларга етишда замонавий тиббий хизмат, айниқса, бу соҳанинг муҳим бўғини бўлган тиббий-патронаж соҳасининг

ўрни янада ортаверади. Шу жиҳатлар эътиборга олиниб, юртимизда кейинги йилларда ушбу соҳани ривожлантириш бўйича кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. Хусусан, патронаж ҳамширалар ишини рейтинг баҳолаш амалиёти соҳага татбиқ этилди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 1 декабрдаги «Қишлоқ врачлик пунктларининг патронаж тиббиёт ҳамшираларини моддий рағбатлантиришни кучайтиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарори асосида патронаж ҳамширалар иши самарадорлигини рейтинг баҳолаш тартибига оид қоида тасдиқланди. Унга мувофиқ, жорий йилнинг 1 январидан бошлаб 85 фоиздан юқори балл тўплаган Қишлоқ врачлик пунктлари патронаж ҳамширалари маошига 5 фоиздан 20 фоизгача қўшимча ҳақ тўланади.

Албатта, бу имконият 2994 та ҚВПда ишлаётган 17 минг нафардан кўпроқ патронаж ҳамшираларнинг ўз ишига бўлган муносабати ва меҳнат самарадорлигини, пировардида тиббий хизмат сифатини юксалтириш омили бўлаётир.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ўрта тиббиёт ходимлари ушбу янги йўналиш бўйича тўлақонли фаолият юритиши учун барча шароитлар яратилаётир. Жойларда янги тизим олдида турган вазифалар, йўналишлар бўйича ҳудудий семинар-тренинглар ўтказилди. Орттирилган илғор тажрибаларни оммалаштириш, янгиликларни тўлиқ ўзлаштиришда ходимларга услубий-амалий кўмак беришга асосий эътибор қаратиляпти.

Албатта, янгича тизимда ишлаш учун фақат ҳамширанинг саъй-ҳаракати етарли эмас. Бу жараёнда соғлиқни сақлаш тизимининг ташкилотчилари, умумий амалиёт врачлари, олим ва моҳир мутахассисларнинг иштироки ҳам муҳимдир. Шу боис, патронаж ҳамширанинг кунлик иш режаси, аҳоли орасида олиб борилаётган патронаж иши йўналишларини белгилашда умумий амалиёт врачлари ва тиббиёт муассасаларининг раҳбар ҳамда мутахассислари фаол иштирок этяпти. Шунингдек, патронаж тадбирлари жараёнида аниқланган камчиликларни бартараф этишда маҳалла, хотин-қизлар қўмиталари ва бошқа нодавлат ташкилотлар билан бирламчи тиббий-профилактика муассасалари ўртасида йўлга қўйилган ҳамкорлик ҳам ўз самараларини бераётир.

Шу ўринда патронаж ҳамширанинг иш жараёнига қисқача тўхталсак. Юқорида қайд этилган қарорга мувофиқ, патронаж ҳамшира бир кунда олтита, бир ойда 144 та хўжаликка патронаж уюштириши белгиланган. Парваришга муҳтож ёлғиз кексалар, ногиронлар ва бошқа шу тоифага кирган шахслар, ҳомиладорлар, бир ёшга тўлмаган болалар, ногирон болалар, яқинда фарзанд кўрган аёллардан ҳар ойда бир марта хабар олиш мақсадга мувофиқ.

Шунингдек, ёш оилалар, фертил ёшдаги аёллар, болалар ва ўсмирларни ҳам ўз вақтида кузатиб бориш, аҳолини тиббий профилактика кўригига, болаларни эмлашга тўлиқ қамраб олиш, эмлаш натижаларини кузатиб бориш, оилаларга тиббий маърифат тарқатиш муҳим вазифадир. Албатта, бу юмушлар бир қараганда осон, оддий ишдек туюлади. Бироқ, унинг моҳиятига назар солинса, мураккаблиги, мутахассисдан катта масъулият, билим, тажриба, фидойилик талаб этиши намоён бўлади. Патронаж ҳамширалар ишини рейтинг баҳолаш тизимини жорий этишдан кўзланган асосий мақсад ҳам ана шу масъулиятли вазифани тўла рўёбга чиқариш, уни муваффақиятли бажараётган моҳир мутахассисларни қўллаб-қувватлаш, меҳнатини қадрлаш, тиббий ёрдамни ривожлантиришдир.

Мазкур қарор ижроси бўйича олиб борилаётган ишлар йилнинг биринчи чораги якуни бўйича умумлаштирилади. Ўйлаймизки, натижалар чакки бўлмайди. Чунки, ҳар бир тиббиёт ходими, айниқса, ҳамшираларимиз тиришқоқ, ўз ишини севадиган, янги-янги ютуқлар сари интиладиган инсонлардир. Албатта, уларнинг бундай хислатлари катта-катта ютуқларга замин яратади.

Бироқ, ҳаёт камчиликсиз бўлмайди, деганларидек, янгиликни ўз вақтида ўзлаштиришга эриша олмайдиган, ислохотлар талабига тўлиқ жавоб бера олмайдиган патронаж ҳамширалар ҳам учраши мумкин. Бундай вазиятда, энг аввало, уларга бу борада услубий-амалий кўмак бериш, ҳар томонлама ёрдамлашиш, малакасини ошириш кўзда тутилган. Шунда ҳам ўз ишига совуққонлик билан қарайдиган, масалан, 55 фоиздан кам балл жамғарган ҳамшираларга қонунда белгиланган тартибда чора кўриш, ҳатто, меҳнат шартномасини бекор қилиш мумкин. Бундай ҳолатлар учрамаслигига ишончим комил. Чунки, ўрта тиббиёт ходимлари ўз вазифасига сидқидилдан ёндошувчи мутахассислардир.

Уларнинг бундай интилишини қўллаб-қувватлаш, иш фаолиятида кўмаклашиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан Саломатлик ва тиббий статистика институти ва бошқа илм-фан марказлари олимлари ҳамда мутахассислари ҳамкорлигида ҚВП ва оилавий поликлиника патронаж ҳамшираларига услубий кўмак бериш мақсадида махсус қўлланмалар яратилган. Айни пайтда бу ишларни изчил давом эттириб, туман кўп тармоқли марказий поликлиникаларида ишлаётган ўрта тиббиёт соҳаси ходимлари учун шундай манбалар яратилипти. Ўйлаймизки, бу ишлар ўрта тиббиёт ходимларига ўз фаолиятини ривожлантириш, салоҳиятини намоён этиш, эл орасида обрў-эътиборини янада юксалтириш, патронаж хизматини янада юксалтиришда ўзига хос кўмак бўлади.

Мавзу № 5: “Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришларни ўрганиш.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар.
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув

	тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№5 мотивация. (Мавзу баёни)

Физиологик ҳомиладорлик. Ҳомиладорликда аёл организмида бўладиган ўзгаришлар.

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ

Бу даврда аёллар организмида аъзо ва тизимлар функцияси ўзгариши билан бирга моддалар алмашинуви ҳам ўзгаради.

Ҳ а в о а л м а ш и н у в и . Хорион киприклари оралиғида, киприк капиллярлари деворининг жуда юпқа пардаси ва уларни қоплаб турган эпителийлар ёрдамида она билан ҳомила қони ўртасида яқин алоқа боғланади.Аммо она қони билан ҳомила қони аралашмайди, чунки ҳар бирининг ўзига хос қон айланиш тизими мавжуд.Ҳаво алмашинуви асосан кислород алмашувидан иборат. Она организмидаги кислороднинг бир қисмини ҳомила ўзлаштиради, шу туфайли ҳомиладор аёл организмининг кислородга бўлган эҳтиёжи жуда ортади.

О қ с и л а л м а ш и н у в и . Ҳомиладор аёл организмидаги оксил моддалар ҳомиладорлик даврида (айниқса биринчи ярмида) бачадоннинг ўсиши ва сут безларининг ривожланиши учун зарур бўлган махсус оксил

моддаларни ишлаб чиқаришга, кейинчалик эса ҳомиладор организмда ҳомила тўқимаси ва аъзоларнинг шаклланишига сарфланади.

Бундан ташқари, туғиш ва чақалоқни эмизиш вақтида (туққандан кейинги 1—1,5 йил давомида) она организмдан сарф бўладиган оксилни тиклаш учун оксил моддаларнинг бир қисми сарфланади. Одатда ҳомиладорлик даврида оксил алмашинуви сусаяди, шунга кўра у оксилга бой ҳайвонот маҳсулотларини кўп тановул қилиши ярамайди, чунки ҳомиладор организмда оксил кўпайса зарарли таъсир кўрсатадиган оралик маҳсулотлар (тўла парчаланмаган оксиллар) тўпланиши мумкин. Шунга кўра бошқа турдаги оксиллардан фойдаланиш керак.

М и н е р а т у з л а р алмашинуви. Ҳомиладор аёл организмдаги тўқималарда, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида сув ва хлоридлар кўпаяди. Бу иккала омил тўқималарнинг қайишқоқлик хусусиятини оширади ва туғруқ вақтида ҳомиланинг туғиш йўлларида ўтиши осонлашади.

Ҳомиладор ва ҳомила учун кальций, натрий, кальций, фосфор, магний ва темир тузлари керак бўлади. Кальций тузлари ҳомила скелетининг суякланишига сарфланади. Агар она организмга кальций тузи етарли миқдорда тушмаса, ҳомила скелети турли ўзгаришларга учрайди. Организмда кальций тузининг етишмаслиги ҳомиладор тишларининг емирилишига, чириб бузилишига, тирноқларининг мўрт бўлиб қолишига олиб келади. Оғир ҳолатларда суяклар юмшаб мўрт бўлиб қолади. Ҳомиладор организмдаги фосфор асосан кальций тузи билан бирга ҳомила суяк тизимининг ривожланишида иштирок этади. Бундан ташқари, фосфор нерв тизимининг тузилиши учун ҳам сарфланади. Агар шу ҳар хил тузлар организмда етарли бўлмаса, тетания, остеомалация вужудга келиши мумкин. Фосфор ва кальций тузлари етишмаса, чаноқ суяги юмшаб шакли ўзгариши мумкин. Аммо бу патологик ҳолат ҳозирги вақтда деярли учрамайди, чунки ҳамма аёллар оилавий поликлиникада аёллар шифокор текширувидан ўтадилар ва уларга вақтида керакли маслаҳатлар берилади.

Темир тузлари ҳомила организмда қон элементлари ташкил топиши учун зарурдир. Бу тузлар асосан ҳомиланинг жигари ва талоғида йиғилади. Она сутида темир тузлари кам бўлганлиги сабабли чақалоқ туғилгандан сўнг дастлабки биринчи ой мобайнида ўз организмда йиғилган шу тузларни сарфлайди. Кўп муаллифларнинг фикрича, ҳомиланинг тараққиёти учун ўрта ҳисобда 450 мг темир тузлари сарфланади. Ҳомиладор аёл таркибида темир тузлари бўладиган овқатлардан еб турмаса, организмда темир моддаси

камайиб кетади. Бу ҳолат кўпинча ҳомиладорликнинг 20-28- ҳафталарида намоён бўла бошлайди. Агар аёл организмида темир моддаси жуда ҳам камайиб кетса, ҳомила чала туғилиб, нобуд бўлиши мумкин.

Темир моддасиинг етишмаслиги кўпинча камқонлик касаллиги (гипохром анемия)га олиб келади. Бундай анемия Ўзбекистонда 60%—80% ҳолларда учрайди. Шунга кўра бу борада аёллар ўртасида санитария-профилактика ишларини олиб бориш зарур.

Карбонсув (углевод) алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл организмида карбонсув алмашинуви бирмунча кўпаяди. Бунда организм карбонсувни гликоген сифатида ўзлаштиради ва у жигарда тўпланади. Вақт-вақти билан аёлда физиологик глюкозурия кузатилади, бу ҳолатга буйрак эпителийларининг қанд ўтказиш хусусияти ошиши сабаб бўлади, деб ҳисобланади. Қонда эса қанд миқдори ошмайди, ҳомиладорлик даврининг охирида бир оз ошиши мумкин, аммо нормал чегарадан чиқмайди. Бу ҳолат вегетатив нерв системаси фаолиятига боғлиқдир.

Карбонсув организмга қувват берувчи модда ҳисобланади.

С у в а л м а ш и н у в и. Ҳомиладорлик давомида аёл организмида, айниқса тўқималар ичида сув йиғилади, бу баъзан ҳомиладор танаси шишиб кетишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик даврида она организми ва ўсаётган ҳомиланинг сувга бўлган талаби ортади, шунга кўра аёл илгаридан кўра кўпроқ сув ичишга мажбур бўлади. Аммо агар аёлда шиш пайдо бўла бошлаган бўлса, сув ичишни камайитириш мумкин. Шиш ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатиладиган гипертензия ҳолатларида учрайдиган симптомлардан бири бўлиб ҳисобланади.

В и т а м и н л а р а л м а ш и н у в и. Ҳомиладор аёл организмида витаминлар етишмаса гиповитаминоз, оғир ҳолатларда авитаминоз касаллиги вужудга келади. Бу ҳолат ҳомиланинг муддатидан олдин туғилишига, яхши ўсмай қолишига сабаб бўлади.

Ҳомиладор аёл организмида витаминлар камайиб кетса, токсикозларнинг авж олишига қулай шароит яратилади. Аёл организмнинг айниқса витамин А, D, В, Е, С витаминларига бўлган талаби катта бўлади.

С витамини сперматозоид билан тухум хужайранинг қўшилиш жараёнининг тўғри кечиши, шунингдек фолликулларнинг ўсиши, бачадон децидуал пардасининг ривожланиши учун ҳам зарур. Организмнинг С ви-

таминига талаби ҳомила ўсган сари орта боради. Агар организмнинг С витаминига бўлган талаби 50 мг бўлса, ҳомиладор организми 120—125 мг, ҳатто 224 мг ни талаб қилади (Г. А. Бакшт). Йўлдош С витамини учун депо ҳисобланиб, ҳомиланинг талабини вақти-вақти билан қондириб туради. Баъзи олимларнинг кўрсатишича, ҳомила организмида тўпланган С витамини она организмидаги миқдордан кўп.

Ҳомиладор аёл организмнинг D витаминига бўлган эҳтиёжи ҳам катта. Маълумки, D витамини кальций ва фосфор алмашинувини бошқариб, тартибга солиб туради. Агар организмда D витамини етишмаса, онада остеопороз, ҳомилада эса рахит касаллиги вужудга келиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг нормал кечиши учун E ва A витаминлари ҳам зарур. Агар E, A витамини етишмаса, ҳомила чала туғилиши мумкин.

Ёғ алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл қонида липоид каби нейтрал ёғлар ва холестерин ҳам кўпаяди. Булар ҳомила танасининг тузилиши, тери ости ёғ қатламининг ташкил топиши, айниқса ҳомиланинг таракқиёти, бундан ташқари, сут безларида сут ишланиб чиқиши учун зарур бўлади.

Ёғларнинг парчаланиши организмда ацетон вужудга келишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида учрайдиган токсикозларда тўхтовсиз қусганда сийдикдан ацетон таналари топилади, агар бу ҳолат давом этаверса ҳомиладорликни тўхтатиш лозим бўлади.

Ҳомиладорлик даврида аёл ўтида холестерин кам бўлади, аммо чилла даврида кўпайиб, баъзан ўт пуфагида тош йиғилишига мойиллик пайдо бўлади. Ёғ ҳомиладор аёлнинг юрак мускуллари орасида, сут безларида, йўлдошда ҳам кўп тўпланади.

Ҳомиладор аёл ёғли овқатларни кўп истеъмол қилса, организмда ёғнинг парчаланиши издан чиқади ва натижада унда тўла ёнмаган ёғнинг зарарли маҳсулотлари тўпланади ва улар сийдикка ўтади. Оксил ва карбонсувларнинг тўла ёнмаган маҳсулотлари физиологик ацидозга ва сув алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади.

Бачадон бойламларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бачадон бойламлари ҳам ҳомила ўсган сари катталашиб (гипертрофия), узунлашади. Бачадоннинг думалоқ бойлами (leg. rotundum) 4 баробар узунлашади. Думғаза - бачадон бойлами (leg. sacrouterinae) қўл жимжилоғи йўғонлигида бўлиб қолади. Бойламларнинг бундай ўзгариши ҳомиланинг ўсишига ва

туғруқда анча қулайлик келтиради. Хусусан, думалоқ бойлам туғиш жараёнида гўё от юганига ўхшаб бачадон тубини тутиб туради. Бу бойламни ҳомиладорликда пайпаслаб кўриш мумкин.

Баъзи акушерлар думалоқ бойламнинг туриш ҳолатига қараб, йўлдошнинг қаерга ёпишганини тахмин қилса бўлади, дейдилар. Масалан, агар йўлдош бачадоннинг орқа деворига жойлашган бўлса, думалоқ бойлам анча олдинда ва бир-бирига яқинроқ жойда бўлади. Агар йўлдош бачадоннинг олдинги деворига жойлашган бўлса, унда думалоқ бойламлар анча орқароқда бўлади.

Ҳомиладорликда эндокрин системанинг ҳолати. Ҳомиладорликда эндокрин система анатомик ва физиологик жиҳатдан бир қатор қаршиликларга учрайди. Бу даврда эндокрин системага яна иккита без-йўлдош ва сариқ тана қўшилади. Айниқса, гипофиз безида анатомик ва гистологик ўзгаришлар кузатилади. Гипофиз жинсий аъзолар билан функционал жиҳатдан боғлиқ бўлади, бунинг аҳамияти каттадир.

Ҳомиладорликда гипофизнинг олдинги бўлаги анчагина катталашади. Гипофизнинг олдинги бўлагига бўялиш жадаллигига қараб 2 хил хромофилли бўлади. Хромофилли хужайралар доналарининг бўялишига қараб ацидофил ва базофил хужайраларга бўлинади .

Гипофиз олдинги бўлагининг катталашишида баъзан ҳомиладор аёлда акромегалия белгиларини учратиш мумкин. Аммо ҳомиладорлик тўхташи билан бу белгилар ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Гипофизнинг орқа бўлаги (нейрогипофиз) ҳомиладорликда катталашмайди. Гипофизнинг олдинги бўлаги кўп миқдорда гонадотроп гормонлар ажратади. Гипофиз орқа бўлагининг фаолияти олдинги бўлаги каби марказий нерв системаси назоратида бўлади.

Қалқонсимон безлардаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда қалқонсимон без бирмунча катталашади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, бу ҳолат 35—40% ҳолларда учрайди. Безнинг катталашиши натижасида моддалар алмашинуви ортади, қонда йод миқдори кўпаяди, яъни гипертиреоз пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатилади. Кўпинча без функцияси сустлашиши (гипофункция) мумкин. Бунда йод камайиб кетади, қоннинг қуюлиш хусусияти сусайиб қолади.

Қалқонсимон без олдидаги без кальций алмашинувини бошқаради, ҳомиладорликда унинг фаолияти ошади. Баъзан ҳомиладорликда тиришиш

ҳолатларини кўриш мумкин, бу организмда кальций тузининг камайиши туфайли вужудга келади. Бу ҳолат қалқонсимон без олдидаги без фаолияти сусайганда юз беради.

Буйрак усти безидаги ўзгаришлар. Буйрак усти бези пўстлоқ қавати калинлашиши натижасида катталашади. Буйрак усти безидан оксил, кўмир ва минерал моддалар алмашинувини бошқарувчи гормонлар (кортизон, гидрокортизон) ҳомиладорликда кўпроқ ажралади. Бу безнинг фаолияти ҳомиладорлик даврида муҳимдир.

Асаб системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда миё пўстлоғининг вазифаси ҳақида бир қатор текширишлар ўтказилган. Хусусан М. Л. Гармашова ҳамкасблари билан ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳам миё пўстлоғида ўзгаришлар бўлишини электроэнцефалограмма ёрдамида аниқлаган. Ҳомиладорликда миё пўстлоғи билан бош миё орасидаги алоқадорлик ўзгаради. Миё пўстлоғида тормозланиш жараёни ошиши, пўстлоқ остида эса тормозланиш жараёнининг сусайиши кузатилади. Шунга кўра вегетатив нерв системасининг тонуси ўзгаради.

Кўпинча вегетатив белгилар юзага келади: ҳомиладор аёлнинг сўлаги оқади, кўнгли айнийди, қайт қилади (ошқозон пилорус қисмининг спазмаси) ҳамда вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади. Қабзият, веналарнинг кенгайиши, сийдик йўлининг қовуққа уланган қисми кенгайганлиги, дермографизмнинг ўзгариши ва бошқалар кузатилади.

Ҳомиладорлик муддатининг охирларида бош миё пўстлоғининг кўзгалувчанлиги анча сусаяди, орқа миёнинг рефлектор равишда кўзғалиши зўраяди, бу ҳолат туғруқ дарди бошланиши сабабларидан биридир. Шундай қилиб, ҳомиладор организмнинг туғишга тайёрланиши асосан асаб системасининг мураккаб рефлектор реакциясига боғлиқдир. Бачадон рецепторлари сезувчанлигининг аста-секин ошиши туғруққа тайёрланишга имкон беради.

Ҳомиладорлик бошланишида вужудга келган шартли рефлекслар ҳомиланинг биринчи қимирлашидан то охиригача анчагина ўзгаради, аммо туғруқ дарди бошланиши билан бутунлай йўқолади. Ҳомиладорликда анализаторларнинг фаолияти ўзгариб, бу ҳолат кўриш ва эшитиш қобилятига таъсир қилади. Парестезия (бармоқларнинг жонсизланиши, қумоли юрганига ўхшаш жимирлаш) ҳолати кузатилади.

Периферик нерв системасидаги ўзгаришлар. Невралгик оғриқлар, айниқса ишиалгия хусусиятидаги, думғаза ва бел соҳасидаги оғриқлар

билан намоён бўлади. Кўпинча аёлнинг болдири ва ахилл пайи соҳасида томир тортишади. Баъзан периферик нервларнинг қўзғалувчанлиги ортади (тетанияга ўхшаш ҳолат), тизза рефлекслари зўраяди.

Ҳомиладор аёлнинг салга жаҳли чиқадиган бўлиб қолади, кайфияти ўзгариб туради, уйқучанлик кузатилади, жинсий майл сусаяди. Юқорида қайд қилинган ҳолатлар мия пўстлоғи ва пўстлоқ ости фаолияти ўзаро мувозанатининг ўзгаришига боғлиқдир.

Юрак ва қон томирлар системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда диафрагманинг юқори туриши юракнинг ҳам юқorigа жойлашишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг охирида юрак бир оз кўндаланг ва кўкрак кафасига яқин ётади. Бунда юрак чегараси кенгаяди, юрак зарби анча четроқда бўлади. Катта қон томирлар кўпроқ эгилганига кўра нозик юрак шовқини, кўпинча систолик шовқин эшитилади. Сут безлари катталашиб, тўлишгани туфайли юрак чегарасини аниқлаш қийинроқ бўлади, буни ультратовуш ва рентген ёрдамида аниқласа бўлади. Агар юрак нормал бўлса, ҳомиладорликда деярли ўзгармайди.

Ҳомиладор юраги ҳомила ўсиши билан аста-секин унга мослаша боради: мускуллари гипертрофиялашиб бир оз кенгаяди, функционал хусусияти ортади. Чунки аёл организмида учинчи қон айланиш системаси (бачадондаги қон айланиш) вужудга келганига кўра, периферик қон томирларнинг қаршилиги ортади. Бачадон катталашган сари бу ҳолат оша боради.

Ҳомиладорликда умумий қон миқдори кўпаяди. Агар қон миқдори ҳомиладор бўлмаган аёлларда умумий тана оғирлигига нисбатан $1/16—1/20$ ни ташкил қилса, ҳомиладорликда $1/12—1/14$ га етади. Қоннинг солиштирма оғирлиги ҳомиладор бўлмаган аёлларда 1054—1063 бўлса, ҳомиладорларда камайиб, 1040—1051 бўлиб қолади. Бу ҳолат тўқималарнинг умумий сув ўтказувчанлик хусусиятига таъсир қилади.

Ҳомиладорликда қоннинг ивиш хусусияти ошади, фибрин ва фибриноген миқдори кўпаяди, қон пластинкалари кўпаяди, шунга кўра ҳомиладор аёлларда тромбоз хавфи бўлади. Ҳомиладорлик охирида қоннинг ёпишқоқлиги ошади, қон зардобиди липидлар (холестерин) кўпаяди.

Қон ишлаб чиқариш системаси, айниқса суяк кўмиги бир қатор ўзгаришларга учрайди. Физиологик кечаётган ҳомиладорликда суяк илигининг гемопозетик (қон ишлаб чиқариш) фаолияти ортади. Бунда эритробласт тўқимасида деярли ўзгариш бўлмайди, аммо лейкобласт

тўқимасида ҳомиладорликнинг охирида, айниқса биринчи туғувчиларда онда-сонда дегенератив ўзгаришлар кўрилади.

Суяк кўмигининг қон ишлаб чиқариш фаолияти айниқса ҳомиладорликнинг 7—8 ойларида жадаллашади, кейинроқ бир оз сустлашади. Эритробластик реакция, ҳомиладорликнинг биринчи ойларидан мегалобластлар кузатилади.

Нормобластлар орасида митоз базофиллари ва бошқа регенератив шакллариининг кўпайгани, моноцит ва лимфоцитларнинг камайгани кузатилади.

Периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз ва лимфопения бўлади. Қизил қонда кўпинча анемия ҳолати кузатилиб, гемоглобин фоизи ва эритроцит миқдори камаяди. Ранг кўрсаткичи 0,9 атрофида бўлади. Бу ҳолат ўсаётган ҳомила талабини қондириш учун темир моддасининг сарфланаётгани ва бу ҳол камқонликка олиб келганидан далолат беради.

А. А. Қодирова, Ю. Қ. Жабборова ва бошқалар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида камқонлик (анемия) вужудга келишини, шу муддатда темир моддаси организмда камайиб кетишини, овқатланишга аҳамият бериш, темир моддасига бой таомлар истеъмол қилиш зарурлигини таъкидлайдилар.

Сут безларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда сут безлари сут ишлаб чиқаришга тайёрланади. Без бўлаклари катталашади, пайпаслаб кўрилганда каттиқ тугунчага ўхшайди. Сут беzi сўргичлари катталашиб, атрофи билан бирмунча қорамтир бўлиб қолади. Без тугмачаси атрофида майда-майда безчалар бўртиб чиқади (мангомер безлари — *glandula mangomeri*).

Сут беzi таранглашиб, бир оз осилиб қолади, веналари кенгаяди. Без бўлакларидаги эпителиал хужайралар катталашиб, уларнинг протоплазмасида мой томчилари пайдо бўлади. Агар кўкрак сўргичи атрофи сиқилса, ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталаридаёқ оғиз сути (*Colostrum*) чиқади. Ҳатто ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оғиз сути сиқмаса ҳам ўз-ўзидан чиқиши мумкин. Сутнинг етарли миқдорда бўлишини кўкракнинг катта-кичиклигига ва без бўлаклариининг, теридаги веналарнинг кўплигига ва сўргич атрофидаги доиранинг катта-кичиклигига қараб билиш мумкин.

Сут безларидаги бу ўзгаришлар гормонлар таъсирига боғлиқ. Кўпгина муаллифларнинг фикрича, тухумдондан ажраладиган эстроген гормон сут безлари тараққиётига таъсир қилса, гипофиз безининг олдинги бўлагидан

ажраладиган пролактин сут ишланиб чиқишига таъсир қилади. Оз миқдордаги пролактин сут ажралишини кўпайтирса, кўп миқдордагиси, аксинча, сутни камайтиради.

Нафас аъзолари системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида ўпка, жигар, диафрагма воситасида юқорига сиқилишига қарамай, унда деярли функционал ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолат кўкрак қафаси юқори ва пастки қисмининг кенгайиши билан ифодаланиб, ҳомиладор организмда сезиларли ўзгаришларни вужудга келтирмайди. Бунинг натижасида ҳомиладорликда ўпканинг ҳажми кенглигича қолади ва ҳаво алмашинуви бирмунча ортади. Ҳомила катта, қоғаноқ суви кўп ёки ҳомила биттадан ортиқ бўлган ҳоллардагина ҳомиладорликнинг охириги даврида нафас тезлашади ва ҳатто нафас қисиши каби ҳолатлар юз беради.

Овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолияти бузилади. Бундай ҳол юқорида айтиб ўтилганидек, вегетатив нерв системаси фаолияти бузилишидан келиб чиқади.

Ҳомиладор аёлнинг баъзан кўнгли айнийди, қайт қилади, сўлагини оқади, ичаклар атонияси, қабзият кузатилади, аёл баъзи овқатларни хуш кўрмайдиган бўлиб қолади. Бўр, кесак ва шунга ўхшаш истеъмол қилиб бўлмайдиган нарсаларни кўнгли тусайди. Бундай ҳолат ҳамма ҳомиладорларда ҳам бўлавермайди. Бош қоронғилик деб аталадиган бундай ҳолатлар 3—4 ой мобайнида йўқолади.

Сийдик чиқариш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бошқа аъзолар каби буйракнинг вазифаси ҳам ортади. Буйрак организмда сув алмашинувини тартибга солувчи, она ва ҳомила организмдан ажралган алмашинув маҳсулотларини ташқарига чиқарувчи аъзодир. Ҳомиладорликда буйракнинг филтрлаш хусусияти сусаяди, шу сабабли ҳомиладор аёл сийдигида кўпинча оз миқдорда қанд ва оксил топилади, лекин бу патологик ҳолат ҳисобланмайди.

Сийдикда қанд пайдо бўлиши физиологик глюкозурия деб аталади. Агар сийдикда оксил пайдо бўлса, бу ҳомиладорликда гипертензия ҳолати бошланишидан дарак беради.

Ҳомиладор организмда сув алмашинуви жараёни ортиши сабабли сийдик миқдори кўпаяди ва ҳомила қовуқни босиб, аёлни тез-тез сийишга мажбур қилади. Бундай ҳол сийдик йўллари касалликларида ва сийдик-тош касалликларида ҳам учраши мумкин.

Туғруқча парвариш мақсади:

-болани соғлиги

-ота-оналик вазифасини бажариш кўникмаларини эгаллашда ҳомиладор аёл унинг шериги ёки оиласини қўллаб қувватлаш

-Бу шуни билдирадиги тиббиёт ходимлари нафақат туғруқча парваришни ташкил этишни балки уларни ўқитишни ҳам билишлари керак

Оилавий поликлиника ва ҚВПларидаги тиббиёт ходимларининг ўрни.

Саломатликни тиклаш ва касалликларни профилактикасига қаратилган чора-тадбирларни ўтказиш

Керакли даволашни таъминлаш

Махсус парвариш ва туғруқча ўқитишда бошқа тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликда ҳаракат қилиш зарур

Аёлга ўз соғлиги устида қайғуришни ўргатиш

Ҳомиладорлик туғруқ ва чилла даврини кечиши билан боғлиқ чўчишларни бартараф этиш ва тушунтириш ишларини олиб боришда иштирок этиши зарур

Режали кўрик учун тавсия этиладиган муоалажалар:

Қон босимини ўлчаш

Сийдик анализи

Бачадон туби баландлигини динамикада ўлчаб бориш

Шиш ва вена томирларининг варкоз кенгайиши бор йўқлигини аниқлаш учун оёқларни кўздан кечириш

Резус-факторни аниқлаш

Қон анализи (қон гуруҳи, гемоглобин миқдори)

Бир маротаба ҳомилада патологик ҳолатлар бор йўқлигини аниқлаш мақсадида (18-20 ҳафталикда) УТТ ўтказиш

Биринчи маротаба келганида тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш

Ҳомила ўсишини мониторинги

Ҳомиладор аёлларга ҳар бир келганида ҳомила ўлчамлари ҳомиладорлик муддатига мос ривожланаётганлигини аниқлаш мақсадида ҳомила ўсишини аниқлаш ўтказилади. Бунинг учун бачадон туби баландлиги ўлчаниб гравидограммага ёзиб борилади ҳомиладор ҳар сафар оилавий поликлиникага келганида

Тавсия этиладиган текширувлар

- эр-хотинни Rh –мослиги

-ОИТС, захм, токсоплазмоз, В ва С гепатитлари, қизилча ва сил инфекцияларига текширув

- Экстрагенитал патология аниқланса – керакли мутахассисга йўлланма берилади

- Генетик патология хавфи мавжуд бўлганда эр-хотинга генетик маслахатхонага йўлланма берилади.

Туғруқча бўлган даврда кузатувнинг мақсади – аёлнинг соғлом бўлишига, шу билан бирга, туғилмаган чақалоқнинг соғлиғини сақлаб қолишга ёрдам беришдан иборат. Бундан ташқари, туғруқдан олдинги кузатув ҳомиладор аёл ва унинг турмуш ўртоғи ёки оиласини қўллаб-қувватлашга, оналик ва оталикка ўтишга ёрдам беради.

Она ва болага ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида малакали ёрдам кўрсатиш учун самарали тартиб ўрнатилиши муҳим, чунки ҳомиладорлик даврида, туғруқда ва туғруқдан кейинги асоратларни олдиндан билиб бўлмайди. Бундай асоратлар қўққисдан пайдо бўлиб, уларнинг кейинги таъсирлари ҳатто она ва бола ҳаётига таҳдид солиши мумкин. Кўпинча бундай асоратлар кўзга кўринарли белгиларсиз пайдо бўлиб,тез орада ривожланиши мумкин. Шу муносабат билан эҳтимол тутилган асоратларни илк даврида аниқлаш ва чора-тадбир кўриш учун малакали тиббиёт ходимларига тезкорлик билан юбориш зарур.

Туғруқдаги аралашувлар фақат тиббий кўрсатмалар бўлгандагина амалга оширилади. Тиббий аралашув фақатгина она ва чақалоқнинг аҳволи талаб қилсагина ўтказилади. Туғруқ вақтида аёл жуда сезгир бўлиб қолади, атрофдаги кишиларнинг хатти- ҳаракатлари, ўзларини тутишлари унга ўз таъсирини ўтказади. Туғруқ вақтида аёлга ҳамроҳ танлаш имконини бериб, биз туғруқнинг натижаларини яхшилаёмиз. Ҳамроҳ аёлга жисмоний ёрдам бериши мумкин (масалан, орқасини силаш, ёки терини артиш), лекин унинг асосий вазифаси руҳан ёрдам бериш ва аёлни қўллаб-қувватлаш, кайфиятини

кўтаришдир. Онага ўзи учун энг қулай бўлган ҳолатни эгаллашига рухсат бериш керак. Стерил эмас, балки покиза туғруқ тавсия этилади. Иложи борица қалпоқ ва ниқобдан воз кечиш керак, махсус кийимни эса фақат тиббий ходимлар кийимини ҳимоя қилиш учун кийилади. Шунини ёдда тутиш керакки, она ва янги туғилган чақалоқ орасидаги биринчи дақиқалар ва соатлардаги контакт улар ҳаётидаги энг муҳим лаҳзалар бўлади. Бу аёлнинг бутун умри давомида эсидан чиқмайдиган таъсирот қолдириши мумкин. Бу вақтда пайдо бўлган ҳис-туйғулар узок йиллар давомида она билан бола орасидаги муносабатларга таъсир этиши мумкин. Шунинг учун тиббий ходимлар бу лаҳзага диққат билан ёндошиб оилани қўллаб-қувватлаб, руҳлантириб ва рағбатлантириб туришлари керак. Бундай пайтларда қаттиқ гапиришлар ва танқид қилишлар ноўрин.

Кўкрак билан боқиш – янги туғилган чақалоқ ва боланинг соғлиғи ва ривожланиши учун энг муҳим омил. Туғруқдан кейин биринчи соатда эмизиш бошланса, бунинг фойдаси янада ошади. Булар боланинг озиқланишга тайёр эканлигининг биринчи белгилари (сўлак ажралиши, она кўкрагини олиш рефлекси, оғиз ҳаракатлари, қўлини сўриши ва бошқалар) пайдо бўлганда амалга оширилиши керак. Ҳозирги пайтда туғруқ ва ундан кейин кечадиган жараёнга иложи борица кам аралашиш, аёл ҳаётидаги бу муҳим даврни унинг ўзи бошқаришига имкон бериш кераклиги таъкидланмоқда. Туғдиришнинг кўп ҳолларида идеал ёндошиш – бу кузатиш ва кутиш (фақат зарурат бўлгандагина аралашиш) ҳисобланади.

Мавзу № 6: “Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни

	ўрганиш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор ташхислаш усуллари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёйиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирилади лар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказида») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал организаторларни ишлаш тартибини тушунилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали куроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни	Амалий кўникмаларни

40 дақиқа	бажариш	бажарадилар
20 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№3 мотивация. (Мавзу баёни) Физиологик ҳомиладорликда қоннинг биокимё ва клиник кўрсаткичлари. Акушерликда лаборатор таххислаш усуллари..

Биокимёвий анализлар шифокор беморга таххис қўйиш учун керак бўлган клиник саволга жавоб бериш учун ўтказилади. Лаборатория кузатувларини олиб бориш қуйидаги босқичларга бўлинади: - текширишга йўлланма бериш - беморни текширишга тайёрлаш - материални олиш уни сақлаш ва текшириш жойига етказиш - анализни рўйхатга олиш - метод танлаш, тайёргарлик, анализни бажариш ва уни ёзиш - Олинган натижаларнинг баёни. Касаллик давомида патологик жараён туфайли организмдаги метаболитик ўзгаришлар сабабли баъзи моддаларнинг ошиши ёки камайиши, метаболитларнинг пайдо бўлиши ёки соғлом одамларда учрамайдиган аномал формалар ва бошқаларнинг пайдо бўлишини кузатиш мумкин. Турли патологик ҳолатлар учун биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши қатъий чегараланган эмас, шунинг учун натижаларни баҳолашда “кўпроқ - камроқ”, “ давомли - тез”, органоспецифик кўрсаткичлар ва изоферментлар учун “ бор- йўқ” ёки “ манфий - мусбат” деган шартли атамалардан ҳам фойдаланилади. Аслида барча кўрсаткичлар соғлом одам кўрсаткичлари билан солиштирилган ҳолда организмдаги ўзгаришлар даражаси ва вақти, ҳамда давомийлигига баҳо берилади. Биокимёвий текширишларнинг мақсади соғлом одам билан бемор кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг давомийлиги ва динамикасини аниқ кўрсатиб беришдир. Бунда асосий ролни тўғри танланган биокимёвий тест, яъни метод ўйнайди. Патологик ҳолатларда ўзгаришларни аниқлаш методи, касаллик анамнези ва клиник белгиларни эътиборга олган ҳолда, тахмин қилинаётган таххисга ойдинлик кирита оладиган, даволаш жараёнида шу аниқланаётган кўрсаткични динамик хусусиятларини очиқ бера оладиган бўлиши керак. Анализ

йўлланмасидаги ахборот, текширишнинг мақсадига мувофиқ равишда турлича бўлиши мумкин. Йўлланмада албатта беморнинг исмиғшарифи, ёши, турар жойи кўрсатилиши шарт. Йўлланмада тахмин қилинаётган патология ҳақидаги маълумот ва бажарилиши керак бўладиган анализлар номи аниқ ёзилган бўлиши шарт.

Беморни текширувга тайёрлаш

Анализга йўлланма берилаётган беморга текширишнинг мақсадидан келиб чиқиб, анализ учун керакли материални (сийдик, нажас, балғам қв ҳ.к.) қандай йиғиш лозимлиги тушунтирилади. Анализ топшириш арафасида беморнинг жисмоний ва эмоционал зўриқиш, спиртли ичимликлар ичиши, чекиш мумкин эмаслиги тушунтирилади. Тўғри натижалар олишнинг асосий шартларидан бири-бу беморнинг тинч ҳолатда эканлигида текширишдир. Текширув олиб бориш учун энг қулай пайт, бу тунги уйқудан сўнгги пайтдир. Эрталаб текшириладиган пациентларга олдинги кун соат 20-22дан сўнг овқат ейиши, суюқлик ичишни тўхтатиш буюрилади. Кундуз куни текширилувчиларга эрталаб енгил нонушта қилиш мумкин ва 4-5 соат вақт ўтгач кўпгина анализларни қилиш учун қон олиш мумкин. Липидлар алмашинуви ўрганилиши керак бўлса, овқатланишдан сўнг албатта 12-14 соат ўтган бўлиши керак, чунки овқатлангач бир неча соат давомида қонда холестерин ва кўпгина липидларнинг миқдори юқори бўлади. Гиперхолестеринемия очликнинг маълум бир босқичларида ҳам кузатилиши мумкин. Овқатлангандан сўнг 4-8 соат ичида хиломикронларнинг қондаги миқдори ошиб кетади. Хиломикронлар асосан озиқа триацилглицеринлари, апопротеин В (апо-В) ва қисманапопротеин А ва С (апо-А ва апо-С) лардан иборат бўлиб, уларнинг қондаги концентрацияси овқатланишидан сўнг 2-4 соат ичида энг мақсудмал даражада бўлади. Кузатишлар самарали бўлиши учун касалликнинг бирор биокимёвий кўрсаткичини динамикада ўрганиш учун (кўрсаткичларига суткалик тебранишларининг таъсирини эътиборга олиб) ҳар куни бир вақтда текшириш лозим. Анализ олишдан олдин чекилган сигарет, ичилган кофе, оз бўлсада алкоголь ичимлик ва бошқа олимлар аниқланаётган биокимёвий кўрсаткичнинг катталигига кучли таъсир кўрсатиб, олинган натижалар нотўхри ташхис қўйишга сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун анализ топширувчи пациентларга тушунтириш ишлари олиб борилиши зарурдир.

Ташхис учун материаллар

Анализ учун олинаётган ҳар қандай материал кўрсаткичининг суткалик, ойлик тебранишларини эътиборга олган ҳолда олниши керак. Материалини сақлаш ва транспортировка қилиш шартларига аниқ амал қилиниши керак. Биокимёвий анализлар учун материал бўлиб қуйидагилар хизмат қилади: вена қони зардоби ва плазмаси, артериал ва капилляр қон, сийдик, нажас, роқа мия суюқлиги, балғам, сўлак, тўқима ва хужайоралар, буйрак ва ўт тошлари ваҳ.к. Қонни биокимёвий ўрганиш клиникада кенг тарқалган. Қонорганизмнинг турли хил хужайраларида кечадиган биокимёвий жараёнларни бутун бир система ҳолидаги интеграциясини амалга оширувчи суюқ тўқимадир. Қоннинг интегратив функцияси турли тўқима ва органлар орасида химиявий моддаларнинг транспорти ҳисобига амалга ошади. Қон интегратив функциясидан ташқари ҳимоя, озиқлантириш, бошқарув, терморегулялятор ва бошқа функцияларини ҳам бажаради. Қоннинг химиявий таркиби организмдаги модда алмашинувини намоён қилади. Турли касалликлар қондаги у ёки бу моддалар миқдорининг ўзгариши билан кечади. Соғлом одамнинг қони доимий биокимёвий таркибга эга. Унинг компонентлари миқдори инсон популяциясига хос маълум бир даражада (референт миқдорда) ушланиб турилиши билан характерланади. Қон таркибининг доимийлиги турли моддаларнинг ошқозон-ичак йўлидан, нафас олиш системаси, тери ҳамда турли орган ва системаларда кечадиган модда алмашинувидан доимий равишда келиб туриши ҳисобига ушлаб турилади. Биокимёвий текширишлар учун қон венопункция қилиб олинади. Қон топширувчининг эмоционал ҳолати турғун бўлиши керак. Қон олаётганда иложи борича жгут билан қон томирини сиқиши, босим вақтини камайтириш зарур, чунки бу ҳолат кўпгина моддаларнинг миқдорига таъсир қилади: қондаги қанднинг камайишига, лактатнинг, аммиак, кальций, умумий оксил ва оксил фракциялари ва бошқаларнинг ошишига сабаб бўлади. Вена қон томирини қаттиқ сиқиш ёки травмаси фибринолитик активликни ошириб юборади. Кўпгина биокимёвий кўрсаткичларининг катталиги қон олинаётганда беморнинг тана ҳолати (Ўтирган, турган, ётган) қандайлигига ҳам боғлиқ. Қон топширгандаги ҳолатига қараб оксил концентрацияси, калий, кальций, альбумин, фосфор, холестерин миқдорлари қуйидаги ферментлар: АСТ, ишқорий ва кислотали фосфотазалар активлиги ўзгариши мумкин. Оксил концентрацияси, альдостерон миқдори қонни тик туриб топширгандан кўра, ётиб топширганда пастроқ бўлади. Олинадиган натижаларга қоннинг гемолизга учраши салбий таъсир кўрсатади, чунки ёрилган эритроцитлар таркибидаги кўп моддалар қон зардоби (плазмаси)га ўтади. Иммолизга учраган қонни қон зардоби ёки плазмаси биокимёвий кўрсаткичларини аниқлаш учун ишлатиб бўлмайди. Сийдик-буйраклар

томонидан ишлаб чиқариладиган биологик суюқликдир. Моддалар алмашинуви охирги маҳсулотлари (шлаклар), ортиқча сув ва тузлар, ташқаридан кирган ёки метаболизм жараёнида ҳосил бўлган захарли моддалар сийдик билан организмдан чиқариб юборилади. Сийдикнинг ҳосил бўлиши ва ажралиб чиқиши организм гомеостазини бир меъёрга ушлаб турувчи механизмнинг таркибий қисмини ташкил қилади. Сийдикнинг биокимёвий анализи буйракнинг функционал ҳолати, бутун организм ҳамда турли органлардаги модда алмашинуви жараёни ҳақида, патологик жараённинг характерини тушуниш, касаллик патогенезини аниқлаш, олиб борилаётган даволаш ишларининг самарадорлигини аниқлаш ҳақидаги маълумотларни беради. Текширишларнинг натижаси сезиларли даражада сийдикнинг қандай ва қайси пайтда йиғилиб, лабораторияга қай вақтда етказилганига ҳам боғлиқ. Сийдикни тозалаб ювилган рангсиз шишадан ишланган, таги текис бутилка идишларда лабораторияга етказилади. Беморларга ҳох аёл бўлсин, ҳох эркак, сийдик йиғишдан олдин қайнатилган сувда таҳорат олишлари шартлиги тушунтирилади. Анализга сийдикнинг ўрта қисми олинади, яъни биринчи ва охирги чиқаётган сийдиклар олинмайди. Аёллар сийдикни ҳайз кўришдан 5 кун олдин ва 5 кун кейин топширишлари мумкин. Нажас-яхшиси парафин шимдирилган қоғоз стаканчаларга йиғилган маъқул. Йиғилган ахлатга сийдик, сув (клизма учун ишлатилган суюқлик), рентгенологик текширувдан сўнг 2-3 кунгача чиқиб турадиган барий сульфат аралашмаслиги керак. Анализга нажас топширишдан олдин бемор ични бўшаштирувчи дорилар ёки минерал сувлар ичмаслиги зарур. Ўт- суюқлигини текшириш учун фракцион дуодепал зондлаш усули қўлланилади. Диагностик зонд ютдиришдан олдин бемор ўт ҳайдовчи гиёҳлар дамламаси ёки дори препаратлар, айниқса гормонлар ичмаслиги керак, чунки бу нарсалар ўт кўрсаткичларини кескин ўзгартириб юбориши мумкин. Масалан, кортикостероидларни қабул қилиш, ўт кислоталарининг умумий ва алоҳида фракцияларининг миқдори, умумий оксил миқдори ва оксиллар фракцияси нисбатларининг кескин ўзгариб кетишига олиб келади. Лаборатория анализларининг хато чиқмаслигини олдини олишда текшириладиган материалларни тўғри сақлаш муҳим аҳамиятга эга. Текшириш учун сақлаш вақти, ҳарорат, намлик, ҳавонинг тозаллиги, ёруғлик ва бошқа омиллар жуда муҳимдир. Текшириш учун олинган материалларни иложи борича қисқа вақт ичида лабораторияга етказиб бериш лозим. Қонни узоқ вақт қон лахтаси билан бирга ушлаб туриш мумкин эмас. Вақт ўтиши билан чўкмадаги ҳужайра ички ва ташқи компонентларининг қайта тақсимланиши рўй бериб, уларнинг қон зардобидagi концентрацияси ўзгариб кетиши мумкин. Қон олингандан сўнг,

унга ишлов бериш оралиғидаги вақт 30-40 минутдан ошмаслиги керак. Қоннинг гемостаз тизимини ўрганиш керак бўлганда қон олиш жараёнига қатор қўшимча талаблар қўйилади: • қон олинадиган игна йўғон, яхшиси шприцсиз бўлиши; • қоннинг антикоагулянт - стабилизатор эритма солинган рақамли пробиркага олинishi; Антикоагулянт қўшишдан мақсад қоннинг ивиб қолишига тўсқинлик қилиш, яъни калций ионларини боғлашдир. Лабораторияда қонни антикоагулянти сифатида ишлатиладиган препаратлар – 1,34 % ли натрий оксалат, 3,8% ли натрий цитрат тузи эритималаридир. Қон зардобида аниқланадиган кўрсаткичлар учун қонга антикоагулянтлар қўшилмайди. Қон зардобиде, қон плазмасидан таркибига қон ивишининг асосий омили фибриногеннинг бўлмаслиги билан фарқ қилади. Одатда қон зардобини 0-40С да музлатгичда сақланади. Агар узоқ сақлашга эҳтиёж бўлса, қон зардобини бир марта яхлатиб қўйиб, бир ой ва ундан кўп вақт давомида музлатгичда сақлаш мумкин. Лекин иложи бориша ферментлар активлигини қон зардобини ажратиб олиш билан дарҳол амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Оддий хона хароратида бир неча кун турган қон зардобиде ишқорий фосфатаза фермент активлиги ўзгармайди. Музлатгичда 0-40С да 12-24 соатдан сўнг бу фермент активлиги ошиб кетади.

Мавзу № 7: “Гравидограмма тўғрисида тушунча. Ҳомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

**№7 мотивация. (Мавзу баёни) Гравидограмма тўғрисида тушунча.
Ҳомиладор аёлни узвий картаси. Антенатал кузатув.**

Антенатал парваришнинг мақсади — аёлнинг соғлом бўлиб қолишини таъминлаш ва шу билан бирга бўлажак чақолақнинг соғлиғини муҳофаза қилиш. Антенатал парвариш ҳомиладор аёл ва унинг жувфтига ёки оиласига, жумладан ота-оналик ролини ўрганишда ёрдам беради. Демак тиббиёт ходимлари нафакат парвариш, балки ҳомиладор аёлни ва унинг оила аъзоларини тиббий маданиятини ошириши керак.

ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ ВА ТЕКШИРИШ

Антенатал парвариш ҳомиладорларни ҳомиладорликни эрта муддатларида (12 ҳафтасигача) аниқлаш ва уларни диспансер назоратига олиш, ташрифлар ва ўтказилган профилактик муолажалар миқдори билан таъминланади. Тиббий ходим ҳар бир ҳомиладорни ҳомиладорликни физиологик кечишида консультация ва текшириш учун камида 7 та режали туғруқдан олдинги ташрифни амалга оширади: 12 ҳафтасигача, 16 ҳафтада, 24 ҳафтада, 30 ҳафтада, 34 ҳафтада, 36 ҳафтада ва 38-40 ҳафтада.

Биринчи ташрифда қуйидагилар ўтказилади:

-қайд қилиш; -анамнез йиғиш; -аёл ва ҳомила ҳолатини баҳолаш: АҚБ, пульс, нафас частотаси, тана хароратини ўлчайди, туғруқнинг тахминий муддатини аниқлайди, тана вазнининг индексини(ТВИ) аниқлайди;

-лаборатор текширишлар ўтказишга юборади:

қон группаси, резус омил, гемоглабинни аниқлаш, захмга тест, аёлга маълумот бериб, розилигини олгандан кейин ОИВга ихтиёрий текшириш, паразитларни аниқлаш учун кал анализи; -нормал ва асоратланган ҳомиладорликни олиб бориш протоколини аниқлаш; - ҳомиладор аёлга ҳомиладорликни физиологик кечаётгани ҳақида ва ҳомиладорлар уй картасини (ХУК) тўлдириш тўғрисида маълумот бериб, аёлга уй картасини беради; Бундан ташқари: -ижтимоий ва психологик қўллаш етарли бўлмаган фондаги ҳомиладорларни; -18 ёшдан кам ва 40 ёшдан ошган ҳомиладорларни олиб боришни; -анемияси бўлган ҳомиладорларни олиб боришни; -ОИВ инфекцияси бўлган ҳомиладорларни олиб боришни аниқлайди

Ҳомиладорлар уй варақасини (ХУВ) олиб бориш стандарти

Ҳомиладорлар уй варақаси (ХУВ) ҳомиладор аёл ва унинг оила аъзоларини ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврнинг кечишини кузатиш, ҳомиладорликнинг физиологик кечишдан четга чиқишини ўз вақтида аниқлаш ва тиббий ёрдам учун мурожаат қилиш жараёнига жалб этиш мақсадида ишлаб чиқилган.

ХУВни татбиқ қилишдан кутилган натижалар ҳомиладорлик давридаги асоратларни камайтириш, шифохонага оғир аҳволда келадиган аёллар сонини, оналар ва болалар касалланиши ва ўлимини олдини олиш ҳисобланади.

ХУВни қўллаш жараёнида УАШ/доя аёл ва унинг оила аъзоларини ХУВдан тўғри фойдаланишга ўргатади, ҳар бир ташрифда ХУВ мазмуни билан танишиб боради ва керакли маълумотни беради, шунингдек, доимо ўз ёнида ХУВни олиб юриш муҳимлиги ҳақида тавсиялар беради.

ҲОМИЛАДОРЛАР УЙ ВАРАҚАСИ

Она ҳақида шахсий маълумотлар:

- Ф.И.Ш. _____
 - Туғилган йили _____ Телефони _____
 - Уй манзили _____
 - Оилавий аҳволи _____
 - Мурожаат қилиш учун яқин қариндошлари ёки шахслари манзили _____
-

2. Соғлигининг ҳозирги ҳолати:

· Бўйи _____ Вазни _____

· Қон гуруҳи _____ Резус-омили _____

· қон босими _____

Ушбу ҳомиладорлик хакида маълумотлар:

· Ҳомиладорлик _____ Туғруқ _____

· Охирги ҳайзи _____

· Ҳомиланинг биринчи қимирлаши _____ ҳафта

· _____ Шифокор _____ телефони _____ доя
телефони _____

3. Ушбу ҳомиладорликдаги ўзгаришлар – белгиларга илова:

*** - хавотирланишга сабаб бўлмайдиган ўзгаришлар;**

? – шубҳали, шифокор билан маслаҳатлашиш лозим;

! – зудлик билани шифокорга мурожаат этиш лозим

· **I – триместр**

Ўзгаришлар:	Тавсиялар:
☐ * кўкрак безларида ўзгариш: · _____ дағаллашиш, сезгирлигининг ортиши · _____ сўрғичларининг катталашиши ва қорайиши · терининг ёрилишлари	* кўкрак безининг бола туғилишига тайёрланиши.
? ☐ Овқат ҳазм қилиш муаммолари: · кўнгил айнаши · қусиш · таъм сезиш бузилиши · антиқа маҳсулотларга эҳтиёж ортиши	? кўп ҳоларда кўп суюқлик ичиш ва таомни кам-камдан тез-тез истеъмол қилиш ёрдам беради. Ёғ ва ёғли ёки аччиқ маҳсулотларни истеъмол қилмасликка ҳаракат қилинг. Имкони борича маҳаллий ўсимлик ёғларини истеъмол қилинг. Агар қусиш кучайса врачга мурожаат этинг.
☐ * Қабзият	* имкони борича ҳайвон маҳсулотлари эмас, балки турли хил ўсимлик

	маҳсулотларини истеъмол қилинг. Турли хил янги ва маҳаллий мева ва сабзавотларни, ҳамда оқ нон ўрнига йирик янчилган буғдой унидан тайёрланган нонни истеъмол қилинг.
☐ * Ҳолсизлик, тез чарчаш	* тез-тез дам олинг ва тоза ҳавода сайр қилинг
☐ * Тез-тез сийиш	* бу ҳолат буйракларнинг функционал фаоллиги ортиши ҳисобига кузатилади. ! Ачишиш ва оғриқ пайдо бўлса, врачга мурожаат қилинг
☐ ? Кайфият ўзгариши: · депрессия ҳолатлари · таъсирчанлик	? Одатдаги ишлар билан шуғулланиш фойдали, фикрни чалғитиш учун хар куни уйда ёки бошқа жойда бўлса ҳам иш билан машғул бўлинг. Агар кайфият ўзгариши кучайса, шифокор билан маслаҳатлашинг (қабулга эрингиз билан боришингиз мақсадга мувофиқ).
☐ * Терининг баъзи қисмларида доғларнинг кўпайиши (юз, кўкрак, қорин ва б.)	* Ҳомиладорлик давридаги оддий ҳолат бўлиб, одатда туғруқдан сўнг ўтиб кетади.
☐ ? Қоринда оғриқ	? Қорин соҳасидаги тўхтовсиз кучли оғриқ бирор бир асоратдан дарак бериши мумкин, шу сабабли шифокорга мурожаат қилиш лозим.
☐ ! Қон кетиши	! Агар қон кетиши тўхтамаса ва оғриқ билан кузатилса, зудлик билан шифокорга мурожаат этиш лозим.

· **II – триместр**

Ўзгаришлар:	Тавсиялар:
? ☐ Бачадон ўсиши	? Бачадон туби баландлигини мунтазам ўлчаб бориш ҳомиланинг ўсиши ҳақида маълумот беради. Ўзингиз шифокор билан маслаҳатлашиб, бачадон туби баландлигини ўлчашингиз ва маълумотларни жадвалга киритиб боришингиз мумкин. Асоратсиз кечаётган битта ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 24 ҳафтасидан бошлаб бачадон туби

	баландлиги сантиметрдаги ўлчами тахминан гестация муддатига мос келади. Агар бачадон ўлчамлари ўзгармаса, бу ҳомила ўсишдан тўхтаганлигини билдириши мумкин, бу ҳолатда шифокор билан маслаҳатлашиш лозим.
? ☐ Оёқ ва қўллар шиши	? Имконият туғилганда оёқларни кўтариб қўйиш лозим. Агар шишлар тўсатдан пайдо бўлса ёки кучли шишлар бўлса, шифокорга мурожаат этинг.
? ☐ Веналарнинг варикоз кенгайиши	? Узоқ вақт оёқда турмасликка ҳаракат қилинг. Ўтирганда оёқларни чалиштирмасликка ҳаракат қилинг. Шунингдек паст оёқ кийим кийиш ва сиқиб турувчи эластик колготкалар кийиш ҳам ёрдам беради. Агар веналарда оғриқ ёки қичишиш бўлса, шифокорга мурожаат қилинг.
? ☐ Геморрой (бавосил): · Орқа чиқарув соҳасида қичишиш · ачишиш · ичакларни бўшатишда оғриқ · дефекация актидан сўнг ичаклардан қон кетиши	? Геморройни даволашнинг энг яхши усули – қабзиятнинг олдини олиш. Имкони борича ҳайвон маҳсулотлари эмас, балки турли хил ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилинг. Турли хил янги маҳаллий мева ва сабзавотларни истеъмол қилинг. Агар оғриқ кучайса шифокорга мурожаат қилинг.
? ☐ Сийиш · тез-тез сийиш · сийдик тутилиши · сийдик тута олмаслик	? Тизза-тирсак ҳолатида ҳаракатсиз туриш ёрдам беради. Агар сийиш оғриқ билан кузатилса, врачга мурожаат қилинг.
? ☐ Ҳомила қимирлашини ҳис этиш	? Ҳомила қимирлаган муддатни белгилаб қўйиш лозим (<i>кўрсатилган жойдаги 3-пунктда белгиланади</i>). Ҳомила қимирлашини кузатиб бориш лозим. Ҳомила ҳаракати тўсатдан ўзгарса ёки 24 соат ва ундан ортиқ вақт давомида қимирламаса, шифокорга мурожаат қилинг.

* ☐ Онанинг руҳий ҳолати ўзгаришига ҳомиланинг реакцияси	* Кайфиятингизни бузилишдан олдин ҳомилангиз ҳақида ўйланг
* ☐ Белда оғриқ	* Бўғимлар гимнастикаси ва жисмоний машқларни бажариш фойда беради. Масалан: уй ишларини бажаришда (кир ювиш, овқат тайёрлаш, ҳовли супуриш ва б.) эгилмасликка ҳаракат қилинг.
* ☐ Уйқу ва дам олиш вақтидаги ноқулайликлар	* Чап ёнбошда ётиш энг қулай ҳолат ҳисобланади. Ёстик ва ёстикчалар қўйиб, қулай ҳолатни эгаллашга ҳаракат қилинг
? ☐ Қин ажралмалари	? Ташқи жинсий аъзоларни доимо тоза ва қуруқ сақланг, тор ич кийим кийманг, ҳар бир ҳожатдан сўнг қин даҳлизини тозалаб ювинг. Бу соҳага кир совун, атир совун, ванна учун кўпиклар ва парфюмерия каби таъсирловчи воситаларни ишлатманг. Чайиш учун мойчечак, қора қиз, кўк чой дамламаси ёки оддий илиқ сувни ишлатинг. Агар ажралмалар кучли ҳидли, қичишиш билан, сарғиш-яшил рангда ёки қон қуйқалари билан кузатилса, шифокорга мурожаат қилинг.
* ☐ Тери ёрилишлари	* Ҳомиладорлик давридаги гормонал ўзгаришлар натижаси бўлиб ҳисобланади. Туғруқдан сўнг танада чизиклар қолади, лекин кейнчалик ранги ўзгариб, сезиларсиз бўлади.
? ☐ Қичишиш ва тошмалар	? Тез-тез чўмилиб, терингизни тоза тутинг. Агар 2-3 кундан ортиқ тошамалар тошиши кузатилса, шифокорга мурожаат қилинг.

· III - триместр

Ўзгаришлар:	Тавсиялар:
? ☐ Зарда бўлиш	? Уйқудан олдин ёғли, калорияли ва аччиқ таомлар еманг. Кам-камдан тез-тез овқатланиш ҳам ёрдам беради. Ухлаганда баландроқ ёстикда ётиш керак.
? ☐ Ҳансираш	? Тоза ҳавода сайр қилиш, бош ва елка тагига ёстик қўйиб кўтариб ётиш фойда

	беради. Агар бўғилсангиз шифокорга мурожаат килинг.
? ☐ Оёқларда тиришиш	? Зудлик билан туриб, оёқнинг тортишган жойини уқалаб, қон келишини кучайтириш лозим. Агар тиришишлар тез-тез қайталанса, врачга мурожаат килинг.
! ☐ Бош оғриғи	! Тез-тез бош оғриши қон босимининг кўтарилиши ёки юрак касалликларидан дарак беради. Зудлик билан шифокорга мурожаат килиш лозим.
* ☐ Ҳушдан кетиш	* Кўп ҳолларда чалқанча ётганингизда рўй беради, бачадон оғирлиги билан катта артерияни босиб қўйиш қон босимининг пасайишига олиб келади. Зудлик билан ёнбошга ётиш керак.
? ☐ Милклар қонаши	? Агар қон кетиши кучли ва давомли бўлса, врачга мурожаат этинг.
? ☐ бурун қонаши	? Агар бурундан кучли қон кетса, бош ва кўрсаткич бармоқ билан бурунни 30 секунд босиб туриш лозим. Бошни орқага ташлаш ёки бурун ичига муз қўйиш керак эмас, чунки бунда қон кетиши тўхтамасдан ичингизга ютишингиз мумкин. Агар қон кетиши мунтазам бўлса шифокорга мурожаат килинг.
? ☐ Уйқусизлик	? Кундузи ухлашга ҳаракат қилинг. Агар кечаси умуман ухлай олмасангиз врачга мурожаат этинг.
? ☐ Кайфият ўзгаришлари	? Одатдаги ишлар билан шуғулланиш фойдали, фикрни чалғитиш учун ҳар куни уйда ёки бошқа жойда бўлса ҳам иш билан машғул бўлинг. Агар кайфият ўзгариши кучайса, врач билан маслаҳатлашинг (қабулга эрингиз билан келишингиз мақсадга мувофиқ).
! ☐ Қиндан суюқлик келиши, баъзи ҳолатларда қон ажралиши	! Зудлик билан врачга мурожаат этинг.
* ☐ Қорин пастида оғирлик ҳис қилиш	* Овқатлангандан сўнг 1-2 соат чап ёнбошингизда ётинг

*□ Кўкракдан сут келиши	* Болани эмизишга тайёргарлик бошланаяпти
? □Номунтаззам (сохта) дардлар	? Агар кучли бўлса, шифокорга мурожаат килинг.
! □Қон кетиши	! Ҳаттоки, кам миқдорда қиндан қон кетса ҳам шифокорга мурожаат килинг.
! □Қиндан шиллиқ тиқин кетиши	! Бу туғруқ бошланишидан дарак беради, шифокорга мурожаат килинг.

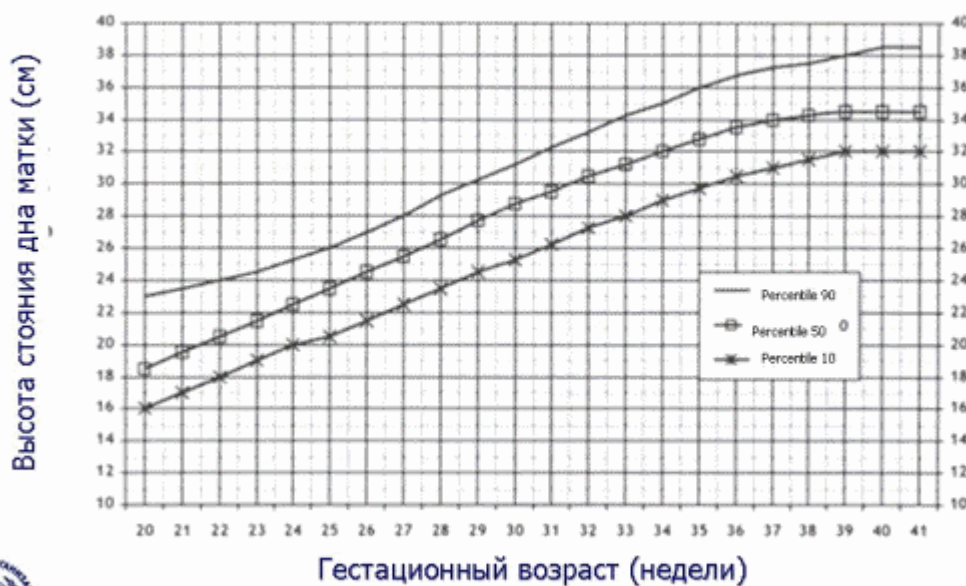
Зудлик билан шифокорга мурожаат килишни талаб қиладиган хушёрлик белгилари (ҳар қандай вақтда):

- Қиндан қон кетиши
- Ҳомила қимирлаши ўзгариши
- Тўсатдан, кучли бош оғриғи
- Мушаклар учиши
- Тери қопламлари сарғайиши
- Асосан юз ва бел соҳасида тўсатдан ва кучли шишлар бўлиши
- Кўриш қобилятини бузилиши
- Қориннинг юқори ва ўнг соҳасида оғриқ бўлиши
- Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўнгил айланиши ва қусиш
- Сийдик миқдорининг камайиши (400 мл.дан кам.)
- Иситма ёки эт увишиши (тана ҳарорати ортиши)
- Қорин пастида кучли оғриқлар
- Бачадонда чандиқ бўлганда ҳар қандай дардсимон оғриқлар бўлиши
- Доимий бачадон қисқариши
- ҳомиладорликнинг 2 ярмидан - ҳомиладор аёлга ҳомила қимирлашини кузатишни ўргатиш лозим;
- ҳомиладор аёлга тўғри овқатланиш ва соғлом турмуш тарзи кўникмалари ҳақида, ҳомиладорлик давридаги физиологик ўзгаришлар ва ҚВП/ОПга мурожаат талаб қиладиган белгилар ҳақида маълумот бериш керак.

Гравидограмма



График внутриутробного роста плода



Belizán J et al., 1978



Эффективная перинатальная помощь и уход (ЭПНУ)



ИМО-13

Туғруқдан кейинги ташириф аёл туғруқхонадан чиқарилгандан сўнг 3 кун ичида УАШ томонидан амалга оширилади.

Симптом/белгилар: лактация, қин ажралмалари

Диагностик текширишлар номи ва сони:

- шикоятларни сўраб суриштириш;
- клиник кўрик;
- АҚБ, пульс, тана ҳароратини ўлчаш;
- сут безларини текшириш;
- бачадон туби баландлигини аниқлаш;
- қин ажралмалари ҳолатини баҳолаш;

Сийдик йўллари инфекцияси белгиларида - протеинурия ва бактериурияга сийдик таҳлили ўтказиш;

Камқонликнинг клиник белгилари аниқланганда – умумий қон таҳлили.

Асосий даволаш тадбирлари

Таркибида Йод бўлган дори воситаларини 200 мг/сутка тайинлаш.

Камқонлик аниқланганда ва камқонликка мойил ҳудудларда бутун лактация даврида 60 мг темир/сутка тайинлаш.

Реабилитация

Уйда патронаж ўтказиш.

Кўкрак билан озиқлантириш бўйича маслаҳат олиб бориш.

Контрацепция масаласини ҳал қилиш.

ЭГК бўйича реабилитация тадбирларини ўтказиш.

ҲОМИЛАДОР АЁЛНИНГ УЙИДА:

- эшикни тақиллатади, саломлашади, ўзини таништиради, ташрифи мақсади тўғрисида маълумот беради ва таклифдан кейин уйга киради; - агар эшик очик бўлса ёки кўнгирок бўлмаса ҳомиладорнинг исмини чақириб эшикни тақиллатади ва квартира ёки ховлига киради. Саломлашади, ўзини ва ташриф мақсади билан таништиради; - маҳаллий мулоқот қоидаларига амал қилган ҳолда ҳамма оила аъзолари билан «сиз»лаб гаплашади (ҳар қандай ёшдагилар билан).

СУХБАТНИ ОЛИБ БОРИШ:

Маълумот йиғиш (эшитиш ва билиб олиш): - пайтида 2\3 вақт мобайнида ҳомиладор юзига қараб туради, қолган вақт уни диққат билан кўздан кечириб тезлик билан физик ва психологик статусини баҳолайди; - суҳбат давомида уни диққат билан эшитиб ўз имо-ишораси билан ўз ҳурмат ва эътиборини кўрсатади; - суҳбат давомида асосан «очик саволлар» беради, камдан-кам «аниқ саволлар» қўшилади, фақатгина жуда зарур бўлгандагина «ёпиқ саволлар»дан фойдаланади. («очик саволлар» - бу «ҳа» ёки «йўқ» деб жавоб бериши мумкин бўлмаган саволлар); - суҳбат давомида саволларни тўзишда ҳомиладор аёл ишлатадиган сўзлар ва иборалардан фойдаланади; - суҳбат давомида ҳомиладор аёл ҳисларини тушунаётганини кўрсатади; - суҳбат давомида баҳоловчи ва табақаловчи сўзларни ишлатмасликка ҳаракат қилади; - ижтимоий статус ва турмуш билан қизиқиб ва мумкин бўлган маслаҳат ёки ёрдамни таклиф қилади, бунда этик меъёрлар ва конфиденциал шароитга амал қилади; - суҳбат давомида ҳомиладорлик масалалари бўйича етарли маълумотга эгалик даражасини аниқлайди ва керакли маълумотни бериш тартиби, қўллаш гуруҳи билан учрашувларни режалаштиради ва машғулотларни ўтказиш учун тегишли гуруҳни

аниқлайди; - суҳбат давомида конфиденциал шароитни таъминлайди; - ҳамма этик меъёр ва ҳомиладор ҳуқуқига риоя қилади.

Мавзу № 8: “Туғруқ жараёнларида, парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғруқ жараёнларида, парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этишни ўрганиш.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғруқ жараёнларида, парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқqача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқqа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқqача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқqа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш,

	видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, организатор.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотивнинг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулотив режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотивда ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотивнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№8 мотивация. (Мавзу баёни). Туғруқ жараёнларида, парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш.

Туғруқ ва оналикка тайёрлаш

Туғруқ ва оналикка тайёрлаш индивидуал ва гуруҳларда ўтказилади. Машғулотнинг энг истиқболли ва самарали йўли бола туғилишига оилавий тайёргарлик ўтказиш бўлиб, бу оила аъзоларининг туғруққа тайёрлашда фаол иштирок этишига қаратилган. Туғруқ ва туғруқдан кейинги даврдаги ҳамроҳлик (партнёрство) ҳомиладор аёл ва унинг оиласи ҳаёт тарзининг ўзгаришига, кутилган бола туғилишига эътибор қаратилишига имкон беради. Ҳомиладор аёл ва оиласининг бола туғилишига тайёрланиши замонавий талаблардан келиб чиқиб амалга оширилади.

Ҳомиладор аёл ва оиласининг бола туғилишига жисмоний ва руҳий тайёрланиши барча ҳомиладорлар учун қўлланилишин мумкин. Ушбу усулни қўллашга монетьликлар йўқ.

Бола туғилишига оилавий шаклда тайёрлаш билан бир қаторда ҳомиладорларни туғруққа жисмони ва руҳий тайёрлашнинг анъанавий усуллари қўллаш ҳамда уларни ҚВП ва оилавий поликлиникаларда ташкил этилган “Оналар мактаби”да шахсий гигиена қоидаларига ўргатиш, бўлажак туғруққа ва болани парваришlashга тайёрлаш тавсия этилади. Бунда намоиш воситалари, кўргазмали қуроллар, техник воситалар ва болани парвариш қилиш воситалари қўлланилади.

“Оналар мактаби”га аёлларни ҳомиладорликнинг 1 триместридан бошлаб, имкони бўлса, бўлажак оталар ёки яқин қариндошлари билан бирга жалб этиш керак.

Машғулотларни ўтказишда ҳафтанинг маълум кунларида ҳамроҳлари билан (эри ёки бўтқа оила аъзолари) 10-15 кишидан ташкил топган ва имкони борида бир хил муддатдаги ҳомиладорларни бирлаштирган гуруҳлар тузиш мақсадга мувофиқ.

Бўлажак оталар ва яқин қариндошларни бола туғилишига тайёрлаш машғулотларига фаол жалб қилиш учун уларни дастур ва машғулот ўтказилиш ҳақидаги керакли маълумотлар билан таъминлаш бирламчи бўғин муассасалари ходимларининг вазифасига киради.

Тугрук залларида куйидаги тозалик тамойилларига амал килиниши керак:

- тоза қўллар;
- киндик кесиш ва чакалоқ парваришида стерил қўлқоплар; -туғруқ ва киндикка ишлов беришда фойдаланиладиган боғлов материаллари ва стерил асбоблар;
- киндик яраси қуриши ва битиши учун очик қолдирилиши керак.

Янги туғилган соғлом чакалоқ парвариши

Чакалоқни туғилган заҳоти иссиқлик йўқотилишини олдини олиб ва иссиқлик занжири тамойилларига амал қилган ҳолда тезда артиб қурилади ва она қорнига қўйилади. Онаси билан бирга иссиқ кўрпа (одеял) ёпилади, бошига қалпоқча кийдирилади. Боланинг совуқ қотишига, сабабсиз онасидан ажратилишига йўл қўймаслик керак. Болада эмишга тайёрлигини биринчи белгилари (спонтан нафас олиш, сўрувчи ҳаракатлар, кўкракни қидириш) намоён бўлгач, туғилгандан сўнг ўртача 30-60 минут давомида кўкрак билан биринчи боқишни бошлаш мумкин.

Тери - тери бевосита алоқаси - болани она териси билан бевосита алоқаси учун кўкраклар орасига ётқизилади ва иссиқни сақлаш учун она-бола кўрпа билан ўралади. Бу усул цианоз ва асаб бузилишлари белгилари акс

этмаган, бир текис нафас олаётган болалар учун мос келади. Тери - тери бевосита алоқаси, "иссиқлик занжири" асосий тамойилларига риоя қилган ҳолда, бола туғруқ залида бўлиши даврида давом этади. "Иссиқлик занжири" каторлари қуйидагилар ҳисобланади:

болани туғилиши ва уни парваришида иштирок этадиган барча ходимларни ўқитиш: тозалик, иссиқлик, елвизак бўлмаган палатани таъминловчи туғруқ жойларини тайёрлаш;

тоза, иссиқ жойлар, қуриштиш ва боши билан ўраш учун йўргак ёки

сочиқлар (қалпоқчалар) тайёрлаш;

янги туғилган болани ўша заҳоти қуриштиш;

болани туғилган заҳоти онасига бериш ва уларни иссиқ кўрпага ўраш;

овқат қабул қилишни биринчи белгилари пайдо бўлгач, иссиқлик тартибини сақлаган ҳолда, кўкракни спонтан эмишига йўл бериш; - болани бошига иссиқ шапкача; агар зарур бўлса, иссиқ, хавфсиз кўчириш воситаси.

Янги туғилган гипотермик чақалоқларни иситиш жуда қийин - совуқ қотган болани ўраш ёрдам бермаслиги мумкин, у муздек бўлиб қолваеради. Дарҳол иссиқда сақлаш осонроқ.

Шиллиқни сўриб олиш рутин бўлмаслиги керак. Янги туғилган чақалоқда асфиксия, қон ёки меконий асирацияси бўлганда шиллиқ сўриш учун кўрсатма берилади. Соғлом боладан агрессив ва узоқ вақт нафас йўлларида шиллиқни сўриш бир текис нафас олишни бошланишини кечиктириш ва узоқ бронхоспазмга олиб келишини унутмаслик керак. Шунинг учун, оғиз бўшлиғи санациясида энг яхшиси бир марта ишлатиладиган баллонча ёки махсус юмшоқ сўрувчи катетердан фойдаланишдир, катетер болани оғзига 3 см.гача киргизилиш керак, аввал оғиз, кейин бурун тозаланади. Муолажа давомийлиги 5 секунддан ошмаслиги керак.

Киндикни ҳисиш - туғилгандан тахминан 1 дақиқа ўтгач ёки пульсация тўхтагач, амалга оширилади (тиббий кўрсатмаларга кўра, киндикни дарҳол қисилиши бундан истисно). Киндик яраси парвариши тозалikka риоя қилган ҳолда, қуритувчи моддалардан фойдаланмасдан очиқ усулда олиб борилади.

Профилактик тадбирлар - она ва болани туғруқдан кейинги палатага ўтказишдан аввал олиб борилади, яъни биринчи икки соат давомида тери-терига алоқа ўтқазилгандан

сўнг: антропометрия, тана ҳароратини ўлчаш, гонобленореяни олдини олиш учун кўзларга, қизларни жинсий аъзоларини 1%ли тетрациклин, у бўлмаса - 1%ли эритромицин малҳами ёки 1%ли кумуш нитрат эритмаси билан ишлов берилади. Геморрагик синдромни олдини олиш витамин "К" билан ўтказилади. Сўнгра қолдирилган киндик бўлакчасига скобка ёки резина ҳалқача ўрнатилган ёпиқ қисқич ўрнатилади, скобка ёки резина ҳалқани четлари киндик ҳалқаси четларидан 3-4 см масофада бўлиши керак.

Такроран инфузион ёки трансфузион даволаш ўтказиш лозим бўлса, киндикка киндик ҳалқасидан 3-4 см масофада ипак-лигатура ўрнатилади.

Болага яхтакча ёки кўйлакча кийдириш керак, чунки қаттиқ йўргаклаш:

1. Диафрагма ҳаракатига қаршилик қилади, тўсатдан ўлим синдроми хавфини оширади;
2. Иссиқни сақлашга ёрдам бермайди;
3. Асаб-мушак координациясини бузади;
4. Қон айланишини бузади;
5. Кўкрак билан муваффақиятли боқишга ҳалакит беради.

Чақалоқни кийими бўлмаганда, қаттиқ эмас, бошини ўрамасдан йўргаклаш керак. Бошига алоҳида йўргак ёки қалпоқча. Чақалоқнинг барча кийимлари иложи бориचा уйдан келтирилган, тоза бўлиши керак. Чақалоқни туғруқдан кейинги палатага онаси билан иссиқлик занжири қоидаларига риоя қилган ҳолда кўчириш керак.

Она ва болани биргаликда бўлиши тўғрисида низом

Туғруқдан кейинги бўлимнинг барча хоналарида она ва чақалоқни бирга бўлиш тамойилига асосланган ҳолда ишни ташкил қилиш керак, чунки бу чақалоқларда касалланишни камайишига, йирингли - септик ҳолатларни олдини олишга, она ва бола ўртасида бевосита психоэмоционал алоқани йўлга қўйилишига имкон беради. Болани она билан бир каравотда бўлишига рухсат берилади.

Она ва боланинг биргаликда бўлиш палаталари қуйидаги бўлимларда ташкил қилинади:

имкониятларга қараб, I ва II акушерлик бўлимларида 1-4 жойга
мўлжалланган (палаталарни кетма-кет тўлдирилишига риоя қилиб);
узлуксиз даволаш палаталарида (катталар ва болалар);

жарроҳлик блокида (иложи бориचा). Болани онадан ажратиш мумкин эмас. Она оғир касал бўлиб, доимий тиббий ходимлар ёки яқинларининг ҳозир бўлиши талаб қилиниб, болага қарай олмайдиган вазиятлар бундан мустасно. Бу кўкрак билан боқшни сақлаб туриш, онани эса бола парвариши ва у билан муомала қилишда тажриба орттиришга ёрдам беради.

Туғруқдан кейин она-болани бирга бўлиши болани шифохона микроорганизмлари штаммлари билан зарарланиш эҳтимолини камайтиради ва чақалоқ организмни она микрофлораси билан бойишига шароит яратади. Бундай тартибда болани талаби бўйича овқатлантириш таъминланади ва онада жавобгарлик ҳисси ортади. Бирга бўлишганда уларни қариндошлари (бир оилада яшовчи) ва ходимлар диққат-эътибор бериб, қўллаб-қувватлаб туришлари керак. Отаси ва бошқа катта болалар ташрифи эркин бўлади.

Она ва бола бирга бўлишганда, улар 1-4 кишилиқ палаталарда жойлаштирилади.

Она ва бола каравотлари ёнида шахсий тумбочка жойлаштирилади. Тиббий ҳамшира ҳар бир тумбочкага зарурат бўйича стерил материаллар (пахтали ёки докали шарчалар) солинган бикс олиб келади.

Бир она ва бола учун умумий майдон санитар меъёри бўйича 12 кв.м дан кам бўлмаслиги керак; палатага водопровод суви киритилиши керак, агар буни иложи бўлмаса, сўргичли - ювиниш(умывальник) мосламаси ўрнатилади. Чақалоқ учун клеёнка тўшакли йўргаклаш столи ўрнатилади.

Она ва боланинг куйидаги ҳолларда бирга бўлиши мумкин эмас:

- онада психоз ҳолати,
- эмлашгача эса сил касаллигининг очиқ тури.

Чақалоқ туғруқ залидан палатага ўтказилганда, унинг тана ҳарорати, юрак уриши ва нафас олишини санаб, ёзиб қўйиш лозим. Кейинчалик тана ҳарорати ҳар куни, пульс ва нафас олиш суткасига 2 марта ўлчаб ёзиб борилади. Туғилгандан 3-4 кундан кейин чақалоқ вазни такроран ўлчанади. Чақалоқни ичи келиши ва диурезини она ёки ҳамшира ҳар куни кузатиб боради ва чекланишлар бўлса неонатологни хабардор қилиб туради.

Териси ва киндигига заруратсиз ишлов берилмайди ва тоза ҳолда сақланади. Тери (рангининг ўзгариши, тошмалар ва ҳ.к. пайдо бўлиши) ва киндикдаги ўзгаришларнинг (ҳидли ажралма, киндик атрофи териси ўзгаришлари ва ҳ.к.) барчаси тўғрисида дарҳол врачга хабар берилади.

Ишлатилган таглик-йўргаклар ҳар бир боксда (палатада) клеёнка ёки пахтали қопчалар солинган қопқоқли идишлар ёки педалли челақларга солинади. Иш тугагандан сўнг болалар ҳамшираси ёки тозалик посбони ишлатилган кийимларни қопчалари билан йиғиштириб, ифлос кийимларни йиғиш хонасига туширади. Палата жадвал бўйича нам латга билан тозаланadi, чақалоқга уйга рухсат берилган куни ялпи умумий тозалаш ўтказилади.

Палатада аёлнинг ўзи кийим-бош ювиши мумкин эмас!

Чақалоқларни скрининг-текширишни ташкил қилиш

Барча чақалоқларни скрининг текширилиши фенилкетонурия ва туғма гипотериозни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Туғилгандан 4-5 кун ўтгач, фенилаланин, ТСГ ва Т-4 миқдорини аниқлаш ва касалликни инкор қилиш мақсадида боланинг товонидан қон олинади. Қон олиш ва скрининг ўтказишни бошқа тадбирлари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигини 07.07.1998 йил 334/114-сонли буйруғига асосан олиб борилади.

**Мавзу № 9: “Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш..”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.. Партограмма ҳақида маълумот бериш	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни. партограмма
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.

Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар куруллар (тест ва вазиратли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотивининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№9 мотивация. (Мавзу баёни) Туғруқ жараёнини партограмма асосида олиб бориш.

Партограмма

Партограмма - ҳозирги кунда туғруқларни олиб боришда энг оддий ва самарали восита бўлиб ҳисобланади.

Партограмманинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

- бу - бачадон бўйини очилишини узлуксиз график ҳолда акс эттириш усулидир, шу билан бир вақтнинг ўзида;
- бу - она, бола аҳволининг, туғруқ кечишининг бошқа кўп хусусиятларини график ҳолда акс эттириш усулидир.

Хусусиятларни бундай биргаликда намоён бўлиши партограммани янада аҳамиятли қилади. Партограмма - тиббий ёрдам кўрсатишининг барча шароитларида самарали: оддий ва энг мураккаб жихозларга эга бўлганда ҳам,

тиббий муассасаларнинг ҳамма даражаларида, барча туғруқларда қўлланилиши лозим.

Партограммадаги ёзувлар - юқори қисмида қуйидаги маълумотлар ёзилади: Аёл:

исми

акушерлик маълумотлар(анамнезидаги туғруқлар, ҳомиладорликлар сони);
рўйхат рақами; қабул қилинган сана;

қабул қилинган вақт нолга ҳисобланади. Куннинг ҳақиқий вақти вақт чизиғи остида кўрсатилади. қоғонок пардасининг йиртилиш вақти

ҳомила:

юрак қисқариши тезлиги;

ҳомила суви: тиник(С), қон билан бўялган (В) ёки меконий билан бўялган (М) ёки қоғонок пардаси бутун (І)

бачадон бўйни: очилиши см.ларда, диаграммада "Х" белгиси билан белгиланади.

Ҳомила боши ҳаракати: (ҳомила бошининг келувчи сатҳи), беш бармоқ билан қорин қисмида пайпаслаш билан аниқланади, диаграммада 0 белгиси билан белгиланади, қоринни пайпаслаш ҳар бир қин кўрувидан олдин бажарилади.

Ҳомила бошининг шаклланиши: бу жараён қуйидагича ёзилади: бош суяклар бириктирувчи тўқималар билан ажралиб турибди, буни енгил пайпаслаш мумкин (0), суяклар бир-бирига бироз тегиб турибди (+); суяклар бир-бирининг устида жойлашган (++); суяклар бир-бирининг устида анчагина жойлашган (+ + +); Бачадон бўйни очилиши:

- бу туғруқ кечишининг энг муҳим кўрсаткичи. Бачадон бўйнини очилиши жадвалда "Х" белгиси билан белгиланади.
- Қисқаришлар (тўлғоқлар): тезлиги (10 дақиқа давомида қисқаришлар сони). Давомийлиги сонияларда.
- Окситоцин:

- Дозаси туғруқнинг ҳар даврига 1 соатга мўлжалланиб ёзилади. Доридармонлар ва вена томири ичига юбориладиган суюқликлар; маълумотлар учун жой;

қон босими, ҳарорат ва пульс: қон босими ва пульс ҳар соатда ёки тезроқ ёзиб бориш тавсия этилади.

Тана ҳарорати ҳар 3-4 соатда ёзиб бориши тавсия этилади; Сийдик:

Микдори;

- Таҳлили (қон.оксил ва ацетон)

- Ҳар бир пешобдан сўнг ёзиб борилади.

Бачадон бўйни очилиши тўғрисидаги биринчи белгилар туғруқнинг фаол даврида огоҳлик чизиғининг тегишли нуқталарида қўйилади. Намунавий ҳолатларда туғруқ огоҳлик чизиғи бўйлаб кечади. Агар туғруқ суст кечса, очилиш вақтига қараб, чизиғимиз ҳаракат чизиғи томонга қўчади.

Ҳаракат чизиғи партограммада огоҳлик чизиғидан ўнгга 4 соатга сурилган бўлади. Агар белгиланаётган чизиқ, ҳаракат чизиғини кесиб ўтса, тегишли аралашувлар тўғрисида ўйлаш лозим.

Текшириш сонига нисбатан текшириш усуллари кўпроқ аҳамиятга эгадир. Ҳомила юрак қисқаришлари тезлигини ҳаққоний кўрсатиш учун ҳомила юрагини аускультация қилиш вақти жуда аҳамиятли эканлиги партограммада яққол кўринади. Бу ҳолат, юрак қисқаришлари вариантлари мисолида тасвирланади (жуда қисқа), вақти-вақти билан аускультация қилиш - маъқулроқ ва афзалроқ.

Партограммадан мақсад - она ва бола ҳолатини умумлаштирилган ҳолатда акс эттиришдир, ва шунинг учун, ҳар томонлама назорат зарур. Партограмманинг яна бир аҳамиятли қисми бачадон бўйнини вақт давомида очилишини ҳамда ҳомиланинг олдинда жойлашган қисмининг (одатда боши) силжишини кузатишдир. Таъкидлаб ўтиш зарурки, туғруқ вақтидаги қин орқали текширувлар ҳомила жойлашган қисмининг ҳолатини кузатиш билан баробар олиб борилиши керак, яна шуни айтиб ўтиш керакки, туғруқ олиб боришдаги кўпгина хатоликлар айнан шундай кузатув бўлмагани учун рўй беради. **Ҳаракат чизиқлари ва огоҳлик чизиғини аҳамияти ва хусусияти**

Огоҳлик ва ҳаракат чизиқлари жуда аҳамиятлидир. Огоҳлик чизиғи шундай чизиқки, ундан ташқарида бачадон бўйни очилиши тезлиги "исталган" тезликдан 1 соатда 1 см.дан кам бўлади. Кузатув олиб борилади, лекин ҳаракат талаб этилмайди. Бунга қарама-қарши, ҳаракат чизиғи - бу шундай чизиқки, шу чизиқдан ташқарида бачадон бўйни очилиши тезлигини исталган даражагача тиклаш учун талаб қилинадиган ҳаракатлар тўғрисида ўйлашни тақозо этади.

Бу чизиқлар аҳамияти шундаки, улар шифокорларга, туғруқ кечишидаги ўзгаришларни сўз билан тасвирлашдан (жадвалга нисбатан) кўра, эрта аниқлашга ёрдам беради. Ундан

ташқари, улар ҳам бир туғруққа ёрдам бериш муассасаси бўлимлари, ҳам тур.ли даражадаги акушерлик хизматлари орасида ҳаракат бирлигини таъминлашга ёрдам берадилар.

Агар аёлни қин орқали кўрув, огоҳлик чизиғида бажарилган бўлса, кейинги текширув 4 соат ўтгандан сўнг (агар эрта кўрув учун клиник кўрсатмалар бўлмаса) бажарилиши керак. Агар кўрувгача туғруқнинг суст кечиши, кузатилган бўлса ва жадвалдаги нуқтамиз огоҳлик ва ҳаракат

чизиклари орасида жойлашса, унда аниқки, кейинги текширувни эртароқ бажариш лозим.

Партограммани ўз вақтида тўлдириш, туғруқ кечишининг меъёрдан ташқарига ўзгаришларни ўз вақтида ташҳислаш ва асоссиз аралашувлардан қочиш имконини беради.

ПАРТОГРАММА

Фамилия	Беременность	Регистрационный номер
Дата поступления	время поступления	время отхождения вод
Сердцебиение плода Околоплодные воды Активная фаза Латентная фаза Линия бодрости Линия активности Раскрытие шейки матки Прохождение головки плода Начало к/время Маточные сокращения каждый 10 мин. Оскутотин и его влияние полученные лекарства Пульс и АД температура Моча Протеин ацетон объем		

Туғруқ вақтида аёлни овқатлантириш.

Туғруқлар қувват сарфлашни талаб қилади. Туғруқ қанча вақт давом этишини олдиндан айтиш мумкин бўлмаганлиги туфайли куч-қувват манбаи доимо тўлдирилиб турилиши зарур. Овқатланишни кескин чегараланиши туғруқ вақтида сувсизланиш ва ацидозга олиб келадиг уларни туғруқ даврида суюқликлар ичиш ва енгил овқат қабул қилиш йўли билан олдини олиш мумкин. Замонавий ёндошувлар физиологик туғруқлар вақтида овқат ва ичимлик қабул қилиш туғрисидаги масалани аёлнинг ўзи ҳал қилишига қўйиб беради.

Ҳамкорлик туғруқлари

Ҳамкорлик туғруқлари ўтказилганда доя ҳамширанинг вазифаси нафақат барча муҳим клиник белгиларни қайд қилиш, балки бутун туғруқ давомида аёлни жисмонан ва эмоционал қўллаб-қувватлаб туришдан ҳам иборат бўлади. Туғруқларда иштирок этаётган доя ўтказилаётган барча муолажалар ва тиббий текширув натижаларини аёлга тушунтириши керак. Туғруқ фаолиятининг кечиши ва боланинг кутилаётган туғилиш вақти туғрисида аёлни хабардор қилиши лозим.

Туғруқ залида аёлнинг яқин одамларидан биронтасини бўлиши (доя билан бирликда) туғруқларни ривожланиши ва натижаси, онанинг туғруқдан кейинги адаптацияси, она ва боланинг ўзаро муносабати, кўкрак сути билан боқиш ва оилавий эр-хотинлик муносабатларга сезиларли даражада ижобий таъсир кўрсатади. Бунда туғруқлар давомлилиги ва кесар кесишларнинг сони сезиларли қисқаради, оғриқсизлантириш воситаларини қўлланиш камаюди, янги туғилган чақалоқларга зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатишга ҳам эҳтиёж кам бўлади. Шунингдек, кўкрак сути билан боқиш ва янги туғилган чақалоқни яхши ҳолатига ҳам ижобий таъсир кўрсатади.

Мавзу № 10: “Акушерликда ҳамшираларнинг роли. Туғруқ жараёнларида, туғруқдан кейинги парваришда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш. Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари” Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари, парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш

<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№10 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.

Ҳомиладорларни текшириш усуллари. Ҳомиладорликнинг эрта ва кечки даврлари диагностикаси.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари. Бу белгиларга турли субъектив ҳислар киритилади

а) Кўнгил айланиши, қайт қилиш, айниқса эрталаблари, иштаханинг ўзгариши (гўшт, балиқ ва бошқаларга кўнгил айланиши);

б) Хид сезишининг ўзгариши (атир, сигарет тутуни ва бошқаларни ёқтирмаслик)

с) Нерв системаси функцияси бузилиши: умумий ҳолсизлик, тез жаҳл чиқиши, уйқучанлик, кайфият тез ўзгариши, бош айланиши ва бошқалари;

д) Юз териси, қориннинг оқ линияси, кўкрак безлари сўрғичлари атрофида пигментациялар, ҳомиладорлик чизикларининг пайдо бўлиши, сийишни тезлашиши.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари. Бу гуруҳга жинсий органларда, кўкрак безларида, ҳомиладорликни аниқлаш тестининг мусбатлиги каби объектив белгилар киради:

а) репродуктив ёшдаги соғлом аёлда хайз келишининг тўхташи;

б) кўкрак безларининг катталашиши, қаттиқлишиши, сиққанда сўрғичга очилувчи сут йўлларида оғиз сутининг келиши; с) қин ва бачадон бўйни шиллиқ қаватининг цианози

д) бачадон ўлчами шакли ва консистенциясининг ўзгариши
Ҳомиладорликнинг аниқ белгилари қуйидагича аниқланади:

а) кўкрак безларини пальпация қилиш ва оғиз сутини сиқиб чиқариш йўли билан;

б) ташқи жинсий аъзоларига, қинга кириш йўли шиллиқ қаватини кўрикдан ўтказиш;

с) гинекологик кўзгулар билан текширишда;

д) вагинал ва икки қўллаб вагинал абдоминал текшириш йўли билан. Ташқи жинсий аъзолари кўриги стерил қўлқопларда гинекологик кресло ёки кушеткада ўтказилади; аёл чалқанчасига ётади, оёқлари чанок сон ва тизза бўғимларида букилган ва кенг очилган, ташқи жинсий аъзоларни бирор антисептик эритма билан артилади, катта ва кичик жинсий лаблар чап қўлнинг II ва I бармоқлари билан очилади ва қинга кириш эшиги шиллиқ қавати кўрилади. Кўзгу билан текшириш. Ташқи жинсий аъзолар ва қинга кириш шиллиқ қаватларни кўздан кечириб бўлгач, кўзгулар билан текширишга ўтилади. Бу усул бачадон бўйни ва қин шиллиқ қавати цианозини, шунингдек қин ва бачадон бўйни касалликларини аниқласа бўлади. Кўзгулар қинга ёпиқ ҳолда киритилади, кейин очилади ва бачадон бўйнини кўришга имкон тугилади. қин деворлари кўзгуларни қиндан секин чиқараётганда кўрилади. Бачадон бўйни ва қин деворларини кўрганимиздан сўнг кўзгулар қиндан чиқарилади ва қинни текширишга ўтилади. **Ҳомиладорни қин орқали (бармоқ) билан текшириш.** Чап қўл бармоқлари билан катта ва кичик жинсий лаблар очилади; ўнг қўл бармоқлари (2 ва 3) қинга йўналтирилади, 1-бармоқ юқорига кўтарилади, 4 ва 5-бармоқ кафтга ёпиштирилган ва оралиққа тиралган. Чанок туби мушаклари ҳолати, қин девори (чўзилиши, бурмалиги), қин гумбазлари, бачадон бўйни (узунлиги, шакли, консистенцияси) ва бачадон бўйни ташқи бўғизи (ёпиқ, очик, шакли думалоқ ва йиртиқсимон) аҳоли аниқланади. Ҳомиладорларни бимануал текшириш. Бачадон бўйни палпациясидан кейин бимануал текширишга ўтилади. Чап қўл бармоқлари билан қорин девори кичик чанокга қараб қинни олдинги гумбазида турган ўнг қўл бармоқларига нисбатан пальпация қилиб борилади. Иккала қўл бармоқларини яқинлаштириб бачадон танаси пальпация қилинади ва унинг жойлашиш шакли, ўлчами ва консистенцияси аниқланади, сўнг бачадон найлари ва тухумдонлар текширилади. Бунинг учун иккала қўл бармоқлари бачадон бурчагидан чанок ён деворларига қараб ҳаракатлантирилади. Чанокнинг сигими ва шаклини аниқлаш мақсадида чанок ички юзаси, думғаза ботиклиги, чанок ён деворлари ва симфиз текширилади. **Ҳомиладорлик билан боғлиқ бачадоннинг шакли ва**

консистенциясини ўзгаришининг белгиларидан асосийлари қуйидагилар:

1. Бачадон катталашиши. Ҳомиладорликни 5-6-ҳафтасидан аниқланади: бачадон олдинги оқа ўлчамида катталашади (шарсимон) кейинчалик кўндаланг ўлчамида ҳам катталашади. 2-ой охирларига келиб бачадон ўлчами ғоз тухуми шаклига келади, 3-ойдан бачадон туби симфиз билан тенг сатҳда ёки бироз юқорида туради.

2. Горвиц-Гегар белгиси. Ҳомиладор бачадон текширувда юмшоқ, бу айниқса бачадон бўйни соҳасида аниқ ифодаланган. Иккала қўл бармоқлари билан бимануал текширувда бачадон бўйни соҳасида қаршиликсиз бирбирига яқинлашади. Белги ҳомиладорликнинг эрта даврларига хос ва охирига хайздан 6-8 ҳафта ўтгач аниқ ифодаланади.

3. Снегиров белгиси. Ҳомиладор бачадонга консистенция ўзгарувчанлиги хос. Юмшоқ ҳомиладор бачадон бимануал текширувда механик таъсир натижасида қалинлашади ва қисқаради. Таъсир тўхтагач бачадон яна юмшоқ консистенцияга қайтади.

4. Пискачеко белгиси. Ҳомиладорликнинг эрта даврига бачадоннинг чап ёки ўнг бурчагининг гумбазсимон шишиши яни ассиметрия хос, бу уругланган тухум хужайранинг имплантация бўлган жойига тўғри келади. Ҳомила ўсиши билан бу ассиметрия йўқолади.

5. Губарев ва Гаус белгилари. Бачадон бўйни юмшоқлиги туфайли ҳомиладорликнинг эрта даврида бачадон бўйнининг енгил ҳаракатланиши юзага келади.

6. Гендер белгиси. Ҳомиладорликнинг эрта даврида бачадон бўйни юмшоқлиги туфайли бачадоннинг олдинга эгилиши юзага келади. Бачадон олдинги юзасининг ўрта чизиғида тароқсимон дўмбоқча бўлади. **Ҳомиладорликнинг аниқ ёки шубҳасиз белгилари - бу ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида юзага келадиган ва бачадон бўшлиғида ҳомила жойлашганлигини англатадиган белгилар.**

1. Ҳомилани пальпация қилинадиган қисмлари. ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида пальпация амалга оширилади, бунда ҳомилани боши, орқа қисми ва бошқа майда қисмларни аниқлашимиз мумкин. Ҳомиладорлик муддати қанча катта бўлса пальпацияда ҳомилани қисмларини сезиш шунча аниқ бўлади.

2. Ҳомиланинг юрак тонларини аниқ эшитилиши. Ҳомиладорликнинг иккинчи яримида акушерлик стетоскопи ёрдамида ҳомиланинг юрак тонларини эшитилади, у ритмик зарбада, минутага 120-140 марта. Гоҳида ҳомилада юрак уришни ҳомиладорликнинг 18-19 ҳафталарида аниқласа бўлади. Шунингдек ҳомилани юрак уришини эрта муддатларда эхокардиография (48 ҳафтасидан сўнг) ва эхография (5-6 ҳафтасидан бошлаб) ёрдамида регистрация қилиш мумкин.

3. Шифокор ҳомиладор аёлни текширганда ҳомила ҳаракатини ҳис қилиши. Одатда ҳомила ҳаракати ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида аниқланади (ҳомиладор аёл ўзи сезади – 1чи марта туғувчилар учун 20 ҳафтасида, қайта туғувчилар учун 18 ҳафтасида, лекин бу сезгилар ҳомиладорликнинг аниқ белгисига қирмайди улар хато булиши мумкин яъни ҳомиладор аёллар ҳомила ҳаракатини ичак перистальтикаси билан адаштиришлари мумкин).

4. Ҳомиладорлик тўғрисидаги аниқ маълумотни ультратовуш текшириш усуллари ёрдамида аниқлаш мумкин. Бунда трансабдоминал сканерлаш ёрдамида ҳомиладорликни 4-5 ҳафтасида, трансвагинал эхография ёрдамида 1-1,5 ҳафта олдин ҳомилани аниқлаш имконини беради. Ҳомиладорликни эрта муддатларда аниқлашда бачадон бўшлиғидаги ҳомила тухум ҳужайраси, сариқ тана, эмбрион ва юрак уришига асосланиб кеч муддатларда эса ҳомила визуализацияси ёрдамида аниқланади. Ҳомилани аниқлаш ҳар томонлама аниқ текширувни талаб этади. Бунда анамнезни тўлиқ йиғиш, субъектив шикоятларни эшитиш, кўкрак беги ва қоринни кўздан кечириш ва уни пайпаслаш, ташқи ва ички жинсий аъзоларни текшириш шу ва бошқа текширув натижаларига асосланиб шифокор аёлга ҳомиладорлик ташхисини қўяди. Шубҳали ҳолатларда УТТ ёрдамида аниқлаштирилади.

Ўлчаш. Ҳомиладор аёлни текшириш жараёнида уни бўйи, тос тузилиши (ўлчами ва формаси), қорин айланаси ва бачадон туби баландлигини аниқлаш лозим. Бунда махсус сантиметрли лентадан фойдаланилади. Бачадон туби баландлигини сантиметрли лентада ўлчаш ва уни гравидограммада динамикасини қайд қилиш – энг арзон ва оддий усуллардан ҳисобланади. Бу усул ҳомилани жуда кичик ёки жуда катта гестацион ёшини аниқлаш имконини беради. Қоринни ўлчаш. Сантиметрли лента ёрдамида киндик соҳасида унинг айланаси ўлчанади (бу кўрсаткич ҳомиладорликнинг охирига ойларида 90- 100см га тенг бўлади). Сўнг симфизнинг юқори қисмидан бачадон тубининг баландлиги ўлчанади.

Охирги ҳомиладорликнинг 2-3 ҳафтасида бу кўрсаткич 36-37см га, туғиш жараёни бошланганда у 34-35см га тенг бўлади.

Қорин пальпацияси - акушерлик текширувининг асосий усуллардан ҳисобланади. Бунда ҳомиладор аёлни чалқанчасига ётқизади, оёқлари сончаноқ тизза бўғимида букилган ҳолатга келтирилади. Бу билан қорин бўшлиғига тушадиган оғирликни йўқотишимиз ва қорин бўшлиғини пайпаслашга енгиллик келтиришимиз мумкин. Шифокор ҳомиладор аёлни ўнг тарафига юзига қараган ҳолатда ўтиради. Қоринни пайпаслаш қорин тўғри мускуллари эластиклигини баҳолашдан бошланади. Сўнг бачадон катталиги, функционал ҳолати ва ҳомилани бачадон бўшлиғида жойлашиши аниқланади. Бачадон бўшлиғида ҳомиланинг жойлашишини аниқлаш ҳомиладорликни ва туғруқ жараёнини олиб боришда катта аҳамиятга эга. Аёлни текшириш жараёнида ҳомилани қўл-оёқ қисмларини, жойлашишини, кўринишини ва ҳомиланинг олдинда келиши аниқланади. Ҳомиланинг қўл-оёқ қисмларини жойлашиши (*habitus*) – қўл – оёқларнинг бош ва чаноққа нисбати. Ҳомиланинг типик нормал жойлашувида қўл – оёқлар чаноқ соҳасига эгилган, бош кўкрак кафасига эгилган, оёқлар сон-чаноқ ва тизза бўғимида букилган ва қоринга бириктирилган, қўллар кўкрак кафасига бириктирилган. Нормал эгилган ҳолатда ҳомила овоид шаклда ўзунлиги 25-26см га тенг. Овоидни кенг қисми бачадон тубида, тор қисми эса кичик чаноқнинг қириш қисмида жойлашган. Ҳомилани ҳаракатланиши оёқ-қўлларнинг жойи қисқа муддатга ўзгаради, лекин оёқ-қўл жойлашган жой ҳолати ўзгармайди. Оёқ-қўллар жойининг бундай бузилиши 1-2% ҳолатларда кузатилади ва бу туғруқ жараёнини оғирлаштиради. Ҳомиланинг жойлашган жойи (*citus*) – ҳомилани вертикал ўқига бачадон вертикал ўқининг нисбати. Қуйидаги жойлашишни фарқлаш мумкин: Вертикал – (*citus longitudinalis*) ҳомиланинг вертикал ўқи бачадон вертикал ўқига мос келади. Горизонтал – (*citus transverses*) ҳомиланинг вертикал ўқи бачадон вертикал ўқига бурчак ҳосил қилиб кесишади. қийшиқ – (*citus obliquus*) ҳомиланинг вертикал ўқи бачадон вертикал ўқига ўткир бурчак ҳосил қилади. Ҳомиланинг вертикал жойлашуви нормал ҳисобланади у туғруқнинг 99,5% ҳолатларида учрайди. Горизонтал ва қийшиқ жойлашуви патологик ҳисобланади у 0,5% ҳолатларда учрайди. **Ҳомила позицияси (*positio*)** – ҳомилани бачадонда ўнг ёки чап тарафда туриш нисбати. 2 хил позиция фарқланади: 1- позицияда ҳомила орқаси бачадоннинг чап тарафига қараган бўлади, 2- позицияда ўнга. 1 позиция 2чисига қараганда кўпроқ учрайди. Ҳомиланинг орқаси ҳар доим ҳам ўнгга ёки чапга қараган бўлмайди у одатда олдинга ёки орқага айланган бўлади, шунинг учун ҳомила позициясининг кўриниши тафовут этилади.

Ҳомила позициясининг кўриниши (visus) – ҳомиланинг орқа қисми бачадоннинг олдинги ёки орқа деворига нисбати. Агар ҳомила орқа қисми олдинга қарган бўлса олдинги позиция, орқага қараган бўлса орқа позиция деб аталади. **Ҳомиланинг олдинда келиши (praesentatio)** – ҳомиланинг йирик қисмларини кичик чаноққа кириш қисмига нисбати. Агар аёлнинг чаноққа кириш қисмида ҳомила боши жойлашган бўлса – бош билан келиш, агар чаноғи жойлашган бўлса – чаноқ билан келиш дейилади. Бош билан келиш туғруқнинг 96% ҳолатларида, чаноқ билан келиш 3,5% ҳолатларда кузатилади. Ҳомила горизонтал ва қийшиқ жойлашганда позиция ҳомила орқаси билан эмас бош соҳасига нисбатан аниқланади: бош чапда бўлса 1чи позиция, ўнгда бўлса 2чи позиция бўлади. Ҳомилани олдинда келиш қисми (pars praevia) - шундай қисмига айтиладики бу ҳомиланинг кичик чаноқнинг кириш қисмида жойлашган ва туғруқ йўлларида 1чи бўлиб ўтадиган қисмидир. Кичик чаноқнинг кириш қисмига ҳомила боши билан келганда бошнинг энса, пешона олди, пешона ва юз қисми соҳалари билан бирга келади. Бошнинг олдинги, пешона ва юз билан келишида бош турли даражадаги букилиш ҳолатида бўлади. **Пайпаслаб кўриш усулида (Левицкий-Леопольд усули) ҳомила ҳолатини аниқлаш мумкин.** Леопольд (1891г.) пайпаслаб кўриш усулини киритган. Ҳомиладорнинг қорнини пайпаслаб (ушлаб) кўриш усули ҳомила қисмларининг катта-кичиклигини, ҳомиланинг бачадонда жойлашиш ҳолатини, олдин келувчи қисмининг қаерда эканлигини (чаноққа киришдан юқорида, чаноққа кираверишга суқилган ҳолатда ёки кичик ёки катта сегмент билан турганлиги) ни аниқлашдан иборат. Ҳомиладор аёлнинг қорнини пайпаслаб кўриш учун текис каравотга чалқанчасига, оёқларини тизза ва ёнбош бўғимларидан буккан ҳолда ётқизилади, врач унинг ўнг томонига ўтиради. Ҳомиладор аёл қорнини пайпаслаб текшириш вақтида акушерлик текширувининг тўртта аниқлаш усулидан фойдаланилади. Биринчи усул. Бачадон тубининг баландлиги ва унинг тубида қайси қисми борлигини аниқлаш учун қўлланилади. Бунинг учун иккала қўлнинг кафти билан бармоқлари бир-бирига қарагани ҳолда, бачадон тубини ушлаб, у енгилгина пастга босилади. Шунда бачадон тубининг турган баландлиги ва ҳомиланинг ётиш ҳолати аниқ билинади. Ҳомиланинг ўсиши ва муддати бачадон тубининг қайси баландликда турганлигига қараб аниқланади. Агар бачадон тубида ҳомиланинг катта қисмлари аниқланса, бу унинг тўғри ётганлигини кўрсатади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг думбаси борлиги аниқланса, бу олдин келувчи қисм бош эканлигини, аксинча, бачадон тубида ҳомиланинг боши борлиги аниқланса, чаноғи билан олдин келишини кўрсатади. Иккинчи усул билан ҳомиланинг орқаси ва майда қисмларининг

туришига қараб, унинг қандай ҳолатда эканлиги аниқланади. Бунинг учун иккала қўл бачадан тубидан унинг ёнига ўтказилади. Икки қўл бармоқлари галма-гал босиб кўриш йўли билан бачадон пайпасланади. Ўнг қўл билан пайпаслаганда чап қўл қимирламай, бачадон деворида туриши керак. Бу усул билан бир томонда текис юза — ҳомила орқасини, қарама-қарши томонида эса, унча катта бўлмаган ва ўз туришини тез ўзгартирадиган думбоқли юза, ҳомиланинг майда қисмлари (оёқ, қўллари) аниқланади. Ҳомила орқасининг чапга ёки ўнгга қараган бўлишига қараб унинг I ёки II ҳолатда эканлиги аниқланади. Агар ҳомиланинг орқаси онанинг чап биқинига қараган бўлса I ҳолат, ўнгга қараган бўлса II ҳолатда ётган бўлади. Ҳомиланинг олдинда келувчи қисмини ва унинг кичик чанок бўшлиғига бўлган нисбатини аниқлашда акушерлик текширувининг учинчи усули қўлланади. Бунинг учун қўлнинг катта бармоғи бачадон пастки сегментининг бир томонидан, қолган 4 та бармоқ эса иккинчи томонида турган ҳолда, ҳомиланинг олдин келувчи қисми ушланади, сўнгра қўлни бир оз пастга босиб, олдинда келувчи қисм бармоқлар билан ушланган ҳолда, жуда эҳтиёткорлик билан аста-секин ўнгга ва чапга қимирлатилади. Бунда ҳомила боши билан турган бўлса, қаттиқ, думалок, думба билан турган бўлса, юмшоқроқ ва ҳажми кичкинароқ бўлиб билинади. Агар олдин келувчи қисм (бош ёки думба) ҳаракатчан бўлса, бу унинг чанокнинг кириш қисмидан юқорида турганини, қимирламайдиган бўлса, чанокнинг кириш қисмида суқилиб турганини кўрсатади. Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётган тақдирда олдинга келувчи қисм бўлмайди. Акушерлик текширувининг учинчи усулида, одатда аёл оғриқ сезади, шунга кўра, кўпинча бу усул ўрнига тўртинчи усул қўлланилади. Тўртинчи усул ёрдамида олдинда келувчи қисмнинг турган жойи ҳамда у чанокнинг қайси юзасида турганлиги аниқланади. Акушер ҳомиладорнинг оёқ томонида турган ҳолда иккала қўли кафтини бачадон пастки қисмининг ўнг ва чап томонига қўяди ва пастга томон аста босади, бунда текширувчи ўз қўлини ҳомиланинг олдинда келувчи қисми билан чанок кириш қисмига юборади, шу йўсинда пайпаслаш ёрдамида олдинда келувчи қисмини ва унинг туриш ҳолатини (кичик чанокқа кириш қисмининг устидалигини ёки чанок ичига ўтганлигини) аниқлайди. Шу усул билан яна бошнинг каттакичиклиги, энса, пешона, энгакнинг турган жойи ва туғиш жараёнида бошнинг чанокқа тушиш ҳолатлари аниқланади. Ҳомила юрак уриши аускультацияси. Ҳомиланинг юрак уриши қорин девори орқали, оддий акушерлик стетоскопи билан аниқ эшитилади. Она организмидан қорин девори орқали эшитиладиган овозларга қуйидагилар киради. а) ҳомиланинг юрак уриши билан бир вақтда бўладиган қорин аортасининг уриши ва бачадон ён деворларидаги катта қон томирларда бўладиган шувиллаган шовқин; б)

ичакларнинг перистальтик (тўлқинсимон) ҳаракати туфайли ҳосил бўладиган ритмсиз шовқин; в) ҳомиланинг қўл-оёқлари қимирлаши натижасида ҳосил бўладиган ва қийинлик билан эшитиладиган бўғиқ овоз. Ҳомиланинг юрак уриши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб эшитила бошланади. Агар ҳомиланинг боши олдинга эгилган бўлиб, унинг орқаси бачадоннинг бирор деворига яқин турган бўлса, унинг юрак уриши орқа томондан яхши эшитилади. Агар ҳомила юзи билан келиб, боши орқага эгилган бўлса, унинг орқаси бачадон деворидан узоқлашади ва кўкраги бачадон деворига тегиб туради. Бу ҳолда унинг юрак уриши кўкрак томонидан яхшироқ эшитилади. Ҳомила боши билан олдин келганда унинг юрак уриши она киндигидан пастда, чаноғи билан келганда — киндик қаршисида ёки ундан юқорида, кўндаланг келганда — киндик тўғрисида, туғиш жараёнида ҳомиланинг боши чаноқ ичига кирганда — қорин ўрта чизигида (симфиз устида) эшитилади. Ультратовуш ёрдамида ҳомила скелетини ва юрак уришини, ундаги мавжуд нуқсонларни кўриш мумкин.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ДАВОМ ЭТИШИ, УНИНГ МУДДАТИ ВА ТУҒИШ ВАҚТИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорлик сўнгги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисоблаганда ўрта ҳисоб билан 280 кун ёки акушерлар ойи билан 10 ой — 40 ҳафта давом этади, лекин баъзан ҳомиладорлик 280 кундан кам ёки ортиқ давом этиши мумкин. Аёлларда ҳомиладорлик муддатини аниқлашда кўп қийинчиликлар учрайди, чунки унинг қачон бошланганлигини аниқ билиш қийинроқ бўлади. Ҳомиладорлик муддати охирги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланади. Туғиш куни охирги ҳайзнинг 1-кунига, акушерлик ойи — 10 ой ёки 40 ҳафтани, ёхуд 280 кунни қўшиш билан аниқланади. Акушерлик тажрибасида туғиш вақтини аниқлаш учун Негель усулидан фойдаланилади. Бунинг учун охирги ҳайзнинг биринчи кунидан 3 ой орқага санаб, унга 7 кун қўшилади. Масалан, агар охирги ҳайзнинг биринчи куни 20 август бўлса 3 ой орқага саналиб (20 июль, 20 июнь, 20 май), унга 7 кун қўшилса, демак, туғруқ келаси йилнинг 27 майида бўлади. Шунингдек туғиш вақтини аёл ҳомиланинг биринчи марта қимирлаганини сезган кундан бошлаб ҳисоблаш ҳам мумкин. Одатда ҳомила биринчи ҳомиладорликда 20 ҳафтадан сўнг, қайта ҳомиладорликда 18 ҳафтадан кейин қимирлайди. Ҳомиладор ҳомиланинг қимирлашини сезган кунига 140 кун (акушерлар ойидан 5 ой) ва қайта ҳомиладорларда 154 кун (акушерлар ойидан 5,5 ой) қўшилади. Шу йўл билан тахминий туғиш вақти аниқланади. Лекин туғиш вақтини шу йўл билан унчалик тўғри аниқлаб бўлмайди. Чунки аёл ҳомиланинг қачон қимирлаганини унутган бўлиши ёки ичаклар перистальтикасини ҳомиланинг

қимирлаши деб янглиш тушуниши мумкин. Туғиш вақтини охириги ҳайзнинг биринчи куни бўйича аниқлаш муҳимдир. Ультратовуш билан ҳомила ёшини аниқлаш ҳам мумкин. Бунда ҳомила бошининг катта-кичиклиги, танасининг узунлиги диагноз қўйишда асосий белгилардан ҳисобланади. Ҳомиладорлик муддатини ва туғиш вақтини аниқлашда бачадон ўлчови ва тубининг баландлигини билиш катта аҳамиятга эгадир. Ҳомиладорликнинг дастлабки даврларида, ҳали бачадон чанок бўшлиғида турганда унинг катта-кичиклиги кин орқали текшириб, аниқланади. Ҳомиладорликнинг (акушерлар ойининг) тўртинчи ойи охирида бачадон туби киндик билан қов суяги оралиғида, симфиздан 4 бармоқ эндида юқорида туради. Демак, бачадоннинг кўп қисми катта чанокқа ўтган бўлади. Ҳомиладорликнинг бешинчи акушерлик ойи охирида бачадон катта одам бошидек келади, унинг туби икки бармоқ эндида киндикдан пастда туради. Агар тўртинчи ой охирида қорин деворининг кўтарилганлиги зўрға аниқланса, бешинчи ой охирида анча кўп кўтарилган бўлади. Ҳомиладорликнинг олтинчи акушерлик ойида бачадон туби киндикда, еттинчи ой охирида эса киндикдан 3 бармоқ эндида юқорида бўлади. Ҳомиладорликнинг саккизинчи акушерлар ойида бачадон туби киндик билан ханжарсимон ўсимта ўртасида, симфиздан 30—32 см юқорида туради, айланаси 80—85 см бўлади. Ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойида бачадон туби ўзининг энг юқори нуқтасига, яъни ханжарсимон ўсимтага тақалади. Киндик бирмунча дўппайиб чиқади. Ҳомиладорликнинг ўнинчи акушерлар ойида бачадон туби ҳомиладорликнинг саккизинчи ойи охирида эгаллаган жойида, яъни киндик билан ханжарсимон ўсимта орасида туради. Бироқ, бачадон туби саккизинчи ва ўнинчи ой охирида бир хил баландликда бўлишига қарамай, улар бир-биридан қорин айланасининг ўлчови билан фарқ қилади: саккизинчи ойда қорин айланаси 80—85 см бўлса, ўнинчи ойда 95—98 см ва ундан кўп бўлади. Бундан ташқари, ўнинчи ойда қорин осилган бўлиб, ҳомиладорнинг нафас олиши осонлашади. Биринчи марта туғувчиларда ҳомиладорликнинг саккизинчи ойида ҳомиланинг боши чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлиб, ўнинчи ойда чанокнинг кириш қисмига суқилган ҳолатда, қимирламай туради. Қайта туғувчиларда эса ҳомиланинг боши ҳомиладорликнинг охиригача чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлади. Бачадон тубининг баландлигига қараб ҳомиладорлик муддатини ҳамма вақт ҳам тўғри аниқлаш мумкин бўлавермайди. Бачадоннинг катталиги фақат ҳомиладорлик муддатигагина эмас, балки қоғонок сувининг миқдорида, ҳомиланинг катта-кичиклигига ҳам боғлиқдир (унинг оғирлиги одатда 2500 дан 5000 г гача бўлади). Шунингдек бачадоннинг катталиги бачадон деворининг қалинлиги, ҳомиланинг миқдори унинг жойлашишига қоғонок олди суви ҳажмига ҳам

боғлиқдир. Қорин айланаси киндик устидан сантиметр тизимчаси билан ўлчанади. Ҳомиладорликнинг охирида қорин айланаси 96—100 см бўлади, қов суяги (симфиз) устидан бачадон тубининг баландлиги ҳам сантиметр тизимчаси билан ўлчанади. Ҳомила узунлигини ўлчаш ҳам ҳомиланинг ёши ва ҳомиладорлик муддатини аниқлашда қўшимча усул ҳисобланади. Бунинг учун ҳомиладорни чалқанча ётқизиб, одатдаги чанок ўлчагич (тазомер) билан ўлчанади (ўлчаш олдидан ҳомиладор қовуғини бўшатади). Чанок ўлчагич бир учи одатда ҳомиланинг чанок қисми турадиган бачадон тубига, иккинчи учи эса ҳомила бошининг пастки юзасига қўйилади (ҳомила қисмларининг жойлашиши қорин девори орқали пайпаслаб кўриб аниқланади). Бу оралиқ, В. В. Сутугиннинг айтишича, ҳомила узунлигининг ярмисини ташкил килади. Шу усулда аниқланган ҳомила узунлигидан 2—3 см қорин девори қалинлигига чиқариб ташланади. Шу йўл билан ҳомила узунлигини аниқлаб, уни 5 га тақсимласак, бизга бачадондаги ҳомиланинг (ҳомиладорликнинг) муддати маълум бўлади. Масалан: чанок ўлчагичнинг кўрсатишича, бачадон туби билан ҳомила боши пастки қисмининг оралиғи 16 см бўлса, ҳомила узунлиги 32 см га тенг келади. Шундан 2 см қорин девори қалинлигига чиқарилса, 30 см қолади. Бу узунликни 5 га тақсимлаб, ҳомиладорлик муддати олтинчи ойининг охири (30:5) ҳисобланади. Шундай қилиб, ҳомиланинг узунлигига қараб, унинг муддати аниқланади. Бу формула Скульский формуласи деб айтилади.

Ҳомила ривожланиш нуксонларини аниқлаш скрининги.

тавсия қилинади; у одатда ҳомиладорликни 16 - 20 ҳафталари оралиғида ўтказилади, шу мақсадда УАШ барча ҳомиладор аёлларни скрининг марказлари ва уларнинг филиалларига йўлланма бериши керак.

ТЕКШИРУВ УТКАЗИШНИ ҚАДАММА-ҚАДАМ
ИНСТРУКЦИЯЛАРИ: ХОМИЛАДОРЛИК МУДДАТИНИ ВА ТУҒРУК

МУДДАТИНИ АНИҚЛАШ № ҚАДАМЛАР 1. Ҳайзни охириги кун бўйича (Негеле бўйича) : бу кундан 3 календар оyi чегириб ташланиб 7 кун кўшилади. 2. Овуляция бўйича :охириги ҳайзни биринчи кунига 14 кун кушилади (тахминий овуляция ва уруғланиш вақти ва унга 280 +7 кун кушилади). 3. Ҳомилани биринчи марта қимирлашига қараб : биринчи маротаба қимирлашини кунига биринчи туғувчиларга 20 ҳафта , қайта туғувчиларга 22-23 ҳафта кўшилади. 4. Биринчи маротаба шифокорга муружат қилган кунига қараб: ҳомиладорлик эрта муддатларда бу кунига 40 ҳафтага етмаётган ҳафталар кўшилади ва туғрукни муддатини аниқланади. 5. Объектив кўрувга асосан : кўрув пайтида ҳомиладорлик муддатини

аниқланади ва 40 ҳафтага етмаётган ҳафталар қўшилиб . туғруқ муддатини аниқланади.

ҲОМИЛА АУСКУЛЬТАЦИЯСИ Бажарилиш кадамлари: № ҚАДАМЛАР 1. Ҳомила аускультацияси аёл қорнига стетоскоп қўйиб эшитиш орқали ўтказилади. 2. Ҳомила энса билан ётганда юрак уриши киндикдан пастида, чаноғи билан ётганда киндикдан юқорида , кўндаланг ётганда киндик соҳасида бошига яқин жойда эшитилади. 3. Ҳомила I – позициясида юрак уриши чапда. II – позициясида ўнгда, кучаник вақтида қов устида эшитилади. 4. Аускультация пайтида стетоскоп перпендикуляр яъни тахминий ҳомила орқасига қараган тўғри бурчак бўйлаб бир учи аёл қорнига иккинчи томони шифокор қулоғига қўйиб эшитилади. Эшитилаётганда стетоскопни қўл билан ушлаб турмаслик керак, чунки бу эшитишни қийинлаштиради. 5. Одатда ҳомила юрак уриши 1 дақиқада 120-160 марта, ритмик аниқ эшитилади.

АЁЛЛАР ЧАНОҒИНИ ЎЛЧАШ Бажарилиш кадамлари: № ҚАДАМЛАР 1. Аёл иккала оёғини бирлаштириб узатган ҳолда ва қорнини очиб ётади. 2. Чанокни ўлчаш, ўлчаш асбобида ўтказилади. 3. *Distantia spinarum* –ёнбош суяклари олдинги юқори ўсиқлари орасидаги масофа 25 -26 см га тенг. Чанок ўлчагич тугмаларини олдинги юқори ўсиқлари ташқи юзасига қўйиб ўлчанади. *Distantia cristarum* – ёнбош суяклари қирраларининг энг олис нуқталари орасидаги масофа 28 – 29 см га тенг. Чанок ўлчагич тугмаларини ёнбош суяklarининг қирраларига қўйилиб ўлчанади. *Distantia trohanterica* – сон суяклари орасидаги масофа 30 -31 см га тенг. Ўлчагич сон суяklarининг бўртиб чиққан қисмига қўйилади. 4. *Conjugata externa* - ташқи конюгата, ўлчаш учун аёл ёнбошга ётқизилади. Пастдаги оёғи букилган устки оёғи узатилган ҳолда ётади. Чанок ўлчагич битта тугмасини Михаэлс ромбини юқори бурчагига иккинчисини эса симфизнинг юқори ташқи четини ўртасига қўйиб ўлчанади. 20- 21 см 5 Ташқи конюгата ўлчамига асосланиб чин конюгата *C. vera* ўлчамини топиш мумкин. Бунинг учун, ташқи конюгата ўлчамидан суяклар ва юмшоқ тўқималар қалинлигига 9 см олиб ташланади. *C. externa* 20 см -9 см =11см.

ЛЕОПОЛЬД – ЛЕВИЦКИЙ БУЙИЧА ТАШҚИ АКУШЕРЛИК ТЕКШИРУВ УСУЛИ Бажарилиш кадамлари: № ҚАДАМЛАР 1. Аёлни чалқанча ҳолда ётқизилади. Шифокор аёлни ўнг томонида туради. 2. 1 – усул иккала қўлни кафт юзаларини бачадон тубига қўйилади. Бу усул ёрдамида бачадон туби баландлиги ва ҳомилани қайси қисми бачадон тубида борлиги аниқланади 3. 2 – усул қўллар бачадон тубидан киндик соҳасига, бачадонни

ўнг ва чап томонларига қўйилади. Қўл кафт ва бармоқлари билан бачадон ён деворига босиб, пайпаслаб ҳомилани орқаси ва майда қисмлари қаёққа қараган, яъни ҳомила позицияси аниқланади. 1- позиция яъни ҳомила орқаси бачадон деворига, 2- позицияда ўнг деворига қараган бўлади. 4. 3 – усул қўлнинг катта бармоғи бачадон пастки сегментининг бир томонидан қолган 4 та бармоқ эса иккинчи томонидан ушлаб, ҳомила олдинда келган қисми ушланади ва секин ўнгга ва чапга қимирлатилади. Бу усул ёрдамида ҳомила қайси қисми билан олдинда ётганлиги аниқланади. 5. 4 – усул текширувчи аёлнинг оёқ томонида турган холда иккала қўли кафтини бачадон паски қисмининг ўнг ва чап томонига қўяди ва пастга томон аста секин босади, бунда текширувчи ўз қўлини ҳомиланинг олдинда келувчи қисми билан чаноқ кириш қисмига юборади. Бу усул ёрдамида ҳомила олдинда ётган қисмининг чаноқ суягига нисбатан туришини аниқланади.

ҲОМИЛАНИ ТАХМИНИЙ ВАЗНИНИ АНИҚЛАШ Бажарилиш қадамлари: № ҚАДАМЛАР 1. Сантиметрли тасма ёрдамида қорин айланаси билан бачадон туби ва баландлиги аниқланади 2. Аёлни чалқанчасига ётоққа ётқизилади, шифокор аёлни ёнида юзи билан аёл қорнига қараган ҳолатда бўлади 3. Сантиметрли тасма билан аёлни олдиндан киндик соҳасида, орқадан бел соҳасини ўртасидан айлантириб қорин айланаси ўлчанади. Ҳомиладорлик охирида бу ўлчам 100 см га тенг 4. Бачадон туби баландлигини ўлчаш учун, тасма бир учини қов равоғи юқори қиррасини ўртасига қўл билан қўйиб, бачадон туби юқори чегарасигача аниқланади, бачадон туби иккинчи қўлни кафт қирраси билан аниқланади. Ҳомиладорлик охирида бу ўлчам 32 см га тенг 5. Қорин айланаси ўлчамини бачадон туби баландлигига кўпайтириб ҳомиланинг тахминий вазнини аниқлаймиз. $100 \times 32 = 3200$ гр.

Мавзу № 11: “Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси билан таништириш, билим ва

	кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёйиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

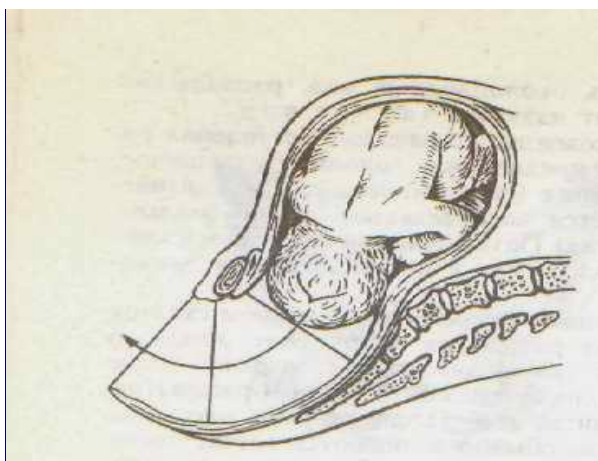
Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№11 мотивация. (Мавзу баёни) Физиологик туғруқ клиникаси, олиб бориш тактикаси..

ФИЗИОЛОГИК ТУГРУК

Тугрук – бу куп звеноли, динамик, биологик процесс булиб, фетоплацентар комплекс тугувчи хотиннинг хамма орган ва системалар иштирокида кечади, энг биринчи нерв ва эндокрин системеси. Нерв ва эндокрин омилларини ишлаб чиқарадиган асаб ва ички безлар иштирок этади.



Физиологик

туғруқ жараёни шундан иборатки, бунда хомила ва унинг элементлари бачадондан хайдалади.

Уз вактидаги туғрук – бу хомила ва унинг элементларини бачадонда хайдалиши, хомиланинг 40 ҳафталик она корнидаги ҳаётидан кейин бошланадиган жараёндир. Факатгина она – хомила – йулдош системасининг бир – бирига адеват (тенг) реакцияси булсагина, хомила яхши ривожланади ва туғрук жараёни нормал утади.

Маълумки, хомиладорлик вақтида она организмида орган ва системаларда катта узгаришлар булади. Бу узгаришлар албатта хомиланинг яхши усиши ва хомиладорликнинг нормал кечиши учун.

Хомиладорликнинг охири ойларида она организмида ва хомилада динамик узгаришлар буладик, бу она организмини ва бачадонни тугрук жараёнига тайёрлаб беради.

Уз – узидан миометриянинг регуляр кискариши шундан бошланадиган, қачонким она организми ва хомила тугрук процессида тайёр булса, яъни хомила етилган, ташки муҳитга мослаша биладиган бўлиши керак. Бу етуклик уртача хомиланинг 280 кунига ёки 10 акушерлик ойига ёки 40 ҳафталик хомиладорликка тенг. Тугрук жараёни 28 дан то 36 ҳафтагача булса, бу уз вақтидан олдинги туғиш процесси бўлиб ҳисобланади. 37 – 41 ҳафтага – уз вақтидаги туғиш процесси, 42 ҳафта ва ундан юқори кечиккан туғиш процесси деб аталади.

Ҳозирги даврда тугрук бу биологик процесс бўлиб, онанинг генетик аппарати билан контроль қилиб турадиган ва она организмига куп звеноли физиологик ва биохимик реакцияларига боғлиқдир. Бу жараёни бошқариш, яъни она – хомила – йулдош системасининг иш фаолияти энг аввало она организмнинг нерв ва гуморал системасига боғлиқдир.

Нормал тугрук жараёнининг келиб чиқиш сабаблари, омиллари куп вақтдан бери кизиктиради, чунки бу саволга жавоб топиш дояликдаги купгина англашилмовчиликларни осон топишга ва уз вақтида олдини олишга ёрдам беради. (кечиккан хомиладорлик, вақтидан олдин туғиш, тугрук дардларинг аномалиялари ва бошқалар.)

Гиппократ теорияси бўйича, кислороднинг етишмовчилигидан хомила етукликка етгандан кейин, оёқчалари билан бачадон тубига тиралиб боши билан туғилар экан.

Анча вақтдан кейин олимлар бошқа теорияни урганишди: «Ёт жисм теорияси» бўлиб, бунга асосан тугрук шунда бошланадиган, қачонким хомила узида ёғ моддалари ишлаб чиқарар экан, шу сабабли хомила бачадон бушлигидан хайдалар экан, худди ёт жисмга ухшаб.

Механик теория тарафдорлари эса, бачадон деворининг кенгайиб кетиши сабабли, унинг мускул қавати узгаради ва хомила боши билан нерв тугунларига таъсир этади, шу сабабли тугрук жараёни бошланади. Тугрук жараёнининг пайдо бўлишига механик теория тугри деб тушуниш керак эмас. Ҳозиргача тугрук

жараёнининг пайдо булиш механизми охиригача ечилган эмас. Лекин олимларнинг куп микдордаги текшириш ва анализ килишларига асосланиб, хомиланинг тугрук жараёнидаги ролини, хар томонлама урганиб чиккандагина бачадон буйнининг очилиши ва тугрук процессининг пайдо булиш сабабларини тугри тушуниб олиш мумкин.

Тугрук процессининг бошланишидаги тайёргарлик хомилада гипоталамо – гипофизар системасининг етилиши ва буйрак усти безининг таъсирининг бошланиши билан бошланади. Бунда хомила организми ишлаб чиккан кортикотропин йулдошга таъсир этиб, дезоксикортизолга ва ундан кортизолга айланади, бу она организмнинг туғиш процессида тайёргарлигининг I этапи булиб хисобланади.

Она организмда стероид гормонларнинг тенглиги узгариб боради.

Хориомаммотроп (плацентар лактоген, хорио – гонадотропин) конда эстрогенлар, айникса эстрадиол купайиб, прогестерон, хориогонадотропин ва хориомаммотропин – камайиб боради – бу эса тугрук процессига тайёргарликнинг II этапи булиб хисобланади. Бу давр онанинг кони таркибида серотонин ва 17В эстрадиолнинг пайдо булиши билан характерланади. Шу билан бирга эндогенли простогландлар (ПГ) Г 22 купайиши бошланади (эстрогенларнинг таъсири натижасида), бу тугрук жараёнининг пайдо булишини асосий этапи булиб хисобланади.

ПГГ – куп олимларнинг фикрига караганда, бачадон мускул каватини кузгатувчиси булиб хисобланади ва тугрук дардларини бошлайди.

Лерат (Lerat 1978) нинг фикрига караганда тугрукнинг бошланишига она организмда ишлаб чиқариладиган гормонлар катта роль уйнайди. (окситоцин, ПГ) йулдошда (эстрогенлар, прогестерон) ва хомила организмда (буйрак усти безининг ва гипофизнинг орка булими гормонлари).

Автор томонидан тасдикланадики, хомила буйрак усти безининг ва гипофиз орка булагининг гормонлари тугрукнинг бошлангич сигналларининг пайдо булишида катта роль уйнайди.

Эстрогенлар микдори ПГ ишлаб чиқарилишини ва организмнинг фермент системасининг активлигини белгилайди.

Бу системанинг сигналлари нейрогормонлар оркали берилиб турилади (биологик аминлар, шу билан бирга дофамин, серотонин, норадреналин ва бошқалар), шу билан бирга стероидлар мускул хужайраларига, жинсий системанинг неспецифик, морфологик ва биохимик узгаришларини,

хомиладорлик даврида, тугрукка тайёргарликка ва тугрук жараёнига таъсир этади. Шу аниқланганки, тугрукдан олдин онанинг конида кетахоламинлар купаяди.

Авторларнинг аниқлашича, хомиладорликнинг нечанчи ойига қараб, онанинг кони таркибидаги адреналин, норадреналин ва дофамин микдорининг ўсиши, олимларнинг фикрича хомила системасида адренергик системанинг етилиб келишидан дарак беради. Бундай метаболик ўзгаришлар фетоплацента комплексга маҳаллий таъсир қўрсади, децидуал пардага утеротоник ПГ таъсир қўрсади.

Утеротоник ПГ ҳайз даврида лютеослитик таъсир қўрсади, прогестерон синтези қамайиб, мускул туқимасини окситоцинга сезгирлигини оширади. Лекин, хомиладорлик даврида, қатъий йўлдош прогестерон гормони ишлаб чиқарилади, юқоридагидай ПГ таъсири исбот қилинмаган. Буни тасдиқлаш учун ва бошқа олимларнинг таъкидлашича, ҳозиргача тугрукнинг бошланиши билан жинсий стероид ва ПГ гормонлари боғлиқликни топишолмаган. Лекин, она организмда ПГ синтезининг қўпайиши тугрукдан олдин ва тугрук даврида, тугрук жараёнининг боришида бу гормон қатъий роль ўйнайди.

Хомиладор бачадоннинг эндоген ПГ синтезини бошқарилиши ва тугрук жараёнининг бошланиш механизмидаги роли ҳали исбот қилинмаган.

Хомиладорлик охириги ойларида ПГ микдорини бирданига қўпайишига сабаб арахидон кислотасининг ажралиб чиқишидир, шунингдек хомиланинг катехоламинларини липолитик таъсиридир.

Айрим олимларнинг фикрича она организмда ПГ нинг қўпайишига сабаб, плацентанинг таркибий элементларинг эскириши, унинг децидуал қобиғи ва она организмга хомила чиқиндиларининг таъсири. Учинчидан – организмда прогестерон микдорининг қамайиши ёки унинг специфик оксил моддалари таъсирида организмда тўпланиши.

Қўриб чиқилган омиллар тугрукнинг келиб чиқишида асосий бўлсада, лекин унинг бош сабабчиси бўлолмайди. Хомила ишлаб чиқарган моддалар кортикотропин, кортизол, ПГ ёки окситоцин кейинги жинсий стероидларнинг динамик ўзгариши фетоплацента комплексда ва бошқа морфофункционал ўзгаришлар энг асосий сабабнинг келиб чиқишида қатъий роль ўйнайди.

Диққатни ўзига тортадиган томони шуки, нормал тугрук жараёнининг келиб чиқишида асосий ҳар томонлама етук, ташқи шароитга мослаша биладиган

хомила булиши керак. Шундай килиб бу мураккаб комплексда, тугрукнинг келиб чиқишида нерв системаси, гормонлар ва медиаторлар иштирок этади.

Бачадоннинг ритмик кискаришида она организмидаги калий, кальций, магний, натрий ва бошқа ионлар ҳам иштирок этади. Калийнинг купайиши бачадоннинг кискаришини оширади, кальций эса унинг тонусини ва окситоцинга булган сезгирлигини оширади.

Тугрук пайтида кобальт микдори ошади, бу ҳам бачадоннинг кискариш функциясини оширади. Магний тузларининг микдори камаяди, бу кискаришини тухтатиш хусусиятига эга.

Шундай килиб, тугрукдан олдин бир томондан бачадон кискаришини оширадиган, иккинчи томондан механик ва химик рецепторларининг нерв стволи ва нерв тугунларига таъсири ошади. Бунда жуда куп факторларни белгилаш мумкин, бачадон кискариши ва унинг тонусини оширадиган. Бачадоннинг кискарувчанлигини ошишида окситоцин, ацетилхолин ва бошқаларининг ахамияти катта. Бунда хомиланинг харакатчанлиги, унинг бошини бачадон буйинчасига ва буйига тегиши сабабли нерв системасининг сезгирлиги янада ошади.

Бачадон кискарувчанлиги ва кискариш кучининг муайян нуктага етгандагина тугрук жараёни бошланади. Хамма мураккаб жараёнлар тугрукнинг бошланиши ва унинг нормал кечиши нерв системаси оркали бошқарилади.

Организмнинг тугрукка тайёрланиши хомиладорликнинг охирида кучаяди. Бу даврни айрим олимлар тайёрланиш даври деб атайди.

Нейрогуморал факторлар тугрук жараёнининг келиб чиқишини ва унинг нормал кечишини таъминлайди. Бачадоннинг хар бир кискариши нерв толаларининг кузгалиши билан бирга булади, бу пайтда ацетилхолин ва симпатик нерв ажралиб чиқади, булар эса уз навбатида бачадон кискаришини кучайтиради.

Шундай килиб, кон таркибида окситоцин микдори ритмик равишда купайиб боради. Окситоцин конга утиб (ацетилхолин ва симпатик каби) бачадон кискаришини тезлаштиради ва ферментлар таъсирида булинади. (окситоциназа, питоциназа). Лекин, кон таркибида янги окситоцин ва ацетилхолин микдори тушади, бачадон кискариши янада кучаяди. Бундай жараён тугрукнинг тугашигача давом этади.

Куп звеноли тугрук жараёнининг кечишида куйидаги этапларни куриш мумкин:

1. Она организми ва фетоплацентар комплексдан чиқадиган биологик актив моддалар таъсирида биметрия хужайраларининг кискариш функциясида тухтатиш «блокини» тушириш.
2. Мушак хужайраларининг кузгалувчанлиги ва контрактил хусусиятларининг юқоригача кутарилиши бачадон кискаришини тенг, юқори даражада таъминлайди.
3. Бачадон буйни миометрий каватининг релаксацияси.
4. Она организмидаги органларда ва бачадонда юқори даражада энергия алмашинуви хомила тирикчилиги ва миометрида механик активлики таъминлайди.
5. Она организмидаги ҳамма функционал системалар интеграцияси, бу муҳим биологик жараённинг бориши учун хизмат қилади.

Тугрук жараёни уч даврга бўлинади:

1. бачадон буйнининг очилиши;
2. хомилани хайдаб чиқариш;
3. йулдош тушиш даври.

Тугрук жараёнининг кечиши уч компонентнинг бир – бирига таъсирдан иборат: тугдириш кучлари, тугрук канали ва хомила.

Тугрукнинг бошланишидаги клиник белги, бу регуляр дард бўлиб, у вақт утган сари тез – тез бошланиб, давом этиши кучаяди, шу билан бирга бачадон буйнининг структур узгариши, калталашиб, текислашиб, очилиб бориши кузатилади.

ТУГРУКНИНГ БИРИНЧИ ДАВРИ – бачадон буйнининг очилиши даври, регуляр дард билан бошланиб, бачадон буйнининг тула очилиши билан тугайди. Уртача давом этиши – биринчи тугувчилар учун 12 – 18 соат, такрор тугувчилар учун 6 – 9 соат. Бачадоннинг кискариш қобиляти тугрук даврининг келиб чиқиши ва тарқалиши билан характерланади, у эса физиологик қонунга асосан мураккаб система нейроэндокрин ва гуморал фактор билан бошқарилади. Охири звено кискартирувчи оксил синтези бўлиб ҳисобланади (окситолизин миометриянинг хужайраларида).

Тугрукнинг биринчи даври кучларига ёрилмаган хомила пуфаги, гидравлик босим қиради ва булар бачадон буйнининг структур узгаришига олиб келади. Бачадон буйни тешигининг шаклланиши (акушерлик тешиги) биринчи ва такрор тугувчиларда 3 – 6 соат давомида турлича бўлади. Акушерлик тешигининг очилиши биринчи тугувчиларда – 1 см/соат, такрор тугувчиларда – 2 см/соат. Биринчи давр тула очилиш билан, тугрук биомеханизмининг биринчи моменти (хомила бошининг тугри келиши ва букилиши) тугри келади, шу билан хомила пуфаги ёрилиб сув кетади. Уз вақтидан сув кетишдан ташқари, тугрукдан олдин (тугрук бошланмасдан ёки тугрук билан бир вақтда) сув

кетиши булади. Барвакт сув кетиш (тула очилишдан олдин) ва кечки (иккинчи давр бошланганда) сув кетиш кузатилади. Хомила пуфагининг юкоридан тешилиши, тугрук бошланишидан олдин сув кетиш хисобланади, чунки бунда инфекция хавфи бор ва бутун хомила пуфаги ишламайди.

Тугрукнинг биринчи даврини олиб бориш она ва бола учун тугрукни кай тарзда тугадини белгилайди. Уни тугри олиб бориш иккинчи, учинчи ва илк чилла даврларининг нормал кечишига боглик.

Тугрукнинг биринчи даврида куйидагиларга эътибор бериш керак:

1. соматик ва акушерлик анамнезни тугри бахолаш;
2. тугувчи хотин ахволини клиник ва инструментал текшириш;
3. бачадон кискаришини ва хомила ахволини кузатиш, келиб чикадиган асоратларни уз вактида олдини олиш;
4. туғиш механизмининг тугрилигини динамик бахолаш;
5. келиб чиқиши мумкин булган асоратларни уз вактида аниклаш;
6. тугрукни олиб бориш режасини тузиш.

Кин оркали текшириш тугрук жараёнини тугри бораётганлигини бахоловчи асосий метод булиб хисобланади, бу метод хомиладор қабул қилинганда, хомила пуфаги ёрилганда ва иккинчи давр бошланганда қулланилади. **Бошқа ҳолларда бу методни қулланиш сабаби курсатилиши шарт:**

1. тугрук кучларини бахолаш учун хомила пуфагини инструментал ёриш учун;
2. хомила гипоксияси сабабини аниклаш учун;
3. қон кетиш сабабини аниклаш учун қин оркали текширишда ҳамма вақт текширишнинг кетма – кетлигига эътибор бериш керак;
4. ташқи жинсий органлар тузилиши;
5. жун билан қопланганлиги;
6. гипоплазия белгилари;
7. ораликнинг ҳолати;
8. қиннинг ҳолати, қузилувчанлиги, структур узғаришлар борлиги, шамоллаш белгилари, бачадон бўйнининг ҳолати, узунлиги, қалинлиги, туриш ҳолати, қаналининг ўтказувчанлиги, очилиш даражаси, чеккасининг қалин, мулойим, қаттиқ, қузилувчанлиги, четлашганлиги;
9. хомила пуфагининг ҳолати (борми, йукми, яхши тулаяптими, таранглашганми, яссилиги);
10. олдинга ётган қисмининг жойлашиш ҳолати, қанокнинг қайси текислигида (қирш текислигидан юқорида, қирш текислигига тиралган, қенг, тор қиқиш текислигида);
11. қок ва қикилдоқларнинг туриш ҳолати;
12. тугрук шишининг борлиги;

13.чанок суякларининг хар кисм, улчамлари диагонал ва чин конъюгата улчамлари, думгаза суягининг чукурчаси.

Кин оркали текшириш клиник диагноз чикариш билан тугалланади, уни тузиш куйидаги тартибда боради:

1. тугрук даври, хомиладорлик муддатига караб;
2. хомила аъзоларининг жойлашуви;
3. хомиладорликдаги акушерлик асоратлар;
4. тугрук жараёнидаги акушерлик асоратлар;
5. экстрагенитал патология;
6. хомила ахволи.

Клиник диагноздан кейин хулоса тузилади, унда тугрук жараёнини кай режада олиб бориш, келиб чикадиган акушерлик асоратларни олдини олиш учун профилактик ва даволаш тартиблари курсатилиши керак. Тугрук жараёнининг биринчи даврини олиб боришдаги ишлар тартиби тугрук травмаларини (шикастларини) олдини олишдадир, бу асосан тугрук кучларини регуляр булишини таъминлаш керак, бунинг учун огриксизлантириш ва спазмолитик дори – дармонларни уз вактида килиш керак. Уз вактида дам бериш, хомила пуфагини ёриш (ясси булганда) ва хомила гипоксияси профилактикасини утказиш керак.

Бачадон кискариши функциясини спазмолитик дори – дармонлар нормаллаштиради, рецепторларнинг утказувчанлигини бачадон туби ва бачадон буйинчаси орасида яхшилайдди, бу бачадон буйнининг тез очилишига олиб келади. Шунинг учун спазмолитиклар регуляр дард бошланиб, бачадон буйнида узгариш бошланганда (яъни, 1 – 3 см очилганда) кулланилади ва хар 3 – 4 соатда такрорланади. Бачадон буйни текислашиб 3 – 5 см очилганда огрик кучайган пайтда тугрукни огриксизлантиришда аутоанальгезия закс: О2 аралашмаси (4:1) ва венадан промедол 1,0 + димедрол 2,0 + дроперидол 0,25% - 2,0 ёки ГОМК 20% - 20,0 килинганда яхши натижа беради. Натижали огриксизлантиришга электроанальгезия методини куллаш билан хам эришиш мумкин.

Уз вактида тугувчи аёлга дам беришнинг узи хам тугрукни нормал кечишига ва тугрук аномалияларини профилактик олдини олишга сабаб булади. Бачадон миометриясининг энергетик туплами 12 – 16 соатда, нормал тугрук давомида тугмайдиган булса, аёлга дори – дармонли уйку ёки бошка методлар билан дам бериш керак. Нормал тугрукда хомила пуфаги уз вактида, бачадон буйни тула ёки карийб тула очилганда ёрилиб сув кетади. Айрим холларда тугрук жараёнини нормал кечиши учун хомила пуфагини ёриш керак булади:

- сув куп булганда;
- ясси хомила пуфаги;

- юкоридан хомила пуфаги тешилганда ва бошкалар.

Хомила пуфагини ёриш айрим холларда даволовчи натижага эга: кечки токсикозларда кон босимини туширувчи, хамрохни олдинда ётишида – конни тухтатувчи, хамма холларда хам у ёки бу сабабларга кура тугрукни тезлаштириш, вақтдан олдин хомила пуфагини ёриш керак. Хомила кундаланг булса, чаноги билан олдинда ётганда ва тор чанокларда хомила пуфагини ёриш мақсадга мувофиқ эмас.

ТУГРУКНИНГ ИККИНЧИ ДАВРИ – хомиланинг хайдалиш даври. Бачадон буйни тула очилиши билан бошланиб, (10 – 12 см) хомила пуфагининг ёрилиши билан давом этади. Чанок текисликлари буйича хомиланинг олдинда ётган қисми ҳаракат қила бошлайди ва чакалокнинг тугилиши билан тугайди. Иккинчи даврда тугрук жараёнининг асосий биомеханизмлари билан утади:

- ички бурилиш;
- бошнинг ёзилиши;
- бошнинг ташки ва тананинг ички бурилиши.

Кискариш кучлари регуляр даражада, тулгокнинг қушилиши билан характерланади, у рефлекторлидир, (олдинда ётган қисми тугрук каналининг пастки қисмидаги рецепторлари қузғалиши сабабли).

Хайдалиш даври 30 минутдан 1 соатгача.

Иккинчи даврни бошқаришдан мақсад:

- хомила ахволини қузатиш, гипоксиянинг олдини олиш;
- тугувчи аёл ахволини қузатиш;
- тулгокнинг қучини ва такрорланишини бошқариш;
- хомиланинг қай тарзда ётганига қараб акушерлик ёрдамни қурсатиш, акушерка ёки врач томонидан;
- чанок билан олдинда ётишда қул билан ёрдамни врач қурсатиши керак;
- оралик йиртилишини олдини олиш учун эпизиотомия қилинади.

Мавзу № 12: “Ҳомила боши билан келганда тугрук биомеханизми уни олиб бориш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли

	масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулооти мақсади:</i>	Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли

	масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№12 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомила боши билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш.

Ҳомила боши энса олдинги турида туғруқ биомеханизми

Туғишнинг биринчи давридаги ҳомила бошининг букилиб келиши обкаш конуни бўйича белгиланади. Бачадон туби мускуллари қисқариши натижасида вужудга келган босим ҳомила орқа умуртқаси бўйлаб бориб, бошини кичик чанок томон йўналтиради. Орқа умуртқа бошнинг ўртасига жойлашмаганлигига кўра обкашнинг бандлари ҳар хил узунликда бўлади. Обкаш елкасининг қисқа томони энса, узун томони пешона-юз қисми бўлиб қолади. Бачадон мускуллари қисқариб, орқа умуртқани босганда обкашнинг узун елкаси юқорига кўтарилади, ҳомила боши букилади, қисқа елкаси пастга тортгани учун бошнинг энса қисми пастга тушади Ҳомила боши эгилишининг сабабларини баъзи муаллифлар бошқача тушунтирадилар: ҳомила бошининг букилиши натижасида бош думалоқ бўлиб, чанок ичининг думалоқ шаклига мослашиб қолади. Бошнинг букилиши овал (эллипссимон) шаклдан думалоқ шаклга ўтишига имкон беради. Ҳомила бошининг ўлчовлари қанчалик катта, чанок ўлчовлари қанчалик кичик бўлса, ҳомила боши шунчалик кўпроқ букилади (масалан, ҳамма ўлчовлари баравар тор

бўлган чанокда).

Туғишнинг иккинчи даври механизми ҳомила бошининг кичик чанок ичида айланишини ифодалашда жуда аҳамиятлидир. Бу назариялардан энг оддийси «мослашиш» назариясидир. Ҳомила боши кичик чанок ичида чанок ўлчовларига мувофиқ равишда айнан мослашади (чанокқа кириш қисми кўндаланг, ичида — қийшиқ, чиқишида тўғри ўлчовга мослашади). Ҳомила каттароқ қисмининг туғилиши қийинроқ бўлади. Бу қисм ҳомила бошидир, у туғиш йўлидан маълум омиллар воситасида сурилади, бу ҳолат **туғиш биомеханизми** деб юритилади .

Энса билан келиш ҳолати турлари: 1- чап орқа ҳолати; 2- чап кўндаланг ҳолати; 3- чап олдинги ҳолати; 4 – ўнг орқа ҳолати; 5 – ўнг кўндаланг ҳолати; 6 - ўнг олдинги ҳолати.

Агар ҳомиладорлик нормал кечаётган, ҳомила яхши ривожланаётган бўлса, туғиш олдидан қўл, оёқлар ҳам нормал жойлашади. Ҳомила вертикал ҳолатда, боши билан чанокқа кириш соҳасида энса соҳалари билан ётади .

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомиланинг боши туғишдан 2-3 ҳафта олдин чанок кириш қисмида суқилган бўлади. Илгари тукқан аёлларда эса ҳомила боши фақат туғиш жараёнида (туғишнинг биринчи даврида) кичик чанок кириш қисмига суқила бошлайди. Шунинг айтиб ўтиш керакки, ҳомила боши чанокқа кириш қисмида қайта туғувчиларда биринчи марта туғаётган аёлларга нисбатан олдинга камроқ эгилади.

Ҳар иккала ҳолларда ҳам ҳомила бошининг овал шакли кичик чанок кириш қисмининг шаклига мослашган бўлади. Кичик чанокқа кириш сатҳи ўлчовлари: тўғри ўлчов-11 см, катта ўлчов -12 см, кўндаланг ўлчов - 13 см бўлади. Шунга кўра, ҳомила боши энсаси билан келганда унинг ўқ-ёйсимон чоки кичик чанок кириш қисмида кўндаланг, кўпинча унинг қийшиқ ўлчовига жойлашган бўлади. Кўпинча ҳомила боши кичик чанок кириш қисмида дастлаб букилмайди, ўқ-ёйсимон чок бир ўринда promontorium билан симфиз оралиғида чанок ўқиға мослашган бўлади. Ҳомила боши туғруқ йўллари бўйича сурила борар экан, туғиш механизми 4 моментга бўлинади.

Биринчи момент. Ҳомила боши ўзининг кўндаланг ўқида айланади, бунда умуртқанинг бўйин қисми елкалари бир хил узунликда бўлмаган обкаш каби ечилади ва ҳомила боши энгагига, кўкрак кафасига яқинлашади, натижада бошнинг кичик лиқилдоғи пастга — чанок ўқи йўналишига жойлашади. Шунга кўра, бунга «йўналтирувчи нуқта» деб ном берилган. Ҳомила бошининг букилиб жойлашиши унинг туғиш йўлидан осон ўтишига имконият туғдиради .

Ҳомила боши нормал ҳолда ўзининг энг кичкина ўлчови билан чанокнинг катта ўлчовига жойлашади. Дарҳақиқат, бошнинг тўғри ўлчови *circumferentio fronto occipitalis* ўрнига (бунинг айланаси 34 см) ҳомила боши букилиб, келганига кўра кичик қийшиқ ўлчови *circumferentio suboccipito—bregmatica* (айланаси 32 см) билан кичик чанок кириш қисмига жойлашади.

Иккинчи момент. Ҳомила боши кичик чанок ичида айланади (*rotatio capitis interna*). Бунда ҳомила боши чанок ичига тушиши билан бирга ўзининг тик ўқи атрофида айланади. Бунда ҳомила боши ўқ-ёйсимон кўндаланг ўлчовда бўлса, энди чанок ичининг қийшиқ ўлчовида бўлиб қолади, агар чанок кириш қисмида қийшиқ ўлчовда бўлса, чанок ичида қийшиқ ўлчовдан тўғри ўлчовга яқинлаша боради, ниҳоят чанок тубида унинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчовига тўғри келади. Бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда соат милига қарши, иккинчи ҳолатда эса соат мили томон айланади. Ҳомила боши чанок тагига тушганда унинг кичик лиқилдоғи олдинда, қов суяги остида жойлашган, катта лиқилдоқ эса орқада, думғаза чуқурчасига қараган бўлади. Биринчи ҳолат олдинги кўринишда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанок ичида ўнг қийшиқ ўлчовда бўлади, иккинчи ҳолатда олдинги кўринишда чап ўнг қийшиқ ўлчовда бўлади.

Биринчи ҳолат орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанокнинг чап қийшиқ ўлчовида бўлиб, кўп ҳолатларда ундан кўндаланг ўлчовга, кейин ўнг қийшиқ ўлчовга ўтади. Иккинчи ҳолат орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг айланиши бунинг тескараси бўлади, яъни ўнг қийшиқдан кўндаланг ўлчовга ва кейин чап қийшиқ ўлчовга ўтади. Ҳомила

бошининг чанок ичида айланиши, агар ҳомила олдинги кўринишда бўлса, 45°га айланади, орқа кўринишда бўлса 135° га айланади .

Учинчи момент. Ҳомила бошининг чанок ичида айланиши тугагач, кучли букилган бошнинг ўқ-ёйсимон чоки чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида энса қисми билан қов суяги томонга айланади. Ҳомила бошининг қов суяги остидан биринчи кўринишига туғруқ йўлининг олдинги девори қов суяги орқа девори (думғаза суяги)га нисбатан калталиги сабаб бўлади (олдинги девори 4 см, орқа девори 14 см). Бошнинг энса қисми туғилгандан кейин унинг энса чуқурчаси қов суягига тақалади (тақалиш нуқтаси) ва кейин ҳомила боши очилади. Тақалиш нуқтаси айланиш нуқтаси — **гипомохлион** -hypomochlion ёки **тақалиш нуқтаси**- punctum fixum деб юритилади.

Ҳомила боши қин бўйлаб сурилиб, чанок чиқиш қисмида анча очилади, очилиш даражаси 120—130° бўлади, чот остидан ҳомиланинг пешонаси, юзи ва энгак қисми туғилади. Ҳомила бошининг бундай очилишида вульвар ҳалқа таранглашиб кенгаяди, чот устидаги катта лиқилдоқ кўринади, ниҳоят боши туғилади .

Тўртинчи момент. Ҳомила боши ташқарида, елкалари ичкарида айланади. Ҳомила бошининг ташқарида айланиши елка қисмининг ичкарида айланишига боғлиқдир.

Ҳомила боши туғруқ йўли бўйича сурилганда елка қисми чанок кириш қисмида кўндаланг ўлчовда, чанок ичида эса қийшиқ ўлчовда туради (биринчи ҳолатда чап қийшиқ ўлчовга, иккинчи ҳолатда ўнг қийшиқ ўлчовга тўғри келади). Чанок тубида ҳомила елкаси ичкарида айланиб, чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида бўлади. Олдинги елка қов ости соҳасида, орқадаги елка дум суяги соҳасида бўлади. Елканинг айланиши бошнинг ташқарида айланишига имкон беради. Ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида турганда елканинг кўндаланг ўлчови чанокнинг тўғри ўлчовида айланиш жараёнида ҳомила боши ташқарида айланганда юзи билан ўз ҳолатининг қарама-қарши томонига айланади (биринчи ҳолатда ҳомила боши онанинг ўнг сони томонга, иккинчи ҳолатда чап сони томонга

айланади).

Ҳомила олдинги елкасининг $\frac{2}{3}$ қисми туғилиб, қов тагига тақалгандан кейин орқадаги елка чот тагидан туғилади. Ниҳоят, ҳомиланинг танаси туғилади, Ҳомила танасининг туғилиши деярли осон бўлади. Туғиш даврининг ҳар бири турли муддатда давом этади. Нормал шароитда биринчи момент қисқарок бўлади (ҳомила боши энг қисқа вақтда эгилади). Иккинчи момент узоқроқ давом этади.

Ҳомила бошининг чанок кириш қисмига суқилиб кириш даражаси ташқи ва қин орқали текшириш билан аниқланади. Бунда ҳомила бошининг кичик чанок кириш қисмида қанча қисми пастда экани чанок ичига суқилгани даражасига қараб билинади. Агар ҳомила боши чанок кириш қисмидан юқорида турса, бунда ҳомила боши ҳали жойлашмаганидан дарак беради. Бунда бош билан қов суягининг кўндаланг шохи орасига ҳар иккала қўл бармоқларини осонгина киритиш мумкин. Ҳомила бошини ташқаридаги қўл бармоқлари ёрдамида осон қимирлатиш мумкин. Агар ҳомила боши кичик чанок кириш қисмига суқилиб кирган бўлса, уни пайпаслаб кўрганда қимирлатиб бўлмайди.

Ҳомила боши сегменти нима? Ҳомила боши овоид шаклдадир. Агар бошни энг катта диаметри бўйича тахминий кесилса, бунда овоиднинг ўрта сатҳи энг катта бўлади. Энг катта сатҳ бошнинг ўрта сатҳидир.

Ҳомила бошининг ўрта сатҳи, унинг айланаси шартли равишда **катта сегмент** деб юритиладн. Катта сегментдан юқорида ва пастда бўлган юза **кичкина сегмент** деб аталади.

Ҳомила боши ёзилиб келишининг турли шаклларида унинг катта сегменти турлича ҳолатда бўлади. Ҳомила бошининг қайси қисми кичик чанок кириш қисмига суқилиб кириб жойлашишига қараб унинг туғруқ канали бўйича сурилаётгани аниқланади. Бунинг учун қорин девори орқали, керак бўлганда қин орқали текширилади. Қин орқали текширилганда ҳомила бошининг пастда турган қисмини қуймич суяклар ўсимтасига нисбатан муносабати аниқланади (кичик чанокнинг тор қисми). Ҳомила бошининг кичик чанок

кириш қисмига суқилиб кириш босқичлари қуйидагича бўлади: ҳомила бошининг пастки юзасини қинга суқилган бармоқлар билан пайпаслаб кўриш мумкин. Агар бармоқ учлари билан ҳомила бошини юқорига итарсак, у осон кўтарилади. Ташқаридан қараганда ҳомила бошининг букилиб, очилиб келганида ҳам текширувчи кафт юзаси билан унинг бачадон ичига суқилиб турганини, букилиб келганда энса соҳаси чанокнинг номсиз чизиғидан (*lin. innominata*) 2,5—3,5 бармоқ, юз томонидан эса 4—5 бармоқ чанокқа кириш қисмидан юқори турганини аниқлайди.

Қин орқали текширилганда чанок суягининг чанок ичига қараган дўнгига (*promontorium*) бармоқларнинг букилган ҳолатда яқинлашиши мумкин бўлади, бунга бошнинг олдинга келувчи қисми қуймич дўмбоғидан 1-2 бармоқ юқорида бўлиб, қинга киритилган бармоқлар орқали уни қийинчилик билан юқорига итариш мумкин бўлади.

Ташқаридан текширилганда иккала кафт юзасини бошга тақаб ушлаганда бир-бирлари билан учрашади. Гўё катта чанок ташқарисида ўзининг проекциялари билан ўткир бурчак ҳосил қилади.

Энса суяги қисман (1-2 бармоқ), юз қисми 2,5—3,5 бармоқ чанокқа кириш қисмидан юқори туради. Қин орқали текширилганда думғаза чуқурчасининг юқори қисмида ҳомила боши жойлашгани билинади. Бошнинг пастки юзаси қуймич юқорисидан 1—1,5 бармоқ пастда бўлади. Ҳомила бошининг чанокқа кириш қисмига ва бачадон бўйнига ҳамма томондан тегиб турган жойида **тақалиш камари** ҳосил бўлади. Бу камар қов суягининг юқори ярмида ва биринчи думғаза суяги оралиғида вужудга келади. Ташқаридан текширилганда бошнинг энса қисми аниқланмайди, юз қисми 1—2 бармоқ юқорида кўрилади.

Ҳомила боши кичик чанок ичида қин орқали текширилганда унинг кўп қисми думғаза чуқурчасига жойлашган бўлади. Бошнинг пастки қисми думғазанинг дум суяги билан қўшилган ерида ёки ундан бирмунча пастда, унинг тақалиш камари чанок ичининг тор қисмида бўлади.

Ташқаридан бошни пайпаслаб бўлмайди, думғаза чуқурчаси бош

билан эгалланган. Бош пастки қисмининг тақалиш юзаси думғаза суягининг пастки ва қов суяги бўғимининг пастки қисми соҳасида бўлади.

Юқорида айтиб ўтилган текшириш усуллари ташқи ва қин орқали текшириш натижасида олинган маълумотлар 80-85% ҳолларда ижобий бўлсада, ҳомила бошининг туриш ва кичик чанок кириш қисмига жойлашиш хиллари турлича бўлганига кўра, бундан ташқари, ҳомила боши шаклининг ўзгариши (**конфигурация**) олинган маълумотларнинг хато бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Аммо шифокорнинг маҳорати ҳам бунда катта ўрин тутди. Умуман қин орқали текширилганда аниқроқ маълумот олинади.

Туғаётган аёлни кузатишда ҳомиланинг юрак уришини (вақт-вақти) билан текшириб туриш керак. Агар ҳомиланинг олдинда келувчи қисми боши бўлса, унда унинг юрак уришини киндикдан пастда, бошга яқинроқ жойда орқасидан яхши эшитилади. Бунда ҳомиланинг ётиш вазиятига қараб, агар чап томондан эшитилса, биринчи, ўнг томондан эшитилса иккинчи вазият дейилади. Ҳомиланинг юрак уришини эшитганда албатта унинг тезлик сони, аниқлиги ва ритмига аҳамият бериш керак. Текширувчи оддий акушерлик стетоскопи билан фақат билинадиган ўзгариш кўрсаткичларини аниқлаб олади.

Туғруқнинг бошқарилиши

Қин орқали текшириш

Туғруқнинг 1-даврида ва қоғаноқ сувлари ёрилгандан сўнг ҳар 4 соатда 1 марта қинни текшириш мумкин. Партограммага керакли нарсаларни белгилаб боринг.

- Қин орқали ҳар бир текширувга қуйидагиларни белгиланг:
 - амниотик суюқликнинг рангги,
 - бачадон бўйнининг очилиш даражаси,
 - бош тушишининг даражаси (қоринни пальпация қилиб баҳоласа ҳам бўлади)
- Агар биринчи кўрикда бачадон бўйни очилмаган бўлса, туғруқ диагнозини қўйиш имкони йўқ.

° Агар дард бўлса, 4 соатдан кейин аёлни қайтадан бачадон бўйнидаги ўзгаришни кўриш учун қинни текшириб кўринг. Агар бу босқичда бўйиннинг текисланиши ва очилиши бўлса, бу туғруқ даври бошланганлигини, агар бўлмаса ёлғон дард деб баҳоланади.

- Туғруқнинг 2 -даврида ҳар соатда қинни текширинг.

Мавзу № 13: “Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб боришни.
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

-шериклик туғрукка тайёргарликни..	
Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№13 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ биомеханизми уни олиб бориш.

Умумий туғруқнинг 3,5% да хои́ла чаноғи билан келади (praesentatio pelvia). Бунда хои́ланинг вертикал ўқи онанинг тик ўқи́га тўғри келади, шунга кўра кўп муаллифлар буни нормал ҳолат деб ҳисоблайдилар. Аслида бу она учун ҳам, хои́ла учун ҳам хавфли бўлиб, оғир патологик ҳолатларга сабаб

бўлиши мумкин. Шунга кўра хомиланинг чанок билан келиши патология билан физиология ҳолатлари ўртасидаги чегарадир. Ҳомиланинг чаноғи билан келиши куйидаги ҳолатларга бўлинади: думба билан олдинда келиши (ёпилиб келиш) ва оёқлар билан олдинда келиши (очириб келиш). Ҳомила думбаси билан олдин келганда унинг факат думбаси, она чаноғи бўшлиғига караган, оёқлари чанок-сон бўғимидан букилган ва тизза бўғими ёзилган, оёқлари хоилага танаси бўйлаб жойлашган бўлса, бу ёлғиз думбанинг ўзи олдин келиши дейилади. Ҳомила думбаси тизза бўғимидан букилган оёқлари билан бирга чанок 1 1.1 .-расм. Ҳомибўшлиғига караган бўлса, бунини думбанинг аралаш ланинг чаноғи билан олдин келиши (думбанинг тўла келиши) дейилади келиши> (1.2.-расм). Ҳомила оёқлари олдин келганда унинг иккала оёғи бирга бўлса, оёқларнинг тўла олдин келиши ёки бир оёқ билан келса, оёқнинг чала олдин келиши дейилади. Баъзан оёқларнинг букилган тиззалари олдин келади. Бу тизза билан олдин келиши дейилади. Чанок билан келиш сабаблари. Бунга бачадон пастки сегментининг бўшашганлиги, кичик чанокдаги тўсиқлар, хоилага бошининг чанокка киришига халакит бериши сабаб бўлади. Бачадон пастки сегменти бўшашганлиги туфайли хомиланинг чанок билан келиши факат кайта туғувчиларда кўп учрайди. Чанок билан олдин келишда вақтидан илгари туғиш ҳоллари кўпроқ кузатилади. Вақти-соати етиб ва вақтидан илгари туғилган хомилалар нисбати 2:1 бўлади. Етилмаган хомилалар кўзгалувчан бўлади, бунга сабаб хомиланинг боши кичкина бўлгани учун чанок кириш қисмига жойлаша олмайди. Бачадон ўсмалари (миома, айниса пастки сегментда) ҳам хоилага бошининг чанок кириш қисмига жойлашишига халакит беради. Ёлдошнинг бачадон пастки сегментига жойлашган бўлиши, кўп хомилаликда, хомилаларнинг айланиши қийин бўлганига кўра чанок билан олдин келиш ҳоллари кўпроқ учрайди. Она корнида ўлиб қолган хоилага гидроцефалия (мия қоринчасида сув йиғилиши) бўлганда ва бошқа турдаги нотўғри ривожланишда хомиланинг чанок билан олдин келиши учраши мумкин. Баъзи муаллифларнинг фикрича, ёши катта бўлиб қолганда биринчи марта туғаётган аёлларда хоилага чаноғи билан олдин келиши умкин. Ташхис (диагноз) қўйиш. Ҳомиланинг чанок билан олдин келиши ташқи ва ички текширишларга асосланиб, олдин келувчи қисми чанок кириш қисмида (симфиз устида) турганда аникланади. Пайпаслаб кўрилганда хомиланинг катта, юмшоқ, нотўғри шаклдаги қисми кўлга сезилади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида хомиланинг боши каттароқ, шарсимон, бир гекис каттиқликда бўлиб сезилса, бу чанок билан олдин келишидан далолат беради. Ҳомиланинг қандай ҳолатда эканига қараб юрак уриши киндикдан юқорида ёки унинг қаршисида ўнг ёки чап томондан яхшироқ эшитилади.

Ҳомиланинг думба билан келиши кин орқали текширилганда унинг юмшоқ кисми аникланади. Агар бунда ҳомиланинг оёқ тўпиклари ҳам топилса, бу думбанинг аралаш олдин келганлигини кўрсатади. Чанок билан олдин келишини аниқлаш бирмунча мураккаб ишдир. Думбалари олдин келганда уни хомила бошн билан, ёлғиз думбаси билан (чала) олдин келганда уни юзи билан келади, деб ўйлаб, янглишиш мумкин. Бу хил олдин келишларда диагнозни тўғри кўйиш катта аҳамиятга эга. Ҳомила кўндаланг ётган бўлиб, унинг кўли туғруқ йўлига тушган бўлса, уни оёқларнинг олдин келиши билан алмаштириб юборилса, хомила ҳамда она учун хатарли ҳолат вужудга келади. Ҳомиланинг қандай келаётганини тўғри аниқлаш учун оёқларда товон, оёқ бармоқларининг калталиги, тиззанинг думалоқлиги ва кўлнинг катта бармоғи кўзгалувчан бўлишини, унинг ёнга осон очилишини, оёқлардаги бармоқлар эса бу хусусиятга эга эмаслигини эсда тутиб, иш олиб бормок керак. Н.А.Цовьянов фикрича, етилган хомиладорликда бачадон тубининг ханжарсимон ўсик олдига яқин туриши ҳомиланинг чанок билан олдин келгани ҳақида далолат беради. Бачадон тубида думалоқ боши пайпаслаб қимирлатилса, бу ҳам чанокнинг олдин келгани белгиси бўлади. Чанокнинг олдин келганидан кўра оёқларнинг олдин келганлигини аниқлаш осон бўлади. Чунки оёқлар бачадон бўйни тўла очилмаган бўлса ҳам кинга сирғаниб тушиши мумкин, буни кин ойналари ёрдамида кўриш мумкин бўлади. Агар тизза билан келган бўлса, уни кўл тирсагидан ажратиш осонроқ бўлади. Бунда ҳомиланинг ётиш ҳолатини аниқлаш учун тизза бўғими чуқурчаси топилади, агар у чапга қараган бўлса, биринчи ҳолат, ўнгга қараган бўлса, иккинчи ҳолатда тургани аниқланади. Чанокнинг олдин келишини акушерлик стетоскопи ёрдамида, унинг юрак уришини эшитиш йўли билан аниқлаш мумкин. Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан юқорида, бош билан келганда киндикдан пастда эшитилади. Туғиш механизми ва клиникаси. Туғишнинг бошида думбалар ўзининг кўндаланг ўлчови (*linea intertrochanterica*) билан кичик чанок кириш кисмининг кўндаланг ёки кийшик ўлчовида туради. Бачадон бўйни текисланиб, очилиши билан думбалар чанок ичига суқила бориб, унинг кийшик ўлчови бўйича сурилади. Агар олдинги кўринишда биринчи ҳолағ бўлса, чанокнинг чап кийшик ўлчовида, орқа кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чанокнинг ўнг кийшик ўлчовида бўлади, иккинчи ҳолатда ҳам думбаларнинг чанок ўлчовига муносабати шундай бўлади. Чанок Биринчи ҳолатда чапдан, иккинчи ҳолатда ўнгдан эшитилади (11.3.-расм). Нихоят, чанок билан олдин келишини ультратовуш ёрдамида аниқроқ билиш мумкин.

бўшлиғига думбаларнинг киришида орка думба, унинг кетидан олдинги думба жойлашиб, чанок ичида биргаликда сурилади, бунда бошқарувчи нукта дум суяги бўлади. Думбаларнинг чанок ичида айланиши унинг тубида бўлади, бунда думбаларнинг кўндаланг ўлчови қийшик ўлчовдан тўғри ўлчовга ўтади, агар ҳомила орқа кўринишда бўлса, кўпинча олдинги кўринишга ўтади. Чанокнинг чиқиш қисмида думбаларнинг кўндаланг ўлчови чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида жойлашади. Олдинги думба биринчи бўлиб туғилади, шунга кўра туғруқ шиши шу думбада бўлади. Жинсий ёриқдан кўринган хомиланинг олдинги думбаси, ёнбош суяги қов суяги тагига такалиб, такалиш нуктасини ҳосил қилади ва ортик сурилмайди. Ҳомила орқа умуртқасининг ёнга эгилиши билан орқадаги думба туғила бошлайди, олдин бир неча марта кўриниб, яна ичкарига қиради. Ниҳоят орқа думба туғилади. Орқа думба туғилгандан кейин олдинги думба ҳам бутунлай туғилиб, орқа умуртқа тўғриланади, кучли кучаникда хомиланинг чанок қисми бутунлай туғилган. Ҳомила учун энг хавфли давр учинчи ва тўртинчи даврлардир. Ҳомила танасининг пастки (киндиккача бўлган қисми) кейинги кучаникда туғилади, чанокнинг қийшик ўлчовида турган хомила орқаси билан ёнга қараган бўлади. Ҳомила туғилишининг учинчи даврида унинг орқаси бирмунча олдинга қараб қолади. Бу айланиш хомила елка қисмининг чанок бўшлиғи қийшиқўлчовига ўтиши учун имконият яратади. Ҳомила танасининг юқори қисми туғилишида елкалар чанок чиқиш қисмига яқинлашиш билан қийшик ўлчовдан чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовига ўтади (хомила боши эса ўзининг ўк-ёйсимон чоки билан хали чанок, бўшлиғининг қийшик ўлчовида туради). Олдинги елка қов суяги остига келади, орқадаги елка дум суяги ва чот устида туради. Туғруқ тез рўй берса, бунда хомила кўллари танасининг олдида қалиштираган ҳолда туғилади. Одатда олдинги елка туғилиб, унинг 2/3 с қисми қов суяги остига тақалган (тақалиш нуктаси), чот остида орқадаги елка туғилади. Ҳомила боши букилган ҳолда чанок ичида айланади, бунда пешона ва юз думғаза чуқурчаси томонга, энса чуқурчаси эса қов суяги остига қараб қолади. Энса чуқурчаси (тақалиш нуктаси) қов суяги пастки қисмига тақалиб, кейин жинсий ёриқдан ияк, юз ва пешона туғилади. Бошнинг қолган қисми кичкина қийшик ўлчови билан худди энса билан олдинги кўринишда келгандаги бошнинг туғилишига ўхшаб туғилади. Туғруқ жараёнини албатта шифокор ўзи кузатиши ва туғдириши керак. Ҳомила туғилиши жараёнида баъзан кўллар юқорига кўтарилиб қолади, бунда унинг шифокор кўллари куйидаги усулда чиқаради. Шифокор хомиланинг чот остидаги қўлига қарама-қарши турган иккинчи қўли билан унинг иккала оёғини бир-бирига жипслаб ушлаб олади, сўнгра хомилани юқорига, вазиятига тесқари —

онанинг чот бур148 маси томонга ва ёнга кўтаради-да, иккинчи кўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини хомиланинг орқа томонидан қовға сукиб, курак томонга йўналтирилади, хомиланинг кўлини курак ва елка, тирсак бўғими, билакнинг 1/2 юқори қисми бўйича сирғантириб, аста-секин чиқарилади. Қўлларни танадан узоқлаштирмаган ҳолда чиқариш керак. Акс ҳолда кўллар синиши мумкии. Қўллар одатда хомиланинг юзи бўйлаб сирғанади (хомила гўё «ювинади»), (11.4.-расм, а, б, в).

Орқадаги кўлни озод қилгандан кейин юқоридаги бошқа кўлни озод қилишга ўтилади. Бунинг учун иккала кўл билан хомила танасини кўкрак кафаси соҳасидан коринга тегмасдан (акс ҳолда жигар катта бўлгани учун уни жароҳатлаш хавфи бўлади) унинг ташқарига чиққан кўли билан бирга ушлаб, 180° га айлантирилади. Ҳомилани айлантирганда унинг орқаси симфиз остидан ўтиши керак, Уни сира пастга тортиш ярамайди. Ҳомилани айлантириб бўлгандан кейин иккинчи кўлни ҳам биринчи кўл сингари озод қилинади. Бунинг учун яна қайтадан оёқлардан ушлаган ҳолда хомила танаси онанинг қарама-карши чот бурмаси томонга юқorigа йўналтирилади. Ҳомиланинг кўлларини озод қилиб бўлгандан кейин, дарҳол бошини чиқаришга киришилади. Бу даврда шифокор хомила бошининг нормал туғилишига катъий риоя қилган ҳолда кўли билан ёрдам кўрсатиши зарур. Бу вақтда хомиланинг боши олдинга буқилган ҳолда чанок ичида бўлади. У чанок чиқишида симфиз остида энса ости чуқурчаси жойлашган ҳолда туриб қолади ва бу чуқурча такалиш нуқтаси ҳисобланади. Ҳомиланинг боши шу такалиш нуқтаси атрофида айланиб, туғилади. Туғиш механизмн нормал бўлганда хомиланинг бошини МорисоЛевре-Лашапель томонидан таклиф қилинган усул билан чиқариш осон бўлади. Бу усул хомила боши очилиб кетишининг олдини олишга қаратилган. Бунинг учун бир шифокор кўлини кинга киргизади. Шунда хомила шу кўл билаклари устида минган ҳолатда бўлади, оёқлари эса кўлнинг икки ёнида осилиб қолади. Шифокор киндагн кўрсаткич бармоғини тирноқ бўғимига қадар хомиланннг оғзига суқади ва хомиланинг бошини олдинга буқилган ҳолда олиб чиқишга имконият туғилади. Лекин хомила оғзига суқилган бармоқ олиб чиқувчи куч бўла олмайди. Шифокор та 149 шқаридаги кўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини сал букиб, хомиланинг бўйнидан вилкага ўхшаб қисиб олади ва қолган бармоқлари билан хомиланинг елкасидан ушлайди. Кўрсаткич ва ўрта бармоқлар учи билан хомиланинг ўмров суягини босмаслик ёки бармоқларни ўмров ости чуқурчасига юбормаслик керак. Шифокорнинг ташқаридаги кўли асосан олиб чиқувчи куч вазифасини ўтайди. Ҳомила бошини чиқаришда ичкаридаги кўл бошнинг ҳар доим энг кам ўлчови билан

туғилиши учун имкон беради, деб айтиб кетган эдик. Бу билан хомила бошининг чанок ичида тўғри айланишига ва ўкёйсимон чок билан чанок ўлчовларининг тўғри муносабатда бўлишига эришилади. Ташкаридаги иккинчи кўл билан хомила бошини олиб чиқиш учун тракция килинади (пастга тортилади). Натижада энса суяк чуқурчаси симфиз остига келади. Хомила боши ўзининг ана шу такалиш нуктаси атрофида айланади, хомила танаси юкорига кўтарилади, бунда чот остидан хомиланинг оғзи, юзи, пешонаси туғилади. Хомиланинг чанок билан туғилиш жараёнини Цовьянов бўйича 4 даврга бўлиш мумкин: а) хомиланинг киндик ҳалкасигача туғилиши; б) курагининг пастки бурчагигача туғилиши; в) елка қисми ва кўлларининг туғилиши; г) хомила бошининг туғилиши.

Хомила думбаси билан чала олдин келганда туғрукни Цовьянов таклиф қилган усулда олиб бориш акушерлар ўртасида кенг тарқалган. Туғрук муваффақиятли ўтиши учун аввало оёқлар нормал холда, яъни чанок-сон бўғимлари буқилган ва тизза бўғимлари очилган бўлиши керак. Цовьянов усули хомила оёқларини танасига ёпиштириб ушлаган холда бачадон бўйнининг тўла очилишини, оёк-кўлларнинг нормал туришини, оёқларнинг ташкарига вақтдан илгари чиқмаслигини таъминлайди. Хомиланинг кўкрак қисми туғиш йўлларида ўтишида уни кенгайтиради ва хомила бошининг қаршиликсиз туғилиши учун шароит яратиб беради. Цовьянов думба билан чала олдин келганда туғрукни қуйидагича олиб боришни таклиф қилган: думба туғрук йўлидан чиқиши билан шифокор чойшаб орқали уни иккала кўли билан, яъни катта бармоқларини хомила сонининг орқа юзасига (корин бўйлаб қисилиб турган оёқлар устига), қолган бармоқларини эса хомиланинг думғаза юзасига қўйган холда ушлайди. Қўлларни хомилага бундай жойлаштириб ушлаш оёқларни вақтдан илгари тушиб кетишдан сақлайди, шунингдек туғилаётган танани юкорига йўналтиради. Хомила танаси ташкарига чиққач кўлини шифокор аста-секин жинсий ёрик томонга суради. Бу вақтда хомиланинг кўкрак кафаси бўйлаб ётган оёқларини шифокор бармоқлари билан, бошқа бармоқлари билан эса орқасидан эҳтиётлик билан ушлаб, кўлини юкорига суради. Бу вақтда хомила оёқларининг вақтидан илгари чиқишига ва бошнинг орқага, эгилиб кетишига йўл қўйилмайди. Хомиланинг танаси сўнгги туғилиш давомида елка камаригача ташқарига чиқса, унинг кўллари ўзи тушади. Агар хомиланинг кўллари ташқарига чиқмаса, уларни киндан чиқаришга уринмасдан, елка камари чанок чиқишининг тўғри ўлчовига келтирилади ва хомила танаси пастга қийшайтирилади. Натижада олдинги кўл қов суяги остидан чиқади. Сўнгра хомила танаси юкорига кўтарилса, чот устидан орқа кўл ва у билан бир вақтда хомиланинг оёқларни ҳам ташқарига чиқади. Бу вақтда кўпинча

хомилаинг боши чанок тагида бўлади. Уни чикариш учун хомила думбаси аввал пастга, сўнгра юкорига йўналтирилса, олдинга эгилган хомила боши кучаниш натижасида ташқарига мустақил чиқади. Агар бош туғрук йўлидан мустақил чикмаса, уни чикариш учун юқорида айтиб ўтилган Морисо-Левре-Лашапелъ усули қўлланилади. Шунини айтиб ўтиш керакки, Цовьянов усулини қўллаганда камдан-кам холларда Морисо-Левре-Лашапелъ усули қўлланилади. Хомила думбаси билан келишидаги туғруклар Кўрсатмаларни баҳоланг. Думба билан келишидаги туғрукни хатарсиз ўтказиш учун ҳамма шароитлар мавжудлигига амин бўлинг. Ердам кўрсатишнинг асосий конунларига амал килинг ва вена ичига суюк дори куйишни бошланг. Рухан қўлланг. Зарурият бўлса, пудендал оғриксизлантиришга ўтинг. Ҳамма муолажаларни хушёрлик билан, куч ишлатмасдан ўтказинг. Тўлик ёки чала думба билан келиши. Думбаси ва оёқлари туғилиши Думбаси кинга тушиши билан бачадон бўйни тўлик очилгач, аёлни кучаниқлар пайтида кучанишни сўранг. Агар оралик яхши очилмаса, эпизиотомия ўтказинг. Хомила бел қисми, ундан кейин эса куракларининг пастки бурчаги кўрингунча, думбаси мустақил туғилишига кўйиб беринг. қўлингиз билан думбачасидан ушлаб туринг, лекин тортманг. Агар оёқлар мустақил туғилмаётган бўлса, уни битталаб чиқазиб олинг: Бели эгилиши учун тиззаларини оркасидан босинг. Ҳомиланинг тўпиғидан ушлаб, товони ва оёғини тортиб олинг. Бошка оёғи учун шу ҳаракатни такрорланг. Оёғи туғилмагунча болани тортманг 151 Болани 11.9- расмда кўрсатилганидек сонидан ушланг, болани биқинидан ёки корнидан ушламанг, чунки бу билан болани жигари ва бўйрақларини эзиб куйишингиз мумкин. Қўллари туғилиши Қўллари кўкракда ушлаб кўриб сезилади. Чала думбирма-бир туғилишига ба билан келиши. ба билан келиши кўйиб беринг. Зарурият туғилгандагина ёрдам беринг. Бир кўли ўз-ўзича туғилгандан сўнг, иккинчи кўли мустақил туғилиши учун думбасини олдинга, онасининг корнига каратиб кўтаринг. Агар кўли ўз-ўзича туғилмаса, бир ёки икки бармоғингизни тирсагига кўйиб боланинг юзи оркали пастга айлантириб кўлини эгинг. Бир ёки иккала бармоғингизни устига кўйиб қўллари туғилишига кўмаклашинг. Бу ҳолда оркада турган кўли олдинга ўтади ва бола осон туғилади. Қўллари кўкраги оркали тирсакларини билагига билан буккан ҳолда юзидан ўтказиб, пастга тушириб кўйинг. Иккинчи кўли туғилиши учун бола орқасини тепа тарафидан ушлаб, охиста пастга тортиб болани оркага 45 даражага айлантиринг. Чалкашган иккинчи кўлини худди шу йўл билан тўғрилаб кўйинг. Агар боланинг танасини, олдинда турган биринчи кўли туғилиш учун айлантириш уудаланмаса, оркасида турган елкасини бўшатинг. Болани тўпиғидан ушлаб кўтаринг. Бола кўкрагини аёл оёғининг ички қисмига йўналтириб, силжитинг. Бу ҳолда

оркада турган елка туғилиши керак. Қўлини бўшатиб олинг, Болани тўпиғидан ушлаб, оркага туширинг. Энди олдинда турган елка туғилиши керак. - Қўлини оҳиста чикариб олинг. Оркада турган елка Ҳомила бошининг туғилиши Моррис-Смелли-Вейт усулини кўллаб, турган елка g0IU ТуҒИЛИШИГа кўмаклашинг елканинг туғилиши. * Бола танасини юзини пастга каратиб, билагингизга, кафтингиз устига кўйинг. Бола жағини пастга тушириш ва бошини эгиш учун ўша кўлингизнинг кўрсаткич ва бош бармоқларини юз суяқларига, ўрта кўлингизни эса боланинг оғзига тикинг. Бошқа кўлингиз билан боланинг елкаларидан ушланг. Жағдан тортиш билан хомила боши пастда кўрингунча, тепадаги кўлингизни иккала бармоғидан фойдаланиб, бола бошини кўкрагига қаратиб букинг. Ҳомила боши туғилиши учун уни оҳиста тортинг. Эслатма: Ёрдамчидан, хомила боши туғилаётган пайтда онанинг ковуғи устидан босиб туришини сўранг. Бу ҳаракат хомила бошини эгилган ҳолда ушлаб туради. • Болани, оғзи ва бурни кўрингунга қадар, кўллари боши ёнида ушлаб туриб кўтаринг. Смелли-Вейт усули Туғруқдан кейинги парвариш. Боланинг бурни ва оғзидаги суюқликни сўргич билан тозаланг. Киндикни кисинг ва киркинг. Онага окситоцин юборинг м/о 10 бирл., туғруқдан кейин 1 дақиқа ва туғруқнинг учинчи босқичини фаол давом эттиринг. Аёлнинг туғруқ йўллари текширинг ва эпизиотомиядан кейин бачадон бўйни, кин ёки оралиқ тўлиқлигини тикланг. Бачадон бўйни тўла очилмаган, лекин думбалар туғила бошласа, стерилланган тагликни жинсий ёрикка ёпиб, кўл билан туғилаётган думбалар ушлаб турилади. Бунда қов устидан контракцион ҳалканинг кўтарилганига қараб (агар 10 см кўтарилган бўлса) ҳамда думба туғилиши дард. Моррис- зўрайганига асосланиб бачадон бўйни тўла очилган деб ҳулоса қилинади ва ҳомилани юқорида айтилган усул билан туғдирилади. Бу Цовьянов таклиф этган усулдир. Туғруқ жараёнидаги оғир қийинчиликлар. Бунда бош кўллар билан бирга чанок кириш кисмидан ўтолмайди, унда биз юқорида айтиб ўтилган омиллардан фойдаланишни маслаҳат берамиз. Ҳомила чаноғи билан келганда кейин келадиган бош туфайли киндик кисилиб қолиши, натижада хомила асфиксияга учраб, ҳатто нобуд бўлиши мумкин. Ҳомила боши чанок кириш кисмида тутилиб қолганда фақат бошни перфорация қилиш йўли билан туғдириш мумкин. Юқорида айтиб ўтилган мураккабликлар асосан туғруқни тўғри олиб бориш, ҳомилани вақтидан илгари тортиб олишга интилиш натижасида вужудга келади. Ҳозирги пайтда ҳомиланинг думба ва оёқлар билан қилишида юқорида қайд қилиб ўтилган мураккабликларни ҳисобга олган ҳолда кўпроқ кесарча кесиш йўли билан хомила туғдирилади. Албатта операция қилишдан олдин ҳомиладор синчиклаб ўрганилади (чанок ўлчовлари, ҳомиланинг оғирлиги, бошининг ҳажми, туғруқ дардини

хусусияти ва бошқалар ҳисобга олинади). Агар аёлнинг ўзи туға олишига каноат ҳосил қилинса, операция қилинмайди. Аммо туғиш жараёнини шифокор ўзи кузатиб бориши керак. Ҳомила чаноқ билан олдин келганда акушерлик ёрдами. Ҳомиланинг чаноғи ва оёғи билан келиши деярли патологик ҳолат ҳисобланади, шунга кўра туғаётган аёлни тўла ўрганиш керак. Агар кесарча кесишга ҳалакит берадиган бирор салбий ҳолат бўлмаса, бу жарроҳлик усулидан ҳам фойдаланиш мумкин.

Мавзу № 14: “Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар..”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдан асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдан асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	
Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№14 мотивация. (Мавзу баёни) Бехатар оналик тамойиллари. Ҳамроҳ туғруқлар.

«Бехатар оналик » дастури

Бехатар оналик дастурига 1987 йили асос солинди. Бу халқаро дастур аёлларга ҳомиладорлик туғруқ ва чилла даврида тиббий ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ходимларига мўлжалланган.

Бехатар оналик нафақат касаллик ва ўлимни олдини олишни балки она ва болага ғамхўрликни ўз ичига олади. Бу тушунчага аёлни туғруққача туғруқда ва чилла давригача бўлган жисмоний ақлий ва ижтимоий ҳолати киради.

«Бехатар оналик» принциплари

Аёл ҳомиладорлик туғруқ чилла ва лактация давларида оила аъзоларини қўллаб қувватлашига муҳтож бўлади. Бундай парваришни амалга ошириш учун оила аъзоларига маълумот маҳорат билим керак бўлади. Бундан ташқари у жамоанинг ижтимоий ва молиявий кўмагига ҳам муҳтож бўлади. Шунингдек соғлиқни сақлаш тизимидан ҳам оналик ва болаликни парваришlashда керакли бўлган барча хизматларни ва дўстона муносабат талаб қилинади. Улар томонидан аёлнинг дўстона муносабат эмоционал ва психосоциал талаблари қондирилиши шарт.

Тиббиёт ходимлари кузатилиши мумкин бўлган барча хавфли асоратларни олдиндан кўра билиши ва унинг олдини олишлари ва шунинг билан оналар ўлимини камайишини таъминлаши шарт. Барча аёллар бирламчи звенони парваришига муҳтож бўладилар лозим топилса махсус ёрдам кўрсатилиши учун юқори звеноларга йўлланма бериб жўнатилади. Бу иккала ёрдам аёлларга бараварига кўрсатилиши шарт.

Бехатар оналик дастури

Агар сиз фарзандли бўлишни ҳоҳласангиз, ҳомиладорлик бошиданоқ яхши кечиши учун бунга олдиндан тайёрланиш лозим. Мутахассисларнинг фикрича, оилада фарзанд дунёга келишига бўлган тайёргарлик ҳомила пайдо бўлишидан уч ой олдин бошланиши керак.

Ҳомиладор бўлиш қобилятига бир нечта факторлар ўз таъсирини ўтказади. Энди буларни батафсил кўриб чиқамиз.

Аёлнинг ёши. Шифокорларнинг фикрича, фарзандли бўлишга энг қулай вақт бу ёшлиқдир, чунки бу пайтда организм максимал куч ва турғун иммунитетга эга бўлади. Мутахассисларнинг фикрича, аёллар учун оптимал репродуктив давр 20-35 ёш ҳисобланади. Бундан ёш даврда эса, ҳали етарлича ривожланмаган организм ҳомиладорлик билан боғлиқ гормонал ва физиологик ўзгаришларни кўтара олмайди. Бундан ташқари психологларнинг фикрича, аёл ўзини шахс сифатида англай билиши, ўз

фарзандига нисбатан чуқур оналик меҳрини ҳис қила олиши керак. Фарзандли бўлишга энг қулай давр 22 дан 30 ёшгачадир. 35 ёшдан кейин аёлларда репродуктив функциянинг сусайиши кузатилади. Бу даврда табиий ҳомиладор бўлиш қобиляти пасаяди, чунки тухум ҳужайраларининг яшаш фаолияти пасайиб, эмбрионнинг имплантацияси қийинлашади. Бундан ташқари 35-40 ёшдаги ҳомиладорликда генетик нуқсонли болаларнинг туғилиши кўпроқ учрайди. Бунинг сабаблари хали аниқланмади, лекин ҳозирги замонавий перинатал асбоб-ускуналар ёрдамида репродуктив ёшдан ўтган аёллар ҳам соғлом фарзанд кўришмоқда. Генетик нуқсонли болалар туғилиш ҳавфини олдини олиш мақсадида, 35 ёшдан юқори аёлларга фарзандли бўлишдан олдин шифокор кўригидан ўтиш тавсия этилади.

Эркакларнинг ёши ҳомиланинг ривожланишига аёлларнинг ёшига қараганда кам аҳамиятли, бунга қарамай эркакларда ҳам ёш ўтган сайин аёллардаги каби жинсий гормонлар синтези сусаяди (биринчи навбатда тестостерон). Тестостероннинг синтезининг табиий йиллик пасайиши 1% ни ташкил этади. 80 ёшга бориб тестостероннинг синтези нормага нисбатан ўртача 20-50%га камаяди.

Кўп оилаларни бир савол қийнайди: ҳомиладор бўлишга ота-оналарнинг ўзаро ёшлари катта фарқ қилиши таъсир қилмайдими.

Шифокорларнинг фикрича, ота-оналар орасидаги ёшдаги фарқ ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас.

Хамкорлик тугруклари.

Хамкорлик тугруклари утказилганда доя хамширанинг вазифаси нафакат барча муҳим клиник белгиларни кайд қилиш, балки бутун тугрук давомида аёлни жисмонан ва эмоционал куллаб – қувватлаб туришдан ҳам иборат бўлади. Тугрукларда иштирок этаётган доя утказилаётган барча муолажалар ва тиббий текширув натижаларини аёлга тушунтириши керак. Тугрук фаолиятининг кечиши ва боланинг кутилаётган туғилиш вақти тугрисида аёлни хабардор қилиши лозим.



Тугрук залида аёлнинг якин одамларидан биронтасини булиши (доя билан биргаликда) тугрукларни ривожланиши ва натижаси, онанинг тугрукдан кейинги адаптацияси, она ва боланинг узаро муносабати, кукрак сути билан бокиш ва оилавий эр – хотинлик муносабатларига сезиларли даражада ижобий таъсир курсатади.

Бунда тугрукларнинг давомийлиги ва кесар кесишларнинг сони сезиларли кискаради, огриксизлантириш воситаларини куллаш камаяди, янги тугилган чакалокларга зудлик тиббий ёрдам курсатишга ҳам эҳтиёж кам булади. Шунингдек кукрак сути билан бокиш ва янги тугилган чакалокни яхши ҳолатига ҳам ижобий таъсир курсатади.

Контрацептивларнинг қўлланиши. Гормонал контрацептив лар, ҳатто улар узоқ вақт қўлланилганда ҳам аёлларнинг фарзанд кўриш қобилятига таъсир қилмаслиги тасдиқланган. Кўпчилик аёлларда орал контрацептив воситаларини қабул қилишни тўхтатгач, ҳомиладор бўлиш қобиляти тез тикланган.

Давомли таъсир этувчи контрацептивларни-- инеёкцион препаратлар , тери ости имплантантлари ва б қўлланганда ҳомиладор бўлиш қобиляти бир неча ойдан кейин тикланган(1.5 йилгача). Ҳомиладор бўлишдан 2-3 ой олдин контрацептивларни ичишни тўхтатиш керак ,чунки у витамин С, магний,фолий кислотасининг сўрилишини камайтириб, витамин А нинг сўрилишини кўпайтиради, шунингдек контрацептивларни ичишни тўхтатган биринчи ойларда эгизак туғилиш имконияти катта ,чунки тухумдондан бу пайтда бирданига 2та тухум ҳужайра ҳосил бўлиши мумкин.

Агар аёл сақланиш мақсадида бачадон ичи воситалари(БИВ)дан фойдаланаётган бўлса , ҳомиладорлик қобиляти уларни олиб ташлагандан кейин тез тикланади. Бироқ ўз-ўзидан бола ташлаш ва бачадондан ташқари ҳомиладорликни олдини олиш мақсадида, 2-3 цикл,яъни бачадон ва найлар функциясининг тикланиши давомида алоқадан сақланиб туриш лозим . Таркиби спермициддан иборат, бир марталик контрацептивлар(крем,таблетка ,гель) қисқа вақт таъсир қилади ва аёлнинг кейинги ҳомиладорлигига ҳеч қандай зиён қилмайди.

Антибиотиклар қабул қилиш. Агар аёл қандайдир сабаб билан антибиотиклар қабул қилаётган ёки қабул қилган бўлса, бу қиндаги бактериал флорани бузиб ҳомиладор бўлишга қаршилик қилиши мумкин. Ҳомиладорликни антибиотиклар курси тугагач 1-2 циклдан кейин режалаштириш мумкин.

Стресс. Овуляциянинг кечикиши ёки бўлмаслигининг сабабларидан бири физиологик ёки эмоционал стресс. Мутахассислар бепуштликнинг рухий шаклига алоҳида урғу беришяпти.

Бизга маълумки асаб тизими организмдаги гормонал бошқарув билан узвий боғлиқ, демак ҳар қандай асабий зўриқиш гормонал тизимдаги дисбалансга олиб келади, натижада аёлларда репродуктив тизим иши бузилади. Гипофиз овуляцияни стимулловчи гормон ишлаб чиқаради, стресс эса гипофизнинг функциясини сусайтиради, натижада овуляция бузилади.

Ички аъзолар касалликлари. Бошқача қилиб айтганда, экстрагенитал (яъни жинсий системага тегишли бўлмаган) касалликлар ҳам аёлларнинг ва эркакларнинг фарзанд кўра олиш қобилятига сезиларли таъсир қилади. Бундай касалликларга мисол қилиб қуйидагиларни келтириш мумкин: қандли диабет, буйрак усти бези касалликлари, қалқонсимон без ва гипофиз касалликлари, бронхиал астма, жигар ва юрак қон-томир касалликлари.

Иш жойи. Ҳомиланинг ривожланишига сизнинг иш жойингиз ва иш вақтида қўллайдиган моддалар таъсир қилиши мумкин. Мисол учун, алдрин, диелдрин, диоксин, фуран бирикмалари организмга салбий таъсир қилади. Улар эстрогенга ўхшаш таъсирга эга бўлиб, организмда худди эстрогенлар каби овуляция жараёнига тўсқинлик қилади. Бундан ташқари эркакларда сперматозоидлар етилишига салбий таъсир қилувчи токсик моддалар ҳам бор. Буларга бензин, гербицидлар, пестицидлар, кўрғошин, симоб, кадмий ва б. мисол бўлади. Агар иш жойида сиз доим ионланувчи нурланиш таъсирида ишласангиз, бу хужайра апаратининг бузилишига, тухум хужайрасининг нобуд бўлишига, шунингдек боланинг ривожланишига салбий таъсир қилади. Ионланувчи нурланишнинг асосий манбалари – радиоактив изотоплар, уларнинг парчаланишидан ҳосил бўлган моддалар.

Жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар (ЖЙБЮИ). Ҳозирда ЖЙБЮИ нинг 40 га яқин турлари аниқланган. Улар орасида қуйидагилари жуда хавфли: хламидиоз, папиллома, генитал герпес, сифилис, сўзак, ва албатта ВИЧ. Бу касалликларнинг сурункали давом этиш, аёлларда бачадон найларининг чандикланишига, эркакларда простата, уруғдон ортиғи ва уруғ пуфакчасининг яллиғланишига олиб келади, натижада икки жинс вакилларда ҳам бепуштлик ривожланади. Шунинг учун агар сиз фарзанд кўрмоқчи бўлсангиз ЖЙБЮИ га анализ топширишингиз керак, чунки бу

касалликлар вақтида ривожланган ҳомиладорлик асоратлар билан кечиб, кейинчалик болага катта зарар етказиши мумкин.

Чекиш. Текширувлар натижасида аниқландики.никотин эркакларда сперматогенез жараёнини сусайтиради. Статистика маълумотларига кўра ,чекувчи эркаклардан ҳомиладор бўлиш чекмайдиганларга қараганда қийинроқ, бу унинг қанча кўп чекиши билан ҳам боғлиқ. Бундан ташқари , чекиш аёлларда тухум ҳужайрасининг уруғланиш ва имплантациясини қийинлаштиради .

Умумий қилиб айтганда, чекиш ҳомиладорликка бевосита таъсир қилмайди , лекин бошқа сабаблар билан ҳомиладор бўла олмаяпган(масалан , ёши ўтган , бепуштлиқ билан даволанаётган) оилаларга бу одатдан ҳам воз кечиш тафсия этилади.

Спиртли ичимликлар (СИ) . Агар (СИ) ларнинг ҳомилага бевосита таъсирини ўрганадиган бўлсак , бу фақат уруғланишдан кейин онанинг кўп миқдорда СИ ичиши билан кузатилиши мумкин.Ота томонидан СИ нинг ичилиши уруғланиш жараёнига таъсир қилиши мумкин, лекин бевосита эмас.Тахминларга кўра,эркаклар организмига тушган ҳар қандай токсик модда сперматозоидлар сифатини бузиб, хромосомада четланишлари бўлган сперматозоидлар фоизини ошишига олиб келади. СИ фақат уруғланиш жараёнидагина эмас , балки ундан уч ой олдин ҳам салбий таъсир кўрсатади ,чунки сперматозоидлар 72 кун давомида ривожланади.

Гиёҳванд моддалар (ГМ). ГМ эркак ва аёлларнинг репродуктив тизимининг ҳолатига салбий таъсир қилиб, аёлларда асаб ва гуморал тизимлар ишини сусайтиради, гипофиз ва гипоталамус ўртасидаги ўзаро боғланишларни бузади, натижада жинсий майилнинг сусайишига сабаб бўлади. Нерв тизимининг айнан мана шу қисмлари организмнинг жинсий системасига жавобгар ҳисобланади.ГМ таъсирида қон плазмасида жинсий гормонлар миқдори пасайиб кетади ,айниқса тери ва шиллиқ қаватларидаги нерв охирилари сезувчанлигини оширувчи тестостероннинг миқдори . Сурункали равишда ГМ қабул қилган одамларда ногирон фарзандлар туғилиш ҳавфи катта.Уруғланиш жараёнига наша гуруҳига кирувчи енгил ГМ ҳам таъсир қиладил. Олимларнинг аниқлашича ,ҳар доим марихуана чекиб юрувчи эркакларнинг сперматозоидлари уруғлантириш вақтида бошқаларникига қараганда эртароқ “куйиб” кетар экан. Бундан ташқари соғлом эркакларникига қараганда ГМ истеъмол қилувчиларда сперматозоидлар сони анча кам бўлиб , уларнинг кўпини патологтик шаклдаги сперматозоидлар ташкил этади.

Вазн . Ҳомиладорликдан олдин аёллар ўз вазнларини нормага келтиришлари лозим.Маълумки , аёлларда вазн етишмовчилиги (50кг дан

кам) овуляцияга сусайтиради. Вазнининг юқори бўлиши эса эстерогенлар миқдорининг ошишига, бу эса ҳаз циклининг ва овуляциянинг бузилишига олиб келади. Агар аёлнинг вазни нормадан кам бўлса, вазнининг калорияси юқори (унли маҳсулотлардан ташқари) маҳсулотлар: гўшт, дуккаклилар, ёнғоқлар, қуруқ мевалар билан кўпайтириши, вазни юқори бўлса, паст калорияли маҳсулотлар билан жисмоний машқларни ўзаро бирга қўллаш орқали камайитириши мумкин.

ШИФОХОНАИЧИ ИНФЕКЦИЯСИ ТЎҒРИСИДА ЗАМОНАВИЙ ТУШУНЧАЛАР

Шифохонаичи инфекциясини қуйидагича таснифлаш мумкин – эндемик ёки эпидемик. Кўпроқ эндемик инфекциялар тарқалган бўлади. Эпидемик инфекция учун тўсатдан инфекцияни пайдо бўлиб кўпайиб кетиши хосдир.

Шифохонаичи инфекцияси бутун дунё бўйлаб тарқалган бўлиб нафақат ривожланмаган давлатларда балки ўта ривожланган мамлакатларда ҳам учрайди. Шифохонаичида инфицирланиш ўлимни асосий сабабчиси бўлиб шифохонада ётган беморлар орасида касалликлар учрашни ҳам оширади. Бу фақатгина бемор учун эмас балки соғлиқни сақлаш тизими учун ҳам катта муаммо бўлиб ҳисобланади.

Шифохонаичи инфекцияси: манба ва юқиши

Шифохонаичи инфекцияси чақирадиган бактериялар турли йуллар орқали юқиши мумкин:

1. **Беморларни доимий ёки транзит флораси** (эндоген инфекция). Ёки табиий бўлиши мумкин бўлган бактериялар доимий истиқомат жойидан баъзи бир сабабларга кўра чиқиб (м-н: антибиотикларни нораціонал қўллаш) улар сонини ошишига ва турли-хил касалликларни чақирилишига олиб келади., Тиббиёт ходими ёки бошқа беморлардан ўтадиган флоралар: (экзоген инфекция). Бактериялар бир касалдан иккинчисига ўтади:
 - Тўғридан тўғри контакт орқали (қўллар, туфуклар ёки бошқа биологик суюқликлар сачрашириши),
 - Ҳаво-томчи йўли орқали (касалдан бактерияларни ўтказувчи нам томчиси ёки чанг),
 - Беморларни парваришида касаллик юқтирган тиббиёт ходимларидан (қўллари, бурун, томоқ, кийимлар), орқали юқтирадилар,

- ЧБемордан зарарланган турли буюмлар (аппаратуралар) орқали юқиши мумкин.
2. **Даволаш муоассасаси атроф муҳитидан** (эндемик ёки эпидемик экзоген инфекциялар).

Бир неча микроорганизмлар даволаш муоассасаси атроф муҳитида яхши яшаб қолган бўлади:

- Сувда, нам жойларда (*Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Mycobacterium*)
- Кийимлар ва кўрпаларда.
- Овқатларда.

Шифохонаичи инфекцияси: профилактикаси

Шифохонаичи инфекцияси профилактика қуйидагиларни ўз ичига олади:

- қўлларни ювиш қўлқопларни ишлатиш;
- асептика қоидаларига риоя қилиш;
- касалларни изоляция қилиш;
- Стерилизация ва дезинфекция;

- Атроф муҳит инфекцияси назорати
 - Беморларни ҳимоялаш: антибактериал препаратларни рациональ қўллаш.
- Микроблар организмга кўпинча шифокор ва акушерканинг қўли, турли асбоблар, боғлов материаллари, кийим-кечак ва бошқалар орқали тушади. Туғруқхона ходимлари юқумли ва йирингли касалликлардан ўзларини эҳтиёт қилишлари керак. Туғруқ бўлимида ишловчи шифокор, акушеркаларнинг туғруқдан сўнг аёллар ётқизиладиган палатада ва айниқса септик палаталарда бир вақтнинг ўзида ишлашлари сира мумкин эмас. Уларда бирор йирингли яра бўлса, туғруқхонада ишлашларига асло йўл қўйилмайди.

Туғруқ бўлими ходимлари навбатчиликка келганда ип-газламадан тикилган халат ёки ювиб дазмолланган кўйлак кийиб олишлари шарт. Кийимни кийгач, енгини тирсаккача шимариш, қўлни тез-тез совунлаб ювиб туриш лозим. Туғруқхона ходимлари учун албатта махсус чўмилиш хоналари бўлиши лозим.

Навбатчиликка келган ҳар бир ходим аввал душда чўмилади. Ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекциянинг олдини олиш учун туғруқ бўлимининг ҳамма ходимлари 2 қаватли дока-ниқоб билан оғиз ва бурунларини ёпиб ишлашлари керак. Бундай ниқоб ҳар куни алмаштириб турилади. Бундан ташқари, туғруқхона ва операция хоналарига кирганда баҳила (оқ матодан тикилган этикча) кийилади.

Туғруқхонада ишловчи врач, акушерка, санитарка ва талабаларни (барча ходимларни) бир йилда 1 марта қўли, оғзи, бурни ва томоғидан суртма олиб, патоген стафилококк борлигини текшириб туриш керак. Акушерлик ва хирургик бўлимларида режа бўйича ҳар 3 ойда бактериал экмалар олиниб текширилади.

Антисептика ва асептика қоидаларига риоя қилиш омилларидан бири туғруқхона биносининг намунали даражада озода бўлиши ва ҳар йилда бир марта таъмирланишидир.

Тукқандан кейин аёл кенг ва ёруғ палаталарга ётқизилади. Эски усулда қурилган туғруқхоналарда айниқса тозалikka риоя қилиш зарур. Чунки уларда палаталар катта ва ҳожатхона умумий бўлади. Бунда ҳамма палаталар ва ҳожатхоналарни хлорли сувга ҳўлланган латта билан артиб туриш ва кунига 2 марта шамоллатиш лозим.

Айниқса чақалоқлар ётадиган интенсив даволаш хонаси ниҳоятда тоза ва ёруғ бўлиши, хона ҳарорати 25—26° дан ошмаслиги керак. Туғруқ бўлими ва чақалоқлар ётадиган палаталарда ҳар ойда бир марта бактериологик текшириш ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Туғруқхоналарда палаталар галмагал бўшатилади, бир кеча-кундуз давомида бу палатага аёллар ётқизилмай, тўшак ва адёллар ҳам шамоллатилади, мойли бўёқ билан бўялган деворлари, хонанинг поли, ундаги каравотлар, тумбочкаларни совунлаб ювиб, кейин хлорамин, хлорли сувга ҳўлланган латта билан артилади.

Ҳар бир каравотга тоза тўшак солиниб, чойшаблар ёзилади. Аёллар тагига солинадиган клеёнкалар ҳам дезинфекциядан ўтказилади. Ҳамма палаталар симобли кварц лампа ёрдамида нурлантирилади. Бу туғруқдан тураётган аёл ва чақалоқ учун ишлатиладиган буюмларни микробдан тозалаб, уларни касалланишдан сақлайди.

Аёл уйига кетгандан кейин каравотлар яхшилаб ювилади, тўшак, ёстик ва кўрпа ёки адёл 24 соат давомида шамоллатилади. Қуёшли кунларда уларни ташқарига чиқариб ёйиш керак. Агар шароит бўлса, автоклавдан ўтказиш яхши бўлади. Кир кийимлар ва чойшаблар бошқа хонада махсус идишларда сақланади ва ҳар куни кирхонага юбориб турилади.

Чақалоқнинг кийим-кечаклари ва тагликлари онаникидан алоҳида ювилади ва қайнатиб, дазмолланади. Тоза тагликлар махсус шкафлар, дазмолланганлари махсус барабанларда (қутиларда) сақланади. Тукқан аёлнинг тагига солинадиган газлама бир кунда камида 3—4 марта, агар зарур бўлса, ундан тезроқ алмаштирилади.

Туғиб бўлган аёл дезинфекция қилинган махсус тувакдан (судно) фойдаланса, уни ишлатгандан кейин оқизиб қўйилган сувда ювиб,

дезинфекцияловчи эритма билан чайилади. Тукқан аёлнинг жинсий аъзолари туғрукнинг биринчи кунлари эрталаб ва кечкурун ювилади, агар чоти тикилган бўлса, уни спирт билан тозалаб, йод эритмаси суртиб қўйилади.

Туғруқхонага аёлнинг қариндошлари ва таниш-билишларига кириш рухсат берилади. Бунда кийимлари тоза ва оёқларида бахилалари (ёки целофанли қопчалар) бўлиши шарт.

Тукқан аёллар билан ҳар куни суҳбатлашиб туриш ва аёлга уйига кетаётганида ўзини қандай тутишни ётиғи билан айтиш, уларга асептика ва антисептика қоидаларини тушунтириш ҳар бир шифокорнинг вазифасидир.

Мавзу № 15: “III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар.

”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотининг мақсади:</i>	III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар. техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар.
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни;

ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни..	-ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради.	
	1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни;	

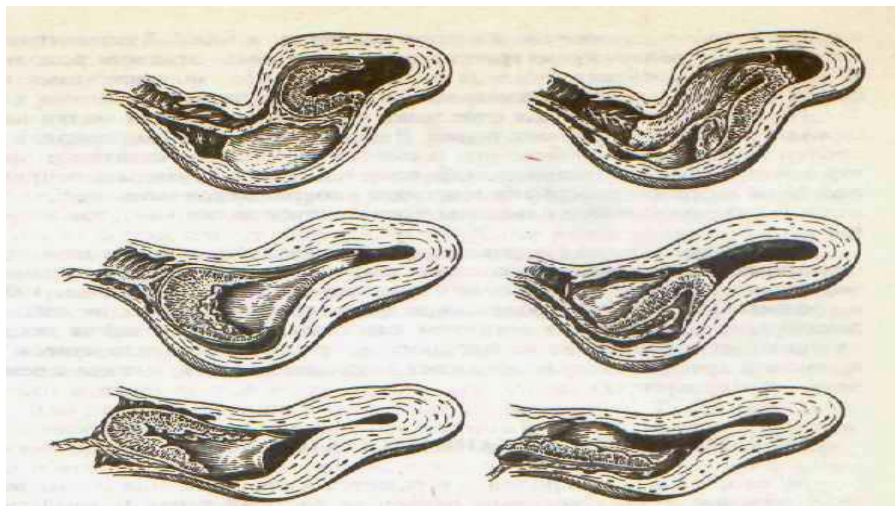
	мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№15 мотивация. (Мавзу баёни) III даврни фаол олиб борилиши. Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари. Утеротоник препаратлар.

Туғруқни III- даврни фаол олиб бориш

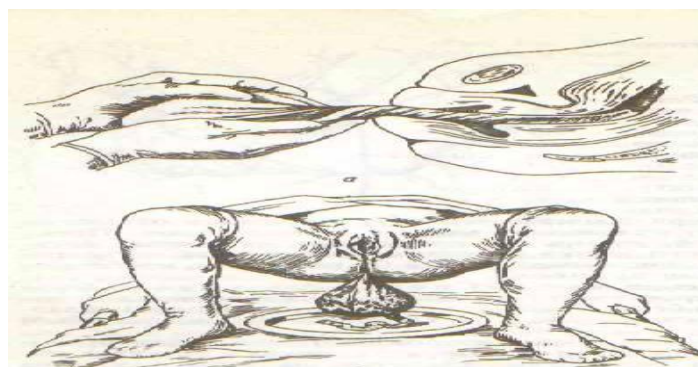
ТУГРУКНИНГ УЧИНЧИ ДАВРИ – йулдош даври. Энг катта ва жавобгарлиги катта булган даврдир, кон кетиш хавфи учун. Бу давр чакалокнинг тугилиши билан бошланиб, йулдошнинг ажралиб чикиши билан тугалланади. Унинг кечиши уч фазага булинади.

1. чакалокнинг тугилиши билан бошланиб, йулдошнинг ажралишигача;
2. йулдошнинг ажралиши;
3. йулдошнинг ажралганини хайдаш.



Уртача давом этиши 5 – 10 дакика. Бачадоннинг кискариши дард ва кучанишнинг келиши билан характерланади, бу эса йулдошнинг ажралиб чикишига сабаб булади. Йулдош даври физиологик кон йукотош билан давом этади, ворсинлараро булган кон булиб, 250 мл ёки 0,5% аёл огирлигини ташкил этиши керак. Физиологик кон йукотиш, бачадон кискариши, спиралсимон кон томирчаларнинг бурилиши ва тромб хосил булиши билан (йулдош майдончасида) тугалланади.

Учинчи даврнинг кечиши йулдошнинг жойлашган жойига боглик. Энг маъкул жой бачадон орка деворининг юкори кисми, ундан кейин олдинги деворнинг юкори кисми. Номаъкул жойлашиши эса – бачадон туби, бурчаклар ва ён деворларидир. Яна учинчи даврнинг кечиши хорион ворсинкалари бачадон децидуал каватининг спонгиоз кисмида.



Учинчи даврнинг кечиши биринчи ва иккинчи даврнинг кандай кечганига боғлиқ. Учинчи даврни олиб боришнинг вазифаси кон кетишни олдини олишдир.

Физиологик кон кетиш бу 250 мл гача булади, унинг чегараси 250 – 400 мл булади, аёлнинг огирлигига боғлиқ. Учинчи даврни олиб бориш тактикаси кутиш булиб, кон йукотишига караб ҳаракатланиши керак, қачонким 250 млгача булса.

Кон тухтатиш принципи сийдик пуфагини бушатишдан иборат.

Йулдош ажралиш белгилари пайдо булавермаса, аввал ташқаридан ажратиш методларини куллаймиз (Амбуладзе, Гентер, Креде - Лазаревич). Агар йулдош ажралиши белгилари булмаса, бу методларни куллаш мақсадга мувофиқ эмас.

Бундай ҳолларда йулдошни кул билан ажратиб чиқариш кулланилади. Йулдош ажралишини 2 соат кутиш керак дейилади, лекин, бу тактика узини оқламайди. 40 дақиқадан кейин кул билан ажратиб чиқиш операциясини куллаш керак.

Бачадон бушлигини кул билан текширишга курсатмалар:

- плацентар туқиманинг нуксони (дефект);
- йулдошда қушимча булақларнинг булиши, бачадон бушлигида қолса (қуз билан қараса узилган жойи қуринади);
- хорион пардасининг тула ёки қисман тула бачадон бушлигида қолиши;
- кон кетиш 250 мл дан кейин ҳам давом этса.

Тугруқ жараёнини рационал нормал олиб бориш учун қуйидаги курсатмаларга риоя қилиш керак:

- тугруқ давом этиши 24 – 30 соатдан юқори булмаслиги керак (бунга тайёрланиш даври қирмайди);
 - қогонок сувлари кетиб, 12 соатдан кейин ҳомила пардаларининг инфекцияси 50 – 60% гача, 24 соатгача 100%;
- шунинг учун қесар қесишни 12 -14 соатдан кейин қечиктирмай қилиш керак.

III даврни фаол олиб бориш (йўлдошни фаол ажратиш) туғруқдан кейинги кон кетиш ҳолларининг олдини олади. III даврни фаол олиб бориш қуйидагиларни ўз ичига олади:

дарҳол окситоцин юбориш; бачадоннинг қиндик тизимчасини назоратли

тортиш; бачадонни массаж қилиш

Окситоцин

Бола туғилгандан сўнг 1 дақиқа ўтгач, қоринда яна битта ҳомила борлигини аниқлаш учун пайпаслаб кўринг, агар йўқ бўлса, м/о 10 бирлик окситоцин юборинг.

Окситоциндан фойдаланишнинг афзаллиги шундаки, у инъекция қилингандан кейин 3 дақиқа ичида таъсир қила бошлайди ва камроқ салбий таъсирлари бўлгани учун уни ҳамма аёлларга ишлатса бўлади. Агар окситоцин бўлмаса, 0,2 мг м/о эргометрин ёки простагландин юбориш мумкин. Дориларни юборишдан олдин яна ҳомила йўқлигига ишонч ҳосил қилинг.

Киндик тизимчасини назоратли тортиш.

Киндик тизимчасини юмшоқ қиррали қисқич билан оралиққа, якин жойда қисинг, бошқа кўлингизни аёлни қов суяги устидан кўйиб, бачадоннинг киндик тизимчасини назоратли тортиш пайтида бачадонни қовдан тепада ушлаган ҳолда, унинг чиқиб кетишининг олдини олиш мақсадида тутиб туринг. Бу амалингиз бачадонни ағдарилиб қолишидан асрайди. Киндик тизимчасини секин тортинг ва бачадоннинг кучли қисқаришини кутиб туринг (2-3 дақиқа). Бачадон қисқариб бўйлама шаклини олса ёки киндик тизимчаси узайса, жуда оҳисталик билан киндик тизимчасини ўзингизга ва пастга қараб тортинг. Киндик тизимчасидан тортабошлагунингизгача кучли қон оқими келишини кутманг. Киндик тизимчасини тортишни бачадонни тортишига қарама – қарши томонга итариш билан давом эттиринг .

Агар киндик тизимчаси назоратли тортиш бошлангач, 30 – 40 секунд ичида йўлдош пастга тушмаса (яъни ажралиш ёки кўчиш белгилари бўлмаса), киндик тизимчасини тортишни тўхтатинг:

° киндик тизимчасини эҳтиёткорлик билан тутиб туриб бачадоннинг навбатдаги яхши қисқаришини кутинг.

Заруриятга қараб юмшоқ қиррали қисқич билан киндик тизимчаси

узайган бўлса, ораликка яқин қилиб бошқатдан қўйинг.

- Бачадоннинг навбатдаги қисқаришида киндик тизимчасини назоратли тортишини бачадонни тортишига карама-қарши томонга итариш билан такрорланг.

Қоғаноқ пардалар ёрилишининг олдини олиш учун туғилиш пайтида йўлдошни икки қўллаб тугунини буранг ва бутунлай туғилгунча охиста тортинг. Туғрукни яқунлаш учун йўлдошни секин тортинг.

Агар қоғаноқ пардалари ёрилган бўлса, киннинг тепа қисми ва бачадон бўйнини стерил қўлқопларда текширинг, юмшоқ қиррали қисқичлардан фойдаланиб қоғаноқнинг қолган бўлакчаларини олиб, ташланг.

Йўлдошнинг бутунлигини диққат билан текширинг. Агар йўлдошнинг онага қараган юзасининг бир қисми йўқ бўлса ёки пардалар билан томир узилганлиги қайд этилса, унда бачадон бўшлиғида йўлдошнинг бўлакчалари қолиб кетганига шубҳа туғилади.

Агар бачадон ағдарилиб қолса, бачадонни тўғрилаб қўйинг.

Агар киндик тизимчаси узилиб кетса, бачадонни қўл билан текшириш керак бўлади.

Бачадон массажи.

Бачадоннинг қисқариши бошланмасдан олдин, қориннинг олдинги деворидан бачадоннинг тубини дарҳол массаж қилинг (10.36.-расм).

Дастлабки 2 соат ичида ҳар 15 дақиқада бачадонни массаж қилинг. Массажни тўхтатгач, бачадон бўшашмаслигига ишонч ҳосил қилинг. Йиртилишларини баҳолаш

- Аёлни диққат билан кўриб, бачадон бўйни ва қин деворларининг бутунлигини текширинг ва йиртилишни ёки эпизиотомияни тикинг.

Мавзу № 16: “Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш, техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда ҳамширалик жараёнини ташкил этиш. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол,

	Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№16 мотивация. (Мавзу баёни) Чилла даври. Туғруқдан кейинги парваришlashда хамширалик жараёнини ташкил этиш.

Туғруқдан кейинги давр - бу бола туғилгандан кейинги, тана аъзоларининг бошланғич ҳолатига қайтиши ва сут ажралишининг бошланиши давридир. Чилла даври 6-8 ҳдфта давом этади. Туккан аёл чилла даврининг дастлабки кунларида парваришга муҳтож бўлади, шу сабабли у туғруқхонада шифокор ва акушерка назоратида бўлиши лозим. Чилла даврининг дастлабки соатларида аёлни синчиклаб кузатиб туриш керак. Чунки бу даврда бачадон мускуллари бўшашиб, унинг кискариш хусусияти сусаяди (гипотония) ва кон кетиб қолиши мумкин. Шунга кўра, аёлни кузатаётган шифокор бачадоннинг кискариши ва жинсий аъзоларидан келаётган қон микдорини, аёлнинг томир уриши ва кон босимини текшириб туриши лозим. Чилла даврда жинсий аъзоларининг аслига келиши (инволюцияси) қандай ўтиши ҳақида тўхталиб ўтамиз.

Бачадон мускуллари чилла даврида нормал кискарса, мускуллар киска муддатда қаттиклашиб, бачадон дсворининг калинлиги 1,5-2,5 см бўлиб

колади. Бачадондаги кон томирлар мускуллар кискариши натижасида сикилиб, деформацияга учрайди. Чилла даврининг дастлабки уч кунда бачадондан бир оз кон келиб туради (*lochia rubra*). Келадиган конда туғруқ ажралмалари бўлади. Ажраладиган лохияларда бачадондаги ярали юза (плацента ўрни), децидуал қават парчалари ҳам учрайди. Плацента жойлашган юзадаги кон томирларда майда тромблар кўринади. Бачадон бўйни олди ва бачадон бўйни мускуллари бўшашганидан, цервикал каналига осонликча бармокни киритиш мумкин. Қин деворлари ҳам кенгайган, бурмалари текисланган бўлади. Ташқи жинсий ёриқ очилиб туради. Бачадон мускулларидаги ортикча тўкималари тез орада йўколади. Агар чилла даврининг бошида бачадон оғирлиги 1000-1200 грамм бўлса, биринчи ҳафта охирида - 500-600 г, иккинчи ҳафтада - 350 г, учинчи ҳафтада - 200 г, 6-7 ҳафтадан кейин 50-70 грамм бўлиб қолади. Мускул хужайралари, кон томирлардаги нерв тузилмаси ва қўшимча тўкималар астасекин йўколади ёки бириктирувчи тўкимага айланади. Бачадоннинг асли холига қайтиши нейро-гуморал системанинг таъсирига боғлиқ. Туккан аёл ҳар куни мунтазам кузатиб борилади, бачадон узунлиги сантиметр тасмаси билан қов суягининг юқори четидан бачадон тубигича ўлчанади, у одатда бир кунда 1-1,5 см га кискариши керак. Чилла даврида бачадон ўзининг қисқариш хусусиятини йўқотмайди, натижада у аста-секин кичиклаша боради. Бачадоннинг қисқариши чақалокни эмизаётган вақтда айниқса кучли бўлади. Қисқаришнинг сусайиши бачадон субинволюцияси деб аталади. Чилла даврининг дастлабки кунларида децидуал парда парчалари, кон лахталари протеолизга учрайди. Бачадондаги ярали юзалардан яра суюқлиги ажралади ва лохия деб аталади, у 2-3-кунлари кон кўринишида (*lochia rubra*), 4-6 кунлари кон-серозли (*lochia rubra-serosa*) ва 7-9-кунлари серозли (*lochia serosa*). Лохийанинг кўринишига қараб бачадондаги яра юзасининг камаяётгани ва цилиндрсимон эпителий билан копланаётганини аниқлаш мумкин. Бачадон деворининг йўлдош ёпишмаган қисмлари чилла даврининг 11-14-куни, йўлдош ёпишган қисми 3 ҳафтанинг охирида эпителий билан копланади. Чилла даврининг 7-9-кунларида кин, бачадон бўйни ва чотдаги яралар битади. Туғруқдан 1 сутка ўтгач, бачадон бўйнига 3-4 бармокни киритса бўлади, бачадон бўйни бўшашади, 3-4-кунлар охирига келиб ўз шаклига қиради, аммо вақтинча етарлича очик бўлади. Унинг ички тешиги факат чилла даврининг 10-12-кунида, ташқи тешиги эса анча кечроқ бекилади. Агар бачадон бўйни йиртилган бўлса, бўйнининг ташқи тешиги очик қолиб, бутун умрга сурункали яллиғланиш учун қулай шароитга айланган жой бўлиб қолади. 12-14 кунларнинг охирида бачадон туби кичик чанокнинг терминал чизигидан юқорида бўлмайди. Бу пайтга келиб, чанок

тубининг мускуллари ўзининг кискариш хусусиятини тиклаб олади. Чилла даврида аёлнинг кон босими, томир уриши, хароратини кузатиш катта аҳамиятга эга. Баъзи аёлларда туғрукнинг биринчи соатларида харорат бир оз кўтарилиши мумкин. Бу туғрук вақтида мускулларнинг зўриқишига боғлиқ бўлади. Хароратнинг кўтарилиши лохиянинг ажралмаётгани ёки кам ажралиши натижасида бачадонда йиғилиб қолишдан бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадонни кискартирувчи дориларни юбориш, кин оркали кўрилганда бачадон бўйни канали берк бўлса ёки сиқилиб қолган бўлса, уни асбоблар билан кенгайтириш зарур бўлади. Шунда бачадон ичи ажралма қолдиқлари оқиб тушади. Чилла даврида кўпчилик аёллар ваготоник бўладилар, яъни уларда томир уриши секинлашган, унинг тезлиги бир минутда 60 марта уриб, тўлалиги коникарли бўлади. Агар томир уриши минутига 85-90 дан ошса, бу аёлда дастлабки патологик кон кетиш, инфекция жараёни бошлангани ёки тиреотоксикоз борлигидан далолат бериши мумкин. Брадикардия бўлса, бу чилла даврининг нормал кечаётганини кўрсатади. Кўпчилик аёлларда кон босими бир оз пасайганлигини кузатиш мумкин. Чилла даврида бошқа аъзо ва системаларда ҳам ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда сийдик ажралиши анча издан чиққан бўлади. Аёлларда сийиш истаги бўлмайдими ёки бўлса-да, улар ётган ҳолда сия олмайдилар. Сийдикка тўлиб кетган қовуқ бачадон ҳолатини ўзгартириб, уни юқорига кўтаради, натижада унинг аслига қайтиши сусаяди ёки тўхтайдими. Чилла даврининг дастлабки кунларида сийдик тутилиб қолишига сийдик чиқариш канали ёки унинг баъзи сохаларининг шишиши ёки жароҳатланиши сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолат одатда 2-3 кунда ўтиб кетади. Аммо сийдик тутилиб қолса, аёлни мустақил сийдириш чораларини кўриш лозим. Агар бу ҳам ёрдам бермаса, катетер ёрдамида асептика, антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда сийдик чиқарилади. Чилла даврининг 2-3 ҳафталарига келиб сийдик йўли фаолияти аслига қайтади. Чилла даврида ичаклар фаолияти ҳам сустлашган бўлади. Шу сабабли кўпинча аёлларда қабзият кузатилади. Бунда аёлга ҳўкна қилиб ичаги бўшатилади. Чилла даврида қорин бўшлиғининг олдинги девори аста-секин тонусини тиклай олади. Чилла даврида сут безлари фаолияти бошланади. Ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталаридаёқ гипофиз ва жинсий без гормонлари таъсирида сут безларида без эпителийлари кўпая боради. Без бўлаклари анча қаттиқлашади ва буни аниқлаш осон бўлади. Безларни сиқканда лойқарок, оқ суюқлик ажралади. Аммо сут безининг хақиқий секретини-сут, йўлдош жинсий гормонларининг ва гипофизнинг пролактин ажратиш тугаганидан кейингини ажрала бошлайди. Чилла даврининг дастлабки кунларида сут безидан ажраладиган суюқлик оғиз сути дейилади.

Оғиз сути иммуноглобулинлапга. оксилга, А вихаминига бой ва ўсиш омилларига эга. Чилла даврининг 4-5-кунидан 15- 18-кунигача~сут беzi~оралик су гинигундан кейин ҳақиқий, таркиби турғун сутни ажрата бошлайди. Сут безларидаги секрет чиқарадиган хужайралар сутни сут йўлларига чиқаради. Сут йўллари гўё дарахт шохига ўхшаб кетади, улардан чиққан сутнинг хаммаси бир йўлга куйилади. Ҳар бир без бўлагининг ўзига хос хусусияти бўлиб, улардан ажралган сут кўкрак беzi тугмачасидаги тешиқлар оркали чиқарилади. Кўкрак беzi тугмачаси мускул ва кўшимча тўкимадан ташкил топган халқача билан ўралган, бу кисиш хусусиятига эга, шунга кўра сут ўз-ўзидан оқиб кетмайди. Баъзи аёлларда сут йиғилиш вақтида бир оз ҳарорат кўтарилиши мумкин. Иситма чиқиши киска муддат давом этиб, 37-37,8 градусдан кжори кўтарилмайди. Агар ҳарорат бундан юқори бўлса, унда инфекцион жараён бошланганидан далолат беради. Сут безлари фаолиятининг нормал бўлиши, яъни кўкрак беzi тугмачаларининг эмишга тайёрлиги чакалокнинг ривожланишида катта аҳамиятга эга. Агар кўкрак беzi тугмачаси калта ёки ясси бўлса, бола кўкракни яхши сўра олмайди, натижада кўкрак учи ёрилади. Бунинг олдини олиш учун кўкрак учини хомиладорлик давриданок эмишга тайёрлаш лозим. Бунинг учун ҳар куни кўлни яхшилаб ювиб, бармоқ учлари билан без тугмачалари бир неча марта тортиб турилади. Биз юқорида чилла даврида аёлнинг жинсий аъзоларини асептика коидаларига риоя килиб парвариш килиш лозимлигини айтиб ўтган эдик. Агар аёлнинг чоти, кини, ташқи жинсий аъзолари жароҳатланган бўлса, бачадондан ажралган лохия уларни ифлослантиради, натижада у ерда микробларнинг ривожланиши учун кулай шароит яратилади. Агар инфекция қинга, ундан бачадон ва бошка ички жинсий аъзоларга ўтса, патологик ҳолат вужудга келиши мумкин. Бунинг олдини олиш учун ташқи жинсий аъзолар кунига 2-3 марта ювиб турилиши лозим. Агар чот оралари тикилган бўлса, унинг атрофини тозалаб ювиб, чокни спирт билан артиш зарур, бу муолажани аёл ҳар гал сийганидан сўнг бажариши лозим. Ташқи жинсий аъзоларни олдиндан оркага караб ювиш керак, акс ҳолда инфекция тўғри ичакдан жинсий аъзоларга ўтиши мумкин. Аёлга шифохонадан уйига жавоб беришдан олдин чакалок ва эмизикли аёл учун хавфсиз бўлган хомиладорликдан сакловчи воситалардан бирини тавсия этиш лозим. Шундай воситалардан бири бўлиб, маҳаллий кўлланиладиган Фарматекс (Франциядаги) ҳисобланади ва тезкор контрацептивлардан эскапел 1 таблеткани жинсий алокадан кейин 72 соат ичида ичиш лозим. Чилла даврининг дастлабки кунлари она учун тўғри кун тартиби ўрнатиш, санитария-гигиена коидаларига риоя килиш, унга чакалокни парвариш килиш усулларини ўргатиш зарур бўлади. Туғруқхоналарда оналар мактаби

ташқил килиниб, педиатрлар ва акушер-гинекологлар улар билан 3-4 маротаба машғулот ўтказишлари зарур. Чақалок ва аёлни участка шифокори кузатиб туради.

Мавзу № 17: “Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташқил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 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 техникасининг ургатиш 3. Кукрак сути билан озиклантиришнинг афзалликлари ва карши курсатмалар билан таништириш 4. Нормал чилла даврини кечишини узига хослигини урганиш. Тугувчи аёлларни текшириш ва олиб бориш принциплари ва унга кирган гигиена, озикланиш ва контрацепция буйича	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> 1. Кукрак сути билан озиклантириш афзаллиги 2. Кукрак сути билан озиклантириш 10 қадами 3. Кукрак сути билан озиклантиришга карши курсатмалар 4. Кукрак сути билан озиклантириш буйича оналар билан суҳбат/маслахат утказиш 5. Кукрак сути урин босувчи моддалар буйича Халқлараро кодекснинг маъносини тушунчаси 6. Хомиладорлик ва чилла даврида тугри овкатланиш ва гигиенага риоя қилиш 7. Хомиладорларни амбулатор олиб бориш мезонлар 8. Тугрукдан кейин аёлларга контрацепция танлаш 9. Лаборатор ва асбоблар ёрдамида текшириш натижаларини таҳлил қилиш

масахатни олиб боришни ургатиш.	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзгидилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадида кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзгидилар

№17 мотивация. (Мавзу баёни) Кўкрак сути билан эмизишда асосий тамойиллар.

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 қисм

Она сути билан озиклантириш гудаклар учун энг маъкул озиклантириш деб ҳисобланади. Чакалоқларни тулик равишда жисмоний ва аклий ўсишга ва ривожланишга, бундан ташқари факатгина болага эмас, балки онага ҳам самарали таъсир курсатади. Маълумотлар бўйича она сути билан озиклантириши бериши неонатал улимнинг 58-87%га камайтиради (The Lancet, 2005). ЖССТ томонидан берилган маълумоти бўйича йилига 1,5 миллион улиқларни бир йила факатгина кукрат сути билан озиклантириш йули орқали камайтириши мумкин.

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

Иложи бўлса, она боласини 1 ёшгача кукрак сути билан озиклантириш керак, айникса аҳоли орасида юқумли касалликлар кенг тарқалган ҳудудларда эса кукрак сути билан боқишни иккинчи йили ва ундан ортик муддат мобайнида тавсия қилинади.

Кукрак сути гудаклар учун энг яхши ва фойдали озик деб ҳисобланади, чунки таркибида чакалоқка биринчи 6 ойда (26 ҳафта) ҳамма зарур озик моддаларга етарли даражада бор. Бундан ташқари, унинг таркибидаги озик моддалар – енгил ўзлаштириладиган урин босмайдиган тўйинмаган ег кислоталар, айрим сутли оксиллар, темир - чакалоқнинг муҳтожлигини қониктиради. Кукрак сути таркибида сунний озикланиш аралашмаларида бўлмаган иммунологик ва биологик моддаларга эга, ўшбу моддалар бактериял ва вирусли инфекцияларан химоялашади ҳамда гудакнинг ичакларининг янги шароитга урганишга ва ривожланишга йул қуяди.

Онага чакалоқни биринчи маробата кукракка тутишни ургатиш қадамлари:

1. Аёлни ва болани ҳолатини баҳоланг, биринчи кўрак эмизишига тайерлигига ишонч ҳосил килинг
2. Аёл бушашган ҳолатда булиши ва бола кўракка яқин тутиш учун узига қулай бўлган ҳолатни танлаш керак
3. Аёлга кўракни биринчи тутиш ҳақида гапириб беринг ва ундан айтганларингизни килиб курсатишни суранг
4. Болани қорин билан онанинг қорин томонга угириш ва бола бошини чузилмаслигига ишонч ҳосил килиш
5. Онага болани бошини эмас, балки орқасини тутишни маслаҳат бериш, эмизаётган пайитда болани боши ва танаси битта чизик бўйича булиши керак
6. Болани бурни билан кўрак сургичи бир хил чизикда булиши шарт
7. Аёлга бармоқлар билан кўракни ишқаламасликни айтиш, агар кўракни ушлаб туриш керак бўлса, буни онага ургатиш яъни, кул қафти билан кўракни остидан, бош бармоқ билан кўракни юқорисидан ушлаш. Бундай ушлаганда бармоқлар сургичдан тахминан 10 см узоқда булиши керак
8. Онадан сургични эҳтиётлик билан болани оғзига тутишни сураш керак. Қачонки бола оғзини очганидан сунг кўракни «ушлаб олиш»га бериш керак, пастки лаб сургични етарлича қамраб олиш керак
9. Болага кўракни яхши тутиш белгиларни текшириш. Онадан унинг сезгиларини текшириш.

Она сути билан озиклантириш 10 қоидалари

1. Медицина ходимларига маълумотни беришдан аввал Она сути билан озиклантириш ҳақида езма қоидаларни билиш керак
2. Ҳамма медицина ходимларига бу қоидаларни ургатиш керак ва бу қоидаларга амалий қуникма ҳосил килиш керак
3. Ҳамма ҳомиладор аёлларга она сутининг эмизишни афзалликлари ва эмизиш қоидалари ҳақида ахборот бериш
4. Бола тугилгандан сунг бир соат давомида болани кўракдан эмизишга онага ердамлашиш, болани эмизишга тайерлаш
5. Она ва бола алоҳида бўлганда кўракдан эмизиш қоидалари ва лактацияни қандай давом эттиришни ургатиш
6. Чакалокка она сутидан бошқа ҳеч қандай овқат ва суюқликлар бермаслик. Тиббий курсатмалар бундан мустасно
7. Она ва болани бирга булишини амалда қуллаш. Она ва чакалокни суткада 24 соат бирга булишига тавсия килиш
8. Болани хоҳишига қараб, кўрак билан эмизиш
9. Кўрак билан озиклантираётган болаларга ҳеч қандай сургич ва шишалар ишлатмаслик
10. Клиника ва стационардан чиққандан сунг кўрак билан эмизиш бўйича ташкил килинган гуруҳларни рағбатлантириш

Она сути билан озиклантиришга қарши курсатмалар

1. галактоземия 50 000:1

2. усага карши препаратлар ва радиоактив моддалар билан даволанаётган 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 ҳолатлар резолюцияси

1. Кукрак сути уринни босувчи моддалар ва шиша, сургичлар рекламасига рухсат бермаслик
2. Оналарга бепул намуналар бермаслик
3. Тиббий биноларда маҳсулотлар реклама қилмаслик, уларни бепул таркашлик еки пасайтирилган нархда таркатишни тақиқлаш
4. Компания аъзоларини оналарга маслаҳат беришига йул бермаслик
5. Медицина ишчиларга совгалар қилмаслик, намуналар бермаслик керак
6. Сунъий озиклантириш расмлар еки сузлар орқали ташвиқот қилмаслик
7. Медицина ишчиларга бериладиган ахборотлар илмий ва фактларга асосланган бўлиши керак
8. Сунъий озиклантириш ҳақидаги ахборотлар кукрак билан эмизиш афзалликлари, шунингдек, сунъий озиклантириш билан боғлиқ бўлган хамма зарарлар ҳақида этикеткалар таркатиш
9. Еш болалар учун тугри келмайдиган маҳсулотлар қуюлтирилган сут шакар билан реклама қилмаслик
10. Хамма маҳсулотлар юқори сифатли, иқлим шароитни ҳисобга олган ҳолда, шунингдек, улар ишлатилганда саклаш шароитини ҳисобга олиб чиқарилиши керак.

Кукрак сути билан эмизишни она ва бола учун афзалликлари

Бола учун:

1. Диспептик касалликлар учраши ва давомийлиги камаяди
2. Респиратор инфекциядан химоялади
3. Отит ва унинг қайтарилиш ҳолатлари камаяди
4. Чакалоқларни некротик энтероколитдан, бактеремиядан, менингитдан, ботулизмдан ва сийдик йуллари инфекциясидан химоя қилади
5. Аутоиммун касалликларга, шунингдек 1 тури қандли диабет ва ошқозон-ичак йуллари яллиғланиш касалликлари хавфи камаяди
6. Соғлом 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 аниқлаилади. Тугрукдан кейинги биринчи 10-12 кун давомида бачадон туби хар куни 1 см тушади.

Тугрукдан кейинги 1 суткада агар ковуқ бушатишган 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 чиқишига 3-4 см ташкил килади. Миометрийни асосий массасини йукотилиши билан бир каторда бачадон шиллик каватининг тикланиб бориши ҳам кузатилади. Тугрукдан кейинги 2-3 кун ичида колган децидуа тукумаси 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 каршилиқ курсатади.

Бачадон ички девор эпителизацияси 9 кунга тугайди, шиллик каватнинг кайта тикланиши 6-7 хафтада тугайди. Боғламлар 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-куватлаш керак ва рағбатлантириш керак. Аёлни тугрукдан кейинги даврда ёлғиз колдирмаслик керак. Она ва боланинг «терини-терига» узвий контактипи тугрукдан сунг 1 соат ва ундан ҳам купрок вақт 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. Пациентнинг тугрукдан сунг 10-15 кунларда яна бир марта курувга келиши керак. Бунда куйидагиларга уйгибор бериши лозим:

- шикоятлари;
- А/Б, пульс, температура;
- лактация хусусияти ва сут безларининг холати;
- лохияларнинг хусусияти;
- аёл овкатланиши,
- жисмоний меҳнат ва дам олиш режимига риоя қилаётганлигини аниклаш керак;
- аёл гигиена қоидаларига риоя қилаётганлигини аниклаш лозим.

Чилла даврида сийдик ва ахлатнинг ажралишнинг ушланиб қолиши, бачадон субинволюцияси, сут безларнинг буртиши бўлиши мумкин. сийдик ушланиб қолганда уни рефлекс орқали чакиришга ҳаракат қилиш керак. Натижа бўлмаганда медикаментоз терапия қўлланилади (прозерин, окситоцин, магнезия сульфат). Бу ҳам фойда бермаганда катетер орқали бушатилади. Мустақил ахлат ажралиши қўзатилмаганда 3-чи суткасига тозалувчи хукна ёки сурги дорилар ичишга берилади.

Чилла даврида 2 физиологик иситма қўзатилади. 1-чиси – тугрукдан сунг 12 соатгача (вегетатив асаб системасини чарчаши ва сут кислотасининг қонда микдорининг ошиши натижасида). 2-чиси – тугрукдан 3-4 кунда қўзатилади (қиндан микроорганизмлар бачадонга утиши натижасида). Бу ҳарорат 37,5 дан ошмайди.

Тугрукдан сунг 2 кун ичида овкат осон ҳазим бўладиган бўлиши керак. 3-чи кундан сутли, оксилли маҳсулотлар, Янги сабзавотлар ва мевалар истеъол қилинади. Аччик, шур, консерва, колбаса, ёғли, унли, гушт, алкоголь ва бола учун аллерген ҳисобланган маҳсулотларни қабул қилмаслик керак.

Бачадон субинволюцияси – бачадонни орқага қайтиш жараёнининг сусайиши. Бунда корин пастига муз, 1 мл окситоцин, игнарефлексотерапия буюрилади. 2-3 суткасида бачадон УЗИсини зарур.

Тугрукдан кейин контрацепция

	Эмизадиган аёл	Эмизмайдиган аёл
Презервативлар	Жинсий ҳаёт бошланиши билан қўллаш мумкин	
АОКлар ва инъекцион контрацептивлар	Эмизишни тухтатгандан сунг ёки тугрукдан 6 ойдан сунг қўллаш мумкин	Тугрукдан 3 ҳафтадан сунг менструация тикланмаган бўлса ҳам бошлаш мумкин

Тоза прогестиновли орал контрацептивлар	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вақтида бошлаш мумкин
Инъекцион контрацептивлар (Депо-Провера)	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вақтида бошлаш мумкин
Норплант имплантатлар	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вақтида бошлаш мумкин
БИВ	Тугрукдан кейинги биринчи 48 соатда ёки 6 хафтадан кейин киритиш мумкин	
Спермицидлар	Жинсий ҳаёт бошланиши билан куллаш мумкин	
Лактацион аменорея усули	Агар чакалок факат кукрак билан озикланса ва менструал функция тикланманган бўлса биринчи 6 ой ичида кулланилади.	
Аёллар стерилизацияси	Тугрукдан кейинги биринчи 48 соатда ёки 6 хафтадан кейин куллаш мумкин.	

Мавзу № 18: “Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича

	классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари., билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Перинаталь ёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга

	мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№18 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Ҳомиладорларнинг илк токсикозлари. Ҳомиладорларнинг қусиши: белгилари, оғирлиги даражаси бўйича классификацияси, клиника, ташхис қўйиш ва даволаш принциплари.

Ҳомиладорлик токсикозлари (ХТ) тушунчаси ҳомиладорлик туфайли юзага келган ва ҳомиладорлик тугаши билан бартараф бўладиган барча патологик ҳолатларни ўз ичига олади. ХТ она ва бола томонидан асоратларга олиб келиши мумкин, баъзан экстрагенитал патологияларга ҳам сабаб бўлади.

Токсикозлар – аёл организмида ҳомиладорлик туфайли вужудга келадиган патологик ҳолат бўлиб, кўпгина симптомлар билан намоён бўлади, улардан асосийси марказий нерв системаси, қон томирлари ҳолатининг ва моддалар алмашинувининг бузилишидир.

Эрта пайдо бўладиган токсикозлар асосан нерв, эндокрин системаси, овқат ҳазм қилиш йўллари, иммунологик ва бошқа системалар ҳолатига боғлиқ бўлади. Бунда аёлнинг кўнгли айнийди, қайта-қайта қайт қилади, сўлаги оқади ва ҳоказо.

Ҳозирги кунда 50 дан ортиқ назариялар борки, уларда эрта пайдо бўладиган токсикозлар турлича талқин қилинади. Бизда кортико-висцерал назария кенг тарқалган бўлиб, 1950 йил бошида машҳур акушерлар С. М. Беккер, А. П. Николаев, А. А. Лебедевлар буни И. П. Павловнинг марказий нерв системаси фаолиятини ўрганиш назариясига асосланган ҳолда талқин қиладилар. Бу назария бўйича эрта пайдо бўладиган токсикозларда рефлексор реакция издан чиқади. Рефлекс эса бачадондаги нерв охирилариинг ҳомила тухуми таъсирлаши натижасида вужудга келадиган

импульсларидир. Европа ва Америка Қўшма Штатлари олимлари ХГ гормоннинг (хориогоник гонадотропин) кўп ишланиб чиқиши натижасида жигар фаолияти бузилади, деб ҳисоблайдилар. 1937 йилда француз олими Бриндоан ва бошқалар эрта гестоз (тўхтовсиз қусиш) ХГ гормони концентрацияси нормаллаша борган сари аёлнинг аҳволи яхшилана боришини кузатганлар.

ЭТИОЛОГИЯСИ: илгари тухум хужайра экзотоксинлар манбаи деб ҳисобланганлиги учун токсикоз деб номланарди, лекин ҳозирча ҳеч ким токсин топмаган.

ПАТОГЕНЕЗИ. Эрта токсикоз ривожланиш механизмини тушунтирувчи назариялар: рефлексор, невроген, гормонал, аллергик, иммунологик, кортико-висцерал.

Замонавий назарияларга кўра: илк ва кечки токсикозлар аёл организмининг ривожланиб бораётган ҳомиладорликка мослаша олмаётганлиги туфайли келиб чиқади. Ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида учрайдиган ҳамма токсикозлар кўпроқ анамнези оғирлашган ҳомиладорларда юзага келади. Уларда аниқ патологик кўринишлар бўлмаса-да, ҳомиладорлик кўзғатувчи омил бўлиб ҳисобланади ва ҳомиладорлик асоратларига олиб келади.

1. **Нейрогуморал назария:** ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолияти бузилганлиги натижасида моддалар алмашинувининг нейрогуморал бошқарилиши ҳам издан чиқади, оқибатда қондаги оқсил, микроэлементлар, электролитлар, гормон ва медиаторларнинг ўзаро муносабатлари ўзгаради, бу эса қонда тўла оксидланмаган моддалар ҳосил бўлиши ва бошқа ички аъзолар қатори жигар фаолиятининг бузилиши эса аёл организмининг заҳарланишига олиб келади.

2. **Аллергик назария:**

Оқсил субстанциялари сифатида аёл организмига аллергенлар ҳомила ва йўлдошдан ўтади.

3. **Буйрак билан боғлиқ назария:**

Ҳомиладор бачадон буйрак томирларини эзганлиги сабабли, буйрак ишемияси юзага келади ва ренин ишлаб чиқарилиши кучаяди.

4. Кортико-висцерал назария (стресс).

5. Эндокрин назария.

6. Иммунологик назария.

7. Генетик назария.
8. Плацентар назария.
9. Гемодинамик назария.
10. Аёл ва ҳомила ўртасидаги гематологик конфликт назарияси.
11. Интоксикация назарияси.
12. Инфекция назарияси.

(30дан ортиқ назария мавжуд).

Ҳомиладорлик илк токсикозлари 50-60% ҳомиладор аёлларда учрайди, лекин улардан 10% даволанишга мухтож бўлади. Илк ҳомиладорлик токсикозлари 2 турга бўлинади:

Эрта токсикозлар таснифи:

1) Кўп учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: қусиш, кўнгил айланиши, сўлак оқиши.

2) Кам учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: Ҳомиладорлик дерматозлари, ҳомиладорлик бронхиал астмалари, ҳомиладорлик гепатозлари (ҳомиладорлик ёғли гепатозига).

Илк токсикозларнинг энг кўп учрайдиган шакли бу – қусиш.

Қусиш клиник ҳолатига, лаборатор кўрсаткичларга ва учрашига кўра 3 та даражага бўлинади: енгил, ўртача оғир ва оғир даража.

ПАТОГЕНЕЗИ. Ҳомиладорликда қусиш моддалар алмашинуви ва электролитлар баланси бузилган ҳомиладор ва ҳомила ҳолатида дегидратацияга олиб келади. Қусишнинг келиб чиқишида гормонал муҳит дисбаланси муҳим рол ўйнайди. Бунга эстрогенлар етишмаслиги, ХГ микдорининг юқорилиги, кортикостероидлар секрециясининг камайиши ва парасимпатик нерв системаси фаоллигининг ортиши сабаб бўлади. Она ва ҳомиланинг иммунологик мос келмаслиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Энг кўп ҳомиладорлик қусиши ошқозон - ичак йўлида патологияси бўлган ҳомиладорларда учрайди. Қусиш электролитлар йўқотилишига ва дегидратацияга олиб келади. Сувсизланиш буйрак фаолияти пасайишига

сабаб бўлади: коптокчалар филътрацияси тезлиги камайиши туфайли, суткалик диурез камаяди.

Қон плазмасида калий ва натрий ионлари концентрацияси ортади, хужайра ташқарисидаги суюқлик камаяди. Очлик ривожланиши натижасида гипопроотеинемия юзагакелади.

Асосий озука манбаи ёғлар ҳисобланади, организмда гликогеннинг сарфланиши ёғлар парчаланишини кучайтиради, бу эса ўз навбатида кетон таначалари тўпланишига, липолиз тезлиги ортишиги, эркин ёғ таначаларининг кўпайишига сабаб бўлади.

Эркин ёғ кислоталари жигарда кетон таначаларига айланиши натижасида оғир гиперлипидемиядан то жигар ёғли инфильтрациясигача кузатилиши мумкин. Кетоацидознинг ўзи ҳам қусишга сабаб бўлиб, дегидратация ва электролитлар баланси бузилишларини кучайтиради. Қўшимча хужайра ичи ва хужайрадан ташқаридаги суюқликларнинг камайиши тўқима ва аъзолар гипоксиясига, мочевина концентрацияси ортишига, гематокрит кўрсаткичи ортишига (дегидратация туфайли), эритроцитлар ва гемоглобин миқдорларининг мос келмаслигига сабаб бўлади. Гемоглобин ва гематокритнинг юқори миқдорлари ҳомиладорлик илк токсикозининг оғир даражада эканлигидан дарак беради. Бу жараёнлар натижасида метаболик ацидоз билан гипокалиемия ривожланади. Ҳомиладорликда қусиш оғирлик даражасини аниқлаш учун қуйидаги текширувларни ўтказиш керак:

1- қон клиник таҳлиллари: гематокрит ортиши, гемоглобин, эритроцитлар, СОЭ ортиши.

2- қон биохимиявий таҳлиллари: умумий оқсил ва унинг фракциялари миқдори, фибриноген, тромбоцитлар кўрсаткичи, жигар ферментларини аниқлаш.

3- сийдик таҳлили: нисбий зичлигининг ортиши, суткалик диурезнинг ортиши, мочевина, креатинин миқдорини, буйракдаги жараён даражасини аниқлаш учун.

4- бу ҳамма патологик жараёнлар ЭКГ бузилишига олиб келади, бу эса ўз электролитлар баланси бузилиши даражасини кўрсатади, ЭЭГ .

5- сутка давомида қайт қилишлар сонини санаш ва суткалик диурез билан таққослаш.

6- умумий ҳолатини баҳолаш : шикоятлари , пульси , тери қуруқлиги ва бошқалар. Қусишнинг енгил даражасини даволамаса ҳам бўлади. Оғир ва ўрта оғир даражаларини даволаш шарт.

Илк токсикозлар клиникаси .

1-даража (енгил формаси): нерв системасининг функционал ҳолати ўзгаради. Бунда бош миянинг фаоллиги камайиб, пўстлоқ ости қаватиники ортади, вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади, аммо моддалар алмашинуви ва бошқа аъзо ва системалар фаолиятида ўзгаришлар кузатилмайди.

Бунда кўнгил айниш, қусиш 4-5 марта, тана вазнининг камайиши 5%, пульс 80 та, АҚБ меъёрада, УКТ ва УПТ меъёрада, диурез адекват.

2-даража (ўртача формаси): Токсикознинг бу турида нерв системасида ўзгаришлар кузатилади. Организмда углевод ва ёғалмашинуви бузилиши натижасида кетоацидо вужудга келади. Ички секреция безлари, жумладан гипофиз, буйрак усти беzi, сарик тана фаолияти ва бошқалар бузилади.

Бу турда аёл суткасига 10 марта ва ундан кўп қайт қилади. Бунда қайт қилиш овқатланишга боғлиқ бўлмайди. Бемор озиб кетади (1 ҳафтада 3кг), ҳарорати 37,5°C га кўтарилиши мумкин, томир уриши 90—100 гача кўтарилади артериал қон босими пасаяди. Организмда сув камайгани туфайли оғиз қурийди, анемия кузатилади. Кетоацидоз (ацетон +++)кузатилади, диурез кам. Тўғри даволанса, касаллик тузалиши, акс ҳолда оғир турга ўтиб кетиши мумкин.

3 даража (оғир формаси): токсикознинг бу тури жуда оғир кечиb, ҳаётий муҳим аъзо ва системаларга путур етади, углеводлар, ёғлар, минерал тузлар алмашинуви бузилади. Аёлда метаболик ацидоз вужудга келади. Бунда аёл суткасига 20—25 марта ва бундан ҳам кўп қайт қилади. Бемор озиб, териси қуруқшайди, бўшашади, тилини қараш қоплайди. Қусуғидан ацетон ҳиди келиб туради. Танасининг ҳарорати 38—38,5°C гача кўтарилади. Пульси тезлашиб, минутига 100—120 мартага етади. Бемор кам сияди, унда ацетон, баъзан оксил ва цилиндрлар бўлади. Қонда азот қолдиғи кўпаяди, хлоридлар камаяди, кўпинча билирубин концентрацияси ошади. Организмда суюқлик камайиши туфайли гемоглобин миқдори ошади, тери шиллиқ қаватлари сарғаяди. Агар даво қилинмаса, организмда захарланиш ва дистрофик ўзгаришлар авж олиб, кома натижасида касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Токсикознинг оғир турида аёлда физиологик ва патологик ўзгаришлар кузатилади. Физиологик ўзгаришлар пайдо бўлишига сабаб меъдадаги таъсирловчи ва токсик моддалардир. Ҳомиладорликдаги патологик ўзгаришлар марказий нерв системасининг қўзғалиши, моддалар алмашинуви ва эндокрин безлар фаолияти бузилиши натижасида вужудга келади. Қайт қилиш марказий

нерв системаси орқали бошқарилиб туради. Узунчоқ миёда қайт қилиш маркази билан бирга нафас, юрак-томир ва сўлак ажратиш ва ҳид билиш маркази ҳам жойлашган. Шу сабабли қусишдан олдин кўнгил айланиши кўпаяди, нафас олиш чуқурлашади, периферик томирлар спазми (сиқилиши) натижасида беморнинг рангги ўчади. Бу ҳолат қайт қилиш марказининг таъсирланиши натижасида вужудга келади.

ДАВОЛАШ

- Пархез.
- Даволовчи-ҳимояловчи режим.
- Гипносуггестив терапия, марказий электроаналгезия, игна санчиш терапияси, рефлексотерапия.
- Медикаментоз терапия: М-холинолитиклар (атропин), антигистаминлар (пипольфен, дипразин, тавегил), нейролептиклар (галоперидол, дроперидол), дофамин антагонистлари (реглан, церукал). Инфузион моддалар (кристаллоидлар, коллоидлар, глюкоза, альбумин, натрий бикарбонат 4 %), метаболизмни кучайтирувчи моддалар (ККБ, рибоксин, витаминлар).

Қайт қилишга бир қатор омилларни ҳисобга олган ҳолда даво қилинади. Булар қуйидагилардан иборат:

- Қайт қилиш маркази фаолиятини нормаллаштириш.
- Қайт қилиш марказини таъсирловчи хеморецептор зонасини блокировка қилиш.
- Меъданинг рефлексор кўзғалувчанлигини қисман сусайтириш ҳамда унинг қисқариш фаоллигини ошириш.

Илгарилари қайт қилиш маркази фаолиятини сусайтиришда седатив ва уйку дорилар ишлатилган. Ҳозирги кунда қайт қилишни тўғридан-тўғри тўхтатиш учун холинолитик, антигистамин ва нейролептик препаратлар буюрилади.

Қусишга қарши ишлатиладиган препаратлар қайт қилиш маркази ва хеморецептор зонанинг нейромедиатор системасига, холинолитик ҳамда атропинга ўхшаш препаратлар (масалан, скополамин) қусиш марказининг холинергик рецепторларига таъсир қилади, аммо етарли ёрдам бера олмайди, бунда бир қатор кўшимча ҳолатлар: оғиз ва томоқнинг қуриши, чанқаш, кўзғалувчанлик, галлюцинация ва бошқалар кузатилади. Қайт қилишга қарши антигистамин препаратлардан: димедрол, пипольфен, дипразин ва бошқалар қўлланилади. Бу препаратларнинг асосий таъсири седатив холинолитик компонентлардир. Гистаминга ўхшаш таъсир этадиган препаратлар кунига 2 марта 1- 2 мл дан қўлланилади.

Нейролептик препаратлардан фенотиазин ва бутирофенон ҳам яхши ёрдам беради, марказий нерв системасининг хеморецептор зонасига қаратилган. Аминазин, этаперазин, металеразин, трифтазин ва бошқалар қайт қилишда яхши таъсир этади. Дроперидол қайт қилишда аминазиндан кўра анча

кучлироқ таъсир кўрсатади, аммо унинг ножўя таъсири бўлганлиги туфайли ишлатишда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Дроперидол қон босимини пасайтириб юбориши мумкин. Ортостатик коллапс рўй бермаслиги учун препарат юборилгандан кейин камида 2- 3 соат ётиш керак. Дроперидолни қўллагандан сўнг экстрапирамидал бузилиш ҳолатлари — титраш, мушакларнинг тортишиб қолиши, психомотор бузилишлар кузатилади. Бундай ҳолат рўй бергудай бўлса, нейролептик препаратлар билан бирга атропиндан 0,5 мл укол қилиш зарур.

Шундай қилиб, бу препаратлар таъсирида эрта юз берадиган токсикозга хос бўлган меъда-ичак атонияси ҳам йўқолади, аммо бунда секреция ўзгармайди. Дофаминнинг антагонисти кўп нейролептикларда қайт қилиш марказининг холинореактив ҳолатига таъсир этмайди. Шу сабабли қайт қилишни тўхтатиш учун холинолитик препаратларни улар билан биргаликда буюриш ҳам яхши ёрдам беради. Нейролептиклар ва антигистамин препаратларни бирга буюриш яхши натижа беради. Масалан, церукал ва димедрол ёки дроперидол ва пипольфенларни буюриш ҳам фойдали. Булар суткасига 1-2 мл дан, антигистамин эса 2 мл дан буюрилади.

Меъданинг рефлексор кўзғалишини нормаллаштириш учун новокаин ичиш буюрилади. Бундан ташқари, адреналин ҳам меъда мускуллари тонусини нормаллаштиради. Бунинг учун 0,1% ли адреналин эритмаси 1—2 ош қошиқдан кунига бир маҳал ичилади. Қайт қилишга даво қилишдан мақсад уни тўхтатиш бўлиб қолмасдан, балки моддалар алмашинуви ва электролитлар мувозанатини яхшилашга қаратилган бўлиши зарур. Қайт қилиш натижасида айниқса гликоген (турғун бўлмаган энергия манбаи) камайиб кетади, кетоз ҳолати вужудга келади.

Токсикоз вақтида ёғ кислоталарнинг йиғилиши натижасида ацидоз пайдо бўлади. Сийдик билан бирга кўп миқдорда кетон таначалари ажралади, кетонурия ҳолати кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ўзгаришларни нормага келтириш учун инфузион даволаш усулларида фойдаланиш лозим. Бу асосан уч йўл билан амалга оширилади: коллоид эритмалар, кристаллоид эритмалар ва овқат рационини тўғри белгилаш.

Кристаллоид эритмалар: глюкоза, ош тузи, калий хлорид, Рингер-Локк эритмаси, натрий бикарбонат, глюкоза билан новокаин аралашмаси ва бошқалардан иборат. Бу препаратлар асосан организм қайт қилиш натижасида сувсизланганда буюрилади.

Парентерал овқатлантириш учун глюкоза, аминокислоталарнинг концентранган эритмаси, альбумин, плазмадан фойдаланилади. Инфузион даво беморнинг аҳволига қараб олиб борилади. Қанча суюқлик юбориш беморнинг сийдик ажратиш қобилятига қараб белгиланади. Суткалик диурез 1000 мл дан кам бўлмаслиги лозим. Беморнинг гематокрит кўрсаткичи 39% дан кам бўлмаслиги керак. Бемор қайт қилганда кўп миқдорда калий тузини йўқотади. Натижада гипокалиемия вужудга келади. Бу ҳолат электролит алмашинуви мувозанатини ва юрак-томир системаси фаолиятини издан чиқаради.

Гипокалиемиянинг клиник белгилари: тахикардия, кўшимча пароксизм, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, юракнинг тез-тез уриши, «юракнинг титраши», ЭКГ да тахикардия, аритмия, миокардда ишемия белгилари кузатилади.

Гипокалиемияни даволаш учун калий хлорид эритмаси, панангиндан 250-300 мл физиологик эритмага аралаштириб юборилади. «Дисоль» препарати ҳам гипокалиемияни даволашга ёрдам беради, уни 400—800 мл дан касаллик аломатлари йўқолгунча томчилатиб венага юборилади. Эрта токсикозларни даволаш асосан организмдаги барча ўзгаришларни нормаллаштиришга қаратилган бўлиши лозим. Витамин препаратларидан ҳам тўғри фойдаланиш зарур. Бунинг учун айниқса, бош мия ҳужайралари фаолиятини яхшиловчи моддалар зарур, улар қон орқали ҳужайраларга етиб боради. Бунда глюкозанинг аҳамияти катта. Витаминлардан В, С ҳам жуда зарур.

Беморга кокарнит 1 ампула (3мл) дан 1% 1мл лидакаин билан бирга м/о га ҳар куни 6-12 кун давомида яхши ёрдам беради. Кокарбоксилаза 100 мг, 0,5% ли липоид кислотадан 4,0 мл, 20% ли кальций пантотенатдан 2,0 мл, 5% ли аскорбин кислотаси 6-8 мл тери остига юборилади.

Эссенциал препаратдан 7—10 кун 10 мл дан укол қилингандан кейин, беморга иккинчи турдаги комплекс препаратлар: пиридоксильфосфат 0,02 дан 3 маҳал, фолат кислотаси 0,001 дан кунига 3 маҳал, метионин 1 таблеткадан 3 маҳал ичишга буюрилади. Допрокин (домперидон) 10 мг 2 таблеткадан кунига 3-4 марта ва кечасига 3 – 5 кун, кейин 1табл. дан 3-4 маҳал кунига тайинланади.

Овқат хилларини буюришда организмнинг кетоацидоз ҳолатига аҳамият бериш лозим, бунинг учун овқатда углеводлар, оксил ҳамда ёғ миқдори етарли даражада бўлиши лозим. Эрта пайдо бўладиган токсикозларни даволашда беморга тайинланадиган овқат таркиби токсикозни пайдо қилган омилларга қарши қаратилган бўлмоғи зарур. Овқат жуда иссиқ бўлмаслиги, меъдани кимёвий ва рефлектор жиҳатдан таъсирламаслиги зарур. Аёл суткасига 6—8 марта оз-оздан илиқ ҳолдаги овқатни ўринда ётган ҳолда истеъмол қилиши керак. Унга қовурилган, маринадланган овқатлар, пиёз, саримсоқ, гармдори, кондитер маҳсулотлар, мой (сариеғдан ташқари) тавсия этилмайди. Беморга қайнатилган, буғда пиширилган овқатлар, турли бўтқалар, ширин творог, буғда пиширилган гўшт, картошка пюре бериш мумкин. Асал, илитилган тухум, қотирилган нон берса ҳам бўлади. Минерал сувларни газини чиқариб ичиш лозим. Юқорида айтиб ўтилган овқатлар енгил турдаги токсикозда буюрилади. Қайт қилиш камайгандан 7 кун ўтгач аёл аста-секин овқатлар хилини ўзгартириши мумкин. Ўртача ва оғир турдаги токсикоз билан аёл стационарга ётқизилади. Асосан парентерал йўл билан овқатлантириш, глюкоза, электролитлар, оксил моддалари, интоксикацияга қарши препаратлар, қон ўрнини босадиган препаратлардан буюрилади. Аста-секин суюқлик миқдори оширилади. Овқат беморнинг аҳволига қараб белгиланади. Қайт қилиш тўхтагандан кейин ҳам 10 кунгача шу хилда даволашни давом эттириш керак бўлади. Беморнинг умумий аҳволи

яхшилангани қайт қилмаётганлиги, вазнининг ортиб боришига қараб аниқланади. Даво натижаси касаллик варақасига ёзиб борилади.

Қуйидаги ҳолатлар ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлади:

Умумий ҳолатнинг оғирлиги.

яқин 6-12 соат ичида даволаш самара бермаса.

Адинамия, умумий ҳолсизликнинг кучайиши, эйфория.

Тахикардия, 1 минутда 120 гача.

Гипотензия 80 мм см уст.

Тери сарғайиши.

Ўнг қовурга остидаги оғриклар.

Диурезнинг камайиши суткада 300-400 мл.

Гипербилирубинемия 100 мкмоль\л, қолдиқ азот, мочевина миқдори кўпайиши.

Комплекс даво самарадорлиги 1-3 сутка давомида йўқлиги.

Сўлак оқиши . Сўлак оқиши гестознинг оғир турида кўпроқ учрайди. Бир кеча-кундузда бир литрча сўлак оқиши мумкин. Сўлакнинг доимий равишда оз-оздан оқиб туриши беморнинг тинкасини қуритади, аммо унинг умумий аҳволига унчалик таъсир қилмайди. Агар сўлак кўп оқса, лаб бичилиши мумкин, бунда беморнинг иштаҳаси пасаяди, умумий аҳволи оғирлашади, озиб кетади, уйқуси бузилади.

ПАТОГЕНЕЗИ: эстрогенлар оғиз бўшлиғининг эпителийсига актив таъсир қилади, сўлак ажралишини кучайтиради, иштаҳа камаёди, умумий ҳолсизланиш, лабда ва лаб бурчаклари терисида мацерация ҳолатлари кузатилади ва сувсизланиш белгилари пайдо бўлади.

Сўлак оқишига қусишдаги каби даво қилинади. Аёлга шароит яратиб бериш, психотерапия, физиотерапия усулларида фойдаланиш лозим. Даво стационар шароитида олиб борилади. Бу ерда беморга тинчлантирувчи, асаб системасини тартибга солувчи дорилар (седатив), витаминлар, глюкоза ва бошқалар буюрилади. Оғизни мармарак, мойчечак, ментол эритмаси билан чайиш ҳам ёрдам бериши мумкин. Агар сўлак кўп оқса, атропиндан 0,0005 граммдан кунига 2 марта бериш мумкин. Лаб, лунж соҳалари бичилганда вазелин, Лассар пастаси суртиш лозим. Одатда муолажалардан сўнг сўлак оқиши камайиб, аёлда ҳомиладорлик нормал давом этади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА КАМ УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

Тетания (tetania gravidarum). Бўқоқ беи фаолияти бузилиши натижасида кальций алмашинуви издан чиқади ва аёлда тетанияга мойиллик туғилади. Баъзи олимларнинг айтишича, бўқоқ беи фаолиятининг илгариги етишмовчилиги ҳомиладорликда яққол намоён бўлади.

Касалликда қўл мускуллари («акушер қўли»), оёқ («балерина оёғи»), баъзан юз, тана, ҳиқилдоқ мускулларининг тиришиши кузатилади. Ҳомиладорлик тугаши билан бу ҳолатлар йўқолади. Даволашда кальций препаратлари, паратиреоидин, витамин D₂ ишлатилади.

Токсикоз оғир кечганда ҳомиладорликни муддатидан илгари тўхтатиш лозим бўлади.

Дерматозлар. Ҳомиладорликдаги дерматозлар тери касалликлари

ҳисобланиб, асосан ҳомиладорлик даврида пайдо бўлади, ҳомиладорлик тугагандан кейин ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Дерматозлар одатда қичишиш билан кечади, баъзан экзема, эшакем, эритема, учуқ кабилар тошади. Дерматознинг кўпроқ учрайдиган тури (*pruritus gravidarum*) ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ёки охирида пайдо бўлиши мумкин. Одатда у жинсий аъзолар соҳасига ёки бутун танага тарқалади. Дерматозга диагноз қўйиш унчалик мураккаб эмас. Аммо албатта қон касалликлари, гижжа, овқат моддалари ва дорига аллергия бўлган ҳолларда эҳтиёт бўлиб даволаш лозим. Даво асосан асаб системасини тинчлантиришга қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини яхшилаш, бунинг учун дипразин (пипольфен), димедрол, кальций хлор, витаминлар ва ультрабинафша нурлар яхши ёрдам беради.

Экзема (*eczema gravidarum*). Бу ҳам ҳомиладорликда учраб туради ва из қолдирмай тузалиб кетади, аммо кейинги ҳомиладорликда яна қайталаши мумкин. Экземанинг кўкрак беzi, қорин, сон, қўл териларида бўлиши кузатилади. Даво чоралари асосан, дерматологлар билан биргаликда олиб борилади. Кўпинча натрий бром, кофеин, кальций хлорид ва бошқа десенсибиловчи моддалардан фойдаланиш яхши натижа бериши мумкин.

Ҳомиладорликдаги кам учрайдиган токсикозларга учуқ кўринишидаги (*herpes simplex, herpes zoster*) касалликлар кириб, камдан-кам ҳолларда импетиго (*impetigo herpetiformis*) ҳодисаси кузатилиши мумкин.

Баъзан ҳомиладорларда тез ўтиб кетадиган эшакем, эритема кузатилади. Ҳомиладорликда учрайдиган **жигарнинг ўткир сарик дистрофияси**. Бу касаллик жуда кам учраб, аёлнинг ҳаёти учун жуда катта хавф туғдиради. Бундай патологиянинг келиб чиқиши ҳали аниқ эмас. Бунда касаллик тобора авж олиб, жигар фаолияти сусая боради. Бундан ташқари, қон томирларда қон тикилиб қолади, геморрагик белгилар кузатилади, олигурия (ҳатто анурия), шиш пайдо бўлади, оқсил камайиб кетади. Бемор қайт қилади, тиришади, баъзан кома рўй бериб, касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Даволаш. Дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш, интоксикацияга қарши препаратлар: гемодез, глюкоза, оқсилли ва липотроп ва холиретик (цролесим) препаратлардан фойдаланиш лозим бўлади.

Остеомаляция. Камдан-кам учрайдиган касаллик бўлиб, фосфор ва кальций алмашинуви бузилишидан пайдо бўлади. Бунда суякларда кальций ва фосфор деярли камайиб кетади. Натижада скелет суяклари юмшаб (чанок, умуртқа, оёқ ва қўллар) деформацияланиши кузатилади. Касалликнинг келиб чиқиши ҳали тўла ўрганилмаган.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, остеомаляция ҳодисаси ички секреция безлари фаолияти бузилганда, авитаминоз ва бошқаларда кўп учрайди. Бунда касалликка диагноз қўйилиши билан дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлади. Касалликнинг енгил тури ҳомиладорликда кузатиладиган симфизопатия (симфизит) деб юритилади. Симфизопатияда оёқ ва чанок суякларидаги оғриқ аёлнинг юришини ўзгартиради, у тез чарчайди, қов соҳаси-даги суякларнинг бир-биридан ажралгани кузатилади. Пайпаслаганда оғрийди.

Даволаш. Витамин Е 15—20 томчидан кунига 3 маҳал ичилади, прогестерон (5-10 мг дан) мускул орасига юборилади, симоб-кварц лампаси билан нурлантирилади. Бундай даволаш усулларидадан фойдаланилганда касаллик аста-секин яхшилана боради.

Мавзу № 19: “Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида ҳамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида ҳамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни.

-шериклик туғрукка тайёргарликни..	
Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№19 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда кўнгил айнаш ва қусиш синдромида ҳамширалик парвариши хусусиятлари, олдини олиш.

Ҳомиладорлик токсикозлари (ХТ) тушунчаси ҳомиладорлик туфайли юзага келган ва ҳомиладорлик тугаши билан бартараф бўладиган барча патологик ҳолатларни ўз ичига олади. ХТ она ва бола томонидан асоратларга

олиб келиши мумкин, баъзан экстрагенитал патологияларга ҳам сабаб бўлади.

Токсикозлар – аёл организмида ҳомиладорлик туфайли вужудга келадиган патологик ҳолат бўлиб, кўпгина симптомлар билан намоён бўлади, улардан асосийси марказий нерв системаси, қон томирлари ҳолатининг ва моддалар алмашинувининг бузилишидир.

Эрта пайдо бўладиган токсикозлар асосан нерв, эндокрин системаси, овқат ҳазм қилиш йўллари, иммунологик ва бошқа системалар ҳолатига боғлиқ бўлади. Бунда аёлнинг кўнгли айнийди, қайта-қайта қайт қилади, сўлаги оқади ва ҳоказо.

Ҳозирги кунда 50 дан ортиқ назариялар борки, уларда эрта пайдо бўладиган токсикозлар турлича талқин қилинади. Бизда кортико-висцерал назария кенг тарқалган бўлиб, 1950 йил бошида машҳур акушерлар С. М. Беккер, А. П. Николаев, А. А. Лебедевлар буни И. П. Павловнинг марказий нерв системаси фаолиятини ўрганиш назариясига асосланган ҳолда талқин қиладилар. Бу назария бўйича эрта пайдо бўладиган токсикозларда рефлекс реакция издан чиқади. Рефлекс эса бачадондаги нерв охирилариининг ҳомила тухуми таъсирлаши натижасида вужудга келадиган импульсларидир. Европа ва Америка Қўшма Штатлари олимлари ХГ гормоннинг (хориогоник гонадотропин) кўп ишланиб чиқиши натижасида жигар фаолияти бузилади, деб ҳисоблайдилар. 1937 йилда француз олими Бриндоан ва бошқалар эрта гестоз (тўхтовсиз қусиш) ХГ гормони концентрацияси нормаллаша борган сари аёлнинг аҳволи яхшилана боришини кузатганлар.

ЭТИОЛОГИЯСИ: илгари тухум ҳужайра экзотоксинлар манбаи деб ҳисобланганлиги учун токсикоз деб номланарди, лекин ҳозирча ҳеч ким токсин топмаган.

ПАТОГЕНЕЗИ. Эрта токсикоз ривожланиш механизмини тушунтирувчи назариялар: рефлексор, невроген, гормонал, аллергия, иммунологик, кортико-висцерал.

Замонавий назарияларга кўра: илк ва кечки токсикозлар аёл организмнинг ривожланиб бораётган ҳомиладорликка мослаша олмаётганлиги туфайли келиб чиқади. Ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида учрайдиган ҳамма токсикозлар кўпроқ анамнези оғирлашган ҳомиладорларда юзага келади. Уларда аниқ патологик кўринишлар бўлмаса-да, ҳомиладорлик кўзгатувчи омил бўлиб ҳисобланади ва ҳомиладорлик асоратларига олиб келади.

2. **Нейрогуморал назария:** ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолияти

бузилганлиги натижасида моддалар алмашинувининг нейрогуморал бошқарилиши ҳам издан чиқади, оқибатда қондаги оқсил, микроэлементлар, электролитлар, гормон ва медиаторларнинг ўзаро муносабатлари ўзгаради, бу эса қонда тўла оксидланмаган моддалар ҳосил бўлиши ва бошқа ички аъзолар қатори жигар фаолиятининг бузилиши эса аёл организмининг заҳарланишига олиб келади.

2. Аллергик назария:

Оқсил субстанциялари сифатида аёл организмига аллергенлар ҳомила ва йўлдошдан ўтади.

3. Буйрак билан боғлиқ назария:

Ҳомиладор бачадон буйрак томирларини эзганлиги сабабли, буйрак ишемияси юзага келади ва ренин ишлаб чиқарилиши кучаяди.

4. Кортико-висцерал назария (стресс).

5. Эндокрин назария.

6. Иммунологик назария.

7. Генетик назария.

8. Плацентар назария.

9. Гемодинамик назария.

10. Аёл ва ҳомила ўртасидаги гематологик конфликт назарияси.

11. Интоксикация назарияси.

12. Инфекция назарияси.

(30дан ортиқ назария мавжуд).

Ҳомиладорлик илк токсикозлари 50-60% ҳомиладор аёлларда учрайди, лекин улардан 10% даволанишга муҳтож бўлади. Илк ҳомиладорлик токсикозлари 2 турга бўлинади:

Эрта токсикозлар таснифи:

1) Кўп учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: қусиш, кўнгил айланиши, сўлак оқиши.

2) Кам учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: Ҳомиладорлик дерматозлари, ҳомиладорлик бронхиал астмалари, ҳомиладорлик гепатозлари (ҳомиладорлик ёғли гепатозигача).

Илк токсикозларнинг энг кўп учрайдиган шакли бу – қусиш.

Қусиш клиник ҳолатига, лаборатор кўрсаткичларга ва учрашига кўра 3 та даражага бўлинади: енгил, ўртача оғир ва оғир даража.

ПАТОГЕНЕЗИ. Ҳомиладорликда қусиш моддалар алмашинуви ва электролитлар баланси бузилган ҳомиладор ва ҳомила ҳолатида дегидратацияга олиб келади. Қусишнинг келиб чиқишида гормонал муҳит дисбаланси муҳим рол ўйнайди. Бунга эстерогенлар етишмаслиги, ХГ микдорининг юқорилиги, кортикостероидлар секрециясининг камайиши ва парасимпатик нерв системаси фаоллигининг ортиши сабаб бўлади. Она ва ҳомиланинг иммунологик мос келмаслиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Энг кўп ҳомиладорлик қусиши ошқозон - ичак йўлида патологияси бўлган ҳомиладорларда учрайди. Қусиш электролитлар йўқотилишига ва дегидратацияга олиб келади. Сувсизланиш буйрак фаолияти пасайишига сабаб бўлади: коптокчалар фильтрацияси тезлиги камайиши туфайли, суткалик диурез камаяди.

Қон плазмасида калий ва натрий ионлари концентрацияси ортади, ҳужайра ташқарисидаги суюқлик камаяди. Очлик ривожланиши натижасида гипопротеинемия юзагакелади.

Асосий озуқа манбаи ёғлар ҳисобланади, организмда гликогеннинг сарфланиши ёғлар парчаланишини кучайтиради, бу эса ўз навбатида кетон таначалари тўпланишига, липолиз тезлиги ортишига, эркин ёғ таначаларининг кўпайишига сабаб бўлади.

Эркин ёғ кислоталари жигарда кетон таначаларига айланиши натижасида оғир гиперлипидемиядан то жигар ёғли инфильтрациясигача кузатилиши мумкин. Кетоацидознинг ўзи ҳам қусишга сабаб бўлиб, дегидратация ва электролитлар баланси бузилишларини кучайтиради. Қўшимча ҳужайра ичи ва ҳужайрадан ташқаридаги суюқликларнинг камайиши тўқима ва аъзолар гипоксиясига, мочевина концентрацияси ортишига, гематокрит кўрсаткичи ортишига (дегидратация туфайли), эритроцитлар ва гемоглобин микдорларининг мос келмаслигига сабаб бўлади. Гемоглобин ва гематокритнинг юқори микдорлари ҳомиладорлик илк токсикозининг оғир даражада эканлигидан дарак беради. Бу жараёнлар натижасида метаболик

ацидоз билан гипокалиемия ривожланади. Ҳомиладорликда қусиш оғирлик даражасини аниқлаш учун қуйидаги текширувларни ўтказиш керак:

1- қон клиник таҳлиллари: гематокрит ортиши, гемоглобин, эритроцитлар, СОЭ ортиши.

2- қон биокимиявий таҳлиллари: умумий оқсил ва унинг фракциялари миқдори, фибриноген, тромбоцитлар кўрсаткичи, жигар ферментларини аниқлаш.

3- сийдик таҳлили: нисбий зичлигининг ортиши, суткалик диурезнинг ортиши, мочевино, креатинин миқдорини, буйракдаги жараён даражасини аниқлаш учун.

4- бу ҳамма патологик жараёнлар ЭКГ бузилишига олиб келади, бу эса ўз электролитлар баланси бузилиши даражасини кўрсатади, ЭЭГ .

5- сутка давомида қайт қилишлар сонини санаш ва суткалик диурез билан таққослаш.

6- умумий ҳолатини баҳолаш : шикоятлари , пульси , тери қуруқлиги ва бошқалар. Қусишнинг енгил даражасини даволамаса ҳам бўлади. Оғир ва ўрта оғир даражаларини даволаш шарт.

Илк токсикозлар клиникаси .

1-даража (енгил формаси): нерв системасининг функционал ҳолати ўзгаради. Бунда бош миyanинг фаоллиги камайиб, пўстлоқ ости қаватиники ортади, вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади, аммо моддалар алмашинуви ва бошқа аъзо ва системалар фаолиятида ўзгаришлар кузатилмайди.

Бунда кўнгил айниш, қусиш 4-5 марта, тана вазнининг камайиши 5%, пульс 80 та, АҚБ меъёрда, УКТ ва УПТ меъёрда, диурез адекват.

2-даража (ўртача формаси): Токсикознинг бу турида нерв системасида ўзгаришлар кузатилади. Организмда углевод ва ёғалмашинуви бузилиши натижасида кетоацидоз зужудга келади. Ички секреция безлари, жумладан гипофиз, буйрак усти бези, сарик тана фаолияти ва бошқалар бузилади.

Бу турда аёл суткасига 10 марта ва ундан кўп қайт қилади. Бунда қайт қилиш овқатланишга боғлиқ бўлмайди. Бемор озиб кетади (1 ҳафтада 3кг), ҳарорати 37,5°C га кўтарилиши мумкин, томир уриши 90—100 гача кўтарилади артериал қон босими пасаяди. Организмда сув камайгани туфайли оғиз қурийди, анемия кузатилади. Кетоацидоз (ацетон ++++) кузатилади, диурез кам. Тўғри даволанса, касаллик тузалиши, акс ҳолда оғир турга ўтиб кетиши

мумкин.

3 даража (оғир формаси): токсикознинг бу тури жуда оғир кечиб, ҳаётий муҳим аъзо ва системаларга путур етади, углеводлар, ёғлар, минерал тузлар алмашинуви бузилади. Аёлда метаболик ацидоз вужудга келади. Бунда аёл суткасига 20—25 марта ва бундан ҳам кўп қайт қилади. Бемор озиб, териси қуруқшайди, бўшашади, тилини қараш қоплайди. Қусуғидан ацетон хиди келиб туради. Танасининг ҳарорати 38—38,5°C гача кўтарилади. Пульси тезлашиб, минутига 100—120 мартага етади. Бемор кам сияди, унда ацетон, баъзан оксил ва цилиндрлар бўлади. Қонда азот қолдиғи кўпаяди, хлоридлар камаяди, кўпинча билирубин концентрацияси ошади. Организмда суюқлик камайиши туфайли гемоглобин миқдори ошади, тери шиллиқ қаватлари сарғаяди. Агар даво қилинмаса, организмда захарланиш ва дистрофик ўзгаришлар авж олиб, кома натижасида касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Токсикознинг оғир турида аёлда физиологик ва патологик ўзгаришлар кузатилади. Физиологик ўзгаришлар пайдо бўлишига сабаб меъдадаги таъсирловчи ва токсик моддалардир. Ҳомиладорликдаги патологик ўзгаришлар марказий нерв системасининг кўзғалиши, моддалар алмашинуви ва эндокрин безлар фаолияти бузилиши натижасида вужудга келади. Қайт қилиш марказий нерв системаси орқали бошқарилиб туради. Узунчоқ миёда қайт қилиш маркази билан бирга нафас, юрак-томир ва сўлак ажратиш ва хид билиш маркази ҳам жойлашган. Шу сабабли қусишдан олдин кўнгил айланиши кўпаяди, нафас олиш чуқурлашади, периферик томирлар спазми (сиқилиши) натижасида беморнинг рангги ўчади. Бу ҳолат қайт қилиш марказининг таъсирланиши натижасида вужудга келади.

ДАВОЛАШ

- Парҳез.
- Даволовчи-ҳимояловчи режим.
- Гипносуггестив терапия, марказий электроаналгезия, игна санчиш терапияси, рефлексотерапия.
- Медикаментоз терапия: М-холинолитиклар (атропин), антигистаминлар (пипольфен, дипразин, тавегил), нейролептиклар (галоперидол, дроперидол), дофамин антагонистлари (реглан, церукал). Инфузион моддалар (кристаллоидлар, коллоидлар, глюкоза, альбумин, натрий бикарбонат 4 %), метаболизмни кучайтирувчи моддалар (ККБ, рибоксин, витаминлар).

Қайт қилишга бир қатор омилларни ҳисобга олган ҳолда даво қилинади. Булар қуйидагилардан иборат:

- Қайт қилиш маркази фаолиятини нормаллаштириш.
- Қайт қилиш марказини таъсирловчи хеморецептор зонасини блокировка қилиш.
- Меъданинг рефлексор кўзгалувчанлигини қисман сусайтириш ҳамда

унинг қисқариш фаоллигини ошириш.

Илгарилари қайт қилиш маркази фаолиятини сусайтиришда седатив ва уйку дорилар ишлатилган. Ҳозирги кунда қайт қилишни тўғридан-тўғри тўхтатиш учун холинолитик, антигистамин ва нейролептик препаратлар буюрилади.

Қусишга қарши ишлатиладиган препаратлар қайт қилиш маркази ва хеморецептор зонанинг нейромедиатор системасига, холинолитик ҳамда атропинга ўхшаш препаратлар (масалан, скополамин) қусиш марказининг холинергик рецепторларига таъсир қилади, аммо етарли ёрдам бера олмайди, бунда бир қатор қўшимча ҳолатлар: оғиз ва томоқнинг қуриши, чанқаш, кўзгалувчанлик, галлюцинация ва бошқалар кузатилади. Қайт қилишга қарши антигистамин препаратлардан: димедрол, пипольфен, дипразин ва бошқалар қўлланилади. Бу препаратларнинг асосий таъсири седатив холинолитик компонентлардир. Гистаминга ўхшаш таъсир этадиган препаратлар кунига 2 марта 1- 2 мл дан қўлланилади.

Нейролептик препаратлардан фенотиазин ва бутирофенон ҳам яхши ёрдам беради, марказий нерв системасининг хеморецептор зонасига қаратилган. Аминазин, этаперазин, металеразин, трифтазин ва бошқалар қайт қилишда яхши таъсир этади. Дроперидол қайт қилишда аминазиндан кўра анча кучлироқ таъсир кўрсатади, аммо унинг ножўя таъсири бўлганлиги туфайли ишлатишда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Дроперидол қон босимини пасайтириб юбориши мумкин. Ортостатик коллапс рўй бермаслиги учун препарат юборилгандан кейин камида 2- 3 соат ётиш керак. Дроперидолни қўллагандан сўнг экстрапирамидал бузилиш ҳолатлари — титраш, мушакларнинг тортишиб қолиши, психомотор бузилишлар кузатилади. Бундай ҳолат рўй бергудай бўлса, нейролептик препаратлар билан бирга атропиндан 0,5 мл укол қилиш зарур.

Шундай қилиб, бу препаратлар таъсирида эрта юз берадиган токсикозга хос бўлган меъда-ичак атонияси ҳам йўқолади, аммо бунда секреция ўзгармайди. Дофаминнинг антагонисти кўп нейролептикларда қайт қилиш марказининг холинореактив ҳолатига таъсир этмайди. Шу сабабли қайт қилишни тўхтатиш учун холинолитик препаратларни улар билан биргаликда буюриш ҳам яхши ёрдам беради. Нейролептиклар ва антигистамин препаратларни бирга буюриш яхши натижа беради. Масалан, церукал ва димедрол ёки дроперидол ва пипольфенларни буюриш ҳам фойдали. Булар суткасига 1-2 мл дан, антигистамин эса 2 мл дан буюрилади.

Меъданинг реффлектор кўзғалишини нормаллаштириш учун новокаин ичиш буюрилади. Бундан ташқари, адреналин ҳам меъда мускуллари тонусини нормаллаштиради. Бунинг учун 0,1% ли адреналин эритмаси 1—2 ош қошиқдан кунига бир маҳал ичилади. Қайт қилишга даво қилишдан мақсад уни тўхтатиш бўлиб қолмасдан, балки моддалар алмашинуви ва электролитлар мувозанатини яхшилашга қаратилган бўлиши зарур. Қайт қилиш натижасида айниқса гликоген (турғун бўлмаган энергия манбаи) камайиб кетади, кетоз ҳолати вужудга келади.

Токсикоз вақтида ёғ кислоталарнинг йиғилиши натижасида ацидоз пайдо

бўлади. Сийдик билан бирга кўп миқдорда кетон таначалари ажралади, кетонурия ҳолати кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ўзгаришларни нормага келтириш учун инфузион даволаш усулларида фойдаланиш лозим. Бу асосан уч йўл билан амалга оширилади: коллоид эритмалар, кристаллоид эритмалар ва овқат рационини тўғри белгилаш.

Кристаллоид эритмалар: глюкоза, ош тузи, калий хлорид, Рингер-Локк эритмаси, натрий бикарбонат, глюкоза билан новокаин аралашмаси ва бошқалардан иборат. Бу препаратлар асосан организм қайт қилиш натижасида сувсизланганда буюрилади.

Парентерал овқатлантириш учун глюкоза, аминокислоталарнинг концентрантланган эритмаси, альбумин, плазмадан фойдаланилади. Инфузион даво беморнинг аҳолига қараб олиб борилади. Қанча суюқлик юбориш беморнинг сийдик ажратиш қобилиятига қараб белгиланади. Суткалик диурез 1000 мл дан кам бўлмаслиги лозим. Беморнинг гематокрит кўрсаткичи 39% дан кам бўлмаслиги керак. Бемор қайт қилганда кўп миқдорда калий тузини йўқотади. Натижада гипокалиемия вужудга келади. Бу ҳолат электролит алмашинуви мувозанатини ва юрак-томир системаси фаолиятини издан чиқаради.

Гипокалиемиянинг клиник белгилари: тахикардия, қўшимча пароксизм, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, юракнинг тез-тез уриши, «юракнинг титраши», ЭКГ да тахикардия, аритмия, миокардда ишемия белгилари кузатилади.

Гипокалиемиyani даволаш учун калий хлорид эритмаси, панангиндан 250-300 мл физиологик эритмага аралаштириб юборилади. «Дисоль» препарати ҳам гипокалиемиyani даволашга ёрдам беради, уни 400—800 мл дан касаллик аломатлари йўқолгунча томчилатиб венага юборилади. Эрта токсикозларни даволаш асосан организмдаги барча ўзгаришларни нормаллаштиришга қаратилган бўлиши лозим. Витамин препаратларидан ҳам тўғри фойдаланиш зарур. Бунинг учун айниқса, бош мия хужайралари фаолиятини яхшиловчи моддалар зарур, улар қон орқали хужайраларга етиб боради. Бунда глюкозанинг аҳамияти катта. Витаминлардан В, С ҳам жуда зарур.

Беморга кокарнит 1 ампула (3мл) дан 1% 1мл лидакаин билан бирга м/о га ҳар куни 6-12 кун давомида яхши ёрдам беради. Кокарбоксилаза 100 мг, 0,5% ли липоид кислотадан 4,0 мл, 20% ли кальций пантотенатдан 2,0 мл, 5% ли аскорбин кислотаси 6-8 мл тери остига юборилади.

Эссенциал препаратдан 7—10 кун 10 мл дан укол қилингандан кейин, беморга иккинчи турдаги комплекс препаратлар: пиридоксильфосфат 0,02 дан 3 маҳал, фолат кислотаси 0,001 дан кунига 3 маҳал, метионин 1 таблеткадан 3 маҳал ичишга буюрилади. Допрокин (домперидон) 10 мг 2 таблеткадан кунига 3-4 марта ва кечасига 3 — 5 кун, кейин 1табл. дан 3-4 маҳал кунига тайинланади.

Овқат хилларини буюришда организмнинг кетоацидоз ҳолатига аҳамият бериш лозим, бунинг учун овқатда углеводлар, оксил ҳамда ёғ миқдори

етарли даражада бўлиши лозим. Эрта пайдо бўладиган токсикозларни даволашда беморга тайинланадиган овқат таркиби токсикозни пайдо қилган омилларга қарши қаратилган бўлмоғи зарур. Овқат жуда иссиқ бўлмаслиги, меъдани кимёвий ва рефлектор жиҳатдан таъсирламаслиги зарур. Аёл суткасига 6—8 марта оз-оздан илиқ ҳолдаги овқатни ўринда ётган ҳолда истеъмол қилиши керак. Унга қовурилган, маринадланган овқатлар, пиёз, саримсоқ, гармдори, кондитер маҳсулотлар, мой (сариеғдан ташқари) тавсия этилмайди. Беморга қайнатилган, буғда пиширилган овқатлар, турли бўтқалар, ширин творог, буғда пиширилган гўшт, картошка пюре бериш мумкин. Асал, илитилган тухум, қотирилган нон берса ҳам бўлади. Минерал сувларни газини чиқариб ичиш лозим. Юқорида айтиб ўтилган овқатлар енгил турдаги токсикозда буюрилади. Қайт қилиш камайгандан 7 кун ўтгач аёл аста-секин овқатлар хилини ўзгартириши мумкин. Ўртача ва оғир турдаги токсикоз билан аёл стационарга ётқизилади. Асосан парентерал йўл билан овқатлантириш, глюкоза, электролитлар, оксил моддалари, интоксикацияга қарши препаратлар, қон ўрнини босадиган препаратлардан буюрилади. Аста-секин суюқлик миқдори оширилади. Овқат беморнинг аҳволига қараб белгиланади. Қайт қилиш тўхтагандан кейин ҳам 10 кунгача шу хилда даволашни давом эттириш керак бўлади. Беморнинг умумий аҳволи яхшилангани қайт қилмаётганлиги, вазнининг ортиб боришига қараб аниқланади. Даво натижаси касаллик варақасига ёзиб борилади.

Қуйидаги ҳолатлар ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлади:

Умумий ҳолатнинг оғирлиги.

яқин 6-12 соат ичида даволаш самара бермаса.

Адинамия, умумий ҳолсизликнинг кучайиши, эйфория.

Тахикардия, 1 минутда 120 гача.

Гипотензия 80 мм см уст.

Тери сарғайиши.

Ўнг қовурга остидаги оғриқлар.

Диурезнинг камайиши суткада 300-400 мл.

Гипербилирубинемия 100 мкмоль/л, қолдиқ азот, мочевино миқдори кўпайиши.

Комплекс даво самарадорлиги 1-3 сутка давомида йўқлиги.

Сўлак оқиши . Сўлак оқиши гестознинг оғир турида кўпроқ учрайди. Бир кеча-кундузда бир литрча сўлак оқиши мумкин. Сўлакнинг доимий равишда оз-оздан оқиб туриши беморнинг тинчасини қуритади, аммо унинг умумий аҳволига унчалик таъсир қилмайди. Агар сўлак кўп оқса, лаб бичилиши мумкин, бунда беморнинг иштаҳаси пасаяди, умумий аҳволи оғирлашади, озиб кетади, уйқуси бузилади.

ПАТОГЕНЕЗИ: эстрогенлар оғиз бўшлиғининг эпителийсига актив таъсир қилади, сўлак ажралишини кучайтиради, иштаҳа камаяди, умумий ҳолсизланиш, лабда ва лаб бурчаклари терисида мацерация ҳолатлари кузатилади ва сувсизланиш белгилари пайдо бўлади.

Сўлак оқишига қусишдаги каби даво қилинади. Аёлга шароит яратиб бериш, психотерапия, физиотерапия усулларида фойдаланиш лозим. Даво

стационар шароитида олиб борилади. Бу ерда беморга тинчлантирувчи, асаб системасини тартибга солувчи дорилар (седатив), витаминлар, глюкоза ва бошқалар буюрилади. Оғизни мармарак, мойчечак, ментол эритмаси билан чайиш ҳам ёрдам бериши мумкин. Агар сўлак кўп оқса, атропиндан 0,0005 граммдан кунига 2 марта бериш мумкин. Лаб, лунж соҳалари бичилганда вазелин, Лассар пастаси суртиш лозим. Одатда муолажалардан сўнг сўлак оқиши камайиб, аёлда ҳомиладорлик нормал давом этади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА КАМ УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

Тетания (tetania gravidarum). Бўқоқ беи фаолияти бузилиши натижасида кальций алмашинуви издан чиқади ва аёлда тетанияга мойиллик туғилади. Баъзи олимларнинг айтишича, бўқоқ беи фаолиятининг илгариги етишмовчилиги ҳомиладорликда яққол намоён бўлади.

Касалликда кўл мускуллари («акушер кўли»), оёқ («балерина оёғи»), баъзан юз, тана, ҳиқилдоқ мускулларининг тиришиши кузатилади. Ҳомиладорлик тугаши билан бу ҳолатлар йўқолади. Даволашда кальций препаратлари, паратиреоидин, витамин D₂ ишлатилади.

Токсикоз оғир кечганда ҳомиладорликни муддатидан илгари тўхтатиш лозим бўлади.

Дерматозлар. Ҳомиладорликдаги дерматозлар тери касалликлари ҳисобланиб, асосан ҳомиладорлик даврида пайдо бўлади, ҳомиладорлик тугагандан кейин ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Дерматозлар одатда кичишиш билан кечади, баъзан экзема, эшакем, эритема, учуқ кабилар тошади. Дерматознинг кўпроқ учрайдиган тури (pruritus gravidarum) ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ёки охирида пайдо бўлиши мумкин. Одатда у жинсий аъзолар соҳасига ёки бутун танага тарқалади. Дерматозга диагноз қўйиш унчалик мураккаб эмас. Аммо албатта қон касалликлари, гижжа, овқат моддалари ва дорига аллергия бўлган ҳолларда эҳтиёт бўлиб даволаш лозим. Даво асосан асаб системасини тинчлантиришга қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини яхшилаш, бунинг учун дипразин (пипольфен), димедрол, кальций хлор, витаминлар ва ультрабинафша нурлар яхши ёрдам беради.

Экзема (eczema gravidarum). Бу ҳам ҳомиладорликда учраб туради ва из қолдирмай тузалиб кетади, аммо кейинги ҳомиладорликда яна қайталаши мумкин. Экземанинг кўкрак беи, қорин, сон, кўл териларида бўлиши кузатилади. Даво чоралари асосан, дерматологлар билан биргаликда олиб борилади. Кўпинча натрий бром, кофеин, кальций хлорид ва бошқа десенсибиловчи моддалардан фойдаланиш яхши натижа бериши мумкин.

Ҳомиладорликдаги кам учрайдиган токсикозларга учуқ кўринишидаги (herpes simplex, herpes zoster) касалликлар кириб, камдан-кам ҳолларда импетиго (impetigo herpetiformis) ҳодисаси кузатилиши мумкин.

Баъзан ҳомиладорларда тез ўтиб кетадиган эшакем, эритема кузатилади. Ҳомиладорликда учрайдиган **жигарнинг ўткир сарик дистрофияси**. Бу касаллик жуда кам учраб, аёлнинг ҳаёти учун жуда катта хавф туғдиради. Бундай патологиянинг келиб чиқиши ҳали аниқ эмас. Бунда касаллик тобора авж олиб, жигар фаолияти сусая боради. Бундан ташқари, қон томирларда

кон тикилиб қолади, геморрагик белгилар кузатилади, олигурия (хатто анурия), шиш пайдо бўлади, оксил камайиб кетади. Бемор қайт қилади, тиришади, баъзан кома рўй бериб, касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Даволаш. Дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш, интоксикацияга қарши препаратлар: гемодез, глюкоза, оксилли ва липотроп ва холиретик (цролесим) препаратлардан фойдаланиш лозим бўлади.

Остеомаляция. Камдан-кам учрайдиган касаллик бўлиб, фосфор ва кальций алмашинуви бузилишидан пайдо бўлади. Бунда суякларда кальций ва фосфор деярли камайиб кетади. Натижада скелет суяклари юмшаб (чанок, умуртка, оёқ ва қўллар) деформацияланиши кузатилади. Касалликнинг келиб чиқиши ҳали тўла ўрганилмаган.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, остеомаляция ҳодисаси ички секреция безлари фаолияти бузилганда, авитаминоз ва бошқаларда кўп учрайди. Бунда касалликка диагноз қўйилиши билан дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлади. Касалликнинг енгил тури ҳомила-дорликда кузатиладиган симфизопатия (симфизит) деб юритилади. Симфизопатияда оёқ ва чанок суякларидаги оғриқ аёлнинг юришини ўзгартиради, у тез чарчайди, қов соҳаси-даги суякларнинг бир-биридан ажралгани кузатилади. Пайпаслаганда оғрийди.

Даволаш. Витамин Е 15—20 томчидан кунига 3 маҳал ичилади, прогестерон (5-10 мг дан) мускул орасига юборилади, симоб-кварц лампаси билан нурлантирилади. Бундай даволаш усулларида фойдаланилганда касаллик аста-секин яхшилана боради.

Мавзу №20: “Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.

<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қўлланмалар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№20 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладор ва эмизувчи аёл овқатланиши. Гигиена. Кун тартиби. Психофизиологик тайёрлаш.

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ

Бу даврда аёллар организмида аъзо ва тизимлар функцияси ўзгариши билан бирга моддалар алмашинуви ҳам ўзгаради.

Ҳ а в о а л м а ш и н у в и . Хорион киприклари оралиғида, киприк капиллярлари деворининг жуда юпқа пардаси ва уларни қоплаб турган эпителийлар ёрдамида она билан ҳомила қони ўртасида яқин алоқа боғланади. Аммо она қони билан ҳомила қони аралашмайди, чунки ҳар бирининг ўзига хос қон айланиш тизими мавжуд. Ҳаво алмашинуви асосан кислород алмашувидан иборат. Она организмидаги кислороднинг бир қисмини ҳомила ўзлаштиради, шу туфайли ҳомиладор аёл организмнинг кислородга бўлган эҳтиёжи жуда ортади.

О қ с и л а л м а ш и н у в и . Ҳомиладор аёл организмидаги оксил моддалар ҳомиладорлик даврида (айниқса биринчи ярмида) бачадоннинг ўсиши ва сут безларининг ривожланиши учун зарур бўлган махсус оксил моддаларни ишлаб чиқаришга, кейинчалик эса ҳомиладор организмида ҳомила тўқимаси ва аъзоларнинг шаклланишига сарфланади.

Бундан ташқари, туғиш ва чақалоқни эмизиш вақтида (туққандан кейинги 1—1,5 йил давомида) она организмдан сарф бўладиган оксилни тиклаш учун оксил моддаларнинг бир қисми сарфланади. Одатда ҳомиладорлик даврида оксил алмашинуви сусаяди, шунга кўра у оксилга бой ҳайвонот маҳсулотларини кўп тановул қилиши ярамайди, чунки ҳомиладор организмида оксил кўпайса зарарли таъсир кўрсатадиган оралик маҳсулотлар (тўла парчаланмаган оксиллар) тўпланиши мумкин. Шунга кўра бошқа турдаги оксиллардан фойдаланиш керак.

М и н е р а т у з л а р а л м а ш и н у в и . Ҳомиладор аёл организмидаги тўқималарда, айнқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида сув ва хлоридлар кўпаяди. Бу иккала омил тўқималарнинг қайишқоқлик

хусусиятини оширади ва туғруқ вақтида ҳомиланинг туғиш йўлларида ўтиши осонлашади.

Ҳомиладор ва ҳомила учун кальций, натрий, кальций, фосфор, магний ва темир тузлари керак бўлади. Кальций тузлари ҳомила скелетининг суякланишига сарфланади. Агар она организмига кальций тузи етарли миқдорда тушмаса, ҳомила скелети турли ўзгаришларга учрайди. Организмда кальций тузининг етишмаслиги ҳомиладор тишларининг емирилишига, чириб бузилишига, тирноқларининг мўрт бўлиб қолишига олиб келади. Оғир ҳолатларда суяклар юмшаб мўрт бўлиб қолади. Ҳомиладор организмидаги фосфор асосан кальций тузи билан бирга ҳомила суяк тизимининг ривожланишида иштирок этади. Бундан ташқари, фосфор нерв тизимининг тузилиши учун ҳам сарфланади. Агар шу ҳар хил тузлар организмда етарли бўлмаса, тетания, остеомалация вужудга келиши мумкин. Фосфор ва кальций тузлари етишмаса, чаноқ суяги юмшаб шакли ўзгариши мумкин. Аммо бу патологик ҳолат ҳозирги вақтда деярли учрамайди, чунки ҳамма аёллар оилавий поликлиникада аёллар шифокор текширувидан ўтадилар ва уларга вақтида керакли маслаҳатлар берилади.

Темир тузлари ҳомила организмида қон элементлари ташкил топиши учун зарурдир. Бу тузлар асосан ҳомиланинг жигари ва талоғида йиғилади. Она сутида темир тузлари кам бўлганлиги сабабли чақалоқ туғилгандан сўнг дастлабки биринчи ой мобайнида ўз организмида йиғилган шу тузларни сарфлайди. Кўп муаллифларнинг фикрича, ҳомиланинг тараққиёти учун ўрта ҳисобда 450 мг темир тузлари сарфланади. Ҳомиладор аёл таркибида темир тузлари бўладиган овқатлардан еб турмаса, организмда темир моддаси камайиб кетади. Бу ҳолат кўпинча ҳомиладорликнинг 20-28- ҳафталарида намоён бўла бошлайди. Агар аёл организмда темир моддаси жуда ҳам камайиб кетса, ҳомила чала туғилиб, нобуд бўлиши мумкин.

Темир моддасининг етишмаслиги кўпинча камқонлик касаллиги (гипохром анемия)га олиб келади. Бундай анемия Ўзбекистонда 60%—80% ҳолларда учрайди. Шунга кўра бу борада аёллар ўртасида санитария-профилактика ишларини олиб бориш зарур.

Карбонсув (углевод) алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл организмда карбонсув алмашинуви бирмунча кўпаяди. Бунда организм карбонсувни гликоген сифатида ўзлаштиради ва у жигарда тўпланади. Вақт-вақти билан аёлда физиологик глюкозурия кузатилади, бу ҳолатга буйрак эпителийларининг қанд ўтказиш хусусияти ошиши сабаб бўлади, деб ҳисобланади. Қонда эса қанд миқдори ошмайди, ҳомиладорлик даврининг

охирроғида бир оз ошиши мумкин, аммо нормал чегарадан чиқмайди. Бу ҳолат вегетатив нерв системаси фаолиятига боғлиқдир.

Карбонсув организмга қувват берувчи модда ҳисобланади.

С у в а л м а ш и н у в и. Ҳомиладорлик давомида аёл организмида, айниқса тўқималар ичида сув йиғилади, бу баъзан ҳомиладор танаси шишиб кетишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик даврида она организми ва ўсаётган ҳомиланинг сувга бўлган талаби ортади, шунга кўра аёл илгаридан кўра кўпроқ сув ичишга мажбур бўлади. Аммо агар аёлда шиш пайдо бўла бошлаган бўлса, сув ичишни камайтириш мумкин. Шиш ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатиладиган гипертензия ҳолатларида учрайдиган симптомлардан бири бўлиб ҳисобланади.

В и т а м и н л а р а л м а ш и н у в и. Ҳомиладор аёл организмида витаминлар етишмаса гиповитаминоз, оғир ҳолатларда авитаминоз касаллиги вужудга келади. Бу ҳолат ҳомиланинг муддатидан олдин туғилишига, яхши ўсмай қолишига сабаб бўлади.

Ҳомиладор аёл организмида витаминлар камайиб кетса, токсикозларнинг авж олишига қулай шароит яратилади. Аёл организмнинг айниқса витамин А, D, B, E, C витаминларига бўлган талаби катта бўлади.

С витамини сперматозоид билан тухум хужайранинг қўшилиш жараёнининг тўғри кечиши, шунингдек фолликулларнинг ўсиши, бачадон децидуал пардасининг ривожланиши учун ҳам зарур. Организмнинг С витаминига талаби ҳомила ўсган сари орта боради. Агар организмнинг С витаминига бўлган талаби 50 мг бўлса, ҳомиладор организми 120—125 мг, ҳатто 224 мг ни талаб қилади (Г. А. Бакшт). Йўлдош С витамини учун депо ҳисобланиб, ҳомиланинг талабини вақти-вақти билан қондириб туради. Баъзи олимларнинг кўрсатишича, ҳомила организмида тўпланган С витамини она организмидаги миқдордан кўп.

Ҳомиладор аёл организмнинг D витаминига бўлган эҳтиёжи ҳам катта. Маълумки, D витамини кальций ва фосфор алмашинувини бошқариб, тартибга солиб туради. Агар организмда D витамини етишмаса, онанда остеомалация, ҳомилада эса рахит касаллиги вужудга келиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг нормал кечиши учун E ва A витаминлари ҳам зарур. Агар E, A витамини етишмаса, ҳомила чала туғилиши мумкин.

Ёғ алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл қонида липоид каби нейтрал ёғлар ва холестерин ҳам кўпаяди. Булар ҳомила танасининг тузилиши, тери ости ёғ қатламининг ташкил топиши, айниқса ҳомиланинг таракқиёти, бундан ташқари, сут безларида сут ишланиб чиқиши учун зарур бўлади.

Ёғларнинг парчаланиши организмда ацетон вужудга келишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида учрайдиган токсикозларда тўхтовсиз қусганда сийдикдан ацетон таналари топилади, агар бу ҳолат давом этаверса ҳомиладорликни тўхтатиш лозим бўлади.

Ҳомиладорлик даврида аёл ўтида холестерин кам бўлади, аммо чилла даврида кўпайиб, баъзан ўт пуфагида тош йиғилишига мойиллик пайдо бўлади. Ёғ ҳомиладор аёлнинг юрак мускуллари орасида, сут безларида, йўлдошда ҳам кўп тўпланади.

Ҳомиладор аёл ёғли овқатларни кўп истеъмол қилса, организмда ёғнинг парчаланиши издан чиқади ва натижада унда тўла ёнмаган ёғнинг зарарли маҳсулотлари тўпланади ва улар сийдикка ўтади. Оксил ва карбонсувларнинг тўла ёнмаган маҳсулотлари физиологик ацидозга ва сув алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади.

Бачадон бойламларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бачадон бойламлари ҳам ҳомила ўсган сари катталашиб (гипертрофия), узунлашади. Бачадоннинг думалоқ бойлами (leg. rotundum) 4 баробар узунлашади. Думғаза - бачадон бойлами (leg. sacrouterinae) қўл жимжилоғи йўғонлигида бўлиб қолади. Бойламларнинг бундай ўзгариши ҳомиланинг ўсишига ва туғруқда анча қулайлик келтиради. Хусусан, думалоқ бойлам туғиш жараёнида гўё от юганига ўхшаб бачадон тубини тутиб туради. Бу бойламни ҳомиладорликда пайпаслаб кўриш мумкин.

Баъзи акушерлар думалоқ бойламнинг туриш ҳолатига қараб, йўлдошнинг қаерга ёпишганини тахмин қилса бўлади, дейдилар. Масалан, агар йўлдош бачадоннинг орқа деворига жойлашган бўлса, думалоқ бойлам анча олдинда ва бир-бирига яқинроқ жойда бўлади. Агар йўлдош бачадоннинг олдинги деворига жойлашган бўлса, унда думалоқ бойламлар анча орқароқда бўлади.

Ҳомиладорликда эндокрин системанинг ҳолати. Ҳомиладорликда эндокрин система анатомик ва физиологик жиҳатдан бир қатор қаршиликларга учрайди. Бу даврда эндокрин системага яна иккита без-йўлдош ва сариқ тана қўшилади. Айниқса, гипофиз безида анатомик ва

гистологик ўзгаришлар кузатилади. Гипофиз жинсий аъзолар билан функционал жиҳатдан боғлиқ бўлади, бунинг аҳамияти каттадир.

Ҳомиладорликда гипофизнинг олдинги бўлаги анчагина катталашади. Гипофизнинг олдинги бўлагида бўялиш жадаллигига қараб 2 хил хромофилли бўлади. Хромофилли хужайралар доналарининг бўялишига қараб ацидофил ва базофил хужайраларга бўлинади .

Гипофиз олдинги бўлагининг катталашishiда баъзан ҳомиладор аёлда акромегалия белгиларини учратиш мумкин. Аммо ҳомиладорлик тўхташи билан бу белгилар ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Гипофизнинг орқа бўлаги (нейрогипофиз) ҳомиладорликда катталашмайди. Гипофизнинг олдинги бўлаги кўп миқдорда гонадотроп гормонлар ажратади. Гипофиз орқа бўлагининг фаолияти олдинги бўлаги каби марказий нерв системаси назоратида бўлади.

Қалқонсимон безлардаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда қалқонсимон без бирмунча катталашади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, бу ҳолат 35—40% ҳолларда учрайди. Безнинг катталашishi натижасида моддалар алмашинуви ортади, қонда йод миқдори кўпаяди, яъни гипертиреоз пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатилади. Кўпинча без функцияси сустлашиши (гипофункция) мумкин. Бунда йод камайиб кетади, қоннинг қуюлиш хусусияти сусайиб қолади.

Қалқонсимон без олдидаги без кальций алмашинувини бошқаради, ҳомиладорликда унинг фаолияти ошади. Баъзан ҳомиладорликда тиришиш ҳолатларини кўриш мумкин, бу организмда кальций тузининг камайishi туфайли вужудга келади. Бу ҳолат қалқонсимон без олдидаги без фаолияти сусайганда юз беради.

Буйрак усти безидаги ўзгаришлар. Буйрак усти бези пўстлоқ қавати қалинлашиши натижасида катталашади. Буйрак усти безидан оксил, кўмир ва минерал моддалар алмашинувини бошқарувчи гормонлар (кортизон, гидрокортизон) ҳомиладорликда кўпроқ ажралади. Бу безнинг фаолияти ҳомиладорлик даврида муҳимдир.

Асаб системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда мия пўстлоғининг вазифаси ҳақида бир қатор текширишлар ўтказилган. Хусусан М. Л. Гармашова ҳамкасблари билан ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳам мия пўстлоғида ўзгаришлар бўлишини электроэнцефалограмма ёрдамида аниқлаган. Ҳомиладорликда мия пўстлоғи билан бош мия орасидаги

алоқадорлик ўзгаради. Мия пўстлоғида тормозланиш жараёни ошиши, пўстлоқ остида эса тормозланиш жараёнининг сусайиши кузатилади. Шунга кўра вегетатив нерв системасининг тонуси ўзгаради.

Кўпинча вегетатив белгилар юзага келади: ҳомиладор аёлнинг сўлаги оқади, кўнгли айнийди, қайт қилади (ошқозон пилорус қисмининг спазмаси) ҳамда вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади. Қабзият, веналарнинг кенгайиши, сийдик йўлининг қовуққа уланган қисми кенгайганлиги, дермографизмнинг ўзгариши ва бошқалар кузатилади.

Ҳомиладорлик муддатининг охирларида бош мия пўстлоғининг кўзгалувчанлиги анча сусаяди, орқа миянинг рефлексор равишда кўзғалиши зўраяди, бу ҳолат туғруқ дарди бошланиши сабабларидан биридир. Шундай қилиб, ҳомиладор организмнинг туғишга тайёрланиши асосан асаб системасининг мураккаб рефлексор реакциясига боғлиқдир. Бачадон рецепторлари сезувчанлигининг аста-секин ошиши туғруққа тайёрланишга имкон беради.

Ҳомиладорлик бошланишида вужудга келган шартли рефлекслар ҳомиланинг биринчи қимирлашидан то охиригача анчагина ўзгаради, аммо туғруқ дарди бошланиши билан бутунлай йўқолади. Ҳомиладорликда анализаторларнинг фаолияти ўзгариб, бу ҳолат кўриш ва эшитиш қобилиятига таъсир қилади. Парестезия (бармоқларнинг жонсизланиши, чумоли юрганига ўхшаш жимирлаш) ҳолати кузатилади.

Периферик нерв системасидаги ўзгаришлар. Невралгик оғриқлар, айниқса ишиалгия хусусиятидаги, думғаза ва бел соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Кўпинча аёлнинг болдир ва ахилл пайи соҳасида томир тортишади. Баъзан периферик нервларнинг кўзгалувчанлиги ортади (тетанияга ўхшаш ҳолат), тизза рефлекслари зўраяди.

Ҳомиладор аёлнинг салга жаҳли чиқадиган бўлиб қолади, кайфияти ўзгариб туради, уйқучанлик кузатилади, жинсий майл сусаяди. Юқорида қайд қилинган ҳолатлар мия пўстлоғи ва пўстлоқ ости фаолияти ўзаро мувозанатининг ўзгаришига боғлиқдир.

Юрак ва қон томирлар системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда диафрагманинг юқори туриши юракнинг ҳам юқorigа жойлашишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг охирида юрак бир оз кўндаланг ва кўкрак қафасига яқин ётади. Бунда юрак чегараси кенгаяди, юрак зарби анча четроқда бўлади. Катта қон томирлар кўпроқ эгилганига кўра нозик юрак шовқини, кўпинча систолик шовқин эшитилади. Сут безлари катталашиб,

тўлишгани туфайли юрак чегарасини аниқлаш қийинроқ бўлади, буни ультратовуш ва рентген ёрдамида аниқласа бўлади. Агар юрак нормал бўлса, ҳомиладорликда деярли ўзгармайди.

Ҳомиладор юраги ҳомила ўсиши билан аста-секин унга мослаша боради: мускуллари гипертрофиялашиб бир оз кенгаяди, функционал хусусияти ортади. Чунки аёл организмида учинчи қон айланиш системаси (бачадондаги қон айланиш) вужудга келганига кўра, периферик қон томирларнинг қаршилиги ортади. Бачадон катталашган сари бу ҳолат оша боради.

Ҳомиладорликда умумий қон миқдори кўпаяди. Агар қон миқдори ҳомиладор бўлмаган аёлларда умумий тана оғирлигига нисбатан $1/16—1/20$ ни ташкил қилса, ҳомиладорликда $1/12—1/14$ га етади. Қоннинг солиштира оғирлиги ҳомиладор бўлмаган аёлларда 1054—1063 бўлса, ҳомиладорларда камайиб, 1040—1051 бўлиб қолади. Бу ҳолат тўқималарнинг умумий сув ўтказувчанлик хусусиятига таъсир қилади.

Ҳомиладорликда қоннинг ивиш хусусияти ошади, фибрин ва фибриноген миқдори кўпаяди, қон пластинкалари кўпаяди, шунга кўра ҳомиладор аёлларда тромбоз хавфи бўлади. Ҳомиладорлик охирида қоннинг ёпишқоқлиги ошади, қон зардобиди липидлар (холестерин) кўпаяди.

Қон ишлаб чиқариш системаси, айниқса суяк кўмиги бир қатор ўзгаришларга учрайди. Физиологик кечаётган ҳомиладорликда суяк илигининг гемопозитик (қон ишлаб чиқариш) фаолияти ортади. Бунда эритробласт тўқимасида деярли ўзгариш бўлмайди, аммо лейкобласт тўқимасида ҳомиладорликнинг охирида, айниқса биринчи туғувчиларда онда-сонда дегенератив ўзгаришлар кўрилади.

Суяк кўмигининг қон ишлаб чиқариш фаолияти айниқса ҳомиладорликнинг 7—8 ойларида жадаллашади, кейинроқ бир оз сустлашади. Эритробластик реакция, ҳомиладорликнинг биринчи ойларидан мегалобластлар кузатилади.

Нормобластлар орасида митоз базофиллари ва бошқа регенератив шакллариининг кўпайгани, моноцит ва лимфоцитларнинг камайгани кузатилади.

Периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз ва лимфопения бўлади. Қизил қонда кўпинча анемия ҳолати кузатилиб, гемоглобин фоизи ва эритроцит миқдори камаяди. Ранг кўрсаткичи 0,9 атрофида бўлади. Бу

ҳолат ўсаётган ҳомила талабини қондириш учун темир моддасининг сарфланаётгани ва бу ҳол камқонликка олиб келганидан далолат беради.

А. А. Қодирова, Ю. Қ. Жабборова ва бошқалар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида камқонлик (анемия) вужудга келишини, шу муддатда темир моддаси организмда камайиб кетишини, овқатланишга аҳамият бериш, темир моддасига бой таомлар истеъмол қилиш зарурлигини таъкидлайдилар.

Сут безларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда сут безлари сут ишлаб чиқаришга тайёрланади. Без бўлаклари катталашади, пайпаслаб кўрилганда каттиқ тугунчага ўхшайди. Сут беzi сўргичлари катталашиб, атрофи билан бирмунча қорамтир бўлиб қолади. Без тугмачаси атрофида майда-майда безчалар бўртиб чиқади (мангомер безлари — *glandula mangomeri*).

Сут беzi таранглашиб, бир оз осилиб қолади, веналари кенгаяди. Без бўлакларидаги эпителиал хужайралар катталашиб, уларнинг протоплазмасида мой томчилари пайдо бўлади. Агар кўкрак сўргичи атрофи сиқилса, ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталаридаёқ оғиз сути (*Colostrum*) чиқади. Ҳатто ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оғиз сути сиқмаса ҳам ўз-ўзидан чиқиши мумкин. Сутнинг етарли миқдорда бўлишини кўкракнинг катта-кичиклигига ва без бўлақларининг, теридаги веналарнинг кўплигига ва сўргич атрофидаги доиранинг катта-кичиклигига қараб билиш мумкин.

Сут безларидаги бу ўзгаришлар гормонлар таъсирига боғлиқ. Кўпгина муаллифларнинг фикрича, тухумдондан ажраладиган эстроген гормон сут безлари тараққиётига таъсир қилса, гипофиз безининг олдинги бўлагидан ажраладиган пролактин сут ишланиб чиқишига таъсир қилади. Оз миқдордаги пролактин сут ажралишини кўпайтирса, кўп миқдордагиси, аксинча, сутни камайтиради.

Нафас аъзолари системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида ўпка, жигар, диафрагма воситасида юқорига сиқилишига қарамай, унда деярли функционал ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолат кўкрак қафаси юқори ва пастки қисмининг кенгайиши билан ифодаланиб, ҳомиладор организмда сезиларли ўзгаришларни вужудга келтирмайди. Бунинг натижасида ҳомиладорликда ўпканинг ҳажми кенглигича қолади ва ҳаво алмашинуви бирмунча ортади. Ҳомила катта, қоғаноқ суви кўп ёки ҳомила биттадан ортиқ бўлган ҳоллардагина ҳомиладорликнинг охириги даврида нафас тезлашади ва ҳатто нафас қисиши каби ҳолатлар юз беради.

Овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолияти бузилади. Бундай ҳол юқорида айтиб ўтилганидек, вегетатив нерв системаси фаолияти бузилишидан келиб чиқади.

Ҳомиладор аёлнинг баъзан кўнгли айнийди, қайт қилади, сўлаги оқади, ичаклар атонияси, қабзият кузатилади, аёл баъзи овқатларни хуш кўрмайдиган бўлиб қолади. Бўр, кесак ва шунга ўхшаш истеъмол қилиб бўлмайдиган нарсаларни кўнгли тусайди. Бундай ҳолат ҳамма ҳомиладорларда ҳам бўлавермайди. Бош қоронғилик деб аталадиган бундай ҳолатлар 3—4 ой мобайнида йўқолади.

Сийдик чиқариш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бошқа аъзолар каби буйракнинг вазифаси ҳам ортади. Буйрак организмда сув алмашинувини тартибга солувчи, она ва ҳомила организмдан ажралган алмашинув маҳсулотларини ташқарига чиқарувчи аъзодир. Ҳомиладорликда буйракнинг филтрлаш хусусияти сусаяди, шу сабабли ҳомиладор аёл сийдигида кўпинча оз миқдорда қанд ва оксил топилади, лекин бу патологик ҳолат ҳисобланмайди.

Сийдикда қанд пайдо бўлиши физиологик глюкозурия деб аталади. Агар сийдикда оксил пайдо бўлса, бу ҳомиладорликда гипертензия ҳолати бошланишидан дарак беради.

Ҳомиладор организмда сув алмашинуви жараёни ортиши сабабли сийдик миқдори кўпаяди ва ҳомила қовуқни босиб, аёлни тез-тез сийишга мажбур қилади. Бундай ҳол сийдик йўллари касалликларида ва сийдик-тош касалликларида ҳам учраши мумкин.

Мавзу № 21: “Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези ҳақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези ҳақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар,

	назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№21 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда гипертензив синдром. Этиопатогенези ҳақидаги замонавий тушунчалар. Хавф гуруҳларини олиб бориш. Ҳомиладорликдаги гипертензив синдромни классификацияси. Клиника, ташхис қўйиш ва даволаш, олдини олиш.

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛАР

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларини учраши 7% дан 16% гача ўзгариб турибди ва унинг кўп учраши айниқса ривожланаётган давлатларда кузатилмоқда. Оналар ўлимининг сабаби сифатида ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлигида 24% ни ташкил этади, масалан Россияда – 26,3%, Ўзбекистонда – 15,4%га етиб, учинчи ўринни эгаллаб турибди. Маълумки, узоқ вақт давомида оналар ўлими сабаблари орасида акушерлик қон кетишлари эгаллар эди ва 12,5 – 18,2% ни ташкил қилган, лекин оналар ўлимининг қон кетиш сабаби таҳлил қилинганда ўлган аёлларнинг умумий сонидан ярми (46,7%) ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати билан боғлиқ бўлганлиги аниқланди. Ўзбекистон бўйича ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларда оналар ўлими биринчи туғувчилар орасида — 27,5%, Россия Федерациясида – 54,8%; қайта туғувчилар орасида ушбу кўрсаткич 17,1% ва 38,7% ни ташкил этди, тез-тез ва кўп тукқанлар орасида эса– 33,2%. Перинатал ўлим ҳомиладорлик

давридаги гипертензия ҳолатларида 5,3% (18-30%), касалланиш эса 30% (640-780%), ҳомила ривожланишининг орқада қолиши – 40%ни ташкил этади. Сўнгги йилларда дунёда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари кўпайиб бораётгани, жараённинг тезлашиши ва асоратларининг тез ривожланиши билан кечиши қайд этилмоқда. Ҳозирги даврда касаллик аниқланишининг сифати яхшиланди, шу билан бирга ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар хавф гуруҳининг кўпайишига сабаб бўлди.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлари кўпинча экстрагенитал патологияли аёлларда ривожланади (64%). Экстрагенитал касалликлар фонида биргаликда кечадиган ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар учрашининг кўпайишга мойиллиги аниқланмоқда, бу эса маълум даражада оқибатлари оғирлашишига олиб келмоқда.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида гипертензив ҳолатларнинг

этиологияси ва патогенези

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати бу мустақил касаллик эмас, балки она организмнинг мослашиш имконияти билан ривожланаётган ҳомила эҳтиёжларини қондириш орасидаги номутаносиблик синдроми ҳисобланади. Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати – янги бачадон-плацента - ҳомила қон айланиши шаклланиши билан боғлиқ ҳомиладорликдан келиб чиққан асорат, гемостаз тизимидаги томир-тромбоцитлар ҳалқасининг бузилиши, гиперагрегация ва патологик гиперкоагуляция жараёнларининг кучайишидир. Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати қон томирлар торайиши ва ҳаётий зарур аъзолардаги перфузияси билан ифодаланди. Бунда пайдо бўлган патологик симптомокомплекс ҳаётий зарур аъзолар фаолияти бузилишига (марказий нерв системаси, буйрак, жигар, фетоплацентар комплекс) ва полиорган етишмовчиликка олиб келади.

Этиологияси ва патогенези – Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларининг энг мураккаб жиҳатлари. Акушерликдаги ҳеч бир муаммо ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар каби бунчалик синчковлик ва талабчанлик билан, энг янги клиник-лаборатор ва экспериментал текшириш усуллариининг қўлланилиши билан ўрганилмаган ва ўрганилиши давом этмоқда. Сўнгги 8-10 йиллик давомида ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар келиб чиқиши тўғрисидаги тахминий назариялар 30 дан ошиб кетди, лекин ҳеч бири ушбу кўп симптомли касалликнинг кўп белгиларини тушунтира олмайди.

1916 йилда Цвайфель эклампсияни назариялар хасталиги деб атаган. Ўрганилиш жараёнида турли назариялар таклиф қилинган эди: **инфекцион, интоксикацион, кортико-висцерал, эндокрин, иммунологик ва генетик**.

Уларнинг ҳар бири алоҳида ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат келиб чиқишини ўзгача талқин қилар эди.

Дастлабки вақтда тан олинган назариялардан **плацентар назарияси** ҳисобланади, унда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати ҳомиладорларга хос плацентация жараёнидаги иммунологик ва генетик ўзгаришлар акс эттирилган.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар ривожланишида плацентага асосий роль ажратилади, чунки йўлдош ажралгандан сўнг касаллик симптомлари йўқолади. Плацентар назарияси тарафдорлари ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларининг ривожланишидаги туртки ҳисобланадиган плацентадан келиб чиққан гуморал омилларга муҳим аҳамият беришади. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолати ривожланган бемор аёлларда, балки гестациянинг илк босқичларида иммунологик ва генетик хусусиятларга кўра бачадон қон томирларига трофобластнинг миграцияси тормозланиши юз беради, бу эса нормал кечаётган ҳомиладорликка хос. Бунда бачадоннинг қийшайган қон томирлари ҳомиладор бўлмаган аёлларнинг морфологик тузилишини сақлаб қолади; уларда мушак қавати трансформацияси содир бўлмайди. Бачадонни спиралсимон қон томирларининг кўрсатилган морфологик хусусияти ҳомиладорлик авж олган сари уларнинг қисилишига, ворсинкалараро қон айланиши пасайишига ва гипоксияга мойиллик яратади. Бачадон-плацентар комплексида ривожланаётган гипоксия, қон томирлар эндотелийсининг жароҳатланишига олиб келади, уларнинг вазоактив хусусиятлари бузилиб, қон томирлар тонуси ва микроциркуляциянинг бошқарилишида асосий рол ўйнайдиган қатор медиаторлар ажрала бошлайди.

Ҳозирги вақтда кўпчилик тадқиқотчилар қуйидаги хулосага келдилар: ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар ривожланишида бир механизм йўқ, аммо, этиологик омилларнинг бирига таъсир кўрсатиши кузатилади: нейроген, гормонал, иммунологик, генетик, плацентар.

Этиологиясига кўра ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар патогенези кўпроқ аниқланган, унинг негизда тарқалган қон томирлар спазми ётади, бу эса тўқималардаги ишемик ва гипоксик ўзгаришларга ва

уларнинг функцияси бузилишига олиб келади. Гипертензия қон томирлар қисилишининг акси ҳисобланади.

Сўнгги пайтларда тадқиқотчилар эътиборини ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар патогенезидаги простаноидлар роли ўзига жалб этмоқда. Простаноидлар – липид табиатли гуморал биобошқарувчилар бўлиб, ҳомиладорлик вақтида плацента ва ҳомила томонидан ишлаб чиқарилади, улар артериал босимни турли қон томирлар ҳавзаларида бошқаришади (биринчи навбатда миометрал-плацентар-ҳомила тизимидаги қон йўналишида), микроциркуляция жараёнига таъсир этишади. Турли йўналишда таъсир кўрсатиб, простаноидлар нозик тенглаштирилган механизмни, ҳомиладорлик даврида қўшимча (бачадон-плацента-ҳомила) қон айланиши пайдо бўлиши билан қон-томирлар-тромбоцитлар тизимидаги динамик мувозанатни таъминлайди. Ушбу механизмлар айланаётган қон ҳажми, айланаётган плазма ҳажми кўпайишини таъминлайди, умумий периферик қаршилигини пасайтиради, буйракдаги қон айланишни ва буйрак коптокчалар филтрациясини кучайтиради, юрак юкламаси ва ўпкаларнинг ҳаётий ҳажмини кучайтиради, она ва ривожланаётган ҳомиланинг ўзаро мослашиш жараёнларини кучайтиради. Булар ва бошқа мослашиш механизмлари энг муҳим вазифани таъминлайди – ҳомиладорлик (ҳомила) ривожланиши учун оптимал шароитни сақлаш.

Простаноидлар оз миқдорда ишлаб чиқарилиб, улар синтезланган хужайра ва тўқимага таъсир кўрсатади. Лекин уларнинг биологик тенглиги бузилиб микроциркуляция тизимига тушиб қолишса, улар организмга тарқок таъсир ҳам кўрсатишлари мумкин.

Простаноидлар бош миянинг қон томирларни ҳаракатга келтирувчи марказга таъсир қилиб, вегетатив мувозанатни бузади, рефлексоген синокаротид соҳасини таъсирлаб, сув-электрولитли гомеостазни издан чиқаради; биологик фаол моддалар(серотонин, гистамин, ангиотензин II), синергизми ёки антагонизмини шартлайди, цереброваскуляр тизимини ва хужайра иммунитетини назорат қилади, ва ниҳоят, нейропептидлар (мия гормонлари) синтезини таъминлайди.

Сўнгги йилларда кўпчилик тадқиқотчилар ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари келиб чиқишида она-плацента-ҳомила тизимидаги иммунобиологик муносабатлар бузилиши катта роль ўйнаши тўғрисида фикр юритмоқдалар. Ушбу нуқтаи назардан табиий киллер-хужайраларининг интерферон ишлаб чиқарувчи хусусияти пасайиб, уларнинг эритиш фаолияти

камайиши билан патологик импульслар ҳосил бўлиб, иммунологик жараён юзага келишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат ривожланиши жараёнида хужайралар мембраналарининг фаолияти бузилиши кузатилади, бу мембранали оксилларнинг (транспортли, ферментли, гормонли рецепторлар, антитана ва иммунитет билан боғлиқ оксиллар) таъсир механизми ўзгаришида ёки нотўғри бўлиши ҳисобланади, бу ўз навбатида хужайрали тузилмалар фаолияти ўзгаришига олиб келади.

Мембраналарнинг липид биоқавагининг тўсиқловчи функцияси бузилиши ионлар каналларининг фаолияти бузилиши билан биргаликда кечади, биринчи навбатда Ca^{2+} , ва шунингдек, Na^+ , K^+ , Mg^{2+} . Ca^{2+} хужайра ичига мўл кириши унда ўрнига келмайдиган ўзгаришларга, бир томондан, энергетик очлик ва нобуд бўлишига, иккинчи томондан эса, қўшимча мушак контрактурасига ва қон томирлар қисилишига олиб келади. Эклампсия кўндаланг чизилган мушаклар контрактураси бўлганлиги учун, эҳтимол мембраналар ўтказувчанлиги бузилишига ва Ca^{2+} ионларнинг хужайра ичига мўл кириб боришига боғлиқдир. А.Сонрадт (1984, 1985) талвасага тайёргарлик ривожланишида ва эклампсия хуружларида магний етишмовчилиги асосий аҳамиятга эгалигини айтиб ўтган: Mg^{2+} гомеостазнинг барча жараёнларида иштирок этади —углеводли, оксил алмашинувларини бошқаришда, ферментлар фаоллашишида, калий ва натрий транспортида, гемостаз бошқарувида (тромбоцитлар агреггютинациясини босиб туради, фибринли лахтани маҳкамлайди, фибринолизни фаоллаштиради). Ca^{2+} ва Mg^{2+} антагонизм кучига биноан охиргиси концентрациясининг пасайиши хужайралар ичида Ca^{2+} ошишига, микроциркуляциянинг бузилишига, гиперкоагуляцияга ва қон томирлар ичида микролахталар чўкишига ёрдам беради.

Кальций танқислиги ҳам васкуляр ангиотензинлар активлигини кучайтиради ва преэклампсия ривожланишига тўртки бўлади. Преэклампсия ривожланиши мумкин бўлган юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларга кальций тутувчи маҳсулотларни кўпроқ бериш тавсия қилинади.

Тахмин қилинишича, эркин радикаллар токсик ҳисобланади ва қон томир деворига ноҳуш таъсир қилади. Ёғлар метаболизмнинг бузилиши, айниқса, тўйинмаган ёғ кислоталарни простоциклин тромбоксанларнинг синтезига халақит беради, бунинг натижасида ангиотензинга сезувчанликни оширади ва тромбоцитлар тўпланишига олиб келади. Витамин Е, С, бета-

каротинларнинг оз миқдорда бўлиши – преэклампсия ривожланишига олиб келади.

Рух миқдорининг плазмада камайиши ҳам преэклампсияга сабаб бўлиши мумкин.

Кўрсатилган гемодинамик ва метаболик ўзгаришлар комплекси плацентадаги ва ҳаётий аъзолардаги дистрофик жараёнлар ривожланиши учун фон бўлиб хизмат қилади ва уларнинг дисфункциясига сабаб бўлади. Ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолат кечиши давомийлиги чўзилган сари плацентадаги инволюцион, гиперпластик, дистрофик ва некротик хусусиятга эга оғир ўзгаришлар янада чуқурлашиб, сурункали плацентар етишмовчилиги шаклланиши билан ифодаланади. Плацента функциялари (нафас олиш, озикли, ажратиб чиқариш, химоя, гормонал) пасаяди, бу гипоксияга, ҳомиланинг она қорнида ривожланиши орқада қолишига, сувланиш патологиясига (кўпсувлик, камсувлик) олиб келади, ҳомиланинг она қорнида инфекцияланиши хавфи ортиб боришига, хориал гонадотропин ишлаб чиқилиши бузилишига, эстриол, плацентар лактоген ва бошқа гормонлар концентрацияси ўзгаришига, улар орқасидан она-плацента-ҳомила тизимидаги турли бузилишлар изма-из келади. Плацентанинг бачадон деворининг базал мембранаси билан боғлиқлиги сустлашади, ҳомилани “тарк этиш” аниқ хавфи пайдо бўлади. Бунда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатига хос асорат юзага келади – плацентанинг барвақт кўчиши.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат ҳар доим буйраклар фаолиятининг оғир бузилиши билан биргаликда кечади, улар бошқа аъзолардан кўра эртароқ ва кўпроқ жароҳатланади. Буйракдаги асосий ўзгаришлар микроциркуляция даражасидаги буйрак гемодинамикасининг бузилиши, буйрак паренхимасида қон перфузияси пасайиши, буйрак коптокчаларидаги фильтрация тезлиги пасайиши, коптокчалар фильтри ўтказувчанлиги оксиллар учун ошиши, концентрацион ва сув чиқариш фаолияти бузилиши билан ифодаланади. Микротромбоз соҳалари найчаларда ва коптокчаларда ишемик, шишли ва дистрофик ўзгаришлар билан биргаликда кечади.

Найчалар ўтказувчанлигининг ошиши оксилнинг сийдик билан йўқолишига олиб келади. Оғир ҳолатларда ҳомиладор аёлда суткалик сийдикдаги оксил ҳажми 4 г ва ундан ортиқ йўқолиши кузатилади. Буйраклар артериал қон босимининг бошқарувида асосий рол ўйнаши сабабли, буйракдаги патологик жараёнлар гипертензия ривожланишига ва узоқ муддат устун туришига шароит яратади. Ишемияга чалинган буйрак кўп миқдорда

ренин ажратади, у ўз навбатида ангиотензинга айланиб яна ҳам кўпроқ вазоконстрикция ва гипертензияга олиб келади. Ангиотензин II микдорининг ошиши айланаётган қон ҳажмини пасайтирадиган альдостерон микдори ошиши билан биргаликда кечади.

Буйракнинг чиқарув функцияси бузилганлиги сабабли гипокалиемия ва гипернатриемия ривожланади, магний етишмовчилиги пайдо бўлади.

Аъзоларда гемодинамика бузилиши натижасида буйрак усти безининг фаолияти ишдан чиқади. Узоқ муддат ичида антидиуретик гормон, 17-ОКС, катехоламинларнинг персистенцияли ташланиши ўрин олади, бу эса қон томирлар тонусининг назоратини янада бузади. Буйрак усти безининг гиперфункцияси нафақат ҳомиланинг, балки онанинг ҳам буйрак усти бези пўстлоғининг функцияси ҳолдан тойишига ва гипоплазиясига олиб келади.

Жигардаги гипоксия шароити ва микроциркуляциянинг бузилиши оксидланиш-қайтарилиш жараёнлари сустлашиши ва бузилишига олиб келади, гликоген захираларини йўкотадиган тежамсиз анаэробли гликолиз устун кела бошлайди. Дезинтоксикацион функция бузилади. Қон айланишининг сурункали бузилиши натижасида қонда оқсиллар микдори пасайиши оқибатида жигарда оғир патоморфологик ўзгаришлар юзага келади: жигар некрозлари; кўп сонли қон қуйилишлар, айниқса, субкапсуляр тури, жигарнинг фиброз қаватининг таранглашиши бўлиб, ҳатто унинг ёрилишигача; жигарнинг тизимли ёғ босиши - жигарнинг ўткир гепатози, гепатоцитларнинг паренхиматоз ва ёғли дистрофиясига олиб келади.

Сурункали қон томирлар ичидаги қон ивишининг борлиги ўпкани катта микдордаги тромблар, токсинлар, микроблар билан “ифлослайди”. Ўпка қон томирларида иммун комплекслар, фибрин толалари чўка бошлайди, капиллярлар ва альвеоляр мембраналарнинг ўтказувчанлиги ортиб боради. Ўпка паренхимаси жароҳатланади. Лекин нафас етишмовчилиги симптомлари ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатининг охириги босқичида кеч намоён бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатида катта мианинг функционал ва структуралӣ ўзгаришлари, бошқа аъзоларидаги каби микроциркуляциянинг бузилиши, қон томирларда тромбозлар пайдо бўлиши билан нерв ҳужайраларида дистрофик ўзгаришлар ва периваскуляр некрозлар билан ифодаланади. Худди шу вақтда майда нуктали ёки майда ўчоқли қон қуйилишлар ривожланади. Мия шиши (айниқса оғир ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатларида) ва бош мия босими

кўтарилиши хос. Ишемик ўзгаришлар комплекси охир натижада эклампсияга олиб келиши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатнинг узоқ давом этиши, ноадекват терапия, плацентада, бош миёда, буйракларда, жигарда борган сари кучайган структурали-функционал патология, турли кўп миқдорли “патологик айланма”лар ривожланишига шароит яратади ва патологик ўзгаришлар доирасига янги соҳаларни жалб этади.

Преэклампсияга олиб келиши мумкин бўлган омиллар:

- ❖ Ўта ёш ҳомиладор аёллар
- ❖ Паст социал-иқтисодий шароит
- ❖ Анамнезида оғир преэклампсия
- ❖ Қандли диабет
- ❖ Кўп ҳомилали ҳомиладорлик
- ❖ Сурункали гипертензия
- ❖ Елбугуз
- ❖ Резус мос келмаслик
- ❖ Семириш
- ❖ 35 ёшдан ошган аёллар ҳомиладор бўлса
- ❖ буйрак касалликлари
- ❖ юрак касалликлари

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар таснифи, клиникаси ва диагностикаси

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти консенсусга эриш мақсадида ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг қуйидаги таснифини келтирган (ХКТ 10):

- 1. Аввал мавжуд бўлган (сурункали) гипертензия** (ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасигача аниқланган ёки туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач сақланган).
- 2. Аввал мавжуд бўлган гипертензия протеинурия қўшилиб кечиши билан** (сурункали гипертензияга енгил преэклампсиянинг қўшилиши)
- 3. Ҳомиладорлик туфайли вужудга келган гипертензия, протеинуриясиз** (ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия).
- 4. Преэклампсия** (гестацион гипертензия протеинурия билан): енгил ва оғир даражаси
- 5. Эклампсия**
- 6. Аниқланмаган (таснифланмаган) гипертензия ва/ёки протеинурия**

ЖССТ экспертлари ҳомиладорлик давридаги артериал гипертензиянинг оғирлик даражасини баҳолаш ва олиб бориш тактикасини танлаш учун қуйидаги клиник мезонлар тавсия этган. Гипертензияни аниқ кўрсаткичи

бўлиб диастолик босим ҳисобланади, у периферик қаршиликни кўрсатади ва аёлнинг эмоционал ҳолатига систолик босимга қараганда боғлиқ эмас.

Гипертензия диагнози бир марта ўлчаганда диастолик босим 110 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 90 сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса. **Оғир гипертензия** диагнози бир марта ўлчаганда диастолик босим 120 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 110 сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса. Агар гипертензия ҳомиладорликнинг 20- ҳафтасидан кейин, туғруқ вақтида ёки туғруқдан сунг 48 соат ичида пайдо бўлса, бу ҳолат **ҳомиладорлик туфайли индуцирланган гипертензия** деб юритилади. Гипертензия 20 ҳафтагача пайдо бўлса, **сурункали гипертензия** деб айтилади.

Протеинурия. Нормал кечаётган ҳомиладорликда буйраклар орқали оксил ажратилиши ортади, лекин протеинурия патологик ҳисобланмайди, агар у 24 соат ичида 300 мг га тенг ёки ошган бўлмаса, ёки 300 мг/л тенг ёки ошган бўлса, ёки 1+ реагент қоғозчалари ишлатилганда «ботириш» тести тоза ифлосланмаган сийдикда (фақат янги олинган сийдикнинг ўрта порцияси) ҳеч бўлмаганда икки марталик сийдик таҳлилида (ва сийдик йўллари инфекцияси бўлмаганда).

Протеинуриянинг пайдо бўлиши ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатининг кечки симптоми ҳисобланади ва ҳомила учун хавфи ортиб ноҳуш оқибатлар билан боғлиқ. **Артериал қон босимининг ошиши протеинурия билан биргаликда кечиши презклампсия ривожланиши тўғрисида маълумот беради.** Гипертониянинг аниқлиги ва протеинурия бошланиши билан боғлиқлиги ноаниқ. Сийдик таҳлили ҳомиладорлар гипертензиясининг скринингининг ажралмас қисми ҳисобланади. Протеинуриянинг аниқ топилиши учун 24 соат мобайнида тўпланган сийдикни ишончли миқдорий текширув ўтказиш зарур.

Шишлар. Ўрта даражали шишлар ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 50-80 % ҳомиладорларда кузатилади, ва улар одатда оёқларга, корин бўшлиғига, юзига тарқалади. Маълумотлар шуни кўрсатадики, шишлари бор гипертония ёки протеинуриясиз ҳомиладорлар, шишлари йўқ ҳомиладорларга қараганда йирикроқ болаларни туғишади. Бу шишларни ҳомиладорлик давридаги мослашув механизмларининг бир қисми ҳисобланишининг ишончли исботи бўлади. Шишлар ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати аёлларнинг 85 % да учратилади ва одатда тана вазнининг тез ошиши билан боғлиқдир ва уни оддий ҳомиладорликдаги

шишлардан ажратиш қийин. Перинатал ўлим гипертония билан шишлар бирикишидан кўра, фақат гипертонияда пастроқ бўлиши кузатилади. Шишларсиз ўтаётган преэклампсия, шишлар билан бирга кечаётган преэклампсиядан кўра она ва бола учун хавфлироқлиги тан олинганига анча бўлди.

Ҳозирги вақтда преэклампсия тушунчаси тўлиқ аниқланмаганлигига қарамадан, ҳомиладорлик пайтида гипертензив бузилишлари таснифига асосланган ҳолда ЖССТ томонидан тавсия этилган тушунчаларга кўп амал қилинмоқда:

Мавзу № 3: “Акушерликда гипертензив синдром. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давлашнинг замонавий усуллари принциплари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотининг мақсади:</i>	Акушерликда гипертензив синдром. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давлашнинг замонавий усуллари принциплари. , билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда гипертензив синдром. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давлашнинг замонавий усуллари принциплари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқ ичла ри ва вақт и (240дақ иқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1- босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2- босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа		
3- босқич.		Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№22 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда гипертензив синдром. Хомиладорларнинг гипертензив синдромни олди ҳолатлари, клиникаси ва ташхиси. Гипертензив синдромни давлашнинг замонавий усуллари принциплари.

электроанальгезия ёки гипноз ўтказиш керак.

Прееклампсия – Прееклампсия мураккаб нейрогомораль патологик жараён бўлиб, организмнинг хомиладорликка қўникмаси бузилиши билан характерланади. Прееклампсия сабаби ва патогенези полиэтиологик хусусиятга эга. Бунда марказий ва вегетатив нерв системалари фаолияти, юрак-томир системаси, эндокрин системалар фаолияти, модда алмашинуви, иммуногенез ва бошқа жараёнлар бузилади;

Эклампсия – Хомиладорликдаги гипертензиянинг юксак босқичи ҳисобланади. У одатда прееклампсия заминиде келиб чиқади. Бу оғир касаллик организмдаги барча муҳим системалар ва органлар фаолияти бузилганлигини курсатувчи бир канча мураккаб белгилар билан таърифланади. Гавда мушакларининг тортишиб қисқариши, айни вақтда комага тушиш эклампсиянинг энг равшан белгисидир.

Гипертензияси бор хомиладор аёлларни олиб бориш.
поликлиникаларда олиб бориладиган чора тадбирлар:

- хар хафта АД улчаш, протеинурияга сийдик топшириш, хомилани ривожланишини назорат килиш

-агар АД осша – хомиладор аёлни енгил презкламсия сифатида назорат килиш

-хомила ахволининг ёмонлашиш белгилари юзага келганда аёлни дархол госпитализация килиш:

- даво самарали булиши учун хомиладор аёл ва оила аъзолари уртасида презкламсия ва экламсиянинг огир асоратлари буйича тушунтириш ишларини олиб бориш

-агар барча натижалар тургун булса, эхтимол тугрук меъёрида кечади

Енгил презкламсияда хомиладор аёллар билан ишлаш

37 хафтадан кам муддатли хомиладорларда

- Хомиладор аёлни текширувдан утказиш ва даво максадида госпитализация килиш
- АД кунига икки марта улчаш
- Лаборатор текширувлар:
 - умумий кон тахлили, гемоглобин ва гемотакритга;
 - биокимёвий кон тахлили (умумий оксил, плазма электролитлари, мочевина, креатинин, сийдик кислота, билирубин, жигар ферментлари – АЛТ, АСТ, ишкорли фофотаза, натрий, калий, кальций.);
 - кон коагулограмма ;
 - умумий сийдик тахлили хар куни;
 - сийдикни флорага ва антибиотик сезгирлигига экиш;
 - ЭКГ, доплерометрия (юрак геометрияси).
 - буйракда кон айланиши, жигарда плазма ажрарилиши.
- Овкатланиш рационал булиши лозим, 5-6 марта кам микдорла истеъмол килиш. Рационни хайвон махсулотларидан 50%гача оксил (гушт, балик, тухум, сут махсулотлари), колганлари – усимлик махсулотлари ташкил этиши. Айникса творог (100-150г. гача), липотроп хусусиятга эгалиги билан жула фойдали. Ковурилган махсулотлар ман этилади. Овкат рационнда мева, сабзавот ва табиий шарбатлар куп микдорда булиши шарт.
- Агар диастолик артерил босим меъёрида булса ёки сийдикда оксил микдори ошмаса тутканокка карши, антигипертензив, седатив дори воситалари ва транквилизаторлар тавсия этилмайди. Чунки бачадон-йулдош кон айланишидаги томирлар периферик каршилиги ошиши

артериал босим ошишига олиб келиши аниқланган. Шунинг учун артериал босимни тушириш ҳомила гипоксиясини кучайтиради. Преэклампсияда гипотензив терапиядан мақсад АБ 160/110 мм.см.ус. паст ёки или уртача АБ (УАБ) 125 мм. см.ус. булишини таъминлаш. Бу эса қон айланишини меъёрда булишини таъминлайди.

- Диуретиклар тавсия қилинмайди, чунки улар гиповолемияни кучайтиради, АД оширади, буйрак ва плацентар перфузияни ёмонлаштиради
- Агар диастолик АД ва оксил нормада бўлса аёлни ахволи яхшиланса, уйга рухсат бериш мумкин
- агар преэклампсия белгилари, утказилган давога қарамай узғаришсиз қолса, аёлга уйга жавоб берилмай, стационар шароитида юқорида айтиб утилган режа бўйича даво давом эттирилади,
- агар хомиланинг ривожланишда орқада қолиш белгилари аниқланмаса, хомиладорликни давом эттириш ва охиригача назорат қилиш мумкин, агар бу белгилар аниқланса ва даво самарасиз бўлса, унда дарҳол муддатидан олдин тугруқ ҳақида уйлаш лозим.
- 36 ҳафтадан кичик муддатли хомиладорликда албатта хомилада нафас бузилиш синдроми профилактикаси олиб борилади. дексаметазон 4 мгдан 3 кун давомида кунига 2 марта ёки 12 мг м/о ёки в/и ҳар 12 соатда. 3 инъекция.
- Агар сийдикда оксил ҳажми ошса, хомиладорлик ҳудди преэклампсиянинг оғир даражасидек назорат қилинади.

37 ҳафтадан қўп муддатли хомиладорларда

Агар хои́ла ахволи ёмонлашиши белгилари юзага келса (УЗИ ва доплерометрияда юрак уриши ёмонлашиши), дарҳол тугруқ йулларини текшириш, бачадон бўйнини баҳолаш ва тугруқни тезлаштириш;

- агар бачадон бўйни етилган бўлса, хои́ла пардасини тешиб, тугруқни простагландинлар билан амалга ошириш;

- агар бачадон бўйни етилмаган бўлса, тугруқни простагландинлар билан (энзапрост, препедил-гель) ёки кесарча кесиш операцияси бўйича амалга ошириш

Преэклампсиянинг оғир даражаси ва

эклампсияда хомиладор аёллар билан ишлаш

Оғир даражадаги преэклампсия ва эклампсия бир хилда даволанади, тугруқ эклампсияда 12 соат довомида, оғир преэклампсияда 24 соатда ҳал қилиниши керак.

Эклампсияни олиб бориш ва бирламчи баҳолаш

★ бемор аёлга қиска вақт ичида тугри ёрдам қўлатиш учун тиббий ходим иштироки дарқор

- ★ биринчи уринда тутканокка карши дорилар буюрилади
- ★ бундай ҳолатда аспирацияни олдини мақсадида аёлни ёнбош соҳаси билан ёткизиш
- ★ тутканок пайтида аёлнинг шикастланишини олдини олиш
- ★ кислород билан таминлаш дақиқасига 4-6 л тезлик билан э
- ★ тутканок тугаганидан сунг нафас йуллари ва огиз бушлиги тозаланади, сунг артериал босим ва пулс улчанади.
- ★ зудлик билан беморнинг эс-хуши ва нафас олиш ҳолатини баҳоланади
- ★ агар артериал босим 110 мм.с.м.ус юкори булса, гипотензив воситалар буюрилади
- ★ беморга куйилаётган ва ажралаётган суюклик микдорини назорат килиш жуда муҳим
- ★ сийдик микдори ва протеинурияни аниклаш учун сийдик пуфагини катетеризацияланади
- ★ бемор аёлни ёлғиз колдириш мумкин эмас
- ★ ҳар соатда ҳаётий зарур аъзолар функцияларини, рефлексларни ва ҳомила юрак уришини баҳоланади;
- ★ упка шишини истесно килиш учун упканинг паски булаклари эшитиб курилади
- ★ коагулопатияни истисно килиш учун кон ивиши текширилади

Тугруклар:

- ★ Агар экламсияда 12 соат ёки презекламсиянинг огир даражасида 24соат давомида тугрук табиий йуллар оркали содир булмаса, зудлик билан тугрук операция- кесарча кесиш усулида амалга оширилади
- ★ Агар хомиланинг юрак уриши сони патологик булса (100кам ва 180куп), тугрук кесарча кесиш усулида амалга оширилади
- ★ кесарча кесиш операциясини бошлашдан олдин, куйидагилар бажарилади
 - коагулопатияни истесно килиш
 - имкон кадар умумий огриксизлантириш
- ★ Хомиладор аёлларда экламсия ва презекламсия ҳолатларида маҳаллий анестезия ёки кетамин кулланилмайди

★ Магний сульфатнинг гипертензияда хомиладор аёлларга кулланилганида интранатал даврида хомиланинг улимига сабабчи булиши амалиётда исботини топмаган.

★ Магний сульфат кабул килган аёлларга окситоцин нисбатан юкори дозаларда буюрилади.

Тугрукни тухтатишдан кейинги ёрдам:

★ тугрукдан кейин ёки охирги тутканок пайтидан бошлаб, тутканокка карши даво 24 соат давомида олиб борилиши

★ Гипотензив давони артериал босим 110 мм см. ус. ва ундан юкори булгунга кадар давом эттириш.

★ Сийдик ажралишини кузатиш

Презкламписиянинг куп холларда улим билан якунланадиган асоратлари, куйидагилар.

- Аспирацион синдром;
- HELLP – синдром, субкапсуляр гематомлар ва жигар ёрилиши;
- Эклампсия;
- Уткир буйрак етишмовчилиги;
- Гипертоник энцефалопатия ва бош миёга кон куйилиши;
- ДВС синдроми и геморрагик шок;
- Нормал жойлашган плацентанинг муддатдан олдин кучиши;
- Упканинг уткир шикастланиш синдроми.
- Презкламптик кризлар

Презклампсия ва эклампсиянинг давоси

Магния сульфатанинг ишлатилиши:

- огир презклампсияда
- эклампсияда
- тугрук вактида огир эклампсия билан асоратланганда

Тугрукдан кейин 24 соат ва охирги талвасадан кейин магнезиал терапия давом эттирилади,

МАГНИЯ СУЛЬФАТ:

ПРИЧАРТ БУЙИЧА МАГНЕЗИАЛ ТЕРАПИЯНИНГ СХЕМАСИ:

Юклатма доза:

- 25% - 15 мл магний сульфатни (2 – 3 шприцда) вена ичига 5 дақиқа ичида юборилади;

**Эслатма: магний сульфат вена ичга юборилган вақтда аёлда
иссиб кетиш ҳолати кузатилади**

- сунг ҳар бир думбага мушак орасига магний сульфатни 20 млдан новокаин билан бирга юборилади

- агар талваса қайтарилса 15 дақиқадан кейин 8 мл-25% магний сульфати вена ичига 5 дақиқа ичида юборилади

- **Ушлаб турувчи доза**

- 20 млдан мушак орасига ҳар 4 соатда

- туғруқдан кейин ёки охирги талвасадан кейин 24 соат ичида магний сульфатни давом эттириш

ЗУСПАН БУЙИЧА МАГНЕЗИАЛ ТЕРАПИЯНИНГ СХЕМАСИ

(магний сульфат дозатор билан в/и юборилади). Бунда юклама доза 4г булиб 5-10 минут ичида вена ичига юборилади. Ушлаб турувчи доза 1г/соат, охирги талвасадан кейин 24 соат ичида магний сульфатни давом эттириш. Агар талваса яна қайталанса зудлик билан 2г магний сульфат в/и га қилинади, инфузион доза 1,5 ёки 2,0 г/соат га оширилади.

**- магний сульфатини ҳар бир қайта юборишдан олдин қуйидагиларга
ишонч ҳосил қилинг:**

- 1) нафас олиш сони 16тадан кам булмаслиги керак
- 2) тизза рефлекслари мавжудлиги
- 3) охирги 4 соат ичида диурезни 30 мл/соатдан кам булмаслигига.

Магний сульфатни киритишни кечиктиринг ёки қилманг, агар:

- Нафас олиш сони 16дан кам булса
- Тизза рефлекслари кузатилмаса
- Охирги 4 соат ичида диурезни 30 мл/соатдан кам булса
- **антидотни қулланг!**
- Агар юкоридаги белгилар булса **антидотни қулланг** – кальций глюконат вена ичига 10% секинлик билан нафаси тиклангунча юборинг.

Гипотензив терапия

Гипотензив дори воситалари – индивидуал танланади.

- **Нифедипин**- (кальций йўлакчаларининг блокатори) у ҳам артериал босимни пасайтиралади ва уни перорал ишлатиш мумкин.

10 мг Нифедипин тил остига хар 10 минутда берилади ДАД 105 мм.рт.ст булгунча.(максимал бир марталик доза 50мг, суткалик доза 120 мг).

- **Гидралазин-** томир ичига куйиладиган препаратлардан танланади, артерияларни кенгайтириб, қон оқимига тўсқинликни камайтиради.
 - Инъекция тарзида буюрилади, одатда тузли инфузион эритма шаклида.
 - 50% ходисаларда ноҳуя таъсирлари кузатилади (кучли бош оғриши, тахикардия, безовталаниш, қўқув ҳисси), яқинлашаятган преэклампсия симптомларига ўхшаш белгилари пайдо бўлиши мумкин;
 - **Метилдопа** симпатик нерв системанинг гипертензив фаолиятини сусайтиради ва 6-12 соат ичида кўтарилган қон босимни бошқариб туради.
 - 2. Дастлабки 48 соат мобайнида хаддат ташқари уйқисирашга олиб келади,
 - 3. метилдопа эффектив бўлиб, дастлабки седатив таъсирдан сўнг болага таъсир кўрсатмайдиган ягона гипотензив восита хисобланади.

Хомилада РДС профилактикаси

Агар хомиладорлик 34 ҳафта ва хомила оғирлиги 2000 г кам булса. Хомилада РДС профилактикаси утказилади. Бунда – дексаметазон 6 мг дан хар 12 саотда схема билан килинади. Хамма булиб 4 дозада килинади.

Мавзу № 23: “Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Хамширалик жараён хусусиятлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Хамширалик жараён хусусиятлари.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган хомиладорлар хавф гуруҳлари. Хамширалик жараён хусусиятлари.

	Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро

20 дақиқа	муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№23 мотивация. (Мавзу баёни) Гипертензив синдромни олдини олиш. Гипертензив синдромни даволашнинг юқори хавфи булган ҳомиладорлар хавф гуруҳлари. Ҳамширалик жараён хусусиятлари.

туғруқни олиб бориш

Огир преэклампсияда даволаш методларидан ягона эффектив усули бу-ҳомиладорликни тухтатишдир.

Зудлик билан туғруқни тухтатишга курсатма (кайси ҳафтада бўлишидан катъий назар):

- Огир преэклампсия;
- Ҳомила ҳолатининг огирлашиши;
- Преэклампсия симптомлари кучайиб борганда
- ✓ Гипертензив бузилишларнинг енгил турлари билан бўлган аёлларни амбулатор шароитда ҳар ҳафта кузатилиши зарур: қон босимини текшириш, сийдик таҳлили (протеинурияни аниқлаш учун), рефлексларни ва ҳомила ҳолатини назорат қилиш (бачадон тубини ўлчаш орқали ҳомила ўсиши назорат қилинади).
- ✓ Артериал қон босими ёки сийдикдаги оксил миқдори ошмагунча талвасага қарши, антигипертензив, седатив препаратларни, транквилизаторлар ва диуретикларни буюриш ман этилади.
- ✓ Агар сийдикда оксил ошиб борса аёлни огир преэклампсияга ўхшаш қилиб олиб борилади. Агар ҳомила ҳолати бузилиши тўғрисида маълумот бўлса (шу жумладан ҳомила ўсиши тўхташи белгилари), туғруқни барвақт ҳал қилиш тўғрисидаги муаммони ечиш лозим.

Ҳомила ҳаёти учун хавф бўлмаганда кўйидаги ҳолларда туғруқ табиий йўллар орқали олиб борилади

1. Акушер-гинеколог (Реаниматолог билан бирга иш олоиб бориш керак):

- Туғруқ консилиум йули билан режали равишда олиб борилади:
- Туғруқ огир преэклампсияда симптомлар бартараф этилгандан сунг 24 соатдан сунг, Эклампсияда эса 12 соатдан сунг содир бўлиши керак.

- Агар хомиладорлик 23-32 хафтада булса консилиум йули билан врачлар томонидан биргаликда хал килинади. Хомиладорлик давом эттириладими ёки тухтатиладими деган савол куйилади?.
- Тугрук специалистлар-акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог-реаниматолог, педиатр (неонатолог, болалар реаниматологи), зарур булса терапевт билан биргаликда бир команда булиб олиб борилади.

Тугрукни табиий йуллар оркали олиб бориш тактикаси

- ❖ Акушер-гинеколог бачадон буйнини етилганлигини бахолаши керак
- ❖ Агар бачадон буйни етилган булса (юпкалашган, юмшаган, очилган) амниотомия килинади ва тугрук индукцияси килинади, бу килинади окситацин ёки простагландинлар оркали (бу муолажалар килинган вақтда ута эҳтиёткор булиш керак!!!!)
- ❖ Тугрук эпидурал анестезия оркали олиб борилади (агар қарши курсатма булмаса). Тугрук вақтида кардиомонитор аппарати булиши керак, АДҚБни, пульсни, нафас сонини, кислородга туйинувчаноикни доимий равишда улчаб бориш керак. Тугрук вақтида магнезиал терапия давом эттирилади- гипотензив даво мақсадида.
- ❖ Агар тугрук оғир преэклампсияда 24 соат ичида, эклампсияда 12 соат ичида тугрук содир булмаса, у ҳолда кесар кесиш операцияси оркали тугдирилади.
- ❖ Агар хомилада дистресс ҳолати кузатилса у ҳолда кесар кесиш операцияси утказилади.
- ❖ Агар бачадон буйни етилмаган булса ва хомила ахволида узғари кузатилса 12 соат давомида простагландиннинг эффекти кузатилмаса- кесар кесиш операцияси оркали тугрук олиб борилади.
- ❖ Агар бачадон буйни етилмаган, хомила улик ёки етилмаган хомила булса (яшаб кетишга умид булмаса), у ҳолда бачадон буйни простагландинлар оркали тайёрланиб тугрук табиий йуллар оркали олиб борилади.

ЭКЛАМПСИЯ

Талваса хомиладорликда, тугрук вақтида ва тугрукдан кейинги даврда пайдо булиши мумкин.

Агар талвасанинг сабаби аниқланмаса, аёл худди эклампсия ҳолати қаби олиб борилади ва муолажалар давом эттирилиб ҳақиқатдан ҳам нима сабаб булгани аниқланади.

Талваса вақтида ёрдам бериш.

- Керак асбобларни тахлаб куйиш (хаво утказгич, отсос, маска, амбу копи, кислород).

- Аёлни шикастланишдан асраш керак.
 - Аёлни ёнбошига ёткизиб, ошкозондан келадиган, кусук массалар ва кон тушмаслиги аспирацияни олдини олиш мақсадида.
 - Талвасадан сунг отсос оркали огиз бушлиги ва томокни тозалаш керак;
 - Талваса приступидан сунг зудлик билан магнезиал терапияни бошлаш керак;
 - бошлангич доза – 4-6 г курук модда хисобига (20 мл 25% р-ра) в/и 5-10 минут давомида;
 - Агар талваса яна такрорланса 2 г в/и 5 минут ичида юбориш керак;
- Ушлаб турувчи доза – 1-2 г/соатига в/и (инфузомат оркали) ёки в/и томчилаб юборилади.
- ИВЛ га курсатма : адекват, мустакил нафас булмаганда (экламтик кома, упка шишида, экламтик статусда, сатурация 80% дан паст булганда).
 - Зуспан буйича магнезиал терапия давом этирилади

Огир преэклампсия, экламписияда учрайдиган асоратлар:

- - бош мия шиши;
- - бош мияга кон куйилиши;
- - ДВС-синдром;
- - уткир жигар етишмовчилиги;
- - уткир буйрак етишмовчилиги;
- - гипотоник ёки коагулопатик кон кетиш;
- -йирингли-септик асоратлар;
- - анти –интранатал хомила улими;
- - вакидан олдин тугрук;
- - плацентанинг вакидан олдин кучиши;

Мавзу № 24: “Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда анемия. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда гипертермия, оғрик ва умумий холсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда анемия. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотидида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказида») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллари (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадида кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№24 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда гипертермия, оғриқ ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Хомиладорликда анемия. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика варабилитатсион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.

Анемия – фақат бизнинг Республикамиздаги муаммо бўлиб қолмай, балки бутун дунёда унинг кўп тарқалганлиги, иқтисодий ва инсонлар соғлигига ўтказаетган таъсири каттадир.

ЖССТ маълумотларига кўра темир танқислиги камқонлиги (ТТК) билан дунё бўйича 800 млн одам касалланган, 100 та бемордан 95 тасини аёллар ташкил қилади. Хомиладорларда энг кўп учрайдиган ички касаллик камқонлик ҳисобланади. Бу асосан темир микроэлементининг етишмаслигидан келиб чиқади. Камқонлик касаллиги хомиладорликда, туғруқда ва чилла даврида кўп асоратлар содир бўлишига сабаб бўлади. Бунда ҳомиланинг ҳаёти ҳам хавф остида қолади.

М.А.Набиева (1984), Ю.Қ. Жабборова (1990) ва Х.К.Фармонкулов (1994) ларнинг текширишларига кўра хомиладорлар экстрагенитал касалликлари ичида ТТК биринчи ўринда туради. Барча анемиялар ичида эса ТТК 75-95 % ни ташкил қилади.

ТТК нинг муаммолиги унинг кенг тарқалганлигидир. Ўзбекистонда фертил ёшидаги аёлларда 70 %, хомиладор аёлларда 91,2 % учрайди (Б.Х. Ҳамзалиев 1990, Д.А. Азимова 1994, Ш.И. Каримов 1994, С.М. Баҳрамов, Х.К. Фармонкулов, 1996, И.З. Зокиров 1997.)

Орол атрофидаги экологик ҳолатнинг жиддийлиги аёлларнинг соғлигига таъсири катта. Ўсиб келаётган касалликлар орасида биринчи ўринда аёллар камқонлиги касаллиги туради. Бу касаллик сўнгги 10 йил ичида 5 баравар ошган. (О.А. Атаниёзова, 1997). ЖССТ (1996) маълумотлари бўйича камқонлик билан оғриган аёлларда туғруқ пайтидаги ўлим, соғлом аёлларга нисбатан 5-10 баробар кўп учрайди.

Гемоглобин 80 г/л дан паст бўлса, ҳомиладор аёлнинг қон йўқотишга толерантлигини пасайтириб юборади. Гемоглобин 60 г/л дан пасайиб кетса, циркулятор декомпенсация тинч ҳолатда ҳансираш, юрак минутлик хажмининг ошиши билан яққол намоён бўлади.

Туғруқ, аборт, қон йўқотиш ва бошқа асоратлар туғувчи аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин (ПМАСО, 1989).

Гемоглобиннинг 40 г/л дан пасайиб кетиши аёлнинг анемик юрак етишмовчилиги ва ўткир гипоксиядан ўлим кўрсаткичини оширади.

Гемоглобин 40 г/л дан паст бўлган аёл учун 100 г қон йўқотиш ҳам туғруқ пайтида циркулятор шок ва ўлимга олиб келиши мумкин. (ПЧАСО, 1989).

ЎЗ Р ССВ тавсиясига кўра анемия туғруққа ва ҳомиладорликка қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. (1999). Аммо амалиётда акушерлик комплексларига гемоглобини 70-30 г/л ни ташкил этадиган аёллар мурожаат этмоқдалар. Кўпинча бундай аёллар биринчи туғувчилар бўлиб, уларда преэклампсия, акушерлик патологияларини учратиш мумкин. Бу эса акушер-гинекологларни экстремал ҳолатга туширади. Улар аниқ ва юқори даражадаги акушерлик, гематологик, анестезиологик, реанимацион ёрдамни талаб қилади.

ТАСНИФИ :

Темир танқислиги камқонлиги (ТТК) ҳомиладорлар организмида шундай ҳолатки, бунда диагностик кўрсаткичлар бўлиб :

- Гемоглобин миқдорининг 100 г/л ёки бундан ҳам пасайиши
- Эритроцитлар $3,5 \times 10^{12}$ 1/л ёки бундан ҳам пасайиши
- Ранг кўрсаткичи 0,85 гача
- Гематокрит сонининг пасайиши 33 % ёки бундан ҳам пастроқ
- Зардобдаги темир миқдори 10,746 мкмоль/л дан камайиши ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ҳомиладорлар камқонлигининг бир неча хил таснифлари мавжуд. Клиницистлар орасида кўп тарқалгани И.А. Кассирский ва Г.А. Алексеева (1962,1970) ларнинг таснифи ҳисобланади. Бу усулга асосан камқонликнинг келиб чиқиш сабабларига кўра хиллари қуйидагича:

1. Қон йўқотиш натижасида вужудга келадиган (постгеморрагик) камқонлик.
2. Қон таркибидаги моддалар алмашинувининг бузилиши натижасида юзага келадиган камқонлик:

- темир етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик;
- 12В (фолат кислотаси) етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик;
- эритропоэзнинг бузилиши натижасида юзага келувчи (диэритропоэтик) камқонлик;
- суяк илигида қон ҳосил бўлишининг пасайиши натижасидаги (гипопластик) камқонлик;

3. Қизил қон таначаларининг ёрилиши натижасида юзага келадиган (гемолитик) камқонлик. Бунинг сабаблари: аллергик шок, сепсис, номуқобил гуруҳдаги қон қуйиш, захарланиш ва бошқалар.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра проф. Ю.Қ.Джаббарова (1982) қуйидагича ажратишни таклиф қилди.

Камқонлик *бирламчи* ёки сурункали, яъни ҳомиладорликдан олдинги ёки *иккиламчи*, яъни ҳомиладорлик давридаги камқонликка бўлинади. Яна шуни айтиш мумкинки, темир етишмаслигининг 3 босқичи мавжуд:

- 1- темир моддасининг захира еридан йўқолиши (камайтиши); 2- унинг қон зардобидан йўқолиши; 3- унинг қизил қон таначаларидан йўқолиши.

Ҳомиладорларда анемиянинг ҳамма турлари учрайди, лекин кўпинча темир танқислиги анемияси кузатилади.ТТА қон зардобидан, суяк кўмигида темир моддасининг камайтиши билан характерланади. Бунинг натижасида гемоглобин ҳосил бўлиши бузилади, гипохром анемия, тўқималарда трофик ўзгаришлар вужудга келади.(Л.И Идельсон, 1977, 1979)

Ҳомиладорлар ТТА си ва ҳомиладорликдан олдин ҳам бўлган сурункали ТТА си учрайди.ТТА си эритроцитлар сонининг камайтиши

(эритропения) ва гемоглобин сонининг камайиши (гипохромия) билан характерланади.

Камқонликнинг этиологияси ва патогенези

Темир моддаси организмда жуда муҳим рол ўйнайди. У фақат миоглобин ва гемоглобин ҳосил бўлишидагина эмас, балки жуда кўп ферментлар таркибига кириб, организмдаги муҳим вазифаларни бажаради. Бу ферментлар цитохром, пироксидаза, каталазадир. Темир моддасининг етишмаслиги организмдаги моддалар алмашинувининг бузилишига, кислород ташилишининг бузилишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида танада Hb ва эритроцитлар ҳосил бўлишини кескин ўзгартиради. Камқонликка олиб келувчи сабаблардан бири қон йўқотиш. Ўткир ва сурункали қон кетишлар (яра касаллиги, бавосилда) ва бошқа касалликларда (танадаги захира темир моддасининг кўплаб сарфланиши кузатилади).

Бундан ташқари, темирнинг кўп сарфланишига тез-тез ҳомиладор бўлиш (туғишлар ораси 3 йилдан кам), болани узоқ эмизиш, сифатсиз овқатланиш, турли соматик ва инфекцион касалликлар: ревматизм, безгак, бруцеллёз; ошқозон-ичак, буйрак касалликлари сабаб бўлади.

Темир етишмаслиги ҳолати гипосидероз дейилади. Гипосидероз инсон ҳаётининг 3 даврида учрайди: эмиб юрган даврида, балоғат ёшга етганда ва вояга етган ёшидаги аёлларда.

Тўқималарда темир етишмаслиги мазкур ферментлар ишини сусайтиради, тўқималарнинг нафас олишини жиддий ишдан чиқаради. Тўқималарда темир етишмовчилиги камқонлик ҳали юзага чиқмай туриб юз берган бўлиши ҳам мумкин, чунки одатда организм мавжуд темир захирасидан биринчи навбатда гемоглобин синтези учун фойдаланади. Камқонлик аксарият ҳолларда организмда темир етишмай қолишининг тобора оғирлашиб боришидан юзага чиқади. Темир етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик организмда оксил алмашинувига ёмон таъсир кўрсатади, натижада жигарда трансферрин ишланиб чиқиши ёмонлашади, оқибатда темирнинг ичак йўлларида ҳазм бўлиши сусаяди. Организмда оксил етишмаслиги қон яратилишига таъсир этади, чунки гемоглобиннинг асосий массаси глобинли оксил комплексида ташкил топади. Ҳомиладор аёллар камқонлик кузатилса, қон зардобидида умумий оксил камайган бўлади.

Ҳомиладор аёлларда камқонликнинг кўп учрашига уларда сарфланаётган темир, овқат билан тушаётган темир моддасининг етарли

копланмаслиги сабаб бўлади. Одам организмида темир миқдори одатда 3,5-5,0г га тенг бўлади. Шундан тахминан 3,0-4,0 г темир Нв улушига тўғри келади. 300 - 500 мг темир оксидловчи ферментлар системасига сарф бўлади, 300 - 400 мг темир мускул тўқималарининг миоглобин таркибида бўлади, 500 - 1000мг темир депо саналган аъзолар: жигар, талок, ичакларнинг шиллик пардасида тўпланган бўлади. Шундан кўриниб турибдики, одам организмида темир эркакларникига қараганда аёлларда 2-3 баробар кўпроқ сарфланади. Аёл ҳар ҳайз кўрганда 13000 мг темир йўқотади, бундан ташқари, ҳомиладорлик ва туғишларда кўп қон йўқотишга тўғри келади.

ТТА ҳомиладорликда темир депосининг камайиши ва унинг баъзи сабаблар билан тўлдирилмаслиги оқибатида юзага келади. ТТА нинг ҳомиладорларда юзага чиқишига сурункали гастрит, энтероколит, холецистит, панкреатит, гижжа инвазияси, гипотиреоз, латент инфекция ўчоқлари (тонзиллит, пиелонефрит) сабаб бўлади ва бу касалликларда темир моддасининг сўрилиши бузилади. Овқат таркибидаги витаминлар, оксил, микроэлементлар ва темир моддасининг етишмовчилиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликнинг келиб чиқишига тез туғиш, вирусли касалликлар билан оғриш, қон йўқотиш катта таъсир кўрсатади ва ҳомиладорлик анемиясининг келиб чиқишига муҳит яратади. Нейрогормонал қайта қурилиш таъсири остида суяк кўмигининг гиперплазияси ривожланади. Бунда физиологик гиперволемиянинг ҳолати, тизимнинг қон шаклли элементлари таркиби ўзгаради. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси ҳомиладорликнинг физиологик кечишини таъминлашга қаратилган ва ҳомилага яхши шароит яратиб беради.

Гиперволемия ҳолати ўзида :

- Айланувчи қон ҳажмини
- Айланувчи эритроцитлар ҳажмини
- Айланувчи плазма ҳажми ошишини мужассамлаштиради.

Ҳомиладорларда ТТА нинг вужудга келишида ҳомиладаги қон ҳосил бўлиш жараёни ҳам иккинчи даражали таъсир кўрсатади.

Қон ҳосил бўлиш жараёни ҳомиладорликнинг 19-қунидан бошланади ва 3 та босқичдан иборат: сариқлик халтасида, ҳомила жигарида, суяк кўмигида. Бунда ҳомила гемоглобинни ҳосил қилиш учун она организмнинг захираларидан фойдаланади: темир, оксил, витамин, туз, микроэлементлар.

Ҳомила фақатгина она организмидаги темирдангина фойдаланиб қолмай, балки охириги 3 ой ичида ўзининг жигарида 200-400 мг темир моддасини йиғади.

Ҳомиладорларда ТТА нинг ривожланишига учламчи сабаб бўлиб она организмнинг темир моддасига бўлган эҳтиёжининг ҳар доимгига нисбатан ошиши ҳисобланади. Бунда овқат таркибидаги темир моддаси нормада бўлади.

Тўртламчи сабаб тез-тез ҳомиладор бўлиш ва туғиш натижасида темир депосининг тўлдирилмаслиги ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида аёл 700-800 мг темир йўқотади. Бу йўқотишни 2-3 йил давомида аёл организми тўлдиради.

Мавжуд таснифларнинг ҳеч бири ҳомиладорлик вақтида юзага келувчи анемияларнинг нима сабабдан вужудга келганлигини тушунтириб бера олмайди.

Ю.Қ. Жабборова ўзининг гестацион даврдаги ТТА таснифини тақдим этган. Бу тасниф акушерларга аёлнинг бутун ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан сўнгги даврдаги патогенетик асосланган терапияни белгилашга ёрдам беради.

1-жадвал

Репродуктив ёшдаги аёлларда ТТА таснифи

Ҳомиладорликкача	Ҳомиладорлик даврида	Ҳомиладорликдан кейин
Сурункали ТТА (туғилган вақтдаги дефицит қон йўқотиш)	Анемия олди даври	Ўткир постгеморрагик анемия
Гипохром анемия билан кечувчи сурункали инфекцион яллиғланишли экстрагенитал касалликлар	Алиментар анемия	Ҳомиладорликда бўлган анемиянинг зўрайиши
	Постгеморрагик Анемия	
	Ҳомиладорлар анемияси	
Аралаш хили	Анемиянинг иммун шакли	

Ўтказилган текширишлар натижасида сурункали ТТА 83 % ҳомиладорларда учраши маълум бўлди. Биринчи марта туғувчиларда анемия темир моддасини етарли миқдорда қабул қилмаслик натижасида ёки аёлнинг онаси анемия билан оғриган бўлса ёки бемор муддатига етмай туғилган бўлса келиб чиқади. Орттирилган анемия билан оғрийдиган ҳомиладорларнинг 71 % ини кўп марта туғувчи аёллар ташкил қилади. Шу тоифадаги аёлларнинг 21 % да ҳар хил турдаги қон кетишлар кузатилган (бола ташлаш, патологик қон кетиш ва бошқалар). Ҳомиланинг ривожланиши билан анемиянинг оғирлик даражаси ортади ва клиникаси яққол намоён бўлади.

Организмда камқонликнинг вужудга келганлигини қуйидаги белгиларда кўриш мумкин:

Шикоятлари: умумий ҳолсизлик, енгил жисмоний кучланишдан сўнг тез чарчаш, ҳансираш, юрак уриб кетиши, дармоннинг қуриши, иштаҳасизлик, уйқучанлик, бош айланиши ва бошқалар.

Клиник белгилари: тери рангининг оқариши, соч тўкилиши, тирноқларнинг ўзгариши, юракнинг тез уриши, қон босимининг пасайиши. Юрак аускультациясида функционал систолик шовқинни аниқлаш мумкин. Касалликнинг қачондан бошлаб ривожланганлиги тўғрисида ҳар хил трофик ўзгаришлар маълумот беради: тирноқнинг қошиқсимон тусга кириши, синувчанлиги, соч жилвасининг йўқолиши, терининг қуруқлашуви.

Лаборатория белгилари: Нв миқдори 110г/л ва бундан паст; қизил қон таначалари миқдори $3,5 \times 10^{12}$ г/л ва паст; гематокрит 34%дан паст; қон туси 0,8дан паст, зардобда темир миқдорининг пасайиши, гиповолемия, гипопропротеинемия, гипоксигенемия.

Экстрагенитал касаллик (ревматизм, юрак нуқсони, буйраклар, жигар, ОИТ нинг шикастланиши) симптоми сифатида анемия 47-60 % ҳомиладорларда аниқланади. Бу пайтда қон зардобдаги темир миқдори норма чегарасида бўлади.

Анемия олди даври. Яққол клиник кўринишларсиз кечади. Биздаги кўрсаткичлар бўйича 61 % ҳомиладорларда учрайди. Булар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар. Яширин темир танқислигини аниқлашда қондаги трансферрин миқдори ва трансферриннинг темир билан тўйиниш коэффицентини аниқлаш орқали аниқланади. Яширин темир танқислиги билан оғриган аёллар юқори хавф гуруҳига киритилган.

Анемия олди даври кўпинча кўп аборт қилинганларда, қон йўқотганларда, экстрагенитал патологияси борларда, тез-тез ва кўп туғувчиларда, лактацион даврда ҳомиладор бўлган аёлларда кўп учрайди. Бундай ҳомиладорлар тезда чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, таъм билиш бузилишидан шикоят қиладилар. Баъзан камқонликни эрта токсикоз билан адаштиришади. Даволанмаган анемия преэклампсияга олиб келиши мумкин. Бу беморларга профилактика чораларини қўллаш тавсия қилинган. Ўз вақтида берилган темир препаратлари, кобальт, витаминлар, глюкоза анемия олди даврининг олдини олади ва анемияга ўтиб кетмаслигини таъминлайди.

Алиментар анемия - 13% аёлларда диспептик ўзгаришлар натижасида (жиғилдон қайнаши, кекириш, кўнгил айнаши), гўшт маҳсулотларини ейишдан бош тортиш, таъм билиш бузилиши, қусиш, яъни эрта токсикоз белгиларининг намоён бўлиши, гастроэнтероколитнинг зўрайиши натижасида келиб чиқади. Даволаш ва профилактика чоралари темир препаратлари, витаминлар, микроэлементлар, глюкоза, оксил моддалари, дезинтоксикацион ва десенсибилизацион моддаларни парентерал юбориш.

Постгеморрагик анемия - қон йўқотиш, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, абортнинг бошланиши, елбўғоз, йўлдошнинг барвақт кўчиши, бачадоннинг ёрилиши натижасида келиб чиқади. Анемиянинг ўткир ёки секин кечиши организмдаги темир моддасининг захирасига, қон кетиш даражаси, муддати, такрорланишига боғлиқ. Текширилган ҳомиладорларнинг орасида анемиянинг бу тури 3% ни ташкил қиладди.

Одатда бемор қонни кам-кам порциялаб йўқотганида ҳеч нарсадан шикоят қилмайди, лекин гематологик кўрсаткичлари пасайиб кетади. Анемияда ўткир қон йўқотиш тана массасининг 0,3-0,5 % ини ташкил қилса, геморрагик шокка олиб келади ва зудлик билан инфузион ва интенсив гемостаз терапия ўтказишни талаб қиладди.

Ҳомиладорлар анемияси. Ҳомиладорлар анемияси деб, ҳомиладорликкача ёки биринчи триместрда гемоглобин миқдорининг 120 г/л ёки бундан баланд бўлишига айтилади. Кўпинча анемия 20-ҳафтадан бошланади. Бу ҳолат ҳомилада қон яратилиши ва фетоплацентар комплекснинг функционал ҳолати билан боғлиқ.

Анемиянинг характерли хусусиятлари – камқонлик, ҳомиладор аёлнинг нормал овқатланиши ва ҳеч қандай қон йўқотмаслиги натижасида келиб чиқиши мумкин. Бу касаллик аста-секин ривожланиб боради. Текширувлар

натижасида экстрагенитал касалликлар аниқланмайди (қон, буйрак, жигар, ўпка, ОИТ, ЮКТС патологиялари). Касалликнинг энг юқори чўққиси ҳомиладорликнинг 28-34- ҳафталарида намоён бўлади.

Анемиянинг ривожланишига биринчи галда темир миқдори баъзи витаминлар (А,В,С,D,E), микроэлементлар (кобальт, марганец, рух, селен, никель) камайиши, моддалар алмашинувининг бузилиши, плазма оксилларининг камайиши муҳим рол ўйнайди.

Бизнингча, ҳомиладорликдаги эритропоэзнинг пасайишига асаб системаси бошқарилишининг бузилиши, стероид гормонларнинг ошиши, асосан эстрадиол ва эстронларнинг, ошқозон секрециясининг пасайиши таъсир қилади.Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, гемопоэзнинг бузилишига ҳомиладорлик давридаги иммунологик силжишлар ҳам ўз таъсирини ўтказади.

Касаллик анамнезини ўрганиш натижасида анемиягача бўлган иммунологик силжишлар билан кузатилган ҳолатларни-ўткир вирусли инфекцион касалликлар (грипп, ангина), ҳомиланинг тушиб қолиш хавфи, эгизак ҳомила, резус иммунизация, дерматоз, сурункали инфекция ўчоқларини аниқлаш мумкин. Бу анемиянинг даволаш комплексига десенсибилизацияловчи, дезинтоксикацион ва иммуностимулятор моддалари киритилган.

Темир танқислиги анемиясининг асосий сабаблари: темир моддасини туғилгандан кейин етарли даражада қабул қилмаслик, мувозанатлаштирилмаган овқатланиш (оксилнинг кунлик миқдори 120-150 г дан кам), ўтказилган ўткир гастрит, энтерит, ичак дисбактериози натижасида ОИТ сўриш функциясининг бузилиши, экологиянинг бузилиши, сувнинг юқори минералланиши, овқат маҳсулотларининг пестицид, гербицид, нитратлардан заҳарланиши ва бошқалар ҳисобланади. Иккинчи марта туғувчиларда қуйида санаб ўтилган омиллардан ташқари, аборт натижасида қон кетиш, туғруқ операциялари ТТАнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Ҳомиладорларда гематологик кўрсаткичларнинг пасайиш даражасини аниқлаш кераклиги клиник жиҳатдан исботланган, чунки жараённинг ривожланиш даражаси ҳомила ва онанинг ҳаётига хавф туғдиради.

Анемиянинг оғирлик даражаси бўйича таснифи

Оғирлик даражаси	Гемоглобин , г/л	Эритроцит, $\times 10^{12}/\text{л}$
Енгил	110-91	3,6-3,2
Ўртача	90-71	3,3-2,6
Оғир	70-51	2,8-1,8
Ўта оғир	50 дан паст	2,2-1,5

Камқонлик диагностикаси

Камқонлик диагностикаси учун ҳар томонлама йиғилган маълумотлар катта аҳамиятга эга.

- 1.Ирсий касалликлар, оилада нечанчи фарзанд бўлиб туғилган, ота-онасининг ёши, қанча вақтгача кўкрак сути билан эмизилган ёшликдаги фаолияти.
- 2.Илгари қандай касалликлар ва юқумли касалликлар билан оғриганлиги.
- 3.Жинсий аъзоларнинг ўткир ва сурункали касалликлари .
- 4.Ҳайз фаолияти.
- 5.Ҳомиладорликнинг кечиши, асоратлари.
- 6.Овқатланиш сифати.
- 7.Иш ва уй шароитлари.

Лаборатор текширувлар :

- Клиник қон таҳлили
- Гематокрит, ретикулоцит, тромбоцит
- Темир миқдори
- Қон таркибидаги ферритин, трансферрин миқдорларини, трансферриннинг темир билан тўйиниш фоизини аниқлаш

ТТА нинг таққослама ташхиси учун қўшимча диагностик усуллар

- Суяк қўмиги морфологияси (гемоглобин 60 г/л дан паст бўлганда)
- Эритроцитларнинг осмотик резистентлиги
- Қон ферритини
- Умумий оксил ва қондаги оксил фракцияси
- Билирубин ва қон ферментлари (АЛТ, АСТ, холинэстераза)
- Ревмопроба
- ЭКГ
- Холестерин, β -липопротеид, қондаги қанд миқдори
- Қон электролитлари (калий, кальций, натрий)
- Мочевина қон креатинини
- Қон ивиш тизими (протромбин индекси, рекальцификация вақти, гепаринга толерантлиги, фибриноген миқдори)
- Қоннинг газ таркиби ва кислота - ишқор мувозанати
- Сийдик умумий таҳлили (Нечипоренко, Зимницкий, Робертсинамалари)
- Аҳлат анализи (гижжа тухумлари ва яширин қонга)

Ҳомиладорлар организмнинг ҳолатини текширишда ишлатиладиган қўшимча усуллар.

- Иккала қўлда қон босимини ўлчаш
- Тана вазнини назорат учун ўлчаш ва назоратга олиш
- Қин ажралмаларидан тозалikka анализ олиш
- Бурун ва цервикал канал ажралмаларини патоген микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигини бактериал аниқлаш.
- Бачадон бўйнининг етилганлиги ва организмнинг туғруққа тайёрлигини аниқлаш (38-ҳафтадан)
- Токсоплазмоз, хламидиоз, қизилча, уроплазмоз ва грипп вирусига қон текшириш

Фетоплацентар комплекс ҳолатини баҳолашда қўшимча усуллар

- Ҳомила ва йўлдош УТТ си
- Ҳомила КТГ си

Анемияли ҳомиладор аёлни текшириш вақтида захм, туберкулёз, бруцеллёзга ҳам текшириш керак. Бемор терапевт, ЛОР, стоматолог, гематолог, окулист ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтиши шарт.

Ҳомиладор аёлни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ҳар 10 кунда текшириш керак.

ТТА да ҳомиладорликни юритиш

Енгил кечувчи анемияни даволаш аёллар маслаҳатхонаси шароитида олиб борилади.

Экстрагенитал патология билан кечувчи анемиянинг II-IV даражаси, даволашдан кейинги натижанинг йўқлиги, акушерлик анамнезининг оғирлиги ва бошқа акушерлик патологияларининг бўлиши ҳомиладор аёлни госпитализация қилишга кўрсатма бўлади. Бу ҳомиладорларни касалхонадан чиқарилаётган вақтда юқори хавфдаги диспансер гуруҳига ўтказилади.

Сурункали анемия вақтида шифокор тактикаси: I-триместрда биринчи аёллар консултациясида анемия касаллиги аниқланган ҳомиладорлар ўта жиддий эътибор- ни талаб қилади. Шифокор анемия этиологиясини, касаллик муддатини ва оғирлик даражасини аниқлаши, олдин ўтказилган антианемик терапиянинг эффектини аниқлаши зарур.

Ҳомиладорларда III-IV даражали анемия аниқланганида Верльгоф касаллигини, суяк кўмиги гипоплазиясини, гемолитик анемия каби касалликларни ҳам аниқлаш даркор. Кўпинча анемия сурункали жигар касалликлари (шиш,гепатолиенал синдром) ёки буйрак касалликлари (гломерулонефрит, пиелонефрит, ўсма) симптоми бўлиши мумкин, шунинг учун ҳомиладорларнинг бу гуруҳи ўта чуқур клиник текширувдан ўтишлари лозим.

Сурункали анемия билан оғрувчи аёлларда ҳомиладорлик одатда уларнинг ҳолатини қийинлаштиради, оғирлик даражаси ортади. Аёлларни анемиянинг II-III даражасида бош айланиши, кўзнинг тиниши, бош оғриги, умумий ҳолсизлик, ҳансираш ва юракнинг тез уриб кетиши безовта қилади. Бундай касалларда тери қопламасининг оқариши, артериал қон босими тушиб, систолик шовқин юзага келади. Касалликнинг муддати тўғрисида ҳар хил турдаги трофик ўзгаришларга, қошиқсимон тирноқ, уларнинг синувчанлиги, жилвасининг йўқолиши, соч тўкилиши, терининг қуруқлигига қараб баҳо бериш мумкин.

Гемолитик анемия, суяк кўмигининг гипоплазияси ва аплазияси, лейкоз, Верльгоф касаллиги, ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма саналади. ТТА нинг оғир даражасида ҳомиладорликни 12 ҳафтагача бўлган муддатда уни тўхтатиш тавсия қилинади.

Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан сўнг, анемиянинг III-IV даражасида ҳомиладорликни тўхтатиш тўғрисидаги масала ўта эҳтиёткорлик билан ҳал қилиниши лозим, чунки бу вақтда етарли даражада қон йўқотилиши мумкин. Шу билан бирга ҳомиладорликни тўхтатиш учун оғир сабаблар: 40 ёшдан катталиги, олдинги туғруқдаги қон кетиш, ревматизмнинг актив фазаси, эндокардит, аортал ва митрал клапанлар стенози, оғир юрак етишмовчилиги, сурункали гепатитнинг актив фазаси, жигар циррози, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги, III даражали тиреотоксикоз. Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин стационарда асосий касалликни бир курс даволаш, қон кетиш профилактикасини ўтказиш лозим.

II даражали анемияли ҳомиладорларнинг юқори хавф гуруҳдагилари учун текширув ва даволаш-профилактика чора-тадбирлари ташкил қилинади, улар ўзида 4 ҳафталик интервалда 20-30 кундан иборат бўлган 2-4 курс стационар даволашни мужассам этади. Стационардан чиқарилганидан сўнг амбулатор даволаш давом эттирилади.

ТТАнинг енгил даражасидаги ҳомиладорлар амбулатор даволашни стационар ва кундузги стационар шароитда қабул қиладилар. Ўртача оғир даражадаги анемияда амбулатор даво фойда бермаганда, қўшимча экстрагенитал ва акушерлик патологияси бўлганида ҳомиладорликнинг 28-32 ҳафтасида режали ва профилактик госпитализация қилинади, 38- ҳафтадан эса, туғруққа тайёрлашга ётқизилади.

Ҳомиладорликнинг 28-32 ҳафтасидаги госпитализация ТТАнинг профилактикаси ва даволашни ҳамда бачадон-плацента қон айланишининг яхшиланиши, преэклампсия юзага келишининг профилактик чораларини кўзда тутди.

ТТА ни даволаш ҳам поликлиника, ҳам стационар шароитида комплекс бўлиши шарт, бу терапия ўзида диетотерапияни, медикаментоз терапияни, қўшимча патологиянинг зарарли омилларни йўқотишни мужассам этади.

ТТА билан оғрувчи ҳомиладорларнинг истеъмол қиладиган овқати юқори калорияли бўлиши (3000-3500 ккал) ва таркибида касалликни даволаш учун керакли қўшимчалари бўлиши керак.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, темир моддаси мол гўштида, жигар, тухум сариғида, укропда, петрушкада кўп бўлади. Бу маҳсулотлар организмнинг темир моддасига бўлган талабини тўла қондира олмайди. Шунинг учун темир препаратларини истеъмол қилиб туриш керак.

Ферропрепаратлар суяк кўмигига активлаштирувчи таъсир ўтказади.

Эритроцитлар сонининг ошишини таъминлайди, ранг кўрсаткичи ошади. Перорал препаратлар билан даволаш узок муддат олиб борилиши керак (4-6 ой).

ТТА нинг I-даражаси билан хасталанган ҳомиладор аёллар консултацияси шароитида даволанишади.

Темир танқислигини тўлдириш учун темир тутувчи препаратлар буюрилади.

Глобекс таркибида темир (II) фумарат, фолат кислота, B12, элементар цинк тутади. 1 капсула (100мг)дан 2 маҳал кунига буюрилади.

Активферрин темир (II)сульфат ва β-аминокислота –серин тутади. Аминокислота препаратнинг қонга сўрилишини таъминлайди (78%). Терапевтик дозаси 1 капсуладан 3 маҳал овқатгача, профилактик доза кунига 1 капсула.

Гинотардиферрон-таркибида темир (II)-сульфат, мукопротеаза, фолат кислота, аскорбин кислота тутади. Мухим хусусияти темир препаратдан узок ва секин ажралади, абсорбцияси секин кечади, терапевтик эффекти кунига 1 таблетка.

Тотема-таркибида темир глюконат, марганец, мис тутади. Бундай махсус таркиб темир, марганец ва миснинг биргаликда таъсирига асосланган. 1 ампула (50мг) 100 мл сувга қўшиб ичилади, кунига 2-3 ампуладан.

Феррумлек 1 таблетка (100мг темир III)дан 1- 2 маҳал чайнаш.

Камқонликликнинг ўрта оғир ва оғир даражаларида темир моддаларни парентерал қўллаш мумкин.

Феркайл 1 ампула (2 мл 100мг темир III)дан м/о 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Космофер 1 ампулани (2 мл 100мг темир III) 10мл 5% глюкоза эритмаси билан в/и 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Венофер 1 ампулани (5 мл 100 мг темир III) 200мл 0,9% натрий хлор эритмасида в/и кунора 3-5 марта юбориш.

Мальтофер 1 ампула (2 мл 100мг темир III)дан м/о 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштириш учун: пустирник ёки валериана эритмаси (1 қошиқдан 2 маҳал), триоксазин ёки седуксен (1 таблетка кечқурун), биопассит, новопассит 1 таблеткаси кечасига буюрилади.

Организмни десенсибилизация қилиш учун: кальций глюконат (0,5 г дан 1-2 марта), димедрол ёки пипольфен (0,025 г кечқурун).

Оқсил етишмовчилигини даволаш учун: диетотерапия, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар қабул қилиш – метионин (0,25 г дан 4 маҳал), глутамин кислотаси (0,5 г дан 3 маҳал).

Организмни микроэлементлар ва витаминлар билан тўйинтириш учун прегнавит (1 драже 2-3 маҳал), витрум пренатал, materna.

Ацидоз ва гипоксиянинг профилактикаси: глюкоза 10 % ли 20 мл вена ичига 10-12 инъекция.

Ҳомила гипотрофияси ва гипоксиясининг олдини олиш учун: глюкоза, кокарбоксилаза (50-100 мг вена ичига), витаминлар, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар, оксигенотерапия ўтказилади.

Диетотерапия ҳомиладорлар анемиясини даволашда муҳим аҳамиятга эга, ҳомиладорлар рациона оқсил, витаминлар, микроэлементлар, темир моддаларининг кўпайиши ҳисобидан кенгайиши лозим. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида оқсилнинг бир кунлик миқдори 110 г, ёғ-80 г, углевод - 350 г, таомнинг умумий калорияси 2800-3000 ккал. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оқсил миқдорини 120г, ёғ -90 г, углеводни 400 г гача ошириш керак (овқатнинг умумий калорияси 3100-3200 ккал).

Оқсилнинг асосий манбаи гўшт, жигар, тил, буйрак, тухум, сут маҳсулотлари. Темир моддаси ҳайвон маҳсулотлари истеъмол қилинганда, ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилингандигига нисбатан 8,5 марта кўпроқ сўрилади. Одам организми ёғ, гўшт, пишлоқ, творог, сузма, қаймоқ, тухум каби маҳсулотлардан олади. Беморларнинг овқатланиш рационига ўсимлик ва сариқ ёғни ишлатиш мақсадга мувофиқ (пахта, писта, соя, кўпинча 25 г).

Углеводларни буюришда клетчаткага бой ўсимлик маҳсулотларига аҳамият берилади : жавдар нони, сабзавотлар (томат, сабзи, қовоқ, картошка,

лавлаг, карам, редиска), тарвуз, қовун, мевалар (анор, олма, ўрик, гилос, беҳи, олхўри, олча, анжир, лимон, мандарин, апельсин ва бошқалар), қурук мевалар (туршак, кишмиш, қоқи), ёнғоқли мевалар (писта, бодом), резавор мевалар (наъматак, маймунжон, малина, қулупнай), дуккаклилар (ловия, маккажўҳори, нўхат, бетага, гречиха, шоли). Қўзиқорин ва ачитқилар микроэлементларга бой. Ҳомиладорларнинг ҳар кунлик рационидида албатта кўкатлар ва исмалоқ, кўк пиёз, шовил, укроп, петрушка ва бошқалар бўлиши керак. Агар рациондида мевалар етишмаси шарбатлар (олма, ўрик, помидор, сабзи) ва компот, киселларни киритиш мумкин. Мевалар, кўкатлар, сабзавотлар ҳомиладорлар рационидида муҳим ўрин тутад. Уларнинг баъзилари крахмал манбаи бўлса, бошқалари оқсил, қанд манбаидир. Ўсимлик маҳсулотлари минерал тузлар, микроэлементлар ва витаминларга бой. Ўсимликлар таркибидидаги клетчатка ҳазм қилиш жараёнидида ичаклардан сўрилмайди, шунинг учун ҳам у ҳомиладорликдида ичаклар перистальтикасига ижобий таъсир кўрсатади.

Гестацион давр

Бу даврди куйидидаги асоратлар кузатилади:

1. Презклампсия
2. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
3. Туғруқдан олдин сув кетиши
4. Ҳомила ривожланишининг тўхташ синдроми, ҳомила ичи гипоксиясига

олиб келувчи фетоплацентар етишмовчилик.

5. Муддатидан олдинги туғруқ
6. Туғруқ дардларининг кучсиз бўлиши.
7. Учинчи ва эрта туғруқдан сўнгги даврди гипотоник қон кетиш.
8. Коагулопатик қон кетиши.
9. Лохиометр ва бачадон субинволюцияси.
10. Гипогалактия.
11. Туғруқдан кейинги йирингли-септик касаллик.
12. Оналар ўлими ва касалланиш даражасининг ошиши.
13. Ҳомилалар ўлими ва касалланиш даражасининг ошиши. Перинатал патология: асфиксия, туғруқ жароҳати, тана вазнининг камайиши, анемия, иммун етишмовчилиги билан боғлиқ инфекцияланиш хавфи ва меленанинг ривожланиши.
14. Темир танқислиги натижасиди болаларди темир етишмовчилиги камқонлиги:

- психомотор ривожланишининг орқади қолиши;
- сўзлашиш нуқсони ва ўқишнинг сустлиги;

- жисмоний активлигининг пасайиши;
- ақлий ривожланишдан орқада қолиш (енгил даражасидан ўртача оғир даражагача)
- Боланинг бош мияси темир танқислигига ўта сезгир бўлади

Маълумки, ТТАда касалга қон қуйиш мақсадга мувофиқ бўлмайди. Замонавий иммунологияда биз қон қуйишни тўқима трансплантацияси сифатида қараймиз. Бу онанинг ҳолатига жиддий таъсир кўрсатиши мумкин, чунки СПИД, зардоб гепатити юқиш хавфи бор. Шунинг учун қон қуйишдан олдин реципиент ва донорнинг қон гуруҳини резус-омилга текшириш лозим. Касалхонада трансфузион терапияни терапевт ва акушер-гинеколог кўрсатмасига кўра масъул шифокор-трансфузиолог амалга ошириши керак. Бундан ташқари, акушерлик комплексида қон хизмати жуда яхши йўлга қўйилган бўлиши керак. Навбатчи донор ва тиббиёт ходимларининг манзил ва телефонлари бўлиши лозим. Бу чоралар гепатит, СПИД ва моноклеоз инфекциялар юқишининг олдини олади. Туғруқ залларида ҳар доим эритроцитар масса ва қон зардобининг захиралари бўлиши лозим. Захираларнинг тўлдирилиши ва ишлатилиши қаттиқ назоратга олиниши керак. Кузатувлар шуни кўрсатадики гемотрансфузия режа асосида иш кунининг биринчи ярмида соат 13⁰⁰ гача олиб борилса, гемотрансфузион асоратлар камаяди.

Қон ва унинг компонентларини қуйиш қуйидаги мақсадларда амалга оширилади:

- глобулинлар ва плазма ҳажмини тўлдириш учун;
- ўткир циркулятор гемик ва тўқима гипоксиясининг олдини олиш учун;
- бачадон ва йўлдошда қон айланишини яхшилаш учун, кислород транспортининг ошиши, қон компонентлари билан таъминлаш, туғруқда оғир анемия, ўткир асфиксия ва гипоксиянинг профилактикаси ва даволаш мақсадида;
- туғруқда ва туғруқдан сўнг бачадон қисқаришини яхшилаш;
- туғруқ дардлари сусайиши, гипотоник ва атоник қон кетиши, бачадон субинволюциясининг туғруқдан сўнгги профилактикаси;
- эритроцитлар, тромбоцитлар, қон ивиш омиллари ўрнини тўлдириш билан гемостаз системасини коррекциялаш. Бу ҳолат, биринчидан, йўлдош ажралгандан кейинги қон кетишини камайтиради, иккинчидан, коагулопатия ва тромбоцитопениянинг олдини олади;

- туғруқдан сўнгги йирингли касалликлар профилактикаси учун организмнинг иммун ҳимоясини оширади;

- гипогалактиянинг профилактикаси, лактацион даврда кўкрак сутининг миқдори ва сифатини яхшилаш.

Қон қуйиш ҳар бир ҳолатда индивидуал тартибда олиб борилиши керак.

Оғир даражали ТТАга презклампсия, протеинемия қўшилиб келган бўлса, 100-200 миқдорда янги тайёрланган қон плазмаси, 3 кундан ортиқ сақланмаган эритроцитар масса юборилади. Туғруққача бўлган даврда қон препаратлари ишлатилади. Агар гемоглобин 60 дан паст бўлса, операция вақтида III-IV даражали бемор 500 мл дан кўп қон йўқотса, коагулопатик қон йўқотиш хавфи юқори бўлганда қон плазмасининг 6-8 дозаси, криопреципитат юборилади. Агар улар бўлмаса янги эритроцитар масса трансфузия қилинади.

Оғир даражали ТТАни қон препаратлари билан комплекс даволашда қуйидаги кўрсатмалар бўйича даволаш тавсия қилинади :

- туғруққача тайёргарлик (гемоглобин 70 г/л ва бундан паст бўлганда);
- анемия ва преэклампсиянинг биргаликда келиши;
- гипоксиянинг ривожланишига қўшимча хавф бўлиши: катта ҳомила, инфантилизм белгилари, кўпсувлик, 2 та ва бундан кўп ҳомила ва бошқалар;
- кесар кесиш операцияси;
- биринчи ва учинчи туғруқ даври (гемоглобин 60 дан кам);
- қон кетиши (йўлдошнинг олдин келиши, туғруқ йўллари жароҳати, туғруқдан кейинги патология);
- янги эритроцитар масса барча қонун-қоидалар билан туғруққача бўлган даврда трансфузия қилинса, массив қон кетиш, ТТИҚИ синдроми, геморрагик шок, бир литрдан кўп бўлган массив гемотрансфузия қўллашни ўз ичига олади.

Камқонликнинг олдини олиш ва даволаш йўллари.

Лаборатор усуллардан: қонни клиник текшириш; гематокрит, ретикулоцитлар, тромбоцитлар сонини аниқлаш; қон зардобдаги темир ва ферритин миқдорини аниқлаш ҳамда трансферрин темир билан тўйинганлиги коэффицентини аниқлаш.

Ҳомиладорликда камқонликнинг олдини олиш учун қуйидагиларга риоя этиш керак:

1. Ҳар кун кун тартибига қатъий риоя қилиш, етарлича дам олиш, вақтида тўйиб ухлаш, бу ўз навбатида марказий асаб ишини фаоллаштиради.
2. Эрталабки бадантарбия, чўмилиш ва бошқа гигиена шартларига риоя қилиш.
3. Очик ҳавода сайр қилиш.
4. Тўғри овқатланиш камқонликнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Ҳомиладор аёл кунига 5-6 маҳал овқатланиши зарур. Бунда у оқсилга, витаминларга бой овқатларни истеъмол қилиши керак. Булар: гўшт, балиқ, жигар, тухум, сут маҳсулотлари: қатиқ, сут, бринза ва бошқалар. Сабзовотларни қайнатиб, пишириб эмас, балки хомлигича ейиш мумкин: пиёз, сабзи, помидор, бодринг; ҳўл мевалардан: узум, ўрик, олма, гилос, лимон, апельсин ва бошқалар.
5. Нв миқдори ҳомиладорликнинг 1-6 ойлигида ойига 1 марта, охириги 3 ойлигида ойига 2 марта текширилиб борилади.

ТТА да аёллар реабилитацияси

ТТА ни камайтириш учун фертил ёшдаги аёлларда туғруқ интерваллари камида 3 йил бўлиши керак, ҳар бир ҳомиладорликда гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичлари нормал бўлиши керак.

Овқатланишни рационаллаштириш, нормал кун тартиби, соғлом турмуш тарзини олиб бориш тўғрисида тушунтирув ишларини олиб бориш керак.

Реабилитацион чораларни УАШ олиб бориши керак. Асосий эътиборни анемияга олиб келувчи экстрагенитал касалликларга қаратиш керак. ТТА билан оғрувчиларда ”юқори хавф гуруҳи”ни ташкиллаштириш ва улар орасида профилактика чораларини олиб бориш назорати алоҳида аҳамиятга эга.

ТТА ли аёлларда контрацепциянинг ҳамма турларини ишлатиш мумкин. ВМС фонидаги гиперполименорея бундан истисно ҳисобланади. Бу ҳолатда спирални олиб ташлаш керак.

Мавзу №25: “Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт:</i> 240 дақиқа	<i>Талабалар сони:</i> 12- 15
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини;

-туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	-акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№25 мотивация. (Мавзу баёни) Буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак тошқасаллиги). Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит ҳомиладорликда тез-тез учраб турадиган ҳомиладорларнинг ҳаёти учун хавфли касаллик ҳисобланади.

Пиелонефритда асосан буйрак жомлари, косачалари яллиғланган бўлади. Бундай яллиғланиш ҳолати ҳомиладорликда, туғруқ вақтида ҳамда чилла даврларида учрайди. Пиелонефрит суръати (частота) ўртача 3 – 30% ҳисобланади. Шу жумладан ҳомиладорлик даврида 48% туғаётган аёлларда 17%, чилла даврида 35% учраб туради. Пиелонефрит касаллигининг келиб чиқиши ва ривожланишига асосан икки хил муҳим шароит сабабчи бўлади. Булардан бири буйракнинг қон билан таъминланишининг бузилиши ва сийдик йўлларида сийдикнинг тўхтаб қолиши ҳамда организмда касаллик чақирувчи микроорганизмлар мавжудлигидир.

Касаллик қўзғатувчи микроорганизмларга 65% энтеробактерия, 1% ичак таёқчаси, клебсиелла, протей, 23% энтерококк, камдан-кам стафилококк ва ҳоказоларни киритиш мумкин. Инфекциянинг асосий манбаи асосан аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиши, фурункуллар, сийдик йўллариининг яллиғланиши, касалланган тишлар мавжудлиги, муртак безларининг сурункали яллиғланиши ҳисобланади.

Инфекциялар организмда: қон орқали, лимфа безларининг йўллари ва сийдик чиқарув йўллари орқали тарқалиши мумкин.

Инфекциянинг тарқалиши учун қулай шароитлардан бири ҳомиладорлик даврида юқори сийдик йўлларида сийдик чиқариш жараёнининг бузилиши ҳисобланади. Бунга қисман ҳомиладор бачадонининг ўнг томонга бурилган ҳолатда жойлашиши ва бу сийдик йўллариининг босилиши натижасида буйрак жомларида, сийдик йўлларида сийдикнинг тўхталиб қолишига олиб келади. Бундай ҳолатда инфекция ривожланишига қулай шароит туғилади.

Буйракда сийдик ажралиб чиқиши ва қон айланиши бузилишига асосий сабаблардан яна бири, ҳомиладорлик даврида прогестерон гормонининг сийдик йўлларида, буйрак жомларида таъсири ҳисобланади.

Гормон прогестерон сийдик йўллариини, буйрак жомларини бўшашига олиб келади. Бу эса сийдик йўлининг тўхталиб қолишига сабаб бўлади. Бундай шароитда организмда бирор инфекциянинг манбаи мавжуд бўлса, сийдик йўлларида тушиб, унинг яллиғланишига олиб келади. Пиелонефрит кўпинча ўнг буйракда ва биринчи ҳомиладор бўлган аёлларда кўпроқ учрайди.

Пиелонефрит – 86,6% да ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан (22 – 28 ҳафта) туккан аёлларнинг чилла даврида 4-6-9-12- кунларидан касаллик бошланиши мумкин.

Касаллик асосан ўткир ва сурункали давом этади. Ўткир бошланган пиелонефритда тана ҳарорати кўтарилади, кўпинча аёллар қалтираб (озноб), кейин иситма чиқаради, қаттиқ боши оғрийди, кўнгли айнийди, вақти- вақти билан қусиши мумкин, кейинчалик кучли терлаш содир бўлиб, тана ҳарорати биров пасаяди. Нафас олиши тезлашади. Томир тез-тез уриб туради (тахикардия), тил усти қарашланган бўлади. Касалларнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, ҳолсизлик, ланжлик ҳолларидан шикоят қиладилар.

Белда (буйрак яқинида) оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ қорин пастки қисмига, жинсий аъзоларнинг лабларига, оёқнинг сон қисмига ва сийдик йўллари бўйлаб тарқалади. Бел (буйраклар) соҳасига муштум билан енгил урилганда буйрак жоми яллиғланган томонида оғриқ сезилади (Пастернацкий белгиси мусбат бўлиб чиқади) .

Касаллар тез-тез сияди, сийиш вақтида оғриқ сезадилар. Пиелонефрит сурункали давом этганда белдаги оғриқ сустроқ сезилади, лекин белдаги оғриқни зўрайтириш касаллар гавда ҳаракати билан боғлиқ эканлигидан шикоят қиладилар.

Касалларнинг боши оғрийди, тез-тез чарчайдилар, танада умумий беҳолликни сезадилар, Пастернацкий белгиси кучсиз мусбат бўлиб чиқади, 16 % ҳомиладор аёлларда пиелонефрит билан бирга камқонлик, 20 % қон босимининг юқори бўлиши (гипертония) содир бўлади .

Касалликни аниқлаш асосан унинг клиник белгиларига, лаборатория ва эндоскопик текширишларга асосланади. Бел (буйрак) соҳасидаги оғриқ ҳомиладорликнинг 3-ойигача кучли безовта қилади. Ҳомиладорликнинг қолган ойларида бел соҳасидаги оғриқ сусаяди, чунки сийдик чиқарувчи йўллари бирмунча бўшашиб, кенгайган бўлади, бу эса оғриқ камайишига олиб келади .

Қонда лейкоцитларнинг сони кўпаяди ва лейкоцитоз, чапга силжиш содир бўлади. Лейкоцитларнинг кўпайиши асосан таёкчасимон лейкоцитларнинг ҳисобига содир бўлади. Қонда протеин камаяди (протеинемия), мочевино миқдори кўпаяди .

Сийдик текширилганда унинг таркибида протеинлар бўлади (протеинурия), лейкоцитлар кўп миқдорда аниқланади (лейкоцитурия).

Лейкоцитлар, эритроцитлар ҳам бўлиб, гематурия ҳоллари содир бўлади. Сийдикни бактериологик текшириш шартдир. Бунда 1 мл сийдикда 10/5 даражасидан ортиқ микроб доначалари топилса, бу пиелонефрит деб ташхис қўйишга асос бўлади.

Сийдикни Зимницкий, Нечипоренко, Аддис – Каковский усуллари билан текширилиб буйрак функционал ҳолати аниқланади.

Ҳомиладорлик даврида пиелонефрит касаллиги билан касалланган аёлларда ҳомиладорликнинг қуйидаги асоратларини кузатиш мумкин.

1. Ҳомиладорликнинг тахминан 16 – 24-ҳафталарида 6% гача бола тушиши содир бўлади, чунки бу давр ичида ҳомила шикастланади, инфекция ва интоксикация таъсирида ҳомила ўсишдан орқада қолади, туғилган тақдирда ҳам умумий вазни кам бўлиб туғилади. Янги туғилган чақалоқ эса осонгина юқумли касалликлар билан тез-тез касалланадиган бўлиб қолади.
2. 25% ҳомила вақтидан илгари (чала туғилиши) мумкин.
3. 44 – 80 % ҳолларда ҳомиладорлик гипертензияси кузатилади.
4. Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши юз беради.
5. Ҳомиладорлик даврида пиелонефрит билан касалланган аёллар кўпинча чилла даврида учрайдиган эндометрит ва чилла давридаги септик касалликларга дучор бўладилар.

Пиелонефритнинг ўткир клиник формасида эса қуйидаги асоратларни учратамиз: бактериал шок; буйрак тўқималарининг некрози; йиринглашнинг бутун танага тарқалиши (септикопиемия).

Ҳомиладорлик даврида содир бўлган пиелонефритни асослаб, туғруқ вақти келганда туғруқни бошқаришда албатта спазмолитиклар қўллаш тавсия этилади. Агар пиелонефрит билан оғриган аёлларда ҳомиладорликда гипертензив асоратлар давом этаётган бўлса ёки гипертензия асорати тез-тез хуруж қилса (қайтарилса), бу асоратни даволашдан қониқарли натижа олинмаса, ҳомиладорликни сунъий йўл билан тугатиш керак бўлади. Бу ҳолларда ҳомиладорликни тугатиш учун, дардни чакирувчи ва кучайтирувчи дорилар билан туғруқ йўллари орқали туғдириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ҳомиладорликни операция йўли билан тугатиш тавсия қилинмайди. Кесар кесишни фақат ҳомиладор аёлнинг ҳаёти кучли хавф остида қолгандагина қўллаш мумкин.

Қуйидаги ҳолларда ҳомилани давом эттириш қатъиян ман этилади: пиелонефрит якка буйракда содир бўлган бўлса; сурункали пиелонефритда гипертония (қон босимининг кўтарилиши) ва азотемия ҳоллари рўй берганда; сурункали пиелонефритда буйрак фаолияти сусайганда (СБЕ).

Пиелонефрит касаллиги билан ҳомиладор аёл ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида касалланса, ҳомиладорликни давом эттириш ман этилади. Чунки бу давр ҳомиланинг ҳаёт учун зарур бўлган ички аъзоларининг шаклланиш даври ҳисобланади. Ҳомилани сунъий йўл билан тушириш ўтқир давом этаётган пиелонефрит касаллигини даволаб, касалликнинг асосий белгилари йўқ бўлгандан кейин амалга оширилади .

ДАВОЛАШ. Пиелонефритли аёлни фақат даволаш муассасаларига олиб бориш зарур, уй шароитида , амбулатория шароитида даволаш ман қилинади.

Пиелонефритни даволашда биринчи 3 ойликда антибиотиклардан пенициллин берилади, 1 кунда 10000000 ЕД м/о юборилади. Яна ярим синтетик априд (ампициллин) 1 таблетка (750 мг)дан 2 маҳал кунига ёки Хиконцил 1 капсула (500мг)дан 3 маҳал 5 кун, амоксициллин-ТЕВА 1г м/о 3 маҳал 5 кун давомида юборилади . Антибиотикларни тана ҳарорати нормаллашгандан кейин яна 2 кунгача давом эттириш тавсия қилинади. Агар касаллик оғир давом этса, антибиотиклар (мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал кунига 3-5 кун давомида) венага юборилади.

Ҳомиладорликнинг 3 ойликдан кейинги ойларида кучли антибиотикларни даволаш учун ишлатиш мумкин, чунки 3 ойдан кейин ҳомиланинг ҳаёт учун зарур ички аъзолари шаклланиб бўлган бўлиб, йўлдош тўла-тўқис шаклланади, ўзининг иш фаолиятини бошлайди, ҳомилани дорилар таъсиридан бир мунча сақлаш қобилиятига эга бўлади.

Антибиотиклардан априд (ампициллин) 1 таблеткадан (750мг) 2 маҳал 7 кун, амоксиклав 600 мг дан 3 маҳал в/и, кейин 1таблетка (1000мг)дан 2 маҳал 5 кун, амоксил 500мг дан 3 маҳал 5-7 кун ифицеф, цефтриаксон (лендацин) 1г дан кунига 2 маҳал в/и, зитроцин 500 мгдан 1 маҳал 3 кун 5 кун давомида тавсия қилинади.

Ҳомиладор аёлларга антибиотиклардан тетрациклин, левомецетин, стрептомицин буюриш мумкин эмас, чунки антибиотиклар ҳомилага салбий таъсир қилиб, ҳаёт учун зарур бўлган ички аъзоларда турли касалликлар (аномалиялар) содир бўлишига сабаб бўлади.

Буйракдаги яллиғланишга қарши бериладиган дорилардан уролесан 15 томчидан 3 маҳал 7 кун, 5–НОК 2 таблеткадан 4 маҳал 4 кун, кейинчалик 1 таблеткадан 4 маҳал яна 10 кун давомида берилади. Фуродонин 0,1г дан 4 маҳал 4 кун , 0,1г дан 3 маҳал 10 кун давомида берилади. Фуразолидон 0,1г дан 4 маҳал 4 кун. 0,1г дан 3 маҳал 10 кун, уросульфан 0,5г дан 4 маҳал 10 – 12 кун.

Чилла даврида пиелонефритни даволашда бисептолни 2 таблеткадан 2 маҳал 10 кун давомида юборилса, яхши натижага эришилади.

Организмни дезенсбилизация қилиш мақсадида супрастин 0,025 дан ёки пипольфен 0,025 дан 3 маҳал ичирилади.

Сийдик яхши ажралиши учун спазмолитик моддалардан баралгин 5 маҳал ёки но-шпа 2 мл м/о, папаверин 2% - 2,0 м/о юборилади. Плацентанинг тўсиқ фаолиятини кўчайтириш учун Е витамини 30% -1,0 м/о 5-10 кун давомида тавсия қилинади.

Бачадон мускуллари қисқарувчанлигини камайитириш мақсадида гестаген (дюфастон), спазмолитик (магnezия, но-шпа, папаверин) ва токолитиклар (гинепрал) буюрилади.

Даволаш мобайнида юбориладиган суюқлик миқдори 1 кунда 2 литргача тавсия этилади (5% глюкоза, физиологик эритма ва ҳ.к.), оғиз орқали суюқлик ичишга маслаҳат берамиз. Гўшти қайнатилган миқдорда истеъмол қилинади. Сабзавот ва ҳўл мевалардан кўпроқ истеъмол қилиш керак. Шўр-аччиқ ва қовурилган овқатларни истеъмол қилиш қатъиян ман қилинади.

Мавзу № 3: “Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. ” **Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№25 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда гипертермия, оғрик ва умумий ҳолсизлик синдроми акушерликда. Ўпка (бронхит, пневмония, бронхиал астма) касалликлари. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.

Ўткир бронхит — бронхларнинг инфекцион яллиғланиш касаллиги. Бу касаллик йўтал, интоксикацион синдром ва балғам ажралиши каби симптомлар билан намоён бўлади.

Патоген турига қараб, ўткир бронхит вирусли ёки бактериал бўлиши мумкин. Бошқа кам учрайдиган этиологик турлари ҳам мавжуд (токсик, куйиш), лекин улар камдан кам кузатилади.

Касалликни нозологик формаси бўйича номланиши (шифр МКБ-10):

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси *Mycoplasma pneumoniae* (J20.0);

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси *Haemophilus influenzae* (J20.1);

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси Стрептококк (J20.2);

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси Коксаки вируси (J20.3);

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси парагрипп вируси (J20.4);

Ўткир бронхит, қўзғатувчиси респиратор синцитиал вируси (J20.5);

Ўткир бронхит, қўзғатувчи риновирус (J20.6);

Ўткир бронхит, қўзғатувчи экховирус (J20.7);

Ўткир бронхит, Бошқа аниқланган агент билан қўзғалган (J20.8);

Ўткир бронхит аниқланманган (J20.9).

«Ўткир бронхит» диагнозини йўталнинг бирдан бошланиши, 3 ҳафтадан кўп бўлмаслиги (балғам борлигига қарамасдан), шунингдек йўтал чақирувчи бошқа сабабларнинг ҳалқум бурун қисмининг патологияси, пневмония ва ўпкани сурункали касалликларини белгиларининг бўлмаслиги ва касалликнинг клиник белгиларига қараб инкор қилиш йўли билан диагноз қўйилади.

Даволаш мақсади – бемор аҳволини яхшилаш ва йўтални давомийли-гини камайтириш, меҳнат фаолиятини тиклаш.

Даволаниш. Агарда йўтал мавжуд бўлса, балғам ажратадиган дориларни бериш лозим. Қийин ажраладиган балғам пайдо бўлса, унда муколитикларни бериш лозим. Ўткир бронхитда марказий таъсир қилувчи бўлган йўталга қарши дориларни муколитиклар билан бирга бериш ноўрин, чунки бу дорилар йўтал рефлексини камайтиради, мукоцилиар ҳаракатини камайтиради ва бронхиал секретни қуюқлигини оширади.

Бронхообструктив синдром пайтида бронходилататорлар тавсия қилинади. Бронхообструктив синдром ва бронхиал гиперреактивлик қуруқ тарқалган хириллашлар билан намоён бўлган ҳолларда β_2 -адреномиметикларни аэрозоль ингальция кўринишида (АИК), М-холиноблокаторларни ингальция суюқлигида ёки β_2 -адреномиметик ва М-холиноблокатор биргалигида небулайзер орқали қўлланилишлари исботланган.

Ўткир бронхитни асосий этиологияси вирус бўлганлиги сабабли антибиотикотерапия қўп ҳолларда тавсия қилинмайди. Бронхлар бактериал яллиғланиш аломатлари билан намоён бўлганда (йирингли балғам ажралиши ва унинг миқдорини кўпайиши, хансирашнинг кучайиши, интоксикацион белгиларнинг пайдо бўлиши) антибиотиклар берилади. Бу вазиятда антибиотик гуруҳларидан макролидлар, бета-лактамлар қўлланилиши мумкин.

Ўткир бронхитни диагностикаси ва даволаш

Касаллик ни нозологик шаклига қараб ном- ланиши (KХТ-10)	Кўрсатилган тиббий ёрдамни миқдори					Кассалик ни натижаси
	Диагностикаси			Даволаш		
	шартли	сони	қўшимча (кўрсатгич бўйича)	керакли	Ўртач а кечиш и	
1	2	3	4	5	6	7
Амбулатор шароитида ўткир бронхит диагностикаси ва даволаш						
Ўткир бронхит J20	Анамнез ва физикал тек- ширувлари Умумий қон	Кўрсат ма бўйича 1 мар- тда ўтказаш	Обструктив синдро- мида: спирограмм а ёки пикфлолуме т-рия. Иккинчи	Антибактериал терапия бактериал инфекция белгилари бўлганда берилади: бета- лактамлар	5-7 кун	тузалиш

	тахлили		маротаба тана хароратинин г кўтарилиши да – кўкрак қафаси рент-генограммаси, и, пульмонолог, - фтизиатр кўриги (йўтал 3 хафтадан кўп бўлган)	суткалик дозаси 1,5-2,0 г 5 кун (клиник симптомлари, интоксикацион симптомлари бўлмаса), ёки макролидлар суткалик дозаси 500-1000 мг. Муколитик дорилар: ацетилцистеин 400-600 мг /сутки 2 мартда; аэрозоль терапияси учун УЗИ-приборкаларда 3-9 мл 10% эритма ацетилцистеини эритишади, приборкада тахсимлайдиган клапан билан - 6 мл 10% эритма; ингаляцияни давомийлиги - 15-20 мин; - 2-4 мартда кунига; амброксол 0,03 г 3 мартда кунига ёки 2мл небулайзер орқали ёки бромгексин ичига 8-16 мг 3 мартда кунига. бронхообструкт		

				ив синдромида М- холинолитикла р, β2- агонистлар (ДАИ) 100 - 200мкг небулайзер орқали – талабга кўра (вазиятли). Йўталга қарши дорилар самарасиз бўлса. Ностероид ялигланишга қарши дори воситалари: ацетилсалицил кислотаси 0,25 - 0,5-1,0 г 3 мартда кунига ёки ибупрофен ичига 0,2-0,4 г 3 мартда кунига, ёки мелоксикам 0,015 г 1 мартда кунига, ёки парацетамол 0,5-1,0 г 3мартда кунига иситма тушириш мақсадида.		

Сурункали бронхитдаги умумий ҳолатлар

Бу бронхларни узоқ вақт давомида бир қанча зарарли омиллар (чекиш, чанг хаво, тутун, углерод оксиди ва бошқа кимевий моддалар билан нафас олиш), таъсири натижасига ва шунингдек тез-тез қайталанувчи респиратор инфекциясиларга (асосан респиратор вируслар, пневмококклар) боғлиқ. Патогенезининг бош механизмига бронх шиллиқ безларининг гипертрофияси

ва гиперфункцияси шиллиқ секрецияси кучайиши, сероз секрециясининг нисбатан камайиши, шиллиқ таркибининг ўзгариши – кислотали мукополисахаридларни кўпайиши, балғам ёпишқоқлигини кучайишига олиб келади.

Узоқ муддатдаги бронхларни гиперфункцияси мукоцилиар аппарат эпителиал қаватининг дистрофия ва атрофиясига олиб келади. Бронхларни дренаж функциясининг бузилиши бронхоген инфекциясининг ривожланишига олиб келади, унинг кечиши маҳаллий иммунитетига ҳам боғлиқ. Яллиғланиш жараёнини камайиши, экссудацияни камайиши, бириктирувчи тўқимани ва эпителий пролиферацияси ремиссия фазасига тегишли. Нафас йўллари сурункали яллиғланиши: бронх девори ва унинг атрофининг склерози, шиллиқ безлар, мушаклар, эластик толаларинг атрофиясига олиб келади, шунингдек бронхларни стенози, ёки кенгайиб бронхоэктазлар ҳосил бўлиши мумкин.

Касалликни нозологик формаси бўйича номланиши (ХКК-10 бўйича шифрлар):

Оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит

Оддий сурункали бронхит (J41.0);

Шиллиқ-йирингли сурункали бронхит (J41.1);

Аралаш, оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит (J41.8);

Аниқланмаган сурункали бронхит (J42).

Сурункали бронхитнинг бошланиши эрталабки йўтал, кун давомида балғам ажралаши безовта қилади, совуқ ва нам ҳавода кучаяди, йиллар давомида сурункалига ҳолатга айланади. Балғам шиллиқ, кучайган даврда-шиллик-йирингли ёки йирингли бўлиши мумкин. Кейин хансираш пайдо бўлиб кучайиб боради. Совуқ ва нам ҳавода кўзғалиб, йўтал ва хансираш пайдо бўлади, балғам кўпаяди, ҳолсизлик пайдо бўлади, терлаш, тез чарчаб қолиш каби белгила кузатилади. Тана харорати нормал ёки субфебрил, дағал нафас ва куруқ хириллаш бутун ўпка сиртида эшитилади. Лейкоцитар формула ва ЭЧТ ўзгармаган; лейкоцитоз таёқчасимон сурилиш билан кузатилиши мумкин. Йирингли бронхитларни кўзғалишида яллиғланишни биокимевий кўрсаткичлари ўзгариши мумкин (С-реактив оксил, сиал кислотаси, серомукоид, фибриноген).

Сурункали бронхит диагностикасида балғамни текширилиши, микроскопик, цитологик ва биокимевий текширувлар аҳамиятга эга. Тана харорати кўтарилган ва ўпка хириллашлар пайдо бўлган беморларда пневмонияни инкор қилиш учун рентгенологик текширувлар ўтказилиши керак. Сурункали бронхитни аниқлаш учун бронхоскопиядан фойдаланилади, унда яллиғланиш жараёнининг эндобронхиал кўринишлари

(катарал, йирингли, атрофик, гипертрофик, геморрагик, фиброз-ярали эндобронхитлар) аниқланади. Шунингдек, бронхоскопия шиллиқ қаватдан биопсия олишга ва гистологик текширув ўтказилишига ёрдам беради, шунингдек бронхоскопиядан йўтални бошқа сабабларини аниқлаш учун ҳам (нафас йулларни ўсмаларини инкор қилишда) фойдаланилади.

Даволаш: Сурункали бронхитни эртароқ даволашни бошлаш зарур: у комплексли, индивидуал ва доимий бўлиши мумкин. Касаллик келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилиш керак (чекиш, зарарли моддалар ингаляцияси ва бошқалар). Витаминга бой овқатлар берилади. Асосан бронх ўтказувчанликни яхшилаш керак (йўталга қарши дорилар, муколитиклар, бронхолитик бериш зарур). Бронхлар дренаж функциясини тиклаш учун кўшимча усуллар - даволовчи физкультура, кўкрак қафасини уқалаш ва бошқа физиотерапевтик усуллардан фойдаланилади. Бронхиал обструкция симптомлари пайдо бўлганда М-холинолитиклар, β_2 -адреномиметиклар ва узоқ таъсир қилувчи метилксантинлардан фойдаланилади.

Касаллик қузиган даврда бактериал инфекцияга ҳос белгилар мавжуд бўлганда бета-лактамли ёки макролидлар гуруҳига ҳос антибиотиклардан фойдаланилади.

Сурункали бронхитда госпитализация учун кўрсатмалар:

Бронхитни хуружи ва олдин кузатилмаган симптомларнинг пайдо бўлиши (хансирашнинг кучайиши, йирингли балғамнинг пайдо бўлиши), қилинаётган даво муолажасининг самарасизлиги, оғир бошқа бир касалликларни мавжудлиги (пневмония, бронхоэктаз).

Сурункали бронхитни диагностикаси ва даволаш

Касаллик-ни нозоло-гик форма-сига қараб номланиши (ХКТ-10)	Кўрсатилган тиббий ёрдамни миқдори					Кассаликни натижаси
	Диагностика			Даволаш		
	шартли	сони	қўшимча (кўрсаткич бўйича)	керакли	Ўртача кечиши	
1	2	3	4	5	6	7
Амбулатор шароитда сурункали бронхитнинг диагностикаси ва даволаш						
Оддий шиллиқлик ва йиринг-ли бронхит J41	Умумий қон тахлили Умумий сийдик тахлили	1 мартда хуруж қилинга нда, назорат текшириш —	Кўкрак қафасини рентгенографияси, бронхоскопия	интоксикацион ва бронх-ўпка синдромида (қўзғатувчи бактерия бўлиб	5-7 кун	Ремиссия

Аниқланм аган сурун- кали бронхитJ4 2	Спирогра мма/ пикфлоум ет-рия	кўрсатма бўйича		тасдикланса) – антибиоти- котерапия: бета-лактам 1,5-2, 0 г кунига ёки макролидлар 500-1000 кунига.Обстр уктив синдромида: М- холинолитикл ар 2 доза 3 мартда ку- нига ёки небулайзер орқали 10-20 томчидан 2-3 мартда кунига, ёки узоқ таъсир қилувчи метилксантин -лар 350 мг 2 мартда кунига, ёки 500 мг 1 мартда кунига.		
				Муколитикла р: амброксол 0,03 г 3 мартда кунига ёки 2мл небу- лайзер орқали; ацетилцистеи н 400-600 мг /суткада 2 махал аэрозол терапия учун УЗИ- асбобларда		

				эритишади 3-9 мл 10% эритмада, тахсимланади ган асбоблардаги клапанларда - 6 мл 10% эритма; ингаляцияни давомийлиги - 15-20 мин; - 2-4 мартда кунига		

Стационар шароитида бронхитни диагностикаси ва даволаш

Оддий шиллиқлик ва йирингли бронхит J41	Умумий қон тахили аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга балғамни бактерио-логик ва микроскопик тек-шируви	1-2 мартда	Бронхоскопия Кўкрак қафасини рентгенографияси	интоксикацион ва бронхоўпка синдромида (қўзғатувчи бактерия бўлиб тасдиқланса) – антибиоти-котерапия: бета-лактам 1,5-2, 0 г кунига, ёки - макролид 500-1000 мг кунига; резервдаги дорилар респиратор фторхинолонлар 0,5 г 1 мартда кунига. обструктив синдромда – М-холинолитиклар ёки М-холинолитиклар /β2-агонистлар комбинацияланган

				азразоллари хо- латида ёки небулайзер орқали ёки узоқ таъсир қилувчи метилксан-тинлар 350 мг 2 мартда кунига, ёки 500 мг 1 мартда/сут . Муколитиклар ичишга ёки небу- лайзер орқали, терапияни ўртача давомийлиги - 5- 10 кун Бронхосанацион терапия (кўрсатма бўйича).

Пневмониялар – Ўпка паренхимасининг этиологияси турлича бўлган инфекцион касалликлар гуруҳига мансуб бўлиб, улар респиратор тизимнинг нормада стерил бўлимларига микроорганизмларни киришига жавобан альвеолаларни яллиғланиши билан ифодаланади ва бу жараён клиник жихатдан бронх-ўпка-плеврал ва интоксикацион синдромлар билан намоён бўлади.

Касалликни нозологик шаклининг атамаси (КХТ-10):

Пневмония ва бошқа респиратор инфекциялар билан учрайдиган грипп (J10-J11);

Бошқа бобларда таснифланмаган вирусли пневмония (J12);

Аденовирусли пневмония (J12.0);

Респиратор - синцитиал вирус чақирувчи пневмония (J12.1);

Парагрипп вирусли чақирувчи пневмония (J12.2);

Бошқа вирусли пневмония (J12.8);

Аниқланмаган вирусли пневмония (J12.9);

Streptococcus pneumoniae чақирувчи пневмония (J 13);

Haemophilus influenzae чақирувчи пневмония (J 14);

Бошқа бобларда таснифланмаган бактериал пневмония (J 15):

Klebsiella pneumoniae чақирувчи пневмония (J 15.0);

Pseudomonas spp чақирувчи пневмония (J 15.1);

Staphylococcus spp чақирувчи пневмония (J 15.2);

В гурухи стрептококклари чақирувчи пневмония (J 15.3);

Бошқа гурух стрептококклари чақирувчи пневмония (J 15.4).

Бошқа бобларда таснифланмаган инфекцион агентлар чақирувчи пневмония, (J 16):

Хламидиялар *Chlamydia* spp. чақирувчи пневмония (J 16.0);

Бошқа аниқланган инфекцион агентлар чақирувчи пневмония (J 16.8).

Бошқа бобларда таснифланган касалликлардаги пневмония (J 17):

Бошқа бобларда таснифланган бактериал касалликлардаги пневмония (J 17.0);

Бошқа бобларда таснифланган вирусли касалликлардаги пневмония (J 17.1);

Микозлардаги пневмониялар (J 17.2);

Паразитар касалликлардаги пневмониялар (J 17.3).

Бошқа бобларда таснифланган бошқа касалликлардаги пневмониялар (J 17.8).

Кўзғатувчиси аниқланмаган пневмония (J 18):

Аниқланмаган бронхопневмония (J 18.0);

Аниқланмаган булакли пневмония (J 18.1);

Аниқланмаган гипостатик пневмония (J 18.2).

Хозирги вақтда, пневмонияни касалликни ривожланиш шароитини ҳисобга олишга асосланган клиник таснифи кенг тарқалган бўлиб, унга мувофиқ шифохонадан ташқарида ривожланган (*Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.) нонозокомиал пневмония; даволаш муассасасида ривожланган (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae* spp.) нозокомиал пневмония; иммунтанқислиги туфайли ривожланган (*Pneumocystis carinii*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, замбуруғлар,

цитомегаловирус ва микроорганизмлар ассоциацияси.) пневмониялар фарқланади.

Шу билан бирга, оғирлик даражасига кўра енгил, ўрта оғир ва оғир кечувчи пневмониялар фарқланади. Шу ўринда такидлаш лозимки, енгил ва ўрта оғир пневмонияларни ажратувчи аниқ мезонлар мавжуд эмас; бу пневмонияларда ташхислаш ва даволаш тадбирларининг хажми деярли бир хил. Шу туфайли бу пневмонияларни бир гуруҳга, яъни оғир бўлмаган пневмониялар гуруҳига киритиш мумкин.

Оғир кечувчи пневмониялар оғир интоксикацион синдром, гемодинамик ўзгаришлар билан яққол ифодаланган нафас етишмовчилиги ва/ёки оғир сепсис, септик шок белгилари билан намоён бўлиб, ёмон оқибатларга олиб келади ва интенсив терапия ўтказишни талаб этади.

Оғир кечувчи пневмониянинг “ кичик ” ва “ катта ” мезонлари фарқланади.

Оғир кечувчи пневмониянинг “ Кичик ” мезонлари:

- нафас олиш тезлиги 1 минутда 30 ва ундан ортиқ;
- бемор хушининг бузилиши;
- $\text{SaO}_2 \leq 90\%$ (пульсоксиметрия), артериал қонда кислороднинг парциал босими (PaO_2) ≤ 60 мм сим.уст.;
- систолик артериал босим ≤ 90 мм рт.ст.;
- Ўпкани икки томонлама ёки кўп ўчоқли зарарланиши, емирилиш бушликлари, плеврит;

Оғир кечувчи пневмониянинг «Катта» мезонлари:

- Ўпкани сунъий нафас ўтказиш зарурияти;
- Ўпкада ўчоқли-яллиғланишни ўта тез авж олиши – яллиғланиш хажмини якин 2 сутка давомида 50% дан зиёд катталашиши;
- септик шок, вазопрессор препаратларни 4 соат ва ундан ортиқ вақт мобайнида қўллаш зарурияти;
- Ўткир буйрак етишмовчилиги (сйдик микдори 4 соат давомида 80 мл дан кам, қон зардобиди креатинин ≥ 180 мкмоль/л ёки мочевино таркибиди азот ≥ 7 ммоль/л (сурункали буйрак етишмовчилиги бўлмаган холда).

Шифокор оғир кечувчи пневмонияни беморда камида 2 та «кичик» ёки 1 та «катта» мезон бўлганда қайд этиши лозим. Уларнинг хар бири беморда ўлим хавфини ишончли тарзда оширади. Бу холларда беморни шошилиш тарзда реанимация ва интенсив даволаш бўлимига госпитализация қилиш тавсия этилади.

Пневмонияни қаерда даволаш масаласи мухим ахамият касб этади.

Пневмония диагнози тасдиқланганда қуйида келтирилган белгиларнинг камида 1 таси бўлганда беморни госпитализация қилиш кўрсатилган:

1. Физикал текшириш натижалари: нафас олиш тезлиги ≥ 30 /мин; систолик артериал босим ≤ 90 мм сим. уст., диастолик артериал босим ≤ 60 мм сим.уст.; юрак уриш тезлиги ≥ 125 /мин; тана харорати $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ ёки $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$; бемор хушини бузилиши.

2. Лаборатор текшириш ва рентген натижалари: периферик қонда лейкоцитлар миқдори $\leq 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ёки $\geq 20,0 \times 10^9/\text{л}$; $\text{SaO}_2 < 92\%$ (пульсоксиметрия), $\text{PaO}_2 < 60$ мм сим.уст. ва/ёки $\text{PaCO}_2 > 50$ мм сим.уст. хона хавосидан нафас олганда; қон зардобадаги креатинин $> 176,7$ мкмоль/л ёки мочевина азоти $> 7,0$ ммоль/л (мочевина азоти $\approx$ мочевина, ммоль/л/2,14); биттадан ортиқ бўлақда жойлашган пневмоник инфильтрация; емирилиш бўшлиқлари; плеврал суюқлик; ўпкада ўчоқли-яллиғланишни ўта тез авж олиши (яллиғланиш хажмини якин 2 сутка давомида 50% дан зиёд катталашини); гематокрит $< 30\%$ или гемоглобин < 90 г/л; ўпкадан ташқари инфекция ўчоқлари (менингит, септик артрит и бошқалар.); сепсис ёки полиорган етишмовчилиги, метаболик ацидоз ($\text{pH} < 7,35$), коагулопатия.

3. Уй шароитида беморни мўтаносиб парвариш қилиш ва шифокор тавсияларини бажариш имқони йўқ ҳолларда.

Пневмонияни стационар даволаш устуворлиги масаласи қуйида келтирилган ҳолатларда кўриб чиқилиши мумкин:

1. 60 ёшданг ошган шахслар.

2. Ёндош касалликлар (сурункали бронхит, СЎОК, бронхоэктазлар, хавфли ўсмалар, қандли диабет, сурункали буйрак етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, сурункали алкоголизм, наркомания, тана вазнининг кескин камайиши, цереброваскуляр касалликлар).

3. Бошланғич антибактериал терапияни самарасизлиги.

4. Хомиладорлик.

5. Бемор ва уни оила аъзоларининг хохиш иродаси.

Беморларда оғир кечувчи пневмониянинг белгилари (тахипноэ ≥ 30 /мин; систолик артериал босим < 90 мм рт. ст.; икки томонлама ёки кўп бўлакли пневмоник инфильтрация; ўпкада ўчоқли-яллиғланишни ўта тез авж олиши, септик шок ёки вазопрессор препаратларни 4 соат ва ундан ортиқ вақт мобайнида қўллаш зарурияти) мавжуд бўлганда, шошилиш тарзда реанимация ва интенсив даволаш бўлимига госпитализация қилиш тавсия этилади.

Пневмонияни даволаш жараёнида антибактериал терапия самарасиз бўлган ҳолларда, ўпка силини инкор қилиш муҳим аҳамият касб этади. Бунда мажбурий равишда балғамни камида 3 марта сил таёкчаларига текшириш ва фтизиатр қонсултациясини ташқил этиш даркор.

НОНОЗОКОМИАЛ ПНЕВМОНИЯНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Касалликлар нозологик шакллари рининг номланиши (КХТ-10)	Тиббий ёрдам кўрсатишни хажми					
	Диагностика			Даволаш		
	Мажбурий	марта	қўшимча (кўрсатма асосида)	зарурий	ўртача мут	касаллик оқибати
1	2	3	4	5	6	7
Амбулатория шароитида диагностика ва даволаш						
Пневмония (J12-18), Енгил кечиши 60 ёшгача бўлган, ёндош касалликлари йўқ беморлар	Клиник текшириш Анамнез ва физикал текшириш: Ўткир бошланиши, шикоятлар – интоксикацион ва бронх-ўпка ёки бронх-ўпка-плеврал синдромлар: тана хароратининг юқори даражагача ошиши, куруқ ёки балғам билан йўтал, кўкрак кафасида оғриқ, хансираш.	Даволаш курсининг боши ва охирида 1 марта, даволаш жараёнида кўрсатмага асосан.	Қонни биокимёвий текшириш : моче-вина, СРО, умумий оқсил, оқсил фракциялари, натрий, калий, кальций; креатинин; аспарататаминотрансфераза (АсАТ); аламинаминотрансфераза (АлАТ)	Мақсадга мувофиқ антибиотик: амоксициллин 0,5-1 г – 3м/сут ичишга ёки ва/ёки макролидлар (азитромицин 0,5 г 1м/сут ичишга ёки кларитромицин 0,5-1,0 г сут-када. Муколитик терапия: амброксол 30 мг ичишга 3 мар-хал/сут ёки ингаляцияда; ацетилцистеин ичишга 400-600 мг /суткада 2	10-14 кун	Тузулиш мезонлари: Тана хароратини меъёрида бўлиши Қон кўрсаткичларини меъёрида бўлиши Касаллик симптомларини йўқолиши (пневмониянинг айрим лаборатор ва/ёки рентген белгиларини сақланиб қолиши антибактериал терапияни давом эттиришга мутлоқ кўрсатма

				махал Антибактериал терапиянинг самардорлиги 48-72 соатдан кейин бахоланади. Бошланғич терапия самарасиз бўлганда – госпитализация.	бўла олмайди.
Ёши 60 ёшдан зиёд ва/ёки ёндош касалликлари бўлган беморлар.	Ўпканинг зарарланган бўлаги устида пневмониянинг аускультати в белгилари (нам хириллашлар). Лаборатор диагностика: Қонни умумий тахлили (лейкоцитоз ёки лейкопения, нейтрофилли сурилиш) Кўкрак бўшлиғи аъзоларининг рентгеногра		Госпитализацияга кўрсатмалар: 3 кун давомида амбулатор давонинг самарасизлиги Пневмонияни оғир кечиши.	Мақсадга мувофиқ антибиотик: амоксицилин/клавулон кислота 875/125 мг 2 м/ в сут ичишга; макролидлар: азитромицин 0,5 г 1м/ сут ичишга ёки кларитромицин 0,5г 2махал / суткада ичишга. Муколитиклар терапия: амброксол 30 мг ичишга 3 махал/сут ёки ингаляцияда; ацетилцисте	

	ммаси. Балғамни микроскопик текшириш (Грамм усули бўйича)			ин ичишга 400- 600 мг /суткада 2 махал аэрозол терапия УЗИ да - 3-9 мл 10% эритма, 6 мл 10% эритма; ин- галяция муддати - 15-20 мин; - 2-4 марта 1 суткада, терапиянинг ўртача муддати - 5- 10 кун; Антибактери ал терапия самарадор- лигини баҳолаш – 48-72 соатдан сўнг. Бошланғич терапия самарасиз бўлганда – госпитализа ция.		
Стационар шароитда диагностика ва даволаш						
Пневм ония (J12- 18), Енгил кечувч	Клиник текшириш: анамнез (Ўткир бошлани- ши);	Кунда симпто мларни назора т қилиш.	Дифференциал диаг-ностика зарурияти бўлганда – кўкрак қафасини КТ ,	Мақсадга мувофиқ дори- дармонлар: амоксицилли н/клавулон	14 кун	Тўла соғайиш. Ст ационардан чиқариш мезонлари : Тана

и 60 ёшдан катта, ёндош касалл иклари бўлган ёки ижтим ой шароит и оғир беморл ар	шикоятлари (интоксикац и-он, бронх- ўпка*плевра л синдромлар) : тана хароратинин г юқори даражагача ошиши, куруқ ёки балғам билан йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш. Ўпканинг зарарланган бўлаги устида пневмониян инг аускультати в белгилари (нам хириллашла р). Лаборатор диагностика: Қонни умумий тахлили (лейкоцитоз ёки лейкопе- ния, нейтрофилл и сурилиш) Сийдикнинг умумий	Бошқа текшир иш усулла рини қайтал аниши давола ш жараён ида 2 марта (курсни боши ва охи- рида)	бронхоскопия	кислота 1000/200мг 3махал / суткада т/и, етарли самара бўлмаганда – азит- ромицин билан 0,5 г 1 м/сут ичиш- га ёки кларитромиц ин билан 0,5-1,0 г 1 сут; ёки цефтриаксон 1-2 г 1 м/сут. м/о ёки т/и, ёки цефуросим 1-2 г 2-3 м/сут м/о ёки т/и. Антибактери ал терапиянинг эффек-ти – 24 - 48 соатдан кейин бахола-нади. Бошланғич терапия самарасиз бўлганда: респираторф торхинолон- лар - левофлоксац ин 0,75 г 1 м/	хароратини меъёрида бўлиши Қон кўрсаткичла рини меъёрида бўлиши Касаллик симптомлар ини йўқолиши (пневмониян инг айрим лаборатор ва/ёки рентген белгилари- ни сақланиб қолиши антибактери ал терапияни давом эттиришга мутлоқ кўрсатма бўла олмайди.

тахлил			сут т/и, ёки моксифлокса цин* 0,4 г т/и -1м /сут.		
Қонни биокимёвий текшириш : мочевина, СРО, умумий оксил, оксил фракциялари , нат-рий, калий, кальций; креатинин; аспартата- минотрансф ераза (АсАТ); аланинамино трансфераза (АлАТ)			Муколитик терапия: амброксол 30 мг ичишга 3 ма- хал/сут ёки ингаляцияда; ацетилцисте ин ичишга 400- 600 мг /суткада 2 махал аэрозол терапия УЗИ да - 3-9 мл 10% эритма, 6 мл 10% эритма; ин- галяция муддати - 15-20 мин; - 2-4 марта 1 суткада, терапиянинг ўртача муддати - 5- 10 кун;		
Балғамни микроскопик ва бактериолог ик текшириш: аэроб ва факультатив - анаэроб микрооргани зм-ларни, антибиотикл арга сезгирликни аниқлаш.					
Кўкрак аъзоларинин г аъзоларини рентгено- грамммаси, қондаги газларни					

	текшириш. пульсоксиметрия (имқониятга караб).					
Ўрта оғир кечувчи пневмония	Қонни умумий тахлили. Сийдикнинг умумий тахлил Қонни биокимёвий текшириш : мочевино, СРО, умумий оксил, оксил фракциялари, натрий, калий, кальций; креатинин; аспартатаминотрансфераза (АсАТ); аланинаминотрансфераза (АлАТ) Балғамни микроскопик ва бактериологик текшириш: аэроб ва факультатив - анаэроб микроорганизмларни, антибиотик	Кунда симптомларни назорат қилиш. Бошқа текшириш усуллари қайталаниши даволаш жараёнида 2 марта (курсни боши ва охирида)	Дифференциал диагностика зарурияти бўлганда – кўкрак бўшлиғини КТ, бронхоскопия	Мақсадга мувофиқ дори-дармонлар: амоксициллин/клавулон кислота 1000/200мг 3маҳал / суткада т/и, етарли самара бўлмаганда – азитромицин билан 0,5 г 1 м/сут ичишга ёки кларитромицин билан 0,5-1,0 г 1 сут; ёки цефотаксим 1-2 г 2-3 м/сут ёки т/и, ёки цефуросим 0,75 г м/о, ёки т/и 3 м/сут 5-7 сутка, ёки цефтриаксон 1-2 г 1 м/сут т/и, ёки м/о азитромицин	14-18 кун	Тулик тузалиш Стационардан чиқариш мезонлари: тана ҳароратининг меъёрига тушиши қон кўрсаткичларининг меъёрига тушиши барча касаллик белгиларининг ёқолиши ўпкада рентгенолик колдик узгаришларининг қолиши

	арга сезгирликни аниқлаш. Кўкрак бўшлиғи аъзоларини рентгенограммаси,			билан 500 мг 1 м/сут ичишга ёки т/и. Антибактериал терапиянинг эффек-ти – 24 - 48 соатдан кейин баҳола-нади. Захира дори-дармонлар: имипенем 0,5-1г 3м/сут; меропенем 0,5-1 г 3 м/сут т/и ёки дорипенем 0,5 г 3 м/сут, ёки эртапенем 1 г т/и 1 м/сут, ёки цефоперазон /сульбактам 2-4 г 2 м/ сут в/в, ёки респиратор фторхиноло нлар: левофлоксац ин 0,75 - 1г 1м/ сут т/и 5-7 сутка, ёки моксифлокса цин 0,4 г 1м /сутки	

				ичишга, ёки т/и 5-7 сутка, Поғонали АБТ имқониятин и кўзда тўтиш. Муколитик терапия (юқорида)		
Оғир кечувч и пневмо ния	Анамнез ва физикал тек- шириш: Қонни умумий тахлили. Сийдикнинг умумий тахлил Қонни биокимёвий текшириш : мочевина, СРО, умумий оксил, оксил фракциялари , на-трий, калий, кальций; креатинин; аспартата- минотрансф ераза (АсАТ); аланинамино трансфераза (АлАТ) Балғамни микроскопик ва	Кунда симпто мларни назора т қилиш. Бошқа текшир иш усулла рини қайтал аниши: даво бошла ни- шида, давола ш жараён ида, зарури ят бўлган да даво сўнгид а.	Қондаги газлар миқдорини аниқлаш. Плеврит бўлган холларда плеврал суюқликни цитоло-гик, биокимёвий ва бактериологик тек-шириш. Дифферен-циал диагностика зарурияти бўлганда – кўкрак бўшлиғини КТ, бронхоскопия Интенсивной тера-пия бўлимига юбо- ришга кўрсатмалар: яққол ифодаланган нафас етишмовчилиги НОТ >30 / мин АД <90/60 мм сим уст, Бемор ахволини тезда	Мақсадга мувофиқ дори дармонлар: - β- лактамлар т/и макролидлар билан бирга т/и (Амо/клавул анат 1,2 г хар 8 со-атда т/и + кларитромиц ин 0,5 г хар 12 соатда т/и томчилатиб ёки азитромицин 0,5 г 1 м/ сут т/и томчилатиб физ. эритмада) - III авлод цефалоспори нлари т/и макролидлар билан бирга т/и (Цефотаксим	18- 21 дне й	Тулик туза- лиш Клиник туза-лиш (ўпкада рентгенолик колдик узга- ришларнинг қолиши)

	бактериологик текшириш: аэроб ва факультатив - анаэроб микроорганизм-ларни, антибиотикларга сезгирликни аниқлаш. Кўкрак бўшлиғи аъзоларини рентгенограммаси Гипертермия ҳолатида гемокультуранини текшириш (турли вена қон томирларида 30-60 минут фарқ билан камида 2 та вена қон синамаси олинади)		оғирлашиши ДВС-синдром Ацидоз Диурез < 20мл/соат (гипово-лемия бўлмаганда) Ўткир буйрак етишмовчилиги Гемодиализ зарурияти Ўпка сунъий вентилляцияси а кўрсатмалар: 1. Нафас олишни жадаллашиши (тинч ҳолатда хансираш, НОТ > 20 нафас/мин, ёрдамчи мушакларни нафас олишда фаол қатнашиши); 1. Гиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 45$ мм.сим.уст.) ва ёки уни жадал суръатлар билан ортиши; 2. Кислородотерапиянинг самарасизлиги гипоксемияни сақланиб туриши ($\text{PaO}_2 < 60$ мм.сим.уст., $\text{SaO}_2 < 90\%$ $\text{FiO}_2 = 0,4-0,5$) ва газ	1-2 г ҳар 8 соатда т/и ёки цефтриаксон 1-2 г 1 м/сут т/и + кларитромицин 0,5 г ҳар 12 соатда т/и томчилатиб ёки азитромицин 0,5 г 1 м/сут т/и томчилатиб физ.эритмада) - Респиратор фторхинолонлар т/и III авлод цефалоспоринлари билан бирга (Левовфлоксацин 0,5 г 1 м/сут т/и сёкин- аста инфузии 1 соат давомида ёки Моксифлоксацин 0,4 г 1 м/сут т/и аста сёкин инфузия 1 соат + Цефотаксим 1-2 г ҳар 8 соатда т/и ёки цефтриаксон 1-2 г 1 м /	

			алмашишни бузили-ши (PaO₂/FiO₂ < 300 мм.сим.уст. FiO₂ = 0,21, Qs/Q_t >10%).	сут т/и). <i>Pseudomonas aeruginosa</i> хавфи бўлганда (яқин орадаги госпитализация, антибиотикларни 1 йил да-вомида 4 марта қўлланилган и ёки антибиотикларни охирги 3 ойда қулланилган и, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ни ташиб юриш ёки аж-ратиш) - <i>Pseudomonas aeruginosa</i>га қарши III авлод цефалоспоринлари (цефтазидим 2,0 т/и хар 8 соат-да) ёки Цефоперазон 2-4 г т/и хар 8 соатда) ёки IV авлод цефалоспоринлари (Цефепим		

				2,0 т/и хар 12 соатда) ёки эрта фторхиноло нлар т/и (Ципроф- локсацин 0,6 т/и хар 12 соатда аста сёкин инфузия тарзида 1 соат) ёки карбапенемл ар (Ими- пенем 0,5 г т/и хар 6 соатда ёки 1,0 т/и хар 8 соатда ёки меропе-нем 1,0 г т/и хар 8 соатда). <i>Pseudomonas aeruginosa</i> га шубха бўлганда юқорида келтирилган препаратлар монотерапия усулида ёки II-III авлод аминогликаз идлари билан бирга қўлланиши мумкин (Гентамицин 4-5 мг/кг/сут т/и, м/о 1 марта/сут, Амикацин 15-20		

			мг/кг/сут т/и, м/о 1 юборишда. Бевосита таъсир қилувчи антикоагул янтлар: нофракцион гепарин 5000 бирлик 3 махал/ сут т/о; эноксапарин 40 мг 1 м/ сут т/о; надропарин 0,3 мл (2850 ХБ) 1 м / сут т/о; далтепарин 5000 ХБ 1 м / сут т/о; бемипарин 2500 ХБ 1 м / сут т/о. Оғир пневмония реанимации ва интенсив терапия бўлимида: Оксигенотер апия (2-4 л) цефоперазон /сульбактам 2 - 4 г т/и 2 м/ сут ёки цефепим 2 г 2 м/ сут, ёки имипенем		

				/циластатин 1 г 3-4 м/ сут, ёки меропенем 1г 3м/сут, ёки эртапенем 1 г т/и 1 м / сут, ёки дорипенем 0,5 г 3 м/ сут. Самара кузатилмага нда ва MRSA- инфекцияга шубха туғилганда: линезолид 0,6 г т/и 2 м /сут ёки тейкопланин 0,4 г 1 м / сут м/о ёки т/и, ёки ванкомицин 1г т/и 2 м/ сут Аспирацион пневмонияга шубха бўлганда: амоксацилли н/клавулон кислота 1,2 г 3 м/ сут ёки имипенем/ци ластатин 0,5- 1,0 г 3 м/ сут т/и, ёки		

				меропенем 0,5-1,0 г 3-4 м/ сут, ёки дориценем 0,5 г 3м/ сут, ёки эрта- пенем 1 г т/и 1 м/ сут, ёки цефопе- разон/сульба ктам 2-4 г 2 м/ сут, ёки цефепим 1-2 г 2 м/ сут т/и + метронидазо л 0,5 г т/и томчила-тиб хар 8 соатда. Иммун танқис пневмонияда , пнев- моцист пневмонияда : триметопри м/ сульфаметок сазол т/и 20 мг/кг/сут 3-4 марта антибактери ал препарат- лар билан микрофлора ассоциа- циясини хисобга олган холда Бемор		

				хोलатини кунлик мониторин- ги. Поғонали АБТ ўтқазиш имқониятин и кўзда тўтиш. Даво самарасини 48-72 соатдан сўнг баҳолаш. - Балғам эвакуацияси ни нормал- лаштириш: ўпка комплексини нг респиратор физиотерапи яси (дре- наж, аэрозол терапия, фиброброн- хоскопия - ўпка ателектазида мут-лақ кўрсатилган) ва муколитик те-рапия (амброксол ёки лазольван т/и, м/и ёки ичишга 30 мг 3 м/ сут). Ўпкани ноинвазив		

			сунъий ветиляцияс и СРАР (Continuous Positive Airway Pressure) ёки BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure). тартибида ўтказилади. Ноинвазив респиратор терапия учун бурун ёки оғиз маскаларида н (full face mask) фойдаланиш мумкин Нафас йўлларида мусбат босимнинг даражаси 5 дан 10-12 смH₂O гача бўлган СРАР ёки PSV режимини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ноинвазив PSV қуйидаги усулда ўтказилади:		

				1. Нафас чиқариш охиридаги мусбат босимнинг бошланғич миқдори 5 смН₂O. Га тенг қилиб олинади. 2. Қувватловчи босим(PS) миқдори индивидуал равишда поғонали титрлаш, яъни 8-10 смН₂O дан бошлаб нафас хажми (V_t), га етгунча танлаб олинади. Бунда нафас хажми рисоладаги тана оғирлигининг (РТО) 6-8 мл/кг ни ташқил этади. РТО қуйидаги формула асосида хисобланади : эркалар = $50 + 0,91 \times$ (бўй, см – 152,4),		

				аёллар = 45,5 + 0,91 х (бўй, см – 152,4). 3. Зарурият бўлганда РЕЕР 8 смН2О. гача оширилиши мумкин. Нафас олинадиган газ аралашмаси да кислород қонцентрацияси(FiO2), СРАР, ва PSV, да минимал даражада ўрнатилади, бу SaO2=93-95% таъминлайди		
Вирусли пневмония (J10-J12)	Қонни умумий тахлили. Сийдикнинг умумий тахлил Қонни биокимёвий текшириш : мочевина, СРО, умумий оксил, оксил фракциялари, нат-рий, калий, кальций;	Доимий симптомларни назорат қилиш. Бошқа текшириш усуллари қайталаниши даво бошланиши ва	Қондаги газлар: PaO2, PaCO2, КОС миқдорини ва SO2 миқдорини аниқлаш. Кўкрак қасасини КТ Бронхоскопия Беморни интенсив терапия бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар: 1. Фебрил температу	Бирламчи вирусли пневмония (касаллик бошланишидан 24-48 соат давомида ривожланиди): вирусга қарши воситаларни эрта тайинлаш: осельтамивир - 75 мг 2 марта/сут в 5 кун ёки занамивир 2	18-21 кун	Тулик тузал

креатинин; аспартата- минотрансф ераза (АсАТ); аланинамино трансфераза (АлАТ) Балғамни микроскопик ва бактериолог ик текши- риш: Кўкрак бўшлиғи аъзоларини рентгено- граммасы Вирусологик текшириш: аденовирус, ЦМВ, оддий- герпес вирусли инфек- цияларни иммунофлуо -ресценция ва/ёки ИФА ва/ёки ПЦР усулида тек- шириш	охирид а, давола ш жараён ида, зарури ят бўлган да	ра реак- цияси 2. Нафас етишмовч илиги белгилари (НОТ > 30 / мин, хаво етиш- маслиги, SaO2 <90%, акроциано з ёки диффуз цианоз) 3. Ностабил ге- модинами ка. Ўпкани ноинвазив вентиляцияси га кўрсатмалар: 1. Нафас олишни жадаллаш иши (тинч холатда хансираш, НОТ > 20 нафас/мин , ёрдамчи мушаклар ни нафас олишда фаол қатнашиш и); 2. Гиперкапн ия (PaCO2 > 45	ингалиции 5 мг дан 2 м/ сут, биринчи суткада ингалицияла р ўртасидаги интервал – камида 2 соат, кейинчалик – 12 с., даво муддати – 5 кун. Интерферон альфа-2b (50000 ХБ флаконда) Интерферон гамма билан (100000 ХБ флаконда) – 2-6 м/сут (суткалик доза 50 000ХБ ва 100 000ХБ муносиб равишда) кун ора 10 кун. Бир хафтадан сўнг шу схема қайтарилади ёки Интерферон гамма – 2-6 м/ сут (суткалик доза 100000 ХБ) 15 кун ёки		

			мм.сим.ус т.) ва/ёки уни жадал суръатлар билан ортиши; 3. Кислород отерапиянинг самарасизлиги гипоксемияни сақланиб туриши ($PaO_2 < 60$ мм.сим.ус т., $SaO_2 < 90\%$ $FiO_2 = 0,4-0,5$) ва газалмашишни бузилиши ($PaO_2/FiO_2 < 300$ мм.сим.ус т. $FiO_2 = 0,21$, $Q_s/Q_t > 10\%$). ЎСВга кўрсатмалар: 1. ЎНВ нинг самарасизлиги. 2. Қуйидаги клиник-лаборатор малумотлар: акроцианоз, нафас ишининг жадаллаш	Ингавирин – суткалик доза 90 мг 1 марта/сутка да 5 кун. Иккиламчи пневмонияларда мақсадга мувофиқ антибактериал терапия (аввалгига ўхшаш) Симптоматик даво, ўпка шишишини олдини олиш учун коллоид эритмалар, гематокритни 40% атрофида барқарорлаштириш учун эритроцитар масса трансфузияси Бемор холатини мониторинг қилиш. Инфузион терапия вазоактив ва инотроп препаратлар билан бирга гемодинамиканинг қуйидаги	

			иши (НОТ > 30 нафас/мин , ёрдамчи мушаклар ни нафас актида қатнашиш и, газ алмашину вини издан чиқиши ($PaO_2 < 80$ мм.сим.ус т., $SaO_2 = 88$ - 92% $FiO_2 = 0,4$ ёки ундан мустасно равишда, $AaDO_2 > 7$ 0 мм.сим.ус т.; PaO_2 / FiO_2 < 300 мм.сим.ус т. $FiO_2 = 0,21$, $Q_s / Q_t > 10$ %), Cl_t ни нормадан 20-35% га камайиши стабил гемодинам ика фонида.	кўрсаткичла рига эришгунча ўтқазилади: $МВБ = 8-12$ мм.сим.уст. (СВ ўтқазилганда – 12-15 мм.сим.уст.), АДўр < 65 мм.сим.уст., диурез – > 0,5 мл/кг/соат, гематокрит – 30-35%. Миокарднинг қисқариш фаолиятини хисобга олган ҳолда дофаминнинг г. кардиотоник (6,0-20,0 мкг/кг/мин) дозаси қилинади. Самара кузатилмага нда, параллел равишда норадреналин н (адреналин) 0,05-0,2 мкг/кг/мин дозада қўшилади ва жуда зарур ҳолларда фенилэфрин	

				(мезатон) 50-150 мкг/соат дозада қўлланилади . Септик шок ва Ўткир буйрак усти беи етишмовчил игига шубха кортикостер оидларни юқори дозада тайинлашга керак. Узоқ муддат ГКС ларни юқори дозада қўллаш вирус репликацияс ини ва оппортунист ик инфекциялар ривожини кучайтириш и туфайли тавсия этилмайди. ГКС ларнинг юқори ва ўрта дозалари хам самараси исботланмаг ани туфайли кулланилмай ди ва у зарарлидир.	

				Ўпканинг ноинвазив вентиляция си CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ёки BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) тартибида ўтказилади		

Мавзу № 28: “TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда хомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда хомиладорлик кечишининг алоҳида белгиларини таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда хомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари. Акушерликда

	хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро

20 дақиқа	муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№28 мотивация. (Мавзу баёни) TORCH — инфекция ҳақида замонавий тушунчалар, ташхислаш усуллари. Бачадон ичи инфекциясини тарқалганлиги ва клиник кечиши, ушбу патологияда ҳомиладорлик кечишининг алоҳида белгилари..

TORCH- инфекцияси

TORCH сўзи бир қатор инфекциялар номининг қисқартирилган кўриниши бўлиб у ўз ичига қуйидагиларни олади:

Т – Тохоплазма (токсоплазмалар – бир хужайрали текинхўр организм. Улар одам ва турли сут эмизувчи ҳайволарда паразитлик қилиб, жуда оғир касалликларни келтириб чиқаради. Бу паразит беморнинг боши ва орқа мушакларида, шунингдек, қонида ҳам учрайди);

О –(бошқалар: энтеровирус, гепатит Б, С, ОИВ, захм)

Р–Рубелла(қизилча)

С–цитомегаловирус(цитомегалия)

Ҳ–Ҳерпес симплекс вирус (герпес И/ИИ)

Энди касалликлар ҳақида қисқач маълумот бериб ўтсак:

Қизилча – асосан 2–10 ёшли болаларни зарарловчи, енгил иситма ва майда қизил тошма билан намоён бўладиган, катта ёшлиларда ва ҳомиладорликда оғир кечувчи вирусли касаллик. Унинг манбаи касалликнинг турли шакллари билан оғриган бемор. Соғлом одамга ҳавотомчи йўли орқали, болага онасидан ўтади. Қизилча вирусларининг ҳомилага таъсири ҳомиладорлик босқичларига қараб, турли даражада бўлади. Қизилча касаллигининг кечиши инсон катта бўлган сари қийинроқ бўлади. Ҳомиладорлик даврида аёлнинг қизилча билан касал бўлиши ҳомилада

карликни вужудга келишига олиб келиши мумкин.

Цитомегаловирусли инфекция (ЦМВ) — асосан клиник белгиларсиз ўтувчи, баъзан марказий нерв тизими ва ички аъзоларни оғир зарарлайдиган, ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир кўрсатадиган вирусли касаллик. Цитомегаловирус бутун умри давомида бемор вужудида сақланиб туриши билан хавфли.

Вирус жинсий йўл билан, ҳомилага эса қон орқали юқади. Цитомегаловирус организмга кириб, иммун тизимини кучсизлантириб бўлгач, асоратларини кўрсатади.

Ҳомиланинг дастлабки ойлариданоқ ЦМВ билан зарарланиш ҳомиланинг нобуд бўлишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг сўнгги давларида зарарланиш аъзолар тузилишида жиддий ўзгаришларга олиб келмаса-да, бола туғилгач, сариклик, қон кетиши, ўпка яллиғланиши ва марказий асаб тизимининг зарарланиши каби асоратлар кузатилади. ЦМВ билан касаллангандан сўнг турғун иммунитет ҳосил бўлмагани боис, қайта касалланиш эҳтимоли бор.

Герпес

Герпес вируси ҳомиладор аёлга ҳомиладорлик даврида биринчи бор юқса, яъни аёлнинг унга нисбатан умуман иммунитетини бўлмаса, унинг ҳомилага бўлган салбий таъсири жуда катта бўлади. Агар ҳомилага герпес вируси унинг 10 ҳафтасигача юқса, ҳомиланинг Усмасдан қолиши ёки тушиши рўй бериши мумкин. Ҳомиладорликнинг I I ва I I I триместрида ҳомиланинг заҳарланиши унинг асаб тизими фаолиятининг бузулиши, тери ва жигари шикастланишига олиб келиши мумкин. Агар ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида герпес вирусини қайта кўзгаллишига дуч келса, у ҳолда вирусни ҳомилага таъсири бўлмаслиги мумкин, лекин ҳомиладорлик кечиши жуда оғирлашади ва ҳомилани сақлаб қолиш учун махсус муолажалар талаб этилиши мумкин.

Токсоплазма

Ҳомиладорлик даврида токсоплазма билан касалланиш ҳомилада оғир касалликлар вужудга келишига ёки унинг ўлимига олиб келиши мумкин. Кўпинча токсоплазмоз вирусини мушуклар тарқатади. Шунинг учун ҳомиладор аёл мушуклардан йироқроқ бўлиши керак. Ундан ташқари хом гўшт, ювилмаган мева ва сабзавотларда ҳам ушбу инвексия вируслари мавжуд бўлиши мумкин. Кўчада кабоб, гўштли таомларни ейишда эҳтиёт бўлиш керак бўлади.

Хатарли томони шундаки, бу инфекцияларнинг аломатлари аёлнинг умумий ҳолатида намоён бўлмай, ҳомила ривожланишига ва ҳомиладорлик кечишига жуда катта зарар келтириши мумкин. ТОРЧ инфекциясига текшириш лаборатор анализлари иложи бўлса ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликнинг дастлабки даврида ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Агар лаборатор текширув анализлари натижалари аёлда ушбу инфекцияларга нисбатан иммунитет мавжудлигини кўрсатса, у ҳолда ҳомиладорлик давомида фақат профилактик чоралар амалга оширилади. Агар иммунитет мавжуд эмаслиги аниқланса, у ҳолда шифокор эмлаш (қизилча инфекциясига қарши) ёки маълум бир қоидаларга риоя қилиши тавсия қилиниши мумкин. Ундан ташқари бутун ҳомиладорлик даврида ушбу инфекциялар юқмаслигини назорат қилиш кўзда тутилади.

Мавзу № 29: “Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.

<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Хамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Анамнез йиғиш, ҳомиладорларда кўрик ўтказишни, текширув маълумотларини баҳолашни (УТТ, кардиомониторинг, билирубина миқдори, чақлоқларда Hb ва Ht кўрсаткичи), қон гуруҳи ва резус мослигини аниқлаш, диагноз қўйиш, ХГК турли даражаларида туғруқ муддатини танлаш, анамнез ва қондаги антителолар титрига қараб амниоцентез ўтказиш, ҳомиладорлик тўхташи вақтига қараб юбориладиган анти D-Rh-глобулин миқдорини аниқлаш, ҳомиладорларни оилавий поликлиника ва стационарда олиб бориш тактикасини билиш, даволашни буюриш.
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. ҳомиладорлик туғруқ ва чилла даврининг кечишини ўрганиш; -ҳомила ва чақалоқлар гемолитик касаллиги ҳақида тушунча бериш, гемолитик касаллиги таснифи ва оғирлик даражаларини кўриб чиқиш; -гемолитик касаллигининг замонавий антенатал ва постнаталь диагносика усуллари билан таништириш; -иммунизацияланган аёлларда ҳомиладорлик туғруқ ва чилла даври, ҳамда абортдан кейинги даврларда олиб бориш тактикасини ўргатиш; -ҳомила ва чақалоқлар гемолитик касаллигини даволашни кўриб чиқиш; -резус-иммунизацияда профилактика усуллари.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> қон гуруҳларини ҳақида тушунча; -жигар зарарсизлантириш функциясини; -изоиммунизация этиологияси; -ҳомила ва чақалоқлар гемолитик касаллиги этиопатогенези (ХГК ва ЧГК); -антенаталь ва постнаталь диагностикасини; -ҳомила ва чақалоқларни турли даволаш усуллари; - Rh-факторга изоиммунизацияда антенаталь ва постнаталь профилактикасини.

Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

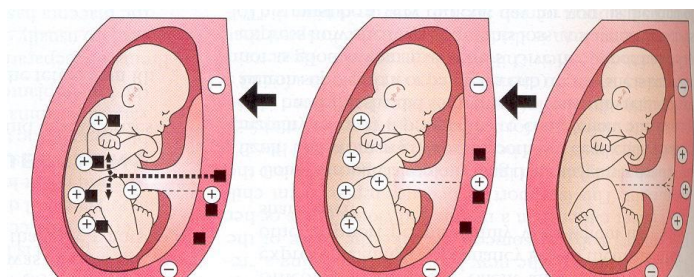
Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич.	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига	Жавоб берадилар Ёзадилар.

20 дақиқа	мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№29 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдроми. Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.

Резус фактор (Rh - фактор) – одам эритроцитларининг тугма синфий хусусияти бўлиб, узида резус антиген (изоантиген) саклайди. Бошқа кон системалари хусусиятларига боғлиқ бўлмай, авлоддан авлодга берилади ва одам бутун ҳаёти давомида сакланади. 85 % одам эритроцитларида бўлади ва Резус – мусбат (Rh - +) деб аталади. Бошқа одамлар конида бўлмайди ва резус манфий (Rh -) дейилади.



Резус системасида турли хил антигенлар булиб, уларни аниклашда махсус зардоблар мавжуд. Нормида резус антигенларига табиий антителалари учрамайди. Бирок хомилатор аёл организмида хомила резус фактор иммунизацияси ёки резус мусбат конни резус манфий конли рецигентга куйиш натижасида антирезуснинг тулик ёки нотулик формаларининг иммун антителалари хосил булиш мумкин. Мана шундай иммунизациялашган рецигентга резус мусбат кон куйганда эритроцитлар бузилиши, реакциялар ёки асоратлар бериши мумкин.

«Резус фактор» номи макакус – резус туридаги маймун номидан келиб, чиккан. 1940 йилда австралиялик олим Карл Ландштейнер билан (у 1990 йилда кон гуруҳини очди, 1930 йилда шу учун Нобел мукофоти олган). Америкалик олим А.С. Винер мана шу маймун конида резус фактор номли антигенни аниклайди.

Одам эритроцитларида резус фактор булиши ёки булмаслигига караб улар резус мусбат (Rh +) ёки резус манфий (Rh -) гуруҳга киритилади.

Аникланишича, 86 % европоид одамларда («ок») резус мусбат (99% хиндулар ва осиеликлар), 14% и резус манфий факторлар (7 % африкаликлар) булади.

Резус одам хаёти давомида узгармайди. Коннинг «резус мусбат» хусусияти доминантген, «резус манфий» эса рецессив ген хисобланади. «Резус мусбат» ва «резус манфий» конлар бир – бирига номутаносиб. Чунки «резус манфий» индивидуал конига резус фактор тушса, антитела (иммунреакция) хосил булиши, у эса анафилактик шокка олиб келиши мумкин.

«Резус манфий» беморларга факат «резус манфий» конни, «резус мусбат» беморларга ҳам «резус мусбат» ҳам «резус манфий» конни куйиш мумкин.

Резус мусбат факторли эркак билан резус манфий факторли аёл турмуш курганда «резус мусбат» хомила тугилиши купрок кузатилади.

Хомилаторлик даврида хомила антигенининг оз микдори ҳам она конига плацента оркали утиши мумкин. Ва антителалар хосил булишини чакириши мумкин. (асосан агар болада патология булса). Биринчи

хомиладорликда (баъзан иккинчисида ҳам) конда уларнинг кон концентрацияси нисбатан кам булади ва хомила бу антителаларининг ҳеч қандай таъсирини ҳис қилмасдан ривожланиши мумкин.

Куйидаги хомиладорликларда ҳолат узгариши мумкин: антителаларнинг концентрацияси ошиб боради, кам микдорда булгани учун улар плацента орқали хомила қонига эркин утади ва унинг резус – мусбат эритроцитларини (гемолиз) ва қон яратувчи органларини зарарлайди. Бунинг натижасида болада гемолитик касаллик пайдо булади.

Резус номутаносиблик барвақт намоён бўлганда бола ташлашларга ёки барвақт тугруқларга, улик бола тугилишига сабаб булади. Резус номутаносибликка хомиладорликнинг 8-ҳафтасида таҳлил қилинади ва қонда резус – антителалар борлиги аниқланади. Бу агар олдин аборт, бола ташлашлар ёки қон қуйиш жараёнлари бўлганда муҳим ҳисобланади.

Ҳозирги кунда тиббиётда гемолитик касалликка қарши кураш олиб боришда чакалоққа тезда резус- манфий қон қуйиш ёки она иммунизациясини олдини олиш учун анти Rh - антителалар киритишдан фойдаланилади.

Агар «резус – манфий» аёл «резус мусбат» эркакдан иккинчи ёки учинчи фарзанд хоҳлаганда, у албатта ҳақим билан маслаҳатлашиши ва қонда резус антителаларга текширишдан утиши керак. Одам қонида резус факторга қарши табиий антителалар бўлмайди. Иммун антирезус – антителалар резус – антиген организмга тушганда организмга тури келмайдиган қон қуйганда ёки резус мусбат хомила тугилганда ҳосил булади.

Резус манфий одам қонида антирезус – антителалар бўлиши организмнинг резус факторга сенсибилизацияси қурсатгичи ҳисобланади.

Резус фактор яққол антигенли хусусиятга эга. Битта резус мусбат қонни резус манфий қонга қуйиш 50% ҳолларда антителалар ҳосил бўлишини стимуллайди.

Резус манфий одам иммунизациясига қонни нафакат вена ичига балки мушак орасига юборганда ҳам олиб келиши мумкин. Резус манфий қонли аёллар иммунизацияси қупрок резус мусбат хомила ва тугилган бола натижасида келиб чиқади. Жуда қуп тажрибачиларнинг фикрича бирламчи стимулни оладиган энг яхши вақт – бу тугруқдвн кейинги давридир. Турли ҳилдаги тугруқ вақтидаги операциялар, асосан қул билан йулдошни

ажратиш, кесарча кесиш хомила эритроцитларини она конига трансплацентар утишни биров купайтиради.

Бу ҳолатдаги аёллар иммунизацияси трансплацентар кон кетиш катталигига боғлиқ. Резус мусбат хомиладорликдан кейин резус манфий аёллар сенсбилизацияси 10% бўлади. Агар резус- манфий аёл биринчи хомиладорликда иммунизацияни олдини олган бўлса, унда кейинги резус мусбат хомиладорликда у яна 10 % ҳолда иммунизацияланиши мумкин. АВО система бўйича она конига тугри келмайдиган резус мусбат бола тугилса, иммунизация пасаяди.

Организмнинг резус факторга сенсбилизациясига нафакат тугрук балки уз – узидан ёки сунъий равишда хомиладорликни тухтатишига ҳам олиб келиши мумкин. Сенсбилизация ривожланишига эритроцитларнинг трансплацентар утишдан ташқари хомиладорликнинг кон гуруҳи ва резус фактор бўйича генотиғи ҳам таъсир қилади. Бундан ташқари хомила жинси, она организмнинг иммунологик толерантлиғи, хомиладорликда организм иммунологик реактивлигининг пасайиши, генетик факторлар алоҳида урин тутди. Сенсбилизация қайси йул билан ривожланса ҳам, пайдо бўлган иммун ҳолат бир умрга қолади. Резус факторга сенсбилизациялашган аёл 1 – хомиладорликдаёқ хомиласида гемолитик ривожланиши мумкин.

Чала туғиш, ўлик туғиш ва перинатал даврдаги ўлимнинг сабабларидан бири она ва хомила қонининг резус-омил, АВО-тизими бўйича иммунологик номувофиқлиғи ҳисобланади.

1940 йил Ландштейнер ва Виннерлар биринчи марта инсонлар эритроцитида агглютиноген борлиғини исботладилар ва уни «резус-омил» деб атадилар.

Резус-омил эритроцитларда 85% ҳолларда мавжуд бўлиб, бундай инсонлар резус-мусбат (Rh «+»), 15% ҳолларда резус- омил бўлмади ва улар резус-манфий (Rh «-») инсонлар гуруҳига қирадилар.

Резус-омилнинг бор ёки йўқлиғи инсоннинг қайси қон гуруҳига ҳос эканига ёки унинг ёши қайси жинсга мансуб эканлиғига боғлиқ эмас.

Резус- омилнинг хоссаларидан бири унинг наслдан-наслга ўтишидир.

Резус-омил протеин бўлиб , у асосан эритроцитларда, камроқ ҳолларда лейкоцит ва тромбоцитларда жойлашган. Резус-омилнинг сифат бўйича бир-биридан фарқ қилувчи асосий турлари мавжуд : Д антигени 85% , С антигени 70% , Е антигени 30% одамларда мавжуд. Гемолитик касаллик

кўпинча она ва ҳомила қонининг Д омили бўйича мос келмаслиги туфайли ривожланади.

Антиген резус манфий одам қонига тушиб, уни иммунлайди ва антирезус – антитаналар ишлаб чиқаришига сабаб бўлади.

Қони резус - манфий аёлларнинг иммунланиши улар қони резус-мусбат ҳомила билан ҳомиладор бўлганларида , ёки аёл организмига резус –мусбат қон юборилганда рўёбга чиқади.(гемотрансфузия, гемоклизма, изогемотерапия).

Резус-омилга бўлган иммунизация сунъий аборт, ҳомила ташлаш ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликдан сўнг ҳам вужудга келиши мумкин.

Шуни айтиш керакки, резус-омил бўйича иммунологик номувофиқлик барча резус- манфий қонли аёлларда эмас, балки 5- 10% ҳолларда учрайди.

Биринчи бор ҳомиладорликда учрамаган резус-иммунизация 2-3-4 ҳомиладорликларда учрайди. Агар сунъий аборт қилинса, ҳомила ташлаш, гемотрансфузия ва бошқа ҳолларда ҳам оғирлик даражаси ортиб, антитаналар титри ортади. Шу туфайли ҳомила тушиш, чала туғиш, чақалоқлардаги гемолитик касалликлар каби асоратлар юзага келади.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ

Резус- иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши соғлом аёллардагидан бирмунча фарқ қилади. Ҳомиладор аёл умумий ҳолсизликка, уйқучанликка, ҳаво етишмаслиги, баъзан қисқа муддатга ҳушдан кетиш, қорин остида доимий оғриқдан шикоят қилади. Резус - иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг I ярмидаги токсикозлар 50% , ҳомила тушиш ҳавфи 47%, қон босимининг пасайиши (гипотония) 23% ҳолларда кузатилган. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги токсикозлар ҳам кўп учрайди: шишлар-13%, нефропатия-16%. Камқонлик ва унинг асоратлари ҳам кўп ҳолларда кузатилади.

Бундан ташқари, жигар фаолиятининг бузилиши ҳам кузатилган.

Ҳомила томонидан эса сурункали гипоксия, юрак уришининг ўзгариши ҳоллари кузатилади.

Ҳомилардорликда резус-иммунизация ҳолатини аниқлаш учун илк бор аёллар маслаҳатхонасига келган барча ҳомиладорларнинг қандай резусга мансуб эканлиги аниқланади. Агар сенсбилизация бўлмаса 2 ойда 1 марта, сенсбилизацияли аёлларда 32 ҳафтагача ҳар ойда 1 марта, 32- 35 ҳафтагача ойига 2 марта ва кейин ҳар ҳафтада қон текшириб турилади. Агар резус-манфий бўлса, турмуш ўртоғининг қон гуруҳи ва резуси аниқланади, чунки резус – мусбат қон гуруҳи аниқланса, резус – иммунизация ҳолати келиб чиқиши мумкин бўлади. Резус-иммунизация диагнози лаборатор текшириш усулларида қонда антирезус-антитаналар титри аниқлангач қўйилади. Лекин резус-иммунизацияга хос бўлган асоратлар титр ошмасдан ҳам юзага келиши мумкин. Бундай асоратлар: ҳомила тушиш хавфи, эрта токсикозлар ва ҳомиладорликда гипертензия ҳолатлари, ҳомилада гемолитик касаллик, ўлик туғилиши, туғилган чақалоқлардаги билирубинли энцефалопатия ва бошқалар.

ДАВОЛАШ

Барча резус – манфий ҳомиладорларга (иммунизация кузатилмаса ҳам) ва резус – антитана титри 1:2 бўлган ҳолларда ҳам амбулатор ёки стационар шароитида 3 марта носпецифик, десенсбилизация қиладиган даволаш чоралари 10-12 кун давомида ҳомиладорликнинг 10-12, 22-24, 32-34 ҳафталаарида ўтказилади:

-овқатланиш рационали белгиланиб оқсилга бой , витаминларга бой овқатлар буюрилади.

- глюкозанинг 40%-20-40 мл эритмаси 3,0-5,0 аскорбин кислота эритмаси билан 10-15 кун юборилади.

- витаминлардан: прегнавит 1 таблеткадан кунига, 1В- 6% -1,0 кунора тери остига, 6 В 5%-1,0 кун ора тери остига 10 кун юборилади. Е витамини 10%-1,0 кунора мушак орасига 10 кун юборилади.

- кокарнит 1 ампуладан м/о 6 кун, кокарбоксилаза 50 мг ҳар куни 10 кун давомида юборилади.

- антигистамин воситалардан: димедрол, пиполфен, супрастин 1 таблеткадан кечасига буюрилади.

- темир препаратлари: глобекс, мальтофер, тардиферон, феррумлек ва бошқалар 1 табл. 2 маҳал овқатдан кейин ичилади. Агар камқонлик кузатилса феркайл ёки космофер мушак орасига ёки венофер венадан юборилади.

- метионин 0,5 дан, рутин 0,02г дан, фолат кислотаси 0,02 г дан, кунига 3 марта.
- кислород ингаляцияси 3-4 марта буюрилади.
- дексаметазон 12 мг ҳар 12 соатда 2 марта буюрилади.
- акушерлик анамнезида нуқсонлари бўлган, ҳомиладорлиги асоратли кечувчи аёллар, антитаналар титри юқори бўлган аёллар албатта шифохонага интенсив даволаш учун ётқизилади.
- аллопластика, плазмоферез, гемосорбция тadbирлари ўтказилади
- қонда антитаналар титрини аниқлаш ҳам муҳим: 32 ҳафтагача 1 ойда 1 марта, 32-35 ҳафтадан кейин ҳар ҳафтада аниқланади.
- динамикада ультратовуш ёрдамида 20-24 ҳафтада текшириб туриш жуда муҳим аҳамиятга эга. Бунда йўлдошдаги ўзгариш ҳолатлари, ҳомиланинг қимирлаши, нафас олиши, гепатомегалия, қоринда сув йиғилиши ҳолатларини кузатиш мумкин.

Вақтидан илгари 35-37 ҳафталикда туғдириб олиш учун куйидаги ҳолатларни аниқлаш керак.

1. Резус – антитаналар титри ўсиб бориши;
2. Оғир акушерлик анамнези: ўлик бола туғилган бўлса, чақалоқнинг гемолитик касаллиги аниқланган бўлса, қон қуйиш ҳоллари кузатилган бўлса.
3. Ҳомила аҳволи ўзгариш ҳоллари кузатилса: ўта ёки секин қимирлаш , юрак уриш нуқсонлари кузатилса , ФКГда ўзгаришлар бўлса.

Ҳомилани вақтидан олдин туғдирилганда ҳомила вазни 2500г дан кам бўлмаслиги керак.

Резус-иммунизацияли ҳомиладорликда кўп учрайдиган асоратлардан бири чақалоқларнинг гемолитик касаллигидир.

Мавзу № 30: “Ҳомилани ва чақалоқни гемолитик касаллиги. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг ўрни.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм

	3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладорликда иммуноконфликт синдромида ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; - клиник биокимёвий таҳлил натижаларини ► Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ролини. ► Қон гуруҳини аниқлаш . ► Резус факторни аниқлаш	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> клиник биокимёвий таҳлил натижаларини ► Ҳамширалик ташхисни қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ролини. ► Қон гуруҳини аниқлаш . ► Резус факторни аниқлаш
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш

	(«Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиратли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотивининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№30 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомилани ва чақалоқни гемолитик касаллиги. Ҳамширалик таъхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни.

ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИКНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ.

Гемолитик касалик яна антителаларнинг ҳомиллага плацента орқали ўтиши натижасида ривожланади. Резус антителалар ҳомиланинг резус мусбат эритроцитлар билан реакцияга киришиб, уларни гемолизини чакиради. Ривожланаётган анемия организмнинг компенсатор, реакциясини, гепатоспленомегалия билан экстрамодуляр кон яратилиши учоқлар ҳосил бўлишини чакиради. Эритроцитларнинг парчаланиши махсулотлари кизил коннинг ёш, етилмаган турларини ҳосил қилишини стимуллайдди. Ҳомилада гемопоэз бўзилиши натижасида анемия ривожланади.

Гемолитик касалликда сарикликнинг пайдо бўлиши ва кучайиши ва чақалоқ конида билвосита биллирубиннинг сакланиши билан боғлиқ.

Билвосита билирубинни бевосита биллирубинга айлантиришда жигарнинг фаолияти чегараланган булса, эритроцитнинг парчаланиши махсулотларини кайта ишлаш учун у юклама хисобланади. Шунинг учун билвосита биллирубин тупланиниши кузатилади. У токсик хусусиятга эга ва буйраклар оркали чиқарилмайди. Унинг токсиклиги нафас ферментлари ва фосфорилланиш жараёнларининг йуқолиши натижасида тукима метоболизмининг бузилиши билан намоён булади. Жигарнинг темир билирубин пигментлари ва ривожланаётган фиброз «перегрузка» лари бузилади, у эса гипопротенемия, гипоальбуминемия, томир утказувчанлигини ошишига олиб келади. Пайдо булган юрак етишмовчилиги ва жигарнинг катталашиши катта кон айланиши системасида димланишга, суюкликнинг тукима ва бушликларига тупланишига, анасарка ривожланишига олиб келади.

Гемолитик касалликнинг бу патогенези схемасида ҳозирги кунгача тушунтириб булмайдиган ҳолатлар мавжуд. Яна шу ноаникки қандай қилиб ҳомилада гемолитик жараён ривожланади, чунки гемолитик касалик ривожланишида «жавобгар», «нотулик» антителалар гемолизинлар эмас. Scizepules fu Wanwruk (1973) лар бу саволга жавоб беришга ҳаракат қилдилар ва қуйидаги назарияни айтиб ўтдилар. Онанинг анти – Д антителалари плацента оркали ўтаётганда унинг антиген – Д сига таъсир қилади, натижада антиген+антитела (D^k) комплекси ҳосил булади. Уларни иммуноглобулинларнинг гемолизин типдаги анти D^k антителалари ишлаб чиқарилади. Анти - D^k антителалари плацентадан ўтаётиб, ҳомила эритроцитларининг гемолизини чақиради. Бирок бу назария экспериментал ва клиник текширишларга мухтож.

Ҳозирги кунгача гемолитик касалликнинг клиник формалари ҳақида ишонарли маълумотлар йуқ. Бу жараён қуйидагича булади. Ҳомилага антителаларнинг ўтиш йулида плацента жойлашган, антителалар керакли микдорда булган резус антиген билан реакцияга киришади. Антителаларнинг боғланиши кузатилади, бу ҳолат массалар тенглашгангача давом этади, антителалар ошгандан кейин улар ҳомилага ва ҳатто коғонок сувларига ўтади. Коғонок сувларида антителалар бирикиши кузатилади. Агар ҳомила антигенни актив «ажратувчиси» булса, қуп микдордаги антителалар коғонок сувларида бирикади ва қам микдорда ҳомила қонига тушади. Бу жараёнга она организмнинг реактивлиги, унинг қуп ёки қам бириктирувчи хусусиятли антителалар ишлаб чиқариш хусусияти, плацентанинг утказувчанлик даражаси, ҳомиладорлик муддати, генетик факторлар таъсир қилади.

ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК КЛИНИКАСИ

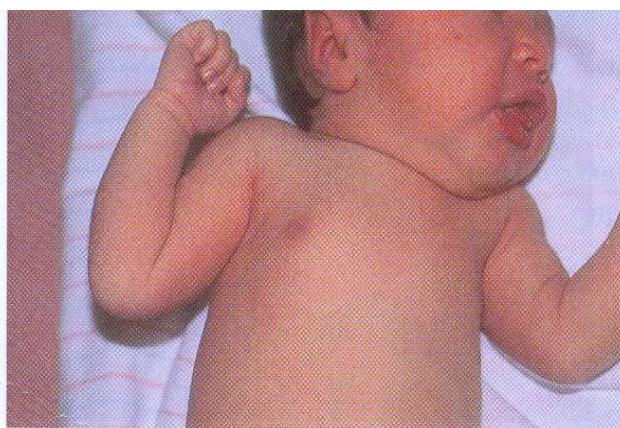
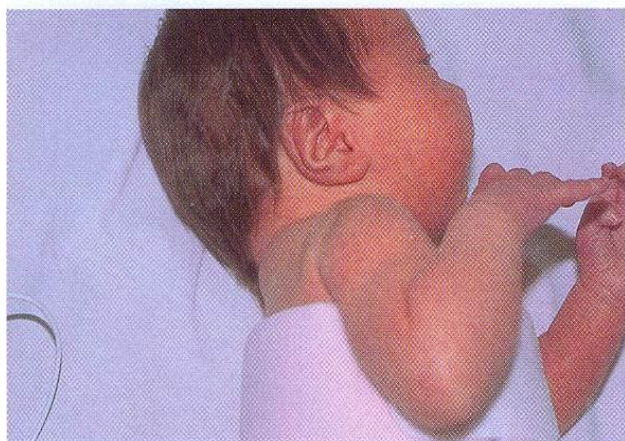
**Гемолитик касаллик асосий турларининг классификацияси ва клиник
характеристикаси.**

Гемолитик касалликнинг 3 хил тури бор:

- 1) Гемолитик анемия сарикликсиз ва истискосиз
- 2) Гемолитик анемия сариклик билан
- 3) Гемолитик анемия сариклик ва истиско билан



АРАЛАШ ФОРМАСИ



Сарикликсиз ва истискосиз гемолитик анемия – касалликнинг кам тарқалган ва енгил формасидир. Унинг асосий симптоми – тери копламларининг рангпарлиги имоглобин ва эритроцитлар сони камлиги билан бирга. Жигар ва талокнинг бироз катталашishi петехиал тошмалар аникланади. Schwenzer (1953) фикрича, анемия нафакат гемолиз натижасида балки илик функциясининг тормозланиши ва ундан етилган ва етилмаган эритроцитлар чиқишининг ушланиши натижасида ривожланади.

Диагноз клиникага, гемоглабин ва эритроцитларнинг кондаги микдорига караб қуйилади. Болалар куп холларда давосиз соғаяди. Огир анемия холатларида эритроцитар массани қуйиш курсатма ҳисобланади.

Гемолитик анемия сариклик билан – гемолитик касалликнинг огиррок ва куп учрайдиган формасидир. Асосий симптомлари булиб, анемия, сариклик, гепатоспленомегамия ҳисобланади. Огир холларда марказий нерв системасининг зарарланиши симптомларини кузатиш мумкин. Бола тугилгандан коғонок сувларининг, биринчи тугрук смазкалари, тери копламларининг, киндик тизимчасининг сарик рангда булиши диққатни

тортади. Н.Л. Василевский ва Potter маълумотлари буйича анемия нормохром ёки гиперхром характерда булади ва яккол намоён булмайди, бу иликнинг ва экстрамодуляр кон яратувчи учокларнинг ретрацион активлиги хисобидан булиши мумкин. Эритробласт доимий белги булмай, касаллик огирлигининг курсаткичи булиб хизмат килади. Сарикликнинг пайдо булиши ва кучайиши конда билвосита билирубиннинг ошиши билан белгиланади.

Polacek фикрича, (1961) касаллик ривожланишида тугрук вактидаги билирубин микдоригина эмас, балки унинг соат сайин усиши интенсивлиги роль уйнайди. Гемолитик сарикликда у $8,5 - 17,1$ мк моль/л ($0,5 - 1,0$ мг%) гача, соглом болаларда $3,2$ мк моль/л ($0,9$ мг%) гача узгаради. Сарикликнинг ошиши билан бола ахволи огирлашади, нерв системасининг зарарланиш симптомлари пайдо булади. Буларга тутканок, титрашлар, гипертонус ва бошқалар киради; «Ядроли сариклик» симптомлари ривожланади. Ядроли сариклик ривожланишида билвосита билирубиннинг критик даражаси $307,8 - 342,0$ мк моль/л ($18 - 20$ мг%) га тенг.

Гемолитик сариклик билан чала тугилган болаларда унинг микдори $153,9 - 205,2$ мк моль/л ($9-12$ мг %) га тенг.

В.А. Таболин ишларида аникланишича, конда билирубин микдорининг ошиши ва гемоглабин концентрациясининг пасайиши орасида паралеллик йук. Бу шундан далолат берадики, гемолитик касалликда билирубиннинг кондаги микдорининг ошиши нафакат гемолиз натижасида балки жигарнинг чукур зарарланиши натижасида ҳам келиб чиқади.

Гемолитик анемия сариклик ва истиско билан (универсал шиш) – гемолитик касалликнинг огиррок туридир. Универсал шишли болалар купинча улик тугилади ёки тугилганданок улади. Факат охирги йилларда енгил формасининг даволаниши хакида маълумотлар берилди. Касалликнинг энг яккол симптомлари бу – шиш, анасарка, асцит, анемия, яккол сариклик, гемодинамик бузилишлар (гиперволемиа, веноз босимининг ошиши, катта ва кичик кон айлиниш доирасида димланиш, упка – юрак етишмовчилиги) дир. Купинча касалликнинг бу формасида геморрагик синдром кузатилади. Касалликнинг клиникаси яккол булишига карамасдан, унинг формалари орасида аник чегара ажратиш кийин. Л.С. Валкова симптомларининг якколигига караб унинг 5 та клиник турга буламиз: универсал шиш, шишли-сарикликли, шишли - сарикли – анемик, сарикли, сариклик – анемик. Купгина авторларнинг фикрича, гемолитик касаллик формалари буйича эмас, балки огирлик даражасига кура булиши керак.

Tovey фикрича, гемолитик касалликни киндик тизимчасининг конидаги гемоглабин концентрациясига караб 4 та огирлик даражасига булиш мумкин:

Енгил – гемоглабин микдори 110г\л, урта – концентрацияси 90 г\л ва улик тугилиш.

Таккословчи текширишлар бу классификацияни етарли деб хисобламади, чунки алохида кузатиладиган гурухларни ажратиш кийин булади. Клиникада битта гурухга касалликнинг хам огир хам енгил тури булган болалар тушади. Гемолитик касаллик даражасини факат киндик тизимчаси конидаги гемоглабин микдорига асосланиб ажратиш етарли эмас, чунки купинча анемия асосий симптом булиб хисобланади. Чакалокларда гемолитик касалликка диагноз куйишда касаллик клиникаси ва комплекс текширишлар, боланинг резусини ва гурухини аниклаш, киндик тизимчаси конидаги гемоглабин ва билвосита билирубин микдори, периферик кондаги эритробластоз даражаси хисобга олинади. Текшириш вактида склеранинг, тери копламларининг рангига, жигар ва талокнинг улчамларига эътибор берилади. Чакалокнинг клиник холати Апгар шкаласи буйича бахоланади.

Гемолитик касалликнинг турли формаларига караб куйидаги 3 тур огирлик даражаси фаркланади: енгил, урта ва огир. Касалликнинг огирлиги тугрук вактидаги шиш, сариклик ва анемия каби асосий симптомларига караб аникланади. Боланинг ахволи 1-3 балл булса, касалликнинг енгил формаси, 4-6 балл – урта, 7-9 балл – огир формаси хисобланади.

ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИКНИНГ ОГИРЛИК ДАРАЖАСИНИНГ КУРИНИШЛАРИ:

Асосий клиник белгилари	Гемолитик касаликнинг огир даражалари		
	I	II	III
Анемия (киндик тизимчаси конида гемоглабин микдори)	150 (15,2%)	149-100 (15,1-10,0%)	100 (10%)

Сариклик (киндик тизимча конида билирубин микдори, мк моль\л)	85,5 (5,0мг%)	85,6 – 136,8 (5,1 – 8,0 мг%)	136,9 (8,1мг %)
Шиш синдроми	Тери ости ёғ клетчаси шиши	Шиш ва асцит	Универсал шиш

Гемолитик касалликнинг огирлиги бола чала туғилиш даражаси билан ҳам аникланади, чунки бу ҳолда боланинг ҳаёти хавф остида бўлади. Чала туғилишнинг 3 та даражаси бор. 37-38 ҳафталик бола туғилиши I даража, 35-36 ҳафталик II даража, 33-34 ҳафталик III даража ҳисобланади. Бу тугрук билан боғлиқ касалликнинг даражалари шартлидир, чунки касаллик огирлиқ даражасини аниқлашда жуда кўп белгилар ва текширишлар мавжуд.

Гемолитик касалликнинг оқибати бола учун тугрукни тугри олиб бориш, акушер ва педиатрнинг биргаликдаги иши, даволаш методини танлаш ва чакалокни парвариш қилишга боғлиқ. Таклиф қилинган схема хомиланинг антенатал текшириш натижаларини йўлга қўйишда ва уларга тахминий бир гуруҳга бўлишга ёрдам беради.

АНТЕНАТАЛ ДАВРДАГИ ДИАГНОСТИКАСИ.

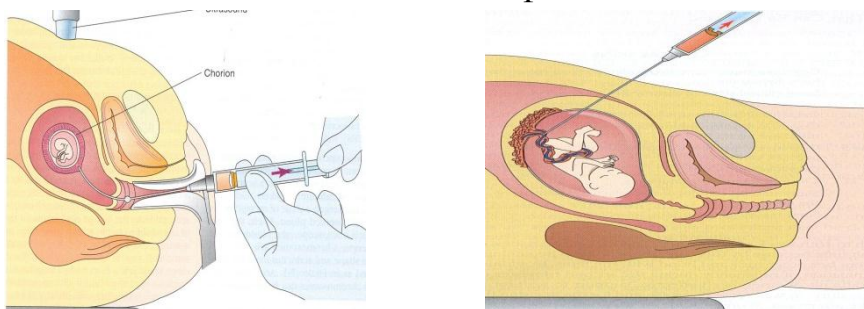
Хомила ва чакалокнинг гемолитик касаллигини диагностика қилишда антенатал ва постнатал даврлардаги ўтказилган клиник – лаборатор текширишлар комплекси муҳимдир.



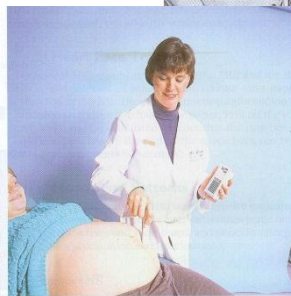
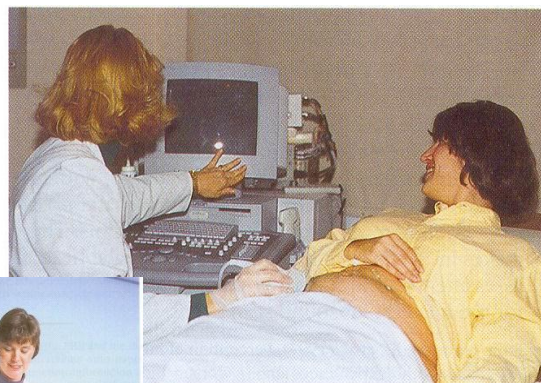
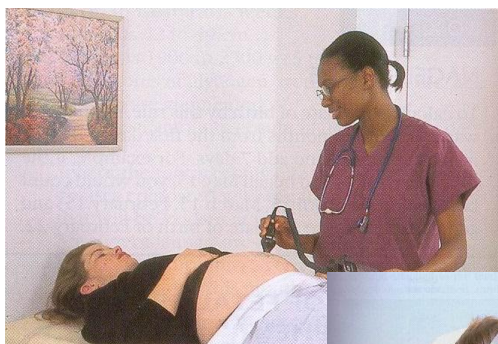
Кўпроқ хомиланинг тугруккача бўлган диагностикаси кейинчалик тугдиради. У эритроцитли антигенларнинг сенсибилизацияси олдини олади. Яна хомиланинг она антителалари билан зарарланиши даражасини аниқлайди. Бу 2 та жараён бир-бирига боғлиқ эмас. Антителаларнинг юқори титри доим ҳам чакалокнинг гемолитик касаллиги ривожланиши билан бирга

келмайди. Хозирги кунда Rh система буйича сенсбилизациянинг серологик диагностикаси кейинчалик тугдирмайди. Анти – Rh – антителалар намоён булишининг энг таркалган методларидан бири бу кумбсимон антиглобулинли зардоб ишлатиладиган тугри ва нотугри синамаларидир. З.Ф. Василица, В.Н Шабалиналар фикрича хомила гемолитик касаллигининг диагностикасида она конида хомиланинг резус мусбат эритроцитларнинг топилиши иммунологик тести катта урин тутади. Антителалар титрининг катталиги чакалок гемолитик касаллигининг ривожланишида ва унинг огирлигида шартли ахамиятга эга. Антителаларнинг юкори титри аникланганда хам, у хомиланинг зарарланиши ва чакалок гемолитик касаллигининг ривожланиши мумкинлиги хакида далолат беради.

Аникланишича, хомила гемолитик касаллиги ривожланганда онанинг периферик конида Ig G микдорининг камайтириши ва Ig M ва Ig A микдорларининг ошиши кузатилади. Айрим тажрибачилар иммунконфликни диагностика килишда Rh система иммунотромбоцитограммадан фойдаланишни тавсия киладилар. Тромбоагглютинация, тромбоцитлар реакциялари, Штеффеннинг тромбоцитлар билан билвосита тести, Экройднинг рефракцион тести. Онанинг периферик конини текшириш хомила хакида тулик маълумот беролмайди. Хозирги кунда когонок сувлари, плацента, хомила холатини бахолашда УТТ дан фойдаланилади.



Бола холати хакида энг яхши маълумотни когонок сувларини амниоцентез оркали аниклаш беради. Хозирги кунда бу метод бироз хавфли, УТТ оркали плацента жойлашишини аниклаш эса унинг зарарланиш хавфини йукотади. Купгина авторларнинг фикрича, когонок сувларини текшириш гемолитик касалликнинг антинатал диагностикада. Энг зарур методлардан бири булиб хисобланади.



Бунда билирубин курсаткич (когонок сувларининг оптик зичлигини спектрофотометр оркали улчаш йули билан), хомила кон гурухи, антелалар титри, оксил микдори ва бошқалар аникланади.

Когонок сувларини амниоцентез оркали олиш мумкин ва бу 2 йул билан килинади: трансабдоминал ва бачадон буйни канали оркали.

Купинча биринчи йул яхши. Трансабдоминал амниоцентез УТТ оркали плацента локализацияси ва пункция жойи аниклангандан кейин килинади. Игнанинг узунлиги караб танланади. 0,025% ли новакаин билан тахминий маҳаллий анестезия қилгандан кейин игна тери оркали киритилади. Игнанинг амнионга утишда амниотик суюқлик пайдо булади; шприц билан унинг 10-15 мл сурилади ва игна олинади. Амниоцентездан кейин когонок сувларининг купайиши, кон кетиш, хорионамнионит каби асоратлар ривожланиши мумкин. Баъзида амниоцентез тугруқ фаолиятини ривожлантириши мумкин. Шунинг учун операцияни курсатма буйича хомиладорликнинг 33-34 ҳафталигидан кам булмаган даврда қилиш керак.

И.Г.Мясникова (1981), В.М Сидельниковалар (1989) когонок сувларидаги билирубиннинг оптик зичлигини спектрофотометрда динамик текширишни тавсия қилинади.

Бу хомилада гемолитик касалликни диагностика қилиш ва унинг огирлик даражасини аниклаш имконини беради.

Билирубиннинг оптик зичлиги 0,15 нисбат бирликдаги кам спектрофотометрдаги эгри чизикда 450 нм тулкинда булса «нормал»

Хомилада гемолитик касаллик йук деб қаралади. Билирубиннинг зичлиги 0,16-0,22 нисбат бирлик булса, хомилада касалликнинг енгил формаси, 0,23 – 0,34 нисбат бирлик булса, - урта формаси 0,35 – 0,7 нисбат бирлик булса огир формаси булади. Билирубиннинг оптик зичлиги 0,7 нисбат бирликдан катта булса хомилада универсал шиш ёки унинг она корнида гемолитик касаллик натижасида улганлиги ҳақида даъволат беради. Такрорий амниоцентез хомила ҳолатини динамик текширишни ва хомиладорликни узайтириш ёки уни тухтатишни ҳал қилади.

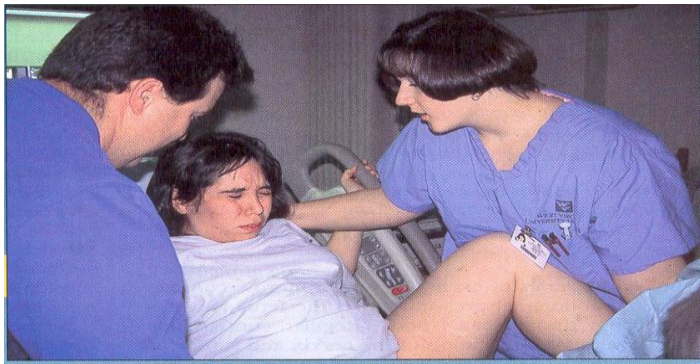
Гемотрансфузия хомилага қорин ичи ва киндик тизимчаси томирлари оркали бажарилади.

Бачадон ичи кон қуйишда резус манфий 0(1) гуруҳ қоннинг ювилган эритроцитларнинг ишлатилади. Операцияни чизикли пункцион датчикли ультратовуш назорати остида олиб борилади. Игнани хомиланинг қорин бушлигига жигарнинг пастки чегараси ва сийдик пуфаги оралигидан киритилади. Агар асцит суюқлиги булса, секин асперация қилинади, сунгра донор қони киритилади. Операция жараёнида хомила ҳолати доимий кардиомониторли кузатув остида булади. Хомила гемолитик касаллигини даволашнинг куплаб турлари тавсия қилинади, бироқ уларнинг бирортаси бу патологиянинг профилактикаси ва даволаниши учун қафолат бермайди. Антенатал давонинг юқори эффектив методларини булмаслиги купгина ҳолларда она антителаларининг хомилага таъсири вақтини қамайтириш мақсадида барвақт тугруқни чақиришга мажбур қилади. Бироқ бир нарсани билиш керакки, чала тугилган болаларнинг купчили улади. Хомила

гемолитик касаллигида тугрук муддатини танлаш катта ахамиятга эга ва ҳар бир ҳолатда бу масала индивидуал ечилиши керак. Гемолитик касаллик огирлик даражасини аниқлашда комплекс текшириш натижалари булиши керак. Бунинг учун резус – сенсбилизацияланган аёллар хомиладорликнинг эрта муддатларидан назоратга туриши ва акушер, иммунолог кузатувида булиши керак. Хомиладорликнинг биринчи уч ойлигида (10, 24, 32 ҳафта) патология булимлари шароитида десенсибилизацияловчи курсатма ҳисобланади. Хомиладорликнинг 24 ҳафтадан кейинги муддатларда хомила ҳолатини динамик урганиш, коғонок сувларини ультратовуш, кардиотокографик текшириш керак бўлади. агар бунда гемолитик касаликнинг огир формаси аниқланса, хомиладорликни 30 ҳафталик муддатидан кам бўлмаган даврда тухтатиш керак ва хомиладор аёлни агар анамнезида хомиласининг антинатал даврда улганлиги кузатилган бўлса, такрорий текшириш утказиш керак бўлади. Касалликнинг биров энгилрок формаларида хомиладорликнинг десенсибилизацияловчи терапия фонида узайтириш мумкин. Бунда хомила ахволини динамик кузатиш керак, чунки касаллик тез прогрессияланиши мумкин.

АЛЛОПЛАСТИКА.

Резус – сенсбилизация яккол намоён бўлганда хомиладор аёлларга медикаментоз даво билан бирга эрининг териси аллопластикаси қилинади. Биринчи уч ойлигида тери аллотрансплантацияси қуйидаги курсатмалар оркали бажарилади:



1. Тулик бўлмаган антирезус антителаларнинг юкори титри (1:8 ва юкори).
2. Анти – резус антителаларнинг паст титрда булиши (1:2-1-4) а) резус номуносив кон трансфузиясини бошидан утказган аёлларда;
б) огир акушерлик анамнези бўлганларда (улик тугиш, чакалокка огир турдаги гемолитик касаллик)
в) Хомиладорликлар оралигининг 2 йилдан кам булиши ва анамнезида иммунопатологияга характерли асоратлар бўлганда.

Иккинчи ва учинчи уч ойлигида юкорида курсатилган курсатмалардан ташкари, антителаларнинг титри динамикада 1:16 ва ундан хам юкори булиши ва «сакровчи» титр хисобга олиниши керак.

Огирлашган акушерлик анамнезини изосенсибилизациялашган аёлларда оталик аллтипининг терисини кучириб утказишни хомиладорликнинг 8-12 хафталаридан бошлаш керак ва 2-3 марта хар 4-6 хафтада такрорлаб туриш керак.

Тери аллопластикаси операциянинг техникаси.

Операция куйидаги метод оркали бажарилади: эр – хотинларнинг чап култик остидаги, V-VI ковургалар сатхидан, асептик шароитда, 0,5 % ли новакаин билан махаллий анестезиядан кейин бир вақтда 2х2 см улчамли, 3мм каликликдаги тери олинади.

Эридан олинган тери аёлнинг уша мос келадиган сохасига утказилади ва ипак ип билан фиксацияланади. Эрининг жарохати ипак лигатуралар билан тикилади ва чоклар 7-8 суткаларда олинади. Операциядан 7-15 суткадан кейин ярим аёлларда антирезус антителалар титри стабил колиши, усиши ёки «сакровчи» булиши мумкин. Бу эса прогностик яхши эмас.

Эрининг аллотрансплантант териси хомиладорликнинг кечиши ва окибатига яхши таъсир механизми хозиргача етарлича аник эмас.

Терининг функцирланиши муддати 3 хафтадан 8 хафтагача узгайиб туради. Аллотрансплантантнинг ажралиши курук пустлок куринишида юзага келади.

1973 йилда VII халқаро акушер – геникологлар конгрессида узимизинг ва чет эл авторлари томонидан анти - «Д» - резус глобулинни ишлатиш эффективлиги хакида айтиб утилди. Иммуноглобулинларнинг биологик таъсири уларда хомиланинг антирезус – антителаларнинг булишига боглик. Антиген – антителаларнинг реакцияси натижасида хомиланинг резус – мусбат эритроцитлари бузилади ва она иммунизациясини ва унга боглик иммун таналар продукциясини чакира олмайди.

Антирезус – иммуноглобулин антителаси булмаган барча резус манфий биринчи марта тугган аёлларга ва куп тугганларга, резус сенсбилизацияга хавф булганда: болада она конига АВО антигенлари буйича мос мусбат резус булганларга она конида фетал эритроцитлар булганларга киритилади.

Иммуноглобулин тугрукдан 2-3 суткадан кейин киритилади. 200 мкг доза сенсбилизациясни олдини олишга керакли доза хисобланади. Она конидан фетал эритроцитлар уни киритгандан 2-3 суткадан кейин йуколади. Сенсбилизацияланган аёлларга иммуноглобулин ишлатиш мумкин эмас. Антирезус – глобулинни иммунизациясиз хомиладорларда яна хомиладорликнинг 7 хафтадан куп муддатда тухтаганда хам куллаш тавсия этилади. Препарат она ва бола организмга ёмон таъсир килмайди. Куп авторлар метод эффективлиги 100%.

ЧАКАЛОКЛАР ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ.

Хомила гемолитик касалликнинг антенатал даврдаги профилактика ва давоси хозирги кунгача к ийин масала булиб хисобланади. Хомила она антителаларининг патоген таъсири ва бу таъсирнинг асоратлари йукотиш учун жуда куп методлар ишлаб чикилган, биров уларнинг бирортаси еталича эффектив эмас. Шу максадда иммуноглобулин, медикаментоз ва бошка методлардан фойдаланилади.

Хомиладорларда носпецифик десенсбилизацияловчи терапия максадида вена ичига 20 мл. 40% ли глюкоза билан 300 мг аскорбин кислота, 2 мл 1 хли сигетин эритмаси, 100 мг кокарбоксилаза гидрохлорид; жигар функциясини яхшилаш максадида метионин 0,5 г дан 3 махал; томирлар утказувчанлигини пасайтириш учун рутин 0,02 г 3 махал; оксигенотерапия; антианемик даво; диазолин бериледи. Микроциркуляцияни яхшилаш учун кеантинол никотин (теоникол) 0,15 г 3 махал бериледи.

В.И. Калиничева ва бошкалар юкоридаги препаратлар комплексига тугрукдан 1-2 хафта олдин фенобарбитал 150 мл 2 махал тавсия килинади. Авторлар чакалоклар гемолитик касаллик частотасининг камайганлигини куришган.

Айтишларича, фенобарбитон жигар ферментларининг перенатал индукциясини кучайтиради. Шу максадларда яна зиксорин 100 мг 2 махал (1 курсга 1000 мг) фойдаланиши мумкин.

Изсенсбилизациянинг огир куринишларида иммунодепрессия максадида хомиладорликнинг 28 – хафтасидан бошлаб преднизолон 0,005 г хар куни бериледи, у антителалар синтезини ва аллергик реакцияларини пасайтиради, томилар утказувчанлигини сусайтиради.

А.М. Созанский (1984) куйидаги комплексни ишлатишни айтади: контрикал ва альбумин (улар хомила билвосита билирубин билан бирикиб, уни ёгда эрувчи комплексга айлантиради); аминоксапрон кислота (антиген – антитела комплексига таъсир килади, клиник гармонлар хосил булишини олдини олади); гемодез (она ва бола организмни дезинтоксикация килади); кальций хлорид (плацентар барьерни кусайтиради, плацента оркали

гемолизинлар утишини яхшилайти). Автор витаминлардан фойдаланишни мақсадга мувофиқ деб ҳисобламайти, чунки улар гемолизинлар титрини ошириши мумкин.

Биринчи кон қуйишда курсатма бўлиб билирубин миқдорининг 68,42 мк моль\г (4 мг%) дан қў бўлиш, болада реузус мусбат типдаги коннинг бўлиши, гемоглабиннинг паст бўлиши (15- г\л дан кам) ва гемокрит курсатманинг 0,4 дан паст бўлиши ҳисобланади. Бунда билирубиннинг соат бўйича утишини қўзатиш керак. Утиш миқдорининг 1 соатда 6,8 мк моль\г (0,4 мг%) бўлиши гемолизиннинг қўчайганлиги ва жигарнинг дезинтоксикацион функциясининг пасайганлиги ҳақида далолат беради ва тулик тугилган чакалоқларда кон қуйишга курсатмалардан бири бўлиб ҳисобланади. Чала тугилган болаларда кон қуйишга курсатма билвосита билирубиннинг киндик тизимчаси қонида 59,9 мк моль\л (3,5мг %) ва ундан ортиқ бўлиши ва 1 соатда утиш миқдори 5,1 мк моль\л (0,3 мг%) ва ундан ортиқ бўлиши ҳисобланади. Тулик тугилган болаларда ҳаётининг 1- суткаларида қайта кон қуйишга курсатма билирубиннинг 1 соатда 6,8 мк моль\л (0,4 мг%) ва қў бўлиши, чала тугилганларда эса 5,1 мк моль\г (0,3 мг%) ва қў бўлиши ҳисобланади. 3-4-5 суткаларда кон қуйиш билвосита билирубиннинг миқдори тулик тугилган болаларда 300,7 мк моль\г (18 мг%) ва чала тугилганларда 273,6 ммоль (16 мг%) бўлганда қилинади. Кон қуйиш бола тугилишдан тезроқ муддатда ва керакли миқдорда (тахминан 1 кг бола вазнига 150-200 мл донор қони) қилиш керак.

Кон қуйиш операциясида бола кон гуруҳидаги реузус манфий кондан фойдаланиши керак. Қасалликнинг енгил формасида тулик тугилган бола ахволи қоникарли бўлганда ва она антителаларнинг титри паст бўлганда бир гуруҳли реузус – мусбат қонни қуйиш мумкин, бунда қуйиладиган кон миқдори боланинг 1 кг вазнига 200-250 мл бўлиши керак. Операциядан олдин албатта қонни 37⁰ С ли сувли ҳаммомда қизитиш керак. Кон қуйишда 3 қўндан ортиқ бўлмаган вақтдаги тоза цитратланган кон ишлатилади.

Кон қуйиш секинлик билан 1 соатда 1 кг вазнига 100 – 150 мл тезликда қилиниши керак. Кон тез қиритиш ва қикариш натижасида унғ юрак перегрузқаси ва уткир юрак етишмовчилиги қелиб қикиши мумкин. Юрак ишини осонлаштириш учун қикарадиган кон миқдорини 40-50 млга ошириш керак. Операция вақтида болада уткир брақ етишмовчилигини олдини олиш мақсадида мушак орасига 0,2 мл 0,06 % ли қорғлюкон эритмаси юборилиши ва доимий қислород ингаляцияси қилиш керак. Даволаш комплекси ичига билвосита ва билирубин натижасида қелиб қиккан интоксикацияга қарши

терапия ҳам кириши керак (инфузион терапия: 10% ли глюкоза, 10-20% ли альбумин эритмалари, кон плазмаси). Касалликнинг шишли формасида чакалокка дегидротацион терапия килинади: 15% ли магнит эритмаси 10 мл\кг, фуросемид 0,1 мг\кг

Кон куйишдан кейин 5-7 кун давомида кенг спектрли таъсирига эга булган антибиотиклар билан антибактериал терапия утказилади. Жигарнинг дезинтоксикацион функциясини тиклаш учун метионин, В гурух витаминлари берилади. Антиоксидант терапия максидида мушак орасига 0,2 мл 30% ли топоферол ацетат (Вит Е) эритмаси юборилади. Жигарнинг билирубинни боғлаш функциясини тиклаш учун фенобарбитол ҳам зиксорин 10 мгдан 3 махал берилади. Гемосорбция ҳам кон билирубин микдорини камайтиради.

Гемолитик касалликни даволашда болани тугри овкатлантириш катта ахамиятга эга. Она сутида резус антителалар бор ва у боланинг хазм килиш трактидан сурилиши мумкин. Купинча резус антителалар сутда сусаяди ва 2-3 хафта давомида йуколади. Болани купрок сутига резус – антителаларнинг сутдан йуколганидан кейин, 10-15 кун дан кам булмаган муддатдан кейин утказиш мумкин. Баъзан конда антителаларнинг титри юкори булганда, уларни сутда топиш кийин булади, чунки сут изоиммун зардоблар билан эритроцитлар аглютинациясини саклаш хусусиятига эга. Она сути билан овкатлантиришни секинлик билан бошлаш керак, бошида суткасига 2 марта, кейин бир марта куйиб бир марта эмизиш, кейин эса хаммасини эмизиш.

Гемолитик касалликни бошидан утказган бола тугрукхонадан чиккандан кейин доимий педиатр ва невропатолог кузатуви остида булиши керак. Касалликни утказган бу болаларда эмлаш муддатлари узгаради. Биринчи йили улар факат БЦЖ ва полиамиелитга карши вакцинани олишади.

Гемолитик касалликни бошидан утказган болалар ривожланишидан оркага колиши мумкин, хаётнинг биринчи йилида купгина касалликларга берилувчан булишади, шамоллаш касалликларига тез-тез чалинади. Купинча бу камчиликлар даволанмаган резус иммунизацияланган оналардан тугилган болаларда учрайди.

Резус сенсбилизациялашган аёлларни олиб бориш тактикаси.

Резус сенсбилизацияли аёлларни хомиладорликка тайёрлашда умумий клиник текширишлар урегенитал инфекциялар йуклигини аниклаш керак;

- эрининг кон гурухи (ABO номутаносиб кон прогнози, мутаносиб кон гурухига кура гемолитик касаллик учун яхши);

- эрининг конининг Д ген буйича генотиби, агар бунинг иложи булмаса, Д,С,Е, е, с резус антигенлар буйича фенотиби ва резус манфий типдаги конли боланинг тугилиши эхтимоли (отасининг кон типи гетерезигот Д д булса болаларнинг эрни резус манфий тип конга д,д колган холатларда хомила кони резус мусбат гетерезиготали Дд булади).

Антителалар титри 1:32 булганда плазмофорез утказилади. (сеанслар сони антителалар микдорига боглик, чунки 2-3 сеансдан кейин титр шу хомилага колиши ёки тезда тикланиши мумкин, антителалар тукумаларидан ювилади). Антителалар титри 1:16 дан паст булган резус – сенсibiliзацияли ва анамнезида гемолитик касаллик билан огриган боласи булмаган хомиладор аёллар маслахатхонасида одатий алгоритм билан кузатувда булиши мумкин. Антителаларнинг хар ойда 30 хафтагача, кейин эса тугруккача хар 2 хафтада титрининг назорати ажралиб турувчи хусусиятга эга.

Олдин десенсибилизацияловчи терапия деб аталган профилактика курсларини утказиш максадга мувофик. Десенсибилизацияга карши булган, терапия эса гипоксия даражасини пасайтириш, умумий кувватловчи терапия, комплекс витаминларга каратилган.

Хозирги кунда профилактика деб плацента утказувчанлигини кучаядиган вирусли инфекция активизациясининг ва плацентар етишмовчилик профилактикасини тушунамиз.

Вирусли инфекция активизацияси профилактикасида, асосан агар бемор оддий герпес, цитомегаловирус, коксаки А ва В вируслари ташувчиси булса, I учойлигида вена ичига носпецифик иммуноглобулин 25-50 мл 3 махал юборилади. Агар бемор воситалари булса, октагам, 2,5 – 5 г 2-3 марта хар 2 кунда ва метаболитик комплекс терапия килинади. II уч ойлигида 22-24 хафтада ва III уч ойлигида тугрукдан олдин бу комплексни кайтаримиз ва бу курсга ваферон – 2 № 10 ректал шамчалар кушилади. Резус – номутаносибли хомиладорликда иммуномодуляторлар (асосан имунофан ишлатиш максадга мувофик эмас, чунки антителалар титри ошиши мумкин).

Вирусли инфекция активизацияси профилактикасида I учойлигида бир вактнинг узида 5,0 мл актовегин 200 мл физиологик эритма билан №5 та вена ичига томчилаб юборилади. II – III уч ойлигида эса 5 мл ли актовегин инстенон 2 мл ли 200 мл физиологик эритма билан алмаштирилиб турилади ва хар бир препаратдан 5 мартадан фойдаланилади. Инстенонни секинлик билан киритиш керак, чунки бош огрикни чакириши мумкин.

24 – хафтадан бошлаб хомила холатини каттик назорат килиш керак; УТТ текширишда гемолитик касалликнинг эрта белгиларига плацента

калинлиги ва хажмининг ошишига, коғонок сувлари микдорининг динамикада ошишига алоҳида эътибор бериш керак.

Допплерометрия билан хомиланинг урта мия артериясининг баҳолаш мақсадга мувофиқ. Агар томирда қон айланишини гестацион нормада бўлса, хомилада анемия йўқ.

34 – ҳафтада – хомилани КТГ да баҳолаш.

Яхши натижаларда ва антителаларда титрининг доимий паст бўлганда инвазив диагностик тестларни ўтказиш керак эмас, лекин шундай шарт биланки, беморда резус – сенсибилизация даражасида 1 – хомиладорлик бўлганда.

Анамнезида гемолитик касалликнинг оғирлашиши, антителалар титри паст бўлиш ва хомила ҳолатининг нормал параметрида бўлган аёлларда туғруқ тулик хомиладорлик муддатида олиб борилади. Бола туғилганда қон гуруҳи, резус, кумбс синамеси, гемоглабин, гемокрит, билирубин микдори ва керак бўлганда даволаш профилактика тадбирлари комплекси қилинади.

Агар қузатилаётган хомиладорларда титр тезда қутарилса ва хомиладорлик 36 – ҳафтада бўлса, туғруқ 36-37 ҳафталарда олиб борилади, чунки болада гемолитик касалликнинг енгил ёки урта даражаси ривожланиши мумкин.

Агар анамнезида гемолитик касаллик бўлган болалари бўлса, антителаларнинг ҳохлаган титрида ҳам хомиладорлик хомила ҳолатини инвазив методлар билан баҳолаш билан олиб борилади.

Эрининг қони гетерозиготали бўлса хомила резусини хорион биопсияси ва генетик амниоцентез ёрдамида барвақт диагностика қилиш мумкин. Хомиланинг махсус Д генини аниқлашда инвазив методлардан фойдаланилмайди, чунки антителалар титрини ва гемолитик касаллик оғирлигини трансфузия ҳисобидан ошириш мумкин. Д генини она қонида аниқлаш мумкин.

I ўч ойлигида даволаш ҳудди анализи оғирлашмаган резус сенсибилизацияли аёллардагидек олиб борилади. Вирусли инфекция активацияси ва плацентар етишмовчилик профилактикаси ўтказилади. Антителаларнинг юқори титрида ва оғир анамнезида I ўч ойлигидан бошлаб 3-4 курс плазмафоре́з 1 курсда 3-5 марта тавсия қилинади.

Хар бир плазмофорездан кейин огир холларда иммуноглобулин – актогам 5 г хар куни 3-4 кун килинади. Агар шароити етса, иммуноглобулин дозаси беморнинг хар 1 кг га 0,4 г тугри келади. бу доза 34 кун киритилади ва курс хар ой такрорланади, асосан антителалар титри постида.

28 хафтада амниоцентез килинади, агар анамнезида хомила шу муддатдан олдин улган булса, амниоцентез хомила улими муддатида 2 хафта олдин килинади, агар хомилага хомила ичи кон куйишга имконият булса.

Кейинги тактика когонок сувларини бахолаш билан, когонок сувларида билирубин микдори билан хомилада кутиладиган анемия даражси билан аникланади. Билирубин оптик зичлиги 0,2 гача булса, хомилада гемолитик касалликнинг енгил ёки урта огирлиги булади Lile's A ёки B картаси буйича паст даража бунда 3 хафтадан кейин такрорий амниоцентез килиниши керак. Бунда хомила респиратор дистрес синдром профилактикаси учун дексаметазон тайинланади. Яна иммуноглобулин ва такрорий актовегин ва инстенон киритиш мумкин.

БОЗ 450 нм билан бирга хомиланинг упкалари етилганлиги даражасини хам аниклаш керак, агар улар етилган булса, тезда тугдириши керак.

Агар упкаси етилмаган булса, СДР профилактикасини утказиш керак. Амниоцентезни бир хафтадан кейин килинади. Агар БОЗ 450 нм микдори узгармаса, яна бир хафтадан кейин амниоцентезни такрорлаш керак. Бу даврда иммуноглобулин актовегин, инстенон киритиш хам махсадга мувофик. Кушимча равишда диагностик тадбирлар утказиш керак: УТТ, хомила урта мия артерияси доплерометрияси, КТГ. Агар БОЗ 450 нм микдори доимий юкори 0,2-0,35 микдорда тураверса, хомила упкаси етилишига эришган холда тугдириш керак. Шуни айтиш керакки, дексаметазон кулланилгандан кейин БОЗ 450 нм нинг микдори гемолитик жараён билан боглик булмаган механизм билан тушади. Шунинг учун хам дексаметазондан кейин БОЗ нинг тушиши хомила гелозининг тузалишини билдирмайди.

БОЗ 450 нм нинг микдори 0,3 – 0,7 дан юкори булиши гемолитик касалликнинг огир формасидир. Агар хомиладорликнинг муддати хомила етилмаганлиги учун тугрукка йул куймаса, хомилага интраперитонеал кон куйиш ёки яхшироқ усул, плацента киндик тизимчаси ва хомила жойлашиши муолажага йул куйса, кордоцентез оркали кон куйиш тавсия этилади. Хомила ахволи огирлигига караб ва бир суткада хомиланинг гематокрит курсаткичи 1 % га тушишини хисобга олган холда кон куйишни такрорлаш керак.

Кон куйишлар оралигида хомилани хар кун назорат килиш керак. (КТГ, урта мия артерияси, доплерияметрия), хомила етилганига эришилса, тугдириш керак, гемолитик касалликнинг огир формаларида интраперитонеал ва томир ичи кон ккуйишдан кейин хомилани кесарча – кесиш операцияси ёрдамида тугдириб олиш керак. Бошка холларда тугрукни табиий йулар оркали олиб бориш мумкин.

Бачадон буйни етилганлида тугрукни амниотомиядан бошлаймиз. Амниотомиядан кейин ихтиёрий тугрук ривожланмаса, окситоцин 2,5 ЕД простогландин F_{2a} 2,5 г билан бирга 400,0 мл физиологик эритма билан вена ичига 1 минутда 10-16 томчи токи регуляр тугрук пайдо булгунча томчилаб куйилади.

Бачадон буйни етарли етилмаганда тугрукни кузгатиш максадида бачадон буйнига простогландин E₂ (динопростон) 0,5 мг 2 мл да ёки 4 мг 3 мг гелда кин орка гумбазига киритилади. Бачадон буйнига киритиш уни етилиши учун купрок эффектив лекин бунда бачадон буйни тугрук кузгалиши учун етарли етилмаганда вактидан олдин сув кетиши мумкин.

Охирги йилларда бачадон буйнини тугрукка тайёрлашда простогландин E, аналог (мизопростон) да ишлатиш мумкин. Купгина текширишлар маълумотларига караганда, бу препарат простогландинлар ичида купрок эффектив ва кам намоён таъсир билан бачадон буйнини тугрукка тайёрлайди.

Бачадон буйнини тайёрлашда цервикал каналга ламинаторларга хам киритиш мумкин. Бачадон буйни етилишига эришилгандан кейин тугрук амниотомия билан олиб борилади, асосан агар куп сувлилик булса, окситоцин билан простогландин киритилади.

Резус сенсбилизацияли аёлларда тугрукни хомила ва чакалокда нафакат гемолитик касаллик, балки етилганлик холатларини диагностика килиш ва даволаш учун шароит булган махсус марказларда олиб борилади.

Мавзу № 31: “Хомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Хомиладорликни кўтара олмаслик хақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи хомила тушишларининг клиникаси ва ташхиси. Муддатидан олдинги туғрук. Хомиладорлик муддати, хомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг холатига қараб бошқариш тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

Вақт: 240 дақиқа	Талабалар сони: 12- 15
Ўқув машғулотининг шакли ва	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот

<i>тури</i>	
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Хомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Хомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи хомила тушишларининг клиникаси ва ташхиси. Муддатидан олдинги туғруқ. Хомиладорлик муддати, хомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг ҳолатига қараб бошқариш тактикасини ўрганиш.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Хомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Хомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат,

	таълимий ўйин, организатор.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар,

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	 3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№31 мотивация. (Мавзу баёни) Хомиладорликни кўтара олмаслик синдроми. Хомиладорликни кўтара олмаслик ҳақида тушунча, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Хавф солувчи хомила тушишларининг клиникаси ва ташхиси. Муддатидан олдинги туғруқ. Хомиладорлик муддати, хомила вазни ва унинг сурфактант тизимининг ҳолатига қараб бошқариш тактикаси..

Ҳомиланинг 22-37 ҳафта ичида туғилишига **ч а л а т у ғ и л и ш** деб айтилиб, бунда чақалоқ вазни 500-2499 г, бўйи 25-45см атрофида бўлади.

Муддатидан олдинги туғруқнинг қуйидаги тоифалари фарқланади:

(танлаб олинган) - (10%-30%),яъни туғдириб олиш, она ёки хомиладаги бирон бир кўрсатмага биноан (оғир преэклампсия, онадаги буйрак касаллиги ёки хомила ўсишининг секинлашиши).

-асоратланган- (20%-50%), ҳомила пуфагининг йиртилиши ёки туғруқдан олдин қон кетиши.

-идиопатик- (40%-60%) қўшимча асоратларсиз ўз-ўзидан муддатидан олдинги туғруқ билан ҳарактерланади.

Чала туғилган бола тана оғирлиги хусусида қуйидагилар қабул қилинган:

1. Кам тана оғирлиги билан туғилиш-тана оғирлиги 2500 г дан кам (1500 г дан 2499 г гача).
2. Жуда кам тана оғирлиги билан туғилиш-тана оғирлиги 1500 г дан кам (1000 г дан 1499 г гача).
3. Ўта кам тана вазни билан туғилиш -тана оғирлиги 1000 г дан кам (500 г дан 999 г гача).

Чала туғилган болада бир қанча функционал етишмовчиликлар мавжуд бўлиб, шунинг учун ҳам бундай болалар ўртасида касалланиш ва нобуд бўлиш кўп учрайди.

Ҳомиланинг чала туғилиш сабаблари турлича: аёл жинсий аъзоларининг тўла тараққий этмаслиги (инфантилизм); бачадондаги турли патологик ўзгаришлар (ўсма, тўсиқ, яллиғланиш, бачадон аномалияси ва бошқалар); жинсий безлар функциясининг бузилиши; тез-тез аборт қилдириш ёки ҳомиланинг ўз-ўзидан беихтиёр тушиши; бачадон бўйнининг яхши бекилмаслиги (истмик-цервикал етишмовчилик ва бошқалар) каби асоратлар кейинги вақтларда кўп учрамоқда. Чунки бунда бачадон бўйни туғруқ вақтида йиртилиши ва яхши тикилмаслиги натижасида чилла даврида тўла-тўқис битмаслиги кўпинча аборт қилиш оқибатларида келиб чиқиши мумкин. Шу билан бир қаторда она ва бола қон гуруҳлари ҳамда резусларининг тўғри келмаслиги, ҳомиладорлик токсикозлари, айниқса преэклампсия ва эклампсиянинг бирон бир ички касаликлар билан қўшилиб келиши, ҳомиладорлик давридаги турли руҳий эзилиш ва эмоционал ўзгаришлар, ҳомиладорлик давридаги турли ўткир юқумли касалликлар: грипп, ангина, гепатит, турли меъда-ичак касалликлари ва сурункали юқумли касаликлар, бруцеллёз, захм, бўғимлар ва юрак ревматизми, сил касаллиги, моддалар алмашинувининг бузилиши, ҳаддан ташқари семизлик, қанд ва бўқоқ касаллиги кабилар ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, 18 ёшгача бўлган ҳамда 30 дан ошган туғувчи аёлларда ҳам бундай асоратлар кўп учраши мумкин (15.1.-жадвал).

Муддатига етмаган ҳомиладорликнинг хавф омиллари

Хавф омиллари		Хавф омиллари
ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАР		АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК АНАМНЕЗ
Сув – минерализацияси ошган, оғир металллар тузлари, пестицидлардан ифлосланган ва б.		Паритет: 1 туғуруқ, 5 ва бундан ортиқ туғуруқлар
Ҳаво – газлар, чанглари миқдори кўп, куруқ, кум бўронлари		Қисқа интергенетик интервал
Тўпроқ – пестицидлар, нитратлар ва б. химикатлар миқдори ошган; - темир, кобальт, мис ва б. микроэлементлар миқдори пасайган		Абортлар
		Муддатдан олдинги Туғруқ
		Ўлик туғилиш
		Неонатал йўқотишлар
		Болаларда неврологик бузилишлар
Овқат маҳсулотлари – алиштириб бўлмайдиган аминокислоталар етишмаслиги, йод, А, Е витаминлари, фолатлар ва б. миқдори кам; - химикатлардан зарарланган		Болаларда тана вазни: 2500 г гача ва 4000г дан ортиқ
		Бепуштлиқ
ИЖТИМОИЙ-БИОЛОГИК ОМИЛЛАР		Бачадондаги чандиқ
Она ёши - <20 ёш ва >35 ёш		Бачадоннинг ривожланиш нуқсони
Бўйи - <150 см		Бачадон ўсмалари
Тана вазни - >25% нормадан		Истмик-цервикал етишмовчилик
Психоэмоционал стресс		Сепсис
Мувозанатлашмаган овқатланиш		ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИ
Зарарли одатлар		Ҳомиладорлар кўсиши
Ишлаб чиқаришдаги зарарлар		Преэклампсия
ОНАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ		Ўткир ёғ гепатози
ЭКСТРАГЕНИТАЛ		Қон кетиши
Анемия	ЎРВИ	Резус ва АВО сенсбилизация
Юрак-томир касалликлари	Нафас аъзолари касалликлари	Чаноқ билан келиши
Буйрак касалликлари	Сурункали инфекция ўчоқлари	Камсувлилик
Жигар касалликлари	Ўткир инфекция	Кўпсувлилик

Меъда ва ичак касалликлари	Аллергик ҳолатлари	Кўп ҳомилалик	
ГЕНИТАЛ КАСАЛЛИКЛАР		Муддатдан олдин туғилиш хавфи	
ЖЙОЮИ	Эрозия ва бачадон бўйнининг б.зарарланишлари	Ҳомиланинг нотўғри вазияти	
Колпитлар	Сурункали эндометрит	Пардаларнинг юқоридан йиртилиши	
Бактериал вагиноз	Бачадоннинг ривожланиш нуқсонлари	Тромбофлебит	
Микст-инфекция	Бачадон миомаси	ЯТРОГЕН	
ЙЎЛДОШ ҲОЛАТИ		Полифармакотерапия	
Микроплацента	Плацентанинг эрта қариши	Бачадон бўйни етилмаган ҳолда амниотомия	
Макроплацента	Қон оқими бўғилиши	Асосланмаган туғруқ кўзғотиш	
ГЕНЕТИК ОМИЛЛАР		ЧАҚАЛОҚ ҲОЛАТИ	
Яқин қариндош билан никоҳланиш	Ҳомилада ёки болаларда ривожланиш нуқсонлари	Гипотрофия	Ривожланиш нуқсони
		Гипоксия	
Сперматозоидлар нуқсонлари		Кўп ҳомилалик	Микросомия

Туғруқнинг кечиши ва унда учрайдиган асоратлар

Клиник кечишига қараб фарқлаш керак: хавф солувчи барвақт туғруқ , бошланаётган туғруқ ва бошланган туғруқ.

Барвақт туғруқ хавфи – бел соҳасида ва қориннинг пастки қисмида оғриқ билан таърифланади. Бачадон кўзгалувчанлиги ва тонуси ошган, буни гистерография ва тонусометрия маълумотлари аниқлаб бериши мумкин. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни сақланган, бачадон бўйни ташқи бўғизи ёпиқ. Қайта туғувчиларда у бармоқ учини ўтказиши мумкин. Ҳомила ҳаракатчанлиги ошган. Ҳомила олдинда келувчи қисми кичик чаноқ кириш қисмига тақалган.

Бошланаётган барвақт туғруқда- қорин пастида сезиларли тўлғоксимон оғриқлар ёки мунтазам тўлғоклар кузатилади, буни гистерография маълумотлари тасдиқлайди. Қин орқали текширилганда пастки сегментнинг шаклланиши, бачадон бўйнининг қисқариши, баъзан унинг текисланиши аниқланади.

Бошланган барвақт туғруқда мунтазам туғруқ фаолияти ва бачадон бўйни очилиш динамикаси ҳарактерли бўлиб (3-4 см ортиқ очилиши) , ўтиб кетган ва қайтмас патологик жараёндан дарак беради.

Асоратлари. Дард бошланмасдан қоғаноқ сувининг кетиб қолиши, туғруқ йўллариға инфекциялар тушиши, дарднинг сустлашиши, ҳомилада гипоксия кузатилиши ёки ўлик туғилиш кабиларни кузатиш мумкин. Туғруқ йўллари ҳали туғишға тайёр бўлмаганлиги сабабли туғруқ пайтида бачадон бўйни йиртилиши кўпроқ учрайди. Туғруқнинг III даври – йўлдошининг бачадон деворидан ажралиши ва чилла даврида эса септик касалликларни кузатиш мумкин. Булардан кўпроқ эндометрит (бачадон шиллиқ қаватининг яллиғаланиши), метроэндометрит, тромбофлебит ва бошқаларни учратиш мумкин.

Даволаш усуллари

Акушерлик тактикаси.

Вазиятға қараб консерватив –кутувчи (ҳомиладорликни давом эттириш) ёки актив олиб бориш тактикасига амал қилинади.

Консерватив-кутувчи тактика хавф солувчи ва бошланаётган барвақт туғруқларда кўрсатилган. Бунда даволаш комплекс ва бачадон тонусини пасайитиришға, ҳомила яшовчанлигини оширишға, барвақт туғруқнинг сабаби бўлган патологик ҳолатларни даволашға қаратилган бўлиши керак.

Ҳомиладорлар, одатда, қорин пастида вақти-вақти билан тутаётган оғриқдан, баъзан ҳомиланинг секин ёки ҳаддан ташқари тез қимирлашидан шикоят қилишади. Вақтидан илгари туғишнинг бирон-бир белгилари бўлса, аёлни тезда туғруқхонаға юбориб, ҳомилани сақлаб қолиш чораларини кўриш лозим. Бунда аёлға ҳар тамонлама тинчлик, нерв системасини тинчлантирувчи дорилар (биопассит, валериана, пустирник, тазепам, седуксен, новопассит), витаминлар, айниқса витамин Е 50-60мг, В6 ва В12 лардан бериш керак. Бачадон қисқаришини сусайтирадиган дорилардан папаверин шамчаларидан кунига 2-3 маҳал тўғри ичакка киргизиш, 1-2 таблеткадан кунига 2-3 маҳал но-шпа бериш ёки унинг эритмасидан (2мл) 1-2 маҳал мушак орасига юбориш, 2% папавериндан 2мл мушак орасига, 25% магний сульфат 10-15 мл 0,5% новокаин (5мл) билан бирға мушак орасига юборишни, гинипрал $\frac{1}{4}$ -1/2 таблеткадан 2-3 маҳал, изоптин тавсия қилиш мумкин. Вирусли инфекция бўлганда улкарил 1 таблетка (800)дан 3 маҳал 5 кун давомида буюрилади. Бундан ташқари, ҳомиланинг аҳволини яхшилаш учун 40% глюкоза (20-40мл)ни 50 мг кокарбоксилаза билан томирга, 5%

аскорбин кислота (5мл)ни т/и. Ҳомиланинг ўпкаларини ривожлантириш учун албатта дексаметазон ёки преднизалон ҳар 12 соатда 2 марта берилади.

Вақтидан илгари туғиш сабабларидан бири бачадон бўйни етишмовчилиги (истмик-цервикал етишмовчилик), бунда қоғаноқ пардаси секин-аста бачадон бўйнидан қинга чиқа бошлайди. Ҳомилани сақлаб қолиш учун дори-дармонлар билан бир қаторда бачадон оғзини тикиш керак. Буни шифокор бажаради.

Бошланаётган барвақт туғруқда ўткир токолизми қўллаш мумкин, бунинг учун бачадон қисқариш фаолиятини пасайтириш мақсадида b-миметик-партусистен ёки гинипрал берилади.

Агар ҳомиланинг вақтидан илгари туғилиш белгиларига ҳомила суви кетиш ҳам қўшилса, бунда сув кетиш даражасига қараб иш тутилади. Қоғаноқ суви озгина миқдорда кетса, бу кўпроқ қоғаноқнинг бачадон оғзига яқин қисмида эмас, аксинча, ичкари қисмида йиртилганлигини кўрсатади. Бунда ҳомиладор учун бутунлай осойишта шароит бўлиши, унга антибиотик, сульфаниламид ва ҳомилани сақлаб қолиш учун бошқа керакли дори-дармонлардан берилса, баъзи вақтда ҳомила олди суви тўхтаб оғриқлар камайса, ҳомиланинг вақтидан олдин туғилишидан сақлаб қолишга муваффақ бўлинади ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дори-дармонларни бериш давом эттирилади.

Олиб борилган даво ёрдам бермаса (2-3), ҳомила ўз-ўзидан туғилиши мумкин, агар туғилмаса, дардни тезлаштирадиган бачадон оғзини етарли «етиштириш» ҳамда бачадон мускулларини қисқартириш учун ҳомиладор организмига 1мл (5 бирликдаги) энзапрост ёки окситоцин 1мл 10% - 400 мл глюкоза эритмасига қўшиб вена ичига 8 томчидан бошлаб юборилади. Томчилар сони ҳар 5 минутда 5та дан кўпайтирилади, умумий сони 25-30 та гача етказилади ва бачадон қисқаришидан, ҳомила аҳволидан тез-тез хабардор бўлиб турилади. Агар қориндаги бошланган оғриқ мунтазам, яъни ҳар 6-8 минутда тутиб, туғруқ жараёни бошланмаса, бу ҳомиладор организмининг туғишга ҳали тайёр эмаслигини билдиради. Шундай бўлса ҳам окситоцин ва глюкоза аралашмасидан одатдагидек 6-8 томчидан кон томирга секин-аста юборавериш керак, бу эса бачадон оғзининг етарли «етилишига» ёрдам беради.

Қоғаноқ суви кўп бўлса, айниқса дард тутмасдан олдин кетса, бу кўпроқ бачадон бўйнининг яхши бекилмаслиги натижасида юзага келади, бунда ҳомилани сақлаб қолишнинг иложи бўлмайди. Бунда дард ўз-ўзидан

бошланмаса, уни кўзғатадиган дори-дармонлар қилиш лозим. Шунини ҳам айтиш керакки, вақтидан илгари ҳам ўз вақтида туғилгандаги каби дард тутиб, бачадон оғзи секин-аста очилада, сув кетмаган бўлса қоғаноқ ёрилади, ҳомила туғилади, сўнгра йўлдош бачадон деворидан ажралади, умуман нормал туғруқдаги барча жараёнлар кузатилади.

Ҳомила суви кетаётган бўлса, у ўз-ўзидан тўхтаб қолиши ёки давом этиши мумкин, бунда она ва ҳомиланинг аҳволини назорат қилиш керак, инфекциянинг белгилари пайдо бўлса (лейкоцитоз, тана температураси ошиши, ҳидли оқмалар), шунда туғруқни тезлаштириш зарур. Туғруқнинг I даврида дардни кучайтирувчи дорилар билан бирга бачадон бўйнининг яхши очилишига ёрдам берадиган спазмолитик ва инфекцияга қарши, асфиксиянинг олдини олувчи дорилардан 5% глюкоза (40мл), 5% аскорбин кислотаси 3-5мл, кокарбоксилаза 50 мл дан вена қон томирига томчилатиб юборилади.

Туғруқнинг I ва II давларида она ва ҳомиланинг умумий аҳволини диққат билан кузатиб туриш керак.

Ҳомила чала туғилишида кўпинча дарднинг бирламчи сустлиги кузатилади, баъзан иккиламчи сустлиги ҳам учраши мумкин. Бу вақтда она ва боланинг аҳволига қараб турли дорилар ва акушерлик усулари қўлланилади. Кўпинча, юқорида айтиб ўтилганидек, спазмолитик ва оғрик қолдирувчи дорилар билан 40% глюкоза эритмаси 40 мл, 5% аскорбин кислотаси 5 мл, 50 мг кокарбоксилаза аралашмасини қон томирига секин-аста юбориш дардни зўрайтиради ҳамда ҳомила асфиксиясининг олди олинади. Қўлланиладиган чораларни ҳар 3 соатда такроран олиб бориш керак.

Ҳомиланинг боши бешикаст чиқиши учун вулвар ҳалқани қирқиш – эпизиотомия ёки перинеотомия қилиш тавсия этилади.

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

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

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

Чала туғилган болалар бўшашган, мускуларининг тонуси паст, овози суст, эмиш рефлекси яхши тараққий этмаган бўлади. Уларда боши танасига нисбатан каттароқ (муддатида туғилган болалар боши танасининг $\frac{1}{4}$ қисмини ташкил қилади). Кичик лиқилдоқ очик бўлиб, бош суяги чоклари яхши бирикмаган, суяги бироз қийшиқроқ бўлади. Узун туклар вақти-соати етиб туғилган болаларнинг елкаси ва курак остидагина бўлса, чала туғилган болаларнинг танасида ҳам бўлади. Бунга лануга дейилади.

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

Чала туғилган боланинг асосий физиологик хусусиятлари нималардан иборат? Ҳомила туғилгандан ва онадан ажралгандан сўнг чақалоқлик даври бошланади. Бу давр чақалоқ учун мураккаб давр ҳисобланиб, бунда организмнинг ташқи муҳитга мослашиши кузатилади. Бу даврда физиологик сарғайиш, жинсий криз, вазнининг камайиши ва бошқа шунга ўхшаш мураккаб ўзгаришлар кузатилади. Чақалоқлик даври ўз вақтида туғилган болаларда 3-4 ҳафта давом этса, чала туғилган болаларда анча узоқроққа чўзилади. Чала туғилган болаларнинг ички аъзолари етарли тараққий этмаган бўлиб, боланинг вақтидан илгари туғилиши унинг ташқи муҳитга мослашишида кўпгина қийинчилик туғдиради. Шу сабабли чақалоққа биринчи ҳафтасида алоҳида шароит яратиш ва турли хил дори-дармонлар қилиш талаб қилинади.

Чала туғилган боланинг айрим хусусиятларидан бири уларда кузатилган вазнининг кундан- кунга бироз камайиши бўлиб, бу асосан эса қорнидаги ҳосил бўлган биринчи ахлат ва сийдикни, туғилганнинг 2-3-кунида ажралиб чиқиши, чақалоқнинг тез-тез нафас олиши, оғзидаги

суяқликнинг буғланиши ҳамда ҳафтанинг биринчи кунларида улар организмига суяқликнинг етарли даражада тушмаслиги ҳисобиг бўлади. Бунга вазнининг физиологик камайиши деб айтилади. Бу ўз вақтида туғилган болаларда туғилгандаги вазнининг 6-9 % ини ташкил қилса, чала туғилганларда 10-15% ини ташкил қилиши мумкин. Чақалоқларнинг аввалги вазни миқдорига етишиши чала туғилган болаларда 2-3 ҳафтагача давом этади. Бу жараёни тўғри идора қилиш учун чақалоқни неонатолог шифокор назорат қилиши лозим.

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

Чала туғилган чақалоқларнинг жигари ҳали тўла ривожланмаган бўлиб глюкогон – трансфераза ферменти етарли ишлаб чиқарилмайди. Шунинг учун чақалоқ эритроцитларининг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган ва қайта ишланмаган билирубин пигменти уни жигарида бевосита билирубин пигментига айлантиришга улгурмайди, бу жараён вақтинчаликдир. У чала туғилган чақалоқларда муддатда туғилганларга нисбатан узокроқ вақда ўтади, яъни 10-15 кундан 2 ойгача давом этиш мумкин.

Бундай ҳолларда вена қон томирига чақалоқ вазнига қараб глюкоза ва бошқа дори-дармонлар юбориш лозим. Умуман олганда чала туғилган чақалоқлар ўзининг анатомик-физиологик тузилиши билан соғлом туғилган чақалоқлардан анчагина фарқ қиладилар. Ҳаёт учун зарур бўлган асосий аъзо ва системалар функционал жиҳатдан яхши тараққий этмаган бўлади, бу жуда ҳам чала туғилган чақалоқларда айниқса кўпроқ кўзга ташланади. Чала туғилган чақалоқлар кўпгина касалликларга: зотилжам, рахит ва бошқаларга мойил бўлишади. Уларда тана ҳароратини идора қилиш ҳам етарли ривожланмайди. Агар ташқи муҳит ҳарорати ўзгарса, уларда ҳам ҳарорат тез ўзгариб, тез совқотиши ёки, аксинча, тезда ҳарорати кўтарилиб кетиши мумкин. Биринчи ёшида камқонлик учраши мумкин. Чала туғилган чақалоқларни парвариш қилишда юқорида кўрсатилганларга тўла амал қилиш чақалоқлар ўртасида ўлимнинг камайишига ёрдам беради.

Чала туғилган болалардаги касалликларни даволаш ва олдини олиш

Барвақт туғилган болаларда туғруқ вақтида қандай асоратлар рўй беради? Кўпинча бош миёга қон қуйилиши ва унинг шикастлаланиши бўлади. Бош миёга қон қуйилиш клиникаси қуйидагилардан иборат:

чақалоқларнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, тери қавати оқаради, оғиз ва бурни атрофлари кўкиш тус олади. Кўз соққасига майда нуқтасимон қон қуйилади.

Инграб тез-тез минутига 80-100 мартагача нафас олади. Томир уриши секинлашади; юрак уриш оҳанги суст, тана ҳарорати ўзгарувчан чақалоқда безовталаниш, тез кўзғалувчанлик кузатилади. Тананинг ҳамма мускуллари ўзгариб, юз мускулларининг бироз қисқариб

туриши, баъзи мускулларининг тиришишини кузатиш мумкин. Бундан ташқари, қўллари ва пастки жағида қалтираш, катта ва кичик лиқилдоғи таранг бўлиб, кўз қорачиқларининг ҳар хил кенгайиши юзага келади. Баъзан чақалоқ бўшашган мускуллари тонусининг жуда ҳам пасайганлиги кузатилади.

Бош мияга қон қуйилишини даволашда нималарга эътибор бериш керак? Чақалоқ кювез режимида сақланади, ётган жойини “ин”га ўхшатиб яшаш ҳамда ҳимоя режимини ташкил қилиш зарур, “Шанц ёқаси” қўлланилади. Даволаш чораларини аввало нафас олишни нормаллаштиришдан бошланади. Бунинг учун маска орқали минутига 4 литр 34 градус даража нам кислороддан 5-10 минут танаффус қилиб ҳидлатилади. Бу биринчи суткаларида бўлса, кейинчалик минутига берилаётган кислород миқдори камайтирилиб, танаффус вақти оралиғи узайтирилади. Сипак аппарати қўлланилади. Мияга қон қуйилишини камайтириш учун чақалоққа қон тўхтатадиган дори-дормонлар берилади. Сурфактант синтези учун Амбробене 20 мг/кг миқдорда қилинади. Озиқланиши енгил ва ўртача оғир ГИЭ да оз миқдорда тез-тез зонд, шприц, кружка орқали. Чақалоқ организмида суюқлик етишмовчилигини камайтириш учун биринчи 2 суткаларда ҳаммаси бўлиб (ичишга ҳамда қон томирига) 1кг гавда оғирлигига 40-60 мл, 3-суткада 60-70мл, 4-суткада 70-80 мл, 5- суткада 80-90мл суюқлик юборилади.

Барвақт туғилган чақалоқларда учрайдиган асфиксия касаллиги нималардан иборат ва уни қандай даволаш керак? Асфиксияда чақалоқ нафас олиши оғирлашади ва тезлашади, юзаки бўлиб қолади, натижада тўқималарда чуқур метаболик ўзгаришлар содир бўлади. Асфиксия келиб чиқишига кўра **ҳомила асфиксиясига** ва бирламчи ҳамда иккиламчи **чақалоқ асфиксиясига** бўлинади.

Чақалоқ асфиксияси ҳомила асфиксиясининг давоми бўлиб, ҳомила асфиксияси негизида баъзан йўлдош қон айланиш системасининг бузилиши

(сабаблари ҳомиладорлик токсикозлари, йўлдош патологияси), ҳомиладорлик даврида кислород етишмовчилигига олиб келиши мумкин бўлган касалликлар (юрак-томир, нафас олиш системаси касалликлари, бирдан кўп қон кетиши натижасида шок юзага келиши), киндикнинг ўз-ўзидан ҳомила ёки танаси атрофида ўралиб қолиши, киндикнинг ҳомиладан олдин туғилиши, қоғаноқ сувининг барвақт кетиши натижасида «қуруқ» туғиш, дарднинг сустлиги натижасида туғруқнинг чўзилиши ва бошқа патологиялар ётади. Кўрсатилган сабаблар ҳомилада кислород етишмаслигига, натижада унинг қонида оксид гази тўпланишига, ҳомила нафас олиш марказини кўзгатиб, унинг она қорнида нафас олишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида ҳомиланинг нафас йўлларига қоғаноқ сувининг киришига ва ҳомила нафас йўлларини беркитиб қўйишига олиб келади.

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

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

Енгил даражадаги асфиксияда ҳомиланинг териси биров кўкимтир бўлиб, нафас олиши қийинлашган, рефлекслар ҳамда мускулларининг тонуси биров пасайган, лекин юрак уриши яхши, нафас олиши биров сустроқ бўлади.

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

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

Иккиламчи асфиксия ҳомила туғилгандан сўнг чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларида кузатилиб, унга кўпроқ ўпка зотилжами, ўпка маълум қисмларининг нафас олишда қатнашмаслиги (ателектаз), бош мия шикастланиши, ички аъзолар аномалияси, ҳаддан ташқари чала туғилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин. Иккиламчи асфиксиянинг бошланиши нафас олишнинг қийинлашиши ва тери ранггининг кўкимтир бўлиши билан бошланади. Чақалоқ қийналиб нафас олиши ёки бутунлай нафас ололмай қолиши мумкин, шунда териси жуда кўкариб ёки оқариб, мускуллар тонуси пасайиб кетади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, чақалоқ ўзига келади, лекин асфиксия кейинроқ яна қайтарилиши мумкин, шунинг учун асфиксия сабабини бартараф қилишга ҳаракат қилиш лозим. Бундай жараён кўпроқ жуда чала туғилган чақалоқларда кузатилади. Иккиламчи асфиксияда болани сўрғич билан эмизиб боқиш, тана ҳароратининг пасайиб кетиши, қорнининг дам бўлиши, бирон-бир укол қилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги ҳомила гипоксияси (ёки асфиксияси)га куйидагича даво қилинади. Ҳомила сурункали гипоксиясининг олдини олишда оилавий поликлиника муҳим рол ўйнайди. Ҳар қандай ички касалликларни ҳомиладор бўлмасдан олдин даволаган маъқул. Ҳомиладорлик бошланганидан сўнг ҳомила гипоксияси бўлиши эҳтимоли бор аёллар шифокорга мурожаат қилишлари лозим. Гипоксияга сабаб бўлувчи ички касалликлар ва ҳомидорлик гипертензив ҳолатларини ўз вақтида даволаш гипоксиянинг олдини олиш гаровидир.

Туғруқ даврида уни тўғри бошқариш лозим. Асфиксия бошланиши билан керакли чора-тадбирлар кўрсатилса, уни ўз вақтида даволаш болалар ўлимининг олдини олишда муҳим рол ўйнайди.

Мавзу № 32: “Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли

	масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№32 мотивация. (Мавзу баёни) Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, олиб келувчи сабаблар, хавф туғдирувчи омиллар..

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик, кўпчилик олимларнинг фикрича, умуман 1,4 – 14% ҳолларда учраб, ўртача 8% ни ташкил қилади. Бизнинг шароитимизда тез-тез туғадиган аёллар кўп бўлганлиги учун 5 – 10%, биринчи туғувчи аёлларда эса 4-5% ҳолларда учрайди.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик нима? Физиологик ҳомиладорлик 39 – 41 ҳафта давом этади, агар 42 ҳафтадан ўтиб кетса, патологик – муддатидан ўтган ҳомиладорлик ёки кечиккан туғруқ ҳисобланади.

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

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

Агар ҳомиладорлик муддатидан икки ҳафта ёки бундан кўпроқ ўтса ва ҳомилада вақтидан ўтиб туғилиш белгилари мавжуд бўлса, бу патологик ёки ҳақиқий вақтидан ўтиб туғиш дейилади. Кейинги вақтларда ўтказилган кўпгина илмий тадқиқотлар ва кундалик тажриба ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли эканини кўрсатди.

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликнинг келиб чиқиш сабаблари кўп йиллардан бери олимларнинг диққат-эътиборини ўзига жалб этиб келган.

Гиппократ давридан шу вақтгача жуда кўп илмий тадқиқотлар қилинди ва кўпчилик олимлар аёл организмида нейроэндокрин системаси, жинсий безлар фаолиятининг бузилишини муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг асосий сабабларидан бири деб ҳисоблайдилар, шулардан айримлари тўғрисида тўхталиб ўтмоқчимиз.

Ҳайз кўриш циклининг ҳар хил ўзгаришлари ҳомиладорликнинг муддатига таъсир қилиши аниқланган. Бунда: болалик даврида бўлиб ўтган бирон-бир инфекцион касалликлар (қизилча, тепки, қизамиқнинг оғир формаси ва бошқалар) ҳайз кўришни бошқарувчи бош миёдаги марказлар фаолиятини ўзгартириб, ҳайз муддатининг бузилиши, натижада ҳайз цикли қисқа (21 кундан кам) ва узоқ (25 кундан кўп) бўлиб қолиши мумкин. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳайз циклининг ҳар замонда (2-3 ойда бир марта) келиши маълум рол ўйнаши мумкин.

Бу жараёнда ички аъзоларнинг баъзи касалликлари ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Булардан ички секреция безлари (гипофиз, буйрак усти, меъда ва бошқалар) фаолиятининг бузилиши, моддалар алмашишининг (ёғ, оксил, углевод ва бошқалар) ўзгариши, ҳомиладорликда гипертензив ҳолатлар, бирон-бир нерв-психик касалликлар ҳам маълум таъсир кўрсатиши мумкин. Бу асоратда ҳомиланинг ҳам ҳиссаси катта, чунки вақтидан ўтиб туғилган ҳомила ва чакалоқлар ўртасида турли нуқсонлар: гидроцефалия-мия қоринчасига сув йиғилиши, анэнцефалия-ҳомиланинг бош миясиз туғилиши, микроцефалия-бош миyanинг одатдан ташқари кичик бўлиши. Даун касаллиги, туғма насл касаллиги, буйрак поликистози - буйракнинг майда пуфакчаларига айланиши каби касалликлар 9,24% ни ташкил этади.

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

Ҳомиланинг буйрак усти беши дегидроандростерон гормони ишлаб чиқаради, у ҳомила ва она жигарида 16-гидроэпиандростеронга айланади, бу эса йўлдошда эстрадиолга айланади. Агар бу тизим бузилса, она қонидаги эстриол миқдори камаяди, бу ҳомила ҳаёти хавф остида эканлигини

кўрсатади. Агар эстроген гормони етарли ишланиб чиқмаса, аёл организмнинг туғиш вақтида ўлик бола туғилишига олиб келади.

Баъзи олимларнинг фикрича, қондаги прогестерон гормони кўпайиб кетса ҳам ҳомиладорликнинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқ жараёнининг ўз-ўзидан бошланишида биологик актив аминлар (серотонин, кинин, брадикинин, простагландин ва бошқалар) катта аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг қондаги миқдори камайиб ёки оксидаминаза ҳамда холинэстераза ферментларининг кўпайиб кетиши ҳам ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Туғруқ вақтида бачадон мушаклари яхши қисқариши учун микроэлементлар (марганец, рух ва бошқалар), витаминлар (В гуруҳи 1В, 12В, витамин РР, С, Е ва бошқалар), гликоген ва бошқалар муҳим рол ўйнайди. Агар ана шу моддалар аёл қонида камайиб кетса, бачадон мушакларида моддалар алмашилишининг бузилишига олиб келиши ва ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, бачадон мушаклари илгари яллиғланган ёки аёл кўп мартда аборт қилдирган бўлса, бачадон мушакларининг қондаги гормонларга сезувчанлигининг сусайиши ҳам муддатидан ўтган ҳомиладорликка сабаб бўлиши мумкин.

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

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

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

Поликлиникада аёлдан олдинги ҳомиладорлиги қандай ўтганлиги, фарзанди чала туғилганми ёки муддатидан ўтганми, ҳомиладорлик асоратлари тўғрисидаги маълумотларни ҳомиладорлик варақасига аниқлаб ёзиб қўйиш керак. Аёл ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (5 ойгача) бир ойда бир икки, иккинчи ярмида уч-тўрт марта текшириб турилади. Агар

хомиладорлик даврида нормадан ташқари белгилар топилса ёки хомиладорликнинг муддатидан ўтиш хавфи бўлса, бунда аёлни туғруқхонага хомиладорликнинг 37-38 ҳафтасида ётқизиш зарур.

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

Бундан ташқари, охириги ҳайзнинг биринчи кунидан бошлаб 3 ой орқага санаб, унга 7 кун қўшилади. Масалан, агар охириги ҳайзнинг биринчи куни 20 август бўлса, 3 ой орқага саналиб унга 7 кун қўшилса, туғруқ келаси йилнинг 27 майида бўлади. Ҳомиланинг тахминий туғилиш кунини унинг биринчи мартда қимирлаган санасини аёлдан сўраб ҳам аниқлаш мумкин. Маълумки, биринчи туғувчи аёллар ҳомиланинг биринчи марта қимирлашини 20 ҳафталигида, қайта туғувчилар эса 18 ҳафтада сезишади. Шунга асосан, биринчи туғувчиларнинг ҳомила қимирлаганлигини сезган санасига 144 ёки 20 ҳафта, қайта туғувчиларда 154 ёки 22 ҳафта, туғруқнинг тахминий кунини аниқлаш мумкин.

Ҳозирги пайтда туғруқ вақтини аниқлашдаги қўшимча усуллардан бири қондан суртмалар олиб, ундаги ҳужайралар сифатига, сонига, шаклига қараб цитологик аниқлаш усули кенг тарқалган. Қин девори шиллиқ қавати 4 хил ҳужайралардан ташкил топган: базал, парабазал, оралиқ ва юзаки қаватдан. Бунда базал қават ҳужайраларигача етилади, ҳужайра шакллариининг ўзгариши ва уларнинг борган сари кичикланиши, кўчиб туриши ҳужайраларнинг сони, қондаги эстроген ва прогестерон гормонларнинг миқдорига боғлиқ.

Одатда туғруққа яқин ҳомиладор организмда эстроген гормони кўпайиб боргани учун у қин шиллиқ қавати ҳужайраларига таъсир қилиб, қават ядроси нуктасимон бўлган ҳужайралар сони ҳам кўпая боради. Қиндан суртманинг тушиши 8-10 кун қолганда ҳар куни олиб текширилиб кўрилганда бунга ишонч ҳосил қилиш мумкин. Агар кўрсатилган ҳужайралар сони 20 дан кам бўлса, демак ҳомиладор организмда эстроген гормони камлигини кўрсатади, шу билан бирга туғруққа кўникаётганидан дарак беради. Агар қинда яллиғланиш бўлса, бу усул билан текшириш натижа бермайди. Шу билан бирга бачадон бўйнининг етилиш даражасига, бачадон мускулларининг окситоцинга сезгирлигига ҳам аҳамият бериш зарур. Бачадон бўйнининг узунлиги, чаноқ ўқига нисбатан жойлашиши,

деворларининг қалин-юмшоқлиги, каналининг кенглиги каби белгиларга қараб 4 та «етилганлик» даражаси тафовут қилинади. Бу ҳомиладорликнинг 38-ҳафтасидан бошлаб аниқланади.

Бу жадвални ҳар бир фельдшер-акушерлик пунктида, туғруқхона заллари, оилавий поликлиникаларда кўзга кўринадиган жойга осиб қўйиш керак. Буни ҳар бир акушерка билиши, ўз иш фаолиятида ишлата олиши зарур. Чунки бу жадвал ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишидан ташқари, акушерлик асоратларининг олдини олишга ҳам ёрдам беради. Туғруқ кечикаётганида ҳомила аҳволини билиш учун аёлни 8-10 та зинапоя поғонасидан юқорига чиқариб, сўнгра ҳомила юрагини эшитиб кўриш усули ҳам бор. Бунда, агар ҳомилада гипоксия бўлмаса, унинг юрак уриши 5-10 мартага тезлашади, секинлашса - бу ҳомилада гипоксия борлигини билдиради. Бу туғруқни тезлатиш усуллари кўллаш зарурлигидан дарак беради. Ҳомила аҳволини билиш учун ҳозирги даврда унинг юрак фаолиятини ёзиб оладиган электрокардиограф ва фонокардиограф каби аппаратлардан ва УТТ дан фойдаланилмоқда.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашга ёрдам берадиган ультратовуш текширишидир. Бунда ҳомила бош суяги қаттиқлашганлиги, ҳомила олди суви миқдори биров камайганлиги аниқланади.

Ҳозирги даврда клиникаларда муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашда амниоскопия (оптик система ёрдамида бачадон бўйни орқали ҳомила пуфаги ҳолати ҳамда суви рангига аҳамият бериш), қондаги эстроген, прогестерон, гонадотропин ва бошқа гормонларни текшириш усуллари кенг қўлланилмоқда. Она қони ва ҳомила қон айланиш системалари алоҳида-алоҳида бўлганлиги учун қон ҳеч қаерда бир-бири билан аралашмайди. Йўлдошлар капилляр қон томирлар орқали она билан бола ўртасидаги моддалар алмашувини таъминлаб туради. Шунинг учун ҳам йўлдош ҳомиланинг овқатланишини, нафас олишини, моддалар алмашув натижасида ҳосил бўлган чиқиндиларнинг ажралишини таъминлайдиган аъзо ҳисобланади. Агар йўлдошда турли морфологик ўзгаришлар бўлса, моддалар алмашинувининг барча турига таъсир этади.

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

Ҳомиладор аёлни туғруқхонага ётқизиб текширилса, тўлиқ маълумотлар олишдан ташқари, даволаш чоралари ҳам кўрилади.

Ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли деганимизнинг сабаби шундаки, йўлдош қон айланиш системаси фаолияти сусайиши билан бир қаторда она ва бола организмда моддалар алмашинувининг барча турлари ҳам бузилади.

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

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда кўпроқ илк ва ҳомиланинг сурункали гипоксияси ёки унинг нобуд бўлиши, туғруқ даврида эса дарднинг сустлиги, чанокнинг функционал торлиги каби асоратлар кузатилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда нималар қилиш ва туғруқни қандай бошқариш керак?

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, ҳомилани туғдиришга ҳаракат қилишдан олдин уни ҳар томонлама текшириб, аниқлаш лозим. Агар ҳомила етилиши учун туғруқ вақти узаяётган бўлса, биров (42-ҳафтагача) кутиш ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дорилар бериб туриш мумкин. Ҳомиладорликнинг вақтидан ўтаётгани ҳақиқий бўлса, унинг туғилиши вақтида ёрдам бериш лозим. Бунда аёлнинг ўзи туға оладими ёки дард бошланишини кутмай, операция йўли билан туғдириш зарурияти пайдо бўладими, деган масалани ўз вақтида ҳал қилиш керак. Агар аёлда ҳомиладорлигида ва аввалги ҳомиладорликларида қандайдир асорат, ички аъзолар касалликлари бор бўлса, туғруққа 3-4 кун қолганда ҳомилани кесар кесиш операцияси билан олингани маъқул. Ҳомиланинг туғилиши вақтидан ўтган бўлса (аҳволи ёмон бўлмаса), бачадон оғзини етарлича «етилтиришда» ҳамда бачадон мушакларини окситоцин моддасига сезувчанлигини ошириш учун ҳомиладор организмга простагландинлардан юборилади. Шунда ҳам энзапрост ва глюкоза аралашмасидан одатдагидек 6-8 томчидан қон томирга аста -секин юборавериш керак, бу эса бачадон оғзининг етарли «етилишига» ёрдам беради.

Дард тутиши мунтазам бир текис ва қоғаноқ парда бутун бўлса, шунингдек бачадон бўйни секин-аста очила бошласа, 7-8см гача, агар ҳомила кўндаланг ёки ҳаддан ташқари катта бўлмаса, уни аста-секин игна ёрдамида йиртиш мумкин. Қоғаноқ парда бачадон бўйни очилмасдан туриб йиртилса, туғруқда ҳар хил асоратлар пайдо бўлиши мумкин.

Энзапрост юборилганда аёл ва ҳомила аҳволини диққат билан кузатиш керак. Зарурат бўлиб қолганида (бачадон мускулларининг тез-тез қисқариши, йўлдошнинг олдин кўчиш белгилари, ҳомила аҳволининг ёмонлашиши) энзапрост юборишни тўхтатиб асоратларнинг олдини олиш мумкин. Барча ҳомиладор аёлларда гемоглобин ва кўп тукқан хотинларда, айниқса илгари ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида қон кетган аёлларда қон ивиш системасини олдиндан аниқлаш зарур. Ҳомиланинг она қорнидаги асфиксиясининг олдини олиш учун глюкоза эритмаси (20мл) ва кокарбоксилазани (50мл) қон томирига юбориш лозим.

Туғруқ жараёнини бошқариш усуллари

Туғруқ жараёнини кузатилиб, дард тутаётганида бачадон мушакларининг ҳаддан ташқари қисқаришига йўл қўймаслик ва оғриқсизлантириш учун вақти-вақти билан спазмолитик (атропин, папаверин, но-шпа) дорилар бериб туриш лозим. Туғруқни оғриқсизлантириш учун ҳозир перидурал анальгезия қўлланади. Агар туғруқ давомида бирон- бир асорат (дардининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги, ҳомила асфиксияси) содир бўлиб қолса (одатдагича тегишли бобларга қаралсин) зарур ёрдам кўрсатилади. Чанок функционал тор бўлса (бунга кўпроқ йирик ҳомила, ҳомила бош суягининг қаттиқлашиши сабаб бўлади), унинг даражасига қараб кесар кесиш операцияси қўлланилади.

Мавзу № 33: “Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилинич ҳолатлар ва муаммолар ”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилинич ҳолатлар ва муаммолар таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада

	шошилинч ҳолатлар ва муаммолар. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	килинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№33 мотивация. (Мавзу баёни) Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилиш ҳолатлар ва муаммолар.

Фетоплацентар (она-плацента-ҳомила) тизими

Плацента-“ингичка торт”, думалоқ бисквит шаклида бўлиб, унинг диаметри 18-20см, қалинлиги 2,5 см ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг охирида унинг массаси ҳомиланинг 15% ини ташкил қилади. У бачадон ички юзасининг 1/3 қисмини қоплайди. У 15-28 та аниқ кўзга ташланган доғлардан, улар бир-биридан алоҳида жойлашган бўлиб, ўзаро бириктирувчи тўқима билан ўралган. Ҳар бир доғлар ҳомила найчаларидан, ворсинкаларидан, хорионлардан, фазовий ворсинкалардан ташкил топган. Плацентанинг тўқ қизил рангги ҳомила Hb, плацентанинг оч рангги ҳомиланинг анемия бўлганлигини кўрсатади.

Плацента 3 та асосий тузилиш элементига эга: 1. Хориал мембрана; 2. Базал мембрана; 3. Улар орасидаги паренхиматоз қисм.

Плацента паренхимаси қуйидагилардан ташкил топган: 1. Хорион ворсинкаси; 2. Ўзак қисми; 3. Ворсинкалараро қисм (14.1.-расм).

Хориал мембраналарнинг ички юзалари амнион эпителий (20мм) билан қопланган. Қоплама трофобласт эпителий билан қопланган. Кейин хориал бириктирувчи тўқима бор. Базал мембранасининг ташқи юзаси ворсинкалараро бўшлиқдан ташкил топган. 1. Синцитиотрофобласт; 2. Базал децидуал қобик-улар орасидаги трофобласт ҳужайраси бўлган фибриноид зонаси.

Плацентанинг асосий тузилиши ва функционал бирликлари-котиледон (бўлак) ҳосил бўлиши: 1. Ворсинкали ўзак ва унинг тарқалиши; 2. Кенг асосли хориал мембранага маҳкамланган (1-даражали ўзак). 3.1-даражали ўзакнинг

2-даражали кўп ўзакларга бўлиниши. 4.Базал мембранагача охириги 3-даражали 2 ўзакка етиб боради.

Трофобласт хужайралари протеолидли ферментлари ва эндометрий хужайралари, ворсинка хорионлари, худди шунингдек вена ва артерия томирлари найчаларини эритади. Артериялар орасида жойлашган вена орқали ўтувчи спирал артериядан келиб тушувчи қон ҳаракати жуда кўп лакуналар ҳосил қилади. Ҳомиланинг ривожланиши билан лакуналар децидуал қобиқларга қуйилиб, ворсинкалар оралиғи ҳажмини ҳосил қилади. Ворсинкалар ҳажми хужайраларни боғловчи деворлар ҳосил қилади, у кейинчалик бу ҳажм қон оқиб тушиши учун идиш ҳосил қилади. Янги туғилган чақалоқнинг 1 кг массасига ўртача S ворсин плацента 12-14 м² ёки 4-4,5 м² ни ташкил қилади. Йўлдош ворсинкасининг умумий узунлиги 50 км гача боради. Ворсинкалар оралиғи ҳажми 170 дан 260 мл гача оралиқда бўлади.

Қон айланиши она томонидан ҚБ орқали қўллаб-қувватланади ва бачадоннинг кичрайиши билан боради. Она қони бачадоннинг спирал артериясидан ворсинкалар оралиғидаги бўшлиққа 60 -70 мм симоб устуни бўйича босим билан қуйилади.

Ворсинка оралиғидаги бўшлиқда босим 10-20 симоб устунига, дард кучайганда бу босим 60-70 мм симоб устунига тенг бўлади ва бўшлиқда босим камайиб кетади. Киндик венасида босим 30-40 мм симоб устунига тенг, киндик артериясида босим икки марта кўп бўлади.

Ҳомиладорликнинг охирида онадан ҳомилага ва она-йўлдош системасидан бир соатда қон айланиши ҳисобидан 3500 мл суюқлик ва ўзаро алмашиш ҳисобига яна қанча суюқлик айланиши ҳисобга олинмаганда 3-2,5 соат ичида тўлиқ янгиланади.

Ҳомиланинг қони йўлдошга иккита киндик артериялари орқали оқади, улар киндикка жойлаштирилган. Йўлдошнинг ҳомила юзаси билан бирлашиши, йўлдош артерияси тармоқларга бўлинади, бу артерия тармоқлари йўлдошни ҳар бир бўлақларини қон билан таъминлайди. Уларнинг узлуксиз тармоқларга бўлиниши, ҳар бир ворсинка хорионининг ичига жойлашиб оқибат натижада капиллярлар бўлиб тугайди. Ҳомиланинг қони ворсинка орқали кислород олиши, юқори ҳазм бўлувчи элементларни онанинг қон айланиш системасидан елка капиллярлари орқали кенг веналарга ҳар бир йўлдош бўлақлари орқали қайтаради.

Вена бўлаклари, киндик венасини ҳосил қилади. Киндик венаси йўлдошдан киндик орқали чақалоқ танасига маҳкамланган бўлади. Кўндаланг кесимда киндик иккита қалин девор артериядан ва битта катта диаметрли ички девори ингичка венадан иборат. Киндик найлари желатин кўринишидаги сариқ жисм билан, яъни вартон лиқилдоғи деб аталувчи жисм билан ўралган (14.2.-расм). Чақалоқнинг қон айланиш системасидан ажралиб туради (14.3.-расм).

Фетоплацентар етишмовчилик

Фетоплацентар етишмовчилик ҳозирги замонда перинаталогиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Частотаси 3-4% дан 45% гача бўлиб, перинатал касалликлар 70%ни, ўлим кўрсаткичи 24,2-177,4 %ни ташкил этади. Фетоплацентар етишмовчиликнинг асосий белгиси ҳомиланинг гипоксияси ва ривожланиши ортда қолиши билан ифодаланади. Бу ўз навбатда марказий нерв системасида ўзгаришларга олиб келади, кейинчалик эрта неонатал даврда адаптацион хусусият пасайишига олиб келади ва боланинг психомотор ва интеллектуал салоҳиятининг бузилиши билан намоён бўлади. Фетоплацентар етишмовчилик бу клиник-морфологик симптомокомплекс бўлиб, она организмнинг турли хил ўзгаришларга бўлган ҳомила ва плацентанинг жавоб реакциясидир.

Фетоплацентар етишмовчиликнинг хавф омиллари

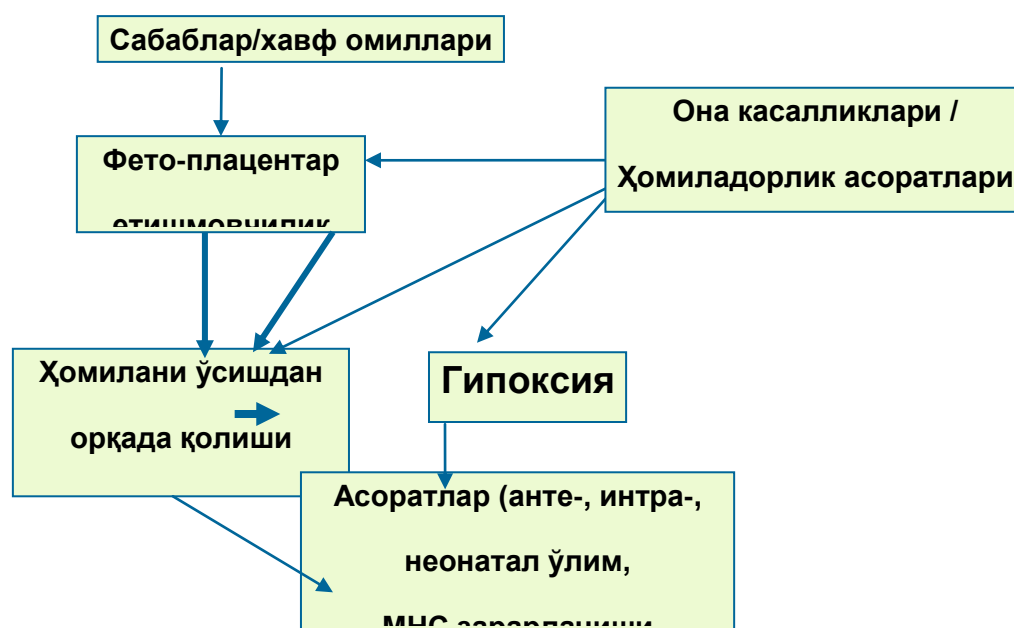
Паст хавф омилларига: 18-20 ёшгача, 30 ёшдан катта ва анамнезида оғир касалликлар бўлмаган аёллар киради.

Юқори хавф омилларига 18-20 ёшгача, 30 ёшдан катта ва анамнезида экстрагенитал касалликлар, латент инфекция ўчоқлари, бачадон патологияси, асоратли кечган ҳомиладорлик бўлган аёллар киради. Фетоплацентар етишмовчилик эрта гестацион даврда кимёвий ва физик таъсирлар натижасида ривожланиши мумкин.

Ювенил ҳомиладорлик организм функционал етишмовчилиги сабабли она, балки ҳомила учун ҳам юқори хавф туғдиради. Ёш оналар орасида гипотрофик гўдаклар туғилиши кўп учрайди. Яъни болалар вазни билан она ёши орасидаги пропорционал боғлиқлик кузатилади, 20-25 ёшларда фетоплацентар етишмовчилик камроқ учрайди, 30-35 ёшда эса ФПЕ частотаси ошиб боради, бу экстрагенитал касалликларнинг ошиб бориши билан боғлиқ. ФПЕ патогенезида асосий рол ҳомиладор аёлнинг нотўлиқ овқатланиши, оқсил, витаминлар ва темир моддасининг етишмовчилиги ётади. Анамнезида ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши, антенатал ўлим ва паст вазнли болалар туғилиши, ФПЕ ривожланишида муҳим ўрин тутади.

Экстрагенитал касалликлари бор аёлларда ФПЕ учраш частотаси 24-25% ни ташкил этади. Темир танқислиги камқонлиги бор аёлларда ФПЕ 40,6%ни ташкил этади. Темир моддаси кам бўлганда плацентада нафас ферментлари активлиги пасаяди, ва ҳомилага микроэлементлар транспорти пасаяди.

Буйрак касаллиги ФПЕ частотасининг 9,5%ни, улардан сурункали пиелонефрит 28,4%ни ташкил этади. Пиелонефрит касаллигида ФПЕ келиб чиқиши инфекцион ва томир омили билан боғлиқ. ФПЕ ривожланишида юрак –қон томир ва эндокрин тизимнинг аҳамияти каттадир. Артериал гипертензияси бор бўлган аёлларда ФПЕ 9,4-17,9% ҳолларда, қалқонсимон без касалликларида 10,5% , углевод алмашинуви бузилиши ҳолларида 22,4%ни ташкил этади. Артериал гипертензия чап қоринчада диастолик босим пасайиши натижасида гипокинетик типдаги қон айланиш юзага келиши, бу ўз навбатида умумий периферик қаршиликни оширади, бачадон артерияларида эса периферик резистентликнинг пасайиши кузатилмайди.



. Фето-плацента етишмовчилиги сабаблари.

Бу ҳолат ФПЕ частотасини 2 марта оширади. Ҳомиладор аёлларда юрак –қон томир тизимининг оғир касалликлари, қон айланишининг бузилиши билан кечадиган юрак нуқсонлари, ҳомиланинг она қорни ичида ривожланишдан ортада қолиши 8 марта ошади. Эндокрин касалликлар орасида энг аҳамиятлиси қандли диабет ҳисобланади. Бунда гормонал дисбаланс билан биргаликда барча турдаги моддалар алмашувининг ва

иммун статуснинг бузилиши кузатилади. Бу эса барча аъзоларда ва тўқималарда трофик бузилишлар, неврологик асоратларнинг юзага келишига сабаб бўлади. Ҳомиладорларда қандли диабет популяцион частотаси 0,2-3%ни, аммо ФПЕ бор бўлган аёлларда 2-3 марта кўпроқ учрайди. Қандли диабет касалликларида плацентани морфологик текширишларда ҳар хил турдаги қон айланишининг бузилиши, альтерация, шиш ва склеротик ўзгаришлар кузатилган.

Фетоплацентар етишмовчилик ривожланишида муҳим хавф омилларидан бири, жинсий аъзоларнинг морфофункционал ўзгаришлари ҳисобланади. Жинсий инфантилизм, жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари ва бачадон миомаси бор бўлган ҳомиладорларда ФПЕ частотаси кўпаяди. Эхографик текшириш натижаларига кўра бачадон миомаси бор ҳомиладорларда ФПЕ компенсатор формаси 23,8% суб- ва декомпенсатор турлари 38,3% ҳолларда кузатилади.

Шунингдек ФПЕ ривожланишида ҳомиладор аёлга ва ҳомилага ташқи муҳит омиллар таъсирининг ўрни каттадир (14.4.- расм).

Чекиш, наркомания, алкоголизм ФПЕнинг тиббий-социал хавф омилларига киради. Бу омиллар она организмига ва ҳомила ривожланишига кўп томонлама салбий таъсир кўрсатади.

ҲОМИЛА ГИПОКСИЯСИНING ОМИЛЛАРИ: 1.Она томонидан. 2.Плацента томонидан. 3.Ҳомила томонидан. 4. Ташқи сабаблар. Ушбу омиллар кислород ва углекислотанинг трансплацентар диффузиясига ҳалақит беради (14.5.,14.6.– расмлар).

АНТЕНАТАЛ ХАВФ ОМИЛЛАРИ: Ҳомиладорлар гипертензияси, преэклампсия; қандли диабет; резус-сенсбилизацияси; анамнезида ҳомиланинг ўлик туғилиши; онада инфекция борлиги; ҳомиладорлик II ва III триместрида қон кетиш; кўпсувлик ёки камсувлик; ҳомила ривожланишининг сустлиги; муддатидан ўтиб қолиши; кўп ҳомилалик; онанинг спиртли ичимликлар, наркотиклар, айрим дориларни истеъмол қилиши (14.7.-расм).

ИНТРАНАТАЛ ХАВФ ОМИЛЛАРИ: муддатидан илгари, кечикиб қолган, оператив туғруқлар; ҳомиланинг нотўғри жойлашишлари; йўлдошнинг кўчиши ва олдинда ётиши; киндик тизимчасини тушиб қолиши ёки ўралиб қолиши (14.8-расм); туғруқ фаолиятининг бузилиши; туғруқда оғриқсизлантиришни қўллаш; қоғаноқ сувларида меконий борлиги; туғруқда инфекция ривожланиши.

ДИАГНОСТИКАСИ:

Клиник диагноз қўйишда аёлнинг анамнезига, объектив кўрикка, бачадон тубининг баландлигига, ҳомиланинг тахминий вазнига эътибор берилади.

Бачадон тубининг баландлиги нормага нисбатан 2см ва бундан юқори, паст бўлиши, ҳомила ривожланиш муддатининг 2-3 ҳафта ортида қолаётганлиги ва ФПЕ борлигидан далолат беради. Юрак қон томир системасини баҳолашда аускультацияга эътибор берилади. Фетоплацентар комплекснинг функционал захиралари ҳақида қўғаноқ сувининг ҳолати кўрсатиб бериши мумкин. Дастлабки текшириш натижалари, ФПЕ асоратлари ҳомилада мекониял аспирациянинг прогностик мезони аниқланишига – қўғаноқ сувининг характериға, юрак фаолияти ва нафас активлигига кўра аниқланди. Қўғаноқ сувининг рангги, меконийни консистенцияси, ҳомиладорлик муддати, гипоксия белгилари ва юрак фаолияти ҳолатини инобатга олган ҳолда балли система ишлаб чиқилган.

12 балл да, мекониял аспирация кузатилиш эҳтимоли 50%, 15 ва бундан юқори баллда – 100% ни ташкил этади. Клиник диагностиканинг чегараланишига аёлни антропометрик кузатиш, тери ости ёғ қаватининг катталиги, сув миқдори, ҳомиланинг жойлашиши сабаб бўлади. Қўғаноқ сувларини баҳолаш учун амалда қўғаноқ суви кетган бўлиши керак. Амниоскопия кам маълумот берадиган усул, амниоцентез эса инвазив усул ҳисобланади. Шу сабабли лаборатор-инструментал усулдан кенг фойданилади. Ҳозирги кунда лаборатор усуллардан фетоплацентар комплексни гормонал ва оксилни синтезловчи хусусияти ҳамда биокимёвий текширув натижасида унинг фермент активлиги аниқланади.

ФПЕ диагностикасида эхографик текшириш усули асосан ҳомила ўсишининг ортида қолаётганлик ва унинг формаларини аниқлашдан иборат (расм). Эхографияда асосий фетометрик параметрлар ўлчанади: ҳомила бошининг бипариетал ўлчамлари, қориннинг ўртача диаметри ва сон суягининг узунлигига эътибор берилади. Параметрлар ўзаро мос келмаганда кенгайтирилган фетометрия ўтказилади, бунда ҳомила боши ва қорин айланаси, уларнинг ўзаро нисбати, сон суягининг ўлчамлари ўлчанади.

Ҳомила ривожланиши ортида қолишининг симметрик формасида тана ўлчамлари пропорционал камайган бўлади. Асимметрик формаси нормал бош ва сон суягининг ўлчамида кичик қорин ўлчами, жигар ўлчамларини кичиклиги, ёғ қаватининг камлиги билан характерланади.

1-даража оғирлигида ҳомила ривожланишининг ортида қолиши 2 ҳафтагача (34,2%), 2-даражада 2-4 ҳафта оралиғида (56,6%), 3-даражада- 4 ҳафтадан ортиқ (9,2%) ортида қолиши кузатилади. Асимметрик тури симметрик турига нисбатан кўпроқ кузатилади, аммо кеч келиб чиқади. Бундан ташқари, яна аралаш тури ҳам мавжуд, бунда барча параметрлар пропорционал бўлиб, кўпроқ қорин ўлчамлари ортида қолади. Аралаш турининг натижаси кўпроқ салбий бўлади. Ҳомила ҳолати ҳақида унинг ҳаракати ва нафас активлиги ҳам кўп маълумот беради. Мунтазам такрорланувчи нафас активлигида қоғаноқ сувида меконий аниқланиши аспирацион синдром ривожланиш хавфини туғдиради. Асосан салбий прогностик омили, узоқ давом этувчи «gashing» типигаги ҳаракат ҳисобланади. ФПЕ диагностикасида плацентани ва қоғаноқ сувининг ультратовуш текшируви кўп маълумот беради. Бунда плацента ўлчамининг кичиклиги ва ундаги морфофункционал ўзгариш, яъни муддатдан олдин етилиш белгиларига эътибор берилади. Эхографик жиҳатидан муддатидан олдин етилиши 32 ҳафтагача II босқичи 36 ҳафтагача III босқичи ҳисобланади. ФПЕ учун камсувлилик ва қоғаноқ сувидаги гиперэхогенлик мекониял сувлиликка хос. Ҳомиланинг она қорнида ўсишининг ортида қолишида плацентанинг муддатдан олдин қариши 64% ҳолларда, камсувлилик 19,9% ҳолларда учрайди.

Ҳомила ҳолатини баҳолаш мақсадида кенг қўлланиладиган усуллардан бири кардиотокография ҳисобланади. Бу усул юрак фаолияти кўрсаткичидан ташқари, ҳомила ҳаракат активлигини ва бачадон тонусини аниқлаш мумкин. Стрессиз тест усули ҳам кенг қўлланилади, бунда ҳомила юрак фаолияти табиий шароитда баҳоланади. Ҳомила ўсиши ортида қолганда стрессиз тест ўтказилганда 12% ҳолларда тахикардия, 28% юрак ритми вариабеллигининг пасайиши, 28% вариабел децелерация, 13% кечки децелерация кузатилади. Ҳомиланинг муддатига боғлиқ ҳолда миокардиал рефлексларнинг кузатилишига эътибор берилади. Кардиотокографияни визуал интерпретация қилиш фақатгина охириги уч ойликда ўтказилиши мумкин.

Ҳозирги кунда фетоплацентар тизим қон айланишини аниқлаш мақсадида доплерометрик усул юқори маълумотли ҳисобланади (14.10.-расм).

Бу усул орқали қон ҳаракатланиш тезлиги, ва юрак циклининг ҳар хил фазасидаги қон оқиш тезликларининг ўзаро нисбати аниқланади. Шу кўрсаткичлар асосида қон айланишининг периферик қаршилиги ошганда

муҳим бўлган “пульсацион” индекс, резистентлик индекси ва систоло-диастолик муносабат ҳисоб қилинади. Асосан бачадон артериялар, спирал артериялардаги, киндик артерияси ва унинг терминал соҳаси ҳамда ҳомила аортасида қон айланиши текширилади. Бачадон ва киндик артериялари гемодинамикасига кўра ҳомила-плацентар, она-плацентар қон айланиши бузилишининг таснифи ишлаб чиқилган.

- IА даража – ҳомила-плацентар оқими ўзгармаган ҳолда бачадон-плацентар оқими бузилиши.

- IБ даража- бачадон-плацентар оқими ўзгармаган ҳолда ҳомила-плацентар оқими бузилиши.

- II даража - бир вақтда иккала оқим бузилган, аммо критик(қалтис) босқичга етмаган.

- III даража - бачадон-плацентар оқими ўзгармаган ёки бузилган ҳолда ҳомила-плацентар оқимининг критик даражада бузилиши.

ФПЕ патогенези ривожланишида плацентанинг васкуляризацияси, гемостази, томир тонуси ва микроциркуляциянинг ўзгариши ҳамда липид, углевод, оксил ва плацента ферментатив активлигининг ўзгариши муҳим ўрин тутди. Шунга асосланиб, ФПЕ даволаш муолажалари ўз ичига медикаментоз ва физиотерапевтик терапияни олган.

Йўлдош етишмовчилиги терапияси

Терапия асосан бачадон қон айланишини яхшилаш ва бачадон - йўлдош қон оқишини ошириш усуллари ва препаратлари билан даволашга асосланган. Даво чораларининг мақсади :

- Бачадон-плацентар ва ҳомила-плацентар оқимини яхшилаш.
- Газ алмашинувини интенсификациялаш.
- Қоннинг реологик ва коагуляцион хусусиятини коррекциялаш.
- Бачадоннинг қисқариш активлигини ва томир тонусини нормаллаштириш.

- Антиоксидант химояни кучайтириш.

- Метаболик ва алмашув жараёнларини оптималлаштириш.

Бундан ташқари, ФПЕни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш ҳам муҳим ўрин тутди.

ФПЕнинг олин олиш ва даволаш чоралари.

ФПЕ профилактикасида бачадон тонусини яхшилаш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда спазмолитик ва токолитик воситалардан фойдаланилади. Камқонлик фонида келиб чиқувчи ФПЕ компенсацияланган ва субкомпенсацияланган формаларини даволаш самарадорлиги 100%га яқин.

ФПЕ ҳомиланинг инфекцияланиши билан кузатилганда антибактериал даво чораларнинг таъсирчанлиги 71,4%га яқин бўлади. Шу билан бирга ҳомиладор аёлда преэклампсия билан кечаётган ФПЕни даволаш чораларининг таъсирчанлиги фақат 28,1%га яқин. Бу она-плацента-ҳомила тизимида қон айланишининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган плацентадаги морфофункционал бузилишлар билан боғлиқ. ФПЕ ни даволашда кенг қўлланиладиган дори препаратлари антиагрегант ва антикоагулянтлар ҳисобланади. Одатда шу гуруҳдан аспирин (II уч ойликда), курантил (дипиридамоил) 1 таблетка (25 мг)дан 3 маҳал 30 кун, трентал (пентоксифилин), никошпан, теоникол, гепарин қўлланилади. Ҳомила ўсишининг ортда қолишига хавф бўлганда курантил гепарин ёки аспирин билан бирга қўлланганда юқори эффект беради. Антиагрегантларни қўллаш натижасида плацентар микроциркуляция яхшиланади, ворсинкалараро ҳажм камаяди, ворсинкалар орасига қон қуйилиши, плацента инфарктининг олди олинади. Гепарин плацентар тўсиқдан ўта олмайди ва ҳомиллага салбий таъсир кўрсатмайди.

Ҳомила гипоксиясининг олдини олиш мақсадида кокарнит 1 ампула (3мл)дан 10мг лидокаин билан бирга м/о 1 маҳал кунига 6 кун, кокарбоксилаза, витаминлар ва антиоксидантлардан фойдаланилади. Ҳозирги кунда ФПЕда метаболик терапия мақсадида амбулатор ва стационар усулида актовегиндан фойдаланилади. Актовегин – бу бузоқ қонидан олинган юқори тозаланган гемодериват ҳисобланади. Актовегин ҳужайра ичи метаболизмига таъсир этади, кислород транспортида иштирок этади. Ҳужайрага етарлича кислород кириб келиши, аэроб оксидланишнинг кучайиши ва ҳужайра энергиясининг ортишига сабаб бўлади.

Актовегиннинг иккиламчи эффекти антиишемик таъсири билан боғлиқ. Актовегин 80-200 мг ва 5% глюкоза 200мл билан т/и юборилади. Актовегин ҳомиланинг бош миясига нейротрофик таъсир кўрсатади. Ҳомиланинг ривожланиши ортда қолганда анаболик таъсир кўрсатади. ФПЕнинг субкомпенсацияли ва компенсациясиз турларида актовегин ва инстенонни қўшиб, яъни ноотроп, нейротоник компонентлар билан қўлланганда юқори эффект бўлади, ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан ортда қолиши 2,5 барабар камаяди. Бачадон-плацентар қон айланишини яхшилашда сикетиндан фойдаланилади. Бу синтетик препарат бўлиб, плацента ичи қон айланишини яхшилайд.

Кислороднинг плацентага ўтишида унинг ўз-ўзини таъминлаш қобилияти ҳам муҳим. Кислород қон томирлардан плацентага оддий

диффузия йўли билан ўтади. Она қонида кислороднинг парциал босими юқори бўлса, плацентар мембранада кислород градиенти ортади. Шу сабабли ФПЕда оксигенотерапиядан фойдаланилади. Таркибида 50% гача кислород бўлган газлар аралашмасидан 30-60 градусли ингаляция ўтказилади. ФПЕ да экстрагенитал патология ва ҳомиладорлик асоратли кечганда инфузион терапия ўтказилади. Инфузион терапияда глюкоза-новокаинли аралашма ўз хусусиятини йўқотган.

Туғруқни ҳал қилиш ФПЕнинг даражасига, ҳомила ривожланишининг ортда қолиш формасига ҳамда гипоксиясига қараб танланади. Даволаниш эффе́ктли бўлганда КТГ кўрсаткичлари яхшиланганда туғруқ табиий йўл билан олиб борилади. Туғруқдан 14-21 кун олдин аёл стационарга госпитализация қилинади. Туғруқ босқичма-босқич секинлик билан оғриқсизлантириб олиб борилади. Сурункали ҳомила гипоксиясида эпидурал анестезия қилиш туғруқ фаолиятига ижобий таъсир кўрсатади, яъни кислота-ишқор баланси яхшиланади, липидларнинг эркин радикалли пероксидли оксидланиши камаёди ,аммо ҳомиланинг юрак уриш сони ортади.

Кесар кесишга кўрсатма бўлиб даволанишдан (10-14) эффе́кт бўлмаслиги, доплер маълумотларига кўра қон оқимининг критик ҳолатга келиб қолганлиги ҳисобланади. Шунингдек, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, туғруқ фаолияти сустлигида ҳам кесар кесиш ўтказилади. Туғруқ усулини ҳал қилишда клиник ва лаборатор, инструментал текшириш натижаларига қаралади. ФПЕда тез ва эҳтиёткорона замонавий кам жароҳатлайдиган усул кесар кесиш операцияси ҳисобланади. Кесар кесишда ва туғруқда эпидурал анестезиядан фойдаланиш бачадон-плацентар системасининг томир қаршилиги камайишига олиб келади ва плацентада перфузион босимни оширади.

Чақалоқлар физиологиясининг асослари ва транзитор ҳолатлари

Чақалоқ ҳомиладорликнинг 37-42 ҳафтасида туғилса, муддатида туғилган, 42 ҳафтадан ўтиб туғилса, муддатидан ўтган, 22-36 ҳафтасида туғилса, муддатдан олдин туғилиш дейилади.

Муддатида туғилган чақалоқларнинг оғирлиги ўғил болаларда 3600г, кизларда- 3500г, бўйи 51см бўлади.

Муддатидан олдин туғилган чақалоқларнинг оғирлиги 2500г, бўйи эса 46 см дан кам бўлади.

Янги туғилган чақалоқларнинг боши нисбатан катта, тана узунлигининг $\frac{1}{4}$ қисмини ташкил қилади, бош айланаси 32-34 см, кўкрак қафаси айланасидан 1-2 см катта бўлади. Тери пушти, духобасимон. Сўлак безлари яхши ривожланган, тер безлари камроқ, терининг ҳимоя функцияси етарлича ривожланмаган, шунинг учун чақалоқнинг 1-ҳафтасида тери инфекция дарвозаси бўлиб ҳисобланади.

Мускул системаси. Кучсизроқ ривожланган. Катталарда мускул массаси умумий тана вазнининг 42% ини ташкил этади, чақалоқларда эса бу кўрсаткич 23% ни ташкил этади. Чақалоқ туғилгандан кейин давомли бўлмаган умумий мускул гипотонияси, кейинчалик тезда гипертония билан алмашинади.

Суяк системаси. Суяк юмшоқ, эластик. Суякнинг кўп қисми тоғай тўқимасига ўхшаб кетади, шу билан бирга айрим суяклар умуман тоғай босқичини ўтмайди- калла асоси юз, ўмров ва бошқалар.

Нафас олиш системаси. Туғилган пайтда нафас аъзолари тўлиқ ривожланмаган бўлади. Чақалоқларда нафас олиш чуқурлиги, давомийлиги билан характерланади. Соғлом, муддатига етиб туғилган чақалоқларда нафас сони минутига 40-70 марта, муддатидан олдин туғилганларда эса минутига 30-70 марта. Нафас олиш қорин типига бўлади. Уларга нафас актида танаффуснинг бўлиши хосдир. Муддатида туғилган чақалоқларда уларнинг давомийлиги 1 дан 5-7 секундгача бўлади, 1 минутда эса бундай танаффуслар 1—2 марта кузатилади. Муддатига етмасдан туғилган чақалоқларда эса бу 10-12 секундни ташкил этади. 1 минутда эса 2-5 марта кузатилади, нафас олиш ва нафас чиқариш фазалари 1:1,3 дан 1:4 гача.

Транзитор ҳолат - бу ҳомила туғилгандан кейинги ҳаётга мослашуви. Чақалоқнинг мослашув даражаси унинг етилганлиги билан баҳоланади. Амалий нуқтаи назардан олиб қаралганда барча чақалоқларда эрта неонатал даврда ҳар хил турдаги патологик ҳолатлар физиологик ўзгаришлар билан биргаликда кечади.

Чақалоқнинг илк бор янги ҳаётга мослашуви унинг биринчи куниданок ҳеч қандай аралашувсиз, транзитор ҳолат учраши, унинг давомийлиги ҳар хил омилларга боғлиқ ҳолда юзага келади. Муҳим омиллардан бири гипотрофик чақалоқ туғилиши, кўкрак сути билан нотўғри эмизиш ҳамда ҳомиладорликнинг асоратли кечиши ҳам муҳим ўрин эгаллайди.

Транзитор гипервентиляция - туғруқ вақтида чақалоқда гипоксемия, гиперкапния, ацидоз ва бошқа метаболик ўзгаришлар фаоллашади. Бу ҳолат МНС ретикуляр формациясининг кучли қўзғалишига олиб келади ва бунинг натижасида нафас олиш маркази кучли қўзғалади ва чақалоқда илк бор чуқур нафас олиш ҳаракати вужудга келади. Чақалоқнинг илк бор нафас олиши қуйидаги типда ГАСП- чуқур нафас олиш ва нафас чиқаришнинг қийинлашувидир.

Терининг транзитор ўзгариши. Барча янги туғилган чақалоқларда бу ҳолат кузатилади. Оддий эритема – янги туғилган чақалоққа ишлов берилгандан кейин гипертермик пайдо бўлиши. Эритема чақалоқнинг иккинчи суткасида кучаяди ва бир неча кун ичида йўқолиб кетади .

Физиологик терининг қуриши кўпроқ муддатидан ўтиб туғилган чақалоқларда кузатилади. Бу ҳолат чақалоқ ҳаётининг 3-5-суткасида қоринда, кўкрак қафасида қуруқлашган соҳалар пайдо бўлади ва бир неча кун ичида йўқолиб кетади.

Токсемик эритема - чақалоқ ҳаётининг 3-5- суткасида кўкрак, думба эритемали терисида кулранг-сарик рангли озгина қалинлашган элементлар пайдо бўлиши. Тошма кўп ёки кам бўлиши мумкин. Тошма тошиши чақалоқнинг умумий ҳолатига ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди. Токсик эритеманинг асосий сабабларидан бири ҳар хил омиллардан пайдо бўлган аллергия реакциядир. Бу омил қаторига овқатланиш характери ўзгариши, ичак колонизацияси, хона ҳароратининг ўзгариши ҳисобланади. Токсик эритема 2-3 кун сақланиб, кейинчалик ўз-ўзидан йўқолиб кетади.

Транзитор гипербилирубинемия. Чақалоқнинг физиологик сариклиги бўлиб, бунда чақалоқ ҳаётининг 36 соатидан кейин сариклик пайдо бўлиши;

1. Чақалоқнинг 3-4-суткага келиб тери энг кўп сарғайиши, кейинчалик эса 7-10- суткага келиб батамом йўқолиб кетиши.
2. Қон зардобидида боғланмаган билирубиннинг энг кўп концентрацияси 205 мкмоль/л, боғланган билирубинники эса 25 мкмоль/л бўлиши.

Транзитор гипербилирубинемия барча чақалоқларда кузатилади. Бу ҳолат эрта неонатал даврда билирубин ҳосил бўлишининг ошиши, глюкуронилтрансфераза активлиги пасайиши натижасида гепатоцитларнинг функционал активлиги пасаяди. Чақалоқнинг физиологик сариклиги моносимптом кечади. Бунда жигар ва талок

катталашиши, нажас ва сийдик рангги ўзгариши кузатилмайди ва махсус даво чоралари талаб қилинмайди.

Транзитор тана массасининг камайиши. Бу ҳолат барча чақалоқларда кузатилади, ҳаётнинг 3-4-суткасига келиб тана вазнининг пасайиши, нормада ўртача 6%гача етади. Баъзи ҳолатларда 10%га ҳам етиши мумкин. Чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафтасида тана вазнининг пасайиши 10%дан ортиши патологик ҳолат ҳисобланади. Чақалоқларда транзитор тана массаси пасайишининг асосий сабабларидан бири етарлича бўлмаган сут ва сувнинг етишмаслиги ҳисобланади. Бундан ташқари, бу ҳолат мумификация, яъни киндик қолдиғининг тушиб қолиши, меконийнинг ажралиши, ҳаво намлигининг пасайиши билан боғлиқ. Тана вазнининг қайта тикланиши кўпчилик чақалоқларда ҳаётининг 5-7 суткасида кузатилади.

Транзитор гипертермия. Бу ҳолатнинг асосий сабаби суюқликнинг етарлича бўлмаслиги ва сувсизланишидир. Транзитор гипертермия боланинг қизиб кетишидан ҳам пайдо бўлиши мумкин, бунда болада ҳароратнинг 39градус баландлигидан ташқари, боланинг безовталаниши, тери ва шиллиқ қаватининг қуриши кузатилади. Қизиб кетиш сабабининг бирортасини бартараф қилиш, сув ичиш режимини ўз ўрнига қўйиш, суткасига 5% ли 100мл глюкоза юбориш бола тана ҳароратининг тез нормаллашишига олиб келади.

Чақалоқни парвариш қилиш ва овқатлантириш

Чақалоқни парвариш қилиш жуда катта масъулият талаб қилади. Уни ўраб турган муҳит катта аҳамиятга эга. Чақалоқни озиқлантириш мобайнида оқсил, липид, углевод, витаминларга ҳамда истеъмол қиладиган суюқликларга эътибор бериш керак. Туғруқхонадаги ҳаво ҳарорати 24-26 градус бўлиши керак. Чақалоқлар хонасида эса ҳаво ҳарорати 22 градусдан паст бўлиши керак.

- Ҳар кун эрталаб чақалоқни кўкрак сути билан боқишдан олдин тарозида ўлчанади ва тана ҳарорати текширилади. Олинган таҳлилларни чақалоқнинг ривожланиш варақасига ёзиб қўйилади.
- Ҳар куни чақалоқни покизалаш муолажалари ўтказилади: кўзга ишлов бериш, остини ювиш, киндик ярасига ишлов бериш.
- Чақалоқнинг кўзини тоза стерил пахта тампончалар билан тозалаш. Калий перманганат аралашмаси (1: 8000) тайёрланади. Кўзининг ташқи бурчагидан ички бурчагига қараб артилади.

- Ҳар кунлик кўрувда чақалоқни тери рангига, киндик қолдиғига ва ярасига катта аҳамият билан қаралади.

Киндик қолдиғини парваришлаш техникаси қуйидагича. 70%ли этил спирти билан, кейин эса 5%ли калий перманганат аралашмаси билан тозаланади. Этил спирти ўрнига 3% водород пероксиди ишлатилса бўлади. Киндик қолдиғи қуриб тушгандан кейин яра атрофини ва тубини 5% калий перманганат билан тозаланади. Соғлом чақалоқни туғруқхонадан 4-5-суткасига БЦЖ вакцинасини олгандан сўнг уйига рухсат берилади.

Овқатлантириш. Кўкрак сути – чақалоқлар ва болалар учун ягона озуқа туридир. Кўкрак сути тўйимлилиги билан устун туришидан ташқари, табиий овқатлантириш гўдаклар касалликлари ва ўлимининг олдини олишнинг жуда яхши усули бўлиб ҳам хизмат қилади. Ҳар бир туғруққа ёрдам берувчи муассасада кўкрак билан боқишнинг 11та тамойилларига риоя қилиниши, ”Шифохоналарни болага дўстона муносабатда бўлиш ташаббуси” статусига мос келишига ҳаракат қилиш керак:

1. Кўкрак билан боқиш амалиётининг ёзма равишда қайд қилиб қўйилган сиёсатига эга бўлиш ва уни барча тиббий-санитария ходимлари эътиборига мунтазам етказиб туриш;
2. Барча тиббий-санитария ходимларини ушбу сиёсатни амалга ошириш кўникмаларига ўргатиш;
3. Барча ҳомиладор аёлларга кўкрак билан боқишнинг афзалликлари ва усуллари ҳақида маълумот бериш;
4. Оналарга, туғруқдан сўнг дастлабки 2 соат ичида, кўкрак билан боқишни бошлашга ёрдам бериш;
5. Оналарга кўкрак билан боқишни ва балки болаларидан ажратилган бўлсалар-да лактацияни сақлаб туришни ўргатиш;
6. Чақалоққа кўкрак сутидан бошқа ҳеч қандай овқат ёки суюқлик бермаслик, тиббий кўрсатмалар бундан мустасно;
7. Она ва чақалоқнинг бирга бўлишини амалиётга татбиқ қилиш ва уларни 24 соат давомида палатада бирга бўлишларига рухсат бериш;
8. Талаб бўйича кўкрак билан овқатлантиришни рағбатлантириш;
9. Кўкрак билан боқилаётган чақалоқларга ҳеч қандай тинчлантирувчи ёки кўкракни акс эттирувчи сунъий воситаларни бермаслик;

10. Кўкрак билан боқишни қўллаб-қувватловчи гуруҳлар ташкил этилишини рағбатлантириш ва оналарни шифохонадан чиққанларидан сўнг ушбу гуруҳларга юбориш.

11. Истисносиз кўкрак сути билан эмизишни қўллаб-қувватлаш ва рағбатлантириш мақсадида ОП ларини жалб этиш ва “Болага дўстона муносабатли шифохона” номини олишга тайёрлаш ва мақсадга эришиш.

Кўкрак билан эмизишнинг афзалликлари:

- Она сути- тўлақонли озуқа
- Енгил ҳазм бўлади ва тўлақонли фойдаланилади
- Инфекциядан ҳимоя қилади
- Кўкрак билан эмизиш ҳиссий боғлиқликни таъминлайди
- Онани бевақт ҳомиладорликдан сақлайди
- Онанинг саломатлигини сақлайди
- Сунъий арлашмадан арзон туради.

Кўкрак сути билан боқишга қарши кўрсатма:

- агар болаларда галактоземия (50000 боладан 1 тасида юзага чиқувчи камдан-кам учрайдиган касаллик) ёки фенилкетонурия бўлса;
- онаси радиоактив ва цитостатик моддалар қабул қилаётган бўлса;
- ОИВ (СПИД) билан зарарланган оналар, ҳаво-томчи йўли билан юқувчи юқумли касалликлар билан касалланган оналар (дифтерия ва атипик пневмониянинг оғир шакли).

Мавзу № 34: “Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатида илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари.

”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар)

	4. Амалӣй қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалӣй иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда

	ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	 3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№34 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари ажралиши. Ташхис усуллари. Асоратлари.

Ҳомиладорлик ва туғруқ нормал кечганда йўлдош туғруқнинг учинчи давригача бачадоннинг юқори сегменти деворига ёпишганча қолаверади. Ҳомила туғилгач, бачадон қисқариб, ичидаги босим пасайиши муносабати билан йўлдош кўчади.

Баъзан патологик жараёнларда нормал жойлашган йўлдош ҳомила туғилгунга қадар туғилади.Йўлдошнинг барвақт кўчиши ҳомиладорлик ва туғруқнинг бачадон бўйни очилиш даврида кўпроқ учрайди, туғруқнинг иккинчи даврида йўлдошнинг кўчиши кам учрайди.

Бу оғир акушерлик асорати бўлиб, оналар ва болалар ўлимига олиб келувчи сабаблар ичида асосий ўринни эгаллайди. Ўзбекистонда бу асорат илиқ иқлим минтақаларига нисбатан 10 марта кўпроқ учрайди. НЖЙБК 2-8 % ҳолларда ўлимга олиб келади.

САБАБЛАРИ. Томирлар системасининг ўзгариши билан давом этадиган касалликларда йўлдош кўпинчи барвақт кўчади. НЖЙБК кўпинча бачадон ва йўлдошда дегенератив ва яллиғланиш жараёнлари кузатилганда юзага келади.

Плацентанинг кўчишига бачадон плацентар томирларининг деворлари юпқалашиб, мўртлашиб, ўтказувчанлиги ошиб, осон парчаланиб қон қуйилишига олиб келувчи ёки мойиллик туғдирувчи омил бўлиб ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари, буйрак касалликлари, гипертония , юрак нуқсонлари, камқонлик ва бошқа касалликлар оқибатида йўлдош томирларида ўзгаришлар рўй берганлиги йўлдошга қон қуйилишига сабаб бўлади. Бачадон девори билан йўлдош оралиғига қон қуйилиши сабабли йўлдош ёпишган жойидан кўчади. Сунъий абортдан кейин ва чилла даврида бачадоннинг яллиғланиши йўлдошнинг барвақт кўчишига мойил қилиб кўяди.

Киндик калта бўлганда ва ҳомила пардаси кечикиб йиртилганда йўлдош кўчиши мумкин. Эгизак ҳомиладорликда биринчи ҳомила туғилгач, йўлдош кўчиши кузатилиши мумкин. Камдан - кам сабаблари: жароҳатлар, асаб-руҳий омиллар.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши патогенези қон томирлар ёрилиши билан тушунтирилади, бу ворсинкалараро қон айланиши бузилишига олиб келади ва қон кетиб ретроплацентар гематома шаклланади. Ушбу асоратнинг учраши 1,0дан 5% гача.

Йўлдош барвақт кўчганда рўй берадиган ўзгаришлар

Йўлдош барвақт кўчганда рўй берадиган белгилар ниҳоятда хилма-хил бўлиб, йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчганлигига боғлиқ бўлади (21.1.-расм).

Йўлдош тўлиқ кўчганда йўлдош ва бачадон девори оралиғига қон тўпланиб, баъзан қон бачадон деворларига сўрилади (21.2.-расм). Бунда мускул ва сероз қаватида қон қуйилиши натижасида бачадон юзаси қорамтир-қизарган бўлади. Бундай ўзгаришни Кювелер бачадони деб аталади ва бачадон туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қисқариш хусусиятини йўқотади, ниҳоятда кўп қон кетади (21.3.-расм).

НЖЙБК оғирлик даражасига кўра таснифи: енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчишига қараб клиник манзараси ҳам 3 хил даражада кечиши кузатилади.

Енгил даражада кечиши. 60% беморларда учраб, бундай йўлдошнинг 15% юзаси кўчган, аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган, томир уриши, қон босими, ҳомила юрак уриши нормал бўлади. Жинсий йўллардан озгина қон кетади, баъзан қон кетиши ҳам кузатилмайди.

Ўртача оғирликдаги даражаси 20% беморларда учраб, йўлдош юзасининг 40%гача қисми кўчган бўлади. Ҳомиладор аёл қорнининг доимий оғришидан, умумий беҳоллик, бош айланиши, кўнгил айнишидан шикоят қилади. Беморнинг рангги оқарган, совуқ тер босган, қон босими 10-15 мм симоб устунидан камайган, томир уриши тезлашган бўлади. Қорин деворларини пайпаслаб кўрилганда бачадон деворининг таранглашгани, бачадоннинг йўлдош кўчган соҳаси дўппайиб чиққани кузатилади. Ҳомила юрак уриши тезлашади, баъзан эшитилмай қолади.

Оғир даражаси беморларнинг 20% да учраб, йўлдошнинг 40%дан кўпроқ юзаси кўчади. Йўлдош кўчишининг оғир даражаси бирданига рўй бериб, аёлнинг аҳволи ниҳоятда оғирлашади, қорнининг ҳамма соҳасида қаттиқ оғриқ сезади, хушидан кетиб, қон босими пасайган, томир уриши сустлашган, совуқ тер босиб, ранглари оқарган бўлади. Бачадонни қорин орқали пайпаслаганда бачадон таранглашиб, қаттиқ оғриқ натижасида ҳомиланинг қисмларини пайпаслаб аниқлаш имкони бўлмайди. Ҳомила она қорнида нобуд бўлади. Бачадон девори қон томирлари орқали тромбопластин таначаларининг кўп миқдорда ўтиши натижасида қоннинг ивиш хусусияти пасайган (гипофибриногенемия) ёки бутунлай қон йўқолганлиги (афибриногенемия) аёлда янада қон кетишига олиб келади. Аёлнинг ҳаёти хавф остида қолади. Йўлдошнинг барвақт кўчишининг оғир даражасида буйракнинг сийдик чиқариш фаолияти бузилган бўлади, баъзан бутунлай фаолияти тўхтади (ЎБЕ), буни буйрак фаолиятининг ўткир етишмаслиги деб юритилади. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини йўлдошнинг олдинда келиши, бачадон йиртилиши, ошқозон ярасининг ёрилиши, ўткир холецистит, панкреатит, аппендицит касалликлари билан таққослаб кўриш ва чалкаштирмаслик керак.

Хавф гуруҳлари.

1. Ҳомиладорлик асорати: гипертензив синдром, преэклампсия.
2. Юрак қон-томир касалликлари бор ҳомиладорлар.

3. Буйрак касалликлари ва ҳомиладорлик.
4. Қон касалликлари: туғма ва орттирилган коагулопатиялар.
Туғруқ жараёни давомида:
 1. Ўта кучли туғруқ фаолияти.
 2. Туғруқ фаолияти дискоординацияси.
 3. Асоссиз туғруқ фаолиятини кучайтириш.
 4. Калта киндик тизимчаси
 5. Бачадон ичи босимининг кескин пасайиши, кўпсувлиликда.
Диагностикаси.
1. Аёлнинг умумий аҳволини баҳолаш
2. Ҳомила ҳолатини баҳолаш
3. УТТ -плацентадаги ўзгаришларни аниқлаш асоратларнинг олдини олишга имкон беради

Олиб бориш тактикаси.

Аёл ва ҳомила ҳолатига ва плацента кўчиш даражасига ҳам боғлиқ. Клиник кечишга боғлиқ бўлмаган ҳолда тез ДВС синдроми ёки қон йўқотиш натижасида гиповолемия ривожланиши мумкин.

НЖЙБК да ўтказиш керак бўлган чора- тадбирларнинг кетма-кетлиги.

1. Бемор шикоятларини баҳолаш.
2. Умумий аҳволини тўғри баҳолаш.
3. Гемодинамика кўрсаткичларини тўғри аниқлаш
4. Ташқи акушерлик текшируви:
 - бачадон ҳолатини баҳолаш (тонус, таранглиги, бўртиб чиқиши, оғриқлилиқ).
 - ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш
- 5.Тезлик билан стационарга олиб бориш
Стационарда қин орқали текшириш:
 - туғруқ фаолиятини аниқлаш
 - хулоса чиқариш ва олиб бориш тактикасини аниқлаш: кесарча кесиш ёки бачадон оғзи очиқ бўлса, амниотомия қилиб табиий йўл орқали туғдириш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини даволаш унинг клиник даражаси ва туғруқда бачадон бўйни очилиш даражасига қараб олиб борилади.

Агар йўлдошнинг озгина қисми барвақт кўчган бўлиб, аёл ва ҳомиланинг аҳволи ўзгармаган бўлса, аёлни дарҳол туғруқхонага ётқизиб, ниҳоятда тинч шароит яратилади, сўнгра коагулопатик қон кетишининг олдини олиш учун чора-тадбирлар ўтказилади (контрикал, дицинон, АТФ, витамин Е, кальций глюконат ва ҳ.к.) Спазмолитик дорилардан но-шпа 2мл, папаверин 2мл мушак орасига, баралгин 5мл қон томирга юбориш билан бачадоннинг қисқаришини тўхтатиш амалга оширилади. Албатта, ҳомила гипоксиясига қарши дори- дармонлар юбориш ҳам тавсия этилади.

Бачадон бўйни 3-4см очилганда амниотомия бажарилади. Бу плацента кўчишини секинлаштиради ёки тўхтатади. Агар плацента кўчиши давом этса, ҳомила ҳалок бўлган тақдирда ҳам туғруқ тезкор жарроҳлик йўли билан тугатилади.

Ҳомиладор аёлни даволаш давомида унинг томир уриши, қон босими, умумий аҳволини кузатиб, вақти-вақти билан қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш, ҳомила юрак уришини эшитиб туриш керак. Бундан ташқари, аёлнинг қон ва сийдик таркиби, қоннинг ивиш хусусиятларини (коагулограмма) текшириб туриш керак. Агар бу кузатишлар вақтида бачадонни пайпаслаб кўрилганда бирор жойида дўппайиш, таранглашиш, шу жойида оғриқ сезилса, аёлнинг томир уриши тезлашиб, қон босими пасайса, ҳомила юрак уриши ўзгариши кузатилса, буларнинг ҳаммаси йўлдошнинг барвақт кўчиши давом этаётганлигидан дарак беради. Бундай аёлга тезкор ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Бунда ҳомиладор аёл туғруқ пайтида бўлмаса, дарҳол кесарча кесиш операцияси қилинади. Операция вақтида бачадоннинг мушак толалари орасига қон қуйилиб Кювелер бачадони бўлса, кейинчалик гипотоник ва атоник ҳамда коагулопатик (қон ивимаслик) қон кетишининг олдини олиш мақсадида бачадон танаси, баъзан бачадонни бутунлай кесиб олишга тўғри келади.

Туғруқнинг иккинчи даврида туғруқни тезлатиш мақсадида ҳомилани акушерлик қисқичлари орқали тортиб туғдириб олинади.

Хулоса қилиб айтганда, йўлдошнинг барвақт кўчишининг биринчи даражасида операция қилмасдан дори-дармонлар билан даволаб, аёл кузатилиб турилса, йўлдош кўчишининг ўртача оғир ва оғир даражасида тезкорлик билан операция қилиш йўли билан даволанади. Аёлни туғдириш вақтида қандай чоралар қўлланган бўлишидан қатъи назар, йўлдош туғилгандан сўнг енгил наркоз бериб, бачадон қўл билан текширилади, бачадон қисқаришини таъминлайдиган дори-дармонлар (метилэргометрин)

ва шу билан бирга қон ва унинг ўрнини босувчи суяқликлар (стабизол, рефортан) томчилаб юборилади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишининг оқибатлари

Йўлдош барвақт кўчганда ҳомиладор аёл организмида рўй берадиган ўзгаришлар унинг йўқотган қон миқдориға, берилган ёрдамнинг тезлигига, организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, аёл туғруқхонаға қанча тез ётқизилса, оғир асоратлар қолиши, шунингдек оналар ҳамда болалар ўлими шунчалик камаяди. Ҳар томонлама ўз вақтида тезкорлик билан ёрдам кўрсатилмаса, бачадоннинг қисман (гипотоник) ва бутунлай (атоник) қисқармаслиги, қон ивиш хусусиятининг пасайиб кетиши кузатилиши мумкин. НЖЙБК хавфли асорат бўлиб, унинг натижасида: ТИҚИ синдроми, Кювелер бачадони, гипо- ва

атоник қон кетиши ривожланади.

Даволаш.

Тез ва эҳтиёткорлик билан туғдириш. Бунда абдоминал кесарча кесиш туғри келади ва бачадон -плацента апоплексияси-Кювелер бачадони бўлса-бачадонни ампутация қилиш керак, ТИҚИ синдромининг ўткир формаси ривожланганда бачадон экстирпацияси шарт. Туғруқ биринчи давр охирида ёки иккинчи даврида нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши кузатилса, туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали тугатилиши мумкин. Бундай ҳомиладорларда ҳам бачадонни тез бўшатиш таъмоийлига амал қилинади. Акушерлик ҳолатига қараб акушерлик қисқичлари ишлатилади ёки ҳомилани бўлаклаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

Асосий профилактик чоралар: буйрак ва юрак - томир касалликлари, гипертензив ҳолатларни ўз вақтида даволаш, абортнинг олдини олишдан ва бошқалардан иборат.

Плацентанинг (йўлдош, ҳамроҳ) барвақт кучиши — *Separatio placentae normaliter insertae spontanea praematura seu praecox*.

Бу ҳол хали дард бошланмасидан ёки туғруқнинг 1 ва 11 давларида плацентанинг бачадон деворидан ажралишига айтилади. Плацентанинг бачадон деворида ушланиб туриши нафакат унинг децидуал пардасига, балки бачадон ичидаги босимга ҳам боғлиқдир. Хомиланинг ривожланиши асосан бачадон ва плацента уртасидаги қон айланиши билан аникланади, бу ҳол плацента бириккан (ёпишган) бачадон децидуал мушак қаватининг

спирал артерия кон томирлари терминал булимларининг тузилиши ва функцияси билан бевосита боғлиқдир. Спирал артерияларда патологик ҳолатлар пайдо бўлиши мумкин. Томирларнинг терминал булимларидаги узгаришлар уларнинг муртлашувига (синувчанлига), эгиловчанлигининг йуқолишига сабаб бўлади ва уларнинг арзимаган механик таъсир ёки бачадон томирларида босимнинг ошиши натижасида тез ёрилишига олиб келади. Децидуал пардадаги спирал артерияларнинг ёрилиши бачадон — плацента кон айланишининг бузилишига олиб келади ва плацента ортида кон лахтаси ҳосил бўлишига олиб келади. Плацента ортидаги кон лахтаси децидуал парда ва ворсинкалар (томирли туклар) туқималарининг жароҳати натижасида ажралиб чиққан туқима тромбопластини таъсирида увишади (свертывание). Агар плацента ажралган майдон кичкина бўлса, унда плацента ортида кон лахтаси ҳосил бўлгандан дарҳол бачадон томирларида тромблар пайдо бўлади, ворсинкалар анчагина қисилади ва қошрасимон чуқурлик вужудга келади. Плацентанинг бирдан қўйи ажралса плацента ва бачадон девори оралиғига қўйи кон қўйилади. Спирал кон томирларда бачадоннинг децидуал ва мускул қаватлари орасига кон кетиши мумкин.

Содир бўлиш даражаси (учраши) — Плацентанинг барвақт қўйиши 1%гача учрайди, қўйишча қайта ҳомиладор бўлган ва айниқса қўйи тугадиган аёлларда учрайди. Плацентанинг барвақт қўйиши қўйишча кон томирларида чуқур узгаришлар чиқарувчи касалликлар, айниқса ҳомиладорнинг кеч токсикозлари, ҳафаконлик ва бўйрак касалликлари натижасида содир бўлади. Бундан ташқари бачадон шиллик. пардасининг яллиғланиши (эндометрит), шиллик парда остидан ушиб чиққан бачадон фибромиомаси, ривожланиш нуксонлари, плацентада дегенератив узгаришлар бўлганда (муддатидан ўтган ҳомиладорликда), бачадон деворлари ўта таранглашганда қўноқ сувининг қўйи бўлиши, эгиз ҳомиладорлик, йирик ҳомила ва бошқа ҳолларда плацента барвақт қўйиши мумкин. Плацентанинг барвақт қўйишига киндикнинг қалта бўлиши, ҳар хил рухий ҳолатлар, қўқув-ҳаяжон, акушерликнинг ташқи бўриш операцияси, аёлларни қўпол равишда текшириш, ҳомиланинг ўта ҳаракатчанлиғи, қўноқ пардасининг кеч йиртилиши ҳоллари сабаб бўлиши мумкин. Плацентанинг барвақт қўйиши туқик. ва қисман бўлади. Қисман барвақт қўйиш она организмда деярлик узгаришлар чақирмайди. Плацента туқик қўқганда бачадон ва плацента орасида тез ўсувчи гематома ҳосил бўлади. Бачадон бўртиб чиқади. Плацента барвақт қўйиши ички кон кетиш билан ифодаланади, кейинчалик ташқи кон кетиш ҳам қўйилади. Клиник қўриниши плацента майдонининг қатта - қичиклиғи

ва йукотилган кон микдорига караб хар хил булади. Плацентанинг 1/3 кисми ажралганда хомила унча огирлашмайди. Плацента ортидаги гематомада камрок микдорда кон булади ва у она организми гемодинамикасига деярлик таъсир килмайди. Плацентанинг купрок майдони (кисми) ажралганда хомила кислород ва озик моддалар етишмаслигидан жабрланади, купинча она корнида нобуд булади, онада камконлик белгилари кучаяди ва коринда огрик пайдо булади.

Шундай килиб, камконлик шок холати кузатилади, хомиланинг юрак уриши тезлик билан йуколади, когонок пуфаги таранглашади, корин дамлайди, бачадон таранглашади, хомиланинг кисмларини (бош, кул, оёклари) аниклаб булмайди, кон босими пасаяди.

Диагнози.

Юкорида айтиб утилган белгилар кузга ташланиб турса кийинчилик тугдирмайди. Одатда плацента кисман ажралганда диагноз йулдош тугилгандан кейин, уни куздан кечирганда аникланади.

Даволаш.

Плацента барвакт кучганда акушерлик амалиётида 2 та асосий принципга таяниш тавсия этилади:

1) Эхтиёткорона тезлик билан хомилани тугдириш, бачадонни хомила ва йулдошдан озод килиш.

2) Уткир камконлик ва шок холатига карши курашиш.

Тугдириш усулини танлаш кон йукотиш даражаси ва у ёки бу акушерлик операциясини утказиш шарт-шароити билан богликдир. Тугрукни бсшқариш тактикаси касалликнинг клиник куруниши ва тугрук йулларининг тайёр эмаслигига караб аникланади. Бачадон буйни 3-4 см. гача очик булса ва кон кетиш камрок тугрук кучлари яхши булса, когонок пардасини йиртиш йули билан плацентанинг ажралишини тухтатиш мумкин. Шу йул билан тугрук хам тезлашади. Бачадон буйни тулик очилган булса, агар хомиладор боши чанокда кириш текислигидан юкорида жойлашган булса, ва хомиланинг харакатчанлиги сакланган булса, когонок пардасининг пуфагини йиртиб, хомилани классик (урнакли) усул билан оёгига буриш ва тугрук йулларидан тортиб олиш операциясини куллаш мумкин. Хомила тирик булиб боши кичик чанок бушлигида булса акушерлик кискичлари ёки вакуум-экстрактор куллаш йули билан тугрукни тезлаштириш лозим. Агарда хомила улик холда боши чанокда сукилган (вставления) булса, краниотомия килиб, тортиб олиш тавсия этилади. Табиий тугрук йуллари

оркали тугдирилган барча туккан аёлларда плацента албатта кул билан бачадон бушлиридан олиб ташланиши ва айна вақтнинг узида бачадон деворларининг плацента ажралган майдони бус-бутунлиги текшириб курилиши шарт, бу операция албатта наркоз остида утказилади. Бачадон гипотониясининг олдини олиш мақсадида бола тортиб олиниши биланок томир ёки мушак ичига бачадонни кискартирувчи дорилар (питуитрин, окситоцин, метилэргометрин) юбориш керак.

Агар плацентага хомиладорлик пайтида ёки тугрук зндн бошланган пайтда барвакт кучган ва кучли кон кетаётган булса, тугрук йуллари тугрука тайёр булса, абсолют курсатма асосида кесар - кесиш операциясига олиниши лозим. Бачадон деворларига куп кон куйилиб (моматалок кувелер бачадони, маточно-плацентарная апоплексия), тугрук тофовут бинафша рангга кирган булса, бачадон латта сингари бушашган, механик ва фармакологик таъсирларга кам жавоб берадиган булса, ундай бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси килиниб, олиб ташланиши зарур. Тугрукни таъминлаш билан бир каторда кон кетиш ва шокка карши кураш олиб бориш керак. Шу мақсадда кон ва кон урнини босувчи моддаларни кон томирлари оркали томчилаб ёки тезлатиб юбориш зарур жумладан, глюкоза ва физиологик эритма куйилади, юрак дорилари юборилади, ичишга чой ёки кофе берилади.

**Мавзу № 35: “Хомиладорликнинг II ярмидаги кон кетишлар.
Хомиладорлик ва туғрук даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам
ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Хомиладорликнинг II ярмидаги кон кетишлар. Хомиладорлик ва туғрук даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Хомиладорликнинг II ярмидаги кон кетишлар. Хомиладорлик ва туғрук даврини олиб бориш,

	бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Ҳомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; .
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар. Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№35 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Ҳомиладорлик ва туғруқ даврини олиб бориш, бирламчи тиббий ёрдам ва ҳамширалик парвариши хусусиятлари.

Ҳомиладорлик ва туғруқ нормал кечганда йўлдош туғруқнинг учинчи давригача бачадоннинг юқори сегменти деворига ёпишганча қолаверади. Ҳомила туғилгач, бачадон қисқариб, ичидаги босим пасайиши муносабати билан йўлдош кўчади.

Баъзан патологик жараёнларда нормал жойлашган йўлдош ҳомила туғилгунга қадар туғилади.Йўлдошнинг барвақт кўчиши ҳомиладорлик ва туғруқнинг бачадон бўйни очилиш даврида кўпроқ учрайди, туғруқнинг иккинчи даврида йўлдошнинг кўчиши кам учрайди.

Бу оғир акушерлик асорати бўлиб, оналар ва болалар ўлимига олиб келувчи сабаблар ичида асосий ўринни эгаллайди. Ўзбекистонда бу асорат илиқ иқлим минтақаларига нисбатан 10 марта кўпроқ учрайди. НЖЙБК 2-8 % ҳолларда ўлимга олиб келади.

САБАБЛАРИ. Томирлар системасининг ўзгариши билан давом этадиган касалликларда йўлдош кўпинчи барвақт кўчади. НЖЙБК кўпинча бачадон ва йўлдошда дегенератив ва яллиғланиш жараёнлари кузатилганда юзага келади. Плацентанинг кўчишига бачадон плацентар томирларининг деворлари юпкалашиб, мўртлашиб,ўтказувчанлиги ошиб, осон парчаланиб қон қуйилишига олиб келувчи ёки мойиллик туғдирувчи омил бўлиб ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари, буйрак касалликлари, гипертония , юрак нуксонлари, камқонлик ва бошқа касалликлар оқибатида йўлдош томирларида ўзгаришлар рўй берганлиги йўлдошга қон қуйилишига сабаб

бўлади. Бачадон девори билан йўлдош оралиғига қон қуйилиши сабабли йўлдош ёпишган жойидан кўчади. Сунъий абортдан кейин ва чилла даврида бачадоннинг яллиғланиши йўлдошнинг барвақт кўчишига мойил қилиб кўяди.

Киндик калта бўлганда ва ҳомила пардаси кечикиб йиртилганда йўлдош кўчиши мумкин. Эгизак ҳомиладорликда биринчи ҳомила туғилгач, йўлдош кўчиши кузатилиши мумкин. Камдан - кам сабаблари: жароҳатлар, асаб-руҳий омиллар.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши патогенези қон томирлар ёрилиши билан тушунтирилади, бу ворсинкалараро қон айланиши бузилишига олиб келади ва қон кетиб ретроплацентар гематома шаклланади. Ушбу асоратнинг учраши 1,0дан 5% гача.

Йўлдош барвақт кўчганда рўй берадиган ўзгаришлар

Йўлдош барвақт кўчганда рўй берадиган белгилар ниҳоятда хилма-хил бўлиб, йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчганлигига боғлиқ бўлади (21.1.-расм).

Йўлдош тўлиқ кўчганда йўлдош ва бачадон девори оралиғига қон тўпланиб, баъзан қон бачадон деворларига сўрилади (21.2.-расм). Бунда мускул ва сероз қаватига қон қуйилиши натижасида бачадон юзаси қорамтир-қизарган бўлади. Бундай ўзгаришни Кювелер бачадони деб аталади ва бачадон туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қисқариш хусусиятини йўқотади, ниҳоятда кўп қон кетади (21.3.-расм).

НЖЙБК оғирлик даражасига кўра таснифи: енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчишига қараб клиник манзараси ҳам 3 хил даражада кечиши кузатилади.

Енгил даражада кечиши. 60% беморларда учраб, бундай йўлдошнинг 15% юзаси кўчган, аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган, томир уриши, қон босими, ҳомила юрак уриши нормал бўлади. Жинсий йўллардан озгина қон кетади, баъзан қон кетиши ҳам кузатилмайди.

Ўртача оғирликдаги даражаси 20% беморларда учраб, йўлдош юзасининг 40%гача қисми кўчган бўлади. Ҳомиладор аёл қорнининг доимий оғришидан, умумий беҳоллик, бош айланиши, кўнгил айнишидан шикоят қилади. Беморнинг рангги оқарган, совуқ тер босган, қон босими 10-15 мм

симоб устунидан камайган, томир уриши тезлашган бўлади. Қорин деворларини пайпаслаб кўрилганда бачадон деворининг таранглашгани, бачадоннинг йўлдош кўчган соҳаси дўппайиб чиққани кузатилади. Ҳомила юрак уриши тезлашади, баъзан эшитилмай қолади.

Оғир даражаси беморларнинг 20% да учраб, йўлдошнинг 40%дан кўпроқ юзаси кўчади. Йўлдош кўчишининг оғир даражаси бирданига рўй бериб, аёлнинг аҳволи ниҳоятда оғирлашади, қорнининг ҳамма соҳасида қаттиқ оғриқ сезади, хушидан кетиб, қон босими пасайган, томир уриши сустлашган, совуқ тер босиб, ранглари оқарган бўлади. Бачадонни қорин орқали пайпаслаганда бачадон таранглашиб, қаттиқ оғриқ натижасида ҳомиланинг қисмларини пайпаслаб аниқлаш имкони бўлмайди. Ҳомила она қорнида нобуд бўлади. Бачадон девори қон томирлари орқали тромбопластин таначаларининг кўп миқдорда ўтиши натижасида қоннинг ивиш хусусияти пасайган (гипофибриногенемия) ёки бутунлай қон йўқолганлиги (афибриногенемия) аёлда янада қон кетишига олиб келади. Аёлнинг ҳаёти хавф остида қолади. Йўлдошнинг барвақт кўчишининг оғир даражасида буйракнинг сийдик чиқариш фаолияти бузилган бўлади, баъзан бутунлай фаолияти тўхтади (ЎБЕ), буни буйрак фаолиятининг ўткир етишмаслиги деб юритилади. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини йўлдошнинг олдинда келиши, бачадон йиртилиши, ошқозон ярасининг ёрилиши, ўткир холецистит, панкреатит, аппендицит касалликлари билан таққослаб кўриш ва чалкаштирмаслик керак.

Хавф гуруҳлари.

1. Ҳомиладорлик асорати: гипертензив синдром, преэклампсия.
2. Юрак қон-томир касалликлари бор ҳомиладорлар.
3. Буйрак касалликлари ва ҳомиладорлик.
4. Қон касалликлари: туғма ва орттирилган коагулопатиялар.

Туғруқ жараёни давомида:

1. Ўта кучли туғруқ фаолияти.
2. Туғруқ фаолияти дискоординацияси.
3. Асоссиз туғруқ фаолиятини кучайтириш.
4. Калта киндик тизимчаси
5. Бачадон ичи босимининг кескин пасайиши, кўпсувлиликда.

Диагностикаси.

1. Аёлнинг умумий аҳволини баҳолаш
2. Ҳомила ҳолатини баҳолаш

3. УТТ -плацентадаги ўзгаришларни аниқлаш асоратларнинг олдини олишга имкон беради

Олиб бориш тактикаси.

Аёл ва ҳомила ҳолатига ва плацента кўчиш даражасига ҳам боғлиқ. Клиник кечишга боғлиқ бўлмаган ҳолда тез ДВС синдроми ёки қон йўқотиш натижасида гиповолемия ривожланиши мумкин.

НЖЙБК да ўтказиш керак бўлган чора- тадбирларнинг кетма-кетлиги.

1. Бемор шикоятларини баҳолаш.
2. Умумий аҳволини тўғри баҳолаш.
3. Гемодинамика кўрсаткичларини тўғри аниқлаш
4. Ташқи акушерлик текшируви:
 - бачадон ҳолатини баҳолаш (тонус, таранглиги, бўртиб чиқиши, оғриқлилиқ).
 - ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш

5.Тезлик билан стационарга олиб бориш

Стационарда қин орқали текшириш:

- туғруқ фаолиятини аниқлаш
- хулоса чиқариш ва олиб бориш тактикасини аниқлаш: кесарча кесиш ёки бачадон оғзи очиқ бўлса, амниотомия қилиб табиий йўл орқали туғдириш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини даволаш унинг клиник даражаси ва туғруқда бачадон бўйни очилиш даражасига қараб олиб борилади.

Агар йўлдошнинг озгина қисми барвақт кўчган бўлиб, аёл ва ҳомиланинг аҳволи ўзгармаган бўлса, аёлни дарҳол туғруқхонага ётқизиб, ниҳоятда тинч шароит яратилади, сўнгра коагулопатик қон кетишининг олдини олиш учун чора-тадбирлар ўтказилади (контрикал, дицинон, АТФ, витамин Е, кальций глюконат ва ҳ.к.) Спазмолитик дорилардан но-шпа 2мл, папаверин 2мл мушак орасига, баралгин 5мл қон томирга юбориш билан бачадоннинг қисқаришини тўхтатиш амалга оширилади. Албатта, ҳомила гипоксиясига қарши дори- дармонлар юбориш ҳам тавсия этилади.

Бачадон бўйни 3-4см очилганда амниотомия бажарилади. Бу плацента кўчишини секинлаштиради ёки тўхтатади. Агар плацента кўчиши давом этса, ҳомила ҳалок бўлган тақдирда ҳам туғруқ тезкор жарроҳлик йўли билан тугатилади.

Ҳомиладор аёлни даволаш давомида унинг томир уриши, қон босими, умумий аҳволини кузатиб, вақти-вақти билан қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш, ҳомила юрак уришини эшитиб туриш керак. Бундан ташқари, аёлнинг қон ва сийдик таркиби, қоннинг ивиш хусусиятларини (коагулограмма) текшириб туриш керак. Агар бу кузатишлар вақтида бачадонни пайпаслаб кўрилганда бирор жойида дўппайиш, таранглашиш, шу жойида оғриқ сезилса, аёлнинг томир уриши тезлашиб, қон босими пасайса, ҳомила юрак уриши ўзгариши кузатилса, буларнинг ҳаммаси йўлдошнинг барвақт кўчиши давом этаётганлигидан дарак беради. Бундай аёлга тезкор ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Бунда ҳомиладор аёл туғруқ пайтида бўлмаса, дарҳол кесарча кесиш операцияси қилинади. Операция вақтида бачадоннинг мушак толалари орасига қон қуйилиб Кювелер бачадони бўлса, кейинчалик гипотоник ва атоник ҳамда коагулопатик (қон ивимаслик) қон кетишининг олдини олиш мақсадида бачадон танаси, баъзан бачадонни бутунлай кесиб олишга тўғри келади.

Туғруқнинг иккинчи даврида туғруқни тезлатиш мақсадида ҳомилани акушерлик қискичлари орқали тортиб туғдириб олинади.

Хулоса қилиб айтганда, йўлдошнинг барвақт кўчишининг биринчи даражасида операция қилмасдан дори-дармонлар билан даволаб, аёл кузатилиб турилса, йўлдош кўчишининг ўртача оғир ва оғир даражасида тезкорлик билан операция қилиш йўли билан даволанади. Аёлни туғдириш вақтида қандай чоралар қўлланган бўлишидан қатъи назар, йўлдош туғилгандан сўнг енгил наркоз бериб, бачадон қўл билан текширилади, бачадон қисқаришини таъминлайдиган дори-дармонлар (метилэргометрин) ва шу билан бирга қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликлар (стабизол, рефортан) томчилаб юборилади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишининг оқибатлари

Йўлдош барвақт кўчганда ҳомиладор аёл организмида рўй берадиган ўзгаришлар унинг йўқотган қон миқдorigа, берилган ёрдамнинг тезлигига, организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, аёл туғруқхонага қанча тез ётқизилса, оғир асоратлар қолиши, шунингдек оналар ҳамда болалар ўлими шунчалик камаяди. Ҳар томонлама ўз вақтида тезкорлик билан ёрдам кўрсатилмаса, бачадоннинг қисман (гипотоник) ва бутунлай (атоник) қисқармаслиги, қон ивиш хусусиятининг пасайиб кетиши кузатилиши мумкин. НЖЙБК хавфли асорат бўлиб, унинг натижасида: ТИҚИ синдроми, Кювелер бачадони, гипо- ва

атоник қон кетиши ривожланади.

Даволаш.

Тез ва эҳтиёткорлик билан туғдириш. Бунда абдоминал кесарча кесиш тўғри келади ва бачадон -плацента апоплексияси-Кювелер бачадони бўлса-бачадонни ампутация қилиш керак, ТИҚИ синдромининг ўткир формаси ривожланганда бачадон экстирпацияси шарт. Туғруқ биринчи давр охирида ёки иккинчи даврида нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши кузатилса, туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали тугатилиши мумкин. Бундай ҳомиладорларда ҳам бачадонни тез бўшатиш тамойилига амал қилинади. Акушерлик ҳолатига қараб акушерлик қисқичлари ишлатилади ёки ҳомилани бўлаклаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

Асосий профилактик чоралар: буйрак ва юрак - томир касалликлари, гипертензив ҳолатларни ўз вақтида даволаш, абортнинг олдини олишдан ва бошқалардан иборат.

Плацентанинг (йулдош, хамроҳ) барвакт кучиши — *Separatio placentae normaliter insertae spontanea praematura seu praecox*.

Бу ҳол хали дард бошланмасидан ёки туғруқнинг 1 ва 11 даврларида плацентанинг бачадон деворидан ажралишига айтилади. Плацентанинг бачадон деворида ушланиб туриши нафакат унинг децидуал пардасига, балки бачадон ичидаги босимга ҳам боғлиқдир. Хомиланинг ривожланиши асосан бачадон ва плацента уртасидаги қон айланиши билан аникланади, бу ҳол плацента бириккан (ёпишган) бачадон децидуал мушак қаватининг спирал артерия қон томирлари терминал булимларининг тузилиши ва функцияси билан бевосита боғлиқдир. Спирал артерияларда патологик ҳолатлар пайдо бўлиши мумкин. Томирларнинг терминал булимларидаги узгаришлар уларнинг муртлашувига (синувчанлига), эгилувчанлигининг йуқолишига сабаб бўлади ва уларнинг арзимаган механик таъсир ёки бачадон томирларида босимнинг ошиши натижасида тез ёрилишига олиб келади. Децидуал пардадаги спирал артерияларнинг ёрилиши бачадон — плацента қон айланишининг бузилишига олиб келади ва плацента ортида қон лахтаси ҳосил бўлишига олиб келади. Плацента ортидаги қон лахтаси децидуал парда ва ворсинкалар (томирли туклар) туқималарининг жароҳати натижасида ажралиб чиққан туқима тромбопластина таъсирида увишади (свертывание). Агар плацента ажралган майдон кичкина бўлса, унда плацента ортида қон лахтаси ҳосил бўлгандан дарҳол бачадон томирларида

тромблар пайдо булади, ворисникалар анчагина кисилади ва кошрасимон чукурлик вужудга келади. Плацентанинг бирдан куп жойи ажралса плацента ва бачадон девори оралигига куп кон куйилади. Спирал кон томирларда бачадоннинг децедуал ва мускул каватлари орасига кон кетиши мумкин.

Содир булиш даражаси (учраши) — Плацентанинг барвакт кучиши 1%гача учрайди, купинча кайта хомиладор булган ва айникса куп тугадиган аёлларда учрайди. Плацентанинг барвакт кучиши купинча кон томирларида чукур узгаришлар чикарувчи касалликлар, айникса хомиладорнинг кеч токсикозлари, хафаконлик ва буйрак касалликлари натижасида содир булади. Бундан ташкари бачадон шиллик. пардасининг яллигланиши (эндометрит), шиллик парда остидан ушиб чиккан бачадон фибромиомаси, ривожланиш нуксонлари, плацентада дегенератив узгаришлар булганда (муддатида утган хомиладорликда), бачадон деворлари ута таранглашганда когонок сувининг куп булиши, эгиз хомиладорлик, йирик хомила ва бошка холларда плацента барвакт кучиши мумкин. Плацентанинг барвакт кучишига киндикнинг калта булиши, хар хил рухий холатлар, куркув-хаяжон, акушерликнинг ташки буриш операцияси, аёлларни купол равишда текшириш, хомиланинг ута харакатчанлиги, когонок пардасининг кеч йиртилиши холлари сабаб булиши мумкин. Плацентанинг барвакт кучиши тулик. ва кисман булади. Кисман барвакт кучиш она организмида деярлик узгаришлар чакирмайди. Плацента тулик кучганда бачадон ва плацента орасида тез усувчи гематома хосил булади. Бачадон буртиб чикади. Плацента барвакт кучиши ички кон кетиш билан ифодаланади, кейинчалик ташки кон кетиш хам кушилади. Клиник куриниши плацента майдонининг катта - кичиклиги ва йукотилган кон микдорига караб хар хил булади. Плацентанинг 1/3 кисми ажралганда хомила унча огирлашмайди. Плацента ортидаги гематомада камрок микдорда кон булади ва у она организми гемодинамикасига деярлик таъсир килмайди. Плацентанинг купрок майдони (кисми) ажралганда хомила кислород ва озик моддалар етишмаслигидан жабрланади, купинча она корнида нобуд булади, онада камконлик белгилари кучаяди ва коринда огрик пайдо булади.

Шундай килиб, камконлик шок холати кузатилади, хомиланинг юрак уриши тезлик билан йуколади, когонок пуфаги таранглашади, корин дамлайди, бачадон таранглашади, хомиланинг кисмларини (бош, кул, оёклари) аниклаб булмайди, кон босими пасаяди.

Диагнози.

Юкорида айтиб утилган белгилар кузга ташланиб турса кийинчилик тугдирмайди. Одатда плацента кисман ажралганда диагноз йулдош тугилгандан кейин, уни куздан кечирганда аникланади.

Даволаш.

Плацента барвакт кучганда акушерлик амалиётида 2 та асосий принципга таяниш тавсия этилади:

1) Эхтиёткорона тезлик билан хомилани тугдириш, бачадонни хомила ва йулдошдан озод қилиш.

2) Уткир камконлик ва шок ҳолатига қарши курашиш.

Тугдириш усулини танлаш қон йукотиш даражаси ва у ёки бу акушерлик операциясини утказиш шарт-шароити билан боғлиқдир. Тугрукни бсшқариш тактикаси касалликнинг клиник қуриниши ва тугрук йулларининг тайёр эмаслигига қараб аникланади. Бачадон бўйни 3-4 см. гача очик бўлса ва қон кетиш қамрок тугрук қучлари яхши бўлса, қогонок пардасини йиртиш йули билан плацентанинг ажралишини тухтатиш мумкин. Шу йул билан тугрук ҳам тезлашади. Бачадон бўйни тулик очилган бўлса, агар хомиладор боши қанокда қириш текислигидан юкорида жойлашган бўлса, ва хомиланинг ҳаракатчанлиги сакланган бўлса, қогонок пардасининг пуфагини йиртиб, хомилани классик (урнакли) усул билан оёгига буриш ва тугрук йулларидан тортиб олиш операциясини қуллаш мумкин. Хомила тирик бўлиб боши қичик қанок бўшлигида бўлса акушерлик қисқичлари ёки вакуум-экстрактор қуллаш йули билан тугрукни тезлаштириш лозим. Агарда хомила улик қолда боши қанокда суқилган (вставления) бўлса, қраниотомия қилиб, тортиб олиш тавсия этилади. Табиий тугрук йуллари орқали тугдирилган барча тугрук аёлларда плацента албатта қул билан бачадон бўшлиридан олиб ташланиши ва айни вақтнинг узида бачадон деворларининг плацента ажралган майдони бус-бутунлиги текшириб қурилиши шарт, бу операция албатта наркоз остида утказилади. Бачадон гипотониясининг олдини олиш мақсадида бола тортиб олиниши биланок томир ёки мушак ичига бачадонни қисқартирувчи дорилар (питуитрин, окситоцин, метилэргометрин) юбориш қерак.

Агар плацентага хомиладорлик пайтида ёки тугрук зндн бошланган пайтда барвакт қучган ва қучли қон қетаётган бўлса, тугрук йуллари тугрука тайёр бўлса, абсолют қурсатма асосида қесар - қесиш операциясига олиниши лозим. Бачадон деворларига қуп қон қуйилиб (моматалок қувелер бачадони, маточно-плацентарная апоплексия), тугрук тофовут бинафша рангга қирган бўлса, бачадон латта сингари бушашган,

механик ва фармокологик таъсирларга кам жавоб берадиган булса, ундай бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси килиниб, олиб ташланиши зарур. Тугрукни таъминлаш билан бир каторда қон кетиш ва шокка қарши кураш олиб бориш керак. Шу мақсадда қон ва қон урнини босувчи моддаларни қон томирлари орқали томчилаб ёки тезлатиб юбориш зарур жумладан, глюкоза ва физиологик эритма қуйилади, юрак дорилари юборилади, ичишга чой ёки кофе берилади.

Мавзу № 36: “Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш, таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.

<i>Талаба бажсара олиши лозим:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, ташхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш, хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i>»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№36 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги қон кетишлар. Йўлдошнинг олдин келиши. Этиология, патогенез. Классификация. Йўлдошнинг олдин келишида ҳомиладорликнинг клиник кечиши, таъхис усуллари, даволаш принциплари, асоратлар, олдини олиш.

плацентанинг олдинда ётиши. / Placenta praevia/ (prae —олдинда, via — йул) плацентанинг бачадон пастки сегментида жойлашиши плацентанинг олдинда ётиши дейилади.

Этиологияси:

Келиб чиқиш сабаблари хали етарлича урганилмаган. Бу патологияни тушунтирувчи икки хил назария мавжуд:

- 1) Бачадон деворларида булган дегенератив узгаришлар;
- 2) Тухум хужайрадаги узгаришлар.
Планцетанинг бачадон бўйнида жойлашиши холлари жуда кам учрайди ва бу ҳолатни бўйнида жойлашган плацента — placentaе cervicalls деб айтилади.

Турлари (классификацияси)

1. Тулик ёки марказий олдинда ётиш —p. praeviacompletis (totalls).
2. Туликсиз ёки қисман олдинда ётиш — p. praeviaincomplettis (partialis).
Плацентанинг тулик олдинда ётишида плацента уз маркази билан бачадон ички бугизининг устида жойлашади, қисман олдинда ётишида— плацентанинг кирраси ички бугизда ётади.

Бундан ташкари плацента пастга бирикади (жойлашади), унда йулдош кирраси бачадоннинг ички бугизигача 3-4 смга ётмасдан қолади.

Содир булиш даражаси (частота)

Купинча кайта тугувчи аёлларда учрайди. Плацента олдинга ётиши 150-200 та тугрукда битта, яъни 0,5-0,7% учрайди. Кисман олдинда ётиш купрок холларда (70%) тулик. эса (30%) камрок учрайди.

Клиник куриниши:

Касаллик хомиладорликнинг охирида, баъзан 24-26 хафталик муддатларда тусатдан, иш пайтида, уйкуда ёки тинч турган жойда кон кетиши билан бошланади. Маркази олдинда ётганда куп кон кетиши характерли

дир, кисман олдинда ётганда эса хомиладорлик охирида, ёки тугрук пайтида камрок кон кетади.

Плацента тулик олдинда ётганда кон кетиши уз-уздан тухтамайди, чунки коғонок пардаси йиртилмайди ва бачадон буйнининг жипсланиши ва кенгайиши (очиши) плацентанинг тухтовсиз ажралишига сабаб булади.

Бачадон буйни каналидан кетаётган кон оч кизил рангда суюк бачадон кон лахталари булади.

Кон кетишининг узига хос хусусиятлари шундан иборатки, у кайта - кайта янгиланиб туради.

Плацента кисман олдинда ётган холларда коғонок пуфагини йиртган захотиёк плацента ва бачадон девори орасидаги узаро муносабат узгаради, бачадоннинг пастки сегменти, коғонок пардаси ва плацента юкорига хомиланинг катта кисми жойлашган жойга караб силжийди, плацента юкорига тортилади ва бачадон деворидан ажралмасдан, кон кетиши тухтайди. Пастка караб интилаётган хомила боши кон окиб турган томирларни кисади, кон кетиши тухтайди.

Бу хил патологияда тугрук кучлари етарли булмайди, бадачон пастки сегменти яхши тортилмасдан купинча бирламчи сустликка олиб келади. Плацента олдинга ётганда хомиланинг кундаланг ва кийшик ётиши, чанок билан олдинда ётиши, чала тутиш холлари куп учрайди. Диагноз - ташки ва ички текшириш усуллари ёрдамида диагноз аникланади.

Плацента тулик олдинда ётганда, ташки текшириш утказганда хамма кисмлари ноаник, бошнинг шакли ноаник, кандайдир юмшок, тукумани

аниклашга халакит беради. Кин оркали текширганимизда, бачадон буйни ёпик булса, текшириш утказаетган бармоқлар ва хомила боши орасида юмшок тукима пайпасланади, бу плацентадир. Бачадон буйни очилган булса, плацентанинг гадир-будир тукимаси аник кулга чалинади. Плацента кисман олдинда ётганда эса хам плацентанинг кирраси хам коғонок пуфаги пайпасланади.

Таранглашган кин оркали текширув одатда операция хонаси тайёрлаб куйилиб, кейин утказилади, чунки бирданига кучли кон кетиб колса дархол операция килишга тугри келиб колиши мумкин. Бу патология натижасидир. Оналар ва болалар (перинатал) улими куп учрайди. Бизнинг клиникамизда 2797 та хомиладор аёлларни ультратовуш тулкилари ёрдамида (SAL — 35 В Toshiba, Япония) кузатилганда плацента тулик олдинда ётиши 65 та (1,25%) ва туликсиз олдинда ётиши 21 та (0,75%) аёлларда топилди.

Асорати:

Анемия (камконлик) баъзан ДВС синдорм, инфекция тушиш хавфи пайдо булиши, плацентанинг томирлар йиртилиши ва унга хаво кириши натижасида хаво эмболияси булиши, хомила халокати ва бошқалар.

Даволаш.

Хомиладорлиқнинг иккинчи ярмида кон кетиши беморни зудлик билан тугрукхонага ёткизишни такозо килади. Агарда кон камрок кетган булса, хомиладорлик пайтида консерватив йул билан даволанди. Бу холда катъий тушакда ётиш таъминланади ва витаминларга бой булган пархез овкатлар берилади, касалнинг умумий ахволи диққат эътибор билан кузатилади (тугрук йулларидан келадиган чиқинди микдори, томир уриши, кон босими, кон таркибидаги гемоглобин тез-тез текшириб турилади).

Кон кетиш кучига қараб турли хил акушерлик операциялари куллашга тугри келиши мумкин. Плацента кисман олдинда ётганда коғонок пардасини йиртиш амниотомия, хомила буйлама жойлашган булса ва бачадон буйни камида 4-6 см очилган булса вакуум-стимуляция операцияларини бажариш тавсия этилади.

Бачадон буйни етарли очилганда хомиланинг чанокка томон ётган кисмига кичикрок вакуум косачаси ёпиштирилиб $450-500\text{см}^3$ даражада манфий босим хосил килинади ва кул ушлагич жойида 300-400 гр йукотиб куйилади, юк 1,5-2 соатигача туради.

Кучли қон кетса (маркази олдинда ётиш) албатта кесар кесиш операцияси қилиш шарт.

Мавзу № 37: “Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни;

ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни..	-ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради.	
	1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни;	

	мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№37 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида ҳамширалик жараён хусусиятлари. Физиологик қон йўқотиш. Қон, лимфа, тўқима, орқа мия, плеврал, бўғим ва бошқа суюқликлар организм ички муҳитини ташкил қилади. Булар ичидан тўқима суюқлиги

хақиқий ички муҳитни ҳосил қилувчи ҳиобланади, чунки у ҳужайра билан бевосита алоқада бўлади. Қон эса бевосита эндокард ва томирлар эндотелияси билан алоқада бўлиб, уларнинг ҳаёт фаолиятини таъминлайди, бошқа аъзо ва тўқималар ишига тўқима суюқлиги орқали таъсир кўрсатади. Қон ва тўқима суюқлиги ўртасида моддалар, гармонлар, газлар ва биологик фаол моддаларнинг сувда эриган ҳолдаги алмашинуви тинимсиз содир бўлади. Демак, ички муҳит гуморал ташувчанликни амалга оширувчи бир бутун тизим бўлиб, қуйидаги ҳалқалардан ташкил топган: қон – тўқима суюқлиги – тўқима суюқлиги – лимфа – қон. Бундан 210 йил муқаддам (1878 й) француз физиологи Клод Бернар «ички муҳитнинг доимийлиги яшашнинг асосий омилidir» деган хулосага келган. Бошқача айтганда, организм фаол яшаши учун унинг ҳужайралари бошқарилиб туриладиган муҳитда бўлиши зарур. Кейинчалик бу нуқта назари ўз тасдиғини топди, ҳайвонлар организми ички муҳити бир неча механизмлар ёрдамида бошқариб турилар экан. Шунинг учун ҳам ички муҳит таркиби чекланган ўзгаришларга учрайди ва доимийлиги сақланиб туради. 1929 йил Уолтер Кэннон фанга гомеостаз (грекча *homoios* – ўхшаш, *Stasis* - ҳолат) атамасини киритди. Гомеостаз – организм ички муҳитининг жўшқин доимийлиги ва шу ҳолатни ушлаб туришга йўналтирилган бошқарув механизми. Қон системаси ҳақида тушунча. Г.Ф.Ланг қон системаси тушунчасини 1939 йили фанга киритди. Бу тизимга: қон-томирлари бўйлаб ҳаракатланаётган периферик қон; қон яратувчи аъзолар (суяк кумиги, лимфа тугунлари, талок); қонни парчаловчи аъзолар (жигар, талок); ва уларни бошқарувчи нерв-гуморал системалари киради. Қон тўқима сифатида ўзига хосликларга эга: 1. Унинг таркибий қисми қон томирларидан ташқарида ҳосил бўлади; 2. Тўқиманинг ҳужайралараро қисми суюқ моддалардан ташкил топган; 3. Қоннинг асосий қисми ҳаракатда бўлади. Одам ва ҳайвонлар қони ёпиқ қон томирлар ҳалқасида ҳаракатланади. Қон икки қисмдан: суюқ плазма ва шаклли элементлар – эритроцитлар, лейкоцитлар ва тромбоцитлардан иборат. Катта ёшдаги одамлар қонининг 40-48 % ни шаклли элементлар ва 52-60% ни плазма ташкил қилади. Бу нисбат гематокрит катталиги (грекча *haima* – қон, *kritos* - курсаткич) деб номланади.

Қоннинг асосий вазифалари. 1. Ташувчилик вазифаси. Қон томирларда ҳаракат қилиб ҳар хил моддаларни: кислород, карбонат ангидрит газлари, озуқа моддалар, гормонлар, ферментлар ва бошқа моддаларни ташийди. 2. Нафас вазифаси. ўпкадан тўқималарга O_2 ни ва тўқималардан ўпкага CO_2 ни олиб келади. 3. Озиқлантирувчи (трофик). Қон ҳазм трактидан керакли озиқ моддалар (глюкоза, фруктоза, пептидлар, аминокислоталар, тузлар,

витами́нлар, сув, ёғ ва унинг бирикмалари) қонга ва лимфага сўрилади ва уларни тўқималарга етказиб беради. 4. Экскретор вазифаси: Моддалар алмашинувида ҳосил бўлган кераксиз (чикинди) моддалар тўқималардан чиқарув аъзоларига ташиб келтирилиб берилади ва чиқарув аъзолари уларни чиқариб юборади. Шунингдек, ошқоча сувлар, минерал ва органик моддалар, мочеви́на, сийдик кислотаси, аммиаклар ҳам чиқарув аъзоларига ташиб келтирилади. 5. Терморегулятор вазифаси: Қон иссиқлик билан қайта таъминлайди ва тана ҳароратини бир ҳилда ушлаб туришда катта роль ўйнайди. Иссиқлик кўп ишлаб чиқарувчи аъзолардан тананинг бошқа аъзоларига иссиқликни ташийди ва уларни иситади. 6. Қон гомеостаздаги айрим кўрсаткичларни доимо бир ҳилда ушлаб туришда катта аҳамият касб этади. 7. Сув-туз алмашинувида иштирок этади: қон ва тўқима орасидаги сув ва тузни бир ҳилда ушлаб туришда катта ўрин эгаллайди. 8. Ҳимоя вазифаси: Лейкоцитларнинг иммунитет ҳосил қилиш ва фагацитозда иштироки орқали организмни ҳимоя қилади. Бундан ташқари қоннинг суюқ ҳолда ушлаб турилиши ва қон оқшини тўхташида (гемеостаз) ни иштироки ҳам ҳимоя функциясига киради. 9. Гуморал бошқарув вазифаси: Биринчи навбатда гармонлар ва биологик актив моддаларнинг қонда ташилиши. Бошқарув вазифаси туфайли ички муҳит доимийлиги таъминлаб турилади, модда алмашинуви интенсивлиги, гемопоез ва бошқа физиологик фаолиятлар идора этилиб турилади. 10. Креатор боғлар ҳосил қилиш: қон плазмаси ва шаклли элементлари информа́цион боғлар ҳосил қилувчи макромолекулаларни ташийди. Ҳужайра ички оксиллари синтезини, тўқима тузилмалари шаклланишини бир ҳилда ушлаб туриш ва қайта тиклаш вазифасини бажаради. Қоннинг миқдори ва таркиби. Одам организми вазнининг 6-8% ини қон ташкил қилади, яъни ўртача унинг миқдори 5-6 литрга тенг. Организмдаги қон миқдорини аниқлаш қуйидагича амалга оширилиши мумкин: қонга нейтрал бўёқ, радиоактив изотоплар ёки каллоид эритмалар юборилади ва бу моддалар қонда текис тарқалиб бўлгандан сўнг унинг концентрацияси аниқланади. Моддаларнинг суюлиш даражасига қараб қоннинг миқдорини аниқлаш мумкин. Қоннинг физик ва кимёвий хоссалари Қоннинг ранги. Эритроцитлар таркибидаги гемоглобин қонга қизил ранг беради. Артериал қон оксигемоглобинга бой бўлганлиги туфайли оч қизил рангга эга. Веноз қон эса қайталанган ва оксидланган гемоглобинлар ҳисобига тўқ қизил рангга эга. Қондаги гемоглобин тўқимага қанча кўп кислородни берса, веноз қон шунчалик тўқроқ рангга эга бўлади. Қоннинг солиштира оғирлиги. 1.058 дан 1.062 гача катталиқда бўлиб, таркибидаги эритроцитлар миқдорига боғлиқ. Плазманинг солиштира оғирлиги таркибидаги оксиллар миқдорига боғлиқ бўлиб 1.025 – 1.034 га тенг.

Қоннинг ёпишқоқлиги. Қоннинг ёпишқоқлиги сувга нисбатан аниқланганда 4,5-5,0 га тенг. Қоннинг ёпишқоқлиги, асосан, унинг таркибидаги эритроцитлар ва қисман плазма оксиллари миқдorigа боғлиқ. Веноз қоннинг ёпишқоқлиги артериал қонниқидан юқорирок бўлади, бунга сабаб веноз қонда эритроцитлар CO₂ сақлаши ва диаметри бироз катта бўлишидadir. Дeпoдан эритроцитларнинг чиқиши қон ёпишқоқлигини орттиради. Плазманинг ёпишқоқлиги 1.8 – 2.2 дан ортмайди. Одам оксилни кўп истеъмол қилганда плазманинг, бинoбарин қоннинг, ёпишқоқлиги ортиши мумкин. Қоннинг осмотик босими. Осмотик босим деб ярим ўтказгич парда орқали суюқ эритмадан кўюқ эритмага эритувчининг (қон учун сувни) ўтишини таъминловчи кўч тушунилади. Қоннинг осмотик босими криоскопик усулда – музлаш нуқтасини (депрессиясини) аниқлаш орқали амалга оширилади. Қоннинг депрессияси 0.56-0.580С га тенг. Моляр (эритмада, 1 л сувда 1грамм молекуляр модда эриган) эритманинг депрессияси 1.860С га тенг. Клапейрон тенгламаси ёрдамида одам қони осмотик босими 7.6 атм.га тенг эканлигини аниқлаш мумкин. Қоннинг осмотик босими унда эриган майда молекулали моддаларнинг миқдorigа боғлиқ. Қон осмотик босимининг 60% қисми NaCl ҳисобига ҳосил бўлади. Қон, лимфа, тўқима суюқлиги ва тўқималарда осмотик босим деярли бир хил бўлади ва ўзгармайди. Қонга кўп миқдорда туз ва сув тушганда ҳам осмотик босимнинг катталиги кам ўзгаради. Қонга тушган ортикча сув буйрак орқали тезда чиқариб юборилади, бир қисми тўқима ва ҳужайрага ўтказилади, натижада осмотик босим дастлабки ҳолатга қайтади. Агар қонда туз миқдори ортса, тўқимадан сув қонга ўтади, буйрак орқали тузларни чиқариб юборилиши кучаяди. Оксил, ёғ ва карбонсувларнинг ҳазм тизимидан қон ва лимфага сурилиши, шунингдек, ҳужайра метаболизмида ҳосил бўлган майда молекулали моддаларнинг қонга тушиши осмотик босимни маълум даражада ўзгартириши мумкин. Осмотик босимнинг қондаги доимийлиги сақланиши ҳужайралар ҳаёт фаолияти учун катта аҳамиятга эга. Осмотик босим нисбий турғунлигидагина ҳужайралар фаолият кўрсата оладилар. Агар эритроцит қоннинг осмотик босимига тенг бўлган осмотик босимга эга (изотоник) эритмага солиб кўйилса, унда ҳеч қандай ўзгариш содир бўлмайди. Осмотик босими қонниқидан юқори бўлган (гипертоник) эритмага солиб кўйилса, эритроцит бужмайиб қолади. Аксинча, осмотик босими қонниқидан паст (гипотоник) эритмага солиб кўйилса, эритроцит шишиб ёрилиб кетиши мумкин. Онкотик босим. Осмотик босимни қон плазмасида эриган тузларгина эмас, балки коллоидлар плазма оксиллари ҳам вужудга келтиради. Плазма оксиллари ҳосил қилган осмотик босим онкотик босим дейилади. Қон плазмаси оксилларининг миқдори 7-8% га тенг бўлиб,

плазмада эриган тузлар миқдоридан деярли 10 баробар ортиқ бўлса ҳам, улар ҳосил қиладиган онкотик босим плазма осмотик босимнинг (7,6-8,1 атм) атига 1/200 қисмини, яъни 0,03-0,04 атм (25-30 мм, симоб уст.)ни ташкил қилади. Бунинг сабаби шуки, оқсилларнинг молекулалари жуда йирик бўлиб, плазмадаги кристаллоидларнинг молекулаларига нисбатан бир неча баробар кам. Қонда албуминлар миқдори энг кўп. Унинг ҳажми глобулин ва фибриногенникига нисбатан кичик. Шунинг учун ҳам қон плазмасининг онкотик босими 80% ни албуминлар ҳосил қилади. Қон плазмаси онкотик босимининг миқдори кичик бўлишига қарамай, қон билан тўқима орасида сув алмашинувида аҳамияти каттадир. Онкотик босим филтрация ходисаларига тўқимааро суюқлик, лимфа, сийдик ҳосил бўлиши, ичакда сув сўрилишига асосланган физиологик жараёнларга таъсир қилади. Одатда қон плазмасидаги юқори молекулали оқсиллар капиллярларнинг эндотелиал деворидан ўта олмайди. Оқсил молекулалари қон томирлари ичида қолиб, қонда бир қадар сув ушлаб туради. Қон оқсиллари қон ва тўқималардаги сувни нисбий доимий миқдорда сақлаб туради. Қонда оқсил миқдори камайганда шиш вужудга келади, чунки қон томирларда ушлаб турувчи омил (оқсил) камайганлиги туфайли сув тўқимага чиқиб кетади. Э р и т р о ц и т л а р – қоннинг энг кўп ҳужайра элементлари; ўлчамига қараб нормоцитлар, микроцитлар ва макроцитлар фарқланади. Одам ва бошқа сут эмизувчилар эритроцитларида ядролар, митохондриялар, оқсил синтезловчи тузилмалар йўқ. Эритроцитлар учун гомоген цитоплазма ва унда гемоглобин борлиги хос. Гемоглобин оқсили ҳисобига эритроцитларнинг 34% умумий ва 90-95% куруқ массаси тўғри келади. Барча эритроцитларнинг 85% яқинини дискоцитлар ташкил қилади, икки томони ботик диск шаклига эга, бу диффузион афзаллик – эритроцитларни асосий функцияларини – қоннинг нафас газларини ташишга имкон яратади. Эритроцитларни бу шаклида, уларни диффузион юзаси анча ошади, катта одамда 3800 м² ни ташкил қилади. Қолган 15% эритроцитлар ҳар хил шаклга, ўлчамга ва ҳужайра юзасида ўсиқлар борлигига эга. Эритроцитлар структурасида строма ажратилади, у ҳужайра гавдаси ва юза қавати -мембранадан ташкил топган. Эритроцитларни ҳужайра мембранасини тузилиши ядроли ҳужайралар мембранасига ўхшаш. Эритроцитлар мембранасида ва цитоскелетида спектрин оқсидан ташқари рецептор оқсиллари – гликопротеидлар, католитик оқсиллар – ионлар транспортида ва мембранада каналлар ҳосил қилишида иштирок этувчи ферментлар аниқланган. Энг асосий гликопротеидлардан бири – гликофорин, улар эритроцитлар мембранасини ташқи ва ички юзаларида сақланадилар. Гликофорин таркибида жуда кўп миқдорда сиал кислотаси бор ва у катта манфий зарядга эга. Эритроцитлар

тузилишининг хусусияти, уларнинг шакли ҳар хил физиологик ва физик-кимёвий хоссаларига сабаб бўлади. 1. Эритроцитлар пластиклиги – буларни 2,5-3 мкм гача диаметрға эға бўлган тор, буралма капиллярлардан ва микро тешиклардан ўтганда қайтар деформацияға эға бўлиш қобилияти. Пластиклик қобилият дискоид эритроцитларда ифодаланган; нормал дискоид эритроцитнинг ўлчами 7,2-7,5 мкм.ни ташкил қилади. 2. Эритроцитларнинг осмотик чидамлиги Эритроцитларда осмотик босим қон плазмасига нисбатан бир мунча юқори, бу ҳужайра тўрғорини таъминлайди. Эритроцитларни гипотоник муҳитға солганда осмотик ёки коллоид-осмотик гемолиз содир бўлиши мумкин. Бунинг сабаби эритроцит ичига сув мембрана ёрилиб ва гемоглобин атрофдаги муҳитға чиққунича киради. Катта ёшли одамларда эритроцитларни осмотик чидамлигини шуни кўрсатдики, 50% яқин эритроцитлар 0,43 % натрий хлорид эритмасида гемолизға учрайди. Эритроцитларни гипертоник эритмага солганда улар буришиб қолишади, бу уларнинг сув йўқотиши билан боғлиқ. 3. Эритроцитларни креатор алоқаларни таъминлаши Ҳозирги вақтда эритроцитлар қоннинг нафас газларини ташишдан ташқари ҳар хил моддаларни идеал ўтказишини таъминлаши аниқланган. Бу эритроцитларға ҳужайралар-аро алоқани амалға оширишға имкон яратади.

ЭРИТРОЦИТЛАРНИ АСОСИЙ ФУНКЦИЯЛАРИ 1. O_2 ва CO_2 , аминокислоталарни, липидларни, нуклеотидларни ҳар хил орган ва тўқималарға транспорти, бу репаратив-регенератив жараёнларға имкон яратади. 2. Детоксикацияловчи функция – эндоген, экзоген, бактериал ва нобактериал токсин маҳсулотларни адсорбциялаш ва уларни инактивациялаш хусусиятиға боғлиқҳолда амалға ошади. 3. Эритроцитларни муҳим функцияси гемоглобин ҳисобига, қоннинг умумий буфер сиғимининг 70% ни таъминловчи организмни кислота-асос ҳолатини бошқаришда иштирок этиши ҳисобланади. 4. Эритроцитлар қон ивиш ва фибринолиз жараёнларида, шу системалар ҳар хил ферментларини уларнинг мембраналарида адсорбциялаш ҳисобига тўғридан-тўғри иштирок этадилар. 5. Организмнинг иммунологик реакцияларида - агглютинация, преципитация, лизис, опсонизация реакцияларида, цитотоксин типдаги реакцияларда иштирок этиш. Бу эритроцитлар мембранасида антиген (агглютиногенлар) хоссасига эға бўлган специфик полисахарид – аминокислотали бирикмаларнинг борлиги туфайлидир. **А. Гемоглобиннинг структура характеристикаси. Г е м о г л о б и н** (грекчада *hema*–қон ва лотинчадан *globus* – шарча) O_2 ва CO_2 ни транспортини таъминловчи энг асосий нафас оксилларига киради. Гемоглобин – бу ҳамма умуртқали ва умуртқасиз

хайвонлар эритроцитларнинг асосий компонети Ҳар бир эритроцитда 28 млнга яқин гемоглобин молекуласи сақланади. Гемоглобин – мураккаб протеин, хромопротеидлар (гемопроteidлар) синфига таълуқли, темир сақловчи гем гурухи ва оксил қолдиғи глобиндан тузилган. Гем қисми 4% ва оксил қисми 96% ташкил қилади. Гемоглобиннинг молекуляр массаси 64500 Дга тенг. Гемоглобин – бу IX протопорфиринни темир билан комплекс бирикмаси – Катта одам қонида HbA (95 – 88%, уни HbA, деб белгиланади), ҳамда HbA2 (2-2,5%), HbF (0,1-2%) сақланади.

Ландштейнер ва чех врачл Я.Янский 1901-1903 йилларда одамлар эритроцитларда асосий антигенлар агглютиногенлар борлиғни аниқлашди. • Қон зардобида эса уларга мос келувчи антитела – агглютинин бор. Бу эса, одамлар қон гурухларини ажратиш учун асос бўлиб хизмат қилади. • А н т и г е н л а р табиий ёки суъний юқори молекуляр полимерлар бўлиб, генетик ва ёт ахборотни ташийди. Антителалар – иммуноглобулинлар, ҳосил қиладиган антиген. Бу антиген асосида ҳосил бўлган иммуноглобулин бир номдаги антиген билан боғланиб, бир қанча реакцияларни келтириб чиқаради. Жумладан агглютинацияни. Натижада антиген бўлакчаларининг бир-бирига ёпишиши содир бўлади. Ҳар хил қон гурухлари бир системага жамланиб, яъни ABO, Rh-hr уларни ташкил этади. Антиген системалар ABO ва Rh-hr клиник аҳамиятга эга. • Бу бирикма система бўйича қон қуйишда иммунологик муаммолар кўп асоратларга сабаб бўлиши мумкин. • А н т и г е н л а р (агглютиноген) A ва B полисахаридлар ҳисобланади. Улар эритроцитлар мембранасида жойлашади ва оксил, липидлар билан бириккан ҳолда бўлади. • А н т и т е л а л а р (агглютинин) α ва β қон плазмасида мавжуд бўлиб, бир хил номдаги агглютиноген ва агглютининлар бир одам қонида учрамайди. • ABO системаси бўйича одамлар қон гурухларини ажратиш эритроцитлар агглютиноген комбинацияларига ва плазма агглютининларига асосланган. • ABO системаси бўйича 4 қон гурухи маълум, яъни улар O α ва β (1), A β (2) иккинчи, B α (3) учинчи, ABO (4) – тўртинчи. • 1 гурпада эритроцитлар таркибида AB агглютиногенлар йўқ. Шунинг учун у O гурух ҳисобланади. Аммо плазмада α ва β агглютининлар бўлади. 2 гурпада эритроцитлар таркибида агглютиноген A, плазма таркибида агглютинин β бўлади. 3 гурухда эса эритроцитлар таркибида агглютиноген B, плазма таркибида агглютини β бўлади. • IV гурпада эритроцитлар таркибида A ва B агглютиноген-лар бўлади. Плазма таркибида α ва β агглютининлар бўлмайди. Эритроцитларда AB агглютиногенларнинг ҳар хилли топилган. Масалан, A1–7, B1–6 агглютиногенлар антиген хусусиятлари билан фарқланади. Шунингдек плазмада ҳам топилган, шу

сабабли экстра агглютинин номи берилган. • Бундан ташқари ҳар хил қон гуруҳли одамларда иммун анти – А ва анти В антителалар ҳам топилган. АВО системаси бўйича бир хил номдаги антиген (агглютиноген) ва антитела (агглютинин) бир-бири билан учрашиши натижасида иммунологик муаммолар келиб чиқиши мумкин. Натижада эритроцитлар агглютинацияси (ёпишиши) содир бўлади. • Иммунологик муаммолар қуйидаги жараёнларда кузатилиши мумкин. • а) Қон қуйишда, қон гуруҳи тўғри келмаганда. Масалан: реципиент II гр А β бўлса донор III Вα бўлса ёки аксинча. в) қуйиладиган қонда экстра агглютининлар α1 ва α2 ортиб кетган ҳолларда, г) кўп қон қуйганда (200 млдан ортиқ) (I) О α ва β гр ва бошқа қон гуруҳидаги одамларда ёки АВО (IV) гуруҳ қон группасидаги одамлар билан қон гуруҳи тўғри келмаслигида. • Юқоридагилардан ҳулоса қилиб, қон қуйилганда бир хил номдаги агглютиноген ва агглютининлар учрашмаслигига ҳаракат қилиш керак. (Эътибор берилиши) керак, акс ҳолда, эритроцитлар агглютинацияси ўлимга олиб келиши мумкин. Шунинг учун қон берадиган одамларда донор эритроцитлар таркибидаги агглютиногенларга аҳамият бериш керак. Реципиентни эса, плазмасидаги агглютининларга аҳамият бериш керак. • Қон берувчи одамларнинг (донорлар) эритроцитларидаги агглютиногенларига эътибор беришади. Реципиент ёки қон олувчи одамларда эса плазмадаги агглютининларга эътибор бериш керак. • Баъзи ҳолларда (шошилиш ҳолларда) Оттенберг қондасига риоя қилинади. Гуруҳ агглютиногенларни сақламайдиган Оα β (I) қон гуруҳини бошқа гуруҳ реципиентларига қуйилиши мумкин. • Шунинг учун қон гуруҳи О α β бўлган одамларни нисбий универсал донор дейишади. Баъзи ҳолларда қон таркибида агглютинини бўлмаган АВО (IV) қон гуруҳли реципиентга қуйидаги қон гуруҳларини қуйса бўлади, булар I (Оα β) II (α β) ва III (βα) қон гуруҳли донорлардир. • Бироқ бу ҳолларда қуйиладиган қон миқдори чекланган бўлиши керак, яъни 200 мл ошмаслиги керак, шунинг учун ўткир қон йўқотган беморларга аста-секинлик билан қон қуйилади. Болаларда қон гуруҳи қандай бўлса, худди шу гуруҳдаги одамдан қон олинади. • Р е з у с – омил қуёнларни макака маймунининг қони билан иммунизация қилинганда К. Ландштейнер ва А. Виннер томонидан аниқланган. Резус системадаги (Rh) антигенлар липопроteidлар бўлиб ҳисобланади. 85% Европоидларни эритроцити таркибида Rh-агглютиноген бор, монголоидларни эса 100% эритроцити таркибида Rh-агглютиноген бор. Бундай қонга эга одамларни резус омили мусбат (Rh+) ҳисобланади. 15% одамларни эритроцити таркибида резус –антиген йўқ. Бундай одамларни резус омили манфийдир. (Rh-). Ҳозирги вақтда резус системадаги ҳар хил антигенларга таъриф

берилган. Буларни энг муҳими RhO(D), rh'(C) ва rh''(E) бўлиб ҳисобланади. ЭКГ актив антиген бу антиген Д. бу антиген ёрдамида резус – тегишлик аниқланади. • Резус системани ABO системасидан асосий фарқи шундаки, уларни таркибида туғма антителалар бўлади. Резус-манфий одамга резус-мусбат қони қуйилса резус антитела (резус-агглютинин) шаклланади. • Резусни антиген системаси бўйича қуйидаги ҳолатларда, иммунологик муаммолар келиб чиқади: а) такрор ҳолатда резус манфий одамга резус мусбат одам қони қуйилганда, б) ҳомиладорлик даврида, она қони резус манфий, бола эса резус мусбат бўлганда. • Агар резус мусбатли донор қонини резус манфий реципиент қонига қуйилса специфик антирезус агглютинин (Rh-антитела) ҳосил бўлади. • Такрор ҳолатда резус мусбат қонини реципиентга қуйилганда, донорни эритроцитларини агглютинацияси натижасида гемотрансфузиони шок содир бўлади. Шунинг учун такрор ҳолатда кўп қон қуйилганда реципиент ва донорни резус-тегишлилиги аниқланиб, шунга асосланиб резус-манфий одамга резус манфий қон қуйилади. • Ҳозирги даврда аёллар ва болаларга резус тўғри келадиган қон қуйилади. • Қонни резус омили тўғри келмаслиги болада гемолитик анемия келиб чиқишига олиб келади. Агар она қони резус-манфий, ота қони резус мусбат бўлса, бола қони резус мусбат бўлиши мумкин. Агар резус мусбат қонли болага эга бўлган ҳомиладор онада томирли плацентар барьер бутунлиги бузилиши натижасида она қонида антирезус – агглютинин ишлаб чиқарилади. • Ҳомила Rh+ қони она Rhқонига тушганда Rh- антитела ишлаб чиқарилганда шундай ҳолатлар кузатилади. Она қони плаценти орқали ҳомила қонига тушганда эритроцитлар агглютинациясига ва кейинчалик гемолизига олиб келади. Бунинг натижасида янги туғилган болада оғир гемолитик анемия шаклланади. Бундай ҳолатни ўзига хослиги шундаки, яъни гемоглобин миқдори паст ва эритроцитлар миқдори кам бўлади. • Бундан ташқари яна бир қанча антиген системалари маълум, буларнинг ичидан энг муҳим аҳамиятга эга бўлган системалар Келл-Челано, Даффи, Кидд системаларидир. 1 қон гуруҳига эга бўлган шахсларда, айрим ҳолатда Н-антиген учрайди.

Мавзу № 38: “Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	<i>3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот</i>

<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш, таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш. Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; .
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.

Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№38 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерликда жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми. Қон кетишнинг клиник белгилари. Артериал қон босими ва томир уришини аниқлаш.

АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИНИ ЎЛЧАШ ҚОИДАЛАРИ Тонометр билан систолик ва диастолик артериал қон босимини (АҚБ) билвосита аускультация ёрдамида ўлчаш усули. Умумий амалиёт врачининг вазифаси: - артериал гипертонияни аниқлаш.

Кўрсатмалар: врачгача бўлган қабулда ҳамма беморларга, йилда камида бир марта; касаллик аниқланганда – кўрсатма бўйича.

Қарши кўрсатмалар: йўқ

Керакли шароит ва анжомлар: тонометр (стандарт манжета кенглиги 12 см, семиз беморлар учун 18 см, болалар учун унинг ёшидан келиб чиққан ҳолда манжета кенглиги танланади), фонендоскоп. АҚБ ўлчанишидан олдин бемор адреностимуляторларни қўллаши мумкин эмас, ҳамда 30 – 60 дақиқа ичида чекмаслиги ва таркибида кофеин бўлган ичимликларни (кокакола, қахва,

какао, чой ва бошқалар) ичмаслиги лозим. АҚБ бемор 5 дақиқа тинч ҳолатда ўтирганидан сўнг ўлчаниши ва у қулай шароитда бўлиши лозим.

Артериал қон босимини ўлчашда қадам – бақадам бажариладиган ҳаракатлар.

№	Ҳаракатлар кетма – кетлиги	Бажарилиши
1.	Тонометрни тайёрлаш	АҚБ ўлчашдан олдин аппарат ишлаётганлиги текширилади. Стрелка кўрсаткичи “0” да турган бўлиши лозим (31-расм). Врач тонометрнинг беморга мос манжетасини танлаши керак.
2	Беморнинг ҳолати	АҚБни бемор турган, ўтирган ва ётган ҳолатида ўлчаш мумкин, лекин ҳамма ҳолатларда ҳам қўл юрак сатҳида бўлиши лозим. Қўл яланғоч бўлиши, унинг манжета устидаги қисми ҳам кийим билан сиқилмаслиги керак. Беморнинг қўли столга таяниши ва тирсаги юрак сатҳида жойлашиши зарур. Ўлчаш вақтида бемор гаплашмаслиги, оёқлари чалиштирилмаган бўлиши керак.
3	Манжетани қўйиш	Врач манжетанинг пастки четини тирсакдан 2 – 3 см юқорига қўйиши, резина ҳаво чиқаргичи а. Brachialis йўли бўйлаб жойлашиши лозим .
4	Стетоскопни қўйиш	Бунда манжета ва қўл орасида битта бармоқ

		жойлашадиган жой бўлиши керак.
5	Ўлчаш	Врач манжетага мўлжалдаги АҚБ дан тахминан 20 – 30 мм сим. уст. дан ошириб ҳаво юборади (бу билак артериясида пульсинг йўқолишига қараб аниқланади). Кейин манжетадаги ҳаво ҳар бир юрак уришида 2 мм.сим.уст тезлигида чиқарила бошланади. Коротков тонларининг пайдо бўлиши ва йўқолиши вақтларидаги манометрнинг кўрсатишларини ёзиб қўйиш керак. Коротков товуши дастлаб пайдо бўлгандаги систолик, тонларнинг тўлиқ йўқолиши пайтидагиси эса, диастолик босим ҳисобланади.
6	Қайта ўлчаш	Врач манжетадаги ҳавони бутунлай чиқариб юбориши ва 2 дақиқадан сўнг қайта ўлчаш керак, агар олинган интерваллар ўртасидаги фарқ 5 мм сим.уст. дан ошса, у ҳолда учинчи марта қайта ўлчаш лозим. Шу билан бирга бошқа қўлдаги босимни ҳам ўлчаб кўриш керак.
7	Натижа	Икки марта ўлчангандан сўнг олинган кўрсатишларнинг ўртачаси АҚБ деб ҳисобланади..
8	Оёқларда АҚБни ўлчаш (зарур бўлган	Оёқларда қон босимини

	холларда ўтказилиши лозим).	ўлчаш учун қоринда ётган беморнинг сонига манжета қўйилади ва тизза ости чуқурчасидаги тизза ости артерияси эшитилади. Меъёрида у қўлларга нисбатан 10-20 мм сим. уст.га юқори бўлади.

Артериал қон босими — қон томир тизими ишини характерловчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Қон босимини юракдан вақт бирлигида отилаётган қон ҳажми ва томирларнинг қаршилиги белгилаб беради. Қон юрак ҳосил қиладиган томирлардаги босим градиентининг таъсири остида ҳаракатланганлиги учун, унинг энг юқори босими юракдан чиқиш жойида (чап қоринчада), бундан сал пастроғи артерияларда, капиллярларда ундан ҳам паст, энг паст эса веналарда ва юракка киришда (ўнг бўлмачада) бўлади. Юракдан чиқаверишда аорта ва катта артериялардаги босим кам фарқ қилади (5 – 10 мм сим.уст), чунки ушбу томирларнинг диаметри катта бўлгани учун гидродинамик қаршилиги паст. Худди шу зайлда катта веналар ва ўнг бўлмачадаги босим ҳам кам фарқланади. Қон босимининг энг кўп пасайиши кичик томирларда: артериолалар, капиллярлар ва венулаларда юз беради. Юқоридаги рақам — систолик артериал босим бўлиб, юрак сиқилиб қонни артерияларга отиб берган пайтда артериялардаги қон босимини кўрсатади. Пастки рақам — диастолик босим бўлиб, юрак мушагининг бўшашиши вақтида артериялардаги босимни кўрсатади. Диастолик босим — бу артериялардаги энг кам босимдир. Қон томирлар бўйлаб ҳаракатланган сайин қон босими ўзгаришининг амплитудаси пасайиб боради, веноз ва капилляр босимларнинг юрак циклининг босқичларига боғлиқлиги кам. Соғлом одамда артериал қон босимининг кўрсаткичи одатда (систолик/диастолик) 120/80 мм сим. уст.га тенг, катта веналардаги босим эса нолдан бир неча мм.сим.уст га паст (атмосфера босимидан паст). Систолик ва диастолик артериал қон босимлари орасидаги фарқ (пульс босими) меъёрида 30 – 60 мм сим.уст.ни ташкил этади.

Эслаб қолиш лозим! Қўлларда АҚБнинг юқорилиги аниқланганда оёқларда АҚБни ўлчаб кўриш лозим, айниқса ёшларда. Кекса ёшдаги одамларда (60 ёшдан катта) ёши кичикларникига нисбатан кўпроқ ортостатик гипотензия юзага келади, айниқса гипотензив дори воситалари билан

даволанаётганларида. Шунинг учун уларда АҚБни фақат ўтирган ҳолатда эмас, балки 2 – 5 дақиқа тинч ҳолатда бўлгандан сўнг ётган ҳолатда ҳам ўлчаш лозим.

АҚБнинг “ёлғондакам” кўтарилишига олиб келувчи куйидаги бир неча сабаблар мавжуд: - Семириш. - «Ташриф гипертонияси». - Елка артериясининг склерози (катта ёшдагиларда). Стандарт манжета ишлатилганда АҚБни ўлчаш натижаларининг елка диаметрига боғлиқлик даражасини ҳисобга олиш лозим. Шунинг учун АҚБни ўлчашда беморни елкасининг ўлчамлари ва ёшидан келиб чиқиб манжета танлаш муҳим аҳамиятга эга.. Болаларда ва жуда озиб кетган беморларда стандарт манжетанинг ишлатилиши кўрсатишларнинг пасайишига олиб келади, чунки ҳаво босими артериал қон томирни тўлиқ қисиб қолади. Аксинча мушаклари яхши ривожланган беморларда эса, қисқа ва ингичка манжета ёрдамида унинг қалин тўқималари орасидаги елка артериясини сиқиш қийин бўлганлиги сабабли, ортиқча босим ҳосил қилиш лозим бўлади. Кўрсатиладиган босим ҳақиқийсидан юқорироқ бўлиб чиқади. Одатда манжетанинг газмол қопламаси ичида жойлашган резинали қопчанинг ўрта қисмини елка артериясига жойлаштириш кераклигига кам эътибор берилади. Кўпгина замонавий асбобларда ушбу қисмда белги қилиб қўйилган ва ушбу белгини тўғри жойлаштириш ҳақида қўлланма илова қилинган.

Мавзу № 39: “Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетишларнинг сабаблари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетишларнинг сабаблари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III

	даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетишларнинг сабаблари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетишларнинг сабаблари. -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги кон кетишларнинг сабаблари. -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№39 мотивация. (Мавзу баёни) Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш синдроми. Туғруқни III даври ва илк туғруқдан кейинги даврдаги қон кетишларнинг сабаблари.

Нормал ҳолатда туғруқда аёл 300-450 мл миқдорда қон йўқотади. Маълумки, плацента жойлашган қисмидан туғруқнинг I- II давларида бачадон деворидан ажралмайди. Бунга сабаб ўзидан ажралган прогестерон бачадоннинг биоэлектрик ҳолатини ўзгартириди, уни бирданига қисқаришини пасайтириди, фармакологик реактивлигини сусайтиради, серотониннинг тонусини оширишини тўхтатади.

III даврда қон кетиши сабаблари

- Йўлдошнинг бачадон деворидан нотўғри ажралиши
- Ажралган йўлдошнинг бачадонда тутилиб қолиши
- Туғруқ йўлидаги жароҳатлар
- Гипотоник қон кетиши
- Плацентанинг бачадон деворига қаттиқроқ ёки қаттиқ ёпишиши

Йўлдош ажралиш давридаги қон кетишлар айрим ҳолларда нормага нисбатан чуқурроқ бачадон деворига ёпишиши билан боғлиқ.

Клиникаси.

Плацента бирикиш аномалиясида қон кетиш асосий симптом ҳисобланади. 30 минут давомида қон кетиш ёки плацента ажралиш белгилари кузатилмаса, бачадон тонусини оширувчи воситаларнинг фойдаси бўлмаса, 10 минутдан кейин бачадон бўшлиғи қўл билан тозаланади. Қон кетиш 300мл дан кўп бўлган ҳолларда ҳам бачадон бўшлиғи қўл билан текшириб кўрилади. Плацента чин бирикишини

плацентани бачадон деворидан жарроҳлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади ва Креде усули қўлланади (22.1.-расм),. Тўлиқ зич бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса, куч ишлатилмаса қон

22.1.-расм. Креде усули. кетиш кузатилмайди.

Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиш кузатилмаса, плацента ажралиш белгилари кузатилмаса ҳамма аёлларда плацента қўл ёрдамида ажратилади.

Плацента ажралишининг ушланиб қолиши

Плацента ажралишининг ушланиб қолишида қон кетмаслиги мумкин. Агар йўлдош кўринаётган бўлса, аёлга кучаниб уни итаришини сўранг. Агар қинда йўлдош борлигини сезсангиз уни олиб ташланг. Сийдик пуфаги бўшлиғига ишонч ҳосил қилинг. Заруриятга қараб, сийдик пуфагини катетеризация қилинг.

Агар йўлдош ажралмаган бўлса, III даврни актив олиб борилганда ҳали ишлатилмаган бўлса, 10 бирлик окситоцинни м/о га юборинг.

Эргометринни ишлатманг, чунки бу препарат бачадоннинг тоник қисқаришларига ва йўлдошнинг ушланиб қолишига олиб келади. Агар окситоцин билан олиб борилган стимуляциядан 30 минутдан сўнг йўлдош ажралмаса, бачадон қисқарган бўлса, у ҳолда киндик тизимчасини назоратли тортиш йўлидан фойдаланинг.

Эслатма: Киндик тизимчасини қаттиқ тортишдан ва бачадон тубига қаттиқ босишдан эҳтиёт бўлинг, чунки бундай ҳаракатларингиз бачадоннинг ағдарилиб қолишига олиб келади. Агар киндик тизимчасини назоратли тортиш фойда бермаса, у ҳолда плацентани қўл билан ажратишга киришинг (22.2.-расм).

Йўлдошни қўл ёрдамида олиб ташлаш.

Кўрсатмаларни баҳоланг.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ва т/и га суюқлик куйишни бошланг.

- Рухан қўллаб-қувватланг. Диазепам в/и га оҳиста юборинг ёки кетамин куйинг.
- Олдини олувчи антибиотикларнинг бир марталик миқдорини белгиланг
 - о Ампициллин в/и 2г+метронидазол в/и 500 мг;
 - о Ёки цефазолин в/и 1г+метронидазол в/и 500 мг
- Киндикни қисқичда ушлаб туринг. Полга параллел жойлашгунга қадар киндикни эҳтиёткорлик билан тортинг.
- Зарарсизлантирилган қўлқоп кийиб, қўлингизни қинга киритинг ва киндик бўйлаб уни бачадон ичига олиб боринг.

- Киндикни кўйиб юборинг ва бачадон ағдарилишининг олдини олиш, бачадон тубини ушлаб қолиш ва йўлдошни олиб ташлашда боғламларини четга суриш учун иккинчи кўлингизни она қорнига кўйинг.

Эслатма: Агар бачадон ағдарилиши рўй берса, уни ортига қайтаринг.

Киндик тарафдан йўлдош чети аниқлангунча бармоғингизни илгарилаб боринг.

Киндик узилиши содир бўлса, кўлингизни бачадон бўшлиғига киритинг. Йўлдош ва бачадон ўртасидаги чегарани аниқлаш учун бачадоннинг ички бўшлиғини текшириб кўринг.

Ўрнашган жойидан плацентани ажратинг, йўлдош ва бачадон девори ўртасида бўшлиқ ҳосил қилиш учун бармоқларингизни зич тутинг ва кафтингиз ёнларини ишлатинг.

Плацентанинг ҳамма қисмлари бачадон деворидан ажралгунча, у бириккан жой соҳасида аста-секин муолажа ўтказинг.

Агар плацента бармоқларингизнинг хушёрлик билан аррага ўхшаш ҳаракати оқибатида бачадон устки қаватидан ажралмаётган бўлса, плацента бачадонга ўсиб кирганлигини фараз қилинг ва лапаротомия ёки субтотал гистерэктомия ўтказинг.

Плацентани ушланг ва аста-секин кўлингизни йўлдош билан бирга бачадондан чиқариб олинг.

Бошқа кўлингиз билан бачадонни қовдан узоқлаштиришни амалга оширишни давом этинг, бачадондан чиқаётган кўлнинг ҳаракатига қарама-қарши йўналишда ҳаракатлантиринг.

Кўлни бачадон бўшлиғидан чиқариб олиш

Бачадон бўшлиғи ички юзасини текширинг ва йўлдошнинг ҳамма тўқималари олиб ташланганига амин бўлинг.

Окситоцин в/и 20 бирл, 1 литр эритмада (физ эритма ёки Рингер лактати) 1 мин 60 томчи тезликда юборинг.

Бачадоннинг тоник уришини амалга ошириш учун, ёрдамчидан бачадон тубини ташқаридан массаж қилишни сўранг.

Давомий кўп қон кетиши кузатилса, эргометрин м/и 0,2мг ёки простагландин юборинг.

Плацентанинг бачадон юзасини текширинг ва унинг тўлиқлигига амин бўлинг. Агар плацента тўқималаридан бири қолиб кетган бўлса, уларни олиб ташлаш учун бачадон бўшлиғини текширинг.

Аёлнинг туғруқ йўллари дикқат билан кўриб чиқинг ва бачадон бўйни, қин ёки ораликни эпизиотомиядан кейин тўлиқлигини тикланг.

Муаммолар.

- Агар йўлдош ушланиб қолиши контракцион ҳалқа сабабли вужудга келса, ёки туққанидан кейин бир неча соат ёки кун ўтган бўлса, кўлни бачадон бўшлиғига киритиш имкони бўлмай қолиши мумкин. Йўлдош қисмларини икки бармоғингиз, тўмтоқ қисқич ёки катта кюретка ёрдамида олиб ташланг.

Муолажадан кейинги парвариш.

Тинчлантириш учун белгиланган в/и дорилари таъсири ўтгунча аёлни дикқат

билан кузатинг.

Аёл ҳаётий фаолиятларини (томир уриши, қон босими, нафас олиши) келгуси 6 соат ичида ёки меъёрига келгунча ҳар 30 дақиқада ўлчаб, уни кузатинг. Бачадон қисқарганлигига амин бўлиш учун унинг тубини пайпасланг.

Ортиқча оқмалар чиқишини назорат қилинг.

Вена ичига суюқлик юборишни давом этинг.

Зарурият туғилса, қон қуйишни амалга оширинг.

Эслатма: Агар тўқималар жуда қаттиқ ёпишиб қолган бўлса, бундай ҳолат йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши деб аталади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларни гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

Плацентанинг зич ва чин бирикиш этиологияси ва патогенезини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

Ҳомиладор аёл организмнинг ҳолати, эндометрий ва миометридаги структур-морфологик ўзгаришларга боғлиқ..

Хорион ворсинкалари гиалуронидаза ферментининг активлигига боғлиқ..

Юқоридаги иккала омилнинг бирга келиши.

Плацента чин бирикишини плацентани бачадон деворидан жарроҳлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади, тўлиқ зич бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса, куч ишлатилмаса қон кетиш кузатилмайди. Плацентани тўлиқ ажратиш иложи бўлмаса, гемотрансфузияни бошлаб бачадонни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти қўлланилади.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажралмаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

Тугрукдан кейинги жинсий органлардан қон кетиш ҳозирги кундаги жиддий муаммолардан бири бўлиб келмокда. Муаммонинг жиддийлиги ДВС, оналар улими ва перинатал улимда биринчи уринни эгалловчи шок ҳолатининг кабилар билан изоҳланади. Уз вақтида ташхис қуйиш ва коррекция, тиббий ёрдамнинг биринчи босқичи бўлиб ҳисобланади ва бу умумий амалиёт врач зиммасига юклатилади. Малакавий босқичма – босқич тиббий ёрдам реаниматолог, гемотрансфузиолог, қон-томир жарроҳлари ва бошқа мутахассисликдаги врачлар ҳамкорлигида ёрдам курсатилади. Муаммонинг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда, талабаларга ушбу паталогиянинг этиопатогенетик асосларини, классификациясини, эрта ташхис усуллари ва касалликни олдини олишни ургатиш зарурияти тугилади. Қон

кетишнинг огир формасида биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, қайта тикланиш ва интенсив терапия асосий коидаларини ургатиш ҳам шулар сирисига киради.

Тугрукдан кейинги даврдаги кон кетиши йулдошнинг бачадон деворларига, баъзан одатдагидан бошқачарок бирикиши замирида юзага келади. Бунда йулдошнинг бачадон деворларига нотугри бирикишининг 2 шакли ажратилади. Йулдошнинг зич бирикиши (*placenta ahaerens*) ва йулдошнинг ёпишиши (*placenta accrete*). Йулдошнинг бачадон деворига зич бирикиши бачадон мушак деворлари билан орасида жойлашган ажралиб турувчи лабсимон катлам атрофияси натижасида юзага келади. Бу кам ҳолларда тулалигича, купрок қисман бўлиши мумкин. Қисман ёпишган ҳолларда йулдошнинг алоҳида булакчалари ёки унинг каттарок қисми бачадон деворига нотугри бириккан бўлади. Бунда хорион тукчалари эндометрий катламидан ташқарига чиқмайди. Йулдошнинг бачадон деворларига зич бирикиши уртача 0,69 % ҳолатларда учрайди.

Йулдошнинг бачадон деворига ёпишиб усиши бачадон мускул катлами билан хорион тукчалари орасида децидуал қобикнинг ажралиб тушувчи катламнинг булмаслиги ва тукчаларнинг бачадон мускул катламигача бориши ҳамда унинг ичига кириши билан белгиланади. Йулдошнинг ёпишиб усиши Тула ёки қисман бўлиши мумкин. Йулдошнинг тулалигича бачадон деворига ёпишиши жуда кам ҳолларда: тахминан 24506та тугрукдан биртасида учрайди. (Персианинов А.С.Рассриги Н.И.1983). Йулдошнинг ёпишиб усиши аксарият ҳолларда такрор тугувчи аёлларда кузатилади.

Йулдошнинг зич бирикиши ва бачадон деворларига ёпишиб усиши бир-хил омиллар билан шартланган бўлади.

1. Хомиладор аёл организмнинг ҳолати эндометрий ва миометрийдаги структур – морфологик узгаришларига боғлиқ омиллар;
2. Хорион тукчалари гиалуронидазаларининг фермент фаоллиги ва бачадон децидуал қобикнинг химояловчи роли Билан боғлиқ омил.
3. Юқорида айтиб утилган омилларнинг бирлашувига асосланган омил.

1- гуруҳ. Омилларига дегенератив ва атрофик характерга эга ажратиб тушувчи қобикнинг чуқур шаклий анотомик узгаришларни мисол қилиш мумкин.

Бу кечки токсикоз огир кечадиган хомиладорларда илгарирок эндометрит булганлиги натижасида ривожланади. Шунингдек, олдинги тугруклари нуксонли кечган ва жаррохлик аралашуви булган аёлларда сурункали буйрак касалликлари булганда ҳам ривожланади.

2-гурух сабаблари хорион тукчалари децидуал кобик уртасида гиалурон кислота – гиалуронидаза тизимидаги физиологик мутаносиблик бузилиши билан боғлиқ. Нормал ривожланаётган хомиладорликда децидуал тукима мускул хорионининг кришидан саклайди. Йулдош бачадон деворига нотугри бирикишида хорион тукчалар фаоллиги кескин ортади. Йулдошнинг бачадон деворига нотугри бирикишининг бирламчи белгиларидан, одатда тугрукнинг III даврида бошланадиган кон кетиш ҳисобланади, аммо йулдош уз урнига бутунлигича бириккан булиб тушишини бошлаган бўлса кон кетмаслиги мумкин. Камдан – кам ҳолларда йулдош ёпишиб усганда хорион тукчалари бачадоннинг сероз катлами ва мускул катламларига кириб боришида тугрукдан анча олдин бошланиши мумкин бўлган корин бушлигига кон кетиши кузатилади. Кон кетиш ва 30 дақиқа давомида йулдош ажралиш белгилари бўлмаганда кискартирувчи препаратлар (томирдан глюкоза эритмаси+ 1мл окситосин юборилиши). Натижасиз кулланилиши ҳолатларида 10 дақиқадан сунг йулдошни кул билан ажратиш керак. Кон йукотиш 250-300 млдан ошганда ва йулдошнинг ажралиб тушиш белгилари бўлмаган ҳолларда ҳудди шундай операцияни зудлик билан бажарилиши керак. Йулдошнинг бирикишини бу икки шаклини билиш факатгина йулдошни бачадон деворларидан ажратиб олиш вақтидагина билиш мумкин бўлади. Йулдошнинг тулалигича бирикишида, бачадон деворларидан бутунлигича ажратиб олиш бировз кийинчилик тугдиради. Йулдошнинг ёпишиб усиши ҳолларида, уни кул билан ажратиб олиш факатгина ташхисли усул булиб ҳисобланади, қайсиқим бачадоннинг зудлик билан олиб ташлаш заруриятини тақозо қилади. Йулдош тулалигича бирикканда, унинг қисман ажралиш натижасида доимо кон кетишлар кузатилади. Йулдошнинг тулалигича бирикканида эса, унинг мажбурий тарзда ажратиб олишга ҳаракат қилинмаса ва тукчалар аро бушлик бутунлиги бузилмаса кон кетиш кузатилмайди. Йулдошни ажратиб олиш уринишлари қисман бириккан ҳолларда ҳам, тулалигича бириккан ҳолларда ҳам, факатгина плацентар туқиманинг йиртилиши ва бачадон деворларининг шикастланишига олиб келади. Бу эса янада купрок кон кетишга олиб келади. Йулдош тугилгандан кейин 0-24 соатдан бошлаб кон кетиш, тугрукдан кейинги бирламчи кон кетиш булиб ҳисобланади. Тугрукдан кейин кон кетиш жадаллашувининг ҳавфлилик омиллари булиб: прееклампсия куп сувлилик, ананезидаги тугрукдан кейинги кон кетишлар, анамнезида кесар кесиш, тугрукнинг III даврининг узок (30мин) давом этиши, жароҳатланишлар, акушерлик қисқичлари, вакуум – экстракция, тугрукни активлаштиришлар ҳисобланади. Тугрукдан кейин жинсий аъзолардан кон кетиш, этиологиясига қараб 4 катта гуруҳга бўлинади. Уларни яхшироқ эсда саклаш учун

гурухларнинг барчаси Т харфи билан бирлаштирилган бўлиб «**Туртта Т**» коидаси деб аталади.

ТУРТТА «Т»

- **Тукима**
- **Тонус**
- **Травма**
- **Тромбин**

Тукима – бу ном остида тугрукдан кейиги кон кетишларнинг сабаблари бирлаштирилган бўлиб, булар хамрох кимларининг ушланиб қолиши, йулдошнинг қисилиши, йулдошнинг бириқиш турлари билан белгиланади. Ажралган йулдошнинг ушланиб қолиши сабаблари бўлиб, паралитик ҳолат натижасида, сийдик пуфагини тулиши, қорин мускулларининг яхши ривожланмаганлиги ва бачадоннинг чузилиб кетиши (хомиланинг ката бўлиши қуп хомилалик, қуп сувлилиқ) ҳисобланади. Бундан ташқари вақтидан олдин тугруқлар, тугруқ фаолиятининг бирламчи, иккиламчи сустлиги. ҳамда тугувчи аёлларнинг ҳолдан тойиш ҳам сабаб бўлиб ҳисобланади. Йулдош қисмларининг ушланиб қолиш замирида буладиган кон кетиш сабаблари, унинг она томонидан тугилгандан кейин тулик текшириш орқали аниқланади. Йулдош юзаси силлиқ, ранги қуранг – қуқ бўлиши ва юпка децидуал парда билан уралган бўлиши қерақ. Йулдош туқимасида нуксон бўлганида, йулдошнинг бу қисми, четлари нотеқис бўлган туқ қизқил ранг билан фарқланади. Йулдошнинг хомила томонидаги қисмини қуриқдан утқазаетганда, одатда йулдош четидан утмайдиган кон томирларга эътибор берилади. Агар кон – томирлар йулдош четидан утса, парда шу ердан узилган бўлса, бачадонда қолган қушимча қисм бор деб ҳисоблаш мумкин. Йулдош қисмларининг ушланиб қолиши ҳамда парданинг қуп қисмининг қолиши ҳолатларида, зуддлик билан бачадон бушлигини текширилади ва унда қолган йулдош булақлари, ҳамда кон лахталари олиб ташланади. Бачадон бушлигини уз вақтида қул билан текшириш ишонқли гемостатик натижа беради ва қун кон кетишғни олдини олади. Бачадон бушлигининг қул билан текширишни яхши натижа бермаслиги қуп ҳолларда операциянинг қечиктириб бажарилганидан далолат беради.

Мавзу № 40: “Бачадон деворига йулдошнинг бириқиш аномалиялари (қисман жипс бириқиш ва йулдошнинг бутунлай қин бириқиши). Бачадон бўйнида қисилиши.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадон деворига йулдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йулдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадон деворига йулдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йулдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1 Бачадон деворига йулдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йулдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши. -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон деворига йулдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йулдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, организер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№40 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон деворига йулдошнинг бирикиш аномалиялари (қисман жипс бирикиш ва йўлдошнинг бутунлай чин бирикиши). Бачадон бўйнида қисилиши.

Нормал ҳолатда туғруқда аёл 300-450 мл миқдорда қон йўқотади. Маълумки, плацента жойлашган қисмидан туғруқнинг I- II даврларида бачадон деворидан ажралмайди. Бунга сабаб ўзидан ажралган прогестерон бачадоннинг биоэлектрик ҳолатини ўзгартириди, уни бирданига қисқаришини пасайтириди, фармакологик реактивлигини сусайтиради, серотониннинг тонусини оширишини тўхтатади.

III даврда қон кетиши сабаблари

- Йўлдошнинг бачадон деворидан нотўғри ажралиши
- Ажралган йўлдошнинг бачадонда тутилиб қолиши
- Туғруқ йўлидаги жароҳатлар
- Гипотоник қон кетиши
- Плацентанинг бачадон деворига қаттиқроқ ёки қаттиқ ёпишиши

Йўлдош ажралиш давридаги қон кетишлар айрим ҳолларда нормага нисбатан чуқурроқ бачадон деворига ёпишиши билан боғлиқ.

Клиникаси.

Плацента бирикиш аномалиясида қон кетиш асосий симптом ҳисобланади. 30 минут давомида қон кетиш ёки плацента ажралиш белгилари кузатилмаса, бачадон тонусини оширувчи воситаларнинг фойдаси бўлмаса, 10 минутдан кейин бачадон бўшлиғи қўл билан тозаланади. Қон кетиш 300мл дан кўп бўлган ҳолларда ҳам бачадон бўшлиғи қўл билан текшириб кўрилади. Плацента чин бирикишини плацентани бачадон деворидан жарроҳлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади ва Креде усули қўлланади (22.1.-расм). Тўлиқ зич бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса, куч ишлатилмаса қон

22.1.-расм. Креде усули. кетиш кузатилмайди.

Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиш кузатилмаса, плацента ажралиш белгилари кузатилмаса ҳамма аёлларда плацента қўл ёрдамида ажратилади.

Плацента ажралишининг ушланиб қолиши

Плацента ажралишининг ушланиб қолишида қон кетмаслиги мумкин. Агар йўлдош кўринаётган бўлса, аёлга кучаниб уни итаришини сўранг. Агар қинда йўлдош борлигини сезсангиз уни олиб ташланг. Сийдик пуфаги бўшлиғига ишонч ҳосил қилинг. Заруриятга қараб, сийдик пуфагини катетеризация қилинг. Агар йўлдош ажралмаган бўлса, III даврни актив олиб борилганда

хали ишлатилмаган бўлса, 10 бирлик окситоцинни м/о га юборинг.

Эргометринни ишлатманг, чунки бу препарат бачадоннинг тоник қисқаришларига ва йўлдошнинг ушланиб қолишига олиб келади. Агар окситоцин билан олиб борилган стимуляциядан 30 минутдан сўнг йўлдош ажралмаса, бачадон қисқарган бўлса, у ҳолда киндик тизимчасини назоратли тортиш йўлидан фойдаланинг.

Эслатма: Киндик тизимчасини қаттиқ тортишдан ва бачадон тубига қаттиқ босишдан эҳтиёт бўлинг, чунки бундай ҳаракатларингиз бачадоннинг ағдарилиб қолишига олиб келади. Агар киндик тизимчасини назоратли тортиш фойда бермаса, у ҳолда плацентани қўл билан ажратишга киришинг (22.2.-расм).

Йўлдошни қўл ёрдамида олиб ташлаш.

Кўрсатмаларни баҳоланг.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ва т/и га суюқлик қуйишни бошланг.

- Рухан қўллаб-қувватланг. Диазепам в/и га оҳиста юборинг ёки кетамин қуйинг.
- Олдини олувчи антибиотикларнинг бир марталик миқдорини белгиланг
 - о Ампициллин в/и 2г+метронидазол в/и 500 мг;
 - о Ёки цефазолин в/и 1г+метронидазол в/и 500 мг
- Киндикни қисқичда ушлаб турунг. Полга параллел жойлашгунга қадар киндикни эҳтиёткорлик билан тортинг.
- Зарарсизлантирилган қўлқоп кийиб, қўлингизни қинга киритинг ва киндик бўйлаб уни бачадон ичига олиб боринг.
- Киндикни қўйиб юборинг ва бачадон ағдарилишининг олдини олиш, бачадон тубини ушлаб қолиш ва йўлдошни олиб ташлашда боғламларини четга суриш учун иккинчи қўлингизни она қорнига қўйинг.

Эслатма: Агар бачадон ағдарилиши рўй берса, уни ортига қайтаринг.

Киндик тарафдан йўлдош чети аниқлангунча бармоғингизни илгарилаб боринг.

Киндик узилиши содир бўлса, қўлингизни бачадон бўшлиғига киритинг. Йўлдош ва бачадон ўртасидаги чегарани аниқлаш учун бачадоннинг ички бўшлиғини текшириб кўринг.

Ўрнашган жойидан плацентани ажратинг, йўлдош ва бачадон девори ўртасида бўшлиқ ҳосил қилиш учун бармоқларингизни зич тутинг ва кафтингиз ёнларини ишлатинг.

Плацентанинг ҳамма қисмлари бачадон деворидан ажралгунча, у бириккан жой соҳасида аста-секин муолажа ўтказинг.

Агар плацента бармоқларингизнинг хушёрлик билан аррага ўхшаш ҳаракати оқибатида бачадон устки қаватидан ажралмаётган бўлса, плацента бачадонга ўсиб кирганлигини фарз қилинг ва лапаротомия ёки субтотал гистерэктомия ўтказинг

Плацентани ушланг ва аста-секин қўлингизни йўлдош билан бирга бачадондан чиқариб олинг

Бошқа қўлингиз билан бачадонни қовдан узоқлаштиришни амалга оширишни

давом этинг, бачадондан чиқаётган қўлнинг ҳаракатига қарама-қарши йўналишда ҳаракатлантиринг.

Қўлни бачадон бўшлиғидан чиқариб олиш

Бачадон бўшлиғи ички юзасини текширинг ва йўлдошнинг ҳамма тўқималари олиб ташланганига амин бўлинг.

Окситоцин в/и 20 бирл, 1 литр эритмада (физ эритма ёки Рингер лактати) 1 мин 60 томчи тезликда юборинг.

Бачадоннинг тоник уришини амалга ошириш учун, ёрдамчидан бачадон тубини ташқаридан массаж қилишни сўранг.

Давомий кўп қон кетиши кузатилса, эргометрин м/и 0,2мг ёки простагландин юборинг

Плацентанинг бачадон юзасини текширинг ва унинг тўлиқлигига амин бўлинг. Агар плацента тўқималаридан бири қолиб кетган бўлса, уларни олиб ташлаш учун бачадон бўшлиғини текширинг.

Аёлнинг туғруқ йўллари дикқат билан кўриб чиқинг ва бачадон бўйни, қин ёки ораликни эпизиотомиядан кейин тўлиқлигини тикланг.

Муаммолар.

- Агар йўлдош ушланиб қолиши контракцион ҳалқа сабабли вужудга келса, ёки туққанидан кейин бир неча соат ёки кун ўтган бўлса, қўлни бачадон бўшлиғига киритиш имкони бўлмай қолиши мумкин. Йўлдош қисмларини икки бармоғингиз, тўмтоқ қисқич ёки катта кюретка ёрдамида олиб ташланг.

Муолажадан кейинги парвариш.

Тинчлантириш учун белгиланган в/и дорилари таъсири ўтгунча аёлни дикқат билан кузатинг.

Аёл ҳаётий фаолиятларини (томир уриши, қон босими, нафас олиши) келгуси 6 соат ичида ёки меъёрига келгунча ҳар 30 дақиқада ўлчаб, уни кузатинг

Бачадон қисқарганлигига амин бўлиш учун унинг тубини пайпасланг.

Ортиқча оқмалар чиқишини назорат қилинг.

Вена ичига суюқлик юборишни давом этинг.

Зарурият туғилса, қон қуйишни амалга оширинг.

Эслатма: Агар тўқималар жуда каттиқ ёпишиб қолган бўлса, бундай ҳолат йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши деб аталади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларни гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

Плацентанинг зич ва чин бирикиш этиологияси ва патогенезини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

Ҳомиладор аёл организмнинг ҳолати, эндометрий ва миометрийдаги структур-морфологик ўзгаришларга боғлиқ..

Хорион ворсинкалари гиалуронидаза ферментининг активлигига боғлиқ..

Юқоридаги иккала омилнинг бирга келиши.

Плацента чин бирикишини плацентани бачадон деворидан жарроҳлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади, тўлиқ зич

бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса, куч ишлатилмаса қон кетиш кузатилмайди. Плацентани тўлиқ ажратиш иложи бўлмаса, гемотрансфузияни бошлаб бачадонни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти қўлланилади.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажралмаларнинг ҳиди сассиқ) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ИЛК ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Туғруқдан кейинги илк даврларида қон кетиш сабаблари (4 Т):

Йўлдош қисмлари қолиб кетиши (Т -Тўқима)

Туғруқ йўллари жароҳатлари (Т-Травма)

Гипо- ва атоник қон кетиши (Т-тонус)

Коагулопатик қон кетиши – ТИҚИ (Т-тромб)

Туғруқдан кейинги даврда 500 мл дан ортиқ қон кетиши туғруқдан кейин қон кетиш (ТКҚК) деб қабул қилинган. Лекин бунда муаммолар туғилади:

одатда йўқотилган қон миқдорини кўпинча камайтириб баҳоланади, баъзи ҳолларда асл йўқотилган қоннинг ярми кўрсатилади. Қон амниотик суяқлик ёки сийдик билан аралашиб кетиши мумкин. У тампонларга, сочик, чойшабларга, лоток ва полга тушиши мумкин;

аниқ йўқотилган қон ҳажми аёл гемоглобнининг аслидаги миқдорига боғлиқ. Гемоглобини нормал аёллар қон кетишига бардошли, камқон аёлларда эса бу ҳолат ҳавфли оқибатларга олиб келади, қон кетиши секин- асталик билан бир неча соатлаб давом этиши, бу ҳолат сезилмаслиги ва аёл бирданига шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин.

Анемия бўлмаган ҳатто соғлом аёлларда ҳам кучли қон кетиш бошланиши мумкин.

Аёлларда ТКҚК ҳавф омилларини антенатал даврда ҳар доим ҳам баҳолаб бўлмайди. Барча аёлларда III даврни фаол олиб бориш бачадон атониясининг олдини олиб, қон кетишини камайтиради. Ҳамма туғаетган аёллар ТКҚКни аниқлаш учун қаттиқ кузатувда бўлишлари керак.

Муаммолар.

- Туғруқдан кейин биринчи 24 соат ичида қиндан қон кетишининг кўпайиши (эрта ТКҚК).
- Туғруқдан 24 соатдан кейин қиндан қон кетишининг кўпайиши (кеч ТКҚК).

Қон кетишининг секин давом этиши ва бирданига кетиши зудлик билан тадбирлар олиб боришни талаб қилади. Аралашувларни дарҳол ва фаол олиб бориш зарур.

Гипотоник қон кетишни келтириб чиқарувчи *сабаблар*:

1. Узоқ давом этган оғриқли туғруқ натижасида организм ва МНС чарчаши.
2. Ҳомиладорликнинг 2 ярми гипертензия ҳолатлари, гипертония касаллиги
3. Бачадон анатомик нуқсонлари: бачадон ривожланиш нуқсонлари, бачадон миома, ўтказилган яллиғланиш касалликлари, кўп сонли абортлар.
4. Бачадоннинг функционал етишмовчилиги: кўп сувлилик, кўп ҳомидалик натижасида бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши
5. Плацентанинг олдинда келиши ёки паст жойлашиши

Асосий даволаш

- ЁРДАМГА ЧАҚИРИНГ. Бўш ходимларнинг ҳаммасини жалб қилинг.
- Аёлнинг аҳволига баҳо бериш учун асосий кўрсатмаларни, яшаш учун зарур функциялар фаолиятини тезлик билан баҳоланг, (пульс, артериал қон босими, нафас олиши, тана ҳарорати).
- Агар шок тахмин қилинса, уни дарҳол даволашга киришинг. Шокнинг белгилари ҳали кўринмаса ҳам аҳволи тез оғирлашиб қолишини ҳисобга олиб, аёлнинг аҳволини келгусида баҳолашда уни ёдда тутинг. Агар шок ривожланаётган бўлса, даволашни зудлик билан бошлаш зарур.

1.-жадвал

Йўлдош ажралиши билан ТКҚҚ беморларда ўтказиладиган чора-тадбирлар

(юқори даражали туғруққа ёрдам муассасаларига).

Таъминланг:	Қўлланг:
Бачадон қисқаришини	Массаж. Бачадонни бимануал ком-прессияси, агар зарур бўлса, окситоцин қайта юбориш
Сийдик қопини бўшатинг	доимий катетер
Қон айланиш ҳажмини	

Инфекциядан химоя	Кенг кўламдаги антибиотиклар
Ҳолатини кузатинг	Тери қопламлари рангини умумий баҳоланг, пульс, қон босими, қон кетиш ҳажми, эс-хуши даражаси
Беморга иссиқ режим	Кўрпа
Аниқ ёзувлар	Ёзувлар ва жадваллар
Қон беришга тайёр қариндошларини чақириш, (аёлга қариндошлари ҳамроҳ бўлишлари керак)	

- Бачадоннинг яхши қисқариши учун халақит берадиган қон ва қон лахталарини олиб ташлаш учун бачадонни ташқаридан массаж қилинг, улар бачадон қисқаришини секинлаштиради.
- 10 бирлик окситоцинни м/ога юборинг.
- т/ига эритмалар юборишни бошланг.
- Сийдик пуфагини катетеризация қилинг.

Йўлдошнинг ажралганига ва унинг бутунлиги, қолдиқлар қолмаганига ишонч ҳосил қилинг.

Бачадон бўйнини, қин ва ораликда ёриқлар, йиртиқлар йўқлигини текшириб кўринг. Темир препаратларни (60 мг дан) фолат кислота билан (400 мкг)дан 1 марта 6 ой беринг.

Қонни тўхтатиб бўлганингиздан кейин (қонни тўхтатгандан 24 соатдан кейин) анемияси борлигини билиш учун гемоглобин ва гематокритга текширинг:

⁰ Агар гемоглобиннинг миқдори 70 г/л дан паст ёки гематокрит 20% дан паст бўлса: (анемиянинг оғир даражаси) 3 ойга темир препаратларни (100 мг дан оғизга) фолат кислота билан (400мкг дан) кунига 1 марта беринг;

3 ойдан сўнг темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой бериб муолажани давом эттиринг.

⁰ Агар гемоглобин миқдори 70 — 110 г/л бўлса, темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой беринг.

2.-жадвал

Туғруқдан кейин қиндан қон кетишининг диагностикаси

Мавжуд симптомлар, бошқа симптом ва белгилар	Баъзида учрайдиган симптом ва белгилар	Тахминий диагноз
• ЭртаТКҚК	• Шок	Бачадон атонияси

• ЭртаТКҚК	• Йўлдош бутун	Бачадон бўйни, қин ва оналик
• Туғруқдан 30 минутдан сўнг йўлдош	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош ажралишининг
• Йўлдошнинг оналик томонида етишмовчилик ёки пардаси йиртилган жойда	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош қисмларини ушланиб
• Қоринни пальпация қилиб бачадон тубини аниқлаб бўлмайди	Қиндан кўриниб турган бачадоннинг	Бачадоннинг ағдарилиб қолиши
• Туғруқдан сўнг 24 соатдан кейин қон кетиши • Бачадон юмшоқ ва муддатига	Турлича тезликда кўланса ҳидли қон кетиши (енгил ва кучли, давомли ёки	Кечки ТКҚК
• Эрта ТКҚК (қорин бўшлиғига	• Шок	Бачадон ёрилиши
• Қоринда кучли оғриқ (бачадон	• Онада қон томир	

Даволаш.

Бачадон атонияси:

Атонияли бачадон туғруқдан кейин қисқара олмайди

- Бачадонни массаж қилишни давом эттиринг
- Утеротоник препаратлардан бирга ёки кетма -кет фойдаланинг .

3.-жадвал

Утеротоник препаратлардан фойдаланиш

	Окситоцин	Эргометрин (метилэргометрин)	15 метил - простагландин
Ишлатиш ва дозаси	В /ига: 1 эритмада 20 бирликни эритиб, 1 дақиқада 60 юборинг 10 бирлик	М/ога ёки в/ига (секин-аста); 0,2 мг	М/ога: 0,25 мгдан
Ушлаб доза	В /ига: 1 эритмада 20 бирлик эритиб, 1	М/ога 0,2мгдан ҳар 15 дақиқада Заруриятга қараб	0,25 мг ҳар 15 дақиқада

	40 томчидан	0,2 мгдан м/о ёки в /и (секин-аста) хар 4 соатда	
Максимал	Таркибида окситоцин бўлган эритмани 3 л	5 доза (умумий дозаси 1,0 мг)	8 доза (умумий доза 2 мг)
Огоҳдантири Мониторинглар	в/ига шприц билан юборманг	Преэклампсия, гипертензия, юрак хасталиклари	Астма

* Гемотрансфузияни заруриятга кўра ва керак бўлса қўйинг.

• Агар қон кетиши давом этаётган бўлса:

° йўлдошни яна бир бор бутунлигини текшириб кўринг;

° агар бачадонда йўлдош фрагментлари қолган бўлса (она томонидан бўлақлар етишмовчилиги ёки парда йиртилиши оқибатида очилиб қолган томирлар), қолиб кетган тўқималарни олиб ташланг.

° қоннинг ивишини кроват олди тести билан текшириб кўринг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

• Олиб борилаётган тадбирларга қарамай қон тўхтамас:

° **бачадонни икки қўллаб босинг :**

стерил қўлқопларни кийиб, бир қўлни мушт қилиб, қин ичига киритинг.

муштни олдинги гумбазга қўйинг ва у билан бачадоннинг олдинги деворига босинг;

бошқа қўл билан қорин томондан бачадоннинг орқа деворига куч ишлатиб босинг;

* бачадон қисқаришни бошламагунча ва қон тўхтамагунча босишни давом эттиринг.

• Шундай йўл билан **аортани ҳам қисиш мумкин .**

■ Қўлни мушт қилган ҳолда пастга қараб қориннинг олдинги деворидан босинг;

• Босиш нуқтаси киндикдан юқори ва чапроқда;

* Аортани пульсациясини туғруқдан кейинги эрта даврда қориннинг олдинги деворидан пайпаслаб билиш мумкин;

■ Бошқа қўлингиз билан яхши босганингизни аниқлаш учун а. Femoralis ни пульсациясини текшириб кўринг.

Агар босганингизда пульс пайпасланса, мушт билан босганингиз етарли эмас; -

Агар пульс пайпасланмаса, етарли;

■ Қон тўхтамагунча мушт билан босишни давом эттиринг;

• Агар босишингизга қарамай, қон кетиши давом этаверса:

° бачадон ва бачадон — тухумдон артерияларини бойланг.

° агар бойлаганингиздан кейин ҳам ҳаёт учун хавфли қон

кетиши давом этса, у ҳолда субтотал гистерэктомия қилинг

Бачадон бўйни, қин ва ораликнинг йиртилиши.

Туғруқ каналининг йиртилиши ТКҚҚда иккинчи асосий сабабдир. Улар кўпинча бачадон атонияси билан бирга келади. Бачадон қисқарганда туғруқдан кейин қон кетиши одатда бачадон бўйни ёки қиннинг ёриқлари йиртилиши туфайли бўлади.

Аёлни синчиклаб текширинг ва бачадон бўйни ва қин, ораликларнинг ёриқларини тикланг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват ёнидаги тестдан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Йўлдош қисмларининг ушланиб қолиши.

Йўлдош қисмлари ушланиб қолганда қон кетиш кузатилмаслиги мумкин.

Йўлдош қисмлари — битта ёки ундан ортиқ бўлаклари бачадон ичида ушланиб қолса, бу унинг яхши қисқаришига тўсқинлик қилади.

Бачадон бўшлиғини яхшилаб бўлаклари қолиб кетганини кўришга текширинг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишида бажариладиганга ўхшаш бўлади.

Йўлдош фрагментларини қўл, қориндаги қорнцанг ёки катта кюретка билан олиб ташланг.

Эслатма: Агар тўқима жуда қаттиқ ёпишган бўлса, бу йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши ҳисобланади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларда гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

- Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадоннинг ағдарилиб қолиши

Йўлдош ажралаётган вақтда бачадон ичидан ташқарига ағдарилиб қолса, бачадоннинг ағдарилиб қолиши дейилади. Бачадоннинг репозицияси дарҳол бажарилиши лозим. Вақт ўтиши билан ағдарилиб қолган бачадон атрофидаги айлана таранглашиб, бачадоннинг ичи эса қонга тўлиб қолиши мумкин.

Эслатма: Бачадоннинг ағдарилиб қолишини коррекция қилмагунча, утеротониклар ишлатманг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват одди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадонни коррекция қилиб бўлгандан сўнг, антибиотиклар юборинг.

- ° ампициллин 2 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;
- ° ёки цефазолин 1 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажрамаларнинг ҳиди сассиқ) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

Агар некрозга шубҳа қилсангиз қин соҳасидан гистерэктомия қилинг. Бу аёлни махсус марказга олиб ўтишни талаб этади.

Туғруқдан кейин кеч («иккиламчи») қон кетиши.

- Агар оғир анемия (гемоглобин 70 г/л ёки гематокрит 20% паст) бўлса қон қуйинг ва темир препаратларини ва фолат кислота беринг.

- Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги

ажралмаларнинг ҳиди сассиқ) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг. Кеч ёки чўзилган ТКҚК метритнинг белгиси бўлиши мумкин утеротониклар беринг.

Агар бачадон бўйни очиқ бўлса, қўл билан бачадонни текшириб,бўшлиқдан қон лахталари ва йўлдошнинг фрагментларини олиб ташланг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишидаги каби бажарилади.

Агар бачадон бўйни ўз холига қайтган бўлса, унда бачадон бўшлиғидаги йўлдошнинг қолдиқларини эвакуация қилинг.

Баъзи ҳолларда қон кетиши давом этса, бачадон ва бачадон-тухумдон артерияларини бойланг ёки гистерэктомия қилинг.

Трофобластик касалликни йўқлигини текшириш учун иложи бўлса,бачадон ичидан кириб олинган нарсаларни ёки гистерэктомия қилинган материални гистологик текширувга беринг.

Мавзу № 41: “Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш билан таништириш, билим ва кўникмаларни

	чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш, хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.- ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.- ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёйиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№41 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон гипотонияси, атонияси. йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши. Сабаблари. Ташхис қўйиш, тактика, олдини олиш чоралари. Тезкор ёрдам кўрсатиш.

Тонус – Тугрукдан кейинги даврнинг илк соатларида содир буладиган кон кетиш, куп холларда бачадон кискарувчан фаолиятининг бузилиши, унинг гипо ёки атоник холати билан белгиланади. Бачадон кискарувчанлик фаолияти бузилишини чакирадиган барча сабабларини 2 та асосий қисмга бўлиш мумкин.

1. Бачадонинг гипотонияси ва атониясини белгиловчи онанинг касаллиги ёки холати (преэклампсия, юрак-кон томир касалликлари, жигар, буйрак, нафас олиш йуллари, МНС, нейроэндокрин бузилишлар, уткир ва сурункали инфекцион касалликлар ва бошқалар).

2. Бачадонинг анатомик ва функционал тула конли булмаслиги, йўлдош бирикишидаги нуксонлар, бачадон бушлигида йўлдош колдикларининг ушланиб қолиши ёки қисилиши, нормал жойлашган йўлдошни вақтидан олдин қучиши, бачадон ривожланишдаги нуксонлар, йўлдошнинг ёпишиб ушиб ва зич бирикиши. Бачадон яллигланиш касалликлари метроэндометрит, бачадон миомаси, куп хомилалик, йирик хомила, йўлдошдаги деструктив характерга эга узгаришларга олиб келувчи сабаблар. Бундан ташқари бачадон гипотония ва атония ривожланишига тугрукнинг узок, тез ва тезкор кечишига олиб келадиган тугрук фаолиятининг нуксонлари; коғонок сувининг вақтидан олдин кетиши, тугрук жараенига вақтидан олдин аралашув, акушерлик операцияларда хомиланинг тез олиниши, тугрукдан кейинги даврни асоссиз жудаям тез олиб бориш, танаматор таъсирга эга препаратларни ката микдорларда берилиши.

Йулдошнинг ажралиш аломатларининг аниқловчи усулларнинг тез – тез кулланилиши, йулдош ажралмаган холда Абуладзе, Гентер сингари усулларнинг бевактисоат ва асоссиз кулланилиши, бачадонни ташки томондан массаж килиниши, киндикдан тортиш ва бошқалар сабаб булиши мумкин. Бачадон гипотониясининг атонияга утиши одатда гипотонияни келтириб чиқарадиган сабаблар натижасида вужудга келади. Бачадоннинг бу 2 ҳолатининг кечиши уртасидаги тафовут факатгина кузгатувчи куч ва давомийлигидан иборат, қайсиқим атонияда тухтаб қолишни эмас, балки бачадоннинг утказувчанлигини таъминловчи нерв утказгичлари ва тугунчаларида кузгалиш булишини бутунлай йуқолишини вужудга келитиради. Бачадон гипотонияси замирида содир булган қон кетиш купрок бачадонда ҳамроҳ ёки унинг қисмлари ушланиб қолиш ҳолларида кузатилади, атония эса бачадоннинг тулик бушашишидан сунг бошланади ва ривожланади.

Гипотоник қон кетиш тулкинсимон характерга эгадир. Бунда бачадон бушанг булади. Ташки массаж ва қон лахталарини сиқиб чиқаргандан кейин, бачадон уз тонусини анча тез тиклайди. Шунининг олиш керакки гипотонияда, бачадон бушлигида булган қон лахталари ажралмаслиги мумкин, бу эса қон кетмаяпти деган алдамчи таъсурот уйғотиш мумкин. Бундай ҳолларда бачадон қатталашиб, унинг деворлари таранг ҳолатда булади. Бачадон атонияси тухтовсиз ва профуз қон кетиш сифатида намоён булади. ва бунда бачадон доимий ҳолда бушанг бўлиб қолади ва ҳаттоки жуда қучли кузгатувчиларга ҳам жавоб бермайди. Гипотоник қон кетишни тухтатиш мақсадида утказзиладиган тадбирлар мажмуасига, одатда медикаментоз дори воситалари қиради. Шу мақсадда 200мл -5% глюкоза эритмасида 1 мл окситоцин секин – аста томчилаб томир орқали утказилади 0,05%эргометрин гтдротартрат эритмаси 0,5 – 1 мл ҳажмда мушак орасига утказилади. 0,02%метилэргометрин ҳам уша ҳажмда кулланилади. Эслатиб утиш лозимки бу дори воситаларни меъёридан қон кетиш кулланилиши бачадоннинг қисқарувчанлик фаолиятига салбий таъсир қурсатиши мумкин. Ҳозирги пайтда гипотоник қон кетишда мизапростол (per rectum) простагландинларни 400 мкг ҳажмда ишлатиш жуда яхши натижа берапти.

Уз вақтида утказилган даволаш (бачадонни ташки массажи, утератоник дори воситаларни қиритилиши, бачадон бушлигини эҳтиёткор ташки, ички массаж билан қонда текшириш, қорин аортасини босиш) дан ижобий натижа булмаганда тухтовсиз қон кетганда (қон кетиш 600-800млдан ошганда) зудлик билан бачадонни олиб ташлаш керак.

Қон кетишни олдини олишнинг жароҳлик усуллари қуйидагилар.

- Энзапрост (бачадон мушагига 5-10мг)

- 3 жуфт кон томирларни боғлаш
- Бачадонга Линч усулида шов куйиш
- Магистрал кон томирларни боғлаш
- Бачадон экстирпацияси.

Кон кетишга карши курашнинг натижасида утказиладиган тадбирларнинг кетма-кетлиги ва курсатиладиган ёрдамнинг аниқ ташкил килинганлигига боғлиқ. Тугрук булимий ходимлари бундай аёлларга тез тиббий ёрдам курсатишга доим тайёр туришга куникмалари булиши даркор. Тугрук булимида мавжуд кон компонентлари ва кон урнини босувчи препаратлар микдорининг доимий назоратини олиб бориш керак. Барча турдаги медикаментоз ва асбоб ускуналарни махсус ажратилган жойда сақлаш лозим.

Тугрукдан кейинги даврда жинсий органлардан кон кетганда куйидаги тартибга амал килиш керак

I боскич: сийдикни катер оркали чиқариш

- бачадонни ташкаридан массаж килиш
- Утеротоник воситаларни киритиш
- Тугрук йулларида ждарохат бор йуклигини куриш
- Йулдош кисмларини ушланиб қрилганлигини т ешириш

II боскич: кон томирга катетер куйиш

- Умумий наркоз остида бачадон бутунлигини текшириш, массаж килиш
- Бачадонни бимануал сиқиш
- Корин аортасини босиш

III боскич - Энзапрост (5-10 мг Бачадон мушагига)

- 3 жуфт томирни боғлаш
- Линч усулида шов куйиш
- Бачадонни ампутация ёки экстирпация килиш.

Травма: Тугрукдан кейинги даврда кон кетиш сабаблари бачадон йиртилиши, оралик, кин, йиртилиши, ташки жинсий органлар гематомаси ва бошкалар.

Бачадон буйнинг йиртилиши - Бачадон буйнининг йиртилиши 3-60% тугувчи аёлларда хар туртта тугрукнинг бирида чрайди. Купинча биринчи тугувчи аёлларда, бачадон буйнининг йиртилиш, куп холларда бошка бир сабаблар билан кушилиб келади.

- Бачадон буйнининг яллигланиши, чандикли узгаришлар
- Ёши катта биринчи тугувчиларда бачадон буйни ригидлиги
- Йирик хомила булганда бачадон буйнининг хаддан ортик чузилиши.
Хомила боши очилиб келганда
- Тез ва тезкор тугруклар
- Вактидан олдин коғонок сувининг кетиши узок чузилган тугрукларда
- Кискичлар, вакуум - экстракция ооперацияларида, хомила думбаси билан келганда, йулдошни кул билан ажратганда
- Хомилани емирувчи операциялар килинганда
- Тугрукни II даври нерационал олиб борилгада
Бачадон буйнининг йиртилишини 3 даражаси бор.

I даражаси- бачадон буйнинг иккалатомонидан 2 смгача йиртилиши

II даражаси- 2 см дан ортик. Лекин киннинг сводгача етиб бормаиди

III даражаси- кин дахлизининг йиртилиб ,ундан утиши

Ораликни йиртилиш

Ораликни йиртилиши куп учрайдиган тугрук асоратлардан бири булиб, тугувчи аёлларнинг 7-15%да учрайди, биринчи тугувчиларда 2-3марта куп учрайди кайта тугувчиларга нисбатан.

Клиникаси: ораликни йиртилиши уз-зидан ёки мажбурий тарзда булиши мумкин. Курсатиладиган акушерлик ёрдамлари ва тугрукда бажариладиган операцияларни нотугри ёки купол бажарилиши.

Оралик йиртилишини 3 даражаси бор.

I даражаси орка битишмани тери ва тери ости ёғ каватини бутунлигини бузилиши

II даражаси тери ва тери ости ёғ каватини бутунлигини бузилиши, чанок туби мускуллари кин орка ва ён томонларининг йиртилиши M. Levator ani бундан мустасно.

III даражаси юкорида курсатилганларни хаммаси, бунга тугри ичакнинг ташки сфенктергача .айрим холларда тугри ичакни ташки юзасигача боради.

Даволаш: кичик операция залида кин кузгулари ёрдамида, кин ва бадон буйни курилгандан сунг тикилиди. I даражали йиртилишда пуденадалъ анестезия оркали, II-III даражаларда томир ичига наркоз бериб огриксизлантирилиб тикилади.

ТРОМБИН – тугрукдан кейинги коагулопатик кон кетишлар, утки рва массив кон кетишларда бу термин ишлатилади.

Лаборатор диагностика: ВСК Ли-Уат ёкм Сухарева буйича тромбоцитлар сони, фибриноген, антитромбин III тромботест)

Даволаш усуллари гемостаз тизимини медикаментоз коррекция килиш. (СЗП, протеаз ингибиторлар, гемостатиклар)

Профилактикаси:

- уз вактида аёлни соғломлаштириш
- оилани режалаштириш
- интергравидар интервалга риоя килиш
- тугрукни 3 даврини актив олиб бориш
- Уз вактида контрацепция билан камраш

Мавзу № 42: “Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика билан таништириш, билим ва

	кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактикаси ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга

	мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қўлланмалар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадида кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№42 мотивация. (Мавзу баёни) Геморрагик шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, таъхис қўйиш, профилактика.

Ҳар йили бутун дунёда 127000 аёл қон кетиш сабабли ҳаётдан қўз юмади. Булар оналар ўлимининг 25% ини ташкил этади. Россияда оналар ўлимининг 42% - қон кетишлардан келиб чиқади. Оналар ўлимига олиб келадиган қон кетишлар кўпинча гипертензив синдромлар (58%) ва экстрагенитал патологияси сабабли (59%) ривожланади. Шу билан бирга қон кетиши туғруқ асоратларининг 25% ида ягона сабаб бўлади.

Асосий омиллар

1. Оилавий поликлиникада аёлнинг ҳомиладорлик даврида етарлича текширилмаганлиги.
2. Аҳволи тўғри баҳоланмаганидан.
3. Интенсив терапия етарлича кўрсатилмаган.

Шунинг учун қон кетишлар профилактикаси ва интенсив даволаниш акушерликда долзарб муаммо деб ҳисобланади.

Физиологик чилла даврида йўлдош майдончасига 150-200 бачадон спирал артериялари очилади. Шунинг учун йўлдош кўчганида аёлда физиологик қон кетиши кузатилади. Патологик қон кетмаслигининг

сабаблари бу бачадон қисқариши ҳисобига «миотампонада» бўлиши, ва томирлар қисқариши, буралиб қолиши, уларнинг ичида тромблар ҳосил бўлиши ҳисобига «тромботампонада» кузатилади.

Патологик қон кетишининг сабаблари

Акушерлик қон кетишлари кўпинча туғруқнинг 3 даври ва илк чилла даврида кузатилади.

1. Йўлдош ажралиш ва туғилиш жараёнининг бузилиши
2. Бачадон гипотонияси
3. Туғруқ йўллари жароҳатлари
4. Гемостаз тизимининг бузилиши

Геморрагик шок - бу тўқималар ва барча аъзоларнинг қон билан таъминланишининг кескин камайиши, тўқималарнинг кислородга танқислиги ва модда алмашувининг бузилиши. Геморрагик шок - бу организмда экстремал вазият ҳисобланадиган ва ўта кучли қон кетишидан кейин ривожланадиган ҳолат бўлиб, барча ҳаётий зарур аъзолар ва тизимларда патологик ўзгаришлар билан ифодаланади. Ўткир ва мўл қон кетиши натижасида айланиб юрган қон ҳажми тезда камайиши, ҳимоя механизми декомпенсацияси юз беради.

Геморрагик шок ривожланишига 1500 мл дан кўпроқ қон кетиши, ёки умумий айланаётган қон ҳажмининг 20% ва бундан кўплиги ёки 1кг тана вазнига 30 мл қон йўқотилиши сабаб бўлади.

Қон йўқотишнинг оғирлик даражалари

- 1-даражаси - йўқотилган қон миқдори айланаётган қон ҳажмининг 15 % игача, клиник белгиси тахикардия бўлади.
- 2-даражаси - кетган қон миқдори 20-25 % ниташкил этади, клиник белгилари - тахикардия ва гипотензия.
- 3-даражаси — кетган қон миқдори 30-35 % ни ташкил этади, клиник кўринишида тахикардия, гипотензия ва олигурия кузатилади.
- 4-даражаси — кетган қон миқдори 35-40 % дан зиёд, клиник белгилари - тахикардия, кескин гипотензия, коллапс, беморнинг ҳушидан кетиши. Бу ҳолат ҳаётга ўта хавфли бўлади.

Геморрагик шок ривожланиш босқичлари

Қўп миқдорда қон йўқотиш организм учун кучли стресс омили ҳисобланади ва гиповолемияга олиб келади. Ҳаётий зарур аъзолар (биринчи навбатда миё, юрак) гемодинамикаси турғунлигини таъминлаш учун кучли компенсатор механизми ишга тушади: симпатик нерв системаси тонуси ортади ва қонда катехоламинлар кўпайишига олиб келади. Қонга АКТГ, АДГ, альдостерон ва глюкокортикоидлар кўп миқдорда чиқади, ренин-ангиотензин тизими фаоллашади. Бу периферик томирлар вазоконстрикциясига олиб келади. Юрак фаолияти тезлашади, қон айланишининг марказлашиши, тўқималардан қон томирларга суюқлик ўтиши ва аутогемодилюция кузатилади. Периферик қон томирлар спазми ҳисобига артерио-веноз шунтлар очилади ва организмда суюқлик ушланиб қолади.

Қон айланишининг марказлашишига олиб келувчи бу мослашув механизми қон босими ва юракнинг дақиқалик ҳажмини вақтинча ушлаб туради, лекин организм ҳаёт фаолияти давомийлигини таъминлай олмайди. Қон кетиши давом этиши компенсатор механизмларининг камайишига ва интерстициал бўшлиққа қон суюқ қисмининг чиқиши ҳисобига қон қуйилиши, реологиясининг бузилиши, қон айланишининг кескин секинлашувига, сладж-синдроми ривожланувига олиб келади. Буларнинг барчаси чуқур тўқима гипоксиясига ва ацидоз ривожланишига олиб келади.

Қонда вазоактив метаболитлар йиғилиши ҳисобига қон ивиш хусусияти бузилади ва майда қон томирларда тромблар ҳосил бўлади (томирлар ичида тарқалган қон ивиш синдроми). Қон секвестрацияси айланувчи қон ҳажмининг камайишига олиб келади. Айланувчи қон ҳажмининг кескин камайиши ҳаётий зарур аъзоларнинг қон билан таъминланиши бузилишига ва полиорган етишмовчилигига олиб келади. Коронар қон айланиши пасаяди ва бу юрак етишмовчилигига олиб келади. Ушбу патофизиологик ўзгаришлар геморрагик шок оғирлигидан далолат беради.

Геморрагик шок клиникаси қуйидаги босқичлардан иборат:

I босқич - компенсацияланган шок (йўқотилган қон ҳажми 800 - 1200 мл)

II декомпенсацияланган: қайтариб бўладиган (1200 – 2000 мл), қайтариб бўлмайдиган (2000 дан кўп)

I-босқичида йўқотилган қон айланувчи қон ҳажмининг 15-20 % ини ташкил этганда ривожланади. Бу босқичда компенсация катехоламинлар

гиперпродукцияси ҳисобига бўлади. Клиник кўринишида қон томир фаолиятининг функционал ўзгаришлари юзага келади: тери қопламининг ва кўринарли шиллиқ қаватларнинг рангпарлашиши, тахикардия (1 дақиқада 100 мартагача), қисман олигурия, веноз гипотония. Артериал гипотония оз миқдорда ёки умуман бўлмаслиги мумкин.

II-босқичида – йўқотилган қон миқдори айланувчи қон ҳажмининг 30-35 % ини ташкил қилганда ривожланади ва бунда қон айланишининг чуқур ўзгаришлари кузатилади. Артериал қон босими пасаяди. Мия, юрак, жигар, буйрак, ўпка, ичакларнинг қон билан таъминланиши бузилади. Тўқималар гипоксияси ва ацидознинг аралаш шакли ривожланади. Бундан ташқари, тахикардия (1 дақиқада 120-130 марта), ҳансираш, тери қопламлари рангсизланиши фонида акроцианоз, совуқ тер, безовталаниш, олигурия (30 мл/соат дан паст), юрак товушларининг пасайиши, марказий веноз босими пасайиши кузатилади. Бу ҳолатда етарли даражада ёрдам кўрсатилса, шокни қайтарса бўлади. Лекин йўқотилган қон айланувчи қон ҳажмининг 50 % (40-60 %) ташкил этганда шокнинг қайтмас босқичи кузатилади. Микроциркуляция бузилиши давом этиши натижасида капилляростаз, плазма йўқотиш, қон шаклли элементларининг агрегацияси, метаболик ацидоз ўсиши давом этади. Систолик артериал босими жуда ҳам пасаяди. Пульс 1 дақиқада 140 дан ошади. Тери қоплами оқаради ёки мармарсимон бўлади, совуқ тер, оёқ-қўллар кескин совуқлашади, анурия, хушини йўқотади. Гематокрит кўрсаткичининг ошиши ва плазма ҳажмининг камайиши шок терминал босқичининг асосий белгиларидан ҳисобланади.

Акушерлик амалиётида геморрагик шок клиникаси умумий қонунларидан ташқари, ўзига хос хусусиятлари бор (22.4.-жадвал). Хусусан, плацента олдинда келганда юз берадиган геморрагик шок артериал гипотензия, гипохром анемия, ҳомиладорлик охирида айланувчи қон миқдорининг физиологик ўсишининг камайиши билан характерли. 24 % аёлларда кескин бўлмаган тромбоцитопения, гипофибриногенемия, фибринолитик фаоллигининг кучайиши ва тарқалган томирлар ичида қон ивиш (ТТИҚИ) синдроми ривожланади.

22.4.-жадвал

Гиповолемик шок белгилари

Эрта гиповолемик шок	Кечки гиповолемик шок
Уйқусизлик, хавотирлик, безовталиқ	Ҳуши оғган ёки йўқ
Кучсиз ва тез - тез пульс (бир дақиқада 110 ёки кўп)	Жуда тез ва кучсиз пульс
Бир мунча тезлашган нафас (нафас олишлар 30 марта бир дақиқада ёки кўп)	Фавқулодда тез ва юзаки нафас
Рангпарлик	Тери қопламларининг рангпар ва совуқлиги
Нисбатан паст қон босими (систолик 90 мм сим. уст.дан паст)	Жуда паст қон босими (систолик 60 мм сим. уст.дан паст)
Сийдик ажралиши камайган, лекин соатига >30 смЗ	Сийдик ажралиши <30 мм соатига

Эрта чилла даврида гипотоник қон кетиши туфайли келиб чиқувчи шокда қисқа вақтли компенсациядан сўнг нафас етишмовчилиги, ТТИҚИ синдроми билан боғлиқ бўлган профуз қон кетиш, гемодинамиканинг турғун ўзгаришлари билан характерланадиган кайтмас ҳолат юзага келади.

Нормал жойлашган йўлдош вақтидан илгари кўчганда характерли бўлган ТТИКИС нинг сурункали шакли, гиповолемия ва сурункали томирлар қисқариши ҳисобига ривожланади. Бу хил патологияда геморрагик шок анурия, мия шиши, нафас олишнинг ўзгариши билан кечиб, фибринолиз камайиши фонида ривожланади.

Бачадон ёрилиши туфайли келиб чиқувчи шок гиповолемия, ташқи нафас етишмовчилиги каби клиник белгилар билан намоён бўлади. Кўп миқдорда қон кетиши туфайли ТТИҚИ синдроми юзага келади.

Геморрагик шок диагнози айниқса кучли қон кетганда ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Шок компенсатор босқичининг эрта диагностикасида даволаш жуда яхши натижа беради. Шок оғирлигини йўқотилган қон миқдори ёки АҚБ кўрсаткичларига қараб баҳолаш етарли

эмас. Гемодинамика адекватлиги қуйидаги белги ва кўрсаткичлар ёрдамида аниқланади:

1. Тери қопламлари рангги ва ҳарорати хусусиятига
2. Пульсни баҳолаш
3. АҚБни ўлчаш
4. «Шок индекси»ни баҳолаш
5. Соатбай диурезни аниқлаш
6. Марказий веноз босимни ўлчаш
7. Гематокрит кўрсаткичларини белгилаш
8. Қоннинг кислота-ишқор мувозанатининг хусусияти

Тери рангги ва ҳароратига қараб периферик қон айланиши ҳақида фикр юритиш мумкин. АҚБ кўрсаткичлари паст бўлса-да терининг пушти рангда ва илиқ бўлиши, тирноқнинг пушти рангги периферик қон айланиши компенсация ҳолатида эканлигидан далолат беради. АҚБ нинг нормал ёки бир мунча пасайган кўрсаткичлари бўлса-да тери ҳароратининг совуқлиги ва рангпарлиги қон айланишининг марказийлашуви ва периферик қон айланишининг ўзгариши ҳақида маълумот беради.

22.5.- жадвал

Геморрагик шок клинико-лаборатор ташхиси

Шок босқ и-чи	Клиник белгилари	Қон босим и	Пул ьс	Мар ка- зий вено з боси ми, сув усту и, см	Шок индекс и	Айлан аётган қон миқдо ри камаи ши	Кетган қон миқдори мл %, вазни га нисба -тан	
Шок белг илар и	Булмайди	120/7 0	88	-	-	10% гача	500, 0	0,6% гача

йўқ

I	Эс-хуши жойида, Тери оқиш рангда. Hb – 100г/л, Ht – пасайган. Олигурия. Гиперкоагуляция.	100/6 0	90- 96	5-15	0,5 ва >	15- 25%	700- 1300	1,0- 1,5%
II	Эс-хуши жойида. Безовталаниш, терлаш, тери ранги оқариши, акроцианоз. Нафас олиши 1 дақиқада 20 ва >. Hb – 80г/л, Ht – пасайган. Олигурия. Қон ивиш вақти Ли- Уайт бўйича – 10 мин.>	90/50	120	< 5	1,5 ва >	30- 35%	1300 - 1800	1,5- 3%
III	Эс-хушини йўқотади. Тери ранги кескин оқарган, мармарсимон. Нафас олиши 1 дақ.– 30 ва ундан купроқ. Hb – 80г/л дан паст. Ht – паст. Анурия. Қон ивиш вақти Ли-Уайт бўйича 15 минут ва >	60/40 ва ундан паст	140	0га яқин	2 ва >	35%да н >	1800 ва унда н купр оқ	3% ва ундан купро қ

Тери қопламининг мармарсимонлиги ва акроцианоз қайтмас ҳолатга яқинлашувчи томир парези периферик қон айланишининг чуқур ўзгаришидан далолат беради.

Пульс частотаси бемор ҳолатининг оддий ва бошқа белгилар билан таққослаганда муҳим кўрсаткичи ҳисобланади. Масалан, тахикардия гиповолемиа ва ўткир юрак етишмовчилигини кўрсатади. Бу ҳолатнинг

дифференциация қилишда марказий веноз босимини ўлчаш зарур. АҚБга ҳам шу нуқтаи назардан қаралади. Геморрагик шокда гиповолемия даражасини кўрсатувчи асосий кўрсаткич «шок индекси» ҳисобланади. Бир дақиқадаги пульс частотасининг систолик АҚБга нисбати «шок индексини» англатади. Соғлом одамда бу кўрсаткич 0,5 га тенг, айланувчи қон ҳажми 20-30 % пасайганда 1га, 30-35 % пасайганда «шок индекси» 1,5 га тенг бўлади.

Соатбай диурез аъзоларда қон айланишини характерловчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Диурезнинг 30 мл га камайиши, периферик қон айланишининг етишмаслигидан, 15 мл дан камайиши декомпенсациялашган қайтмас шок яқинлашуvidан далолат беради.

Бемор аҳволини комплекс баҳолашда марказий веноз босими аҳамиятли кўрсаткич ҳисобланади. Унинг кўрсаткичи даволашнинг асосий йўналишини белгилаб беради, кўрсаткич пасайиши (50 мм сув.уст.) гиповолемия ҳолатини англатади, ортиши эса (150 мм сув.уст.) юрак фаолияти декомпенсациясидан далолат беради.

Юқоридаги кўрсаткичлар билан бир қаторда гематокрит кўрсаткичи ҳам организмнинг қон билан таъминланиши адекват ёки адекватмаслигини кўрсатувчи тест ҳисобланади. Гематокрит 30 % дан паст бўлганда хавф солувчи белги, 25 % дан камайиши қон йўқотишнинг оғир даражасини кўрсатади. Шокнинг III босқичида гематокрит кўтарилиши унинг кечиши қайтмас эканлигини кўрсатади (22.5.-жадвал).

Геморрагик шок асоратлари қуйидаги бузилишлар билан ифодаланади:

микроциркуляция бузилиши, модда алмашуви бузилиши, қоннинг ивиш хусусияти бузилиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, ўткир жигар етишмовчилиги, нафас етишмаслиги, миёда қон айланишининг бузилиши, юрак етишмаслиги, «шоқли бачадон».

Мавзу № 43: “ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар)

	4. Амалӣй қисм (клиник машғулоти)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, ташхис қўйиш, профилактика; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалӣй иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар,

	назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№43 мотивация. (Мавзу баёни) ДВС — синдром. Этиопатогенез.

Классификация. Клиника, таъхис қўйиш, профилактика.

ТАРҚАЛГАН ТОМИРЛАР ИЧИДА ҚОН ИВИШ СИНДРОМИ (ТТИҚИС)

Қоннинг ивиш хусусияти бузилиши натижасида қон кетиши бир неча акушерлик асоратларидан келиб чиқади. Бу кўпинча нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида, йўлдошнинг олдин келишида, ҳомила суви она қонига тушганда, бачадон қисқаришининг бузилиши (бачадон гипотонияси, атонияси), натижада кўп қон кетиб, қондаги фибриногеннинг умумий миқдори бирдан камайиб кетганда (гипофибриногенемия), она қорнида нобуд бўлган ҳомила узоқ ушланиб туғилганда кузатилиши мумкин.

Қоннинг ивиш хусусияти 3 фазадан иборат. 1-фазада одатда ноактив тўқималар ва қондаги тромбопластин моддаси танада бирорта жароҳат содир бўлса, кальций моддаси таъсирида актив ҳолатга келади, бу 3-5 минут давом этади.

2-фазада протромбин активлашган тўқима ва қон тромбопластини таъсирида тромбинга ўтади. Бу фаза 3-5 секунд давом этади.

3-фазада тромбин таъсирида суюқ фибриноген фибринга айланади, бу фаза ҳам 3-5 секунд давом этади. Қоннинг ивиш жараёнига қанча фибриноген кетса, унинг қондаги миқдори шунча камаяди, туғруқ даврида қонни ўз-ўзидан тўхтатиш учун анчагина миқдорда фибриноген зарур бўлади. Туғруқдаги қон йўқотиш физиологик миқдордан қанча кўп бўлса, фибриногеннинг қондаги миқдори камайиб гипофибриногенемияга, ҳаддан ташқари кўп йўқотилганда эса фибриноген қонда бутунлай йўқолиб, афибриногенемияга олиб келиши кузатилади. Натижада коагулопатик қон кетиш юзага келади.

Қонга бир қанча тромбопластин субстанцияси тушганда қон ивиши кучайиб, томирларда майда қон лахталари ҳосил бўлади. Ушбу ҳолат тарқалган томирлар ичида қон ивиш синдроми деб аталади (ТТИҚИС). Бу синдромда, бир томондан, фибриногеннинг қондаги умумий миқдори камаяди, иккинчи томондан, томирларда қон юришини қийинлаштиради ва уларнинг фаолияти ишдан чиқишига олиб келади.

Қоннинг ивиш хусусияти тезлашиши натижасида организмдаги бунга қарама-қарши фаолияти – қон лахталарини эритиш ёки фибринолитик тизим авж олади. Бу ҳам ҳаёт учун зарур, чунки бу тизим аъзолар томирларидаги қон лахталарини эритиб, уларнинг фаолиятини тиклашга ёрдам беради.

Геморрагик шок ва кейин ривожланган ТТИҚИ синдроми тараққий этишида 4 босқич бўлиб, биринчи босқичида қон ивиш жараёни тезлашади ва гиперкоагуляция фазаси (3-5 мин) бошланади. Одатда бачадондан оқиб чиққан қон 5-6 минут ичида ивिसа, патологик қон кетишда қон ивиши учун жуда оз вақт кетиши мумкин. Агар ҳомиладорлик гипертензив синдром билан оғирлашганда сурункали гиперкоагуляция кузатилади ва бу босқич бир неча кун давом этиши мумкин.

Иккинчи босқичида гипокоагуляция фазаси (бир неча мин. ёки соат) ёки қон ивиши секинлашиб қонда ҳосил бўлган майда тромблар мия, юрак ва бошқа ички аъзолар томирлар бўшлиғида тўпланиб, улар фаолиятининг бузилишига олиб келади, сўнгра фибринолитик тизимнинг активланиши кузатилади. Бунни аниқлаш учун Ли-Уайт методи қўлланилади: пробиркага вена қон томиридан 10 мл қон олиб, ҳар 20 секундда ивиш жараёни кузатиб борилади. Агар қон 10 минутда ивिसа, қон ивиш жараёнининг бироз пасайгани ёки гипокоагуляция аниқланади.

Учинчи босқичда пробиркадаги қон ҳам, бачадондан оқиб чиқаётган қон ҳам ивимади, буни афибриногенемия деб айтилади. Фибрин ва фибриноген

парчаланиши ва уларнинг дегидратация маҳсулотларининг кўпайиши кузатилади ва кучли қон кетиши содир бўлади.

Аёлга ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, касалликнинг тўртинчи босқичи – тузалиш даври бошланади.

Даволаш.

Геморрагик шок ва ТТИҚИ синдромини даволаш жуда масъулиятли иш бўлиб, бунда шифокорлар акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, гематолог билан ҳамкорликда иш олиб борадилар.

Даво қуйидагиларни ўз ичига олади:

Оператив даво (бачадон ампутацияси, экстирпацияси, а.ііаса ни боғлаш)

Янги музлатилган плазма - 1 л

Криопреципитат, эритроцитар масса, альбумин

Протеазалар ингибиторлари (контрикал, гордокс)

Этамзилат, дицинон

Реополиглюкин, кристаллоидлар, изотоник эритма (натрий хлорид, Рингер, глюкоза)

Глюкокортикоидлар (гидрокортизон, дексаметазон)

Допамин, адреналин

Ўпкани сунъий вентилициялаш

Диуретиклар қўлланилади.

Беморни геморрагик шок билан боғлиқ бўлган критик босқичдан чиқариш даволашнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Йўқотилган қон ҳажмини тиклаш учун коллоид эритмалардан рефортан, стабизол ва қон препаратларидан эритроцитар масса билан плазма қўлланилади.

Кейинги кунларда кўп қон йўқотиш асоратларини бартараф этишга ва олдини олишга қаратилган даво тадбирлари ўтказилади.

Бу босқичда шифокор ҳаракати буйрак, жигар, юрак фаолиятини яхшилашга, сув-туз ва оқсил алмашувини нормаллаштиришга, қоннинг глобулинлар ҳажмини кўтаришга, анемияни даволашга, инфекциянинг олдини олишга қаратилган.

Қон кетишининг олдини олиш

Бачадон мускуллари қисқаришининг бузилиши натижасида қон кетишининг олдини олишни қиз бола ҳаётининг илк давридан бошлаш керак. Бунда қиз бола организмини чиниқтириш, ҳайз бузилишини ўз вақтида даволаш лозим.

Аёлнинг ҳар хил ички касалликларини ўз вақтида даволаш, ҳаддан ташқари семизликка йўл қўймаслик, гимнастика билан шуғулланиш, жинсий аъзолар яллиғланиши, сунъий абортнинг олдини олиш кабилар ҳам туғруқ жараёнидаги оғир асоратларнинг олдини олишга ҳар томонлама ёрдам беради.

Ҳомиладорлик даврида ўз вақтида ва тўғри овқатланиш, ҳомиладорлик асоратларини вақтида даволаш. Туғруқда патологик қон йўқотишнинг олдини олиш лозим.

Мавзу № 44: “Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотининг мақсади:</i>	Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган

	хомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғрукдан кейинги даврни фаол олиб бориш. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган хомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғрукдан кейинги даврни фаол олиб бориш.-хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган хомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғрукдан кейинги даврни фаол олиб бориш.; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№44 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерлик қон кетишлар ривожланишининг хавф омиллари. Юқори хавф гуруҳларидаги профилактика. Қон кетиш хавфи бўлган хомиладорларни фаол патронажида олий маълумотли хамширанинг роли, III-чи ва илк туғруқдан кейинги даврни фаол олиб бориш.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ИЛК ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Туғруқдан кейинги илк даврларида қон кетиш сабаблари (4 Т):

Йўлдош қисмлари қолиб кетиши (Т -Тўқима)

Туғруқ йўллари жароҳатлари (Т-Травма)

Гипо- ва атоник қон кетиши (Т-тонус)

Коагулопатик қон кетиши – ТИҚИ (Т-тромб)

Туғруқдан кейинги даврда 500 мл дан ортиқ қон кетиши туғруқдан кейин қон кетиш (ТКҚК) деб қабул қилинган. Лекин бунда муаммолар туғилади: одатда йўқотилган қон миқдорини кўпинча камайтириб баҳоланади, баъзи ҳолларда асл йўқотилган қоннинг ярми кўрсатилади. Қон амниотик суюқлик ёки сийдик билан аралашиб кетиши мумкин. У тампонларга, сочик, чойшабларга, лоток ва полга тушиши мумкин;

аниқ йўқотилган қон ҳажми аёл гемоглобнининг аслидаги миқдорига боғлиқ. Гемоглобини нормал аёллар қон кетишига бардошли, камқон аёлларда эса бу ҳолат хавфли оқибатларга олиб келади, қон кетиши секин- асталик билан бир неча соатлаб давом этиши, бу ҳолат сезилмаслиги ва аёл бирданига шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин.

Анемия бўлмаган ҳатто соғлом аёлларда ҳам кучли қон кетиш бошланиши мумкин.

Аёлларда ТКҚК ҳавф омилларини антенатал даврда ҳар доим ҳам баҳолаб бўлмайди. Барча аёлларда III даврни фаол олиб бориш бачадон атониясининг олдини олиб, қон кетишини камайтиради. Ҳамма туғаетган аёллар ТКҚКни аниқлаш учун қаттиқ кузатувда бўлишлари керак.

Гипотоник қон кетишни келтириб чиқарувчи сабаблар:

6. Узоқ давом этган оғриқли туғруқ натижасида организм ва МНС чарчаши.
 7. Ҳомиладорликнинг 2 ярми гипертензия ҳолатлари, гипертония касаллиги
 8. Бачадон анатомик нуқсонлари: бачадон ривожланиш нуқсонлари, бачадон миомаси, ўтказилган яллиғланиш касалликлари, кўп сонли абортлар.
 9. Бачадоннинг функционал етишмовчилиги: кўп сувлилик, кўп ҳомилалик натижасида бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши
 10. Плацентанинг олдинда келиши ёки паст жойлашиши
- Асосий даволаш

- ЁРДАМГА ЧАҚИРИНГ. Бўш ходимларнинг ҳаммасини жалб қилинг.
- Аёлнинг аҳволига баҳо бериш учун асосий кўрсатмаларни, яшаш учун зарур функциялар фаолиятини тезлик билан баҳоланг, (пульс, артериал қон босими, нафас олиши, тана ҳарорати).
 - Агар шок тахмин қилинса, уни дарҳол даволашга киришинг. Шокнинг белгилари ҳали кўринмаса ҳам аҳволи тез оғирлашиб қолишини ҳисобга олиб, аёлнинг аҳволини келгусида баҳолашда уни ёдда тутинг. Агар шок ривожланаётган бўлса, даволашни зудлик билан бошлаш зарур.

Йўлдош ажралиши билан ТКҚК беморларда ўтказиладиган чоратадбирлар

(юқори даражали туғруққа ёрдам муассасаларига).

Таъминланг:	Қўлланг:
Бачадон қисқаришини	Массаж. Бачадонни бимануал ком-прессияси, агар зарур бўлса, окситоцин қайта юбориш
Сийдик қопини бўшатинг	доимий катетер
Қон айланиш ҳажмини	

Инфекциядан ҳимоя	Кенг кўламдаги антибиотиклар
Ҳолатини кузатинг	Тери қопламлари рангини умумий баҳоланг, пульс, қон босими, қон кетиш ҳажми, эс-хуши даражаси
Беморга иссиқ режим	Кўрпа
Аниқ ёзувлар	Ёзувлар ва жадваллар
Қон беришга тайёр қариндошларини чақириш, (аёлга қариндошлари ҳамроҳ бўлишлари керак)	

- Бачадоннинг яхши қисқариши учун халақит берадиган қон ва қон лахталарини олиб ташлаш учун бачадонни ташқаридан массаж қилинг, улар бачадон қисқаришини секинлаштиради.
- 10 бирлик окситоцинни м/ога юборинг.
- т/ига эритмалар юборишни бошланг.
- Сийдик пуфагини катетеризация қилинг.

Йўлдошнинг ажралганига ва унинг бутунлиги, қолдиқлар қолмаганига ишонч ҳосил қилинг.

Бачадон бўйнини, қин ва ораликда ёриқлар, йиртиқлар йўқлигини текшириб кўринг. Темир препаратларни (60 мг дан) фолат кислота билан (400 мкг)дан 1 марта 6 ой беринг.

Қонни тўхтатиб бўлганингиздан кейин (қонни тўхтатгандан 24 соатдан кейин) анемияси борлигини билиш учун гемоглобин ва гематокритга текширинг:

⁰ Агар гемоглобиннинг миқдори 70 г/л дан паст ёки гематокрит 20% дан паст бўлса: (анемиянинг оғир даражаси) 3 ойга темир препаратларни (100 мг дан оғизга) фолат кислота билан (400мкг дан) кунига 1 марта беринг;

3 ойдан сўнг темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой бериб муолажани давом эттиринг.

⁰ Агар гемоглобин миқдори 70 — 110 г/л бўлса, темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой беринг.

Туғруқдан кейин қиндан қон кетишининг диагностикаси

Мавжуд симптомлар, бошқа симптом ва белгилар	Баъзида учрайдиган симптом ва белгилар	Тахминий диагноз
• ЭртаТКҚК	• Шок	Бачадон атонияси
• ЭртаТКҚК	• Йўлдош бутун	Бачадон бўйни, қин ва оралик

• Туғруқдан 30 минутдан сўнг йўлдош	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош ажралишининг
• Йўлдошнинг оналик томонида етишмовчилик ёки пардаси йиртилган жойда	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош қисмларини ушланиб
• Қоринни пальпация қилиб бачадон тубини аниқлаб бўлмайди	Қиндан кўриниб турган бачадоннинг	Бачадоннинг ағдарилиб қолиши
• Туғруқдан сўнг 24 соатдан кейин қон кетиши • Бачадон юмшоқ ва муддатига	Турлича тезликда қўланса ҳидли қон кетиши (енгил ва кучли, давомли ёки	Кечки ТКҚК
• Эрта ТКҚК (қорин бўшлиғига	• Шок	Бачадон ёрилиши
• Қоринда кучли оғриқ (бачадон	• Онда қон томир	

Даволаш.

Бачадон атонияси:

Атонияли бачадон туғруқдан кейин қисқара олмайди

- Бачадонни массаж қилишни давом эттиринг
- Утеротоник препаратлардан бирга ёки кетма -кет фойдаланинг

Утеротоник препаратлардан фойдаланиш

	Окситоцин	Эргометрин (метилэргометрин)	15 метил - простагландин
Ишлатиш ва дозаси	В /ига: 1 эритмада 20 бирликни эритиб, 1 дақиқада 60 юборинг 10 бирлик	М/ога ёки в/ига (секин-аста); 0,2 мг	М/ога: 0,25 мгдан
Ушлаб доза	В /ига: 1 эритмада 20 бирлик эритиб, 40 томчидан	М/ога 0,2мгдан ҳар 15 дақиқада Заруриятга қараб 0,2 мгдан м/о ёки в /и (секин-аста) ҳар 4 соатда	0,25 мг ҳар 15 дақиқада
Максимал	Таркибида окситоцин	5 доза (умумий	8 доза (умумий

	бўлган эритмани 3 л	дозаси 1,0 мг)	доза 2 мг)
Огоҳдантири Монеъликлар	в/ига шприц билан юборманг	Преэклампсия, гипертензия, юрак хасталиклари	Астма

* Гемотрансфузияни заруриятга кўра ва керак бўлса қўйинг.

• Агар қон кетиши давом этаётган бўлса:

⁰ йўлдошни яна бир бор бутунлигини текшириб кўринг;

° агар бачадонда йўлдош фрагментлари қолган бўлса (она томонидан бўлақлар етишмовчилиги ёки парда йиртилиши оқибатида очилиб қолган томирлар), қолиб кетган тўқималарни олиб ташланг.

⁰ қоннинг ивишини кроват олди тести билан текшириб кўринг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

• Олиб борилаётган тадбирларга қарамай қон тўхтамас:

⁰ **бачадонни икки қўллаб босинг:**

стерил қўлқопларни кийиб, қўлни мушт қилиб, бачадон ичига киритинг.

муштни олдинги гумбазга қўйинг ва у билан қориннинг олдинги деворига босинг;

бошқа қўл билан бачадонни орқасини қорин томондан бачадоннинг орқа деворига куч ишлатиб босинг;

* бачадон қисқаришни бошламагунча ва қон тўхтамагунча босишни давом эттиринг.

• Шундай йўл билан **аортани ҳам қисиш мумкин**

Аортани босиш ва a.femo-ralisда пульсацияни аниқлаш.

■ Қўлни мушт қилган ҳолда пастга қараб қориннинг олдинги деворидан босинг;

• Босиш нуқтаси киндикдан юқори ва чапроқда;

* Аортани пульсациясини туғруқдан кейинги эрта даврда қориннинг олдинги деворидан пайпаслаб билиш мумкин;

■ Бошқа қўлингиз билан яхши босганингизни аниқлаш учун a. Femoralis ни пульсациясини текшириб кўринг.

Агар босганингизда пульс пайпасланса, мушт билан босганингиз етарли эмас; Агар пульс пайпасланмаса, етарли;

■ Қон тўхтамагунча мушт билан босишни давом эттиринг;

• Агар босишингизга қарамай, қон кетиши давом этаверса:

⁰ бачадон ва бачадон — тухумдон артерияларини бойланг.

° агар бойлаганингиздан кейин ҳам ҳаёт учун хавфли қон кетиши давом этса, у ҳолда субтотал гистерэктомия қилинг

Баллонли тампонадани қўллаш

Баллонли тампонада қон кетишни даволашда тезкор ва кам инвазив муолажа ҳисобланиб, бунда утеротоник воситаларни самараси бўлмаса, юмшоқ туғруқ йўллари травмаси бўлмаса ва йўлдош қисмларини қолиб кетганлигини инкор қилинганда. Атонияда –самараси 100% дир.

Замонавий тампонада қилишда қон кетиш эрта муддатида аниқланса, бачадонни қисқариш активлиги 30-40 дақиқадан кейин содир бўлади.

Баллонли тампонадани қўлланилиш-бу тезкор ва енгил, атравматик, зарари камроқ, оғриқсизлантиришни ва юқори малакали ходимни талаб қилмайди, 10та қўлланилган бемордан 9тасида самара беради. Бачадон бўшлиғини қўл билан текширишдан кейин ва агар қон кетиш давом этса, лапаротомиядан олдин қўллаш лозим.

Бачадон бўйни, қин ва ораликнинг йиртилиши.

Туғруқ каналининг йиртилиши ТКҚКда иккинчи асосий сабабдир. Улар кўпинча бачадон атонияси билан бирга келади. Бачадон қисқарганда туғруқдан кейин қон кетиши одатда бачадон бўйни ёки қиннинг ёриқлари йиртилиши туфайли бўлади.

Аёлни синчиклаб текширинг ва бачадон бўйни ва қин, ораликларнинг ёриқларини тикланг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват ёнидаги тестдан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Йўлдош қисмларининг ушланиб қолиши.

Йўлдош қисмлари ушланиб қолганда қон кетиш кузатилмаслиги мумкин.

Йўлдош қисмлари — битта ёки ундан ортиқ бўлаклари бачадон ичида ушланиб қолса, бу унинг яхши қисқаришига тўсқинлик қилади.

Бачадон бўшлиғини яхшилаб бўлаклари қолиб кетганини кўришга текширинг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишида бажариладиганга ўхшаш бўлади.

Йўлдош фрагментларини қўл, кориндаги корнцанг ёки катта кюретка билан олиб ташланг.

Эслатма: Агар тўқима жуда каттиқ ёпишган бўлса, бу йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши ҳисобланади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларда гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

- Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадоннинг ағдарилиб қолиши

Йўлдош ажралаётган вақтда бачадон ичидан ташқарига ағдарилиб қолса, бачадоннинг ағдарилиб қолиши дейилади. Бачадоннинг репозицияси дарҳол бажарилиши лозим. Вақт ўтиши билан ағдарилиб қолган бачадон атрофидаги айлана таранглашиб, бачадоннинг ичи эса қонга тўлиб қолиши мумкин.

Эслатма: Бачадоннинг ағдарилиб қолишини коррекция қилмагунча, утеротониклар ишлатманг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват одди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилш зарур.

Бачадонни коррекция қилиб бўлгандан сўнг, антибиотиклар юборинг.

- ° ампициллин 2 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;

- ° ёки цефазолин 1 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажрамаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

Агар некрозга шубҳа қилсангиз қин соҳасидан гистерэктомия қилинг. Бу аёлни махсус марказга олиб ўтишни талаб этади.

Туғруқдан кейин кеч («иккиламчи») қон кетиши.

- Агар оғир анемия (гемоглобин 70 г/л ёки гематокрит 20% паст) бўлса қон қуйинг ва темир препаратларини ва фолат кислота беринг.

- Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги

ажралмаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг. Кеч ёки чўзилган ТКҚК метритнинг белгиси бўлиши мумкин утеротониклар беринг.

Агар бачадон бўйни очиқ бўлса, қўл билан бачадонни текшириб, бўшлиқдан қон лахталари ва йўлдошнинг фрагментларини олиб ташланг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишидаги каби бажарилади.

Агар бачадон бўйни ўз холига қайтган бўлса, унда бачадон бўшлиғидаги йўлдошнинг қолдиқларини эвакуация қилинг.

Баъзи ҳолларда қон кетиши давом этса, бачадон ва бачадон-тухумдон артерияларини бойланг ёки гистерэктомия қилинг.

Трофобластик касалликни йўқлигини текшириш учун иложи бўлса, бачадон ичидан кириб олинган нарсаларни ёки гистерэктомия қилинган материални гистологик текширувга беринг.

Ташқи жинсий аъзолар ва чотнинг шикастланиши.

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

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

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

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

Қин ва вульва гематомалари.

Қин ва қин даҳлизида гематома (қон тўпланиши натижасида ҳосил бўлган шиш) чуқур жойлашган қон томирларининг бузилиши натижасида шиллиқ қават ва тери остига қон қуйилишидан ҳосил бўлади, бунда шиллиқ қават ёки тери шишади ва аёл кучли оғриқ сезади. Агар гематома унчалик катта бўлмаса, шу ерга музли халта қўйиш керак. Гематома секин-аста катталаша борса, операция йўли билан қонаётган томирни топиш ва бойлаш керак. Бунда гематома устидаги тери ёки шиллиқ қават кесилади, унинг тагига тўпланган қон лахталари олиб ташланади ва ёрилган қон томирини топиб, бойланади ёки тикилади. Шиллиқ қават ва терини кетгут ва ипак билан тикиш лозим.

Чотнинг йиртилиши туғруқ вақтида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Турли сабаблар туфайли чот йиртилиши 10—12% учраса, ҳомила чала туғилганда бу 15—20% ни ташкил этади. Бундай жароҳат кўпинча биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомиланинг боши ёки елкалари чиқаётганда рўй бериши мумкин. Чотнинг йиртилиши акушерканинг малакасига ҳам боғлиқ. Чунки у туғруқ вақтида

чотни авайлаб ушлаб туриши ва ҳомила бошини тўғри ушлашни билмаса, чот кўпроқ йиртилади. Чот йиртилишининг 3 даражаси кузатилади:

I даражали йиртилишда чот териси йиртилади;

II даражада чот териси, юза мускуллар ва фасциялар йиртилади;

III даражада юқорида айтилганлардан ташқари, чот тўқималари ва тўғри ичакнинг қисқартирувчи ва идора қилувчи мускул (леватор) лари йиртилади. Айрим вақтларда тўғри ичак девори ҳам йиртилиши мумкин. Ҳар бир акушерка туғруқ пайтида чотни йиртилишдан муҳофаза қилиш билан бирга ҳомила бошининг шикастланишига ҳам йўл қўймаслиги лозим.

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

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

Қин ва чотнинг йиртиғини тикиш учун қуйидаги асбоблардан фойдаланиш керак: 2 та қин ойнаси, 3 та корнцанг, 2 та пинцет, 1 та букилган ва 1 та тўғри қайчи, 5 та қон тўхтатувчи қисқич, 2 та нина ушлагич, 3-4 ҳар хил йўғонликдаги ниналар, металл катетер, кетгут, ипак, стерилланган дока тампонлар. Агар чотдаги йиртилиш 1-2 даражали бўлса, оғриқсизлантириш учун 0,25-0,5% ли новокаин эритмасини (60-100мл) жароҳатланган тўқималар атрофига юборилади, агар 3 даражали йиртилиш бўлса, уни тикиш учун томир ичига наркоз берилади (калипсол, кетамин).

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

Чот оралиғидаги жароҳатни тикишни қин деворларининг йиртилган жойидан бошлаш керак. Йиртилган шиллиқ қаватни тикишда ҳар қайси чокнинг масофаси 1 см дан бўлиши керак, нинани жароҳатнинг 0, 5 см четидан санчилади. Агар жуда чуқур йиртилган бўлса, ичкаридаги тўқималар ҳам қўшиб тикилади, шиллиқ қаватни тикиб бўлгач, кетгут учлари қирқиб ташланади. Чот оралиғининг йиртилган териси ипак билан тикилади, бойланган ипак учларини тугундан 1 см қолдириб қирқилади.

Тикилган чот оралиғини парвариш қилиш.

Тикилган чот оралиғини аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини эҳтиёт қилган ҳолда ҳар куни 2-3 маҳал оч пушти рангли калий перманганат эритмаси билан ювилади (бунда дока тампонни ерга теккизмаслик керак), сўнгра стерилланган куруқ дока билан четларини артиб қуригилади. Аёл сийганидан ҳамда ҳожатга борганидан сўнг албатта ташқи жинсий аъзолари ювилиб, тикилган чоклар қуригилади, сўнгра спирт ва йод эритмаси суртилади.

Чилла даврида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда чок ипини 4- 5 кундан кейин сўкилади. Олиб ташлашдан бир кун олдин аёлга сурги дори бериш керак.

Чокни сўкишда стерилланган ўткир қайчи ва 2 та пинцетдан фойдаланилади.

Чокни сўкилгандан сўнг эртасига аёл туриб юриши мумкин.

Муолажадан кейинги парвариш

- 4 - даражали йиртилишида олдини оловчи антибиотикларнинг 1 марталик

миқдорини белгиланг:

- о Ампициллин 500 мг ичиринг;

- о + метронидазол 400 мг ичиринг.

Жароҳатнинг инфекция белгиларини диққат билан кузатинг

Ҳўкна қилманг ва 2 ҳафта давомида ректал текшириш ўтказманг.

Имкон бўлса, 1 ҳафта давомида бўшаштирувчи дорилар ичишини белгиланг.

Бачадон бўйнининг йиртилиши.

Олдинги туғруқда бачадон бўйни йиртилиб, тикилган бўлса, қайта туғруқда худди шучандиқ бўлиб қолган жой йиртилиши мумкин. Бачадон бўйнининг йиртилиши кўпинча (20%) биринчи бор туғаётган аёлларда учрайди.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 2 турга бўлинади:

- 1) ўз-ўзидан йиртилиши;

- 2) бирон-бир операция йўли билан туғдирилганда (зўрлаб) йиртилиши.

Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши зўрлаб йиртилишига қараганда кам учрайди. Зўрлаб йиртилишига туғруқ пайтида турли операциялар

қўлланиш сабаб бўлади. Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши одатда иккала ён деворларида, лекин кўпроқ чап томонида бўлади.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 3 даражага бўлинади.

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

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

Бачадон бўйни йиртилишининг олдини олишда бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнини оилавий поликлиникадаёқ ўз вақтида аниқлаш ва даволашга киришиш лозим.

Йиртилган бачадон бўйни тикилишидан аввал ташқи жинсий аъзолар дезинфекция қилинади, операция қилувчи шифокор ҳамда ёрдамчи акушерка операцияга тайёр бўлгандан сўнг қин кўзгу ёрдамида очилади, бачадон бўйнини 2 та қисқич билан қисилади ва уларни навбатма-навбат ўнгдан чапга қаратиб бирин-кетин ўрни алмаштирилиб, бачадон бўйнининг ҳамма деворлари синчиклаб қаралади, йиртилган жойи бўлса тикилади. Йиртиқнинг энг юқори (гумбаз яқинидаги) бурчагидан бошлаб кетгут билан тикилади. Чоклар ораси 1 см, иплар учи 1 см қолдириб қирқилади ва жароҳатга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Бачадон ағдарилиб чиқиши

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши туғруқда учрайдиган оғир ҳодисалардан бири бўлиб, кўпинча йўлдошни туғдириш учун Креде усулини қўпол ва нотўғри қўллаш ёки йўлдош ажралмасдан туриб, туғруқнинг III даврида уни

бачадон деворидан ажратиш учун йўлдошни киндик орқали тортиш натижасида вужудга келиши мумкин. Кўп ва тез-тез туққан аёлларда бачадон ўз-ўзидан ажралиши ҳам мумкин.

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

Акушерка шифокор туғруқнинг III даврини ўзи бошқараётган бўлса, бундай оғир аҳвол рўй бериши мумкинлигини эсда тутиши ва йўлдошни бачадон девори каби ажралганлигига ишонч ҳосил қилмасдан туриб, уни туғдириш йўллари, айниқса Креде усулини ўринсиз қўлламаслиги, йўлдошни киндик орқали тортмаслиги керак.

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

Мавзу № 45: “Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Йўлдош ажралишининг аломатлари.

	Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар. Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№45 мотивация. (Мавзу баёни) Йўлдош ажралишининг аломатлари. Йўлдошнинг ажратиш усуллари, қон ивиши физиологияси. Утеротоник препаратлар.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ИЛК ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Туғруқдан кейинги илк даврларида қон кетиш сабаблари (4 Т):

Йўлдош қисмлари қолиб кетиши (Т -Тўкима)

Туғруқ йўллари жароҳатлари (Т-Травма)

Гипо- ва атоник қон кетиши (Т-тонус)

Коагулопатик қон кетиши – ТИҚИ (Т-тромб)

Туғруқдан кейинги даврда 500 мл дан ортиқ қон кетиши туғруқдан кейин қон кетиш (ТКҚК) деб қабул қилинган. Лекин бунда муаммолар туғилади: одатда йўқотилган қон миқдорини кўпинча камайтириб баҳоланади, баъзи ҳолларда асл йўқотилган қоннинг ярми кўрсатилади. Қон амниотик суюқлик ёки сийдик билан аралашиб кетиши мумкин. У тампонларга, сочик, чойшабларга, лоток ва полга тушиши мумкин;

аниқ йўқотилган қон ҳажми аёл гемоглобнининг аслидаги миқдорига боғлиқ. Гемоглобини нормал аёллар қон кетишига бардошли, камқон аёлларда эса бу ҳолат хавфли оқибатларга олиб келади, қон кетиши секин- асталик билан бир неча соатлаб давом этиши, бу ҳолат сезилмаслиги ва аёл бирданига шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин.

Анемия бўлмаган ҳатто соғлом аёлларда ҳам кучли қон кетиш бошланиши мумкин.

Аёлларда ТКҚК хавф омилларини антенатал даврда ҳар доим ҳам баҳолаб бўлмайди. Барча аёлларда III даврни фаол олиб бориш бачадон атониясининг олдини олиб, қон кетишини камайтиради. Ҳамма туғаетган аёллар ТКҚКни аниқлаш учун қаттиқ кузатувда бўлишлари керак.

Гипотоник қон кетишни келтириб чиқарувчи сабаблар:

11.Узоқ давом этган оғриқли туғруқ натижасида организм ва МНС чарчаши.

12.Ҳомиладорликнинг 2 ярми гипертензия ҳолатлари, гипертония касаллиги

13.Бачадон анатомик нуқсонлари: бачадон ривожланиш нуқсонлари, бачадон миомаси, ўтказилган яллиғланиш касалликлари, кўп сонли абортлар.

14.Бачадоннинг функционал етишмовчилиги: кўп сувлилик, кўп ҳомилалик натижасида бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши

15.Плацентанинг олдинда келиши ёки паст жойлашиши

Асосий даволаш

- ЁРДАМГА ЧАҚИРИНГ. Бўш ходимларнинг ҳаммасини жалб қилинг.
- Аёлнинг аҳволига баҳо бериш учун асосий кўрсатмаларни, яшаш учун зарур функциялар фаолиятини тезлик билан баҳоланг, (пульс, артериал қон босими, нафас олиши, тана ҳарорати).
- Агар шок тахмин қилинса, уни дарҳол даволашга киришинг. Шокнинг белгилари ҳали кўринмаса ҳам аҳволи тез оғирлашиб қолишини ҳисобга олиб, аёлнинг аҳволини келгусида баҳолашда уни ёдда тутинг. Агар шок ривожланаётган бўлса, даволашни зудлик билан бошлаш зарур.

Йўлдош ажралиши билан ТКҚҚ беморларда ўтказиладиган чора-тадбирлар

(юқори даражали туғруққа ёрдам муассасаларига).

Таъминланг:	Қўлланг:
Бачадон қисқаришини	Массаж. Бачадонни бимануал ком-прессияси, агар зарур бўлса, окситоцин қайта юбориш
Сийдик қопини бўшатинг	доимий катетер
Қон айланиш ҳажмини	
Инфекциядан ҳимоя	Кенг кўламдаги антибиотиклар
Ҳолатини кузатинг	Тери қопламлари ранггини умумий баҳоланг, пульс, қон босими, қон кетиш ҳажми, эс- хуши даражаси
Беморга иссиқ режим	Кўрпа
Аниқ ёзувлар	Ёзувлар ва жадваллар
Қон беришга тайёр қариндошларини чақириш,(аёлга қариндошлари	

хамроҳ бўлишлари керак)

- Бачадоннинг яхши қисқариши учун халақит берадиган қон ва қон лахталарини олиб ташлаш учун бачадонни ташқаридан массаж қилинг, улар бачадон қисқаришини секинлаштиради.
- 10 бирлик окситоцинни м/ога юборинг.
- т/ига эритмалар юборишни бошланг .
- Сийдик пуфагини катетеризация қилинг.

Йўлдошнинг ажралганига ва унинг бутунлиги, қолдиқлар қолмаганига ишонч ҳосил қилинг.

Бачадон бўйнини, қин ва ораликда ёриқлар, йиртиқлар йўқлигини текшириб кўринг. Темир препаратларни (60 мг дан) фолат кислота билан (400 мкг)дан 1 марта 6 ой беринг.

Қонни тўхтатиб бўлганингиздан кейин (қонни тўхтатгандан 24 соатдан кейин) анемияси борлигини билиш учун гемоглобин ва гематокритга текширинг:

⁰ Агар гемоглобиннинг миқдори 70 г/л дан паст ёки гематокрит 20% дан паст бўлса: (анемиянинг оғир даражаси) 3 ойга темир прапаратларни (100 мг дан оғизга) фолат кислота билан (400мкг дан) кунига 1 марта беринг;
3 ойдан сўнг темир прапарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой бериб муолажани давом эттиринг.

⁰ Агар гемоглобин миқдори 70 — 110 г/л бўлса, темир прапарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой беринг.

Туғруқдан кейин қиндан қон кетишининг диагностикаси

Мавжуд симптомлар, бошқа симптом ва белгилар	Баъзида учрайдиган симптом ва белгилар	Тахминий диагноз
• ЭртаТКҚК	• Шок	Бачадон атонияси
• ЭртаТКҚК	• Йўлдош бутун	Бачадон бўйни, қин ва оралик
• Туғруқдан 30 минутдан сўнг йўлдош	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош ажралишининг
• Йўлдошнинг оналик томонида етишмовчилик ёки пардаси йиртилган жойда	• ЭртаТКҚК • Бачадон	Йўлдош қисмларини ушланиб
• Қоринни пальпация қилиб бачадон тубини аниқлаб бўлмади	Қиндан кўришиб турган бачадоннинг	Бачадоннинг ағдарилиб қолиши

• Туғрукдан сўнг 24 соатдан кейин қон кетиши	Турлича тезликда қўланса ҳидли қон кетиши (енгил ва кучли, давомли ёки	Кечки ТКҚК
• Бачадон юмшоқ ва муддатига	• Шок	Бачадон ёрилиши
• Эрта ТКҚК (қорин бўшлиғига	• Онада қон томир	

Даволаш.

Бачадон атонияси:

Атонияли бачадон туғрукдан кейин қисқара олмайди

- Бачадонни массаж қилишни давом эттиринг
- Утеротоник препаратлардан бирга ёки кетма -кет фойдаланинг

Утеротоник препаратлардан фойдаланиш

	Окситоцин	Эргометрин (метилэргометрин)	15 метил - простагландин
Ишлатиш ва дозаси	В /ига: 1 эритмада 20 бирликни эритиб, 1 дақиқада 60 юборинг 10 бирлик	М/ога ёки в/ига (секин-аста); 0,2 мг	М/ога: 0,25 мгдан
Ушлаб доза	В /ига: 1 эритмада 20 бирлик эритиб, 1 40 томчидан	М/ога 0,2мгдан ҳар 15 дақиқада Заруриятга қараб 0,2 мгдан м/о ёки в /и (секин-аста) ҳар 4 соатда	0,25 мг ҳар 15 дақиқада
Максимал	Таркибида окситоцин бўлган эритмани 3 л	5 доза (умумий дозаси 1,0 мг)	8 доза (умумий доза 2 мг)
Огоҳдантири Мониторинглар	в/ига шприц билан юборманг	Преэклампсия, гипертензия, юрак хасталиклари	Астма

* Гемотрансфузияни заруриятга кўра ва керак бўлса қуйинг.

• Агар қон кетиши давом этаётган бўлса:

° йўлдошни яна бир бор бутунлигини текшириб кўринг;

° агар бачадонда йўлдош фрагментлари қолган бўлса (она томонидан

бўлақлар етишмовчилиги ёки парда йиртилиши оқибатида очилиб қолган томирлар), қолиб кетган тўқималарни олиб ташланг.

⁰ қоннинг ивишини кроват олди тести билан текшириб кўринг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

- Олиб борилаётган тадбирларга қарамай қон тўхтамас:

⁰ **бачадонни икки қўллаб босинг:**

стерил қўлқопларни кийиб, қўлни мушт қилиб, бачадон ичига киритинг.

муштни олдинги гумбазга қўйинг ва у билан қориннинг олдинги деворига босинг;

бошқа қўл билан бачадонни орқасини қорин томондан бачадоннинг орқа деворига куч ишлатиб босинг;

* бачадон қисқаришни бошламагунча ва қон тўхтамагунча босишни давом эттиринг.

- Шундай йўл билан **аортани ҳам қиспиш мумкин**

Аортани босиш ва a.femo-ralisда пульсацияни аниқлаш.

- Қўлни мушт қилган ҳолда пастга қараб қориннинг олдинги деворидан босинг;

- Босиш нуқтаси киндикдан юқори ва чапроқда;

* Аортани пульсациясини туғруқдан кейинги эрта даврда қориннинг олдинги деворидан пайпаслаб билиш мумкин;

- Бошқа қўлингиз билан яхши босганингизни аниқлаш учун a. Femoralis ни пульсациясини текшириб кўринг.

Агар босганингизда пульс пайпасланса, мушт билан босганингиз етарли эмас; Агар пульс пайпасланмаса, етарли;

- Қон тўхтамагунча мушт билан босишни давом эттиринг;

- Агар босишингизга қарамай, қон кетиши давом этаверса:

⁰ бачадон ва бачадон — тухумдон артерияларини бойланг.

° агар бойлаганингиздан кейин ҳам ҳаёт учун хавфли қон кетиши давом этса, у ҳолда субтотал гистерэктомия қилинг

Баллонли тампонадани қўллаш

Баллонли тампонада қон кетишни даволашда тезкор ва кам инвазив муолажа ҳисобланиб, бунда утеротоник воситаларни самараси бўлмаса, юмшоқ туғруқ йўллари травмаси бўлмаса ва йўлдош қисмларини қолиб кетганлигини инкор қилинганда. Атонияда –самараси 100% дир.

Замонавий тампонада қилишда қон кетиш эрта муддатида аниқланса, бачадонни қисқариш активлиги 30-40 дақиқадан кейин содир бўлади.

Баллонли тампонадани қўлланилиш-бу тезкор ва енгил, атравматик, зарари камроқ, оғриқсизлантиришни ва юқори малакали ходимни талаб қилмайди, 10та қўлланилган бемордан 9тасида самара беради. Бачадон бўшлиғини қўл билан текширишдан кейин ва агар қон кетиш давом этса, лапаротомиядан олдин қўллаш лозим.

Бачадон бўйни, қин ва ораликнинг йиртилиши.

Туғруқ каналининг йиртилиши ТКҚКда иккинчи асосий сабабдир. Улар кўпинча бачадон атонияси билан бирга келади. Бачадон қисқарганда туғруқдан кейин қон кетиши одатда бачадон бўйни ёки қиннинг ёриқлари йиртилиши туфайли бўлади.

Аёлни синчиклаб текширинг ва бачадон бўйни ва қин, ораликларнинг ёриқларини тикланг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват ёнидаги тестдан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Йўлдош қисмларининг ушланиб қолиши.

Йўлдош қисмлари ушланиб қолганда қон кетиш кузатилмаслиги мумкин.

Йўлдош қисмлари — битта ёки ундан ортиқ бўлаклари бачадон ичида ушланиб қолса, бу унинг яхши қисқаришига тўсқинлик қилади.

Бачадон бўшлиғини яхшилаб бўлаклари қолиб кетганини кўришга текширинг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишида бажариладиганга ўхшаш бўлади.

Йўлдош фрагментларини қўл, қориндаги корнцанг ёки катта кюретка билан олиб ташланг.

Эслатма: Агар тўқима жуда каттиқ ёпишган бўлса, бу йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши ҳисобланади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларда гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

- Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадоннинг ағдарилиб қолиши

Йўлдош ажралаётган вақтда бачадон ичидан ташқарига ағдарилиб қолса, бачадоннинг ағдарилиб қолиши дейилади. Бачадоннинг репозицияси дарҳол бажарилиши лозим. Вақт ўтиши билан ағдарилиб қолган бачадон атрофидаги айлана таранглашиб, бачадоннинг ичи эса қонга тўлиб қолиши мумкин.

Эслатма: Бачадоннинг ағдарилиб қолишини коррекция қилмагунча, утеротониклар ишлатманг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват одди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадонни коррекция қилиб бўлгандан сўнг, антибиотиклар юборинг.

- ° ампициллин 2 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;

- ° ёки цефазолин 1 г в/ига ва метронидазол 500 мг в/ига;

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажрамаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари

антибиотиклар буюринг.

Агар некрозга шубҳа қилсангиз қин соҳасидан гистерэктомия қилинг. Бу аёлни махсус марказга олиб ўтишни талаб этади.

Туғруқдан кейин кеч («иккиламчи») қон кетиши.

- Агар оғир анемия (гемоглобин 70 г/л ёки гематокрит 20% паст) бўлса қон қуйинг ва темир препаратларини ва фолат кислота беринг.

- Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана харорати баланд, киндаги

ажралмаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг. Кеч ёки чўзилган ТКҚК метритнинг белгиси бўлиши мумкин утеротониклар беринг.

Агар бачадон бўйни очиқ бўлса, кўл билан бачадонни текшириб, бўшлиқдан қон лахталари ва йўлдошнинг фрагментларини олиб ташланг. Бачадонни кўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишидаги каби бажарилади.

Агар бачадон бўйни ўз холига қайтган бўлса, унда бачадон бўшлиғидаги йўлдошнинг қолдиқларини эвакуация қилинг.

Баъзи ҳолларда қон кетиши давом этса, бачадон ва бачадон-тухумдон артерияларини бойланг ёки гистерэктомия қилинг.

Трофобластик касалликни йўқлигини текшириш учун иложи бўлса, бачадон ичидан қириб олинган нарсаларни ёки гистерэктомия қилинган материални гистологик текширувга беринг.

Ташқи жинсий аъзолар ва чотнинг шикастланиши.

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

Ташқи жинсий аъзолари, чот шикастланиши ва йиритилиши биринчи марта туғаётган, айниқса чала, шунингдек муддатидан ўтиб тукқан аёлларда кўп учрайди. Бундан ташқари, қинга кириш қисмининг яллиғланиши — вульвит, қиннинг яллиғланиши — кольпит касалликлари ҳомиладорлик даврида яхши даволанмаганда ҳам учрайди. Туғруқ вақтида қин юмшоқ тўқималари ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида йиритилиши мумкин. Бу тўқималар туғруқда акушерка ораликни йиритилишдан эҳтиёт қилмаганда, туғруқ йўлларининг чўзилиш қобиляти сусайганда (30 ёш ва бундан ошган биринчи туғаётган ҳамда жинсий аъзолари яхши тараққий

этмаган аёлларда), хомилани акушерлик қисқичи билан тортиб чиқарилганда йиртилиши мумкин.

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

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

Қин ва вульва гематомалари.

Қин ва қин даҳлизида гематома (қон тўпланиши натижасида ҳосил бўлган шиш) чуқур жойлашган қон томирларининг бузилиши натижасида шиллиқ қават ва тери остига қон қуйилишидан ҳосил бўлади, бунда шиллиқ қават ёки тери шишади ва аёл кучли оғриқ сезади. Агар гематома унчалик катта бўлмаса, шу ерга музли халта қўйиш керак. Гематома секин-аста катталаша борса, операция йўли билан қонаётган томирни топиш ва бойлаш керак. Бунда гематома устидаги тери ёки шиллиқ қават кесилади, унинг тагига тўпланган қон лахталари олиб ташланади ва ёрилган қон томирини топиб, бойланади ёки тикилади. Шиллиқ қават ва терини кетгут ва ипак билан тикиш лозим.

Чотнинг йиртилиши туғруқ вақтида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Турли сабаблар туфайли чот йиртилиши 10—12% учраса, ҳомила чала туғилганда бу 15—20% ни ташкил этади. Бундай жароҳат кўпинча биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомиланинг боши ёки елкалари чиқаётганда рўй бериши мумкин. Чотнинг йиртилиши акушерканинг малакасига ҳам боғлиқ. Чунки у туғруқ вақтида чотни авайлаб ушлаб туриши ва ҳомила бошини тўғри ушлашни билмаса, чот кўпроқ йиртилади. Чот йиртилишининг 3 даражаси кузатилади:

I даражали йиртилишда чот териси йиртилади;

II даражада чот териси, юза мускуллар ва фасциялар йиртилади;

III даражада юқорида айтилганлардан ташқари, чот тўқималари ва тўғри ичакнинг қисқартирувчи ва идора қилувчи мускул (леватор) лари йиртилади. Айрим вақтларда тўғри ичак девори ҳам йиртилиши мумкин. Ҳар бир акушерка туғруқ пайтида чотни йиртилишдан муҳофаза қилиш билан бирга ҳомила бошининг шикастланишига ҳам йўл қўймаслиги лозим.

Чотнинг йиртилиш хавфи белгиларини мадан иборат? Ҳомиланинг боши чаноқ тубига тушганда чотдаги

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

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

Қин ва чотнинг йиртиғини тикиш учун қуйидаги асбоблардан фойдаланиш керак: 2 та қин ойнаси, 3 та корнцанг, 2 та пинцет, 1 та букилган ва 1 та тўғри қайчи, 5 та қон тўхтатувчи қисқич, 2 та нина ушлагич, 3-4 ҳар хил йўғонликдаги ниналар, металл катетер, кетгут, ипак, стерилланган дока тампонлар. Агар чотдаги йиртилиш 1-2 даражали бўлса, оғриқсизлантириш учун 0, 25-0, 5% ли новокаин эритмасини (60-100мл) жароҳатланган тўқималар атрофига юборилади, агар 3 даражали йиртилиш бўлса, уни тикиш учун томир ичига наркоз берилади (калипсол, кетамин) .

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

Чот оралиғидаги жароҳатни тикишни қин деворларининг йиртилган жойидан бошлаш керак. Йиртилган шиллиқ қаватни тикишда ҳар қайси чокнинг масофаси 1 см дан бўлиши керак, нинани жароҳатнинг 0, 5 см четидан санчилади. Агар жуда чуқур йиртилган бўлса, ичкаридаги тўқималар ҳам қўшиб тикилади, шиллиқ қаватни тикиб бўлгач, кетгут учлари қирқиб ташланади. Чот оралиғининг йиртилган териси ипак билан тикилади, бойланган ипак учларини тугундан 1 см қолдириб қирқилади.

Тикилган чот оралиғини парвариш қилиш.

Тикилган чот оралиғини аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини эҳтиёт қилган ҳолда ҳар куни 2-3 маҳал оч пушти рангли калий перманганат эритмаси

билан ювилади (бунда дока тампонни ерга теккизмаслик керак), сўнгра стерилланган куруқ дока билан четларини артиб қуритилади. Аёл сийганидан ҳамда ҳожатга борганидан сўнг албатта ташқи жинсий аъзолари ювилиб, тикилган чоклар қуритилади, сўнгра спирт ва йод эритмаси суртилади.

Чилла даврида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда чок ипини 4- 5 кундан кейин сўкилади. Олиб ташлашдан бир кун олдин аёлга сурги дори бериш керак.

Чокни сўкишда стерилланган ўткир қайчи ва 2 та пинцетдан фойдаланилади.

Чокни сўкилгандан сўнг эртасига аёл туриб юриши мумкин.

Муолажадан кейинги парвариш

- 4 - даражали йиртилишида олдини олувчи антибиотикларнинг 1 марталик

миқдорини белгиланг:

- о Ампициллин 500 мг ичиринг;

- о + метронидазол 400 мг ичиринг.

Жароҳатнинг инфекция белгиларини диққат билан кузатинг

Ҳўкна қилманг ва 2 ҳафта давомида ректал текшириш ўтказманг.

Имкон бўлса, 1 ҳафта давомида бўшаштирувчи дорилар ичишини белгиланг.

Бачадон бўйнининг йиртилиши.

Олдинги туғруқда бачадон бўйни йиртилиб, тикилган бўлса, қайта туғруқда худди шучандик бўлиб қолган жой йиртилиши мумкин. Бачадон бўйнининг йиртилиши кўпинча (20%) биринчи бор туғаётган аёлларда учрайди.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 2 турга бўлинади:

1) ўз-ўзидан йиртилиши;

2) бирон-бир операция йўли билан туғдирилганда (зўрлаб) йиртилиши.

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

Бачадон бўйнининг йиртилиши 3 даражага бўлинади.

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

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

Бачадон бўйни йиртилишининг олдини олишда бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнини оилавий поликлиникадаёқ ўз вақтида аниқлаш ва даволашга киришиш лозим.

Йиртилган бачадон бўйни тикилишидан аввал ташқи жинсий аъзолар дезинфекция қилинади, операция қилувчи шифокор ҳамда ёрдамчи акушерка операцияга тайёр бўлгандан сўнг қин кўзгу ёрдамида очилади, бачадон бўйнини 2 та қисқич билан қисилади ва уларни навбатма-навбат ўнгдан чапга қаратиб бирин-кетин ўрни алмаштирилиб, бачадон бўйнининг ҳамма деворлари синчиклаб қаралади, йиртилган жойи бўлса тикилади. Йиртиқнинг энг юқори (гумбаз яқинидаги) бурчагидан бошлаб кетгуд билан тикилади. Чоклар ораси 1 см, иплар учи 1 см қолдириб қирқилади ва жароҳатга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Бачадон ағдарилиб чиқиши

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши туғруқда учрайдиган оғир ҳодисалардан бири бўлиб, кўпинча йўлдошни туғдириш учун Креде усулини кўпол ва нотўғри қўллаш ёки йўлдош ажралмасдан туриб, туғруқнинг III даврида уни бачадон деворидан ажратиш учун йўлдошни киндик орқали тортиш натижасида вужудга келиши мумкин. Кўп ва тез-тез тукқан аёлларда бачадон ўз-ўзидан ажралиши ҳам мумкин.

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

Акушерка шифокор туғруқнинг III даврини ўзи бошқараётган бўлса, бундай оғир аҳвол рўй бериши мумкинлигини эсда тутиши ва йўлдошни бачадон девори каби ажралганлигига ишонч ҳосил қилмасдан туриб, уни туғдириш йўллари, айниқса Креде усулини ўринсиз қўлламаслиги, йўлдошни киндик орқали тортмаслиги керак.

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

Мавзу № 46: “Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пасив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пасив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пасив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пасив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари

	этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар. Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№46 мотивация. (Мавзу баёни) Қониқарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика.

Одатда ҳомиладор аёллар туғишга 10-15 кун қолганда вақти-вақти билан корин пастада ва белда бироз оғриқ сезадилар. Бу оғриқ ҳомиладор аёлни унча безовта қилмайди. Туғиш вақти-соати етганда бу оғриқ туғруқ дардига ўтиб, аввалига ҳар 8-10 минутда 20-25 секунд давомида тутади, ҳомила туғилишига яқинлашган сари дард тутиши давомли бўлиб, 50-60 секундгача, дардлар ораси қисқариб, ҳар 3-4 минутдан 2-3 минутгача етиши мумкин. Бунда шуни ҳисобга олиш керакки, биринчи туғаетган аёлларда бачадон оғзи очилиши 1 соат давомида 1 см ни ташкил қилса, қайта туғаетганларда 1,5-2 см ни ташкил қилади. Шунинг учун биринчи туғаетганларда 15-16 соат, қайта туғаетган аёллар 6-12 соат ичида туғадиладар.

Туғруқда дард тутишнинг нуқсонлари деярли тез учраб туради. Туғишнинг нормал ўтиши, кўпинча дард тутишнинг тўғри, мунтазам ва кучли бўлишига боғлиқдир. Агар дард тутиш заиф, сийрак бўлса, туғиш узоққа чўзилиб, баъзан тўхтаб қолади.(23.1-расм). Дард тутиш паузаси чўзилганда бола кўпинча бўғилиб қолиши ва баъзан ўлиб қолиши мумкин. Бундан ташқари, туғиш йўлларида микроблар кириб (айниқса ҳомила суви кетиб қолганда), бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит) вужудга келиши ҳамда ҳомилани ҳам зарарлаши мумкин. Бундай аёлларда чилла даврида ҳам ҳар хил жинсий аъзо касалликлари кўп учрайди.

ТУҒРУҚ ФАОЛИЯТИ НУҚСОНЛАРИ ТАСНИФИ:

1. Патологик прелиминар даври
2. Дард тутиш сустлиги:
 - бирламчи; иккиламчи; бачадон инертлиги
3. Ҳаддан ташқари кучли дард тутиши
4. Дард тутишнинг дискоординацияси: тўлғоқ сустлиги; дискоординация (23.2-расм); бачадон бўйнининг дистонияси; бачадон тетануси; пастки сегмент гипертонуси.

Дард тутишнинг сустлиги

Дард тутиш сустлашиб қолганда бачадон мускуллари етарли даражада қисқара олмайди. Дард тутиш сустлиги икки асосий турга: бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади. Дарднинг сустлиги туғруқ вақтидаги оғриқли патология ҳисобланиб, 8-10% ҳолларда учрайди.

Дард тутишнинг бирламчи сустлиги

Дарднинг бирламчи сустлигида дард туғруқ бошланишидаёқ суст бўлиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Бунда дард бошланишидаёқ суст бўлиб, норитмик, қисқа (15-25 секунд), паузаси узок (12-15 дақиқа) бўлади. Айрим вақтларда дард узокроқ тутса ҳам натижасиз ва кучсиз бўлади.

Бирламчи дард тутиш сустлиги асосий сабаблари: ЭГК (инфекцион, эндокрин, кам-қонлик), преэклампсия, инфантилизм, бачадон аномалияси, бачадон чандиқлари, эндомио-метрит, миома, бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши (кўп туғадиган аёл, эгизаклар, кўп сувлик, йирик ҳомила), 30 ёшдан ошганда туғадиган аёл.

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

Бундай ҳолат кўпинча кўп ҳомилали (икки-уч ва бундан кўп) аёлларда ёки қоғаноқ суви кўп бўлган ҳолларда тез-тез бачадон деворининг ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида ҳамда кўп туққан аёлларда бачадон мушакларининг чўзилувчанлиги пасайиши оқибатида рўй бериши мумкин. Бу асорат ёши 30 дан ошган, биринчи марта туғаетган аёлларда бачадон мускул қаватида чўзилмайдиган бириктирувчи тўқима кўпайганлиги

натижасида мускулларининг қисқариш қобилияти сусайиши сабабли кўп кузатилади.

Катта ёшдаги аёлларда бачадон мускул қаватида бириктирувчи тўқима кўпаяди, балоғатга етмаганларда эса бачадон мускуллари етарли тараққий этмаган бўлади. Шу сабабларга кўра бачадон мускулларида қисқариш қобилияти суст бўлади. Жинсий аъзоларда бўлган яллиғланиш жараёни таъсирида бачадон деворида жойлашган нерв охирларининг рефлексии патологик бўлиши натижасида ҳам суст бўлади.

Ҳомила кўндаланг ётганда, думбаси билан келганда ва плацента олдин келганда ҳам дард тутишнинг бирламчи сустлиги рўй беради. Чунки хомиланинг олдин келувчи қисми чанок тешигига суқилмайди, бунинг натижасида бачадон бўйнидаги нерв чигаллари яхши қитиқланмайди ва бачадоннинг қисқариши суст бўлади. Дарднинг суст бўлишига нерв-психик ҳолат ҳам сабаб бўлиши мумкин. Баъзан биринчи туғиш оғир ва мураккабланишлар билан туққан аёллар иккинчи ва сўнгги туғишларида ташвишланишлари, бунинг натижасида ҳам дард тутиши суст бўлиши мумкин. Булардан ташқари, умумий касалликлар (юрак-қон томир, ўпка сили, жигар, буйрак ва бошқа касалликлар) ҳам дардни сусайтириши мумкин. Дарднинг бирламчи сустлиги агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Дарднинг бирламчи сустлиги асосан туғруқнинг биринчи даврида, яъни бачадон бўйни очилиши даврида учрайди, бунда асосан бачадон қисқариши суст бўлиб, ритми ва давоми сустлашади, қисқариш оралиғи узоклашади. Баъзан дард тутиши бирмунча чўзилса ҳам, дард жуда қисқа ва кучсиз бўлади. Бачадонга қисқараётган вақтда кўл билан тегилса унинг қаттиқланиши сезилмайди. Бачадон бўйнининг очилиши ва хомиланинг олдин келувчи қисмининг туғилишига имконият ҳам бўлади.

Қоғаноқ ёрилмай туриб туғруқнинг узокқа чўзилиши унчалик хавфли эмас. Бу ҳолат онага ҳам, ҳомилага ҳам унчалик зарар етказмайди. Аммо қоғаноқ ёрилгандан кейин аҳвол ўзгаради, туғруқ чўзилиши натижасида хомила бўғилиб қолиши ва туғруқ йўлларида бачадонга инфекция ўтиш хавфи туғилади.

Агар хомила боши чанокқа нисбатан бир мунча нотўғри жойлашган бўлса, бачадон бўйни чандикли ёки кам чўзилувчан бўлса ҳам хомила бошининг туғруқ канали бўйича сурилишига ҳалақит бериши натижасида бирламчи сустлик вужудга келади.

Бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятининг бузилиш сабаблари турлича бўлиб, ҳозиргача айрим бир сабабни келтириш қийин.

Силлиқ мускуллардаги қисқариш хусусияти кўндаланг мускулларга ўхшаб кетади. Аммо туғиш жараёнини бошқарувчи омил бирмунча фарк қилади.

Бачадонни қисқартирувчи оксилларнинг концентрацияси эстрогенларнинг таъсирига боғлиқдир. Агар эстрогенлар етишмаса, бу хилдаги оксил ҳам кифоя қилмайди. Шунга кўра бачадоннинг қисқариши ҳам суст бўлади.

Бачадоннинг мотор хусусияти энергетик ҳолатига ҳам боғлиқ. Маълумки, мускулларнинг қисқариш хусусияти 70-80 % ҳолларда кўмир кислотасини парчалашига боғлиқ.

Агар туғиш жараёни чўзилиб кетса, унда бачадон мушакларида кислород камлиги вужудга келиб, углекислота парчаланиши реакцияси издан чиқади.

Дард тутишнинг иккиламчи суслиги

Дарднинг иккиламчи суслиги дард бошланишидан бошлаб бироз вақт яхши, мунтазам, етарлича давомли бўлиб туриб, сўнгра суст, натижасиз бўлиб қолади. Дард суслигини аниқлашда доянинг кузатувчанлиги катта аҳамиятга эга.

Дард тутиш даври борган сари узайиб, улар орасидаги вақт камайиши ўрнига узаяди ёки бир неча соат ўтгандан сўнг ҳам дард тутиши бирдай бўлиб қолаверади ҳамда дард қисқа тутиб, самарасиз бўлади, яъни бачадон оғзининг очилиши жуда суст бўлади ёки бирдай қолади. Ҳомиланинг чаноққа яқин турган қисми (боши ёки думбаси) олдинга қараб силжимамайди.

Иккиламчи дард тутиш суслиги сабаблари: ЭГК, очлик, асаб системаси чарчаганлиги, окситоцин билан гиперстимуляцияси, ҳомила боши билан она чаноғи ўлчамлари мос келмаслиги.

Бу ҳолат туғишнинг ярмида юз беради. Бундай сустлашиш туғиш жараёни чўзилиб кетганда, ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари бир-бирига мос келмаганда (ҳомила боши катта ёки тор чаноқ бўлганда), шунингдек ҳомила боши чаноқ киришига нотўғри жойлашганда вужудга келади. Ҳомила боши суяклари қаттиқ, бачадон бўйнининг очилиши қийин ва қоғаноқ пардалари қалин бўлиши ҳам дарднинг аввал кучли бўлиб, сўнгра аста-секин сустлашишига сабаб бўлади. Туғиш жараёнининг иккиламчи суслигида

ҳомиланинг туғиш канали бўйича сурилиб секинлашиши, туғруқ йўллариининг жароҳатланишига олиб келади. Ҳомила эса асфиксия, туғруқ жароҳати, туғруқ учинчи даврида ва эрта чилла даврида эса кўпинча қон кетиш ҳолати кузатилади.

Туғиш дарди сустлигини диагноз қўйиш асосан туғаётган аёлни 4 соат давомида синчиклаб кузатиш натижасида аниқлаш мумкин. Бунга партограмма олиб борилганда ёрдам беради.

Кам учрайдиган дард тутиш аномалияларидан бири бачадон мушакларинг инертлигидир. Бунда туғруқ жараёнининг бошланишида ҳар замонда тутадиган суст дард кейинчалик бутунлай йўқолиб кетади. Бу билан бачадон оғзи очилиши ҳам тўхтади. Бу акушерликда энг оғир асорат ҳисобланиб, баъзан бачадоннинг қисқаришини кучайтирадиган ҳар қандай дорига ҳам бачадон мушаклари қисқариш билан жавоб бермайди, бундай асоратларда туғруқни операция йўли билан тугатишга тўғри келади.

Дарднинг сустлигини даволашда нерв системасини тинчлантирадиган дорилар: кечасига димедрол, аналгин ёки новопассит 1 таблеткадан бериш лозим. Аёлга тез ҳазм бўладиган юқори калорияли овқатларни оз-оздан 4-5 маҳал бериш керак. Овқат рационига кефир, творог, қаймоқ ва бошқалар, шунингдек сервитамин овқатлар киритиш тавсия қилинади.

Аёлнинг сийдик ва ахлат чиқариш фаолиятларига аҳамият бериш лозим. Бунда аёл шахсий гигиенага қатъий риоя қилиши лозим. Аёлнинг ичи бир сутка давомида келмаган бўлса, тозаловчи ҳўқна қилиш лозим.

Аёл яхши ухламай чарчаган бўлса, уйқу дорилар ёрдамида ухлатиш дарднинг сустлигини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳозирги даврда электруйқу аппарати ёрдамида уйқу келтириш ҳамда гамма оксимои кислотаси (ГОМК) 20% ли 20 мл ни 10% ли глюкоза 20 мл эритмаси билан аста-секин қон томирига юборилади. Уйқу вақтида (2-2,5 соат давом этади) дарднинг тутиши нормаллашиб қолиши мумкин. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бу дориларни шифокор- анестезиолог бергани маъқул.

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

Ҳамма вақт дардни сунъий кўзғатиш ёки тезлаштиришдан аввал организмни шунга тайёрлаш учун иссиқ овқат, ширин чой, шоколад, кофе бериш лозим. Шундан сўнг агар қаршилиқ қилувчи омиллар (буларга ҳомила боши билан она чаноғи ўлчамларининг мос келмаслиги, яъни клиник тор

чанок, бачадонда бирон-бир жарроҳликдан сўнг чандик мавжудлиги, илгари жинсий аъзоларда кузатилган оғир септик касалликлар, бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилиш хавфи, кўп ҳомилалик, ҳомила сувининг кўплиги кабилар киради) бўлмаса, дардни тўғридан-тўғри тезлатувчи усуллардан бири қўлланилади. Буларга 5 бирликда (1мл) окситоцин 5% ли глюкозанинг 500 мл ига аралаштирилиб 8-10 томчидан томирга юборилади. Бунда ҳар 5 минутда томчилар сони 5 тага кўпайтириб борилиб, умумий сонини 30-35 га етказиш мумкин. Сўнгги вақтларда дардни зўрайтирувчи янги дорилар простагландин F2 – энзапрост (2,5 мг ва 2,5 бирлик окситоцин 500 мл 5% ли глюкоза эритмасига аралаштирилиб) қон томирига томчилатиб юборилади.

Шулар билан бир қаторда ҳомила гипоксиясига қарши дорилар: 5% аскорбин кислотасидан 10 мл ва кокарбоксилаза 50 мг 5% ли глюкоза билан бирга томирга юбориш керак. Туғруқ вақтида ҳар 3 соатда асфиксияга қарши профилактик чоралар кўриш лозим. Ҳомила суви олдин кетиши натижасида эндометритнинг белгилари пайдо бўлса, антибиотиклар (гентамицин, цефалоспоринлар) бериш зарур.

Окситоцин ва энзапростни томчилаганда аёлнинг умумий аҳволига, бачадоннинг қисқаришига эътибор бериб бориш лозим. Окситоцинни спазмолитик ва оғриқ қолдирувчи дорилар (но-шпа 2 мл ёки 2%ли 2 мл папаверин гидрохлорид ва бошқалар) билан бирга бериш лозим. Дард зўрайтирилаётганда шифокор ёки акушерка аёлнинг ёнида бўлиши керак.

Мавзу № 46: “Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли билан

	таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли. -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намоёйиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар,

	назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадида кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№46 мотивация. (Мавзу баёни) Тор чанокдаги оғриқ синдроми. Анатомик тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика ва реабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли хамширанинг роли.

Анатомик торайган чанок деб, унинг ҳамма ёки асосий ўлчамларидан бирининг камида 1,5-2 см торайишига айтилади. Анатомик торайган чанок туғувчи аёллар орасида ўртача 2,5-3,5% ни ташкил этади. Анатомик торайган чанокнинг хусусиятлари ва шакллари билиш ҳомиладорликнинг ўтиши ва туғруқ натижасини аниқлашда жуда катта аҳамиятга эга. Туғруқ пайтида ҳомила боши ва аёл чаноғи ўлчамларининг бир-бирига тўғри келмаслиги натижасида ҳосил бўлувчи клиник тор чанок ўзининг асоратлари билан ҳомила ва она учун қийинчилик туғдиради.

ТОР ЧАНОҚ ТАСНИФИ

Шакли бўйича:

I. Тор чанокнинг кўп учрайдиган шакллари .

- а) ҳамма томонидан баравар торайган чанок;
- б) кўндалангига торайган чанок;
- в) ясси чанок (оддий ясси ва рахитик ясси)

2) Тор чаноқнинг кам учрайдиган шакллари.

- а) бир текис торайган ясси тор чаноқ;
- б) қийшиқ торайган асимметрик чаноқ
- в) остемаляциядан шикастланган чаноқ;
- г) кифосколиотик чаноқ;
- д) воронкасимон чаноқ;
- е) спондиолитетик чаноқ;
- ё) инфантил чаноқ;
- ж) экзостоз ва суяк ўсмалари натижасида торайган чаноқ.

Тор чаноқ ўлчамлари

Чаноқнинг шакли	D. spinarum	D. cristarum	D. tro- chanterica	C. Externa	C. diagonalis	C. vera
Нормал	25	28	31	20	13	11
Бир текис торайган	24	26	29	18	11	9
Оддий ясси	25	28	31	18	11	9
Рахитик ясси	27	27	31	17	10	8
Кўндалап торайган	25	25	30	20	13	11

II. Торайиш даражаси (Малиновский М.С. бўйича):

- 1- даражали тор чаноқ-чин конъюгата 10-8 см га тенг.
- 2- даражали тор чаноқ_чин конъюгата 8-6 см га тенг.
- 3- даражали тор чаноқ-чин конъюгата 6 см дан кам бўлади.

Ҳозирги пайтда асосан биринчи даражали тор чанок учраса, учинчи даражали тор чанок деярли учрамайди.

Клиник нуқтаи назардан чанок ва ҳомила ўлчамлари бир-бирига тўғри келиши ва туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкинлигини ҳал қилиш учун қуйидаги қўшимча ўлчамларни аниқлаш керак:

1. Катта чанок ўлчамлари.
2. Чанок айланаси.
3. Диагонал конъюгата.
4. Чин конъюгата.
5. Кичик чанокнинг чиқиш ўлчамлари (тўғри ва кўндаланг).
6. Михаэлис ромбининг ўлчамлари.
7. Соловьев индекси.
8. Катта чанокнинг қийшиқ ва ён ўлчамлари.
9. Қов бирикмаси баландлиги.
10. Симфизнинг ўртасидан 2-3 думғаза умуртқалари бирикмасигача бўлган масофа (қов-думғаза ўлчами).

Чанок торайиш даражасини ва шаклини аниқлашда юқорида келтирилган ўлчамлардан ташқари пельвиометрия ва ультратовуш текшириш жуда катта аҳамиятга эга. Рентгенопельвиометрия орқали чанокнинг қуйидаги тўрт шакли тафовут қилинади.

1. Гинекоид (gynecos-аёл) чанок кичик чанокқа кириш айлана ёки кўндаланг овал шаклида бўлади.
2. Андроид (androg-эркак) чанок-кичик чанокда кириш учбурчаксимон бўлиб, қов бурчаги ва ёйи тор бўлади.
3. Антропоид чанок(кўндалангига торайган чанок)-кичик чанокқа кириш бўйлама-овал шаклида бўлиб, чанокнинг тўғри ўлчамлари кўндаланг ўлчамларига нисбатан узунроқ бўлади.
4. Платипеллоид (ясси) чанок-чанокда кириш кўндаланг овал шаклида бўлиб, кўндаланг ўлчамлари тўғри ўлчамларига қараганда узунроқ бўлади.

Тор чанокни юзага келтирувчи сабаблар она ва ҳомила ўртасида модда алмашиш бузилиши, яъни фетоплацентар комплексининг патологияси, болалик ва ўсмирлик давридаги касалликлар, бола ҳаётидаги қоникарсиз

мухит, оғир юқумли касалликлар, эндокрин системанинг патологияси, суяк шикастланишлари ва бошқалардир.

Тор чанокни аниқлашда анамнез йиғиш, умумий объектив ва акушерлик текшириш усуллари қўлланилади, жумладан қорин кўриниши, бел-думғаза ромби шаклини кўздан кечириш, акушерлик анамнези, чанокни ўлчаш, кин орқали текшириш йўли билан конъюгатани аниқлаш, ҳомила ўлчамлари ва бошқалар аҳамиятга эга.

Чанок тор бўлганда туғруқнинг ўтиши

Чанокнинг торайиш шаклига қараб туғруқ механизми ўз хусусиятларига эга бўлади.

ҲАММА ТОМОНИДАН БАРАВАР ТОРАЙГАН ЧАНОҚДА ТУҒРУҚ МЕХАНИЗМИ

Ҳамма томонидан баравар торайган чанок деб, ўлчамлари бир хилда торайган чанокқа айтилади.

Бундай чанокларда туғруқ механизми нормал ўлчамли чанокдагидай ўтиб, лекин ҳар бир лаҳза ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

1. Ҳомила боши чанокқа кириш текислигида эгилади, шу сабабли бу ҳол унга ўқ-ёйсимон чок билан чанокқа кириш текислигининг қийшиқ ўлчамларидан бирида туришга имкон беради.

2. Ҳомила бошининг эгилиши кичик чанокнинг кенг қисмидан тор қисмига ўтаётган пайтига тўғри келади. Ҳомила боши чанок тор қисмида янада кўпроқ қаршиликка учраб, янада кўпроқ эгилади, кичик лиқилдок пастга тушади ва чанок марказига яқинлашади ҳамда чанокнинг ўтказувчи ўқиға тўғри келади.

Ҳомила бошининг бундай эгилиши Редерер асинклитизми деб ном олган. Ҳомила бошининг бундай эгилиши ўзининг энг кичик айланаси билан чанокнинг энг тор жойидан ўтишга имкон беради.

3. Ҳомила боши максимал эгилганлиги туфайли у бўйига чўзилиб кетади ва долихоцефалик конфигурация деб аталади.

Бу уч хусусият туғруқ механизмининг биринчи ва иккинчи лаҳзаларида учрайди. Ҳомила боши ўқ-ёйсимон чок билан чанок чиқиши текислигининг тўғри ўлчамида ётади ва ҳомила боши ёзилади. Шундай қилиб, туғруқнинг давом этиши анча ўзгаради.

КЎНДАЛАНГ ТОРАЙГАН ЧАНОҚДА ТУҒРУҚ МЕХАНИЗМИ

Кўндалангига торайган чанок деб, кўндаланг ўлчамлари 1 см ёки ундан кўпроқ камайиб чин конъюгатанинг ўлчамлари нормал ёки катта чанокқа айтилади. Бундай чанокли аёлда ҳомила бошининг юқорида тўғри туриб қолиши кузатилади. Бунда ҳомила боши ҳаддан зиёд эгилади ва эгилган ҳолда ўқ-ёйсимон чок билан чанокнинг ҳамма текисликларидан тўғри ўлчами билан қайтади ва ҳомила энса олдинда ётиши олдинги тур механизмида, яъни нормал биомеханизмда туғилади, агар орқа тур бўлса, айланиш чанок бўшлиғида бўлиб, кўпинча турли хил асоратларга олиб келади.

ЯССИ ЧАНОҚДА ТУҒРУҚ МЕХАНИЗМИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рахитик ясси чанокда фақат чанок киришининг тўғри ўлчами қисқарган, оддий ясси чанокда—чанокнинг барча тўғри ўлчамлари қисқарган. Ясси чанокларда туғруқ механизми қуйидаги хусусиятларга эга.

1. Ҳомиланинг боши ўқ-ёйсимон чок билан кичик чанок оғзининг кўндаланг ўлчамида туради. Ҳомила боши чанок оғзида бироз орқага қайрилади ва ёзилади.
2. Ҳомила бошининг асинклитик суқилиши юзага келади (олдинги ва орқа асинклитизм).
3. Ҳомила бошининг ҳаддан ортик (ўта) брахиоцефал конфигурацияси кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган хусусиятлар туғруқ механизмининг I- лаҳзаси учун хосдир. II-III-IV лаҳзалар одатдагидай ўтади.

ТОР ЧАНОҚНИНГ АСОРАТЛАРИ

Туғруқ пайтида тор чанокли аёлларда қуйидаги асоратлар бўлиши мумкин.

1. Қоғанок сувининг вақтидан олдин кетиши.
2. Киндикнинг олдинга тушиши
3. Туғруқ дардининг сустлиги ва унинг чўзилиши.
4. Функционал тор чанокнинг юзага келиши.
5. Она юмшоқ тўқималари ва ҳомила бошининг шикастланиши.
6. Ҳомиланинг чала туғилиши, чаноғи билан келиши, кўндаланг ётиши.

Тор чанокда туғруқнинг ўтиши ва унинг оқибатлари ҳомиланинг ўлчамлари, ҳомиланинг олдинда ётувчи қисмининг тўғри суқилиши ва унинг конфигурациясига, тўлғоқнинг кучига ва аёлнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлади. Тор чанокда туғруқни бошқариш энг қийин ва асосий масалалардан

бири ҳисобланади ва туғруқни олиб боровчи шифокорнинг малакасига боғлиқдир.

Тор чанокли ҳомиладорларни олиб боришда амбулаториянинг вазифаси қуйидагилардан иборат:

а) ҳомиладор аёлларни барвақт ҳисобга олиб, уларни алоҳида диспансер гуруҳларига киритиш.

б) тор чанокли ҳомиладор аёлларни туғруқ пайтидан 2-3 ҳафта олдин акушерлик стационарига юбориш лозим.

Бу ҳомиладор аёллар учун туғруқни бошқариш режасини тузиш шарт.

Ҳомилани антенатал нормал ривожини таъминлаш, инфантилизм ва бошқа болалар касалликларининг олдини олиш, ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, вояга етгач, ички секреция безлари фаолиятини кузатиб туриш каби тадбирлар орқали торайган чанок вужудга келишининг олдини олиш мумкин.

Мавзу № 48: “Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташҳисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташҳисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташҳисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.

<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Клиник тор чанок. Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	килинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№48 мотивация. (Мавзу баёни) Клиник тор чанок. Ҳамширалик таъхисини қўйиш, даволаш, профилактика варабилитацион муолажаларни амалга оширишида олий маълумотли ҳамширанинг роли.

Функционал, клиник тор чанок деб, туғруқ пайтида ҳомила ўлчамларининг ҳомиладор аёл чаноғи ўлчамларига тўғри келмаслик ҳолатига айтилади. Туғруқнинг узок кечиши ёки жарроҳлик аралашувлари ёрдамида кечишидан қатъи назар, ҳомила ўлчамларига тўғри келмайдиган ҳар бир ҳол функционал жиҳатдан тор чанок ҳисобланади.

УЧРАШИ: Функционал жиҳатдан тор чанок умум туғруқларга нисбатан 1,5-2,5% ҳолларда учрайди. Функционал жиҳатдан тор чанокда туғруқнинг кечиши ҳомиладор аёл чаноғи билан ҳомила ўлчамларининг бир-бирига мос келмаслигига боғлиқ. Тор чанокда кўпинча туғруқ даври чўзилиб кетади, қоғанок сувларининг барвақт кетиши ҳомила киндигининг тушиши, нормал жойлашган плацентанинг барвақт кўчиши, эндометрит, ҳомила асфиксияси, жароҳатлар учраб туради. Ҳомиладор аёллар чаноғининг функционал торлигини исботловчи клиник белгилар қуйидагича: бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлиб, туғруқ кучлари яхши бўлишига қарамай, ҳомиланинг туғруқ йўлларида суст ҳаракатланиши ёки олдинга ҳаракатнинг йўқлиги, ҳомила бошининг чанокда сурилиши, конфигурацияси хусусиятлари, Вастен белгисининг кўрсаткичи, Цангеймстер ўлчамининг ташқи конъюгатадан катталиги, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари, бачадон деворининг ёрилиш ҳавфи белгилари ва бошқалар киради.

Туғруқ кучлари нормал бўлиб, бачадон бўйнининг тўлиқ очилган ҳолатида ҳомила бошининг илгарилама ҳаракатлари сустлиги ёки умуман йўқлиги ўлчамларнинг мутлоқ ёки нисбатан тўғри келмаслигидан далолат беради. Ҳомила бошининг сурилиш механизми (туғруқ механизми) чанокнинг ушбу формасига тўғри келиши ёки келмаслиги мумкин. Биринчи ҳол мослашиш механизми бўлиб, иккинчи ҳол эса салбий ҳисобланади. Ҳомила бошининг

яхши конфигурацияланиши туғруқнинг нормал тугалланишида муҳим рол ўйнайди.

Ҳомила боши чанок оғзига суқилгандан кейин Вастен белгиси аниқланади. Текширувчи қўлининг кафтини симфиз юзасига қўйилиб юқорига олдинда ётган ҳомила боши соҳасига сирпантирилади;1) ҳомила бошининг олдинги юзаси симфиз сатҳидан баланд бўлса, ҳомила боши чанокқа мутлоқ тўғри келмайди (Вастен белгиси мусбат), 2) ҳомила боши чанокқа салгина тўғри келмаса олдинги юзаси симфиз билан бир сатҳда туради (Вастен белгиси баравар), 3) ҳомила боши чанокқа мос келганда ўқнинг олдинги юзаси симфиз сатҳидан пастда бўлади (Вастен белгиси манфий).

Цангемейстер ўлчамининг ташқи конъюгата ўлчамидан катталиги тор чанокнинг ишончли далили ҳисобланади, сийдик пуфагининг сиқилиши симптоми ҳам тор чанок борлигини билдиради ва бунда сийдик чиқаришнинг тўхташи ёки камайиши кузатилади.

ТАСНИФИ: Функционал жиҳатдан тор чанок ҳомила чанок ўлчамларининг тўғри келмаслиги жиҳатидан 3 даражага бўлинади (Калганова бўйича):

I даражали функционал тор чанок озгина тўғри келмаслиги кузатилганда: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш хусусиятлари нормал туғруқ механизмига мос бўлади, боши яхши конфигурацияланади, Вастен белгиси манфий бўлади, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан кам, туғруқ кучи нормал бўлиб, туғруқ даври 2-4 соатга чўзилади.

II даражали функционал тор чанок (нисбий тўғри келмаслик) белгилари: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш хусусиятлари анатомик тор чанок шаклига мос келади, ҳомила боши кескин конфигурацияланади, ҳомила боши кичик чанок текисликларида узоқ туради, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари борлиги, Вастен белгиси «баравар», Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгата ўлчамига баравар келади.

III даражали функционал тор чанок (мутлоқ тўғри келмаслик): бундай ҳилда туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш механизми ушбу тор чанок формасига хос бўлмайди, бошнинг конфигурацияси кам ёки конфигурация бутунлай кузатилмайди, Вастен белгиси мусбат, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан катта, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари намоён бўлади ва тўлғоқ ўз вақтидан олдин келади. Туғруқ кучлари нормал, бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлишига қарамай, ҳомиланинг илгарилама

ҳаракатлари суст ёки умуман йўқ, бачадон деворининг ёрилиш ҳавфи белгилари пайдо бўлиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ: Функционал жиҳатдан тор чанокнинг диагностикаси ҳомиладор аёлнинг акушерлик анамнезини ўрганишдан бошланади. Агар олдинги ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетган ёки оператив аралашувлар (кесарча кесиш, акушерлик қисқичлари, вакуум-экстракция, краниотомия) ёрдамида, ҳомила асфиксия ҳолатида ёки ўлик туғилган бўлса, ҳозирги туғруқ жараёнида асоратлар бўлиши ҳавфи бор. Маълумки, анатомик тор чанок туғруқда функционал жиҳатдан тор чанок келиб чиқишининг асосий сабаби ҳисобланади. Шунинг учун чанокни ўлчаш, ҳомиладорни кўздан кечириш, ташқи кузатув асосида тор чанок борлигини тасдиқловчи белгилар: умумий инфантилизм, бўйи 150 сантиметрдан паст, болаликда кечган рахит белгилари, сколиоз, кифоз аниқланади. Анатомик тор чанокқа шубҳа туғилганда рентгенопельвиометрия, ультратовуш текширув ёрдамида унинг асосий ўлчамларини аниқлаш мумкин.

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ. Туғруқни бошқариш учун аввало чанокни функционал жиҳатдан баҳолаш керак. Функционал жиҳатдан тор чанокда туғруқнинг кечиши ҳомила боши ва чанок ўлчамларининг бир- бирига тўғри келиш- келмаслигини ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Туғруқни олиб бориш тактикасини ўрганишда қуйидагиларни назарда тутиш керак: акушерлик анамнези, ҳомиладорликнинг кечиши, чанок шакли ва ўлчамлари, кўпчилик ҳолларда туғруқ даврида пешонанинг олдинда ётиши, ҳомила бошининг тўғрилиги жиҳатидан баҳоланади. Фақат бир неча ҳолларда, яъни туришини бачадон очилиш даврида баҳолаш мумкин.

Функционал тор чанокнинг биринчи ва иккинчи даражасида туғруқни бошқаришда кутиш ҳолатига амал қилинади.

Учинчи даражали функционал тор чанокда она ва ҳомила ҳаётини сақлаш мақсадида кесарча кесиш операцияси, ҳомила ўлик бўлганда эмбриотомия қилинади.

II-III даражали функционал тор чанокда акушерлик қисқичларини ишлатиш ман қилинади. Агар ҳомила ўлик бўлса, краниотомия қилиш мумкин.

Функционал жиҳатдан тор чанокни ўз вақтида аниқлаш, туғруқни бошқариш тактикасини тор чанок даражасига боғлиқ ҳолда олиб бориш натижасида перинатал ўлим ва бошқа асоратлар камайиши мумкин.

ПРОФИЛАКТИКАСИ. Функционал жихатдан тор чанокда учрайдиган асоратларнинг олдини олишда оилавий поликлиника муҳим рол ўйнайди. Агар аёлларда анатомик тор чанок ёки функционал тор чанокқа олиб келиши мумкин бўлган сабаблар аниқланса, аёл юқори хавф гуруҳига киритилади ва ҳомиладорни текшириш мақсадида акушерлик бўлимига туғруқдан 7—10 кун олдин ётқизилади. Бу ерда туғдириш усуллари аниқланади ва рационал олиб борилади.

Мавзу № 49: “Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

-акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	-шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№49 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси.

Хомиланинг нотўғри жойлашуви - бу клиник ҳолат, унда ҳомиланинг ўқи бачадон бўйи бўйи билан тўғри ёки ўткир бурчак ҳосил қилади ва унинг пастки қисми йўқ.

Нотўғри ҳомила позициялари латерал ва қия позицияларни ўз ичига олади.

Кўндаланг позиция - ҳомиланинг ўқи бачадон ўқини тўғри бурчак остида кесиб ўтган клиник ҳолат.

Қийшиқ позиция - клиник ҳолат, бу ҳомиланинг ўқи бачадон ўқини ўткир бурчак остида кесиб ўтади. Бундай ҳолда, ҳомила пастки қисми катта тос бўшлиғининг ёнбош бўшлиқларидан бирида жойлашган. Облик ҳолати - бу ўтиш даври: туғиш пайтида у бўйлама ёки кўндалангга айланади.

Этиологик омиллар:

а) Ҳомиланинг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги: полигидрамниоз билан, кўп ҳомиладорлик билан (иккинчи ҳомилада), тўйиб овқатланмаса ёки ҳомиланинг эрта туғилиши билан, қорин олд девори саркома мушаклари билан.

б) Ҳомиланинг ҳаракатчанлиги чекланган: сув кам; катта мева; кўп ҳомиладорлик; бачадон бўшлиғини деформатсия қиладиган бачадон миомаси бўлса; аборт қилиш хавфи билан, бачадоннинг қисқарган оҳангида, қисқа киндик борлигида.

в) бошнинг жойлашишига тўсқинлик қилиш: йўлдош олдинда, тор тосда, бачадон пастки сегментида бачадон миомаси мавжудлиги.

д) бачадон ривожланишидаги аномалиялар: бачадон бўйни бачадон, эгар бачадон, бачадондаги септум.

д) Ҳомиланинг ривожланишидаги аномалиялар: гидросефали, анентсефалия.

Диагностика

1. Қорин бўшлиғини текшириш. Бачадон шакли чўзилган кўндаланг катталиқдир. Қорин атрофи ҳар доим текширув ўтказиладиган ҳомиладорлик даври учун нормадан ошади ва бачадон пўстлоғининг баландлиги ҳар доим ҳам меъёрдан паст бўлади.

2. Палпация. Бачадоннинг пастки қисмида катта қисм йўқ, бачадоннинг латерал қисмларида катта қисмлар (бир томондан - юмалоқ, зич, бошқа

томондан - юмшоқ), пастки қисми аниқланмаган. Хомиланинг юрак уриши киндикда яхши эшитилади.

Хомиланинг ҳолати бош билан белгиланади: биринчи ҳолатда бош чап томонга, иккинчи ҳолатда - ўнг томонга палпатсия қилинади. Хомиланинг тури, одатдагидек, орқа томонидан тан олинади: орқа олдинга - олд томонга, орқага - орқа томонга.

3. Вагинал текшириш. Туғилишнинг бошида бутун хомилалик қовуқ билан, у маълумотга эга эмас, фақат ҳозирги қисми йўқлигини тасдиқлайди. Фаринитнинг этарли даражада очилиши (4-5 см) билан амниотик суяқлик оқимидан сўнг сиз элкама-елка пичоғини, умуртқанинг спиноз жараёнларини, қўлтиқни аниқлашингиз мумкин. Спиноз жараёнлар ва скапуларнинг жойлашуви ҳомила турини, аксилладаги позитсияни аниқлайди: агар бўшлиқ ўнг томонга бурилса, у ҳолда позитсия биринчи бўлиб, иккинчи ҳолатда аксилла чап томонга очилади.

Ҳомиладорлик ва туғиш жараёни.

Кўпинча латерал ҳолатдаги ҳомиладорлик асоратларсиз давом этади. Баъзида хомилалик ҳаракатчанликнинг ошиши билан беқарор позитсия - позитсиянинг тез-тез ўзгариши (бўйлама - кўндаланг - бўйлама) кузатилади.

Хомиланинг кўндаланг жойлашиши билан ҳомиладорликнинг асоратлари: амниотик суяқликнинг пренатал тушиши билан хомиланинг кичик қисмлари йўқолиши билан бирга келадиган туғилиш; гипоксия ва ҳомила инфексияси; йўлдош олдинда қон кетиш.

Туғилишнинг асоратлари: амниотик суяқликни эрта тушириш; ҳомила инфексияси; ҳомила бепарво қилинган латерал ҳолатини шакллантириш - амниотик суяқликнинг жадал эрта чиқиб кетиши билан ҳомила ҳаракатчанлигини йўқотиш; ҳомила кичик қисмларининг пролапсиси; гипоксия; бачадоннинг пастки сегментининг ҳаддан ташқари қисилиши ва ёрилиши.

Экстремиталарнинг пролапси билан вагинага нима тушишини аниқлаб олиш керак: тутқич ёки оёқ. Туғилиш каналининг ичидаги тутқични педикуладан бармоқларнинг узунлиги ва калтсанеал тубернинг йўқлиги билан ажратиш мумкин. Чўткаси билакка тўғри чизик билан боғланган. Бармоқлар алоҳида, айниқса бош бармоғи. Шунингдек, қайси қалам тушиб кетганини аниқлаш керак - ўнгга ёки чапга. Бунинг учун улар ўнг қўлига ташланган дастани билан “салом айтинг”; агар у муваффақият қозонса, ўнг қўли тушиб кетди,

муваффақиятсиз бўлса чап томони. Тушган тутқич ёрдамида ҳомиланинг ҳолати, ҳолати ва турини аниқлаш осонлашади. Тутқич ҳомила оёғига ички айланишига ҳалақит бермайди, унинг қисқариши ҳомила ёки эмбриотомия айланишига тўсқинлик қиладиган ҳатодир. Тушган қалам туғиш пайтида инфекциянинг кўтарилиш хавфини оширади ва тезроқ туғилишнинг белгиси бўлиб хизмат қилади.

Киндик ичак пролапсаси. Агар вагинал текширув пайтида, киндик ичакчасидаги қовурғалар ҳомила сийдиги орқали сезилса, улар бу ҳақда гапиришади. Вагинада йиртилган ҳомилалик қовуқ билан киндик ичакчасининг таърифи киндик ичакнинг пролапсаси деб номланади. Одатда, сувни тўкиш пайтида киндик ичакка тушади. Шунинг учун бундай асоратни ўз вақтида аниқлаш учун дарҳол вагинал текширувни ўтказиш керак. Ҳомиланинг кўндаланг (кўндаланг) ҳолатида киндик ичакчасини йўқотиши инфекцияга ва озроқ даражада ҳомила гипоксиясига олиб келиши мумкин. Аммо киндик ичакнинг тирик ҳомила билан тарқалишининг барча ҳолатларида шошилиш ёрдам зарур. Трансверс ҳолатда, бачадон фарензи ва ҳаракатланувчи ҳомиланинг тўлиқ очилиши, бу ёрдам ҳомилани оёққа буриш ва кейин уни чиқариб олишдир. Фаренкснинг тўлиқ очилмаганлиги билан

Мавзу № 50: “Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Оралиқ, йиртилишида Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Оралиқ, йиртилишида Ҳамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ

	синдроми. Оралиқ, йиртилишида Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Онада туғруқ шикастланиш ва оғрик синдроми. Оралиқ, йиртилишида Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Онада туғруқ шикастланиш ва оғрик синдроми. Оралиқ, йиртилишида Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№50 мотивация. (Мавзу баёни) Онада туғруқ шикастланиш ва оғрик синдроми. Оралиқ, йиртилишида Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.

Ташқи жинсий аъзолар ва чотнинг шикастланиши.

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

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

этмаган аёлларда), хомилани акушерлик қисқичи билан тортиб чиқарилганда йиртилиши мумкин.

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

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

Қин ва вульва гематомалари.

Қин ва қин даҳлизида гематома (қон тўпланиши натижасида ҳосил бўлган шиш) чуқур жойлашган қон томирларининг бузилиши натижасида шиллиқ қават ва тери остига қон қуйилишидан ҳосил бўлади, бунда шиллиқ қават ёки тери шишади ва аёл кучли оғриқ сезади. Агар гематома унчалик катта бўлмаса, шу ерга музли халта қўйиш керак. Гематома секин-аста катталаша борса, операция йўли билан қонаётган томирни топиш ва бойлаш керак. Бунда гематома устидаги тери ёки шиллиқ қават кесилади, унинг тагига тўпланган қон лахталари олиб ташланади ва ёрилган қон томирини топиб, бойланади ёки тикилади. Шиллиқ қават ва терини кетгут ва ипак билан тикиш лозим.

Чотнинг йиртилиши туғруқ вақтида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Турли сабаблар туфайли чот йиртилиши 10—12% учраса, ҳомила чала туғилганда бу 15—20% ни ташкил этади. Бундай жароҳат кўпинча биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомиланинг боши ёки елкалари чиқаётганда рўй бериши мумкин. Чотнинг йиртилиши акушерканинг малакасига ҳам боғлиқ. Чунки у туғруқ вақтида чотни авайлаб ушлаб туриши ва ҳомила бошини тўғри ушлашни билмаса, чот кўпроқ йиртилади. Чот йиртилишининг 3 даражаси кузатилади:

I даражали йиртилишда чот териси йиртилади;

II даражада чот териси, юза мускуллар ва фасциялар йиртилади;

III даражада юқорида айтилганлардан ташқари, чот тўқималари ва тўғри ичакнинг қисқартирувчи ва идора қилувчи мускул (леватор) лари йиртилади. Айрим вақтларда тўғри ичак девори ҳам йиртилиши мумкин. Ҳар бир акушерка туғруқ пайтида чотни йиртилишдан муҳофаза қилиш билан бирга ҳомила бошининг шикастланишига ҳам йўл қўймаслиги лозим.

Чотнинг йиртилиш хавф белгилари
ни мадан иборат? Ҳомиланинг боши чаноқ тубига тушганда чотдаги

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

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

Қин ва чотнинг йиртиғини тикиш учун қуйидаги асбоблардан фойдаланиш керак: 2 та қин ойнаси, 3 та корнцанг, 2 та пинцет, 1 та букилган ва 1 та тўғри қайчи, 5 та қон тўхтатувчи қисқич, 2 та нина ушлагич, 3-4 ҳар хил йўғонликдаги ниналар, металл катетер, кетгут, ипак, стерилланган дока тампонлар. Агар чотдаги йиртилиш 1-2 даражали бўлса, оғриқсизлантириш учун 0, 25-0, 5% ли новокаин эритмасини (60-100мл) жароҳатланган тўқималар атрофига юборилади, агар 3 даражали йиртилиш бўлса, уни тикиш учун томир ичига наркоз берилади (калипсол, кетамин) .

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

Чот оралиғидаги жароҳатни тикишни қин деворларининг йиртилган жойидан бошлаш керак. Йиртилган шиллиқ қаватни тикишда ҳар қайси чокнинг масофаси 1 см дан бўлиши керак, нинани жароҳатнинг 0, 5 см четидан санчилади. Агар жуда чуқур йиртилган бўлса, ичкаридаги тўқималар ҳам қўшиб тикилади, шиллиқ қаватни тикиб бўлгач, кетгут учлари қирқиб ташланади. Чот оралиғининг йиртилган териси ипак билан тикилади, бойланган ипак учларини тугундан 1 см қолдириб қирқилади.

Қин ва оралиқ йиртилишини тиклаш.

Туғруқ вақтида содир бўлувчи 4 даража йиртилиш мавжуд:

- Биринчи даражали йиртилиш қиннинг шиллиқ қавати ва бириктирувчи тўқималарни ўз ичига олади.
- Иккинчи даражали йиртилиш қиннинг шиллиқ қавати, бириктирувчи тўқималар ва мушак қаватини ўз ичига олади.
- Учинчи даражали йиртилиш анал сфинктердан тортиб ҳамма қисмларнинг тўлиқ йиртилишини ўз ичига олади.
- Тўртинчи даражада тўғри ичак шиллиқ қаватининг йиртилишлари.

Биринчи ва иккинчи даражали йиртилишларини тикиш.

Биринчи даражали йиртилишлар кўпинча ўз-ўзича, чок қўйилмасдан битиб кетади.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг.

Руҳан қўллаб-қувватланг ва лидокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш ёки пудендал оғриқсизлантиришдан фойдаланинг.

Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва бачадон тубини босиб туришни сўранг.

Қин, оралик ва бачадон бўйнини диққат билан кўриб чиқинг (26.1.-расм).

Агар ёриқлар узун ва чуқур кетган бўлса, уларни баҳоланг ва улар 3 ёки 4 даражаларга тегишли эмаслигига ишонч ҳосил қилинг.

- о Қўлқопдаги бармоғингизни анусга киритинг;
- о Бармоғингизни оҳиста кўтаринг ва сфинктерни аниқланг;
- о Сфинктер тонуси ва тўлиқлигини баҳоланг.

Қўлқопингизни бошқа стерил зарарсизлантирилганига алмаштиринг.

Агар сфинктер жароҳатланган бўлса, 3 ва 4 даражали йиртилишнинг тикиш бўлимига қаранг.

- Агар сфинктер жароҳатланмаган бўлса, тикишни давом эттиринг.
- Ёриқ атрофи соҳасини антисептик эритма билан саришталанг.

- Лидокаин 2% эритмасидан 10 мл атрофида олиб, бевосита қин шиллиқ ости соҳасини ва оралик терисини инфильтрация қилинг.

- Дори юборганингиздан кейин 2 дақиқа кутинг, сўнгра мўлжалланган кесим ўрнига қисқич ўрнатинг. Агар аёл чимчиланишни сезса, яна 2 дақиқа кутинг ва синовни такрорланг.

- Қин шиллиқ қаватини узлуксиз чокда №2-0 (26.2.-расм) тикинг:

- о Тикишни қин ёриғи тепа қисмидан 1см тепароқ ўтиб бошланг. Чокни қинга кириш даражасигача давом эттиринг;
- о Қинга киришда ёриқлардан икки четини ўша жойда бирлаштиринг;
- о Қинга кириш соҳасида игнани ичидан ташқарига йўналтириб ўтказинг ва лигатурани боғлаб қўйинг.

- Оралик мушакларини алоҳида чоклар билан №2-0 тикинг. Агар ёриқ чуқур кетган бўлса, бўшлиқни ёпиш учун иккинчи қатор чоклар қўйинг.

Қинга кириш қисмидан бошлаб алоҳида (ёки тери ичи) чоклар №2-0 билан терини тикинг.

Агар ёриқ чуқур бўлса, ректал текширув ўтказинг. Тўғри ичакда чоклар йўқлигига амин бўлинг.

Учинчи ва тўртинчи даражадаги оралиқ йиртилишини тикиш.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг.

Рухан қўллаб-қувватланг. Пудендал оғриқсизлантириш ёки кетамин қўлланг.

Баъзида, агар ёриқ четлари яхши кўриниб турса, лидокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш ҳамда петидин ва диазепам тўли аста-секин (аралашмасидан) юборишни қўллаш мумкин.

- Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва тубига босиб туришини сўранг.

Қин, бачадон бўйни, оралиқ ва тўғри ичакни кўриб чиқинг.

Анал сфинктер ёрилиш эҳтимолини кўриш учун:

- о Қўлқопдаги бармоғингизни анусга киритиб, уни аста кўтаринг;

- о Сфинктер бор - йўқлигини аниқланг;

- о Тўғри ичакни пайпасланг ва унда ёриқлар мавжудлиги эҳтимолини кўриб чиқинг.

Қўлқопингизни стерил зарарсизлантирилган қўлқопга алмаштиринг.

Ёриқларни антисептик эритма билан саришталанг ва ахлат қолдиқларини олиб ташланг.

Лидокаин ва бошқа дориларга аллергия таъсири йўқлигига амин бўлинг.

Қин шиллиқ қавати, оралиқ тери остлари ва оралиқ мушаклари соҳасига чуқур қилиб 10 мл 2% лидокаин эритмасини оғриқсизлантириш учун юборинг.

- Дори юборганингиздан кейин 2 дақиқа кутинг, сўнгра мўлжалланган кесим ўрнига қисқич ўрнатинг. Агар аёл чимчиланишни сезса, яна 2 дақиқа кутинг ва синовни такрорланг.

- Тўғри ичакни алоҳида №3-0 ёки 4-0 чоклардан фойдаланиб, шиллиқ қаватини бирлаштириш учун чокларни 0,5см оралиқда тикинг.

- о Мушак қатламини фасциялар билан бирга алоҳида чокларда тикинг;

- о Тикиш соҳасини кетма-кет антисептик эритма билан саришталанг.

- Агар сфинктер жароҳатланган бўлса,

- о Сфинктер четларини Аллис қисқичида ушлаб олинг (жароҳатланганда сфинктер қисқаради). Сфинктер мустаҳкам бўлади ва қисқич билан тортилганда йиртилиб кетмайди (26.6.-расм);

- о Лигатура №2-0дан фойдаланиб, сфинктерни 2та ёки 3та алоҳида чокларда тикиб чиқинг.

-Тикиладиган жойни қайтадан антисептик эритма билан саришталанг.

-Қўлқопдаги бармоғингиз билан анусни текширинг ҳамда тўғри ичак ва сфинктер тўғри тикилганига амин бўлинг. Сўнгра қўлқопингизни ечиб, стерил зарарсизлантирилган қўлқоп кийинг.

-Қин шиллиқ қавати, оралиқ мушакларини ва терини тикиб чиқинг.

Тикилган чот оралиғини парвариш қилиш.

Тикилган чот оралиғини аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини эҳтиёт қилган

ҳолда ҳар куни 2-3 маҳал оч пушти рангли калий перманганат эритмаси билан ювилади (бунда доқа тампонни ерга теккизмаслик керак), сўнгра стерилланган қуруқ доқа билан четларини артиб қуригилади. Аёл сийганидан ҳамда ҳожатга борганидан сўнг албатта ташқи жинсий аъзолари ювилиб, тикилган чоклар қуригилади, сўнгра спирт ва йод эритмаси суртилади. Чилла даврида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда чок ипини 4- 5 кундан кейин сўкилади. Олиб ташлашдан бир кун олдин аёлга сурги дори бериш керак.

Чокни сўкишда стерилланган ўткир қайчи ва 2 та пинцетдан фойдаланилади.

Чокни сўкилгандан сўнг эртасига аёл туриб юриши мумкин.

Муолажадан кейинги парвариш

- 4 - даражали йиртилишида олдини оловчи антибиотикларнинг 1 марталик

миқдорини белгиланг:

о Ампициллин 500 мг ичиринг;

о + метронидазол 400 мг ичиринг.

Жароҳатнинг инфекция белгиларини диққат билан кузатинг

Ўқна қилманг ва 2 ҳафта давомида ректал текшириш ўтказманг.

Имкон бўлса, 1 ҳафта давомида бўшаштирувчи дорилар ичишини белгиланг.

Мавзу № 3: “Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология..”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари, парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг

	ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.хусусиятлари ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Онада туғруқ шикастланиш ва оғрик синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.хусусиятлари ва хамширалик жараёнини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Онада туғруқ шикастланиш ва оғрик синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология.хусусиятлари ва хамширалик жараёнини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№51 мотивация. (Мавзу баёни) Онада туғруқ шикастланиш ва оғриқ синдроми. Қин ва бачадон ва бачадон бўйнинг ёрилиши. Клиника. Даволаш ва олдини олиш. Бачадон ёрилиши. Этиология..

Бачадон бўйнининг йиртилиши.

Олдинги туғруқда бачадон бўйни йиртилиб, тикилган бўлса, қайта туғруқда худди шучандик бўлиб қолган жой йиртилиши мумкин. Бачадон бўйнининг йиртилиши кўпинча (20%) биринчи бор туғаётган аёлларда учрайди.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 2 турга бўлинади:

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

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

Бачадон бўйнининг йиртилиши 3 даражага бўлинади.

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

Бачадон бўйни бир ёки ҳар иккала томондан 0, 5—1 см атрофида йиртилганда қон кам кетади. Туғруқдан кейинги дастлабки икки соат ичида қинни текшириб кўриш шарт. Акс ҳолда бундай йиртилиш тикилмай қолиб

кетиши мумкин. Йиртилиш II ва III даражали бўлганда кўпинча бачадон артериясининг пастки шохи узилади ва оқибатда қон кета бошлайди. Қоннинг кучли ҳамда кўп кетиши ёмон оқибатларга сабаб бўлиши мумкин. Йиртилган бачадон бўйни ўз вақтида тикилмаса, жароҳат кейинчалик нотўғри битиб, бачадон бўйнининг ташқи юзасида яллиғланиш пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Бачадон бўйни жароҳатини ўз вақтида тикиш билан аёлларда рақ касаллигининг ҳам олди олинади.

Бачадон бўйни йиртилишининг олдини олишда бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнини оилавий поликлиникадаёқ ўз вақтида аниқлаш ва даволашга киришиш лозим.

Йиртилган бачадон бўйни тикилишидан аввал ташқи жинсий аъзолар дезинфекция қилинади, операция қилувчи шифокор ҳамда ёрдамчи акушерка операцияга тайёр бўлгандан сўнг қин кўзгу ёрдамида очилади, бачадон бўйнини 2 та қисқич билан қисилади ва уларни навбатма-навбат ўнгдан чапга қаратиб бирин-кетин ўрни алмаштирилиб, бачадон бўйнининг ҳамма деворлари синчиклаб қаралади, йиртилган жойи бўлса тикилади. Йиртиқнинг энг юқори (гумбаз яқинидаги) бурчагидан бошлаб кетгуд билан тикилади. Чоклар ораси 1 см, иплар учи 1 см қолдириб қирқилади ва жароҳатга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Бачадон бўйни йиртилишини тиклаш

- Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ҳамда қинни ва бачадон бўйнини антисептик эритма билан саришталанг
- Руҳан қўллаб-қувватланг. Бачадон бўйни йиртилишининг кўп қисмини тикиш учун анестезия шарт эмас. Чуқур ва катта йиртилишини тикиш учун петидин ва диазепам т/и аста-секин юборинг (уларни бир шприцда аралаштирманг) ёки кетаминдан фойдаланинг
- Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва бачадон тубига босиб туришни сўранг.
- Тўмтоқ қисқич билан бачадон бўйнини ушланг. Ёриқнинг икки томонига қисқичлар ўрнатинг ва бачадон бўйнининг ҳамма қисмини кўриш учун қисқични қарама-қарши йўналишда тортинг. Бир неча ёриқлар мавжуд бўлиши мумкин.
- Қон кетиши сабаб бўлган ёриқнинг энг тепа қисмидан бошлаб хромли кетгуд (ёки полигликол) №0 билан, узлуксиз чокда тикиб чиқинг (26.7.-расм).
- Агар жароҳатнинг тепа қисми боғлаш учун ноқулай бўлса, уни томир ёки тўмтоқ қисқич билан ушлаб олиш мумкин. Қисқичларни 4 соатга қолдиринг. Қон кетаётган жойларни тикишга уринманг, чунки бундай уринишлар қон кетиши зўрайишига олиб келиши мумкин. Сўнгра:

о 4 соат ўтгач, қисқични қисман очинг, лекин олиб ташламанг;

о яна 4 соатдан кейин қисқични тўлиқ олиб ташланг.

Бачадон бўйни ёриқлари қин гумбазидан юқорига ўтганда уларни тикиш учун лапаротомия лозим бўлиши мумкин.

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

Бачадон ағдарилиб чиқиши

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши туғруқда учрайдиган оғир ҳодисалардан бири бўлиб, кўпинча йўлдошни туғдириш учун Креде усулини кўпол ва нотўғри қўллаш ёки йўлдош ажралмасдан туриб, туғруқнинг III даврида уни бачадон деворидан ажратиш учун йўлдошни киндик орқали тортиш натижасида вужудга келиши мумкин. Кўп ва тез-тез тукқан аёлларда бачадон ўз-ўзидан ажралиши ҳам мумкин.

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

Акушерка шифокор туғруқнинг III даврини ўзи бошқараётган бўлса, бундай оғир аҳвол рўй бериши мумкинлигини эсда тутиши ва йўлдошни бачадон девори каби ажралганлигига ишонч ҳосил қилмасдан туриб, уни туғдириш йўллари, айниқса Креде усулини ўринсиз қўлламаслиги, йўлдошни киндик орқали тортмаслиги керак.

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

Бачадон ағдарилишини тиклаш

Кўрсатмаларни баҳоланг.

- Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ва вена ичига суюқлик қуйишни бошланг.
- Петидин ва диазепам т/и аста-секин юборинг (шприцда аралаштирманг). Зарур бўлса, умумий оғриқсизлантириш ўтказинг.
- Ағдарилиб қолган бачадонни антисептик эритмада қунт билан саришталанг.
- Муолажа бошлангунча ағдарилган бачадонни нам, илиқ ва стерил зарарсизлантирилган сочикқа ўраб қўйинг.

Қўлда тузатиш

• Стерил зарарсизлантирилган қўлқоп кийиб, бачадонни ушланг ва бошқа қўлингиз билан уни бачадон орқали, киндик йўналишида, унинг асл ҳолатига итариб қўйинг (26.8.-расм). Агар плацента ажралмаган бўлса, тузатишдан сўнг уни қўлда ажратиб олинг. Шуниси муҳимки, ағдарилишда охириги чиққан бачадон қисми (бачадон бўйнига яқинроғи) асл ҳолига биринчи бўлиб қайтарилсин.

. • Агар бачадонни тузатиш уддаланмаса, гидростатик тузатиш ўтказинг.

Гидростатик тузатиш

- Аёлни Тренделенбург (бош оралиқ даражасидан 0,5 м пастда) ҳолатига келтиринг.
- Тешик қопқоғи, узун (2м) эгилувчан катта қувурли най ва илиқ сув солинган идиш (3 дан 5 л гача) бор бўлган тизим тайёрланг.

Орқа бирикмасини аниқланг

- У қисман буралишда, яъни буралиб қолган бачадон қиндалигида тез топилади. Бошқа ҳолатларда уни қиннинг букланган жойи силлиқланиб қолган қават сифатида аниқланади.
- Душнинг тешик қопқоғини орқа бирикмага жойлаштиринг. Шу вақтнинг ўзида жинсий лабларни қопқа билан бирлашган жойини ушлаб туринг.
- Ёрдамчидан- душни охиригача очишни сўранг (сувли бакни камида 2 м га кўтаринг). Сув тўлиши билан қиннинг орқа бирикмаси кенгая бошлайди. Бу контракцион ҳалқа катталашишига ва бачадон бўйни бўшашишига олиб келади, натижада буралиб қолган бачадон асл ҳолига келади.
- Умумий оғриқсизлантириш орқали қўлда гидростатик тузатиш кор қилмаса, умумий оғриқсизлантириб, галотандан фойдаланиб қўл орқали тузатишга уриниб кўринг. Галотан бачадонни бўшаштириш

хусусияти бўлгани учун тавсия қилинади.

- Буралган бачадонни ушланг ва уни итариб бачадон бўйни орқали киндик йўналишида ўзининг асл ўрнига келтиринг. Агар йўлдоши ажралмаган бўлса, тузатишдан сўнг уни қўлда ажратинг.
- Қўшма абдоминал-вагинал тўғрилаш
- Агар юқорида қайд қилинган муолажа иш бермаса, умумий оғриксизлантириш ёрдамида абдоминал-вагинал тўғрилашга ўтинг
- Кўрсатмаларни баҳоланг.
- Муолажа қилишнинг асосий қонунларига амал қилинг.
- Қорин бўшлиғини ёринг:
 - о Ўрта чизиқ бўйлаб киндикдан пастга қовуқ тўқималари даражасигача, апоневрозгача терини кесиб, вертикал кесим ўтказинг;
 - о Апоневрозда 2-3см ли вертикал кесим ўтказинг;
 - о Апоневроз четларини қисқичда тутиб, қайчида кесимни тепага ва пастга узайтиринг;
 - о Бармоқлар ёки қайчи ёрдамида қориннинг тўғри мушакларини ажратинг;
 - о Қоринда (олд қорин девори мушаклари) киндик ёнида бармоқлар ёки қайчи ёрдамида тешик очинг. Қайчида кесимни тепага ва пастга узайтиринг. Ҳушёрлик билан сийдик пуфагини жароҳатламасдан, қайчида қаватларини ажратинг ва қорин бўшлиғининг пастки қисмини ёринг;
 - о Қов суяги устига пуфак ретрактори ўрнатинг ва ўзини тутувчи жароҳат кенгайтирувчи асбоб киритинг.

Бармоқлар билан бачадон бўйни ҳалқасини йиринг.

- Тишли қисқични бачадон бўйни ҳалқасидан ўтказинг ва бачадоннинг буралиб қолган тубини ушланг.
- Ёрдамчи қўлда вагинал тузатишга урингунича ҳушёрлик билан бачадон тубини узлуксиз тортинг.

Мавзу № 52: “Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.”

- Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

Вақт: 240 дақиқа	Талабалар сони: 12- 15
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот

<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари, парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.
<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш,

	видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, организатор.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

•
Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали куроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№52 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадоннинг чандиқ бўйича ёрилишининг хусусиятлари. Хамширалик ташхисини қўйиш, даволаш ва профилактика муолажаларни амалга оширишда олий маълумотли хамширанинг роли.

Бачадон йиртилиши.

Бачадоннинг йиртилиши туғруқ жараёнидаги энг оғир жароҳатлардан ҳисобланади.

Бачадон тўқимасининг бутунлигининг туғруқ жараёнида бузилиши ёки бачадон тўқимасининг эзилиши ва оқибатда фистулалар ҳосил бўлиши.

Бачадон ёрилишининг кўп учрайдиган жойи - пастки бачадон сегменти. Камроқ ҳолларда ёрилиш гумбазлар соҳасида учрайди. Бачадон танаси ва тубидаги ёрилишлар кўпинча кесарча кесишдан кейинги чандиқлар ёки аборт пайтидаги перфорациядан кейин кузатилади. Ҳомила кўндаланг

жойлашганда бачадон гумбазларидан узилади. Гумбазларининг узилиши бўйинча ёнидан бўлади (шу соҳада девори нисбатан юпқа).

Бачадон ёрилиш ўлчами турлича бўлади. Ёрилишнинг икки тури бор: тўлиқ ва нотўлиқ. Тўлиқ ёрилиш - бачадон сероз қавати, бошқа қаватлар билан зич бирикиб кетган соҳаларда кузатилса, нотўлиқ ёрилишда эса бачадон шиллиқ ва мушак қавати ёрилиб, сероз қисми бутунлигича қолади. Бундай ёрилиш қорин парда остигача бориб гематома ҳосил қилади. Нотўлиқ ёрилиш бачадон деворининг чуқурлигини тўлиқ эгалламайди. Баъзан кичик ёрилишлар кузатилади, бунда жароҳатланиш шиллиқ қаватда ёки сероз қаватда кузатилиши мумкин. Тўлиқ бачадон ёрилиши нотўлиқдан 10 марта кўп кузатилади. Бачадон ёрилишининг П. Л. Персианинов (1954) бўйича таснифи (26.1.жадвал).

Бачадоннинг пастки қисми, девори энг юпқа жойи бўлиб, унинг шу қисми кўп йиртилади. Этиопатогенези: бачадон ёрилишида икки хил назария мавжуд: Бандль ва Вербов назариялари

Механик назарияга (Бандль назарияси) кўра туғруқ кечишига ҳомила олд келувчи қисми ва чанок ўртасидаги номутаносиблик, механик тўсқинлик (тор чанок, ҳомиланинг нотўғри жойлашуви, туғруқ фаолиятининг жуда тез кечиши) бўлиши лозим. Бандль назариясига кўра ҳомила боши тўсиққа учраса (анатомик ёки функционал тор чанок), у чанокқа кириш қисмига суқилиб кириб, бачадон бўйинини чанок суякларига қисиб қўяди. Натижада бачадон пастки қисми ҳаддан ташқари чўзилади ва таранглашиб, ниҳоятда юпқалашади. Бу бачадон йиртилишининг хавфи юзага келганидан дарак беради. Агар ўз вақтда аёлга ёрдам кўрсатилмаса, натижада бачадон ёрилади

Я.Т. Вербов назарияси бўйича бачадоннинг мускул қаватларидаги патоморфологик ўзгаришлар бўлмаганда соғлом тўқима йиртилмайди, балки патоморфологик ўзгарган бачадон девори ёрилади. Бачадон деворидаги, хусусан илгариги операциялардан кейинги чандиклар (кесарча кесиш операцияси, бачадон шишларини олиб ташлагандан сўнг ва бошқалар), бачадон деворларининг илгари яллиғланган бўлиши, тез-тез ҳамда кўп туққан аёллар бачадонидаги мускулларнинг кўп қисми яхши чўзилмайдиган бириктирувчи тўқималарга алмашилиши бачадон деворининг ўз-ўзидан йиртилишига сабаб бўлади.

Бачадоннинг ташқи кучлар таъсирида ёрилиши асосан туғруқ даврида ташқаридан босим натижасида пастки сегментнинг хаддан ташқари чўзилишидан юзага келади.

Бундай йиртилиш баъзан нотўғри олиб борилган операцияларда ҳам юзага келиши мумкин.

Бачадон йиртилиш таснифи 26.1.-жадвал

1. Ёрилиш даврига кўра:

А) Хомиладорлик давридаги

Б) Туғруқ давридаги

2.Патогенетик белгиси бўйича

А)Ўз-ўзидан ёрилиш

- Механик(туғруқ жараёнида ва соғлом бачадон деворида механик тўсқинлик)

- Гистопатик(бачадон деворида патологик ўзгаришлар бўлганда)

- Механогистопатик(патологик ўзгарган бачадон деворига механик тўсқинлик таъсири)

Б) Зўриқиш натижасида: (ташқи кучлар таъсирида):

- Жароҳатли (туғруқ ёки хомиладорлик даврида бачадон пастки сегментида тайёргарликсиз туғруқни қўпол ва нотўғри олиб бориш)

- Аралаш: бачадон пастки сегменти чўзилган ҳамда ташқи омиллар таъсири.

3.Клиник кечиши бўйича

- Хавфли

- Бошланган

- Рўй берган

4. Жароҳатланиш табиати бўйича

- Эзилган
- Нотўлиқ
- Тўлиқ

5. Жойига кўра:

- Бачадон тубидаги
- Бачадон танасидаги
- Бачадон пастки сегментидаги
- Бачадонни қин гумбазлариддан узилиши

Бачадон ёрилиши ҳалигача охиригача ўрганилмаган, лекин шунини айтиш керакки, ёрилиш бачадон мушагидаги дегенератив ўзгаришлар ва механик таъсирларнинг қўшилиб келишидан юзага келиши мумкин.

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

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

Ташқаридан текширилганда бачадон узунасига чўзилиб, таранглашади, туби баланд кўтарилиб, қовурға ости ёйига қадалади. Одатда киндик олдида ёки ундан юқорида эгарсимон оғриқли қийшиқ кетган чегара (контракцион) ҳалқани қорин девори орқали аниқлаш мумкин. Бу бачадоннинг «8» симон шаклда бўлишига олиб келади.

Шу билан бир вақтда бачадоннинг жуда таранглашган, оғриқли думалок бойламларини ҳам аниқлаш мумкин. Бачадонни пайпаслаганда, айниқса пастида кучли оғриқ кузатилади ёки эшитилмайди. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бачадон девори чала ёки тўла йиртилиши мумкин. Бунда жуда эҳтиётлик билан чуқур наркоз остида шифокор кўриши керак.

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

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

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

Бачадон деворини, айниқса эски чандиқ соҳасини қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадондаги чандиқнинг баъзи жойи юпқалашгани ва оғриши аниқланади. Агар бачадон йиртила бошлаган бўлса, шу жой янада юпқалашади; бу «чуқурча»ни бармоқлар учи билан секин-аста авайлаб аниқлаш мумкин- “токча”белгиси (симптом «ниши» Коган А.А.). Бачадон девори йиртилганда унинг кенг бойламлари орасига қон қуйилиб, гематома ҳосил бўлади. Бунда ҳам юқорида айтиб ўтилганидек, аёлда ички қон кетиши кузатилади, шу вақтда шошилиш ёрдам кўрсатилмаса, аёл нобуд бўлиши мумкин.

Бачадон йиртилиши эҳтимоли бўлган аёллар оилавий поликлиникада, фельдшер-акушерлик пунктларида, участка шифокор ҳисобида алоҳида «хавф» гуруҳида рўйхатга олиниб, ҳар ойда 4-5 марта шифокор кўригидан ўтишлари, туғишдан 2-3 ҳафта олдин албатта туғруқхонага ётишлари керак. Бу гуруҳга чаноғи тор, ҳомиласи муддатидан ўтиши мумкин бўлган, қорин девори бўшашган, кўп ва тез-тез туққан, илгари операция қилинган (кесарча кесиш), бачадондан шиш олиб ташланган ва бошқа аёллар киради.

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

а) ҳомилани бўлақларга бўлиб олишнинг ҳамма турлари; б) кесарча кесиш.

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

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

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

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

Қандай ва қачон операция қилиш, бачадонни сақлаб қолиш-қолмаслик аёлнинг умумий аҳволига, йиртилиш даражасига, ёшига, акушерлик анамнезига боғлиқ. Бачадон ёрилишининг олдини олишда туғруқни тўғри бошқариш ва йиртилиш хавфи белгиларини ўз вақтида аниқлаш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Бачадондаги ҳар қандай йиртилиш она ва бола учун хавфлидир. Бачадон йиртилишини даволашдан кўра олдини олишнинг аҳамияти катта.

Хавф солувчи бачадон ёрилиши.

Бу бачадон ёрилишидан олдинги ҳолатдир, яъни бу ҳолат бачадон пастки сегменти ва бўйнининг ҳаддан ташқари чўзилиб кетишидан юзага

келади. Бу асосан чанок ўлчамлари ва ҳомила қисмлари бир-бирига мос келмаганда тез туғруқ фаолиятида юз бериши мумкин. Бачадон узунасига чўзилади, туби бир томонга тортилади, контракцион ҳалқа киндик соҳасида туриб қолади ва бачадон қумсоат шаклига киради. Юқори бўлаги қаттиқ қискаради, контурлари кескин аниқ, ё чап, ё ўнг қовурға остида жойлашади. Пастки бўлаги эса бир оз юмшоқроқ, кенгроқ ва чегараси ноаниқроқ бўлади.

Бачадон юмалоқ бойламлари, айниқса чапдагиси асосан таранг, оғриқли. Бачадон пастки сегменти пальпация қилинганда кескин оғриқли ва ҳомила қисмларини аниқлаб бўлмайди. Қин орқали кўрилганда қоғонок пардаси аниқланмай, бачадон бўғзи тўлиқ очилган бўлади ва ҳомила олд келувчи қисми чанокқа кириш қисмида юқорида бўлади. Баъзида туғруқ йўли «туғруқ ғурраси» билан тўлган бўлади.

Мавзу № 53: “Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№53 мотивация. (Мавзу баёни) Акушерлик жаррохликлари ҳақидаги умумий маълумотлар. Жаррохликка тайёргарликда олий маълумотли хамширанинг роли.

Акушерлик операциялари ҳақида умумий маълумот

Акушерлик операциялари асосан патологик ҳомиладорликда, туғруқда, туғруқдан кейинги даврларда амалга оширилади. Акушерлик операциялари куйидаги мақсадларда амалга оширилади: ҳомиладорликни тўхтатиш ва ҳомиладорликни сақлаш, ҳомиланинг ҳолатини ва келишини ўзгартириш, туғруқ юлларини тайёрлаш, улик ҳомилани хажмини ва улчамларини камайтириш, конни тухтатиш, жароҳатланган туғруқ юлларини жароҳатини асл ҳолатига кайтариш.

Акушерлик оператсиялари қадимдан маълум, қўп асрлардан бери фақат ишқубул ҳолатларда бажариларди. Ушбу пайтларда фақат оғир ҳолатларда: умид қолмаган пайтларда, яъни фақат ҳомилани ҳалок қиладиган оператсиялар

бажарилган ҳолда. Фақатгина XVI асрларга келиб акушерства фани билан врачлар (асосан хирурглар) шугуллана бошлагандан сўнг, тиббиётнинг бу соҳаси жадал ривожлана бошлади.

Акушерства фани ривожлана бошлагандан сўнг акушерлик оператсияларга курсатма ва қарши курсатмаларга эътибор ўзгарди. Замонавий акушерликда ҳомиланинг ҳаётига ҳавф соладиган оператсиялар амалга оширилмайди. Акушерлик оператсияларини турини қўллашда она ва боладан келиб чиққан ҳолатда амалга оширилади. Шунинг учун ҳозирги кунда кесарева оператсияси амалга оширилади. Акушерлик оператсиялар режали ва шўшинч тартибда ўтказилади. Қўпчилик оператсиялар шўшинч курсатмалар асосида амалга оширилади. Шунинг учун Акушерлик статсионарида ҳар доим навбатчи оператсия ва анестезия хизмати, стерил акушерлик инструментарияси, шок билан

қўрашиш воситалари, қўн қетиши, янги туғилган чақалоқларнинг реанимацияси ҳозир бўлиши талаб қилинади. Оператсия ўтказиш

шартлари.Акушерлик операсияларини оътказиш учун умумий шартлар куйидагилар хисобланади:

- 1.Операсион хонанинг холати
- 2.Тажрибали, акушерлик оператсияси киладиган хирург
- 3.Оптимал вақтни танлаш(жуда шошилиш ёки жуда кечиккан бўлмаслиги керак)
- 4.Хомиладор аёлнинг операсияга розилиги.

Бундан ташқари акушерлик операсияларида белгиланган шартлар ҳам мавжуд.Бу шартларнинг биронтаси талабга жавоб бермаслиги акушерлик операсиясига қарши қаратма бўла олади.Буллар:

- 1.Хомиладор аёлнинг умумий холати
- 2.Акушерлик паталогиясининг характери.
- 3.Хомиланинг умумий холати,туғруқ ёллари холати ва хомиланинг бошчасининг жойлашиши .

Бу шартларнинг туғри баҳоланиши оператсиянинг натижасига катта таъсир қўрсатади.

Асептика ва антисептиканинг хомиладорлик оператсиясини оътказишда оъзига хос аҳамиятга эга.Қўпчилик ҳолатларда операсия оътказишдан олдин узок муддат сувсиз ораликлар,қўп мартаб кин текширишлар ташқарида инфекция

тушишига шароит яратиб беради.Бундан ташқари хомиладорнинг чарчаши,анемия,соматик ва акушерлик паталогияси,тоъкималарнинг операсиён травмалари,унинг инфекцияга резистентлигини янада камайтиради.Шунинг учун

асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш оператсиянинг асоратсиз бўлишини қамолатлайди.

Операсияга тайёрлаш.Қасал Хомиладор аёлни режали операсияга тайёрлашдан олдин клиник-инструментал текширишлар олиб борилади:-қон тахлили-сийдик умумий тахлили-қонни биохимик текшириш

-қон группасини аниқлаш

-қоннинг резуси

- Вассерман реаксияси
- коннинг СПИД га текшируви
- кин микрофлорасини текшириш
- электрокардиография
- терапевт коъруви

Кесарева оператсиясига тайёрлашдан олдин хомиланинг ахволини комплекс баҳолаш амалга оширилади:

- ультратовуш текшируви
- кардиотокография
- амниоскопия

Оператсиядан бир кун олдин санитар обработка амалга оширилади(гигиеник душ,ковдаги тукларни олиш,ичакларни тозалаш),анестезиолог коъруви.

Беморни шошилишч оператсияга тайёрлашда аар шароит тақозо қилса,ичаклари бушатилади.Агар бемор оператсиядан олдин озгина овқатланган бўлса ва оператсия эндотрахеал наркоз орқали олиб борилаётган

бўлса,бундай ҳолларда унда Менделсон синдроми(оғир асорат,ошқозондаги кислотали массанинг регургитатсияси ва нафас ёлларига аспиратсияси)профилактикаси учун ошқозон ювилади.Агар бемор стационарга келганига бир неча кун бўлган бўлса,ков туклари қайта олинади.Имкониятга қараб гигиеник душ қабул қилинади .Ҳар бир акушерлик оператсиясидан олдин сийдик қопи катетеризатсия қилинади ёки баъзи ҳолатларда доимий қўйиб

қўйилади.Беморнинг оёғига бахилла қийғизилади.

Кин оператсиялари бажарилганда бемор махсус оператсия столига ёки рахмановский кроватига оёқлари белидан буқилган ва қорнига яқинлаштирилган ҳолатда олиб борилади.Ҳар бир акушерлик оператсиясидан соънг яна сийдик қопи катетеризатсия қилинади.

Мавзу № 54: “Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Қўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари. Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

-акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	-шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№54мотивация. (Мавзу баёни) Оператив жаррохликдаги асептика ва антисептика. Оғриқсизлантириш. Инструментарий. Кўрсатмалар, оғриқсизлантириш ва бу жаррохликнинг натижалари.

Асептика усуллари антисептика турлари ҳақида. Ўтган асрнинг ўрталарида энг энгил операциядан кейин ҳам яралар ўрни йиринглаб, операция қилинган беморларнинг 80%и ҳаётдан кўз юмган. Жарроҳлар инфекция тўғрисида ҳеч

нарсa билишмаган, уларни ўзларининг ҳаракатлари, қилган ишлари билан кўпинча ярани зарарлантиришган ва натижада бу ҳолат ўлимга олиб келган. Жарроҳлик – жарроҳлик фани қадим замонлардан ривожланиб келаётган фан бўлиб, инсон организмида содир бўладиган потологик ўзгаришларни жарроҳлик йўли билан кесиш, тўқималарни қирқиб олиб ташлаш, органларни кўчириб ўтказиш каби амалиётларни бажаради. Жарроҳликнинг асосини асептика ташкил қилади. Асептика деб жароҳатга инфекция тушмаслиги учун кўриладиган чора-тадбирлар системасига айтилади. Асептика деганда жарроҳлик учун ишлатиладиган асбоб-анжомлар турли хил матоҳлар, инфекцияларни батамом йўқ қилиши ёки серилизация қилиш тушунилади. Асептика бир неча турларга бўлинади. 1. Қайнатиш. 2. Юқори босим остида буғ ёрдамида стерилизациялаш. 3. Юқори температурада қуруқ стерилизация қилиш. 4. Химиявий стерилизация қилиш. 5. Ёндириш орқали стерилизация қилиш.

Қайнатиш усули билан шприцлар, жароҳат кенгайтиргичлар, пенцитлар стерилизация қилинади. Буғ ёрдамида эса ҳолатлар, окликлар, чойшаблар ва ниқоблар стерилизация қилинади. Химиявий усул билан эса ўткир тигли асбоблар (қайчилар, игналар) резинка қўлқоплар, тикиш учун ишлатиладиган иплар стерилизация қилинади. Пақирлар ҳамда тоғоралар ёндириш орқали стерилизация қилинади.

Қуруқ иссиқлик билан юқори температурага чидамли ёнмайдиган иссиққа бардошли жисмларни шишаларни, металл ёки фарфорни стерилизация қилиш мумкин. Жарроҳ қўллари Спасокукоцкий-Кочергин усули билан оқар сувда совун ҳамда шотка ёрдамида ювилади. Қўллар бармоқ учидан тирсак бўғимигача 3 минут давомида ювилади. Биринчи шотка ташланиб, иккинчи шотка ёрдамида қўллар бармоқ қисмидан тирсакнинг ўрта уч қисмигача 3 минут давомида ювилади. Сўнг қўллар сочиққа артилиб, 5% йод эритмаси сингдирилган салфеткалар ёрдамида тирноқлар, бармоқ ва кафт бурмалари артилади. 90% спирт эритмаси билан бармоқ учларидан билакнинг уч қисмигача артилади. Жарроҳ стирил ҳалат кийиб, қўлларига резина қўлқоп кийилади. Резина қўлқоп ҳам ювилиб сўнгра, жарроҳ қўлига кийгизилади. Мана шундагина жарроҳ қўли операцияга тайёр бўлади.

Асептика

Асептика физик омиллар, кимёвий препаратлар, биологик усулларни қўллаш бўйича ўтказилган ташкилий тадбирлар бўлиб, ярасига микроблар тушушининг олдини олиш, яъни микробсиз ишлаш демакдир. Асептиканинг асосий қонуни ярага тегадиган ҳар бир нарсa бактериялардан холи бўлиши, яъни стерилланган бўлиши керак. Буни ҳаётга тадбиқ этиш учун ярага микроблар тушуши мумкин бўлган манбаларни яхши билиш керак. Бу

манбалар икки хил бўлади: экзоген ва эндоген. Экзоген инфекция-ярага бемор атрофидаги ташқи муҳитдан ҳаво (ҳаво инфекцияси), сўлак ва бошқа суюқликлар (томчи инфекцияси) тарқалишидан, ярада қолдирган жисмлардан (ип, дренаж ва бошқалар) тушадиган инфекциялар ичак, нафас йўли ва бошқалардан ўтади. Эндоген инфекция ярага тўғридан-тўғри ёки лимфа ёки қон томирлар орқали тушади. Асептика шароитини яратиш учун операцион блокда хоналар (зонлаштирилган) алоҳида-алоҳида бир-биридан ажратилган ҳолда бўлиши шарт. Бунда хоналар бир неча гуруҳларга бўлинади. Масалан, қаттиқ режимли биринчи хона операция хонаси ҳисобланади. Иккинчи хона операциядан олдинги хона ҳисобланади. Учинчи хона қон сақлайдиган, операцияга керакли аппаратлар ўрнатилган хонадир. Тўртинчи хона эса кўмакчи хонадир. Тоззалик ва интизом асептиканинг асосидир. Кийимлар (стерил, халат, қўлқоплар) тартибга солиниб, оёққа бахилла кийиб, оғиз ва бурунга тўрт қаватли доқа тугилади, сўнг операция хонасига кирилади. Операция хонасининг ҳавосини дезинфекция қилиш учун бактерияларга қарши ультрабинафша лампалари ишлатилади. Қонунга кўра, операция ва муолажа билан шуғулланувчи барча ходимлар диспансер назоратида турадилар, ҳар 6 ойда бир марта тиббиёт кўригидан ўтадилар.

Қўлни зарарлантириш

Спассоккуоцкий-Кочергин усули. Бу усулга биноан, қўл 10 минут давомида иккита чўтка билан 5 минутдан совунлаб ювилади. Совуни кетгач, 0.5% ли нашадил спирти эритмаси солинган тосда қайта ювилади ва қўл стерил салфетка билан артилади ҳамда 70%ли этил спирти эритмаси билан тозаланади, тирноқ ва панжалар 3%ли йод билан артилади.

Операция майдони икки босқичда тозаланади 1-босқич. а) гигиеник ванна ёки душ (агар тўғри келса); б) ўринни ва кийимни алмаштириш; в) операциядан олдин жун ва тукларни қириш. 2-босқич. Операция майдонига икки марта 5% ли йоднинг спиртли эритмасини суртиш. Операция тугагач, яра четларини йод билан артиш. Ёш болаларга йод ўрнига кўк бриллиантининг 1% ли спирт эритмаси билан артилади.

Антисептика

Антисептика инфекция (микроб)нинг ярага тушишига ва унинг ривожланишига қарши ўтказиладиган комплекс кураш ва олдини олиш

усулларини қўллашдир. Антисептика механик физик, химик, биологик аралаш турларидан иборат:

а) кимёвий антисептика антисептик, дезинфекцияловчи ва кимётерапевтик препаратлар гуруҳларига бўлинади. Шу мақсадда хлорамин эритмаси билан йирингли ярани тозалашда 0.5-1% ли, металмас асбоблар учун 0.5% ли, асбоблар ва хонани тозалаш учун 3% ли эритма ишлатилади. Йоднинг 5%ли спиртдаги эритмаси, люголь, спирт, водород пероксид 3% ли, калий перманганат эритмаси, ксероформ 3-10% (маз) суртма, порошоклар ва хоказолар ишлатилади;

б) механик антисептика ярани антисептик эритмалар билан ювиш, ёт жисмларни олиб ташлаш, яшаш қобилятини йўқотган тўқималарни кесиб ташлашдан иборат.

в) физик антисептика яраларда микробнинг ривожланишига йўл қўймайдиган физик усуллар бўлиб, очиқ ва ёпиқ дренажлар ҳамда сўровчи вакуумлардан фойдаланишдир.

г) биологик антисептика микробларни ўлдириш орқали инсон организмнинг иммунобиологик ҳолатини оширишни таъминлаш мақсадини кўзлайди. Биологик антисептик моддалар қаторига антибиотиклар, энзималар, зардоблар киради. Антибиотикларга олитетрин, стрептомицин, тетрациклин, фермент препаратларига трепсин, химотрепсин, химопсин, зардоб препаратларига эса антитоксинлар ва анатоксинлар киради.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Экзоген ва эндоген инфекция ҳақида нима биласиз?
2. Жарроҳ қўлини зарарсизлантириш усулини айтиб беринг.
3. Операция майдонини тозалаш тўғрисида нима биласиз?
4. Антисептика турларини айтинг.

Мавзу № 55: “Тўғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш. ”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш. . Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш. ; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни	Амалий кўникмаларни

40 дақиқа	бажариш	бажарадилар
20 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№55 мотивация. (Мавзу баёни) Тўғдириш жаррохликлари. Кесарча-кесиш.

КЕСАРЧА КЕСИШ

Тайёргарлик.

Керакли жихозларни тайёрланг.

1. Беморга (ва унинг яқинларига) муолажа технологиясини тушунтиринг, уни диққат билан тингланг, саволларига жавоб беринг, тинчлантиринг ва уни (ёки қариндошларини) ёзма розилигини олинг.
2. Аёлни текширинг, унинг аҳволини аниқланг, ҳомиладорлигининг кечиши, туғруқ ва асоратлари тўғрисида маълумот берувчи тиббий хужжатларни кўриб чиқинг.
3. Қонда гемоглобин миқдорини, қон гуруҳини ва мослигини аниқланг, 2 доза қон тайёрланг.
4. Вена ичига катетер ўрнатинг ва 500 мл суюқлик инфузиясини бошланг.
5. Премедикация қилинг.
6. Сийдик пуфагини катетерланг.
7. Аёлга халат ва қалпоқ кийишида ёрдамлашинг.
8. Анестезия имкониятларини баҳоланг.

Операциядан олдин.

1. Хирургик кийимларни, бахилаларни, шапка, ниқоб, ҳимоя кўзойнаги ва пластик халатни кийинг.
2. Қўлларга хирургик ишлов беринг, стерил ёки ЧД қўлқопларни ва стерил халатни кийинг.
3. Барча керакли стерил ёки ЧД инструментларни махсус стерил инструментлар учун мўлжалланган столда эканлигига ишонч ҳосил қилинг, ёрдамчингиздан уларни санаб кўришини сўранг.
4. Ёрдамчингиз ҳам операцияга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

Беморни тайёрланг.

1. Операцион столни энгаштиринг ёки бемор бели тагига ёстик қўйинг.
2. Анестезия таъсир қилинганлигига ишонч ҳосил қилинг.
3. Мос келадиган антисептиклар билан бемор олд қорин деворига ишлов беринг, куритинг ва чойшаб билан беркитинг.
Операция (28.7.-расм).

1. Пфанненштиль (ёки бўйлама, қорин оқ чизиғи бўйича 2-3 см киндикдан пастдан то қов усти соҳасигача) бўйича тери ва тери ости ёғ қатламида кўндаланг кесма кесинг.
2. Апоневрозни кесинг ва қорин тўғри мушагини ажратинг.
3. Париетал қорин пардани очинг.
4. Кўзгу ёрдамида сийдик пуфагини қовнинг орқасига итаринг ва бачадон пастки сегментини очинг.

Бачадон пастки сегментида 3 см кўндаланг кесма қилинг.

5. Кесмани кенгайтиринг.
6. Агар қоғаноқ пуфаги бутун бўлса уни ёринг.

Ҳомилани чиқариб олиш.

1. Бачадон бўшлиғига бачадон девори ва ҳомила боши орқасига бир кўлингизни киритинг.
2. Ҳомиланинг бошини ушланг ва ёзинг, жароҳатдан чиқаринг.
3. Ҳомила бошининг туғилишига ёрдамлашиш учун аёл қорнини ёки бачадон тубини секинлик билан босинг.
4. Агар бачадон етарлича қисқармаса 0.2 мг эргометринни АҚБ кузатуви остида киритинг. 160/110 мм сим. уст. ва ундан юқори қон босимида 20 ТБ окситоцинни в/и 1 л суюқликда 2 соат давомида 60 томчи/мин. тезликда юборинг.
5. Чақалоқни оғиз ва бурнини тозаланг.
6. Киндикка 2 та қисқич қўйинг ва кесинг.
7. Ёрдамчингиздан профилактик мақсадда 2 гр. ампициллин ёки 1 гр. цефазолинни т/и киритишни сўранг.
8. Йўлдошни чиқариб олинг ва кўздан кечиринг.
9. Агар керак бўлса бачадон бўйнини юқоридан кенгайтиринг.
10. Инструментларни, салфетка ва тампонларни сананг.
11. Бачадонни тикинг ва гемостаз яхшилигига ишонч ҳосил қилинг.
12. Қон кетмаётганлигига яна бир марта ишонч ҳосил қилинг.
13. Сийдик пуфагини кўздан кечиринг, ҳеч қандай жароҳат йўқлигига ишонч ҳосил қилинг.
14. Бачадон деворини диққат билан кўздан кечиринг ва апоневрозга кетгут билан узлуксиз чок қўйинг.
15. Терини №3-0 ипак билан тикинг.
16. Қон кетмаётганлигига ишонч ҳосил қилинг. Жароҳат атрофини спирт билан артинг, стерил таглик қўйинг.

17.Қиндан қон лахталарини олинг ва стерил таглик қўйинг.

18.Аёлни операцион столдан ўтказишга ёрдамлашинг.

Операциядан кейин.

1. Қўлқопларни ечишдан олдин скальпелдан лезвияни ечинг. Ҳамма игналарни ва ўткир инструментларни тешилмайдиган контейнерга жойлаштиринг, ишлатилган материалларни герметик контейнер ёки пластик қопга жойлаштиринг.
2. Барча инструментларни 0.5% хлор эритмасига зарарсизлантириш учун солиб қўйинг.
3. Агар шприц ва игналар кўп марталик бўлса, шприцга игна орқали 0,5% йод эритмасини тўлдиринг ва деконтаминация учун тешилмайдиган контейнерга жойлаштиринг.
4. Фартук ва қўлқопларни ечинг, агар улар бир марталик бўлса герметик контейнер ёки пластик қопга солинг.
5. Агар уларни қайта ишлатишга эҳтиёж бўлса, 0,5% хлор эритмасига солиб қўйинг.
6. Касаллик тарихига ва операцион журналга операция ва операциядан кейинги муолажаларни ёзиб қўйинг.
7. Пульс, АҚБ, НОС, жароҳатдан ва қиндан қон кетишини кузатинг.
8. Беморнинг аҳволини операцион блокдан палатага ўтказгунча кузатинг.
9. Беморни ҳар куни ёки керакли ҳолатларда кузатинг.
- 10.Бемор чиқиб кетгунгача оперцияга кўрсатмани, операциядан кейинги стерилизация усулини, кейинги ҳомиладорлик имкониятини муҳокама қилинг.
- 11.Операциядан кейинги даврда беморнинг кейинги ташрифини белгиланг.

М. STARK БЎЙИЧА КЕСАРЧА КЕСИШ

Операция олди тайёргарликлари ва вазифалари юқорида келтирилган.

1. Қорин пардани очилгандан кейин қовуқ- бачадон бурмаси соҳасидан 3см кўндаланг кесма қилинади ва қорин парданнги эркин чеккасини ушлаб кесмани иккала томонга бошчани энг чекка нуқталаригача кенгайтирилади.
- 2.Бачадонда чокни перитонизация қилинмайди. Қорин парда ва қорин олди девори мушаклари тикилмайди.
3. Апоневрозга Риверден бўйича узлуксиз викрилли чок қўйилади.
4. Терини тери ости клетчаткаси билан айрим чоклар Донати бўйича катта интерваллар билан қўйилади (3-4 чок) .Чоклар орасига 5-10 мин. қисқичлар қўйилади .

Операциядан кейинги муолажалар юқорида келтирилган.

КЛАССИК КЕСАРЧА КЕСИШ

Операциядан олдинги тайёргарлик ва вазифалар юқорида кўрсатилган.

1. Қорин оқ чизиғи бўйлаб 16см га бўйлама кесилади , уни юқорига давом эттириб киндикни чапдан айланиб ўтиб то апоневрозгача кесилади.

2 Апоневрозни вертикалига 2-3 см га кесилади.

3 Апоневрозни қисқичлар билан ушлаб кесмани юқорига ва пастга кенгайтирилади.

4 Бармоқлар ёки қайчилар билан қорин тўғри мушаги ажратилади .

5 Киндик ёнидан қорин пардада тешик қилинади, қайчилар билан кенгайтирилади.

6 Бачадонни операцион жароҳатга чиқарилади.

7 Қорин бўшлиғига бачадон ва қорин девори орасига бир неча салфетка киритилади.

8 Бачадонда скальпел билан 12см дан кам бўлмаган кесма қилинади .

9 Агар ҳомила пардаси бутун бўлса у очилади.

10 Ҳомила оёқчаларидан ушлаб чиқариб олинади.

11 Киндикка 2та қисқич қўйилади ва кесилади, чақалоқни акушеркага берилади.

12 Йўлдош олинади ва бачадон бўшлиғи қон лахталари ва йўлдош қолдиқларидан тозаланади.

13 Тикиш олдидан кесмани юқори бурчагига тор кўтаргич қўйилади, бу бачадонни юқорига тортганда гемостазни яхшилайти ва тикишга қулай бўлади.

14 Чоклар икки қават қилиб қўйилади. Миометрийга 0,5см оралиқ билан 10-12та тугунли чок қўйилади (узлуксиз чокни ҳам қўллаш мумкин).

15 Мушак-серозли иккинчи қават чокни узлуксиз чок қилиб қўйилади. Бачадонни қорин бўшлиғига киритилади.

16 Асбоблар, салфеткалар олинади.

17 Қорин бўшлиғини дренажлаш зарур ёки зарур эмаслиги кўрилади.

19 Қорин девори қаватмах қават тикилади.

Операциядан кейинги муолажалар юқорида келтирилган.

Мавзу № 56: “Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Акушерлик қисқичлари.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

**№56 мотивация. (Мавзу баёни) Туғдириш жаррохликлари.
Акушерлик қисқичлари.**

АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИНИ ҚЎЙИШ

Вазиятни баҳолаш

1. Энса билан келишда ёки юзни олд кўриниши билан келишда, думба билан келганда ёки калла билан туғилишда қийинчилик туғдирганда .

2. Бачадон бўйни тўлиқ очик бўлиши керак.

3. Бошни суяк чегараси кўймич суягидан 2-3см пастда ёки абдоминал текширувда боши 0/5 жойлашган. Ўқ- ёйсимон чанок тўғри ўлчамида туриши керак.

Тайёргарлик.

1.Эмоционал тайёргарлик қилиш, пудендал анестезия қилиш.

2.Қўйишдан олдин қисқичларни йиғиб тайёрланг. Қисқич бўлаклари бир-бирига тўғри келганлигига ишонч ҳосил қилинг (28.4.-расм).

3.Қисқич қошиқларига любирикант сурунг.

1.Қўлларга резина қўлқоп кийиб ўнг қўл билан қин ён томонидан ҳомила бошигача киритинг. Эҳтиёткорлик билан чап қошиқчани қўл ва ҳомила боши орасига киритиб қошиқчани жойлаштирилади.

2.Акушерлик қисқичларини ҳомиланинг ёноқ ва тепа суякларига икки томонидан қўйилганида энг ягона ва хавфсиз ҳисобланади.

3.Худди шу муолажани иккинчи тарафдан чап қўл ва ўнг қошиқчани қўйиш керак.

. Тутқични бирлаштириб қисқичларни маҳкамланг. Қисқични маҳкамлашда қийинчил туғилса қисқич нотўғри қўйилганидан далолат беради. Агар шу ҳолат юзага келса, у ҳолда қисқичларни чиқариб олиб, ҳомила бошини ва ҳолатини баҳоланг. Кейин яна қисқичларни ҳомила айлангандагина қўйиш мумкин.

.Қисқичлар ёпилгандан кейин чанок ўтказувчи ўқи бўйича бир текисликда тортилади (28.6.-расм).

6.Ҳар бир дард орасида ҳомила юрак уриши ва қисқичлар тўғри киритилганлигини текширинг.

7. Ҳомила боши ёриб чиқаётганда эпизиотомия қилинг.

8. Ҳар бир дардлар орасида ҳомила бошини аста- секин қиндан чиқаринг.

9. Ҳар бир тракцияда ҳомила боши силжиши керак, бунинг учун иккита ёки учта тракция кифоя.

Натижасиз

Қисқичларни қўйиш натижасиз, агар:

1. Ҳар бир тракцияда ҳомила боши силжимаса.

2. Ҳомила учта тракциядан кейин туғилмаса ёки операция бошлангандан 30 дақиқа ўтгандан сўнг

- Ҳар бир қисқични қўйиш уриниш деб кўрилсин. Агар силжиш кузатилмаса, муолажани давом эттирманг.

- Агар қисқич қўйилганда туғруқ содир бўлмаса, кесарча кесиш операциясини ўтказинг.

Ҳомилада кузатиладиган асоратлар

1. Чақалоқ юз нервларининг жароҳати бор- йўқлигини текшириш.

2. Юз ва бош териси жароҳати кузатилиши мумкин.

3. Синиш борлигини аниқлаш мақсадида чақалоқ юз ва бош суякларининг бутунлигини текшириш.

Онадаги асоратлар

1. Туғруқда юмшоқ тўқималарнинг йиртилиши бор- йўқлигини диққат билан текшириш ва бачадон бўйни, қин ва оралиқ бутунлигини тиклаш керак, эпизиотомия қилинган бўлса.

2. Балки бачадонда йиртилиш мумкин, дарҳол хирургик ёндошиш керак.

Мавзу № 57: “Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция

	техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция. Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни	Амалий кўникмаларни

40 дақиқа	бажариш	бажарадилар
20 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№57 мотивация. (Мавзу баёни) Туғдириш жаррохликлари. Вакуум экстракция.

ҲОМИЛА ВАКУУМ – ЭКСТРАКЦИЯСИ

Вазиятни баҳоланг.

1.Ҳомила энса билан келиши.

2.Муддаитдаги туғруқ.

3.Бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши .

4.Бошни минимал 0 ҳолатда ёки 2/5 дан боши симфиздан юқорида пайпасланади.

Тайёргарлик

1.Қўлингизга кўлқоп кийиб, вакуумни бирлаштиришни ва ишлашини текшириб кўринг(28.2.-расм).

2.Эмоционал қўллаб- қувватланг. Зарур бўлса, пудендал анестезияни текшириб кўринг

3.Ўқ-ёйсимон чок ва лиқилдоқни пайпаслаб ҳомила боши ҳолатини баҳоланг.

4.Кичик лиқилдоқни аниқланг.

1.Энг катта чашкани эгилиш нуқтасидан юқори марказига кичик лиқилдоқдан 1см олдинга қўйилади. Бундай жойлаштириш тракциялар вақтида бошнинг букилишини ,чиқишини ва ички айланишини таъминлайди.

2.Чашкаларни тўғри жойлаштириш учун эпизиотомия қилиш мумкин, агар керак бўлса.

3.Чашкаларни тўғри жойлашганини текшириб кўринг. Аёлнинг юмшоқ тўқималари (бачадон бўйни ёки қин) чашкалар орасига тушиб қолмаганлигига ишонч ҳосил қилинг.

4.Насосни ишлатинг $0,2 \text{ кг /см}^2$ манфий босим беринг ва чашкаларни тўғри жойлашганини текширинг.

5. $0,8 \text{ кг /см}^2$ босимни оширинг ва чашкаларни тўғри жойлашганлигини текширинг.

6.Етарлича максимал манфий босим юборилгандан сўнг чанок ўқи бўйича ва чашкаларга перпендикуляр ҳолатда тракцияни бошланг. Агар ҳомила боши ёнга кетиб қолган ,ёки етарлича букилмаган бўлса, тракция ўша чизик бўйича коррекцияланган кетиш ёки бошни ёзилишида (масалан бир томонга ёки бошқа томонга ўрта чизик бўйича бўлиши шарт эмас)

7.Ҳар бир дардда чашкалар чизик бўйлаб юзасига перпендикуляр равишда тортишни такрорланг. Стерил кўлқопни кийинг, бармоқларингизни чашкани орқасидан дарҳол бошни юзасига кўйинг ва тракция давомида бошнинг сурилиш имкониятини ва энса чиқишини баҳоланг.

8.Дардлар орасида текширинг

-ҳомила юрак уриш сонини

-чашкаларнинг жойлашишини

Маслаҳатлар

- Ҳомила бошининг фаол ротацион бурилишида ҳеч қандай чашкаларни кўлламанг

-Ҳомила бошини айлантириш тракция билан бир вақтда бўлиши керак

-Биринчи тракция учун энг тўғри йўналишни топишда ёрдам беради

- Дардлар ва кучаниқлар орасида тракцияни давом эттирманг.

-Агар ҳомила дисстреси бўлмаса ва прогресс ҳолатда бўлса, ҳомилани максимум 30 дақиқада чиқариб олинг.

Натижасиз

1.Вакуум-экстракция натижасиз ҳисобланади, агар :

-Ҳомила боши ҳар бир тракциядан кейин олдинга сурилмаса

-Уч марта тракциядан кейин ҳомила туғилмаса ёки муолажани бошлагандан сўнг 30 дақиқа ўтган бўлса

-Максимал манфий босимда ва тўғри йўналишдаги тракцияда чашка бош билан бирга сурилмаса

2.Ҳар бир чашкани сурилгандан кейин уриниб кўринг, агар ҳар бир тортишда силжиш кузатилмаса, муолажани давом эттирманг.

3.Агар вакуум-экстракция амалга ошмаса, кесарча кесишн қилинг .

Асоратлари:

Асоратлар одатда қўллаш шароитларига тўғри риоя қилинмасликда ёки маълум бир чегараланган вақт ичида қилинмаслигидан келиб чиқади.

1 Ҳомиладаги асоратлар

-Вакуум-экстракция чашкаси остидаги бош терисининг локал шишиши хавфли эмас ва бир неча соатдан кейин йўқолиб кетади (туғруқ ғурраси)

-Кефалогематома кузатувни талаб қилади ва одатда 3-4 ҳафтада йўқолиб кетади.

-Бош терисининг шикастланиши бўлиши мумкин, агар жарохат бўлса уни кўздан кечиринг ва тозалаб чок қўйиш керак бўлса қўйинг. Некроз камдан кам ҳолларда учрайди.

-Калла ичи қон қуйилиши жуда кам учрайди. Чақалок интенсив кузатувни талаб қилади.

2.Онадаги асоратлар:

-Жинсий йўллар юмшоқ тўқимаси йиртилиши мумкин. Аёлни туғруқ йўлларини кўринг ва бачадон бўйнини, қин ёки эпизиотомия қилинган соҳани тикланг.

Мавзу № 58: “Краниотомия. Эмбриотомия.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

Вақт: 240 дақиқа	Талабалар сони: 12- 15
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм

	3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулоти)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Краниотомия. Эмбриотомия техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Краниотомия. Эмбриотомия. Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Краниотомия. Эмбриотомия. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Краниотомия. Эмбриотомия.; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Краниотомия. Эмбриотомия.; -хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёйиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли

	масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№58 мотивация. (Мавзу баёни) Краниотомия. Эмбриотомия.

ҲОМИЛА ЧАНОҚ БИЛАН ЖОЙЛАШГАНДА КРАНИОТОМИЯ ҚИЛИШ

Операциягача тайёргарлик ва вазифа.

1. Бўйин асосидан мўлжаллаб теридан кесма ўтказинг
 2. Ассистентдан бири қўли билан ҳомила бошини қорин олд девори орқали ушлаб туриш, бошқа қўл билан гавда қисмини энсадан қарама- қарши томонга қаратиш сўралади.
 3. Қинга қўл назорати орқали краниотом киритинг (ўткир учли қайчи ёки катта скальпель билан) тери кесмасидан энсагача.
 4. Энсани тешинг ва тешиқни кенгайгунча кенгайтиринг.
 5. Бошни чиқариб олаётганда калланинг тушишини таъминлаш учун танасидан тортинг.
 - 6 Туғруқни тўхтатинг
- Операциядан кейинги муолажани юқоридан қаранг.
5. Қўлларни яхшилаб ювинг.
 6. Операцияни ёзинг, кейинги кўрсатмаларни ҳам .

7.Пульсни кузатинг. АҚБ, нафас частотасини, қиндаги жароҳатдан қон кетишини кузатинг.

8.Аёлнинг ҳолатини операцион палатага ўтгунча яна баҳоланг.

9.Аёлни ҳар куни кўздан кечиринг.

10.Операцияга кўрсатмани, контрацепция усулини, касалхонадан чиққунигача яна ҳомиладор бўлишини муҳокама қилинг.

Мавзу № 59: “Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3.Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга

-хомиладорларни режали кўриқдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни..	тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруқча тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништирилади.	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№59 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомилада шошилини ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.

“Ҳомиладор, туғадиган ва тукқан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқларга ёрдам кўрсатувчи биринчи, иккинчи ва учинчи босқич тиббиёт муассасаларнинг ташкилий тузилмаси ва фаолият турлари тўғрисида йўриқнома”

Худудлаштириш (регионализация) – бу вилоят миқёсидаги туғруққа кўмаклашиш тиббиёт муассасаларини ҳомила ва туғруқ давомидаги хатарлар даражасига асосан аёллар ва янги туғилган чақалоқларга перинатал стационар ёрдам кўрсатишнинг уч босқичи бўйича тақсимлашдир.

Худудлаштиришнинг мақсади янги туғилган чақалоқлар, ҳомиладор аёллар, туғуш арафасидаги ҳамда ҳомила ва туғруқ даври физиологик ва патологик жараёнда кечган янги тукқан аёлларга ёрдам бериш бўйича мавжуд туғруққа кўмаклашиш тизимининг имкониятларидан самарали фойдаланиш орқали перинатал ёрдамнинг сифатини ошириш ва ундан фойдаланиш имкониятларини кенгайтиришдан иборат.

Бирламчи тиббий санитария. Перинатал ёрдам кўрсатишнинг янги тизими доирасида бирламчи тиббий санитария ёрдамига қуйидаги янги асосий вазифалар юклатилган:

- Аёлларни ҳомиладорликка тайёрлаш;
- Ҳомиладор аёлни тиббий назорат қилиб бориш ва чекланишлар ва хатар омилларини ўз вақтида аниқлаш;
- Зарур бўлганда ҳомиладор аёлни консултацияга ёки мақбул босқичдаги шифохонага йўллаш;
- Янги тукқан аёл ва янги туғилган чақалоқни назорат қилиб бориш ва овқатлантиришдаги муаммолар ёки касалланишларни ўз вақтида аниқлаш.

Шифохона босқичи. Худудлаштириш моделида Ўзбекистоннинг ҳар бир худуди (вилояти)даги шифохона босқичига тиббий ёрдамнинг учта турли даражаси киради. Уларнинг ҳар бири ўзига хос вазифалар, зарур жиҳозлар, штат бирликлари ва лаборатория-ташҳис имкониятларига эга бўлади.

- a. I даража – базавий ёрдам (асосий тиббий ёрдам);
- b. II даража – махсус ёрдам;
- c. III даража – тор ихтисослаштирилган ёрдам.

Бирламчи тиббий ёрдам муассасалари ТТБ/ШТБ туғруқ бўлинмалари ва уларнинг шаҳобчалари, шаҳар туғруқ муассасалари) ҳомиладорлик даври меъёрида ёки минимал даражадаги хатар билан бораётган, ҳомила даври 37 ёки ундан кўп ҳафтага тенг бўлган аёлларга тиббий ёрдам кўрсатади; соғлом туғилган ёки адаптация даврида жиддий бўлмаган камчиликларга эга бўлган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатадилар.

Иккиламчи тиббий ёрдам муассасалари ҳомиладорлик даври меъёрида кечаётган аёллар, ҳомила ва туғруқ босқичлари жиддий бўлмаган ёки нисбатан юқори даражадаги хатарда ўтаётган аёллар, шунингдек, ҳомиланинг 34-ҳафтасидан бошлаб муддатидан олдин туккан ёлларга махсус тиббий ёрдам кўрсатишга мўлжалланган; янги туғилган чақалоқлар, жумладан, махсус ёрдам ва даволашга муҳтож бўлган чақалоқларни тиббий парвариш билан таъминлайди. Иккиламчи даражадаги туғруққа кўмаклашиш муассасалари бирламчи тиббий санитария ёрдам даражасидаги **даволаш-профилактика муассасаларига** (ҚВП, ОП, поликлиникалар) ва бирламчи госпитал даражада ташкилий-услубий ёрдам кўрсатадилар.

Учинчи даражадаги тиббиёт муассасалари ҳомиладорлиги меъёрида кечаётган аёллар, ҳомила ва туғруқ босқичлари жиддий бўлмаган ёки нисбатан юқори даражадаги хатарда ўтаётган аёллар, ҳомила ва туғруқ босқичлари юқори даражадаги хатарда ўтаётган аёллар, оғир соматик патология, оғирлашган ҳомила ва туғруқлар, шунингдек, ҳомиланинг 34-ҳафтасидан бошлаб муддатидан олдин туккан ёллар; янги туғилган чақалоқлар, жумладан, интенсив терапия ва иккиламчи тиббий ёрдам муассасаларида кўзда тутилмаган махсус ёрдамга муҳтож бўлган чақалоқларни тиббий парвариш билан таъминлайди. Ушбу муассасалар биринчи ва иккинчи даражага мансуб бўлган муассасалар учун маслаҳат-услубиёт марказлари ҳисобланиб, улар нафақат консултация билан, шунингдек, ҳомиладор аёллар, янги туккан аёллар ва янги туғилган чақалоқларни транспортда ташишни ҳам таъминлайдилар.

Меъёридаги ҳолатда кутилаётган туғруқ ёки жиддий бўлмаган хатар билан бориши кутилаётган туғруқ (ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра) туғруққа кўмаклашиш муассасаларининг исталган даражасида олиб борилиши назарда тутилади.

Турли даражадаги муассасаларнинг ташкилий тузилмалари ва фаолият тамойиллари

Бирламчи тиббий ёрдам (базавий ёрдам) муассасалари йўриқномаси

Бундайларга ТТБ/ШТБ туғруқ бўлинмалари ва уларнинг шаҳобчалари, шаҳар туғруқ муассасалари киради ва уларда йилига 500-1500 туғруқлар қабул қилинади. Бундай муассасалар ҳомиладорлик даври меъёрида ёки минимал даражадаги хатар билан бораётган, ҳомила даври 37 ёки ундан кўп ҳафтага тенг бўлган аёлларга тиббий ёрдам кўрсатади; соғлом туғилган ёки адаптация даврида жиддий бўлмаган камчиликларга эга бўлган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатадилар.

Туғруққа бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасаларининг асосий вазифалари:

- Физиологик туғруқлар ва жиддий бўлмаган хатар остидаги туғруқларни олиб бориш ҳамда туғруқдан кейин оналарни тиббий парвариш билан таъминлаш;
- Ҳомиладор аёл ва/ёки туғруқ арафасидаги аёлга акушерлик тез ёрдамни кўрсатиш ва зарур бўлса, уни юқоридаги даражадаги тиббий ёрдам муассасасига йўллаш учун ҳолатини барқарорлаштириш;
- Янги туғилган чақалоққа туғруқ залида биринчи жонлантиришни амалга ошириш;
- Соғлом янги туғилган чақалоқ ҳамда туғилиш даврида минимал хатарни бошдан кечирган чақалоқ (масалан, туғруқ вақтидаги асфикция, ҳолати барқарор, лекин вазни 2500 гр ва ундан юқори бўлган кам вазнли чақалоқ, физиологик сариқ касалга чалинган ва шу каби чақалоқлар) ни тиббий парвариш билан таъминлаш;
- Ҳомиладор аёлнинг ҳолатига кўра зарур бўлса ва транспортировка қилинишига қарши кўрсатмалар бўлмаса, уни перинатал ёрдам кўрсатилиши учун иккинчи ёки учинчи даража тиббиёт муассасаларига юбориш;
- Зарур бўлса, янги туққан аёл ва/ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини барқарорлаштириш ва у(лар)ни стационар ёрдамнинг кейинги босқичларига транспортировка қилинишини таъминлаш;
- Мазкур муассаса ва туманда оналар ўлими, перинатал ва неонатал ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш мақсадида мунтазам равишда клиник конференциялар ўтказиб туриш;
- Ҳисобот ҳужжатларини тайёрлаш ва сақлаш, ўрнатилган ҳисобот тартибларига риоя қилиш;
- ҚВП фаолиятини системали тарзда мониторинг қилиб бориш.

**Туғруққа кўмаклашиш бирламчи даражасига мансуб муассасаларда
ҳомиладорлар, янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқлар
госпитализацияси бўйича кўрсатмалар**

Ҳомиладор аёллар гуруҳи:

- Ҳомиладорлик муддати 37-40 ҳафтани ташкил этувчи соғлом, юқори хатар омилларидан ҳоли бўлган ҳомиладор аёл ва физиологик туғруқ;
- Акушерлик жиҳатдан оғир ҳолатда бўлмаган ва ушбу ҳомиладорлик даврида соматик касалликларнинг (пиелонефрит, анемиянинг I-II даражаси, гастрит ва ҳкз.) зўрайишига дуч бўлмаган ҳомиладор аёллар;
- Муддати тўлган ҳомила ҳолатида туғруқдан олдин сув кетган ҳомиладорлар;

Тиббий ёрдам даражаси минимал даражада бўлсада, кечиктириб бўлмас ҳолатларда клиник протоколларга асосан тез тиббий ёрдам кўрсатишга юз фоиз тайёр турилади.

Зарур бўлганда қуйидаги ҳоллатларга эга бўлган ҳомиладор аёллар, туғиш арафасидаги аёллар ва янги туққан аёлларни маслаҳат учун нисбатан юқори муассасаларга йўлланилиши лозим:
преэклампсия,

хатарли муддатидан олдинги туғруқлар,
ҳомиланинг она қорнида ривожланиши кечикиши,
кўп ҳомилали ҳомиладорлик,
ҳомила ва туғруқдаги бошқа мураккаб ҳолатлар.

Янги туғилган чақалоқларга бирламчи госпитал ёрдам даражасида ёрдам кўрсатиш:

- ҳомила муддати 37 ҳафта ва ундан кўп бўлган соғлом янги туғилган чақалоқлар; ва/ёки туғилиш вақтидаги вазни 2500 гр. ва ундан оғир бўлган чақалоқлар;

- ҳолати барқарорлаштирилиши ва неонатал ёрдамнинг нисбатан юқори даражасига зудлик билан транспортировка қилиниш учун тайёрланиши лозим бўлган касал ва муддатидан олдин туғилган чақалоқлар;

- ривожланишида аномалияга эга бўлган янги туғилган чақалоқлар;

- адаптация даврида жиддий бўлмаган камчиликлари мавжуд бўлган, назорат ва минимал даволашни талаб этувчи қуйидагича янги туғилган чақалоқлар:

- туғилишдаги оғир бўлмаган, жонлантиришдан кейинги даврда назоратни талаб этувчи асфикция;
- нафас олишнинг жиддий бўлмаган ва қисқа муддатга бузилиши (қон сатурациясида бузилиш ва брадикардияси бўлмаган қисқа муддатли апное, транзитор тахип ёки/ва фаол нафас олиш ёрдамини талаб этувчи бошқа нафас олиш носозликлари);
- назорат ва фототерапияни талаб этувчи сарик касаллиги;
- овқатлантиришда қисқа муддатли узилишлар (1-3 суткагача) учраган, соғлом овқатлантириш ва инфузион терапияни талаб этувчи гўдақлар.

Бирламчи тиббий ёрдам муассасалари акушерлик бўлинмалари ташкилий тузилмаси:

1. Ҳомиладор аёллар ва туғиш арафасидаги аёлларни қабул қилиш ва тиббий кўрикдан ўтказиш хонаси;
2. Туғруқ хоналари;
3. Жарроҳлик амалиёти хонаси;
4. Аёллар учун интенсив назорат ва даволаш палатаси;
5. Она ва бола биргаликда яшайдиган палаталар;
6. Ҳомила патологиялари палатаси;
7. Янги туғилган чақалоқлар интенсив назорати ва даволаниши хонаси.

Қабулхона шифокори ҳомиладор / туғруқ арафасидаги аёлнинг биринчи тиббий кўригини ва госпитализациясини амалга оширади. Агар ҳомиладор аёл ҳолати шуни тақазо этса, уни перинатал тиббий ёрдамнинг иккинчи ёки учинчи даражаларига мансуб муассасаларга йўллайди.

Туғруқ хоналарида (2-3 тадан кам эмас) ҳам соғлом ҳомиладор аёллар ҳамда ҳомила муддати 37 ва ундан кўп ҳафтани ташкил этувчи, ҳомила даврида минимал хатарга учраган аёллар туғиши таъминланади.

Она ва бола биргаликда яшайдиган палаталар (20 та ётоқ ўрнидан ошмаган) аёллар уйга рухсат берилгунларига қадар ёки боласи билан бирга бошқа тиббиёт муассасига йўллангунларига қадар яшайдиган палаталар.

Янги туғилган чақалоқларни эмлаш хонаси.

Ҳомила патологиялари палатасига (ётоқ ўринлари 10 тадан ошмайди) ушбу ҳомила ва туғруқда перинатал ёрдамнинг биринчи даражасига мос келувчи жиддий бўлмаган хатар остидаги (ҳомила муддати 37 кам бўлмаган), аёллар қабул қилинади. Бу ерда ташҳис ва даволаш тадбирлари амалга оширилади ва туғруққа рухсат бериш тактикаси ишлаб чиқилади.

Янги туғилган чақалоқлар интенсив терапияси палатаси (1-3 ётоқ ўрни) адаптация даврида жиддий бўлмаган камчиликларга учраган чақалоқлар ҳамда перинатал ёрдамнинг нисбатан юқори даражасига йўлланилиши лозим бўлган болалар ҳолатини барқарорлаштириш учун мўлжалланган.

Аёллар учун интенсив терапия палатаси (2-3 ётоқ ўрни) жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки даврдаги назорат, оғир кечаётган ҳомила, туғруқ ва соматик патология ҳолатларида назорат олиб бориш учун мўлжалланган.

Эслатма:

Жарроҳлик амалиёти хонаси ҳамда амалиётдан кейинги интенсив назорат ва даволаш палатаси ТТБ нинг умумий таркибида бўлиши мумкин. Агар ТТБ нинг жарроҳлик қисми акушерлик бўйимидан узоқроқда жойлашган бўлса, акушерлик бўлими таркибида жарроҳлик амалиёти учун алоҳида хона ва интенсив назорат палатаси бўлиши лозим.

Лаборатория хонаси, функционал-ташҳис хонаси, стерилизация хонаси ва шу каби бошқа хизматлар ТТБ/ШТБ нинг умумий таркибида бўлади.

Бирламчи босқич акушерлик бўлими инфратизилмаси бўйича мажбурий талаблар

- марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация (сурункали совуқ сув ва иссиқ сув таъминоти);

- самарали иситиш – туғруқ залларида, жарроҳлик амалиёти хоналари, она ва бола биргаликда турадиган палаталарда температура режимини 25 – 29 ОС чегарасида сақлаб туриш, айниқса қишки мавсумда;
- узлуксиз элект қуввати етказиб бериш тизими, жумладан авария ҳолатида электр қуввати етказиш манбаи;
- узлуксиз кислород таъминоти, сиқилган ҳаво етказиб берувчи портатив компрессор бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Туғруққа кўмаклашиш бирламчи тиббиёт муассасалари акушерлик бўлимлари жиҳозланиши 1-иловада келтирилган.

Иккиламчи тиббий ёрдам (махсус ёрдам) муассасалари бўйича йўриқнома.

Иккинчи даражадаги муассасалар – ҳомиладорлик жараёни меъёрида ёки маълум даражадаги хатарда ўтаётган аёллар, шунингдек, ҳомиланинг 34-ҳафтасидан бошлаб муддатидан олдин тукқан аёлларга махсус тиббий ёрдам кўрсатишга мўлжалланган; янги туғилган чақалоқлар, жумладан, махсус ёрдам ва даволашга муҳтож бўлган чақалоқларни тиббий парвариш билан таъминлайдиган ТТБ, ШТБ туғруқ бўлинмалари ва уларнинг шаҳобчалари, шаҳар туғруқ муассасаларидир.

Иккиламчи тиббий ёрдам даражасидаги туғруққа кўмаклашиш муассасалари асосий вазифалари

- физиологик туғруқлар ва турли хил хатар билан боғлиқ бўлган туғруқларни таъминлаш, аёлларни туғруқдан кейинги тиббий парваришлаш
- ҳомиланинг 34-ҳафтасидан бошлаб муддатидан олдин туғилиш ҳолларини олиб бориш;
- янги туғилган чақалоқни туғруқ залидаги илк жонлантирилишини амалга ошириш;
- соғлом янги туғилган чақалоқни тиббий парваришлаш, касал ёки муддатидан олдин (ҳои́ла муддати 34 ҳафтадан бошлаб) туғилган чақалоқларни тиббий парваришлаш ва даволаш;
- ҳомиладор аёлда перинатал ёрдамнинг учинчи даражасида ёрдам кўрсатилиши лозим бўлган ҳолат мавжуд бўлса, уни учинчи даражага мансуб муассасага йўллаш;
- зурур бўлганда, янги тукқан аёл ва/ёки янги туғилган чақалоқ ҳолатини барқарорлаштириш ва у(лар)ни стационар ёрдамнинг учинчи даражасига транспортировка қилинишини ташкиллаштириш;
- ушбу муассасадаги оналар ўлими, перинатал ўлим ва неонатал ўлим ҳолатларини мунтазам равишда таҳлил қилиб бориш;
- ҳисобот ва қайд ҳужжатларини олиб бориш, ўрнатилган тартибда ҳисоботлар тайёрлаш.

Агар 2 даражадаги акушерлик бўлими ТТБ таркибига кирса ва перинатал ёрдам бўйича ҳудудий марказ вазифасини бажарса:

- бирламчи даражага мансуб туғруққа кўмаклашиш муассасаларига доимий консултация ва тез ёрдам кўрсатилишини таъминлаш, зарур бўлган ҳоларда эса, (консультация-транспорт бригадаси кўмагида) ҳомиладор аёл/янги туққан аёлни перинатал ёрдамнинг керакли даражасига мансуб муассасага етказиб бориш;
- бирламчи даражага мансуб туғруққа кўмаклашиш муассасаларидаги бемор ва муддатидан олдин туғилган болаларга доимий консултация берилиши ва уларни таъминлаш консултация-транспорт бригадаси кўмагида перинатал ёрдамнинг керакли даражасига мансуб муассасага етказиб бориш (иловага қаранг);
- мазкур тумандаги бирламчи даражадаги туғруққа кўмаклашиш муассасаларининг тизимли мониторингини (йилига камида 2 марта) ўтказиш ва уларга услубий ёрдам кўрсатиш;
- ушбу ҳудуддаги оналар ўлими, перинатал ўлим ва неонатал ўлим ҳолатларини мунтазам равишда таҳлил қилиб бориш.

Ҳомиладорлар, янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқларни туғруққа кўмаклашиш иккиламчи даражасига мансуб муассасаларга госпитализация қилиш бўйича кўрсатмалар (транспортировка учун қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда)

Таалуқли ҳомиладорлар гуруҳи: тана органлари фаолиятининг яққол бузилишисиз соматик патология эга ҳомиладорлар:

- 1 ва 2 гуруҳ қандли диабет (мўътадил форма);
- 1-2 босқич гипертоник касаллик;
- ҳомиланинг 34 ҳафтасидан бошлаб оғир кўринишдаги преэклампсия;
- ҳомиланинг 34 ҳафтасидан бошлаб муддатидан илгари туғруқ;
- эгизак ҳомила;
- оғир кўринишдаги акушерлик анамнези;
- мазкур ҳомиладорликда ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши;
- ҳомила ва бачадон миомаси;
- кечки муддатдаги ҳомила тушиши ва бунда қоғоноқ олди сувлари кетиши ва туғруқ йўлларининг тайёр эмаслиги;
- тиббий кўрсатмалар асосида кечки муддатдаги ҳомилани тўхтатилиши;
- бачадон ташқарисидаги ҳомила.

Ҳомиладорлар, янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқларни туғруққа кўмаклашиш учинчи даражасига мансуб муассасаларга госпитализация қилиш бўйича кўрсатмалар (транспортировка учун қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда)

- ҳомила муддати 34 ҳафтадан кам бўлганда муддатидан олдинги туғруқ, жумладан қоғоноқ сувларининг кетиши;

- ҳомила муддати 34 ҳафта ва ундан кам бўлган ҳолларда ултратовуш текширишида тасдиқланган, йолдошнинг олдинда жойлашиши;
- оғир преэклампсия, эклампсия;
- ҳомиладорлар гепатози;
- она қорнида ҳомила ўсишининг II-III даражали кечикиши;
- ҳомила даврида изоиммунизация (оғир кўринишдаги акушерлик анамнезида);
- ҳомилада жарроҳлик йўли билан тузатилиши талаб этилувчи туғма аномалиялар мавжудлиги;
- ҳомиланинг (туғруқдан кейин дарҳол даволанилиши талаб этилувчи) метаболик касалликлари
- ҳомила шишиши;
- юрак қон-томир тизими касалликлари (юракнинг ревматик ва туғма нуқсонлари, қон айланиши етишмаслиги даражасидан қатъий назар, митрал клапаннинг гемодинамик бузилишлар билан пролапси, юракнинг жарроҳлик амалиётига учраган нуқсонлари, аритмиялар, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали артериал гипертензия);
- мазкур ҳомилада тромбозлар, тромбоземболиялар ва анемнездаги тромбофлебитлари;
- нафас органлари касалликлари ва у билан боғлиқ бўлган ўпка ва юрак-ўпка етишмовчиликлари;
- боғловчи тўқималар тизимли касалликлари, антифосфолипид синдром ва бошқа тромбофилиялар;
- буйрак касалликлари ва бу билан боғлиқ бўлган буйрак етишмовчиликлари ёки артериал гипертензия, сийдик йўллари ривожланиши аномалиялари, нефрэктомиядан кейинги ҳомила;
- жигар касалликлари (токсик гепатит, декомпенсация босқичидаги ўткир ва сурункали гепатитлар, жигар циррози);
- эндокрин касалликлар (ҳар қандай компенсация босқичидаги қандли диабет, қалқонсимон безининг гипо- ва гиперфункция клиник белгиларига эга бўлган касаллиги, сурункали буйрак усти етишмаслиги);
- қон касалликлари (гемолитик ва апластик анемия, оғир темир моддаси етишмаслиги анемияси, гемобластозлар, тромбоцитопения, Виллебранд касаллиги, қон тизими қуйилишининг туғма дефектлари);
- асаб тизими касалликлари (ёйма склероз, мия қон айланиши бузилиши, ишемик ва геморрагик инсултлардан кейинги ҳолат);
- миастения;
- анемнездаги ёки локализациясидан қатъий назар мазкур ҳомила даврида аниқланган ёмон сифатли ўстмалар;
- қон-томир малформациялар, қон-томирлар аневризми;
- анемнезда бошдан кечирилган бош-мия травмалари, умуртқа травмалари;
- юрак, қон-томирар, ўпка, жигар, буйрак ва бошқа органлар фаолиятига жарроҳлик йўли билан аралашувдан кейинги ҳолат;

- ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи бошқа ҳолатлар.

Перинатал ёрдамнинг учинчи даражага мансуб муассасасида зудлик билан консултация берилиши лозим бўлган ҳолатлар:

- II-III-IV даража қон йўқотиш билан оғирлашган туғруқлар
- Оғир кўринишдаги преэклампсия ёки эклампсия
- II-III даражадаги артериал гипертонияга эга ҳомиладорлар.
- Оғир кўринишдаги қанд диабетига чалинган ҳомиладорлар;
- Оғир кўринишдаги анемияга чалинган ҳомиладорлар;
- Кесерева кесишидан жарроҳлик амалиётидан кейинги йиринглик-септик оғирлашишлар.
- Транспортировка шароитлари мавжуд бўлмаганда ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи бошқа ҳолатлар.

Госпитал ёрдамнинг иккинчи даражасида янги туғилган чақалоқларга ёрдам кўрсатиш:

- Ҳомила даври 34 ва ундан кўп ҳафта ва/ёки туғулишда тана вазни 1500 гр.дан ортиқ бўлган соғлом, ўз муддатида туғилган ва муддатидан олдин туғилган чақалоқлар;
- Ҳомиланинг нисбатан эрта муддатларида туғилган чақалоқлар ёки барқарорлаштириш ва неонатал ёрдамнинг нисбатан юқори даражасига зудлик билан транспортировка қилиниши учун тайёрланилиши талаб этилувчи чақалоқлар;
- Тиббий кўрик ва даволашнинг нисбатан кўпроғини талаб қилувчи бемор чақалоқлар:
 - Мўътадил асфиксия (эрта ёки кечиккан оғирлашишлар билан) ёки ўрта оғирликдаги асфиксия, шунингдек нафақат интенсив назорат, шу билан бирга, даволашни ҳам талаб этувчи, яққол неврологик бузилишларга (масалан тутқаноққа) эга бўлган туғма травма;
 - Нафас олиш бузилиши, шу жумладан – нафас олиш бузилишлари (НОБС), кислород ва 3 суткагача СРАР терапиясига ёки/ва ўпкани қисқа муддатли (1 суткагача) сунъий вентилизация (ЎСВ) муҳтож бўлган синдромлари;
 - Қоннинг қуйи даражада сатурацияси ва бракардия эпизодларига эга бўлган янги туғилган чақалоқларнинг такрорланувчи апноеси;
 - Интенсив назорат ҳамда фототерапия ва қонни алмаштириб қуйиш (ҚАҚ) йўллари билан даволашни талаб этувчи сарик касалликлар;
 - Турғун гипогликемия ёки метаболизмнинг 48 соатдан кўп давом этмайдиган ва махсус даволашни талаб этувчи бошқа кўринишдаги бузилишлари;
 - Қон айланиши бузилмаган, туғма ёки орттирилган инфекция;

- Ошқозон-ичак трактидан кўп бўлмаган қон оқиши (масалан, янги туғилган чақалоқларнинг геморрагик касалликлари);
- Ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси ва узоқ муддатли (3 суткадан ортиқ) энтерал ёки қисман парентерал овқатланишни талаб этувчи овқатлантиришнинг бошқа ҳолатлари.

Туғруққа кўмаклашишнинг иккинчи даражасига мансуб муассасаларнинг ташкилий тузилмаси

1. Қабул бўлими
2. Туғруқ бўлими
3. Она ва бола биргаликда госпитализацияси бўлими
4. Ҳомиладорлик патологияси бўлими
5. Гинекология бўлими
6. Жонлантириш ва анестезиология бўлими
7. Янги туғилган чақалоқлар интенсив назорати бўлими/палатаси
8. Маслаҳат-ташҳис бўлими
9. Консультатив-транспорт бригадаси (худудий марказ вазифасини бажарувчи муассасалар учун)
- 10.лаборатория
- 11.стерилизация хонаси
- 12.техник-хўжалик бўлими
- 13.иктисодий бўлим.

Қабул бўлими ҳомиладор/янги туққан аёлни бирламчи тиббий кўрикдан ўтказиш ва керакли бўлимга госпитализация қилишни таъминлайди. Зарур ҳолатларда шифокор ҳомиладор аёлни агар унинг ҳолати шуни тақозо қилса ва транспортировка қилинишига қарши кўрсатмалар бўмаса, перинатал ёрдамнинг учинчи даражасига мансуб муассасага йўллайди.

Туғруқ бўлимида куйидагилардан таркиб топган бўлади:

- туғруқ палаталаи (4-5 дан кам бўлмаган туғруқ заллари),
- 1-2 та жарроҳлик амалиёти хоналари,
- Ҳар бир бўлимда обсервацион палаталар (изоляторлар).

Туғруқ бўлимида ҳам соғлом аёллар ҳамда ҳомиласи юқори хатарда бўлган ёки муддатидан олдин (ҳомиланинг 34-ҳафтасидан бошлаб) туғилувчи аёллар туғишларига кўмаклашилади. Бошқа ҳомиладор аёлларга хавф туғдириши мумкин бўлган ҳомиладор аёллар обсервацион палаталар (изоляторларга) жойлаштирилиши лозим бўлади.

Она ва бола биргаликда госпитализацияси бўлими (30-50 ётоқ ўрни) аёл ва фарзанди уйга рухсат берилгунига қадар ёки бошқа даволаш муассасасига юборилгунига қадар биргаликда туриб даволаниши учун мўлжалланган. Ушбу бўлимда янги туғилган чақалоқларни эмлаш хонаси бўлиши лозим.

Ҳомиладорлик патологияси бўлими (10-20 ётоқ ўрни) муддатидан олдин (ҳомиланинг энг камида 34 ҳафтасида) туғиш хавфи, перинатал ёрдам

кўратишнинг иккинчи даражасига мос келувчи хатар остидаги ҳомиладорлик ва туғруқ ҳолатларидаги ҳомиладор аёллар учун мўлжалланган. Ушбу бўлимда ҳомиланинг патологик кечиши билан боғлиқ бўлган ташҳис ва даволаш тадбирлари олиб борилади, туғруққа рухсат бериш тактикаси ишлаб чиқилади. Бўлимда ҳомиладор аёллар учун манипуляцион-муолажа хонаси, изолятор бўлиши лозим.

Гинекология бўлими (10-20 ётоқ ўрни) гинекологик патологияга эга аёлларни текшириш ва даволаш учун мўлжалланган.

Жонлантириш ва анестезиология бўлими (3-5 ётоқ ўрни) ҳолати хавф остида бўлган ёки жарроҳлик амалиётидан чиққан аёлларни тиббий парваришlash ва даволаш билан таъминлайди. Анестезиология хизмати ҳомиладор аёлни туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда ёки жарроҳлик амалиёти жараёнида оғриқсизлантирувчи билан таъминлайди.

Янги туғилан чақалоқларнинг интенсив терапияси бўлими/палатаси (3-6 ётоқ ўрни) муддатидан олдин (34 ҳафтадан бошлаб) туғилган болалар ва бемор чақалоқларга малакали ёрдам (кузатув, парвариш ва даволаш) билан таъминлаш, шунингдек агар перинатал ёрдамнинг учинчи даражасига мансуб муассасага ўтказилиши лозим бўлса уларнинг ҳолатини барқарорлаштиришни амалга оширади.

Маслаҳат-ташҳис бўлимига рўйхатга олиш бўлинмаси, мутахассислар (акушер-гинеколог, неонатолог, терапевт ва бошқалар) хоналари, функционал ва перенатал ташҳис (Ултратовуш текшируви, ЭКГ, рентген-аппарат) хоналари киради. Ушбу бўлимда ҳомиладор ёки янги туққан аёлнинг конулатив-амбулатор назорати, тиббий кўрикдан ўтказилиши ва зарур бўлса, ўз вақтида туғруқхонага госпитализация қилиш ёки учинчи босқичга мансуб тиббиёт муассасасига йўллашни амалга оширади.

Консультатив-транспорт бригадаси бирламчи босқичдаги туғруққа кўмаклашиш муассасаларини доимий асосда консултатив ва тез тиббий ёрдам билан таъминлайди, зарур бўлган ҳолларда эса, ҳомиладор/янги туққан аёлни, шунингдек бемор ва муддатидан олдин туғилган болаларни керак бўлган перинатал ёрдам билан таъминловчи муассасага транспортировкасини амалга оширади.

Консультатив-транспорт бригадаси кўп тармоқли болалар маркази ёки тез тиббий ёрдам марказида жойлашган бўлиши мумкин.

Эслатма:

Лаборатор, функционал-ташҳис, стерилизация ва бошқа хизматлар кўп тармоқли шифохона, ШТБ/ТТБнинг умумий таркибига киради. Шаҳар туғруқ комплекслари ўз таркибида лаборатория ва юқорида тилга олинган хизматларга эга.

Туғруққа кўмаклашишнинг иккинчи даражасига мансуб муассасаларнинг инфратузилмасига қўйиладиган мажбурий талаблар

- марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация (сурункали совуқ сув ва иссиқ сув таъминоти);
- самарали иситиш – туғруқ залларида, жарроҳлик амалиёти хоналари, она ва бола биргаликда турадиган палаталарда температура режимини 25 – 29 ОС чегарасида сақлаб туриш, айниқса қишқи мавсумда;
- узлуксиз электр қуввати етказиб бериш тизими, жумладан авария ҳолатида электр қуввати етказиш манбаи;
- марказлашган ва узлуксиз ҳолда тиббиёт газлари – кислород ва сиқилган ҳаво билан таъминлаш тизими.

Туғруққа кўмаклашиш иккиламчи тиббиёт муассасалари акушерлик бўлимлари жиҳозланиши 1-иловада келтирилган.

Учинчи босқичга мансуб муассасалар бўйича йўриқнома (юқори технологик ва ихтисослашган ёрдам)

Туғруққа кўмаклашиш бўйича учинчи даражага мансуб муассасалар (РИАваГИАТМ ва унинг шаҳобчалари, Республика перинатал маркази, вилоят перинатал марказлари, Тошкент шаҳар перинатал маркази) – бу мамлакатнинг муайян ҳудудида йилига 3500-5000 ва ундан зиёд туғруқ қабул қилувчи, ҳомиладор, янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқларга юқори технологик ва махсус ташҳис ҳамда даволашни таъминловчи тиббиёт муассасаларидир. Бундай муассасаларда энг юқори хатар остидаги ҳомиладор, янги туққан аёллар ва ҳомила муддати 34 ҳафтадан кам бўлганда туғилган болаларга ёрдам кўрсатилади. Учинчи даражага мансуб муассасаларда бемор ва муддатидан олдин туғилган чақалоқларни ҳаётини таъминлаш, баъзи ҳудудларда эса, туғма ривожланиш нуқсонларини тузатиш бўйича амалиётлар ўтказиш учун неонатал жарроҳлик бўлимлари ҳам мавжуд бўлади.

Туғруққа кўмаклашишнинг учинчи даражага мансуб муассасалари ҳудудлар учун ташкилий-услубий марказлар ҳисобланади. Улар ҳомиладор аёл ва янги туғилган чақалоққа тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча бўғинлари ўртасидаги ҳамкорликни мувофиқлаштирадилар. Шунингдек, бундай муассасалар олий ўқув юртлари учун, талабаларнинг диплом олди ва дипломдан кейинги таълими, шифокорлар, ҳамширалар, доялар малакасини ошириш, семинарлар ўтказиш, шифокорларни иш жойида ўқитиш ва шу каби мақсадлар учун клиник таълим ва илмий-текширув базаси вазифасини бажарадилар.

Туғруққа кўмаклашишнинг учинчи даражасига мансуб муассасаларнинг асосий вазифалари:

- қуйидагилар учун ихтисослаштирилган ёрдамни ташкил этиш:

- - ҳомила ва туғруқда катта хатар остида бўлган туғруқ арафасидаги аёллар, жумладан, соматик патологияга эга бўлган аёлларга ёрдам ва уларни туғруқдан кейинги тиббий парваришлаш;
- - ҳомила муддати 34 ҳафтадан кам бўлган ҳолда муддатидан олдин туққан аёлларга;
- Туғруққа кўмаклашишнинг биринчи ва иккинчи даражаларига мансуб муассасалар учун узлуксиз консултатив ва тез тиббий ёрдамни таъминлаш, зарур ҳолатларда эса, ҳомиладор аёл/янги туққан аёл ва чақалоқни “ўзига” қабул қилиш учун транспортировка қилиш ёки РИАваГИАТМ/Республика перинатал марказига етказиб бориш;
- Беморлар ва муддатидан олдин туғилган чақалоқлар учун тиббий парваришлаш ва даволашни ташкил этиш, бунда ташҳис ва даволаш ёрдамини тўлиқ ҳажмда таъминлаш;
- Туғруққа кўмаклашишнинг биринчи ва иккинчи даражаларига мансуб муассасаларнинг тизимли мониторинги ва ташқи аудитини ўтказиш, уларга ҳар томонлама методик ёрдам бериш;
- Ушбу ҳудуддаги туғруққа кўмаклашишнинг биринчи ва иккинчи даражаларига мансуб муассасалар тиббий ходимлари учун мазкур муассаса базасида клиник ўқитишни олиб бориш;
- Мазкур ҳудуддаги ва мамлакат миқёсидаги оналар ўлими, перинатал ва неонатал ўлимлар ҳолатларини тизимли таҳлилини амалга ошириш;
- Мазкур ҳудуд доволаш-профилактика муассасаларининг қайд ва ҳисобот ҳужжатларини системали тарзда йиғиш ва таҳлил қилиш.

Ҳомиладор, янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқларни туғруққа кўмаклашишнинг учинчи даражасига мансуб муассасаларига госпитализация қилиш бўйича кўрсатмалар

Таллуқли ҳомиладорлар гуруҳи:

- Муддатидан олдинги туғруқ, жумладан, ҳомила атрофидаги сувларнинг ҳомиланинг 34-ҳафтаси ва ундан кейин туғруқдан олдин кетиши;
- ҳомила муддати 34 ҳафтадан кам бўлган ҳолларда ултратовуш текширишида тасдиқланган, йўлдошнинг олдинга жойлашиши;
- оғир преэклампсия, эклампсия;
- ҳомиладорлар гепатози HELLP – синдроми;
- ҳомиладор аёллар, туғиш арафасидаги аёллар ва янги туққан аёлларда тана органлари ва системалари касалланишнинг оғир формаларига чалинганлиги;
- юрак қон-томир тизими касалликлари (юракнинг ревматик ва туғма нуқсонлари, қон айланиши етишмаслиги даражасидан қатъий назар, митрал клапаннинг гемодинамик бузилишлар билан пролапси, юракнинг жарроҳлик амалиётига учраган нуқсонлари, аритмиялар, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали артериал гипертензия);

- мазкур ҳомилада тромбозлар, тромбоземболиялар ва анемнездаги тромбофлебитлари;
- нафас органлари касалликлари ва у билан боғлиқ бўлган ўпка ва юрак-ўпка етишмовчиликлари;
- боғловчи тўқималар тизимли касалликлари, антифосфолипид синдром ва бошқа тромбофилиялар;
- буйрак касалликлари ва бу билан боғлиқ бўлган буйрак етишмовчиликлари ёки артериал гипертензия, сийдик йўллари ривожланиши аномалиялари, нефрэктомиядан кейинги ҳомила;
- жигар касалликлари (токсик гепатит, декомпенсация босқичидаги ўткир ва сурункали гепатитлар, жигар циррози);
- эндокрин касалликлар (ҳар қандай компенсация босқичидаги қандли диабет, қалқонсимон безининг гипо- ва гиперфункция клиник белгиларига эга бўлган касаллиги, сурункали буйрак усти етишмаслиги);
- қон касалликлари (гемолитик ва апластик анемия, оғир темир моддаси етишмаслиги анемияси, гемобластозлар, тромбоцитопения, Виллебранд касаллиги, қон тизими қуйилишининг туғма дефектлари);
- асаб тизими касалликлари (ёйма склероз, мия қон айланиши бузилиши, ишемик ва геморрагик инсултлардан кейинги ҳолат);
- миастения;
- анемнездаги ёки локализациясидан қатъий назар мазкур ҳомила даврида аниқланган ёмон сифатли ўсмалар;
- қон-томир малформациялар, қон-томирлар аневризмаси;
- юрак, қон-томирлар, ўпка, жигар, буйрак ва бошқа органлар фаолиятига жарроҳлик йўли билан аралашувдан кейинги ҳолат;
- ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи бошқа ҳолатлар ва бунда транспортировка учун қарши кўрсатмалар йўқлиги;
- она қорнида ҳомила ривожланишининг II-III даражали кечикиши
- IV даража қон йўқотиш билан оғирлашган туғруқлар
- ҳомила даврида (мушкуллашкан акушерлик анамнези ҳолатида) изоиммунизация;
- ҳомилада жарроҳлик йўли билан тузатишни талаб этувчи туғма аномалияларнинг ривожланиши;
- ҳомиланинг (туғруқдан кейин зудлик билан даволанишни талаб этувчи) метабolik касалликлари.

Янги туғилган чақалоқларни госпитал ёрдам беришнинг учинчи даражасида даволаш бўйича кўрсатмалар:

- Ҳомила даври 34 ҳафтадан кам ва/ёки туғилишда тана вазни 1500 гр.дан кам бўлган чақалоқлар;
- Тор ихтисослашган ёрдамга муҳтож бўлган оғир касал ва муддатида олдин туғилган чақалоқлар;

- Оғир асфиксия ёки оғир неврологик бузилишлар ва/ёки бош косаси ички қон қуйилишлари (масалан тутқаноқлар, ақлий фаолият бузилишлари, полиорган етишмовчилиги ва шу кабилар) га эга бўлган махсус ва интенсив даволашни талаб этувчи туғма травмалар;
- Нафас олиш бузилиши, шу жумладан – нафас олиш бузилишлари (НОБС), мекониал аспирация ва ўпканинг нафақат СРАР терапия (3 суткадан ортиқ), шунингдек давомий сунъий вентилизация (ЎСВ)га муҳтож бўлган персистик гипертензияси;
- Интенсив назорат ҳамда фототерапия ва қонни алмаштириб қуйиш (ҚАҚ) йўллари билан даволашни талаб этувчи гемолитик ва бошқа кўринишдаги патологк сариқ касалликлар
- Турғун гипогликемия ёки метаболизмнинг махсус даволашни талаб этувчи бошқа кўринишдаги бузилишлари;
- Юрак-қон-томир етишмовчиликлари;
- Ҳар қандай этиологиядаги кучли қон кетиши (ҳолат барқарорлаштирилгандан кейин);
- Ўткир буйрак етишмовчилиги;
- Ўткир жигар етишмовчилиги;
- Давомий тўла парентерал овқатлантиришни талаб этадиган даражада овқатланишнинг бузилиши;
- Зудлик билан ташҳис ва жарроҳлик йўли билан даволашни талаб этувчи ривожланишда туғма нуқсонлар ва туғилишнинг бошқа патологияларига эга бўлган янги туғилган чақалоқлар.

Туғруққа кўмаклашишнинг учинчи даражасига мансуб муассасанинг ташкилий тузилиши:

Акушерлик ва гинекология клиникаси:

- Қабул бўлими;
- Туғруқ бўлими;
- Она ва бола биргаликда госпитализацияси бўлими
- Ҳомиладорлик патологияси бўлими
- Гинекология бўлими
- Жонлантириш ва анестезиология бўлими

Неонатал клиника:

- Янги туғилган чақалоқлар интенсив назорати бўлими;
- Муддатидан олдин туғилган ва янги туғилган (I- ва II- босқич) бемор чақалоқлар бўлими;
- Маслаҳат-поликлиника бўлими;
- Функционал ташҳис бўлими;
- Лаборатория
- Ташкилий-услубий бўлим;
- техник-хўжалик бўлими;

- иқтисодий бўлим.

Акушерлик ва гинекология клиникаси қуйидагиларга эга:

Қабул бўлими ҳомиладор аёл/янги туққан аёлнинг дастлабки тиббий кўриги ва керакли бўлимга госпитализациясини амалга оширади.

Туғруқ бўлими қуйидагиларга эга:

- туғруқ палаталари (туғруқ заллари, камида 5-6 та),
- 2-3 та жарроҳлик амалиёти хоналари,
- 2 та обсервацион палата.

Туғруқ бўлимида ҳам соғлом аёллар ҳамда юқори хатар остидаги ёки муддатидан олдин туғувчи аёллар туғруқни амалга оширадилар. Бошқа ҳомиладор аёлларга хавф туғдириши мумкин бўлган системали инфекцияга эгалиги гумон қилинган ҳомиладорлар учун обсервацион палаталар ва муддатидан олдинги туғруқни қабул қилиш учун махсус жиҳозлаган зал ажратилиши лозим.

Она ва бола биргаликда госпитализацияси бўлими (50-80 ва ундан ортиқ ётоқ ўринлари) аёл ўз фарзанди билан то уйга жавоб берилгунигача ёки муддатидан олдин туғилган ва бемор чақалоқлар бўлимига йўллангунигача қадар стационар даволаниши учун мўлжалланган. Ушбу бўлимда бошқа ҳомиладор аёлларга хавф туғдириши мумкин бўлган системали инфекцияга эгалиги гумон қилинган ҳомиладорлар учун обсервацион палаталар бўлиши мумкин. Бўлимда янги туғилган чақалоқларни эмлаш хонаси бўлиши лозим.

Ҳомиладорлик патологияси бўлими (20-30 тадан ортиқ ётоқ ўринлари) муддатидан илгари туғиш хавфи билан келган ҳомиладор аёллар, мазкур ҳомиладорлик ва туғишдаги юқори даражадаги хатар остида бўлган аёллар, аёл ва унинг ҳомиласига бевосита хавф туғдирувчи соматик патологияга эга ҳомиладорлар учун мўлжалланган.

Мазкур бўлимда ҳомиладорликнинг патологик кечиши билан боғлиқ бўлган ташхис ва даволаш тадбирлари олиб борилади, туғруққа рухсат бериш тактикаси ишлаб чиқилади. Бўлимда ҳомиладор аёллар учун манипуляцион-муолажа хонаси, изолятор бўлиши лозим.

Гинекология бўлими (10-20 ётоқ ўрни) гинекологик патологияга эга бўлган аёлларни тиббий кўрикдан ўтказиш, уларни консерватив ва оператив услубда даволашга мўлжалланган.

Жонлантириш ва анестезиология бўлими (6-10 ётоқ ўрни) ҳомиланинг ўта оғирлашиши, ўта хавфли ҳолатдаги ёки жарроҳлик амалиётини бошдан кечирган аёлларни тиббий парвариш ва даволаш билан таъминлайди. Анестезиология хизмати ҳомиладор аёлни туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда ёки жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқсизлантирувчи билан таъминлайди.

Неонатология клиникаси таркибига қуйидагилар киради:

Янги туғилган чақалоқлар интенсив терапияси бўлими (9-18 ётоқ ўрни) муддатидан илгари туғилган болалар ва ҳолати хавф остида бўлган янги туғилган чақалоқларга тор ихтисослашган ва юқори технологик тарзда тиббий ёрдам кўрстади. Бу ерда нафақат мазкур ҳудудий перинатал марказда туғилган болалар, шу билан бирга, мазкур ҳудудда жойлашган биринчи ва иккинчи даражага мансуб бўлган туғруққа кўмаклашиш муассасаларида туғилиб, тез ва ёки малакали ёрдамга муҳтож бўлган чақалоқлар ҳам даволанади. Бундай болалар олиб келиш консултатив-транспорт бригадаси томонидан амалга оширилади.

Муддатидан олдин туғилган ва янги туғилган бемор чақалоқлар бўлими (камида 20-30 ётоқ ўрни) муддатидан олдин туғилган ва янги туғилган бемор чақалоқларни уйга жавоб берилгунига қадар тиббий парваришlash ва даволаш билан шуғулланади.

Бўлим функционал жиҳатдан бир нечта қисмларга бўлиниши мумкин:

- Муддатидан илгари туғилган чақалоқлар палаталари;
- Ўз муддатида туғилган чақалоқлар палаталари;
- Интенсив назорат палатаси;
- Инфекцион оғирлашишларга эга чақалоқлар учун палата-изоляторлар

Янги туғилган чақалоқлар интенсив назорати ва ёки даволаниши палатаси нисбатан интенсив назорат ва даволашга муҳтож бўлган (масалан апное, тутқаноқ ва шу кабиларга эга) чақалоқларни бир жойга йиғишга ёрдам беради. Ушбу бўлинмага перинатал марказнинг туғруқ бўлиmidан ўз вақтида уйга рухсат берилиши мумкин бўлмаган болалар ёки ҳудуддаги бошқа туғруққа кўмаклашиш муассасаларидан консултатив-транспорт бригадаси томонидан келтирилган янги туғилган чақалоқлар қабул қилинади.

Поликлиника бўлими рўйхатга олиш бўлинмаси, мутахассислар (акушер-гинеколог, неонатолог, терапевт генетик, эндокринолог ва бошқалар) хоналари, функционал ташҳис бўлими (ЭКГ, рентген хонаси, Ултратовуш текшируви, эхокардиотокография хоналари), янги туғилган чақалоқлар давомий назорати хонаси (катамнез) кабилардан ташкил топган бўлади.

Учинчи даражага мансуб поликлиника муассасаси мазкур ҳомилада ва туғруқда юқори хатар остида бўлган ҳомиладор аёллар ва янги туққан аёлларни амбулатор даволаш ва диспансеризация қилиш, уларни тиббий кўрикдан ўтказиш, уларга маслаҳат бериш ва зарур ҳолатларда, ўз вақтида госпитализация қилишга масъулдир.

Янги туғилган чақалоқни давомий назорат қилувчи шифокор (катамнез хонаси) муддатидан олдин туғилган ёки перинатал марказда даволанган болаларнинг 3 ёшга тўлгунларига қадар диспансеризация қилиш ва амбулатор назоратини олиб боришга жавоб беради. Марказда мазкур

худуднинг бошқа туғруққа кўмаклашиш муассасаларида туғилган ва туғилишдан кейин саломатлиги билан боғлиқ муаммоларга эга бўлган чақалоқлар ҳам назорат қилиниб борилиши мумкин.

Ҳомиладор/янги туққан аёл ва янги туғилган чақалоқ учун лаборатор, функционал-ташҳис ва рентгенологик текшириш имкониятлари 24 соат давомида ҳозир бўлиши лозим.

Туғруққа кўмаклашишнинг учинчи даражасига мансуб муассасалар инфратизилмалари учун мажбурий талаблар:

- марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация (сурункали совук сув ва иссиқ сув таъминоти ва ҳоказо);
- самарали иситиш тизими – қишки мавсумда туғруқ залларида, жарроҳлик амалиёти хоналари, она ва бола биргаликда турадиган палаталарда температура режимини 25 – 29 ОС чегарасида сақлаб туриш имконини берувчи;
- узлуксиз элект қуввати етказиб бериш тизими, жумладан автоном электр қуввати етказиш манбаи мавжуд бўлиши;
- туғруқ заллари ва интенсив терапия хоналарига электр узатилиши ва мавжуд жиҳозлар ва иш жойлари сонидан (қувват босимини ҳисобга олган ҳолда) келиб чиқиб электр таъминот нуқталари ўрнатилган бўлиши;
- зарур бўлган бўлинмалар (жарроҳлик амалиёти хонаси, катталар ва янги туғилган чақалоқлар РИТ бўлими) га сиқилган ҳаво ва узлуксиз кислород етказиб бериш тизими;
- имкон бўлса, берилаётган ҳавони тозалаш тизими.

“Ҳомиладор, туғадиган ва туққан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқлар учун маслаҳат-жонлантириш транспорт хизматини ташкил этиш тўғрисидаги йўриқнома”

Консултатив-жонлантирувчи транспорт хизматинининг асосий мақсади – юқори хатар остидаги ҳомиладор, туғиш арафасидаги ва янги туққан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқлар учун ўз вақтида консултатив-жонлантирувчи-транспорт ёрдамини кўрсатишдан иборат.

Консултатив-жонлантирувчи-транспорт хизмати Республика перинатал маркази (РПМ), Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИАваГИАТМ) , вилоят ва шаҳар перинатал марказлари, вилоят РИАваГИАТМ филиаллари, вилоят РШТЁИМ филиаллари, ва вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказлари ташкил этилади.

Ёрдам ташрифларига чиқишлар 24 соат давомида ВПМ, РИАваГИАТМ филиаллари ёки шаҳар туғруққа кўмаклашиш муассасалари ёки вилоят кўп

тармоқли болалар тиббиёт марказлари болалар жарроҳлари етакчи акушер-гинекологлари ва анестезиолог-реаниматологлари, неонатологлари, неонатал реаниматологлари томонидан амалга оширилади. Зарурат бўлганда консултация учун бошқа мутахассислар жалб қилинади.

Консултативно-реанимационно-транспорт хизматининг асосий вазифалари

1. Консултатив ёрдам: консултация ўтказиш, ташхис қўйиш, беморни олиб бориш тактикасини белгилаш, перинатал даври нохуш ўтиши хатари мавжуд бўлган ҳомиладорлар ва янги туғилган чақалоқларни аниқлаш.
2. Даволаш-амалий ёрдами: тез тиббий ёрдам, жонлантириш тадбирлари ва анестезиологик қўлланмаларни аниқлашда иштирок этиш;
3. Транспортировкага тайёрлаш: транспортировка режасини ишлаб чиқиш ва тузиш. Транспортировкадан олдин беморни кераклича тайёрлаш ва унинг ҳолатини барқарорлаштириш.
4. Транспорт ёрдами: беморни рационал, хавфсиз ва авайлаган ҳолда транспортировка қилиш. Транспортировка тамойили - «қабул қилиш» ёки «элтиб бериш».
5. Йўлловчи ва қабул қилувчи муассасалар ўртасидаги алоқани ва фаолият уйғунлигини таъминлаш.

Нисбатан юқори даражадаги муассасага ўтказиш қуйидаги ҳолларда амалга оширилиши лозим

- олиб борилаётан даволашларга қарамасдан аёл ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати яхшиланмаётганлиги ёки ёмонлашиб бориши (мавжуд мезонлар асосида);
- даволаш жараёнида ҳаётга таҳдид солувчи кескинлашувларнинг юзага келиши;
- маҳаллий муассасада мавжуд бўлмаган ёрдам ва хизматларни жалб этилиши зарурияти юзага келиши.

Аёл ёки янги туғилган чақалоқнинг транспортировкадан олдинги ҳолати баҳоланиши ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга. Бунда тезкорлик даражаси, транспортировка масофаси ва эҳтимолий сарфланувчи вақт ҳамда транспортировкага қарши кўрсатмаларнинг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги каби омиллар муҳим ҳисобланади.

Консултатив-реанимацион транспорт хизмати (КРТХ) тузилиши

Диспетчер хизмати.

1. Чақирувларни қабул қилади ва рўйхатга олади.
2. Раҳбарият ва шифокорларни келиб тушган чақирувлардан хабардор қилади ва имкон бўлса, чақира ётган муассаса билан боғланади.
3. Навбатчилик жадвалини тузади.

4. Беморларни қайта госпитализация қилиниши бўйича протоколларни қабул қилади ва улар бўйича хулосавий ҳисобот тайёрлайди.
5. КРТХ фаолияти бўйича йиллик ва чорак ҳисоботлар тайёрлайди.

Консултатив-реанимацион транспорт хизмати дисклокацияси манзилида жойлашган бўлади

- Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида;
- РШТЁИМ вилоят шаҳобчасида;
- РПМ, ВПМ, ШПМ ёки РИАваГИАТМ шаҳобчаларида;

Консултатив-реанимацион транспорт хизмати фаолиятини таъминлаштириш:

1. консултатив-транспорт бригадаси диспетчери 24 соат мобайнида янги туққан аёл ёки янги туғилган чақалоқни консултация/транспортировка билан таъминлашга бўлган чақирув (талаб)ларни қабул қилади ва рўйхатдан ўтказди;
2. Маълумот зудлик билан муассаса раҳбарига, навбатчи шифокор-консултантга етказиб берилади ва у керакли қарорни қабул қилиб, жамоанинг бошқа аъзоларини зарур бўлган тайёргарлик бўйича хабардор қилади;
3. Зарур бўлганда диспетчер шифокор-консултантни чақирувни амалга оширган муассаса билан боғлаб беради ва у ҳолатга ойдинлик киритиш ва дастлабки кўрсатмалар бериш имконига эга бўлади (масалан, бригада етиб келгунига қадар қандай тез ёрдам кўрсатиш, қандай муолажалар ўтказиш ва шу кабилар);
4. Чақирув манзилига етиб келгач, шифокор-консултант ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолайди ва қарор қабул қилади:
 - Агар ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати нисбатан юқори даражадаги муассасага ўтказилишни талаб қилмаса, консултант беморни кейинги даволаш масаласини бўлим мудирини билан муҳокама қилади ва бунда туғруқ арафасидаги/янги туққан аёл ёки янги туғилган чақалоқ касаллик тарихи дафтарида қайдлар киритади;
 - Агар ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати оғир ва беқарор бўлса ва айни чоғда мавжуд шароитлар уларга керакли ёрдамни кўрсатиш имкониятини беролмаса, транспортировкадан олдин уларнинг ҳолатини барқарорлаштириш бўйича зарур чоралар кўрилиши лозим бўлади;
 - ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати жиддий хавф остида бўлса ва зудлик билан ёрдам талаб этилса, уларга зарур бўлган ёрдамни (жумладан, зарур бўлса, жарроҳлик кўмагини) маҳаллий

- ходимлар ва консултатив бригада ходимлари биргаликда кўрсатадилар;
- тез ёрдам кўрсатилгандан сўнг, ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати барқарорлаштирилса, улар кейинги назорат ва/ёки нисбатан юқори даражадаги шифохонада даволанишга муҳтож бўлсалар, транспортировка қилиш мумкин бўлган ҳолатда консултатив-транспорт бригадаси уларни керакли тиббий ёрдам кўрсатилувчи муассасага олиб боради.
 - Агар ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг ҳолати терминал ҳолатда бўлса, керакли ёрдам кўрсатилгач, консултатив бригада бемор аёл ёки болани мазкур муассасада қолдиради.
5. Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлни фақат ўзининг ёки унинг яқинларининг ёзма розилиги асосида транспортировка қилиш мумкин, янги туғилган чақалоқни эса, фақат унинг ота-онасининг ёзма рухсати билан транспортировка қилинади;
 6. Транспортировка вақтида консултант шифокор ва доя/ҳамшира ҳомиладор/янги туққан аёл ёки чақалоқ ҳолатини кузатишда давом этадилар ва зарур бўлганда, ёрдам кўрсатадилар;
 7. Транспортировка жараёни кўзланган манзилга етиб келиб, беморни қабул қилувчи муассасанинг интенсив терапия палатаси ёки жонлантириш бўлимига госпитализация қилиш билан яқунланади;
 8. Транспорт бригадаси шифокори бўлим шифокори билан биргаликда ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ёки янги туғилган чақалоқнинг транспортировкадан кейинги ҳолатини баҳолайди. Транспорт бригадаси шифокори ва ҳамшира беморнинг транспортировкага қадар ва ундан кейинги ҳолати (даволаш, муолажалар, оғирлашиш ва шу каби ҳолатлар) тўғрисидаги зарур маълумотни беради;
 9. Транспортировкадан кейин ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлга ва унинг яқинларига, шунингдек янги туғилган чақалоқнинг ота-онасига ва беморни бригадага топширган шифохона ходимларига беморнинг ёки ҳолати бўйича маълумот берилади;
 10. Шифокор ва доя/ҳамшира беморнинг транспортировка варақасини тўлдирадилар.

Ходимлар

- Консултация, транспортировкани амалга ошираётган ходимлар транспортировка жараёнида юзага келиши мумкин бўлган хавфли ҳолатларда чора кўриш ва қарор қабул қилиш бўйича малака ва қобилиятга эга бўлиши лозим.
- Бригада тажрибали, тайёргарликдан ўтган ҳамда она ва бола учун зарур бўлган ёрдамни кўрсата олиш даражасига эга бўлган мутахассислардан ташкил топиши лозим.

- Бригада таркибига қуйидагича мутахасисликка эга бўлган шифокорлар киради: акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатал реаниматолог, доя, болалар ҳамшираси, неонатолог. Зарур бўлганда чақирувга чиқишда бригадага бошқа мутахасис (жарроҳ, терапевт, контомир жарроҳи, неонатал жарроҳ ва бошқалар) жалб этилиши мумкин.

Малакалар (профессионал талаблар)

Перинатал трансферларни амага оширувчи ходимлар транспорт ҳолатларида иш олиб боришнинг барча жиҳатлари бўйича тайёргарликдан ўтган бўлишлари шарт.

Консультатив-транспорт ёрдами бригадасига юқори малакали тиббий ходимлари киритилиши лозим. Шифокор-консультантликни фақат юқори малакали, ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ва янги туғилган чакалоққа ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга, юзага келувчи муаоммоларни ўрнида ҳал қила олувчи ҳамда беморни керакли тиббиёт муассасасига малакали равишда етказиб боришни уддалай оладиган шифокор бажариши лозим.

Шифокор–консультант акушер-гинеколог қуйидаги фаолият ва оператив қўлланмаларни қўллаш малакасига эга бўлиши лозим:

- Тез акушерлик ёрдамини кўрсатиш
- вакуум-экстракторни ўрнатиш,
- акушерлик қисқич ўрнатиш,
- тос жойлашувидаги туғруқларни қабул қилиш
- кесарево кесиши
- гистерэктомия.

Шифокор – консультант неонатолог-реаниматолог қуйидаги фаолият ва оператив қўлланмаларни қўллаш малакасига эга бўлиши лозим:

- маска орқали ва Амбу қопчаси ёрдамида ЎСВни амалга ошириш
- трахея интубацияси
- ЎСВни турли режимларда ва турли ЎСВ аппаратлари ёрдамида ўтказиш
- СРАР ни амалга ошириш
- юракни билвосита уқалаш
- марказий ва перифирик томирлар катетеризацияси
- ҳолати оғир янги туғилган чакалоқлар учун инфузион терапия ва парентерал овқатлантиришни ҳисоблаш
- таранглашган пневмотораксда плеврал бўшлиқ пункцияси
- умуртқа мия канали пункцияси
- рентгенограммани ўқиш.

Масъулият

Ҳар қандай транспортировка йўлловчи ва қабул қилувчи марказлардаги масъул шахслар билан келишилган бўлиши лозим. Кўчириш жараёнига кўмаклашиш учун масъул шифокорни белгилаш муҳим аҳамиятга эга. Масъул шифокор сифатида аёл ва бола ҳолатини ҳаммадан яхшироқ баҳолай олувчи ҳамда даволаш, транспортировкага тайёрлаш ва уни амалга ошириш бўйича қарор қабул қила оладиган шифокор тайинланиши керак.

Муайян ҳолатдаги шароитлардан келиб чиққан ҳолда бемор учинчи даражага мансуб муассасага келтирилиб, топширилмагунига қадар йўлловчи ва қабул қилувчи шифоркорларнинг ҳар иккиси ҳам бемор юзасидан юқори даражадаги масъулиятга эга бўлишлари лозим.

Транспорт бўйича масъулият консултатив-транспорт ёрдамини таъминловчи муассасага юклатилади.

Шахсий жавобгарлик:

1. Шифокор-консултант қуйидагилар юзасидан жавобгар ҳисобланади:
 - Транспорт воситаларида тиббиёт жиҳозларининг мавжудлиги ва созлиги;
 - Беморга тез ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган воситалар ва дори-дармонлар рўйхатини тузиш, уларнинг мавжудлиги ва тўғри сақланишини таъминлаш;
2. Доя/болалар ҳамшираси қуйидагилар юзасидан жавобгар ҳисобланади:
 - Керакли воситалар ва дори-дармонларнинг мавжудлиги ва улар захирасининг тўлдириб бориши;
 - Бемор транспортировкаси амалга оширилгандан сўнг транспорт воситасининг тозалаш (масалан транспорт инкубаторини);
 - Шифокор-консултантга беморни транспортировкага тайёрлаш ва транспортировка қилиш дарвида зарур муолажалар ва/ёки ҳаракатларни амалга оширишда ёрдам бериш, беморнинг тиббий парваришини таъминлаш;
3. Шифокор-консултант ва доя/болалар ҳамшираси беморнинг транспортировка варақасини тўлдирадиган, тиббиёт ҳужжатларини сифатли тўлғазиб бориш ҳамда киритилаётган маълумотларнинг ишончли бўлишини таъминлайдилар.
4. Санитар-ҳайдовчи қуйидагиларга жавобгар ҳисобланади:
 - Транспорт воситасининг, автомобилнинг иситиш/совутиш тизимининг созлиги;
 - Тозалик ва тартибни сақлаш;
 - Кислород балонлари мавжудлиги ва тўлдириганлигини таъминлаш;
 - Шунингдек беморни транспорт воситасига олиб келиш ва ундан тушириб боришга ёрдам беради.

Транспорт воситасига қўйиладиган умумий талаблар

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлнинг ва янги туғилган чақалоқ транспортировкаси учун ер усти транспорти – тез тиббий ёрдам хизматининг махсус жиҳозланган автомобили қўлланилади. Бунда 2 хил вариантдан фойдаланиш мумкин:

- Битта махсус жиҳозланган машинадан мумкин бўлиб, унда фақат транспорт модули (жиҳозларнинг янги туғилган чақалоқ қисм ёки туғаётган аёлга мўлжалланган қисм) алмаштирилади;
- Ёки чақалоқ ва аёл учун алоҳида жиҳозланган иккита алоҳида машинадан фойдаланилади.

Умумий талаблар:

- Машинада мобил алоқа мавжуд бўлиши;
- Атроф-муҳитнинг оптимал температурасини сақлаб туриш имконияти;
- Кислород баллонлар ёки кислороднинг транспорт концентрати мавжудлиги;
- Сиқилган ҳаво учун компрессор (ихтиёрий);
- Янги туғилган чақалоқни тез тиббий ёрдам машинасида ташишда қўлланилувчи кўчма кислород баллонлар;
- Кислород оқимини ўлчагич (2 дона);
- 220 V электр қуввати мавжудлиги
- 12 V электр қувватини 220 V қувватига айлантирувчи (имкони бўлса);
- Салоннинг яхши ёритилиши;
- Тиббиёт жиҳозлари учун ишонарли ва қулай қотиргичлар бўлиши;
- Тиббиёт воситалари ва дори-дармонларни қулай жойлаштириш имконияти;
- Беморни яхши кўра олиш ва бевосита муолажа ўтказиш имконияти;
- Транспорт кювези мавжудлиги.

Транспортировка даврида қўлланилувчи барча жиҳозлар транспорт шароитида тўғри ишлай оладиган бўлиши лозим. Ходимлар жиҳозлар билан ишлаш малакасига эга бўлишлари лозим.

Тез тиббий ёрдам машинаси учун зарур бўлган тиббиёт жиҳозлари:

- носилкалар (ҳомиладор аёл носилка ёки аравачада ёнбошлаган ҳолда, ҳаракат йўналишига қаратилган ҳолда жойлаштирилиши лозим);
- транспортда ЎСВ ўтказиш воситаси;
- кўп функционали монитор (юрак фаолияти, нафас олиш, қон босимининг ноинвезив ўлчаш, қон сатурациясини қайд этиш);
- электрик или механик сўрувчи;
- дори-дармонларнинг аниқ дозировкаси учун 2 та игнали инфузион насос;
- ҳомила юрак уришини қайд этиш монитори (доплерли портатив восита); стетоскоп
- акушерлик қисқичлари,
- вакуум-экстрактор,
- муз солинган контейнер ёки совутгич.

- термометр
- буйраксимон қути (лоток)
- фонар
- сфигмоманометр
- УЗИ аппарати (портатив)
- Стерил қўлқоплар
- Антисептик эритмалар
- Иссиқлик манбаи

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёл учун тиббий воситалар

Туғруқни қабул қилиш ва кесерева кесиши учун тўплам, туғиш йўллари текшириш учун тўплам, тикиш ашёлари (викрил, хромланган кетгут), маскали Амбу тоифасидаги тикланувчи қопча, ҳаво киритувчи, ларингоскоп ва интубацион трубкалар тўплами - 6;7;7,5;8, сўрувчи катетерлар (Fr 10-16), ошқозон зондлари (Fr 12-16), “капалак” тоифасидаги игналар ёки томир ичи канюллари (GA 20-14), сийдик катетерлари (Fr 10-14), шприцлар (2, 5, 10, 20, 50 мл), стерил қўлқоплар, тоза қўлқоплар, стерил бойлаш ашёлари, пахта, лейкопластир, скалпел, қайчилар, қисқич, термометр, стетоскоп, стерил пахта ва дока шарчалари, жгут.

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёл учун дори-дармонлар

- эритмалар: адреналин, норадреналин, допамин, супрастин, калций глюконати, магний сульфати, окситоцин, фурокемид, мезатон, метилэргометрин, 1000 мл лактата рингери, 2000 мл натрий хлориди 0,9%, ГЭК воситалари, дексаметазон, диклоберл, эуфиллин, дигоксин ёки строфантин, антибиотиклар (ампициллин, эритромицин таблеткалари ва ҳкз), спирт;
- таблеткалар: кордарон, нифедепин, мизопропростол, индометацин, нитроглицерин.

Туғруқ учун тўплам: 2 та стерил қайчи, 2 та стерил Кохер қисқичи, йўргаклаш матолари, стерил бир марталик киндик қисқичи (ёки стерил резинка), механик сўргич, пластик қопчалар (йўлдош ва чиқиндилар учун), янги туғилган чақалоқ учун ёпинчик, туғруқни қабул қилиш учун халат

Янги туғилган чақалоқ учун тиббий жиҳозлар:

- транспорт инкубатори;
- транспортда қўллаш учун ЎСВ аппарати;
- СРАР (имкониятга кўра);
- Кўп функционали монитор (юрак фаолияти, нафас олиш, қон босимининг ноинвезив ўлчаш, қон сатурацияси, тана ҳароратини қайд этиш);
- Электрик ёки механик сўргич;
- Суюқликлар ёки дори-дармонларнинг аниқ дозировкаси учун 2 та игнали инфузион насос;

- глюкометр (конда глюкоза миқдорини аниқлаш учун);

Янги туғилган чақалоқ учун тиббий воситалар:

- Амбу тоифасидаги тикланувчи қопча ёки қўлда вентиляция қилиш учун Т шаклидаги система;
- Янги туғилган чақалоқ учун силикон маскалар тўплами (00, 0, 1);
- Янги туғилган чақалоқлар учун тиглар тўпламига (00, 0 ва 1), лампочкалар, батареяларга эга ларингоскоп;
- Интубацион трубкалар тўплами (диаметрлар: 2.5, 3.0, 3.5, 4.0);
- сўргич катетерлар (Fr 5, Fr 8, Fr 10);
- ошқозон зондлари (Fr 5, Fr 8, Fr 10);
- киндик катетерлари (Fr 3.5, Fr 5, Fr 6; Fr 8);
- “капалак” тоифасидаги игналар ёки томир ичи канюллари (GA 26, GA 24, GA 22);
- Плеврал бўшлиқ пункцияси ва дренажи учун тўплам;
- сийидк катетерлари (Fr 3.5, Fr 4, Fr 5-6);
- кислород шланги; шприцлар (2, 5, 10, 20 мл);
- стерил қўлқоплар;
- тоза қўлқоплар;
- стерил бойлаш ашёлари, пахта;
- лейкопластир;
- стерил скалпел, қайчилар, қисқич;
- электрон термометр;
- Стетоскоп;
- Уч йўналишли жўмракча

Янги туғилган чақалоқ учун дори-дармонлар:

- Физиологик эритма;
- 10% ли глюкоза эритмаси;
- натрий бикарбонат
- вазо-ва кардиотониклар (адреналин, допамин);
- добутамин
- гепарин
- фентанил
- лидокаин
- мидазолан
- налоксон (мавжуд бўлса)
- талвасага қарши воситалар (диазепам, фенobarбитал эритмаси, натрия оксибутират - ГОМК);
- аналгетиклар;
- диуретиклар;
- витамин К;
- сурфактант (по возможности);
- 10% ли калций глюконати;
- антибиотиклар;

- 70% ли этил спирти;
- Бетадин;

Аёллар ва болаларни кўчириш бўйича кўрсатмалар

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёл кўчириш бўйича кўрсатмалар

Кўчириш икки кўринишдаги кўрсаткичлар асосида амалга оширилади:

1. тўғруққа рухсат бериш ёки даволаш учун;
2. консултатив-ташҳис ёрдами кўрсатиш учун.

Аёлларни “элтиб бериш” (транспортировкани йўлловчи муассаса амалга оширади) ва “қабул қилиш” (транспортировкани қабул қилуви муассаса амалга оширади)

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлларни транспорт бригадаси томонидан перинатал ёрдамнинг II-даражаси муассасасига олиб бориш бўйича кўрсатмалар

1. митрал ёки пролапс клапанининг гемодинамик бузилишларсиз нуқсони.
2. гемодинамик бузилишларсиз туғма юрак нуқсонлари.
3. пиелонефрит зўрайиши.
4. ошқозон-ичак трактининг зўрайиш белгилари эга касалланиши.
5. ҳомиладорлик вақтида аниқланган, йўлдошнинг паст жойлашганлиги.
6. бачадондаги чокнинг етарлича шаклланмаганлиги.
7. ўткир серсувлик.
8. 34 ҳафтадан бошлаб муддатидан олдин туғиш.
9. енгил кўринишдаги преэклампсия.
10. ҳомиланинг 34 ҳафтаси ва ундан кейинги оғир кўринишдаги преэклампсия
11. сурункали гипертензия.
12. гестацион гипертензия.

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлларни транспорт бригадаси томонидан перинатал ёрдамнинг III-даражаси муассасасига олиб бориш бўйича кўрсатмалар

1. ҳомила даврининг 34 ҳафтасига қадар муддатидан олдинги туғиш, жумладан туғруққа қадар сув кетиши.
2. йўлдошнинг олдинга жойлашганлиги ва ҳомиланинг 34-ҳафтаси ва унга қадар қон кетиш ҳолатлари.
3. оғир преэклампсия ва эклампсия.
4. ҳомиладорлар холестази, гепатози
5. ўткир серсувлик
6. қон айланиши етишмовчилиги даражасидан қатъий назар юрак-контомир тизимининг касалликлари, юракнинг жарроҳлик амалиёти

- олиб борилган нуқсонлари, аритмиялар, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали артериал гипертензия.
7. мазкур ҳомиладаги тромбозлар, тромбоземболиялар, тромбофлебитлар.
 8. нафас олиш йўллари касалликлари ва унинг оқибатидаги ўпка ёки юрак-қонтомир етишмовчиликлари
 9. жигар касалликлари (цирроз, токсик гепатит, декомпенсация давридаги ўткир ва сурункали гепатит).
 - 10.эндокрин касалликлар (қандли диабет, тиреотоксикоз) сурункали буйрак усти етишмовчилиги.
 - 11.буйрак касалликлари ва унинг оқибатидаги буйрак етишмовчиликлари ёки артериал гипертензия, сийдик йўллари ривожланишидаги аномалиялар, нефрэтомиядан кейинги ҳомила.
 - 12.аёлнинг оғир ҳолатидаги қон касалликлари (оғир анемиялар, гемобластозлар, тромбоцитопатия, қон қўйилиши системасининг туғма ёки орттирилган дефектлари)
 - 13.боғловчи тўқиманинг тизимли касалликлари
 - 14.асаб тизими касалликлари (ёйма склероз, миёда қон айланиши бузилиши, бўлиб ўтган ишимик ва геморрагик инсултлардан кейинги ҳолат).
 - 15.анемнездаги ёки мазкур ҳомила даврида аниқланган ёмон сифатли ўсмалар.
 - 16.қонтомир малформациялари, томирлар аневризмалари.
 - 17.бошдан кечирилган бош-миё, умртқа, тос травмалари.
 - 18.анамнезда: юрак, томирлар, ўпка, жигар, буйраклар ва бошқаларда жарроҳлик амалиёти.
 - 19.аёл ҳаётига хавф солувчи бошқа ҳолатлар, транспортировка қилишга қарши кўрсатмалар йўқлиги шарти билан.

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёлларнинг даволанишининг кейинги даражасига хабар етказилишини талаб этувчи ўта оғир ҳолатлари рўйхати:

1. Ҳомила даврида, туғиш вақтида ва туғишдан кейин геморрагик шок ва II-III-IV босқичлардаги массив қон йўқотиш;
2. Туғишдан кейин ва жарроҳлик амалиётидан кейинги 2 суткадан кўп давом этувчи безгак;
3. Бошдан кечирилган (травматик, аллергия, септик, кардиоген ва бошқа) шок
4. 12 соатдан кўп давом этган узоқ ЎСВ;
5. оғир кечган, нафас етишмовчилиги II-III босқичли пневмония;
6. юрак нуқсони ва декомпенсация босқичидаги юракнинг бошқа касалликлари;
7. декомпенсация босқичидаги қандли диабетнинг оғир кўриниши;
8. буйрак ва жигар етишмовчиликлари ҳолатлари;
9. эклампсия, эклампсик кома, статус;
- 10.миё қон айланиши бузилиши, гепатоз, HELLP-синдром;

- 11.бачадон йиртилиши;
- 12.ўпка артерияси тромбоэмболияси, ҳомила олди сувлари билан эмболия;
- 13.бачадоннинг ағдарилиши;
- 14.туғишдан кейинги даврда реллапаротомияга кўрсатмалар;
- 15.ҳомиладор ва туғаетган аёлларда ташҳисларнинг қийин верификацияси.

Янги туғилган чақалоқларни кўчириш бўйича кўрсатмалар:

Янги туғилган чақалоқ транспортировкаси фақат ота-онанинг ёзма рухсатидан кейин амалга оширилади.

Янги туғилган чақалоқлар транспортировкаси асосан “қабул қилиш” (транспортировкани қабул қилуви муассаса амалга оширади) ва фақат истисно ҳолларда “элтиб бериш” (транспортировкани йўлловчи муассаса амалга оширади) бўйича амалга оширилади.

Янги туғилган чақалоқларни транспорт бригадаси томонидан перинатал ёрдамнинг II-даражаси муассасасига олиб бориш бўйича кўрсатмалар

- Ҳомила муддати жуда кичик (34 ҳафтагача ва ундан ортиқ) ва тана вазни >1500гр. бўлган янги туғилган чақалоқ;
- Ўрта даражадаги асфиксия ва унинг асоратлари, шунингдек неврологик бузилишларга олиб келган туғилишдаги травма;
- Нафас олиш бузилиши, шу жумладан – нафас олиш бузилишлари (НОБС), кислород ва 3 суткагача СРАР терапиясига ёки/ва ўпкани қисқа муддатли (1 суткагача) сунъий вентилляция (ЎСВ) муҳтож бўлган синдромлари;
- Қоннинг қуйи даражада сатурацияси ва бракардия эпизодларига эга бўлган янги туғилган чақалоқларнинг такрорланувчи апноеси;
- Интенсив назорат ҳамда фототерапия ва қонни алмаштириб қуйиш (ҚАҚ) йўллари билан даволашни талаб этувчи сарик касалликлар;
- Турғун гипогликемия ва метаболизмнинг бошқа кўринишдаги бузилишлари;
- Қон айланиши бузилмаган, туғма ёки орттирилган инфекция;
- Ошқозон-ичак трактидан кўп бўлмаган қон оқиши (янги туғилган чақалоқларнинг геморрагик касалликлари);
- Ошқозон-ичак трактининг қисман парентерал овқатланишни талаб этувчи дисфункцияси.

Янги туғилган чақалоқларни транспорт бригадаси томонидан перинатал ёрдамнинг III-даражаси муассасасига олиб бориш бўйича кўрсатмалар

- Ҳомила даври 34 ҳафтадан кам ва/ёки туғилишда тана вазни 1500 гр.дан кам бўлган чақалоқлар;

- Нафас олишдаги прогрессив, респиратор терапиянинг оддий услублари орқали даволаш билан тузалмайдиган камчиликларга эга бўлган чақалоқлар, жумладан нафас олиш бузилишлари (НОБС), мекониал аспирация ва ўпканинг нафақат СРАР терапия (3 суткадан ортиқ), шунингдек давомий сунъий вентиляция (ЎСВ)га мухтож бўлган персистрик гипертензияси;
- Тезкор дифференциал ташҳис ва даволашни талаб этувчи ҳолат;
- Модда алмашувининг оғир кўринишдаги бузилишлари;
- Зудлик билан ташҳис ва жарроҳлик йўли билан даволашни талаб этувчи ривожланишда туғма нуқсонлар;
- Янги туғилган чақалоқнинг геморрагик ҳолати, жумладан, ҳар қандай этиологиядаги кучли қон кетиши (ҳолат барқарорлаштирилгандан кейин);
- Ноаниқ ташҳисга эга бўлган касал, ҳолати чуқур ўрганиш ва (ёки) тор ихтисосдаги мутахассисларни жалб қилишни талаб этувчи янги туғилган чақалоқлар;
- Янги туғилган чақалоқнинг гемолитик хасталиги;

Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёллар ва янги туғилган чақалоқларнинг транспортировкасига қарши кўрсатмалар.

1. Аёл/янги туғилган чақалоқнинг тез тиббий ёрдам кўрсатилиши ва ҳолатининг барқарорлаштирилишини талаб этувчи ўта оғир ҳолати;
2. Давом этаётган қон йўқотиш;
3. Шок ҳолати;
4. Янги туғилган чақалоқнинг агонал ҳолати;
5. Туғруқ ҳолати (туғруқнинг II-босқичи) даги ҳомиладор аёл;
6. Ҳомила ҳолатининг ноаниқлиги;
7. Талваса синдроми – талвасага қарши дори воситалари берилиши билан тўхтамаётган талваса;
8. Боланинг ривожланишида ҳаёт кечириш талабларига мос келмайдиган даражада нуқсонлар кўплиги
9. Транспортировкани хавф остига қўювчи об-ҳаво шароитлари;
10. Қариндошларнинг транспортировкани ёзма рад этиши.

Транспортировка режаси

Бемор аёллар ва чақалоқларнинг кўчирилиши хавфсиз, ўз вақтидаги ва рационал бўлиши лозим. Транспортировка аёл, ҳомила ёки чақалоқнинг ҳолатини ёмонлаштирмаслиги лозим.

Транспортировка шартлари

1. Транспортировкадан олдин ҳомиладор/туғруқ арафасидаги/янги туққан аёл ёки чақалоқ ҳолатини барқарорлаштириш;
2. Зудлик билан ёрдам беришга тайёрлик (жихозлар тайёрлиги, томирга тушиш имкони мавжудлиги, зарур дори-дармонларнинг мавжудлиги транспортировкани бошлашдан олдин текширилиши лозим);

3. Қабул қилувчи муассасанинг беморни қабул қилиш ва унга ёрдам беришга тайёрлиги (хабардорлиги);
4. Аёл ва унинг оиласининг амалга оширилажак кўчиришдан ва унинг сабабларидан хабардорлиги ва бунга розилиги;
5. Транспортировкани қарор қабул қилиш ва малакали ёрдам кўрсатишга қодир бўлган мутахасислар амалга оширади; транспорт гуруҳи таркиби аёл ёки чакалоқ учун талаб этилувчи ёрдам даражасига мос бўлиши лозим;
6. Кўчириш ва қайта транспортировка қилиш маҳаллий шароитларга мос равишда тузилган ва тасдиқланган протоколга асосан амалга оширилиши лозим;
7. Иссиқлик билан таъминлаш.

Она ҳолатини барқарорлаштиришнинг асосий йўналишлари ёки алоҳида вазиятлар

Транспортировкага қадар ва транспортировка давомида аёл ҳолатини барқарорлаштириш учун кўриладиган чоралар транспортировка сабабларидан келиб чиқади.

Қуйида она/ҳомиланинг транспортировка қилишга энг кўп сабаб бўладиган кўрсаткичлар ва уларга нисбатан кўриладиган чораларга мисоллар келтирилган.

Гипертензив ҳолатлардаги беморларни ҳозирлаш

- Ҳомиладор/туғиш арафасидаги/янги туққан аёл ва ҳомила ҳолатини баҳолаш
- Гипертензив ҳолатларнинг мезонларига асосан ташҳис қўйиш
- Йўлловчи муассаса билан бемор аёлни перинатал ёрдамнинг нисбатан юқори даражадаги муассасасига ўтказиш ёки ўтказмасликка бўлган кўрсатмалар, қарши кўрсатмаларни муҳокама қилиш;
- Агар бемор аёл ёки ҳомиланинг ҳолати беқарор бўлса, кўчиришни кечиктириш ва лозим бўлса ўша жойда ёрдам кўрсатиш, жумладан туғруққа рухсат бериш;
- Кўчириш фақат беморнинг ҳолати барқарорлаштирилгач амалга оширилади;
- Артериал гипертензиянинг яққол кўринишида антигипертензив воситалар тайинлаш лозим (асосий воситалар: Т.Нифедипин, Лабеталол, Метилдопа, Метапролол, Резерв воситалар: нитропруссид натрия, клонидин ва бошқалар) ва хавфсиз кўрсаткичларга эришгунга қадар давом эттириш керак АД (САД 130-140 мм рт ст, ДАД 100-90 мм рт ст).
- Оғир кўринишдаги преэклампсия/эклампсия ҳолатларида талвасага қарши терапия воситалари қўлланилади. Дори воситаларнинг томир ичига йўллаш учун периферик вена ва сийдик пуфагини катетеризация қилиш. Бунда Магния сульфат дори воситаси қўлланилади. Зуспан

бўйича магнезиал терапия схемаси: Магния сулфат воситасининг юкловчи дозасини томир ичига 25% 15-20 минут давомида 16 ёки 20 мл. Қўллаб турувчи доза - 24 соат давомида ҳар соатда 1г-2г курук модда. Имкон бўлса, магнезиал терапияни юбориш учун инфузион насосдан фойдаланиш лозим (тезлик: 4 мл/соат). Транспортировкага фақат юкловчи доза юборилиб бўлиб, қўллаб турувчи доза юборилиш бошлангандагина киришиш мумкин.

- Она ва ҳомилага қўлланилувчи барча воситалар биринчи соат давомида ҳар 15 дақиқада, кейинги соатларда, қўллаб турувчи доза юборилиш давомида эса ҳар 30 дақиқада баҳоланиши ва қайд этиб борилиши лозим (ҳатто барқарор ҳолатда бўлган аёллар учун ҳам).
- Ҳар бир кўрик давомида магния сулфат дозаси ошиб кетишининг клиник белгилари текширилиши ва йўқлигига ишонч ҳосил қилиниши лозим:
 - артериал гипотония, аритмия
 - юзнинг қизариши
 - уйқусираш, ноаниқ нутқ, жисмларни иккита кўриш;
 - нафас олишнинг ЧДД оғирлашиши, дақиқада 16 марта
 - тизза рефлексининг камайиши ва йўқолиши
 - олигурия – диурез 30 мл/соатдан кам.
- магния сульфат дозаси ошиб кетганда – ушбу дори воситасини қўллашни тўхтатиш лозим ва 10 дақиқа давомида 10% Кальций глюканат эритмасидан 10 мл. юбориш лозим.

Кўчириш жараёнида:

- қабул қилинган ва чиқарилган суюқликлар миқдорини қайд этишни давом эттириш.
- Ҳолатни ёмонлашуvidан далолат берувчи ҳар қандай белгиларни кузатиб бориш:
 - Артериал қон босимининг кўтарилиши (систолик > 150 мм рт.ст, диастолик > 105 мм рт.ст.),
 - Гиперфаол пайлар рефлекслари ёки клонус;
 - Беҳаловатлик ёки талвасадаги каби “учишлар”;
 - Нафас олиш 1 дақиқада < 14 ёки > 26 марта;
 - кислород сатурациси < 95 %,
 - диурез < 30 мл /соат,
 - неврологик ҳолатнинг ўзгариши ёки кўришнинг заифлашиши;
 - кўнгил айланиши, қайд қилиш, эпигастрал қисмда оғриқлар ва жиғилдон қайнашидан шикоятлар.

Эслатма: Агар мазкур белгилардан биронтаси шифокор бемор аёлни кузатмаётган вақтда рўй берса, қабул қилувчи шифокор билан маслаҳатлашиш учун ТЕЛЕФОН ЁКИ РАЦИЯдан фойдаланинг.

- Аёлда хуруж рўй беришига тайёр тулинг. Агар йўлда аёлда хуруж рўй берса:

- Уни шикастланишдан ҳимоя қилинг, лекин куч ишлатиб ушлаб турманг;
- Жихозларни тайёрланг (ҳаво юборувчи, сўргич, маска, кислород) ва бир дақиқада 4-6 мл тезликда кислород беринг;
- Ошқозон ичидагилар ёки қайд қилинувчи моддалар ва қон билан аспирация рўй бериши хатарини камайтириш учун аёлни ён бошлатиб ётқизинг;
- Талвасадан кейин зарур бўлса оғиз бўшлиғи ва томоқни сўргич ёрдамида тозаланг.
- Агар аёл олдин магния сульфат қабул ҚИЛМАГАН бўлса, унга магния сульфатнинг юкловчи дозасини юборинг (4 мг – 5 мг куруқ модда (25% ли магния сульфатдан 20 дақиқа давомида 16-20 мл), кейин эса қўллаб турувчи дозани юборишни бошланг (соатига 1-2 гр. куруқ модда). Инфузомат ёрдамида юборган маъкул (25% ли магния сульфатнинг тоза эритмаси) ёки томир ичида томчилатган ҳолда 0,9% ли натрий хлориднинг 400,0 физиологик эритмаси + 25% ли магния сульфатнинг 100,0 мл.
- Агар хуруж такрорланса, 5 дақиқа давомида 2 гр. магния сульфат (25%-10мл) юбориш
- Агар тутқаноқдаги аёл магния сульфатнинг қўллаб турувчи дозасини қабул қилаётган бўлса, дозани кейингиси билан алмаштиринг (шифокорнинг кўрсатмасига асосан):
- Агар қўллаб турувчи доза 1 г/соат бўлса, уни 1,5- 2 г/соатгача кўтариш (қўллаб турувчи доза инфузия тезлиги 6 - 8мл/соат, дори восита дозировкаси ортиб кетиши назорат қилинади)
- Тутқаноқ тўхтаганда:
- Кислород маскани кийдириш.
- Қон босими, юрак уриши, нафас олиш тезлиги ва кислород сатурацисини ўлчаш;
- Бачадон қисқаришини (тўлғоқ) ўлчаш
- Қин ичида қон кетиши мавжудлигини, йиртилиш белгилари, қорин бўшлиғида оғриқни баҳолаш.
- Хуруж бошланган вақт ва давом этиш муддатини қайд этиш.
- Ҳомила ҳолатини баҳолаш
- ЎСВ учун кўрсатма: мустақил кераклигича нафас олиш йўқлиги (экламптик статус, экламптик кома, ўпка шиши, сатурациянинг 80% пастга тушиши).

Муддатидан олдин туққан аёллар ёки муддатидан олдин туғишига рухсат берилиш хатари бўлган аёлларни ҳозирлаш

Агар ҳомиладор аёлда муддатидан олдин туғиш хавфи бўлса, куйидагиларни амалга ошириш зарур

Кўчиргунга қадар:

- Ҳомиладор аёлни транспортировка қилишга кўрсатма ёки қарши кўрсатма мавудлигини аниқлаш;
- Она ва ҳомила ҳолатини аниқлаш;
- Ҳомила муддатини аниқлаш;
- Тўлғоқлар такрорланиш тезлиги, давомийлиги ва кучини аниқлаш.
- Тўлғоқ рўй берганда ва ҳомила пуфагининг бутунлиги ҳолатида транспортировкадан олдин қинни текшириб, бачадон йўли очилган ёки очилмаганлигини аниқлаш;
- Агар ҳомиладор аёлда ҳомила пуфаги муддатидан олдин, туғруққача йиртилиши (ҲПМОТЙ) рўй берса ва ҳали тўлғоқ бошланмаган бўлса, қинни текшириш тавсия этилмайди, ҳомила пуфагининг муддатидан олдин йиртилганлигини тасдиқлаш мақсадида кўзгу ёрдамида текширувни амалга ошириш, бачадон йўлини очиш ҳамда киндик тушмаганлигига ишонч ҳосил қилиш лозим.
- Муддатиан олдин туғиш хавфи юзага келса ёки шундай туғруқ бошланса, шунингдек ҲПМОТЙда, ҳомила муддати 24 ҳафтадан 34 ҳафта оралиғида бўлса, янги туғилган чақалоқда распиратор носозликлари синдромини олдини олиш учун қуйидагича тарзда Дексаметазон тайинлаш лозим: ҳар 12 соатда 6 мг (ҳаммаси бўлиб 4 та доза).
- ҲПМОТЙда ёки муддатидан олдин туғиш ҳолатида тўлғоқ бошланган бўлса, кортикостероидлар самарасини юзага келтириш мақсадида ҳомила вақтини чўзиш учун қуйидаги тарзда токолиз қўлланилади:
- Бирламчи танлов дори воситалари – калций каналлари блокаторлари (нифедипин)
- Биринчи соат давомида 10 мг. дан Нифедипин таблеткалари ҳар 15 дақиқада тил остига жойланади, бачадон қисқаришлари тўхтагунга қадар; бачадон фаоллигидан келиб чиққан ҳолда даволаш суткасига 60-120 мг гача давом эттирилади;
- Ёки простагландинлар синтези ингибиторлари (индометацин) – бошланғич доза: 50 мг оғиз орқали, кейин 2 сутка давомида ҳар 4-6 соатда 25-50 мг дан (32 ҳафтагача); қарши кўрсатмалар – бронхиал астма, овқат ҳазм қилиш трактидан қон кетиши, буйрак етишмовчилиги, коронар етишмовчилиги, сув камлиги, ҳомила юраги ёки буйраги ривожланишида аномалиялар:
 - Муддатидан олдин туғишда фаол тўлғоқлар рўй бериши ҳолатида антибиотикопрофилактика учун антибиотикларни (ампициллин, цефалоспоринлар) парентерал йўл билан қўллаш бошланиши лозим
 - Тўлғоқсиз рўй берган ҲПМОТЙда антибиотикопрофилактика учун Эритромицин 500 таблеткалари оғиз орқали суткасига 3 маҳал қабул қилинади.

Кўчириш давомида:

- Тўлғоқлар, ҳомиладор аёл ва ҳомиланинг ҳолатини ҳар 15 дақиқада баҳолаб туриш;
- Туғруқ боришида кескин ўзгариш рўй берса алтернатив режага бўлган эҳтиёжни баҳолаш;
- Жиҳозларни тайёрлаш ва муддатидан олдин туғилувчи чақалоқни қабул қилишга тайёр бўлиш.

Септик ҳолатлардаги бемор аёлларни транспортировкага тайёрлаш.

- Агар ҳомиладор аёлда септик оғирлашишлар мавжуд бўлса, куйидагиларни амалга ошириш лозим:
 - Септик ҳолатлар таснифи мезонлари асосида ташҳисга равшанлик киритиш
 - Бемор аёлда транспортировкага кўрсатмалар ёки қарши кўрсатмалар бор-йўқлигини аниқлаш;
 - Онанинг ҳолатини (нафас йўллариининг ҳаво ўтказиши, ЧДД, ЧСС, қон босими, юрак уриши, тана ҳарорати, ҳушёрлик даражаси, сатурация) ва ҳомиланинг ҳолатини (агар ҳомиладор бўлса) баҳолаш, ҳомила муддатини аниқлаш;
 - Агар беморнинг ҳолати беқарор ёки жиддий хавф остида бўлса, бемор ҳолатини барқарорлаштириш бўйича чоралар кўриш лозим бўлади (САД 65 мм рт.ст. дан юқори ЦВД – 8-12 мм.рт.ст, диурез $\geq 0,5$ мл/кг/час, $SpO_2 \geq 95\%$ бўлиши лозим) – керакли микдора оксигенация, инфузион дастур ўтказилиши, вазофаол ва инотроп воситаларни қўллаш ва ҳоказо);
 - №14-16 интравеноз катетери ёрдамида етарлича веноз йўлини ҳозирлаш лозим;
 - Оғир ҳолатда (сепсис, оғир сепсис ёки септик шок ҳолатида) марказий венанинг катетеризациясини амалга ошириш лозим;
 - Сийдик пуфаги катетеризацияси;
 - Антибактериал воситалар қўллашни бошлаш (антибиотиклар комбинациясини қўллаш мумкин);
 - посиндром терапия.
- Агар беморнинг ҳолати барқарорлашмаса, кўчиришга ҳозирлик бошланади;
- Агар беморнинг ҳолати беқарор бўлса, зарур ёрдам (туғишга рухсат, бирламчи жонлантириш чоралари, ўчоқ санацияси, гистерэктомия ва ҳкз.) консултатив-реанимацион-транспорт хизмати бригадаси ва маҳаллий мутахассислар томонидан амалга оширилади;
- Транспортировка давомида:
 - Респиратор ёрдамини давом эттириш. Агар аёл ЎСВда бўлса, ЎСВни давом эттириш;
 - Агар аёлга респиратор ёрдами кўрсатилмаётган бўлса, зарурат туғилганда қўллаш учун респиратор жиҳозини тайёрлаб қўйиш;
 - Аёл ҳолатини кардиомонитор орқали кузатиб бориш;

- Камида ҳар 15 дақиқада аёл гемодинамикаси ва ҳомила юрак уриши тезлигини кузатиб бориш (агар ҳомиладор бўлса);
- Бошланган терапияни (инфузиялар, антибиотиклар, вазофаол воситалар ва ҳкз). транспортировка жараёнида ҳам давом эттириш.

ТУҒРУҚ ОЛДИ ҚОН КЕТИШИ РЎЙ БЕРГАН БЕМОР АЁЛАРНИ транспортировкага тайёрлаш.

- Телефон орқали консультация давомида транспортировка ва беморни нисбатан юқори даражадаги ёрдам масканига кўчириш билан боғлиқ қандай кўрсатмалар мавжудлигини муҳокама қилинг;
- Телефон орқали ҳомиладор аёл ва ҳомиланинг ҳолатини муҳокама қилинг ва транспортировка қилишга қарши кўрсатмалар (аёлнинг тез ёрдам кўрсатилиши учун зудлик билан чора кўрилишини талаб этувчи ўта жиддий ёки беқарор ҳолати ва ҳкз.) мавжудлигини аниқлаштиринг
- Беқарор гемодинамик ҳолатидаги аёл транспортировка жараёнида янада кучли хавф остига кўйилиши мумкинлигини унутманг.
- Давом этаётган қон кетиши ёки геморрагик шок ҳолатари траспортировкага қарши кўрсатма эканлигини унутманг.

ТУҒРУҚДАН ОЛДИНГИ ҚОН КЕТИШИНИНГ АСОСИЙ САБАБЛАРИГА ҚУЙИДАГИЛАР КИРАДИ:

- Йўлдошнинг олдинда жойлашиши
- Йўлдошнинг ажралиши

Кўчиришдан олдин

- Ультратовуш текшируви орқали йўлдошнинг олдинда жойлашуви эҳтимоли инкор қилинмагунга қадар қиннинг ҳеч қандай текширувини ўтказмаслик;
- Қон кетиши бошланиши, давомийлиги ва ҳажми анамнези ва у билан боғлиқ бўлган белгиларни аниқлаш;
- Йўқотилган қон миқдори ва унинг ўрнини тўлдириш имконини аниқлаш;
- Геморрагик шок белгилари бор-йўқлигини аниқлаш;
- Ҳомиладор аёл ва ҳомила ҳолатини баҳолаш;
- Периферик веналарга кераклигича веноз йўлини таъминлаш;
- Лаборатори текширувлари амалга оширилишини сўраш: умумий қон таҳлили (УҚТ), қон гуруҳи таҳлили, қон қўйиқлашуви таҳлили. Зарур бўлса, қон учун дори воситаларини тайинлаш ва транспортировка вақтида аёлга мос келувчи қоннинг қўшимча эҳтиёт захирасини қўшиб юбориш имкониятини баҳолаш;
- Сийдик пуфаги катетеризациясини амалга ошириш;

- Транспортировка вақтида умумий айланиётган қон миқдорини тўлдирилишни эҳтимолига тайёр бўлиш учун кристаллоидлар ва коллоидларни иситиб қўйиш.

Кўчириш давомида:

- Аёл ҳолатини кардиомонитор орқали кузатиб бориш;
- Кардиомонитор орқали аёл аҳволини кузатиш;
- Камида ҳар 15 дақиқада аёлнинг ҳаёт кўрсаткичлари ва ҳомила юрак қисқариш сонини кузатиб бориш;
- Ҳар сафар ҳаёт кўрсаткичлари кузатилишида бачадонда тонус, оғриқлар, тўлғоқлар бор-йўқлигини текшириб туриш;
- Йўқотилган қон миқдорини аниқлаш учун прокладкаларни текшириш. Думба остига қарашни унутманг, чунки қон ўша ерга оқиб кетган бўлиши мумкин;
- Шок белгилари ва симптомлари бор-йўқлигини кузатиш;
- Суюқлик/овқатнинг оғиз бўшлиғидан юборилишини чегаралаш ва қабул қилинаётган ва чиқарилаётган суюқлик миқдорини қайд этиб бориш;
- Қон йўқотилишини баҳолашни давом эттириш. Қабул қилувчи марказга етиб келганда йўқотилган қонни баҳолаш учун барча ишлатилган прокладкалар ва подстилкаларни сақлаб қўйиш;
- Керак бўлса, умумий айланиётган қон миқдорини тўлдириш давом эттириш.

Эслатма: Нормал соғлом аёл катта қон йўқотишига қарамасдан меъёридаги артериал қон босими (АҚБ)ни сақлаб қолиши мумкинлиги, бу эса, “кутилмаган коллапс”га олиб келиши мумкинлигини унутманг.

Қўйидаги жиҳатлар алоҳида аҳамиятга эга:

1. Аёлга ва унинг оиласига унинг саломатлиги ва ҳомила саломатлиги ижобий эканлигидан хабар қилиш орқали руҳий кўмак бериш лозим;
2. Она ва ҳомила саломатлиги ҳолатини узлуксиз назорат қилиб бориш лозим;
3. Транспортировка вақтида бачадоннинг қисқариш фаолияти, артериал қон босими, ҳомила юрак уруши мониторингини олиб бориш зарур.
4. Туғруқни қабул қилиш зарурати юзага келиши мумкин.
5. Кислородни қонтомирга юбориш ва таъминлаб туришни давом эттириш лозим.

Янги туғилган чақалоқлар учун консултатив-реанимацион-транспорт хизматини ташкиллаштириш.

Бемор ёки кам вазнли болани транспортировкага тайёрлаш ёрдам чақираётган муассаса ходимлари томонидан транспорт бригадаси келгунига қадар бошланади. Зарур бўлганда консултант шифокор билан масофадан

туриб консултация олиш имконияти таъминланиши лозим. Агар маҳаллий ходимлар бригада келгунига қадар буни амалга оширолмасалар, бригада аъзолари транспортировкани бошлашдан олдин бола ҳолатини барқарорлаштиришга қаратилган чоралар комплексини амалга ошириши лозим бўлади.

Транспортировкадан олдинги тайёргарлик қуйидагилардан иборат:

А. Зарур муолажалар ва чораларни кўриш:

- Венага тушиш имконини яратиш (камида 2 та периферик венага ёки 1 та марказий ва 1 та периферик венага);
- Нафас олишга кўмаклашиш имконини яратиш (бурун канюллер ёки трубкаларининг тўғри жойлаштирилиши ва ишончли мустаҳкамланиши ва ҳкз.);
- Жарроҳлик паталогияларида (гастрошизис, омфалоцеле, миеломениngoцеле) герметик стерил пластинка билан қопланадиган куруқ ва нам стерил ўровларни кўйиш;
- Ошқозон декомпрессияси ва зондлаши;
- Диурез назорати имкониятини таъминлаш (сийдик қабул қилувчи, сийдик пуфаги катетеризацияси);

В. Бола ҳолатини барқарорлаштириш:

Гипотермияга чек қўйиш

- Атроф-муҳит (инкубатор, реанимационный столик) ҳароратини болани танаси ҳароратидан 1,5 С градус юқори қилиб ўрнатиш;
- Атроф-муҳит ҳароратини боланинг тери ва ректал ҳарорати назорати остида 1 С градусга кўтариш;

Гипогликемияга чек қўйиш

- Қонда глюкоза концентрацини аниқлаш;

Агар глюкоза миқдори 2, 2 ммол/л га тенг ёки ундан кам бўлса:

- 10 % ли глюкоза эритмасини 2-3 мл/кг ҳисобига кўра асталик билан томир ичига томчилаб юбориш;
- 10 % ли глюкоза эритмасини 6 мг/кг/мин ҳисобига кўра тўхтовсиз юборишни давом эттириш;
- Бир соатдан сўнг глюкоза миқдорини қайта аниқлаш;
- Зарур бўлса 10 % ли глюкоза эритмаси инфузиясини 8 мг/кг/мин гача орттириш.

Агар глюкоза миқдори 2,2 – 2,8 ммол/л бўлса:

- 10 % ли глюкоза эритмасини 6 мг/кг/мин ҳисобига кўра қонтомирга юборишни бошлаш;
- Бир соатдан сўнг глюкоза миқдорини қайта аниқлаш;

Зарур бўлса 10% ли глюкоза эритмаси инфузиясини 8 мг/кг/мин гача орттириш Нафас олишдаги етишмовчиликка чек қўйиш

- Ҳолат (нафас олиш тезлиги, ҳансираш кўриниши, цианоз мавжудлиги) ни аниқлаш;
- SaO_2 , қон газларини (имкон бўлса) аниқлаш;
- Кўкрак қафаси рентгенограммаси;
- Даволаш:
 - Кислородотерапия;
 - СРАР;
 - ЎСВ (уни шифохонанинг ўзида, транспортировкада қўлланилувчи ЎСВ услубида ўтказишни бошлаш мақсадга мувофиқ бўлади);
 - Мавжуд пневмотораксга барҳам бериш;
- Ҳолатни баҳолаш (ЧСС, юрак уриши, АҚБ, «оқ доғ», Нt ва ҳкз.)

Гиповолемия мавжуд бўлса:

- 0,9 % ли NaCl ни 10- 20 мл/кг нисбат билан қонтомир ичига томчилаб юбориш;
- Ёшга асосан бир суткада суюқликка бўлган эҳтиёждан келиб чиққан ҳолда инфузион терапияни давом эттириш;
- Қон айланишидаги бузилишлар сақланиб қолса, вазопрессорлар ва/ёки кардиотониклар қўллашни бошлаш:
 - Допамин 5- 20 мкг/кг/мин;
 - Адреналин 0,1-0,3 мкг/кг/мин то 1,5 мкг/кг/мин гача;
 - Добутамин 5-20 мкг/кг/мин (мавжуд бўлса);
- Ўткир қон йўқотиш белгилари мавжуд бўлса, эритроцитар массани 10-20 мл/кг миқдорда транспортировкадан 30-60 дақиқа олдин бериш;

Тутқаноқларга барҳам беиш

- Асосий касалликни даволаш;
- Суткали суюқлик миқдорини ёш бўйича эҳтиёжнинг 2/3 нисбати доирасида чегарааш
- Тутқаноққа қарши дори воситаларини тайинлаш:
 - Мидазолон -150 мкг/кг томир ичига оқизган ҳолда, 30 дақиқа давомида
 - Диазепам 0,1-2,5 мг/кг томир ичига оқизган ҳолда, 15-30 дақиқа давомида
 - Оксibuтират натрия 70-150 мг/кг томир ичига оқизган ҳолда 15-30 дақиқа давомида

Қон оқишини тўхтатиш ва унинг сабабларига барҳам бериш

Қон оқиши сабаблари исталган гемостаза системасидаги миқдор ва сифат ўзгаришлари билан боғлиқ бўлиши мумкин ва бунинг асосида даволаш тактикаси белгиланади.

Умумий чоралар:

- инфузион терапия;
- вазопрессорлардан фойдаланиш;
- нафас олиш терапияси;
- юрак ва буйрак фаолиятига кўмаклашиш;

Қон дори воситаларини қайта қуйиш:

- янги музлатилган плазма (қон қўйилиши плазма омилларининг етишмаслиги) 10-20 мл/кг миқдорда 30-60 дақиқа давомида;
- тромбоцитар масса (тромбоцитлар миқдорининг 50×10^9 /л дан тушиб кетиши) 10 -20 мл/кг;
- эритроцитар масса (анемия) 10-20 мл/кг миқдорда 30-60 дақиқа давомида;
- К витамини қуйиш (К витамини билан боғлиқ бўлган қўйилиш омилларининг етишмаслиги) 1-5 мг;

Инфузион терапия / овқатлантириш:

- Томир ичига суюқликлар юбориш тезлиги ва миқдори асосий касаллик ва ҳал этилаётган муаммолар билан боғлиқ;
- Агар энтерал овқатланишнинг иложи бўлмаса, парентерал овқатлантиришни бошлаш лозим;
- Агар энтерал овқатланишнинг иложи бўлса, уни ҳаётнинг илк соатларидан бошлаш; кўкрак сути афзал кўрилиши лозим;

Касал ёки кам вазнли бола ҳолатини барқарорлаштириш ва уни транспортировкага сифатли тайёрлаш транспортировка вақтида оғирлашишлар ва ҳолатни кескинлашуви эҳтимолини камайтиради.

Инфекция мавжудлиги ёки гүмон қилиниши

Транспортировкадан олдин антибиотиклар беришни бошлаш.

Махсус чоралар

Махсус чора-тадбирлар қуйидагилардан иборат бўлиши мумкин:

Неонатал марказга болани транспорт инкубаторида келтириш лозим ва бунда унинг ҳолатига мос равишда респиратор ва медикаментоз терапия амалга оширилиши керак.

Боланинг ҳаёт учун муҳим бўлган барча омиллари махсус марказнинг жонлантириш бўлимида баҳоланиши ва бола келтирилгач, зудлик билан унинг касаллик тарихи дафтарчасига киритилиши лозим. Транспортировкадан кейин РКТБ шифокори 1-даражага мансуб туғруқ бўлими ходимларига боланинг қайта госпитализацияси натижаларини маълум қилиши керак.

Жарроҳлик патологиясига эга бўлган янги туғилган чақалоқлар транспортировкаси билан боғлиқ бўлган ўзига хос масалалар

Овқат хазм қилиш йўли атрезиясига эга бўлган чақалоқлар транспортировкаси

- Оқатлатирманг!
- Овқат хазм қилиш йўлига зонд жойлаш;
- Тўпланган кўпикларни тез-тез сўргич ёрдамида оғиздан олиб ташлаш
- Боланинг бош қисмини бир оз кўтарган ҳолда ётқизиш;
- Агар нафас етишмовчилиги мавжуд бўлса, трахея интубациясини амалга ошириш – СРАР ёки ЎСВ;
- Парентерал овқатлантириш;
- Гипотермиянинг олдини олиш

Ичакнинг юқори даражада ўтказмаслигига чалинган чақалоқлар транспортировкаси

- Овқатлатирманг!
- Ошқозонга зонд (6Fr ёки 8Fr), ошқозон ичидагиларни сўргич ёрдамида олиб ташлаш (аспирация профилактикаси);
- Тўлиқ парентерал овқатлантириш;
- Патологик суюқлик йўқотишининг ўрнини тўлдириш (ошқозон ичидагиларни сўриб ташланиши миқдorigа тенг равишда);
- Гипотермиянинг олдини олиш

Ичакнинг қуйи даражада ўтказмаслигига чалинган чақалоқлар транспортировкаси

- Овқатлатирманг!
- Ошқозонга зонд (6Fr ёки 8Fr), ошқозон ичидагиларни сўргич ёрдамида олиб ташлаш (аспирация профилактикаси);
- Тўлиқ парентерал овқатлантириш;
- Патологик суюқлик йўқотишининг ўрнини тўлдириш (ошқозон ичидагиларни сўриб ташланиши миқдorigа тенг равишда);
- Гипотермиянинг олдини олиш

Эмбрионал грижага эга чақалоқлар транспортировкаси.

- Грижа қопчаси ёрилиши олдини олишга ҳаракат қилиш!
- Ошқозонга зонд (6Fr ёки 8Fr), ошқозон ичидагиларни сўргич ёрдамида олиб ташлаш (аспирация профилактикаси);
- Стерилланган пленка ёки қўлқоп билан ёпиб қўйиш
- Овқатлатирмаслик, тўлалигича парентерал овқатлантириш;
- Гипотермиянинг олдини олиш

Гастрошизисга эга чақалоқлар транспортировкаси

- “Тушган” ичакларни стерил полиэтилен (пластик) қопча ёки қўлқопга жойлаш;
- Инфузион терапия ва парентерал овқатлантиришни бошлаш;

- Оғрик қолдириш ва седация!
- Ошқозонга зонд (6Fr ёки 8Fr), ошқозон ичидагиларни сўргич ёрдамида олиб ташлаш (аспирация профилактикаси);
- Гипотермиянинг олдини олиш

Диафрагмал грижали чақалоқлар транспортировкаси

- Овқатланторманг!
- Овқат хазм қилиш йўлига зонд жойлаш;
- Боланинг бош қисмини бир оз кўтарган ҳолда ётқизиш;
- Агар яққол намоён бўлган нафас етишмовчилиги бўлса, трахея интубация қилинади – ЎСВ;
- Парентерал овқатлантириш;
- Гипотермиянинг олдини олиш

Болани кўрикдан ўтказишда, ўша жойда анамнез маълумотлари аниқланиши, ҳолатнинг оғирлиги баҳоланиши, ҳаётий зарур бўлган системалар фаолияти ўрганилиши лозим ва бунда муҳим масалага алоҳида эътибор қаратилади:

Боланинг транспортировкани кўтара олиш имкониятлари.

Эслатма: Янги туғилган чақалоқни фақат ота-онасининг ёзма рухсатидан сўнг транспортировка қилиш мумкин

Қариндошлар билан мулоқот.

Бошқа шифохонага кўчиришнинг сабабларини тушинтириш, болани кўрсатиш, транспортировкага ёзма рухсат олиш.

Ҳаётни таъминловчи функцияларни доимий назорат қилиш.

Бу транспортировка хавфсизлигининг муҳим шартидир. ЧД, ЧСС, АҚБ, тана ҳарорати, сатурация назорат остига олинади. Кардиомонитор ёки пулсоксиметр бўлиши лозим.

Йўл давомида бемор ҳолати бўйича барча маълумотлар транспортировка “харитаси”га киритилади (ЎСВ, ЧСС, АҚБ кўрсаткичлари, тана ҳарорати, тери усти ранги, медикаментоз терапия).

Транспортировка сифатини баҳолаш.

Транспортировка сифатини баҳолаш ҳаёт учун зарур бўлган системалар ва органларнинг транспортировкага қадар ва ундан кейинги ҳолатини акс эттирувчи маълумотлар асосида амалга оширилади. Маълумки, РКТБнинг бирламчи вазифаси болани тез ва хавфсиз транспортировкасини амалга оширишдан иборат.

Транспортировкада мураккаб ҳолатлар.

- Совуб кетиш – энг оғир ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин, жумладан: ВЖК, ўпка гипертензияси, оғир гипоксия ва ацидоз.
- Исиб кетиш.
- Нафас йўллари ҳаво ўтказиши бузилиши;
- Пневмоторакс;
- Гемодинамика бузилиши;
- Қонтомир йўлига тушушнинг бузилиши;
- Катетеризация исталган кўринишини қўллаш мумкин. Инопроп ёрдам учун фақат марказий, магистрал томирлардан фойдаланилади.

Бажарилиши шарт бўлган иш:

Янги туғилган чақалоқнинг консултатив варақасини тўлдириш:

- Чақалоқнинг исми-шарифи;
- Ота-онасининг исми-шарифи;
- Туғилган куни ва соати;
- Вазни ва ҳомила муддати
- Транспортировкага қадар ҳолати
- Йўллаган шифохонанинг номи
- Тўғилганлик тўғрисида маълумотнома ёки туғилганлик гувоҳномаси

Она тўғрисидаги қисқа маълумотларда қуйидагилар бўлиши шарт:

- она ҳолати тўғрисида маълумот
- акушерлик анамнези
- ҳомила давридаги мураккаб ҳолатлар
- туғруқ бориши тарихи

Чақалоқнинг туғилишдан кейинги ҳолати юзасидан маълумот:

- Апгарнинг 1, 5, ва 10 дақиқадаги кўрсаткичи;
- қўлланилган жонлантирувчи чоралар;
- чақалоқ ҳолати бўйича жорий муаммолар;
- чақалоқ ҳолатининг кузатув вақтидаги баҳоланиши;
- лаборатория маълумотлари, агар улар мавжуд бўлса;
- фойдаланилган дори воситалари;
- вакцинация

Стационарга қабул қилиш

- Манзилга етиб келгач, беморни барча жонлантирувчи тўплам билан биргаликда интенсив терапия палатасига олиб ўтказиш;
- Беморнинг транспортировка яқунланган кейинги ҳолатини баҳолаш;
- Беморни қабул қилиб олган ходимларга барча зарур маълумотларни етказиш, шунингдек, беморнинг ҳолати, қўлланилган даволаш, муолажалар, юз берган оғирлашув ҳолатлари ва шу кабилардан хабардор қилиш;

- Ота-она ва беморни йўллаган шифохона ходимларига боланинг транспортировкага қадар ва ундан кейинги ҳолати бўйича маълумот бериш;
- Транспортировка даврида аёл ва унинг оиласини доимий қўллаб-қувватлаб туриш лозим.

Транспортировка бўйича ҳужжатлар стандарт форма асосида тўлдирилиши ва бемор тўғрисидаги маълумотлар, йўлловчи муассасанинг чиқариш ҳужжати, шунингдек, транспортировка давридаги бемор ҳолатини кузатув варақасини ўз ичига олган бўлиши лозим.

Транспортировка қилинувчи беморлар учун зарур ҳужжатларни тўлдириш

1. Чақирув ҚАЙД ЖУРНАЛИ ёки ҚАЙД ФОРМАСИ (компьютер асосида бўлиши мумкин)

У диспетчер ёки (хизматнинг ташкил этилиш услубидан келиб чиққан ҳолда) чақирувни қабул қилган бошқа шахс томонидан тўлдирилади. Унда куйидагилар акс этган бўлиши лозим:

- Қайд рақами;
- Беморнинг фамилияси, исми;
- Туғилган санаси (янги туғилган чақалоқ учун - ёши);
- Жинси (янги туғилган чақалоқ учун);
- Туғилишдаги вазни (янги туғилган чақалоқ учун);
- Тахминий ташҳис;
- Чақираётган муассаса номи;
- Бригадани чақираётган шифокорнинг исми ва фамилияси;
- Бемор олиб бориладиган муассаса ва бўлимнинг номлари;
- Транспорт бригадасининг йўлга тушиш/етиб келиш вақти;
- Консултация/транспортировкани амалга ошираётган шахслар фамилиялари;

2. ҲОМИЛАДОР/ЯНГИ ТУҚҚАН АЁЛ ЁКИ ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚНИНГ ТРАНСПОРТИРОВКА ВАРАҚАСИ

У консултатив-транспорт бригадаси аъзолари томонидан тўлдирилади. Формалар турлича бўлиши мумкин, лекин асосий қисмлари бир хил бўлади.

- Беморнинг паспорт маълумотлари;
- Транспортировка/консултацияга кўрсатмалар;
- Беморнинг транспортировкага қадар ҳолати (ҳолат оғирлигининг аниқланиши), жумладан, ҳолат оғирлигини кўрсатувчи, доминация қилаётган синдром;

- Транспортировкага тайёрлаш бўйича кўрилган чораларнинг қисқача баёни, жумладан, асосий муолажалар ва ҳаракатларнинг бажарилиши тўғрисида қайдлар;
- Транспортировка вақтида беморни кузатиш (хаёт учун зарур кўрсаткичлар қайди) ва уни даволаш;
- Транспортировка вақтида бажарилган муолажа ва ҳаракатлар (агар уларга эҳтиёж бўлган бўлса);
- Беморнинг транспортировкадан кейинги ҳолати;
- Транспорт бригадаси аъзоларининг (тиббиёт ходимларининг) фамилиялари ва имзолари;
- Беморни қабул қилиб олган шифокорнинг фамилияси ва имзоси.

3. Бемор аёлни 1-2-3 босқичга (мос келгани остига чизилсин) ўтказиш протоколи

Қаердан _____

Қаерга _____

1.	Паспорт	маълумотлари	(исми-шарифи,	ёши)

2.	Келиб	тушган	сана

3.	Кўчирилган	кун,	вақт

4.	Тахминий	вақт,	масофа

(км) _____

5.	Келиб	тушганидаги	ташҳиси

6.	Кўчирилаётганидаги	ташҳиси

7. Кўчириш ким билан келишилган (исми-шарифи, лавозими)

8. Лаборатория текширувлари натижалари (транспортировкага таъсир қилувчи) _____

9. Олиб борилган даволаш (асосий касаллик бўйича)

10. Кўчиришга тайёргарлик (даволаш чоралари, муолажалар) _____

11. Транспортировка жараёни учун тавсиялар

12. Ҳаёт кўрсаткичларининг мониторинги кўрсаткичлари (ҳар 5-10-15 дақиқада)

АҚБ									
ЧСС							v		
SPO ₂									
ЧД									
Ҳом ила ЧСС									
Бош қа									

13. Транспортировка вақтида қўлланилган чоралар _____

14. Бемор аёлни келтирилган вақтдаги ҳолати (қабул қилаётган томон ходимлари томонидан тўлдирилади) _____

15. Йўлга сарф қилинган вақт

16. Топширди _____ Қабул қилди _____

17. Изоҳлар (тўлдирилган протокол касаллик тарихининг бир қисми ҳисобланади) _____

4. БЕМОР ЁКИ УНИНГ ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАРИНИНГ ТРАНСПОРТИРОВКАГА ЁЗМА РОЗИЛИГИ

Ушбу ҳужжатда нима учун бемор бошқа манзилга кўчирилиши кераклиги, беморнинг ўзи ёки унинг яқинлари унинг ҳолатидан, транспортировка вақтида рўй бериши мумки бўлган муаммолар ва хавфлардан хабардор қилинганлиги аниқ баён қилинади. Бемор ёки унинг яқинлари розилиги, қариндошлик даражаси, тўлиқ ва аниқ ёзилган фамилияси, исми ва имзоси.

	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 28 майдаги 185-сонли буйруғига 3-илова

**“Ўзбекистондаги туғруққа ёрдам муассасаларини улар кўрсатаётган
акушер/неонатал ёрдам босқичига мос равишда жиҳозлаш бўйича
тавсия этилувчи рўйхат”**

1. Ускуналар, аппаратура 2-бет
2. Мебель ва тиббиёт жиҳозлари 9-бет
3. Тиббиёт асбоблари, тўпламлар 14-бет
4. Ёрдам кўрсатиш учун тўпламлар 19-бет

**Ўзбекистоннинг туғруққа кўмаклашиш муассасаларини
кўрсатиладиган акушерлик/неонатал ёрдам босқичига кўра жиҳозлаш
бўйича тавсия қилинадиган ускуналар рўйхати**

Жиҳозлар	1 босқич	2 босқич	3 босқич
Қабулхона			
Ҳомила доплери – хомиланинг юрак фаолиятини қайд этиш аппарати, портатив	1	1	1
УТТ мобил аппарати, трансвагинал, абдоминал датчикли	1	1	1

Кардиотокография ўтказиш учун аппарат, қоғозда қайд қилиш имконияти билан	1	1	1
Аёллар учун тиббиёт торозиси (150кг.гача)	1	1	1
Гинекологик кресло	1	1	1
Бўй ўлчагич (аёллар учун)	1	1	1
Акушерлик стетоскопи	1	1	1
Тонометр	1	2	2
Термометр	1	2	3
Фонендоскоп	1	1	2
ШАЁ (гипертензия, қон кетиши, сепсис) ҳолатларида ёрдам кўрсатиш учун ўрамлар тўплами			
Туғруқ зали (индивидуал)	1 та индивидуал туғруқ зали ҳисобидан жиҳозлар сони		
<i>Ҳомиладор аёл учун жиҳозлар</i>			
Туғруқ учун функционал кроват	1	1	1
Инфузион (шприцли) насос	2	2	3
Ҳомила доплери – хомиланинг юрак фаолиятини қайд этиш аппарати, портатив	1	1	1
Кардиотокография ўтказиш учун аппарат, қоғозда қайд этиш имконияти билан	1	4-5	7-9
УТТ мобил аппарати, трансвагинал, абдоминал датчикли	1	1	1
Замонавий силикон косачали вакуум-экстрактор	1	1	1
<i>Янги туғилган чақалоқ учун жиҳозлар</i>			
Электрон тиббий тарози (чақалоқлар учун)	1	1	1
Оқими дозаланадиган кислород манбаи	1	1	1
Инфузион (шприцли) насос	2	2	3-4

	шприцли	шприцли	
Иситгичли реанимация столи ёки алоҳида нурли иссиқлик манбаи	1	1	1
Жарроҳлик отсоси	1	1	1
Янги туғилган чақалоқлар учун СРАР	-	1 та туғруқ блокига	2 та туғруқ блокига
Янги туғилган чақалоқлар учун пульсоксиметр (бўлиши маъқул)	-	1 та туғруқ блокига	2 та туғруқ блокига
Янги туғилган чақалоқлар учун реанимация тўплами 1	1	1	1
Стетоскоп	1	1	1
Термометр	1	1	1
Деворий термометр	1	1	1
Тонометр	1	1	1
Фонендоскоп	1	1	1
Жарроҳлик амалиёти олди хонаси			
Инфузия учун суюқликларни иситиш мосламаси	1	1	1
Жарроҳлик амалиёти хонаси	Жаррох лик амалиёт хонаси учун	Ҳар бир жарроҳлик амалиёт хонаси учун	
Оналар учун жиҳозлар			
Электр- ёки механик узатмали кўп вазифали жарроҳлик столи	1	1	1
Замонавий наркоз-нафас олиш аппарати	1	1	1
Ҳаётий муҳим кўрсаткичларни назорат қилиш учун кўп функцияли монитор: ЭКГ, НТ, SaO ₂ , АД, Т(С), капнография	1	1	1
Инфузион (шприцли) насос	2-3	2-3	3-4

	амалиётга	амалиётга	амалиётга
Дефибриллятор	1	1	1
Электр отсос	1	1	1
Янги туғилган чақалоқлар учун жихозлар			
Иститгичли реанимация столи ёки алоҳида нурли иссиқлик манбаи	1	1	1
Янги туғилган чақалоқлар учун реанимация тўплами	1	1	1
Деворий термометр	1	1	1
Тонометр	1	1	1
Фонендоскоп	1	1	1
Электр отсос	1	1	1
Кислород-ҳаволи аралашмали намлаш ва иситиш аппарати	1	1	1
Кислород манбаи (мобил кислород концентратори, марказий узатиш)	1	1	1
Сиқик ҳаво манбаи (мобил ҳаво компрессори, марказий узатиш)	1	1	1
Электр таъминотнинг аварияга оид генератори	1	1	1
Пульсоксиметр	1	1	1
Она ва бола биргаликда бўладиган палата			
Муолажалар хонаси учун истиладиган гинекологик кресло	1 ҳар бир муолажалар хонасига	1 ҳар бир муолажалар хонасига	1 ҳар бир муолажалар хонасига
Иститгичли йўргаклаш столи ёки алоҳида нурли иссиқлик манбаи	1 ҳар бир палатага	1 ҳар бир палатага	1 ҳар бир палатага
Деворий термометр	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
Термометр	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

Тонометр	1 та постга	1 та постга	1 та постга
Ҳомиладор ва туғадиган аёллар учун интенсив терапия ва реанимация палатаси			
Замонавий ўпкани сунъий нафас олиш аппарати (ИВЛ) «интеллектуал шамоллатиш» режимли, электр узатмали	1	1	1 (ҳар бир постга)
Кроват олди кўп функцияли монитор (ЭКГ, ЧД, SaO2, АД, Т(С), капнография)	-	1 (реанимация ўрнига)	1 (реанимация ўрнига)
КТГ аппарати	-	1 ҳар бир бўлимга	2 или 3 ҳар бир бўлимга.
Дефибриллятор	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Инфузион (шприцли) насос	-	2 шприцли (ҳар бир реан. жойига)	3-4 шприцли (ҳар бир реан. жойига)
Термометр	-	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Тонометр	-	1 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга
Фонендоскоп	-	1 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга
Акушерлик стетоскопи	-	1 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга
Оқими дозаланадиган кислород манбаи, намлаш/иситиш воситалари билан	-	1 ҳар бир бўлимга	Ҳар бир иш ўрнига 2 тадан
Панель, включ. 6 розетка, 2 кисл., 1 сиқилган ҳаво.	-	1 ҳар бир бўлимга	1 (ҳар бир постга)
Мобил рентген аппарати	-	1	1 ҳар бир бўлимга
Кўчма УТТ аппарати (бўлиши маъкул)	-	1	1 ҳар бир бўлимга
Кўп каналли электрокардиограф	-	1	1 ҳар бир бўлимга
Электр отсос	-	1	1 ҳар бир

			бўлимга
Кислород манбаи (мобил кислород)	-	1 (ҳар бир реан. жойига)	1 (ҳар бир реан. жойига)
Кислород, сиқик ҳаво ва вакуум генераторлари (резерв, мобил)	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Электр таъминоти бўйича авария генератори	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Чақалоқларнинг интенсив терапияси ва реанимацияси палатаси (пости)			
Чақалоқлар учун мўлжалланган юқори частотали сунъий нафас олиш аппарати	1	1	1-2 ҳар бир бўлимга
Истиладиган ва намланадиган СРАР тўплами, бурун канюлялари тўплами билан	1-2 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга	Ҳар бир реан. ўринга 1 та
Чақалоқлар учун кўп функцияли монитор (ЭКГ, нафас олиш, SaO ₂ , неинвазив босим, 2 канал ҳарорати) зарурий сарфлаш материалларининг (датчиклар, электродлар, манжетлар) тўлиқ неонатал тўплами билан	1	1	Ҳар бир реан. ўринга 1 та
Турли ўлчамли юмшоқ ниқоблар тўплами бор қўл билан ишлатиладиган нафас олиш аппарати (бўлиши маъқул)	1	1	1 (ҳар бир реан. ўринга)
Мобил рентген аппарати	-	-	1 ҳар бир бўлимга
Чақалоқлар учун истиладиган стол (ёки реанимация столи)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
Чақалоқлар учун электрон (тиббий) тарози	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга

Транскутан билирубинометр	1	1	1
Кислород, сиқик ҳаво ва вакуум генераторлари (резерв, мобил)	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Глюкометр	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	2-3 ҳар бир бўлимга
Чақалоқларнинг интенсив терапияси учун неонатал инкубатор	1-2	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир реан. ўринга
Инфузион, шприцли насос	2 шприцли	2 шприцли	3-4 шприцли (ҳар бир реаним.ўринг)
Янги туғилган чақалоқлар реанимацияси учун тўплам	1 ҳар бир бўлимга	1-2 ҳар бир бўлимга	2 ҳар бир бўлимга
Фототерапия лампаси	1 ҳар бир бўлимга	2-3 ҳар бир бўлимга	1 на 2 реан. места
Энцефалограф	-	-	1 ҳар бир бўлимга
Пульсоксиметр	1 ҳар бир бўлимга	1 на реан. место	1 на реан. место
Сувли матрасда чақалоқларни истиш тизими	-	-	1-2 ҳар бир бўлимга
Панель, включ. 6 розет, 2 кисл., 1 сиқик ҳаво,	1	1	1
Термометр	-	1	Зарур миқдорда
Деворий термометр	-	1 ҳар бир палатага	1 ҳар бир палатага
Фонендоскоп	-	1 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга
Электр отсос	-	1 на 2 реан места	1 ҳар бир реан. жойига
Неонатал датчикли ва доплерли портатив кўчма УТТ аппарати	-	-	1 ҳар бир бўлимга

Электр таъминотнинг авария ҳолатларига мўлжалланган генератори	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Чақалоқлар учун мўлжалланган замонавий сунъий нафас олиш аппарати	1	1	2 реаним. ўринга 1 та
Ҳомиладор аёллар патологияси бўлими			
Ҳомиланинг юрак фаолиятини қайд этиш аппарати (кичик ўлчамли)	-	2-3 ҳар бир бўлимга	5-6 ҳар бир бўлимга
Амниоскоп	-	-	1 ҳар бир бўлимга
КТГ аппарати	-	2-3 ҳар бир бўлимга	5-6 ҳар бир бўлимга
Инфузион шприцли насослар	-	4 шприцли	10 шприцли
Датчиклар тўпламига эга УТТ аппарати	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Рангли доплерометрли датчиклар тўплами + кордоцентез тўпламли УТТ аппарати	-	-	1 ҳар бир бўлимга
Аёллар учун тиббий тарози (150кг)	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Гинекологик кресло (муолажалар хонасида)	-	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
Термометр	-	1 ҳар бир бўлимга	Зарур миқдорда
Тонометр	-	1 ҳар бир бўлимга	3-4 ҳар бир бўлимга
Акушерлик стетоскопи	-	1 (шифокорга + постга)	1 (шифокорга + постга)
Фонендоскоп	-	1 (шифокорга + постга)	1 (шифокорга + постга)
Клиник-ташхис лабораторияси	лабораторияга		
Биокимёвий анализатор	-	1	1
Иммуноферментли	-	1	1

анализатор			
Сийдик анализатори	-	1	1-2
Асос кислотали ҳолатни аниқлаш учун аппарат	-	1 муассасага	1 муассасага
Электролитларни аниқлаш аппарати	-	1 муассасага	1 муассасага
Капиллар қонни аниқлаш аппарати /td>	-	1 муассасага	1 муассасага
Глюкометр	1	1	1
Гемоглобин, эритроцитлар, тромбоцитларни аниқлаш учун гематологик анализатор	-	1	1
Спектрофотометр	-	-	1
Коагулограф	1	1	1
Бинокуляр микроскоп, ёритгичли	1	2	5-6
Мазокларни қайд этиш ва бўйаш учун мослама	1	1	1
Қоннинг лейкоцитар формуласи ҳисоблагичи	1	1	2-3
Термостат +52 °С гача	-	1	1
Фотоэлектроколориметр (ФЭК)	-	-	1
Центрифугалар, 1 дақиқада 10 та уяга 1500 дан 3000 гача айланишли	-	1	1
Шишали лаборатория идишларини қуриштириш учун куруқ иссиқли катта шкаф	-	1	1
Ламинар шкаф (бак.лабор. учун)	-	1	1
Материалларни кесиб олиш учун аппарат	-	1	1
Функционал ташхис хонаси			
УТТ аппарати (рангли доплерли ва инвазив муолажалар учун мўлжалланган мослама, абдоминал, интравагинал,	-	1 та хонага	1 та хонага

неонатал датчиклар)			
КТГ аппарати	-	1 та хонага	1 та хонага
Тонометр	-	1 та хонага	1 та хонага
Кўп каналли электрокардиограф	-	-	1 та хонага
Марказлашган стерилизациялаш бўлими	Ҳар бир бўлимга		
Аквадистиллятор	-	1	1
Стерилизация жараёни индикатори	1	1	1
Стерил асбоблар ва буюмларни сақлаш учун камера	-	1	2-3
Дезинфекцион камера	1	1	2-3
Стерилизация қилинган материални ўраш ускунаси	1	1	1
Сувни тозалаш ва зарарсизлантириш ускунаси	1	1	1
Ювиш ва дезинфекция эритмаларини олиш учун ускуна	-	1	1
Ювиш ва дезинфекция қилиш ускуналари	-	1	2-3
Буғли стерилизатор (автоклав)	1	1	1
Ҳаволи стерилизатор	-	1	1
Газли стерилизатор	-	1	1
Иссиқ ҳаволи стерилизаторлар	-	1	1
Қуритиш-стерилизация қилиш учун қуруқ иссиқли шкаф	-	-	1
Гинекология бўлими	Ҳар бир бўлимга		
Стационар УТТ аппарати	-	1	1
Амалиёт учун лапароскопик комплекс	-	-	1
Вакуум-аспирация учун аппарат (электр.)	-	1	1

	Гистероскоп	-	1	1
	Термометр	-	1-2	Зарур миқдорда
	Тонометр	-	1	1-2
	Фонендоскоп	-	1	1-2
	Зарур ускуналар, мебелларнинг номланиши	I босқич	II босқич	III босқич
	Қабулхона			
	Таглиқлар учун бикслар	1-2	1-2	1-2
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Каталка, тележка	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Зарур дастурий таъминотга эга ва принтерли персонал компьютер	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Кушетка	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Кўчма тиббиёт лампаси	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
0	Ҳомиладор аёллар алмаштириши учун тоза кийим-кечак	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
1	Дори-дармолар учун шкаф	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
2	Бир марталик воситалар учун шкаф	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
3	Ҳомиладор аёллар кийимлари учун шкаф	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
4	Тиббиёт ҳужжатлари учун стол	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Стул	2-3 ҳар	2-3 ҳар	2-3 ҳар

5		бир бўлимга	бир бўлимга	бир бўлимга
	Туғруқ зали (индивидуал)			
	Тиббиёт хужжатлари учун стол	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Фойдаланилган қўлқоплар учун контейнерлар	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Креслолар (жуфти учун)/td>	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Кўчма тиббиёт лампаси	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Стойкалар(штативли) инфузион мобиль	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
	Стул	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
0	Тиббиёт хужжатлари учун стол	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
1	Винтли табуретка	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
2	Сония стрелкаси бор соат (реан. стол устида)	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
3	Дори-даронлар учун шкаф	1 ҳар бир туғруқ	1 ҳар бир туғруқ	1 ҳар бир туғруқ

		залига	залига	залига
4	Бир марталик воситалар учун шкаф	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига	1 ҳар бир туғруқ залига
Жаррохлик амалиёти олди хонаси				
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1	1	1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
	Каталка, тележка	1	1	2+1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
	Фойдаланилган қўлқоплар учун контейнерлар	1	1	1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
	Фойдаланилган салфеткалар учун контейнерлар	1	1	1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	1	1	1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
	Стерилланган асбоблар тўплами, жаррохлик амалиёти учун кийим, боғлов материаллари, дори- дармонлар ва материалларни сақлаш учун жаррохлик амалиёти хонаси олди модули	1	1	1

Музлатгич Т (-20-80 град. С)	1	1	1
Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1	1	1 (ҳар бир операцияга тайёрлаш хонаси учун)
Жаррохлик амалиёти хонаси			
Муолажа ва амалиёт хоналарини ёритиш учун лампалар (шу жумладан, авария ҳолатида энергия билан таъминлаш учун), эҳтиёт лампочкалари ва ларингоскоплар учун озиклантириш элементлари	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Шифтдаги амалиёт хонаси лампаси	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Автоном манбага эга кўчма амалиёт лампаси	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Анестезиолог-реаниматолог шифокори учун стол	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Амалиёт ҳамширасига асбоблар учун стол	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Инфузиялар учун мобил штативлар	1	1	1 (ҳар бир жаррохлик амалиётга)
Моддий бўлим			
Бирламчи стериллаш учун контейнерлар (дезинфекция идишлари) 30 литргача	1	1	1

Стерилланган бир марталик ва кўп марталик тўпламларни сақлаш учун стеллажли моддий модуль	1	1	1
Ўраш материалларини ҳозирлаш учун қаттиқ гигиеник қопламали стол	1	1	1
Кўп марталик амалиёт кийим-кечагини тайёрлаш учун қаттиқ гигиеник қопламали стол	1	1	1
Асбобларни стериллашдан олдинги дезинфекция қилингандан сўнг тўпламларга ажратиш учун мўлжалланган қаттиқ гигиеник қопламали стол	1	1	1
Она ва бола биргаликда бўладиган палата; ва туғруқдан кейинги бўлим			
Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1	1 (хар бир хона учун)	1 (хар бир хона учун)
Катталар учун функционал кроват	1-2	2-3	1-2 (хар бир хона учун)
Чақалоқ учун кичик кроват	1-2	2-3	1-2 (хар бир хона учун)
Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	1	1	1
Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	1	1	1
Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	1	1	1
Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	1 (хар бир хона учун)	1 (хар бир хона учун)	1 (хар бир хона учун)
Нотиббий чиқиндилар учун контейнерлар	1 ҳар бир кроват	1 ҳар бир кроват	1 ҳар бир кроват

		олдида +2 ҳар бир бўлимга	олдида +2 ҳар бир бўлимга	олдида +2 ҳар бир бўлимга
	Йўргаклаш столи	1 (ҳар бир хона учун)	1 (ҳар бир хона учун)	1 (ҳар бир хона учун)
0	Вакциналарни сақлаш учун музлатгич (бўлимда)	1 (ҳар бир бўлимга)	1 (ҳар бир бўлимга)	1 (ҳар бир бўлимга)
Ҳомиладор ва туғадиган аёллар учун (пост) интенсив терапия ва реанимация палатаси				
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	-	1	1 (ҳар бир палатага)
	Катталар учун функционал кроват	-	3-4	1 ҳар бир постга
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	-	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	-	1+1 (ҳар бир палатага ва реан. жойига)	1+1 (ҳар бир палатага ва реан. жойига)
	Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	-	1+1 (ҳар бир палатага ва реан. ўринга)	1+1 (ҳар бир палатага ва реан. ўринга)
	Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	-	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Манипуляциялар ва муолажалар учун кўчма стол	-	2 (ҳар бир бўлимга)	2 (ҳар бир бўлимга)
	Ходимлар учун стол (тиббий ҳужжатлар учун)	-	1 (ҳар бир бўлимга)	1 (ҳар бир бўлимга)
	Стуллар	-	2 (ҳар бир бўлимга)	2 (ҳар бир бўлимга)

	Чақалоқлар учун (пост) интенсив терапия ва реанимация палатаси			
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	1+1 (ҳар бир палатага ва реан.ўринга)	1+1 (ҳар бир палатага ва реан.ўринга)	1+1 (ҳар бир палатага ва реан.ўринга)
	Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	1 (на реан. место)	1 (на реан. место)	1 (на реан. место)
	Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Деворсиз кўчма тиббиёт лампаси	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Чақалоқлар учун истиладиган стол (ёки реанимация столи)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Манипуляциялар ва муолажалар учун кўчма стол	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)	1 (ҳар бир палатага)
	Ҳомиладор аёллар патологияси бўлими			
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	-	Зарур микдорда	Зарур микдорда
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	-	1	1-2
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	-	1 (ҳар бир муолажага)	1 (ҳар бир муолажага)
	Фойдаланилган шприцлар учун контейнерлар	-	1 (ҳар бир муолажага)	1 (ҳар бир муолажага)

	Фойдаланилган қоғоз сочиклар учун контейнерлар	-	Зарур микдорда	Зарур микдорда
	Кушетка	-	1	1
	Катталар учун кроват	-	Ўринлар сонига кўра	Ўринлар сонига кўра
	Кўчма тиббиёт лампаси	-	1	1
	Асбоблар учун кичик стол	-	1	1
0	Дори-дармонлар учун шкаф	-	1	1
1	Бир марталик воситалар учун шкаф	-	1	1
Клиник-диагностик лаборатория				
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	1	1	Зарур микдорда
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	1	1	1
	Фойдаланилган қоғоз сочиклар учун контейнерлар	1	Зарур микдорда	Зарур микдорда
	Шкаф	1	1	Зарур микдорда
Марказлашган стерилизация бўлими				
	Асбоблар учун кичик стол	1	1	1
Гинекология бўлими				
	Суюқ совун ва дезинфекция воситалари учун дозаторлар	-	Зарур микдорда	Зарур микдорда
	Каталкалар, турли аравачалар	-	1	1
	Фойдаланилган кўлқоплар учун контейнерлар	-	1 ҳар бир муолажа хонасига	1 ҳар бир муолажа хонасига
	Бирламчи стрелизация учун контейнерлар (дезинфекция учун идишлар) 1 литрдан 5 литргача	-	1 ҳар бир муолажа хонасига	1 ҳар бир муолажа хонасига
	Фойдаланилган шприцлар	-	1 ҳар бир	1 ҳар бир

	учун контейнерлар		муолажа хонасига	муолажа хонасига
	Фойдаланилган қоғоз сочиқлар учун контейнерлар	-	1	1
	Гинекология креслоси	-	1	1-2
	Кроват	-	Ўринлар сонига кўра	Ўринлар сонига кўра
	Тиббий кушетка	-	1	1-2
0	Кўчма тиббиёт лампаси	-	1 (ҳар бир муолажа хонасига)	1 (ҳар бир муолажа хонасига)
1	Стол	-	1	1
2	Стуллар	-	2-3	2-3
3	Дори-дармонлар учун шкаф	-	2	Зарур миқдорда
4	Бир марталик воситалар учун шкаф	-	1	1
		II босқич	III босқич	
	Қабулхона			
	Туғруқ йўлларини кўрикдан ўтказиш учун асбоблар тўплами	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	2-3 ҳар бир бўлимга
	Шошилинч туғруқ учун тўплам	1 ҳар бир бўлимга	2 ҳар бир бўлимга	2-3 ҳар бир бўлимга
	Қон таҳлили учун тўплам: буюм ойначаси, капилляр, скарификатор, пахта шарлари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Тазомер	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга	1 ҳар бир бўлимга
	Туғруқ зали (индивидуал)			
	Амниотомлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Туғруқ йўлларини кўрикдан ўтказиш учун акушерлик	1-2	1	1

тўпламлари			
Акушерлик қисқичлари	1-2	3	4
Киндикни кесиш учун қисқич	Туғруқлар сонига кўра	2 та туғруққа	2 та туғруққа
Янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи реанимациясини ўтказиш учун тўплам	1 та туғруққа	1 та туғруққа	1 та туғруққа
Юмшоқ туғруқ йўллариини ёриқларини тикиш учун асбоблар тўплами	1 та туғруққа	1 та туғруққа	1 та туғруққа
Ҳомилани майдалаб олиш амалиёти учун асбоблар тўплами	1 (ҳар бир бўлимга)	1 (ҳар бир бўлимга)	1 (ҳар бир бўлимга)
Амалиёт хонаси			
Кесар кесишини амалга ошириш учун асбоблар тўплами	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Бачадон ампутацияси ва экстирпацияси учун асбоблар тўплами	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Катталар учун тигли ларингоскоп, анестезиология маскалари	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Эпидурал анестезия ва спиналь анестезия учун тўпламлар	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Трахейнинг мураккаб интубацияси учун тўплам, шу жумладан коникотом ва аралаш турдаги интубацион трубка	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Периферик ва марказий қон томирлари катетеризацияси учун тўплам	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи реанимацияси учун	1 (ҳар бир	1 (ҳар бир	1 (ҳар бир

тўплам	жаррохлик хонасига).	жаррохлик хонасига).	жаррохлик хонасига).
Моно ва биполяр коагуляция имкониятига эга электрокоагулятор	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).	1 (ҳар бир жаррохлик хонасига).
Ҳомиладор ва туғадиган аёлларнинг (пост) интенсив терапияси палатаси			
Трахеянинг мураккаб интубацияси учун тўплам, шу жумладан коникотом ва аралаш турдаги интубацион трубка	-	1	1
Периферик ва марказий қон томирлари катетеризацияси учун тўплам	-	1	3-4
Чақалоқларнинг интенсив терапияси ва реанимацияси (пост) палатаси			
Чақалоқлар учун тиғли тўпламлари бор ларингоскоп	1 (ҳар бир бўлимга).	1 (ҳар бир бўлимга).	3-4 (ҳар бир бўлимга).
Люмбал пункция учун тўплам	-	1 (ҳар бир бўлимга).	1 (ҳар бир бўлимга).
Плеврал пункция ва дренаж учун тўплам	-	1 (ҳар бир бўлимга).	1 (ҳар бир бўлимга).
Периферик ва марказий қон томирлари катетеризацияси учун тўплам	1 (ҳар бир бўлимга).	1 (ҳар бир бўлимга).	3-4 (ҳар бир бўлимга).
Ҳомиладор аёллар патологияси бўлими			
ИНЦ ҳолатида серкляж учун асбоблар тўплами	-	-	1-2
Туғруқ йўллари кўрикдан ўтказиш учун тўплам	-	1	1
Гинекология бўлими			
Бачадон бўшлиғини тозалаш учун асбоблар тўплами	1	1	1-2
Гинекологик кўрикдан ўтказиш учун асбоблар тўплами	1	1	1-2
Гинекологик амалиётлар учун асбоблар тўплами	1	1	1-2

Лапароскопик амалиётлар учун асбоблар тўплами	-	-	1
Периферик ва марказий қон томирлари катетеризацияси учун тўплам	-	1	1
Зарур тиббиёт ускуналарининг номланиши	I босқич	II босқич	III босқич
Қабулхона			
Амниотест	1	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Вена ичи катетерлари (16, 14 Fr)	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Киндикни кесиш учун тутқич (бир марталик)	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Фоле катетери	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
5, 10, 20 мл ли бир марталик шприцлар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Бир марталик йўргаклар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Стерил резинали (латексли) кўлқоплар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Алмаштириш учун тоза кийим	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Индивидуал туғуруқ зали			
Вена ичи катетерлари (катта ўлчамли) –туғруқ сонига кўра 3-4 дона	1	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Турли ўлчамли улаш трубкалари (шприц билан мижоз ўртасида)	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Киндикни кесиш учун тутқич (бир марталик)	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Фоле катетери (1 та туғруқ хисобидан)	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Тиббий стерильное чойшаблар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда
Қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур микдорда	Зарур микдорда	Зарур микдорда

	5, 10, 20 мл ли бир мартлик шприцлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Бир марталик йўргаклар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Стерил резинали (латексли) кўлқоплар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
0	Стерил ўраш воситалари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Жаррохлик амалиёти олди хонаси			
	Бир марта кўлланиладиган воситалар	1	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Фоле катетери	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Тиббий стерил чойшаблар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Контейнерда кўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Стерил ўраш материаллари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Вена ичига юбориш учун турли катетерлар «капалак» типдаги	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Стерил резинали (латексли) кўлқоплар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	5, 10, 20 мл ли бир мартлик шприцлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Жаррохлик амалиёти хонаси			
	Турли ўлчамли улаш трубкалари (шприц билан мижоз ўртасида)	1	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Фоле катетери	1	1	1 (хар бир жаррохлик амалиётига)
	7-8 Fr интубацион трубкалари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Сийдик учун идиш	1	1	1 (хар бир жаррохлик амалиётига)
	Стерил резинали (латексли) кўлқоплар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

5, 10, 20 мл ли бир мартлик шприцлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Эндотрахеал трубкалар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Она ва бола биргаликда бўладиган палата; физиологик туғруқ бўлимининг янги туғилган чақалоқлар палатаси			
Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Ҳомиладор ва туғадиган аёллар учун (пост) интенсив терапия ва реанимация палатаси			
Турли ўлчамли улаш трубкалари (шприц билан мижоз ўртасида)	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Фoley катетери	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Сийдик учун идиш	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Турли вена ичи катетерлари	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Стерил резинали (латексли) қўлқоплар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
2,5,10 ва 20 мл ли шприцлар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Эндотрахеа трубкалар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Чақалоқлар учун (пост) интенсив терапия ва реанимация палатаси			
Сийдик катетери	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Fr 5-8-10 овқатланиш зондлари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Шиллиқни тортиб олиш учун Fr 5-8-10 катетери	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Fr 5-8 киндик катетерлари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
GA 26, 24, 22 периферик катетерлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
Учмарталик краниклар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

	Турли ўлчамли улаш трубкалари (шприц билан мижоз ўртасида)	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Орқа мия пункцияси учун 26,25 GA игналари	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Сийдик учун идиш	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
0	Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
1	Стерил резинали (латексли) қўлқоплар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
2	1,2,5,10 ва 20 мл ли шприцлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
3	26, 24 GA “капалаксимн” игналар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

Ҳомиладорлар патологияси бўлими

	Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Турли вена ичи катетерлари	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Стерил резинали (латексли) қўлқоплар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Турли ўлчамли улаш трубкалари (шприц билан мижоз ўртасида)	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	2, 5,10 ва 20 мл ли шприцлар	-	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

Клиник-диагностика лабораторияси

	Контейнерда қўл учун бир марталик қоғоз сочиқлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Стерил резинали (латексли) қўлқоплар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда
	Скарификаторлар	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда	Зарур миқдорда

Чақалоқларнинг бирламчи реанимациясини ўтказиш учун тўплам

1	тоза йўргаклар
2	оқими ўлчанадиган кислород манбаи
3	янги туғилган чақалоқлар учун электроотсос
4	5Fr, 8 Fr, 10Fr ва 12Fr ўлчамли отсос катетерлари

5	Амбу 250-500 мл туридаги ўзидан ўзи тўғриланувчи қоп ёки Т-симон адаптерли тизим
6	0, 1 ва 2 ўлчамли маскалар тўплами (силикон ёки эластик ҳошияли маскалар мақсадга мувофиқ)
7	Меконий учун аспиратор
8	00, 0 ва 1 ўлчамли тўғри тиғли ларингоскоп
9	Интубацион трубкалар : ичк диаметри 2.5 мм
10	Ичик диаметри 3.0 мм
11	Ички диаметри 3.5 мм
12	Ички диаметри 4.0 мм
13	трахея интубацияси учун стилет (мақсажга мувофиқ)
14	5Fr ва 8 Fr ўлчамли ошқозон зондлари
15	0, 00 ва 000 ўлчамли ғаво қайтаргичлар
16	3,5Fr, 5 Fr ва 8Fr ўлчамли киндик катетерлари
17	1,2,5,10, 20 мл ли шприцлар
18	Фонендоскоп
19	Стерил қўлқоплар
20	Лейкопластырь
21	Қайцчи
22	адреналин 1: 10000 (0,1 мг/мл)
23	Физиологик эритма ёки Рингер эритмаси(Рингер-лактат)
24	гидрохлорид налоксон 0,4 мг/мл
	Орқа мия анестезияси учун тўплам

1	Анестетик
2	Орка мия игнаси (қаламсимон тури)
3	Стерил материаллар
4	Тупфер
Перидураль анестезия учун тўплам	
1	Анестетик
2	Тайёр тўплам
3	Адаптер
4	Микробиологик фильтр
5	Перидураль игна
6	Перидураль катетер
7	Шприц
8	Стерил материал
9	Тупфер
Трахеостомия учун тўплам	
1	Игна тутқич
2	Москит
3	Қайчи
4	Шимлимайдиган тикиш materiali
5	Пинцет
6	Ярани кенгайтиригичлар
7	Скальпель
8	Стерил материал
9	Томирлар учун тутқичлар
1	Трахеостомия трубки
Трахеостомия учун тўплам	
1	Вена катетери
2	Игна тутқич
3	Москит
4	Қайчи
5	Ярани кенгайтиригичлар
6	Скальпель

7	Томир тутқичлари
8	Стерил материал

Биринчи боскичга мансуб туғруққа қўмаклашиш муассасалари акушерлик бўлими тиббиёт ходимларига қўйиладиган малакавий талаблар

Акушер-гинеколог шифокор қўйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни партограмма тўлдирган ҳолда олиб бориш бўйича билимларга;
- Шошилиш акушерлик ёрдамни кўрсатиш кўникмаларига;
- Акушерлик жарроҳлик амалиётлари (кесар кесиш, магистрал қон томирларининг 3 жуфтлигини боғлаш, вакуум-экстракция, ҳомилани чаноғидан экстракцияси, бачадон бўшлиғига қўл билан текшириш, акушерлик қисқичларини ўрнатиш, туғруқ йўллари жароҳатларини тиклаш, қонни тўхтатиш бўйича чоралар, бачадонни икки қўллаб босиш, бачадон ампутацияси, экстирпацияси ва ҳкз.);
- Транспортировкадан олдин ҳомиладор ва янги туққан аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш, унга ва янги туғилган чақалоққа бирламчи жонлантириш ёрдамни кўрсатиш кўникмаларига;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдиришни билиш;
- “Самарали перинатал парвариш”, “Акушерликда тез ёрдам”, “Болаларни ёшига, вазнига қараб туғилиши ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш усули” ни билиш.
- Оила билан мулоқот қилиш кўникмаларига.

Неонатолог шифокор қўйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом янги туғилган чақалоқни тиббий парваришлаш бўйича билимлар ва кўкрак сути билан озиқалантириш кўникмаларига;
- Янги туғилган чақалоққа бирламчи жонлантиришни кўрсатиш кўникмалари ва билимларига;
- Бемор чақалоққа ва муддатидан илгари туғилган чақалоққа тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва унинг ҳолатини барқарорлаштириш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Асосий неонатал муолажалар (периферик қон-томирларни катетеризацияси, ошқозонга зонд ўрнатиш, сийдик пуфаги катетеризацияси, трахея интубацияси ва ҳкз.) бажариш бўйича амалий кўникмалар;
- Янги туғилган чақалоқни тиббий парваришлаш ва даволашда қўлланиладиган тиббиёт жиҳозларидан фойдаланиш бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекциянинг профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;

- оналар ва оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмаларига.

Анестезиолог-реаниматолог шифокор кўидагиларга эга бўлиши лозим:

- хомиладор аёл ва янги туккан аёлга умумий, ҳудудий ва маҳаллий оғриқсизлантирувчиларни қўллаш бўйича билим ва кўникмаларга;
- тез ёрдам ва кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда анестезиологик кўникмалар ва қўлланмаларга;
- хомиладор аёл ва янги туккан аёлнинг ҳаёти учун хавфли ҳолатни хавфсиз барқарор ҳолатга келтиришга;
- туғруқ зали, жарроҳлик амалиёти зали ва жонлантириш бўлимидаги тиббиёт жиҳозлари билан ишлаш бўйича билим ва кўникмаларга;
- қон ва унинг таркибий қисмларидан фойдаланиш бўйича билимларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш ва унинг анемнези бўйича билимларга;
- “Самарали перинатал парвариш”, “Акушерликда тез ёрдам”, “Болалани ёшига, вазнига қараб туғилиши ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш усули” бўйича билимларга;
- Оналарга маслаҳат бериш кўникмаларига.

Доя (Акушерка) кўидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни олиб бориш бўйича билимлар ва амалий кўникмаларга;
- Хомиладор аёл ва янги туккан аёлга (шифокор ёрдамига қадар) тез тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича билимларга;
- Асосий акушерлик ҳаракатлари бўйича амалий кўникмаларга;
- Янги туккан аёл ва янги туғилган чақалоқни туғруқдан кейинги даврда тиббий парваришlash бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи жонлантирилиши бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- Партограмма билан ишлаш кўникмаларига;
- Оила аъзолари билан мулоқот қилиш кўникмаларига.

Неонатал (чақалоқлар) ҳамшираси кўидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом болани тиббий парваришlash ва овқатлантириш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Тиббий муолажаларни ва муолажаларни амалга ошириш бўйича амалий кўникмаларга;
- Асосий тиббиёт жиҳозлари билан ишлаш ва уларга қараш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқни жонлантиришни олиб бориш кўникмаларига;

- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- янги туғилган чақалоқни кузатиш ва тиббий парваришlash бўйича ҳамшира ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;
- беморлар ва уларнинг оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмаларига.

Иккинчи босқичга мансуб туғруққа кўмаклашиш муассасаларининг акушерлик бўлими тиббиёт ходимларига қўйиладиган малакавий талаблар

Акушер- гинеколог шифокор қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни партограммани тўлдирган ҳолда олиб бориш бўйича билимларга;
- Тез акушерлик ёрдамини кўрсатиш кўникмаларига;
- Акушерлик жарроҳлик амалиётлари (кесар кесиш, магистрал кон томирларнинг 3 жуфтлигини боғлаш, вакуум-экстракция, бачадон бўшлиғига қўл билан текшириш, бачадон бўшлиғини асбоблар билан ишлов бериш, акушерлик қисқичларини ўрнатиш, туғруқ йўллари жароҳатларини тикиш, бачадонни йўлдош билан ва усиз ампутация қилиш; артерияларни боғлаш ва қонни тўхтатиш бўйича бошқа чоралар, ҳомилани чаноғидан экстракция қилиш, ҳомилани майдаловчи акушерлик амалиётлари ва ҳ.к.);
- Транспортировкадан олдин ҳомиладор ва янги туққан аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш, унга ва янги туғилган чақалоққа бирламчи жонлантириш ёрдамини кўрсатиш кўникмаларига;
- Кардиотокографияни амалга ошириш ва баҳолаш, ҳамда ултратовуш текшируви натижаларини баҳолаш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Тиббиёт жиҳозларидан фойдаланиш бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдиришни билиш;
- “Самарали перинатал парвариш”, “Акушерликда тез ёрдам”, “Болаларни ёшига, вазнига қараб туғилиши ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш усули” ни билиш.
- Оилага маслаҳат бериш кўникмаларига.

Неонатолог шифокор қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом янги туғилган чақалоқни тиббий парваришlash бўйича билимлар ва кўкрак сути билан озиқлантириш ва ривожланишга йўналтирилган парвариш кўникмаларига;
- Янги туғилган чақалоққа бирламчи жонлантириш ёрдамини кўрсатиш кўникмалари ва билимларига;
- Бемор чақалоқлар ва муддатидан илгари туғилган чақалоқларни тиббий парваришlash ва даволаш, шифобахш овқатлантириш ва эмлаш бўйича билимларга;
- Янги туғилган чақалоққа тез тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмаларига;
- Асосий неонатал муолажалар ва манипуляциялари бажариш кўникмаларига;

- Респиратор ёрдами ва ўпкани сунъий вентиляциясини амалга ошириш кўникмаларига;
- қон ва унинг компонентларидан фойдаланиш кўникмаларига;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;
- оналар ва оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмаларига.

Анестезиолог-реаниматолог шифокор қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- ҳомиладор аёл ва янги туққан аёлга умумий, ҳудудий ва маҳаллий оғриқсизлантирувчиларни қўллаш бўйича билим ва кўникмалар;
- шошилиш ёрдам ва кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда анестезиологик кўникмалар ва қўлланмаларга;
- ҳомиладор аёл ва янги туққан аёлнинг хавфли ҳолатини хавфсиз барқарор ҳолатга келтириш;
- туғруқ зали, жарроҳлик амалиёти зали ва жонлантириш бўлимидаги тиббиёт жиҳозлари билан ишлаш бўйича билим ва тажрибага;
- қон ва унинг таркибий қисмларидан фойдаланиш бўйича билимларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш ва унинг анемнези бўйича билимларга;
- “Самарали перинатал парвариш”, “Акушерликда тез ёрдам”, “Болаларни ёшига, вазнига қараб туғилиши ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш усули” бўйича билимларга;
- Оналарга маслаҳат бериш кўникмаларига.

Доя (Акушерка) қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни олиб бориш бўйича билимлар ва амалий кўникмаларга;
- Ҳомиладор аёл ва янги туққан аёлга (шифокор ёрдамига қадар) тез тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича билимларга;
- Асосий акушерлик ҳаракатлари ва кичик жарроҳлик аралашуви бўйича амалий кўникмаларга;
- Янги туққан аёл ва янги туғилган чақалоқни туғриқдан кейинги даврда тиббий парваришlash бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи жонлантирилиш бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини ва партограммани тўлдириш кўникмаларига;
- Оила аъзолари билан мулоқот қилиш кўникмаларига.

Неонатал (чақалоқлар) ҳамшираси қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом, бемор, муддатидан олдин туғилган ва кам вазнли болани тиббий парваришlash ва овқатлантириш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Тиббий муолажаларни ва муолажаларни амалга ошириш бўйича амалий кўникмаларга;
- Бемор ва муддатидан олдин туғилган болаларни мониторингини олиб бориш бўйича билим ва кўникмаларга,
- асосий тиббиёт жихозлари билан ишлаш ва улардан фойдаланиш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқни жонлантиришни олиб бориш кўникмаларига;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- бемор ва муддатидан олдин туғилган чақалоқларни кузатиш ва тиббий парваришlash бўйича тиббиёт ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;
- оила аъзолари билан мулоқот қилиш кўникмаларига.

Учинчи босқичга мансуб туғруққа кўмаклашиш муассасалари акушерлик бўлимининг тиббиёт ходимларига қўйиладиган малакавий талаблар

Акушер-гинеколог шифокор қўйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни партограммани тўлдирган ҳолда олиб бориш бўйича билимларга;
- Тез акушерлик ёрдамини кўрсатиш кўникмаларига;
- Акушерлик жарроҳлик амалиётлари (кесар кесиш, вакуум-экстракция, акушерлик қисқичлари, бачадон бўшлиғига қўл билан кириш, бачадон бўшлиғига асбоблар билан ишлов бериш, акушерлик қисқичларини ўрнатиш, туғруқ йўллари жароҳатларини тиклаш, бачадонни ортиқлари билан ва усиз ампутация қилиш, бачадонни ортиқлари билан ва усиз экстирпация қилиш магистрал қонтомирларнинг 3 жуфтлигини боғлаш ва қонни тўхтатиш бўйича бошқа чоралар, Линч жарроҳлик амалиёти, ҳомилани чаноғидан экстракция қилиш, ҳомилани майдаловчи акушерлик амалиётлари, ораликнинг IV даражали йиртилишини тикиш ва ҳкз.);
- Транспортировкадан олдин ҳомиладор ва янги туққан аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш, унга ва янги туғилган чақалоққа биринчи жонлантириш ёрдамини кўрсатиш кўникмаларига;
- Кардиотокографияни амалга ошириш ва баҳолаш ҳамда ултратовуш текшируви натижалари баҳолаш бўйича билим ва кўникмаларга;
- Тиббиёт жихозларидан фойдаланиш бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдиришни билиш;
- дарс бериш кўникмаларига;

- “Самарали перинатал парвариш”, “Акушерликда тез ёрдам”, “Болаларни ёшига, вазнига қараб туғилиши ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш усули” ни билиш.
- Оила билан мулоқот қилиш кўникмаларига.

Неонатолог шифокор қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом янги туғилган чақалоқни тиббий парваришлаш ва кўкрак сути билан озиқлантириш бўйича билимлар ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоққа бирламчи жонлантириш ёрдамини кўрсатиш, янги туғилган чақалоқ интубация қилишни;
- Янги туғилган чақалоққа шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш ва унинг ҳолатини барқарорлаштириш кўникмаларига;
- Асосий неонатал муолажалар (киндик ва периферик қонтомирлар катетеризацияси, ошқозонга зонд ўрнатиш, сийдик пуфаги катетеризацияси, трахея интубацияси ва ҳкз.) бажариш бўйича амалий кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқларни оғриқсизлантириш услубларига;
- Янги туғилган чақалоқни тиббий парваришлаш ва даволашда тиббиёт жиҳозларидан фойдаланиш кўникмаларига;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;
- қон қуйиш кўникмаларига;
- Сурфактантни қўллаш кўникмаларига;
- NEOPUFFни қўллаш кўникмаларига;;
- оналар ва оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмаларига.

Анестезиолог-реаниматолог шифокор қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- ҳомиладор аёл ва янги тукқан аёлга умумий, ҳудудий ва маҳаллий оғриқсизлантирувчиларни қўллаш бўйича билим ва кўникмалар;
- тез ёрдам ва кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда анестезиологик кўникмалар ва қўлланмалар
- ҳомиладор аёл ва янги тукқан аёлнинг хавфли ҳолатини керакли барқарор ҳолатга келтириш;
- туғруқ зали, жарроҳлик амалиёти зали ва жонлантириш бўлимидаги тиббиёт жиҳозлари билан ишлаш бўйича билим ва тажриба;
- қон ва унинг таркибий қисмларидан фойдаланиш бўйича билимлар;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эғалик;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини тўлдириш кўникмалари;
- Аёл ва оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмалари

Доя (Акушерка) қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Физиологик ва патологик туғруқни олиб бориш бўйича билимлар ва амалий кўникмаларга;
- Шифокорга қадар шошилиш акушерлик ёрдами курсатиш кўникмаларига;

- Ҳомиладор аёл ва янги тукқан аёлга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича билимларга;
- Асосий акушерлик муолажалари бўйича амалий кўникмаларга;
- Янги тукқан аёл ва янги туғилган чақалоқни туғруқдан кейинги даврда тиббий парваришlash бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи жонлантирилиши бўйича билим ва кўникмаларга;
- санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиши;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини ва партограммани тўлдириш кўникмаларига;
- тиббий ва ҳисобот-қайд ҳужжатларини ва партограммани тўлдириш кўникмаларига;

Неонатал (болалар) ҳамшира қуйидагиларга эга бўлиши лозим:

- Соғлом болани тиббий парваришlash ва овқатлантириш бўйича билимларга;
- Тиббий манипуляциялар ва муолажаларни амалга ошириш, жумладан янги туғилган чақалоқни эмлаш бўйича амалий кўникмаларга;
- Асосий тиббиёт жиҳозлари билан ишлаш ва уларнинг парвариши бўйича билим ва кўникмаларга;
- Янги туғилган чақалоқни жонлантиришни олиб бориш кўникмаларига;
- Санитар-эпидемиологик режим талабларини бажариш ҳамда шифохона ичидаги инфекция профилактикаси бўйича билимларга эга бўлиш;
- Бемор ва муддатидан олдин туғилган чақалоқларни кузатиш ва тиббий парваришlash бўйича тиббиёт ҳужжатларини тўлдириш кўникмаларига;
- Бемор ва муддатидан олдин туғилган болани тиббий парваришlash бўйича билим ва кўникмаларга;
- Оила аъзоларига маслаҳат бериш кўникмаларига.

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирининг
2014 йил 28 майдаги
185-сонли буйруғига
5-илова

“Республикадаги туғруққа ёрдам муассасаларининг ҳомиладор, туғадиган ва туққан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқларга босқичли ёрдам кўрсатувчи тиббий муассасаларнинг рўйхати”

Перинатал ёрдам беришнинг босқичли тизими ҳомиладор, туғувчи аёлларга ва чақалоқларга госпиталгача ва уч босқичли госпитал ёрдам кўрсатиш тизимини ташкил қилишни кўзда тутди.

Бирламчи госпитал босқич – 159 та муассаса: ТТБтуғруқ бўлимлари-138, шаҳар туғруқ уйлари-16

Иккиламчи госпитал босқич - 34 та муассаса: ТТБ/ШТБ туғруқ бўлимлари -19, шаҳар туғруқ уйлари - 15 та муассаса.

Учламчи босқич - 15 та муассаса: Республика Перинатал маркази, вилоят перинатал марказлари - 9 бирл., Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббиёт маркази филиали - 5, Тошкент шаҳар перинатал маркази – 1.

“Туғруққа кўмаклашиш муассасаларининг ҳомиладор, туғадиган ва туққан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқларга кўрсатаётган тиббий ёрдам босқичлари бўйича ҳисобот шакли ”

Номи		
	Сана	%
Умумий туғруқлар, улардан:		
Тезкор туғруқлар		
Муддатидан илгари туғруқлар, 28-36 ҳафта		
Муддатидан илгари туғруқлар, 22-27 ҳафта		
Кечиккан туғруқлар		
Уй шароитидаги туғруқлар		
Бир ҳомилали туғруқлар		
Кўп ҳомилали, эгизак туғруқлар		

Кўп ҳомилали уч эгизак туғруқлар		
Физиологик туғруқлар		
Патологик туғруқлар		
Кесар кесишидан кейинги қиндан туғишлар		
Мустақил равишда, думба (оёқ) яқинидан туғруқлар		
Туғруқни чақириш		
Туғруқ стимуляцияси		
ЭГК		
Оғир анемия		
Қоннинг бошқа касалликлари		
Юрак касалликлари		
Юрак нуқсонлари		
Гипертоник касаллик		
Буйрак касаллиги – сийдик йўллари инфекцияси		
Қалқонсимон без касаллиги		
Қандли диабет		
Семизлик		
Касалхонадан ташқари зотилжам		
ОРВИ		
Жигар ва ОИТ касаллиги		

Тизимли касалликлар (СКВ, склеродермия ва ҳкз.)		
Туберкулез		
ОИВ инфекцияси		
Бошқа касалликлар		
Ҳомиладорлик асоратлари		
Енгил даражадаги преэклампсия		
Оғир даражадаги преэклампсия		
Эклампсия		
Гестацион гипертензия		
Сурункали гипертензия		
Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози		
HELLP синдром		
Оғир даражадаги преэклампсия ҳолатида қиндан туғиш		
Туғруқча қон кетиши		
Кесарево кесиши		
Режали КК		
Фавқулодда КК		
Кесарево кесишига кўрсатма		
Чаноқ-бош номуносиблиги (Клиник тор чаноқ)		
НЖПВОК		

Йўлдошнинг олдинда жойлашиши		
Оғир даражадаги преэклампсия ва эклампсия		
Туғруқ фаолияти аномалияси		
Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши (кўндаланг, қийшиқ)		
Чаноқ билан жойлашиш (думба, оёқ)		
Киндик тизимчасини тушиши		
Бачадонда чандик		
Ҳомиланинг хавфли ҳолати (ҳомила дистресси)		
Ҳомиланинг нотурғун жойлашуви		
2 эгизак		
3 эгизак		
ЮТ касалликлар		
Юқори даражадаги миопия		
Бачадон миомаси ёки бошқа ўсимталар		
ОИВни онадан болага олдини олиш		
Бошқа		
Акушерлик жарроҳлик амалиёти		
Бачадон ичини қўл билан текшириш		
Йўлдошни қўл ёрдамида айриш ва ажратиш		
Акушерлик қисқичлари		

Вакуум экстракция		
Туғруқдан кейинги вакуум аспирация		
Ҳомилани майдаловчи амалиётлар		
Эпизио-перинеотомия		
Ҳомилани оёқ томонга айлантириш ва кейин туғдириб олиш		
ИЖК бачадон найларини бойлаш		
Туғруқ вақтида ва ундан кейинги асоратлар:		
Туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар		
Туғруқдан кейинги кечки қон кетишлар		
Бачадон ағдарилиши		
Бачадон йиртилиши		
Елкачалар дистоцияси		
Бачадон бўйинчаси йиртилиши 2-3 даража		
Ораликни йиртилиши II-III даража		
Қин йиртилиши		
Қон кетиши 2-3-4 даража		
Хорионамнионит		
Туғруқдан кейинги метроэндометрит		
Сепсис / септик шок		
Акушерлик перитонити		

Қатта хажмдаги амалиётлар, жумладан:		
ККдан кейинги қамровли амалиётлар		
Қиндан туғишдан кейинги амалиётлар		
Релапаротомия		
Магистрал қонтомирлари 3 жуфтлигини боғлаш		
Қовурға ва қорин орасидаги томирларни боғлаш		
Қон воситаларини қуйиш		
Аёлларга эр-масса трасфузияси		
Аёлларга янги музлатилган плазма трансфузияси		
Перинатал ёрдамнинг нисбатан юқори босқичига кўчирилган аёллар сони		
Тез тиббий ёрдам муассасалари ёки бошқа тиббиёт муассасаларига кўчирилган аёллар сони		
Анестезия		
Туғрукдаги перидурал анестезия		
Кесарево кесишидаги орқа мия анестезияси, перидурал анестезия		
Кесарево кесишидаги ЭТН		
Оналар ўлими ҳолатлари		
Янги ту		

Туғилган болалар умумий сони, шу жумладан:		
Тирик		
Ўлик		
Перинатал ўлим		
Касал ҳолда туғилган		
Касалланган		
Умумий ўлган Шу жумладан:		
0-6 сутка ичида		
6 суткадан кейин		
Неонатал ўлим кўрсаткичи		
Эрта неонатал ўлим кўрсаткичи		
Янги туғилган чақалоқларни бошқа муассасаларга ўтказиш		
Чақалоқлар патологияси бўлимларига ўтказиш		
Реаниция ва интенсив терапия бўлимига ўтказиш		
Қон воситаларини қуйиш		
<i>Янги туғилган чақалоққа эр-масса трансфузияси</i> Трансфузия ҳолатлари сони Чақалоққа қуйилган эрмасса миқдори		
<i>Чақалоққа ЯМП трансфузияси</i> Трансфузия ҳолатлари сони Чақалоққа қуйилган плазма миқдори		

<i>Чақалоққа альбумин трансфузияси</i> Трансфузия ҳолатлари сони Чақалоққа қуйилган альбумин миқдори		

BABIES Матрицаси

Туғилганд аги вазни	Анте нат ўлим	Инра нат ўлим	0- 6 сутка ичида ўлим	6 суткадан кейин	Тири к туғилди	Умумий туғилганлар
500-999						
1000-1499						
1500-2499						
2500 ва ортиқ						
Жами						

Перинатал ўлимларнинг вазн ва нозология бўйича бўлиниши

	ЖА МИ	5 00- 999	10 00- 1499	15 00- 1999	20 00- 2499	25 00- 2999	30 00- 3499	35 00 ва >
Нозология								
Асфиксия								
СДР								
Инфекция								
Туғилишда травма								
Ривожланишд а аномалия								

Бошқа								

Касалланган, ўлган янги туғилган чақалоқлар вазн категориялари ва туғишга рухсат услублари

Нозология
Касалланган (кес/қин)
Кўчирилган (кес/қин)
Ўлган (кесар/қин)

Жами
М.О.
Жами
М.О.
его

1 суткагача
0-6 сутка
6 суткадан кейин

М.О.
М.О.
М.О.

500-999												
1000-1499												
1500-2500												
2500 ва ортиқ												

Чақалоқлар патологияси бўлими бўйича ҳисобот

Умумий келиб тушган

Туғруқхонадан	

ОАРИТ дан	
ОАРИТга ўтказилган	
Муддатига етмаганлар, жаъми	
Улардан 1000,0 гача	
Уйга юборилди	
Бошқа муассасаларга чиқарилди	
Улди	

Чакалоқлар патологияси бўлими бўйича касалланиш ва ўлим структураси

Нозологи

я

Касаллан ган

Кўчирилган

Ўлган

1 0-6 6
суткагача сутка суткадан
кейин

Ж М Ж Л ВС
ами . . О. ами . . О. его

I M M M
 . O . .O . O

[illegible]

аномалияси													
Бошқа													

ОАРИТ ва/ёки ПИТ бўйича ҳисобот

Нозология	Қабул қилинди	Кўчирилди	Ўлди
	М. М. О.	М. О.	М. О.

Асфиксия						
СДР						
Инфекция						
Туғилишда травма						
Ривожланиш аномалияси						
Бошқа						

ОАРИТ бўйича, вазн бўйича ўлим ҳолатлари структураси

ЖАМИ	5 00-999	10 00-1499	15 00-1999	20 00-2499	25 00-2999	30 00-3499	35 00 ва >
Нозология							
Асфиксия							
Нафас олиш бузилишини							

синдроми								
Инфекция								
Туғилишда травма								
Ривожланишда аномалия								
Бошқа								

Мавзу № 60: “Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH– инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH– инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№60 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомилани она қорнида инфицирланиши. TORCH– инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси..

TORCH сўзи бир қатор инфекциялар номининг қисқартирилган кўриниши бўлиб у ўз ичига қуйидагиларни олади

T – Тохопласма (токсоплазмалар – бир хужайрали текинхўр организм. Улар одам ва турли сут эмизувчи ҳайволарда паразитлик қилиб, жуда оғир касалликларни келтириб чиқаради. Бу паразит беморнинг боши ва орқа мушакларида, шунингдек, қонида ҳам учрайди);

O – Отҳерс (бошқалар: энтеровирус, гепатит Б, С, ОИВ, захм)
P–Рубелла(қизилча)

C–Сйтомегаловирус (ситомегалия)

Х–Ҳерпес симплекс вирус (герпес И/ИИ)

Енди касалликлар ҳақида қисқач маълумот бериб ўтсак:

Қизилча – асосан 2–10 ёшли болаларни зарарловчи, енгил иситма ва майда қизил тошма билан намоён бўладиган, катта ёшлиларда ва ҳомиладорликда оғир кечувчи вирусли касаллик. Унинг манбаи касалликнинг турли шакллари билан оғриган бемор. Соғлом одамга ҳаво-томчи йўли орқали, болага онасидан ўтади. Қизилча вирусларининг ҳомилага тасири ҳомиладорлик босқичларига қараб, турли даражада бўлади. Қизилча касаллигининг кечиши инсон катта бўлган сари қийинроқ бўлади. Ҳомиладорлик даврида аёлнинг қизилча билан касал бўлиши ҳомилада карликни вужудга келишига олиб келиши мумкин.

Цитомегаловирусли инфекция (ЦМВ) — асосан клиник белгиларсиз

ўтувчи, баъзан марказий нерв тизими ва ички аъзоларни оғир зарарлайдиган, ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир кўрсатадиган вирусли касаллик. Ситомегаловирус бутун умри давомида бемор вужудида сақланиб туриши билан хавфли. Вирус жинсий йўл билан, ҳомилага эса қон орқали юқади. Ситомегаловирус организмга кириб, иммун тизимини кучсизлантириб бўлгач, асоратларини кўрсата бошлайди. Ҳомиланинг дастлабки ойларданок ЦМВ билан зарарланиш ҳомиланинг нобуд бўлишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг сўнгги давларида зарарланиш аъзолар тузилишида жиддий ўзгаришларга олиб келмаса-да, бола туғилгач, сариклик, қон кетиши, ўпка яллиғланиши ва марказий асаб тизимининг зарарланиши каби асоратлар кузатилади. СМВИ билан касаллангандан сўнг турғун иммунитет ҳосил бўлмагани боис, қайта касалланиш эҳтимоли бор.

Герпес

Герпес вируси ҳомиладор аёлга ҳомиладорлик даврида биринчи бор юкса, яъни аёлнинг унга нисбатан умуман иммунитетини бўлмаса, унинг ҳомилага бўлган салбий таъсири жуда катта бўлади. Агар ҳомилага герпес вируси унинг 10 ҳафтасигача юкса, ҳомиланинг унинг ўлими ёки тушиши рўй бериши мумкин. Ҳомиладорликнинг 2 чи ва 3 триместрида ҳомиланинг захарланиши унинг асаб тизими фаолиятини бузулишига, тери ва жигари шикастланишига олиб келиши мумкин. Агар ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида герпес вирусини қайта кўзғалишига дуч келса, у ҳолда вирусни ҳомилага таъсири бўлмаслиги мумкин, лекин ҳомиладорлик кечиши жуда оғирлашади ва ҳомилани сақлаб қолиш учун махсус муолажалар талаб этилиши мумкин

Токсоплазма

Ҳомиладорлик даврида токсоплазма билан касалланиш ҳомилада оғир касалликлар вужудга келишига ёки унинг ўлимига олиб келиши мумкин.

Кўпинча токсоплазмоз вирусини мушуклар тарқатади. Шунинг учун ҳомиладор аёл мушуклардан йироқроқ бўлиши керак. Ундан ташқари хом гўшт, ювилмаган мева ва сабзавотларда ҳам ушбу инфекция вируслари мавжуд бўлиши мумкин. Кўчада кабоб, гўшти таомларни ейишда эҳтиёт бўлиш керак бўлади.

Хатарли томони шундаки, бу инфекцияларнинг аломатлари аёлнинг умумий ҳолатида намоён бўлмай, ҳомила ривожланишига ва ҳомиладорлик кечишига жуда катта зарар келтириши мумкин. **TORCH** инфекцияси анализлари иложи бўлса ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликнинг дастлабки даврида ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Агар анализ натижалари аёлда ушбу инфекцияларга нисбатан иммунитет мавжудлигини кўрсатса, у ҳолда ҳомиладорлик давомида фақат профилактик чоралар амалга оширилади. Агар иммунитет мавжуд эмаслиги аниқланса, у ҳолда шифокор эмлаш (қизилча инфекциясига қарши) ёки маълум бир қоидаларга риоя қилишни тавсия қилиши мумкин. Ундан ташқари бутун ҳомиладорлик даврида ушбу инфекциялар юқмаслигини назорат қилиш кўзда тутилади.

Мавзу № 61: “Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь

	парвариш.Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрддам асосларини; - Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрддам асосларини; - Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтилади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№61 мотивация. (Мавзу баёни) Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинаталь парвариш.

ОИВ/ОИТС эпидемияси дунё бўйлаб шиддат билан тарқалмокда. ОИВ эпидемияси бошлангандан буён тахминан 60 миллион одамга юккан ва 25 миллион киши ОИВ инфекциясига боғлиқ, холда ҳаётдан куз юмган.

2008 йилда Ер юзида ОИВ билан яшаётган шахслар сони 33,4 млн. ни ташкил этади. 2 миллион одам дунёдан куз юмди. 430 минг бола ОИВ инфекцияси билан дунёга келди. ОИВ инфекциясидан 2,1 млн. бола ҳаётдан куз юмди. Ер юзида ҳар куни ОИВ юктирганлар сони 14-15 минг кишини ташкил этади.

ОИВ инфекциясининг тарқалишининг олдини олиш муаммоси бўйича Республикамизда катор меъёрий-ҳукукий ҳужжатлар чиқарилган:

— Ўзбекистан Республикасининг Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишнинг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тугрисидаги қонуни, 19.08.1999 й.

— Ўзбекистан Республикасининг «Қон ва унинг таркибий қисмлари донорлиги тугрисида» 30.08. 2002 йилдаги қонуни.

— «ОИВ/ОИТС (ВИЧ/СПИД) касаллигига тиббий текширувдан утказиш ва ОИВ/ОИТСли беморларга тиббий ёрдамни ташкил қилиш Санитария қоида ва меъёрлари». 06.10.2005Й.

—«Узбекистон Республикасида 2007-2011 йилларда ОИВ-инфекциясини таркалишига қарши курашишнинг Стратегик дастури» (3 июл 2007 йил).

—Согликни сақлаш вазирлигининг «Узбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси билан боғлиқ, тиббий-ижтимоий ёрдамни ташкил қилиш ва профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш тугрисида» 2007 йил 30 октябрдаги 480-сонли буйруғи.

— Согликни сақлаш вазирлигининг "Согликни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббиёт муассасаларида ОИВ инфекциясини касбий мулоқотдан кейинги профилактикасини амалиётга тадбиқ, қилиш ҳақида" 2008 йил 4 январдаги 4-сонли буйруғи.

Этиологияси. Ретровирус — бу қандай вирус? Вируснинг номидаги «ретро» сузи "тесқари" маъносини билдиради. Қўп микро ва макроорганизмлар таркибида ДНК (дезоксинуклеиновая кислота, насл ташувчи) мавжуд. ДНК-РНК-оксил. Лекин айрим вируслар таркибида фақат РНК бор. Бундай вирусларда генетик маълумот тесқари қолда утади: РНК-ДНК, РНКдан ДНКга маълумот тесқари транскриптаза ёрдамида утади. Шундай йўл билан маълумотнинг утиши «тесқари ёзиш» деб номланади, шу тариқада қўпаядиган вируслар ретровирус деб номланади.

Одам вирус билан зарарлангандан кейин касаллик белгилари пайдо бўлгунча анча вақт утишини ҳисобга олган ҳолда вирус лентивируслар кичик оиласига киритилган. "Ленти" деган суз секин, узок давр маъносини билдиради.

Эпидемиологияси. ОИВ касаллиги эпидемиологик нуқтаи назардан ута хавфли юқумли касалликлар тоифасига қиради. Касалликнинг манбаи бемор ва одам иммунитетини танқислиги вирусини ташиб юривчи шахслар ҳисобланади. Шунинг учун ҳам касаллик антропоноз касаллиқдир. Эпидемиологик жихатдан вирус ташиб юривчилар, беморларга нисбатан хавфлироқдирлар. Чунки улар касалликнинг бу даврида ҳеч қандай касаллик аломатларини сезмайдилар, ҳатто узини ОИТС вируси билан зарарланганлигини ҳам билмайдилар. Қуринишдан соғлом қўринадилар. Улар касалликнинг яширин даврида (3-6 ойдан 10 ва ундан қўпроқ йиллар) бошқа шахсларга касаллик вирусини турли йўллар билан юктириши мумкин. Чунки ушбу даврнинг дастлабки ҳафталарида вирус қонда, эрқак манисида (уруғ суюқлигида), қин ажратмаларида жуда қўп концентрацияда, озроқ концентрацияда сулақда, она сутида, қўз ёшида, орқа мия суюқлигида бўлиши қўзатилади ва ташқи муҳитга ажралиб туради. Вирус қонда ва уруғ суюқлигида беморнинг бутун ҳаёти давомида сақланади. Демак, ҳасталиқга

чалинганлар умрининг охиригача касаллик манбаи булиб қоладилар. ОИВнинг ташки мухитга чидамлилиги бошқа ретровирусларга ухшаш булиб, унча юкори эмас.

Касалликнинг юкиш йуллари. ОИТС вирусининг 3 хил йул билан юкиши аниқланган.

ОИВ касаллигининг жинсий алоқа йули билан тарқалиши куплаб бесоқолбозларда, фоҳишаларда, пала-партиш, тартибсиз жинсий хаёт кечирувчи шахсларда купрок учрайди. Касаллик вирусини тарқалишида юкоридаги шахслар ута хавфли ҳисобланади.

Бу гуруҳдагилар нотаниш кишилар билан тез-тез жинсий алоқада буладилар. Аёлнинг организмига вируслар эркакнинг маниси (спермаси) орқали тушади ва аёлнинг жинсий органидаги шиллик қаватлар жароҳатланган бўлса, вирус жинсий аъзолардан конга утиши мумкин. Аёллар уртасидаги жинсий алоқаларда (либидиялик) ОИТС вируси билан зарарланиш қамдан-қам учрайди.

ОИВ касаллиги вирусининг иккинчи юкиш йули — кон орқали утишидир. Вирус билан зарарланган шахслар қонида уни жуда юкори концентрацияда булиши аниқланган. Кон орқали юкишида гиёҳвандлар ута хавфли гуруҳга қиради. Бундай шахслар ифлосланган шприц ва игналардан умумий фойдаланиб, наркотик моддани кон томирига юбориш жараёнида кон қолдиқлари орқали вирус утиши мумкин. Кон орқали юкишида гемофилия касаллигига қалинганлар ҳам қисман хавфли гуруҳга қирадилар. Чунки бундай беморлар кон ва кон маҳсулотларини купрок оладилар. Бу гуруҳ, беморларга ОИТС вирусига текширилмаган кон ва кон маҳсулотлари қуйилса, улар зарарланиб қолишлари мумкин. Бундан ташқари даволаш - профилактика муассасаларида тиббий муолажалар қилинаётган вақтда бир марта ишлатиладиган шприц, игна, система ва бошқа асбоб-ускуналардан қайта фойдаланилса, тиббий ва лаборатория асбоб-ускуналарини зарарсизлантириш, стериллаш тартиб қоидаларига қатъий риоя қилинмаса ҳам ОИВ касаллигининг вируси юкиб қолиши мумкин. Даволаш профилактика муассасаларида вирус бемор ёки вирус ташувчидан бошқа беморларга, бемордан тиббиёт ходимларига шприцлар, тиббий ва лаборатория асбоб-анжомлардан стерилланмасдан қайта ишлатилганда юкиши мумкин.

Вертикал юкиш йулида - вирус она қорнидан ҳомилага жароҳатланган йулдош орқали утади ёки туғруқ жараёнида жароҳатланган тери ва шиллик

каватлар оркали бемор онадан болага юкади. Шунингдек бемор она кукрак сути билан эмизса, чакалокка касаллик юкиши мумкин. Боланинг огзидаги яра-чакалари оркали вирус она сутидан болага утиши мумкин.

Бу касаллик жарохатланмаган тери ва шиллик каватлар оркали юкмайди. Шунингдек касаллик вируси хаво-томчи ва майший мулоқот йуллари оркали юкмайди. Шу сабабли бемор билан битта идишда овқат ейиш, у билан кул бериб куришиш, бирга ётиб туриш (жинсий алоқасиз), гаплашиш, упишиш хавфли эмас.

ОИВ касаллигининг вируси кон сурувчиларнинг (бит, бурга, кана ва х.к) чакиши оркали юкиши исботланмаган. Инсонларнинг ёшидан, жинсидан, миллатидан, яшаш жойидан катъий назар барчаси касаликка мойил. Касалликнинг тарқалиши фасл билан боғлиқ эмас ва дунёнинг барча мамлакатларида учрамоқда.

Клиникаси. ОИВ касаллигидаги инфекцион жараён кам барча юкумли касалликларда буладиган инфекцион жараён қонуниятлари асосида кечади.

Инфекцион жараён қуйидагича ривожланади:

1. Касалликнинг юкиши.

Вирус қупинча, бемор билан жинсий алоқа қилганда, бемор қони билан ифлосланган асбоб-анжомларни қуллаганда, бемор қонини, қон зардобини қуйганда, бемор онадан болага қомиладорлик ёки туғиш вақтида ва кукрак сути билан эмизганда (агар чакалокнинг оғиз бушлигидаги шиллик каватлар ёки тилида жарохатлар, ярачалар бўлса) юкиши мумкин. Тарқибда маълум миқдорда вирус билан зарарланган биологик суюқлик (қон, қон зардобини) жарохатланган тери ва шиллик каватларга (қуз, оғиз бушлиғи) тушганда юкиш эҳтимоли бор.

2. Инфекциянинг яширин даври. Бу давр ОИВни юктириб олгандан кейин, тахлили ўзгаришсиз ва тахлили ўзгаришлар даврига бўлиниб, бир неча ойдан 5-10 йил ва ундан қупроқ давом этиши мумкин.

Касалликнинг бошланғич қурсатқичлари антигенемия ва вирусемия бўлиб, сал кечикиброк 2-6 ҳафтадан кейин вирусга қарши специфик антителилар пайдо бўлади а ўзлуксиз бир неча ойдан касалликнинг сунгги даврига давом этади. ОИТС даврига қелиб эса специфик антителилар титри қонда қамаяди. Бундай ҳолга сероконверсия дейилади. Сероконверсия - қондаги антигенемия билан алмашиб туриши мумкин, бундай ҳолни эса серонегативация

дейилади. Шу даврдан бошлаб, организмда иммунодисфункция ва иммунотакчиллик кучая боради.

3. ОИВ инфекциясининг бирламчи уткир клиник куруниш даври.

Бу даврда 17-25% ОИВни юктириб олганларда носпецифик уткир клиникаси — гриппга ёки юкумли моноклеозга хос белгилар кузатилади. Бунда тана харорати кутарилиб, бир неча гурух, лимфа безлари, жигар ва талок катталашади, бугимларда огрик булиши мумкин. Терида тошмалар пайдо булади. Бундай хол 10-12 кун давом этиб, беморлар тузалиб кетадилар. Конни ОИВ касаллигига текширилганда мусбат натижа кузатилади, кондаги Т-лимфоцитлар микдори биров камайган булади.

ОИВни юктириб олган бошка гурух, шахсларда эса хеч кандай клиник узгаришлар булмаган холда, узлари тиббий текширувдан утиб, махсус ВИЧ лабораториясида кон топшириб, ОИВга специфик тахлиллар (ИФА) мусбат натижа булгандагина, узларини ОИВ ташувчи эканликларини биладилар.

ОИВни юктириб олганларнинг бошка бир кисмида иммун ва асаб тизимларини шу вирус таъсирида зарарланганлиги сабабли, хеч кандай клиник белгилар булмасдан туриб, кайталанувчи таркок лимфоаденопатия холати кузатилади. Бунда одам организми периферик лимфа тугунларини икки ва ундан купрок, мемида лимфа тугунлари катталашганлиги сезилади (чов сохасидан ташкари), пайпаслаганда эса огриксиз, кузгалувчан булиб, бундай кол 3 ой ва ундан купрок вақтгача давом этади. Бундай колни таркалган лимфоаденопатия дейилади. Бу даврда ОИВ билан касалланган шахсларда - патогенетик белги хисобланган — «тукли лейкоплакия» кузатилади. Бунда тилнинг ён томонларида окиш рангли энантемалар булиб, бошка этиологияли энантемалар-дан фарклирок, у тилнинг остки кисмида булмайди ва шпатель билан кучирилганда кучмайди. Аста-секин бу давр ОИВ касаллигининг ОИТСга мужассамлашган белгилар даврига утади

4. ОИТСга мужассамлашган белгилар даври (СПИД ассоцирланган симптомокомплекс- С АС).

ОИТС даврининг бошланишидан олдинги давр — преСПИД булиб, бунда клиник курунишлар носпецифик холда кечади. ОИТС даврининг олдинги даврида номаълум сабабларга кура тана харорати 38-40°Сгача кутарилиб, кечга якин ва тунда кучаяди. Бемор куп терлайди, умумкувватсизлик, тана вазнининг камайиши, сабабсиз ичининг суриши кузатилади. Беморларда купинча бир-бири билан богланган ёки богланмаган ноаник симптомлар кузатилади. Бундай симптомлар факат ОИТСга хос симптомлар булмай,

уларнинг баъзилари узига мустакил синдром ҳисобланади ва «ОИТСга боғланган уйғунлик» «СПИД ассоциированный симптомокомплекс (САС)» дейилади. Бундай уйғунлик бир неча йил давом этгандан кейин беморларда ОИТСнинг айнан клиник қуринишлари намоён бўлади.

САС-ОИТСга боғланган уйғунлик даврининг кейинги босқичларида юқоридаги клиник қуринишларга оғиз бўшлиғи шиллик қаватларида замбуругли касалликлар, доимий йутал, ураб олувчи темиртки (Herpes simplex), тери касалликлари, Капоши саркомаси сингари ута хавфли касалликлар қушилади. Бундай касалликларнинг қушилиши беморларда ОИТС касалининг классик манзараси намоён бўлишига олиб келади. Бу ҳодиса иммун тармокнинг Т-лимфоцитли хужайра танқислиги билан боғлиқдигидир.

Ушбу босқичда ОИВ касаллигига гумон қилиш учун мужассамлашган белгилардан (СПИД ассоцирланган симптомо-комплексдан) икки ва ундан кўпроқ клиник ва тахлилий қўрсаткичлар бўлиши керак.

5. ОИТС (орттирилган иммунитет танқислиги синдроми) даври.

ОИВ касаллигига қалинганларнинг бир қисмидагина (25%) касалликнинг ОИТС даври намоён бўлади, лекин қўчилик ОИВ билан зарарланганлар лимфоаденопатия давридан туғридан-туғри ОИТС даврига ўтади.

Таххисоти. ОИВ касаллигини таххислаш ўта жавобгарликни талаб қилади ва мураккаб вазифа ҳисобланади. Таххислаш учун касалликнинг батафсил анамнезини, эпидемиологик анамнезини, жинсий ҳаёти ҳақидаги анамнезини (гомосексуализмга мойиллиги, тартибсиз жинсий алоқага мойиллиги), объектив қўрик ва лабораториявий текширув натижалари зарур бўлади. Касалликнинг клиник белгиларининг турлича бўлишини инобатга олган ҳолда олинган барча натижаларни динамикада тахлил қилиш керак. Ҳар бир мутахассис ОИВ касаллигида ўқрайдиган мўросачи (оппортунистик ёки ОИТС-индикатор) касалликларни инобатга олиши керак. ОИТС касаллигини эрта пайдо бўладиган клиник белгиларини билиш лозим. Врочнинг нотўғри қўйган таххиси беморга жуда қўчли рухий таъсир қўсатади.

Лаборатория таххилида (иммуноблот усулида ҳамда полимераз занжирли реакция ёрдамида) мўсбат натижа олинганда, эпидемиологик маълумотлар ва касаллик белгилари мавжуд бўлсагина, уларга асосланиб, ОИВ касаллигининг клиник таххиси қўйилади.

ОИТС касаллигининг олдини олиш ва эпидемияга карши чора-тадбирлари. Одам иммунитетни танқислиги вирусини юкишининг олдини олиш ва эпидемияга карши кураш чора-тадбирларини, соғлом турмуш тарзини аҳоли уртасида, айниқса ёшлар орасида тарғиб қилишдан бошлаш зарур. Шунингдек касалликни жинсий алоқа йули орқали, ундан ташқари вирусни зарарланган қон ва қон маҳсулотлари орқали қанда тери бутунлиги бузилиши билан олиб бориладиган барча муолажалардан юкишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар утқазилиши лозим. Касаллик вирусининг юкишининг олдини олишда муҳим тадбирлардан бири касалликни инсонларда уз вақтида аниқлашдир. Шунинг учун аҳолининг айрим гуруҳлари орасида эпидемиологик назорат урнатилди, белгиланган гуруҳлар орасида тестга қонсултация утқазилди. Уларнинг розилиги билан ОИВ касаллигига лаборатория текшируви учун қон олинади. Текширилиши лозим бўлган гуруҳлар Ўзбекистон Республикаси Бош Давлат санитария ва тиббиёт томонидан тасдиқланган: «Аҳолини ОИТСга қарши текшириш қоида ва меъёрлари»да белгилаб берилди. ОИВ касаллигига лаборатория текшируви ишларида айниқса, аҳолининг бу касалликни юқиш хавфи юқори бўлган табақаларига алоҳида эътибор қаратилмоғи лозим. Бу ишга лозим бўлган тақдирда аҳолининг барча қатлами ёрдамида гиёҳвандлар, бетартиб жинсий алоқа қилувчи «енгил оёқ» шахслар аниқланиб, улар тулик лаборатория текширувидан утишига эришмоқ лозим. ОИВ касаллигининг олдини олишда яна муҳим аҳамият касб этадиган масала-аҳоли уртасида утқазиладиган тиббий тарғиботдир. Унда оммавий ахборот воситаларидан кенг фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Тиббиёт ходимлари аҳолининг барча қатламлари билан учрашувларда ёш йигит-қизлар билан мактаб, лицей, коллеж, институт ва бошқа жойларда суҳбат утқазилаётганда, ОИВ касаллигининг юқиш йуллари билан батафсил таништириш ва ундан сақланиш йул-йуриқларини қурсатиши ва ҳимоя воситаларидан фойдаланишни ургатиш каби ишларни олиб боришлари лозим. Юқиш хавфи тугилган ҳолларда муҳофизат қилган шахсларга, қолаверса ОИВ касаллиги ва жинсий алоқа йули билан юқадиган касалликларга қалинган шахсларга, гиёҳвандларга тиббий ёрдам қурсатаётган вақтда меҳр-оқибат қурсатиш муҳим аҳамият касб этади.

ОИВнинг онадан болага утиши олдини олиш бўйича маълум бўлган ва урганилаётган стратегиялар.

Ҳомиладорликнинг тўхтатилиши: ОИВ билан зарарланган оилаларда оилани режалаштириш ва репродуктив танлов орқали ОИВ билан зарарланган балалар сонини анча камайтириш мумкин.

Хатти ҳаракатларнинг узгариши:

*Хомиладорлик даврида химояланмаган жинсий алоқанинг кискартирилиши

*хомиладорлик даврида жинсий алоқа қилиш шерикларини кискартирилиши

*Хаёт тарзининг узгартирилиши,бу хомиладорлик даврида наркотиклардан ва тамаки чекишдан сакланишни уз ичига олади.

Терапевтик жараён:

* Ретровирусларга қарши терапия

* А витамин ива бошқа микроэлементлар билан даволаш

* Иммунотерапия

Акушерлик аралашуви:

*Тугруқ йулларини ювишда манипуляция ва инвазив тестларнинг ишлатилмаслиги

*Тугруқни электив кесар кесиш йули билан амалга оширилиши

*Малакали акушерлик ёрдами

*Она сутидан воз кечиш

*Она сутини билан озиклантиришдан эрта воз кечиш

*Соғиб олинган куқрак сутини термик ишлов утказиш

ОИВга тест утказишни тартиби.

Ўзбекистонда ОИВга тест утказиш 1999 йилдаги № 0094-99 сонли санитария меъёрлари ва қоидалари орқали тартибга солинади. Уларда ОИВга тестдан утадиганларнинг қуйидаги гуруҳлари белгиланган.

- Эпидемиологик курсаткичларга асосан
- Клиник курсаткичларга асосан
- Ўз хоши билан тестдан утадиганлар

Бундан ташқари амалий шифокорлар барча ҳаракатларини 2003 йил 23 сентябрдаги 420-сонли «Ўзбекистон Республикасида ОИВнинг олдини олиш борасидаги чора тадбирларнинг самарадорлигини ошириш тугрисида»ги фармонида асосан амалга оширилиши керак.

Тест утказишдан мақсад:

*ОИВ билан зарарланганлар сонини аниклаш.

*ОИВ олдини олиш ва бошқаларга утиш хавфини кискартириш усули сифатида, тестгача ва тестдан кейинги консултасия бериш.

ОИВга диагностик тест щифокор томонидан беморда клиник белгтлар булган такдирдагина утказилади. Одатда 1999 йилдаги 0094-99 сонли санитария - коидалари ва меъёрларида баён этилган ОИВ индикатор касалликлари тугрисидаги билимга эга булиши шарт.ОИВга уз хохиши билан тестдан ОИВ хизмати муассалари ва тери таносил касалликлари хизматининг яширин кабинетларида утказилади. Бу турдаги тестдан утказиш махфийлик ва яширинлик шартларига амал килган холда консултасия билимига эга булган, махсус ургатилган тиббиёт томонидан амалга оширилади.

ОИВга лаборатор текширувини утказиш.

ОИВга тестдан утказиш технологияси 2 боскичдан иборат.

- Кон зардобини иммунофермент тахлили (ИФА) усулида текшириш. Бундай текширув тасдиқловчи натижа чиккан такдирда икки маротаба утказилади.
- Иммуноблот – узига хос вирус оксилларининг аникланиши. ИФА натижасини тасдиқлаш, ҳамда ОИВ ташхисини куйиш учун фойдаланилади. Бундан ташкари ОИВ ташхисини куйишдаурганилаётган намуналарда якка тартибдаги ДНК ва РНКларни очиб берадиган, юкори натижали усул булиб халкали полимераза реакциясидан фойдаланилади. Олинган натижаларнинг верификацияси критерийлари. Серологик текширувларнинг аниклиги купгина сабабларга, реактив сифатига бошлангич ва аналитик боскичнинг утқарилишига, беморларда 1,5 ойдан 3 ойгача вақтни уз ичига олувчи (период окна) узилишнинг булмаслигига боглик лаборатор текширувларнинг натижалари манфий ва гумонли булиши мумкин. Шубхали натижа булиб, факатгина бирта оксилга одатда р-24 оксигида антители борлигини тасдиқловчи иммуноблот натижалари хисобланади. Бу натижа аникланганда беморга 1 ойдан сунг такрорий текширувдан утиш тавсия килинади.

Оив антителаларига утказиладиган тестнинг энг мухим сабаблари куйидагилар:

- * Тиббиёт ходимлари томонидан бундай тест утказилишни тавсия килиниши.
- * Тест утказишга пациентларни уз хохиши билан бориши.
- * Тест уз хохиши билан утказилиши керак, тест албатта аноним тарзда текширилиши керак.
- * Махфий, яширин
- * Тушиниб туриб рози булиш
- * Тест килишда олдин ва тест килдирганда кейин маслахат бериш

Махфий, яширинлилик

ОИВга тест утказиш врач ва пациент уртасида яширин тазда утказилади, ҳеч кимга у хақида маълумот бериламайди, махфий тарзда кузатилади ва даволанади. Яширин тазда ОИВга тест утказиш ва маслахат бериш яширин тарзда эканлигини билган ҳолда бошқа одамларни ҳам жалб килиш керак.

Тушиниб туриб рози булиш

. Беморлардан розилик олиш медицина ёрдамнинг умумий қоидаларидан бири булиб, унга риоя қилмаслик, ақс ҳолда шахс ҳуқуқларининг бузилишига ва инсон шахсий ҳаётига аралашувга сабаб булади,

.Тест утказишдан олдин бемордан розилик олиш зарур. Серологик ОИВга текшириш усули инвазив тест усули булиб, унинг натижаси ва оқибатлари шахсий муносабатга, соғлиқни саклашга, иш жойига ,сугурта идораларига боғлиқ булиши мумкин. Бемор текширилишдан олдин узи тугриси ҳамма маълумотларни ва розилик бериши лозим. Даволанишга розилик ОИВга тест утказилаётганда бир вақтда берилади.

.ОИВга тест утказиш курсатилган ва тиббиёт ходими маскур беморнинг шахсий манфаатида беморни тестдан утказиш муҳимлигини тушинган клиник ҳолатларда.

. Камдан – кам ҳоллар бу қоидадан мустасно булиши мумкин, беморнинг розилигини олиб булмаганда. Асосан бемор ҳушсиз булиб, розилик бера олмаган вақтда, беморда ОИВ даражасини аниқлаш унинг ҳаёти ва соғлигини ҳимоя килиш муҳим булган ҳолатларда .

Тест утказишгача булган маслахатлар.

Якин кунларда ОИВ инфекцияси прагнозини сезиларли даражада узгартирган юкори фаолиятли ретро вирусларга карши препаратлар билан даволаш имконияти пайдо булганига карамасдан ОИВ тестининг мусбат булиши узок давом этувчи окибатларга олиб келади.

Тестгача булган маслахатларнинг асосий кисмлари.

- Ахборотланган холда розилик олиш. Баъзи муассасаларда ёзма розилик талаб килинади. Махфийлик таъминланиши масалаларини муҳокама килиш. Яширин тест утказиш имкониятларини муҳокама килиш.
- Анамнез йигиш. Беморнинг жинсий хатти харакати хамда бошка турдаги хавфли хатти-харакатлар тугрисида ва беморларнинг нима сабабларга кура шу вақтда ОИВга тестдан утишни хохлаётгани тугрисидаги маълумотларни йигиш.
- Тест утказишнинг мусбат, манфий ,ва гумонли натижа олиш эҳтимоли ва натижаларни окибатларини муҳокама килиш.
- Беморга ОИВ кандай юкиши, хавфсиз жинсий алока нима эканлигини тушунтириш керак.
- Беморнинг презервативдан фойдаланиш борасидабилимга эга эканлигига ишонч хосил килиш. Зарурият тугилганда хар иккала жинсдаги беморларга хам, уларнинг андай ишлатилишини курсатиш керак.

Тестдан кейинги маслахатлар.

Шубхасиз, куп холларда тест натижалари манфий чикиши мумкин. Бирок миждозга тест натижалари тугрисида маълумот бериладиган маслахатлар, тест утказишгача булган маслахатларда муҳокама килинган баъзи масалаларга миждоз диққатини яна бир бора жалб килиш учун жуда кулай вақт булиши мумкинлиг тугрисида умумий фикрлар мавжуд.

Тестдан кейинги маслаҳатларнинг асосий қисмлари.

Натижа манфий бўлганда:

- . Охириги 3 ой давомида хавфли хатти-ҳаракатларни амалга оширган миждозларга қайта тестдан утиш зарурияти туғрисида маълумот бериш.
- . Миждозларнинг фақатгина хавфсиз жинсий алоқадан амалда фойдаланишга унадаш.
- . Тест натижалари аниқ ҳулоса қилишга тускинлик қилса, тестнинг бундай натижаларини нима билан тушунтириш мумкинлигини муҳокама қилиш.

Натижа мусбат бўлганда:

ОИВга утказилган тест натижалари мусбат чиққанлигини илк бор айтишганда беморлар одатда стресс ҳолатини бошдан кечиришади. Уларнинг ҳаётлари қисқариши эҳтимоли, бошқаларнинг уларда шундай «уятли» қасалликнинг мавжудлиги борасидаги қуниқиллари лозимлиги, шунингдек узининг рухий тетиклиги ҳамда, жисмоний соғлигини сақлашнинг узига ҳос шаклини ишлаб чиқариш ва унга амал қилиш. Уларга уша ернинг узида далда бериш керак ёки уни ОИВ бўйича рухий иштимой масалалар билан шугулланувчи муассасаларга йуллаш лозим. Бунда қуйидагиларга амал қилиш керак.

- . Беморга ОИВга утказилган тест натижалари мусбат чиққанлигини қуй рост айтиш.
- . Қандай муносабат қилишини қутинг ва унга далда беринг.
- . Натижани тасдиқлаш учун қайта тест утқазилшни ташкил қилинг.
- . Беморга тест натижаларининг мусбат чиққанлиги моҳиятини тушиниб етганига ишонч ҳосил қилинг.
- . Беморга у қимга бу ҳақда айтишни хоҳлаши, масалан жинсий шеригига, дустларига, оила аъзоларига, дарҳолми ёки кейинроқми, қабил саволларни бериб қуринг.
- . У билан эндиликда нима қилишини муҳокама қилинг. Беморларни айни вақтда кейинги ишлари туғрисида гаплашиш истаги бор йуқлигини аниқлаш муҳим.

. Маслахатни энг якин вақтга, масалан эртасиси кунига белгиланг. Тажрибалар шу ни курсатадики мижоз натижани мусбат чиққишини кутган бўлсада, уларнинг рухий ҳолатига каттик таъсир курсатиши мумкин. Шунинг учун беморларга кейинги тушунтириш ишларини кейинга қолдириш тугрироқ бўлиши мумкин.

Бунда қуйидагиларни қилиш лозим:

- даволаниш имкониятлари тугрисида маълумот бериш. Ретровирусларга дори воситаларнинг аҳамияти ва унинг касалликни яхши томонга узгартириш хусусияти тугрисида муҳокама қилиш.
- Психологик жихатдан қўллаш заруриятига баҳо бериш.
- ОИВ инфекциясининг бошқа шахсларга юқиш хавфи қандай кечишини тушунтириш, хавфсиз жинсий алоқа усуллари, презервативдан фойдаланиш, ҳамда шприцлардан индивидуал тарзда фойдаланиш ва бошқалар тугрисида муҳокама қилиш.
- Хомиладорликдан сакланиш йуларини муҳокама қилиш.
- Гинекологик текширувнинг муҳимлик даражасига баҳо бериш.
- ОИВ билан зарарланган тегишли муолажаларни олмаган, оналарда тугилган болаларнинг 15-25% ОИВга қалинадилар.
- Хомиладорлик даврида ретровирусларга қарши терапиянинг утқазилиши бу хавфни 8%гача қисқартириши мумкин.
- Аёл хомиладор бўлса, бу билан боғлиқ муамоларни у билан муҳокама қилиш.

Тест утқазилишнинг қўшимча имкониятлари.

Яширин тарзда тест утқазилиш:

- ОИВга тест утқазувчи хусусий муассасалардаги сингари. Давлат муассасаларда ҳам яширин тарзда тест утқазилиш таклиф қилинаётган оддий хизматлардан бири сифатида таклиф қилиниши керак. Тестдан яширин тарзда утқокчи бўлган мижозлар, уз исмларини айтишмайди, бироқ тажрибалар курсатишича қўпгина муассасаларда мусбат натижа чиққан беморларни кейинчалик қўзатиш мақсадида шахсни идентификация қилиш талаб қилинади.
- Яширин тарзда тестдан утқазилиш имконияти мижознинг тестдан анча вақтлик утиши ва унга керакли тиббий ёрдамнинг вақтлик курсатилишига имконият яратади.
- Статистик тадқиқотлар, ёш ва янги доимий шериги охириги бир йил давомида пайдо бўлган доимий муносабатларга эга бўлмаган одамлар, яширин тарзда тестдан утишни афзал билишларни курсатади.
- Баъзи тадқиқотлар эркаклар билан жинсий алоқага қиришувчи эркаклар ОИВга тестдан утиш учун тиббиёт хизматида тест яширин

тарзда утказилган такдирдагина купрок мурожаат этишларлан гувоҳлик беради.

- Даромади кам булган ва маълумоти паст булган одамлар одатда, тест натижалари факатгина уларга маълум килинган холдагина, тестдан утишга мойиллик билдиришади.

ОИВга тезкор тест утказиш.

Шифокорга кони ОИВга тахлилдан утказиб, 20 дакика давомида натижа олиш имкониятини берадиган тестлар ишлаб чиқарилган. Тест натижалари манфий чиккан миждозларга тасдиқдан утиш шарт эмас. Лекин мусбат натиждф чикканда тасдиқловчи тестдан утиш зарурияти тугилади.

- Тери-таносил касалликлари клиникасида ёки бирор-бир бошка муассасада ОИВга тестдан утмокчи булган миждозларга танлов учун умумий ёки тезкор тест таклиф килиш керак. Миждоз тест натижаларини кутаётганда консултациялар утказиш мумкин.
- ОИВ антителаларига утказиладиган тезкор тестлар ташриф кунидак натижаларни олиш ва олинган натижаларга маслахатлар беришга имконият яратади ва шу оркали ОИВга тестнинг ва маслахатларнинг самарадорлиги ошади.
- Тезкор тест утказиш миждозларнинг ОИВ бошлангич даврида ташхис куйиш афзалликлари тугрисидаги фикрини яхши томонга узгартириши мумкин. Такрорий куриқдан утиш заруриятининг булмаганлиги миждоз учун кулай булгани каби, тиббиёт ходимлари учунхам кулайдир.

ОИВ билан руйхатда турадиган беморларни жинсий шерикларини огохлантиришнинг умумий усуллари.

- Беморларнинг узи томонидан огохлантирилиши. Тиббиёт ходими огохлантирилиши бемор билан келишилади.
- Махсус хизмат вакили томонидан огохлантириш Бунда вакил беморнинг жинсий шерикларини огохлантиришни уз зиммасига олади. ОИВ билан рухатда турадиган беиорларнинг исми кай холда айтиб эшиттирилиши ёки умуман айтилмаслиги масалалари батафсил мухокама килиниши керак.

Мавзу № 3: “Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари, парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли ҳамширалар фаолияти. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули

<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)	
5 дақиқа	ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№62 мотивация. (Мавзу баёни) ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенаталь, антиретровирус препаратларини буюриш. Туғдириш усуллари (электив кесар кесиш), туғруқни беҳатар олиб бориш.

ОИВ инфекциясининг клиник ташхисотини тасарруф этиш

ОИВ инфекциясининг барча клиник даврларига хос асосий симптом бўлими лимфа тугунларининг катталашувидир (лимфаденопатия). ОИВ инфекцияли беморларда лимфа тугунлари оғриқсиз, эластик, атрофдаги тўқималар билан бирикмаган ва тери юзаси ўзгаришсиз бўлади.

ОИВ инфекциясига хос асосий белгилардан бири бу - ривожланиб боровчи лимфаденопатиядир (ПГЛ). Бу термин остида икки ёки ундан ортиқ груҳга (катталарда чов соҳаси лимфа тугунларидан ташқари) мансуб бўлган лимфа тугунларининг бир бирига қўшилмаган >1 см ўлчамда (болаларда >0,5 см), уч ойдан кам бўлмаган муддатгача катталашиши тушунилади. Бироқ ОИВ инфекцияли беморларда лимфа тугунларининг катталашуви ривожланиб боровчи лимфаденопатияга хос бўлмаслиги ҳам мумкин.

Иммунитети сақланган соғлом одамларда учрамайдиган касалликларнинг аниқланиши ҳам ОИВ инфекциясидан дарак бериши мумкин. Хусусан, қуйида келтирилган касалликлардан биронтасининг бўлиши ОИВ

инфекциясининг мавжудлигидан далолат беради (ривожланиши учун бошқа сабаблар бўлмаганда):

- Трахея, бронхлар, ўпка, қизилунгач кандидозлари.
- Кокцидиодомикоз (тарқалган ёки ўпкадан ташқари)
- Ўпкадан ташқари криптококкоз
- Криптоспоридиоз бир ойдан ортиқ диарея билан
- ЦМВ инфекция (бир ойликдан катта беморларда бошқа органларнинг, жигар, талок, лимфа тугунларидан ташқари зарарланиши; ЦМВ-ретинит кўриш фаолиятининг йўқолиши билан);
- Оддий вирусли герпес (ВПГ) инфекцияси (бир ойдан ортиқ сурункали яранинг битмаслиги ёки бронхит, зотилжам. эзофагит);
- Кундалик ҳаёт фаолиятининг сусайишига олиб келувчи ривожланиб боровчи деменция;
- Озиқланишининг чуқур бузилиши - тана вазнининг $>10\%$ ортиқ йўқотилиши ёки бир ойгача давом этган диарея ёки бир ойдан ортиқ иситма бўлиши;
- Гистоплазмоз (тарқалган ёки ўпкадан ташқари);
- Сурункали ичак изоспорози (бир ойдан ортиқ);
- Капоши саркомаси;
- Беркитта лимфомаси;
- Иммунобластли саркома;
- Бирламчи мия лимфомаси;
- Микобактериозлар, *M.avium-intracellulare* ёки *M.kansasii* ёки бошқа атипик микобактериялар (тарқалган ёки ўпкадан ташқари кўринишида, тери, бўйин ёки лимфа тугунларида);
- Ўпкадан ташқари сил;
- Сальмонеллезли қайталама септицемия (тиф-паратифдан ташқари);
- Пневмоцистли зотилжам;
- Ривожланиб боровчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия;
- Бир ойдан катта бўлган беморлардаги бош мия токсоплазмози.

2.ОИВ инфекцияли беморга клиник ташҳис қўйиш

Беморда ОИВ инфекцияси тасдиқланганидан сўнг, тўлиқ клиник ташҳис қўйиш беморнинг кейинги тасарруфи учун зарур. Лозим бўлганда қўшимча текширувлар ўтказилиши мумкин. ОИВ инфекциясига клиник ташҳис қўйиш учун босқичини аниқлаш зарур. Касалликнинг босқичи фақат клиник кўринишлар (иккиламчи касалликларнинг борлиги) асосида қўйилади. Вирус юкламаси ва CD4- лимфоцитлар даражаси касалликнинг клиник босқичини аниқлаш учун асос бўлиб ҳисобланмайди.

2.1ОИВ инфекцияси тавсифномаси

Ўткир ОИВ инфекцияси.

ОИВ юктириб олганларнинг 50-90%да биринчи 3 ойида ўткир ОИВ инфекцияси рўйхатга олинади. Одатда, ўткир инфекциянинг бошланғич

даври сероконверсиядан олдин намоён бўлади, шу сабабли биринчи клиник белгилар юзага келганда беморнинг қон зардобидида оксил ва ОИВ гликопротеидларига нисбатан антитаначалар топилмаслиги мумкин. Ўткир инфекция босқичида CD4 лимфоцитлар сонининг транзитор пасайиши кузатилиши мумкин.

Ўткир ОИВ инфекцияси турли хил клиник симптомлар кўринишида намоён бўлиши мумкин. Энг кўп учрайдиган белгилар - лимфа тугунларининг катталашуви, иситма, фарингит, тери ва шиллиқ қавватлар (уртикар, папулез, петехиал) тошмаларидир. Баъзан жигар ва талокнинг катталашуви, диареянинг намоён бўлиши кузатилади. Айрим ҳолатларда атипик менингит ривожланиб, менингиал синдромлар билан кечади, бироқ мия ички босими юқори бўлса ҳам, ликворда визуал ва цитологик ўзгаришлар кузатилмайди. Кам ҳолларда серозли менингит ривожланади.

Ўткир ОИВ инфекциясининг клиник кўриниши қизамиқ, қизилча, инфекцион моноклеозни эслатгани учун, уни базан “моноклеозсимон синдром”, “қизилчасимон синдром” деб атайдилар. Ўткир ОИВ инфекцияли бемор қонида йирик доначали лимфоцитларнинг (моноклеарлар) пайдо бўлиши инфекцион моноклеозга ўхшашлигини оширади. Ўткир ОИВ инфекцияли беморларнинг 15-30%да моноклеозсимон ёки қизилчасимон клиник кўринишлар билан кечади. Кўпчилик беморларда юқорида келтирилган симптомларнинг 1-2таси кўшилиб келади. Баъзи бир беморларда аутоиммунли ўзгаришлар юзага келади..

Ўткир ОИВ инфекцияли беморларнинг 10-15% да CD4 лимфоцитларнинг пасайиши ва иммунтанқислик ҳолатининг ривожланиши натижасида турли этиологияли иккиламчи касалликлар (ангина, бактериал зотилжам, кандидозлар, герпетик инфекция ва бошқалар) юзага келади. Бу ўзгаришлар одатда кучсиз намоён бўлувчи, қисқа муддатли булиб, даволаш яхши самара беради, аммо оғир кечиши (кандидозли эзофагит, пневмоцистли зотилжам) ва ўлим билан тугаши мумкин.

Ўткир ОИВ инфекциясининг клиник кўриниши давомийлиги бир неча кундан бир неча ойгача, одатда 2-3 ҳафтагача намоён бўлади. Лимфа тугунларининг катталашуви бундан истисно бўлиб, касалликнинг охири давригача сақланиши мумкин. Ўткир ОИВ инфекциясининг клиник кўриниши қайталаниб туриши мумкин.

1- Клиник босқич

Симптомсиз кечиши, иммунтанқислик ҳолатида ривожланувчи ОИВ инфекциясининг клиник кўринишлари ёки оппортунистик касалликлар намоён бўлмайди. Организмнинг ОИВга жавоби антитаначалар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади.

Ривожланиб боровчи тарқалган лимфоаденопатия. Касалликнинг ягона клиник кўриниши бўлиб, лимфа тугунларининг катталлашуви ҳисобланади, баъзан у ҳам кузатилмаслиги мумкин. Лаборатор ўзгаришлардан анемия, тромбоцитопения (асосан болаларда), жумладан гемостазнинг ўзгариши билан боғлиқ клиник кўринишлар кузатилиши мумкин. Биринчи клиник даврнинг давомийлиги ўртача 6-7 йил. Бу даврда CD4 лимфоцитлар даражаси аста секинлик билан бир йилда ўртача 50-70 хужайра /мкл тезлигида пасайиб боради.

2- Клиник босқич

2- клиник босқичга иммунтанқисликнинг аста секинлик билан ривожланиб бориши хос, бу даврга ОИВ инфекциясининг таснифида кўрсатилган клиник кўринишлар киради..

3- Клиник босқич

ОИВ вирусининг репликацияси давом этади, CD4 хужайраларининг камайиб бориши ва ўлими билан кечади. Бу иммунтанқислик ҳолатида таснифда келтирилган оғир ва қайталаниб турувчи оппортунистик инфекциялар ва/ёки бошқа нозологик касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

3- клиник босқич одатда CD4 лимфоцитларнинг сони 350 хужайра/мкл бўлганида ривожланади.

4-клиник босқич

Беморларда 4 клиник босқич одатда CD4 лимфоцитларнинг сони 200 хужайра/мкл дан кам бўлганида ривожланади. Бу оғир, ҳаёт учун хавфли оппортунистик ва/ёки ўсма касалликларнинг ривожланиши ва уларнинг тез тарқалиши, марказий асаб тизимининг зарарланиши билан кечади.

2.2.ОИВ-инфекцияси ташҳисини асослаш

ОИВ-инфекциясига ташҳис қўйишда биринчи навбатда тиббий ҳужжатларга ташҳиснинг ўзи ёзилиб, кейин уни асослаш керак.

Ташҳисни асослашда аввал эпидемиологик, клиник ва ўтказилган лаборатор кўрсаткичлар инобатга олиниши керак. Касалликнинг босқичи эса, таснифда кўрсатилганидек, қачонлардир ўтказилган энг оғир ҳолатидан келиб чиққан ҳолда аниқланади.

Ташҳиснинг формулировкасида ОИВ таъснифига биноан, касалликнинг босқичи, кейин ҳамма бошдан ўтказилган оппортунистик ва/ёки ОИТС индикатор касаллик/симптомлари, кўрсатилади.

Шу билан бирга РКТ қабул қилиш ҳисобига касалликнинг даври - ОИВ инфекциясининг прогрессия ёки ремиссияси кўрсатилиши зарур.

Бундан ташқари, ОИВ –инфекцияли беморларда ёндош касалликлар ҳам бўлиши мумкин улар ҳам ташхисда акс эттирилиши шарт.

Ўтказилган оғир оппортунистик касалликларнинг аниқланган санаси кўрсатилиши керак.

1- мисол:

Асосий касаллик:

ОИВ-инфекцияси, 3- клиник босқич, прогрессия даври, РҚТ қабул қилмасдан. Сурункали диарея. Ўпка сили (2014й), ПЛАП, ўраб олувчи темирлатки, онихомикоз.

Ёндош касаллик:

Сурункали гепатит С. Ўт тош касаллиги.

2- мисол:

Асосий касаллик:

ОИВ-инфекцияси, 3 клиник босқич, ремиссия даври, РҚТ фонида. Сурункали диарея. Ўпка сили(2014й), ПЛАП, ўраб олувчи темирлатки, онихомикоз.

Ёндош касаллик:

Сурункали гепатит С. Ўт тош касаллиги.

БССТ томонидан ОИВ-инфекцияси клиник босқичларининг катталар ҳамда ўсмирларда таснифи

Ўткир ОИВ-инфекцияси

- Симптомсиз кечиши
- Ўткир иситма билан кечувчи босқичи (ўткир ретровирус синдроми)

1-клиник босқич

- Симптомсиз кечиш
- Персистирланувчи тарқалган лимфоаденопатия

2- клиник босқич

- Ангуляр хейлит
- Ўраб олувчи темирлатки
- Тирноқларнинг замбуруғли зарарланиши
- Тана вазнининг камайиши (5-10% гача) ва охири 6 ой давомида сабабсиз озиш
- Қичишадиган папулёз тошма
- Оғиз шиллиқ қаवватининг рецидивланувчи яраси (охири 6 ой давомида икки ва ундан ортиқ марта)

Юқори нафас йўллариининг инфекцияси - рецидивланувчи (6 ой ичида икки ва ундан ортиқ марта синусит, ўрта кулоқнинг отити, бронхит, фарингит ёки трахеит)

- Себореяли дерматит

3- клиник босқич

- Ўткир ярали-некротик стоматит, гингивит ёки пародонтит
- Оғизнинг тукли лейкоплакияси
- Орофарингиал кандидоз ёки орал кандидоз-рецидивланувчи (охирги 6 ойда икки ва ундан ортиқ) ёки доимий (бир ойдан кўп вақт)
- Сабабсиз сурункали диарея (бир ойдан кўп вақт мобайнида)
- Гематологик ўзгаришлар-сабабсиз анемия (гемоглобин < 8 г %), нейтропения (нейтрофиллар сони < $0,5 \times 10^9$ л), тромбоцитопения
- Сабабсиз доимий иситма (1 ойдан кўп мобайнида)
- Ўпка сили
- Лимфа тугунлари сили
- Оғир бактериал инфекциялар (масалан, бактеримия, суяк ва бўғимлар инфекцияси, плевра эмпиемаси, менингит, бачадон ва унинг ортиқларининг оғир ялиғланишли касалликлари, зотилжам, пиомиозит)
- Озиш – охирги 6 ой мобайнида сабабсиз тана вазнининг 10% ортиқ камайиши

4- клиник босқич

- Қизилўнгач ёки пастки нафас йўллариининг кандидози
- Бачадон бўйни саратони (инвазив, фақат дисплазия эмас)
- Сурункали оддий герпес вируси инфекцияси (ВПГ) яраланишнинг 1 ойдан ортиқ давомийлигида
- Сурункали криптоспоридиоз (1 ойдан ортиқ диарея билан)
- Сурункали изоспориоз (1 ойдан ортиқ иситма билан)
- Криптококкоз – ўпкадан ташқари (менингит билан)
- Цетомегаловирусли инфекция – ретинит, колит ёки эзофагит
- Ўпкадан ташқари сил (лимфаденитдан ташқари)
- ОИВ – нефропатия
- ОИВ - энцефалопатия
- ОИВ- кахексия
- ОИВ инфекцияси оқибатида келиб чиқган ёмон сифатли ўсмалар ва Капоши саркомаси
- Лейшманиоз – висцерал (тарқалган)
- Ёмон сифатли лимфома – бирламчи марказий асаб тизимининг лимфомаси ва В- хужайрали ноходжкин лимфомаси
- Тарқалган - атипик микобактериялар (носил) чақирган инфекциялар
- Замбуруғли - тарқалган инфекциялар (масалан, кандидоз, кокцидиозидоз, гистоплазмоз)
- Пневмоцистли зотилжам (*Pneumocystis jirovecii* чақирган зотилжам)
- Ривожланиб боровчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия

- Токсоплазмоз – марказий асаб тизимининг зарарланиши, ретинит
- Salmonellaspp чақирган қайталаниб турувчи септицемия
- ОИВ - кардиомиопатия

Болаларда ОИВ/ОИТСнинг таснифи (БССТ 2010 й)

1- клиник босқич

- Симптомсиз кечиш
- Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия

2- клиник босқич

- Персистирланувчи гепатоспленомегалия (ноаниқ этиологияли)
- Қичишадиган папулёз тошма
- Одамнинг папилломали вируси чақирган тарқалган инфекцияси (кўп сўгаллар)
- Кенг тарқалган кантагиоз моллюск
- Оғиздаги қайталанувчи яралар
- Ноаниқ этиологияли кулок олди сўлак безларининг катталашуви
- Милкларнинг чизиқли эритемаси
- Ўраб олувчи темиртки
- Рецидивланувчи ёки сурункали юқори нафас йўллариининг инфекциялари - (синусит, ўрта кулоқнинг отити , оторея, тонзиллит)
- Онихомикозлар

3 - клиник босқич

- Стандарт йўл билан қийин даволанадиган, муътадил овқатланишнинг сабабсиз ўртача оғирликдаги бузилиши
- Сабабсиз сурункали диарея (14 кун ва ортиқ)
- Сабабсиз доимий иситма (1 ойдан кўп давомийлигида $37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ юқори доимий ёки алмашилиб турувчи)
- Доимий оғиз бўшлиғи кандидози (6 хафтадан катта болаларда)
- Оғиз бўшлиғининг тукли лейкоплакияси
- Ўткир яралли-некротик гингивит ёки пародонтит
- Ўпка сили
- Лимфа тугунлари сили (шу билан бир қаторда кўкрак ичи лимфа тугунлари сили)
- Оғир бактериал қайталаниб турувчи зотилжам
- Яққол намоён бўлган лимфоидли интерсициал пневмонит (ЛИП)
- ОИВ инфекцияси оқибатида ўпканинг сурункали зарарланиши, бронхоэктазлар билан
- Сабабсиз анемия (гемоглобин $< 8\text{ }0\text{г/л}$) ва (ёки) нейтропения (нейтрофиллар сони $< 0,5 \times 10^9\text{ л}$), ва (ёки) тромбоцитопения (тромбоцитлар сони $< 50 \times 10^9\text{ л}$) бир ойдан ортиқ

4- клиник босқич

- Стандарт йўл билан даволаб бўлмайдиган, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш ёки сабабсиз озиқланишнинг чуқур бузилиши
- Пневмоцистли зотилжам
- Ривожланиб борувчи оғир бактериал инфекция (масалан, плевра эмпиемаси, пиомиозит, суяк ва бўғимлар инфекцияси, менингит) зотилжамдан ташқари
- Сурункали оддий герпес вируси инфекцияси (ВПГ) (1 ойдан ортиқ мобайнида лаб ва оғиз бўшлиғига ёки терига учук чиқиши, висцерал ёки бошқа жойларда)
- Ўпкадан ташқари сил
- Капоши саркомаси
- Кандидозли эзофагит (ёки трахея, бронх, ўпка кандидозлари)
- Токсоплазмозли энцефалит (28 кундан катта болаларда)
- ОИВ - энцефалопатия
- Цетомегаловирусли инфекция (ретинит ёки бошқа органларнинг зарарланиши), 1 ойликдан катта болаларда
- Тарқалган - атипик микобактериялар (носил) чақирган инфекциялар
- Ривожланиб борувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия
- ОИВ – кардиомиопатия ёки ОИВ – нефропатия
- Ўпкадан ташқари криптококкоз , криптококкли менингит билан
- Тарқалган чуқур микозлар (масалан, ўпкадан ташқари гистоплазмоз, кокцидиомикоз, пенициллез)
- Сурункали криптоспориоз (диареяли синдром билан)
- Сурункали изоспориоз
- Бош миянинг лимфомаси ёки В- хужайрали ноходжкин лимфомаси

БССТ томонидан қайта кўриб чиқилган 10- халқаро касалликлар таснифи. БССТ томонидан тасдиқланган тиббий ташхислар коди

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ МАҚСАДИДА

РЕТРОВИРУСГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ БЎЙИЧА ЖАМЛАНГАН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

РЕТРОВИРУСГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ АББРЕВИАТУРАЛАРИ

- 3ТС-ламивудин
- АВС-абакавир
- АТВ-атазанавир
- d4Т-ставудин

- DDI-диданозин
- DRV-дарунавир
- EFV-ифавиренц
- ENF-энфувиртид
- ETV-этравирин
- FDC-бирга қўшилган препарат
- FPV-фосампренавир
- FTC-эмтрицитабин
- IDV-индинавир
- LPV-лопинавир
- MVC-маравирук
- NFV-нелфинавир
- NVP-невирапин
- RAL-ралтегравир
- RPV-рилпивирин
- RTV-ритонавир (агар бустер сифатида фойдаланилса, у ҳолда = /r)
- SQV-саквинавир
- TDF-тенофовир
- TPV-типранавир
- AZT-зидовудин
- ИИ–интеграза ингибитори (занжир қўчишининг интегразали ингибитори)
 - ИП/р- ритонавир билан фармакологик бустирланган протеаза ингибитори
 - ИП-протеаза ингибитори
 - НИОТ-тескари транскриптазининг нуклеоз(т)идли ингибитори
 - ННИОТ-тескари транскриптазининг нонуклеоз(т)идли ингибитори

****Бугунги кунда дори воситаларининг айланишини назорат қилиш бўйича Европа агентлиги томонидан терапияни бошлаш учун маъқулланган, ammo hozircha Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган РҚТ препаратлар***

I. ОБЯЛАРГА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

ОИВ билан яшовчи шахслар уларни парваришлашни таъминловчи хизматларнинг назарига имкон қадар эрта тушишлари ўта муҳим. Бу нафақат уларга РҚТ тайинлаш мезоларини аввалдан баҳолаш ва ўз вақтида РҚТ курсини олиш имконини беради, балки ОИВни кейинги юктиришларини олдини олиш тадбирларини таъминлайди, бошқа инфекциялар ва оппортунистик касалликларни олдини олишга ва шу билан кейинги кузатув тизимидан чиқиб кетиш эҳтимолини камайтириш имконини беради.

Барча ОБЯ ҳам РҚТ буюриш мезонлари талабига жавоб беравермайди, ушбу мезонларга мос келувчиларнинг барчасида ҳам дарҳол РҚТ олиш имкони бўлавермайди. Бошқалар эса РҚТ олишни кейинроқ муддатларга қолдиришга мойил бўлади.

Ёрдам олишни хоҳловчиларни рўйхатга олиш синчковлик билан клиник ва лаборатор мониторингини таъминлаш ва РҚТ олиш мезонларига мос келишини аввалдан баҳолаш, РҚТни ўз вақтида бошлаш имконини беради, шунингдек, кейинги кузатув тизимидан тушиб қолганлар сонини камайтириш мақсадига эга.

Умумий ёрдам ОИВнинг оддий профилактикасини, ОИВ билан яшовчи шахслар саломатлигини мустаҳкамлашни, шунингдек, оппортунистик инфекциялар ва оппортунистик касалликлар скрининги, профилактикаси ва уларни олиб боришни ўз ичига олади.

Бунга қуйидагилар қиради:

- рухий-ижтимоий маслаҳат бериш ва қўллаб-қувватлаш;
- маълумотни ошқор қилиш ва партнерни огоҳ қилиш;
- котримоксазол билан профилактик даволаниш (КПД);
- ТБ бўйича маслаҳат, скрининг ва профилактик даволаш;
- Энг кўп тарқалган микозларни олдини олиш;
- Жинсий алоқа орқали юқувчи инфекциялар профилактикаси ва репродуктив саломатликни сақлаш талабларини қўллаб-қувватлаш ва таъминлаш;
- озиқланиш;
- оилани режалаш;
- ОБЮП.

1.1. Бирламчи текширув

Бирламчи текширув ўз ичига қуйидагиларни олиши лозим:

- ОИВ инфекцияси ташхисини тасдиқлаш ва юқиш вақти ҳамда йўлини имкон қадар аниқлаш;
- Тўлиқ анамнез;
- Жисмоний кўрик;
- Лаборатор ва бошқа текширувлар;
- Зарурият бўлганда мутахассислар кўриги;
- ОИВ инфекциясининг клиник ва иммунологик босқичини аниқлаш.

1.2. Анамнез йиғиш

Анамнез йиғишда қуйидаги хусусиятларни инобатга олиш лозим:

Anamnesis morbi йиғишда:

- ОИВга биринчи бор мусбат натижа олинган сана;
- Текширувдан ўтишга сабаб;
- ОИВга охирги марта манфий натижа олинган сана (агар маълум бўлса);
- ОИВ инфекцияси ва ёндош касалликлар ва ҳолатларнинг аввалги даволаниш вақти ва жойи;
- Схемасида исталган ўзгаришлари санаси (агар бор бўлса) ва ушбу ўзгаришлар сабаби кўрсатилган АРТ схемалари;
- Ножўя таъсири (агар бор бўлса) ;
- Даволанишга содиқлик ва узилишлар;
- Лаборатор маълумотлар (CD4лимфоцитлар сони, вирус юкламаси)– тиббий ёрдам олиш бошланганидан тартиб билан (агар имкони бўлса).

Anamnesis vitae йиғишда:

- Сил (анамнезда ёки ҳозирги вақтдаги фаол жараёнда);
- В ва С гепатитлар (анамнезда ёки ҳозирги вақтдаги сурункали жараёнда) ;
- Ёмон сифатли ўсма (анамнезда ёки ҳозирги вақтдаги);
- ЖАЙБЮК (анамнезда ёки ҳозирги вақтдаги);
- Эмлаш (грипп, стрептококк инфекциясига қарши);
- Ҳозирги вақтдаги контрацепция усуллари;
- Хомиладорликлари ҳақида маълумот (аввалги, ҳозирги, режадаги) ;
- Ижтимоий муҳофаза (ижтимоий ва тиббий суҳурта, беморнинг ОИВ статусини билган жамоат ташкилотлари ва яқинлари томонидан қўллаб-қувватлаш ва б.)

Эпидемиологик анамнез йиғишда:

- Инъекция йўли билан гиёҳванд модда истеъмол қилиши;
- Жинсий алоқалар;
- Қон ёки унинг маҳсулотлари қуйилгани;
- Парентерал муолажалар (жумладан, жарроҳлик амалиётлари);
- Онадан болага юқиши;
- Иш жойидаги мулоқат (ёритилсин);
- Жинсий алоқада бўлган шахсларнинг ОИВ статуси ва уларга РКТ ўтказилгани (агар маълум бўлса) ;

- Жинсий алоқада бўлган шахсларда хавф омиллари (агар маълум бўлса);
- ОИВ юқиши содир бўлган вақти ва жойи (давлат) (тахмин қилинган ёки маълум бўлган);
- Сил беморлари билан мулоқат;
- Эндемик ўчоқларда бўлгани.

1.3. Жисмоний кўрик

Жисмоний кўрикда ОИВ инфекциясининг турли клиник босқичларда юзага келиши мумкин бўлган белгиларни инобатга олган ҳолда симптомлар ва объектив кўрсаткичларни баҳолаш лозим

1.4. Лаборатор ва бошқа текширувлар

1.4.1.ОИВ инфекциясини аниқлаш ва унинг кечишини баҳолашга қаратилган текширувлар:

- Иммунотанқислик даражасини баҳолаш учун CD4лимфоцитлар сони (абсолют ва процент кўрсаткичда)
- Вирус репликацияси фаоллигини баҳолаш учун зардобдаги ОИВ РНКсини концентрациясини (нусха/мл)аниқлаш(вирус юкламаси - ВЮ)

1.4.2.Ўтказилиши шарт бўлган текширувлар:

- Қоннинг умумий таҳлили
- Пешобнинг умумий таҳлили
- Қоннинг биохимик таҳлили (умумий оксил ва унинг фракциялари, трансаминазалар, билирубин ва унинг фракциялари, амилаза)
- Заҳмга текширув;
- Аёлларда бачадон бўйнидан суртмани ҳар йилда цитологик текшируви;
- Кўкрак қафасининг рентгенографияси
- Фаол сил белгилари бор бўлганида балғам суртмаси микроскопияси

1.4.3. Қўшимча текширувлар (кўрсатма бўлганида ўтказилади):

- В ва С гепатитларга серологик текширув;
- *Toxoplasma gondii* нинг IgГантителасига серологик текширув;
- Цитомегаловируснинг IgГантителасига серологик текширув;
- Қин, сийдик канали ёки орқа каналдан суртмани Сўзак ва *Chlamydia trachomatis* га текширув
- Зардобда ва орқа мия суюқлигида криптококк антигенини текшириш
- Нажаснинг умумий таҳлили
- Ҳомиладорлик синамаси
- рТФТ, лактатдегидрогеназа, глюкоза
- Холестерин – умумий, юқори зичликдаги липопротеидлар (ЛПВП) ва паст зичликдаги липопротеидлар (ЛПНП), триглицеридлар;
- Кўз тубини текшириш, айниқса CD4лимфоцитлари сони паст бўлганида
- ЭКГ
- УЗИ
- МРТ

- КТ
- ЭГДФС
- Нажасни бактериологик текшируви
- Люмбал пункция
- Трахея аспиратини текшириш, бронхоскопия;
- Тери биопсияси.

Кўрсатма бор бўлса – тор йўналишдаги мутахассислар маслаҳатини ўтказиш.

1.5. ОИВ билан яшовчи шахсларни (ОБЯ) РҚТ қабул қилишга тайёрлаш

Беморлар РҚТ қабул қилишни бошлашидан аввал уларнинг интилишлари ва РҚТ бошлашга тайёр эканлигини, РҚТ препаратлар билан даволаш схемасини, уларнинг дозалари ва қабул қилиш жадвалини, РҚТ нинг кутилаётган ижобий томонларини ва эҳтимол қилинган ножўя таъсирларини бафуржа муҳокама қилиб олиш лозим. Шунингдек, беморларнинг кейинги қатновлари ва кузатувмониторинг тартиби ҳам келишиб олинади. ОИВ инфекцияли болаларни олиб боришда бундай суҳбат вақтида болани парвариш қилувчи шахс бевосита қатнашиши лозим, ва бунда бемор болага ОИВ статусини ошкор қилиш масаласи ҳам муҳокама қилиниши лозим.

РҚТ курсини бошлашдан аввал ҳар доим таом истеъмол қилиш билан ўзаро боғлиқликни, оппортунистик касалликларни, юзага келиши мумкин бўлган қарши кўрсатмалар ва у ёки бу препарат дозасини коррекция қилиш нуқтаи назаридан дори воситаларининг потенциал ўзаро таъсирини инобатга олиш лозим.

РҚТ қабул қилиш юзасидан розилик ёки бош тортишининг якуний қарори муаян мижозга, парвариш қилувчи шахсларга боғлиқ ва агар улар РҚТ қабул қилишни кейинроқ муддатга қолдиришни хоҳласалар, кейинги ташриф давомида ушбу масалага яна қайтиш лозим.

Рухий саломатлик билан муаммолар бўлган тақдирда, рухий таъсир қилувчи препаратларни қабул қилиш ёки буюрилган режимга риоя қилиш учун сезиларли тўсиқ бўлувчи бошқа хусусиятга эга бўлган муаммолар бўлса тегишли қўллаб-қувватлашни таъминлаш лозим. Ва доимий равишда РҚТ қабул қилишга тайёрликни қайта баҳолашни ўтказиш керак.

Даволаш курсини бошлаётган беморлар ва уларни парвариш қилувчи шахслар РҚТ нинг таклиф этилган схемаси аввало вирус юкламасини камайтириш ва иммунитетни тиклаш учун самарадор восита эканини тушунишлари шарт.

РҚТни муваффақиятли олиб бориш учун улардан дори воситаларини буюрилган режимга аниқ риоя қилишлари талаб этилади. Уларга ножўя таъсирларнинг аксарияти вақтинчалик ёки даволаш яхши самара бериши

ҳақида ва ножўя таъсир юзага келганида бир препаратни бошқасига алмаштириш мумкинлиги ҳақида маълумот бериш керак.

РҚТ қабул қилувчи ва уларни парвариш қилувчи шахслардан доимий равишда бемор бошқа дори воситаларини, шу жумладан ўтлардан тайёрланган гиёҳлар ва таомга қўшимчалар қабул қилаётганлиги ҳақида сўраб бориш лозим.

1.6. Ретровирусга қарши препаратлар билан даволанишнинг биринчи ойларида нимани кутиш мумкин

РҚТ бутун умр давомида препаратларни қабул қилишни талаб қилади, аммо даволанишнинг биринчи олти ойи айниқса муҳим. Бу даврда оппортунистик инфекциялар ва/ёки иммунитет тикланишининг яллиғланиш синдроми (ИТЯС), шунингдек, дори воситаларининг эрта ножўя таъсирлари (масалан, дори воситасига гиперсезгирлик) пайдо бўлиши мумкин.

1.7. CD4 хужайралар сонининг тикланиши

Кўпгина беморларда CD4 хужайралар сони РҚТ бошланиши билан кўтарилади. Одатда, бундай кўтарилиш даволанишнинг биринчи йили давомида қайд этилади, кўрсаткичларнинг бир текис (плато) бўлиши билан турғунлашади ва кейин иккинчи йил давомида секин аста ўсиб боради.

Аммо баъзи ОБЯларда иммунитетни оғир шаклида сусайиши давом этиши мумкин, бунда даволаш фонида CD4 хужайралар сони сезиларли кўпаймайди, айниқса РҚТ бошлаш вақтида CD4 хужайралар сони жуда паст бўлган шахсларда.

CD4 хужайралар сонининг кам даражада тикланиши режимга риоя қилиш муаммоси ёки РҚТ га бирламчи жавобни йўқлиги бўйича тиббиёт ходимини хушёрликка чақириши лозим.

Иммунитет тикланишининг яллиғланиш синдроми (ИТЯС) РҚТ ўтказилишига жавобан иммунитет тикланиши билан боғлиқ бўлган клиник белги ва симптомлар спектрини акс эттиради.

ИТЯС одатда РҚТ бошланганидан 4-8 ҳафта давомида, кўпинча CD4 хужайра 200 дан кам бўлган ОИВғинфицирланган шахсларда 10%–30%гача кузатилади. Синдром иккита турлича шаклларда намоён бўлиши мумкин:

- ИТЯСнинг парадоксал тури бўйича, бунда оппортунистик инфекция ёки ўсма ташхиси РҚТ бошлангунича қўйилади, аммо кейинчалик РҚТ бошланиши билан ушбу патологиянинг кечиши оғирлашади. Парадоксал ИТЯСнинг энг мураккаб ва ҳаёт учун хавфли бўлган шакллари ТБ, криптококкоз, Капоши саркомаси ва ўрат олувчи темирлатки билан боғлиқ;
- ИТЯСнинг ниқобсизловчи тури бўйича, бунда РҚТ бошланиши билан аввал клиник намоён бўлмаган патологик жараён ҳам бошланади. Бу ҳолатни фақат

намоён бўлаётган кўринишни янги инфекция, маълум инфекция кечишидаги кутилган хусусиятлар ёки дори воситасининг токсиклиги билан боғлаш имкони бўлмаган тақтирдагина назарда тутиш лозим.

БЦЖга боғлиқ ИТЯС (маҳаллий ва тизимли) ОИВ инфекцияли чақалоқларда режа асосида БЦЖ ўтказилганида юзага келиши мумкин. Асосий хавф омиллари қуйидагилардир: РҚТ бошланиш вақтида CD4+ хужайралар сони паст бўлиши (<50 клеток/мм³), тарқалган оппортунистик инфекциялар, ўсмалар.

ИТЯС, одатда, ўз ўзидан йўқолиб кетади ва РҚТ ни тўхтатиш жуда кам ҳолларда тавсия қилинади, беморлар даволашни тўхтатилиши ёки РҚТ режимига қониқарсиз риоя қилинишини олдини олиш мақсадида қўллаб-қувватлаш ва тиббий кузатувга муҳтож.

ИТЯС юзага келиш эҳтимолини камайтиришга қаратилган энг муҳим қадамлар қуйидагилар:

- ОИВ эрта ташҳиси ва РҚТни ўз вақтида бошланиши;
- РҚТ бошлагунга қадар оппортунистик инфекцияларнинг мукамаллаштирилган скрининги;
- РҚТ бошлагунга қадар оппортунистик инфекцияларнинг оптимал даволаниши.

II. РЕТРОВИРУСГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯ

CD4 хужайралар сони 350 хуж/мкл дан паст бўлган ОИВ инфекцияли беморга РҚТ ҳар доим тавсия қилинади.

CD4 хужайралар сони ушбу кўрсаткичдан юқори бўлган беморларга РҚТ бошлаш қарори пухталиқ билан ўйлаб кўрилиши ва индивидуал ҳолатда қабул қилиниши лозим, айниқса РҚТ талаб қилаётган ва даволанишни бошлашга тайёр бўлган бемор юқорида келтирилган ҳолатларни бошидан кечираётган бўлса ва/ёки мавжуд бўлган бошқа шахсий муаммолари ҳам инобатга олиниши лозим.

Профилактик даволаш чораларини қўллашдан олдин CD4 хужайралар сони 350 хуж/мкл дан паст бўлган беморларни ва CD4 хужайралар сони юқорироқ бўлса ҳам аввал санаб ўтилган ҳолатлардан беморларни даволаш устивор бўлиши лозим.

РҚТ ни бошлаш қарори комисион тарзда қабул қилинади, бунда бемордан ёки унинг васий/қонуний вакилидан ёзма равишда розилиги олинади. Беморда РҚТ га содиқлик шаклланганига ишонч ҳосил қилиш лозим.

РҚТ буюришдан аввал, ҳар бир ҳолатда, беморни клиник-биохимик текширувдан ўтказиш, РҚТга клиник кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни

аниқлаш, лаборатор кўрсаткичларни баҳолаш ва олинган маълумотларни инобатга олган ҳолда даволашнинг мақбул схемасини ишлаб чиқиш лозим.

Танланган даволаш тартибига қатъий амал қилишни таъминлаш мақсадида бемор билан руҳий тайёргарлик ўтказиш ўта муҳимдир.

2.1. Катталар учун биринчи қатор РҚТ

Биринчи қатор РҚТ иккита тескари транскриптазининг нуклеозидли ингибитори (НИОТ) ва битта тескари транскриптазининг нонуклеозидли ингибиторини (ННИОТ) ўз ичига олиши лозим.

1- жадвал

РҚТни бошлаш бўйича тавсиялар

Шахслар тоифалари	Тавсиялар
Катталар ва болалар (≥ 10 ёш)	ОИВнинг 1 ва 2 клиник босқичларида агар CD4 хужайралар сони ≤ 500 хужайра/мм³ бўлса РҚТ қабул қилишга ҳоҳиши ва тайёрлигини инобатга олиб, содиқликка риоя қилган ҳолда бошлаш лозим. Агар CD4 хужайралар сони ≤ 350 хужайра/мм³ бўлса РҚТ ўтказишни бошлаш барча ОБЯлар учун устивор тартибда бўлади. ОИВнинг оғир кечиши ёки ОИВ юзага келтирган касалликнинг сўнгги босқичларида (БЖССТнинг таснифига кўра 3 ва 4 клиник босқичлар) бўлган барча шахсларга РҚТ ўтказишни бошлаш устивор тартибдадир. БЖССТнинг таснифи бўйича касалликнинг клиник босқичи ёки CD4 хужайралар сонидан қатъий назар қуйидаги ҳолларда РҚТ бошлаш тавсия этилади: - CD4 хужайралар сонини инобатга олган ҳолда ТБнинг фаол шаклида (CD4 < 100 кл/мкл бўлганда икки ҳафта давомида) - жигарнинг оғир сурункали касаллиги белгилари бор бўлган ВГВ коинфекциясида - серодискордант жуфтликларда ОИВ инфекцияли шахснинг шеригида (ОИВ юқиш хавфини камайтириш учун) РҚТ қабул қилишга ҳоҳиши ва тайёрлигини инобатга олиб, содиқликка риоя қилган ҳолда
	ОИВнинг 1 ва 2 клиник босқичларида агар CD4

≥5 ёшли болалар	хужайралар сони ≤ 500 хужайра/мм³ бўлса ота-онаси/васийнинг хоҳиши ва тайёрлигини инобатга олиб, содиқликка риоя қилган ҳолда, ҳамда ёзма равишда розилигини олиб, РҚТ ўтказишни бошлаш лозим. Агар CD4 хужайралар сони ≤ 350 хужайра/мм³ бўлса РҚТ ўтказишни бошлаш барча 5 ёшдан катта бўлган болалар учун устивор тартибдир. -ОИВнинг оғир кечиши ёки ОИВ юзага келтирган касалликнинг сўнгги босқичларида (БЖССТнинг таснифига кўра 3 ва 4 клиник босқичлар) бўлган барча болаларга РҚТ ўтказишни бошлаш устивор тартибдир. CD4 хужайралар сонидан қатъий назар қуйидаги ҳолларда РҚТ ўтказишни бошлаш лозим: -БЖССТнинг таснифига кўра 3 ва 4 клиник босқичларда -CD4 хужайралар сонини инобатга олган ҳолда ТБнинг фаол шаклида (CD4 хужайралар сони < 100 хуж/мкл бўлганида икки хафта давомида).
1–5 ёш бўлган болалар	БЖССТнинг таснифи бўйича касалликнинг клиник босқичидан ёки CD4 хужайралар сонидан қатъий назар барча учун РҚТ ўтказишни бошлаш лозим. ОИВ инфекцияли барча болаларга РҚТ ўтказишни бошлаш устивор тартибда: 1-5 ёшли болаларда ОИВ юзага келтирган касалликнинг оғир кечиши/сўнгги босқичларида (БЖССТнинг таснифига кўра 3 ва 4 клиник босқичлар) ёки қуйидагиларнинг қай бири камроқ бўлишига қараб - CD4 хужайралар сони ≤ 750 хужайра/мм³ ёки $< 25\%$ бўлса, ота-онаси/васийнинг хоҳиши ва тайёрлигини инобатга олиб, содиқликка риоя қилган ҳолда, ҳамда ёзма равишда розилигини олиб, РҚТ ўтказишни бошлаш лозим.
<1 ёш бўлган чақалоқлар	БЖССТнинг таснифига кўра касалликнинг клиник босқичидан ёки CD4 хужайралар сонидан қатъий назар барча чақалоқлар учун РҚТ ўтказишни бошлаш лозим.

ОИВ инфекцияси клиник ташхиси эҳтимол қилинган (2 марта ПЗР-ДНК мусбат натижа олинганини инобатга олиб) 18 ойдан кичик бўлган барча болалар учун РҚТ ўтказишни бошлаш тавсия этилади.

Катталарни даволаш учун РҚТнинг биринчи қатор схемалари

Катталар учун биринчи қатор РҚТ (жумладан, хомиладорлар ва кўкрак билан боқувчи аёллар, ТБ ва ВГВ коинфекцияси бор бўлган шахслар)

Афзалроқ схемалар	TDF + 3TC (ёки FTC) + EFV
Алтернатив схемалар	AZT + 3TC + EFV (ёки NVP) TDF + 3TC (ёки FTC) + NVP
Алоҳида ҳолатлар ^a	ABC ва кучайтирилган ИП тутувчи схемалар

“Дори воситаларининг эҳтимол қилинган ўзаро таъсири натижасида мос келмаслиги ёки сезиларли токсик белгилари оқибатида афзалроқ бўлган ёки алтернатив схемалар олиш имкони бўлмаган, ёки препаратларни ҳарид қилиш, етказиб беришдаги муаммолар ёки бошқа сабаблар алоҳида ҳолатлар бўлиши мумкин.

2.2. ТБ/ОИВ коинфекциясида РҚТ

Агар ТБ/ОИВ коинфекцияли беморда CD4 хужайралар даражаси <100хуж/мкл бўлса имкон қадар силга қарши даволаш бошланганидан кейин 2 хафта ичида РҚТ ўтказишни бошлаш лозим.

ТБ/ОИВ коинфекцияли беморда CD4 хужайралар даражаси >100хуж/мкл бўлса, РҚТни силга қарши даволаш бошланганидан кейин 8-12 хафтага колдириш мумкин, айниқса дори воситаларининг ўзаро таъсири, даволанишга содиқлик ёки силга қарши препаратларнинг токсик таъсири билан боғлиқ қийинчиликлар бор бўлса.

Шуни ёдда тутиш керакки, жуда эрта ва CD4нинг паст даражасида бошланган РҚТ га ИТЯС (иммунитет тикланишининг яллиғланиш синдроми) ҳам жавоб бўлиши мумкин.. ИТЯСни симптоматикдаволашда жавоб реакциясини инобатга олган ҳолда, доза ва қўллаш давомийлигини аниқлаб, кортикостероидларни қўллаш масаласини кўриб чиқиш лозим.

ТБ/ОИВ коинфекциясида CD4 (хуж/мкл) га боғлиқ ҳолда РҚТни тавсия этилган бошлаш вақти

CD4 даражаси(хуж/мкл)	РҚТ бошлаш вақти
CD< 100хуж/мкл	Имкон қадар эртароқ; яхшиси икки ҳафта ичида.
CD>100-350хуж/мкл	Имкон қадар қисқа муддат ичида, лекин ТБни даволашнинг 2 оyi тугашини кутиш мумкин, айниқса дори воситаларининг ўзаро таъсири, даволашга содиқлик ёки силга қарши препаратларнинг токсик таъсири билан боғлиқ муаммолар мавжуд бўлса.
CD4> 350хуж/мкл	Шифокор ихтиёрига қўра.

ОИВ инфекцияли беморларда сил менингити кузатилса, силга қарши даво чоралари бошлангандан 8 ҳафтадан сўнг, CD4 хужайраларининг сонидан қатъий назар, РҚТ бошлаш лозим.

МЛУ-ТБ мавжуд бўлган барча ОИВ инфекцияли беморларга, CD4 хужайраларининг сонидан қатъий назар, имкон қадар эрта (биринчи 8 ҳафта мобайнида) РҚТ бошлаш лозим.С

Силга қарши ва антиретровирус препаратларини бир вақтда қўллаш

ННИОТ:

- эфаверенз ва рифампицин: эфаверенз дозаси ўзгармаган ҳолда кунига 600 мг дар бир маҳал (агар тана оғирлиги < 60кг); рифампицин стандарт дозада.
- эфаверенз ва рифабутин: эфаверенз стандарт дозада, рифабутин дозасини 450 мг/кун гача ошириш.
- Невирапин: тавсия этилмайди.

ИП:

- Протеаза ингибиторлари ва рифампицин: тавсия этилмайди.
- Протеаза ингибиторлари ва рифабутин: рифабутин ҳафтасига 150 мг х 3 маҳал ATV/г, LPV/г билан;
- Протеаза ингибиторлари стандарт дозада; доимий равишда жигар ферменти ва имкон қадар ИП синфига оид препаратларнинг терапевтик мониторингини олиб бориш.

Агар бемор томонидан қабул қилинаётган силга қарши ва АРВ препаратлари бирикмаси тавсия этилмаслиги аниқланса, у ҳолда ОИВ инфекциясини даволовчи мутахассис билан маслаҳат қилиш лозим.

Агар даволаш схемасига ННИОТ ва/ёки ИП киритилган бўлса, у ҳолда ушбу препаратларнинг терапевтик мониторингини олиб бориш зарур.

Силга қарши даво олаётган беморлар учун тавсия этилган биринчи қатор ретровирусга қарши препаратлари комбинацияси

Аввал ретровирусга қарши препарат қабул қилмаган беморлар учун тавсия этилган схемалар орасида EFV/TDF/FTC схемасини афзал кўриш лозим.

Алтернатив схемалар:

- рифампицин ўрнига рифабутин қўлланилган ИП/р + TDF/FTC схемаси тавсия қилинади.

Эҳтиёткорлик билан қўллانسин:

Агар қон зардобида вирус юкламаси < 100000 хуж/мл бўлса, у ҳолда кунига икки марта ZDV/ABC/3TC тайинли дозалар комбинацияси +/- TDF схемасини, ТБ даволаниши тугагунга қадар, қисқа муддатли алтернатив даво сифатида қўллаш мумкин.

Шуни ёдда тутиш керакки, жуда эрта ва CD4нинг паст даражасида бошланган АРТга ИТЯС (иммунитет тикланишининг яллиғланиш синдроми) ҳам жавоб бўлиши мумкин. Баъзи ҳолатларда ушбу синдромни даволаш учун кортикостероидлардан фойдаланишни фикрлаб кўриш лозим.

4- жадвал

Ретровирусга қарши препаратлари билан рифампицин/рифабутиннинг ўзаро таъсири

ТБ/ОИВ инфекцияли беморлар учун ретровирусга ва силга қарши препаратларнинг ўзаро таъсири, препаратларнинг тавсия этилган дозалари коррекцияси билан		
НИОТ	AZT, 3TC, TDF, ABC, FTC	Рифампицин: барча препаратлар стандарт дозада
		Рифабутин: барча препаратлар стандарт дозада
ИП/р	ATV/r, DRV/r, LPV/rёкиSQV/r	Рифампицин: тавсия этилмайди.
	доимий равишда жигар ферментларини текшириш ва имкон қадар ИП/рнинг терапевтик мониторингини олиб бориш.	Рифабутин: хафтасига 3 марта 150 мгд дозада. ИП/р стандарт дозада.

ННИ ОТ	EFV	Рифампицин: дозанинг коррекцияси талаб этилмайди. EFV: стандарт дозада; 22 хафтадан сўнг ретровирусга карши препаратларининг терапевтик мониторингини ўтказиш тавсия этилади.
	NVP	Рифабутин: кунига 450 мг EFV: стандарт дозада Рифампицин ҳам рифабутин ҳам тавсия этилмайди.

2.3. Жигарнинг сурункали касалликларида РҚТ

Жигар зарарланганини клиник баҳолаш

Сурункали В гепатитнинг клиник белгилари бор бўлганида биохимик кўрсаткичлар ва УЗИ маълумотларига асосан сурункали жараён фаоллигига баҳо берилади (имкон бўлса доплерография ўтказилади).

Жигар циррозининг клиник белгилари бор бўлганида Чайлд-Пью таснифига асосан унинг оғирлик даражасига баҳо берилади (5 жадвал).

5- жадвал

Чайлд-Пью таснифи

Клиник ва биохимик кўрсаткичлар	Баллар		
	1	2	3
Билирубин	<2 мг/дл (<34 мкмоль/л)	2–3 мг/дл (34–50 мкмоль/л)	>3 мг/дл (>50 мкмоль/л)
Альбумин	>3,5 г/дл	2,8–3,5 г/дл	<2,8 г/дл
Асцит	йўқ	Ўртача	Оғир/рефракте рли
Энцефалопатия	йўқ	Ўртача (I–II босқич)	Оғир (III–IV босқич)
Протромбин вақти	>60%	40–60%	<40%

Баллар йиғиндисига асосан баҳолаш ўтказилади:

- А синф (5–6 балл) >циррознинг компенсация даври;
- В синф (7–9 балл) >циррознинг компенсация даври;
- С синф (10–15 балл) >циррознинг декомпенсация даври.

Гепатит В ва/ёки С коинфекция билан оғриган беморларга РҚТни эрта бошлаш зарур, чунки иммун реконституцияси ва вирус юкламаси сусайиши натижасида жигар фиброзининг ривожланиши камаяди. Шунингдек, ВГВ ҳолатидан қатъий назар CD4 хужайралар сони <500хуж/мкл бўлган барча ОИВ/ВГВ коинфекцияли беморлар учун РҚТни тенафовир асосида тузилган схемадан бошлаш зарур.

Мақсад: иммун супрессияси оқибатида ВГВни янада фаол фазасига ўтиб кетишига йўл қўймаслик.

Сурункали ВГС билан оғриган беморларда CD4 сони 500 хуж/мкл дан камайдиганида РҚТ бошлаш тавсия қилинади.

БОИВ/ВГВ коинфекцияси билан оғриган беморлар ВГВга нисбатан самарали бўлган препаратларни ўзида сақлаган схемаларни тўхтатишдан тийилишлари лозим, чунки гепатитни бирдан кучайиб кетиши ва ВГВ вирусининг қайта фаоллашуви оқибатида декомпенсация юзага келиши хавфи юқори бўлади.

ВГВ/ОИВ коинфекцияли ва жигар циррози клиник намоён бўлган беморлар.

- Циррознинг компенсация даври ВГВни даволаш учун қарши кўрсатма бўла олмайди. Жигар касалликларининг декомпенсация даврида ИНФ ёмон қабул қилиниши сабали қўлланилмайди
- Цирроз билан оғриган беморларга ГЦКни эрта аниқлаш мақсадида ҳар 6 ойда жигарни УЗИ текширувидан ўтказиш зарур. Шунингдек, бундай беморларни ташхис биринчи бор қўйилганида ва кейинчалик ҳар йил қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайишига текширувидан ўтказиш лозим.
- Жигарда метаболизмга ўрнатиш ретровирусга қарши препаратлар дозаси коррекция қилиниши талаб этилиши мумкин. ИП тутган схемаларни синчковлик билан мониторинг қилиниши талаб этилади.
- ВГВ/ОИВ коинфекцияли беморларда касалликнинг терминал босқичида ВГВ инфекцияси билан оғриган ОИВ инфекцияси бўлмаган беморларда асцит, гепаторенал синдром, варикоз кенгайган веналардан қон кетиши, жигар энцефалопатияси ва жигар декомпенсациясининг бошқа кўринишларини даволашдаги каби тадбирлар талаб этилади.
- Цирроз билан оғриган беморларда ҳар 6 ойда, зарурат бўлганида – қисқарок муддатда мочевино ва креатининклиренси даражасининг арифметик ўртача кўрсаткичи аниқлаб борилади.

Цирроз билан оғриган ва CD4 даражаси паст бўлган беморларни жигар ферментларини тўсатдан ортиб кетиши оқибатида эҳтимол қилинган ИЯТС ва кейинги жигар декомпенсациясини ўтказиб юбормаслик учун РКТнинг биринчи ойларида синчковлик билан кузатиш талаб этилади.

6- жадвал

Гепатотоксикликнинг стандарт шкаласи

Гепатотоксиклик даражаси	АлАТ ва АсАТ фаоллиги меъёрини юқори чегарасига нисбатан ортиши	АлАТ ва АсАТ фаоллиги ни бошланғич даражасига нисбатан ортиши
1	1,25–2,5 марта	1,25–2,5 марта
2	2,6–5,0 марта	2,6–3,5 марта
3	5,1–10,0 марта	3,6–5,0 марта
4	>10,0 марта	>5,0 марта

7- жадвал

Жигар фаолияти бузилишида ретровирусга қарши препаратлари дозасининг модификацияси

НИОТ	
ABC	Чайлд-Пью бўйича тасниф 5-6: кунига 2 марта 200 мг (оғиз орқали қабул қилиш учун эритмадан фойдаланиш)
	Чайлд-Пью бўйича тасниф > 6: қарши кўрсатма
FTC	дозаси коррекциясиз
3TC	дозаси коррекциясиз
TDF	дозаси коррекциясиз
FTC + TDF	дозаси коррекциясиз
AZT	Агар Чайлд-Пью бўйича тасниф > 9 бўлса, дозани 50%га камайтириш ёки қабул қилиш орасидаги интервални икки баробар узайтириш
ННИОТ	
EFV	Дозада ҳеч қандай ўзгаришсиз; жигар фаолияти бузилган беморлар учун эҳтиёткорлик билан қўлланилсин.
EFV + FTC + TDF	

NVP	Чайлд-Пью бўйича тасниф > 6: қарши кўрсатма
ПРОТЕАЗА ИНГИБИТОРЛАРИ	
ATV*	Чайлд-Пью бўйича тасниф 7-9: кунига 1 марта 300 мг
	Чайлд-Пью бўйича тасниф > 9: тавсия этилмайди
	Жигар фаолияти бузилган беморлар учун (Чайлд-Пью бўйича тасниф > 7) ритонавир билан бустирлаш тавсия этилмайди
DRV*	Жигар фаолиятининг енгил ва ўрта даражада бузилиши: дозаси коррекциясиз
	Жигар фаолиятининг оғир даражада бузилиши: тавсия этилмайди
LPV/r	Доза бўйича тавсияларсиз; жигар фаолияти бузилган беморлар учун эҳтиёткорлик билан қўлланилсин.
CCR5ингибитори	
MVC*	Доза бўйича тавсияларсиз. Жигар фаолияти бузилган беморлар учун концентрацияларини ошириш эҳтимоли бор
ИНТЕГРАЗА ИНГИБИТОРЛАРИ	
RAL*	Дозаси коррекциясиз

Вирусли гепатит”С”ни даволаш ОИВ –инфекциясининг эрта босқичларида (РҚТга кўрсатма бўлишидан аввал) тавсия этилади. CD4 < 500 хуж/мкл бўлган беморларда сурункали ВГСнинг давосининг самарасини ошириш мақсадида РҚТни бошлаш тавсия этилади. Аммо коинфекцияли беморда иммундефицит ҳолат мавжуд бўлса (CD4 <350 хуж/мкл), ВГСни даволашдан олдин РҚТ ёрдамида иммун тизимни тиклаб олиш лозим.

HBsAg ва HBsAg антителолари негатив бўлган ОИВ –инфекцияли беморларга ВГВга қарши эмлаш тавсия этилади.

Эмлашга бўлган жавоб CD4 хужайралар сонига боғлиқ бўлади; агар CD4 200 хуж/мклдан кам бўлса, 25% ҳолатда эмлаш самара беради. РҚТга кўрсатма бўлса РҚТни эмлашдан аввал бошлаш лозим.

Эмлаш амалдаги ССВнинг тегишли буйруқлари асосида олиб борилади.

18 ОЙ ВА УНДАН КАТТА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ

ОИВ инфекцияли оналардан туғилган аммо ОИВ юкмаган 18 ойликгача бўлган кўпчилик болаларда онасидан ўтган ОИВ антителалари йўқолади. 18

ойликдан катта бўлган болаларда ОИВ антителани аниқланиши болада ОИВ инфекцияси борлигини кўрсатади (хослик 96%)

4.1 Болани ОИВ инфекцияга текшириш учун клиник кўрсатмалар

- **ОИВ инфекциясига нисбатан махсуслиги юқори бўлган симптом ва синдромлар:**

- Пневмоцистли пневмония
- Қизилўнгач кандидози
- Ўпкадан ташқари криптококкоз
- Сальмонеллезнинг инвазив кўринишлари
- Лимфоидинтерстициал пневмониялар
- Ўраб олувчи темирткини бир вақтда юзага келган бир нечта ўчоқлари
- Капоши саркомаси
- Лимфома
- Зўрайиб боровчи мультифокал лейкоэнцефалопатия

- **ОИВ инфекциясига хос симптомлар ва синдромлар:**

- Оғир қайталанувчи бактериал инфекциялар
- Оғиз бўшлиғининг персистирланувчи ёки қайталанувчи кандидози
- Сўлак безларини қайталанувчи икки томонлама оғриқлик атталашуви (паротит)
- Турли даражадаги гепатоспленомегалия
- Номаълум генезли персистирланувчи ёки қайталанувчи иситма
- Неврологик дисфункциялар (психомотор ривожланишда орқада қолиш, ҳаракат ўзгаришлари синдроми, когнитив функция шаклланишида ортада қолиши ёки йўқолиши)
- Бир дерматомада жойлашган ўраб олувчи темирткини
- Стандарт терапия таъсир қилмайдиган персистирловчи дерматит

- **ОИВ инфекциясида кўп учрайдиган симптом ва синдромлар**

- Сурункали ёки қайталанувчи ўрта отит
- Персистирловчи ёки қайталанувчи диарея
- Оғир пневмония
- Сил
- Бронхоэктазлар
- Жисмоний ривожланишда орта қолиш
- Хулқ-атвор ўзгаришлари ва рухий ўзгаришлар юзага келиши

ОИВ инфекциясига текширув учун эпидемиологик кўрсатмалар

- Қон ва унинг компонентлари реципиенти
- Стационар шароитида парентерал усулда даволаниш олган болалар
- Инъекция орқали гиёҳванд модда қабул қилувчи болалар
- Шаҳвоний зўравонлик қурбонлари
- Моддий рағбатлантириш эвазига интим алоқа қилувчи болалар
- Онасида ОИВ инфекция аниқланган, кўкрак билан озиқланувчи болалар
- Онасида ОИВ инфекция аниқланган 10 ёшгача бўлган болалар
- Онаси хомилдорлик ёки туғруқ вақтида ОИВга текширилмаган болалар

Қуйидаги ҳолатларда ОИВ инфекцияли онадан туғилган боланинг ОИВ статуси аниқлаштирилади:

- Агар бола туғилганидан сўнг дарҳол текширилмаган бўлса;
- 18 ойликгача текширилганида қон намунасида бир ёки бир неча марта ОИВ антителаларига мусбат натижа олинган бўлса;
- 18 ойликгача текширилганида қон намунасида бир марта ОИВ антителаларига манфий натижа олинган бўлса;
- ОИВ ДНКсига ПЗР усули ёрдамида текширилганида қон намунасида битта манфий ёки мусбат натижа олинган бўлса.

ОИВ инфекцияли онадан туғилган боланинг ОИВ -инфекция ташхисини якуний инкор этиш ва диспансер ҳисобидан чиқариш қуйидаги ҳолатларда ўтказилади:

- Охириги 6 ой давомида кўкрак билан озиқлантирилмаган, гипогаммаглобулинемия ва ОИВ инфекциясининг клиник белгилари бўлмаган 18 ойгача бўлган болалар вена қони намунасида икки марта манфий натижа олинса,

ёки

- Охириги 6 ой давомида кўкрак билан озиқлантирилмаган, гипогаммаглобулинемия ва ОИВ инфекциясининг клиник белгилари бўлмаган 18 ойдан катта бўлган болалар вена қони намунасида бир марта манфий натижа олинса.

V. ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРНИ КУЗАТИШ

5.1. ОИВ инфекцияли болаларни клиник ва лаборатор текширувлари

ОИВ инфекцияси ташхиси қўйилган ҳар бир бола инфекциянинг клиник босқичини, иммунтанқислик даражасини ва РКТ олиш учун кўрсатма борлигини, шунингдек, эътибор талаб қилувчи қўшилиб келган касалликлар ва ҳолатларни аниқлаш мақсадида клиник ва лаборатор текширувдан ўтиши шарт. Бундан ташқари, бирламчи кўрик вақтида котримаксозолни (ТМП/СМК) профилактика мақсадида буюриш масаласи ҳал қилинади; бу вазият болага, унинг ота-онасига ва болани парвариш қилувчи бошқа шахсларга масалҳат бериш ва қўллаб-қувватлаш учун ҳам қулайдир.

ОИВ/ОИТС билан оғриган болани клиник ва лаборатор текширувида қуйидагилар зарур:

- ОИВ инфекциясининг клиник босқичини аниқлаш учун мавжуд симптомларни баҳолаш (2-иловага қаранг);
- Мулоқатдагиларни аниқлаш ва коинфекция (сил, В ва С гепатитлар) хавфини баҳолаш;
- Қўшилиб келган касалликларни аниқлаш ва уларни даволашда қандай препаратлардан фойдаланилганини суриштириш;

- Ретровирусга карши препаратлари, жумладан онадан болага юқиши профилактикаси учун препаратлар қабул қилишга оид анамнез йиғиш;
- Антропометрик маълумотлар: вазн, бўй, бош айланаси;
- Озиқланиш ҳолатини баҳолаш, шу жумладан:
- Бола истеъмол қилаётган овқатнинг тури ва миқдори;
- Иштаҳаси, озиқланиш орасидаги вақт;
- Озиқланиш билан боғлиқ муаммолар;
- Парвариш қилувчи қайси шахс болани озиқлантиради.
- Ижтимоий шароитлари:
- Умумий санитар ҳолати, хавфсиз бўлган сув ва дори воситаларини сақлаш учун ишончли совутгич борлиги;
- Кўрсатмаларга амал қилинишини оила аъзоларидан ва парвариш қилувчи шахслардан қай бири назорат қилиши мумкин;
- Бола ва уни парвариш қилувчи шахснинг руҳий ҳолати; болани ақлий ривожланишини баҳолаш.

3 ва 4 жадвалларда ОИВ инфекцияли 1 ёшгача ва ундан катта болаларни саломатлик ҳолатини баҳолаш схемалари келтирилган.

Жадвал № 9

ОИВ инфекцияли 1 ёшгача бўлган болаларни саломатлик ҳолатини клиник-лаборатор баҳолаш схемаси

Жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини (вазн, тана узунлиги, бош ва кўкрак айланаси) назорати	6 ойгача – ойига 1 марта 6 – 12 ой – 3 ойда 1 марта
Бола эришган кўникмаларини назорати (УАШ, невропатолог иштирокида ўтказилади)	ойига 1 марта
Нейросонография	6 ойгача бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Қорин бўшлиғи УЗИ си	6 ойгача бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Кўкрак қафаси рентгенографияси	Кўрсатмага асосан
Электроэнцефалография	Талваса ҳолатлари бўлган болалар учун – йилига 1 марта, чаше –невропатолог тавсияси бўлса - кўпроқ
Кўз тубини кўриш	йилига 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
ЭКГ	Кўрсатмага асосан

Эхо КГ	Кўрсатмага асосан
Қон умумий тахлили	3-6 ойда 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Пешоб умумий тахлили	6 ойда 1 марта; ТМП/СМК профилактикдозада қўлланиласа – 3 ойда 1 марта; ТМП/СМК даволашдозасида қўлланиласа – ҳар 5-7 кунда
Қоннинг биохимик тахлили (АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва унинг фракциялари, лактат, амилаза)	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Копрограмма	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Тор доирадаги мутахассислар (кардиолог, фтизиатр, онколог ва б.) маслаҳати	Кўрсатмага асосан
Тери ичи туберкулин тести	Ҳар 6 ойда, режадан ташқари – фтизиатр йўлланмасига асосан
Вирусли гепатит, ЦМВ, ВПГ, Эпштейн- Барр вируси маркерлари	Бир йилгача бир марта

10-жадвал

ОИВ инфекцияли 1 ёшдан катта бўлган болаларни саломатлик ҳолатини клиник-лаборатор баҳолаш схемаси

Жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини (вазн, тана узунлиги, бош ва кўкрак айланаси) назорати	1 – 5 ёш – 3 ойда 1 марта 6 – 14 ёш – 6 ойда 1 марта
Бола эришган кўникмаларини назорати (УАШ, невропатолог иштирокида ўтказилади)	Ойига 1 марта
Кўкрак кафаси рентгенографияси	йилига 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Кўз тубини кўриш	йилига 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
ЭКГ	йилига 1 марта
Эхо-КГ	2-3 йилда 1 марта

Нафасни функционал баҳолаш, велоэргометрия	2-3 йилда 1 марта ёки кўрсатмага асосан
Қоннинг умумий таҳлили	6 ойда 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Пешоб умумий таҳлили	6 ойда 1 марта; ТМП/СМК профилактик дозада қўлланилса – 3 ойда 1 марта; ТМП/СМК даволашдозасида қўлланилса – ҳар 5-7 кунда
Қоннинг биохимик таҳлили (АЛТ, АСТ, умумий оксил ва унинг фракциялари, лактат, амилаза)	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Копрограмма	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Тор доирадаги мутахассислар (кардиолог, фтизиатр, онколог ва б.) маслаҳати	Кўрсатмага асосан
Тери ичи туберкулин тести	Ҳар 6 ойда
Вирусли гепатит, ЦМВ, ВПГ, Эпштейн-Барр вирусимаркерлари	Йил давомида бир марта

Болада ОИВ инфекцияси кечишини лаборатор мониторинги мақсадида 3-4 ойда бир марта иммун статусни – CD4 лимфоцитлар сонини аниқлаб бориш лозим. 5 ёшгача бўлган болаларда CD4 хужайраларнинг фоиздаги улуши катта диагностик қийматга эга. 5 ёшдан катта болаларда CD4 абсолют рақамларидан фойдаланилади. Иммун статусни аниқлашнинг стандарт усули – оқимли цитофлуориметрия. Текширув сифатини таъминлаш мақсадида преаналитик босқич қоидаларига амал қилиш лозим.

Мавзу № 63: “Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм

	3.Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулоти)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.

Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар куруллар (тест ва вазиратли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотивининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№63 мотивация. (Мавзу баёни) Чақалоқни беҳатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ.

ОИВ инфекцияли болаларни клиник ва лаборатор текширувлари

ОИВ инфекцияси ташхиси қўйилган ҳар бир бола инфекциянинг клиник босқичини, иммунтанқислик даражасини ва РКТ олиш учун кўрсатма борлигини, шунингдек, эътибор талаб қилувчи қўшилиб келган касалликлар ва ҳолатларни аниқлаш мақсадида клиник ва лаборатор текширувдан ўтиши шарт. Бундан ташқари, бирламчи кўрик вақтида котримаксозолни (ТМП/СМК) профилактика мақсадида буюриш масаласи ҳал қилинади; бу вазират болага, унинг ота-онасига ва болани парвариш қилувчи бошқа шахсларга масалҳат бериш ва қўллаб-қувватлаш учун ҳам қулайдир.

ОИВ/ОИТС билан оғриган болани клиник ва лаборатор текширувида қуйидагилар зарур:

- ОИВ инфекциясининг клиник босқичини аниқлаш учун мавжуд симптомларни баҳолаш (2-иловага қаранг);
- Мулоқатдагиларни аниқлаш ва коинфекция (сил, В ва С гепатитлар) хавфини баҳолаш;
- Қўшилиб келган касалликларни аниқлаш ва уларни даволашда қандай препаратлардан фойдаланилганини суриштириш;
- Ретровирусга қарши препаратлари, жумладан онадан болага юқиши профилактикаси учун препаратлар қабул қилишга оид анамнез йиғиш;
- Антропометрик маълумотлар: вазн, бўй, бош айланаси;
- Озиқланиш ҳолатини баҳолаш, шу жумладан:
- Бола истеъмол қилаётган овқатнинг тури ва миқдори;
- Иштаҳаси, озиқланиш орасидаги вақт;
- Озиқланиш билан боғлиқ муаммолар;
- Парвариш қилувчи қайси шахс болани озиқлантиради.
- Ижтимоий шароитлари:
- Умумий санитар ҳолати, хавфсиз бўлган сув ва дори воситаларини сақлаш учун ишончли совутгич борлиги;
- Кўрсатмаларга амал қилинишини оила аъзоларидан ва парвариш қилувчи шахслардан қай бири назорат қилиши мумкин;
- Бола ва уни парвариш қилувчи шахснинг руҳий ҳолати; болани ақлий ривожланишини баҳолаш.

3 ва 4 жадвалларда ОИВ инфекцияли 1 ёшгача ва ундан катта болаларни саломатлик ҳолатини баҳолаш схемалари келтирилган.

Жадвал № 9

ОИВ инфекцияли 1 ёшгача бўлган болаларни саломатлик ҳолатини клиник-лаборатор баҳолаш схемаси

Жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини (вазн, тана узунлиги, бош ва кўкрак айланаси) назорати	6 ойгача – ойига 1 марта 6 – 12 ой – 3 ойда 1 марта
Бола эришган кўникмаларини назорати (УАШ, невропатолог иштирокида ўтказилади)	ойига 1 марта
Нейросонография	6 ойгача бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Қорин бўшлиғи УЗИ си	6 ойгача бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Кўкрак қафаси рентгенографияси	Кўрсатмага асосан
Электроэнцефалография	Талваса ҳолатлари бўлган

	болалар учун – йилига 1 марта, чаще –невропатолог тавсияси бўлса - кўпроқ
Кўз тубини кўриш	йилига 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
ЭКГ	Кўрсатмага асосан
Эхо КГ	Кўрсатмага асосан
Қон умумий тахлили	3-6 ойда 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Пешоб умумий тахлили	6 ойда 1 марта; ТМП/СМК профилактикдозада қўлланиласа – 3 ойда 1 марта; ТМП/СМК даволашдозасида қўлланиласа – ҳар 5-7 кунда
Қоннинг биохимик тахлили (АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва унинг фракциялари, лактат, амилаза)	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Копрограмма	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Тор доирадаги мутахассислар (кардиолог, фтизиатр, онколог ва б.) маслаҳати	Кўрсатмага асосан
Тери ичи туберкулин тести	Ҳар 6 ойда, режадан ташқари – фтизиатр йўлланмасига асосан
Вирусли гепатит, ЦМВ, ВПГ, Эпштейн- Барр вируси маркерлари	Бир йилгача бир марта

10-жадвал

ОИВ инфекцияли 1 ёшдан катта бўлган болаларни саломатлик ҳолатини клиник-лаборатор баҳолаш схемаси

Жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини (вазн, тана узунлиги, бош ва кўкрак айланаси) назорати	1 – 5 ёш – 3 ойда 1 марта 6 – 14 ёш – 6 ойда 1 марта
Бола эришган кўникмаларини назорати (УАШ, невропатолог иштирокида ўтказилади)	Ойига 1 марта
Кўкрак кафаси рентгенографияси	йилига 1 марта, кўрсатма

	бўлса кўпроқ
Кўз тубини кўриш	йилига 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
ЭКГ	йилига 1 марта
Эхо-КГ	2-3 йилда 1 марта
Нафасни функционал баҳолаш, велоэргометрия	2-3 йилда 1 марта ёки кўрсатмага асосан
Қоннинг умумий тахлили	6 ойда 1 марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Пешоб умумий тахлили	6 ойда 1 марта; ТМП/СМК профилактик дозада қўлланилса – 3 ойда 1 марта; ТМП/СМК даволашдозасида қўлланилса – ҳар 5-7 кунда
Қоннинг биохимик тахлили (АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва унинг фракциялари, лактат, амилаза)	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Копрограмма	6 ойда бир марта, кўрсатма бўлса кўпроқ
Тор доирадаги мутахассислар (кардиолог, фтизиатр, онколог ва б.) маслаҳати	Кўрсатмага асосан
Тери ичи туберкулин тести	Ҳар 6 ойда
Вирусли гепатит, ЦМВ, ВПГ, Эпштейн-Баррвируси маркерлари	Йил давомида бир марта

Болада ОИВ инфекцияси кечишини лаборатор мониторинги мақсадида 3-4 ойда бир марта иммун статусни – CD4 лимфоцитлар сонини аниқлаб бориш лозим. 5 ёшгача бўлган болаларда CD4 хужайраларнинг фоиздаги улуши катта диагностик қийматга эга. 5 ёшдан катта болаларда CD4 абсолют рақамларидан фойдаланилади. Иммун статусни аниқлашнинг стандарт усули – оқимли цитофлуориметрия. Текширув сифатини таъминлаш мақсадида преаналитик босқич қоидаларига амал қилиш лозим.

Мавзу № 65: “Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№65 мотивация. (Мавзу баёни) Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида (туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларда) хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

Чилла даври касалликлари организмнинг умумий касаллиги ҳисобланади. Бу муаммо кўпдан бери олимларни қизиқтириб келади. IX аср ўрталаригача

ушбу касалликлардан кўплаб оналар вафот этган. Акушерликдаги бундай асоратнинг бир неча марта камайишида венгер олими И. Ф. Зиммельвейснинг хизмати катта бўлди. У 1847 йилда биринчи бўлиб чилла даврида учрайдиган касалликларнинг юқумли бўлишини ва уларнинг олдини олиш учун акушерлар қўлларини антисептик суюқлик (хлорли сув) билан ювишлари шартлигини айтди.

Кўп ҳолатларда учровчи инфекцион агентлар қуйидагилар: *Escherichia coli*, энтерококклар, b-гемолитик стрептококклар, анаэроблар ва улар ичидаги пептострептококклар, пептококклар ва бактериоидлар ҳисобланади. Ҳозирги пайтда чилла даврида юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи ҳар хил микроблар (стафилококк, стрептококкнинг ҳар хил гуруҳлари, ичак таёқчалари ва бошқалар) маълум бўлиб, улар бир вақтнинг ўзида бир қанчаси ёки айримларигина таъсир қилиши натижасида касаллик юзага келиши мумкин. Бу микробларнинг турлари аёл организмига ташқаридан (экзоген йўл) ёки организмда сурункали инфекция ўчоқларидан (тиш кариеси, сурункали тонзиллит, кольпит, сурункали пиелонефрит ва бошқалар) лимфа, қон томирлари орқали тарқалиши мумкин. Шу билан бир қаторда чилла даври инфекцион касалликларининг тараққий этишида аёл организмнинг аҳволи, унинг микробларга қаршилиқ кўрсатиш ва иммун-биологик қобиляти асосий ҳал қилувчи рол ўйнайди. Чилла даврида аёл организмига микроб тушиш учун қулай шароит мавжуд бўлади. Айниқса бачадон шиллиқ қаватидаги жароҳат юзаси, кўчиб тушган йўлдош ўрни жуда қулай бўлади.

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

Туғруқ жараёнини муфассал асептик жараён деб бўлмайди, чунки қиндаги мавжуд микроблар патоген бўлмаса-да, туғруқдан олдинга кислотали муҳитдан ишқорий муҳитга (бачадон бўйни каналига) ўтиши натижасида патоген бўлиб қолиши мумкин.

Айниқса туғруқ узоқ давом этиб, қоғаноқ суви олдин кетганда унинг пардалари яллиғланиши мумкин, буни қоғаноқ пардаларининг яллиғланиши (хориоамнионит) дейилади. Одатда аёлда юқори ҳарорат, титраш, лейкоцитоз инфекциянинг туғруқ йўлларида қонга тарқалганлигини кўрсатади.

Микроб организмга тушиши билан касалликни тўсатдан қўзғатмайди, чунки аёл организми инфекцияга қарши курашувчи таначалар-антителолар ишлаб чиқаради. Чилла даврида касалликлар ривожланишида ретикуло-эндотелиал системасининг микробларни ушлаб қолиш, яъни тўсиқ функциясининг камайиши ёки сусайиши катта аҳамиятга эга.

Туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар ва уларнинг таснифи

1. Инфекция –феномен, одатда стерил макроорганизм тўқимасига микроб таначаларининг инвазияси туфайли макроорганизмда яллиғланиш жавоб реакцияси ривожланиши билан характерланади.

2. Бактеримеия- қондаги тирик микроорганизмнинг мавжудлиги.

3. Системали яллиғланиш жавоб синдроми – турли жароҳатланишга организмнинг тарқалган яллиғланиш жавоби. Қуйидаги синдром клиник жиҳатдан 2 ёки бундан ортиқ белгиларнинг мавжудлиги билан тасдиқланади:

- тана ҳарорати 36 С дан паст ёки 38С дан ортиқ бўлади.
- юрак қисқаришлар сони мин 90 мартадан ортиқ.
- нафас олиш сони мин 20 дан ортиқ.
- периферик қондаги лейкоцитлар сони <12000/мм.3., >4000/мм.3.
- етилмаган шаклининг 10% дан ортиқ бўлиши.

4. Сепсис- организмнинг инфекцияга систем жавоби бўлиб, клиник жиҳатдан икки ёки бундан ортиқ белгиларнинг мавжудлиги билан белгиланади:

5. Оғир даражадаги сепсис – аъзоларнинг етишмовчилиги, гипоперфузия ёки гипотензия ривожланиши билан характерланади. Гипоперфузия ёки тўқималарда перфузиянинг бузилиши лактат-ацидоз, олигоурия ёки ўткир эс-хушининг бузилишини ўз ичига олиши мумкин, аммо булар билан чегараланиб қолмайди.

6. Септик шок – сепсис билан индуцирланган гипотензия, ўтказилган адекват суюқлик инфузиясига қарамасдан ривожланади ва

тўқималар перфузияси бузилиши билан боради. Иноотроп ва вазопрессор воситаларини қабул қилган беморларда диагноз қўйиш пайтида гипотензия кузатилмаслиги мумкин.

7. Сепсис гипотензия билан кечганда ва гипотензияга бошқа сабаб бўлмаганда систолик артериал қон босими 90мм.сим.уст.дан паст ёки базал кўрсаткичлардан 40 мм.сим.уст. пасайиши мумкин.

8. Полиорган етишмовчилиги синдромли беморда касалликнинг ўткир фазасида аъзолар функциясининг бузилиши, гомеостазнинг ташқи аралашувсиз ўзини тиклай олмаслиги тушунилади.

Ҳозирги даврда С. В. Сазонов, В. А. Бартельс (1973) таснифи қабул қилиниб, бу 4 босқичдан иборат.

1-босқич-бунда инфекцион жараён асосан туғруқ йўлларида бўлади. Бунга чилла даврида бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши (эндометрит), чот, қин ва бачадон бўйнининг чилла яралари.

2-босқич-бачадон мушакларининг яллиғланиши (метрит), бачадон атрофида жойлашган клетчатка тўқималарининг яллиғланиши (параметрит) , тухумдон ва бачадон найларининг яллиғланиши (сальпингоофорит) , ички аъзолар юзасини беркитадиган сероз қават чаноқ қисмининг яллиғланиши (пельвеоперитонит), бачадон вена томири деворларининг яллиғланиши (чаноқ томирларининг тромбофлебити), болдир вена қон томирларининг яллиғланиши (болдир вена қон томири тромбофлебити) .

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

4-босқич-метастазсиз сепсис (қонда ҳаддан ташқари кўп бактерия бўлиши), метастазли сепсис (бир ёки бир неча аъзоларда йирингли яллиғланиш бўлиши) кабилар киради.

Чилла давридаги яралар ва уларни даволаш

Туғруқ пайтида оралиқда, қин даҳлизида, қин деворида, бачадон бўйнида йиртиқлар бўлиб, чилла даврида яхши битмасдан йиринглай

бошласа, чилла яраси юзага келиши мумкин. Жароҳат инфекциясини келтириб чиқарувчи омиллар, хориоамнионит, семириш, хирургик муолажанинг давомийлиги, кўп қон кетиши киради.

Чилла яраси юзаси кўпинча йиринг билан қопланган, атрофи қизарган бўлади. Касаллик 3-4 кун давом этиб, аёлга деярли сезилмайди, ҳарорат кўпинча субфебрил

(37-37, 5) бўлиб, юқори кўтарилмайди. Ўз вақтида даволанса, тезда тузалиб кетади.

Айрим ҳолларда касаллик зўрайиб, тўқималарнинг чуқурроқ қисмларига тарқалиши мумкин, бунда қин даҳлизининг яллиғланиши (вульвит), қиннинг яллиғланиши (кольпит), қин атрофидаги клетчатканинг яллиғланиши (параметрит) кузатилади. Бундай яраларнинг юзага келиши ҳомиладорликдан аввал ва ҳомиладорлик даврида аёлнинг қин яллиғланишини бошидан кечириши катта рол ўйнайди. Шунинг учун ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида қиннинг яллиғланиш касаллигини албатта даволатиб, шахсий гигиена қоидаларига тўла риоя қилиб юриш керак.

Чилла ярасини одатда дезинфекцияловчи дорилар-фурациллинлар 1:5000 нисбатдаги эритмаси, 3%ли водород пероксид эритмаси билан ювиб, йирингдан тозалангунча стерилланган дока тампонни 10%ли ош тузи эритмасига намлаб қўйилади ва бир суткада 2-3 маҳал алмаштирилиб турилади. Кейин метрогил плюс вагинал гель билан ҳам даволанади. Булардан бирини, юқорида кўрсатилганидек, водород пероксиди ёрдамида тозалангандан сўнг қўйилади.

Жароҳат соҳасидаги ажралмани ҳар қандай шароитда Грамм бўйича микробиологик текширишдан ўтказиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш керак. Даволашда жараёнга берилган тўқима ва фасцияни хирургик эксцизия қилиш, адекват антибиотикотерапия (хламидиоз, уреоплазмозга қарши дорамидин 1 таблеткадан 2-3 маҳал 5-7 кун) қилиш, дренажлаш, найчалаш ва жароҳатни ирригация қилиш, жароҳатни тўлиқ тозалангандан кейин иккиламчи чок қўйиш мумкин.

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

Чилла даври эндомиометрити

Эндомиометрит (бачадон шиллиқ қават яллиғланиши)- кўпинча алоҳида касаллик сифатида учрайди. Бунда баъзан шиллиқ ва мускул қаватларнинг яллиғланиши бир вақтда авж олиб бориб, бачадоннинг шиллиқ қаватларидан бошланади.

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

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

Эндометрит белгиларига қараб даволанади.

Шуни ҳам айтиш керакки, антибиотик беришдан олдин қиндан келаётган ажралма анализ қилинади, бачадон оғзидан суртма олиб, бактериологик текшириш ва микроблар қайси антибиотикка таъсирчан эканлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Аёлнинг чот оралиғида ва туғруқ йўлларида жароҳат бўлиб, у тикилган бўлса, кунига 2-3 мартадан дезинфекцияловчи эритма билан ювилади, кейин 5%ли йод эритмаси суртиб, сўнгра стерилланган чойшабча берилади. Мана шу муолажани аёл сийгандан сўнг ҳар гал албатта такрорлаш зарур. Чилла даврида учрайдиган инфекцион касалликлардан яна бири бачадон мускул қаватининг яллиғланиши-метритдир. Бу касаллик эндометритда микробларнинг лимфа ёки қон томирлари орқали бачадоннинг чуқур қаватларига тарқалиши натижасида юзага келади. Эндометрит кўпинча чилланинг 7-кунларидан сўнг тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Аёлнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, иштаҳаси пасаяди. Кам уйқу бўлиб қолади. Тили караш боғлайди. Бачадон ёмон қисқаради. Бачадон қорин девори орқали кўрилганда, унинг ён деворларида оғриқ сезилади, буни метротромбофлебит ёки вена қон томирларининг яллиғланиши дейилади.

Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни чилла даврининг 9-10- кунни ҳам беркилмаганлигини аниқланади. Касалликнинг бошида тана ҳарорати 38-40 даража бўлса, кейинчалик субфебрил, яъни 37-37,05 гача бўлади. Қиндан ажралаётган ажралма касалликда кўп миқдорда ва йирингли бўлиб, аста-секин тозаланиб боради. Касаллик 3-4 ҳафтагача чўзилади.

Даволаш эндометритдаги каби: ҳар томонлама таъсир кўрсатувчи антибиотиклар берилади. Ҳозирги даврда антибиотикларни кўп микробларга бир вақтда ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган турлари кенг қўлланилмоқда. Буларга цефамед, лендацин (цефтриаксон) 1г т/и - маҳалдан 3 кун, мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал кунига 3-5 кун давомида, ифицеф 1-2 гдан м/о ёки в/и кунига, ифиципро ёки офло (200мг) 100млдан 2 маҳал в/и, меркацин 2 мл (500 мг) т/и 2 маҳал ёки 1 г дан 1 маҳал 5-7 кун, амоксиклав 600 мг дан 3 маҳал в/и, абактал 400мг 5% 250 мл глюкоза эритмаси билан бирга в/и 2-3 маҳал, ампиокс (0,5г дан ҳар 6-8 соатда) мускул орасига 5 кун юбориш мумкин. Анаэроб инфекцияга қарши албатта орнизол 0,5 г 2 маҳал 5 кун ёки метрогил 100мл (500мг)дан 2 маҳал в/и томчилаб 3-5 кун қўлланилади. Замбуруғларни олдини олиш учун дифлюзол, дифлазон (флуконазол) ёки флузамед, фунгикейр 150 мг ҳафтада 1 марта қўлланилади. Носпецифик яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи воситалардан диклоберл, кладифен (диклофенак) 3 мл (75)дан мг м/о 5 кун. Окситоцин 0,5 мл дан кунига 2 марта тери остига юборилади. Организм чидамини оширишга, иситмани туширишга, организмдан захарли моддаларни ҳайдашга қаратилган (0,9%ли физиологик суюқлик ва 5% ли глюкоза эритмасидан 400 мл ва бошқалар) тadbирлар қўлланилади. Инфекцияга қарши маҳалий цитеал ва метрогил плус вагинал гели ишлатилади. Баъзан етарлича тўла даволанмаганда бачадон қаватларида йиринг тўпланиб, аёлнинг аҳволи оғирлашади, бунда операция йўли билан даволашга ва бачадонни олиб ташлашга тўғри келади.

Бачадон найлари ва тухумдонларнинг яллиғланиши (сальпингоофарит)

Касаллик ва чилла даврининг 8-10- кунларидан бошланади, бунда қориннинг пастида тўсатдан оғриқ безовта қилади, қон томир уриши тезлашади. Касалнинг тили караш боғлайди, ҳарорат 38-40 даражагача кўтарилади, бемор титрайди. Айрим вақтларда эса аёлнинг кўнгли айниб, қайт қилади, қорин дам бўлади. Қорин девори орқали ковуққа босиб кўрилганда қорин пастида кучли оғриқ борлиги аниқланади. Қин орқали

текшириб кўрилганда бачадон ортиқлари атрофида кучли оғриқ борлиги ҳамда уларнинг катталашганини аниқлаш мумкин.

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

Касалликнинг ўткир даври 1-2 ҳафта давом этиб, ўз вақтида даволанмаса секин-аста сурункали турига ўтиб кетиши мумкин. Уни аниқлаш қийин эмас, касаллик тарихи, клиник кўриниши ва белгиларига қараб осон аниқлаш мумкин. Пиосальпинксни аппендицитдан ажрата билиш керак.

Даволаш. Аввало беморга ҳар томонлама тинчлик бериш лозим. Қорин пастига совуқ сув ёки музли халта қўйилади. Антибиотикларни юбориш даволашнинг асосий тадбирларидан ҳисобланади. Ностероид яллиғланишга қарши восита сифатида диклоберл 3 мл (75 мг)дан м/о юборилади. Бироқ қанча дори ва уни қачон юбориш беморнинг аҳволига қараб буюрилади (эндомиометритни даволаш схемасига қаралсин). Оғриқ қолдирувчи дорилар (аналгин 0, 5 г ёки амидопирин 0, 5 г дан бир кунда 2-3 маҳал ичгани берилади) ёки 4% ли амидопирин эритмасидан 5 мл, 25%ли анальгин эритмасидан 2 мл ни мушак орасига укол қилиш мумкин. Агар чаноқ аъзолари орасида йиринг ҳосил бўлса, бунда энг яхши ва тез натижа берувчи тадбирлардан бири-қиннинг орқа гумбази орқасига йиғилган йирингни игна билан тешиб чиқариш (пункция) усулидир.

Бунда антисептика қоидаларига қатъий риоя қилган ҳолда тозаловчи клизма қилинади, ташқи жинсий аъзолар совун билан ювилади, қин махсус асбоб (спинцовка) билан чайилади, сўнгра ташқи жинсий ва ички жинсий аъзолар спирт билан артилиб, у ерга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Пункцияни албатта шифокор қилади ва олинган суюқлик бактериологик текширишга юборилади. Пункция қилинган жойга шу игна орқали гентамицин эритмасини ёки бошқа антибиотикларни 1 г ни 0,5 % ли новокаин (5-10 мл) билан юборилади. Аёл аҳволи тузала бошлаганда

даволаш комплексига физиотерапия усулларини қўшиш мумкин. Бачадон найларининг йирингли яллиғланиши кўпинча сурункали даврга ўтиши билан иккиламчи боласизликка сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай касаллик билан оғриган аёлни тўла-тўқис даволаш ва у доим шифокор назоратида бўлиши керак.

Бачадон атрофи тўқималарининг яллиғланиши (параметрит)

Бу касаллик микроблар бачадон атрофидаги клетчаткага лимфа ёки қон томири орқали, шунингдек қин, бачадон бўйни ҳамда бачадон ортиқлари ўтиши оқибатида юзага келиши мумкин.

Параметрит чилла даврининг 10-12- куни аёлнинг бирдан ҳарорати 39-40 даражага кўтарилиши, титраб-қақшаши ва томирининг тез ўриши билан бошланади. Бу касаллик асосан эндомиометрит оқибатидир. Агар касаллик ўчоғида йирингли инфильтрат ҳосил бўлса (бу кўпинча касалликнинг 3-5 ҳафталарида вужудга келади), ҳарорат янада 1, 5-2 даражагача кўтарилади. Йиринглаган жой атрофидаги аъзоларга ёки қорин бўшлиғига кетиши мумкин. Параметритни аниқлаш қийин эмас, лекин уни пельвиоперитонитдан тафовут қила билиш керак.

Тана ҳароратининг ошиши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши симптомлари ҳам учрайди. Бундан ташқари, тери қопламанинг оқариши, тахикардия, лейкоцитоз, бачадон субинволюцияси ва оғриқ бўлиши киради. Бимануал текширишда бачадон ортиқлари ва параметрий соҳасида оғриқ кузатилади. Лохия табиати кам бўлиши ёки профуз ва ҳидли бўлади.

Даволаш. Ўткир яллиғланиш даврида қорин пастига муз қўйилади, оғриқ қолдирувчи дорилар берилади. Антибиотиклар (азимед капсуласи 0,5 г дан 1 маҳал 3-5 кун, орнизол таблеткаси 0,5 дан 2 маҳал 7 кун) бериш асосан эндомиометритга бериладигандагидек, дозалари беморнинг аҳволига қараб ўзгартирилади. Умумий дорилар қаторига албатта витаминлар, ҳароратни туширувчи, организм умумий кучини оширувчи дорилар бериш мақсадга мувофиқ. 100-150 мл қон қўйиш яхши натижа беради. Агар йирингли инфильтрат бўлса, қиннинг орқа гумбази орқали пункция қилиб, йирингни чиқариб ташлаган маъқул. Пункция қилиб йирингни олиб бўлгач, ўрнига бирон-бир антибиотик (1 г гентамицин ёки 0,5 г канамицин) юборилади.

Беморнинг аҳволи биров тузалгандан бошлаб тана ҳарорати тушиб, оғирлик пасая бошланганда, диклоберл ва физиотерапия усуллари қўлланилади.

Вена қон томирларнинг яллиғланиши-тромбофлебитлар

Чилла даврида учрайдиган энг оғир септик касалликлардан ҳисобланади. Тромбофлебит жойига кўра икки ҳил ўтиши мумкин:

- 1) оёқ, юза вена қон томирларининг яллиғланиши;
- 2) чуқур жойлашган вена қон томирларининг яллиғланиши.

Ҳар иккала тури ҳам йирингли ёки йирингсиз ўтиши мумкин. Буларга бачадон вена қон томирларининг яллиғланиши (метротромбофлебит), чаноқ вена қон томирларининг яллиғланиши, болдир вена қон томирларининг чаноққа яқин қисми ҳамда оёқ қон томирларининг яллиғланиши кабилар киради.

Бугунги кунда шуни таъкидлаш керакки, чаноқ веналарининг септик тромбофлебити патогенезида томир интима қаватининг бачадондан тарқалган микроорганизмларнинг жароҳатлаши, бактериемия ва эндотоксемия, ёки оператив муолажа вақтидаги жароҳати орқали келиб чиқиши билан тушунтирилади.

Чилла даврида учрайдиган касалликда аёлнинг умумий аҳволи дардининг кечишига қараб ўзгариб туриши мумкин. Яъни касаллик енгилроқ кечганда аёлнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, тана ҳарорати биров кўтарилганда (37-38, 5 гача) томир минутига 100 мартагача уради. Қондаги лейкоцитлар сони биров кўпайиб, эритроцитларнинг қондаги чўкиш даражаси тезлашади. Касаллик оғirroқ кечганда юқорида кўрсатиб ўтилган белгилар (беморнинг умумий аҳволи, тана ҳарорати, томир уриши, қон таркиби) кўпроқ ўзгаради.

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

ёки бачадон вена қон томирлари яллиғланганда ҳарорат бирдан кўтарилади, аёлнинг иштаҳаси йўқолади, ёмон ухлайди, титраб-қақшайди, томир минутага 110-120 марта уради, беморнинг аҳволи бирдан оғирлашади. Қин орқали туғруқ йўллари текшириб кўрилганда бачадон чилла даври муддатига тўғри келмайди-катта ва оғриқли бўлади. Бачадондан қон аралаш қўланса ҳидли сел келади. Бачадон ён юзалари соҳасида характерли «чувалчангсимон» оғриқли вена қон томирларини пайпаслаб кўриш мумкин. Қон анализ қилинганда яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади. Сийдикда оқсил ва лейкоцитлар бўлиши мумкин. Диққат билан текширилса касалликни аниқлаш қийин эмас.

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

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

Оғриқ касал томир бўйлаб айниқса бемор юрганда ва ушлаб кўрилганда кўпроқ сезилади. Бемор юрганда бироз оғирлик сезади, касалликка чалинган оёғи тез чарчайди, болдир мушакларининг қисқариб-қаттиқлашиб қотиши натижасида товонда, болдир-сонда кучли оғриқ туради. Агар тромбофлебит чуқур жойлашган вена қон томирларида бўлса, сон ва болдир томирлари босиб кўрилганда бемор кучли оғриқ сезади. Баъзан оёқ увишиб қолиши мумкин. Бу ҳам тромбофлебит белгиларидан бири ҳисобланади.

Тромбофлебитнинг характерли ва тез-тез учрайдиган белгиларидан бири оёқнинг шишидир. Оёқ шишини билиш учун иккала оёқ сон ва болдир соҳасининг бир неча жойидан (юқори, ўрта ва пастки қисмидан) одатдаги сантиметр билан ўлчаб кўриш керак. Шунда тромбофлебит бўлган оёқ айланаси соғлом оёққа нисбатан 3-5 см га каттароқ бўлади. Бу касалликларда

тана ҳароратининг кўтарилиши 2-3 ҳафтагача давом этиб, шундан кейин ҳам бир неча кун субфебрил ҳолда сақланиши мумкин. Камқонлик белгилари, яъни гемоглобин миқдорининг камайиб кетиши ҳам шу касалликка хос бўлиши мумкин.

Физикал текшириш ўтказилганда кўпчилик ҳолатларда интоксикация симптомлари аниқланмайди, аммо қорин пастки қисмида оғриқ ва таранглашиш кузатилади. Камроқ ҳолларда шу жойда оғриқли узун ҳосила борлиги аниқланади. Диагнозни эндометрит билан оғриган аёлларда антибиотикнинг кам наф беришидан ҳам билса бўлади ва қин орқали текширилганда кичик чаноқ соҳасида ҳосила борлиги кузатилади. Диагнозни тасдиқлашда маълумот берадиган методлардан КТ ва МРТ ҳисобланади. Текширишларда тромбофлебит белгилари йўқлиги, аммо тромбофлебит клиникаси борлиги ва антикоагулянт терапиядан (гепарин билан) динамикада яхшиланиши диагнозни тасдиқлайди. Томография мезонлари: 1. Жароҳатланган томирларинг кенгайиши. 2. Томир ички радиусининг кичиклашиши. 3. Томир деворининг яхши кўрина бошлаши. МРТ текширишда жароҳатланган томирнинг нормал томирлардан фарқи оч кўринади. КТ ва МРТ усуллариининг камчилиги цервикал ва бачадон томирларининг яхши кўринмаслиги. Рангли доплерография ҳам чаноқ веналари тромбофлебитига диагноз қўйишда ва ўтказилган терапиянинг динамикада кузатишда қўлланилади.

Тромбофлебитни аниқлашда қоннинг ивиш ва ивишига қарши омилларини лабораторияда текшириш катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, ҳозирда флебография (томирга йодли контраст моддасини юбориб, томирлар ҳолатини аниқлаш), ультратовуш билан аниқлаш, термографик метод ва бошқалар қўлланилмоқда.

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

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

Даволаш. Хозирги кунда 2 хил даволанади: консерватив ва оператив йўл билан. Булардан қайси бирини танлаш тромбофлебитнинг тури, қайси венадалигига ҳамда венанинг қаердалигига, касалликнинг қанчадан бўён давом этаётганлигига ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Оператив йўл билан даволаш асосан йирик вена қон томирларида катта тромблар ҳосил бўлиб, қон юриши бирданига бузилиб қолганда қўлланилади.

Консерватив йўл билан даволаш асосан оёқнинг қон айланишини яхшилаш учун уни эластик бинт билан гир айлантириб ўрашга ҳамда ҳозирги вақтда касаллик бошлангандан маълум бир вақтдан (5-6 кундан) сўнг актив юргизишга кўпроқ аҳамият берилмоқда. Чунки бемор ўзоқ вақт бир жойда ётиб қолса, оёқда қон айланиши бузилиб тромбознинг тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Касалликни даволашда беморнинг овқатланишига ҳам аҳамият берилади. Бемор кўпроқ тузи ва ёғи кам, сутли ва сабзавотли овқатлар истеъмол қилиши керак.

Тромбофлебитларни даволашда антибиотиклар умумий схемада - чилла даври септик касалликларидаги каби қўлланилади. Ҳозирги кунда кўпроқ антифлогистон препаратлари: бутадион, реопирин каби дорилар ишлатилмоқда. Бу дорилар оғриқ қолдиради, ҳам яллиғланишга ва сенсibiliзацияга қарши таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, дорилар спазмини пасайтирадиган папаверин, нош-па, баральгин ва бошқа дорилар қўллаш мумкин. Маҳалий тромбофлебитларни даволашда лиотон гелини (1000 т/б гепарин сақлайди) қонни суюлтирадиган (антикоагулянт) дори сифатида қўлланилмоқда. Бу дориларни қўллаш шифокор назорати остида олиб борилиши лозим.

Яллиғланишга қарши яна мушак орасига никотин кислотани схема бўйича (дозасини секин-аста 1 мл дан бошлаб, ҳар куни шунчадан қўшиб борилади ва 5-6 мл га етказилади, кейин эса 1 мл дан камайтириб яна 1 мл га туширилади); трипсин ёки химотрипсин (5-10 мг ни 2 мл изотоник эритмада) бериш ҳам яхши натижа беради. Сенсibiliзацияни камайтириш учун мускул орасига антигистамин препаратлар (димедрол, пиполфен, тавегил ва бошқалар) бериш мумкин. Организмдаги интоксикацияни камайтириш ва қон айланишини яхшилаш учун реополиглюкин, 5% ли глюкоза ҳамда

физиологик эритмадан томирга томчилатиб юборилади. Бир суткада бериладиган суюқликнинг умумий миқдори 1,5-2 л гача бўлиши мумкин. Қоннинг ивиши ва унга қарши хусусиятини яхшилаш учун унинг ивиш вақтини ҳисобга олиб, асосан қон томирига ёки мускул орасига суткасига 5 минг бирликкача 3-4 кун давомида гепарин юборилиши мумкин. Кейинчалик эса 1 таблеткадан кунига 1-2 маҳал плентан ёки эскузан бериш мумкин.

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

Даволаш тартибига фраксипарин дозалари (0,3 мл) кунига 2 марта стационар шароитида 1 ҳафта давомида, кейин амбулатор шароитида флебодиа 600 мг ёки венодиол 1 таблеткадан 2 маҳал киритилади.

Медикаментоз терапиядан турғун наф бўлмаганда заҳира сифатида жароҳатланган вена томирларини хирургик боғлаш қўлланилади. Пастки ковак венага жараённинг тарқалиши ёки ўпка артерияси эмболияси кузатилганида ва антибиотикотерапиядан наф бўлмаганда, пастки ковак венани боғлашга кўрсатма бўлади. Бу методнинг асорати сифатида оёқларнинг транзитор шиши ва постфлебитик синдромнинг авж олиши киради.

Пельвиоперитонит

Пельвиоперитонит чаноқ ичидаги қорин пардасининг яллиғланиши чилла даврининг 3-4- кун қоринда кучли, айниқса пастида қаттиқ оғриқ тутиши билан бошланади. Шеткин-Блумберг белгиси юзага келади, қоринда қабзият кузатилади, беморнинг кўнгли айниб, қайт қилади, ҳарорат кўтарилади, томир уриши тезлашади. Баъзан сийганда оғриқ сезади. Қорин бўшлиғига суюқлик тўпланади. Диққат билан текширилса, касалликни аниқлаш қийин эмас. Қиннинг орқа гумбазида пункция қилиб, суюқлик олиш ва уни текшириш касалликни аниқлашга ёрдам беради.

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

Акушерлик перитонити, чилла даври йирингли септик касалликлари ичида энг хавфлиси бўлиб ҳисобланади. Бу касалликнинг олдини олишга қаратилган профилактик муолажаларни ўз вақтида ўтказиш оналар ўлимининг камайишига олиб келади. Республикамизда туғиш ёшидаги аёллар орасида экстрагенитал ва генитал касалликларнинг кўп учраши ҳомиладорлик даврида иммун тизимнинг сусайиши, инфекцион агентларга нисбатан организмнинг ҳимоя кучларининг пасайишига олиб келади. Бунинг натижасида чилла даврида ЭГК фонида йирингли касалликларнинг келиб чиқиши кузатилади, касаликни кечикиб аниқлаш ва даволаш оналар ўлимига сабаб бўлади.

Диагностик қийинчиликлар:

Ҳомиладорлик ва туғруқдаги нейроэндокрин ўзгаришлар, гуморал ва хужайра иммунитет ҳолати.

Ҳомиладорлик ва туғруқдаги асоратлар.

Жаррохлик амалиётининг ўсиши.

ЭГК.

Бактериялар ассоциациясининг мавжудлиги (аэроб ва анаэроб).

Акушерлик перитонитининг инфекция манбаи бўлиб кўпинча бачадон ҳисобланади (туғруқда хориоамнионит, туғруқдан кейинги эндометрит, кесарча кесиш жаррохлигидан кейинги чокларнинг носозлиги). Инфекция ўчоғи бўлмиш бачадонда инфекциянинг яшаши ва кўпайиши учун қулай шароитлар мавжуд бўлади, булар қон қуйқалари, ҳомила элементи қолдиқлари ва ҳ.к. Акушерлик перитонити кўпинча суст ва яширин кечади, айниқса кесарча кесиш жаррохлигидан кейинги перитонит.

Акушерлик перитонити патогенези асосида:

Эндоген интоксикация, биологик-актив моддалар (гистамин, серотонин, кинин) таъсири, томирлардаги тарқалган ўзгаришлар, тўқима гипоксияси, гиповолемия ва алмашинувнинг ўзгариши, МНС ва миокардга

патологик таъсири, буйрак, жигар, ошқозон ости беzi ва ингичка ичакдаги деструктив ўзгаришлар ётади.

ПЕРИТОНИТ ТАСНИФИ (К.С.Симонян бўйича) (1971):

Реактив фаза.

Токсик фаза.

Терминал фаза.

РЕАКТИВ ФАЗА

(биринчи 24 соатда)

Компенсатор механизмлар сақланган, тўқима метаболизми ўзгаришлари ва гипоксия белгилари йўқ, (қусиш, *defans musculorum* ва тахикардия 1 минутда 120та кузатилади).

Умумий аҳволи нисбатан қониқарли (ўртача даражада).

Ичаклар фалажи.

Қон кўрсаткичлари: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши

ТОКСИК ФАЗА

(24 соатдан сўнг, давомийлиги 2-3 сутка)

Инттоксикация белгиларнинг кучайиши.

Алмашинувнинг бузилиши.

Гипопротеинемия.

КФ ва ишқорий фосфатаза кўпайиши.

Лейкоцитознинг ўсиши.

ТЕРМИНАЛ ФАЗА

(48-72 соатдан сўнг нисбатан чуқур ўзгаришлар)

Марказий нерв тизимида ўзгаришлар.

Умумий аҳволи оғир, касал апатияда, адинамияда, тили қуруқ.

Ичакнинг мотор функцияси бузилган.

Ичак перистальтикаси аускультацияда аниқланмайди.

Ферментлар активлиги камайган.

ПЕРИТОНИТ ВАРИАНТЛАРИ

I Вариант (30%) 12-24 соатдан сўнг кесарча кесиш операцияси вақтида ҳомила пардасининг инфекцияланиши натижасида (хориоамнионит, узок муддат сувсизлик даври.) Инфекция манбаи бачадон бўшлиғидаги сақланма операция вақтида қорин бўшлиғига тушиши. (эрта перитонит) операцияда хориоамнионит фонида.

Патологик симптомлар 1 сутка охирида ёки 2 сутка бошида авж олади. Тана ҳароратининг кўтарилиши (38-39°C), тахикардия (120-140 зарба\мин), қорин шиши.

Реактив фаза унчалик билинмайди. Токсик фаза тез авж олади.

Умумий аҳволи оғирлашади, ичак фалажи кузатилади, тили қуруқ, қусук яшил ва геморрагик массалар билан.

Defans musculorum abs. Септик шок, юрак-ўпка ва буйрак етишмовчилиги юзага келади.

II. ВАРИАНТ (15%) 72 соатдан сўнг:

Операциядан сўнгги даврдаги эндометрит билан боғлиқ (ичакнинг барьер функцияси фалаж ҳисобига бузилганда кузатилади).

Умумий аҳволи нисбатан қоникарли, тана ҳарорати 37,4-37,6°C, тахикардия (120-140 зарба\мин), ичак фалажи эрта пайдо бўлади.

Қоринда оғриқлар йўқ. Кўнгил айниш ва қусиш кузатилади, қорни юмшоқ, Defans musculorum abs.

Симптомлар қайталаниши хос.

Консерватив давога қарамасдан 3-4 кун ичида беморниг аҳволи оғирлашади ва интоксикация белгилари кучаяди.

III. ВАРИАНТ (55%) операциядан сўнгги 5-9 суткасига

Бачадонда чоклар етишмовчилиги фонидаги перитонит.

Кўпроқ бу ҳолат инфекция билан боғлиқ, кам ҳолларда техник камчиликлар билан. Бачадонни кесилганда бурчакларни нотўғри тикиш билан боғлиқ.

Клиника эрта пайдо бўлади. Биринчи суткадан перитонит белгилари пайдо бўлади. Аёл ҳолати оғирлашади, Қорин пастидаги оғриқлар безовта қилади.

Бачадондан лохиялар миқдори кам бўлади.

Тахикардия, қусиш, қорин шиши сақланиб туради.

Перкуссияда қорин бўшлиғида экссудат аниқланади.

Интоксикация тез кучаяди.

Дунёда акушерлик перитонитининг кўпайиши йирингли-септик асоратларнинг ўсиши билан боғлиқ.

Перитонитга олиб келучи сабаблар:

Қин биоценозининг ўзгариши

Ҳомиладорлик охирида иммунотанқислиги пайдо бўлиши.

Туғруқнинг патологик кечиши.

(сувсиз давр, туғруқнинг узоққа чўзилиши)

Туғруқда хориоамнионит.

Ҳомиладорлик асоратлари (камқонлик, преэклампсия, йўлдошнинг олдинда жойлашиши).

Туғруқдан кейинги даврда перитонит пайдо бўлишининг сабаблари:

Эндометрит, метротромбофлебит, параметрит ва кесарча кесиш операциясидан сўнг чокларнинг сўкилиши.

Ортиқлар касалликлари (пиосальпинкс перфорацияси, капсуласининг ёрилиши ёки буралиши).

ЭГК (ўткир аппендицит, ичак ёки сийдик пуфакги девори бутунлигининг бузилиши, эндоген инфекция).

Перитонитнинг характери ва оғирлик даражаси қорин бўшлиғидаги микробларнинг миқдори, тури, уларнинг вирулентлиги, патологик жараённинг тарқалганлиги ҳамда организм иммун тизимининг ҳолати каби бир қатор омилларга боғлиқ.

Кўп ҳолларда перитонитда аралаш турдаги микрофлора аниқланади. Лекин уларнинг ичида ичак таёқчаси, стафилококк, кўк йиринг таёқчаси ва вульгар протей етакчи ўринни эгаллайди.

Бачадонга инфекция кириши учун бачадон бўшлиғидаги қон лахталари, ҳомила қолдиқларининг бўлиши катта рол ўйнайди. Булар

микроорганизмларнинг ўсиши учун қулай шароит бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, ҳомиладор бачадон бактерия, тўқима токсинлари учун юқори резорбцион юза бўлиб, уларнинг қонга тўғридан-тўғри ўтишига шароит бўлади.

Оқсил табиатли токсинлар (полипептидлар, тўқима протеазалари, бактериялар ва уларнинг маҳсулотлари), токсин- кристаллоидлар (аммиак), биоген аминлар (гистамин, серотонин, гепарин) қонга сўрилиб организмда бир қатор ўзгаришларга олиб келади.

Бу ҳолат тўқималарда метаболик жараённинг бузилиши, уларнинг парчаланиши ва катаболизми билан кечиб, бу ўз навбатида МНС, жигар, буйрак, миокард ва бошқа аъзоларга, хусусан ичакнинг асаб тизимига патологик таъсир кўрсатади. Натижада тўқималарда алмашинув жараёнининг пасайиши, юрак-томир тизими, нафас тизими, гомеостаз бузилишлари кузатилади.

Бу маҳсулотларнинг токсик таъсири натижасида оксидланиш-кайтарилиш жараёни бузилиши билан кечадиган циркулятор гипоксия юзага келади. Бунда индол таркибли аминлар ва тузилишига кўра билан сут кислотасига яқин С-полипептиднинг алмашинув маҳсулоти бўлмиш чала оксидланган метаболитларнинг йиғилиши оқибатида анаэроб фаза устун келади.

Перитонит интоксикациясининг жадаллашиши турли сабаблар (токсинлар таъсири, қон айланиш бузилиши, гипоксия ва б.) натижасида юзага келадиган жигарнинг зарарсизлантириш функциясининг пасайишига олиб келади. Кўп ҳолларда жигар етишмовчилиги буйрак етишмовчилиги билан бирга кечади.

Перитонитда хужайралардан калийнинг ажралиши кучайиб, бевосита патологик жараён зонаси томон йўналиши кузатилади. Ўз навбатида калий хужайра элементларининг парчаланишидан ажралиб чиқади, хусусан қорин бўшлиғининг экссудатида кўп миқдорда аниқланади (10 ммоль/л гача). Чин калий етишмовчилиги (унинг эритроцитлардаги концентрациясининг пасайиши) умумий адинамияга, МИТ парезига, брадиоаритмияга, миокарднинг қисқариш хусусияти ва юрак ўтказувчанлигининг бузилишига сабаб бўлади.

Перитонит терминал босқичида олигурия ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиши калийнинг буйраклар томонидан экскрецияси бузилишига ҳамда ўсиб боровчи гиперкалиемига олиб келади, аммо эритроцитларда калийнинг концентрацияси ўзгармаган ҳолда паст бўлади.

Перитонитнинг патогенезида ичак парези алоҳида ўрин эгаллайди. Ичак қовушлоқларининг суюқлик ва газлар билан кенгайиб кетиши уларнинг ҳаракат, секретор, сўриш, алмашинув функцияси бузилишига, сувсизланишига сабаб бўлади.

Паралитик секрециянинг ошиб бориши билан ингичка ичак бўшлиғида ўзида кўп миқдорда оқсил, электролитлар, К ионларини сақлаган маълум ҳажмдаги суюқликнинг тўпланиши ва секвестрланиши кузатилади.

Ичак бўшлиғида босим ошиб боради, ичакнинг кенгайиши ва ичак

деворининг қон айланиши бузилиши бўлади. Бу девор ишемиясига сабаб бўлиб, парез ҳолатини янада кучайтиради. Натижада ичак девори микроорганизмлар ва токсинлар учун ўтказувчан бўлиб қолади. Диафрагманинг юқори туриши, унинг кам ҳаракатчанлиги эса ўпка вентилизациясини (базал ателектазлар) ва юрак фаолиятини ёмонлаштиради. Қорин пресси мускулларининг иммобилизацияси йўтал механизмининг ўзгаришларига олиб келади.

Ўсиб боровчи оғриқли синдром, гиповентиляция, вена-артериал шунтлаш фонида респиратор бузилишлар ва организмнинг гипоксияси кучайиб боради. Ҳосил бўладиган гипопро테인емия ўпкалар шишига, уларнинг эластиклиги пасайишига, нафас фаолияти ошишига сабаб бўлади.

Юқори иситма, тотал перспирация, қусиш натижасида суюқликнинг кўп миқдорда ажралиши аввало айланиб юрган қон ҳажмини, кейин эса юракнинг зарб ҳажми камайишини ва эндотоксик шок ривожланишини таъминлайди.

Бунда айниқса микроциркуляциянинг ўзгариши, протеолитик ферментлар фаоллигининг ошиши ва коагулопатия билан кечувчи томир ичи қон ивиши яққол намоён бўлади.

Ўтқир перитонитнинг токсик фазасида организм кислородли режимининг ўзгариши нафақат юрак қон-томир (гиповолемия, токсик миокардит, қоннинг юқори ивулчанлиги) ва нафас етишмовчилиги, балки гематологик бузилишлар (микроциркулятор системада циркуляция қилувчи эритроцитлар секвестрацияси, гемолиз, тўқима капиллярларида гемоглобиннинг кислородга бўлган талаби ошиши), бундан ташқари, энергетик сарфнинг ортиши билан аниқланади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, перитонитни даволашда кечиктириб бўлмайдиган ҳолатлардан бири бу ичаклар фалажини зудлик билан бартараф қилишдир, чунки парез метаболик ўзгаришлар ва мавжуд гипоксияни янада чуқурлаштиради ҳамда шу ишемия (гипоксия) натижасида юзага келувчи ичак деворининг ҳаётга лаёқатлилигининг бузилишига олиб келади. Ўз вақтида перистальтикани тиклаш бунинг олдини олиши мумкин, бундан ташқари, портал қон айланиш кучаяди, натижада жигар функцияси яхшиланади.

Б.Н.Серов ва б.(1984) кесарча кесиш операцияси ўтказилган беморларда қорин бўшлиғига инфекция тушишининг 3 хил механизмини кўрсатадилар.

Биринчи вариантида перитонит кесарча кесиш вақтида қорин пардага инфекция тушиши оқибатида (бирга келувчи хориоамнионитда, узоқ кечувчи оралиғида) инфекция манбаи бўлиб, операция вақтида қорин бўшлиғига тушган бачадондаги ҳосилалар (“эрта перитонит”)хизмат қилади. Перитонитнинг клиник белгилари операциядан 1-2 кун ўтгач, бачадонда чоклар герметиклиги сақланган ҳолда юзага келади. Перитонитнинг ривожланиб кетиши натижасида уларнинг иккиламчи етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин.

Кесарча кесишдан сўнг қорин бўшлиғига тушувчи инфекция манбаи фалаж натижасида токсин ва бактерияларга нисбатан ўтказувчанлиги ортган

ичак деворидир. Бу фараз бундан 100 йил муқаддам баён қилинган ва кейинги изланишлар натижасида бир неча бор маъқулланган. Аммо микробнинг қорин бўшлиғига тушиши перитонитнинг типик кўриниши бўлган массив экссудат билан кечади, оғир функционал ва метаболик ўзгаришлар эса фақат маълум шароитларда юзага келади.

Перитонитнинг учинчи ва кўпроқ учрайдиган варианты бачадонда чоклар етишмовчилиги натижасида қорин бўшлиғининг инфекцияланишига асосланган.

Акушерлик перитонитининг клиник кўриниши умумий ва маҳаллий ўзгаришларга асосланади. Акушерлик перитонитида маҳаллий ўзгаришлар камроқ ривожланган ва реактив фаза интоксикацион фазага тезда ўтиб кетади.

Шунинг учун “эрта” акушерлик перитонитида интоксикация белгилари устун бўлади, психомотор кўзғалиш, чанқаш, шиллик парда қуриши, тахикардия, ҳолсизлик. Бемор аҳволининг оғирлиги инфекциянинг вирулентлиги ва полиорган етишмовчилиги синдроми ривожланиш тезлиги билан аниқланади, қисман узоқ давом этувчи туғруқлар натижасидаги гиповолемия даражасига, операция жараёнида қон йўқотилишининг ортишига, электролит ва суюқликнинг кўп миқдорда йўқотилишига ҳам қаралади.

Акушерлик перитонити иккинчи формасининг клиник кўринишида, касаллик аввал ичаклар парези устунлик қилади, туғруқдан кейинги эндометрит белгилари иккинчи ўрнига ўтади. Бемор аҳволининг оғирлиги, ичак барьер функциясининг бузилиши ва бачадондаги токсик маҳсулотларнинг резорбцияси ҳисобига ўсиб боровчи интоксикация белгилари билан аниқланади.

Бачадон чоклари етишмовчилиги натижасида инфекцион агентнинг қорин бўшлиғига тушиши орқали юзага келувчи учинчи форманинг клиник кўринишида маҳаллий симптоматика яққолроқ намоён бўлади. Ичаклар фалажи аниқ ривожланганда Щьеткин-Блумберг симптоми мусбат бўлади, “мушакли ҳимоя”, қайт қилиш, суюқ ва тез-тез ич келиши ўткир ҳид билан, пальпацияда аниқ локал оғриқлар бўлади. Лекин комплекс жадал терапия фонида перитонитнинг клиник белгилари кўринмаслиги ва уни фақат “қайтувчи” симптоматика юзага келгач аниқлашимиз мумкин.

Кесарча кесишдан кейинги тарқоқ перитонитда комплекс жадал терапия

Кесарча кесиш операциясидан кейинги ёйилган перитонит билан оғриган беморларни даволаш тактикаси унинг шакли, касаллик кечишининг оғирлиги ва консерватив терапиянинг самарадорлигига боғлиқ.

«Эрта» перитонитда даволаш тактикаси комплекс консерватив терапия ўтказишга асосланади ва фақатгина ундан самара бўлмаганда ҳамда бемор аҳволи ёмонлашиши (ичак фалажининг тузалмаслиги ва паралитик ичак тутилишига ўтиши, қорин бўшлиғида экссудат пайдо бўлиши, тахикардия, тахипноэ) жарроҳлик операциясини ўтказишга кўрсатма бўлади. Перитонитнинг 2-вариантида комплекс жадал терапия беморни оператив

даволашга тайёрлаш учун ўтказилади. Парезга қарши кўпгина усуллар (перидурал анестезия, тозаловчи хўхна, сифонли хўхна, умбрицит, калий хлор, церукал, симагель 10 млдан ҳар бир соатда 4 маҳал ичишга) ўтказилади Перитонитнинг 3-вариантида тезкор оператив даво ўтказилади, бачадонни унинг найлари билан бирга экстирпацияси, перитонитнинг реактив фазасида қорин бўшлиғини тикилмаган қин орқали ва ён каналларнинг пастки қисмларидан дренажлаш, перитонитнинг интоксикация фазасида эса қорин бўшлиғининг юқори соҳаларини дренажлаш ва қорин бўшлиғини ювиш.

Операциянинг мақсади инфекция манбаини, яъни инфекцияланган бачадонни йўқотиш ва қорин бўшлиғини дренажлашдир. Бачадон юзасидаги чоклар етишмовчилигида бачадонни олиб ташлаш айниқса зарур. Айни вақтда ичаклар барьер функцияси бузилганида қорин бўшлиғини сифатли дренажлаш айниқса катта аҳамият касб этади.

Операция вақтида жарроҳ экссудатнинг табиатига кўра (сероз, фибриноз ёки йирингли) ва қорин бўшлиғи зарарланишининг тарқалганлигига кўра (чекланган, диффуз ёки тўлиқ) перитонитнинг шаклини аниқлаши лозим. Кўпчилик ҳолларда кесарча кесиш операциясидан кейин 4-кунга келиб йирингли экссудат аниқланади ва қорин парданинг зарарланиши кўпинча диффуз бўлади. Перитонит шаклини аниқлаш «қорин бўшлиғи диализи»ни қўллаш муаммосини ҳал қилиш учун зарур. Бу муолажани ўтказиш учун кўрсатма бўлиб тотал перитонит ёки перитонитнинг оғир интоксикация билан кечувчи шакли ҳисобланади.

Кесарча кесиш операциясидан кейинги перитонитни маҳаллий даволаш (бачадонни олиб ташлаш, қорин бўшлиғини, ошқозонни, баъзи беморларда ичакни дренажлаш, илеостомия) билан бирга умумий терапияни ҳам ўтказиш лозим. Умумий терапиянинг мақсади патофизиологик бузилишлар компенсацияси ва инфекция ҳамда интоксикацияга қарши курашишдир.

Умумий терапияни белгиловчи ҳолатларни кўриб чиқа туриб, даволаш муолажаларининг бажарилиш кетма-кетлигига эътибор бермай бўлмайди. Кесар кесиш операциясидан кейинги перитонитда ошқозон-ичак трактида ҳеч қандай деструкциялар бўлмаганида, оператив даво шошилиш кўрсатмаларга кўра ўтказилади. Бироқ у деструктив аппендицит, ошқозон ва ичаклар яраси билан чақирилган жаррохлик перитонитидан фарқли ўлароқ, бир неча соат билан чегараланмайди. Шунга кўра, умумий терапия оператив даводан олдин ёки у билан бирга олиб борилиши лозим.

Комплекс интенсив терапия ўтказишнинг асоси бўлиб, йўналтирилган таъсирга эга бўлган қон ўрнини босувчи эритмаларни ва қоннинг коллоид-осмотик ҳолати кўрсаткичларининг ионотор назорати остида баланслаштирилган ион таркибга эга бўлган эритмаларни кенг қўллаган ҳолда бошқарилувчи гемодилюция методи билан амалга оширилувчи инфузион-трансфузион терапия ҳисобланади.

Катта миқдордаги суяқликни (4-5л) организмга киритиш тезлаштирилган диурез (киритилган ҳар 1 л суяқликдан кейин 0,02 г фуросемид, спазмолитик воситалар билан бирга) фониди ўтказилади.

Бир қатор муолажалар микроциркуляциянинг бузилиши ва ДВС синдромини йуқотишга қаратилади. Бу мақсадда суткасига 500 ТБ/кг (тана массаси)дан гепарин, никотин кислотаси-3мг/кг дан, эуфиллин 10мг/кг дан, реополиглюкин 15мл/кг дан, контрикал-100ЕД/кг дан қўлланилади.

Паренхиматоз аъзолар функциясини ва тўқима метаболизминини яхшилаш мақсадида 1% ли глютамин кислотаси, ва кофермент препаратлари кокарбоксилаза, фолат кислотаси, сирепар қўлланилади. Перитонитда эндоген ва экзоген протеиназаларнинг эстераз фаоллигини тормозловчи протеазалар ингибиторларини қўллаш тавсия этилади. Протеазалар ингибиторлари - трасилол, контрикал, гордокс қонда антигенлик хоссасидан ҳоли бўлган турғун нофаол комплекслар ҳосил қиладилар ва протеолитик ферментларни каталитик фаолликдан маҳрум қиладилар. Уларнинг даволовчи таъсири кининогенезни тормозлаш йўли билан амалга оширилади. Иммунотерапия гаммаглобулин, зардобли глобулин, антистафилококк плазма, вакцина, иммуноактив плазма, лейкоцитар масса қўллашни ўз ичига олади. Организм ҳимоя кучларини яхшилаш мақсадида, биоген стимуляторлар (декарис, пентоксил, метилурацил) қўлланади.

Антибактериал терапияни бир вақтнинг ўзида 2-3 та препарат билан ўтказиш керак. Антибиотикларга микрофлорани сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда 10 кундан кейин алмаштирилади. Антибиотиклар цефалоспоринлар (фортум 2 г дан ҳар 8-12 соатда м/о га ёки т/и га, ципринол, цефамед, ифицеф, цефамизин, мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал кунига 3-5 кун давомида), аминогликозидлар (меркацин, канамицин, гентамицин), фторхинолонлар (офло) киради. Анаэроб препаратлардан метрогил қўлланади.

Антибиотиклар билан бир вақтнинг ўзида нитрофуран қатори препаратлари, замбуруғга қарши препаратлар (флузамед,), колибактерин каби препаратлар буюрилади.

Анаэроб флора томонидан чақирилган перитонитда кучли антигипоксик, антипаретик ва детоксикацион таъсир кўрсатувчи гипербарик кислородни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Диагноз қўйилгандан сўнг оператив даवони ҳаётий зарур бўлган аъзолар функция-сини йўлга қўйиш мақсадида комплекс даво билан биргаликда олиб бориш лозим.

Умумий оғриқсизлантириш (интубация, ИВЛ) остида операция қилинади (12 соат давомида консерватив даво эффекти бўлмаса). Қорин олдинги деворида пастки ўрта лапаротомия йўли қўлланилади ва қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш бажарилади. Экссудат бактериал экмага ва антибиотикларга сезгирликка олинади.Ортиқлар йирингли ҳосилалари бўлса, бачадон ортиқлари билан олинади. Қорин бўшлиғини дренажлаш (перитонеал диализ), йўғон ичак интубацияси (ичак декомпрессияси бажарилади).

Интенсив терапия кўп компонентлар билан олиб борилади. Диурез ва қон биокимёвий текширувлари остида олиб борилади (электролитлар, оксил, оксил фракциялари, мочевина, креатинин, глюкоза, билирубин ва бошқалар). Сув-электролитлар алмашинуви коррекцияси калий, кальций ва Рингер-Локк

суяқликлари билан бажарилади. Шулар билан биргаликда волемик препаратлардан коллоид эритмалар рефортан ва стабизол в/и юборилади.

Оқсил моддалардан: альбумин, протеин, плазма, аминокислоталар аралашмалари (инфезол) қўлланилади.

Ҳаммаси бўлиб суткада 3 л суяқлик диуретиклар фонида ва ЦВД текшириш остида олиб борилади.

Инфекцияга қарши антибиотиклар қўлланилади.

Қорин бўшлиғига меркацил, канамицин 1г дан 2 маҳал суткада қўлланилади.

АБ терапия фонида гормонал терапия қўлланилади (преднизолон, дексаметазон).

Ошқозон ва ичаклар мотор-эвакуатор функциясини яхшилаш мақсадида назогастрал зонд, перидурал блокада қўлланилади.

Фалажга: прозерин, 10% натрий хлорид 100,0 т\и томчилаб, церукал 2,0 м\о, калий хлорид 1% т\и, убретид 1,0 м\о, гипертоник клизма, Огнев клизмаси (30,0 глицерин, 3% пероксиди, 10% натрий хлорид) ёки сифон клизма).

Витаминотерапия: В,С,Е гуруҳлари.

Иммуномодуляторлар: Т-активин, иммуномодулин, тималин.

Десенсибилизация мақсадида: димедрол, пипольфен, супрастин, кальций хлор.

Юрак фолиятига: рибоксин, корглюкон, кокарбоксилаза.

Вақтидаги операция ва нозффефектив терапия натижасида келиб чиқиши мумкин.

Сепсис. Септик шок

СЕПТИК ШОК – септик инфекциянинг оғир асорати.

Септик шок патогенези.

Микроорганизмлар лизиси, эндотоксинлар чиқарилиши.

Биологик актив моддалар ажралиши (гистамин, серотонин, катехоламинлар).

Гемодинамиканинг ўткир бузилишлари (титраш, тана ҳароратининг тез кўтарилиши, тахикардия). ОПН, ЦНС, юрак ва ўпка функциясининг бузилиши.

ДВС қўшилиши (токсинлар эндотелийга таъсир қилади ва натижада тромбопластин ишлаб чиқарилади) даволаш + гемостаз бузилишларини.

Септик шок оғирлик кўрсаткичи ШОК ИНДЕКСи (Альговер индекси):

Пульс

Систолик АҚБ

Ш.И.=1,5 ва ундан юқори - ҳолати оғир (нормада Ш.И.=0,5).

Лекин, вақтида операция ва адекват даво олиб борилганда ҳам бўлиши мумкин.

IV босқич СЕПСИС – умумий инфекцион касаллик бўлиб, организмнинг химоя реакциялари сустлашганда ва умумий қон айланишига микроорганизмлар тушиши билан боғлиқ ҳолат ҳисобланади.

Этиологик агентни аниқлаш мақсадида камида иккита жойдан қон олиш керак, биринчи ҳолатда тери орқали пункция йўли билан, иккинчи ҳолатда томир ичи катетеридан фойдаланилади (агар у 48 соат олдин ўрнатилган бўлса). Қолган материалларни йиғишда сийдик, ликвор, жароҳат ажралмалари антибиотикотерапия ўтказилишидан олдин олиш ва клиник белгилари намоён бўлиши керак.

Бугунги кунда амалиётда 20,0мл қон олиниб тенг баробарида иккига ажратилиб аэроб ва анаэроб флора аниқланади. Сепсиснинг диагностик мезонларига лаборатор кўрсаткичларнинг ўзгаришлари ҳам киради. Инфекция ўчоғи борлигига шубҳа бўлганда, қуйидаги тестларни ўтказиш тавсия қилинади: умумий қон анализи, стандарт биокимёвий текшириш, бикарбонатлар миқдорини аниқлаш, креатинин, жигар ферментларини аниқлаш, лактат ва коагуляция параметрларини аниқлаш. Бактериал инфекция тушганида- лейкоцитоз, лейкоцитар формулада нейтрофил силжишлар пайдо бўлади, аммо бу кўрсаткичлар спецификлиги ва сезгирлиги паст бўлгани учун бактериал инфекция борлигини тўлиқ тасдиқлай олмайди ва специфик тестлар қаторига кирмайди.

Бошланғич таҳлиллардан:

- умумий қон анализи (гемоглобин, гематокрит).
- қоннинг биокимёвий анализи (электролитлар, мочевино, креатинин, бикарбонат, глюкоза).
- глюкозада лактат миқдорини аниқлаш.
- коагулограмма (ПТИ, фибриноген).
- АВО система бўйича қон гуруҳи ва резус- омилларни аниқлаш.
- сийдик умумий анализи.
- сийдикни экиш.
- жигар функцияси тестлари(билирубин, ишқорий фосфатаза).
- липаза

Такрорланувчи таҳлиллардан:

- плазмадаги лактатни ҳар 4 соат ичида текшириш.

Оғир даражадаги сепсис/септик шок шубҳа туғдирганда ва ДВСни аниқлашда қуйидаги тестлар ўтказилади: тромбоцитлар миқдорини аниқлаш, протромбин ва тромбопластин активланиш вақтини аниқлаш, Д-димер, фибриннинг дегидратация маҳсулотлари, фибринни аниқлаш ўтказилади.

Қоннинг стандарт биокимёвий текшириш тестларини ўтказиб лактат – ацидозни аниқлаш мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, гиперлактатемия ҳамма вақт ҳам бикарбонатнинг миқдори камайиши ёки анион оралиғининг ошиши билан биргаликда бормади, лекин оғир сепсисда бу тестларни ўтказиш шарт.

Сепсис белгилари:

Юқоридагиги белгиларга қўшилади:

Титраш ва терлаш.

Гектик ҳарорат.

Оғир умумий ҳолати.

Нафас қисиши.

Анорексия.

Тахикардия паст ҳароратда.

Юрак тонларининг сустлашиши.

Жигар ва талокнинг катталашиши.

Эритроцитопения.

Камқонлик.

Лейкоцитоз ёки лейкопения.

Токсик буйрак етишмовчилиги.

СЕПТИЦЕМИЯ – сепсис метастазларсиз.

СЕПТИКОПИЕМИЯ – сепсис метастазлар билан. Метастазлар ўпкада, жигарда, буйракда, эндокардитлар.

Умумий аҳволи тез оғирлашади.

Гиппократ юзи кузатилади.

Аёллар ўлими сабабларида йирингли-септик касалликлар 3 ўринни эгаллайди

Бу вақтида керакли ёрдам кўрсатиш лозимлигини яна бир марта эслатади.

Антибактериал терапия:

«Сепсис» диагнози қўйилгандан кейин 1 соат ичида патологик материални йиғиш ва томир ичига антибиотик юборишни бошлаш керак.

Бошланган эмпирик микробга қарши кураш бир ёки бир нечта препаратлардан ташкил топган бўлиб, патогенга (бактерия, замбуруғ) активлиги сақланган бўлиши ва инфекция ўчоғига кириб бориши керак.

Антибактериал терапия ҳар 48-72 соат ичида микробиологик текширув ва клиник белгиларига қараб баҳоланиб турилади. Асосий патоген микроб аниқлангандан кейин монотерапияга қараганда комбинацияланган терапия ўтказиш яхшироқ деган хулосага келиш керак эмас.

Агар ривожланаётган клиник симптоматика инфекцион табиатга эга бўлмаса, дарҳол антибиотикларни тўхтатиш даркор, чунки микроорганизм резистентлиги ошиши кузатилади ва бошқа патоген микроорганизмлар сабабли суперинфекция ривожланади.

Клиник қўлланма репродуктив ёшдаги ҳомиладор аёллар ва туғруқдан кейинги даврдаги сепсис ва септик шок билан оғирган беморларни олиб боришда қўлланилади.

Бу борада шифокор тактикаси перитонит шакли, унинг ҳолати, оғирлиги ва гемодинамика, сув-электролит, оксил алмашинувида ўзгаришлар бошланишига, микроциркуляция, тўқима метаболизмидаги ўзгаришларга боғлиқ..

Тарқалган перитонитни тўғри даволаш қўшимча жароҳатлар ва ногиронликдан (бачадон экстирпацияси), шунингдек ўлим хавфидан сақланишга имкон беради.

Масалалар.

20 ёшли биринчи марта туғувчи аёл сийрак тўлғоқлар билан келган. Унда 12 соат олдин ҳомила суви оққан. Туғруқхонада туғиш фаолиятини кучайтириш мақсадида окситоцин вена ичига юборилди. 8 соатдан сўнг

бачадон бўйни тўлиқ очилди, лекин ҳомила йириклиги туфайли (4,5 кг) унинг пешона билан тақалганлиги аниқланди. 1 соатдан сўнг К/К операцияси ўтказилди. 2-куни перитонит бошланган. Бачадонни бачадон найлари билан экстирпация қилиш учун релапаротомия ўтказилди. Бу ҳолат кўриб чиқилганда ҳомиладорда оғир анемия (Hb 70 г/л), сурункали пиелонефрит бўлганлиги аниқланган, бироқ бу касалланган ва даволанмаган. Ҳомиладорда ҳомила олди суви оқиб кетган. Туғруққача тайёргарликка шифохонага ётқизилмаган. Кесарча кесиш операцияси 21:00 да сувсиз даврида хорионамнионит ва даволанмаган ЭГП фонида ўтказилди. Операцияга қарши кўрсатмалари бўлган ёш аёл ногирон ва кейинчалик оналик бахтидан маҳрум бўлиб қолди.

40 ёшли кўп туққан аёл ҳомиладорликнинг 40-ҳафтасида жинсий йўллардан қон кетиши билан келган 7-туғиши. Ҳомиладорлик анемияси, сурункали пиелонефрит ва ХГХнинг оғир даражаси фонида кечган диагноз НЖЙБК шошилиш кўрсатмаларга кўра унда кесарча кесиш операцияси ўтказилди. Операциядан сўнгги даврда бачадон субинволюцияси билан асоратланган.

6-суткада бачадон қириб тозаланганда бачадон ёмон қисқарган. Операциядан сўнгги даврда интенсив терапия фонида секин кечувчи эндометрит ривожланган. 9-суткада ичак парези, суяқ ич келиши кузатилган. УТТ да бачадон чокларида инфильтрация, жароҳат чап бурчагида сояланиш, Дуглас оралиғида эркин суяқлик аниқланди. Д/З бачадон чокларининг ажралиши. Перитонит релапаротомия ва бачадон ампутацияси ўтказилди, қорин бўшлиғи дренажланди. Операциядан сўнг бемор ҳолати оғир, фалаж бартараф бўлмаган. Интоксикация иситмаси пасаймаган. 12-суткада бачадон бўйни экстирпацияси қовузлоқлари, абсцесслари олиб ташланган. Ингичка ичак қовузлоқлари ажратилган, илеостомия бажарилган.

Бемор туғруқдан кейин 16-суткада вафот этди. Уйида унинг 6 фарзанди онасиз қолди. Бу каби летал оқибатнинг олдини олиш мумкинми? Ҳа. Бу ҳолатда кесарча кесиш операцияси ва бачадон ампутацияси ўтказилиши лозим эди.

Шунингдек, акушерлик перитонити бу кесарча кесишдан кейинги ва камдан-кам ҳолларда абортдан кейинги (бачадон перфорацияси бўлган ҳолатларда) ўта хавфли асорат бўлиб, унинг кеч аниқланиши ёки тўлақонли даволанмаслиги летал оқибатга олиб келади. Инфекциянинг вирулентлиги, полимикроб кўриниш бўлиши, бактерияларнинг кўпчилик антибиотикларга нисбатан турғунлиги ва организмнинг ҳимоя кучларининг пасайиши мазкур патологиянинг кечишини оғирлаштиради. Симптоматиканинг ноаниқлиги, секин кечиши, ёки интенсив терапия фонида тўлқинсимон кечиши диагностика ва оператив муолажанинг кечикишига ва оқибатда оналар ўлимига олиб келиши мумкин.

Асосий профилактик чоралар бўлиб, репродуктив ёшдаги аёлларни соғломлаштириш, ҳомиладорлик даврида ва бошқа вақтда инфекция ўчоқларини санация қилиш, кесарча кесиш операциясини ўтказишга бўлган

карши кўрсатмаларга қатъий риоя қилиш, туғруқхона операцион блокида санэпид тадбирлар оғишмай амал қилиш, реанимацион ва реабилитацион бўлимларда кесарча кесиш операциясини бошидан кечирган аёлларни айниқса катта эътибор билан даволаш ҳисобланади.

Мавзу № 65: “Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладор аёлларни текшириш усуллари. парвариш техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Акушерлик соҳасида олий маълумотли хамширалар фаолияти. Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.

-акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№65 мотивация. (Мавзу баёни) Туғруқдан кейинги даврдаги гипертермия синдромида. Туғруқдан кейинги эндометрит, этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ЭНДОМЕТРИТ

Эндометрит ёки метроэндометрит бачадон шиллик каватининг яллигланишини билдиради. Бунга у ёки бу даражада мушак каватининг яллигланиши кушилади, шунинг учун метроэндометрит деб аталади.

КЛИНИКАСИ: - чилла даврининг 2-3 кунида намоён булади. Аёлнинг умумий ахволи тезда ёмонлашади. Харорат 38 – 39 гача кутарилади. Пульс хароратга мос тушади. Касал адинамик булиб қолади. Тери ва шиллик парда кизаради, огиз қурийди, нафас олиши тезлашади, хансираш пайдо булади, қон узгаради (лейкоцитоз, чапга силжиши).

ДАВОЛАШ: - даволаш принциплари антибактериал (антибиотиклар, сульфанидамил препаратлар – нитрафуранил каторидаги препаратлар), бачадонни қискартирувчи воситалар ва дезинтоксикацион даволаш усулларида иборат.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ САЛЬПИНГООФАРИТ

Чилладаги сальпингоофарит – бу яллигланиш, қачонки инфекция бачадон бўшлигидан найларга ва тухумдонларга тарқалади. Жараён бачадон ортикларининг аввал ўтказган яллигланиш заминидан вужудга келади. Чилладаги сальпингоофаритнинг клиник қуриниши, тугрукдан кейин 7-10 кунда намоён булади. Тўққан аёлнинг ахволи кескин ёмонлашади, тахикардия, тана ҳарорати 40 градусга кутарилади, қалтираш қўзатилади. Қориннинг пастки бўлимларида оғриқ пайдо булади, қорин пардасининг таъсирланиш аломатлари юзага келади. Бачадон қатталашган, салгина шишган, яллигланиш ўчоғига қарама – қарши томонга қараб бирмунча оғади. Қин орқали текширганда бачадон ортиклари соҳасида, аниқ чегарасиз, оғриқли инфильтрат пайпасланади.

ДАВОЛАШ: - консерватив йўл билан антибиотиклар ва дезинтоксикацион воситалар қўлланилади. Умумий қувват берадиган ва симптоматик препаратлар ишлатилади (анальгин, иссиқлик туширувчи моддалар). Мунтазам қорин пастидан муз қўллаш оғриқ аломатини қамайтиришга олиб келади. Агар жараён йирингли ҳосиланиш ёрилиши ва қорин бўшлиғига тарқалиб маҳаллий ёки умумий перитонит ҳақиқатан, хирургик даволаниб йирингли ўчоқ олиб ташланади.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ПАРАМЕТРИТ.

Чилла давридаги параметрит – жараённинг бачадон атрофидаги клетчаткага таркалиши ва ушбу соҳанинг яллигланишинига айтилади.

КЛИНИКА: - Тугрукдан кейин 10 – 12 суткаларда намоён булади. Жараён одатда калтираш, тана хароратининг 39/40 градус кутарилиши билан бошланади. Харорат 8-10 кун мобайнида сакланади. Касаллик бошланганидан бир неча кундан сунг, кин оркали текширилганда бачадоннинг ёнбош сиртида ва чанок девори орасида инфильтрат пайпасланади. Жараён бир томонлама ривожланганда бачадон худди яллигланиш усмаси устида ётгандай ва уни инфильтратдан алоҳида аниклаб бўлмайди. Икки томонлама параметритда бачадоннинг тепага ва пастга, оркага караб силжитиши кузатилиб, катта, бир бутун яллигланиш конгломерати аникланади. Жараён бартараф килингандан сунг, инфильтрат секин – аста сурилади. Баъзи, кам учрайдиган ҳолларда ҳосил бўлган абцесс корин бушлигига, кинга ёки қушни органлар – сийдик пуфаги ва тугри ичакга очилиши мумкин.

ДАВОЛАШ: - комплекс тарзда булиб, актив антибактериал воситалар ва дезинтоксикацион чора – тадбирлардан иборатдир. Инфильтратнинг тулик сурилиши мақсадида физиотерапевтик муолажалар тавсия этилади. Абцесс пайдо бўлганда купинча киннинг орка гумбази оркали очилади.

ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ МЕТРОТРОМБОФЛЕБИТ ВА ЧАНОК ВЕНАЛАРИНИНГ ТРОМБОФЛЕБИТИ.

Чилла давридаги тромбофлебит, аввалдан мавжуд бўлган тромбга инфекция тушиши ёки яллигланиши туфайли янги тромбларнинг пайдо бўлишини билдиради.

Асосий шакллари:

- бачадон веналари тромбофлебити;
- метротромбофлебит;
- чанок чуқур веналарининг тромбофлебити;

КЛИНИКА: Метротромбофлебит метроэндометрит заминида вужудга келади. Метротромбофлебит диагнози узок кечадиган метроэндометрит асосида қуйилади, қайсики тана харорати бир рақамларда 38-39 градус узок туради. Бачадон катталигича қолади, огрикли, пайпасланганда унинг қовургаларида қалинлашган, огрийдиган веналарни аниклаш мумкин.

Чанок чукур веналарининг тромбофлебити чилланинг 2 чи хафтаси охирларида пайдо булади ва умумий ахволининг огирлашуви, тана хароратининг кутарилиши, кориннинг пастки булимларида корин пардасининг таъсирланиш аломатларининг пайдо булиши билан характерланади. Тана хароратининг кутарилиши, бир пастга тушиш ва ларзага соладиган калтирашлар билан кечади. Пульснинг тезлашуви тана хароратига мос тушмайди.

Кичик чанок сохасидан чикадиган ва таркалишига мойиллиги булган чилла даври инфекцияси. Кичик чанок сохасидан чикиб таркаладиган чилла давридаги инфекцион касалликларга: сидирга перитонит, авж олувчи тромбофлебит ва септик бактериал шок киради.

АКУШЕРЛИК ПЕРИТОНИТИ

Кейинги 10 йилларда бизда ва чет давлатларида кесар – кесиш операциясининг сони куринарли даражада усиб бормокди. АКШ да бу курсаткич 2 маротаба купайиб, барча тугрукларнинг 10 %ни ташкил этади. Кесар – кесиш операцияси сонининг купайиб бориши, асосан хомила хаётини саклаб қолиш билан боғлиқ, чунки операция авваламбор хомиланинг тугрук травмаси ва гипоксиясини олдини олиш максадида қилинади. Шу йул билан болалар улимининг камайиши кулга киритилади, аммо операциядан кейинги йирингли – септик асоратларининг огир кечиши ва тез – тез учраб туриши кузатилади. Хомиладор ва туккан аёлларда бактериал инфекциянинг бошланиши ва кечиши, хужайра ва гуморал иммунитетнинг холатининг узгариши билан намоён булади. Кин оркали утказилган тугрукларга нисбатан кесар – кесиш кулланилганда, йирингли – септик асоратларининг ривожланиш хавфи куп маротоба ошади. Операциядан кейинги йирингли яллигланиш касалликларини аниклаш иложи борица эрта ва тугри булиши шарт. Кесар – кесишдан кейинги инфекцион асоратлар – бактериал инфекциянинг курилиши булганлиги учун ҳам, бактериологик текширувлар уларни аниклашда муҳим аҳамиятга эга.

Чилла даври перитонити асосан 3 сабабга кура келиб чиқиши мумкин:

- кесар – кесишдан кейинги асоратлар;
- бачадон ортиклари яллигланишининг хуружи;
- сепсис;

Асосан, перитонитларнинг 98% и кесар – кесишдан кейин ривожланади. Кесар – кесишдан кейинги перитонит, чилла давридаги ва абортдан кейинги йирингли – яллигланиш касалликлари орасида 4,6 – 7 % ни ташкил этади. Улим юкорилигича колади ва 26 – 35 % гача етади. Оналар улими таркибида септик касалликларидан перитонитга 3,6 – 4 % га тугри келади. И.В. Давидовскийнинг таърифлашича: - перитонит корин пардасининг яллигланиши хисобланиб куйидаги турлари тафовуд килинади.

- уткир
- сурункали
- махаллий
- умумий.

Перитонит ташхиси махаллий белгилар ва тананинг умумий реакциялари асосида куйилади. Кесар – кесишдан кейинги перитонит патогенези буйича бир неча клиник шаклларга эга:

- Перитонит бачадон чокларининг ажралиши;
- Кесар – кесиш жараёни пайтида корин бушлигига инфекция тушиши;
- Тугувчи аёлларда хориоамнионит;
- Ичакларнинг фалажи кесар – кесиш пайтида ичаклар жароҳатланиши;
- Бачадон ортикларининг йирингли халтасининг ёрилиши;

Кесар – кесишдан кейинги перитонитнинг клиник кечиши куп омилларга боглик. Перитонитнинг этиологияси – бактериалдир. Купрок бош ролни ичак таёкчалари, стафилакокк, аралаш грамм негатив флора уйнайди.

Акушерлик перитонити суюклик характериға кура:

- серозли
- фибринозли
- йирингли шакллари булиши мумкин.

Купинча, махаллий баъзида эса тотал булади.

1. **Кесар** – кесишдан кейинги перитонитнинг клиник кечиши ва патогенези хусусиятлари корин пардасига инфекциянинг тушиш йулларига боглик. Тажрибалар ва клиник текширувлар шуни курсатадики, корин бушлигига бир марта инфекция тушиши хамма вақт хам перитонитга олиб келмайди. (Симонян К.С. 1971 й.). Факат туккан аёл танаси чидамлилигининг пасайиши инфекция билан биргаликда перитонитнинг бошланишига замин яратади.

Аёл танасининг инфекция тушишига курсатадиган умумий реакцияси, аёлнинг иммун ва эндрокин системаларининг холатиға боглик. Умумий реакцияда микроциркуляция холати ва орган кон айланишининг курсатгичлари катта роль уйнайди.

Хозирги замон тасавурига кура, бактерияларнинг массив айникса узок вакт таъсир килувчи инфекция учогининг урнашиб олиши ва микроб хужайраларнинг улиши туфайли эндотоксинларнинг ажралиши интоксикацияга олиб келади. Бу пайтда катехоламин, кинин, гистамин ва глюкокортикоидлар каби актив субстанцияларнинг мобилизацияси бошланади. Вазоактив моддаларнинг ишлаб чиқиши туфайли капиллярнинг кенгайиши кузатилади ва улар деворларининг утказувчанлиги ошади. Микроциркуляция жараёни бузилади коннинг бир кисми периферияда жамланади ва гиповолемия кучаяди. Бундай холат сув – электролит балансининг бузилиши билан чуқурлашади. Бунга сабаб ичаклар атонияси, чала фалажлиги ва динамик ичак утказишнинг бузилишида куп микдорда суюклик ва электролитларнинг йуколишидир. Ичакларда сув ва экссудат кайта сурилишининг бузилиши гиповолемияни анча чуқурлаштиради.

Перитонитларда интоксикациянинг кучайиб бориши, септик ёки бактериал шок деб аталадиган гиповолемик шок курилиши билан тугалланади. Кесар – кесишдан сунг буйрак уси безининг хам пустлок хам магиз каватларининг функционал холати фаоллашади ва АКТГ секрецияси купаяди. Кесар – кесишдан кейин хар бир аёлда макро ва микроциркуляциянинг бузилиши учун шароит яратилади. Бунга кон кетиш, коғонок сувларининг ва коннинг корин бушлигига тушиши, тез намоён буладиган гормонал узгаришлар каби кесар – кесишга хос булган асоратлар сабаб булади. Перитонитнинг ривожланишида инфекция тушишидек кушимча, нохуш омил бундай шароитда ишга туширувчи лахза булиб хизмат килади.

Перитонитларда гистаминнинг роли катта. Гистамин вазоактив медиаторлардан бири булиб, баъзи холларда орган ва системалар физиологик ишини кескин узгартирадиган, томир ва вегетатив реакцияларнинг сабабчисидир. Септик жараёнининг патогенезида хам гистаминнинг роли маълум, айникса огир циркулятор бузилишларнинг келиб чиқишида бу намоён булади. Гистамининг эндоген ва экзоген таъсири шокни ривожлантиради.

Бактериал токсинлар ва оксилларнинг парчаланиш махсулотлари туфайли захарланишида организмда сувсизланиш боради, кайсиким изотоникдан гипотоникка утади. Экссудация ва трасминерализация кучайиши туфайли натрий ва калий камая бошлайди. Калий етишмовчилиги ичаклар атонияси, парезига, динамик ичак утказишнинг бузилишига олиб келади ва шу жараёни ушлаб туради. Шу билан бир вақтда яллигланиш экссудати ва оксилларнинг

катаболизм парчаланишининг кучайиши туфайли гипопротеинемия ошади. Юракка келадиган қон миқдори камаяди. Тахикардия фақат муддатда минут ҳажмини бараварлаштиради. Веноз қон оқимининг камайиши туфайли юракнинг минут ҳажми тезлик билан камая боради. Бу ҳаётининг муҳим органларнинг гипоксиясига олиб келади ва органлар функциясини заифлаштиради. Юрак, буйрак, жигар функциялари томонидан қўп узғаришлар юзага келади.

Перитонитнинг кечиши 3 фаза билан характерланади:

1. Реактив фаза
 2. Токсик фаза
 3. Терминал фаза
- Перитонитнинг клиник қуриниши қўпинча комплекс, патогенетик даволашнинг сифатига боғлиқ бўлади. Клиник сурат келиб чиқишида қон кетиш, операция пайтида коррекцияловчи даволаш утқизишнинг аҳамияти бор.
- Шундай қилиб, этиологияси ва патогенези, ҳомиладорликнинг кечиши, оператив аралашувларнинг хусусияти, микрофлоранинг вирулентлиги, касалликнинг босқичлари, локализацияси, тарқалганлик даражаси ва организмнинг реактивлигидан келиб чиқиб, перитонит аломатлари ҳар хил бўлиши мумкин. Қоринда оғриқ бўлиши, Шеткин – Блумберг белгилари, қўшиш, ичак утказувчанлигининг паралитик бўзилиши, мушакларнинг химояланиши таранглашуви – йирингли сидирга перитонитнинг асосий белгиларидир. Интоксикация туфайли келиб чиқадиган аломатларни перитонитнинг узига хос белгилари қаторига қўйиш мумкин эмас, чунки бу аломатлар интоксикация фазасини характерлайди ва утказилаётган даволашнинг тулиқлиги ва сифатига боғлиқ бўлади.

Тахикардия, гипотония, тил шиллик пардасининг қўриши, ритмнинг бўзилишини коррекциялаш мумкин, аммо бу белгилар қесар – қесишдан кейинги перитонитнинг клиник қуринишида патогномик аломатлар ҳисобланмайди. Қесар – қесишдан кейинги перитонитнинг муҳим белгиси – бу утқазилган даволашдан кейин аломатларнинг қайталанишидир.

Хориоамнионит заминида юзага келган перитонит алоҳида эътиборга лойиқ. Хориоамнионит заминида қилинган қесар – қесиш – тугрукни тугри прогноз қилинмаслик туфайли келиб чиқадиган қўпол ҳатодир. Хориоамнионитда операция қилинмаслик ёки экстраперитонеал қесар – қесишни қўллаш кераклигини эсдан чиқармаслик лозим.

Хориоамнионит туфайли юзага келган перитонит эрта бошланиши юкори харорат, яккол тахикардия ва ичаклар чала фалажлиги билан характерланади. Корин мушакларининг химоя таранглашуви булмайди. Шеткин – Блюмберг аломати ва кориндаги огрик яхши намоён булмайди, кусиш йук.

Адекват даволаш булмаганда бактериал шок ёки юрак кон – томирлар етишмовчилигининг гиповалемия заминида кучайиши, 5-16 чи суткаларда улимга олиб келади. Корин бушлигига ичаклар деворидан инфекция тушиши туфайли ичаклар утказувчанлигининг паралитик бузилиши окибатида ривожланган перитонитнинг маълум клиник хусусиятлари бор. Перитонитнинг бу шаклининг бошланиши операциядан кейинги 3-4 чи кунга тугри келади. 1 чи кун орасида касалнинг ахволи коникарли булади, харорат субфебрил, тахикардия муътадил булади. Утиб кетувчи чанкоклик, ичакларнинг пухта чала фалажлиги намоён булади. Коринда огрик, мушаклар химояси булмайди. Шеткин – Блюмберг аломати манфий булади. Асосий белги булиб, утказилаётган даволашга карамасдан паралитик ичаклар утказмаслиги юзага келиши хисобланади. Бунда перистальтика тулик тухтайди ва корин бушлигида «тобутдаги жимлик» куриниши кузатилади. Шу вақтдан бошлаб касалнинг умумий ахволи кескин ёмонлашади:

- яккол калтираш
- тахикардия
- эйфория
- суюк нажас

Корин бушлигида экссудат аникланади ва ошади.

Агар 1 чи типдаги клиник куринишда интенсив, консерватив даволаш мумкин булса, 2 чи ва 3 чи типдаги комплекс даволаш шошилиш операция ва жадаллашган даволаш керак.

Клиник хусусиятларини мулжаллаш диагностикани осонлаштиради ва тактика жихатдан тугри даволашга имкон яратади. Перитонитни даволаш – комплекс услубда булмоги лозим. Хирургик даволаш хамма касалларда жадаллашган консерватив даволаш билан кушиб олиб борилади. Комплекс даволашнинг умумий принциплари:

1. Перитонит сабабларини йукотиш учун уз вақтида килинадиган операциялар.
2. Корин бушлигига дренаж куйиш.
3. Рационал антибактериал даволаш.
4. Дезинтоксикацион даволаш.
5. Айланадиган суюклик хажмини нормаллаштириш.
6. Парентерал овкатлантириш.

7. Микроциркуляциясини нормаллаштириш
8. КИШС ни коррекциялаш.
9. Ичаклар перистальтикасини тиклаш.
10. Упка, юрак, жигар, буйрак фаолиятининг бузилишини олдини олиш ва даволаш.

Операциядан мақсад: инфекция учогини олиб ташлаш ва корин бушлигига дренаж куйиш. Бачадон найлари билан биргаликда олиб ташланади. Пиовар ёки тубовариал йирингли хосилалар булса, тухумдонлардан биртаси олиб ташланади.

Операция пайтида экссудат характери (сероз, фибриноз ва йирингли) ва корин пардаси жарохатининг таркалганлигига (махаллий, сидирга, тотал) га караб перитонитнинг шакли аникланади. Перитонит шаклини аниклаш корин бушлигида диализ утказиш саволини хал килиш учун керак. Диализ утказиш учун курсатма булиб тотал перитонит ёки интоксикация билан бирга утадиган касаллик хисобланади.

Перитонитни махаллий даволаш билан бир каторда умумий даволашни хам утказиш керак. Умумий даволашдан мақсад – патофизиологик бузилишларни компенсация килиш ва инфекция, интоксикация билан курашишдир. Умумий даволаш оператив даволашдан олдин ёки биргаликда олиб борилиши зарур.

Мавзу № 66: “Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

	Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; - Мастит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Мастит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро

20 дақиқа	муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№66 мотивация. (Мавзу баёни) Мастит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

Мастит - сут безининг паренхима ва интерстициал тўқимасининг яллиғланишидир. Ушбу касаллик туғруқдан кейинги даврнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан биридир. Туғруқдан кейинги мастит билан касалланиш даражаси туғилиш сонига нисбатан 1,5-6 фоизни ташкил этади. Туғруқдан кейинги даврда йирингли яллиғланиш жараёнларининг учдан икки қисми маститга тўғри келади. Мастит касаллигининг кўпайиши, йирингли инфекцияни келтириб чиқарувчи инфекциялар, унинг антигенлик хусусиятлари ва антибиотиклар қаршилигининг тур таркиби ўзгариши билан изоҳланади.

Одатда мастит бир томондан ривожланади. Икки томонлама жараён камдан-кам ҳолларда учрайди. Маститнинг барча ҳолатларида, 70% биринчи туғувчиларда, 27% такрор туғувчиларда 3% кўп туғувчиларда учрайди. 30 ёшдан катта аёллардаги мастит билан касалланиш даражаси ушбу ёшдаги биринчи туғилиш сони кўпайиши билан боғлиқ.

Маститнинг кўзғатувчиси кўпинча стафилококклардир. Беморларнинг 82% ни йирингли стафилококклар, 11% ҳолатларда *E.coli* ва 3,4 % стептококклар, 2,4% кам учрайдиган протейлар, замбруғлар келтириб чиқаради. Инфекция манбаи – патоген микробларни ташувчилар ва атроф муҳитдаги одамлар, яллиғланиш касалликлари ташиб юрган беморлар, ифлос ички кийимлар ва бошқалар тарқалтиши мумкин. Мастит пайдо бўлишида касалхонага ётқизиш муҳим аҳамиятга эга.

Инфекциянинг энг кенг тарқалган кириш эшиги кўкрак ёрилишидир. Эҳтимол, эмизиш вақтида патоген микробларнинг интраканаликуляр тарқалиши ва сутни димланиб қолиши бўлиши мумкин. Инфекция (эндоген) гематоген ва лимфоген йўллар билан тарқалиши мумкин.

Бир вақтнинг ўзида экстрагенитал патологиянинг мавжудлиги, организмнинг иммунореактивлигининг камайиши, туғруқдан кейинги даврдаги асоратлар, асосан биринчи туғувчиларда, туғруқдан кейинги даврда турли хил паталогиялар инфекциянинг ривожланишига ёрдам беради.

Мастит кўп ҳолларда сут келишининг бузилиши (лактостаз) натижасида ривожланади, бундан ташқари сут беи каналларининг

етишмовчилиги, сут беги сўргичларининг аномалияси, сут беги ривожланишининг дисфункциясида сўнг кузатилади. Кенгайган сут йўллари орқали сут безларига тушади, каналлар деворлари шишади, димланиш кучаяди, бу омиллар микробларнинг кўкрак тўқималарига киритилишига ёрдам берадиган йўл бўлиб, маститнинг бошланишига ва ривожланишини таъминлайди.

Яллиғланиш жараёнининг локализациясига қараб, қуйидаги мастит турлари ажратилади: паренхимал, кўкрак паренхимасининг асосий зарарланиши билан тавсифланади; интерстициал элементлар, интерстициал қисмларнинг зарарланиши; галактофорит - сут каналларининг яллиғланиши; ареолит – сўргич атрофидаги безларининг яллиғланиши.

Ўткир ва сурункали маститга ажратилади. Амалий мақсадлар учун, яллиғланиш жараёнини ҳисобга олган ҳолда, ўткир маститнинг энг тўғри клиник таснифи: сероз (бошланғич), инфилтрацион, йирингли ва гангреноз. Ўз навбатида, йирингли мастит инфилтрацион-йирингли (диффуз, тугунли), абсцессли (фурункулёз, ареолалар хўппози, безларнинг хўппози, безнинг орқасидаги хўппоз - ретромаммар) ва флегмоноз (йирингли-некротик) бўлиши мумкин.

Сурункали мастит гуруҳида йирингли ва йирингли бўлмаган шакллар ажралиб туради. Сурункали йирингли мастит жуда кам учрайди, кўпинча нотўғри даволанган ўткир мастит оқибатидир. У атроф-муҳит тўқималарини аниқ индуцирланиши билан бирга кичик хўппозларнинг шаклланиши билан тавсифланади. Камдан кам ҳолларда сурункали мастит ривожланиши мумкин. Плазма хужайрали перидуктал мастит сурункали маститнинг ноаниқ шакли деб ҳисобланади, бу сутли каналлар атрофида кўп миқдордаги плазма хужайраларига эга бўлган инфилтратлар аниқланади.

Турли босқичларда маститнинг клиник кўриниши ўзига хос хусусиятларга эга. Сероз маститнинг одатда клиник шакли, ўткир бошланиб одатда туғруқдан кейинги давр 2-3-4 ҳафталаридан сўнг, яъни аёлни касалхонадан жавоб берилганидан кейин содир бўлади. Тана ҳарорати тезда 38-39 ° С гача кўтарилади, бу совуққотиш ёки қалтираш билан кечади. Умумий ҳолсизлик, заифлик, сут безларида оғриқ, бош оғриғидан шикоят қилади. Текширув давомида биров сут безлари катталашиб боради, лекин контурлари сақланган бўлади. Тери ўзгармайди. Таққослама палпация пайтида, зарарланган кўкрак безларида кўпроқ эластиклиги пасайганлигини ва кенг тарқалган оғриқни кўриш мумкин. Ушбу босқичда сутнинг кўкракларда димланиши аниқ хавфли бўлиб, бу веноз стазага олиб келади ва сероз маститнинг иккинчи босқичга тез ўтишига ёрдам беради. Ўткир сут тикилиши одатда яллиғланиш жараёнидан олдин бўлади. Маститнинг сероз шаклида тана ҳарорати ошган, сут безлари шишган бўлади.

Неадекват даволаш чоралари қилинганда 2-3 кун ичида ўткир инфилтратив шаклга айланади. Инфилтрат кўкрак безларида пайдо бўлиб,

унда аниқ чегаралар билан кескин оғриқли инфилтрация учрайди, бунда безнинг миқдори сезиларли даражада ошади, терининг ранги қизиш, гиперемия кузатилади, ЭЧТ 30-40 мм/с гача кўтарилади, лейкоцитоз $10-20 \times 10^9$ / л га кўтарилади. Сут безларида оғриқ ва кучсизланиш ҳисси кучаяди, бош оғриғи, уйқусизлик, заифлик, иштаҳани йўқотиш пайдо бўлади. Қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашади, оғриқ бўлади. Палпациясида инфилтратлар ўчоқлари сезилади, флюктуацияни сезиш мумкин.

Агар умумий ва маҳаллий терапия жараёни тўхтатмаса ва унинг тескари ривожланишига ёрдам бермаса, маститнинг абесс шакллари пайдо бўлади. Барча клиник белгилар: ЭЧТ 50-60 мм / с гача, лейкоцитлар сони $15-16 \times 10^9$ / л, гемоглобин 80-90 г / л гача камаяди, титроқ кўтарилади, иситма давом этади. Кўкрак безлари гиперемияси, тери ости томирлар кенгайиши, лимфаденит пайдо бўлади. Йирингли инфилтрат флюктуация белгиси билан аниқланади.

Флегмоноз шакл умумий аҳволнинг кескин ёмонлашуви, температуранинг $38-40^\circ\text{C}$ гача кўтарилиши ва қалтираш билан тавсифланади. Организмнинг заҳарланиш белгилари кучаяди. Лаблари ва тили қуруқлашади, уйқусизлик, бош оғриғи кузатилади. Сут безлари кенгаяди, териси гиперемик, цианотик бўлади. Тери ости веналарининг кескин кенгайиши, лимфангит ва лимфаденит кузатилади. Палпатсияда қилганда бир қатор шишган жойлари аниқланади. Лейкоцитоз $17-18 \times 10^9$ / л га этади, гемоглобин миқдори 70 г / л га тушади, ЭЧТ 60-70 мм/с гача кўтарилади. Лейкоцитлар формуласи - чап томонга силжийди, эозинофили, лейкопения.

Маститнинг гангренали шакли етарли даражада назорат қилмасдан даволаниш, вақтида тиббий ёрдам сўраб бормаслик ёки узоқ муддатли амбулатория шароитида адекват даволанмаслик натижасида келиб чиқади. Гангреноз мастит билан асоратланган бемор аёлларнинг умумий аҳволи жуда оғир бўлиб, ҳарорат 40°C га етади, зарба дақиқада 110-120 зарба, заиф тўлдириш. Териси оқарган, тил ва лаблари қуруқ бўлади. Беморда заифлик, бош оғриғи, уйқусизлик, иштаҳанинг етишмовчилигидан шикоят қилади. Сут беzi кенгайган, оғриқли, шишган. териси кўк-бинафша рангдан оқ- кўкимтир ранггача, баъзи жойларда пуфакчали ўзгаришлар ва некроз жойлари кузатилади. Марказий лимфа тугунлари катталашади, палпация пайтида оғриқли бўлади. Лейкоцитоз $20-25 \times 10^9$ /л ни ташкил қилади, формулада - чапга кескин силжиш, нейтрофилларнинг токсик грануларлиги мавжуд. Гемоглобин 40-60 г / л га тушади, ЭЧТ 70 мм/с гача кўтарилади.

Туғруқдан кейинги лактацион мастит замонавий шароитда қуйидаги хусусиятлар билан тавсифланади: жуда кеч бошланади, туғруқхонадан тез чиқарилгандан сўнг (баъзан касалликнинг дастлабки белгилари 4 ҳафтадан кейин пайдо бўлади); диффузли ёки тугунли шаклида юзага келган инфилтратив йирингли маститларнинг тарқалиши; касалликнинг йирингли шакллари узайган ва узоқ давом этадиган йўли; бу касалликнинг клиник

кўринишлари жараённинг ҳақиқий оғирлигига мос келмаган маститнинг силлиқ субклиник шакллари сонининг кўпайиши.

Ташхис беморларнинг шикоятларини, клиник хусусиятларини ва лаборатория маълумотларини ҳисобга олган ҳолда қўйилади. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофиллар сонининг кўпайиши, ЭЧТ тезлашиши, анемия билан ифодаланади. Сут таркибини бактериологик текшируви антибиотикдан олдин, шунингдек даволаниш пайтида ва ундан кейин амалга оширилади. Антибиотикларга сезувчанлиги билан аниқланган патоген микроблар. Цитология муайян сут миқдори бўйича лейкоцитлар сонининг сезиларли кўпайиши (20 дан ортиқ кўриниш).

Ультратовуш орқали текширилгандан сут безининг маълум бир жойида инфилтрат массасини кўриш мумкин. Маститнинг сероз шакли ва лактостазни қиёсий ташхиси касалликнинг клиник кўриниши асосида амалга оширилади. Лактостаз учун 38° С ҳароратда бир маротаба кўтарилиши билан одатда қониқарли ҳолатга эга; сут безлари барча бўлимларда тенг равишда шишиб кетади; ҳарорати туширгандан сўнг тез нормал ҳолатга қайтади; лактация бузилмайди. Маститнинг патогномоник белгиси сутдан микроорганизмларни чиқишидир. Лактостаз микробларнинг катта миқдорда чиқганида маститнинг субклиник босқичи сифатида кўриб чиқилиши ва сероз маститда даволаш қилингандек бўлиши керак. Сероз яллиғланиш босқичида беги тўқимаси серозли суюқлик билан тўйинган, томирлар атрофида лейкоцитлар тўпланиши қайд этилади. Сероз яллиғланиш фазасида яллиғланган тўқималардан сероз суюқлик оқади, лейкоцитларнинг чапга силжиши кузатилади.

Сурункали сурункали маститнинг асоси - бу атрофдаги тўқималарни сезиларли даражада кичик ҳўппозларнинг ҳосил бўлиши. Плазма ҳужайрали мастит билан инфилтратлар сутли каналлар атрофида кўп миқдордаги плазма ҳужайралари билан ажралиб чиқади.

Даволаш мастит шаклини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Бу касалликнинг дастлабки белгиларининг пайдо бўлиши билан имкон қадар эрта бошланиши керак. Йирингли яллиғланиш бўлмаса, консерватив даво тавсия этилади ва йирингли мастит учун жарроҳлик тавсия этилади. Сутнинг турғунлик белгилари пайдо бўлганда ёки димланиш белгилари кузатилганда сут безларини сиқиб қўядиган нарсалар тақиш мумкин бўлмайди. Димланган сутни бўшатишни яхшилаш учун кўкрак помпасини ишлатса бўлади, окситоцин 1 мл (5 ед) дан буюрилади. Окситоцин инексия қилинишидан 20-30 дақиқа олдин, ношпа 1-2 мл 2% эритма эритмаси мушак ичига юбориш тавсия этилади.

Мастит ривожланиши билан, эмизиш вақтинча тўхтатилади. Мастит билан оғриган беморларда унинг бартараф қилиш ва терапия ўтказиш қуйидагича: тез суръатлар билан ривожланаётган жараён - фаол комплекс даволаниш фонида 1-3 кун ичида сероз шаклини инфилтратив босқичга

ўтишини олдини олиш; жарроҳликдан кейин янги инфилтратларни ҳосил бўлишига йўл қўймаслик; флегманоз ва гангреноз маститни олдини олиш; Бошқа органлар ва тизимларнинг касалликлари фонида маститни келтириб чиқаришни олдини олиш. Лактациянинг олдини олиш учун пролактин секрециясини ингибирловчи препаратлар - парлодел (бромокриптин) ишлатилади. Беқарор лактация билан 4-5 кун, кунига 2 марта 1 таблетка ишлатилади; лактатсия даврида даволаш 7-14 кунга мўлжалланган.

Туғруқдан кейинги маститни даволашда асосий компонент антибиотиклар ҳисобланади. Йиринг мастит учун уларнинг мақсади ўз вақтида жарроҳлик аралашуви билан бирлаштирилади. Бундай ҳолатларда синтетик антибиотикларнинг метронидазол билан комбинацияси бўлган цефалоспоринларни қўллаш тавсия этилади.

Йирингли маститнинг чидамли қаршилиги анаэроб микрофлорасининг борлигини кўрсатади ва юқорида кўрсатилган антибиотиклар билан биргаликда метронидазолни қўлланилади. Антибиотикларни ва поливалент стафилококк бактериофагини биргаликда қўллаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш мумкин. Маститларнинг мураккаб терапиясида тананинг ўзига хос иммунологик реактивлигини ва специфик бўлмаган ҳимоя даражасини оширадиган воситалар муҳим ўрин тутди. Антистафилококк гамма глобулин ҳар куни мушак ичига 5 мл (100 МЕ), курс учун - 3 та инъекция. Антистафилококк плазмаси (100-200 мл вена ичига), адсорбцияланган стафилококк анатоксини (1 мл 3 кунлик интервалларда, 3 та инъекция учун) қўлланилади.

Инфузион терапия интоксикацияси бўлган барча беморларда ўтказилади. Антигистаминлар ёрдамида комплекс даволашда - супрастин, димедрол, дипразин; Анаболик стероид гормонлар - ретаболил, неробол. Даволашга чидамли шакллар гипотензия ва септик шок таҳдиди намоён бўлганида глюкокортикоидлар қўлланилади.

Даволашнинг физиотерапевтик усуллари турли хил қўлланилади. Сероз мастит микротўлқинли терапия ёрдамида дециметрия ёки сантиметр оралиғида, ултратовуш, ультрабинафша усулларида фойдаланилади; инфилтратив мастит билан - бир хил физиотерапия усуллари билан, лекин иссиқлик юқини ошириб боради. Йирингли маститни жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг, интраваскуляр нурланиш ва лазер терапияси ва УХФ электр зонаси заиф термик дозда буюрилади.

Йирингли мастит учун жарроҳлик даволаш кўрсатилади. Оператция оператция хонасида стационар шароитда амалга оширилиши керак. Сут безлари каналларга минимал даражада травма етказмасдан жарроҳлик амалиёти бажарилиди. Энг кўп радиал кесма ишлатилади – сўрғичлар атрофидан периферияга ўтадиган қисмдан кесилиб, шикастланган тўқималар томон тўмтоқ йўли билан кириб борилади, йирингни эвакуация қилади, некротик тўқималарни олиб ташлайди, яра ичига тампон ва дренаж

қўйилади. Флегманоз ва гангреноз мастит бўлса, некротик тўқималар кесилиб ва йиринг чиқарилади. Ўз вақтида даволаш етарли даражада яхши прогнозни беради.

Огоҳлантириш, акушерлик касалхонасида санитария-гигиена ва санитария ва эпидемиология қарши чора-тадбирларни, стафилокок инфекцияси билан мунтазам курашиш, маститни олдини олиш бўйича мақсадли чораларни амалга оширишда қатъий риоя қилишдан иборат.

Туғруқдан кейинги даврда қуйидагилар зарур: кундалик гигиеник душ ва ички кийимларни ўзгариши; гимнастика; эрта туриш; овқатланишдан олдин қўлларни ва сут безларини ювиш; ҳар бир овқатланишдан кейин 10-15 минут давомида ҳаво ھаммомларини олиш; сут безларини кўтарадиган, лекин сут безларини сиқиб қўямайдиган сутенлар тавсия қилинади; юқори хавфли гуруҳларда аёлларда маститга қарши профилактик чоралар кўриш; эмизиш қоидалари ва методларини ўрганиш; кўкрак ёриқлари ва лактостазларнинг олдини олиш, ўз вақтида аниқлаш ва оқилона даволаш.

Туғруқдан кейинги септик асоратларни ўз вақтида аниқ ташхис қўйиш ва етарли даражада дифференцияциялаш, интенсив даволаниш, сепсис ва септик шокни олдини олишига ёрдам беради.

Мавзу № 67: “Тромбофлебит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси техникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Акушерликда ҳамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Тромбофлебит этиологияси, клиникаси ҳамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Акушерликда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик

жараёнини	
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; -ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикасини; -ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -ҳомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№67 мотивация. (Мавзу баёни) Тромбофлебит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

Тромбофлебит (тромбофлебит)- вена қон томир девориинг яллиғланиши ва тромбознинг келиб чиқиши билан тавсифланадиган томирлар касаллигидир. Дастлаб, томир деворининг (флебит), сўнгра кейин тромбоз ёки аксинча томирлар яллиғланиши (флеботромбоз), бўлиши мумкин.

Тромбофлебит ривожланишида инфекциянинг роли мураккабдир. Айрим тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, яллиғланишга сабабчи агент бевосита томир деворига таъсир қилади ва уни қон оқимида ёки яқин атрофдаги яллиғланиш марказига олиб келади. Баъзилар инфекция умумий токсик таъсирини ҳисобга олиб, барча қон томир тизимини ишдан чиқаради, қон ивиш ва антикоагуляция тизимининг функциясини ҳам бузади. Агар томир деворини (*vasa vasorum*) етказиб берадиган томирлар йирингли жараёнда иштирок этса, томирларнинг йирингли эриши пайдо бўлиши мумкин.

Ўткир тромбофлебит - туғруқдан кейинги даврнинг энг жиддий асоратларидан бир бўлиб. Туғруқнинг узок давом этиши ва чўзилиши, туғруқ йўллариининг жароҳати, акушерлик операциялари, постгеморрагик анемия, туғруқдан кейинги метроендометрит, гиперкоагуляция, варикоз касаллиги, семизлик, преэкламп, унинг пайдо бўлишига ёрдам беради.

Тромбофлебит ривожланишида қон томир деворининг ички юзасида ўзгаришлар, қон ивишининг ортиши, қон айланиши секинлашиши, шунингдек, қон айланишини сусайтиришга ва қон томир деворига зарар етказишга ёрдам берувчи рефлекс вазоспазм муҳим аҳамият касб этади. **Туғруқдан кейин тромбоз учун зарур бўлган шартлар қуйидагилардир:** туғруқ вақтида қон ивишнинг ошиши, кичик чанокда жойлашган катта қон томирларда қоннинг димланиши, оёқ қон томирларида қон оқимининг секинлашиши. Юрак қон томир касалликлари, варикоз қон томир касалликлари, семизлик, камқонлик, преэклампси, туғруқни даврлари узок муддат чўзилганда ва жарроҳлик аралашувидан кейин тромбоз хавфи ортади.

Тромбофлебитнинг патогенези турлича бўлиб. Кўпгина беморларда ўткир тромбофлебит веноз қон томир деворларининг йирингли яллиғланиши натижасидир; бу гемостаз тизимининг тромботик ҳолати - гиперкоагуляция, гипофибринолиз ва қон хужайраларининг адгезив - агрегацион

хусусиятларининг кучайиб бориши омилларнинг таъсири туфайли юзага келади. Клиник амалиётда камдан кам ҳолларда томирнинг йирингли яллиғланиши фонида, тромбоз ёки веноз тромбознинг иккиламчи инфекцияси ва унинг йирингли ажралмаси натижасида ҳосил бўлган ҳақиқий септик тромбофлебит ҳолатлари кузатилади.

Флебит - бу веналар деворининг яллиғланиши бўлиб, кўпинча умумий ёки маҳаллий йирингли инфекция билан ривожланади. Организмнинг реактивлиги пасайганда қон оқими сусаяди, веноз девор зарарланади, қон таркиби ўзгаради ва унинг ивувчанлиги кучаяди, микробларнинг ривожланиши учун томирлар ички юзасига жойлашиши учун қулай шароит яратади, бу эса унинг яллиғланишига (эндофлебит) олиб келади. Қон томирининг ташқи деворининг яллиғланиш жараёни перифлебит дейилади. Иккала ҳолатда ҳам веноз қон томир деворларида яллиғланиш жараёни кетади. Травма натижасида келиб чиқадиган зарарланишлар натижасида, қонда айланиб юрадиган микроблар, қон томирлари деворларида жойлашган асаб тугунларига таъсир қилади ва бу томирлар спазмига олиб келади. Ўз навбатида, бу қон оқимининг секинлашишига ва қонда тромб пайдо бўлишига олиб келади. Бундай ҳолларда тромбофлебит ҳосил бўлади. Тромб, шунингдек веноз қон томир деворларининг асаб тугунларини кўзгатади, бу эса асосий томирлар ва коллатериал қон томир спазмига олиб келади. Томирларда спазм ва тромб ҳосил бўлиши нафақат томирларда, балки капиллярларда ҳам веноз босимнинг кучайишига, бу эса майда томирларнинг ўтказувчанлиги ва босимнинг ошишига сабаб бўлади.

Туғруқдан кейинги тромбофлебитлар юза ва чуқур вена қон томирлар тромбофлебитига бўлинади. Ўз навбатида, қуйидагиларга бўлинади: метротромбофлебит; чаноқ аъзолари вен қон томири тромбофлебити; оёқ веналарининг тромбофлебитлари (ёнбош-феморал, феморал, оёқнинг чуқур томирлари ва бошқалар).

Клиник кечишига кўра тромбофлебит

- ▶ ўткир
- ▶ ўткир ости
- ▶ сурункали тромбофлебитлар фарқланади.

Жараённинг кечишига қараб:

- ▶ Йирингли
- ▶ Йирингсиз

Бундан ташқари, бирламчи ва такрорий, умумий ва чекланган (сегментал) тромбофлебитлар ажратилади.

Тромбофлебит кўпинча туғруқдан сўнг 2-3-хафта кейин, айрим ҳолларда - 5-6 кундан кейин ривожланади; кўпинча уларда узок субфебрил ҳолатлар кузатилади.

Тромбофлебитнинг клиник даракчиларига (тромб ҳосил бўлиш эҳтимоли бўлганда) пульс тезлашишига, оёқларда оғриқ, турган вақтда оёқнинг тароксимон мускулларида оғриқ, юрганда, юрганда вена томирлари бўйлаб оғриқ, бундан ташқари мускуллар устида босим ўтказганда ва оёқнинг тагида оғриқ сезади. Қоннинг коагуляцион ва антикоагуляцион хусусиятларини (айниқса фибриноген Б ни аниқлаш), шунингдек, тромбоэластографияни аниқлаш натижалари қимматлидир. Айрим тромбофлебитларнинг турли шакллариининг клиник кўриниши жуда кўп. Беморларнинг аҳволи одатда кониқарли. Ҳарорат 37-38,5 ° С оралиғида сақланади, пульс зарби тезлашади (тез-тез дақиқада 100 мартага ёки ундан кўп). Касалликнинг бошида бир маротаба қалтираш юз беради. Қонда кўпинча енгил лейкоцитоз, Лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ошишини кузатиш мумкин.

Юза томирлар тромбофлебетида клиник белгилар ёрқин ифодаланади ва ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Одатда, бу пастки оёқ томирларида варикоз кенгайиш билан намоён бўлади. Баъзи ҳолларда, бу касаллик, оёқ томирларига дори-дармонларни киритилишининг натижасидир. Юза томирлар тромбофлебетида айрим ҳолларда тери ости веналарида белбоғ ўралганга ўхшаш оғирлик ҳиссини сезади ва палпацияда оғриқ ва ўша соҳада гиперемия кузатилади. Жараён асосан катта веналарда ривожланади ва камдан-кам ҳолларда кичик веналарга таъсир кўрсатади. Касалликнинг давомийлиги 2-4 ҳафта. Баъзида яллиғланиш жараёнида венани атрофидаги тери ости ёғ тўқималарининг зарарланиши туфайли сезиларли перифокал инфильтрация ҳосил бўлади. Баъзи ҳолларда тўпиқнинг юмшоқ тўқималарида катта шишиши кузатилади. Агар шиш белгилари сезиларли бўлса ва узокқа чўзилса, унда чуқур томир тромбози билан шубҳа қилиш керак.

Эдометритининг ривожланиши кўпгина ҳолатларда метротромбофлебитни келтириб чиқаради. Унга ташхис қўйиш кўпинча қийинчилик туғдиради. Пульс частотасининг тезлиги, бачадон субинволюциясига, жинсий йўллардан узок муддатли қон кетишига эътибор бериш керак. Баъзида бимануал акушерлик текшируви билан бачадоннинг ички юзасида қон қуйқалари аниқланади ёки унда характерли оғирлик ҳисси аниқланади.

Чанок аъзолари тромбофлебети одатда туғруқдан сўнг 2 ҳафта кейин аниқланади. Вагинал кўрикда бачадоннинг ёмон қисқарганлиги аниқланади. Пальпацияда чанок ён деворларининг пастки қисмида ва бойламларда оғриқ, каттиқликни сезилади.

Жараён клечаткани ўраб турган вена қон томирларида борса у ҳолда, кичик инфилтратлар ҳосил бўлади (иккиламчи параметритни юзага келтиради). Агар тухумдон веналарини зарарласа (юқори вен тизимида бўлса) эмболия хавфи ортади. Қин орқали вагинал текширувда бачадон ортиқларида кичик инфилтрат борлигини ва у ерда яллиғланиш жараёни кечаётганлигини билиш мумкин.

Касалликнинг ривожланишида илио-феморал вена қон томир тромбозининг ривожланиши ўзига хос хусусиятларга эга. Бирламчи жараённинг бошланиши ички ёнбош венанинг кичик шохларидан бошланса, бунинг дастлабки босқичлари плацентар зонадаги физиологик вена қон томирларининг тромбоз ҳосил бўлиш оқибатидир. Кейин тромбоз аста-секин билан ички ёнбош веналарга, улар орқали умумий ёнбош веналарига тарқалади. Ушбу даврда ўпкаларда тромбоэмболиянинг пайдо бўлиш хавфи жуда юқори бўлади, чунки диаметри ичкаридан жуда катта бўлган умумий ёнбош-сон веналарида, суюқ (сузиб юривчи) тромбоз шаклланади, бу эмболия олиб келиши мумкин. Агар эмболия пайдо бўлмаганда, умумий ёнбош-сон веналарининг тромботик окклюзияси у ерда қон оқимининг блоккланиши билан кечади ва бу жараён барча илио-феморал вен сегментига тарқалади. Умумий ёнбош веналарда тромбоз тарқалиш даври чанок органларининг асосий томирларида аниқланган қон айланишининг етишмаслиги туфайли кечиктирилади. Ушбу босқичда клиник аломатлар ноаниқ бўлиб, унда тушунарсиз иситма ва тахикардия (Малер аломатлари) билан ажралиб туради, кўпинча қориннинг қуйи ва думғўза- дум соҳада кучли оғриқлар билан кузатилади, баъзан дизурик ҳодисалар кузатилади. Туғруқдан кейинги даврда пневмония (айниқса, плевропневмония) бўлса, унинг эмболик генезиси чиқариб ташланиши керак. Тромбоз ёнбош-сон сегментга тарқалганлиги сабабли, пастки экстремал томирлар бўйлаб оғриқ ва шиш, сезгининг камайиши билан намоён бўлади, бунда оёқнинг барча, яъни оёқ ости қисмигача шиш ўсиб бориши кузатилади. Баъзи беморларда чов, ташқи жинсий органлар шишиши кузатилади. Таъсир қилинган аъзонинг териси кўкаришлар пайдо бўлади. Кўкаришлар думбаларда, қориннинг пастки соҳаларида, баъзан эса товон соҳаси билан чекланади.

Касалликнинг дастлабки кунларида чуқур томирларида ўткир тромбофлебит натижасида кучли оғриқ пайдо бўлади, ҳарорат 39-40 ° С гача кўтарилади ва оёқларда шишиши тез ривожланади. Сон соҳасидаги қон томирлар бўйида кучли оғриқлар юзага келади. Оғриқлар болдир мускулларининг чуқур томирларни (тароксимон мушакларидаги) проекциясида пайдо бўлади. Сон соҳасидан кўра, оёқнинг пастки соҳаларида зарарланиш кўпроқ учрайди. Шу соҳанинг терисида мармарсимон тусни олади, кўкаришлар кузатилади. Босиб кўрилганда чуқурча пайда бўлади, совуқни хис қилади. Шу соҳанинг температураси тана температурасидан 1,5-2 градусгача паст бўлади. Зарарланган артериялардаги пулс йўқолади ёки сезиларли даражада заифлашди, бу асосий томирларнинг спазмлари билан изоҳланади. Регионар лимфа тугунлари кенгаяди. Баъзида тўпиқларда

мўътадил шиш пайдо бўлади. Оёқнинг чуқур томирларида ўткир тромбознинг энг аниқ белгилари бу- Ҳоманса симптомидир ва қуйидаги тарзда аниқланади. Бемор орқа томони билан ётади оёқлари тиззадан ярим кўтарилган ҳолатда бўлади. тароксимон мускулларда оғриғ сезади. Беморнинг бу ҳолатда оғриқни ҳис қилиши проксимал оёқ чуқур томирларининг тромбозини кўрсатади.

Касаллик 3 ҳафтадан 2,5 ойгача ёки ундан кўп давом этади. Агар ёнбош ва сон веналар сегментлари бу жараёнда иштирок этаётган бўлса, илиофеморал тромбознинг клиник симптомлар комплекси ривожланади.

Чуқур ва юзаки томирларнинг ўткир тромбофлебитада зарарланган томирлар йирингли, абсцеси ва флегмоналар билан алмашилиши мумкин. Йирингли тромбофлебит кўпинча йирингли жараённинг мураккаблиги ва юқори иситма билан ифодаланади; совуқ қотиш; умумий ҳолатнинг оғирлиги; тери гиперемияси, оғриқ ва юмшоқ тўқималарда флюктация сезилади. Агар тўлиқ даво чоралари олиб борилмаса, ўткир босқичдан яшин тезликда тромбофлебит, ўткир ости ёки сурункали формасига ўтиб кетади.

Ўткир ости тромбофлебит - ўткир ва сурункали жараёнга ўтиш даври. Кечиши: оғриқ аста-секин пасаяди, ҳарорат субфебрил ёки меъёрда бўлади, бўғимларнинг шишиши сезиларли даражада камаяди. Тромбофлебит билан томир тўплами бўйлаб чуқур томирлар палпациясида оғриғ кузатилмайди. Қаттиқлик ва инфилтратлар томирлар бўйлаб қисқа масофага аниқланади ёки аниқланмайди. Тўлиқ нагрузка берилганда ёки тик турганда биров оғриқлар сезади. Юрганда ва тик турган вақтда оёқлар шишиб кетиши мумкин. Жараённинг давомийлиги ўртача 1,5-2 ой, баъзан эса 4-6 ой. Оёқнинг пастки чуқур вена қон томирларида тромбофлебитининг давомийлиги ўртача 4-6 ҳафтани ташкил этади. Ҳароратнинг кўтарилиш давр бир неча кундан 2-3 ҳафтагача давом этади. Температуранинг кўтарилиши, субфебрил ҳолатга алмаштирилади. Бошқа оёқларда тромбофлебит ривожланиши касалликнинг кучайишига олиб келади.

Тромбофлебит билан оғриган беморларда кўпинча асоратлар пайдо бўлади (тромбофлебитдан сўнг - 20-40% ҳолларда сурункали веноз этишмовчилик келиб чиқади). Оёқларда оғриқлар одатда асаб толаларини сиқилиши ёки яллиғланиш жараёнининг тарқалиши туфайли юзага келади. Катта веналар тромбофлебитининг энг жиддий асоратларидан бири - турли органларнинг томирларини эмболияси бўлиб, улар кўпинча тегишли локализацияга олиб келади.

Тромбофлебит билан оғриган беморларда сурункали веноз этишмовчилиги ривожланади, бу эса узоқ вақт давом этади - бир неча ойдан, 1-2 йилгача ёки ундан ортиқ. Пальпацияда зарарланган томирлар маълум жойларида оғриқ сезади, айрим беморларда терисида пўстлоқ тушиши аниқланади. Узоқ юришдан, айниқса чуқур томирларнинг зарарланишидан сўнг, оёқ товонларида ва болдир соҳаларида енгил шиш ва юмшоқ

тўқималарда кескин оғирлик ҳисси ва пастосланиши кузатилади. Оёқларда кескин ҳаракатлар оғриқни келтириб чиқаради. Сурункали веноз етишмовчиликда трофик касалликлар, қуруқлик ва оёқларда терининг тушишига, варикоз яраларнинг ҳосил бўлишига олиб келади.

Ташхис анамнез асосида ва туғруқдан сўнг аёлларни тўлиқ текшируви (текширув, палпация, периферик томирларда пулсацияни аниқлаш, оёқ-қўлларнинг қиёсий ўлчови ва бошқалар) асосида амалга оширилади. Клиник белгилар, дистал флибография, антеград ва ретроград илокавография, қон оқими Дупплерографияси жуда муҳим аҳамиятга эга. Тромбоз таъсирини билвосита баҳолаш гемостатик тизимнинг ҳолатини таҳлил қилиш йўли билан амалга оширилиши мумкин. Энг тўғри ахборот берувчи тестлар тромбоэластограмма, коагулограмма. Зарур бўлганда рентген диагностика: флебография, термография, радиоизотоп усуллари қўллаш орқали ўрганилади.

Ўткир тромбофлебит-периферик томирларда пулсациянинг йўқлиги ёки кучсизланиши билан бирга оёқнинг чуқур томирларида, тромбоэмболия ва артериал тромбоз билан фарқланиши керак. Асосий веноз қон томирларда тромбнинг ҳосил бўлиши яқин артерияларда рефлекторг спазмига олиб келади, бу клиника баъзан артериал обструкцияга ўхшайди. Артерияларда эмболия бўлган тақдирда, обструкция дарҳол сезилади ва тромбофлебит юз берганида, 1 куннинг охирида терининг кўкариши ва шишиши пайдо бўлади, аммо артериал обструкцияди терининг оқариши кузатилади.

Ўткир ости тромбофлебитда - дастлабки босқичи томирлар эндартерити билан ўхшаш бўлиши мумкин. Тромбофлебитдан фарқли ўлароқ, эндартеритда оёқ остидаги трофик ўзгаришлар юзага келади. Эндартерит аста-секин ривожланади. Рейно касаллиги ҳам тромбофлебит билан ўхшашликларга эга. Бунда терининг симметрик ўзгаришлари, хуружсимон доимий оғриқлар бунга хосдир. Ушбу белгилар тромбофлебитда кузатилмайди.

Юза томирларнинг тромбофлебитини кўчиб юрувчи тромбофлебит ва лимфангитдан фарқлай билиш керак. Кўчиб юрувчи тромбофлебит бир вақтнинг ўзида иккала оёқларда юзага келади, тромбнинг тез кўчишигата янги жойларда пайдо бўлади. Лимфангитда лимфа томирлар бўйлаб терининг гиперемияси кузатилади, вена қонтомири бўйлаб қаттиқлик сезади, аммо тромбофлебитда булар кузатилмайди.

Тромбофлебит морфогенезида яллиғланиш ва тромб ҳосил бўлиш жараёнлари ётади. Эндофлебит тромбоз билан биргаликда эндотромбофлебитни келтириб чиқаради. Тромбофлебит перифлебит ва перитромбофлебит асосида ривожланади.

Эндотромбофлебит билан зарарланганда вена қон томирларида гиперемия, шиш, унинг ички қатламида полиморфонуклеяр лейкоцитлар билан

инфильтрацияланади. Томир деворининг эндотелиал қатлами мавжуд эмас, унга тромботик массалар бирикади, айрим ҳолларда деворнинг ички қатламлари эрийди, унинг таркибида кўп миқдорда лейкоцитар элементлар кузатилади, ўз ичига олган тромбоз некротик тўқималарга қўшилади.

Перитромбофлебит юз берганида, томир деворининг ташқи қатламини зарарлайди ва *vasa vasorum* таъсир кўрсатади. Томир девори қалинлашган, кулранг-сарик рангда, қон талашлар ва лейкоцитлар инфильтрацияси кузатилади. *vasa vasorum* деворлари инфильтрацияни қайд этилиб, некрозга учраган жойлар, тромб учрайди. Бу томир деворидаги дистрофик ва некротик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади.

Ўткир тромбофлебитда некротик массаларнинг резорбсияси кузатилади, полиморфонукляр лейкоцитлар йўқолади, уларнинг ўрнига макрофаглар, лимфоцитлар, плазма хужайралари, фибропластлар пайдо бўлади. Юмшоқ грануляцион тўқималар ривожланади.

Тромбофлебит оқибатида веноз қон томир деворларининг тромбоз ва склерози кузатилади. Томирларнинг тикланиш даражаси қон томирдаги тромбнинг ўлчамига боғлиқ.

Тромбофлебит билан ривожланаётган перифлебит, нерв-томир тўпламни қамраб олган тўқималарнинг склерозига олиб келиши мумкин, бу эса нейротрофик касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

Тромбофлебитнинг барча босқичларини даволаш- комплекс олиб борилади. Консерватив ва жарроҳлик усуллардан фойдаланилади. Даволаш услуни танлаш жойлашган жойига, табиатга ва тромбознинг даражасига боғлиқ.

Консерватив усуллар ўткир тромбоз ва тромбофлебитни даволаш учун жуда муҳимдир. Асосий томирлар тромбоз асоратланганда жарроҳлик даволаш усули амалга оширилади. Агар эмболологик тромбоз шаклини аниқласа, ўпка тромбоэмболиясини олдини олишга қаратилган жарроҳлик аралашуви (тромбэктомия, вена қон томирлари боғланади) кўрсатилади.

Мураккаб консерватив даволанишнинг асосий компоненти антитромботик моддалардан фойдаланиш ҳисобланади. Шу жиҳатдан ўткир вен қон тромбозини даволашда гемостазнинг учта асосий йўналишидаги тромботик силжишни бартараф этиш керак.

Тромбозни даволаш учун дори препаратларидан антикоагулянтлар, тромболитик дори воситалари, микросиркуляциясини яхшиловчи ва қон хужайраларининг агрегациясини ўзгартирувчи препаратларни биргаликда қўллаш билан эришилади.

Тромбознинг олдини олиш ва даволашнинг тавсия этилган дори воситалари қуйидагилардан иборат:

- тўғридан-тўғри ва билвосита антикоагулянтлар - дикоумарин, фенилин, синкумар, гепарин, фраксипарин, клексан ва бошқалар;
- тромболитик агентлар - трипсин, химотрипсин, стрептокиназа, тромболитин (трипсин ва гепаринни комплекс ишлатиш), фибринолизин;
- микросиркуляцияни яхшилайдиган ва қон ҳужайралари агрегациясини камайтирувчи препаратлар, трентал, никотин кислотаси.

Ўткир юзаки тромбофлебитни комплекс даволаш ўз ичига олади: оёқ қон томирларни эластик сиқиш, маҳаллий совуқ, троксевазин ёки гепарин малҳамини қўйиш, томир ичига томир троксевазин 5 млдан 5 кун. Ичишга троксевазин (1 капсуладан 3 маҳал кунига), 10 кун давомида кунига 3 марта 5 г дозада бутадиионни тайинлаш. Даволашнинг бутун муддати давомида юза томирлардаги жараёни динамикада диққат билан кузатиш зарур.

Консерватив даволашга қарамай, тромбофлебит проксимал қон томирларга тарқалган бўлса, жарроҳлик муолажасига бўлган эҳтиёжни ҳал қилиш керак.

Пастки юза ва чуқур томирларнинг ўткир тромбофлебетида касалликнинг дастлабки уч кунда бошланган даволаш натижаси яхши клиник таъсир кўрсатади.

Тромбофлебит билан оғриган беморларни фаоллаштириш муддати асосан касалликнинг оғирлигига боғлиқ. Юза томирларда тромбофлебит юз берганида, 2-3 кундан бошлаб физиотерапия машғулоти, чуқур томирлар тромбофлебети учун - 5-10 кундан бошланади, маҳаллий яллиғланиш реакциясининг камайиши натижасида тана ҳарорати пасаяди ва оғрик тўхтайди. Муолажалар кунига 1-2 марта ўтказилади, уларнинг давомийлиги - 7-10 дақиқа. Соғлом оёқ машқлари билан бошланг, 1-3 кун ичида касаллик оёғи учун машқларни киритинг.

Комбинацияланган терапия коагулограмманинг назорати остида ўтказилиши керак, бу препаратни дозалашга ва асоратларни олдини олишга имкон беради.

Жарроҳлик даволаш усуллари қуйидагилардир: вена қон томирларини боғлаш, венэктомия, эмболэктомия, тромбэктомия, трансплантация ва вена қон томирларда пластик жарроҳликни ўтказиш.

Зарур бўлганда, флебэктомия даволаш бошланганидан 5-10 кун ўтгандан кейин амалга оширилади. Ушбу ҳолатларда протеолитик ферментларни қўллаган ҳолда консерватив даво радикал даволаш сифатида хизмат қилади.

Туғруқдан кейинги тромбофлебитни даволаш туғруқхоналарда ҳомиладорлик касалликлари шифохонасида, шунингдек, гинекологик ва жарроҳлик бўлимларида олиб борилади.

Прогрессив тромбофлебит - туғруқдан кейинги инфекциянинг учинчи босқичидир. Бундай ҳолда, бу жараён веноз деворнинг яллиғланиши ва тромб пайдо бўлиши билан чегараланиб қолмайди, лекин томирлар бўйлаб давом этади. Тромб натижасида эмболия ва ўпка инфаркти бўлиши мумкин. Вақти-вақти билан ва етарли антибиотиклар билан даволаниш тавсия қилинади.

Ўпка эмболияси ўпка артериялари шохларида пайдо бўлиб, умумий ҳолсизлик, оқариш, артериал қон босимини тушиб кетиши, тахикардия ва кўкракда кучли оғриқ пайдо бўлади, натижада пайдо коронар етишмовчилик аниқланади. Ўпка артериаларнинг ўткир эмболияси одатда ўлимга олиб келади.

Кичик артерия шохларида эмболия пайдо бўлса, нафас қисилиши, нафас олиш пайтида оғриқ (юрак уриши), юрак тезлигини ошиши кузатилади. Кўпинча юрак хуружлари ривожланади, асосан пастки лобларда кўкариш кузатилади. Юрак хуружининг энг доимий белгилари - нафас олишда оғриқ, бронхиал нафас олишнинг заифлашуви, кичик пуфакчали хирриллашлар эшитилади. Баъзан балғам қон аралаш бўлади. Ҳарорат кўтарилади, лейкоцитоз қайд этилади.

Даволаш вена ичига морфин, спазмолитиклар, кислородли ингаляция, стрептокиназа, гепарин қўлланилади. Ўпка эмболиясини даволаш учун жарроҳлик усулини қўллаш бўйича уринишлар давом этмоқда, аммо бу асорат жуда тез ривожланади, ўлим ҳолатлари тез-тез учрайди, шунга қарамай ихтисослашган тиббиёт муассасаларида операциялар камдан-кам ҳолларда бажарилади.

Умумий бўлмаган ўзига хос профилактик чора-тадбирлар қуйидагилардан иборат: гемогидробалансни ўз вақтида ва тўлиқ тузатилиши, нафас олиш бузилишларини олдини олиш, метеоризмни олдини олиш, даволаш физкультура машқларини бажариш ва беморни эрта ўрнидан турғaziш керак. Айниқса ўтмишда ўткир вен тромбозига учраган, варикоз веналаридан зарар кўрган хавф омиллари бўлган аёллар махсус профилактик чоралар қўллаш керак. Вена ичак оқимининг бузилишларини бартараф этиш учун эластик бандаж ёки пайпоқ ёрдамида пастки веналарни доимий сиқилиши тавсия этилади, бу эса тўшакда оёқларнинг баланд ҳолатини таъминлайди. Периферик гемодинамикани яхшилаш учун самарали восита - бу пастки оёқнинг мушак-вена "насоси" таъсирини кучайтириш лозим.

Тромбоз хавфини оширадиган беморларда туғруқдан кейинги тромбофлебитнинг олдини олишда гемостаз тизими ва қоннинг реологик хусусиятларига таъсир этувчи препаратларни қўллаш муҳим аҳамият касб этади. Туғруқдан кейин тромбофлебит хавфини камайитириш мақсадида гепарин препаратларини (5-7 кун) суриш тавсия этилади.

Тромбофлебит профилактикаси мураккаб бўлиши мумкин тўғри ва ўз вақтида даволаш бунинг олдини олади. Операциядан олдинги ва кейинги даврда организмни сувсизлантиришни олдини олиш, операциядан кейинги даврда беморларнинг фаол ҳаракатларини рағбатлантириш, операция вақтида зарарланган тўқималарни даволаш, кардиоваскуляр системанинг функциясини яхшилайдиган антикоагулянт ва агентларни дарҳол буюриш керак.

Мавзу № 68: “Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси Акушерликда хамшираларнинг ролини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.
<i>Педагогик вазифалар:</i> Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. ;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> перинатальёрдам асосларини; - Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

-хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни..	-хомиладорлик пайтида кузатиладиган аёллар организмидаги ўзгаришларни; -хомиладорларни режали кўрикдан ўтказишга тавсияларни; -ҚВП ва ОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -акушерлик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини; -шериклик туғруққа тайёргарликни.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якуни қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини эътиборга олади	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадilar. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№68 мотивация. (Мавзу баёни) Сепсис этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси. Перитонит этиологияси, клиникаси хамширалик кузатиш, парвариш ва тактикаси.

Септик асоратлар бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб, тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бирдир, уларнинг частотасини ва кучайиб боришини камайтириш замонавий тиббиётнинг асосий мақсадидир.

Бактеремия ва сепсис тиббиётда муҳим муаммолар бўлиб қолмоқда. Ҳозиргача эришилган ютуқларга қарамасдан, янги диагностика усуллари жорий этиш, янги антибактериал препаратлар пайдо бўлиши, иммунсупрессия протоколларини такомиллаштириш, ҳам сепсисни даволаш натижалари қониқарли эмаслигини кўрсатади, чунки ўлим даражаси ҳанузгача юқори бўлиб қолмоқда. Узоқ асрлар давомида сепсиснинг патогенезини ўрганишдаги ижобий ўзгаришлар туфайли ушбу оғир патологиянинг натижаларини яхшилаш учун зарур шарт-шароитлар яратилган.

Сепсис муаммосига ҳозирги кунгача ортиқча баҳо берилган эмас. Сепсис ва септик шок бугунги кунда оналар ўлимининг асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Сепсис муаммосининг долзарблиги кўп ҳолларда ва энг аввало, ташхиснинг қийинлиги ва даволанишнинг муҳим харажатлари билан белгиланади.

Аниқ ва ишончли экспресс-диагностика усуллари йўқлиги сепсисни эрта диагностикасида қийинчилик туғдиради, кўпинча, амалиётда "сепсис" ташхисини қўймаслик ёки унинг кеч ташхислаш полиорган етишмовчиликка ёки организмда қайтмас ўзгаришларга олиб келади, бунинг натижасида ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада оширади.

Сепсиснинг патогенезини ўрганиш учун аниқ мезонлар йўқлиги, янада ташхислаш ва даволашни мураккаблаштиради, бунинг натижасида қўшни

органлар ишига таъсир қилиб тизимларни ишдан чиқаради, ташхислашни ва даволашни қийинлаштиради.

Сепсиснинг этиологик омиллари сезиларли даражада ўзгарди, ушбу асорат юзага келган "дастлабки фон"дир. Ўзбекистон Республикасида сепсиснинг келиб чиқиши жарроҳлик аралашуви, камқонлик, гепатитнинг кенг тарқалганлиги, иммун ҳолатнинг бузилиши ва бошқа ҳолатлардан сўнг келиб чиқади. Бошқа клиник кўринишларга эга бўлган ва ҳатто ташхис кўйишдаги катта қийинчиликларга эга бўлган вирусли сепсис ҳам тез-тез учрайди.

Ҳозирги тушунчага яқин бўлган маънода "сепсис" атамаси икки минг йил илгари Гиппократ томонидан қўлланилган. У тўқималарнинг патологик парчаланиш жараёни, муқаррар равишда парчаланиш, касаллик ва ўлим билан бирга келганлигини англатарди.

Турли даврларда "сепсис" атамаси турли хил маъноларга эга бўлиб, юқумли жараёнлар билан боғлиқ турли касалликларни тасвирлаш учун ишлатилган.

Ўшандан буён қарийб 2,5 минг йил ўтди ва энди бизнинг баъзавий билимларимиз ва тиббий кўникмаларимиз ўзгарди, сепсис энди одамларнинг ҳаётига хавф сола олмайди, лекин ханузгача долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Олимларнинг изланиши замирида сепсиснинг кечиши ва унинг даврларини ўрганиш, тиббиёт илмининг энг сўнгги ютуқларини акс эттиради. 1865 йилда НИ Пирогов, бактериал давр бошланишидан олдин, айрим фаол омилларни септик жараённинг ривожланишига мажбурий иштирок этишни, унинг кириши септицемия юз бериши мумкинлигини айтиб ўтган эди: "Илм-фаннинг кейинги ривожланиши билан бизга номаълум хусусиятларига кириб борамиз ... ". Сепсиснинг специфик кўзғатувчиси агентининг эҳтимолий ўзига хослиги ҳақида гапирар экан, Н. Пирогов ва Г.

А. Захарин беморнинг рухий ҳолатини, овқатланиш ва шамоллаш умумий йирингли инфекцияни шакллантиришга таъсирини бир неча бор таъкидлади. Бироқ, кейинчалик септик жараённинг шаклланишида бактерияларнинг роли асосий устунлик қиладиган омилдир.

Шубҳасиз, 1914 йилда Н. Shottmuller томонидан илгари сурилган сепсиснинг микроб конценцияси ҳам, сепсисни ривожланишида микроброб ўчоқлари асосий ўрин тутишини айтиб ўтган. У сепсиснинг мумкин бўлган сабаби сифатида тадқиқотчиларнинг диққатини асосий йирингли ўчоққа қаратишни ўрганишга қаратди, инфекциянинг локал ўчоқлари ва касалликнинг умумий кўринишлари ўртасидаги боғлиқлик борлигини аниқлади. Бироқ, бактериал фактор ёки инфекцион ўчоқ, макро организмнинг реактивлигини, ва буларга қарши организмнинг ҳимоя кучларининг ҳолатини ҳисобга олиш керак.

Совет Россия тиббиётида И.В.Давидовскийнинг асарлари муҳим рол ўйнади, унда сепсиснинг асосий белгилари унинг нуқтаи назаридан шаклланди. Биринчидан, у асосий эътиборни йўқотиб қўядиган кенг тарқалган касалликдир. Шу билан бирга, "сепсис - организмнинг ўзига хос реакцияси бўлиб, унинг механизмлари ҳар қандай микрофлоралар томонидан фаоллашиши мумкин". И. В. Давидовский ўз асарларида юқумли жараённинг фонида бактеремия келиб чиқишини, бу эса сепсисдан узоқ эмаслигини ва уни ташхислаш учун қатор белгиларга эҳтиёж борлигини таъкидлади.

20-асрнинг ўрталарига келиб, сепсис концепциясининг барқарор эволюцияси белгиланди, бу эса ўз навбатида ривожланишларини тушунтириб берадиган бир қатор концепцияларни келтириб чиқарди, уларнинг ҳар бири ҳали сепсис муаммосининг барча аспектларини тўлиқ қамраб олмади.

Узоқ йиллар давомида сепсиснинг таснифланиши билан боғлиқ энг долзарб масалалардан бири сепсис нима деган савол бўлиб қолмоқда:

аломатлар, алоҳида нозологик шакллар, синдром ёки умумий клиник белгилар билан бирлаштирилган гемотоген мажмуа синдромими? Бугунги кунда бу саволга аниқ жавоб йўқ. Сепсисни алоҳида нозологик касаллик деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки у фақат маълум специфик кўзғатувчига, аниқ аниқланган патогенезга ва шунга мос равишда фақат унинг даволанишига хос бўлиши кераклигига ишониш мумкин.

Сепсис ташхиси аниқ патогенетик мезонларга эга бўлмаслиги, унинг клиник белгиларини ҳам, бошқа мезон тизимларининг намоён бўлишига таъсир қилади, бу эса ташхис ва даволанишни қийинлаштиради. Сепсиснинг клиник кўринишларининг хилма-хиллиги туфайли Гудлиннинг преекламписяга нисбатан "катта ёлғончи" ҳақидаги баёнига ўхшашдир.

Шу мақсадда, 1991 йилда жуда узоқ тайёргарлик ва шиддатли мунозарадан сўнг, Қўшма Штатлардаги пулмонологлар ва реаниматологлар жамиятлари ўртасида келишилган конференция ўтказилди, конференция вақтида деярли барча наشرлар ва тадқиқот ишлари сепсис билан боғлиқ тадқиқотлар наشر этилди. Конференциясининг қарорларига кўра клиник амалиётда қуйидаги тушунчалар ва тушунчалардан фойдаланиш тавсия этилди.

Тизимли яллиғланишга жавоб синдроми (ТЯЖС). Бу жарроҳлик инфекцияси ёки инфекциясиз табиатли тўқималарни шаклланиши (травма, панкреатит, куйиш, ишемия ёки отоиммун тўқималарига зарар етказиш ва ҳоказолар) ва тўртта клиник белгининг камида икkitаси мавжудлиги билан ифодаланган патологик ҳолатдир:

- тана ҳарорати $38,0^{\circ}\text{C}$ дан юқори ёки $36,0^{\circ}\text{C}$ дан паст;
- юрак уриш тезлиги 90 дақиқада 1 дақиқада;
- 1 дақиқада 20 дан ортиқ нафас олиш тезлиги;

- 12×10^9 ва ундан паст бўлган лейкоцитлар сони ёки 4×10^9 дан кам бўлганлар ёки етилмаган хужайралар шакллар сони 10 фоиздан ошади.

Сепсисда олдин тизимли яллиғланишга жавоб синдроми инфекция натижасида бошланиши аниқланди. Сепсис - органлар функциясига, ҳаётга хавф солувчи бузилишлардир.

Инфекция- микроорганизмларнинг мавжудлигига ёки организмнинг шикастланган тўқималарига инвазияга қарши яллиғланишли жавоб билан ифодаланадиган микробиологик ҳодиса.

Бактериемия - қонда жонли бактериялар мавжудлиги; вируслар, замбруғлар ёки паразитлар мавжудлиги виремия, замбруғлар, паразитемия билан фарқланади.

Тизимли яллиғланишга жавоб синдроми ривожланишида юқумли касалликлар белгилари (сепсис ташхисига асос бўлган сабаб):

- чидамли бактериемия (бир хил флоранинг мавжудлиги билан);
- яллиғланиш ўзгаришининг кенг доираси мавжудлиги.

Оғир сепсис- тизимли орган етишмовчилиги (нафас олиш қийинлишуви - катталар синдроми, қон айланишнинг кардиоген етишмовчилиги, ўткир буйрак етишмовчилиги – ЎБЙ (ўткир буйрак етишмовчилиги), коагулопати ва ҳоказо) ва инфекцион касалликнинг белгилари ва икки ёки ундан кўп ТЯЖС белгилари билан ривожланиши билан тавсифланади.

Септик шок- қон босимининг тушиб кетиши, (гипотония – 90 мм.с.м.уст кам бўлиши) айланиб юрувчи қон ҳажмини адекват тўлдириш фонида ҳам, қон босимини 90 мм.с.м.устдан юқорига кўтариб бўлмайди. Бошқача қилиб айтганда, сепсис шок сепсиснинг шаклларида бири деб ҳисоблаш мумкин.

5.1. сепсиснинг этиологияси

Юқорида айтиб ўтилганидек, сепсиснинг этиологик омиллари сезиларли даражада ўзгарди. Бизнинг республикамизда бунга қуйидагилар сабаб бўлади: жарроҳлик аралашувларининг кенгайиши, анемия, гепатитнинг тарқалиши, иммунитет ҳолати ва бошқа кўшилиб келган акушерлик патологиялар.

Бугунги кунда кўплаб йирик тиббиёт марказларида граммманфий ва граммусбат чақирувчи бактерияларни сепсиснинг келтириб чиқариш частотаси тахминан тенгдир.

Умумий ҳолатларнинг оғирлиги юқори бўлган беморларнинг реанимация бўлимларида узоқ муддат ётиб қолиши натижасида сепсиснинг пайдо бўлиши хавфи сезиларли даражада ошади. Бошқа клиник кўринишларга эга бўлган ва ҳатто ташхис қўйишдаги катта қийинчиликларга эга бўлган вирусли сепсис ҳам тез-тез учрайди.

Буларнинг барчаси сепсисни даволаш натижаларига салбий таъсир кўрсатиши мумкин эмас. Полиорган етишмовчилиги (ПОН) бўлган беморларда ўлим частотаси юқори - 50% ва 80-90% гача.

Сепсисни ўрганиш бўйича ҳаракатларни мувофиқлаштириш, миллий ва халқаро ишчи гуруҳларни ташкил этиш, диагностика мезонларини бирлаштириш, унинг эпидемиологиясини ўрганишга киришишга имкон берди. Фақатгина Ғарбий Европа мамлакатларида сепсисли беморлар сони йилига 0,5 миллиондан ошади. Европа етакчи олимларнинг маълумотларига кўра, турли реанимация ва интенсив терапия муассасаларида беморлар орасида сепсиснинг частотаси 2% дан 18% гача, септик шок эса 3% дан 4% гача ўзгариб туради.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили 700 мингдан ортиқ оғир сепсис ҳолатлари аниқланган, яъни ҳар куни тахминан 2000 та ҳолат аниқланган. 58% ҳолатларда септик шоки оғир сепсисдан кейин ривожланади. Сепсиснинг тарқалиши ҳақидаги маълумотлар АҚШда - 100000 аҳоли учун 300 та, Францияда - 100 000 аҳолига 95, Австралия ва Янги Зеландияда эса - 100,000 аҳоли учун -77.

Кагорт усулида эпидемиологик текширганда, Европа, Исроил ва Канадада 28 интенсив терапия ва интенсив терапия бўлимларида 14364 нафар беморни қамраб олган кўп тармоқли касалхонада сепсис билан касалланган беморлар 17,4% ни (сепсис, оғир сепсис, септик шок) ташкил қилса, шу касалликни бошидан кечирганлари интенсив даволаш босқичида, 63,2% ҳолларда у сепсиснинг келиб чиқиши касалхона ичи инфекциясидан кейин ривожланади.

Жадвал №1. Инфекциянинг бошланғич марказининг локализациясига қараб сепсис этиологияси

Бирламчи ўчоғнинг локализацияси	Келтириб чиқарувчи қўзғатувчилар
Оғиз ҳалқум	<i>Streptococcus ssp.</i> , <i>Staphylococcus ssp.</i> , анаэробы
Кўкс оралиғи	<i>Enterobacteriaceae</i> , анаэробы
Ўпкалар (касалхонадан ташқари пневмония)	<i>S.pneumoniae</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Legionella spp.</i>
Ўпкалар (касалхона ичи инфекцияси)	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>S.aureus</i>
ўпкалар(касалхона ичи инфекцияси ва интенсив терапия постлари)	<i>P. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter ssp</i> , <i>K. Pneumonia</i> , другие <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>S. Aureus</i>
Қорин бўшлиғи	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Enterococcus ssp.</i> , <i>Bacteroides ssp.</i>

буйраклар	Enterobacteriaceae (чаще E. coli)
Тери ва юмшоқ тўқималар	S. aureus, Enterobacteriaceae
Бачадон	Enterobacteriaceae, Streptococcus ssp., анаэробы, Staphylococcus ssp.,

Акушерликда сепсис ва септик шок ривожланишининг асосий хавф омилларига қуйидагилар киради:

- касалхонадан ташқари, инфекцияланган аборт.
- Кам ижтимоий-иқтисодий аҳвол.
- Иммунитет танқислиги ҳолати.
- инфекциянинг сурункали ўчоқлари.
- Қандли диабет.
- Операцион аралашувлар (кесар кесиш).
- вақтидан олдин туғруқлар.
- қон кетишлар, геморрагик шок
- бачадон ичи манипуляциялар.
- Анемия
- Прееклампси ва эклампси.

Акушерликда септик шокнинг яхши кечмаслиги. Шуниси билан эътиборлики, ҳомиладор аёлнинг танасида бир қатор физиологик ўзгаришлар ташхис ва даволашга таъсир қилиши мумкин. Ёшлик, преморбид фон йўқлиги, инфекция ўчоғини кичик чанок бўшлиғида жойлашиши, даволаш ва диагностика учун қулай бўлгани учун, кенг спектрли антибиотикларга микрофлоранинг сезгирлиги даволашда ижобий натижа беради.

Бошқа томондан, септик жараённинг тез ривожланиши онанинг иммун тизимининг пасайиши билан боғлиқдир. Бундан ташқари, лейкоцитлар сони ва Д-димер даражаси кўпайиши, қон томирлари эндотелиал дисфункцияси, протеин С даражасида пасайиши ва фибринолиз фаоллиги, туғруқ вақтида яллиғланишли цитокинлар даражасининг ошиши, ҳомиладорликнинг асоратланишида яллиғланиш реакциясининг мавжудлиги.

5.2. Сепсиснинг патогенези

Сепсиснинг патогенези жуда мураккаб, унинг юзага келиши тахмин қилиш қийин ва фақат сўнгги йилларда тадқиқотлар, уни ривожланишида бир-биридан кейинги босқичларни аниқлашга имкон берди. Ўзининг асосий қисмида сепсис биринчи навбатда иммунореактив тизимнинг патологияси бўлиб, микробларга жавоб реакциясининг сустлиги ётади.

Сепсиснинг оғир асоратларидан бири септик шокдир. Умуман клиник амалиётда септик шок муаммоси ҳозирги кунда септик касалликларнинг кенг тарқалиб бориши сабабли муҳим аҳамиятга эга бўлди.

Молекуляр биология ва иммунология соҳасидаги тараққиёт септик шок ривожланишининг кўплаб патогенетик механизмларини тушуниш имконини берди. Ҳозирги кунда инфекциянинг ўзи сепсисга хос бўлган кўплаб патологик ўзгаришларнинг бевосита сабаби эмаслигини исботлади. Эҳтимол, улар организмнинг инфекцияга бўлган муносабатига ва бошқа омилларга боғлиқ. Бу жавоб сепсис патогенезида эндоген молекуляр моддаларнинг кўпайиши билан боғлиқ. Агар одатдаги ҳолатда бундай молекуляр реакциялар адаптация ёки мослашув реакцияси деб ҳисобланиши мумкин бўлса, сепсис пайтида уларнинг ортиқча фаоллашуви шикастланади. Маълумки, ушбу фаол молекулалардан айримлари бевосита органнинг

эндотелиал мембранасида чиқарилиши мумкин бўлса, натижада эндотелийга шикаст етказилади ва органлар бузилишига олиб келади.

Септик яллиғланишга жавоб медиаторлари:

- эндотоксин;
- эндотоксин, грам-манфий бактериянинг хужайра деворининг бир қисми;
- арахидон кислотаси маҳсулотларининг метаболизми;
- полиморфик - ядровий лейкоцитлар, моноцитлар, макрофаглар, тромбоцитлар;
- гистаминлар, адгезив молекуляр хужайралар;
- коагуляция каскади, фибрин тизимини ишдан чиқиши;
- кислород ва бошқа эркин радикалларнинг токсик метаболитлари;
- калликреин-кинин тизими, катехоламинлар, стресс гормонлари.

Септик жараённинг ривожланиши сепсис медиаторларининг бир-бирлари билан ўзаро таъсирлашиши ва бир-бирларини фаоллашиши билан мураккаблашади. Шундай қилиб, сепсис ва септик шокнинг ривожланишида, бошқа зарба турларидан фарқли ўлароқ, эндотоксиннинг организм медиатор тизимига таъсири муҳим рол ўйнайди. Микроблар инвазияси ва токсемия чуқур метаболик, эндокрин ва циркулятор ўзгаришларга олиб келади.

Септик жараёнлар муайян вақт оралиғини талаб қилади ва организм тўқималарига инфекция воситани кириши билан бошланади. Тўқималарга тушган грамм манфий микроблар ўзидан эндотоксинни ажратади (полисахарид компоненти уларнинг қобиғида жойлашади) сиқиб чиқара бошлайди, граммусбат микроблар ҳам эндотоксин ишлаб чиқаради (пептидогликан, липотен кислотаси, мурамилдипептид) ва қон оқимида

тушади. Қонда бир марта, эндо- ва экзотоксинлар макрофаглар ва периферик қон ҳужайралари томонидан цитокинларнинг секрециясини рағбатлантиради.

Цитокинлар- кичик молекуляр бирикмалар бўлиб (полипептидлар ёки гликопротеинлар), қачонки булар (моноцитлар, нейтрофиллар, макрофаглар) томонидан ажралиб чиқарилади ва ҳужайра регуляторлари сифатида ишлайди, иммун тизимининг медиаторлари ва муайян шароитларда тузилмаларига нисбатан ҳалокатли хусусиятларга эга бўлади.

Шуни такидлаш муҳимки, микроорганизмларнинг тарқалиши бўлмаслиги ёки қисқа муддатли бўлиши мумкин. Бироқ, бу "кашфиёт" яллиғланиш цитокинларини манбадан узоқлаштириши мумкин.

Кўп тадқиқотлар натижаси ўлароқ, орган систематик зарарланишининг биринчи навбатда инфекцион яллиғланишнинг асосий йўналишидан цитокинларнинг назоратсиз тарқалиши билан боғлиқлиги, кейинчалик бошқа органлар ва тўқималарда макрофагларнинг таъсирида фаоллашиши ва шунга ўхшаш моддалар чиқарилиши билан боғлиқлиги аниқланди.

Сепсиснинг босқичлари

- 1 босқич. Микроорганизмларнинг таъсирига жавобан маҳаллий цитокинларни ишлаб чиқариш.
- 2 босқич. Тизимли айланишда кичик миқдорда цитокинларни чиқариб ташлаш.
- 3 босқич. Яллиғланиш таъсирини умумлаштириш.

Келинг, септик кассадни батафсил кўриб чиқайлик. Табиатан маҳаллий функцияни назорат қилиш учун яратилган цитокинлар локал ауторегулятор функцияни бажаради, улар организмнинг умумий реакциясига олиб келмайди. Уларнинг ҳаракатлари учун рағбат сақланиб қолганда, улар аллақачон 1000 баробар кўп миқдорда шаклланган бўлади.

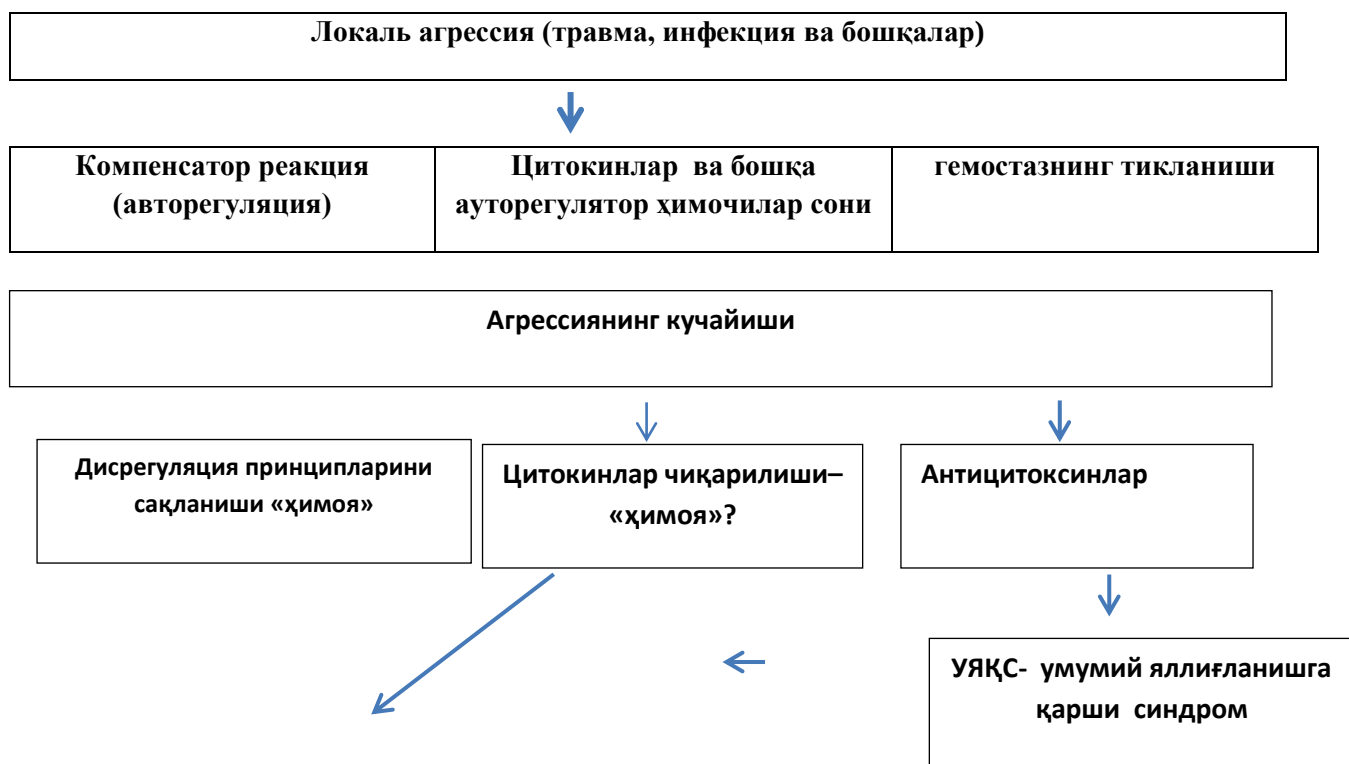
Биринчидан, гипертермия- тананинг умумий реакцияси шаклида намоён бўлади, метаболизмнинг ошиши, лейкоцитоз ва. кейинчалик тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдроми (ТЯЖС) деб аталадиган ҳолат бошланади - тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС). Цитокинлар жуда катта миқдорда ишлаб чиқарилишининг аҳамияти йўқ - энг муҳими, ҳар қандай ҳолатда ҳам ТЯЖС ривожланиб бораверади, у сепсис, анафилаксия ва гипериммун реакцияларнига сабаб бўлади. Вужудга келадиган зарарли моддаларга цитокинлар таъсирида антицитокинлар пайдо бўлади.

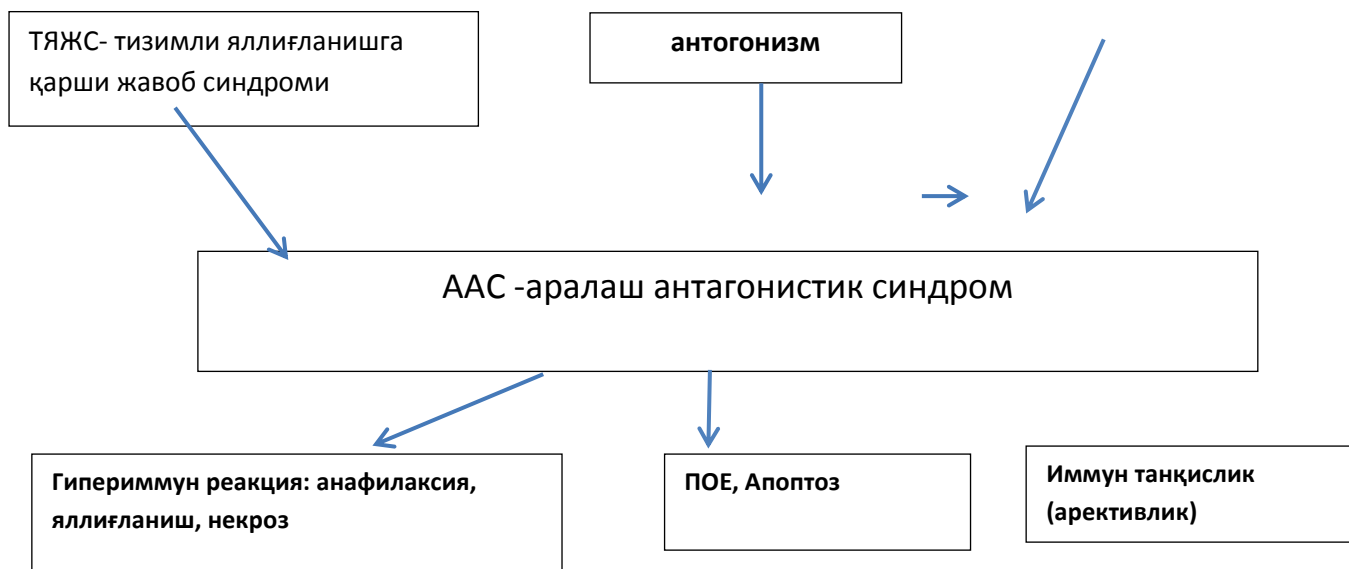
Уларнинг эритувчи ретцепторлари ёки тескари хусусиятларга эга бўлган бошқа цитокинлар шаклида шаклланади, аммо улар қандай қилиб танада тубдан янги ҳолат ҳосил қилади - умумий яллиғланишга қарши синдромни, энг ҳайратланарли кўриниши иммунитет танқислиги ва реактивлигидир.

Ушбу икки синдромнинг антагонизми аллақачон тўлиқ фантазмагория- аралаш антагонистик синдром (ААС) ва апоптоз (функционал хужайра ўлими) полиорган етишмовчилик (ПОЕ)ни- беради

Муҳим шароитларда иммунореактив тизим мувозанати

(Bone томонидан ўзгаришлар билан)





ундай қилиб, замонавий нуқтаи назаридан, сепсис – бу патологик жараён бўлиб, турли хил инфекциялар натижасида келиб чиқади, натижада ўз-ўзинни бошқара олмайдиган эндоген медиаторлар шу даражада кўп ажраладики, улар яллиғланишни келтириб чиқариб, орган ва системаларни зарарлайди. Амалиёт нуқтаи назаридан шуниси муҳимки, септик реакцияни тезлигининг ошиши, гипоксия ривожланишига олиб келиб, шу туфайли хужайра юзасиданги цитокин рецепторларни кескин ортиши кузатилади.

R . C. Bone томонидан ишлаб чиқилган цитокинлар назариясида сепсис ва ПОЕ ривожланиши асосида “тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдроми” ва “компенсатор яллиғланишга қарши жавоб реакцияси” синдромлари ётади. Бу ўрганилган назария сепсиснинг патогенезини ўрганишда янги қирраларни очишга имкониятлар беради.

Сепсиснинг патогенезини ривожланишда кўплаб умумий босқичлари тафовут этилади.

- **Индукцион фазаси** – организмда инфекциялар маҳаллий яллиғланиш реакцияларни ҳосил қилади.

- **Каскад фазаси** – инфекцияларнинг таъсири механизми давом этаверади ва токсинларни қабул қилади, яллиғланиш медиаторларининг активлиги ошади каскад механизмини ҳосил қилади: Интерлейкинлар ИЛ-1,6,8 ва ўсма некрози омили (ФНОα), простогландинлар ва бошқа омилларни ишини

тезлаштиради ва системали яллиғланиш реакциясини шакллантиради. Хуласа қилиб айтганда иммун тизимини гуморал ва ҳужайрали механизмларини фаоллаштиришдан иборат.

Инфекцион агент макроорганизм билан ўзаро алоқада бўлганда комплемент тизими фаоллашади. Қон ҳужайралари ва эндотелиоцитларнинг ёпишқоқлик хусусиятлари ўзгариши. Тизимли яллиғланишнинг нормал регуляцияси яллиғланиш жавобини чегаралайдиган ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-11, ИЛ-13 яллиғланишга қарши воситалар чиқарилиши орқали амалга оширилади.

- **Иккиламчи аутоагрессия фазаси.** Яққол ваёки узок вақт иммун ҳужайралари қон айланиш тизимида тўпланиб боради, яллиғланиш ва яллиғланишга қарши медиаторларнинг дисбаланси юзага келади. Тизимли яллиғланиш реакцияси натижасида аутоагрессия ва гиперкатаболизм шаклланади. Цитокинларнинг ортиқ ишлаб чиқарилиши, яллиғланиш медиаторларини стимуллайди, қўшимча яллиғланиш медиаторлари сифатида медиаторлар (тромб Оксана, лейкотрин, простагландинлар), интерлейкин, брадикинин, азот оксиди ва бошқалар, микроциркуляциянинг бузилишида, капилляр томирлари ўтказувчанлигининг ошишини, қон ивиш системасини активлаштиради. Қон ивиш системасидаги ўзгаришларнинг кучайиб бориши тромб ҳосил бўлишига туртки бўлиб ДВС синдромини шаклланишига туртки бўлади.

- **ПОЕ фази** Марказий гемодинамиканинг бузилиши натижасида. Микроциркуляция, айланиб юрган қон ҳажмининг камайиши, ишемик ва реперфузия, ҳаёт учун зарур бўлган ҳужайраларнинг шикастланиши натижасида келиб чиқади.

Мавзу № 69

Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.

1.1. Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	- Бемор билан мулоқот қилишнинг профессионал куникмаларни билиш; - Гинекологик беморларни лаборатор ва асбобий текшириш усуллари куллаб, клиник куриқдан ўтказиш;- Асосий гинекологик текшириш усуллари куллаш; Гинекологик касалликдан кейин амбулатор поликлиник ва уй шароитида аёлни кузатиш ва реабилитацияни ташкиллаштириш; - Замонавий контрацепция усуллари қўллашда маслаҳатлар бериш;
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бемор шикоятларига эътибор бериш. Касаллик тарихини йиғганда олинган маълумотлар. Эпидемиологик анамнез маълумотларини аниқлашни.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Асосий гинекологик текшириш усуллари куллаш; Гинекологик касалликдан кейин амбулатор поликлиник ва уй шароитида аёлни кузатиш ва реабилитацияни ташкиллаштиришни;
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. гинекологик текшириш усуллари куллашни ўргатиш. 2. Гинекологик касалликдан кейин амбулатор поликлиник ва уй шароитида аёлни кузатиш ва реабилитацияни ташкиллаштириш	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> 1. гинекологик текшириш усуллари фарқлайдилар; 2. Гинекологик касалликдан кейин амбулатор поликлиник ва уй шароитида аёлни кузатиш ва реабилитацияни ташкиллаштириш ҳақида тушунчага эгадир.
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлар и ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компьютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

Фойдаланадиган интерактив усуллар

«Ўргимчак тўри» ўйини.

1. Талабалар дарсга тайёрланишлари учун бир оз вақт берилади.
2. Талабалар стол атрофида йиғиладилар.

3. Қатнашчилардан бири калавани олади ва учини очиб бошқа бир қатнашчига беради. Ипни ушлаган қатнашчига савол берилади.
 4. Саволга тўлиқ ва тўғри жавоб бераётганлиги текшириб турилади. Кейин калавани учи яна бошқа қатнашчиларга узатилаверишиб, ўргимчак уяси ҳосил бўлади.
 5. Барча қатнашчилар саволларга жавоб бериб бўлгач, калавани учи яна савол берган талабага қайтариб берилади. Шундай тарзда ўйин яна қайтадан бошланиши мумкин.
- Огоҳлантириш:** Ҳар бир талаба бераётган саволларга тўлиқ ва тўғри жавоб олишлари шарт.

1. Мотиватсия (МАВЗУ БАЁНИ)

Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.

Гинекология (грек сузидан ОуҒе - аёл, logos фан) медицинанинг махсус кисми булиб, аёл организмнинг фаолияти касаллиги, ва унинг анатома – физиологик хусусиятларини барча даврларда ургатади. Аёллар жинсий аъзолар тузилиши ва функциясини нафакат акушерликда балки гинекологияда алоҳида тухталиб утаммз. Жинсий аъзолар физиологиясига тулик тасаввурга эга булмасдан туриб, унга хос булган касалликларнинг келиб чиқиш патогенези, профилактика ва даволашларга боғлиқлигини яққол тасаввур қилиб билмайммз. Шунинг учун гинекологик касалликларни текшириш усуллари анамнез ва объектив текширишлардан бошланади. Ушбу текшириш аъзолар ситемасидан бошланиб, улар касалликни аниқ ташхис қуйишда ёрдам беради. Текшириш системаси кетма - кетлик билан қурилади, чунки жинсий органлар барча орган ва системалар билан боғлиқ ва уларнинг касалланиши ҳам бошқа орган ва системаларга бир бутун таъсир қилади, шунинг учун текшириш усуллари асосий усуллар объектив текшириш усуллардан (нафас, юрак, нерв система ва кейинчалик лаборатор, рентгенологик ва қушимча) текшириш усуллари ташқил қилади. Гинекология грекча сўз бўлиб гинес-аёл, логос-фан деган маънони англатади. Гинекология-аёл организми учун хос анатомик ва физиологик хусусиятларини, жинсий аъзоларининг касалликларини, уларни даволаш ҳамда олдини олиш йўллари ургатади.

Гинекологиянинг яна бир бўлими ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ бўлган физиологик ва патологик жараёнларни ўргатувчи акушерликдир.

Гинекология умумий ва махсус бўлимлардан иборат. Гинекологиянинг умумий бўлими аёл жинсий аъзолари касалликларининг белгилари, уларни аниқлаш, умумий текшириш усуллари касалликларнинг олдини олиш ҳамда уларни даволаш йўллари ургатса, хусусий гинекология-касалликларнинг кечиши, белгилари, уларни аниқлаш йўллари, даволаш ҳамда касалликларнинг олдини олишни ўргатади .

Гинекология тиббиётнинг қўпгина бошқа соҳалари — анатомия, гистология, патологик ва топографик анатомия, патологик физиология, иммунология, микробиология ва вирусология, нефрология, анестезиология

ҳамда реаниматология, хирургия, терапия, эндокринология каби фанлар билан чамбарчас боғлиқ. Кейинчалик ўсмирлар гинекологияси, эндокринологик касалликларни оператив ва нооператив йўллар билан даволаш ҳамда онкология кабилар гинекологиядан ажралиб чиқди.

Гинекологик касалликларни аниқлашда рентген нурлари, ультратовуш , эндоскопия, патоморфологик, гормонал, цитологик, бактериологик ва бошқа усуллар кенг қўлланилади. Гинекологик касалликларни даволашда жарроҳлик ва дори- дармонлар ёрдамида даволаш, физикавий методлар, санатор-курорт, парҳез овқат ,бадантарбия, крио - ва лазер нурлари билан даволаш усуллари қўлланилади.

Аёллар касалликлари тўғрисида қисқача маълумотларни Ҳиндистон, Миср ва Юнонистон қўлёзмаларида учратиш мумкин. Тиббиёт илмининг бобокалони буюк мутафаккир Абу Али ибн Сино ўзининг 1012-1023 йилларда битилган «Тиб қонунлари»да аёллар касалликларининг баъзи бир турлари ҳақида фикр юритади .

Гинекология фани фақатгина XIX аср охирларида мустақил фан сифатида ажралиб чиқади. Биринчи аёллар касалликларини даволовчи бўлимлар Санкт-Петербургда (1842й) ва Москвада (1875й) очилади. Россияда 1858 йилда А.А. Китернинг «Аёллар касалликларини ўрганиш тўғрисида қўлланма»си нашр этилади. Россияда гинекология ривожига олимлардан А.Я. Крассовский (1821-1898), В.Ф. Снегирев(1847-1916), К.Ф. Славянский (1847-1898) катта ҳисса қўшдилар.

Гинекология фанига асос солган яна бир гуруҳ олимлар Д.О. Отт(1855-1929) ,В.С. Груздев (1866-1938), А.З. Мандельштам (1894-1984), К.К. Скробанский(1874-1946), И.Ф. Жордания (1895-1962), В.И. Бодяжина (1904-1987) кабилардир.

Ўзбекистонда аёлларда учрайдиган бепуштлиқ (А.А.Шорохова ва бошқалар), бачадонда қон ва лимфа айланиши хусусиятлари А.А. Шорохова (1944-1946) ҳамда бачадоннинг тараққий этиши каби муаммолар тўғрисида илмий ишлар олиб борилган. Гинекология фанининг тараққиётига катта ҳисса қўшган олимлардан бири Тошкент медицина институти акушерлик ва гинекология кафедрасининг мудирини профессор Абрам Аронович Когандир . Олимнинг изланишлари аёллар жинсий аъзолари касалликларида нерв системасининг аҳамияти, климакс, раkning организм бўйлаб тарқалиши ва менопауза каби масалаларга қаратилган. Гинекологлар иш жараёнида кўп

кўлланиладиган қуйидаги белгилар: бачадон ташқарисида юзага келган хомиладорликда «қалпоқча» ва «тўсиқ» симптомлари А.А.Коган томонидан таклиф қилинган. Жинсий аъзоларнинг фаолияти бузилиши натижасида кузатиладиган қон кетиш, бачадон ўсмалари, бачадон найлари фаолиятининг бузилишидан юзага келган бепуштлик, бачадон бўйни касаллиги, йўлдошнинг хорионэпителиома касаллиги, тухумдонлар олиб ташлангандан сўнг юзага келган касалликларнинг тараққий этиши ва уларни даволаш, захарли химикатлар ва ишлаб чиқаришдаги вибрация, бруцеллёз кабиларнинг аёл организмига таъсирини ўрганиш ҳам А.А.Коган раҳбарлиги остида олиб борилган. Бундан ташқари, олим томонидан хомиладорликдан муҳофаза қилишнинг янги оператив усули ҳам яратилди.

Ўзбекистонда тиббиёт фанининг ривожланишига баракали ҳисса қўшган иқтидорли олим ва ажойиб педагог А.А. Коган Республикамизда маҳаллий кадрларни етиштириш соҳасида катта ишларни амалга оширди. Республикамизда хизмат курсатган фан арбоби, медицина фанлари доктори, профессор А.А.Коган, профессор А.А.Кодирова ва доцент О.К.Мирсоғатов билан ҳамкорликда тиббиёт билим юртларида таълим олаётган ўқувчилар учун «Акушерлик» номли катта дарслик тайёрлади. Бу китоб 1960 йили Соғлиқни сақлаш Министрлигининг давлат медицина нашриёти томонидан чиқарилди. Дарсликни нашрга тайёрлашда атоқли акушер- гинекологлардан З.М.Жамолова, С.А.Исмоилова, Ф.Е.Кальницкая, М.Мамедова, А.Е.Манулкин, Х.С.Умарова, Н.М.Мусабекова ва З.М.Расулий яқиндан ёрдам бердилар. Самарқандда академик И.З.Зокиров раҳбарлигида тухумдон ва бачадон ўсмалари муаммоси ҳал этилди. Андижон тиббиёт институтида республикамизнинг баъзи бир курортларидаги бальнеологик ва физик омилларнинг аёллар жинсий аъзолари касалликларининг кечишига таъсири ўрганилди (проф. Ф.Н. Губайдуллина.)

Гинекология фанидаги янгиликлар ва ечилмаган масалалар Ўзбекистон акушер-гинекологларининг биринчи – олтинчи анжуманларида кенг муҳокама қилинди (1971-2003).

Акушерлик ва гинекология ихтисослиги бўйича мутахассислар Республика тиббиёт институтларида тайёрланади, 4-5 курс талабаларига шу фанлардан чуқур билим берилади, 7 курсдан кейин акушер-гинекологиядан магистратурада ўқиш мумкин, магистрлар йирик туғруқхоналарда юқори малакали мутахассислар бўлиб ишлаб келмоқдалар.

Юртимизда мутахассисларни тайёрлаш ва уларнинг билимларини ошириш учун 16та махсус кафедра, Ўзбекистон Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институти ва унинг 4та филиали ишлаб турибди.

Гинекология-эндокринология соҳасида Ўзбекистон акушерлик ва гинекология илмий текшириш институтининг ходимлари (проф. Курбанов Д.Д., проф. Содиқова М.Ш.) ҳиссаларини қўшишмоқда. Улар томонидан бўқоқ беги касалликларининг жинсий аъзолар фаолиятига таъсири ўрганилмоқда. Шу касалликка чалинган аёлларда ҳомиладорликдан сақланишнинг илмий жиҳатдан асослаб берилган турлари таклиф қилинган.

Сўнгги йиллар мобайнида оилани соғломлаштириш ишлари кенг кўламда олиб борилаёпти. Кутилмаган ҳомиладорликларнинг олдини олиш учун кўлланиладиган воситалардан фойдаланиш натижасида оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари анча пасайди.

Мавзу № 70: “Гинекологияда ҳамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Гинекологияда ҳамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекологияда ҳамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

мотивация. (Мавзу баёни) Гинекологияда хамширалик ишини ташкил этишнинг ўзига хос хусусияти

АЁЛ ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Аёл жинсий органларининг тузилиши ва функсиялари хақидаги таълимот акушерлик билан гинекологиянинг илмий асосидир. Шу сабабли акушерлик курси хамиша аёл жинсий органларининг анатомияси ва физиологиясини урганишдан бошланади.

Аёл жинсий органларини ташқи ва ички жинсий органларга ажратиш расм бо`либ келган. Ташқи жинсий оргналар асосан жинсий хис органлари хисобланади; ички жинсий органлар ҳомилани этилтириш ва бола туғиш функсиясини утайди.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР

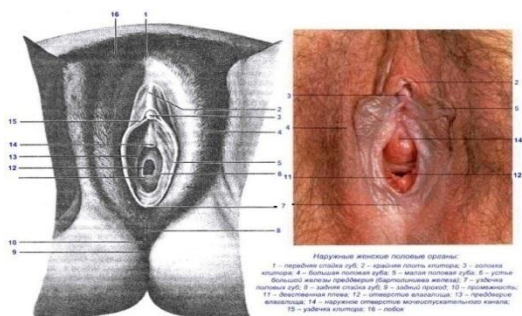
(ГЕНИТАЛИА ЭХСТЕРНА)

Ташқи жинсий органларга қов, катта жинсий лаблар, кичик жинсий лаблар, клитор, қин дахлизи, унинг ката безлари - Бартолин безлари киради. Ташқи ва ички жинсий органлар о`ртасдаги чегара қизлик пардасидир.

Қов (монсвенерис) симфизнинг олдинги ва юқори томонида ётган, тери остидаги ёғ катлами калин бо`ладиган учбурчак тепача (қов думбоги)дан иборат.

Қовнинг юқори чегараси терининг ко`ндаланг эгачасидан иборат бо`либ, қов усти бурмаси деб аталади; қовдан о`нг ва чап томонида қов бурмалари бор; қов орқа томонда катта жинсий лабларга қо`шилиб кетиб жун билан қопланган.

Қовда жун усиши тухумдонларнинг ва қисман буйрак усти безлари по`стлог`ининг фаолиятидан бог`лиқ. Баъзи аёлларда жун эркаклардагига о`хшаш жойлашади ёки сийрак ривожланади, бу эса жинсий органларининг гормонал фаолиятининг бузилишидан далолат беради.



Катта жинсий лаблар (лабиапудендаемажора)- узунасига кетган, жинсий ёриқни иккала томондан чегаралаб турадиган иккита тери бурмасидир. Тери остида калин ёғ катлами бор, ундан томирлар, нервлар ва фиброз толалари о`тади. Катта жинсий лаблар олдинги томонда қов терисига о`тади, орқа томонда эса секин – аста торайиб пастга тушади ва о`рта чизикда бир бирига қо`шилиб, о р қ а д а г и б и т и ш м а (соммиссура лабии постериорис)ни ҳосил қилади.

Жинсий лаблар бағ`рида қ и н д а х л и з и н и н г к а т т а б э з л а р и

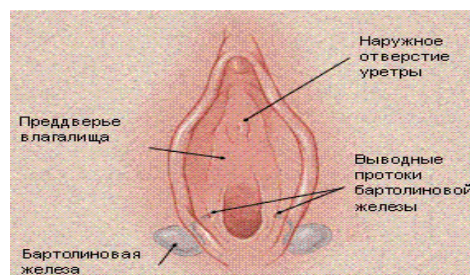
—

Б а р т о л и н б э з л а р и (гландулаеБартҳолинии) жойлашган.

Улар юмалоқ, ловиядек келадиган алвеолар- найсимон безларидир. Безларнинг алвеолалари- эпителий билан қопланган, бу эпителий секрет ишлаб чиқаради. Секрет без ё`ли орқали ташқарига чиқади, бу юлнинг узинлиги 1,5-2 см ни ташкил этади. Безлар катта жинсий лабларнинг орқа бо`лимлари бағ`рида ётади. Уларнинг чиқариш юллари кичик жинсий лаблар билан қизлик пардаси (ёки унинг қолдиқлари)дан ҳосил бо`лган эгатга очилади.

Орқадаги битишма билан орқа чиқарув тешиги (анус) о`ртасидаги соха о р а л и к (перинеум), деб аталади.

Кичик жиний лаблар (лабиа пудендаеминора) – узунасига кетган тери бурмаларининг иккинчи жуфти бо`либ катта жинсий лаблардан ичкарида, уларнинг асоси бо`йлаб этади.



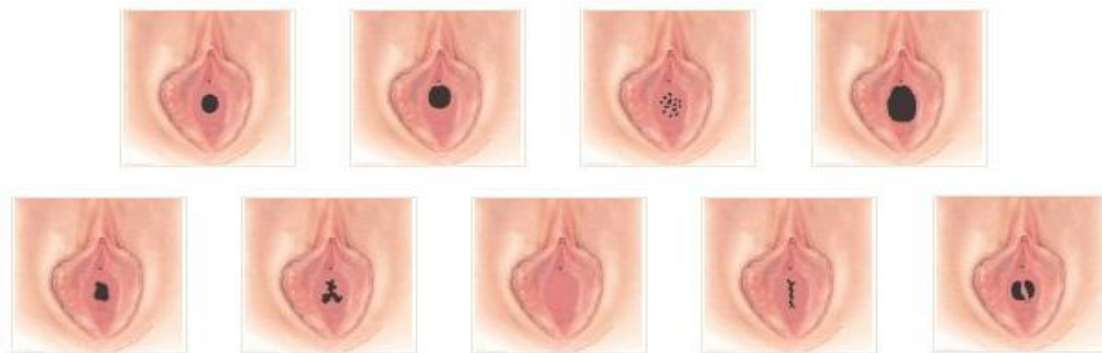
Клитор (слиторис) – кичкина қонуссимон тузилма (еркаклар пенисига аналог орган) бо`либ қо`шилиб кетган иккита (горсимон) танадан иборат. Горсимон таналарда туташ бушликлар бор, томирлардан келадиган қон шу бушликларда айланиб юради. Клитор қон томирлари ва нервларга бой: терисида нерв охирлари жуда ко`п. Клитор функсияси жихатдан жинсий хис органидир. Жинсий қо`зғ`алиш пайтида артериал қоннинг тез келиши ва веноз қоннинг секинроқ окиб келиши натижасида клитор катталашади ва зичлашади (ерекстия).

Қин дахлиси (вестибулум вагинае) – олдинги томонидан клитор орқа томонидан катта жинсий лабларининг орқадаги битишмаси икки ён томонидан кичик жинсий лабларининг ички юзаси билан чегараланган. Қин дахлизининг юқоридаги қин томонидаги чегараси қизлик пардаси (ёки унинг қолдиқлари) дан иборат. Қин дахлизига уретра (сийдик чиқариш канали) нинг ташқи тешиги, Бартолин безларининг чиқариш юллари очилади.

Сийдик чиқариш канали. (уретхра) – сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги клитордан 2-3 см орқада бо`либ, юмалоқ баъзан ёриқ, юлдуз ёки ярим ой шаклидадир. Уретранинг бо`йи аёлларда 3-4 см, эни узгарувчан, канали осон чузилади (диаметри 1 см гача боради ва ундан хам ошади).

Уретранинг ташқи тешигидан ён томонда найга о`хшаш тармокланувчи тузилмалар – парауретрал йиллар (Скин безлари) бор, бу йилларнинг бо`йи 1-2см. Уларнинг ташқи тешиклари яқинидан очилади. Парауретлар йилларнинг секретари уретранинг ташқи тешигини намлаб туради.

Қизлик пардаси (хймен) – қо`шувчи то`қимадан тузилган бо`либ, ифбат қизларда қин огзини тусиб туради. Қизлик пардаси ташқаридан ва қин томондан кйп қаватли ясси эпителий билан қопланган, қо`шувчи то`қимадан тузилган негизда мускул элементлари, эластик толалар, қон томирлари, нервлар бор. Шо`нга яраша қизлик пардаси халкасимон, ярим ой, ко`нгирадор ва найсимон шаклда бо`лади.

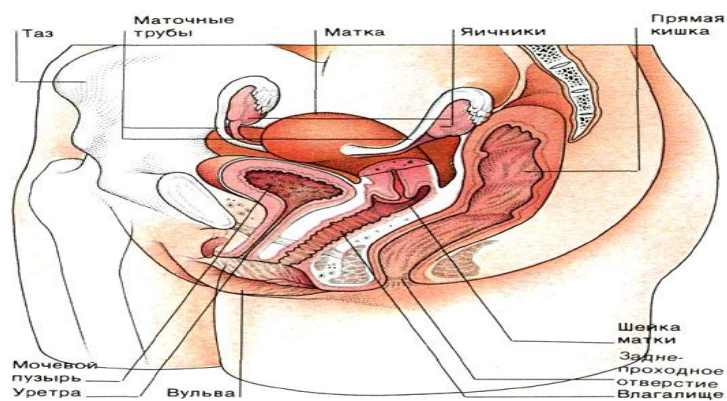


Биринчи жинсий алокада қизлик пардаси йиртилади, айна вактда ёрилган томирлардан қон оқади.

Қизлик пардаси баъзан шу қадар чузилувчан бо`ладики, жинсий алокада йиртилмайди; жуда хам чузилувчан қизлик пардаси гохо туг`рукда хам сақланиб қолади.

ИЧКИ ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР (ГЕНИТАЛИАИНТЕРНА)

Ички жинсий органларга қин, бачадон, унинг найлари (тухум йиллари) ва тухумдонлар киради.



Қин (вагинас. солпос)- кичик чанокнинг о`ртасида ётган найсимон, мускулли эластик органдир.

Қиннинг бо`йи ва эни анча йзгаради. Қиннинг олдинги девори о`рта хисобда 7-8 см, орқа девори эса 1,5-2 см узунрок. Қин чузилувчанлигига яраша эни узгаради, у о`рта хисобда 2-3 см бо`лади, шу билан бирга қиннинг пастки бо`лими торрок, юқори бо`лими кенгрок. Қин бушлигига юқоридан бачадон бо`йнининг қиндиги кисми (портио вагиналис) туртиб чиқиб туради. Қин деворлари бачадон бо`йнининг қиндаги кисми атрофида гумбазсимон чукурчалар ҳосил қилади, улар қ и н г у м б а з л а р и, деб аталади. Қин гумбазлари туртта: олдинги (бачадон бо`йнидан олдинги томонда), орқадаги (бачадон бо`йнидан орқа томонда), о`нг ва чап гумбазлар. Орқадаги гумбаз олдинги гумбаздан чукуррок, жинсий алоқада шахват (сперма) орқадаги гумбазда тупланади, уругли суё`қлик (сперма) шу гумбаздан бачадон бо`йнининг ташқи тешигига, со`нгра бачадон бушлигига киради.

Микрофлора характериға караб қин тозалиги турт даражаға булинади.

Т о з а л и к н и н г б и р и н ч и д а р а ж а с и. Қин секретиди факат қин бастиллалари ва эпителий хужайралари бор. Реакстияси кислотали.

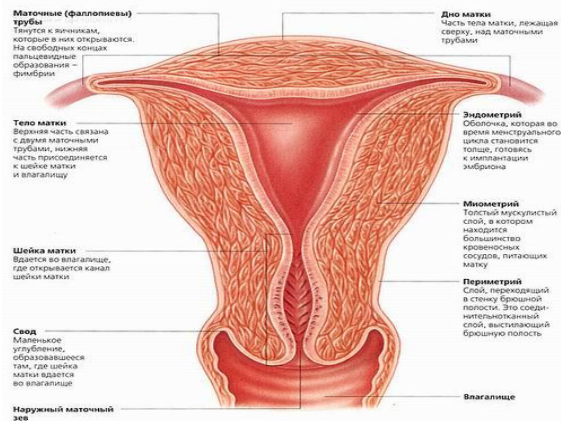
Т о з а л и к н и н г и к қ и н ч и д а р а ж а с и. Қин бастиллалари камрок яккам — дуккам лейкоцитлар ва сомма вариабиле типидидаги бактериялар (букилган анаероб таёкчалар), ко`пгина эпителий хужайралари топилади. Реакстияси кислотали. Тозаликнинг биринчи ва икқинчи даражалари нормал хисобланади.

Т о з а л и к н и н г у ч и н ч и д а р а ж а с и. Қин бастиллалари кам, бактерияларнинг бошқа турлари (айникса кокклар) ко`прок, бир талай лейкоцитлар топилади. Реакстияси сал-пал ишкорий.

Тозаликнинг туртинчи даражаси. Қин бастиллалари ёқ, патоген микроблар (кокклар, сомма вариабиле, трихомонадалар ва хоказо) билан лейкоцитлар жуда ко'п. Реакстияси ишкорий.

Тозаликнинг учинчи ва туртинчи даражалари одатда патологик простессларга юлдош бо'лади.

Бачадон (утерус)-силлик мускулли қовак орган бо'либ, шаклан олдиндан орқага караб сал-пал яссиланган нокка ухшайди.



Бачадоннинг куйидаги бо'лимлари бор: 1) танаси (корпус), 2) бугзи (истхмус) ва 3) бо'йни (сервix соллум).

Бачадоннинг залварлирок юқори кисмини т а н а с и деб аташади.

Бачадон б у г з и танаси билан бо'йинини орасидаги карийиб 1см узунликдаги кисмидир. Бо'г'из ичи канал бо'либ, юқорида бачадон бушлигига, пастда бачадон бо'йнининг каналига о'тади.

Бачадон б у й н и бачадоннинг қинга сукилган камбар пастки учидир. Бачадон бо'йнининг куйидаги кисмлари бор: а) қиндаги кисми (портио вагиналис) қин бушлигига туртиб чиқиб туради ва б.) қин устидаги кисми (портиосуправагиналис), қин деворларининг бачадон бо'йнига ёпишадиган жойидан юқорирокда бо'лади а) Бачадон бо'йни цилиндрик шаклда ёки ташқи тешикка томон сал пал торайиб боради (цилиндрик – конуссимон форма).

Бутун бачадонинг бо'йи 8 см, узунлигининг $\frac{2}{3}$ кисми танасига ва $\frac{1}{3}$ кисми бо'йнига то'г'ри қилади. Бачадоннинг туби сохасидаги эни 4-5,5 см, деворларининг калинлиги 1-2 см. Бо'йида бо'лмаган соглом аёл бачадонинг вазни 50 г дан 100 г гача боради.

Бачадон деворлари уч қават а) шиллик парда, б) мускул қавати, в) сероз қавати (қорин пардаси).

Бачадонинг ш и л л и к п а р д а с и (ендометрим) бир қаватли цилиндрик тукли эпителий билан қопланган.

М у с к у л к а в а т и (мёметрим)-бачадоннинг энг калин қаватидир. У силлик мускул толаларининг калин тутамлар чигалидан иборат бо`либ толалар орасида қо`шувчи то`қима катламлари бор.

Бачадоннинг сероз (қорин парда) кавати (периметрим) – бачадоннинг ташқи қаватидир. Қорин пардаси қорин олдинги деворининг ички юзасидан қовукка, со`нгра бачадон ва найларининг олдинги юсазига о`тади.

Бачадон бола туғиш функсиясини утайди. Этуклик даврининг бошидан охиригача катта ёшли аёл бачадоннинг шиллик пардасида то`г`ри тартиб билан такрорланувчи мураккаб узгаришлар руй бериб, ҳомиладорлик учун қулай шароит тугдиради.

Бачадон найлари (тубаеутеринаесайпингес) ни тухум юллари деб ҳам аташади.

Бачадон найлари бачадоннинг юқоридаги бурчакларидан (тубидан) бошланиб, сербар бойламанинг юқори чеккаси бо`йлаб чаноқнинг ён деворларига боради—да (ампруллатубае) воронка билан тугайди.

Бачадон найларини бо`йи 10-12 см, эни хар хил-бачадон бурчаги яқинида торрок, эркин учига томон кенгрок.

Бачадон найи куйидаги булинмаларига ажратилади: 1) интерстистиал кисми (парсинтерситиалис) –бачадон деворининг бачадон о`тадиган кисми; 2) бо`г`из ёки истмус кисми (парсиствмиса)

- бачадон найининг о`ртадаги бо`лими; 3) ампуляр кисми (парсампулларис) бачадон найининг кенгайган ва воронка шаклида тугайдиган кисми.

Бачадон найларининг деворлари уч қават: шиллик парда, мускул қавати, ва сероз қават (қорин пардаси).

Тухумдонлар (овафриа)- аёлнинг бир жуфт жинсий безидир. Тухумдон бодом шаклида бо`либ, бо`йи 3,5-4 см, эни 2-2,5 см калинлиги 1-1,5 см, вазни 6-8 г. Карилик даврида тухумдонлар зичлашади, кичраяди, уларда ямок то`қимаси тараққий этади.

Тухумдоннинг бир чекаси сербар бойламнинг орқадаги варагига сукилган; колган хамма юзаси қорин пардаси билан копланмаган бо`либ, кичик чаноқининг қорин бушлигига бемалол чиқиб туради. Тухумдони; 1) бачадонинг сербар бойлами, 2) тухумдонинг уз бойлами, 3) воронка-чаноқ бойлами базур осилган холатда ушлаб туради.

Тухумдонлар энг мухим функсияларини утайди. Этуклик даврининг бошидан охиригача тухумдонларда тухум хужайра этилади, бу- ритм билан такрорланадиган простессдир. Тухумдондан ишланиб чиқадаган гормонлар (жинсий гормонлар) аёлнинг бутун организмга ва жинсий органларига

таъсир этади. Тухумдон гормонлари аёл организмига хос белгиларининг тараккий топишига имқон беради.

Балогатга этиш даврида жинсий ва органлар (бачадон найлари, бачадон, кин, ташқи жинсий органлар) тухумдон гормонларининг таъсирида ривожланади. Қиз болагатга этгач бу гормонлар организмни хомиладорликка тайёрлайдиган стиклик простессларда катнашади.

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ БОЙЛАМЛАР АППАРАТИ.

Ички жинсий органларинг о с и б т у р у в ч и а п п а р а т и г а куйидаги бойламлар киради.

1) Ю м а л о к б о й л а м л а р (лигротумдум) силлик мускуллардан ва қо`шувчи тукимидан тузилган бо`либ, 10-12 см узунликдаги канопа ухшайди.

2) С э р б а р б о й л а м л а р (лигиатум)- қорин пардасининг кушалок вараклари бо`либ бачадонинг ён бо`лимларидан чаноқнинг ён деворларига боради.

3) Д у м г а з а- б а ч а д о н б о й л а м л а р и (лигсасро-утеринум) бачадоннинг орқа юзасидан бачадон танаси билан бо`йни оралигида бошланиб, орқага кетади ва то`г`ри ичакни икки томондан ураб, думгазанинг олдинги юзасига ёпишади.

4) Т у х у м д о н л а р н и н г у з б о й л а м л а р и (лиговариипроприум) бачадон тубидан (бачадон найлари чиқадиган жойнинг орқароги ва пастрогидан) бошланиб, тухумдонларга боради.

КИЧИК ЧАНОҚ КЛЕЧАТКАСИ.

Б а ч а д о н а т р о ф и д а г и (параметрал) клетчатка (параметриум) бачадонинг бо`лимларидан чаноқнинг ён деворларигача сербар бойламларининг вараклари о`ртасидаги камгакки тулдиради

Қ о в у Қ а т р о ф и д а г и (паравезикал) клетчатка қовук атрофидаги буш жойларни тулдиради; қовукнинг олдинги ва орқа томонида қо`прок бо`лади.

Қ и н а т р о ф и д а г и (паравагинал) клетчатка қинни ураб туради, асосан қиннинг ён деворларидан чаноқ деворларигача давом этувчи камгакда жойлашади.

Т у г р и и ч а к а т р о ф и д а г и (параректал) клетчатка то`г`ри ичак атрофида жойлашади.

Чаноқ клетчакасининг юқорида курсатилган хамма бо`лимлари бири-биридан яккаланган эмас, балки қо`шувчи то`қима таркибидаги қо`пгина элементлар ёрдамида бири-бири билан боғланган.

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ ҚОН ТОМИРЛАР СИСТЕМАСИ.

Ташқи жинсий органлар уятлик артериясидан қон олади.

Уятлик артерияси (а.пуденда) ички ёнбош артериясидан бошланиб, пастга тушади-да, чанок, бушлигидан чиқиб, ташқи жинсий органларга, ориликка қинга ва туғри ичакка тармоқлар беради.

Бачадон артерияси (а.утерина) бир жуфт томир бо'либ, қорин пастки артериясидан бошланади, сербар бойламлар асосида ётган параметрал клетчатка орқали бачадонга боради, юл-юлакай сийдлик ё'ли (уретер) билан кесишади, бачадонининг ён юзасига ички тешик рупарасида яқинлашади.

Тухумдон артерияси (а.овариса) бир жуфт томир бо'либ, қорин аортасидан (буйрак артерияси чиккан жойнинг бир мунча пастрогидан) бошланади, сийдик ё'ли (уретер) билан, биргаликда пастга тушади, воронка чанок бойлами орқали сербар бойламнинг юқори бо'лимига о'тади-да тухумдонга ва бачадон найига тармоқлар беради; тухумдон артериясининг охирги тармоғи бачадон артериясининг охирги бо'лими билан анастомозланади.

Жинсий органларининг артерияларига бир номли веналар юлдош бо'лади, шу билан бирга хар бир артерия ёнида икки вена ётади. Ички жинсий органларинг веналари чигаллар ҳосил қилади.

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ НЕРВ СИСТЕМАСИ

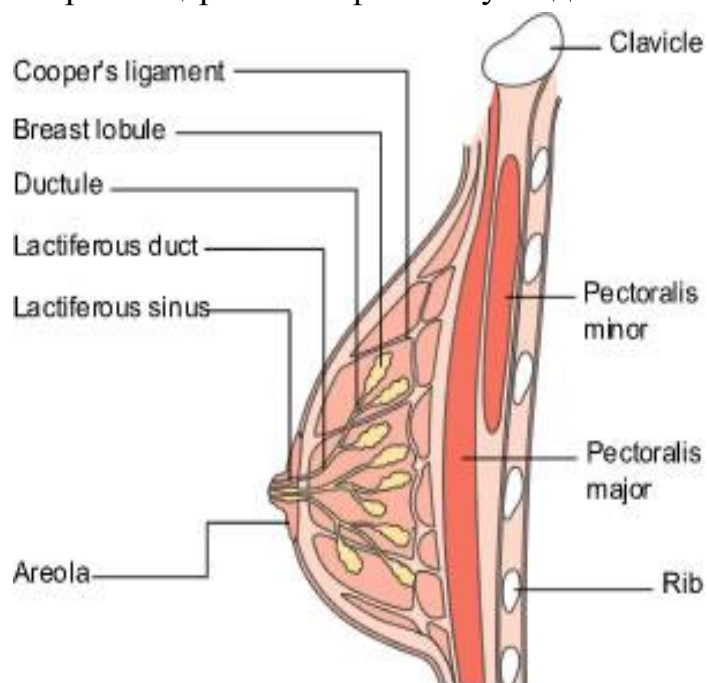
Симпатик нерв системасининг жинсий органлари иннервастиялайдиган толалари аорта чигали билан куйёшсимон чигалдан бошланиб, пастга юналади ва В бел умурткасининг рупарасида қорин пастининг юқори чигалини ҳосил қилади. Шу чигалдан нерв толалари пастга ва икки ён томонга бориб, қорин пастининг о'нг ва чап томондаги пастки чигалларини ҳосил қилади.

Бу чигаллардан нерв толалари бачадон билан қин о'ртасидаги чигал ёки чанок чигали (плексусунтеро-вагиналис, с. пелвисус) деган калин чигалга боради. Бачадон билан қин о'ртасидаги чигал бачадон атрофидаги (параметрал) клетчаткада, бачадонинг ёнида ва орқасида бачадон бо'йни каналининг ички тешиги о'ртасида жойлашган. Бу чигалга парасимпатик нервлардан чанок нерви (н.пеивисус)нинг тармоқлари келади. Бачадон билан қин о'ртасидаги чигалдан симпатик ва парасимпатик толалар чиқиб, қин, бачадонни, бачадон найларининг ички бо'лимларини қовукни иннервастиялайди. Бачадон танаси асосан парасимпатик толалар билан иннервастияланади.

СУТ БЕЗЛАРИ

Сут безлари (маммасе) шингилга ўхшаш тузилган. Сут безнинг паренхимаси бир талай пуфакчалардан (алвеолалардан) таркиб топган. Бу

пуфакчалар сут чиқариш йўли (дустус ластиферус) нинг атрофида жойлашади ва шу йўлнинг каналига туташади. Без тўкимасининг бундай ўчоқлари бирга қўшилиб, йирик паллалари ҳосил қилади. Без эпителийси секрет чиқариш вазифасини ўтайди.



Без паллалари ўртасидаги толали қўшувчи тўқима эластик толалар ва ёғ бор.

Сут безидаги паллалар 15-20 гача этади; ҳар бир палланинг сут чиқариш йўли бор, алвеолалар билан боғланган ҳамма майда йўлларнинг секретари сут чиқариш йўлига қўйилади. Ҳар бир палланинг сут чиқариш йўли эмчак учига алоҳида-алоҳида (бошқа йўлларга қўшилмасдан) очилади; эмчак учига палла йўлларининг сонига яраша 15-20 тешик бор, булар сут тешиклари деб аталади. Ҳар бир сут йўли эмчак учига чиқишдан олдин эмчак учи тагида кенгаяди (сут халтачаси). Безнинг қабарик юзасидан эмчак учи (папилла маммае) бор, у буришган, пигментланган нозик тери билан қопланган. Эмчак учи цилиндр ёки конус шаклида бўлиб, катталиги ҳар хил. Эмчак учи баъзан ясси ҳатто ичига тортилган бўлади, бу эса боланинг эмишини қийинлаштиради. Эмчак учи атрофидаги тери пигментланган (емчак учи атрофидаги доирача, ареола); рудиментар сут безлари ҳисобланадиган Монтгомери безлари шу эрда жойлашган. Эмчак учи ва унинг атрофидаги тўғаракчада терига яқин ётувчи мускул толалари ва нерв респекторлари бор.

Сут бези тегишли артерия (а, маммария) дан ва қўлтиқ артериясининг шохчаларидан қон олади. Лимфа томирлари қўлтиқ лимфа тугунларига боради.

Сут безларининг функсияси сут ишлаб чиқаришдан иборат. Сут безлари ҳомиладорлик вақтида сут чиқара бошлайди, туг`руқдан кейин сут безларининг функсияси кучаяди.

Сут гипофизнинг олдинги бўлагидан ажраладиган лактоген гормонининг таъсирида ишланиб чиқади, гипофизнинг фаолиятини эса марказий нерв системаси идора этади. Бола эмизилганда сут безининг нерв элементлари таъсирланиб, марказий нерв системасига тегишли импульслар боради. Нерв системасида рўй берувчи ўзгаришлар туфайли гипофизда лактоген гормон кўпроқ ишланиб чиқади, бу гармон эса сут безларининг секретор функсиясини (сут чиқаришини) кучайтиради.

М.М.Мироновнинг маълумотларига қараганда, сут безига боровчи нервлар қирқиб қўйилса, сут камроқ чиқади ва таркиби ҳам ўзгаради.

Шартли рефлекс характердаги таъсирловчилар (болани кўрсатиш, бола эмизиш билан бир вақтда қўлланилган товуш таъсирловчилари) таъсирида сутнинг кўпроқ чиқишини Л.Н. Воскресенский аниқлади. Кучли рухий ҳаяжонлар таъсирида сут чиқмай қолиши ҳам сут безларининг функсияси бош мия пўстлог`ига бог`лиқ эканлигидан гувоҳлик беради.

Сут безларидаги секретория простесси қисқача айтганда қуйидагидан иборат. Ишлаб турган сут безининг эпителий протоплазмасида юмалоқ сут шарчалари ҳосил бўлиб кейин алвеолалар бўшлиг`ига ўтади. Сут безлари секретининг суяқ қисми қонинг суяқ қисмидан анчайин сизилиб чиқмай, без эпителийсида ҳосил бўлади.

ГИНЕКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ СУБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Гинекологик беморларни текшириш со`раб – суриштиришдан бошланиб, маълум режа асосида:

1. Паспорт маълумотлари. Айниқса, ёшга эътибор берилади, чунки болалик, қарилик, ҳомиладорлик, лактацион даврда аменорея физиологик, балогатга етиш даврда эса патологик хисобланадию, жинсий етук даврида қон кетиши, аборт, миома, яллигланиш ва б. билан қариликда қон кетиши эса ёмон сифатли о`смалар билан бог`лиқ.

2. Шикоятлари:

И менструал функция бо`йича: а) неча ёшлигида 1-ҳайз цикли содир бо`лган ва унинг характери (оғ`риқ, қон ё`қотиш даражаси, давомийлиги); б) ҳайз цикли неча кунлик интервалдан кейин содир бо`лади; в) ҳайз цикли типи (3 ёки 4 ҳафталик цикл, давомийлиги, қон ё`қотиш, оғ`риқ ва б.); г) жинсий ҳаёт бошлангач, туг`руқ ва абортдан со`нг ҳайз цикли типи ўзгардими; д) ҳозирги

касаллигида ҳайз сикли характери узгардими; е) охирги ҳайз сикли белгиланади.

ИИ Жинсий функция:

1. жинсий ҳаётнинг бошланиши;
2. жинсий ҳиссиётлар;
3. жинсий актнинг бузилиши: оғриқли боʻлиши; бачадон ортиклари ва чаноқ пардасининг яллигланиш, эндометриоз, орқа параметрит, вулвовагинит, вагинизли (мбулбоспонгиосус нинг спазми) да ва б. кузатилади;
4. Қонсентратив воситалардан тоʻғри ва меъёрида фойдаланиш.

ИИИ Тугиш функцияси:

1. жинсий ҳаёт бошлангандан соʻнг 1 – ҳомиладорлик қачон содир боʻлган;
2. ҳомиладорлик частотаси, унинг кечиши ва оқибати;
3. тугʻруқ ва тугʻруқдан кейинги даврнинг кечиши;
4. оʻтказилган абортлар сони, характери(табiiй, сунʼiiй);

ИВ Секретор функцияси – қиндан чиқадиган ажралма (флуор) нинг манбаи (корпарал, бачадон боʻйни қин, вестибуляр); миқдори ва сифати текширилади.

В энг асосий оғриқ симптоми – ташқи жинсий аъзолар касаллигида оғриқ зарарланган соҳада жойлашади. Ички жинсий органлар касалликларидан эса аниқ локализатсияга эмас, диффуз ҳарактерда боʻлиб, қорин пастда, бел, думгаза, тоʻғри ичак, қин, сон ва б. соҳаларга иррадисияланади. Гинекологик касалликларда тери сезувчанлиги юқори зоналар: захарин – Геда зоналари боʻлиб, улар Х кукракдан ИВ думгаза сегментигача таркалади.

ВИ қушни органлар (айникса, сийдик ажратиш, ичак функциясининг бузилиши) функциясини текшириш.

ВИИ Яшаш ва ишлаш шароитини.

Гинекологик беморларни текшириш системаси.

Мақсад: жинсий органлар ва бошқа органлар системасининг ҳолати ва касалликларини аниқлаш.

Бажарилади: аёлнинг бутун организми текширилади, чунки юлдош касалликлар билан жинсий органлар касалликлари богʻлиқлиги патогенезини асослаш даволаш тактикасини танлаш.

Гинекологик амалиётда ишлатилади:

1. Тиббиётда умумий қўлланиладиган текшириш усуллари: Куздан кечириш палпатсия, перкуссия, аускултатсия ва б.

2.Махсус текшириш усуллари: қин орқали [ички] ва бимануал текшириш, ойналар ёрдамида, зондлаш ва б.

3.Лаборатор текшириш усуллари.

Гинекологик беморларни умумий текшириш усуллари.

Статус праесенс обиестивус Кузга куринадиган тери ва шиллик пардаларнинг рангпарлиги қон ёқотилиши билан бог`лик касалликлар [фибромиома, ҳайз циклининг бузилиши ва б] дан дарак беради. Беморнинг умумий озиши [кахексия], юзининг рангпарлиги еки кулранг тусда бо`лиши. Ёмон сифатли о`смаларнинг узок муддатли кечган турларига характерли скелетнинг рахитик деформатсияси туг`руқдан кейинги жароҳатлар [окма, бачадон бо`йни ва ораликнинг ерилиши]га олиб келиши мумкин. Гинекологик касалликларнинг ривожланишида ташқи муҳит нокулай факторларининг моҳияти муайян конституционал омиллар бо`лганда яққол намоён бо`лади. Конституцияни баҳолашда организмнинг морфологик ва функционал хусусиятлари эътиборга олинади.

Инфантил тип учун куйидаги белгилар характерли: о`рта еки кам холларда баланд бўйли, чаноги ҳамма улчамлари бо`йича торайган, кукрак безлари, ташқи ва ички органлари яхши ривожланмаган, ҳайз цикли ва детородная [хомиладорлик, туғиш ва абортлар] функциялари бузилган бо`лади.

Интерсексуал тип иккиламчи жинсий белгиларнинг тула дифференциаллашганлиги туфайли бу типли аёлларнинг бо`йи баланд, скелети массив, елкаси ва чаноги кенг, чаноги шакл жihatдан эркактарникига о`хшаш, болдирлари бир-бирига тегмайди. Ташқи жинсий органларда соч коплами кучли ривожланган, соч тукларининг усиш характери эркактарга хос қорининг оқ чизиги бо`йлаб қиндик юналишида усган, оёқларида ва орқа чиқарув тешиги атрофида ҳам соч туклари ко`п бо`лади. Шунингдек бу типдаги аёлларда жинсий органлар гипоплазияси, ҳайз циклининг бузилиши, бепуштлик, жинсий индефферентлик кузатилади. Баъзан инфантилизм ва интерсексуаллик белгилари биргаликда бо`лиши аниқланади.

Астеник тип учун улчамларнинг узунасига катталашиши, мушаклар тонусининг пасайиши, скелети, кукрак кафаси ва ички органларининг тузилишида узига хос хусусиятлар [юр ағи кичик, аортаси тор, диафрагма пастда тушиши, узун ичак туткиши ва б.] баъзан ички органларнинг пастга тушиши характерли. Астеник типдаги аёлларда бачадон ута ҳаракатчан ва орқага букилган [флехио] ҳолатда бо`лади. Уларда туг`руқдан кейинги даврда [чаноқ тубидаги мушаклар ва бойлам аппаратининг заифлиги туфайли] бачадон ва қиннинг тушиши юзага келади. Бу типдаги аёлларда объектив узгаришлар бўлмаса ҳам, жинсий сфераси томонидан думгазада

ог`рик, қорин пастида огирлик хисси, ҳайз сиклининг ог`риқли кечиши, кабзиятлар, иш кобилиятининг пасайишига шикоят қилади.

Қоринни куздан кечириш - қорин хажмининг катталашиши ва шаклининг узгариши йирик о`смалар [миома, кистома ва б.] экссудатли перитонит, бачадон ортикларининг яллигланиши билан бирга бачадон найларининг халтачали «о`смалари» [гидросалпинкс, пиосалпинкс] келганда, тухумдон абссессларида кузатилади. Ассит ва тухумдон о`смаларида ҳам қорин катталашади. Кистомаларда қорин гумбазсимон, агар жинсий органлари касалликлари ассит билан кечса, бемор горизонтал ҳолатда етганда - қорин текисланган бо`лади; бачадон ва қининг чиқиб қолиши еки пастга тушганда қорин осилиб туради; қорин оқ чизиги бо`йлаб пигментациялар, ҳомиладорликдан кейинги чандиклар диагностик аҳамиятли.

Қорин палпатсияси сийдик пуфаги ва то`ғ`ри ичак бушатиладиган кейин, бемор горизонтал ҳолатда ётқизиблиб оёғи сон – чанок ва тизза бугимида букилиб (бу қорин мушакларининг бушаштиради) қорни пайпасланади.

Палпатсияда аниқланади:

- 1) қорин деворинг ҳолати:
- 2) мушаклар тонуси, мушак химояси, қорин то`ғ`ри мушакларининг диастаз; ог`риқли сохалар; жинсий органлардан чиқадиган еки кичик чанок бушлиги чегарасидан ташқаридаги о`сма ва инфилтратларнинг улчами, шакли қонсистенсияси, чегаралари, ог`риқ бор-ё`қлиги, ҳаракатчанлиги; «баллотирланиш» феномени аниқланиши мумкин. Бачадон ортиклари ва чанок пардасининг уткир яллигланишида қориннинг пастки бо`лимида мушакларнинг ихтиёрсиз таринглашиши (мушак химояси) аниқланиб, эктопик ҳомиладорликда эса юза палпатсияда кузатилмаслиги мумкин.

Қорин перкуссияси – жинсий органларининг касалликларида ҳосил бо`лган касалликларида ҳосил бо`лган катта инфилтрат ва экссудат, шунингдек о`смаларнинг чегараси ва контурларини аниқлашга имкон беради.

Перкуссияда беморнинг вазиятини

узгартириш: эктопик ҳомиладорликда қон қуйилганда, кистомалар девори ёрилганда ажраладиган суё`қлик борлигини курсатади. Перкуссия параметрит ва пелвиоперитонитни дифференциал диагностика қилишда ишлатилади: параметритда инфилтратнинг палпатсия ва перкуссия чегараси то`ғ`ри келади; пелвиоперитонитда эса инфилтрат юзасига ичак қовузлоклари епишиши туфайли перкутор чегараси палпатор чегарасига нисбатан кичик бо`лади. Бундан ташқари, ичак қовузлокларининг конгломерати ва ҳам перкуссия қо`лланилади.

Қорин аускултатсияси – ичаклар перисталтикаси ва унинг характери ҳомиладорликнинг 5 ойидан кейинги муддатда ҳомиланинг ҳаракатлари ва

юрак тонларини аниқлаш мумкин. Масалан перитонитда ичаклар парези туфайли перисталтика тухтайди; огир гинекологик оператсиялардан кейин ичаклар моторика функциясининг бузилиши перисталтиканинг сусайиши; обтурасион илеусда ичаклар тutilганлиги сабабли шовқинлар баланд эшитилади. Аускултатсияда жинсий органлар о`смалари (миома, кистома) ва хомиладорлик фаркланади.

Мавзу № 73: “Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекологик касалликлар пропедевтикасини.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр

	алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал	
40 дақиқа	органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№3 мотивация. (Мавзу баёни) Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.

Гинекологик касалликлар пропедевтикаси Пропедевтика (грекча *propaideio* – олдиндан муҳокама қилиш маъносини билдиради). Гинекологик беморни текширишни тугри анамнез йиғишдан бошлаш керак. 1. Анамнез шикоятлар аниқлангандан кейин йиғилади: А) асосий шикояти Б) қушимча шикоятлар 2. Касалликлар: А) Инфекцион: (скарлатина, гепатит и т.д.) Б) соматик В) оператив амалиётлар 3. Менструал ва репродуктив функцияси, контрацепция тури: А) менархе Б) хайз циклини хусусияти, охириги хайз ва жинсий ҳаёт бошланиш вақти В) хомиладорликлар сони ва уларни натижаси. 4. Гинекологик касалликлар ва амалиётлар. 5. Оилавий анамнез.. 6. Ҳаёт кечириш тарзи, овқатланиш. Зарарли одатлар, меҳнат ва яшаш шароити. 7. *Anamnesis morbi* II. Беморни қуриш Топобиологик баҳолаш - Тана вазни - Тана узунлиги.

масса тела (кг) ИМТ=----- (длина тела, м)² 4. Сут безларини куриш). 5. Ташки жинсий аъзоларни куриш бимануал куриш кин кузгуларида текшириш III. Махсус текшириш усуллари 1. ФДТ функционал диагностика тестлари - Корачик белгиси. - бачадон буйни шиллик чузилиш белгиси (мах – овуляциивактида = 10-12 см Цитологик текшириш кин суртмасини (4 типдаги хужайралар). Цитологик диагностика: А) Мазка – отпечатки Б) патологик учоклардан пунктатлар 2. гормонлар ва уларни метаболитларини аниклаш - тестостерон - ДЭА и 17-ОН – (17-гидроксипрогестерона) - гонадотропинлар – ЛГ, ФСГ, ПРЛ - тухумдонлар ва буйрак усти беги гормонларини аниклаш (эстрадиол, прогестерон, кортизол). 3. Функционал синамалар 4.Инструментал усуллар: Эндоскопик усуллар:

А) кольпоскопия – вульва, ва бачадон буйнини кин кисимни куриш. - Биопсия олиш учун жой танлаш. Турлари: оддий кенгайтирилган - 3% сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилганда курилади. - 3% Люголя эритмаси билан ишлов берилганда йод хужайралардаги гликогенни тук жигаранга буялишига асосланган. Патологик узгарган хужайралар оч рангда булади. - Йоднегатив учоклар. - Хромокольпоскопия (метил-фиолетовый, гематоксилин ва бошка буёклар Билан буяб куриши) Бачадон буйни рак олди холатларини дагноз куйиш учун информатив усул. Гистероскопия – бачадон ичидаги узгаришларни аниклаш учун мухим Лапароскопия: пневмоперитонеума холатида куриш: А) кичик чанок аъзоларини Б) корин бушлигини. 1. консерватив кичик операцияларни бажариш учун: - эндометриоз учокларини коагуляция килиш - поликистоз тухумдонларни резекция ёки электрокоагуляция - чандикларни ажратиш, бачадон найларини утказувчанлигини тиклаш. Б) Эндоскопик жаррохлик – бачадон найларини , тухумдон кисталарини олиб ташлаш, консерватив миомэктомия, бачадон ампутацияси. В) Тезкор лапароскопия:

УТТ- диагностика Иккита метод: 1. Трансабдоминал 2. Трансвагинал Айникса бачадондан ташкари хомиладорликни эрта муддатларида, тухумдон ва бачадон усмалари аниклашда ахамиятга эга Рентгенологик текшириш усуллари: 1. ГСГ- курсатмалар: 1. Бачадон найлари утказувчанлигини аниклаш 2. Бачадон деворидаги патологик узгаришларни аниклаш: Эндометроз Субмукоз миома Эндометрий полиплари Эндометрийдаги гиперпластик жараёнлари Хайз циклини 1- фазасида – 5-7 куни утказилади. Контраст моддалар : веротраст, уротраст, верографин. 2. бош мия Р-графияси А) турка эгарини рентгени Б) умумий краниография 3. Компьютер томографияси Медико-генетик текширишлар: Курсатма: 1. Жинсий ривожланишдан оркада колиши ёки йуклиги 2. Жинсий аъзолар нуксонлари

3. Бирламчи аменорея 4. Хомилани кутара олмаслик 5. Бепуштлик

Мавзу № 74: “Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув

	тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулоотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№74 мотивация. (Мавзу баёни) Гинекологик беморларни объектив текшириш усуллари.

ГИНЕКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ СУБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ УСУЛАРИ.

Гинекологик беморларни текшириш сураб – суриштиришдан бошланиб, маълум режа асосида:

1. Паспорт маълумотлари, айниқса, ёшга эътибор берилади, чунки болалик, қарилик, хомиладорлик, лактацион даврда аменорея физиологик, балогатга етиш даврда эса патологик хисобланадию жинсий етук даврида кон кетиши аборт, миома, яллигланиш ва б. билан қариликда кон кетиши эса ёмон сифатли усмалар билан боғлиқ.

2. Шикоятлари:

I менструал функция бўйича: а) неча ёшлигида 1-хайз цикли содир булган ва унинг характери (огрик, кон йукотиш даражаси, давомийлиги) б) хайз цикли неча кунлик интервалдан кейин содир булади в) хайз цикли типи (3 ёки 4 ҳафталик цикл, даовмийлиги, кон йукотиш, огрик ва б.) г) жинсий ҳаёт бошлангач, тугрук ва абортдан сунг хайз цикли типи узгардимми; д) ҳозирги касаллигида хайз цикли характери узгардимми;

е) охирги хайз цикли белгиланади.

II Жинсий функция:

5. жинсий хаётнинг бошланишиши
6. жинсий хиссиётлар
7. жинсий актнинг бузилиши: огрикли булиши; бачадон ортиклари ва чанок пардасининг яллигланиш, эндометриоз, орка параметрит, вульвовагинит, вагинизм (mbulbospongiosus нинг спазми) да ва б. кузатилади.
8. Концентратив воситалардан тугри ва меъёрида фойдаланиш.

III Тугиш функцияси:

5. жинсий хаёт бошлангандан сунг 1- хомиладорлик качон содир булган;
6. хомиладорлик частотаси, унинг кечиши ва окибати;
7. тугрук ва тугрукдан кейинги даврнинг кечиши;
8. утказилган абортлар сони, характери (табийй, сунъий);

IV Секретор функцияси – киндан чикадиган ажралма (fluor) нинг манбаи (корпарал, бачадон буйни, кин, вестибуляр); микдори ва сифати текширилади.

V Энг асосий огрик симптоми – ташки жинсий аъзолар касаллигида огрик зарарланган сохада жойлашади. Ички жинсий органлар касалликларидан эса аник локализацияга эмас, диффуз харатерда булиб, корин пастда, бел, думгаза, тугри ичак, кин, сон ва б. сохаларга иррадицияланади. Гинекологик касалликларда тери сезувчанлиги юкори зоналар: захаръин – Геда зоналари булиб, улар X куракдан IV думгаза сегментигача таркалади.

IV кушни органлар (айникса, сийдик ажратиш, ичак функциясининг бузилиши) функциясини текшириш.

VII Яшаш ва ишлаш шароитини.

Гинекологик беморларни текшириш системаси.

Максад: жинсий органлар ва бошка органлар системасининг холати ва касалликларини аниклаш.

Бажарилади: аёлнинг бутун организми текширилади, чунки йулдош касалликлар билан жинсий органлар касалликлари богликлиги патогенезини асослаш даволаш тактикасини танлайди.

Гинекологик амалиетда ишлатилади:

1. Тиббиётда умумий кулланиладиган текшириш усуллари: Куздан кечириш пальпация, перкусия, аускультация ва б.
2. Махсус текшириш усуллари: кин оркали [ички] ва бимануал текшириш, ойналар ёрдамида.
3. Кушимча текшириш
4. Лаборатор текшириш усуллари].

Гинекологик беморларни умумий текшириш усуллари.

Status praesens obiectivus Кузга куринадиган тери ва шиллик пардаларнинг рангпарлиги кон йукотилиши билан боглик касалликлар [фибромиома, хайз циклининг бузилиши ва б] дан дарак беради. Беморнинг умумий озиши [кахексия], юзининг рангпарлиги ёки кулранг тусда булиши. Ёмон сифатли усмаларнинг узок муддатли кечган турларига характерли скелетнинг рахитик деформацияси тугрукдан кейинги жарохатлар [окма, бачадон буйни ва ораликнинг ёрилиши] га олиб келиши мумкин. Гинекологик касалликларнинг ривожланишида ташки мухит нокулай факторларининг мохияти муайян конституционал омиллар булганда яккол намоен булади. Конституцияни бахолашда организмнинг морфологик ва функционал хусусиятлари эътиборга олинади.

Инфантил тип учун куйидаги белгилар характерли: урта еки кам холларда баланд буйли, чаногги хамма улчамлари буйича торайган, кукрак безлари, ташки ва ички органлари яхши ривожланмаган, хайз цикли ва бола туғиш [хомиладорлик, туғиш ва абортлар] функциялари бузилган булади.

Интерсексуал тип иккиламчи жинсий белгиларнинг тула дифференциаллашганлиги туфайли бу типли аёлларнинг буй и баланд, скелети массив, елкаси ва чаногги кенг, чаногги шакл жихатдан эркакларникига ухшаш, болдирлари бир-бирига тегмайди. Ташки жинсий органларда соч коплами кучли ривожланган, соч тукларининг усиш характери эркакларга хос кориннинг ок чизиги буйлаб киндик йуналишида усган, оёқларида ва орка чикарув тешиги атрофида хам соч туклари куп булади. Шунингдек бу типдаги аёлларда жинсий органлар гипоплазияси, хайз циклининг бузилиши, бепуштлики, жинсий индефферентлик кузатилади. Баъзан инфантилизм ва интерсексуаллик белгилари биргаликда булиши аникланади.

Астеник тип учун улчамларнинг узунасига катталашиши, мушаклар тонусининг пасайиши, скелети, кукрак кафаси ва ички органларининг

тузилишида узига хос хусусиятлар [юр аги кичик, аортаси тор, диафрагма пастда тушиши, узун ичак туткиши ва б] баъзан ички органларнинг пастга тушиши характерли. Астеник типдаги аёлларда бачадон ута ҳаракатчан ва оркага букилган [flexio] ҳолатда бўлади. Уларда тугрукдан кейинги даврда [чанок тубидаги мушаклар ва бойлам апаратининг заифлиги туфайли] бачадон ва киннинг тушиши юзага келади. Бу типдаги аёлларда объектив узгаришлар булмаса ҳам, жинсий сфераси томонидан думгазада огрик, корин пастида огирлик хисси, хайз циклининг огрикли кечиши, кабзиятлар, иш кобилиятининг пасайишига шикоят килади.

Коринни куздан кечириш - корин хажмининг катталашиши ва шаклининг узгариши йирик усмалар [миома, кистома ва б.] экссудатли перитонит, бачадон ортикларининг яллигланиши билан бирга бачадон найларининг халтачали «усмалари» [гидросальпинкс пиосальпинкс] келганда, тухумдон абсцессларида кузатилади. Асцит ва тухумдон усмаларида ҳам корин катталашади. Кистомаларда корин гумбазсимон, агар жинсий органлари касалликлари асцит билан кечса, бемор горизонтал ҳолатда етганда - корин текисланган бўлади; бачадон ва киннинг чикиб қолиши еки пастга тушганда корин осилиб туради; корин ок чизиги бўйлаб пигментациялар, хомиладорликдан кейинги чандиклар диагностик аҳамиятли.

Корин пальпация си_сийдик пуфаги ва тугри ичак бушатиладан кейин, бемор горизонтал ҳолатда ётқизиқиб оёғи сон – чанок ва тизза бугимида буқилиб (бу корин мушакларининг бушаштиради) корни пайпасланади.

Пальпацияда аникланади:

1) корин деворинг ҳолати: мушаклар тонуси, мушак химояси, корин тугри мушакларининг диастаз; огрикли соҳалар; жинсий органлардан чиқадиган еки кичик чанок бушлиғи чегарасидан ташқаридаги усма ва инфильтратларнинг улчами, шакли консистенцияси, чегаралари, огрик бор-йўқлиғи, ҳаракатчанлиғи; «баллотирланиш» феномени аникланиши мумкин. Бачадон ортиклари ва чанок пардасининг уткир яллигланишида кориннинг пастки бўлимида мушакларнинг ихтиёрсиз таринглашиши (мушак химояси) аникланиб, эктопик хомиладорликда эса юза пальпацияда кузатилмаслиғи мумкин.

Корин перкуссияси - жинсий органларининг касалликларида ҳосил бўлган касалликларида ҳосил бўлган катта инфильтрат ва экссудат, шунингдек усмаларнинг чегараси ва контурларини аниқлашга имкон беради.

Перкуссияда беморнинг вазиятини узгартириш: эктопик хомиладорликда кон куйилганда, кистомалар девори ёрилганда ажраладиган суюклик борлигини курсатади. Перкуссия параметрит ва пельвиоперитонитни дифференциал диагностика қилишда ишлатилади: параметритда инфилтратнинг пальпация ва перкуссия чегараси тугри келади; пельвиоперитонитда эса инфилтрат юзасига ичак ковузлоклари епишиши туфайли перкутор чегараси пальпатор чегарасига нисбатан кичик булади. Бундан ташқари, ичак ковузлокларининг конгломератида ҳам перкуссия кулланилади.

Корин аускультацияси - ичаклар перистальтикаси ва унинг характери хомиладорликнинг 5 ойидан кейинги муддатда хомиланинг ҳаракатлари ва юрак тонларини аниклаш мумкин. Масалан перитонитда ичаклар парези туфайли перистальтика тухтайди; огир гинекологик операциялардан кейин ичаклар моторика функциясининг бузилиши перистальтиканинг сусайиши; обтурацион илеусда ичаклар тутилганлиги сабабли шовкинлар баланд эшитилади. Аускультацияда жинсий органлар усмалари (миома, кистома) ва хомиладорлик фаркланади.

1. Гинекологик беморларни махсус текшириш усуллари.

1.Асосий [шарт булган]

2.Асосий [шарт булмаган] - кушимча диагностик маълумотларни олиш мақсадида

Шарт булган махсус текшириш усуллари: 1.ташки жинсий органларни куздан кечириш; 2.Ойналар ёрдамида текшириш; 3.кин орқали [ички] текшириш; 4.бимануал вагино - абдоминал текшириш.

Шарт булмаган махсус текшириш усуллари: а) ректал ва ректо-вагинал текшириш; б) бачадонни зондлаш; в) пулевые кискичлар ёрдамида текшириш; г) цитологик текшириш усуллари; д) бачадон шиллик пардасини кириш; е) биопсия; ж) орқа гүмбаз; з) pertubatio ва hydrotubatio; и) рентгеноконтраст текшириш усуллари; к) сийдик пуфаги катетеризацияси; л) эндоскопик текшириш усуллар.

Шунингдек, гинекологик амалиётда гистологик, бактериологик, серологик, биохимик текшириш, ҳамда курсатмага асосан тиббий гинекологик текширилади.

Гинекологик текширишга беморни тайерлаш.

Беморни текшириш сийдик пуфаги ва тугри ичак бушатилгандан кейин горизонтал холатда еткизилиб, оёқлари сон-чанок тизза бугимида букилади, бош кисми бир оз кутарилади. Текшириш жараёни махсус гинекологик креслода олиб борилади.

Курсатма: махсус гинекологик кресло булмаганда, оёк ушлагичи бор каттик ва баланд кушеткадан фойдаланиш мумкин.

Текширишдан олдин албатта: 1. Кин ойналари, кутаргич, пинцетлар, суртма олиш учун инструментлар, пахта, дока стерилизация қилинади.

2. Резина кулпоплар стерилизацияланади [айникса, сузак, рак, сил, трихомонадали кольпитли беморларни текширгандан сунг] 2 кулни кулпода сув билан совунлаб ювиб, сунгра дезинфекцияловчи эритмалар: [1:1000 сулема, 0,5% хлорамин,

1 % лизол ва б] билан ишланади.

Ташки жинсий аъзоларни куздан кечириш

Куйидагилар эътиборга олинади: 1. соч копламининг усиш даражаси ва характери [аёлларга хос (горизонтал йуналишда) , эркакларга хос (вертикал йуналишда),

2. Катта ва кичик жинсий лабларнинг ривожланиши ;

3. Орalik холати [баланд, паст]

4. Патологик жараёнлар : яллигланиш, усма, эрозия, кандилома , окма, орalik ёрилгандан кейинги чандиклар ва б.

5. жинсий ёрикнинг холати;

6. аёл кучанганда бачадон ва кин деворларининг тушиши

7. Орка чиқарув тешиги [варикоз тугунчалар, ёрик, кандилома, тугри ичакдан шиллик, йиринг ёки кон ажралиши]

Кичик жинсий лабларнинг ёрдамида узоклаштирилиб, вульва ва кинга кириш йулида курилади:

А) ранги [рангпарлиги, цианоз];

Б) секрет характери;

В) паталогик жараёнлар борлиги [яллигланиш, киста, эрозия ва б.]

Г) сийдик чикариш канали ташки тешиги ва бартолин беzi чикарув йулларининг холати [гиперемия, ажралмалар чикиши];

Д) кизлик пардаси шакли ёки унинг колдиклари.

Ойналар ёрдамида текшириш

Этаплар: 1-ташки жинсий аъзоларни куздан кечириш

2- ойналар ёрдамида текшириш;

3-кин оркали ва бимануал текшириш

Шу тартибда текширилиши лозим, чунки кушимча травматизация туфайли эрозия характери узгаради.

Курсатмалар:

1.бачадон буйни ва киннинг касалликлари: эрозия, полип, лейкоплакия, бачадон буйни, рак, кольпит, цервицит, туберкулез яра, травмалар ва б.

2.кизларда текшириш утказилмайди.,

Кин ойналари турлари; а) цилиндрик, б) дарчали-Куско;

в) кошиксимон [пластинчатый]

Цилиндрик ойналар кам ишлатилади бачадон буйни касалликларини даволашда ишлатиладиган дори моддаларидан кин деворини изоляция қилиш мақсадида қулланилади. Дарчали [узини ушлаб турувчи] ойналар амбулатор амалиётда ва ассистент бўлмаганда фойдаланилиб, берк холатда кин гумбазига киритилиб дарчалари очилганда бачадон буйни очилади. Ойгани киндан аста-секин чиқарилганда кин деворлари қуринади.

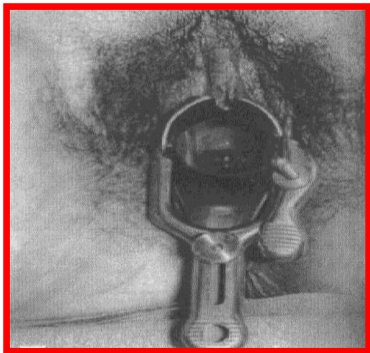
Бачадон буйни ва кин деворларини қуриш учун энг қулай кошиксимон ойналардир. Ойна ёрдамида ораликни оркага итариб, киннинг орка девори бўйлаб киритилади: сунгра унга параллел равишда ясси кутаргич киритилиб киннинг олдинги девори юқорига кутарилади. Бачадон буйнини яхшироқ қуриш учун ясси пластинчатый ойналар ҳам киритилиши мумкин.

Бунда аникланади:

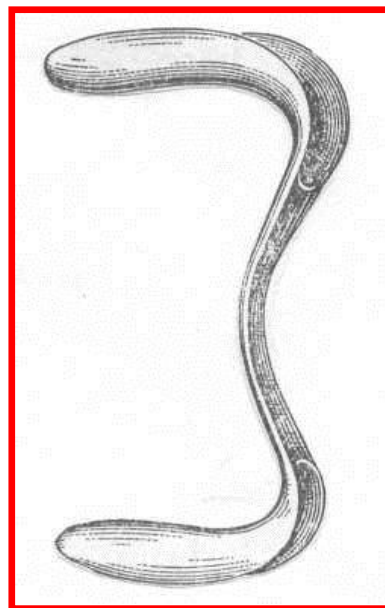
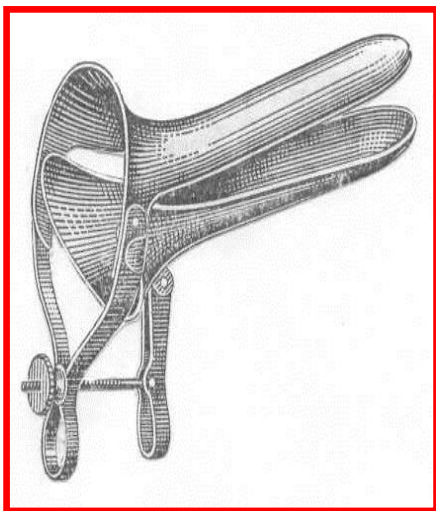
1.Бачадон буйни ва кин шиллик пардаси ранги;

2.Секрет характери бармоқ оркали текширишда қуриниши ва ажралмалар;





КИН ОЙНАЛАРИ ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ



КИН ОЙНАЛАРИ

3.Бачадон буйни шакли ва улчами.

4.Патологик жараенлар [яллишланиш, травмалар, эрозия, усма, окма ва б.]

Кин оркали [ички] текшириш.

Кин оркали текшириш учун унг кулни курсаткич ва урта бармоқлар ёрдамида, лекин кин торлиги [гипоплазия, ёши боглик атрофия, тугмаган аёллар] да факат 1 бармоқ билан текширилади. Бармоқни киритишдан олдин вульвани дезинфекцияловчи эритмалар хулланган тампон ёки стерил пахта билан артилади. Чап кулнинг бош ва курсаткич бармоқ билан жинсий лаблар бир-биридан узоклаштирилади. Курсаткич ва урта бармоқ кинга киритилиб, бош бармоқ симфизга , IV - V бармоқлар кафтга букилиб асосий фалангалар ташки томони ораликка такалиб туради.

1.Оралик сохасидаги мушаклар ҳолати [кучсизланиши, атрофия ёки гипотрофия]

2. Вестибуляр безларнинг жойлашуви [киста, яллигланиш ва б.]

3. Кин олдинги девори оркали уретра пайпасланади [яллигланиш, огрик, зичлашиши]

4. Киннинг хажми, бурмалари, чузилиши, патологик жараёнлар [инфильтрат, чандик, стеноз, усма, ривожланиш нуксонлари]. Кин гумбазининг чуқурлиги, каттикчанлиги, огриклиги [бачадон ортикалари, чанок пардаси ва клетчатканинг яллигланишида кин гумбази огрикли, буртиб, чиккан; гипоплазия ва карилик атрофиясида кин гумбази текисланган]

Бимануал [вагино-абдоминал] текшириш

Бунда унғ кулнинг курсаткич ва урта бармоқлари кин гумбазига киритилиб, бачадон буйни оркага силжитилади. Чап кул кафти корин девори оркали бачадон танаси пайпасланганда аникланади:

1. Бачадон ҳолати: эгилган: [versio] , букилган [flexio] , горизонтал ук буйлаб силжиган [positio] , вертикал ук буйлаб силжиган [elevatio , descensus , prolapsus]

2. Бачадон улчамлари: нормал, кичрайган [гипоплазия, атрофия] катталашган [хомиладорлик, миома ва б.]

3. Бачадон шакли: нормал [ноксимон, текисланган], думалок [хомиладорлик] нотугри [усма, ривожланиш, аномалиялари]

4. Консистенцияси: одатдаги, юмшок [хомиладорлик, флюктуацияловчи гематометра, пиометра], каттик [миома].

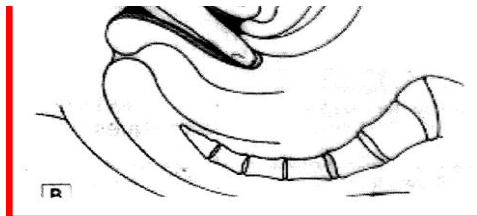
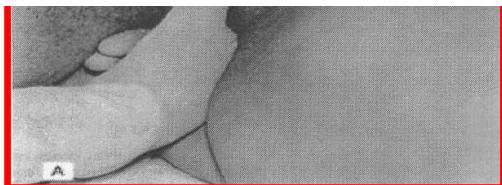
5. Ҳаракатчанлиги: нормал, чегараланган ёки йуқолган [усма, чандик], ута ҳаракатчан [бачадон тушиши]

6. Огриклиги [яллигланиш, миома тугунларидаги иккиламчи узғаришлар].

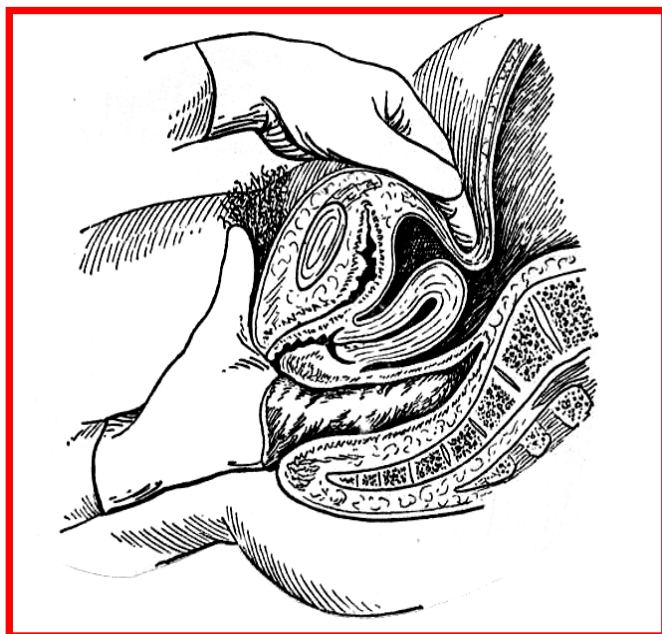
Кейин ташки ва ички бармоқлар бачадон бурчагидан чанок ён деворларига утказилиб, бачадон найи [Н=пайпасланмайди], тухумдон, бачадон бойламлари [Н=пайпасланмайди], чанок, пардаси ва клетчаткадаги патологик узғаришлар аникланади.



РЕКТО-АБДОМИНАЛНА ТЕКШИРИШ



РЕКТО – АБДОМИНАЛ ТЕКШИРИШ



Бачадонни зондлаш.

Курсатма: диагностик [бачадон холати, улчами, буйнининг узунлиги, буйин канали утказувчанлиги стеноз, атрезия ва б]; даволаш [бачадон шиллик пардасини кириш, кин оркали кесарча - кесиш] максадида.

Техникаси: стационар шароитда асептика ва антисептикага риоя қилинган ҳолда кинга ойна киритиб, пулевой қискич билан бачадон буйнининг олдинги лаби ушланади. Бачадон антифлексиясида металл зонд тугмачаси олдинга ретрофлексияда оркага йуналишда бачадон бушлиги ва буйин каналига киритилади.

Бачадон шиллик пардасини кириш.

Курсатма: диагностик [хавфли усма, эндометрий сили, полипоз, хайз циклининг бузилиш сабаблари], даволаш [хирургик гемостаз] максадида.

Керакли асбоблар:

- 1.кошиксимон кин ойналари;
- 2.пулевой қискич;
- 3.бачадон зонди;
- 4.кенгайтиргичлар.
- 5.кошикчалар [кюретка] кириш учун.

Техникаси: кин ойналари киритилгач, бачадон буйни олдинги лабида пулевой қискич қуйилиб, киннинг орка - ён гумбазига 0,25 % ли новакаин билан анестезия қилинади. Зондлаш оркали бачадон холати ва бушлигининг узунлиги аникланиб, бачадон буйин канали кенгайтирилади. (№4,6,8 кенгайтиргичлар билан антефлексия, ретрофлексияни инобатга олиб, сунгра кюреткани бачадон бушлигига киритиб бачадон тубидан, орка, ён олд деворларидан кириб олинади. Кирмани лycopчага солиб, куздан кечириб, этикеткасига бемор Ф.И.О бор 5 % ли формалин ёки 96 % ли спирт эритмасига кирмани солиниб лабораторияга гистологик текшириш учун юборилади.

Pertubatio (бачадон найларига хаво юбориш)

Курсатма: диагностик максатда бачадон найининг утказувчанлигини текшириш, айникса, бепуштликда.

Техникаси: махсус аппаратура ёрдамида бачадон бушлигига 150 мм сим устдаги босимда хаво юбориб, монометрда кузатилади. Бачадон найи утказувчанлигининг симптомлари;

А) ков устида аускультацияда шовкин эшитилиши;

Б) манометрдаги стрелка пасаяди;

В) френикус – симптом пайдо булиши мумкин.

Гидротубация

Курсатма: диагностик ва даволаш мақсадида

Бачадон найига стерил эритмалар [новакаинли физиологик эритма, антибактериал препаратлар ва б.] махсус наконечник билан эритма юборилади.

Мавзу № 75: “Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография билан таништириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография.

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№75 мотивация. (Мавзу баёни) Гинекологияда янги технологиялар: эндоскопик, ультратовуш ёрдамида текшириш, магниторезонанс, томография.

РЕНТГЕНОКОНТРАСТ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Гистеросальпингография

Курсатма: бачадон найи утказувчанлиги кайси кисмида (ампуляр, истмик интерстициал] бекилганлиги шунга асосланиб бепуштликини хирургик тактикаси танланланади. Контрактнетрография патологик узгаришларни курсатади. [Субмукоз миома, бачадон ривожланиши нуксонлари ва синехия ва б.)

Техникаси: бачадон бушлигига унинг наконечниги оркали шприц ёрдамида 2-5 мл [бачадон улчамига мос] контраст модда: йодотраст, йодолипол, ёки сувли эритмалар [диодон, диодраст, кардиотраст ва б.] юборилиб, беморнинг горизонтал ҳолатида рентгенография қилинади. [шубҳа тугилса, 24 соатдан кейин қайта рентгенография бажарилади.

Агар найлар утказувчан бўлса, контраст модда қорин бушлиги [кичик чанокда] аниқланади. Субмукоз миоматоз тугунчалари ёки полип соҳасида «тулишиш дефекти» аниқланади.

Эслатма: хайз циклидан 8-10 кун утгач, ёки хайз циклининг 2-фазасида метросальпингография қилинади.

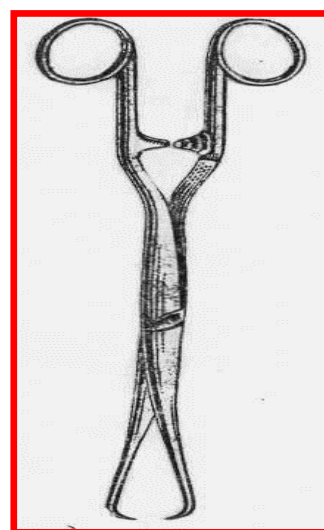
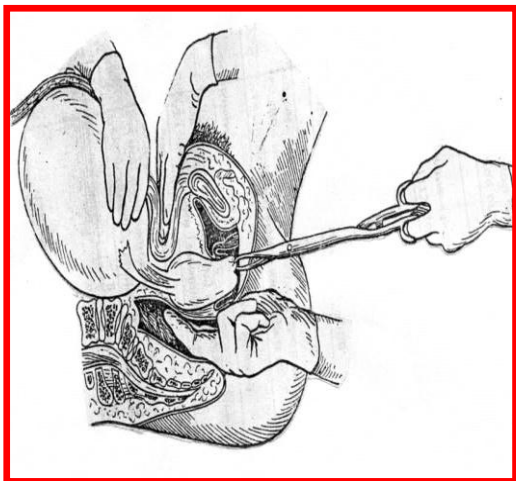
Карши курсатмалар: уткир ва уткир ости яллиғланиш касалликлари, гонореяли эндометрит, эрозия, бачадон ичи ва ташқари хомиладорлик, бачадон шиллик пардасини қиргандан кейин бажарилмайди.

Эндоскопик текшириш усуллари.

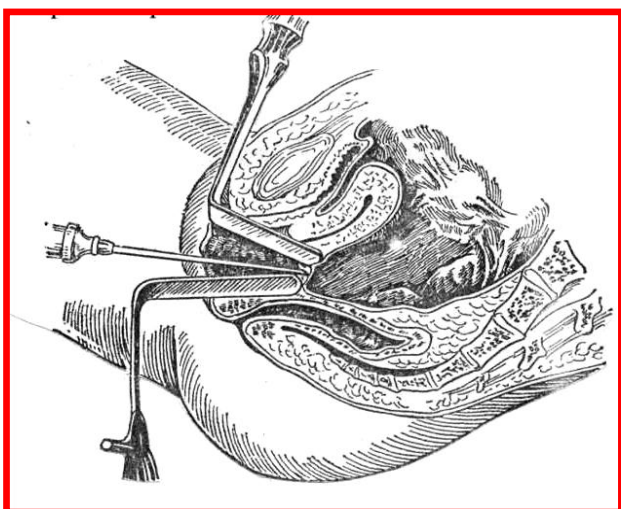
Кольпоскопия - штативга фиксацияланган ва ёритувчи мосламали бинокуляр ёки монокуляр лупа бўлиб, текшириладиган соҳани 10-30 марта катталаштиради. **Курсатма:** бачадон бўйни ва киндаги усма, эрозия, лейкоплакия, кандиломатоз ҳосилалар ва бю шунингдек болалардаги бачадон бўйни ва киндаги яллиғланишли узгаришлар. Киз болаларда бачадон бўйни ва кинни кизлик пардасидаги тешик оркали ингичка катетер қуринишида вагоноскоп киритилади.

Кульдоскопия - аёл чалканча ёткизилиб, оёги сон-чанок ва тизза бугимида букилиб, ташки жинсий органлар дезинфекцияловчи эритмалар билан артилиб, бачадон буйни ойналар билан очилиб, кискичлар куйилгач, киннинг орка гумбази 0,25 % новакаин эритмаси билан анестезия килинади. Кейин беморни тизза тирсак холатига утказилиб, ойналар ёрдамида киннинг орка гумбази очилади ва бир оз кесилиб, троакар оркали лапароскоп урнатилиб, бачадоннинг орка юзаси, тухумдон ва найлар ҳамда улардаги патологик узгаришлар аникланади.

ПУЛЕВОЙ КИСКИЧЛАР



ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ



Мавзу № 76: “Функционал диагностика тестлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Функционал диагностика тестлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Функционал диагностика тестлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш - ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Функционал диагностика тестлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

**№76 мотивация. (Мавзу баёни) Функционал диагностика тестлари.
ЦИТОЛОГИК текшириш.**

Киндан олинган сакланмани буюм ойнасига олиб, эфир спиртли аралашма билан фиксация қилиниб, гемотоксин [15 мин], 1 % эозиннинг сувли эритмаси билан 2-3 минут буялади, ва куритилади. Микроскоп остида курганда аникланади:

1.Шохланувчи хужайралар катта улчамли, протоплазмаси кучсиз буялиб, пикнотик ядроси булади. Бу типдаги хужайралар тухумдон циклининг фолликуляр фазасига характерли.

2. Оралик хужайралар урта улчамли, ядроси шохланувчи хужайраларга нисбатан катта. Хайз циклининг барча фазаларида, айникса, лютеин фазада кузатилади.

3. Базал ёки атрофик хужайралар кичик улчамли ядроси оралик хужайрага нисбатан катта булиб, менопауза даврида ва тухумдонларнинг яккол гипофункциясида кузатилади.

Цитологик реакцияларнинг қуйидаги типлари булади:

I реакция - суртмада базал [атрофик] хужайралар ва лейкоцитлар булиб, эстроген гармонларининг кескин етишмовчилиги билан характерланади.

II реакция- базал оралик хужайралар ва лейкоцитлар булиб, эстрогенларнинг маълум даражада етишмаслиги билан характерланади.

III реакция - оралик хужайралар устунлик килиб , 1-2 базал ва парабазал хужайралар булиб, бир оз эстроген етишмаслиги билан ифодаланилади.

IV реакция - шохланувчи ва оралик хужайралар бор, базал хужайралар ва лейкоцитлар йук - бу тухумдон эстроген функцияси яхшилигидан далолат беради. Бунда шохланувчи ва оралик хужайралар орасидаги нисбат **КПИ** - кариопиннотик индекс дейилиб, хайз циклининг нормал фазаларида турли, [%] ларда булади. Шунингдек хайз цикли бузилишини хам курсатади.

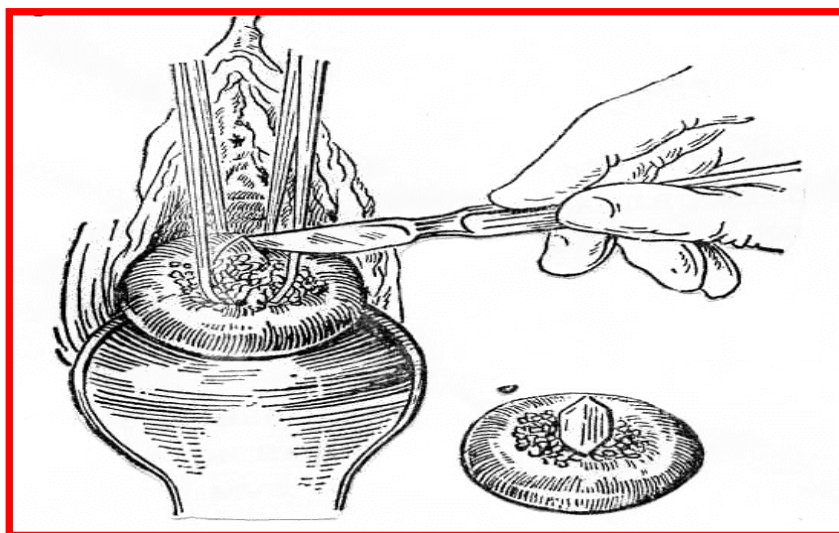
«Корачик феномени» тухумдон циклининг фолликуляр фазасида бачадон

буйин канали безлари шиллик, тиник секрет безлари ишлаб чикаради. У нинг микдори овуляция фазасида энг чуққига кутарилиб, бачадон буйин каналининг ташки тешиги 0,25-0,3 см диаметрча кенгаяди. Кин ойналари ёрдамида бачадон буйни очилганда, каналининг кенгайган тешиги «корачик» ни эслатади. Лютеин фазада «корачик» феномени йуколади.

[буйиннинг ташки тешиги торайиб, шиллик йук , «курук» буйин].

Хомиладорликнинг 1- ярмида бу феномен булмайди. [сарик тана прогрессияси туфайли], фолликула персистенциясида эса яккол ифодаланилади.

ЦИТОЛОГИК МАТЕРИАЛ ОЛИШ:



КРИСТАЛИЗАЦИЯ (АРБОРИЗАЦИЯ)

СИМПТОМИ



Кристаллизация [арборизация] симптоми - бачадон буйнининг шиллик секретни буюм ойнасига 2-3 томчи олиниб, хавода 10-15 минут куритилгач, физиологик эритмадан томизилиб, микроскоп остида курилади. [куриш пайтида $\text{NaCl} + \text{муцин} = \text{узуро таъсири юзага келади}$. Кристаллизация феномени фолликуляр фазанинг 5-7 кунидан бошланиб, овуляцияда энг чуққига етади. Шу *вақтда суртма напоротник баргини* эслатади.

Лютеин фазада эса барг элементлари радиал ёки хочсимон жойлашади. Бу рекция менструал ва герминатив функцияни аниклаш ва даволашда ишлатилади.

Базал [ректал] температурани улчаш индивидуал термометр ёрдамида уйкудан кейин ёки тинч ҳолатда амалга оширилади. Нормал хайз цикли фолликуляр фазада $t=37$ с дан паст овуляциядан олдин бир оз пасайиб, лютеин фазада 0,4-0,6 с гача кутарилади, хайз циклидан 1-2 кун олдин t яна пасаяди. Бу 2 фазали харорат тухумдон циклида фолликуляр ва лютеин фазанинг кетма - кетлигини курсатади. Ановулятор [1 фазали] циклда харорат эгрилиги монотон характерда булади.

Мавзу № 77: “Нормал хайз цикл регуляцияси. Хайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикл”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади</i>	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли: билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли: билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли: билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар

Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240 дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.

	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№77 мотивация. (Мавзу баёни) Нормал ҳайз цикл регуляцияси. Ҳайз цикли бошқарилиши. Тухумдон цикли

НОРМАЛ ҲАЙЗ ЦИКЛИ

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 тўхтади. Ҳар гал ҳайз кўрганда аёл 50-150 г-гача қон йўқотади. Ҳайз қони ишқорли реакцияли, қўнғир рангда, шиллиқ аралаш бўлиб, унда ивиш жараёни кам бўлади.

Қиз бола биринчи марта ҳайз кўрганда унинг организмида бир катор 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 ҳисоб қилинади.

Кўпинча ҳайз цикли 28 кун, камдан- кам аёлларда 21 ёки 30-32 кун давом қилади. Ҳайз цикли мобайнида аёллар организмида турли ўзгаришлар кузатилади.

Ҳайз цикли физиологик жарен бўлиб, охирги ҳайзнинг биринчи кунидан то кейинги ҳайзнинг бошланиш кунигача бўлади. Ҳозирги тушунчаларга асосан ҳайз цикли 5та боскичда ўтади :1)бош мия пустлоғи; 2)гипоталамус; 3)гипофиз; 4)жинсий безлар; 5)периферик аъзолар (бачадон , бачадон найчалари, қин);

Биринчи олий боскичга бош мия пустлоғи ва экстрагипоталамик церебрал тузилмалар (лимбик тизим, гиппокамп, бодомсимон тана) киради.

Бош мия пўстлоғи – ҳайз циклини бошқариш ва тартибга солиш вазифасини бажаради. Бош мия орқали ташқаридаги таъсиротлар нерв тизимининг пастдаги ҳайз циклида иштирок этувчи бўлимларига узатилади.

Тажриба ва клиник кузатувларшуни кўрсат дики, асабий ҳолатларда жинсий аъзо тизимларида бир қатор ўзгаришлар бўлиб, ҳайз циклини ҳолати ва тартиби издан чиқади. Аммо ҳозир ҳам бош мия пустлоғида ёки унинг бирор қисмда ҳайз циклини бошқарувчи марказ аниқланмаган.

Иккинчи босқичи – гипоталамус, оралик миянинг бўлими бўлиб, бир қатор утказувчи нерв толалари (аксонлар) туфайли, бош миянинг турли бўлимлари билан боғлиқ бўлади. Шунга кўра у марказий нерв тизимининг ҳайз циклини бошқаришда ҳам иштирок этади. Гипоталамусда барча периферик гормонлар учун, шулар қаторида тухумдонлар учун ҳам рецепторлар бор. Демак, гипоталамус организмга атроф муҳитдан узатиладиган импульсларнинг бири-бири билан мулоқат қилинишини таъминлайди. Шу билан бир қаторда у ички секреция безларнинг фаолиятида ҳам иштирок этади. Гипоталамусда стимулловчи (либеринлар) ва блокловчи (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 бири-бири билан мураккаб равишда боғлиқдир ва учинчи босқични ташкил қилади.

Гипофиз олдинги бўлагининг фаолияти гипоталамусдан ажраладиган нейрогормонал секреция таъсирида назорат қилинади. Гипофизнинг олдинги булагини аденогипофиз, орқа бўлагини эса нейрогипофиз деб юритилади. Аденогипофизда асосий 6 та гормонлар ишлаб чиқарилади: фолликулнинг етилишини таъминловчи (ФСГ), сарик тананинг таракқиетини таъминлайдиган (ЛГ), соматотроп (СТГ), тиреотроп (ТТГ) ва адренокортикотроп (АКТГ) гормонлар.

Ҳайз циклини бошқаришнинг тўртинчи босқичига – периферик эндокрин аъзолар киради (тухумдон, буйрак усти беzi ва қалқонсимон беzi.)

Тухумдон жинсий беz бўлиб иккита асосий вазифани бажаради. Булардан: 1) фолликулларнинг циклик равишда тараққиёти, овуляцияси етишган тухум хужайрасининг ажралиши. 2) тухумдон икки ҳил жинсий гормон: эстроген ва прогестерон ишлаб чиқаради. Бундан ташқари қисман эркаклар гормони – андрогенлар ҳам ишлаб чиқаради.

Тухумдонда дастлаб фолликул етила боради бу жараенга ФСГ ва ЛГ гормонлари ҳамда окситоциннинг рефлектор таъсири ва фолликул деворига протеолитик ферментларнинг таъсирида фолликул қорин бўшлиғига ёрилади, яъни овуляция вужудга келади.

Демак бирламчи фолликул 3 та: регенерация, етилиш ва овуляция босқичларини босиб ўтади. Фолликулнинг энг етилган, ёрилишга

тайёрланган ҳолатини Грааф пуфакчалари деб аталади ва шундан кейин овуляция руй беради. Овуляциядан кейин ёрилган фолликул урнида янги тана, яъни сарик тана вужудга келади. Сарик тананинг шаклланиши ва тараққий этиш жараёнида донатор хужайралар купаяди ва тухумдоннинг мезенхима стромаси қон томирлари билан биргаликда ривожланади, натижада сарик тана вужудга келади.

Сарик тана куйидаги босқичларни босиб ўтади: 1) босқич пролиферация, 2) босқич қон-томирлар билан таъминлаш босқичи, 3) босқич гуллаш босқичи, 4) босқич сарик тананинг суниш босқичи.

Ҳайз циклида бачадон шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар.

Ҳайз қони тўхтаб бачадон шиллиқ пардасида қайта қуриш (битиш), яъни регенерация жараёни бошланади.

Бачадон шиллиқ пардаси (эндо метрий) 2 қаватдан: базал ва функционал қаватлардан иборат.

Ҳайз бачадон шиллиқ пардасининг *десквамация* босқичи билан бошланади ва 3-4 кун давом этади. Бу фазада беz 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 қалинлиги 4 мартагача 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 *пролиферация* босқичи дейилади. 13-15 кунларда бу фазанинг етилган даври бўлади. Шундан кейин эпителий ҳужайраларида секреция ажралишнинг дастлабки белгилари кузатилади.

Бу фаза эндометрида *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 сарик тана гормони (прогестерон) бачадон шиллиқ пардасида секретор суюқлик чиқишига имқон беради ва бачадон шиллиқ пардасини ҳомиладорликка тайёрлайди. Бунда фақат секреция таъсир қилибгина қолмасдан, балки юзада жойлашган безларда гликоген ажралишига имқон беради.

Кўп муаллифларнинг фикрича, овуляциядан кейин ҳам сарик танадан ажралган прогестерондан 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 қаватига 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. Бундай, 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 ҳомиладор бўла олмайдилар. Бундан ташқари, бир қатор гинекологик текширишлар тўғри ичак ҳарорати (базал ҳароратни ўлчаш, бачадон бўйнидан ажралган шиллиқнинг чўзилувчанлиги, кристаллга айланиши ва бошқалар) ёрдамида ҳам тухумдон фаолияти аниқланади.

Мавзу № 77: “Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№79 мотивация. (Мавзу баёни) Хайз цикли бузилишлари.

Хайз цикли бузилишининг сабаблари жуда кўп. Касаллик полиэтиологикдир. Айрим сабаблари: организмнинг ёшига боғлиқ бўлган омиллар, рухий ҳолатлар, оилада ва ишда бўладиган кўнгилсиз воқеалар, периферик эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши, ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнлари, жинсий аъзолардаги ўсмалар ва ҳоказо. Этиологик омиллар ичида айниқса, қизларнинг жинсий ривожланиш даврида бошларидан кечирган юқумли касаликларини аниқлаш катта аҳамиятга эгадир. Вирусли гепатитда фақат тухумдонда морфологик жиҳатдан ўзгаришлар рўй бериб қолмай, балки гипоталамусда ҳам худди шунга ўхшаш ўзгаришлар юз бериши кузатилган. Эндоген ва экзоген омиллар хайз циклини бошқарувчи гипоталамус –гипофиз –тухумдон системасининг турли қисмларига таъсир курсатиши оқибатида дисфункционал қон кетиши рўй бериши мумкин. Физиологик ҳолатда хайз циклини бошқаришда бош мия пўстлоғи, гипоталамус, гипофиз, тухумдон ва бачадоннинг аҳамияти катта. Бу аъзолар ўзаро боғлиқдир. В.Т. Вогралик (1973)нинг изоҳлашича, организмдаги гормонал система фаолиятини бошқаришнинг бузилишига қуйидаги ҳолатлар сабаб бўлади:

1. Эндокрин безлардан бирининг нейро- гормонал (гипоталамус – гипофиз) омиллар таъсирида фаолияти бузилади.
2. Инфекция, интоксикация, жароҳатлар, ўсмалар туфайли бир ёки бир неча безлар фаолиятининг етарли бўлмаслиги.
3. Айрим маълум безларда гормонларнинг вужудга келишида ферментлар стимуляциясининг етарли бўлмаслиги.
4. Бирон бир гормоннинг организмнинг керакли жойига етиб бормаслиги.
5. Гормонларнинг таъсир қилиш шароитининг бузилиши.
6. Баъзи бир гормонларнинг таъсир қилиш фаолигининг бузилиши.

ҲАЙЗ ЦИКЛИ БУЗИЛИШИНИНГ ТАСНИФИ

Хайз цикли бузилишининг қуйидагича турлари мавжуд:

1. Аменорея –6 ой мобайнида хайз цикли бўлмаслиги
2. Даврий ўзгаришлари.

Хайз кучи ва давомийлигининг «+» белгиси остида ўзгариши

- а) гиперменорея - хайз қонининг кўп миқдорда келиши.

б) полименорея - ҳайзнинг 7 кун ва ундан ортиқ давом этиши.

в) гиперполименорея - узоқ вақт давомида ва кўп миқдорда қон келиши (меноррагия)

- «- « белгиси остида

а) гипоменорея - ҳайзда ажраладиган қон миқдори кам бўлиши.

б) олигоменорея - ҳайз муддати қисқа давом қилиб, 2 кундан кам бўлади.

в) гипополименорея - қисқа муддат ва кам миқдорда қон келиши.

ҲАЙЗ ТИПИ ВА РИТМИ БЎЙИЧА ЎЗГАРИШЛАР

I. Тури

а) опсоменорея-ҳайзнинг жуда кам бўлиши (6-8 ҳафтада 1 марта)

б) спониоменорея-ҳайз циклининг жуда узоқ давом этиши (1 йилда 9-4 марта)

в) пройоменорея-қисқарган ҳайз циклининг тез-тез бўлиши (2/3-1,5-2 ҳафтада).

II. Ановулятор дисфункционал қон кетиш

- ановуляция бўлган пролиферация фазаси эстроген кўплиги сабабли узоқ вақт давом этади, эстроген камайиши бачадондан қон кетишига олиб келади.

III. Альгодисменорея - ҳайзнинг оғриқли бўлиши билан.

а) альгоменорея - ҳайз вақтида жинсий аъзоларда оғриқ пайдо бўлади

б) дисменорея - ҳайз даврида организмдаги турли ўзгаришлари (бош оғриғи, иштаҳа бузилиши, кўнгил айланиши).

в) альгодисменорея - умумий ва маҳаллий белгиларнинг биргаликда учраши.

IV. Бачадондан ациклик қон кетиши

- метроррагия - ҳайзга боғлиқ бўлмаган қон кетиши.

АМЕНОРЕЯ

6 ой давомида ҳайз бўлмаслиги мустақил касаллик бўлмасдан бир қанча касалликларнинг маҳаллий ва умумий белгиси ҳисобланади (18-расм). Аменореянинг қуйидаги турлари бор:

1. Сохта аменорея – тухумдон ва бошқа аъзоларда ўзгаришлар бўлиб, бу хил аменорея кўпинча маҳаллий сабабларга боғлиқ: қизлик пардаси бутунлиги, қин атрофияси, бачадон бўйни канали атрезияси сабабли юз бериши мумкин. Бунда қон қинга, бачадон бўйнига ва найларга тўпланиб қолади.
2. Чин аменорея - ҳайз цикли бошқарувининг 5 ҳалқасидан бирида сезиларли ўзгаришлар бўлганда юзага келади ва шунга боғлиқ ҳолда жинсий гормонлар ишлаб чиқариш даврийлиги бузилади ва ҳайз кўрилмайди.
3. Физиологик аменорея – бу ҳолда аёл организмидаги айрим физиологик ҳолатлар сабабли ҳайз бўлмайди:
 - болалик даврида,
 - ҳомиладорлик даврида,
 - лактация даврида,
 - менопауза даврида.
4. Патологик аменорея – аёл организмида кечаётган патологик ҳолатларда ҳайзнинг бўлмаслиги.
 - Бирламчи – ҳайзнинг болалик давридан бошлаб келмаслиги
 - Иккиламчи – ҳайзнинг аввалига келиб, сўнгга айрим сабабларга кўра тўхтаб қолиши. Бизга маълумки, ҳайз циклининг бошқарилишида 5 ҳалқа иштирок этади: пўстлоқ-гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон. Мана шу ҳалқалардан бирортасининг бузилиши аменореяга олиб келади ва унинг қуйидаги шакллари бўлади:
 - Гипоталамик аменорея;
 - Гипофизар аменорея;
 - Тухумдон аменореяси;
 - Бачадон аменореяси.

АМЕНОРЕЯ САБАБЛАРИ

- гормонал бузилишлар – тухумдон, гипофиз ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши туфайли юзага келади;
- МНС касалликлари (шизофрения, мия ўсмалари менингоэнцефалит, руҳий травма);
- ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар;
- сурункали интоксикация (алкоголизм, гиёҳвандлик);
- алиментар омиллар – очлик, камқонлик, семизлик;
- экстрагенитал касалликлар: юрак-томир касалликлари, жигар касалликлари;
- бачадон касалликлари. Эндометрит.

Айтилган сабабларнинг деярли барчаси аменореяга олиб келади ва асосий касалликнинг якуний натижаси кўринишида бўлади.

МНСнинг органик шикастланишида бирламчи аменорея камдан-кам ҳолларда юз беради. Асосий сабаблари: мия ўсмалари, сурункали менинго-энцефалит, арахноидит, сурункали сероз менингит, эпидемик энцефалит.

Психоген аменорея ҳам учраб, у қаттиқ ҳаяжонланиш (стресс), руҳий ва физиологик чарчаш туфайли ҳам юзага келади.

Гипоталамик аменорея, бунда асосан миянинг дўнглик ости соҳасида патологик ўзгаришлар бўлади. Сабаби – руҳий травма, очлик, нейроинфекция ва бошқалар.

Гипоталамик аменорея кўпинча функционал табиатли бўлади.

- руҳий (психоген);
- Киари-Фроммель синдроми;;
- «сохта ҳомиладорлик»;
- «асабдан бўладиган» анорексия; (руҳий анорексия)
- турли инфекцион касалликлар ва заҳарланиш туфайли юзага келган аменорея

КЛИНИКАСИ:

Гипоталамик аменорея пайдо бўлишидан аввал қуйидаги ўзгаришлар кузатилади :

- вегетотомир ва моддалар алмашинуви бузилишлари, томир кризлари, АҚБ асимметрияси;
- ҳушдан кетиш ҳолатлари;
- юрак аритмияси;
- кейинчалик эса ёғ ва сув-туз алмашинуви бузилишлари туфайли гипоталамик типдаги хомсемизлик.

ДИАГНОСТИКА

1. Базал ҳарорат монофазали менструал цикллари (19-расм).
2. Қин суртмасида эстрогеннинг тўйиниши камайган.
3. ФСГ нинг кескин пасайиши ёки умуман йўқлиги туфайли эстроген гормонлар ажралиши камаяди.
4. Диагностик мақсадда, ўсмани инкор этиш учун бош мия турк эгари соҳаси рентгенография қилинади,
5. Жинсий гормонларнинг экскреция сатҳи аниқланади.

Гипофизар аменорея аденогипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келади. Уни 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Аденогипофиз тўқимасининг некротик ўзгариши туфайли юзага келган аменорея:
 - Шихан синдроми – туғруқдан кейинги гипопитуитаризм;
 - Симмондс касаллиги - гипофизар кахексия.
2. Гипофиз ўсмаси туфайли юзага келган аменорея:

- Иценко-Кушинг касаллиги;
- Акромегалия.

3.Адипозогенитал дистрофия – ҳомиладорликдаги токсоплазмоз, ёшлигида ва жинсий ривожланиш давридаги инфекцион касалликлар туфайли юзага келади. Бунда кузатиладиган белгилар: семизлик, суяклардаги нуқсонлар, жинсий аъзолар гипоплазияси, аменорея.

4.Лауренс-Мунн-Бидл синдромида юқоридаги белгилар кузатилади, бундан ташқари, паканалик ва бир қанча ривожланиш нуқсонлари кузатилади.

5.Хенде-Мюллер-Крисчен касаллиги – бу ҳам гипоталамо-гипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келиб, бунда паканалик, жинсий инфантилизм, остеопороз, қандсиз диабет, эндоофтальмоз белгилари кузатилади.

Тухумдон аменореяси асосан генетик ўзгаришлар билан боғлиқ ва тухумдон фаолиятининг ўзгариши туфайли юзага келади.

Гонадалар фаолияти бузилишининг турлари:

1. Гонадалар дисгенезияси.
2. Тестикуляр феминизация.
3. Тухумдонлар бирламчи гипофункцияси.

Гонадалар дисгенезияси (Тернер-Шерешевский синдроми) – тухумдон тўқимасининг бирламчи туғма ривожланмаслиги. Хромосомалар тўлиқ эмас – 45 X0 бўлади, жинсий хроматин 10% камайган, жинсий аъзолар ривожланмаган, аёлнинг бўйи паст, суяклар остеопорози ва бошқалар кузатилади.

Тестикуляр феминизация - аёллар фенотипига мос, лекин гонадалар ва генетик жиҳатдан жинси эркак хромосомалар ўзгарган, эркаклар гонадаси кўп миқдорда эстрогенлар ишлаб чиқаради. Клиник белгилари: ташқи жинсий аъзолари суст ривожланган, бачадон ва унинг ортиқлари баъзан бўлмайди, бирламчи аменорея, сут безларининг ортиқча ривожланиши, бепуштлики. Бу ҳолда гонадаларнинг «хавфли» ўсмага айланиш хавфи бор.

Тухумдонларнинг бирламчи гипофункцияси. Фолликуляр аппаратнинг шикастланиши ҳомиланинг она қорнидаги даврида (токсикозлар, ҳомиладорлик асоратлари, туберкулёз ва бошқалар), турли ўсмаларнинг мавжудлиги туфайли бўлиши мумкин. Бу умумий ёки жинсий инфантилликка олиб келади: бўйчанлик, бачадон бўйни конуссимон, бачадон гиперантифлексияси, чанок торлиги. Гипофизнинг гонадотроп гормонлар ишлаб чиқариши кучайган.

Тухумдон аменореяси яна қуйидаги сабабалардан пайдо бўлади:

- вақтидан илгари тухумдон етишмовчилиги;
- тухумдонлар склерокистози; (20-расм)
- тухумдоннинг андроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари туфайли юзага келган аменорея;
- кастрация (бичиш)дан кейинги синдром.

Бачадон аменореяси:

- бачадон жарроҳлик йўли билан олиб ташланганда;
- сил туфайли юзага келган эндометрит;
- бачадон эндометрийига кимёвий воситларнинг таъсири туфайли юзага келган аменорея (йод, спирт, радиоактив кобальт).

Клиникаси: умумий ҳолсизлик, сержаҳллик, тез йиғлаб юбориш, хотиранинг пасайиши, юракда оғриқ, терлаш, бошнинг тез-тез оғриши ва бошқалар.

ДАВОЛАШ

Даволаш асосан этиологик, яъни шу касалликни юзага келтирган сабабларни бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Дам олишни тўғри йўлга қўйиш, рационал овқатланиш, вақтида дам олиш, ухлаш, жисмоний машқлар қилиш, иқлимни ўзгартириш айниқса мақсадга мувофиқдир. Бундан ташқари, ионогальванизация, седатив препаратлар, транквилизаторлар, дармондорилар: А, Е, С, В гуруҳидаги витаминлар тайинланади. Жинсий аъзоларнинг етишмовчилиги кузатилса, гормонал препаратлар. Шихан синдроми, Симмондс касаллигида ўрин босувчи воситалар: жинсий стероидлар, тиреоидин, глюкокортикоид, АКТГ буюрилади. Тухумдон аменореясида циклик гормонал терапиядан фойдаланилади. Сил туфайли юзага келган аменорея бўлса, специфик даволаш усуллари қўлланилади.

Буйрак усти безининг туғма гиперплазиясида (туғма адреногенитал синдром) пўстлоқ қисмидаги ферментлар етишмаслиги туфайли кортизол синтези бузилади.

Гипотиреоз (триоген нанизм) бўйнинг ўсмаслиги, ақлий жиҳатдан орқада қолиш, суякдаги ўзгаришлар, аменорея, жинсий ривожланишнинг кечикиши ва бошқалар.

Ановулятор қон кетиши

1. Қисқа муддатда фолликуллар ёрилмай қолиб, майда кистачаларга айланганда.
2. Фолликуллар узоқ муддат давомида ёрилмай, майда кистачаларга айланганда.

3. Етилмаган фолликулнинг атрезияси (ёрилмай қолиши) ёки кистачага айланиб қолиши.

Ановулятор дисфункционал қон кетиши, ҳайзнинг тўхтаб қолиши (7-8 ҳафтагача), бачадондан қон кетиши билан характерланади. Ҳайз тўхтаб қолгандан кейинги қон кетиши турли миқдорда, тезликда ва турли муддатларда давом этаверади. Дисфункционал қон кетиши жинсий ривожланиш даврида вужудга келиб, унда ҳам қон кетиб, қизларда ҳатто камқонлик касаллигини келтириб чиқаради. Ўсмирлик (ювенил) ёшдаги дисфункционал қон кетиши анча эрта бошланади. Шунга кўра, бачадондан дисфункционал қон кетиши юз берган қизларнинг ривожланиш даври соғлом қизлардан жисмоний, жинсий жиҳатдан анча фарқ қилади (бачадон ва тухумдон гипоплазияси кузатилиши мумкин).

Альгодисменорея - ҳайзнинг оғриқли ва цикли бузилиб келиши. Қорин пастида дардсимон оғриқлар кузатилади, бел соҳасида ҳам оғриқлар, умумий ҳолсизлик бўлади.

Альгоменорея бўлиши ҳам мумкин. Бирламчи (функционал) альгоменорея – ички аъзоларнинг анатомик ўзгаришлари билан боғлиқ эмас. Иккиламчи альгоменорея – кичик чанокдаги аъзоларнинг патологик ўзгаришлари билан боғлиқ. Иккиламчи альгоменорея сабаблари куйидагилар: эндометриоз, ички жинсий аъзолар аномалияси, сурункали яллиғланиш касалликлари ва бошқалар.

Бирламчи альгоменорея ёш аёлларда ва қизларда учрайди. Кўпинча менархе бошлангач 1-1,5 йилдан кейин учрайди.

ДАВОЛАШ: Ибубруфен, ТЕВА, нурафен, нимулид, бутадиион, вовенак-П, мелбек-форте, диклофенак-ратиофарм, индометацин таблеткаси ҳайз бошланишидан 2-3 кун олдин ичилади. Бу дорилар 3-4 ой давомида ичилади. Киндик соҳасига электрофорез қўлланилади. Синтетик прогестинлар, регивидон, микрогинон тавсия этилади. Витамин Е 5-10% - 1,0 №10, игна билан даволаш усули қўлланилади.

Ациклик қон кетиши кўпроқ менопауза ва репродуктив давларида ўчраб, асосан бачадон ракиннинг белгисидир.

Ҳайз цикли бузилганда қўлланиладиган текшириш усуллари:

1. Базал (тўғри ичак) ҳароратни ўлчаш.
2. Бачадон бўйни шиллигини циклик ўзгаришларини аниқлаш («папоротник» ва «кўз қорачиғи» белгилари).
3. Гормонал кольпоцитология.
4. Эндометрий биопсияси.

5. Эстрогенлар ва уларнинг метаболитларини текшириш.
6. Сийдикдаги прегнандионни текшириш ва гонадотроп гормонларни аниқлаш.
- 7.

Мавзу № 80: “Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.

Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

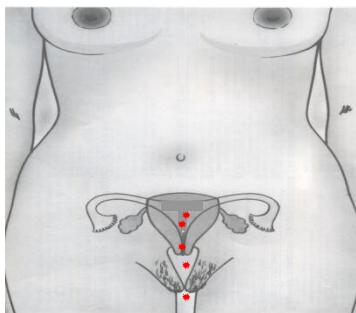
Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№80 мотивация. (Мавзу баёни) Аменорея. Этиология, клиникаси, хамширалик ташхиси, хамширалик жараёни ва хамширалик парвариш хусусиятлари.

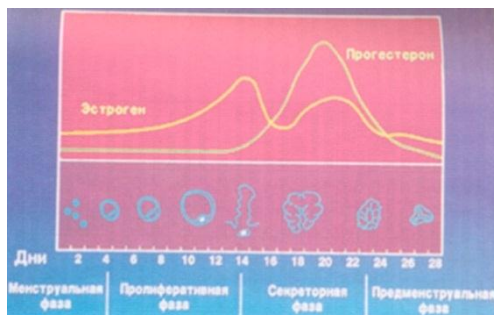
Аёллар етуклик (балогат) даври давомида ҳайз куради. Ҳайз вақтида 50- 100 мл қон юқолади, бу қон ишқор реатсияли бо`либ шилимшиқ модда қушилган, қуйкаси, узига хос хидли бо`либ деярли қуйилмайди. 60% аёлларда ҳайз ко`риш синкли 28 кунни, 10 –12% 30-35 кунни, 28% - 21 кунни ташқил этади.



Ҳайз ко`риш циклининг нормал кечишига релизинг факторларнинг гонадотроп ва тухумдон гормонларининг роли катта. Юқорида айтилганлардан бирортасини ишлаб чиқарилиши бузилса, ҳайз циклининг бузилишга ёки умуман ҳайз курмаслик ёки узок қон кетишларга олиб келади.

1960 йилда Печенко қуйидаги классификатсияни киритган:

- Аменорея (бирламчи ва иккиламчи).
- Дисменорея (бирламчи ва иккламчи)
- Ановулятор ҳайз ко`риш цикли
- а) гиперэстрогемия белгилари билан
- б) гипоестрогемия
- Морфологик анотомик узгаришлар бо`лган гинекологик қон кетишлар циклик қон кетишлар;
- ациклик қон кетишлар
- уткинчи қон кетишлар
- морфологик – анотомик узгаришларсиз гинекологик қон кетишлар (дисфункционал қон кетиш) циклик 2 фазали ва ановулятор цикли.
- Викор менструатсия.



АМЕНОРЕЯ

Ҳайзнинг – менструатсиянинг булмаслиги. Бу ҳолат доимо ҳам патологик ҳол эмас, чунки аёл умрининг айрим даврларида бу ҳолат физиологик бо`либ ҳисобланади. Аменореянинг қуйидаги турлари тафовуд килинади.

1. Бирламчи аменорея – аёлнинг яшаш даври давомида умуман ҳайз курмаслиги.
2. Иккиламчи аменорея - аввал 3 ойдан кам бо`лмаган ичида ҳайз курмаган.

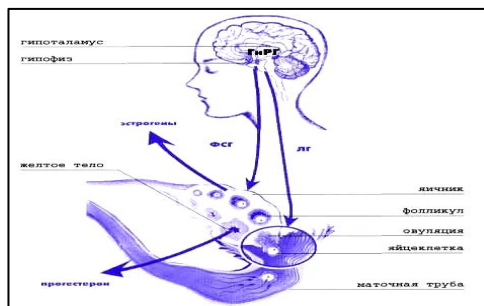
Чинакам аменорея – тухумдонда, бачадонда, гипоталамус – гипофизар системасида циклик узгаришлар булмаслиги.

Ёлгондакам – аменорея – регуляр ҳайз ко`ришининг, бачадонда, тухумдонда, циклик узгаришлар борлигига қарамай, булмаслиги. Бу жинсий

органлар ривожланишига аномалик нуксонлар бўлганда қиннинг атрезияси ёки бўлмаганда, бачадон ташқи тешигининг ушиб, ёпик бўлганда қизлик пардасининг умуман тешик бўлмаганда учрайди. Бундай аменорея хирургик юл билан даволанади.

Етиологик фактор бўйича чинакам аменорея физиологик ва патологик бўлиб бўлинади.

75 % кукрак сути билан бола эмирадиган аёлларда 5 ойдан – 2 йилгача давом этадиган лактацион аменорея кузатилади. Сут безлари ресепторлари таъсирланиши натижасида нерв импульслари гипофизга етиб бориб, ЛТГ ишлаб чиқаришини ко'пайтиради, бу уз навбатида сут безининг секретор вазифасини ошириб гипофизнинг гонадотроп вазифасини тухтатади. Натижасида аменорея ҳолати юзага келади. Айрим вақтда эмизикли аёлларда ановулятор цикл бўлиши кузатилади. Кексалик даврларда ташқи ва ички жинсий органлар атрофияга учрайди ва жинсий безлар ишлатилмаслиги туфайли гонадотроп гормонлар ажралиши ҳам тухтаб қолади. Бирламчи патологик аменорея ко'проқ бачадон ва тухумдон аплөзияси, умумий инфантилизм, чуқур ривожланмаган аёл организмларида учрайди. Огир кечган инфекцион касалликлар (туберкулёз; малярия) болаликда ното'ғ'ри овкатланиш, гипофизнинг гипер – ёки гипофунксияси инфантилизмга олиб келиш мумкин.



Буйрак усти бези, гипоталамус, гипофиз, калқонсимон без ва ички секретсия безлари вазифасининг бузилиши, хромосомали узгаришлар ҳам аменореяга олиб келади.

Иккиламчи аменореяга умумий ва локал факторлар сабаб бўлиши мумкин. Буларга морфий, симоб, калай билан сурункали захарланиш, уткир ё'қумли касалликлар, сурункали касалликлар аномалия, кам – кусты овкатланиш, ички секретсия безлари функциясининг бузилиш, айникса яллигланиш. О'смалар, патологик туг'руқдан кейинги давр туфайли гипофиз функциясининг пасайиши кучаяди.

Органларнинг касалланишига караб марказий ва периферик генезли аменорея ажратилади. Марказий генезли аменореяга гипоталамус – гипофиз ва бош мия по`стлог`ининг функцияларининг бузилиши туфайли вужудга келади.

Гипоталамус зарарланиши натижасида аменорея болаликда ҳамда балогатга етиш даврида учраши мумкин. Охирги холда бирламчи аменорея генези ва гипогонадизм ва семизлик билан бирга кечади.

КИАРИ - ФРОММЕЛИ СИНДРОМИ.

Бу синдром персистенцияли галакторея, аменорея ва жинсий органлар гипотрофиясини ошиб бориши билан характерланади. Этиология ва патогенези ҳозиргача аниқланмаган. Касаллик негизида гипоталамуснинг пролактин тухтатувчи релизинг – фактор (АКТ-ЛГ) биосинтезини бошқарувчи марказнинг зараланиши натижасида ЛТГ нинг узок вақт давомида ажралиб туриши ФСГ ишлаб чиқаришнинг камайтиради. Бу эса тухумдоннинг эстроген секретациясини камайтириб аменореяга сабаб бо`лади. Таъхис қуйиш кийин эмас. Гормонал текширилган, 17 – кетостероидлар, экскрецияси нормада бо`либ ФСГ ва эстроген гормонларининг экскрецияси камайганлигини курсатади. Касаллик о`сма сабабли булса, жаррохлик ё`ли билан ёки ренген нур орқали даволанади. Колган ҳолларда давои лактатсия гормонлар ёрдамида тухтатишга қаратилади. ФСГ –гонадотропин 60 ЕД дан 10 – 20 кун, эндоназал электрофорез 30 кун давомида, гипофиз олдинги бо`лими гипофункцияси гипофизар нанизм шаклида намоён бо`либ, о`смай қолиши билан характерланади. Гипофизар нанизм давоси билан эндокринолог шугулланади. Даво 1 – навбатда бо`йнинг ўсишига қаратилган бо`лиши керак.

ШИХАН СИНДРОМИ.

Бу синдром жуда ко`п қон кетиш билан асоратланган, туг`руқ ва абортдан кейин ривожланади. Касалликнинг сабаби гипофизнинг қон томирлари тромбози, спазм, эмболияси ва некрози ҳосилдир. Бизнинг 2/3 қисми некрозга учраса, Шихан синдроми келиб чиқади. Гипофиз қисмининг қайси қисми некрозга учраганига караб касаллик белгилари аниқ ёки қуримсиз бо`лиши мумкин. Касалликнинг 1–белгиларидан бири лактатсиянинг булмаслиги ёки тез ё`қолиши, аменорея.



Холсизлик ошиб бориши, аденомия тана вазнининг камайиб бориши кузатилади. 1 ойдан со`нг жинсий органлар гипотрофияга учраб, қов ва култик ости чуқурчасидаги соч туқилади. Айрим ҳолларда бошдаги соч ҳам туқилиши мумкин. ЛГ ва ФСГ секресияси камайиб кетади. Касалликнинг кечки даврида гипофизар гормонлар таъсири остида барча секресия безларининг иши бузилади. Давони касаллик бошланишидан бошлаш керак. Кам кустсиз етарли даражада овқат билан бирга гормонотерапия олиб бориш керак. Жинсий безларнинг функциясини тиклаш учун эстероген ва гестогенлар билан о`тказиладиган циклик терапиядан фойдаланиш керак. Буйрак усти беzi етишмовчилигига (кортизон 12, 5 – 20 мг ҳар куни 20 кун давомида), гипотериозда кортизон билан бирга тироидин 0,015 гр 2 марта кунига аста – секинлик билан дозасини 0: 05 – 2, 0 гача ошириб бориш мумкин. Гипофизнинг олдинги булагии гормонларни етишмовчилигида кортикостериод гормонлар (кортизон 12, 5 – 20 мг ҳар куни 20 кун давомида, гипофизда кортизон билан бирга ишлатиладиган тиреоидин 0,015 гр 2 марта ҳар куни аста секинлик билан миқдорини 0,05 – 2 марта маҳал марта ко`пайтириш керак). Гипофизнинг олдинги булагии гормонлари ко`п ишлаб чиқариш сабабли келиб чиккан аменорея акромегалия ва гигантизм учрайди. Бунда СТГ ко`п ишлаб чиқарилади. Бу касалликлар гипофиз олдинги булагии о`смаларида, яллигланиш травмада учрайди. Бу ҳолларда аменорея усиши гормони ва гонодотроп гормонлар о`ртасида антогонизм борлиги билан боғланади. Шунингдек, ФСГ ишлаб чиқаришнинг камайиши кузатилади. Лаборатор текширувлар 17 кетостероид гормонларнинг камайганлигини, узок вақт касалланган аёлларнинг қин суртмасида базал хужайраларнинг ко`п бо`лиши аниқланади.

Даво эндокринология касалхонасида о`тказилади. Гормонал даводан эстероген препаратлар 20-30 мг суткасига 5-6 марта ҳафта давомида килинади. Бу эса усишни тухтади. 8-10 кун давомида 5-7 кун оралиқ билан о`тказиладиган кватера усули ко`проқ рационал ҳисобланади. Исенго – Кушенго касаллигида (АКТГ – гиперпродукцияси) гипоталамо – гипофизар областнинг зарарланиши гиперкортисизмга олиб келади ва аменорея кузатилади. Ко`проқ 20-40 ёшда патологик туг`руқдан кейин учрайди. Семизлик бо`либ ко`проқ юз ва тана соҳасида кузатилади, бош оғриги гипертония бо`лиши мумкин. Лаборатор текширувлар 17 – кетостериод ва эстерогенларнинг нормал курсаткичларини аниқлайди.

АКТГ ёки дексаметазон кортизон билан о`тказилган проба мусбат чиқади.

Давоси: эндокринология касалхонасида о`тказилиб гипоталамус – гипофизар зонани ренген нур килинади. Гормонал дорилардан синтетик прогестинлардан 1 таблеткадан 21 кун 7 кунли оралик билан 3-4 ой давомида гормонал аменореяни, семизликни камайтирадиган пархез билан кушиб олиб бориш керак. Перефирик генезда аменореяда тухумдон аменореяси киради.

ТУХУМДОН АМЕНОРЕЯСИ.

Гипоталамус ва гипофиз фаолияти сакланишига карамай тухумдоннинг гормонал фаолияти бузилса, ҳам аменорея бо`лади. Агар тухумдонда тугма нуксонлар булса ёки балогатга етгo`нга қадар бошланса, бирламчи аменорея юзага келади, каттарок ёшда булса иккиламчи аменорея юзага келади. Аёл соматик хужайраларида 2 та жинсий XX хромасомаси бо`либ, эркакларда эса 4 хромосома бо`лади. Бу хромасомалардан бири булмаса (ХО) ёки ортикча булса (XXX) ҳамда мозасизимда жинсий ривожланиш бузилади. Огиз бушлиги шиллик қавати суртмасида Х хроматин таналарини санаб билиш мумкин. Хромасома сони хроматин сонига нисбатан 1 га ко`п бо`лади.

Жинсий безлар дисгенезиясида Шерешевский – Тернер синдроми тоза ёки аралаш турда бо`лиши мумкин. Касаллик белгилари бола тугилгандан аниқланиб, паст буйли, бочкасимон курак кафаси, калта ва кенг бо`йин, птоз, юқори танглайнинг баланд бо`лиши, куракларнинг пастда жойлашуви кузатилади.

Жинсий инфантилизм яхши намоён бо`лган иккиламчи жинсий белгилар ва сут безлари ё`қ, қин ва бачадон ривожланмаган, лаборатор текширувларда жинсий хроматин ё`қлиги, эстроген экскресияси жуда кам бо`лиши қин суртмасида атрофия белгилари бо`либ базал хужайраларнинг ко`п бо`лиши сийдикда гонадотропин гормонлари экскресияси баланд эканлиги аниқланади.

Давоси: жуда кийин бо`либ, касалнинг ёши ва касаллик туридан бог`лиқ.

Балогатга етгунча даво бошланса, бо`йнинг усишига этибор бериш керак ёши катталарда иккиламчи жинсий органларнинг ривожланиши учун эстроген гормонлар (микрофоллин 0,05 мг 20 кун 10 кунлик оралик билан, даволаш курси 6-8 ой) менструатсиядан кейин қон кетиши кузатилса, кватера бо`йича касаллик даволанади.

Дисгормонал тухумдон аменореяси (генетик нуксонлар билан бог`лиқ эмас) тухумдон то`қимасининг болаликда ва хатто она корнида шикастланиш туфайли бо`лади. Ҳомиладорнинг сурункали захарланиши, болаликда

ё`қумли касалликлар. Бу касалларда бачадон гипопластик, қин тор, катта ва кичик уятли лаблар ривожланмаган бо`лади.

Лаборатор текширувлар эстрогенларнинг кам бо`либ гонадотропин гормонларнинг ко`п бо`лиши аниқлайди. Бу хол эстрогенларнинг гипофизга тормозловчи таъсири бо`лганлиги сабаблидир. Гормонал пробалардан ФСГ, пробаст манфий, эстрогенлар билан проба мусбат. Агар тухумдон шикастланиши, сурункали касалликлар ва захарланиш, склерокистоз узгаришлар, о`смалар натижасида бо`либ балогатга етгандан кейин келиб чикса иккламчи аменорея бо`лади. Ҳайз ко`риш функцияси аста – секинлик билан юқолади. Бу касалларда иккинчи жинсий белгилари юқори ривожланган ташқи жинсий органлар нормада ёки гипотрофияси кузатилади. Агар тухумдон гипофункцияси узок вақт давом этса, ташқи жинсий органлар ва сут безлари гипоплазияси кузатилади. Огир холларда бачадон атрофиясиги учраб бош айланиш, калтираш, юрак уриши тезлашуви, кузатилади.

Болаликда ривожланган гипогормонал аменореяни балогатга етгунча даволаш керак. Жинсий органлар сут ва сут безларининг ривожланиши учун эстрогенлар берилади: кунига 10000 ЕД фолликулин ёки эстрадиол 20 кун давомида 10 кун оралиқ билан 3-4 сикл. Бачадон ва сут безлари катталашгач, Кватера бо`йича даволанилади, 2-3 ой, 3-4 ойли оралиқ билан.

Агар касаллик балогатга етгандан кейин ривожланса эстрогенлар билан даволанмасдан, Кватера бо`йича даволаш о`тказиш мумкин.

Гипергормонал тухумдон аменореяси кам учрайди ва фолликулиннинг узок вақт давом этган персистенцияси туфайли бо`лади. Бу холда эндометрий десквamatсияси булмайдиган лаборатор текширишлар эстрогенлар миқдори ошганлигини аниқлайди. «Корачик» белгиси (+++) ва «Папортник» белгиси мусбат, қиндаги суртмада юқори қават хужайралари ко`п КДИ ва эозинофил курсатгичлари юқори. Аменореянинг бу турида прогестерон 5- 10 мгдан 3-5 кун давомида берилади.

БАЧАДОН АМЕНОРЕЯСИ.

Аменорея бу 16-45 ёшли аёлларда олти ой мобайнида менструациянинг бўлмаслигига айтилади. Аменорея бирламчи ва иккламчи бўлади.

Бирламчи аменорея – бу аёлнинг умуман ҳайз кўрмаганда бўлади. Аменорея репродуктив системанинг қайси қисми зарарланишига қараб серебрял гипоталамик, гипофизар, буйрак усти беzi, тухумдон, бачадонига бўлинади.

Сиклик узгаришлар.

1). Қон миқдорининг узгариши.

б) гиперменорея – ко`п миқдорда қон ажралиши.

- в) гипоменорея – кам қон ажралиши.
 - 2). Ҳайз давомийлигининг бузилиш.
 - а) полименорея – узок давом этадиган
 - б) олименорея – киска давом этадиган
 - 3). Ҳайз ритмининг бузилиши.
 - а) протоменорея – тез – тез ҳайз ко`риши.
 - б) опсоменорея – кам ҳайз ко`риш.
- ИИИ. Ановулятор бачадон қон кетишлари.
ИВ. Алгоменорея.

Аменореянинг келиб чиқиши бо`йича:

Чин аменорея

- а) физиологик аменорея
- б) патологик аменорея

Сохта аменорея.

Вактли бо`йича:

Бирламчи аменорея

Иккиламчи аменорея

- а) нейропсихоген факторлар.
- б) ички жинсий безлар функциясининг бузилиши.
- в) инфекцион касалликлар.
- г) гинекологик касалликлар.
- д) нурланишлар.

Бирламчи аменореянинг клиник формалари:

1. Жинсий ривожланиш белгилари бўлмаслиги
2. Жинсий балогатга етишнинг тўхташи
3. Вирелизатсия симптоми
4. Нормал аёл фенотибли аменорея

Тетстикуляр феминизатсия синдроми

Нормал аёл фенотибли аменорея формасига киради. Беморлар кареотипи 46хУ.

Клиникаси: Беморлар фенотиби худди аёллардек, кўкрак безлари нормал ривожланган. Ташқи жинсий аъзолар аёл типи бўйича лекин қин охири берк бўлиб тугайди. Доим калта гонадлар 3/1 қисм беморларда қорин бўшлигида 3/1 қисмда чов каналида кўпинча уларда чов чурраси учрайди. Чунки улар ўзида уругдонни саклайди. Колган 3/1 қисм беморларда уругдонлар катта жинсий лаблар ичида жойлашган.

Диагностикада УЗИ лапароскопия катта рол ўйнайди.

Даволаш оператив тестикула олиб ташланади. Оператсия ўсиш ва иккиламчи жинсий белгилар ривожланиши тугагандан кейин 16-18 ёшдан қилинади. Кейинчалик сиклик гормонотерапия ўтказилади. Иккиламчи аменорея классификацияси:

И. Психоген аминорея

ИИ. Гипоталамик форма 1. Тана вазнини йўқотиш ҳисобидаги аменорея

ИИИ. Гипоталамо-гипофизар тури.

1. Гиперпролактинемия

а) функционал

б) органик

2. Гипогонадотроп аменорея

3. Туг`руқдан кейинги гипопитуитаризм (Шияна синдроми)

ИВ. Бўйрак усти формаси

1. Постпубертат адреногенитал синдром

2. Вирилизирловчи бўйрак усти бези ўсмаси

В. Тухумдон формаси

1. Тухумдон чарчаш синдроми

2. Тухумдон рефлактор синдроми

3. Тухумдон вирлизатсия ўсмалари

ВИ. Бачадон формаси

1. Бачадон ичи синехиялари (Ашерман синдроми)

2. Специфик эндометрит

Гиперпролактинемия – гипофизнинг олдинги қисмида пролактин ҳосил бўлишининг ошиши ва қондаги миқдорнинг ошишига айтилади.

Физиологик ва патологик турлари мавжуд.

Физиологик гиперпролактинемия ҳомиладорлик, лактация вақтида бўлади.

Патологик гиперпролактинемия гипоталамус – гипофиз системасида анатомик ёки функционал бузилишлар туфайли юзага келади.

Функционал гиперпролактинемиянинг асосий сабаблари:

1. Гипоталамусдаги дафаминергик структура дисфункцияси ва дофамин ҳосил бўлишнинг камайиши, пролактин ҳосил бўлишнинг асосий ингибиторидир.

2. Гипотиреоз

3. Узок вақт давомида дори препаратлар қабул қилиш.

Клиникаси галактория ановуляция лютеин фаза етишмовчилиги нерегуляр менструал цикл аменорея бепуштлиқ бўлиши.

Гипотериоздан кейин ривожланган гиперпролактинемияда сенездик, тез чарчаш, психик реакциянинг секинлашуви, кабият, уйкучанлик, тери қо`риши, тирнок синувчан бўлиб қолади.

Органик гиперпролактинемия гипотизнинг пролактин синтез килувчи ўсмалари – пролактинома туфайли юзага келади. Клиникаси аменорея, лактоция, бепуштлиқ, кўришнинг пасайиши.

Диагностика рентгенография, қондаги пролактин миқдори ошишини диагноз қўйишни осонлаштиради. Нормада пролактин 3000 м ЕД/л, гиперпролактинемияда 3000-4000 м ЕД/л. Даволаш ўсмалар бўлса, хирургик ва нур билан даволаш. Функционал гиперпролактинемияда парлодел (бромкриптен) кломифен хориогеник гонадотропин буюрилади. Гипотериозда тиреоид гормонлар триедтеранин, териодин, тухумдонни чарчаш синдроми. Патологик симптомлар комплекси бўлиб, 38 ёшгача бўлган аёлларда учраб вақтидан олдин климакс менопауза кам дейилади.

Клиникаси ҳайзнинг тўхташи кўп қон келиши, терлаш, тахикардия, иш қобилятининг пасайиши тез чарчаш уйқунинг бузилиши. Диагностика, гинекологик текширув, УЗИда бачадон ва тухумдон ўлчамининг кичрайганлиги аниқланади. Лапароскопик текширганда типик пастменопаузал “Бурмали” кўринишга эга бўлади.

Гистологик текширганда фоллекуляр тўқимани аниқлаб бўлмайди. қонда ЛТ ва ФСГ 5-10 баробар ошган, эстрогенлар пасайган. Даволаш циклик гормонотерапия.

Тухумдон резистентлиги синдроми

Аменорея, бепуштлиқ билан касалланган 35 ёшгача бўлган аёлларда учраб эстроген ва экзоген гонадотропинлар таъсирига рефрактерлиги билан характерланади. Клиникаси аменорея, қонда эстродиол миқдори норманинг пастки чегарасида гонадотропинлар ошган, кўкрак безлари, ташқи ва ички жинсий аъзолар гипоплазияга учрамаган. Даволаш цикли гормонотерапия мақсад: тухумдон гормонларини ошириш, эстроген, гестоген терапия.

АЛГОДИСМЕНОРЕЯ

Дисменорея бу ҳайз кўришнинг бузилиши. Ҳайз кўриш бузилишини жуда кўп учрайдиган тури бўлиб, ҳар хил шаклда намоён бўлади.

Огрик ҳайз кўришгача бошланиб, то 1 – кунигача бўлиб, огрик утмас, чузилувчан, жуда каттик тутканокли даражада сезилади. Кўпинча кўнгил айниш, қусиш, сулак оқиш, кўп терловчи, бош огриги кузатилади

Бу огрикли менструатсия 2 хил бўлади:

- а) бирламчи
- б) иккиламчи

Бирламчи алгодисменорея менархедан бир ярим йил кейин яъни овулятор цикл изга тушганидан кейин юзага келади. Иккиламчи алгодисменорея гинекологик касалликлар натижасида юзага келган бўлса,

бирламчи алгодисменорея клиникаси: оғ'риқ, менструатсиядан бир неча соат олдин бошланиб, хуружсимон характерга эга бўлиб, қориннинг пастки қисми локализатсияланади. Кўпинча астеник галда тузилишига эга бўлган қизлар касалланади. Бош оғ'риқи, қусиш, калтираш кузатилади.

Даволаш: простогландинлар синтезини тормозловчи препаратлар, Капросия, метиндол, бруфин, аспирин. Новокаин билан куёш чигали соҳасига электрофорез қилиш мумкин. Иккиламчи алгодисменорея.

Сабаблари: эндометриоз яллигланиш касалликлари, ривожланиш аномалиялари, миома, бачадон ичи спирали.

Давоси: этиотроп яъни, сабабларга қараб даволанади.

Бундай ҳолатнинг 1/3 қисмида кузатувчиларнинг таъкидлашларича, гипоталамус – гипофиз – тухумдон системасининг фаолияти узгармаган бў'лади. Яллигланиш, оғир шикастли туг'руқ ва абортлар, бачадон ичига ёд киритилишидан эндометрий биринчи шикастланади. Агар эндометрий шикастланиш балогатга етмаган бўлса бирламчи, кейин ривожланса, иккиламчи аменорея бў'лади. Бачадон аменореяси тухумдон уз вазифасини бажаришга қарамай ҳайз бўлмаслиги билан характерланади. Бундай касалларда жинсий ва соматик органлари ривожланиши нуксонлари бўлмайди. Клиник – лаборатор текширишлар сиклнинг 2 – фазали эканини эстрогенлар ва прегниандиол экскресияси қондасига мувофиқ узгариб, базал ҳарарат 2- фазали эканини тасдиқлайди. Бачадон аменореяси гипоталамус – гипофиз – тухумдон системаси вазифаси саклашга ҳам, касалликнинг эндометрий зарарланганлиги туфайли узок давом этиш тухумдон ва гипофизнинг иккиламчи етишмовчилигига сабаб бў'лади. Касалликни аниқлашда бачадон шиллик қавати қириндисини текшириш керак. Шундагина бачадон ҳолати ҳақида спес. ё'қумли касаллик – сил, бор ё'қлиги ҳақида уйлаш керак. Ҳамма ҳолларда тулик ривожланмаган шиллик қават кириб олинади. Бачадон ичида синехиялар бўлса эстроген гормонлардан жойида таблетка ёрдамида даволанади.

Бирламчи ва иккиламчи алгоменорея тафовут қилинади. Бирламчи алгоменореяда жинсий органларда органиқ узгаришлар бўлмайди, қо'проқ тугмаган аёлларда учрайди.

Иккиламчи алгоменореянинг сабаби патологик гинекологик касалликлардир. (ендометриоз, о'смалар, склерокистоз).

Етиологияси: нерв системасининг функционал бузилиши. Қо'проқ лабил, гипертония, нерв системаси аёлларда кузатилиш сабаби уларда оғ'риққа сезувчанлик даражаси паст бў'лади.

Қоннинг бачадон бушлигидан чиқишига қаришалиқ бўлса (бачадон бў'йни тор бўлса, ички бушлигида қандикли торайиш бўлса).

Алгоменорея яллигланиш, о`смалар, эндометриоз, жинсий органларнинг жойлишиши аномалиясида кузатилади.

Миометрейнинг функционал кismi менструатсия вақтида ажралмай қолиб перепонка шаклида бо`либ, ферментив узгаришга учрамайди. Бундай қаватнинг каттик оғ`рик билан бо`лади.

Давоси: оғ`рикни камайитишга қаратилган бо`лиши керак. Иккиламчи алгоменореяда асосий касалликни даволаш зарур.

Бирламчи аменореяда асосий марказий нерв системасининг функциясининг барқарорлаштириш, то`ғ`ри ҳаёт тарзини олиб бориш, яхши овқатланиш, керак. Инфантилизм бўлса умумий ахволини яхшиловчи лой билан даволаш. Вагино - абдоминал диаметрия, кичик дозада эстерогенлар сиклнинг 1-фазасида. Хозирги кунда спазмолитиклар: нош-па, атропин, лидокаин, лиден, транквилизаторлар, триоксазин, андаксин тавсия қилинмоқда. Бундай патологияда гиперфолликулинемулланганлиги сабабли сарик танагача гормонлари (прогестерон 5 мгдан ҳар куни 5-7 кун ҳайз қургунча берилади, агар бачадон гипопластик бўлса фолликулин умумий дозаси 10° - 200 млн. ЕД қилинади. Перорал 1 мгдан менструатсиянинг 1 ярмида диетилсинилбастрол қилинади. Эстерогенлар гипофизнинг гонадотроп функциясини тухтатиб ановулятор оғ`риксиз қон кетишга сабаб бо`лади.

ПРЕДМЕНСТРУАЛ СИНДРОМ.

Гипоменструал синдром кам миқдорда (гипоменорея) ва қисқа вақт мобайнида (опсигоменорея) онда – сонда (опсоменорея) ҳайз қо`риш.

Етиологияси: Тухумдонлар гипофункцияси.

Давоси: Кватер усулида даво.

Меноррагия қо`п миқдорда (гиперменорея), узок вақт давомида (полименорея) қон кетишга айтилади.

Етиологияси:

1. Нерв системасидаги бузилишлар натижасида келиб чиқадиган тухумдон гипофункцияси.
2. Кичик чанокда қон димланиши.
3. Гинекологик касалликлар (миома, яллигланиш касаллиги).

Ановулятор (бир фазали) қон кетишлар – овулятсия содир бўлмайди ва сарик тана ҳосил бўлмайди.

Етиологияси: 1. Фолекулла персистенцияси.

2. Фолекулла атрезияси.

Даволаш: 1. Ёшларда уринбосар гормонал даво.

2. Климактерик ёшда бачадон ичини тозалаш.

Айрим аёлларда нормал (овулятор ҳайз ко`риш циклида) ҳайз ко`ришдан олдин куйидаги узгаришлар кузатилади: узини ёмон хис қилиш, гипертония, холсизлик, сут безларининг менструатсиядан кейин юқолади. Предменструал синдромни сарик тана функцияси камайиши, антидиуретик гормоннинг ко`п ишлаб чиқариши, нерв системасининг лабиллиги билан боғланади.

Давоси: умумий ахволини яхшиловчи муолажалар: (физкултура, спорт, сув муолажалари, седатив дорилар) берилади. Прогестерон 5-10 мгдан 6-8 кун хар куни сиклнинг ИИ ярмида, сийдик хайдовчи дорилар тавсия килинади.

СИКЛИК БУЗИЛИШЛАР.

Гипоменструал синдром тухумдон гипофункцияси, кучсиз, калта, кам бо`лганлиги сабабли (хар 6-8 хафтада) менструатсияга сабаб бо`лади.

Жинсий гормонларнинг етишмовчилиги бачадон қон айланишининг етишмовчилигига олиб келади ва эндометрийда бо`ладиган сиклик узгаришларнинг тулик булмаслигига сабабчидир.

Гипоментруатсия суст, кучсиз, калта – олигоменорея, кеч ва жуда кам – опсоменорея деб аталади.

Тухумдон фаолиятини камайтирувчи хамма шарт – шароитлар гипоменструатсия синдроми учун замин бо`лади.

Етиологияси: инфантилизм, ривожланиш нуксони, уткир ва сурункали ё`қумли касалликлар, захарланиш, ички безлар фаолиятининг узгариши. Айрим вақтларда балогатга етиш ва климактерик даврда учраши мумкин.

Гипоменструал синдром - бирламчи – ҳайз ко`риш бошланиш билан булса, иккиламчи - аввал нормал холда бо`либ кейинчалик камайиб, кискариб сустлашса турларга булинади.

I-ГС – инфантилизмда учраса.

II- ГС – эндоген органлар касалликларида, ё`қумли ва сурункали касалликларда учрайди.

Давоси: агар бепуштлиқ, ог`рикли менструатсия булмаса, умумий яхшиловчи муолажа – (расионал овқатланиш, енгил меҳнат ва дам олиш).

ИИ – ГС да асосий сабаб бо`лган касалликни даволаш керак. Агар яхши натижа булмаса, Шербак бо`йича воротник, диатермия, лой билан даволаш, кичик чанок органларида қон айланишини кучайтирувчи муолажалардан қилиш керак. Менструал сикли фазасига қараб, кичик дозада жинсий гормонлар 1000-5000 ЕД дан эстероген (10-12 кун давомида ИИ – фазасида прогестерон 5-10 мгдан 6-8 кун давомида) берилади. Агар ГС сабаби сил булса гормонал даво қилишдан олдин махсус даво килинади.

МЕНОПРАГИЯ.

Ҳайз қурилганда қон кетишнинг тугаши бачадон мускуллари кискариб, қон томирлари тешигининг ёпилиши ҳамда жароҳат юзасининг эпителизация сабаблидир.

Демак бачадон кискаришини ва регенерациясини ходисаларини тузувчи ҳамма шарт – шароитлар қон кетишнинг қопайиб менструациянинг чузилишига олиб келади.

Меноррагия сабаблари турлича:

1. Нерв системаси менструация фаолияти, кам – кустидан овқатланиш, инфантилизм модда алмашинувининг бузилиши, тухумдон гипофункциясини чакиради.
2. Ёшга бог'лиқ бог'ланган тухумдон гипофункцияси сабабли бог'ланган меноррагия, балогатга етгунча ва климактерик даврида.
3. Кичик чанок органлари қон томирларида қон айланиши бузилиши, қон касалликларида, қон қуйилиш системасининг бузилишларида, С – гипо витаминозда, инфекциясида, захарланишда.
4. Гинекологик касалликларда: бачадон миомасида, бачадон яллигланишда эндометриозда.
5. Бачадон жойлашувининг аномалияларида, қоп тугиш сабабли бачадон тонуси сустлиги.

Даво: аввало меноррагия сабаб бог'ланган касалликни бартараф этиш.

Бунда яллигланишга қарши, ёқумли, юрак – қон – томирлари касалликларига қарши даво тавсия қилинади. Агар меноррагия миома сабабли бўлса ва жуда қоп қон ёқотилса жарроҳлик ёли билан даволанади. Тухумдон гипофункцияси ва инфантилизмида эса жинсий гормонлар куллаш мумкин. Гормонотерапия бошлашдан олдин меноррагиянинг бошқа сабабли – о'сма, яллигланиш ва бошқа сабабларини эътироф қилиш керак. Симптоматик терапия, қон қуйиш, темир моддалари дорилар, қон кетишни тухтатиш ва утеротоник таъсир қилувчи (ерготан 1 мг 2-3 маҳал стиптиқин 1 таб. 3 маҳал, сувли қалампир экстракти 30 –40 томчидан бериб) борилади. Жуда қаттиқ оғ'риқда гипототсин, питуитрин инъекцияси қилинади.

Мавзу № 82: “Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм

	3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулоти)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гормонал гемостаз тўғрисида тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гормонал гемостаз тўғрисида тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)

Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни	Амалий кўникмаларни

40 дақиқа	бажариш	бажарадилар
20 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№82 мотивация. (Мавзу баёни) Гормонал гемостаз тўғрисида тушунча.

Гормонал гемостаз – ёш қизларда ва туг'иш ёшидаги аёлларда қон кетишини тўхтатиш мақсадида қўлланилади (кўпинча бачадонни диагностик қириш усулидан кейин).

1. Естрогенларни қўллаш. Қон тўхтатиш мақсадида фолликуляр гормон ишлатилиб у бачадон шиллиқ қавати регенерациясини тезлаштиради. Гипофизда ФСГнинг ортиқча ишлаб чиқаришини камайтириб, ФСГ ва ЛГларнинг ўзаро муносабатини нормаллаштиради. Эстрогенлар 3-4 кун давомида нисбатан катта дозада берилади. Фолликулин 10000 тб ҳар бир соатда 4-6 марта қон тўхтагунча юборилади (умумий доза 60000 тб). Одатда 6 соат ичида қон оқиши тўхтайди. Схема бўйича: кейинги ҳар бир кунда 10000тб камайтирилади (масалан , 2 - кунда 5 марта Х 10000тб м/и, 3 кун – Н4 , 4 кун – Н3, 5 кун – Н2, 6 кундан то 15 ко`нгача Н1, кейин 16 – 25 кунларда прогестерон 2,5% - 10 мл кунора Н5 м/и юборилади.
2. Етинилестрадиол 0,05 мг дан суткасига 3-4 марта кейинги кун 2-3 марта камайтирилиб, қон тўхтагач 2 - кундан бошлаб 6-8 кун прогестерон 15мг юборилади ёки норколут, дюфастон 1 таблетка 1 маҳал берилади.
3. Естрогенлар ва прогестерон биргаликда синтетик прогестинлар кўринишида қўлланилди (Триквилар, микрогинон, нон- авлон ва бошқалар). 10 кун давомида қўлланилади. 1кун 1 таблеткадан ҳар бир соат давомида кунига 5-6 таблеткагача қон тўхтагунча. 2-и кундан 1 таблеткадан камайтирилиб то суткада 1 таблеткагача камайтирилади. 1 таблеткадан 21 – 28 ко`нгача ичилади. Асосий мақсад гипофизнинг гонадотроп фаолиятини тўхтатишдир.

Ювенил қон кетишида хорионик гонадотропин 4 ҳайз стикли давомида 1 ой 1500 тб дан мушак орасига , 12 дан 15 ко`нгача, 2 ой 1000тбдан , 3- ой

500тб дан мушак орасига юборилади. Синтетик прогестинлар 1таблеткадан ҳайзнинг 5 - кундан 25 - кунигача 3 ой мобайнида берилади.

СИКЛИК ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯ фолликуллар атрезияси кузатилганда ва эстрогенлар этишмовчилигида ҳамма ёшдаги аёлларда қўлланилади.

эстрогенлар 10000 тб дан мушак орасига (ёки микрофоллин тил тагига) ҳайз стиклининг 6-8, 10-12 - кунлари юборилади, 14-16-18 -кунлари эстроген прогестерон билан биргаликда 10 мг юборилади. 20 - кундан бошлаб прогестерон 10 мг дан 6-8 кун юборилади. Бундай даволаш 3-4 ҳайз стикли давомида олиб борилади.

Мавзу № 83: “Гипоменструал синдром.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гипоменструал синдром билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гипоменструал синдром.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Гипоменструал синдром хусусиятлари ва ҳамширалик жараёни
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий

	ўйин, органиайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотивнинг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулотив режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотивнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар,

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	 3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№83 мотивация. (Мавзу баёни) Гипоменструал синдром.

Гипоменструал синдром - физиологик нормага нисбатан ҳайз кўриш қисқариши, давомийлиги ёки қон йўқотишининг камайиши билан ифодаланадиган ҳайзли касаллик. Гипоменструал синдромнинг бевосита намоён бўлиши ҳаддан ташқари кам, кам ёки кам учрайдиган даврлардир. Беморларни текшириш умумий ва гинекологик текширувларни, функционал диагностика тестларини, инструментал (ултратовуш, ҳистероскопия, РДФ) ва лаборатория синовларини (смеарни таҳлил қилиш, гормонлар даражасини аниқлаш) ўз ичига олади. Гипоменструал синдромни даволаш - аниқланган касалликларни тузатиш, гормон терапияси, физиотерапия, витамин терапияси ва бошқалар.

- Гипоменструал синдромнинг сабаблари

- Гипоменструал синдромнинг белгилари
- Гипоменстрўел синдром диагностикаси
- Гипоменструал синдромни даволаш

Даволаш учун нархлар

Умумий маълумот

Гипоменструал синдром ҳайз кўриш давомийлиги, частотаси ва интенсивлигининг пасайиши билан тавсифланадиган ҳайз кўриш функсиясининг турли хил касалликларини бирлаштиради. Бу ҳайз кўриш тартибсизликларига ишора қилади, аммо балоғатга этишган ва пременопауза давларида, тухумдонлар фаолиятидаги физиологик ўзгаришлар туфайли, бу одатий вариант бўлиши мумкин. Пременопаузал аёлларда гипоменстрўел синдром одатда аменоре касаллигидан олдин бўлади. Бола туғиш ёшидаги аёлларда гипоменстрўел синдром кўпинча бепуштлиқ билан бирга келади, бу эса уни гинекология ва репродуктив тиббиётнинг энг долзарб муаммолари қаторига киритади.

Вужудга келиш вақтига кўра, гипоменстрўел синдром бирламчи ва иккиламчи бўлинади. Бирламчи шаклда, ҳайз кўришнинг бошланишидан бошлаб, қисқа, кам ёки энгил давлар содир бўлади. Иккиламчи гипоменстрўел синдром патологик жараёнлар таъсири остида нормал давомийлик, ритм ва интенсивликдаги ҳайз кўриш давидан кейин юзага келади.

Гипоменструал синдромнинг намоён бўлиш вариантлари қуйидагича фарқ қилиши мумкин.

опсменорея - 5-8 ҳафтадан кейин такрорланадиган нодир давлар;
спанименорея - йилига 2-4 марта содир бўладиган жуда кам учрайдиган ҳолатлар);

- давомийлиги (олигоменорея - ҳайзли қон кетиши 2 кундан кам давом этади)
- интенсивлик (гипоменорея - қон йўқотиш 40 мл дан кам бўлган энгил давлар).

Моноформда Гипоменструал синдром кам учрайди, аксарият ҳолларда бу бузилишлар бирлаштирилади: масалан, гипоменорея опсменорея ёки олигоменорея билан бирга бўлиши мумкин.

Гипоменструал синдромнинг сабаблари

Бирламчи гипоменструал синдром ҳайз тсиклини (гипофиз, тухумдон, буйрак усти безлари) тартибга солувчи эндокрин безлар функциясининг пасайиши туфайли юзага келади. Бундай беморларда умумий ва генитал инфантилизм, жинсий аъзоларнинг туғма нуқсонлари, адреногенитал синдром, текшириш белгилари (хирсутизм, интерсекс ёки эркак кўриниши) бўлиши мумкин. Соғлом қизларда, менарх бошланганидан кейинги дастлабки икки йил давомида ҳайз кўриш тсиклининг шаклланишида кам, кам ёки қисқа даврларни кузатиш мумкин.

Иккиламчи гипоменструал синдромнинг сабаблари ўзгарувчан, аммо ҳар доим мавжуд. Ушбу ҳайзли касалликнинг қўзғатувчи омили эндокрин патологиялар, эмирувчи ёки умумий касалликлар, оғир вазн йўқотиш (шу жумладан, анорексия), асабий юк ва стресс, сурункали интоксикация, радиация, анемия, гиповитаминоз ва бошқалар. Ҳайз кўришнинг кучайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. бачадон ичи аралашуви (СФД, тиббий абортлар), тухумдонни резекция қилиш ёки олиб ташлаш (оофоректомия), юқумли жараёнлар (сурункали эндометрит, генитал туберкулёз). Кўпинча гипоменстрюел синдром нотўғри қабул қилинганлик ёки гормонал контрацептивларни этарли даражада танланмасликнинг ён таъсири ҳисобланади. Пременопауз пайтида (45-50 ёш) гипоменстрюел синдром нормал деб ҳисобланади, бу тухумдон функциясининг табиий пасайишини акс эттиради.

Гипоменструал синдромнинг белгилари

Опсеноменорея ҳайз кўриш оралиғини 5-8 ҳафтагача узайиши билан тавсифланади (нормал 21-35 кун билан солиштирганда). Ҳайз кўриш ритмининг пасайишининг экстремал намоён бўлиши спаниоменорея - бу ҳайз кўриш йилига икки-тўрт мартадан кўп бўлмаган ҳолатлар. Гипоменстрюел синдромнинг ушбу шакли билан тсикл ўзининг бифазик хусусиятини сақлаб қолади, аммо фазалар давомийлиги қисқариш ёки чўзилиш томон ўзгариши мумкин. Ушбу мезон асосида опсеноменорея курсининг учта варианты ажратилади:

- 1) фолликуляр фаза чўзилган ҳайз тсикли ва лутеал фаза нормал давомийлиги. Фолликуляр камолотнинг секинлашиши туфайли овулятсия 17-30 кунларда содир бўлади.

2) фолликуляр фаза чўзилган ва лутеал фаза қисқарган ҳайз тсикли. Бу кечиктирилган овулятсия, тананинг лутеумининг этишмовчилиги, лутеал этишмовчилик, гландулар эндометриал гиперплазия билан тавсифланади.

3) фолликуляр фаза нормал бўлган ҳайз цикли

Мавзу № 84: “Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар этиологияси, клиникаси, диагностикаси хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.

<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиратли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№84 мотивация. (Мавзу баёни) Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси.

Премениструал синдром - бу ҳайз кўришдан бир неча кун олдин пайдо бўлган ва унинг биринчи кунларида йўқ бўлиб кетадиган патологик аломатларнинг комбинатсияси. Пременистрүел синдром асосан марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар, вегетоваскуляр ва метаболик-ендокрин касалликлар билан намоён бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Премениструал синдромнинг мураккаб патогенезини тушунтирадиган кўплаб назариялар мавжуд. Гормонал назария шуни кўрсатадики, унинг ривожланиши эстрогеннинг кўпайиши ва ҳайз тсиқлининг 2-босқичида прогестерон этишмаслиги билан боғлиқ. "Сув захарланиши" назарияси пременистрүел синдромнинг сабабини ренин-ангиотенсин-алдостерон тизимидаги ўзгаришлар ва серотониннинг юқори даражаси билан изоҳлайди. Ренин-ангиотенсин тизимини фаоллаштириш серотонин ва мелатонин миқдорини оширади. Ўз навбатида, серотонин ва

мелатонин ангиотенсин тизими билан ўзаро алоқа тамойилига биноан ўзаро таъсир ўтказадилар. Эстроген алдостерон ишлаб чиқаришни кўпайтириш орқали танадаги натрий ва суюқликнинг кечикишига олиб келиши мумкин.

Простагландин бузилишлари назарияси простагландин э1 мувозанатининг ўзгариши билан пременстрўел синдромнинг турли хил аломатларини тушунтиради. Унинг ортиб бораётган ифодаси миёдаги кўзғалиш жараёнларининг ўзгариши туфайли шизофренияда қайд этилган.

Пременструал синдромнинг патогенезида марказий асаб тизимидаги нейрпептидлар (серотонин, допамин, опиоидлар, но-радреналин ва бошқалар) метаболизмига ва шу билан боғлиқ периферик нейроендо-крин жараёнларига асосий рол ўйнайди. Сўнгги йилларда оралик гипофиз безининг пептидларига, хусусан меланостимулятсия қилувчи гормонга катта эътибор берилмоқда.

Ушбу гормон, β-эндорфин билан ўзаро таъсирлашганда, кайфиятни ўзгартиришга ёрдам беради. Эндорфинлар пролактин, вазопрессин даражасини оширади ва простагландин э1 нинг ичакда таъсирланишини инҳибе қилади, натижада кўкрак қотиб қолади, ич қотиб қолади, шиширади.

Пременструал синдромнинг ривожланиши стресс, нейроинфектсия, туғилиш ва абортнинг ривожланишига ёрдам беради, айниқса гипоталамус-гипофиз тизимининг туғма ёки орттирилган этишмовчилиги бўлган аёлларда.

Пременструал синдромнинг клиник кўриниши асабийлашиш, рухий тушкунлик, кўз ёшлар, тажовузкорлик, бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, юракдаги оғриқ, тахикардия, кўкрак кенгайиши, шишиш, яссилик, ташналик, нафас қисилиши, иситма. Пременстрўел синдромнинг нўропсикик намоён бўлиши нафақат шикоятларда, балки беморларнинг нотўғри хатти-харакатларида ҳам акс этади.

Муайян симптомларнинг устунлигига қараб, пременстрўел синдромнинг нўропсик, эдематоз, сефалжик ва инқироз шакллари ажралиб туради. Пременструал синдромнинг нўропсикиятрик шаклининг клиник кўринишида асабийлашиш ёки рухий тушкунлик устунлик қилади (депрессия ёш аёлларда кўпроқ учрайди, балоғатга этганида тажовузкорлик қайд этилади), шунингдек заифлик ва кўз ёшлар. Пременстрўел синдромнинг эдематоз шакли сут безларининг қаттиқ сиқилиши ва оғриғи, юз, оёқ, бармоқларнинг шишиши, шишириши билан намоён бўлади. Эдематоз шаклга эга бўлган

кўплаб аёллар терлаш ва хидларга нисбатан сезгирликни бошдан кечиришади.

Пременструал синдромнинг сефалжик шакли клиник жиҳатдан, кўзнинг калқонига пулсатсия қилувчи кучли пулсатсияланувчи бош оғриғи билан намоён бўлади. Бош оғриғи кўнгил айланиш, қусиш билан бирга келади; ҲЕЛЛ ўзгармайди. Пременстрюел синдромнинг сефалжик шакли бўлган беморларнинг 1/3 қисмида депрессия, юракдаги оғрик, терлаш, кўлларнинг уйқусизлиги кузатилади.

Семптоматик-адренал инқирозлар пременстрюел синдромга хосдир. Инқироз қон босимининг кўтарилишидан бошланади, стернумнинг орқасида сиқилиш хисси, ўлимдан қўрқиш, юрак уриш тезлиги ошади. Одатда инқирозлар кечкурун ёки тунда содир бўлади ва стресс, чарчоқ ва юқумли касаллик туфайли юзага келади. Кўпинча инқирозлар кўп миқдорда сийиш билан тугайди.

Аломатлар сони, давомийлиги ва интенсивлигига қараб, энгил ва оғир пременстрюел синдром ажралиб туради. Енгил пременстрюел синдром билан 3-4 аломатлар кузатилади, улардан 1-2 таси сезиларли даражада намоён бўлади. Семптомлар ҳайз кўриш бошланишидан 2-10 кун олдин пайдо бўлади. Қаттиқ пременстрюел синдромда ҳайз кўришдан 3-14 кун олдин 5-12 аломатлар кузатилади, уларнинг 2-5 таси аниқланади.

Пременструал синдромнинг диагностикаси клиник белгиларнинг хилма-хиллиги туфайли маълум қийинчиликлар билан боғлиқ. Пременстрюел синдромни аниқлаш беморни этарли даражада сўроқ қилиш орқали осонлашади, бунда пременстрюел кунларда юзага келадиган патологик аломатларнинг тсиклик характери аниқлаш мумкин.

Пременструал синдромнинг барча клиник шакллари учун мия томирларининг ЭЕГ ва РЕГларини ўтказиш тавсия этилади. Ушбу тадқиқотлар турли хил мия тузилмаларининг функционал бузилишларини кўрсатади. Пременстрюел синдромнинг нўропсикик шакли бўлган аёлларда бузилишлар асосан диенсефалик лимбик минтақада аниқланади. Эдематоз шаклда ЭЕГ кўрсаткичлари фаоллашишни кўпайишини кўрсатади

Мавзу № 86: “Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув

	тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	белгиланган кўргазмали куроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№86 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚКда хамширалик жараёни. Ювенил даврда қон кетишлар

Ювенил қон кетиш (ЮҚК). Балоғатга етиш давридаги қизларда бачадондан қон кетиш тухумдонлар функциясининг бузилиши билан боғлиқ. ЮҚК 10%ни ташкил қилади.

Этиология ва патогенези. ЮҚК ривожланаётган организмга салбий таъсирларнинг бўлиши билан боғлиқ.. Бу ҳаётнинг ёмон шароити, нотўғри овқатланиш, ўткир ва сурункали инфекциялар ва интоксикациялар, физик ва асабнинг зўриқиши, чарчаш, кўрқув, чўчиш, бир пайтнинг ўзида психик ўзгаришлар, доимий психик жароҳатлар, юрак, ўпка ва бошқа аъзоларнинг патологик ҳолатлари бўлиши мумкин. Турли касалликлар ва зарарли таъсирлар организмнинг адаптацион ҳолатларини пасайтириши, жинсий аъзоларнинг фаолиятини бузилишини, шунингдек гормонал баланс ва эндометрий ҳолатини ўзгартиришига олиб келади.

ЮҚК га ановулятор типдаги қон кетиш характерлидир, яъни фолликуллар овуляция босқичига етмай етилади. Фолликуллар шакилланади, лекин етилмай регрессияга учрайди. Атрезияланган фолликуллар эрийди ва уларда узоқ вақт фолликуляр суюқлик (кистоз атрезия) сақланади. Доимий тухумдонларда кўп атрезияланган фолликуллар тўпланади. Фолликуллардаги тўпланган гормонлар эндометрийдаги пролиферация процессини стимуляция

килади, шунинг учун гиперплазия содир бўлади, лекин эндометрий секретор трансформацияси содир бўлмайди.

Клиникаси. ЮҚК клиника белгиси давомий, кўп, ациклик қон кетиш билан характерланади. Қон кетиш хайзнинг 1,5-4 ой ичида содир бўлиши билан характерланади. Шикоятлари холсизликка, иштаханинг йўқолиши, чарчаш, бош оғриғи, тахикардияга.

Ташхислаш. Бемор шикоятларига, умумий кўрик, ректал текширув, ультратовуш текширув, лаборатор анализ белгиларига асосланади. Пубертат даврда бачадондан қон кетиш қон касалликлари билан, тухумдон поликистози билан, бачадон миомаси билан, жинсий аъзолар ёмон сифатли хосилалари билан қиёсланади.

Даволаш. ЮҚК билан беморларни даволаш 2 босқичга бўлинади: 1 босқич гемостаз; 2 босқич қон кетиш профилактикаси. Гемостаз усулини танлашда бемор умумий ахволини ва қон кетиш характери инобатга олган ҳолда бўлиши лозим. Яққол бўлмаган камқонли беморларда (гемоглобин 100 г/л дан кам бўлмаганда, гематокрит 30%дан кўп) симптоматик гемостатик терапия ўтказилади. Утеротониклар (окситоцин), гемостатик препаратлар (децинон, викасол, аминокапрон, аскорутин) тавсия этилади. Симптоматик гемостатик терапия ноэффектив бўлса, гормонал гемостаз ўтказилади. Гемостаз учун эстрогенлар: микрофоллин (этинилэстрадиол) 0,5 мгдан ҳар 2-4 соатда, ёки прогинова 2 мг дан қон кетиш тўхтагунча. Суткасига 6 таблеткадан кўпайиб кетмаслиги керак. Гемостаз асосан 24 ичида намоён бўлади. Қон кетиш тўхтагач, препарат дозаси кунига 1 таблеткагача камайтирилади ва 8-10 кун давом этилади. Шундан сўнг бир ҳафта мобайнида гестагенларга ўтказилади. Норколут кунига 10 мг дан 10 кун мобайнида, дюфастон 20 мг тавсия этилади. Шундай циклик терапия 3-4 ой давом этилади.

Эстрогенлар гемостатик эффекти ГГТ таъсирини блоклайди, эндометрийда пролифератив процессларни активлаштиради ва регенерацияни тезлаштиради.

Гемостатик мақсадда монофаз эстрогенларни қўллаш мумкин – гестаген препаратлар (ригевидон, микрогинон, регулон). Ушбу препаратларни 1 таблеткадан 2 соатда, овқатдан сўнг қон кетиш тўхтагунча ичиш лозим, лекин 6 таблеткадан ошмаслиги керак. Сўнггра дозаси 1 таблеткагача пасайтирилади, 21 кун давом эттирилади.

Биргаликда антианемик препаратлар тавсия этилади (темир препаратлари ичишга ёки вена ичига, витаминлар В12, В6,С,Р), шунингдек утеротониклар, кальция препаратлари тавсия этилади.

ЮҚҚнинг иккинчи босқичи қон кетишнинг рецидивини профилактикасидан иборат. Профилактика мақсадида симптоматик ва гемостатик даволаш фонида гемостаздан сўнг циклик витаминотерапия ўтказиш лозим. Хайзнинг 5-кунидан 15-кунигача фоллий кислотасини 1 таблеткадан 3 маҳал кунига тавсия этилади, витамин В6 5% эритмасини 1 мл дан мушак орасига, витамин Е 300мг дан кунора тавсия этилиши лозим. 16-кундан 26-кунгача аскорбин кислотаси 0,05г 2-3 маҳал кунига, Вит В1 5% эритмасини 1 мл мушак орасига тавсия этилади. Даволаш 3 ой давомида олиб борилади.

Гормонал гемостаздан кейин қон кетишнинг профилактикасида кам дозали синтетик прогестинлар (новинет, линдинет, логест) 1 таблеткадан хайзнинг 5-25- кунлари 2-3 ой давомида тавсия этилиб, витаминотерапия билан томонланади.

Хайзнинг регуляцияси учун физик факторлар: В1 ёки новокаин билан эндоназал электрофорез, электроуйку қўлланилади. Игнорефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктура ҳам яхши натижа беради.

Мавзу № 87: “Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар

<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини	
<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш - ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда ҳамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.	
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули	
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар	
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)	
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест	

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради.	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	
30 дақиқа	2.3. Танаффус	
40 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компьютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
	2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№87 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚКда хамширалик жараёни. Репродуктив даврда қон кетишлар.

Репродуктив ёшдаги БДҚК. Репродуктив ёшдаги БДҚК ҳам пубертат ёшдагига ўхшаб ациклик бачадондан қон кетиши ҳисобланиб, 1,5 - 2 ой хайз келмагач бошланади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон тизими функцияси циклик бузилиши гормонал гемостаз (аборт), Иценко-Кушинг касаллиги, туғруқдан кейинги семириш, эмоционал ва психик стресслар, инфекциялар, интоксикациялар, дори препаратларининг (нейролептиklar) қабул қилиш натижасида ановуляциянинг келиб чиқиши сабаб бўлиши мумкин. Репродуктив ёшдаги БДҚК да тухумдонларда фолликуллар персистенцияси содир бўлиб, эстрогенлар миқдори кўпайишига олиб келади. Овуляция бўлмагач, сариқ тана ҳам ҳосил бўлмайди ва прогестерон етишмаслик ҳолати келиб чиқади. Ушбу ҳолат абсолют гиперэстрогенияга олиб келади ва гиперпластик ўзгаришларга (безли гиперплазия) олиб келади. Қайталаниб келаётган ановуляциянинг гиперэстрогения билан бирга келиши гиперплазияга учраган эндометрийнинг атипик ўзгаришлари ва аденоматозга олиб келиши мумкин.

Клиникаси. БДҚК қон кетишнинг 10 - кунгача чўзилиши ва қон кетиш оғирлиги билан, бу эса умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, чарчаш, АҚБнинг пасайиши, тахикардия билан намоён бўлади. Беморларнинг асосий шикоятлари хайзнинг узоқ вақт келмасдан қон кетиши, кўпинча меноррагия кузатилиши билан характерланади.

Ташхислаш. Бачадондан кетаётган бошқа қон кетишлар билан фарқлай билиш лозим, яъни бачадон миомаси, полипи, хомила тушиши, ички эндометриоз, хомила қисмларининг қолиб кетиши.

Қуйидаги комплекс текширувларни ўтказиш мақсадга мувофиқ:

- Лаборатор текширувлар (қон клиник анализи, коагулограмма)
- Функционал диагностик тестлар (базал ҳароратни ўлчаш, “қорачик” симптоми, шиллиқнинг чўзилиш симптоми.
- Бош мия рентгенографияси, ЭЭГ, компьютер томографияси.
- Қон плазмасидаги гормонлар миқдорини аниқлаш,
- УТТ
- Кўрсатмага асосан терапевт, офтальмолог, эндокринолог, невропатолог, гематолог кўригини ўтказиш.

Даволаш. БДҚК билан репродуктив ёшдаги беморларни клиник белгиларига қараб даволаш белгиланади. Қон кетиш билан бемор келганда даволаш ташхислаш мақсадида бачадондан алохида қиринди олинади. Ушбу операция қон кетишни тўхтатади, шунингдек қирриндини гистологик текшируви хайзнинг меъёрига келтириш учун терапиянинг турини белгилайди.

Даволашнинг кейинги босқичи гормонал терапия бўлиб, эндометрий холати ва тухумдонлар функциясининг бузилишига қараб белгиланади. Гормонал терапиянинг мақсади: Нормал хайз циклини тиклаш, Репродуктив функцияни тиклаш, бепуштлиқда фертилликни тиклаш.

Қайта қон кетишни профилактикаси.

Эстроген гестаген препаратлари (регулон, ригевидон, новинет) 1 таблеткадан бачадон қириб бўлгач 5 - кундан бошлаб, 25 - кунигача, кейин 3-4 хайз давомида 5 - кундан 25- кунигача қабул қилинади. БДҚК билан репродуктив ёшдаги аёлларда кўп ҳолларда ановуляция, баъзида эса сарик тананинг етишмовчилиги кузатилади. Гиперэстрогенияда эса (фолликуллар персистенциясида) гестагенлар билан даволанади: дюфастон 10мг, норколут 5мг кунига 3 хайз давомида 16 - кундан 25 - кунигача тавсия этилади. Шунингдек, кўп миқдорда гестаген сақловчи синтетик прогестинлар (ригевидон, микрогинон) циклнинг 5 - кундан 25- кунигача тавсия этилади. Репродуктив функцияни тиклаш мақсадида овуляцияни кломифен билан стимуляция қилинади. Кломифен эстроген миқдорини камайтиради (гонадотроп гормонлар секрециясини пасайтиради) фолликулстимуляциялайдиган ва лютеинловчи гормон секрециясини оширади. Гипоэстрогенияда (фолликуллар атрезиясида) кўп миқдордаги эстрогенлар (ригевидон, регулон) 3-4 хайз цикли давомида 5 кундан 25 кунигача тавсия этилади. Лютеин фаза нотўлиқ бўлган аёлларда ўрнини босувчи (сарик тана гормон миқдорини етишмовчилиги) мақсадида гестагенлар: дюфастон 10 мг дан, норколут 5 мг кунига ёки 17 ОПК 1 мл циклнинг 14,17,21 кунда 3 ой мобайнида тавсия этилади.

Мавзу № 88: “Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚКда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм.

	2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билишини керак:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар.
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚҚда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график,

	диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдирот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар Топшириқни
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	ёзадилар

№88 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадондан дисфункционал қон кетиш. БДҚКда хамширалик жараёни. Климактерик даврда қон кетишлар.

Климактерик қон кетишлар. 45 - 55 ёшдаги аёллар орасида кўп учраб, госпитализациянинг кўп қисмини ташкил этади. Пременопаузал ёшдаги бачадондан қон кетиш климактерик қон кетиш дейилади. ҚҚК аёл ёшига қараб гипоталамик функционал ҳолатининг ўзгаришидир. Ушбу функцияларнинг қариши гонадотропинларнинг циклик ажралишига олиб келади, яъни марказ билан периферик органларнинг орасидаги муносабатнинг бузилишига олиб келади. Натижада, тухумдонлар функцияси бузилади, фолликуллар етилиши ва ўсиши узаяди, фолликуллар атрезияси ва персистенцияси шаклланиб, сариқ тана ҳосил бўлмайди. Ушбу жараён давом этиши натижасида эндометрий пролиферацияси содир бўлади. Бачадон шиллиғи ўсади, қалинлашади, безлар узунлашиб, кистасимон кенгайишлар шаклланади. Бачадон шиллиқ қавати ўсган сари бўшлиқни тамомила эгаллаб олади, бир бирини босиб озикланиши бузилади, некроз ва эндометрийнинг кўчиши кузатилади ва қон кетиш бошланади. Пременопаузал ёшда репродуктив ёшдагига нисбатан эндометрий гиперплазияси ва унинг турлари без кистоз гиперплазия, без полипи, аденоматоз ва атипик гиперплазия кўпроқ учрайди. Бу фақатгина ёш ўтган сари тухумдонлардаги ўзгаришларга қараб эмас, балки ёмон сифатли жараёнларни ривожланиши хавфини оширувчи иммунодепрессия, яъни

хужайра иммунитетининг декомпенсация реакцияси содир бўлади. БДҚҚни органик ўзгаришлар билан таққослаш лозим: аденокарцинома, бачадон миомаси,ички эндометриоз, тухумдонлар гормон чиқарувчи ўсмаси.

Даволаш. Бачадон бўшлиғини хирургик қириш йўли билан қон кетиш тўхтатилади. Бачадон бўшлиғини диагностик қириш ҳам ташхислаш ҳам даволаш мақсадида қилинади. Қириш шиллиқости миомасини аниқлашга, гистология эса аденокарцинома, атипик гиперплазия,эндометрий рецидив без кистозли гиперплазиясини аниқлашга ёрдам беради. Шунингдек УТТ миоматоз тугунларни жойлашган жойини, эндометрий ҳолатини, аденомиоз ўчоқларини аниқлашга ёрдам беради. Қон кетиш рецидивининг профилактикаси учун қиришдан сўнг гестагенларни кенг қўллаш, пролиферация, секретор трансформация жараёнини тўхтатишига, децидуал реакциялар ва атрофик процессларни ривожланишига олиб келади. Гестагенлар марказий таъсир кўрсатиб, гонадотропинларни ажралишини тўхтатади.

Эндометрий гиперплазияси бор 48 ёшгача бўлган аёлларга 17-ОПК 1 млдан,12,5% эритмаси мушак ичига бачадонни қиргач 14,17,21 кунларида тавсия этилади, кейин шу кунлар 4 - 6 хайз давомида тавсия этилади.

48 ёшдан ошган аёлларга хайзни тўхтатиш учун 17-ОПК 2 мл 12,5% эритма мушак ичига ҳафтасига 2 марта 6 ой давомида узлуксиз тавсия этилади. 50 ёш ва ундан катталарга климонорм билан ўринбосувчи гормонал терапия тавсия этилади.

Мавзу № 89: “Жарохлик гинекологияда хамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Жарохлик гинекологияда хамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни

	чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Жарохлик гинекологияда ҳамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Жарохлик гинекологияда ҳамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Жарохлик гинекологияда ҳамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№89 мотивация. (Мавзу баёни) Жарохлик гинекологияда ҳамширалик парвариш. Беморларни операция тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлари

**Мавзу № 90: “Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

олишда ҚВПнинг ўрнини;	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№90 мотивация. (Мавзу баёни) Хомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Абортлар.

Хомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетиш синдроми

Хомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетишлар госпитализациянинг энг асосий сабабларидан биридир. Хомиладорлик вақтида қон кетиш жуда

куп сабаблар окибатида келиб чиқиши мумкин. Тугрукгача кон кетишлар сабаблари:

- Абортлар окибатида кон кетишлар.
- Бачадондан ташкари хомиладорлик
- Трофобластик касаллик.

Хомиладорликнинг 22 ҳафтасидан то бола тугилганигача кон кетишлар тугрукгача кон кетишлар дейилади. 22 ҳафтагача кон кетишлар хомиладорликни эрта даври кон кетишлари сифатида аникланади ва сабаблари бир хил бўлиши мумкин, лекин энг аҳамиятли сабаблари хомиладорликнинг уз-уздан ёки сунъий тухтатиши (аборт).

Аборт турлари

Критерийлари	Аборт турлари
Муддатига караб	Эрта (14 ҳаф.), кечки(14 - 22 ҳаф.)
Курсатмасига караб	Социал, тиббий
Сабабига караб	Уз-уздан, сунъий стационарда, криминал
Клиникасига караб	Хавф солувчи, бошланган, йулдаги аборт,
Хомила тухуми колдикларига караб	Чала, тулик
Инфекциясига караб	инфицирланган, инфицирланмаган.
Инфекции таркалишига караб	Асоратсиз инфицирланган, асоратли инфицирланган, септик.

Хомиладорликнинг эрта даврида кон кетиши хавф солувчи ёки тугалланган аборт симптомлари билан кечади. Хомиладорликнинг эрта йукотилишини аниклаш ва қайд этиш мақсадида турли хил терминлар ишлатилади: уларнинг қупчилиги эскирган ва патофизиологиянинг замонавий тушунчалари қиритилгунгача қадар юзага келган.

1. Спонтан аборт - Хомиладорликнинг дастлабки 20 хафта ичида йукотилиши.

2. Эрта спонтан аборт - 12 хафтада ёки ундан хам эрта гестацион муддатда юзага келадиган спонтан аборт.

3. Хавф солувчи аборт - бачадондан кон кетиши йук, хомиладорлик биринчи ярми хохлаган вактида хуружсимон огриклар келиб чиқади, бачадон буйни ёпик.

4. Тугалланмаган аборт - хомила тулик эмас, балки қисман чиқиш ҳолати.

5. Жадаллашган аборт - бачадон буйни очик, лекин туқима чиқмайди.

6. Кечиккан аборт (ривожланмаётган хомиладорлик) - хомила ёки эмбрион бир неча хафта давомида улик, лекин ҳеч қандай туқима ажралмаган. Бачадон буйни ёпик. Бу пациентларда бачадон улчами катталашмаслиги ва эмбрион юрақуриши аниқланмайди.

7. Септик аборт - инфекция тушган тугалланмаган аборт.

8. Бучмайган тухум - аниқланган гестацион ҳалта ва плацентар туқима бўлишига қарамасдан эмбрион ривожланишдан тухтаган. Бу ҳолат асосан УЗИ ёрдамида диагностика қилинади.

9. Субхорионик кон кетиш - УЗИ да хорион ва бачадон девори уртасида кон йигилганлиги аниқланади.

10. Децидуа - хомиладорлик эндометрити купинча бола ташлаш бир қисми сифатида келади. Қачонки, децедуа интакт ажралса *децедуал слепок* дейилади ва эктопик хомиладорлик ҳақида хабар беради.

Патофизиология

Ҳамма спонтан абортларнинг ярми трисомия, триплоидия ёки моносомия сингари катга генетик аномалиялар оқибатида келиб чиқади. Спонтан аборт шунингдек, бачадон аномалиялари, она диэтилстильбестрола таъсири, лейомиома, бачадон буйни ҳолати. лютеин фаза дефекти натижасида прогестерон дефицити сингари ички факторлар ва иммунологик факторларга боғлиқ. Ташқи атроф факторларга: тамаки, алкоголь, кокаин қабул қилиши, радиация, инфекция ва профессионал химиявий ва экологик таъсирлар қиради. Она ёши катталашган сари абортлар частотаси ошиб боради.

Клиника.

Бошлангич стадияда хомиладорлик аменорея хомиладорликнинг типик симптомлари ва хомиладорликка мусбат тест натижасида аникланади.

Абортда асосий белгилар, вагинал кон кетишлар, кориннинг пастки қисмида хуружсимон огриклар пайдо бўлиши хориогоник гонодотрапин миқдори пасайиши ҳисобланади.

Кон кетиш билан кечган хомиладорликнинг тахминан ярми йукотилади, хомиладорлик саклаб қолинган қисмига эса асоратлар ва ёмон оқибатлар келиб чиқиш хавфи кон кетишсиз кечган хомиладорликларга нисбатан юқори бўлади. Тулик бўлмаган абортлар қуп миқдорда кон йукотилганда турли хил огирлик даражасидаги постгеморогик шоклар асоратланиши мумкин.

Диагностика:

Диагноз бимануал текшириш (бачадон улчамлари, бачадон буйини ҳолати, бачадон буйини канали очилиши, конли ажралмалар ёки туқима характери) базал температурани улчаш (базал температура пасаяди) УТТда текшириш, хориогоник гонодотропин тестларини аниклаш асосида қуйилади. Клиник белгилар бўйича диагнозни аниқлаб бўлмаса ултратовуш текшириш керак. Қачонки пациент температураси юқори бўлса, ёки бачадон ва бачадон ортиклари соҳасида қучли огрик ёки перитонит белгилари бўлса, септик абортга гумон қилиш керак.



Уз - узидан (ихтиёрсиз) аборт ва тугрук сабабларини аниклаш муҳим аҳамиятга эга. Тулик йирилган анамнез керакли маълумотларни бериши мумкин. Уларни доимий ва гинекологик кучиришлар, шунингдек комплекс клиника - лаборатор текширишлар билан тулдириш керак.

Анамнез ва куздан кечириш ёрдамида умумий ривожланишнинг орқада қолиши, ички секретция безларининг айрим функционал етишмовчилиги, бачадон бўйни функцияси етишмовчилиги, бошидан утказган инфекциян касалликлар тугрисида маълумотга эга бўлиши мумкин. Клиник лаборатор текширишлар натижасида хомиладорликни тухтатилиш сабаби сифатида гармонал етишмовчиликнинг аниклаш мумкин. Сийдикда прегнандиол (суткалик экскрецияси 5 млдан кам) ва экстрогенлар экскрецияси даволашни гармонал усуллари қуллаш учун асос бўлади.

Хомилани она қорнида улиши ҳолларида эстриол экскрецияси 10 мартага пасайиши аниқланган диагностик тест бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Даволаш.

Хомиладорликни тута олмаслик билан касалланган беморларни даволашга қиришишда врач ҳамма вақт шунинг эсдан чиқармаслиги керакки, бу аёлларнинг қарийб барчасида рухий мувозанат бузилган.

Шунинг учун тиббиёт ходими сузлари қун ҳолларда бемор нерв психик мувозанати нормаллашуви учун тайинланган дори воситалар комплекси қун қупрок ёрдам беради. Бу категориядаги беморларга врач яхши муомала билан бирга қушимча равишда транквилизатор дори воситалари тайинлаш аҳамиятга қолик. Хомилани сақлашни муҳим омилларидан бири бу режимга риоя қилиш.

Даволашни номедикаментоз усуллари қунг қуллаш керак: булар ёток режими, физиотерапия, психотерапия, рефлексотерапия.

I-триместрда хомиладорлик узулиш хавфи тугилганда сабабидан қатъий назар даволаш комплекс бўлиши керак:

1. Ёток режим

2. Психотерапия, седатив воситалар: пустрник настойқаси (15,0:200.0) 1 ош қошиқ х 3 маҳал, валериана отвори (20.0 х 200.0) 1 ош қошиқ 3 маҳал, тазепам 0.01 г қун сутқасига 2 маҳал, седуксен 0.005 г 1-2 маҳал сутқасига.

3. Спазмолитик терапия: но-шпа 0.04 г қун 3 маҳал сутқасига, папаверин билан шамчалар 0.02 г қун 3-4 маҳал сутқасига, баралгин 2 мл мушак орасига.

4. Хавф сабаблари, гармонал курсаткичлар, КБИ микдори хомиладорлик муддатига боғлиқ патогенетик асосланган терапия.

Дори воситалар 1 дозаси клиник лаборатор курсаткичлар назорати асосида танланади.

5. Номедикаментоз ва физиотерапевтик даволаш усуллари: иглорефлексотерапия, эндоназал галванизация, электроаналгизия.

Тухумдон гипофункцияси генетал инфантилизм, бачадон ривожланиш нуксонлари бор аёлларда гармонал давони хомиладорликни 5 хафтасидан микрофоллин кичик дозаларидан суткасига 0.0125 ёки 0.025 мг (1/4 ёки $1A$ г) дан бошлаш керак. Хомиладорликни 7 хафтасида микрофоллин терапиясига туринал билан даволашни суткасига 0.005 г (1-2 таблеткадан) кушиш керак.

ХГ экскрецияси паст булса хориогонин 750 - 1000 ЕД дан хафтасига 2 марта мушак орасига килинади. Гармонал препаратлар дозасини организм гармонал статус курсад-кичларига асосланиб танлаш керак. Агар КПИ юкори, бачадон буйин каналида шилимшиқ куп микдорда (корачик феномени +++) булса экстрогенлар дозасини камайтириш ёки гестогенлар (туринал, прогестерон, дюфастон) дозасини ошириш керак.

Бачадон катталашиши хомиладорлик муддатидан оркага колганда ва кин девори курук булганда экстрогенлар терапиясини кучайтириш керак.

Бу категориядаги беморларга гармонал терапияни 15-16 хафтагача плацента ривожланиши тугалланмагунигача давом эттириш керак. 12-14 хафтада микрофоллин кабул килиш, 15-16 хафтада туринал кабул килиши тухтилади.

Хомиладорлик узулиши белгилари булмаганда, шунингдек гармонал параметрлар нормаллашганда гармонал терапияни хомиладорликни бундан эрга муддатларда хам тухтатиш мумкин. Хомиладорликнинг кечки муддатларида гармонлар куллаш мақсадга мувофик эмас.

Буйрак усти беги генезли гиперандрогенияда глюкокартикоидлар (дексамитазон, преднизалон) билан гармонал терапия патогенетик асосланган хисобланади. Даволашни хомиладорлик булмасдан олдин бошлаш керак. Гармон дозасини 17-КЕ экскрецияси назорати остида индивидуал танлаш керак. Глюкокартикоид терапия овуляция нормаллашуви ва эндометрийнинг секретер трансформацияни таъминлайди. Дексаметазон кабул килиш фонида кетостероидлар экскрецияси урта норматив курсаткичлар атрофида булиши керак. Хомиладорликда 17-КЕ экскрецияси ошган холларда гармон 0.5 мг

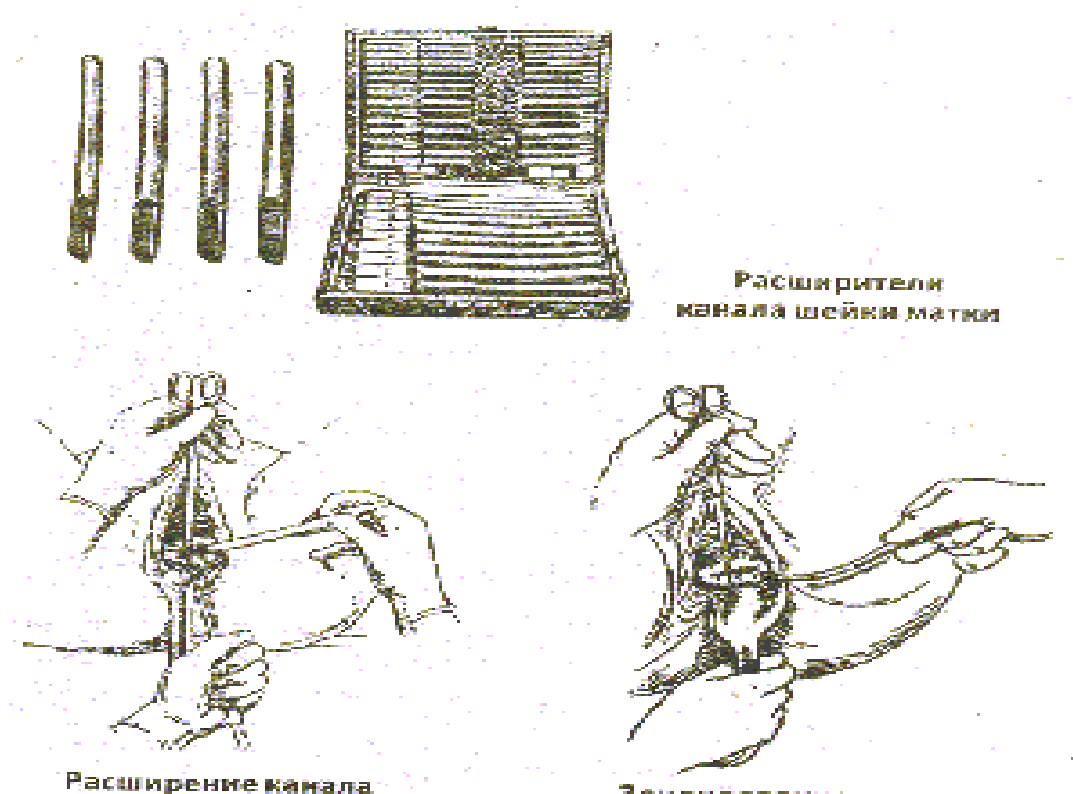
ёки 0.375 мг (3/4 таб) дозада берилади. Даволашнинг анализлар назорати остида олиб борилади.

Гиперандогения клиник белгилари булмаганда 17- КБ экскрецияси юкори микдори бир марталик ошиши, глюкокартикоидлар терапия тайинлаш учун асос була олмайди. Киска муддатда (2-3 кундан кейин) текширишни такрорлаш керак ва агар сийдикда кетостреоидлар микдори юкори булса, гармонал терапия тайинланади. Буйрак усти беzi гиперандрогенияси бор беморларда тухумдонларнинг гипофункцияси, хомиладорликнинг эрта муддатларида 5-6 хафта дексаметазон (преднизалон терапиясини микрофоллин билан бирга куллаш мумкин кушилиб келган прогестерон етишмовчилиги аникланганда туринал суткасига 1-2 таблеткадан бериш мумкин.

Гармонал терапия билан бир вақта спазмалитиклар тайинлаш ва фетоплацентар етишмовчилик профилактикасига каратилган даво утказиш махсадга мувофик.

Жадаллашган аборт тулик булмаган ва тулик абортда хомила тухуми колдикларини ва кон лахталарини инструментал олиб ташлаш керак.

АБОРТ ТЕХНИКАСИ



Инфекцияланган абортда хомила тухуми колдикларини антибактериал терапия фонида олиб ташлаш мақсадга мувофиқ. Септик абортда даволаш принциплари худди тугрукдан кейинги септик инфекцияни даволаш принципларидек.

Ривожланмаётган хомиладорликда I- триместрда улган хомила тухуми инструментал олиб ташланади. Тугалланмаган абортда узок кутиш асоратлар (ДВС, инфекцияланиш) ривожланиши мумкинлиги муносабати билан мақсадга мувофиқ эмас.

Мавзу № 91: “Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслахатлаш кўникмаларини ўзлаштириш. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич.	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига	Жавоб берадилар Ёзадилар.

20 дақиқа	мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№91 мотивация. (Мавзу баёни) Абортдан кейинги контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмаларини ўзлаштириш.

Охириги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий булмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси равнакига асосий урин тутати. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини саклаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон киладики, «соглик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият эконоимик равнакига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Ҳомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача ҳомиладорликдан саклашнинг асосий услуби тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «қургон», суянчик, ғамхур ва бахт булоғи. Ёш оилалар келишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юкори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар ақлан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Ҳомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин булиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо булиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Ҳомиладорлик юзага келиши

механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар кулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган – контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум хужайрасининг аёл тухум хужайрасига кушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг куйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.
2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин халкаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни калпоги, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малҳамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, хароратни улчаш).
10. Жинсий алокани узиш (coitus interruptus).
11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа ҳисобланади. Бир аёл учун унумли ҳисобланган тури, бошқа аёл учун зарарли ҳисобланиши мумкин. Куп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва куллаш буйича жавобгар шахс ҳисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури ҳисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг ҳосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, кулланиши кулай, нархи ҳамёнбоп.

«Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда таклиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга бўлиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Куп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АКШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё бўйича тарқатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чиқилган ОК таркибида гормонлар микдори юкори бўлиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам микдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар микдорини камайтириш билан биргаликда уларнинг сифати ҳам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чиқарилади.

Классификация

Замонавий ОК бўлинади 2 гурухга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК бўлинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд бўлиб, эстроген ва прогестаген тури ва микдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, микдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам микдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса қилиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга қулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган ҳомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Оғрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.
- Қайтар жараён.
- Қабул қилиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар орқали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Қайфият узғариши мумкин
- Хар қуни таблетка қабул қилиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош оғриғи, хайзаро кон кетиш)
- Нархи қимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боғлиқ. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чиқаришига тусқинлик қилади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чиқариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чиқаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни кабул килганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон буйни шиллигини куюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида кулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул холати ва тухумдон сарик танасига таъсир килиб, бачадон найлари харакати бузилади, шу билан бирга уругланган хужайра усишини заифлаштиради.

Унумли ноконтрацептив таъсири.

КОК кабул килган аёлларда кукрак беи яхши сифатли усмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши хавфи камаяди. Бундан ташкари эктопик хомиладорлик кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошка гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак кон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон буйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юкори. КОК препаратлари жинсий алока оркали юкадиган касалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини кабул килиш тухталишидан сунг, келгусида ойда ановуляция кузатилиши мумкин, даволашга мухтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Хомиладорлик бошланишида истеъмол килган такдирда хомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш кулай хисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташкари уларнинг даволаш унуми юкори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяклар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Катта ёшли аёллар куллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини куллашда абсолют қаршии курсатмалар

- *хомиладорлик;*
- *тромбоэмболия;*
- *гормонал усмалар;*
- *жигар функцияси бузилишининг тугма нуксонлари;*
- *жадаллашган жигар касалликлари;*
- *гиперлипотеинемия;*
- *мия – томир касалликлари;*
- *миокард инфаркти (анамнезида);*
- *юракнинг ишемик касаллиги.*

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- *хомиладорлик;*
- *мигрень;*
- *куккидан қуриш фаолиятининг бузилиши;*
- *утқир тромбоэмболик асоратлар;*
- *сариклик ва утқир жигар касалликлари;*
- *артериал қон босимининг ошиши;*
- *узок давом этган иммобилизация;*
- *режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;*
- *жадал тана вазнининг ошиши;*
- *овоз тонининг узғариши;*
- *бачадон миомасининг катталашиши.*

Таркибида фақат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган бўлиб, бошқа орган системаларга нону таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан қабул қилиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон бўйни шиллигига таъсир қилиб, уни қуюқлигини оширади ва спертазоидни утишига тусқинлик қилади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён бўлиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узғаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея қақиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд бўлиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан қуйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алоқадан сунг, ҳомиладорлик юзага қелиши муаммоларини ечимини ечади. Посткоитал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узғаришлар десинхронизияси юзага қелиши ҳисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ қуйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алоқадан сунг 1 соат ичида қулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортик қуллаш манн этилади, кон кетиш хавфи қучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюқ ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биodeградантли имплантантлар, таркибида капронор (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;
- кин халкаси, левоноргестрел, норэтиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вактидан олдинги лютеолиз.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИ (Спираллар)

Бачадон ичи контрацепция усулини одамлар қадимдан билишади. бачадон ичи воситаларини ишлатилганлигини қадимий Грециянинг буюқ врачлари Гиппократ ишларида ҳам учратиш мумкин. Уша вақтларда ҳам контрацепция мақсадида бачадон ичига металдан ясалган зангламайдиган спираллар ва метал пластинкалар қуйиш бошланган, улар (олтиндан ва платинадан) булган. Бу усуллар уша пайтларда жуда қалтис булиб, бачадонда турли хил асоратлар хаттоки, унинг бутунлигини булишигача олиб келган.

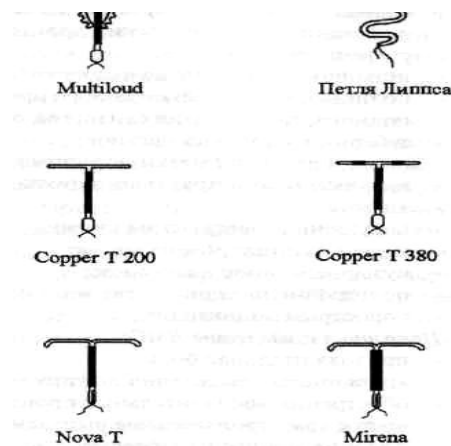
Утган асрда гинекологлар фикрига бачадон ичи воситалардан фойдаланиш келди. 1909 йилда немис гинекологи Рихтер томонидан контрацепция мақсадида бачадон ичига ипак иплаган боғланган айлана шаклдаги контрацепция воситаси қуйиш тавсия қилинди. 20 йилдан сунг, 1930 йилда немис гинекологи Грефенберг айлана шаклдаги контрацепция воситасига биров узгартириш қилиб кумуш ва мисдан фойдаланди. Бу

контрацепция воситаларини олиш ва куйиш жуда мураккаб ва нокулай булиб, огрик ва кон кетишларга сабаб булган. 60 йилларга келиб тиббиёт амалиётида инерт,эгиловча жуда кулай полиэтилен БИВ кулланила бошлади.Бу бачадон ичи воситалари калин булмаган, енгил шаклларда булиб хайз цикли вақтида кон кетишига ҳам халакит бермаган,енгил олинган.

Хозирги вақтга келиб бачалон ичи воситаларининг 50 га яқин турлари бор. Улар хаммаси 2 типга булинади:

Нейтрал (немедикаментозе) - кимёвий инерт, сурилиб кетмайдиган полиэтилен воситалардан тайёрланади.

Медикаментоз- кумуш, мис, олтин,прогестеронли булар узидан доим кимёвий актив маддалар ажратади. Охирги вақтларда организмга ёмон таъсир килмайдиган бачадон ичи воситалари ишлаб чиқарилди. ВОЗ маълумотига кура дунёда 100 миллиондан ортик бола куриш ёшидаги аёллар бачадон ичи воситаларидан фойдаланади. ВОЗ маълумотига кура бачадон ичи воситаларидан фойдаланиш 98,3% етди.



БИВ турлари

Петля Липпса — нейтраль шаклдаги бачадон ичи воситаси булиб, унинг ихтирочиси - Jack Lippes (1962 г

Copper-T — хозирги вақтда энг куп таркалган бачадон ичи воситаси.

NovaT

Multiloud-375, Multiloud-250

Mirena — левоноргестролли бачадон ичи воситаси («Levonova»-гарб мамлакатларда сотувдаги номи). Бу БИВ Т-шаклда булиб («Nova T») ни эслатади, узида гармон саклайди. Суткада 20мкг левоноргестрол ажратади. Бу контрацептив воситадан фойдаланишдан максад, хайз цикли вақтида кам кон кетишга эришишдир. Контрацептив эффекти 5 йилгача. Индекс Перла 0,1 беш йилда.

Контрацептив воситаларнинг таъсир механизми охиригача урганилмаган. Бачадон ичи воситалари тугрисида куйидаги гипотезалар мавжуд булиб куйидагича таъсир килади:

- *сперматозоидларга* — *Киндан фоллопий найига сперматозоидлар утишини тормозлаб куяди;*
- уругланган тухум хужайрага- уругланган тухум хужайрани фоллопий найидан бачадонга утишини тезлаштиради;
- *фертилизация* — *тухум хужайрани уругланишини тормозлаб куяди;*
- *имплантация* — *бластациитларнинг халок булишини чакиради ёки ёт жисмларга реакция куринишидаги ялигланиш жараёнларнинг ривожланиш натижасида инплантацияга тускинлик килади;* Бачадон ичи воситаси механик таъсир курсатиб, эндометрийни ташлашига олиб келиш йули оркали бластациитларни имплантация булишга куймайди; уша жойдаги простагландинлар хосил булишини кучайтиради; эндометрийда пролифератив-секретор процессларни кучайтиради;
- *эндометрий* — карбоногидраза ва ишкорли фосфотаза фаоллигини камайтиради бу мис ва рух уртасидаги карши реакция билан тушунтирилади. Мис эндомиоцитлар оркали эстроген гормонларининг ютулишини ва миометрий ички хужайраларида эстрогенлар хосил булишиш реакциясини тухтатиб туради. Таркибида прогестерон ва левоноргестрол сакловчи БИВлардан узок вақт фойдаланилган тақдирда эндомерий атрофиясига олиб келади.

Спиралларнинг контрацептив таъсири, уларнинг улчамлари ва эндометрий юзаси билан алоқаси ҳажмининг катталашishi оркали ошади.

БИСга карама – қарши курсатмалар:

- аёл жинсий органларининг яллигланиш касалликлари;
- инфекцион-токсик процесслар, юкори хароратнинг кушилиб келиши;
- истмико-цервикал етишмовчилик;
- полиплар, лейкоплакия ва бачадон буйни эрозияси, бачадон шиллик кавти гиперплазияси;
 - жинсий аъзолар туберкулези;
 - бачадон ичи снехиялар;
 - хайз циклининг бузилиши;
 - анемия;
 - кон ивиш системасининг бузилиши;
 - куп таркалган бачадон миомаси;
 - анамнезида елбугоз булиши;
 - жинсий ороганларда ёмон сифатли усмага шубха килинганда;
 - уткир ости эндокардитларда.

БИБ ни олиб ташлашга курсатма:

- давомий огриклар;
- мено- ёки метроррагия курунишидаги кон кетишлар;
- жинсий органлар яллигланиш касалликлари кайталанганда;
- БИВни тез-тез уз- узидан тушиши;
- аёлнинг хомиладор булишга хохиши булганда;
- БИВ ишлатитилаш муддати тугаганда.

Асоратлари

- кон кетиш, консимон ажралмалар келиши ва анемия;
- огриклар (бачадондан ташкари хомиладорлик ташхисидан ташкари);
- БИВ экспульсияси— тулик ёки нотулик 2-8% холларда (характерланади огрикларнинг булиши, консимон ажралмалар);
- Жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари (эндомиометрит, аднексит, пельвиоперитонит.) —1,5 дан 10%гача;
- бачадон перфорацияси ва бачадон буйни перфорацияси- 0,04 дан 1,2%гача.

Презервативлар

Илгарилари аёллар ва эркаклар хомиладор булмаслик учун турли хил механик воситаларда фойдаланиб келишган. Лекин христиан динининг таркалиши натижасида химоянинг бу усули унутилди ва факатгина 16 асрга келиб таникли италян шифокори ва анатомии Габриэл Фаллопий томонидан кашф этилди. У уша вақтда Европа буйлаб вабо эпидемияси сингари тез таркалиб бораётган сифилис қарши ишончли химоя воситасини ахтарди. Уша вақтда Фаллопий жинсий алоқа вақтида махсус дори воситаси билан хулланган мато қопчасини олатга қийишни таклиф қилди. Вақт утиши билан Фаллопийнинг мато қопчалари такомиллаштирилиб борилди. Францияда уларни қуйларнинг ингичка ичагидан тайёрлаб Европанинг турли мамлакатларига экспорт қилишни бошлашди. 1840 йилдан вулканизацияланган резина кашф этилгандан сунг синтетик материаллардан презервативлар ишлаб чиқариш жадаллашди.

Ундан фойдаланиш жуда оддий ва сперманинг кин ва бачадонга тушишини олдини олади. Аммо айниқса ёш малалакасиз жуфтликларда презервативдан фойдаланишда хатоликлар руй беради. «Контрацептив ноомадлар» курсаткичи 3% дан 10 %гача булади. Аммо презервативдан бош тортишлар фоизи нисбатан юқорилигига қарамай, презерватив айниқса доимий жинсий шерик булмаган тақдирда ёки жинсий шериклар тез-тез алмаштирилганда тавсия этилади. Презервативлар исталмаган хомиладорликдан сақлабгина қолмай, балки улар жинсий алоқа орқали утадиган касалликлар (оддий герпес, одам папилломовируси, гонорея, трихомониаз, гепатита В, сифилис, хламидиоз) шунингдек ВИЧнинг таркалиши олдиниолади. Бундан ташқари айтиш жоизки презервативлар нисбатан қиммат булмаган ва тез топиладиган кантрацептивлардир.

Бундан ташқари презервативлар қуйидаги холларда ишлатилади:

- Эрекцияни саклаш учун;
- иммунологик бепуштликни даволашда (кинга тегишли антегенларни тушишини олдини олади);
- жуда кам холларда спермага нисбатан аллергия холларни олдини олиш учун;
- интраэпителиал усма ривожланишни олдини олиши мумкин.

Презервативни куллашга қарши курсатма йук, жинсий органларнинг резинага булган сезгирлигини ҳисобга олмаганда.

Японияда презервативдан фойдаланиш эр-хотнлар уртасида 43%ни, Америкада бу курсаткич 10%ни ташкил қилади

Охирги вақтларда аёллар презервативлари купрок ишлатилаёпти АКШда улар «Reality», Канада ҳамда Европада «Femidom» номи остида кулланилади. Жинсий алоқа вақтида инфекцияланишни олдини олиш имкони аёллар презервативларида эркаклар презервативларига нисбатан камрок.

Барьерли уруғланишга қарши барьерли воситалар ва спермицидлар

Контрацептивларнинг бу гуруҳига бачадон бушлигига сперматозоидлар тушишининг олдини олувчи мосламалар қиради. Хомиладорликнинг олдини олиш барьер усуллари орасида кимёвий мода спермицидлар кенг тарқалган, қайсики сперматозоидларни кинда, улар жинсий йулларининг юқори бўлинмаларига утишга улгурмасидан фаолликдан тухтатади. Сперматозоидларни йукотадиган препаратларни куллаш тарихи узок тарихга бориб тақалади.

Дастлабки спермасидлар таркибига хина ва какао мойи қиради. 20 – асрнинг 50- йилларида спермицид воситалари сифатида грамицидин пастаси ва ацетилпиридинитхлоридли паста, трацептин, лютенурин, галоскорбин таблеткалари қабилар кенг тарқалди. Бу препаратларнинг ижобий таъсири юқори эмас, контрацептив ноомадлар 15%га етади.

Замонавий спермецидлар икки компонент- бевосита сперматозоидларга таъсир этувчи кимёвий мода ва ташувчилардан ташкил топган. Фаол ингредиент сифатида нон-оксинол-9 (Концептрон, Делфен, Патентекс), октоксилон (Кромекс, Орто-Гинол), дан фойдаланилади. Фаол компонентдан ташқари спермицидлар ташувчилар билан фаркланади. Спермицид модалари думалок, крем, желе, шамча, купик ёки купикладиган

таблетка ва шамчалар ҳамда кин сургчлари шаклида булади. Перла индекси турли авторлар курсаткичига караганда 3 дан 7 гача булади.

Спермицидларни ишлатишга тавсиялар:

- Бошка контрацептив воситаларга карши курсатма булганида;
- доимий булмаган жинсий алокалар;
- спирал алмаштириш вақтида;
- эмизиклик даврда;
- аёл жуда кам жинсий алокада булса куллаши мумкин;
- аёл 40 ёшдан утган булса;
- жуда ёш кизлар;
- жинсий йуллар оркали юкадиган касалликлар билан заррарланганда.

Кулланишга карши курсатмалар: жинсий аъзолар яллигланиш процессларида; гипертрофия ва бачадон буйни эрозияларида, кин ва бачадон осилиши ва тушишида, жинсий аъзоларда кичишишлар булганда, спермицид компонентларига аллергик реакциялар булганда. Хайз цикли бузилганда тавсия килинмайди.

Контрацепциянинг табиий усуллари

Бу усуллар анъанавий усуллар сирасига кириб, аёллар физиологик стерил булганда ҳамда жинсий алока вақтида химоя воситаларисиз ҳам хомиладорлик содир булмаганда кулланилади.

Контрацепция физиологик усулининг асосий мазмуни овуляциядан олдинги кунларда жинсий алокалардан сакланиш ёки бу даврда бошка сакланиш воситаларининг кулланилишидан иборат. Бу усулнинг нокулайлиги овуляция вақтини аник белгилаш кийинлигидадир. Буниг учун турт хил: календар, цервикал, хароратли, симптотермал усуллардан кулланилиш тавсия этилади.

Усул афзалликлари:

- сезиларли даражада ножуя таъсирга эга эмас

- тугулишни олдини олишнинг бошқа усуллари рад этувчи жуфтликларга мос келади,

- католик черков томонидан маъқулланган ягона усул.

Камчиликлари:

- жинсий шериклар вақтинчалик абстиненцияга риоя қилишлари мумкин,

- диққат билан урганишни талаб қилади,

- белгилари ва сиптомлари туртли аёлларда ва бошқа–бошқа циклларда турли хил,

- хомиладор булиш частотаси, контрацепсиянинг бошқа усуллари қуллашга караганда юкорирок.

Жаррохлик стерилизацияси

Купгина 30-35 ёшгача булган оилалар хохишлари буйича болали булган булишади , лекин аёл 47-45 ёшгача,эркаклар эса ундан хам узокрок бола куриш кобиятини йукотмайди, шундай қилиб эр-хотинлар узок вақт давомида контрацепциянинг самарали усулини қуллашлари лозим. Табиийки, бундай холларда купгина оилалар хомиладорликни олдини олувчи энг самарали усулларида бири булган жаррохлик стерилизациясини танлашади .

Айни вақтда ихтиёрий жаррохлик стерилизацияси — оилани режалаштиришда кенг тарқалган кунгилли усул булиб хисобланади. Бу метод тарқалганлигини қуйидаги рақамларда қуришимиз мумкин.

Жаррохлик стерилизацияси қулланилган аёллар проценти давлатлар мисолида, масалан:

хитойда	30,
АҚШда	17,
Бразилияда	27,
Буюк Британияда	14,

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган эркаклар проценти давлатлар мисолида, масалан:

Хитойда	9,
АКШ	11,
Буюк Британияда	14.

Шуни хисобга олиш керакки жаррохлик стерилизацияси бу кайтмас процесс булиб, бу хакида эр- хотинларга купрок маълумот бериш керак. Найлар стерилизацияси тугрукдан кейин, кесар кесиш операцияси вактида ёки трансвагинал, лапароскоп ёрдамида килиш мумукин. Асосий мазмун бачадон найларига клемм куйиш, боглаш, кесиш ёки маълум бир кисмини олиб ташлашдан иборат. Вазеэктомия- эркалик уругини келишини блокада кидиш максадида уруг чикариш каналчаларини боглашдан иборат булиб, амблатор шароитда огриксизлантириш оркали утказилади.

Жинсий алокани узиш

Жинсий алокани узиш (coitus interruptus) контрацепциянинг кенг таркалган традицион усуллардан бири булиб купчилик мамлакатларда эр- хотин уртасида куп кулланилади. Мисол учун Туркия ва Польшада турмушга чикган аёллар уртасида 30%ни, Италияда 29%, Францияда 17% ташкил килади. Украинада бу метод 15% дан 20%гача таркалган. Бу методнинг мазмун максади жинсий олака вактида эукулят аёл жинсий органига тукилмайди. Бу методнинг контрацептив курсаткичи унчалик хам юкори эмас 16-18%гача етади. Шуни такаидлаб утиш жоизки эякуляциягача оз микдорда булсада суюк кисми ажралади (секрет, купер безлари ажралмалари ёки ташкисийдик йули) қачонким сперматозоидлар эякулятнинг охирги кисми хисобланади. Кайта жинсий алока булганда хомиладор булиш эхтимоли ошади. Айни вақтда бу контрацептив усул эркаклар томонидан узини контрол килиш талаб килади, уз навбатида бу усулдан аёллар унчалик хам коникмайди.

Хозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соғлигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тадбирлар тугрисида» ги

фармони эълон килинган. Она ва бола соглигин муҳофаза этиш, ҳар қайси вилоят маркази ва ката шаҳарларда соғлом болаларнинг туғулиши ва соғлом болани тарбиялаш учун зарур бўлган шароитларни яратувчи перинатал ва скринг марказларини ташкил қилиш ишларини янада такомиллаштириш ва самарадорлигини ошириш мақсадида. Мазкур дастурга асосан ҳар қайси вилоят, туман ва аҳоли пунктларида курсатилган чора-тадбирлар дастури қайта ишлаб чиқиши ва амалда қўлланилиши бошланди ва уларни шакл-шубҳасиз бажарилиши устидан тизимли назорат таъминланди. Бу масалаларни амалда оширишда Халқ таълими вазирлиги, Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълими вазирлиги, вилоят, шаҳар ва туманлардаги Ўзбекистон хотин-қизлар кумиталари, «Соғлом авлод учун» ва «Маҳалла» жамғармалари ҳамкорлигида Соғликни Саклаш вазирлиги жалб қилинган.

Аҳоли репродуктив саломатлигини, она ва бола соглиги муҳофазасини, соғлом авлод туғилиши ва тарбияланишини бутун Республика миқёсида яхшилашда катта ижобий ишлар билан бир қаторда, раҳбарлар томонидан бу борада жиддий камчиликлар содир этилди ва бу ишга етарлича эътибор берилмади. Аҳолии репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш соғлом бола туғилиши жисмонан ва руҳан етук авлодни шаклланиши борасида олиб борилаётган ишларнинг самарадорлигини ошириш ва ривожлантириш мақсадида Давлат комиссияси ташкил қилинди.

Шу муносабат билан Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соглигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қўшимча чора-тадбирлар тугрисида» ги фармони чиқарилди. Аҳоли уртасида бу борадаги тушунчаларини ошириш учун тушунтириш ишларини олиб бориш мақсадида чиқарилди.

Оммавий ахборот воситаларида контрацепция ҳамда соғлом оилани шакллантириш масалалари аҳолии онгига «Соғлом она-соғлом бола» принципларини етказиш мақсадида кенг ёритилмоқда.

Мавзу № 92: “Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм.

	2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулотини мақсади:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Гинекология фанининг ривожланиш тарихи.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Гинекология фанининг ривожланиш тарихи. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, организатор.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; муваффақиятларни ўқувчиларга таълим бериш; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал организмларини ишлаш тартибини тушунилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўрсаткичларни қўлдан келтириш (тест ва вазирлик масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсаткичлар ва тушунириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№92 мотивация. (Мавзу баёни) Хомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Бачадондан ташқари хомиладорлик.

Эктопик хомиладорлик

Эктопик хомиладорлик - бу бачадондан ташқари, купинча фаллопий найларидаги хомиладорлик. Эктопик хомиладорлик қачонки урунган зигота бачадонига етиб келмасдан бошқа жойда купинча фаллопий найларининг айрим қисмларида имплантация бўлганда юзага келади. Эктопик хомиладорлик учун хавфли омиллар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Анамнезида бачадон найларидаги операциялар шу жумладан бачадон найларини боғлаш ва ёки уларни боғлашдан кейин реаностомоз
- Контрацепция - БИС
- Анамнезида илгари ҳам эктопик хомиладорлик бўлганлиги. Дастлаб эктопик хомиладорлик бачадон ичи хомиладорлигидан фарқ қилмайди.

Беморда аменорея бўлиши мумкин, у ўзини хомиладор деб ҳис қилиши мумкин ва хомиладорликка тестлар позитив бўлади. Лекин кейинчалик хомиладорлик найларининг чузилиши ва қон томирлар эрозияланиши оқибатида тухтайди.

Шу вақтдан бошлаб плацента ва сарик тана сусая бошлайди ва гармонлар микдори тушади. Шу вақтгача сарик тана прогестерони ёрдамида сакланиб турган децидуа эндометрияси суна боради ва қон кетиш бошланади. Децидуа битта катта булак шаклида чиқади.

Плацента ишлаб чиқарадиган ХГ бу вақтда ўзгармайди ёки пасаяди. Хомиладорлик най девори орқали ва яқинда жойлашган қон томирлари

оркали инвазияланиши мумкин, корин ичи кон кетиши келиб чикиши мумкин, ёки кон кетиши профуз кам микдорда булиши мумкин.

Эктопик хомиладорликнинг бир неча хил вариациялари мавжуд. Буларга уз - узидан регрессия, най охирида аборт, сурункали гематома шаклланиши, хаттоки уругланган тухум хужайранинг бошка жойга реимплантация натижасида абдоминал хомидорлик юзага келиши мумкин.

Белгилари ва симптомлари.

Огрик ва вагинал кон кетиш эктопик хомиладорликнинг узига хос белгилари ва симптомлари. Огрик карийб универсал, асосан коринни пастки кисмида ва купрок жарохат жойлашган томонда. Кон кетиши хам тез-тез киска аменорея давридан кейин келиб чиқади. Вагинал бачадон ортикларини катталашганини, огриклилигини аниклаш мумкин.



Айрим холларда бу картинани нормал бачадон хомиладорлиги юмшок сарик танаси билан чалкаштириш мумкин. Корин ичига кон куюлиши натижасида гемоперитонит белгилари, шок, гипотензия белгилари келиб чикиши мумкин.

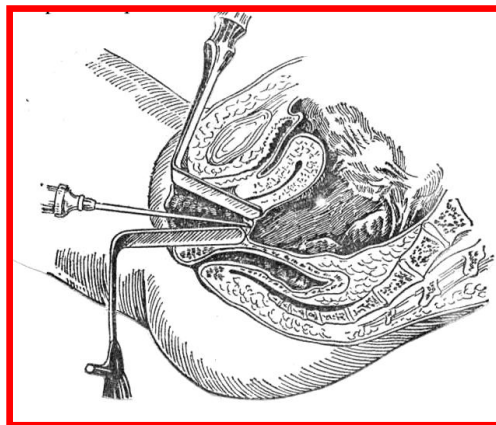
Диагностика.

Лаборатор тестлар ахамиятли булиши мумкин: Нв, Нт пасайиши кон зардобида ХГ пасайиши бачадондан ташкари хомиладорлик тухтагани, ошиши эса ривожланувчи бачадондан ташкари хомиладорликдан далолат беради. Диагностика УЗИ жуда фойдали, трансвагинал сканерлаш

трансабдоминалга нисбатан катта диагностик ахамиятга эга. Яна бир диагностик тест -кульдоцентез. Бунда орка девор пункция килиниб, пунктат характери аникланади. Пунктатда Нt курсаткичи 15% дан куплиги актив интраперитониал кон кетишидан далолат беради.

Диагностика лапароскопия олтин стандарт булиб хисобланади ва айникса, корин ичига кон кетишга гумон килинганда мухим ахамиятга эга ва бир вактнинг учуда хирургик коррекция килиш мумкин.

ОРКА ГУМБАЗ ПУНКЦИЯСИ



Даволаш.

Хозирги кунда эктопик хомиладорликда куйидаги даво режасида фойдаланилади:

- Кутиш
- Медикоментоз
- Абдоминал хирургик
- Лапароскопик

Най хомиладорлиги булган купчилик аёлларда лапароскопик хирургик энг самарали хисобланади. Кутиш ёки медикаментоз даво куйидаги критерийлар буйича сараланган гемодинамик стабил аёлларда кулланилади:

- Огриклар ва кон кетиш минимал
- Пациент кузатиш учун ишончли
- Най ёрилиши учун асоснинг йуклиги
- ХГ микдори минг ЕД/мл булиши ёки уни тушиши

- Эктопик ёки ортик массаси 3 см дан кичик ёки аникланмайди
- Эмбрион юрак уриши йуклиги

Качонки хомиладорликнинг аник локализациясининг аниклаш иложи булмаса, кутиш тактикасини кулланилади.

Кюретаж ва бачадон буйни дилатацияси - бу бузилган эктопик хомиладорликни ташлашни ажратувчи ягона тестдир. Бу инвазив тест кулланилиши мумкин ёки клиник шароит канча талаб килса шунча кечиктириш мумкин.

Метотрексат - фолат кислота антагонисти билан медикаментоз терапия тугри ажратилган пациентлар учун макбул йулдир.

Пациентларни ажратиш метотрексат терапияси самарадорлигининг мухим элементи.

Ишлатиладиган критериялар йигиндиси:

- Стабил хаётий, белгилар ва симптоматология даражаси паст.
- Метотрексат терапияга карши курсатмалар йуклиги (нормал жигар ферментлари ва тромбоцитлар микдори)
- Бузилмаган эктопик хомиладорлик
- Эмбрион юрак фаолияти йуклиги
- Эктопик масса 4 см ёки ундан кичик
- ХГ микдори 5000 мл ЕД/мл дан тушиши

Бир марталик дозаланган мушак орасига киритиш асосан 1 мг/кг хисобидан хисобланади. Зардобда ХГ ни аниклаш даволашнинг 4- 7 кунида утказилади ва ксйинчалик хар хафта то унинг микдори 5 мл ЕД/мл булгунча аникланади ва 3- 4 хафтани уз ичига олиши мумкин. Зардобда прогестерон ХГ' билан бирга аникланади ва унинг 1,5 мг/мл гача пасайиши ижобий якун сифатида кабул килинади. Ва бу 2-3 хафта орасида юзага келади.

Э. Х. да метотрексат билан медикаментоз даволашнинг схемаси

Даво суткалари	Даволаш ва диагностик тадбирлар
0	Коннинг умумий тахлили, тромбоцитлар, АСТ, креатиннинг, кон гурухи ва резус факторини аниклаш.
1	Метотрексат 50 мг/м ² мушак орасига (1 мг/кг)
2-3	Кузатув
4	ХГ
7	ХГ – агар ХГ микдори 4-кундаги микдоридан 15 % га камайган булса, метотрексат уша доза берилади.
	Агар ХГ микдори 15% дан купрок камйс, хафта аро анализ утказилади ХГ йуколгунча (4 хафта). Даво бошлангандан 4 хафта сунг УТТ кайтарилади

Хирургик даво - узок йиллар давомида эктопик хомиладорликни даволашнинг асоси булиб келмокда. Унинг узи консерватив ва экстерпативга булинади. Консервативда най саклаб қолинади, экстерпативда эса най олиб ташланади. Бунинг узи лапаротомия ва лапароскопия ёрдамида. қилинади ва пациент, оператор тажрибаси, маҳаллий стандартлар ва имкониятлардан келиб чикилади. Хирургик даво зарурлигини курсатувчи критерийлар куйидагилар:

- Пациент ностабил ҳаётӣ белгилар ёки ички кон кетиш белгилари
- Ишончсиз назорат
- Метотрексат терапиясига қандайдир қарши курсатма

Хирургик операция ҳажми зарарланган бачадон найини олиб ташлаш ёки уни хомиладорликдан холи қилгандан кейин пластик операция булиши мумкин.

Кон кетиш хажми ва шокни огирлик даражасига караб шокга карши чоратадбирлар ва тезда ОЦК ни тулдириш керак.

Мавзу № 93: “Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш - ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбуғоз, хорионэпителиома. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат,

	таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали куроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№93 мотивация. (Мавзу баёни) Ҳомиладорлик I ярмида қон кетишлар. Елбугоз, хорионэпителиома.

Трофобластик касаллик.

Гестацион трофобластик касаллик ёки елбугоз 3 та асосий формаси бор:

- Тулик елбугоз
- Кисман елбугоз
- Рецидивловчи елбугоз ва ривожланиб метастатик хорионэпителиомага айланиши мумкин.

Бу хомиладорликнинг 1- триместрида кон кетиш сабаби сифатида кам учрайди ва бошқа сабаб тасдиқланмаган холда диф.диагноз максатида куриб чиқилади. Тулик елбугоз хомила йук ва плацентар пролиферациядан иборат плацента ворсинкалари шишган ва узум шингилини эслатади. Тулик елбугозларнинг купчилиги 46 XX хромасома тулламига эга ва ота томонидан утади. Купинча 2 та фактор трофобластик касалликка мўйиллик қилади:

- Репродуктив ҳаётнинг охирида хомиладорлик (40 - 45 ёшдан юқори)
- Анамнезида елбугоз булиши

Клиник намоён булиши:

- I ёки эрта II триместрларда вагинал кон кетиш. Узум шингилини эслатувчи пуфакчалар қачонки хомиладорлик II триместрга утганида ажралади.
- ХГ микдори гестация муддатига мос микдордан юқори
- Бачадон гестацион муддатга нисбатан катта
- Тухтатиб булмайдиган кайт қилиш, гипертензия эрга гестацион муддатдаги хомиладорлик оқибатида келиб чиқади.

- Тека-лютеин кислоталари натижасида тухумдон катталашиши

Диагностика юқоридаги белгиларга асосланади. Эрта диагностика учун юқори гумон курсаткичи булиши керак. УЗИ диагностиканинг асосий стандарти ҳисобламади. Унда бачадон ичида хомила йуклиги ва куплаб пуфакли бушликлар қуринади. Купинча катталашган кистоз тухумдон аникланади.

Даволаш.

Бачадон бушлигидан елбугоз элементларни дархол эвакуация қилиш ва кейин 6 ой давомида ХГ серияли мониторинги утказиш.

Агар ХГ узгармаса ёки ошса рецидивга гумон қилиш мумкин ва метотрексат билан химия терапия ни бошлаш керак. Тека-лютеин овариал кисталар даволашни талаб этмайди ва пуфак туқимасини эвакуация қилгандан кейин сурилиб кетади. Елбугоз булган аёлларнинг тахминан 20% да рецидив учрайди ва миометрийга ушиб қириш ёки агрессив метастатик формаларида булиши мумкин.

Елбугозни бартараф этгандан сунг беморларни олиб бориш тактикаси.

Елбугозни бартараф этгандан сунг метостазлар инвазив елбугоз ва хорионэпителиома ривожланиши олдини олиш мақсадида стационар шароитида профилактик химиятерапия курси утказиш мақсадга мувофиқ.

Бу химиятерапияга курсатмалар:

1. Хорион эпителий яккол пролифсрацияси ва анаплазияси
2. Елбугозни бартараф этгандан сунг ХГ титри прогрессив пасайиши кузатилмаслиги.
3. ХГни динамикада аниклаш учун имконият булмаслиги: чет жойда яшаш тиббиёт муассаси йуклиги.

Профилактик химиятерапия мақсадида кулланилади:

1. Метотрексат курс даво учун 120 мг интенсив (узлуксиз) ёки узлукли усулда. Интенсив усулда 20 мг дан хар кун 6 кун давомида, узлуклида 20 мл дан хар 2-3 кунда хаммаси 6 марта.

2. Актимидин «Д» вена ичига 120 мг/кг даво куни 5 кун.

Бемор 1 нинг диспансер назорати 2 йил давомида олиб борилади. Хар гал бемор келганда умумий куздан кечириш, гениталий, сут безларини куздан кечириш ва сургичлардан ажралмаларни текшириш, сийдикда ХГ ни аниклаш. Гениталийни куздан кечирганда ажратма характерини кин ва бачадон буйини шиллик кавати рангига, бачадон буйини ва танаси консистенциясига, бачадон ва тухумдонлар улчамига эътибор бериш керак. Диспансер назоратидаги беморларни текшириш муддати елбугозни бартараф этгандан сунг 2, 4, 6, 8, 12 хафта, сунг 1 йил давомида ойига бир марта, кейин эса 3 ойда бир марта.

Елбугоздан кейин келиб чиқиши мумкин булган хорионэпителиома симптомлари.

1. ХГ га мусбат реакцияларнинг узок персистенцияси ёки бундан хам ёмон манфий реакциялардан сунг яна кайта мусбат реакция келиб чиқиши.

2. Киришдан кейин давом этадиган ёки бир муддат танаффусидан кейин келиб чикадиган хар хил интенсивликдаги окетишлар.

3. Бачадон субинвалюцияси.

4. Елбугоз бартараф этилгандан сунг эмбрион элементлари сакланиб қолиши ва лютеин кисталари ривожланиши.

Ривожланаётган хорионэпителиомага гумон килинганда:

1. ХГ микдорини аниклаш.

2. Метастазларни аниклаш мақсадида кукрак кафаси рентгенографияси.

3. Бачадон бушлигини диагностик кириш ва олинган туқимани гистологик текшириш. Хорионэпителиома гистологик инкор килинганда, лекин мусбат реакцияда уларни хар 10-15 кунда такрорлаш керак.

Мусбат натижалар олинганда ёки ХГ титри ошганда - лапаротомия, чунки бундай ҳолларда хорионэпителиомани интерстициал ёки субсероз локализациясини инкор қилиб бўлмайди.

Диспансер назорати давомида беморларга ҳомиладорликдан сакланиш тавсия этилади. Шу давр мобайнида ҳомиладорлик юзага келса, қайнатилган сийдик, билан ХГ га реакция, кукрак кафаси рентгенографияси, бачадон улчамларини ҳомиладорлик муддатига мос қилишни кузатиш утқазилиши керак. Тугрукда қон қетиш профилактикаси қайта қисман елбугозни инкор қилиш учун қуздан қечириш, тугрук яхши утганда диспансер беморлар назоратдан олинади.

Қасаллик прогнози.

Елбугозни бартараф этгандан сунг қуйидаги клиник белгилар прогностик аҳамиятга эга:

- Қасаллик давомийлиги охириги нормал менструация, бачадон улчамлари, қонли ажралмалар пайдо бўлиши, ХГ микдоридан аникланади.

- Прогнозлаш учун муҳим аҳамиятга эга тест-иммунологик реакциялар

- динитрохлорбензол билан проба ва розетка ҳосил бўлиш реакцияси ҳисобланади.

Адабиётларда бемор ва турмуш уртоғи қон гуруҳи А-0 ва 0-А бўлса ёмон оқибатга олиб қелади деган фикрлар бор.

Елбугозда улим 10%-12% улим кон кетишдан, септик асоратлардан ва хорион эпителиомадан юзага келада.

Кузатиш натижалари.

Ёмон сифатлига утиши 5-15% гача Кайта елбугоз 5,5% гача Бепуштлик 33%

Рецидив частотаси. 1-2% булишига карамасдан купчилик пациентлар хомиладор булиши ва хомилани тута олиши мумкин.

1. Ювенил бачадондан кон кетишлари деб – Пубертант ва ёш кизлар бачадонидан ациклик кон кетишига айтилади.

2. ЮБК га жинсий етилиш даврида тез-тез гинекологик касалликлар билан касалланиш киради, у 4% - 10% ни ташкил этади.

Ю.А.Круно-Большовой маълумотларига биноан 23.8% кизларда балогатга етиш даврида менструал циклининг турли хил бузилишлари, ювиниш, бачадондан кон кетиш гинекологик касалликлар ичида 15% ни ташкил килади.

3. Этиологиясида сурункали ва ўткир инфекцион касалликлар муҳим роль ўйнайди. Балогатга етиш даврида бу касалликлар менструал цикли регуляция килувчи гипоталамиз структура функциясини бузади. ЮБК нинг ўзагида гипоталамо-гипофизалар системанинг функцияси бузилиши ётади.

Пубертант ёшида гипоталомуснинг гипофизалар структурасининг ривожланмаслиги.

4. Клиник асосида анемияга олиб келувчи узок муддатли, ациклик кон кетиш (7 кундан ортик) характерлидир.

Кўпинча узок муддатли хайз кўрмасликдан кейинги кон кетишлар. Кон кетишлар чўзилган бир неча ҳафтагача давом этадиган бўлади.

5. Киёсий таъхис ЮКБ ни Верльгоф касаллиги билан килиш зарур.

Бу паталогия тугма характерда бўлиб, у ремиссия ва чўзиш даврлари билан кечади. Вельгоф билан огриган кизчалар ёшлигиданок парува жарохатларда конталашларнинг бўлиши, бурнидан тез-тез кон окиб туриши кузатилади. Бемор терисида кўпгина кон куйилишлар ва петихиялар бўлади. Диагноз кон тахлили асосида куйилади, тронбоцити микдори намоёйиши, $10/9$ г/м дан кам,

кон ивишнинг муддатининг чўзилиши ва тренбопения тронбоцитар функционал етишмовчилиги.

Пубертат даврда бачадондан кон кетиш тухумда турли хил синдромлар бўлиши мумкин.

Тухумларнинг поликистоз синдроми бор кизларда ЮКБ да учраймайдиган икки томонлама тухумлар катталашуви, менорея, гипертрихоз ва семизлик белгилари хакактерлидир.

Юкорида кайд килинган касалликларни, ЮБК ни ёмон сифатли бачадон ва кин хосилалари, гранулёз тўкимаси тухумдан усмалари ва дисгерминома билан дифференцировка килиш зарур.

Жинсий етилиш давридаги ациклик кон кетишларга сабаб бўлган жинсий органлардаги хосилалар ректовагинал текшириш ва эхоскопия билан

ЮБК нинг даволаш 2 га бўлинади: Гемостаз ва профилактика

Гемостаз усули беморнинг умумий ахволи ва кон кетиш даражасига караб белгиланади. Бемор стационарга узок кўп кон кетиш, бош айланиши, А/Б нинг тушиши, 7г/л га ва Нт – 20% (пасайганда) пасайиши билан келганда бачадон кириб, кирмани гистологик текширувга юбориш керак.

Анемия яккол бўлмаган беморларда гормонал гемостаз ўтказилади. Хозирги пайтда гемостаз учун синтетик орал прогестинлар, нонлон, ановлар ва б. Препаратлар 4 таблеткадан кунига 3-4 махал тавсия этилади. Гемостаз 1-2 кунга амалга оширилади, шундан кейин препарат дозаси аста-секин кунига 1 таблеткага камайтирилади. Синтетик прогестинларни умумий кабул килиш давомийлиги 21 кун.

Гемостаз билан биргаликда актив антианемик ва утеротоник терапия олиб борилади. гормонал препаратларни кабул килиш тугаганидан 2-3 кун кейин менструал сифатидаги реакция бошланади. Бу пайтда кон кетишини назорат килиб бориш, рутин, кальций глюконат, котарин хлорид тавсия этилади.

ЮМК ни даволашнинг иккинчи боскичи кайталанишнинг профилактикаси хисобланади. 3-4 ой давомида циклнинг 16-25 кунигача эстроген препаратлар ёрдамида тоза истогенларни кўллаш мумкин, циклнинг 16-25 кунлари 5 мг.дан нарколут ёки 17-ОАК нинг 125% ли эритмаси 125 мг. дозада 3-4 ой давомида циклнинг 17-21 кунларда.

ЮМК кайталаниши гормонал профилактикаси билан бирга физик омиллар вит.В₁ ва новокаин билан электрофрез қўлланилади, лазеропунктурлар, игна рефлексотерапия қўлланилиши яхши натижа беради.

7. Худди пубертант ёшдаги қаби, репродуктив ёшдаги ДМК кам 1,5-6 ой давомида минструациянинг тўхташи давридаги кейин аниклик бачадон кон кетишларига киради. Репродуктив ёшда бу бузилишлар, пубертант ёшга нисбатан кам учрайди, чунки менструал циклни бошқарувчи асосий звенолар орасидаги нисбат; гипоталамо-гипофизар система, тухумдон ва бачадон шаклланиб бўлган ва мустахкамланган.

8. Гипоталамо – гипофизор – тухумдон системаси циклик вазифасини бузувчи сабабларга гормонал гемостазнинг бузилиши (абортлар), нейроэндокрин касалликлар, рухий стресслар, генфекция ва интоксикациялар кириши мумкин.

Репродуктив ёшдаги ДМК да тухумдонларда кўпинча фолликулалар персистенцияси кўп микдорда эстроген ишлаб чиқарилиши билан рўй беради. Овуляция бўлмаганлиги сабабли сарик тана ҳосил бўлмайди, натижада прогестерон етишмовчилиги ҳолати юзага келади. Натижада эндометрий пролиферацияси вақти чўзилиб кетади ва гиперпластик жараёнлар ривожланади.

Кон кетиш субтрати бўлиб эндометрийнинг некроз ўчибли гиперплазияланган майдони ҳисобланади.

9. ДМК клиник манзарасида давомий кон кетиш ва беморда бош айланиши, ҳолсизлик, ланжликка сабаб бўлувчи кон кетиш даражасига қараб намоён бўлади.

10. ДМКнинг ташхиси кийинчилик тугдирмайди; яхши тўпланган анализ ташхиснинг энг асосий босқичи бимануал текширувдан сўнг ўтказиладиган бачадонни кириш ҳисобланади. Қирма характери – кўп микдорда ушқосмон охириги аникликни гистологик текширув киритади.

Бачадон ичи патологияларни аниклашнинг энг қимматли усули бачадон экоскопияси ва гистероскопиядир.

Репродуктив ёшдаги ДМК ташхисоти қуйидаги белгиларга асосланади:

- а) Кон кетишнинг аниклик характери;
- б) эндометрийдаги гиперпластик жараёнлар;

в) бепуштлики

г) анамнездаги ювенил кон кетиш.

Функционал – диагностик тестлар ҳам ташхисий ахамиятга эга; “Корачик” симптоми кон кетишгача бўлган вақтда намоён бўлади. Харорат эгри чизиги – монотонли; “Папортник” симптоми кон кетишгача бўлган вақтда аниқ тасвирга эга.

11. Аёлларда ДМКни даволашни даволовчи ташхисий бачадонни кириш билан бошланади, сўнг тухумдон фаолиятини нормаллаштиришга қаратилган терапия бошланиши керак. Бунинг учун 3 ой давомида циклнинг 5-25 кунлари давомида контрацептивлар қўлланилади.

Ўрин босувчи мақсадида (сарик тана гормони миқдори етишмовчилиги) истогенлар тавсия этилади: циклнинг 16-25 кунлари кунига 5 мг.дан Нарколут ёки 3 ой давомида 17 ОПК 125 мг.дан циклнинг 14-25 кунларида. Шу билан бирга антианемик ва умумий қувватловчи терапия олиб борилади. Қайталанувчи гиперпластик жараёни даволаш 6-8 ой давомида олиб борилади.

Атипик гиперплазияни даволаш факат гестогенлар билан амалга оширилади: 2 ой давомида 3 марта ҳафтасига 500 мг.дан 17-ОПК: кейин 2 ой 250мг.дан ҳафтасига 2 марта 6-8 давомида циклнинг 5-25 кунларида 5-10 мг.дан норколут, кейинчалик 3 ой давомида циклнинг 16-25 кунлари қабул қилинади.

Даво натижаси назорати эндометрий биопсияси йўли ва кейинги гистологик текширувлар асосида олиб борилади.

12. 45-55 ёшдаги аёлларда бачадон кон кетишлар гинекологик патологиялар ичида энг кўп учрайди. Бу ёшда бачадон кон кетишлари сабаблари органик ўзгаришлар (миомалар, аденомиоз, аденокарцинома) ва ДМК лар (тухумдон фаолиятининг бузилиши натижасида) бўлиши мумкин. М.А.Акобужян гистероскопия усулида аёллар орасида климатрик кон кетишлар: 18% ҳолда хомиладорликнинг 7-8 ҳафтасида аденомиоз, 20% ҳолларда миома, 24% ҳолда аденомиоз ва миоманинг бирга келиши 10% ҳолатда эндометрийни фиброз ўзгаришлар сабабли, факатгина 28% аёлларда кон кетиш дисфункционал характерга эга бўлганлигини аниқлади. Шу билан бирга 50% аёлларда бачадон ичи патологиялари қирмани гистологик текширув асосида аниқланади.

13. Патологик механизмлар гонадотропинлар циклик ажралиши, фолликула етилиш жараёнида ва уларнинг гормонал фаолияти бузилишига бориб такалади. Сарик тана бутунлиги бузилишидан Лютеин етишмовчилик шаклланади, тухумдонларга – нисбий гиперэстрогенемия ривожланиши ва секрецияси бузилади. Кон кетиш гиперплазияланган эндометрийдан юзага келади.

14. Асосий ташхис усули бачадон бўшлигини кириш ва гистологик текширувга юбориш.

Кон кетиш сабабларининг ёрдамчи ташхиси усули кон кетиш тўхтатилгандан кейин амалга оширилади. Кирилгандан 5-6 кун кейин гистерография аденомиоз субмукоз тугунларни аниклаб бериши мумкин, лекин энг кимматли усул бу – гистероскопия.

Экография – катта бўлмаган миоматоз тугунлар, гиперплазия, аденомиоз ўчикларини ташхисида асосий ахамиятга эга.

15. Даволаш. Оператив давога мутлок кўрсатмалар: а) эндометрий аденокарциномаси;

д) эндометрийнинг атипик ёки аденомотозда гиперплазияси тухумдон катталашуви билан кечиувчи турли локализациядаги миома аденомиоз билан бирга кўшилиб келиши;

д) шиллик остида жойлашган миома тугунлари миома ва аденомиоз билан кўшилиб келиши;

Консерватив давога кўрсатмалар:

h) эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари;

i) эндометрий гиперпластик жараёнларининг миоманинг субсероз тугунлари ва биринчи даражаси, аренамиознинг дифуз. формаси билан кўшилиб келиши. Переменипауза кон кетишининг даволаш тўғрисида кирилгандан кейин рецидивлар профилактикаси учун гестогенлар қўлланилади.

Безли – кистоз гиперплазия бўлган 48 ёшгача аёлларнинг 17-ОПК 125-250 мг.дан кирилгандан сўнг циклнинг 14-17-21 кунлари кейинчалик шу дозада 4-6 ой давом эттирилади. Норколут 4-6 ой давомида 5-10 мг.дан циклнинг 16-25 кунлари тавсия этилади. 48 ёшдан ошган аёлларда менструал функциянинг босувчи терапия қўлланилади. Уларга 6 ой давомида хафтасига икки марта 250 мг.дан 17-ОПК тавсия этилади.

50 ёшдан ошган аёлларга андрогенлар билан даволаш олиб борилади. Омиодрен 250, сустапон 250, тестинат омиодрен 250 ва сустапон 250 3-4 ой давомида ойига икки маҳал 1 мг.дан 10 % ли эритмаси юборилади.

Эндокрин алмашинуви бузилишларини коррекциялаш – энг аввал семириш, гипергипкимия ва гипертензияни даволаш. Суюк азотни кўллаган ҳолда гиперплазияланган эндометрийнинг криодеструкцияси яхши эффект беради.

Мавзу № 94: “Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик. . ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари ҳомиладорлик ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

олишда ҚВПнинг ўрнини;	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№94 мотивация. (Мавзу баёни) Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Бачдондан ташқари хомиладорлик. ОМХ роли
Эктопик хомиладорлик - бу бачадондан ташқари, купинча фаллопий найларидаги хомиладорлик. Эктопик хомиладорлик қачонки урулган зигота бачадонига етиб келмасдан бошқа жойда купинча фаллопий

найларининг айрим қисмларида имплантация бўлганда юзага келади. Эktopик хомиладорлик учун хавфли омиллар қуйидагиларни уз ичига олади:

- Анамнезида бачадон найларидаги операциялар шу жумладан бачадон найларини боғлаш ва ёки уларни боғлашдан кейин реаностомоз
- Контрацепция - БИС
- Анамнезида илгари ҳам ectopик хомиладорлик бўлганлиги. Дастлаб ectopик хомиладорлик бачадон ичи хомиладорлигидан фарк қилмайди.

Беморда аменорея бўлиши мумкин, у узини хомиладор деб хис қилиши мумкин ва хомиладорликка тестлар позитив бўлади. Лекин кейинчалик хомиладорлик найларининг чузилиши ва кон томирлар эрозияланиши оқибатида тухтайди.

Шу вақтдан бошлаб плацента ва сарик тана сусая бошлайди ва гармонлар микдори тушади. Шу вақтгача сарик тана прогестерони ёрдамида сакланиб турган децидуа эндометрияси суна боради ва кон кетиш бошланади. Децидуа битта катта булак шаклида чиқади.

Плацента ишлаб чиқарадиган ХГ бу вақтда узгармайди ёки пасаяди. Хомиладорлик най девори орқали ва яқинда жойлашган кон томирлари орқали инвазияланиши мумкин, қорин ичи кон кетиши келиб чиқиши мумкин, ёки кон кетиши профуз қам микдорда бўлиши мумкин.

Эctopик хомиладорликнинг бир неча хил вариациялари мавжуд. Буларга уз - узидан регрессия, най охирида аборт, сурункали гематома шаклланиши, ҳаттоки урунган тухум хужайранинг бошқа жойга реимплантация натижасида абдоминал хомидорлик юзага қилиши мумкин.

Белгилари ва симптомлари.

Оғрик ва вагинал кон кетиш ectopик хомиладорликнинг узига хос белгилари ва симптомлари. Оғрик қарийб универсал, асосан қоринни пастки қисмида ва қупрок жароҳат жойлашган томонда. Кон кетиши ҳам тез-тез қиска аменорея давридан кейин келиб чиқади. Вагинал бачадон ортиқларини қатталашганини, оғриклилигини аниқлаш мумкин.



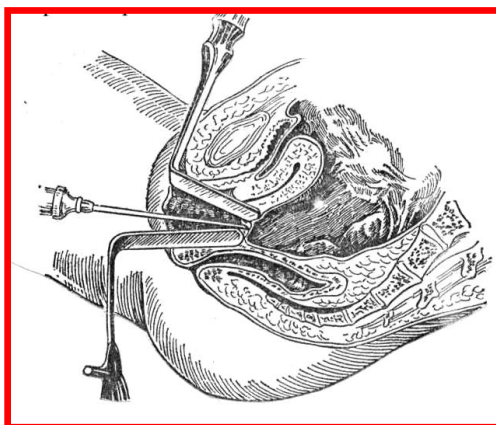
Айрим холларда бу картинани нормал бачадон хомиладорлиги юмшок сарик танаси билан чалкаштириш мумкин. Корин ичига кон куюлиши натижасида гемоперитонит белгилари, шок, гипотензия белгилари келиб чикиши мумкин.

Диагностика.

Лаборатор тестлар ахамиятли булиши мумкин: Нв, Нт пасайиши кон зардобиди ХГ пасайиши бачадондан ташкари хомиладорлик тухтагани, ошиши эса ривожланувчи бачадондан ташкари хомиладорликдан далолат беради. Диагностика УЗИ жуда фойдали, трансвагинал сканерлаш трансабдоминалга нисбатан катта диагностик ахамиятга эга. Яна бир диагностик тест -кульдоцинтез. Бунда орка девор пункция килиниб, пунктат характери аникланади. Пунктатда Нт курсаткичи 15% дан куплиги актив интраперитониал кон кетишидан далолат беради.

Диагностика лапароскопия олтин стандарт булиб хисобланади ва айникса, корин ичига кон кетишга гумон килинганда мухим ахамиятга эга ва бир вақтнинг учиди хирургик коррекция килиш мумкин.

ОРКА ГУМБАЗ ПУНКЦИЯСИ



Даволаш.

Хозирги кунда эктопик хомиладорликда куйидаги даво режасида фойдаланилади:

- Кутиш
- Медикоментоз
- Абдоминал хирургик
- Лапароскопик

Най хомиладорлиги булган купчилик аёлларда лапароскопик хирургик энг самарали хисобланади. Кутиш ёки медикаментоз даво куйидаги критерийлар буйича сараланган гемодинамик стабил аёлларда кулланилади:

- Огриклар ва кон кетиш минимал
- Пациент кузатиш учун ишончли
- Най ёрилиши учун асоснинг йуклиги
- ХГ микдори минг ЕД/мл булиши ёки уни тушиши
- Эктопик ёки ортик массаси 3 см дан кичик ёки аникланмайди
- Эмбрион юрак уриши йуклиги

Качонки хомиладорликнинг аник локализациясининг аниклаш иложи булмаса, кутиш тактикасини кулланилади.

Кюретаж ва бачадон буйни дилатацияси - бу бузилган эктопик хомиладорликни ташлашни ажратувчи ягона тестдир. Бу инвазив тест кулланилиши мумкин ёки клиник шароит канча талаб килса шунча кечиктириш мумкин.

Метотрексат - фолат кислота антагонисти билан медикоментоз терапия тугри ажратилган пациентлар учун макбул йулдир.

Пациентларни ажратиш метотрексат терапияси самарадорлигининг мухим элементи.

Ишлатиладиган критериялар йигиндис:

- Стабил хаётий, белгилар ва симптоматология даражаси паст.

- Метотрексат терапияга карши курсатмалар йуклиги (нормал жигар ферментлари ва тромбоцитлар микдори)
- Бузилмаган эктопик хомиладорлик
- Эмбрион юрак фаолияти йуклиги
- Эктопик масса 4 см ёки ундан кичик
- ХГ микдори 5000 мл ЕД/мл дан тушиши

Бир марталик дозаланган мушак орасига киритиш асосан 1 мг/кг хисобидан хисобланади. Зардобда ХГ ни аниклаш даволашнинг 4- 7 кунида утказилади ва ксйинчалик хар хафта то унинг микдори 5 мл ЕД/мл булгунча аникланади ва 3- 4 хафтани уз ичига олиши мумкин. Зардобда прогестерон ХГ' билан бирга аникланади ва унинг 1,5 мг/мл гача пасайиши ижобий якун сифатида кабул килинади. Ва бу 2-3 хафта орасида юзага келади.

Э. Х. да метотрексат билан медикаментоз даволашнинг схемаси

Даво суткалари	Даволаш ва диагностик тадбирлар
0	Коннинг умумий тахлили, тромбоцитлар, АСТ, креатиннинг, кон гурухи ва резус факторини аниклаш.
1	Метотрексат 50 мг/м ² мушак орасига (1 мг/кг)
2-3	Кузатув
4	ХГ
7	ХГ – агар ХГ микдори 4-кундаги микдоридан 15 % га камайган булса, метотрексат уша доза берилади.
	Агар ХГ микдори 15% дан купрок камйс, хафта аро анализ утказилади ХГ йуколгунча (4 хафта). Даво бошлангандан 4 хафта сунг УТТ кайтарилади

Хирургик даво - узок йиллар давомида эктопик хомиладорликни даволашнинг асоси бўлиб келмоқда. Унинг узи консерватив ва экстерпативга бўлинади. Консервативда най саклаб қолинади, экстерпативда эса най олиб ташланади. Бунинг узи лапаротомия ва лапароскопия ёрдамида қилинади ва пациент, оператор тажрибаси, маҳаллий стандартлар ва имкониятлардан келиб чиқилади. Хирургик даво зарурлигини курсатувчи критерийлар қуйидагилар:

- Пациент ностабил ҳаётий белгилар ёки ички қон кетиш белгилари
- Ишончсиз назорат
- Метотрексат терапиясига қандайдир қарши қўлатма

Хирургик операция ҳажми зарарланган бачадон найини олиб ташлаш ёки уни хомиладорликдан холи қилгандан кейин пластик операция бўлиши мумкин. Қон кетиш ҳажми ва шокни оғирлик даражасига қараб шокга қарши чоратadbирлар ва тезда ОЦҚ ни тулдириш керак.

Мавзу № 95: “Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўтқир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўтқир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўтқир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўтқир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўтқир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўтқир яллиғланиш

	касалликлари. ОМХ роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларинин гўткир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> 1. Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларинин гўткир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларинин гўткир яллиғланиш касалликлари. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№95 мотивация. (Мавзу баёни) Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир корин» синдроми. Тухумдонларнинг йирик хосилалари бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. . ОМХ роли

Ўткир корин термини симптомакомплекс бўлиб у уз ичига бир неча хирургик ва гинекологик касалликларини олади. Бу ҳолат тезкор хирургик ёрдамни талаб қилади, тез бошланиб, оғир кечади. Бу ҳолат тусатдан ўткир корин оғриғи билан бошланади. Оғрик ва мушакларнинг кучли кискариши 95 % ҳолатларда учрайди. Куп ҳолларда уларда кунгил айланиш, қусиш ва корин олд девори мушакларнинг таранглашуви кузатилади. Гинекологик беморларда корин парданинг бир қисми патологик жараёнга айланиб, яллиғланиш жараёни бачадон ва бачадон ортикаларидан таркалади. Корин парданинг реактивлик хусусияти пасайиб боради ва инфекцияга резистентлиги юқори бўлади. Химоя функцияси узининг фагоцитар хусусиятларини намоён қилади.

Ўткир корин синдроми тусатдан бошланади. Яллиғланиш, травмадан кейин келиб чиқиб, клиникаси тез намоён бўлади ва унга тезкор хирургик ёрдам курсатиш керак.

Бу ҳолатлар кузатилганда ҳақим ташхис сифатида бу синдромни қуя олмайди, чунки бу ҳолат корин бушлиғи органларнинг ўткир хирургик ва гинекологик касалликлар йигиндисининг тушунчасидир.

Шикоятига, анамнезига ва объектив текширувига эътибор берилади. Анамнез йиғиш учун ҳақим беморнинг оғир аҳолига эътибор бермай, аниқ, тулик максимал даражада йиғиш керак. Анамнез йиғилганда, ҳақим қуйидагиларга эътибор бериши керак.

Корин соҳасидаги травмалар, нотугри овқатланиш, аёлларда хайз циклининг бузилиши, ахлат ва сийдик чиқариш актининг бузилишига. Оғрикни қачон

бошланганлиги унинг характери – доимий, вакти – вакти билан ёки хуружсимон кечиши, огрик локализацияси, иррадиациясини аникланиши керак. Бу ташхис куйиш учун катта диагностик ахамиятга эга. Агар бемор ахволи огирлиги туфайли саволларга жавоб беролмаса, уни уринтирмаслик керак. Бу вақтда ҳақим беморни тулик текшириб аник маълумотлар олиши керак. Ҳақим қоринни пальпация қилганда беморнинг реакцияси масалан, пайпаслаганда оёқларини тортиб олиши, юз мимикасининг узғариши, огрикнинг локализациясидан далолат беради. Уткир қорин синдромида бемор юзига эътибор берилади. Юзи истиробли, тери ва шиллик қаватлари оқарган ёки қуқарган бўлса, бу ички қон қетиш ва нафас етишмовчилигидан далолат беради. Беморнинг юзи бефарқлик, пешонасидан совуқ тер, оқариш, қузи узокка қараб турганлик бўлса, травмадан кейинги қелиб қикқан огир шокка хос бўлади. Уткир қорин синдромида беморнинг қорни, қорин деворининг нафас актида иштирокини қуриш керак ва бунда қорин деворининг нафас актида қанчалик қуқур иштирокига эътибор бериш керак. Перитонитдан қелиб қикқан уткир қорин синдромида қорин девори нафас актида қегараланган бўлади ёки иштирок этмайди. Тортилган қорин жинсий органлар перфорациясидан қелиб қикқан уткир перитонитда қузатилади. Қориннинг дам бўлиши, ичак тутилишдан қелиб қикқан перитонитда учрайди. Қориннинг дам бўлиши, ассимметрия билан кечиши ёки механик ичак тутилишда учрайди. Уткир қорин синдромида озгин беморларнинг ичак перистальтикасига эътибор бериш керак. Бу механик ичак тутилишга ахамиятли. Бу барча ҳолатлар қоринни тулик очиб қурганда аникланади. Перкуссияда агар қоринда ҳаво бўлса, тимпаник товуш эшитилади, агар қоринда қон тупланган бўлса, қон йигилган соҳада тумтоқ товуш эшитилади. Қоринда газ бўлса, жигар тумтоқлиги йуқолади. Энг асосий диагноз пальпацияда аникланади. Бунда мушаклар таранглашган, қегараси (усма, яллиғланиш туфайли) тугри ичак ва қин орқали қурув утқазиб, уткир қорин синдроми билан қасалланган беморларда қасаллик огирлик даражаси, унинг ҳолати, яллиғланиш инфилтрати ва суюқлик тупланиш микдори аникланади. Аёлларда қинни текшириш қикқик қанок бўшлигида қон ва йиринг бўлишини, бачадон найи ёрилиши, йирингли пельвиоперитонитда аникланади. Бу қасалликни рентген билан қон ва сийдикнинг лаборатор текширувлари, асосан лейкоцитлар, эритроцитлар, қон ва сийдикда гемоглобин микдорини аниклаш мумкин. Ҳозирда лапараскопиядан қенг фойдаланилади. Қорин қизиги бўйлаб тешиқ қилиниб лапоросинтез қилиб, полиэтиленни инғичка найлар қиритилиб аникланади. Бунда най ичига қон қикса, қорин бўшлигида қон бор. Энг охириги текширув усули лапаротомия қилинади.

Уткир корин сабаблари:

Аппендицит, перитонит, миокард инфаркти, базал плевропневмания, спонтан пневмоторакс, буйрак санчиги, Шенлейна – Генох капилляротоксикози, ичак инфекциялари билан ҳақим гинекологик касалликларида биринчи ёрдам курсата олиш керак. Гинекологик ички кон кетиш, бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон апоплексияси, бачадоннинг ятроген ва криминал характердаги жароҳатларда кузатилиши мумкин.

Уткир корин синдромининг гинекологик сабаблари.

1. Бачадондан ташқари хомиладорлик
2. Тухумдон апоплексияси
3. Бачадоннинг ятроген ва криминал жароҳатлари

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК.

Бачадондан ташқари хомиладорлик нафакат соғлиқ учун балки ҳаёт учун хавфлидир. Ургент гинекологияда ички кон кетишларнинг катта қисми эктопик хомиладорликнинг узилишига боғлиқ. Стационарга мурожаат қиладиган беморларга Э.Х. частотаси 1-6 % атрофида учрайди. Хомиладорликнинг 1 триместрида хомиладор аёлларнинг узилишига асосий сабаб Э.Х. ҳисобланади. Э.Х - да леталлик Ўзбекистонда 0,01 %, Россияда 0,11% бўлиб бу АКШ курсаткичидан 3 баравар юқори туради. Хомиладор аёллар узилишида Э.Х нинг 7,4 % ни ташкил қилади. Э.Х купрок 30 ва ундан юқори ёшдаги аёлларда ёмон оқибатларга олиб келади. Бачадондан ташқари хомиладорлик оқибати госпитализация вақтига боғлиқ. Э.Х диагностикасидаги қийинчилик факатгина госпитализация вақтига боғлиқ бўлмай, балки операция вақтига ҳам боғлиқдир. Э.Х борасида операция қилинган аёллар орасида қабулга келган кун операция қилинганлар 45 % кейинги суткаларда 24% қолганлар 2-23 кунларда қилинганлар 31 % ни ташкил қилади. Бу билан кон кетиш қуйидагича тушунтирилади: 68,4 %-300 мл, 5,4 % 301- 700 мл, 9 % 800 мл ва ундан қўп ҳаётдан қўз юмган аёлларда уртача кон кетиш 2112 мл ни ташкил қилади. Улимнинг асосий сабаби: кон кетиш (68,9 %), сепсис (4,9 %) бошқа сабабларга медицина амалиёти асорати ва наркоз асорати қиради.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

1. Абдоминал (корин) хомиладорлик.
2. Бачадон найидаги хомиладорлик.
 - Прогрессияланувчи
 - Хомиладорлик натижасида бачадон найининг ёрилиши.
 - Найдаги аборт.
3. Тухумдондаги хомиладорлик.
4. Э.Х нинг бошка формалари.
 - Бачадон буйинчасида.
 - Комбинациялашган.
 - Бачадон шохидаги.
 - Боглам ичи
 - Бачадон туткичида.
 - Аникланмаган.

Агар бачадондан юкорида хомила тухуми булса, проксимал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Агар хомила тухуми бачадон буйнида ёки ундан пастда булса, буйин олди ёки буйин ё дистал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Дистал эктопик хомиладорлик киндан кон кетиш билан кечади. Проксимал эктопик хомиладорлик ички кон кетиш билан кечади. Шу холатни икки хил тушунтириш мумкин.

1. Ички жинсий органларнинг ушиб борувчи яллигланиш касалликлари бачадон найларида хирургик аралашув сонларини оширади.
2. Эктопик хомиладорликни бузилиши холатларини чикмайдиган диагностик усуллар кулланилади. Хомила тухумининг имплантация локализацияси найлар ичида, тухумдон ичида, бачадоннинг рудимент шохида, корин бушлигида булади. Буларнинг хаммаси уз навбатида ампуляр, истмик ва интерстициалга булинади.

Тухумдондаги хомиладорлик икки вариантда кечади.

1. Тухумдон юкори кисмида.
2. Фолликула ичида.

Корин хомиладорлиги бирламчи ва иккиламчи булади. Шу типдаги эктопик хомиладорлик уз навбатида куп ва кам учрайдиган турларга булинади. Куп учрайдиган эктопик хомиладорликка ампуляр ва истмик турдаги найлардаги хомиладорлик. (улар 93 – 98,5% учрайди) Кам учрайдиган интерстициал хомиладорлик (0,4-2,1%), тухумдон (0,4-1,3%), корин бушлигида (0,1- 1,4), бачадон буйинчасида, бачадон рудиментар шохида (0,4-0,9%) ва бачадон кушимча найида (0,07%) учрайди.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Имплантация узгариши хомиланинг найлар буйлаб транспорти бузилиши ёки хомила тухумининг узгариши.

Хомиланинг найлар буйлаб транспорт функциясининг бузилиши ёки бластоцитларнинг етилишининг тезлашиши проксимал эктопик хомиладорликка олиб келади. Бачадон найлари функциялари бузилиши турли хил этиологиядаги яллигланиш билан боғлиқ специфик булмаган инфекциялар натижасида келиб чиқади: аборт, бачадон ичида килинадиган контрацептив, бачадон ичи диагностик аралашувлари. Тугрук актининг асоратлар билан кечиши, аппендицитни бошидан кечириши, узок вақт мобайнида бачадонда оператив аралашувлар ҳам эктопик хомиладорликнинг асосий фактори бўлиб ҳисобланади. Найларнинг қисқарувчанлиги маълум гормонларга боғлиқ, уларнинг етишмовчилиги ҳосиятсиз гормонал фоннинг аёлларда бўлиши, ҳайз цикли регуляцияси бузилишига олиб келади. Бластоцидларнинг ноадекват етилиши физиологик имплантация соҳасида урулганган хужайранинг активланиши натижасида трофобласт хужайралар ҳосил бўлишини кучайтириб ва бачадон бушлигигача етиб бормайди. Бундан ташқари тухум хужайранинг транспорти бачадон ортикарида қилинган хирургик аралашувлардан кейин бачадон найларда операциядан кейин тусикнинг бўлиши билан тушунтириш мумкин. Баъзи адабиётларда сперматозоидларнинг трансперетонеал миграцияси ички жинсий аъзолар ривожланиши нуксони туфайли бузилади деган фикрлар ёзилган. Найда, тухумдонда, қорин бушлигида ҳаттоки бачадон шохида ҳам қучли специфик ривожланган бўлади, чунки шиллик ва шиллик ости қаватлар йук. Прогрессияланувчи бачадондан ташқари хомиладорлик хомила жойлашган жойини кенгайтиради. Хорион ворсинкалари туқимани бузиб, шу билан қон томирларда таъсир қилади. Хомиладорлик локализациясига қараб бу жараён тез кечиши мумкин. Агар тухум хужайра бачадон найининг истмик қисмида жойлашса, хомиладорлик ташқи ёрилиш билан тугалланади. Ҳудди шундай механизм найнинг интерстициал қисмида тухум хужайра имплантация бўлганда ҳам содир бўлади. Қон қетиш одатда массив (қуп микдорда) қечади. Қамдан қам қолларда найнинг бўйин олди қирраси бутунлиги бузилади. Бундай қолларда тухум хужайра ва қон қенг бойлам қарақалари орасида қолади. Шундай қолат қузатилганки, тухум хужайра қобуд бўлмасдан етилиши охириги қуддатларгача қавом этган. Найдаги хомиладорликнинг ампуляр локализациясида тухум хужайранинг эндосальпинкс қурмаларида имплантация бўлиши қузатилган. Найларнинг антиперистальтик қаракати аста секинлик билан ажралган тухум хужайрани қорин бушлигига итаради: най аборти содир бўлади. Ампуланинг очик бушлигидан қон найдан оқиб чиқади ва унинг қаронка соҳасига қеритубар гематомани ҳосил қилади. Жуда қам қолларда найдан қайдалган тухум хужайра қобуд бўлмасдан қорин бушлиги органларнинг париетал ва висцерал қарақаларига ёпишади.

Иккиламчи корин хомиладорлиги ривожланади. Бу ҳолат ҳам охири муддатларгача давом этиши мумкин. Тухумдон хомиладорлигининг узок давом этиши кам учрайдиган ҳолдир. Одатда ташки ёрилиш кузатилиб, маълум миқдор кон кетиши мумкин. Агар хомиладорлик тухумдоннинг юзасида ривожланса, эрта асоратларга олиб келади. Агар хомиладорлик интрафолликуляр локализацияда кечса, кечки муддатларда хомиладорлик тухтайди. Ургент гинекологияда амалиёт шифокори найдаги хомиладорликни ёрилиши билан купинча тукнаш келади. Агар хомиладорлик найнинг ёрилиши билан тухтаган бўлса, ташхис қуйишда қийинчилик тугдирмайди. Бу вақтда шифокор нафакат тугри диагноз қуйиб билиши, балки адекват тез ёрдам курсатиши керак. Қуп ҳолларда ҳар қандай шифокор қуйидагиларга асосланиб касалликнинг характери аниқлайди: касалликнинг уткир бошланиши, корин пастида унг ёки чап томонида ва орқа чикарув тешигига таркалувчи бирдан бошланувчи қучли оғрик билан характерланади. Оғриклар қунгил айланиш ёки қусиш билан кузатилади, бош айланиши эс ҳушининг йукотилишигача бориши мумкин. Беморнинг умумий аҳоли прогрессив оғирлашиб боради. Геморрагик шокнинг охири босқичларигача бориши мумкин. Объектив қурганда бемор ҳолати ички кон кетиш борлигини тасдиқлайди. Корин бир мунча шишган бўлиб, корин олд девори таранглашиши кузатилмайди. Пальпацияда корин пастида айниқса зарарланган томонда оғрик кузатилади. Перкуссияда тумтоклашиш аниқланади. Ички гинекологик қурув утказилади, бачадон ва унинг ортиклари формаси улчамини консистенциясини аниқлаш учун қуч ишлатиш шарт эмас. Қучли оғрик туфайли юқоридаги текширув усулини утказиб бўлмайди ва бу кон кетиш, шок даражасини чуқурлаштиришига олиб келиши мумкин. Эҳтиёткорлик билан текшириш тугри диагноз қуйиш учун етарли маълумотларни беради. Ойналар билан қурганда кин шиллик қаватида эндоцервиксда цианоз ёки оқариш қурилади. Бачадон бўйнидан конли ажралмалар кузатилмайди. Бачадон енгил силжийди, худди эркин сузиб юргандек. Баъзи ҳолларда киннинг орқа гүмбазидан пункция қилиш аниқ ташхис қуйишга ёрдам беради. Хомиладорлик ички ёрилиш билан тугалланганда ташхис қуйиш қийинчилик тугдиради. Хомиладорлик тугалланишининг бу вариантыда жараён аста – секинлик кечиби, бир неча қундан бир неча ҳафтагача давом этади. Бу қунларда найдаги уругланган тухум хужайра аста – секинлик билан қисм – қисм ажралиб, ундан кам миқдорда кон най бўшлиғи ёки корин бўшлиғига қикади. Хомиладорлик тугалланишининг ички ёрилиш типини ҳамма вақт ташки ёрилиш ҳавфи билан кузатилади. Шуни айтиб утиш керакки, диққат билан йигилган анамнез най аборти диагнозини қуйишда қатта ёрдам беради. Шу билан бирга объектив

кузатув ва зарур лаборатор, инструментар текшириш утказилиши керак. Анамнез йигилганда биринчи навбатда бачадондан ташкари хомиладорликни бошидан утказган, ички жинсий аъзолар яллигланиш касаллиги, абортлар, бепуштлики, аппендэктомия, хомиладорликдан сакловчи воситалар ишлатганми?, шуларга эътибор бериши керак. Най абортининг асосий симптоми – огрик хисобланади. Огрик купинча хуружсимон бошланиб корин пастида локализацияланади, баъзан огрик интенсивлиги зарарланган томондан кучли булади. Хуруж, холсизлик, бош айланиши, куз олди корунгилашуви, совук тер ажралиши, кунгил айланиши билан кузатилади. Огрик юкори тана хароратининг пасайиши билан кечади. Шикоятлардан яна бири жинсий аъзолардан конли ажралмалар ажралиши ва менструал циклининг тухташи.

ДАВОЛАШ

Хозирги вақтда найдаги хомиладорлик терапияси ягона усул билан утказилади. Бемор оператив аралашувга олиниши керак. Оператив даво 3 этапда утказилади.

1. Органни сакловчи операция килиб, кон кетишини тухтатиш.
2. Реанимацион чора – тадбирлар.
3. Реабилитацион терапияни олиб бориш .

Найдаги хомиладорликда органни сакловчи операция куйидаги шароитда утказилади:

- Компенсациялашган кон кетиш билан коникарли ахволи булган беморда.
- Келажакда хомиладор булиш ва оилани режалаштириш .
- Бачадон найининг минимал зарарланиши.
- Аёлнинг хохишига караб репродуктив функцияни саклаб қолиш .
- Хирургнинг юкори квалификациясига боглик.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ:

1. Интерстициал найдаги хомиладорлик - хомиладорликнинг 3-4 ойгача одатдагилардан фарк қилинади ва ташхисланмайди.
2. Тухумдондаги хомиладорлик прогрессияланувчи хомиладорлик ташхисланмайди. Хомиладорлик тухтатилиши хар микдордаги кон кетиш билан кузатилиб, касаллик белгиларининг юзага чиқишида мухим ахамиятга эга. Тухумдон хомиладорликни даволаш хирургик: тухумдон резекцияси, бачадон ортикларини олиб ташлаш.
3. Бачадон рудиментар шохидаги хомиладорлик. Прогрессияланувчи хомиладорлик жуда кам холларда ташхисланади. Ички гинекологик текширув

маълумотларига асосланиб, катталашган бачадон (8 ҳафталикгача) ҳайз циклининг тухташи, ён томонга силжиган, карама- карши томонда юмшоқ консистенцияли бачадон билан калин оёкча билан боғланган огриксиз, усмасимон ҳосила булиши бачадон рудиментар шохидаги хомиладорликка шубҳа уйғотади. Хомиладорлик тухташи ташки ёрилиш типига кечиб куп микдорда кон кетади.

4. Корин хомиладорлигининг бирламчи, иккиламчи турлари тафовут килинади. Прогрессияланувчи бирламчи хомиладорлик амалиётда ташхисланмайди. Хомиладорлик тугалланиши. Найдаги хомиладорлик ёрилиши клиник манзарасини беради. Иккиламчи хомиладорлик най аборти ёки най ёрилишидан чиқади, жуда кам ҳолларда бачадон ёрилишидан кейин келиб чиқади. Корин хомиладорлиги охириг кечги муддатларгача боради. Аёл ҳаёти учун ҳавф тугдиради. Бунда хомила яшашга лаёкатсиз булади. Корин хомиладорлигини ҳар хил муддатларда фақат битта усул хирургик йул билан олиб борилади. Оператив аралашув характери кенг ва ҳамма вақт ҳам натижаси муваффақиятли кечмайди. Шунинг учун операцион даводан кейин ҳар бир аёл учун индивидуал даво режаси тузилади. Режада 3 йуналиш бўйича комплекс чора тадбирлар мужассам.

1. Организмда умумий таъсир этиш: носпецифик химояни кучларини оширувчи воситалар.

2. Физиотерапия.

3. Гидротубация.

Реабилитацион чора тадбирлар иккала найларни олиб ташланган ва фертилликни тиклаш муаммоси бўлмаган аёлларда утказилади.

АППОПЛЕКСИЯ.

Тухумдон аппоплексияси кам учрайди, лекин бу касаллик билан куп аёллар хирургик йул билан даволанмайди. Тухумдон ёрилиши менструал циклнинг турли фазаларида купинча иккинчи фазасида кузатилади. Сарик тананинг ёрилиши бачадон ва эктопик хомиладорлик вақтида булади. Тухумдон аппоплексияси купинча репродуктив ёшида учрайди. Менструал цикл икки фазали булади.

Клиник манзараси анемик формали интраперитониал кон кетиш билан кечади. Касаллик бошланиши травмалар физик зуриқиш жинсий акт билан бошланади. Огрик орка чиқарув тешиги, симфиз жинсий органларга иррадиацияланади. Анемик формадаги тухумдон ёрилиши клиникаси бачадондан ташқари хомиладорликка ухшаб кетади. Огрик, ҳушдан кечиш ҳолати, киндан ифлос жигар ранг ажралманинг келиши билан кечади, ажралмалар менструациянинг вақтинча бўлмаганлигидан кейин келиши мумкин. Касаллик менструация циклининг ҳар хил кунида айрим вақт ҳеч

кандай сабабсиз бошланиб, уткир кечади. Огрик бирдан бошланиб 30 минутдан 3-4 соатгача ва ундан ортик кам холларда кун буйи давом этади. Шунингдек аёл умумий холсизликка, бош айланиши, қусишга, тез-тез сийиб, дефекацияга чакирик булишига шикоят қилади. Кориннинг пальпациясида корин девори тиришиши унинг огриши кузатилади. Кин оркали курилганда ён ва орка гумбазларда огрик булиб гумбазларда кон томирлари пульсацияси сезилади. Бачадон буйни силжитилганда каттик огрик сезилади. Бачадон улчами нормал ёки бироз катта булади. Тухумдондар кистоз узғариб катталашган, эластик консистенцияли ҳаракати чекланган, огрикли булади. Перкуссияда корин бушлигида эркин суюқлик борлиги аникланади. Огрикли формадаги тухумдон аппоплексиясида фолликуяр тукимадаги кон қуйилиши ёки сарик танадан кон белгиларсиз кам микдорда корин бушлигига кон кетиш билан характерлади. Касаллик уткир бошланиб, корин пастида хуружсимон огриклар, кунгил айниш билан кузатилади. Ички кон кетиш белгилари кузитилмайди. Киндан патологик ажралмалар ажралиши кузатилмайди. Клиник манзара уткир аппендицитга ухшайди. Қуйидаги белгиларга қараб утказилади. Аппендицитда менструал цикл фазалари билан боғлиқлик бўлмайди. Қиёсий таъхис утказишдан мақсад беморда даво тактикасини утказиш учун муҳим аҳамият касб этади. Аппендицитда хирургик даво усули ёрдам берса, аппоплексияда эса консерватив даво утказилади.

ДАВОЛАШ

Корин ичи кон кетиш даражасига боғлиқ касалликнинг анемик формаси хирургик даволашни талаб этади. Бундай ҳолатда тухумдон резекцияси бажарилади. Охириги йилларда лапороскопия ёрдамида операция қилиш татбиқ этиляпти. Аппоплексиянинг огрикли формасида клиник белгиларсиз, ички кон кетишнинг ушиб бориши билан кечганда консерватив даво утказилади. Ётоқ режим, корин пастига муз халтачалари қуйиш, гемостатик таъсир этувчи препаратлар қулланилади. Гемостаз дефекти бўлган кон касалликлари касалланган аёлларни консерватив даволашда ҳаракат қилиш керак. Кон ивиши бузилишини коррекция қилишга қаратилган терапия одатда етарлича натижа беради.

БАЧАДОН ПЕРФОРАЦИЯСИ.

Корин ичи кон кетиши сабаблари орасида бачадон перфорацияси маълум уринни эгаллайди. Бачадон перфорацияси асосан бачадон бушлигида

утказиладиган манипуляциядан кейин куп учрайди. Бундай вақтда инструмент эҳтиёткорсизлик туфайли бачадон деворини тешиб утади, бунда бушликка тушганлик хисси сезилади. Перфорация булганда кичик кесар – кесиш операцияси утказилади. Бачадоннинг ҳамма қисмлари диққат билан текширилади ва шу билан бирга кичик чанок бушлиги органлари ва ичаклар куздан кечирилади. Перфорациянинг асоратланган формаси хирург сийдик пуфаги, ичак, чарви жарохатланишига дуч келади. Бундай пайтда хирург гинеколог мутахассислар билан маслахатлашиши керак. Бачадон травматизациясини олдини олиш учун сунъий аборт операциясини 12 ҳафталикдан ошган ҳомиладорликда утказмаслиги керак. Хирургик аралашувдан олдин бимануал курув утказилиши керак.

- Ҳамма вақт зондлаш эҳтиёткорлик билан бажарилади. Зондлашда бачадон узунлиги, бачадон бўйни канали йуналиши аникланади.
- Бачадон бўйни каналини авайлаб кенгайтириш ва б.
- Бачадон перфорацияси ёмон сифатли усмасини диагностика қилиш учун бачадон қирилганда содир бўлади. Бачадон мускул қаватининг рақ жараёни билан чуқур жарохатланишида муолажа хирургнинг алоҳида қуч сарфламасдан ҳам ташхислаши мумкин. Бачадон ичи контрацепцияси асорати сифатида ҳам бачадон перфорацияси қелиб қикади. Қупинча бундай ҳол БИС қиритилганда, шунингдек бачадон девори уз-уздан тешилишидан кейин қузатилади. БИС қиритилганда бачадон перфорациясини ҳар доим ҳам қилиб бўлмайди. Ички қон қетиш қлиник белгилари қам қузатилади. Қегараланган ёқи тарқалган перитониал симптомлари қечқи муддатларда аникланади. Ички гинекологик текширув аниқ маълумот бермайди. БИС ни қорин бушлигига қирганини тасдиқлагандан сунг зудлик билан хирургик муолажа утқизиш қерак. Узок муддат давомида БИС нинг қорин бушлигида бўлиши яллигланиш жараёнларнинг ривожланишига, қандикланиш, ичак тутилиш қаб асоратларга олиб қелади. Бачадон деворининг некротик ва яллигланишли узғаришлар бачадонни олиб ташлаш учун қурсатма ҳисобланади.

ТУХУМДОН УСМАСИНИНГ БУРАЛИШИ.

Утқир қорин синдроми гинекологик амалиётда бачадон найи ва тухумдоннинг узгармаган ёқи патологик узгарган ичак тутқич буралиши оқибатида ривожланади, аммо қуп ҳолларда усма (қистома) оёқчасининг буралиши утқир қорин синдромини беради. Оёқчадан буралиш турли қил гистологик структурали усмаларда атрофдаги органлар билан бирикмаган ва оёқчага эга бўлган яқши сифати ёқи қегараланган ҳосила. Усма ёқи тухумдон қистасининг оёқчадан буралиши тана ҳолатини узғартириш, физик зуриқиш, ичак перисталтикасининг қучайишига боғлиқ бўлади. Буралиш бирданига утқир ёқи аста сеқин, тулик ёқи нотулик бўлади. Усма

оёкчасининг буралиши артерия қисилиши билан кузатилса, туқималарда некротик узғаришларга ва ҳатто перитонитга олиб келади. Оёкчадан буралишнинг клиник манзараси кистома ёки усманинг характериға боғлиқ эмас. Қасаллик қорин пастида қучли оғриқ билан бошланади. Қунгил айнаш, қусиш билан кечади. Қасалликнинг биринчи соатларида тана ҳарорати нормал бўлади. Оёкчадан буралиш қисман бўлганда қасаллик белгилари даволанмаганда ҳам йуқолади. Кейинги буралиш оператив даволаш утқазилашини талаб этади. Кистоманинг оёкчадан буралиши тулиқ бўлганда бирданиға қон айланиш, усма озикланиши бўзилиши қузатилади. Клиникада утқир қорин манзарасини беради. Бемор мажбурий ҳолатни эғаллайди. Пальпацияда қорин олд девори муқкулларнинг таранглашиши қузатилади. Шетқин – Блюмберг симптоми муқбат, ичак парҳези, қабзият баъзан диарея қузатилади. Кистома буралишининг асосий симптоми унинг улчамларининг қатталашиши ҳисобланади. Диагностикадан сунг беморлар зудлиқ билан операция утқазилишиға муҳтож бўлади. Усма олиб ташланади. Қиста ёки туҳумдон кистомасининг оёкчасидан буралиши найдаги ҳомиладорлиқнинг ёрилиши, бачадон ортиқларининг яллиғланиши, туҳумдон аппоплексияси, буйрак санчиги, аппендицит ва утқир ичак тутилиши билан дифференциал диагностика қилиш қерак. Туҳумдон кистома оёкчасидан буралиши деб, ташҳис қуйилган беморлар оператив усулда даволадилар. Операция вақтида врачнинг вазифаси ёмон сифатли усмани топиш, бу эса оператив аралашув ҳавфини белгилайди. Усма оёкчасидан буралганда уни тугриламасдан буралган жойи юқорисидан қесиш қерак. Бундай тактикадан мақсад, усма оёкчаси буралганда тромбларнинг умумий қон оқимиға тушишини олдини олишдир. Хирургик ва гинекологик амалиётда перитонит термини қорин парданинг утқир яллиғланишини билдиради. Перитонит қорин бушлиғи (органлари) ва қичик қанок органлари утқир қасалликларининг оғир асоратлари ҳисобланади.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит серозли ва йирингли сальпингитда инфекциянинг қичик қанок бушлиғидан қорин бушлиғида тарқалиши оқибатида ривожланади. Қасаллик серозли, фибринозли ва йирингли вариантда кечади. Қуп авторларнинг фикрича пельвиоперитонитни яллиғланиш даражасиға қараб утқир ва сурункали турларға бўлиш мақсадға мувофиқдир. Бундай бўлиниш айнақса пельвиоперитонит бачадон ортиқлари яллиғланиш асоратлари бўлса, жуда тугри бироқ бачадон ва унинг ортиқларининг утқир яллиғланиши асосан тугрукдан ва абортдан кейин ҳамда утқир гонорейадан юзаға қеладиган пельвиоперитонит алоҳида қасаллик қабии юзаға қелиши мумкин. Бундай

холларда бачадон оркасидаги дуглас бушлигида тупланадиган экссудат характери катта ахамиятга эга. Пельвиоперитонит экссудат хусусияти буйича йирингли, сероз ва геморрагик турларига булиш мумкин. Пельвиоперитонитларнинг уткир стадияси клиник белгилари диффуз перитонитнинг бошлангич стадияси белгилариги ухшаш, аммо пельвиоперитонитда бу белгилар кам ривожланган булади. Корин пастига огрик кучайиб боради. Тана харорати тусатдан юкори кутарилади. Кунгил айниш, кусиш белгилари кузатилади. Корин пастки кисмлари бироз шишган, шунингдек корин девори мускуллари таранглашиши кузатилади. Корин парда таъсирланиши мусбат, ичак перистальтикаси сусаяди. Корин девори хар доим нафас актида катнашади. Кучли огриклар корин парданинг яллигланиш жараёнига жалб этилганидан дарак беради, баъзи беморларда куйидагилар кузатилади: кин гумбазининг осилиши, кичик чанокка экссудат борлигини билдиради. Тулик диагноз куйиш учун лапороскопия утказилади. Ташхис тасдиқлангандан сунг антибиотиклар учун микроирригатор киритилади.

ДАВОЛАШ

- Консерватив
- Ёток режим.
- Корин пастига муз халтачалари куйиш.
- Комплекс антибактериал терапия.

Пельвиоперитонитда хирургик даво пиосальпинкс, пиовар ёки тубовариал абсцесс сонига кечганда утказилади. Таркалган перитонит огир патологияси эндоген интоксикация билан характерланади. Орган ва тукималарда кон айланишининг бузилиши умумий тукима гипоксияси ривожланишига, моддалар алмашинувининг бузилишига ва буйракда деструктив узгаришларнинг тезда ривожланишига (ошкозон ости беzi, жигар, ингичка ичак) олиб келади. Реактив фазасида компенсатор механизмлар сакланади. Хужайра метаболизм бузилиши ва гипоксия белгилари булмайди нисбатан коникарли булади. Ичак пархези бошланади. Перитонитнинг токсик формаси ушиб ва кучайиб борувчи интоксикацияги боглик. Беморнинг умумий ахволи узгарган ва бушашган булади. Тери ранги узгаради ва кусиш, хикичок кузатилади. Ичак перистальтикаси булмайди. Корни дам булади. Терминал фазасида юкоридаги узгаришлар чукур харктерда булади. Перитонитнинг махаллий белгиларига куйидагилар: коринда огрик, корин девори мускуллари таранглашуви, корин парда таъсирланиш симптоми мусбат, перитонитнинг гинекологик формасида ичак пархези характери хисобланади. Шундай килиб, перитонитни эрта диагностика килиш, комплекс даво

утказиш, хирург, гинеколог, реаниматологнинг биргаликда ёндашуви касалликни муваффақиятли даволашга эришилади.

Мавзу № 96: “Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич.	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига	Жавоб берадилар Ёзадилар.

20 дақиқа	мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№96 мотивация. (Мавзу баёни) Оғриқ синдроми. Гинекологияда «ўткир қорин» синдроми. кичик чанок аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.

Ўткир қорин термини симптомакомплекс бўлиб у ўз ичига бир неча хирургик ва гинекологик касалликларини олади. Бу ҳолат тезкор хирургик ёрдамни талаб қилади, тез бошланиб, оғир кечади. Бу ҳолат тусатдан ўткир қорин оғриғи билан бошланади. Оғрик ва мушакларнинг кучли қисқариши 95 % ҳолатларда учрайди. Қўп ҳолларда уларда қўнғил айниш, қўсиш ва қорин олд девори мушакларнинг таранглашуви кузатилади. Гинекологик беморларда қорин парданинг бир қисми патологик жараёнга айланиб, яллиғланиш жараёни бачадон ва бачадон ортиқларидан таркалади. Қорин парданинг реактивлик хусусияти пасайиб боради ва инфекцияга резистентлиги юқори бўлади. Химоя функцияси ўзининг фагоцитар хусусиятларини намоён қилади.

Уткир корин синдроми тусатдан бошланади. Яллигланиш, травмадан кейин келиб чикиб, клиникаси тез намоён булади ва унга тезкор хирургик ёрдам курсатиш керак.

Бу ҳолатлар кузатилганда ҳаким ташхис сифатида бу синдромни куя олмайди, чунки бу ҳолат корин бушлиги органларнинг уткир хирургик ва гинекологик касалликлар йигиндисининг тушунчасидир.

Шикоятига, анамнезига ва объектив текширувига эътибор берилади. Анамнез йиғиш учун ҳаким беморнинг оғир ахволига эътибор бермай, аник, тулик максимал даражада йиғиш керак. Анамнез йиғаетганда, ҳаким куйидагиларга эътибор бериши керак.

Корин соҳасидаги травмалар, нотугри овкатланиш, аёлларда хайз циклининг бузилиши, ахлат ва сийдик чиқариш актининг бузилишига. Оғрикни қачон бошланганлиги унинг характери – доимий, вақти – вақти билан ёки хуружсимон кечиши, оғрик локализацияси, иррадиациясини аниқланиши керак. Бу ташхис қуйиш учун катта диагностик аҳамиятга эга. Агар бемор ахволи оғирлиги туфайли саволларга жавоб беролмаса, уни уринтирмаслик керак. Бу вақтда ҳаким беморни тулик текшириб аник маълумотлар олиши керак. Ҳаким коринни пальпация қилганда беморнинг реакцияси масалан, пайпаслаганда оёқларини тортиб олиши, юз мимикасининг узгариши, оғрикнинг локализациясидан далолат беради. Уткир корин синдромида бемор юзига эътибор берилади. Юзи истиробли, тери ва шиллик каватлари оқарган ёки қуқарган бўлса, бу ички қон кетиш ва нафас етишмовчилигидан далолат беради. Беморнинг юзи бефарқлик, пешонасидан совук тер, оқариш, қузи узокка қараб турганлик бўлса, травмадан кейинги келиб чиққан оғир шокка ҳос булади. Уткир корин синдромида беморнинг қорни, корин деворининг нафас актида иштирокини қуриш керак ва бунда корин деворининг нафас актида қанчалик қуқур иштироқига эътибор бериш керак. Перитонитдан келиб чиққан уткир корин синдромида корин девори нафас актида қегараланган булади ёки иштирок этмайди. Тортилган корин жинсий органлар перфорациясидан келиб чиққан уткир перитонитда қузатилади. Кориннинг қам бўлиши, ичак қутилишдан келиб чиққан перитонитда қурайди. Кориннинг қам бўлиши, асимметрия билан кечиши ёки механик ичак қутилишда қурайди. Уткир корин синдромида озгин беморларнинг ичак перистальтикасига эътибор бериш керак. Бу механик ичак қутилишга аҳамиятли. Бу барча ҳолатлар коринни тулик қиқ қурганда аниқланади. Перкуссияда агар қоринда ҳаво бўлса, тимпаник қовуш эшитилади, агар қоринда қон қупланган бўлса, қон йиқилган соҳада қумқок қовуш эшитилади. Қоринда газ бўлса, жигар қумқоклиги йуқолади. Энг асосий диагноз пальпацияда аниқланади. Бунда мушаклар қаранглашган,

чегараси (усма, яллигланиш туфайли) тугри ичак ва кин оркали курув утказиб, уткир корин синдроми билан касалланган беморларда касаллик огирлик даражаси, унинг ҳолати, яллигланиш инфилтрати ва суюклик тупланиш микдори аникланади. Аёлларда кинни текшириш кичик чанок бушлигида кон ва йиринг булишини, бачадон найи ёрилиши, йирингли пельвиоперитонитда аникланади. Бу касалликни рентген билан кон ва сийдикнинг лаборатор текширувлари, асосан лейкоцитлар, эритроцитлар, кон ва сийдикда гемоглобин микдорини аниклаш мумкин. Хозирда лапараскопиядан кенг фойдаланилади. Корин чизиги буйлаб тешик килиниб лапаросинтез килиб, полиэтиленни ингичка найлар киритилиб аникланади. Бунда най ичига кон чикса, корин бушлигида кон бор. Энг охирги текширув усули лапаротомия килинади.

Уткир корин сабаблари:

Аппендицит, перитонит, миокард инфаркти, базал плевропневмания, спонтан пневмоторакс, буйрак санчиги, Шенлейна – Генох капилляротоксикози, ичак инфекциялари билан ҳақим гинекологик касалликларида биринчи ёрдам курсата олиш керак. Гинекологик ички кон кетиш, бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон апоплексияси, бачадоннинг ятроген ва криминал характердаги жароҳатларда кузатилиши мумкин.

Уткир корин синдромининг гинекологик сабаблари.

4. Бачадондан ташқари хомиладорлик
5. Тухумдон апоплексияси
6. Бачадоннинг ятроген ва криминал жароҳатлари

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК.

Бачадондан ташқари хомиладорлик нафакат соғлиқ учун балки ҳаёт учун хавфлидир. Ургент гинекологияда ички кон кетишларнинг катта қисми эктопик хомиладорликнинг узилишига боғлиқ. Стационарга мурожаат қиладиган беморларга Э.Х. частотаси 1-6 % атрофида учрайди. Хомиладорликнинг 1 триместрида хомиладор аёлларнинг узилишига асосий сабаб Э.Х. ҳисобланади. Э.Х. - да леталлик Ўзбекистонда 0,01 %, Россияда 0,11% бўлиб бу АКШ курсаткичидан 3 барабар юқори туради. Хомиладор аёллар узилишида Э.Х. нинг 7,4 % ни ташкил қилади. Э.Х. купрок 30 ва ундан юқори ёшдаги аёлларда ёмон оқибатларга олиб келади. Бачадондан ташқари хомиладорлик оқибати госпитализация вақтига боғлиқ. Э.Х. диагностикасидаги қийинчилик факатгина госпитализация вақтига боғлиқ бўлмай, балки операция вақтига ҳам боғлиқдир.

Э.Х борасида операция килинган аёллар орасида қабулга келган кун операция килинганлар 45 % кейинги суткаларда 24% колганлар 2-23 кунларда килинганлар 31 % ни ташкил килади. Бу билан кон кетиш куйидагича тушунтирилади: 68,4 %- 300 мл, 5,4 % 301- 700 мл, 9 % 800 мл ва ундан куп хаётдан куз юмган аёлларда уртача кон кетиш 2112 мл ни ташкил килади. Улимнинг асосий сабаби: кон кетиш (68,9 %), сепсис (4,9 %) бошка сабабларга медицина амалиёти асорати ва наркоз асорати киради.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

5. Абдоминал (корин) хомиладорлик.
6. Бачадон найидаги хомиладорлик.
 - Прогрессияланувчи
 - Хомиладорлик натижасида бачадон найининг ёрилиши.
 - Найдаги аборт.
7. Тухумдондаги хомиладорлик.
8. Э.Х нинг бошка формалари.
 - Бачадон буйинчасида.
 - Комбинациялашган.
 - Бачадон шохидаги.
 - Боглам ичи
 - Бачадон туткичида.
 - Аникланмаган.

Агар бачадондан юкорида хомила тухуми булса, проксимал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Агар хомила тухуми бачадон буйнида ёки ундан пастда булса, буйин олди ёки буйин ё дистал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Дистал эктопик хомиладорлик киндан кон кетиш билан кечади. Проксимал эктопик хомиладорлик ички кон кетиш билан кечади. Шу холатни икки хил тушунтириш мумкин.

3. Ички жинсий органларнинг ушиб борувчи яллигланиш касалликлари бачадон найларида хирургик аралашув сонларини оширади.
4. Эктопик хомиладорликни бузилиши холатларини чикмайдиган диагностик усуллар кулланилади. Хомила тухумининг имплантация локализацияси найлар ичида, тухумдон ичида, бачадоннинг рудимент шохида, корин бушлигида булади. Буларнинг хаммаси уз навбатида ампуляр, истмик ва интерстициалга булинади.

Тухумдондаги хомиладорлик икки вариантда кечади.

3. Тухумдон юкори кисмида.
4. Фолликула ичида.

Корин хомиладорлиги бирламчи ва иккиламчи булади. Шу типдаги эктопик хомиладорлик уз навбатида куп ва кам учрайдиган турларга булинади. Куп учрайдиган эктопик хомиладорликка ампуляр ва истмик турдаги найлардаги

хомиладорлик. (улар 93 – 98,5% учрайди) Кам учрайдиган интерстициал хомиладорлик (0,4-2,1%), тухумдон (0,4-1,3%), корин бушлигида (0,1- 1,4), бачадон буйинчасида, бачадон рудиментар шохида (0,4-0,9%) ва бачадон кушимча найида (0,07%) учрайди.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Имплантация узгариши хомиланинг найлар буйлаб транспорти бузилиши ёки хомила тухумининг узгариши.

Хомиланинг найлар буйлаб транспорт функциясининг бузилиши ёки бластоцитларнинг етилишининг тезлашиши проксимал эктопик хомиладорликка олиб келади. Бачадон найлари функциялари бузилиши турли хил этиологиядаги яллигланиш билан боглик специфик булмаган инфекциялар натижасида келиб чиқади: аборт, бачадон ичида килинадиган контрацептив, бачадон ичи диагностик аралашувлари. Тугрук актининг асоратлар билан кечиши, аппендицитни бошидан кечириши, узок вақт мобайнида бачадонда оператив аралашувлар ҳам эктопик хомиладорликнинг асосий фактори булиб хисобланади. Найларнинг кискарувчанлиги маълум гормонларга боглик, уларнинг етишмовчилиги хосиятсиз гормонал фоннинг аёлларда булиши, хайз цикли регуляцияси бузилишига олиб келади. Бластоидларнинг ноадекват етилиши физиологик имплантация соҳасида уругланган хужайранинг активланиши натижасида трофобласт хужайралар ҳосил булишини кучайтириб ва бачадон бушлигигача етиб бормайди. Бундан ташқари тухум хужайранинг транспорти бачадон ортикарида килинган хирургик аралашувлардан кейин бачадон найларда операциядан кейин тусикнинг булиши билан тушунтириш мумкин. Баъзи адабиётларда сперматозоидларнинг трансперетонеал миграцияси ички жинсий аъзолар ривожланиши нуксони туфайли бузилади деган фикрлар ёзилган. Найда, тухумдонда, корин бушлигида хаттоки бачадон шохида ҳам кучли специфик ривожланган булади, чунки шиллик ва шиллик ости каватлар йук. Прогрессияланувчи бачадондан ташқари хомиладорлик хомила жойлашган жойини кенгайтиради. Хорион ворсинкалари туқимани бузиб, шу билан кон томирларда таъсир килади. Хомиладорлик локализациясига қараб бу жараён тез кечиши мумкин. Агар тухум хужайра бачадон найининг истмик қисмида жойлашса, хомиладорлик ташқи ёрилиш билан тугалланади. Худди шундай механизм найнинг интерстициал қисмида тухум хужайра имплантация булганда ҳам содир булади. Кон кетиш одатда массив (куп микдорда) кечади. Камдан кам холларда найнинг буйин олди қирраси бутунлиги бузилади. Бундай холларда тухум хужайра ва кон кенг бойлам варакалари орасида қолади. Шундай ҳолат кузатилганки, тухум хужайра нобуд булмасдан етилиши охириги муддатларгача

давом этган. Найдаги хомиладорликнинг ампуляр локализациясида тухум хужайранинг эндосальпинкс бурмаларида имплантация булиши кузатилган. Найларнинг антиперистальтик харакати аста секинлик билан ажралган тухум хужайрани корин бушлигига итаради: най аборти содир булади. Ампуланинг очик бушлигидан кон найдан окиб чиқади ва унинг варонка сохасига перитубар гематомани хосил килади. Жуда кам холларда найдан хайдалган тухум хужайра нобуд булмасдан корин бушлиги органларнинг париетал ва висцерал варакаларига ёпишади. Иккиламчи корин хомиладорлиги ривожланади. Бу ҳолат ҳам охирги муддатларгача давом этиши мумкин. Тухумдон хомиладорлигининг узок давом этиши кам учрайдиган ҳолдир. Одатда ташки ёрилиш кузатилиб, маълум микдор кон кетиши мумкин. Агар хомиладорлик тухумдоннинг юзасида ривожланса, эрта асоратларга олиб келади. Агар хомиладорлик интрафолликуляр локализацияда кечса, кечки муддатларда хомиладорлик тухтайди. Ургент гинекологияда амалиёт шифокори найдаги хомиладорликни ёрилиши билан купинча тукнаш келади. Агар хомиладорлик найнинг ёрилиши билан тухтаган булса, ташхис қуйишда қийинчилик тугдирмайди. Бу вақтда шифокор нафакат тугри диагноз қуйиб билиши, балки адекват тез ёрдам курсатиши керак. Куп холларда ҳар қандай шифокор қуйидагиларга асосланиб касалликнинг характерини аниқлайди: касалликнинг уткир бошланиши, корин пастида унг ёки чап томонида ва орқа чиқарув тешигига таркалувчи бирдан бошланувчи қучли огрик билан характерланади. Огриклар кунгил айланиш ёки қусиш билан кузатилади, бош айланиши эс ҳушининг йукотилишигача бориши мумкин. Беморнинг умумий аҳоли прогрессив огирлашиб боради. Геморрагик шокнинг охирги босқичларигача бориши мумкин. Объектив курганда бемор ҳолати ички кон кетиш борлигини тасдиқлайди. Корин бир мунча шишган булиб, корин олд девори таранглашиши кузатилмайди. Пальпацияда корин пастида айникса зарарланган томонда огрик кузатилади. Перкуссияда тумтоклашиш аникланади. Ички гинекологик курув утказилади, бачадон ва унинг ортиклари формаси улчамини консистенциясини аниқлаш учун қуч ишлатиш шарт эмас. Қучли огрик туфайли юкоридаги текширув усулини утказиб булмайди ва бу кон кетиш, шок даражасини чуқурлаштиришига олиб келиши мумкин. Эҳтиёткорлик билан текшириш тугри диагноз қуйиш учун етарли маълумотларни беради. Ойналар билан курганда кин шиллик каватида эндоцервиксда цианоз ёки окариш курилади. Бачадон буйнидан конли ажралмалар кузатилмайди. Бачадон енгил силжийди, худди эркин сузиб юргандек. Баъзи холларда киннинг орқа гумбазидан пункция қилиш аниқ ташхис қуйишга ёрдам беради. Хомиладорлик ички ёрилиш билан тугалланганда ташхис қуйиш қийинчилик тугдиради. Хомиладорлик тугалланишининг бу вариантыда жараён аста – секинлик кечиб, бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади. Бу кунларда найдаги уругланган тухум хужайра

аста – секинлик билан кисм – кисм ажралиб, ундан кам микдорда кон най бушлиги ёки корин бушлигига чиқади. Хомиладорлик тугалланишининг ички ёрилиш типи ҳамма вақт ташки ёрилиш хавфи билан кузатилади. Шунинг айтиб утиш керакки, диққат билан йиғилган анамнез най аборти диагнозини қуйишда катта ёрдам беради. Шу билан бирга объектив кузатув ва зарур лаборатор, инструментар текшириш утказилиши керак. Анамнез йиғилганда биринчи навбатда бачадондан ташқари хомиладорликни бошидан утказган, ички жинсий аъзолар яллигланиш касаллиги, абортлар, бепуштлиқ, аппендэктомия, хомиладорликдан сакловчи воситалар ишлатганми?, шуларга эътибор бериши керак. Най абортининг асосий симптоми – огрик хисобланади. Огрик купинча хуружсимон бошланиб корин пастида локализацияланади, баъзан огрик интенсивлиги зарарланган томондан кучли булади. Хуруж, холсизлик, бош айланиши, куз олди корунгилашуви, совук тер ажралиши, кунгил айнаши билан кузатилади. Огрик юкори тана хароратининг пасайиши билан кечади. Шикоятлардан яна бири жинсий аъзолардан конли ажралмалар ажралиши ва менструал циклнинг тухташи.

ДАВОЛАШ

Хозирги вақтда найдаги хомиладорлик терапияси ягона усул билан утказилади. Бемор оператив аралашувга олиниши керак. Оператив даво 3 этапда утказилади.

4. Органни сакловчи операция қилиб, кон кетишини тухтатиш.
5. Реанимацион чора – тадбирлар.
6. Реабилитацион терапияни олиб бориш .

Найдаги хомиладорликда органни сакловчи операция қуйидаги шароитда утказилади:

- Компенсациялашган кон кетиш билан коникарли ахволи булган беморда.
- Келажакда хомиладор булиш ва оилани режалаштириш .
- Бачадон найининг минимал зарарланиши.
- Аёлнинг хохишига қараб репродуктив функцияни саклаб қолиш .
- Хирургнинг юкори квалификациясига боглиқ.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ:

5. Интерстициал найдаги хомиладорлик - хомиладорликнинг 3-4 ойгача одатдагилардан фарқ қилинади ва таххисланмайди.
6. Тухумдондаги хомиладорлик прогрессияланувчи хомиладорлик таххисланмайди. Хомиладорлик тухтатилиши хар микдордаги кон кетиш билан кузатилиб, касаллик белгиларининг юзага чиқишида мухим ахамиятга эга. Тухумдон хомиладорликни даволаш хирургик: тухумдон резекцияси, бачадон ортикларини олиб ташлаш.

7. Бачадон рудиментар шохидаги хомиладорлик. Прогрессияланувчи хомиладорлик жуда кам холларда ташхисланади. Ички гинекологик текширув маълумотларига асосланиб, катталашган бачадон (8 хафталикгача) хайз циклининг тухташи, ён томонга силжиган, карама- карши томонда юмшок консистенцияли бачадон билан калин оёкча билан боғланган огриксиз, усмасимон хосила булиши бачадон рудиментар шохидаги хомиладорликка шубха уйғотади. Хомиладорлик тухташи ташки ёрилиш типиди кечиб куп микдорда кон кетади.

8. Корин хомиладорлигининг бирламчи, иккиламчи турлари тафовут килинади. Прогрессияланувчи бирламчи хомиладорлик амалиётда ташхисланмайди. Хомиладорлик тугалланиши. Найдаги хомиладорлик ёрилиши клиник манзарасини беради. Иккиламчи хомиладорлик най аборти ёки най ёрилишидан чиқади, жуда кам холларда бачадон ёрилишидан кейин келиб чиқади. Корин хомиладорлиги охирги кечги муддатларгача боради. Аёл хаёти учун хавф тугдиради. Бунда хомила яшашга лаёкатсиз булади. Корин хомиладорлигини хар хил муддатларда факат битта усул хирургик йул билан олиб борилади. Оператив аралашув характери кенг ва хамма вақт хам натижаси муваффакиятли кечмайди. Шунинг учун операцион даводан кейин хар бир аёл учун индивидуал даво режаси тузилади. Режада 3 йуналиш буйича комплекс чора тадбирлар мужассам.

1. Организмда умумий таъсир этиш: носпецифик химояни кучларини оширувчи воситалар.

2. Физиотерапия.

3. Гидротубация.

Реабилитацион чора тадбирлар иккала найларни олиб ташланган ва фертилликни тиклаш муаммоси булмаган аёлларда утказилади.

АППОПЛЕКСИЯ.

Тухумдон аппоплексияси кам учрайди, лекин бу касаллик билан куп аёллар хирургик йул билан даволанмайди. Тухумдон ёрилиши менструал циклининг турли фазаларида купинча иккинчи фазасида кузатилади. Сарик тананинг ёрилиши бачадон ва эктопик хомиладорлик вақтида булади. Тухумдон аппоплексияси купинча репродуктив ёшида учрайди. Менструал цикл икки фазали булади.

Клиник манзараси анемик формали интраперитониал кон кетиш билан кечади. Касаллик бошланиши травмалар физик зурикиш жинсий акт билан бошланади. Огрик орка чикарув тешиги, симфиз жинсий органларга иррадиацияланади. Анемик формадаги тухумдон ёрилиши клиникаси бачадондан ташкари хомиладорликка ухшаб кетади. Огрик, хушдан кечиш холати, киндан ифлос жигар ранг ажралманинг келиши билан кечади, ажралмалар менструациянинг вақтинча булмаганлигидан кейин келиши мумкин. Касаллик менструация циклининг хар хил кунда айрим вақт хеч кандай сабабсиз

бошланиб, уткир кечади. Огрик бирдан бошланиб 30 минутдан 3-4 соатгача ва ундан ортик кам холларда кун буйи давом этади. Шунингдек аёл умумий холсизликка, бош айланиши, кусишга, тез-тез сийиб, дефекацияга чакирик булишига шикоят килади. Кориннинг пальпациясида корин девори тиришиши унинг огриши кузатилади. Кин оркали курилганда ён ва орка гумбазларда огрик булиб гумбазларда кон томирлари пульсацияси сезилади. Бачадон буйни силжитилганда каттик огрик сезилади. Бачадон улчами нормал ёки бироз катта булади. Тухумдондар кистоз узгариб катталашган, эластик консистенцияли харакати чекланган, огрикли булади. Перкуссияда корин бушлигида эркин суюклик борлиги аникланади. Огрикли формадаги тухумдон аппоплексиясида фолликуяр тукимадаги кон куйилиши ёки сарик танадан кон белгиларисиз кам микдорда корин бушлигига кон кетиш билан характерлади. Касаллик уткир бошланиб, корин пастида хуружсимон огриклар, кунгил айниш билан кузатилади. Ички кон кетиш белгилари кузитилмайди. Киндан патологик ажралмалар ажралиши кузатилмайди. Клиник манзара уткир аппендицитга ухшайди. Куйидаги белгиларга караб утказилади. Аппендицитда менструал цикл фазалари билан богликлик булмайди. Киёсий ташхис утказишдан максад беморда даво тактикасини утказиш учун мухим ахамият касб этади. Аппендицитда хирургик даво усули ёрдам берса, аппоплексияда эса консерватив даво утказилади.

ДАВОЛАШ

Корин ичи кон кетиш даражасига боглик касалликнинг анемик формаси хирургик даволашни талаб этади. Бундай холатда тухумдон резекцияси бажарилади. Охирги йилларда лапороскопия ёрдамида операция килиш татбик этиляпти. Аппоплексиянинг огрикли формасида клиник белгиларсиз, ички кон кетишнинг усиб бориши билан кечганда консерватив даво утказилади. Ёток режим, корин пастига муз халтачалари куйиш, гемостатик таъсир этувчи препаратлар кулланилади. Гемостаз дефекти булган кон касалликлари касалланган аёлларни консерватив даволашда харакат килиш керак. Кон ивиши бузилишини коррекция килишга каратилган терапия одатда етарлича натижа беради.

БАЧАДОН ПЕРФОРАЦИЯСИ.

Корин ичи кон кетиши сабаблари орасида бачадон перфорацияси маълум уринни эгаллайди. Бачадон перфорацияси асосан бачадон бушлигида утказиладиган манипуляциядан кейин куп учрайди. Бундай вақтда инструмент эҳтиёткорсизлик туфайли бачадон деворини тешиб утади, бунда бушликка

тушганлик хисси сезилади. Перфорация булганда кичик кесар – кесиш операцияси утказилади. Бачадоннинг ҳамма қисмлари диққат билан текширилади ва шу билан бирга кичик чанок бушлиги органлари ва ичаклар куздан кечиради. Перфорациянинг асоратланган формаси хирург сийдик пуфаги, ичак, чарви жароҳатланишига дуч келади. Бундай пайтда хирург гинеколог мутахассислар билан маслаҳатлашиши керак. Бачадон травматизациясини олдини олиш учун сунъий аборт операциясини 12 ҳафталикдан ошган ҳомиладорликда утказмаслиги керак. Хирургик аралашувдан олдин бимануал курув утказилиши керак.

- Ҳамма вақт зондлаш эҳтиёткорлик билан бажарилади. Зондлашда бачадон узунлиги, бачадон буйни канали йуналиши аникланади.
 - Бачадон буйни каналини авайлаб кенгайтириш ва б.
 - Бачадон перфорацияси ёмон сифатли усмасини диагностика қилиш учун бачадон қирилганда содир бўлади. Бачадон мускул қаватининг рақ жараёни билан чуқур жароҳатланишида муолажа хирургнинг алоҳида қуч сарфламасдан ҳам ташхислаши мумкин. Бачадон ичи контрацепцияси асорати сифатида ҳам бачадон перфорацияси қелиб қикади. Қупинча бундай ҳол БИС қиритилганда, шунингдек бачадон девори уз-уздан тешилишидан кейин қузатилади. БИС қиритилганда бачадон перфорациясини ҳар доим ҳам қилиб бўлмайди. Ички қон қетиш қлиник белгилари қам қузатилади. Қегараланган ёқи тарқалган перитониял симптомлари қечқи муддатларда аникланади. Ички гинекологик текширув аниқ маълумот бермайди. БИС ни қорин бушлигига қирганини тасдиқлагандан сунг зудлик билан хирургик муолажа утқазиш қерак. Узок муддат давомида БИС нинг қорин бушлигида бўлиши яллиғланиш жараёнларнинг ривожланишига, қандикланиш, ичак тутилиш қабии асоратларга олиб қелади. Бачадон деворининг некротик ва яллиғланишли узғаришлар бачадонни олиб ташлаш учун қурсатма ҳисобланади.
- ТУХУМДОН УСМАСИНИНГ БУРАЛИШИ.**

Утқир қорин синдроми гинекологик амалиётда бачадон найи ва тухумдоннинг узғармаган ёқи патологик узғарган ичак тутқич буралиши оқибатида ривожланади, аммо қуп ҳолларда усма (қистома) оёқчасининг буралиши утқир қорин синдромини беради. Оёқчадан буралиш турли қил гистологик структурали усмаларда атрофдаги органлар билан бирикмаган ва оёқчага эга бўлган яқши сифати ёқи қегараланган ҳосила. Усма ёқи тухумдон қистасининг оёқчадан буралиши тана ҳолатини узғартириш, физик зуриқиш, ичак перисталтикасининг қучайишига боғлиқ бўлади. Буралиш бирданига утқир ёқи аста сеқин, тулик ёқи нотулик бўлади. Усма оёқчасининг буралиши артерия қисилиши билан қузатилса, туқималарда некротик узғаришларга ва ҳатто перитонитга олиб қелади. Оёқчадан буралишнинг қлиник манзараси қистома ёқи усманин г ҳарактерига боғлиқ эмас. Қасаллик қорин пастида қучли оғрик билан бошланади. Қунгил айниш, қусиш билан қечади. Қасалликнинг биринқи

соатларида тана харорати нормал булади. Оёкчадан буралиш қисман булганда касаллик белгилари даволанмаганда ҳам йуқолади. Кейинги буралиш оператив даволаш утказилашини талаб этади. Кистоманинг оёкчадан буралиши тулик булганда бирданига қон айланиш, усма озикланиши бузилиши кузатилади. Клиникада уткир қорин манзарасини беради. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди. Пальпацияда қорин олд девори мускулларнинг таранглашиши кузатилади. Шеткин – Блюмберг симптоми мусбат, ичак пархези, кабзият баъзан диарея кузатилади. Кистома буралишининг асосий симптоми унинг улчамларининг катталаниши ҳисобланади. Диагностикадан сунг беморлар зудлик билан операция утказилишига муҳтож булади. Усма олиб ташланади. Киста ёки тухумдон кистомасининг оёкчасидан буралиши найдаги хомиладорликнинг ёрилиши, бачадон ортикларининг яллигланиши, тухумдон аппоплексияси, буйрак санчиги, аппендицит ва уткир ичак тутилиши билан дифференциал диагностика қилиш керак. Тухумдон кистома оёкчасидан буралиши деб, таъхис қўйилган беморлар оператив усулда даволанадилар. Операция вақтида врачнинг вазифаси ёмон сифатли усмани топиш, бу эса оператив аралашув хавфини белгилайди. Усма оёкчасидан буралганда уни тугриламасдан буралган жойи юқорисидан кесиш керак. Бундай тактикадан мақсад, усма оёкчаси буралганда тромбларнинг умумий қон оқимида тушишини олдини олишдир. Хирургик ва гинекологик амалиётда перитонит термини қорин парданинг уткир яллигланишини билдиради. Перитонит қорин бушлиғи (органлари) ва кичик чанок органлари уткир касалликларининг оғир асоратлари ҳисобланади.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит серозли ва йирингли сальпингитда инфекциянинг кичик чанок бушлиғидан қорин бушлиғида тарқалиши оқибатида ривожланади. Касаллик серозли, фибринозли ва йирингли вариантда кечади. Қўп авторларнинг фикрича пельвиоперитонитни яллигланиш даражасига қараб уткир ва сурункали турларга бўлиш мақсадга мувофиқдир. Бундай бўлиниш айниқса пельвиоперитонит бачадон ортиклари яллигланиш асоратлари бўлса, жуда тугри бироқ бачадон ва унинг ортикларининг уткир яллигланиши асосан тугрукдан ва абортдан кейин ҳамда уткир гонорейдан юзага келадиган пельвиоперитонит алоҳида касаллик қаби юзага келиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадон орқасидаги дуглас бушлиғида тупланадиган экссудат характери катта аҳамиятга эга. Пельвиоперитонит экссудат хусусияти бўйича йирингли, сероз ва геморрагик турларига бўлиш мумкин. Пельвиоперитонитларнинг уткир стадияси клиник белгилари диффуз перитонитнинг бошланғич стадияси белгилариги ухшаш, аммо пельвиоперитонитда бу белгилар қам ривожланган булади. Қорин пастида оғрик қучайиб боради. Тана харорати тусатдан юқори қутарилади. Қўнгил айниш,

кусиш белгилари кузатилади. Корин пастки кисмлари бироз шишган, шунингдек корин девори мускуллари таранглашиши кузатилади. Корин парда таъсирланиши мусбат, ичак перистальтикаси сусаяди. Корин девори хар доим нафас актида катнашади. Кучли огриклар корин парданинг яллигланиш жараёнига жалб этилганидан дарак беради, баъзи беморларда куйидагилар кузатилади: кин гумбазининг осилиши, кичик чанокка экссудат борлигини билдиради. Тулик диагноз куйиш учун лапороскопия утказилади. Ташхис тасдиклангандан сунг антибиотиклар учун микроирригатор киритилади.

ДАВОЛАШ

- Консерватив
- Ёток режим.
- Корин пастига муз халтачалари куйиш.
- Комплекс антибактериал терапия.

Пельвиоперитонитда хирургик даво пиосальпинкс, пиовар ёки тубовариал абсцесс сонига кечганда утказилади. Таркалган перитонит огир патологияси эндоген интоксикация билан характерланади. Орган ва тукималарда кон айланишининг бузилиши умумий тукима гипоксияси ривожланишига, моддалар алмашинувининг бузилишига ва буйракда деструктив узгаришларнинг тезда ривожланишига (ошкозон ости беzi, жигар, ингичка ичак) олиб келади. Реактив фазасида компенсатор механизмлар сакланади. Хужайра метаболизм бузилиши ва гипоксия белгилари булмайди нисбатан коникарли булади. Ичак пархези бошланади. Перитонитнинг токсик формаси усиб ва кучайиб борувчи интоксикацияги боглик. Беморнинг умумий ахволи узгарган ва бушашган булади. Тери ранги узгаради ва кусиш, хикичок кузатилади. Ичак перистальтикаси булмайди. Корни дам булади. Терминал фазасида юкоридаги узгаришлар чукур харктерда булади. Перитонитнинг махаллий белгиларига куйидагилар: коринда огрик, корин девори мускуллари таранглашуви, корин парда таъсирланиш симптоми мусбат, перитонитнинг гинекологик формасида ичак пархези характери хисобланади. Шундай килиб, перитонитни эрта диагностика килиш, комплекс даво утказиш, хирург, гинеколог, реаниматологнинг биргаликда ёндашуви касалликни муваффакиятли даволашга эришилади.

Мавзу № 97: “Оғрик синдроми. Апоплексия. ОМХ роли”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

Вақт: 240 дақиқа

Талабалар сони: 12- 15

<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> . Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)

Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни	Амалий кўникмаларни

40 дақиқа	бажариш	бажарадилар
20 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№97 мотивация. (Мавзу баёни) Оғриқ синдроми. Апоплексия. ОМХ роли
 Уткир корин термини симптомакомплекс бўлиб у уз ичига бир неча хирургик ва гинекологик касалликларини олади. Бу ҳолат тезкор хирургик ёрдамни талаб қилади, тез бошланиб, оғир кечади. Бу ҳолат тусатдан уткир корин оғриғи билан бошланади. Оғрик ва мушакларнинг кучли қисқариши 95 % ҳолатларда учрайди. Куп ҳолларда уларда кунгил айланиш, қусиш ва корин олд девори мушакларнинг таранглашуви кузатилади. Гинекологик беморларда корин парданинг бир қисми патологик жараёнга айланиб, яллигланиш жараёни бачадон ва бачадон ортикларида таркалади. Корин парданинг реактивлик хусусияти пасайиб боради ва инфекцияга резистентлиги юкори бўлади. Химоя функцияси узининг фагоцитар хусусиятларини намоён қилади.

Уткир корин синдроми тусатдан бошланади. Яллигланиш, травмадан кейин келиб чиқиб, клиникаси тез намоён бўлади ва унга тезкор хирургик ёрдам курсатиш керак.

Бу ҳолатлар кузатилганда ҳақим ташхис сифатида бу синдромни куя олмайди, чунки бу ҳолат корин бушлиғи органларнинг уткир хирургик ва гинекологик касалликлар йигиндисининг тушунчасидир.

Шикоятга, анамнезига ва объектив текширувига эътибор берилади. Анамнез йиғиш учун ҳақим беморнинг оғир аҳолига эътибор бермай, аниқ, тулик максимал даражада йиғиш керак. Анамнез йиғаетганда, ҳақим куйидагиларга эътибор бериши керак.

Корин соҳасидаги травмалар, нотугри овкатланиш, аёлларда хайз циклининг бузилиши, аҳлат ва сийдик чиқариш актининг бузилишига. Оғрикни қачон бошланганлиги унинг характери – доимий, вақти – вақти билан ёки хуружсимон кечиши, оғрик локализацияси, иррадиациясини аниқланиши керак. Бу ташхис куйиш учун катта диагностик аҳамиятга эга. Агар бемор аҳоли оғирлиги туфайли саволларга жавоб беролмаса, уни уринтирмаслик керак. Бу вақтда ҳақим

беморни тулик текшириб аник маълумотлар олиши керак. Хаким коринни пальпация килганда беморнинг реакцияси масалан, пайпаслаганда оёқларини тортиб олиши, юз мимикасининг узгариши, огрикнинг локализациясидан далолат беради. Уткир корин синдромида бемор юзига эътибор берилади. Юзи истиробли, тери ва шиллик каватлари окарган ёки кукарган булса, бу ички кон кетиш ва нафас етишмовчилигидан далолат беради. Беморнинг юзи бефарклик, пешонасидан совук тер, окариш, кузи узокка караб турганлик булса, травмадан кейинги келиб чиккан огир шокка хос булади. Уткир корин синдромида беморнинг корни, корин деворининг нафас актида иштирокини куриш керак ва бунда корин деворининг нафас актида канчалик чукур иштирокига эътибор бериш керак. Перитонитдан келиб чиккан уткир корин синдромида корин девори нафас актида чегараланган булади ёки иштирок этмайди. Тортилган корин жинсий органлар перфорациясидан келиб чиккан уткир перитонитда кузатилади. Кориннинг дам булиши, ичак тутилишдан келиб чиккан перитонитда учрайди. Кориннинг дам булиши, асимметрия билан кечиши ёки механик ичак тутилишда учрайди. Уткир корин синдромида озгин беморларнинг ичак перистальтикасига эътибор бериш керак. Бу механик ичак тутилишга ахамиятли. Бу барча холатлар коринни тулик очиб курганда аникланади. Перкуссияда агар коринда хаво булса, тимпаник товуш эшитилади, агар коринда кон тупланган булса, кон йигилган сохада тумток товуш эшитилади. Коринда газ булса, жигар тумтоклиги йуколади. Энг асосий диагноз пальпацияда аникланади. Бунда мушаклар таранглашган, чегараси (усма, яллигланиш туфайли) тугри ичак ва кин оркали курув утказиб, уткир корин синдроми билан касалланган беморларда касаллик огирлик даражаси, унинг холати, яллигланиш инфилтрати ва суюклик тупланиш микдори аникланади. Аёлларда кинни текшириш кичик чанок бушлигида кон ва йиринг булишини, бачадон найи ёрилиши, йирингли пельвиоперитонитда аникланади. Бу касалликни рентген билан кон ва сийдикнинг лаборатор текширувлари, асосан лейкоцитлар, эритроцитлар, кон ва сийдикда гемоглобин микдорини аниклаш мумкин. Хозирда лапараскопиядан кенг фойдаланилади. Корин чизиги буйлаб тешик килиниб лапоросинтез килиб, полиэтиленни ингичка найлар киритилиб аникланади. Бунда най ичига кон чикса, корин бушлигида кон бор. Энг охирги текширув усули лапаротомия килинади.

Уткир корин сабаблари:

Аппендицит, перитонит, миокард инфаркти, базал плевропневмания, спонтан пневмоторакс, буйрак санчиги, Шенлейна – Генох капилляротоксикози, ичак инфекциялари билан хаким гинекологик касалликларида биринчи ёрдам курсата олиш керак. Гинекологик ички кон кетиш, бачадондан ташкари хомиладорлик,

тухумдон апоплексияси, бачадоннинг ятроген ва криминал характердаги жароҳатларда кузатилиши мумкин.

Уткир корин синдромининг гинекологик сабаблари.

7. Бачадондан ташкари хомиладорлик
8. Тухумдон апоплексияси
9. Бачадоннинг ятроген ва криминал жароҳатлари

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК.

Бачадондан ташкари хомиладорлик нафакат соглик учун балки ҳаёт учун хавфлидир. Ургент гинекологияда ички кон кетишларнинг катта қисми эктопик хомиладорликнинг узилишига боғлиқ. Стационарга мурожаат қиладиган беморларга Э.Х. частотаси 1-6 % атрофида учрайди. Хомиладорликнинг 1 триместрида хомиладор аёлларнинг узилишига асосий сабаб Э.Х. ҳисобланади. Э.Х. - да леталлик Ўзбекистонда 0,01 %, Россияда 0,11% бўлиб бу АКШ курсаткичидан 3 баравар юқори туради. Хомиладор аёллар узилишида Э.Х. нинг 7,4 % ни ташкил қилади. Э.Х. купрок 30 ва ундан юқори ёшдаги аёлларда ёмон оқибатларга олиб келади. Бачадондан ташкари хомиладорлик оқибати госпитализация вақтига боғлиқ. Э.Х. диагностикасидаги қийинчилик факатгина госпитализация вақтига боғлиқ бўлмай, балки операция вақтига ҳам боғлиқдир. Э.Х. борасида операция қилинган аёллар орасида қабулга келган кун операция қилинганлар 45 % кейинги суткаларда 24% қолганлар 2-23 кунларда қилинганлар 31 % ни ташкил қилади. Бу билан кон кетиш қуйидагича тушунтирилади: 68,4 %- 300 мл, 5,4 % 301- 700 мл, 9 % 800 мл ва ундан қўп ҳаётдан қўз юмган аёлларда уртача кон кетиш 2112 мл ни ташкил қилади. Улимнинг асосий сабаби: кон кетиш (68,9 %), сепсис (4,9 %) бошқа сабабларга медицина амалиёти асорати ва наркоз асорати қиради.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

9. Абдоминал (корин) хомиладорлик.
10. Бачадон найидаги хомиладорлик.
 - Прогрессияланувчи
 - Хомиладорлик натижасида бачадон найининг ёрилиши.
 - Найдаги аборт.
11. Тухумдондаги хомиладорлик.
12. Э.Х. нинг бошқа формалари.
 - Бачадон бўйинчасида.
 - Комбинациялашган.
 - Бачадон шохидаги.

- Боглам ичи
- Бачадон туткичида.
- Аникланмаган.

Агар бачадондан юкорида хомила тухуми булса, проксимал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Агар хомила тухуми бачадон буйнида ёки ундан пастда булса, буйин олди ёки буйин ё дистал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Дистал эктопик хомиладорлик киндан кон кетиш билан кечади. Проксимал эктопик хомиладорлик ички кон кетиш билан кечади. Шу холатни икки хил тушунтириш мумкин.

5. Ички жинсий органларнинг ушиб борувчи яллигланиш касалликлари бачадон найларида хирургик аралашув сонларини оширади.
6. Эктопик хомиладорликни бузилиши холатларини чикмайдиган диагностик усуллар кулланилади. Хомила тухумининг имплантация локализацияси найлар ичида, тухумдон ичида, бачадоннинг рудимент шохида, корин бушлигида булади. Буларнинг хаммаси уз навбатида ампуляр, истмик ва интерстициалга булинади.

Тухумдондаги хомиладорлик икки вариантда кечади.

5. Тухумдон юкори кисмида.
6. Фолликула ичида.

Корин хомиладорлиги бирламчи ва иккиламчи булади. Шу типдаги эктопик хомиладорлик уз навбатида куп ва кам учрайдиган турларга булинади. Куп учрайдиган эктопик хомиладорликка ампуляр ва истмик турдаги найлардаги хомиладорлик. (улар 93 – 98,5% учрайди) Кам учрайдиган интерстициал хомиладорлик (0,4-2,1%), тухумдон (0,4-1,3%), корин бушлигида (0,1- 1,4), бачадон буйинчасида, бачадон рудиментар шохида (0,4-0,9%) ва бачадон кушимча найида (0,07%) учрайди.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Имплантация узгариши хомиланинг найлар буйлаб транспорти бузилиши ёки хомила тухумининг узгариши.

Хомиланинг найлар буйлаб транспорт функциясининг бузилиши ёки бластоцитларнинг етилишининг тезлашиши проксимал эктопик хомиладорликка олиб келади. Бачадон найлари функциялари бузилиши турли хил этиологиядаги яллигланиш билан боглик специфик булмаган инфекциялар натижасида келиб чикади: аборт, бачадон ичида килинадиган контрацептив, бачадон ичи диагностик аралашувлари. Тугрук актининг асоратлар билан кечиши, аппендицитни бошидан кечириши, узок вакт мобайнида бачадонда оператив аралашувлар хам эктопик хомиладорликнинг асосий фактори булиб хисобланади. Найларнинг кискарувчанлиги маълум гормонларга боглик, уларнинг етишмовчилиги

хосиятсиз гормонал фоннинг аёлларда булиши, хайз цикли регуляцияси бузилишига олиб келади. Бластоцидларнинг ноадекват етилиши физиологик имплантация соҳасида уругланган хужайранинг активланиши натижасида трофобласт хужайралар ҳосил булишини кучайтириб ва бачадон бушлигигача етиб бормайди. Бундан ташқари тухум хужайранинг транспорти бачадон ортикаларида килинган хирургик аралашувлардан кейин бачадон найларда операциядан кейин тусикнинг булиши билан тушунтириш мумкин. Баъзи адабиётларда сперматозоидларнинг трансперетонеал миграцияси ички жинсий аъзолар ривожланиши нуксони туфайли бузилади деган фикрлар ёзилган. Найда, тухумдонда, корин бушлигида хаттоки бачадон шоҳида ҳам кучли специфик ривожланган булади, чунки шиллик ва шиллик ости каватлар йук. Прогрессияланувчи бачадондан ташқари хомиладорлик хомила жойлашган жойини кенгайтиради. Хорион ворсинкалари туқимани бузиб, шу билан кон томирларда таъсир килади. Хомиладорлик локализациясига қараб бу жараён тез кечиши мумкин. Агар тухум хужайра бачадон найининг истмик қисмида жойлашса, хомиладорлик ташқи ёрилиш билан тугалланади. Худди шундай механизм найнинг интерстициал қисмида тухум хужайра имплантация бўлганда ҳам содир булади. Кон кетиш одатда массив (куп микдорда) кечади. Камдан кам ҳолларда найнинг буйин олди қирраси бутунлиги бузилади. Бундай ҳолларда тухум хужайра ва кон кенг бойлам варакалари орасида қолади. Шундай ҳолат кузатилганки, тухум хужайра нобуд бўлмасдан етилиши охириги муддатларгача давом этган. Найдаги хомиладорликнинг ампуляр локализациясида тухум хужайранинг эндосальпинкс бурмаларида имплантация булиши кузатилган. Найларнинг антиперистальтик ҳаракати аста секинлик билан ажралган тухум хужайрани корин бушлигига итаради: най аборти содир булади. Ампуланинг очик бушлигидан кон найдан оқиб чиқади ва унинг варонка соҳасига перитубар гематомани ҳосил килади. Жуда кам ҳолларда найдан ҳайдалган тухум хужайра нобуд бўлмасдан корин бушлиги органларнинг париетал ва висцерал варакаларига ёпишади. Иккиламчи корин хомиладорлиги ривожланади. Бу ҳолат ҳам охириги муддатларгача давом этиши мумкин. Тухумдон хомиладорлигининг узок давом этиши кам учрайдиган ҳолдир. Одатда ташқи ёрилиш кузатилиб, маълум микдор кон кетиши мумкин. Агар хомиладорлик тухумдоннинг юзасида ривожланса, эрта асоратларга олиб келади. Агар хомиладорлик интрафолликуляр локализацияда кечса, кечки муддатларда хомиладорлик тухтайди. Ургент гинекологияда амалиёт шифокори найдаги хомиладорликни ёрилиши билан купинча тукнаш келади. Агар хомиладорлик найнинг ёрилиши билан тухтаган бўлса, ташхис қуйишда қийинчилик тугдирмайди. Бу вақтда шифокор нафакат тугри диагноз қуйиб билиши, балки адекват тез ёрдам курсатиши керак. Куп ҳолларда ҳар қандай шифокор қуйидагиларга асосланиб касалликнинг

характерини аниклайди: касалликнинг уткир бошланиши, корин пастида унг ёки чап томонида ва орка чикарув тешигига таркалувчи бирдан бошланувчи кучли огрик билан характерланади. Огриклар кунгил айланиш ёки кусиш билан кузатилади, бош айланиши эс хушининг йукотилишигача бориши мумкин. Беморнинг умумий ахволи прогрессив огирлашиб боради. Геморрагик шокнинг охирги боскичларигача бориши мумкин. Объектив курганда бемор холати ички кон кетиш борлигини тасдиқлайди. Корин бир мунча шишган булиб, корин олд девори таранглашиши кузатилмайди. Пальпацияда корин пастида айникса зарарланган томонда огрик кузатилади. Перкуссияда тумтоклашиш аникланади. Ички гинекологик курув утказилади, бачадон ва унинг ортиклари формаси улчамини консистенциясини аниклаш учун куч ишлатиш шарт эмас. Кучли огрик туфайли юкоридаги текширув усулини утказиб булмайди ва бу кон кетиш, шок даражасини чукурлаштиришига олиб келиши мумкин. Эхтиёткорлик билан текшириш тугри диагноз куйиш учун етарли маълумотларни беради. Ойналар билан курганда кин шиллик каватида эндоцервиксда цианоз ёки окариш курилади. Бачадон буйнидан конли ажралмалар кузатилмайди. Бачадон енгил силжийди, худди эркин сузиб юргандек. Баъзи холларда киннинг орка гумбазидан пункция килиш аник ташхис куйишга ёрдам беради. Хомиладорлик ички ёрилиш билан тугалланганда ташхис куйиш кийинчилик тугдиради. Хомиладорлик тугалланишининг бу вариантыда жараён аста – секинлик кечиб, бир неча кундан бир неча хафтагача давом этади. Бу кунларда найдаги уругланган тухум хужайра аста – секинлик билан кисм – кисм ажралиб, ундан кам микдорда кон най бушлиги ёки корин бушлигига чиқади. Хомиладорлик тугалланишининг ички ёрилиш типи хамма вакт ташки ёрилиш хавфи билан кузатилади. Шунини айтиб утиш керакки, диккат билан йигилган анамнез най аборти диагнозини куйишда катта ёрдам беради. Шу билан бирга объектив кузатув ва зарур лаборатор, инструментар текшириш утказилиши керак. Анамнез йигилганда биринчи навбатда бачадондан ташкари хомиладорликни бошидан утказган, ички жинсий аъзолар яллигланиш касаллиги, абортлар, бепуштлики, аппендэктомия, хомиладорликдан сакловчи воситалар ишлатганми?, шуларга эътибор бериши керак. Най абортининг асосий симптоми – огрик хисобланади. Огрик купинча хуружсимон бошланиб корин пастида локализацияланади, баъзан огрик интенсивлиги зарарланган томондан кучли булади. Хуруж, холсизлик, бош айланиши, куз олди корунгилашуви, совук тер ажралиши, кунгил айланиши билан кузатилади. Огрик юкори тана хароратининг пасайиши билан кечади. Шикоятлардан яна бири жинсий аъзолардан конли ажралмалар ажралиши ва менструал циклнинг тухташи.

ДАВОЛАШ

Хозирги вақтда найдаги хомиладорлик терапияси ягона усул билан утказилади. Бемор оператив аралашувга олиниши керак. Оператив даво 3 этапда утказилади.

7. Органни сакловчи операция килиб, кон кетишини тухтатиш.

8. Реанимацион чора – тадбирлар.

9. Реабилитацион терапияни олиб бориш .

Найдаги хомиладорликда органни сакловчи операция куйидаги шароитда утказилади:

- Компенсациялашган кон кетиш билан коникарли ахволи булган беморда.
- Келажакда хомиладор булиш ва оилани режалаштириш .
- Бачадон найининг минимал зарарланиши.
- Аёлнинг хохишига караб репродуктив функцияни саклаб қолиш .
- Хирургнинг юкори квалификациясига боглик.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ:

9. Интерстициал найдаги хомиладорлик - хомиладорликнинг 3-4 ойгача одатдагилардан фарк килинади ва ташхисланмайди.

10. Тухумдондаги хомиладорлик прогрессияланувчи хомиладорлик ташхисланмайди. Хомиладорлик тухтатилиши хар микдордаги кон кетиш билан кузатилиб, касаллик белгиларининг юзага чикишида мухим ахамиятга эга. Тухумдон хомиладорликни даволаш хирургик: тухумдон резекцияси, бачадон ортикларини олиб ташлаш.

11. Бачадон рудиментар шохидаги хомиладорлик. Прогрессияланувчи хомиладорлик жуда кам холларда ташхисланади. Ички гинекологик текширув маълумотларига асосланиб, катталашган бачадон (8 хафталикгача) хайз циклининг тухташи, ён томонга силжиган, карама- карши томонда юмшок консистенцияли бачадон билан калин оёкча билан богланган огриксиз, усмасимон хосила булиши бачадон рудиментар шохидаги хомиладорликка шубха уйготади. Хомиладорлик тухташи ташки ёрилиш типиде кечиб куп микдорда кон кетади.

12. Корин хомиладорлигининг бирламчи, иккиламчи турлари тафовут килинади. Прогрессияланувчи бирламчи хомиладорлик амалиётда ташхисланмайди. Хомиладорлик тугалланиши. Найдаги хомиладорлик ёрилиши клиник манзарасини беради. Иккиламчи хомиладорлик най аборти ёки най ёрилишидан чиқади, жуда кам холларда бачадон ёрилишидан кейин келиб чиқади. Корин хомиладорлиги охирги кечги муддатларгача боради. Аёл хаёти учун хавф тугдиради. Бунда хомила яшашга лаёкатсиз булади. Корин хомиладорлигини хар хил муддатларда факат битта усул хирургик йул билан олиб борилади. Оператив аралашув характери кенг ва хамма вақт хам натижаси муваффакиятли кечмайди. Шунинг учун операцион даводан кейин хар бир аёл учун индивидуал даво режаси тузилади. Режада 3 йуналиш буйича комплекс чора тадбирлар мужассам.

1. Организмда умумий таъсир этиш: носпецифик химояни кучларини оширувчи воситалар.

2. Физиотерапия.

3. Гидротубация.

Реабилитацион чора тадбирлар иккала найларни олиб ташланган ва фертилликни тиклаш муаммоси булмаган аёлларда утказилади.

АППОПЛЕКСИЯ.

Тухумдон аппоплексияси кам учрайди, лекин бу касаллик билан куп аёллар хирургик йул билан даволанмайди. Тухумдон ёрилиши менструал циклнинг турли фазаларида купинча иккинчи фазасида кузатилади. Сарик тананинг ёрилиши бачадон ва эктопик хомиладорлик вақтида булади. Тухумдон аппоплексияси купинча репродуктив ёшида учрайди. Менструал цикл икки фазали булади.

Клиник манзараси анемик формали интраперитонеал кон кетиш билан кечади. Касаллик бошланиши травмалар физик зуриқиш жинсий акт билан бошланади. Огрик орка чиқарув тешиги, симфиз жинсий органларга иррадиацияланади. Анемик формадаги тухумдон ёрилиши клиникаси бачадондан ташқари хомиладорликка ухшаб кетади. Огрик, хушдан кечиш ҳолати, киндан ифлос жигар ранг ажралманинг келиши билан кечади, ажралмалар менструациянинг вақтинча булмаганлигидан кейин келиши мумкин. Касаллик менструация циклининг ҳар хил кунда айрим вақт ҳеч қандай сабабсиз бошланиб, уткир кечади. Огрик бирдан бошланиб 30 минутдан 3-4 соатгача ва ундан ортиқ кам ҳолларда кун буйи давом этади. Шунингдек аёл умумий ҳолсизликка, бош айланиши, қусишга, тез-тез сийиб, дефекацияга чақирик булишига шикоят қилади. Кориннинг пальпациясида корин девори тиришиши унинг огриши кузатилади. Кин орқали қурилганда ён ва орка гумбазларда огрик булиб гумбазларда кон томирлари пульсацияси сезилади. Бачадон буйни силжитилганда каттик огрик сезилади. Бачадон улчами нормал ёки биров катта булади. Тухумдондар кистоз узғариб катталашган, эластик консистенцияли ҳаракати чекланган, огрикли булади. Перкуссияда корин бушлигида эркин суюқлик борлиги аниқланади. Огрикли формадаги тухумдон аппоплексиясида фолликуяр тукимадаги кон қуйилиши ёки сарик танадан кон белгиларисиз кам микдорда корин бушлигига кон кетиш билан характерлади. Касаллик уткир бошланиб, корин пастида хуружсимон огриқлар, кунгил айниш билан кузатилади. Ички кон кетиш белгилари қузитилмайди. Киндан патологик ажралмалар ажралиши қузитилмайди. Клиник манзара уткир аппендицитга ухшайди. Қуйидаги белгиларга қараб утказилади. Аппендицитда менструал цикл фазалари билан боғлиқлик булмайди. Қиёсий ташҳис утказишдан мақсад беморда даво

тактикасини утказиш учун муҳим аҳамият касб этади. Аппендицитда хирургик даво усули ёрдам берса, аппоплексияда эса консерватив даво утказилади.

ДАВОЛАШ

Корин ичи кон кетиш даражасига боғлиқ касалликнинг анемик формаси хирургик даволашни талаб этади. Бундай ҳолатда тухумдон резекцияси бажарилади. Охирги йилларда лапороскопия ёрдамида операция килиш татбиқ этиляпти. Аппоплексиянинг оғрикли формасида клиник белгиларсиз, ички кон кетишнинг усиб бориши билан кечганда консерватив даво утказилади. Ётоқ режим, корин пастига муз халтачалари қуйиш, гемостатик таъсир этувчи препаратлар қулланилади. Гемостаз дефекти бўлган кон касалликлари касалланган аёлларни консерватив даволашда ҳаракат килиш керак. Кон ивиши бузилишини коррекция қилишга қаратилган терапия одатда етарли натижа беради.

БАЧАДОН ПЕРФОРАЦИЯСИ.

Корин ичи кон кетиши сабаблари орасида бачадон перфорацияси маълум уринни эгаллайди. Бачадон перфорацияси асосан бачадон бушлигида утказиладиган манипуляциядан кейин қўп учрайди. Бундай вақтда инструмент эҳтиёткорсизлик туфайли бачадон деворини тешиб утади, бунда бушликка тушганлик ҳисси сезилади. Перфорация бўлганда кичик кесар — кесиш операцияси утказилади. Бачадоннинг ҳамма қисмлари диққат билан текширилади ва шу билан бирга кичик чанок бушлиги органлари ва ичаклар қўздан кечирилади. Перфорациянинг асоратланган формаси хирург сийдик пуфаги, ичак, қарви жароҳатланишига дуч келади. Бундай пайтда хирург гинеколог мутахассислар билан маслаҳатлашиши керак. Бачадон травматизациясини олдини олиш учун сунъий аборт операциясини 12 ҳафталикдан ошган ҳомиладорликда утказмаслиги керак. Хирургик аралашувдан олдин бимануал қўрув утказилиши керак.

- Ҳамма вақт зондлаш эҳтиёткорлик билан бажарилади. Зондлашда бачадон узунлиги, бачадон бўйни канали йўналиши аниқланади.
- Бачадон бўйни каналини авайлаб қўнғайтириш ва б.
- Бачадон перфорацияси ёмон сифатли усмасини диагностика қилиш учун бачадон қирилганда содир бўлади. Бачадон мускул қаватининг рақ жараёни билан қўқур жароҳатланишида муолажа хирургнинг алоҳида қўқ сарфламасдан ҳам таххислаши мумкин. Бачадон ичи қонтрацепцияси асорати сифатида ҳам бачадон перфорацияси қелиб қикади. Қўпинча бундай ҳол БИС қиритилганда, шунингдек бачадон девори уз-уздан тешилишидан кейин қўзатилади. БИС қиритилганда

бачадон перфорациясини хар доим хам билиб булмайди. Ички кон кетиш клиник белгилари кам кузатилади. Чегараланган ёки таркалган перитониал симптомлари кечки муддатларда аникланади. Ички гинекологик текширув аник маълумот бермайди. БИС ни корин бушлигига кирганини тасдиклагандан сунг зудлик билан хирургик муолажа утказиш керак. Узок муддат давомида БИС нинг корин бушлигида булиши яллигланиш жараёнларнинг ривожланишига, чандикланиш, ичак тутилиш каби асоратларга олиб келади. Бачадон деворининг некротик ва яллигланишли узгаришлар бачадонни олиб ташлаш учун курсатма хисобланади.

ТУХУМДОН УСМАСИНИНГ БУРАЛИШИ.

Уткир корин синдроми гинекологик амалиётда бачадон найи ва тухумдоннинг узгармаган ёки патологик узгарган ичак туткич буралиши окибатида ривожланади, аммо куп холларда усма (кистома) оёкчасининг буралиши уткир корин синдромини беради. Оёкчадан буралиш турли хил гистологик структурали усмаларда атрофдаги органлар билан бирикмаган ва оёкчага эга булган яхши сифати ёки чегараланган хосила. Усма ёки тухумдон кистасининг оёкчадан буралиши тана ҳолатини узгартириш, физик зурикиш, ичак перисталтикасининг кучайишига боғлиқ булади. Буралиш бирданига уткир ёки аста секин, тулик ёки нотулик булади. Усма оёкчасининг буралиши артерия кисилиши билан кузатилса, тукималарда некротик узгаришларга ва ҳатто перитонитга олиб келади. Оёкчадан буралишнинг клиник манзараси кистома ёки усманинг характериға боғлиқ эмас. Касаллик корин пастида кучли огрик билан бошланади. Кунгил айнаш, кусиш билан кечади. Касалликнинг биринчи соатларида тана харорати нормал булади. Оёкчадан буралиш қисман булганда касаллик белгилари даволанмаганда ҳам йуқолади. Кейинги буралиш оператив даволаш утказилашини талаб этади. Кистоманинг оёкчадан буралиши тулик булганда бирданига кон айланиш, усма озикланиши бузиилиши кузатилади. Клиникада уткир корин манзарасини беради. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди. Пальпацияда корин олд девори мускулларнинг таранглашиши кузатилади. Шеткин – Блюмберг симптоми мусбат, ичак пархези, кабзият баъзан диарея кузатилади. Кистома буралишининг асосий симптоми унинг улчамларининг катталаниши хисобланади. Диагностикадан сунг беморлар зудлик билан операция утказилишига муҳтож булади. Усма олиб ташланади. Киста ёки тухумдон кистомасининг оёкчасидан буралиши найдаги хомиладорликнинг ёрилиши, бачадон ортикларининг яллигланиши, тухумдон аппоплексияси, буйрак санчиги, аппендицит ва уткир ичак тутилиши билан дифференциал диагностика қилиш керак. Тухумдон кистома оёкчасидан буралиши деб, ташхис қуйилган беморлар оператив усулда даволанадилар. Операция вақтида врачнинг вазифаси ёмон сифатли усмани топиш, бу эса оператив аралашув хавфини белгилайди. Усма оёкчасидан буралганда уни тугриламасдан буралган жойи юкорисидан

кесиш керак. Бундай тактикадан мақсад, усма оёкчаси буралганда тромбларнинг умумий қон оқимиға тушишини олдини олишдир. Хирургик ва гинекологик амалиётда перитонит термини қорин парданинг уткир яллиғланишини билдиради. Перитонит қорин бушлиғи (органлари) ва кичик чанок органлари уткир касалликларининг оғир асоратлари ҳисобланади.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит серозли ва йирингли сальпингитда инфекциянинг кичик чанок бушлиғидан қорин бушлиғида тарқалиши оқибатида ривожланади. Касаллик серозли, фибринозли ва йирингли вариантда кечади. Қўп авторларнинг фикрича пельвиоперитонитни яллиғланиш даражасиға қараб уткир ва сурункали турларға бўлиш мақсадға мувофиқдир. Бундай бўлиниш айниқса пельвиоперитонит бачадон ортиклари яллиғланиш асоратлари бўлса, жуда тугри бироқ бачадон ва унинг ортикларининг уткир яллиғланиши асосан тугрукдан ва абортдан кейин ҳамда уткир гонорейадан юзаға келадиган пельвиоперитонит алоҳида касаллик қаби юзаға келиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадон орқасидаги дуглас бушлиғида тупланадиган экссудат характери катта аҳамиятға эға. Пельвиоперитонит экссудат хусусияти бўйича йирингли, сероз ва геморрагик турларига бўлиш мумкин. Пельвиоперитонитларнинг уткир стадияси клиник белгилари диффуз перитонитнинг бошланғич стадияси белгилариги ухшаш, аммо пельвиоперитонитда бу белгилар қам ривожланган бўлади. Қорин пастида оғрик қучайиб боради. Тана ҳарорати тусатдан юқори қутарилади. Қўнгил айниш, қушиш белгилари қузатилади. Қорин пастки қисмлари бироз шишган, шунингдек қорин девори мускуллари таранглашиши қузатилади. Қорин парда таъсирланиши мусбат, ичак перистальтикаси сусаяди. Қорин девори ҳар доим нафас актида қатнашади. Қучли оғриқлар қорин парданинг яллиғланиш жараёниға жалб этилганидан дарак беради, баъзи беморларда қуйидагилар қузатилади: қин гумбазининг осилиши, кичик чанокка экссудат қорлигини билдиради. Тулик диагноз қуйиш учун лапороскопия утқазилади. Ташҳис тасдиқлангандан сўнг антибиотиклар учун микроирригатор қиритилади.

ДАВОЛАШ

- Консерватив
- Ётоқ режим.
- Қорин пастиға муз қалтачалари қуйиш.
- Комплекс антибактериал терапия.

Пельвиоперитонитда хирургик даво пиосальпинкс, пиовар ёки тубовариал абсцесс сонига кечганда утқазилади. Тарқалган перитонит оғир патологияси эндоген интоксикация билан характерланади. Орган ва туқималарда қон

айланишининг бузилиши умумий тукима гипоксияси ривожланишига, моддалар алмашинувининг бузилишига ва буйракда деструктив узгаришларнинг тезда ривожланишига (ошқозон ости беи, жигар, ингичка ичак) олиб келади. Реактив фазасида компенсатор механизмлар сакланади. Хужайра метаболизм бузилиши ва гипоксия белгилари булмаиди нисбатан коникарли булади. Ичак пархези бошланади. Перитонитнинг токсик формаси ушиб ва кучайиб борувчи интоксикацияги боглик. Беморнинг умумий ахволи узгарган ва бушашган булади. Тери ранги узгаради ва кусиш, хикичок кузатилади. Ичак перисталтикаси булмаиди. Корни дам булади. Терминал фазасида юкоридаги узгаришлар чукур харктерда булади. Перитонитнинг махаллий белгиларига куйидагилар: коринда огрик, корин девори мускуллари таранглашуви, корин парда таъсирланиш симптоми мусбат, перитонитнинг гинекологик формасида ичак пархези характери хисобланади. Шундай килиб, перитонитни эрта диагностика килиш, комплекс даво утказиш, хирург, гинеколог, реаниматологнинг биргаликда ёндашуви касалликни муваффакиятли даволашга эришилади.

**Мавзу № 98: “Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оғрик синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини;

-туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	-гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№98 мотивация. (Мавзу баёни) Оғриқ синдроми. Бачадон перфорацияси.ОМХ роли

Уткир корин термини симптомакомплекс булиб у уз ичига бир неча хирургик ва гинекологик касалликларини олади. Бу ҳолат тезкор хирургик ёрдамни талаб қилади, тез бошланиб, оғир кечади. Бу ҳолат тусатдан уткир корин оғриғи билан

бошланади. Огрик ва мушакларнинг кучли кискариши 95 % ҳолатларда учрайди. Куп ҳолларда уларда кунгил айланиш, қусиш ва корин олд девори мушакларнинг таранглашуви кузатилади. Гинекологик беморларда корин парданинг бир қисми патологик жараёнга айланиб, яллигланиш жараёни бачадон ва бачадон ортикларидан таркалади. Корин парданинг реактивлик хусусияти пасайиб боради ва инфекцияга резистентлиги юқори бўлади. Химоя функцияси узининг фагоцитар хусусиятларини намоён қилади.

Уткир корин синдроми тусатдан бошланади. Яллигланиш, травмадан кейин келиб чиқиб, клиникаси тез намоён бўлади ва унга тезкор хирургик ёрдам курсатиш керак.

Бу ҳолатлар кузатилганда ҳақим ташхис сифатида бу синдромни қуя олмайди, чунки бу ҳолат корин бушлиги органларнинг уткир хирургик ва гинекологик касалликлар йиғиндисининг тушунчасидир.

Шикоятига, анамнезига ва объектив текширувига эътибор берилади. Анамнез йиғиш учун ҳақим беморнинг оғир аҳволига эътибор бермай, аниқ, тулик максимал даражада йиғиш керак. Анамнез йиғаетганда, ҳақим қуйидагиларга эътибор бериши керак.

Корин соҳасидаги травмалар, нотугри овкатланиш, аёлларда хайз циклининг бузилиши, ахлат ва сийдик чиқариш актининг бузилишига. Огрикни қачон бошланганлиги унинг характери – доимий, вақти – вақти билан ёки хуружсимон кечиши, огрик локализацияси, иррадиациясини аниқланиши керак. Бу ташхис қуйиш учун катта диагностик аҳамиятга эга. Агар бемор аҳволи оғирлиги туфайли саволларга жавоб беролмаса, уни уринтирмаслик керак. Бу вақтда ҳақим беморни тулик текшириб аниқ маълумотлар олиши керак. Ҳақим коринни пальпация қилганда беморнинг реакцияси масалан, пайпаслаганда оёқларини тортиб олиши, юз мимикасининг узғариши, огрикнинг локализациясидан далолат беради. Уткир корин синдромида бемор юзига эътибор берилади. Юзи истиробли, тери ва шиллик қаватлари оқарган ёки қуқарган бўлса, бу ички қон кетиш ва нафас етишмовчилигидан далолат беради. Беморнинг юзи бефарқлик, пешонасидан совуқ тер, оқариш, қузи узокка қараб турганлик бўлса, травмадан кейинги келиб чиққан оғир шокка ҳос бўлади. Уткир корин синдромида беморнинг қорни, корин деворининг нафас актида иштирокини қуриш керак ва бунда корин деворининг нафас актида қанчалик қуқур иштироқига эътибор бериш керак. Перитонитдан келиб чиққан уткир корин синдромида корин девори нафас актида қегараланган бўлади ёки иштирок этмайди. Тортилган корин жинсий органлар перфорациясидан келиб чиққан уткир перитонитда кузатилади. Кориннинг қам бўлиши, ичак тутилишдан келиб чиққан перитонитда учрайди. Кориннинг қам бўлиши, асимметрия билан кечиши ёки механик ичак тутилишда

учрайди. Уткир корин синдромида озгин беморларнинг ичак перистальтикасига эътибор бериш керак. Бу механик ичак тутилишга ахамиятли. Бу барча ҳолатлар коринни тулик очиб курганда аникланади. Перкуссияда агар коринда хаво булса, тимпаник товуш эшитилади, агар коринда кон тупланган булса, кон йигилган сохада тумток товуш эшитилади. Коринда газ булса, жигар тумтоклиги йуколади. Энг асосий диагноз пальпацияда аникланади. Бунда мушаклар таранглашган, чегараси (усма, яллигланиш туфайли) тугри ичак ва кин оркали курув утказиб, уткир корин синдроми билан касалланган беморларда касаллик огирлик даражаси, унинг ҳолати, яллигланиш инфилтрати ва суюклик тупланиш микдори аникланади. Аёлларда кинни текшириш кичик чанок бушлигида кон ва йиринг булишини, бачадон найи ёрилиши, йирингли пельвиоперитонитда аникланади. Бу касалликни рентген билан кон ва сийдикнинг лаборатор текширувлари, асосан лейкоцитлар, эритроцитлар, кон ва сийдикда гемоглобин микдорини аниклаш мумкин. Ҳозирда лапараскопиядан кенг фойдаланилади. Корин чизиги буйлаб тешик килиниб лапоросинтез килиб, полиэтиленни ингичка найлар киритилиб аникланади. Бунда най ичига кон чикса, корин бушлигида кон бор. Энг охири текширув усули лапаротомия килинади.

Уткир корин сабаблари:

Аппендицит, перитонит, миокард инфаркти, базал плевропневмания, спонтан пневмоторакс, буйрак санчиги, Шенлейна – Генох капилляротоксикози, ичак инфекциялари билан ҳақим гинекологик касалликларида биринчи ёрдам курсата олиш керак. Гинекологик ички кон кетиш, бачадондан ташкари хомиладорлик, тухумдон апоплексияси, бачадоннинг ятроген ва криминал характердаги жароҳатларда кузатилиши мумкин.

Уткир корин синдромининг гинекологик сабаблари.

10. Бачадондан ташкари хомиладорлик
11. Тухумдон апоплексияси
12. Бачадоннинг ятроген ва криминал жароҳатлари

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК.

Бачадондан ташкари хомиладорлик нафакат соглик учун балки ҳаёт учун хавфлидир. Ургент гинекологияда ички кон кетишларнинг катта қисми эктопик хомиладорликнинг узилишига боғлиқ. Стационарга мурожаат қиладиган беморларга Э.Х. частотаси 1-6 % атрофида учрайди. Хомиладорликнинг 1 триместрида хомиладор аёлларнинг улишига асосий сабаб Э.Х. ҳисобланади. Э.Х. - да леталлик Ўзбекистонда 0,01 %, Россияда 0,11% бўлиб бу АКШ

курсатгичидан 3 барабар юкори туради. Хомиладор аёллар улишида Э.Х нинг 7,4 % ни ташкил килади. Э.Х купрок 30 ва ундан юкори ёшдаги аёлларда ёмон окибатларга олиб келади. Бачадондан ташкари хомиладорлик окибати госпитализация вақтига боглик. Э.Х диагностикасидаги кийинчилик факатгина госпитализация вақтига боглик булмай, балки операция вақтига ҳам богликдир. Э.Х борасида операция килинган аёллар орасида кабулга келган кун операция килинганлар 45 % кейинги суткаларда 24% колганлар 2-23 кунларда килинганлар 31 % ни ташкил килади. Бу билан кон кетиш куйидагича тушунтирилади: 68,4 %-300 мл, 5,4 % 301- 700 мл, 9 % 800 мл ва ундан куп хаётдан куз юмган аёлларда уртача кон кетиш 2112 мл ни ташкил килади. Улимнинг асосий сабаби: кон кетиш (68,9 %), сепсис (4,9 %) бошка сабабларга медицина амалиёти асорати ва наркоз асорати киради.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

13.Абдоминал (корин) хомиладорлик.

14.Бачадон найидаги хомиладорлик.

- Прогрессияланувчи
- Хомиладорлик натижасида бачадон найининг ёрилиши.
- Найдаги аборт.

15.Тухумдондаги хомиладорлик.

16.Э.Х нинг бошка формалари.

- Бачадон буйинчасида.
- Комбинациялашган.
- Бачадон шохидаги.
- Боглам ичи
- Бачадон туткичида.
- Аникланмаган.

Агар бачадондан юкорида хомила тухуми булса, проксимал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Агар хомила тухуми бачадон буйнида ёки ундан пастда булса, буйин олди ёки буйин ё дистал вариантдаги эктопик хомиладорлик дейилади. Дистал эктопик хомиладорлик киндан кон кетиш билан кечади. Проксимал эктопик хомиладорлик ички кон кетиш билан кечади. Шу холатни икки хил тушунтириш мумкин.

7. Ички жинсий органларнинг ушиб боровчи яллигланиш касалликлари бачадон найларида хирургик аралашув сонларини оширади.

8. Эктопик хомиладорликни бузилиши холатларини чикмайдиган диагностик усуллар кулланилади. Хомила тухумининг имплантация локализацияси найлар ичида, тухумдон ичида, бачадоннинг рудимент шохида, корин бушлигида булади. Буларнинг хаммаси уз навбатида ампуляр, истмик ва интерстициалга булинади.

Тухумдондаги хомиладорлик икки вариантда кечади.

7. Тухумдон юкори кисмида.

8. Фолликула ичида.

Корин хомиладорлиги бирламчи ва иккиламчи булади. Шу типдаги эктопик хомиладорлик уз навбатида куп ва кам учрайдиган турларга булинади. Куп учрайдиган эктопик хомиладорликка ампуляр ва истмик турдаги найлардаги хомиладорлик. (улар 93 – 98,5% учрайди) Кам учрайдиган интерстициал хомиладорлик (0,4-2,1%), тухумдон (0,4-1,3%), корин бушлигида (0,1- 1,4), бачадон буйинчасида, бачадон рудиментар шохида (0,4-0,9%) ва бачадон кушимча найида (0,07%) учрайди.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Имплантация узгариши хомиланинг найлар буйлаб транспорти бузилиши ёки хомила тухумининг узгариши.

Хомиланинг найлар буйлаб транспорт функциясининг бузилиши ёки бластоцитларнинг етилишининг тезлашиши проксимал эктопик хомиладорликка олиб келади. Бачадон найлари функциялари бузилиши турли хил этиологиядаги яллигланиш билан боглик специфик булмаган инфекциялар натижасида келиб чиқади: аборт, бачадон ичида килинадиган контрацептив, бачадон ичи диагностик аралашувлари. Тугрук актининг асоратлар билан кечиши, аппендицитни бошидан кечириши, узок вақт мобайнида бачадонда оператив аралашувлар ҳам эктопик хомиладорликнинг асосий фактори булиб хисобланади. Найларнинг кискарувчанлиги маълум гормонларга боглик, уларнинг етишмовчилиги хосиятсиз гормонал фоннинг аёлларда булиши, хайз цикли регуляцияси бузилишига олиб келади. Бластоцидларнинг ноадекват етилиши физиологик имплантация соҳасида уругланган хужайранинг активланиши натижасида трофобласт хужайралар ҳосил булишини кучайтириб ва бачадон бушлигигача етиб бормайди. Бундан ташқари тухум хужайранинг транспорти бачадон ортикларида килинган хирургик аралашувлардан кейин бачадон найларда операциядан кейин тусикнинг булиши билан тушунтириш мумкин. Баъзи адабиётларда сперматозоидларнинг трансперетонеал миграцияси ички жинсий аъзолар ривожланиши нуксони туфайли бузилади деган фикрлар ёзилган. Найда, тухумдонда, корин бушлигида хаттоки бачадон шохида ҳам кучли специфик ривожланган булади, чунки шиллик ва шиллик ости каватлар йук. Прогрессияланувчи бачадондан ташқари хомиладорлик хомила жойлашган жойини кенгайтиради. Хорион ворсинкалари туқимани бузиб, шу билан кон томирларда таъсир килади. Хомиладорлик локализациясига қараб бу жараён тез кечиши мумкин. Агар тухум хужайра бачадон найининг истмик кисмида жойлашса, хомиладорлик ташки ёрилиш билан тугалланади. Худди шундай механизм найнинг интерстициал кисмида тухум хужайра имплантация булганда

хам содир булади. Кон кетиш одатда массив (куп микдорда) кечади. Камдан кам холларда найнинг буйин олди кирраси бутунлиги бузилади. Бундай холларда тухум хужайра ва кон кенг бойлам варакалари орасида қолади. Шундай ҳолат кузатилганки, тухум хужайра нобуд булмасдан етилиши охириги муддатларгача давом этган. Найдаги хомиладорликнинг ампуляр локализациясида тухум хужайранинг эндосальпинкс бурмаларида имплантация булиши кузатилган. Найларнинг антиперистальтик ҳаракати аста секинлик билан ажралган тухум хужайрани корин бушлигига итаради: най аборти содир булади. Ампуланинг очик бушлигидан кон найдан окиб чиқади ва унинг варонка соҳасига перитубар гематомани ҳосил қилади. Жуда кам холларда найдан ҳайдалган тухум хужайра нобуд булмасдан корин бушлиги органларнинг париетал ва висцерал варакаларига ёпишади. Иккиламчи корин хомиладорлиги ривожланади. Бу ҳолат ҳам охириги муддатларгача давом этиши мумкин. Тухумдон хомиладорлигининг узок давом этиши кам учрайдиган ҳолдир. Одатда ташки ёрилиш кузатилиб, маълум микдор кон кетиши мумкин. Агар хомиладорлик тухумдоннинг юзасида ривожланса, эрта асоратларга олиб келади. Агар хомиладорлик интрафолликуляр локализацияда кечса, кечки муддатларда хомиладорлик тухтайди. Ургент гинекологияда амалиёт шифокори найдаги хомиладорликни ёрилиши билан купинча тукнаш келади. Агар хомиладорлик найнинг ёрилиши билан тухтаган булса, ташхис қуйишда қийинчилик тугдирмайди. Бу вақтда шифокор нафакат тугри диагноз қуйиб билиши, балки адекват тез ёрдам курсатиши керак. Куп холларда ҳар қандай шифокор қуйидагиларга асосланиб касалликнинг характерини аниқлайди: касалликнинг уткир бошланиши, корин пастида унг ёки чап томонида ва орқа чиқарув тешигига таркалувчи бирдан бошланувчи қучли огрик билан характерланади. Огриклар кунгил айниш ёки қусиш билан кузатилади, бош айланиши эс ҳушининг йукотилишигача бориши мумкин. Беморнинг умумий аҳоли прогрессив огирлашиб боради. Геморрагик шокнинг охириги босқичларигача бориши мумкин. Объектив курганда бемор ҳолати ички кон кетиш борлигини тасдиқлайди. Корин бир мунча шишган булиб, корин олд девори таранглашиши кузатилмайди. Пальпацияда корин пастида айникса зарарланган томонда огрик кузатилади. Перкуссияда тумтоклашиш аникланади. Ички гинекологик курув утказилади, бачадон ва унинг ортиклари формаси улчамини консистенциясини аниқлаш учун қуч ишлатиш шарт эмас. Қучли огрик туфайли юкоридаги текширув усулини утказиб булмайди ва бу кон кетиш, шок даражасини чуқурлаштиришига олиб келиши мумкин. Эҳтиёткорлик билан текшириш тугри диагноз қуйиш учун етарли маълумотларни беради. Ойналар билан курганда кин шиллик каватида эндоцервиксда цианоз ёки оқариш курилади. Бачадон буйнидан конли ажралмалар кузатилмайди. Бачадон енгил силжийди, худди эркин сузиб юргандек. Баъзи холларда киннинг орқа гумбазидан

пункция килиш аник ташхис куйишга ёрдам беради. Хомиладорлик ички ёрилиш билан тугалланганда ташхис куйиш кийинчилик тугдиради. Хомиладорлик тугалланишининг бу вариантыда жараён аста – секинлик кечиб, бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади. Бу кунларда найдаги уругланган тухум хужайра аста – секинлик билан кисм – кисм ажралиб, ундан кам микдорда кон най бушлиги ёки корин бушлигига чиқади. Хомиладорлик тугалланишининг ички ёрилиш типи ҳамма вақт ташки ёрилиш хавфи билан кузатилади. Шунинг айтиб ўтиш керакки, диққат билан йиғилган анамнез най аборти диагнозини куйишда катта ёрдам беради. Шу билан бирга объектив кузатув ва зарур лаборатор, инструментар текшириш утказилиши керак. Анамнез йиғилганда биринчи навбатда бачадондан ташкари хомиладорликни бошидан утказган, ички жинсий аъзолар яллигланиш касаллиги, абортлар, бепуштлиқ, аппендэктомия, хомиладорликдан сакловчи воситалар ишлатганми?, шуларга эътибор бериши керак. Най абортининг асосий симптоми – оғрик ҳисобланади. Оғрик купинча хуружсимон бошланиб корин пастида локализацияланади, баъзан оғрик интенсивлиги зарарланган томондан кучли булади. Хуруж, ҳолсизлик, бош айланиши, куз олди корунгилашуви, совук тер ажралиши, кунгил айланиши билан кузатилади. Оғрик юкори тана ҳароратининг пасайиши билан кечади. Шикоятлардан яна бири жинсий аъзолардан конли ажралмалар ажралиши ва менструал циклининг тухташи.

ДАВОЛАШ

Ҳозирги вақтда найдаги хомиладорлик терапияси ягона усул билан утказилади. Бемор оператив аралашувга олиниши керак. Оператив даво 3 этапда утказилади.

10. Органни сакловчи операция килиб, кон кетишини тухтатиш.

11. Реанимацион чора – тадбирлар.

12. Реабилитацион терапияни олиб бориш .

Найдаги хомиладорликда органни сакловчи операция куйидаги шароитда утказилади:

- Компенсациялашган кон кетиш билан коникарли ахволи булган беморда.
- Келажакда хомиладор булиш ва оилани режалаштириш .
- Бачадон найининг минимал зарарланиши.
- Аёлнинг хохишига қараб репродуктив функцияни саклаб қолиш .
- Хирургнинг юкори квалификациясига боглиқ.

ЭКТОПИК ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ КАМ УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ:

13.Интерстициал найдаги хомиладорлик - хомиладорликнинг 3-4 ойгача одатдагилардан фарқ қилинади ва ташхисланмайди.

14.Тухумдондаги хомиладорлик прогрессияланувчи хомиладорлик таъхисланмайди. Хомиладорлик тухтатилиши хар микдордаги кон кетиш билан кузатилиб, касаллик белгиларининг юзага чикишида мухим ахамиятга эга. Тухумдон хомиладорликни даволаш хирургик: тухумдон резекцияси, бачадон ортикларини олиб ташлаш.

15.Бачадон рудиментар шохидаги хомиладорлик. Прогрессияланувчи хомиладорлик жуда кам холларда таъхисланади. Ички гинекологик текширув маълумотларига асосланиб, катталашган бачадон (8 хафталикгача) хайз циклининг тухташи, ён томонга силжиган, карама- карши томонда юмшок консистенцияли бачадон билан калин оёкча билан боғланган огриксиз, усмасимон хосила булиши бачадон рудиментар шохидаги хомиладорликка шубха уйготади. Хомиладорлик тухташи ташки ёрилиш типиде кечиб куп микдорда кон кетади.

16.Корин хомиладорлигининг бирламчи, иккиламчи турлари тафовут килинади. Прогрессияланувчи бирламчи хомиладорлик амалиётда таъхисланмайди. Хомиладорлик тугалланиши. Найдаги хомиладорлик ёрилиши клиник манзарасини беради. Иккиламчи хомиладорлик най аборти ёки най ёрилишидан чиқади, жуда кам холларда бачадон ёрилишидан кейин келиб чиқади. Корин хомиладорлиги охирги кечги муддатларгача боради. Аёл хаёти учун хавф тугдиради. Бунда хомила яшашга лаёкатсиз булади. Корин хомиладорлигини хар хил муддатларда факат битта усул хирургик йул билан олиб борилади. Оператив аралашув характери кенг ва хамма вақт хам натижаси муваффакиятли кечмайди. Шунинг учун операцион даводан кейин хар бир аёл учун индивидуал даво режаси тузилади. Режада 3 йуналиш буйича комплекс чора тадбирлар мужассам.

1. Организмда умумий таъсир этиш: носпецифик химояни кучларини оширувчи воситалар.

2. Физиотерапия.

3. Гидротубация.

Реабилитацион чора тадбирлар иккала найларни олиб ташланган ва фертилликни тиклаш муаммоси булмаган аёлларда утказилади.

АППОПЛЕКСИЯ.

Тухумдон аппоплексияси кам учрайди, лекин бу касаллик билан куп аёллар хирургик йул билан даволанмайди. Тухумдон ёрилиши менструал циклининг турли фазаларида купинча иккинчи фазасида кузатилади. Сарик тананинг ёрилиши бачадон ва эктопик хомиладорлик вақтида булади. Тухумдон аппоплексияси купинча репродуктив ёшида учрайди. Менструал цикл икки фазали булади.

Клиник манзараси анемик формали интраперитониал кон кетиш билан кечади. Касаллик бошланиши травмалар физик зурикиш жинсий акт билан бошланади. Огрик орка чиқарув тешиги, симфиз жинсий органларга

иррадияцияланади. Анемик формадаги тухумдон ёрилиши клиникаси бачадондан ташкари хомиладорликка ухшаб кетади. Огрик, хушдан кечиш ҳолати, киндан ифлос жигар ранг ажралманинг келиши билан кечади, ажралмалар менструациянинг вақтинча булмаганлигидан кейин келиши мумкин. Касаллик менструация циклининг ҳар хил кунда айрим вақт ҳеч қандай сабабсиз бошланиб, уткир кечади. Огрик бирдан бошланиб 30 минутдан 3-4 соатгача ва ундан ортиқ кам ҳолларда кун буйи давом этади. Шунингдек аёл умумий ҳолсизликка, бош айланиши, қусишга, тез-тез сийиб, дефекацияга чакирик бўлишига шикоят қилади. Кориннинг пальпациясида корин девори тиришиши унинг огриши кузатилади. Кин орқали қурилганда ён ва орқа гумбазларда огрик бўлиб гумбазларда қон томирлари пульсацияси сезилади. Бачадон буйни силжитилганда қаттиқ огрик сезилади. Бачадон улчами нормал ёки биров қатта бўлади. Тухумдондар кистоз узғариб қатталашган, эластик консистенцияли ҳаракати чекланган, огрикли бўлади. Перкуссияда корин бушлигида эркин суюқлик борлиги аниқланади. Огрикли формадаги тухумдон аппоплексиясида фолликулар туқимадаги қон қуйилиши ёки сарик танадан қон белгиларисиз қам микдорда корин бушлигига қон кетиш билан характерлади. Касаллик уткир бошланиб, корин пастида хуружсимон огриклар, қонгил айниш билан кузатилади. Ички қон кетиш белгилари қузитилмайди. Киндан патологик ажралмалар ажралиши қузитилмайди. Клиник манзара уткир аппендицитга ухшайди. Қуйидаги белгиларга қараб утказилади. Аппендицитда менструал цикл фазалари билан боғлиқлик бўлмайди. Қиёсий ташхис утказишдан мақсад беморда даво тактикасини утказиш учун муҳим аҳамият қасб этади. Аппендицитда хирургик даво усули ёрдам берса, аппоплексияда эса консерватив даво утказилади.

ДАВОЛАШ

Корин ичи қон кетиш даражасига боғлиқ касалликнинг анемик формаси хирургик даволашни талаб этади. Бундай ҳолатда тухумдон резекцияси бажарилади. Охириги йилларда лапароскопия ёрдамида операция қилиш татбиқ этиляпти. Аппоплексиянинг огрикли формасида клиник белгиларсиз, ички қон кетишнинг усиб бориши билан кечганда консерватив даво утказилади. Ётоқ режим, корин пастига муз халтачалари қуйиш, гемостатик таъсир этувчи препаратлар қулланилади. Гемостаз дефекти бўлган қон касалликлари касалланган аёлларни консерватив даволашда ҳаракат қилиш керак. Қон ивиши бузилишини коррекция қилишга қаратилган терапия одатда етарлича натижа беради.

БАЧАДОН ПЕРФОРАЦИЯСИ.

Корин ичи кон кетиши сабаблари орасида бачадон перфорацияси маълум уринни эгаллайди. Бачадон перфорацияси асосан бачадон бушлигида утказиладиган манипуляциядан кейин куп учрайди. Бундай вақтда инструмент эҳтиёткорсизлик туфайли бачадон деворини тешиб утади, бунда бушликка тушганлик хисси сезилади. Перфорация булганда кичик кесар – кесиш операцияси утказилади. Бачадоннинг ҳамма қисмлари диққат билан текширилади ва шу билан бирга кичик чанок бушлиги органлари ва ичаклар куздан кечиради. Перфорациянинг асоратланган формаси хирург сийдик пуфаги, ичак, чарви жароҳатланишига дуч келади. Бундай пайтда хирург гинеколог мутахассислар билан маслаҳатлашиши керак. Бачадон травматизациясини олдини олиш учун сунъий аборт операциясини 12 ҳафталикдан ошган ҳомиладорликда утказмаслиги керак. Хирургик аралашувдан олдин бимануал курув утказилиши керак.

- Ҳамма вақт зондлаш эҳтиёткорлик билан бажарилади. Зондлашда бачадон узунлиги, бачадон бўйни канали йуналиши аниқланади.
- Бачадон бўйни каналини авайлаб кенгайтириш ва б.
- Бачадон перфорацияси ёмон сифатли усмасини диагностика қилиш учун бачадон қирилганда содир бўлади. Бачадон мускул қаватининг рақ жараёни билан чуқур жароҳатланишида муолажа хирургнинг алоҳида қуч сарфламасдан ҳам ташхислаши мумкин. Бачадон ичи контрацепцияси асорати сифатида ҳам бачадон перфорацияси қелиб чиқади. Қупинча бундай ҳол БИС қиритилганда, шунингдек бачадон девори уз-уздан тешилишидан кейин қузатилади. БИС қиритилганда бачадон перфорациясини ҳар доим ҳам қилиб бўлмайди. Ички қон қетиш клиник белгилари қам қузатилади. Қегараланган ёқи тарқалган перитониал симптомлари қечқи муддатларда аниқланади. Ички гинекологик текширув аниқ маълумот бермайди. БИС ни қорин бушлигига қирганини тасдиқлагандан сунг зудлик билан хирургик муолажа утқизиш керак. Узок муддат давомида БИС нинг қорин бушлигида бўлиши яллиғланиш жараёнларнинг ривожланишига, қандикланиш, ичак тутилиш қабии асоратларга олиб қелади. Бачадон деворининг некротик ва яллиғланишли узғаришлар бачадонни олиб ташлаш учун қурсатма ҳисобланади.

ТУХУМДОН УСМАСИНИНГ БУРАЛИШИ.

Утқир қорин синдроми гинекологик амалиётда бачадон найи ва тухумдоннинг узгармаган ёқи патологик узгарган ичак тутқич буралиши оқибатида ривожланади, аммо қуп ҳолларда усма (қистома) оёқчасининг буралиши утқир қорин синдромини беради. Оёқчадан буралиш турли ҳил гистологик структурали усмаларда атрофдаги органлар билан бирикмаган ва оёқчага эга бўлган яхши сифати ёқи қегараланган ҳосила. Усма ёқи тухумдон қистасининг оёқчадан буралиши тана ҳолатини узғартириш, физик зуриқиш, ичак перисталтикасининг қучайишига боғлиқ бўлади. Буралиш бирданига утқир ёқи аста сеқин, тулик ёқи нотулик бўлади. Усма оёқчасининг буралиши артерия

кисилиши билан кузатилса, тукималарда некротик узгаришларга ва хатто перитонитга олиб келади. Оёкчадан буралишнинг клиник манзараси кистома ёки усманинг характериға боглик эмас. Касаллик корин пастида кучли огрик билан бошланади. Кунгил айнаш, кусиш билан кечади. Касалликнинг биринчи соатларида тана харорати нормал булади. Оёкчадан буралиш кисман булганда касаллик белгилари даволанмаганда ҳам йуколади. Кейинги буралиш оператив даволаш утказилашини талаб этади. Кистоманинг оёкчадан буралиши тулик булганда бирданига кон айланиш, усма озикланиши бузилиши кузатилади. Клиникада уткир корин манзарасини беради. Бемор мажбурий холатни эгаллайди. Пальпацияда корин олд девори мускулларнинг таранглашиши кузатилади. Шеткин – Блюмберг симптоми мусбат, ичак пархези, кабзият баъзан диарея кузатилади. Кистома буралишининг асосий симптоми унинг улчамларининг катталаниши хисобланади. Диагностикадан сунг беморлар зудлик билан операция утказилишига мухтож булади. Усма олиб ташланади. Киста ёки тухумдон кистомасининг оёкчасидан буралиши найдаги хомиладорликнинг ёрилиши, бачадон ортикларининг яллигланиши, тухумдон аппоплексияси, буйрак санчиги, аппендицит ва уткир ичак тутилиши билан дифференциал диагностика килиш керак. Тухумдон кистома оёкчасидан буралиши деб, ташхис куйилган беморлар оператив усулда даволадилар. Операция вақтида врачнинг вазифаси ёмон сифатли усмани топиш, бу эса оператив аралашув хавфини белгилайди. Усма оёкчасидан буралганда уни тугриламасдан буралган жойи юкорисидан кесиш керак. Бундай тактикадан мақсад, усма оёкчаси буралганда тромбларнинг умумий кон окимиға тушишини олдини олишдир. Хирургик ва гинекологик амалиётда перитонит термини корин парданинг уткир яллигланишини билдиради. Перитонит корин бушлиги (органлари) ва кичик чанок органлари уткир касалликларининг огир асоратлари хисобланади.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит серозли ва йирингли сальпингитда инфекциянинг кичик чанок бушлигидан корин бушлигида таркалиши окибатида ривожланади. Касаллик серозли, фибринозли ва йирингли вариантда кечади. Куп авторларнинг фикрича пельвиоперитонитни яллигланиш даражасига караб уткир ва сурункали турларга булиш мақсадга мувофикдир. Бундай булиниш айникса пельвиоперитонит бачадон ортиклари яллигланиш асоратлари булса, жуда тугри бироқ бачадон ва унинг ортикларининг уткир яллигланиши асосан тугрукдан ва абортдан кейин ҳамда уткир гонорейдан юзага келадиган пельвиоперитонит алохида касаллик каби юзага келиши мумкин. Бундай холларда бачадон оркасидаги дуглас бушлигида тупланадиган экссудат характери катта ахамиятга эга. Пельвиоперитонит экссудат хусусияти буйича йирингли, сероз ва геморрагик

турларига булиш мумкин. Пельвиоперитонитларнинг уткир стадияси клиник белгилари диффуз перитонитнинг бошлангич стадияси белгилариги ухшаш, аммо пельвиоперитонитда бу белгилар кам ривожланган булади. Корин пастида огрик кучайиб боради. Тана харорати тусатдан юкори кутарилади. Кунгил айниш, кусиш белгилари кузатилади. Корин пастки кисмлари бироз шишган, шунингдек корин девори мускуллари таранглашиши кузатилади. Корин парда таъсирланиши мусбат, ичак перистальтикаси сусаяди. Корин девори хар доим нафас актида катнашади. Кучли огриклар корин парданинг яллигланиш жараёнига жалб этилганидан дарак беради, баъзи беморларда куйидагилар кузатилади: кин гумбазининг осилиши, кичик чанокка экссудат борлигини билдиради. Тулик диагноз куйиш учун лапороскопия утказилади. Ташхис тасдиклангандан сунг антибиотиклар учун микроирригатор киритилади.

ДАВОЛАШ

- Консерватив
- Ёток режим.
- Корин пастига муз халтачалари куйиш.
- Комплекс антибактериал терапия.

Пельвиоперитонитда хирургик даво пиосальпинкс, пиовар ёки тубовариал абсцесс сонига кечганда утказилади. Таркалган перитонит огир патологияси эндоген интоксикация билан характерланади. Орган ва тукималарда кон айланишининг бузилиши умумий тукима гипоксияси ривожланишига, моддалар алмашинувининг бузилишига ва буйракда деструктив узгаришларнинг тезда ривожланишига (ошкозон ости беzi, жигар, ингичка ичак) олиб келади. Реактив фазасида компенсатор механизмлар сакланади. Хужайра метаболизм бузилиши ва гипоксия белгилари булмайди нисбатан коникарли булади. Ичак пархези бошланади. Перитонитнинг токсик формаси ушиб ва кучайиб борувчи интоксикацияги боглик. Беморнинг умумий ахволи узгарган ва бушашган булади. Тери ранги узгаради ва кусиш, хикичок кузатилади. Ичак перистальтикаси булмайди. Корни дам булади. Терминал фазасида юкоридаги узгаришлар чукур харктерда булади. Перитонитнинг махаллий белгиларига куйидагилар: коринда огрик, корин девори мускуллари таранглашуви, корин парда таъсирланиш симптоми мусбат, перитонитнинг гинекологик формасида ичак пархези характери хисобланади. Шундай килиб, перитонитни эрта диагностика килиш, комплекс даво утказиш, хирург, гинеколог, реаниматологнинг биргаликда ёндашуви касалликни муваффакиятли даволашга эришилади.

Мавзу № 99: “Аёллар жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликлари. (Вульвит, вулвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вулвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вулвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вулвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вулвовагинит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол,

	Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	организацисларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни курунлар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш буйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотивининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№99 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Вульвит, вульвовагинит). Замонавий таххислаш усуллари. ОМХ роли.

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Хотин – кизлар жинсий органларнинг яллиғланиш процесслари даволаш ва олдини олиш аёллар соғлигини саклашда муҳим роль уйнайди. Илмий тасдиқланган тугри ташкил қилинган даво профилактик ёрдам касал булган аёлларнинг иш фаолиятига, социал ва оила ҳаётига ва уларнинг генератив функциясига эътиборли таъсир этади.

Учрашиши: жинсий органлар яллиғланиши ҳамма гинекологик касалларнинг 60 – 65 % ташкил этиб, уларнинг 30 % стационар шароитда даволанади. Яллиғланиш касалликларининг усиши аҳоли миграциясининг купайиши урбанизация, проститутциянинг купайишига боғлиқдир.

ВОЗ (1982) маълумотиға караганда жинсий органлар яллиғланиши умумий аҳолининг 1 % ташкил этиб, аҳолининг сексуал активлиги сонининг 3 % ни

ташкил этади. Саноати ривожланган мамлакатларда АКШ ва Европада сальпингит 15 – 39 ёшли аёлларда ҳар 1000 тадан 10 – 13 учрайди, 75 % аёллар 25 ёшдан кам, шулардан 75 % тугмаганлардир. Хломидин сабабли бўлган яллигланиш 15 – 19 ёшли кизларда 16 %, 25 – 30 ёшларда 6 % ва 30 ёшли 2,5 % ни ташкил этади.

Микоплазмалар, уроплазмалар 20 ёшгача бўлган аёлларда куп яллигланишга сабаб бўлади. 30 ёшдан ортикларида касаллик сабаби анаэроб микроорганизмлардир. Уткир яллигланиш процесслари 20 – 24 ёшгача бўлган гурӯҳда, 25 – 30 ёшда сурункали яллигланиш процесслари ва уларнинг асоратлари куп учрайди. (бепуштлиқ, эктопик хомиладорлик).

Жинсий аъзолар яллигланишида жинсий органлар идиал микрофлораси муҳим роль уйнайди. Жинсий трактининг маълум участкасида нормада маълум микрофлора яшайди. Кин микрофлораси қуйидагилардан иборат:

иаексимон флора: анаэроб ва асосан аэроб, гемолитик ва негемалитик стрептококклар, интерекокклар, гемолитик стрептококклар. Клеббсиела, энтеребактериялар, протеус туридагилар, ичак таёкчалари кам учрайди. Замбуруглар (кандидалар) учрайди.

Патоген микрофлора учрашиши патологик процессдан дарак бермайди. Агарда уткир яллигланиш белгиси бўлмаса. Кин микрофлорасига эндоген факторларнинг таъсири бор. Эстроген қупайиши билан унинг таъсирида гликоген ва муцин ҳосил бўлиши қупаяди. Кин девори васкулиразация қупайиб патоген микрофлоранинг вируентлигини оширади. Аэроблар микдори хайз олдидан камаяди, бу гормонал узгаришга боғлиқдир.

Кин микрофлорасига экзоген таъсирлар химик, термик бўлиб булар кинни ювишда таъсир қилади. Б. Ларсен (1988) жинсий трактининг пастки қисмида жойлашган микрофлора юқорига ҳам утиши мумкин деб ҳисоблайди. Уларнинг вируентлигини аниқлаш учун қуйидагиларни аниқлаш керак.

микроорганизмни фагоцитоздек химояловчи қобик бор ёки йуклигидир.

Экзо – эндотоксинлар ажралишидан

Экстрахужайра ферментлар (коллагеназа, гиалоуринадаза, эластаза) ишлаб чиқишдан. Жинсий йулларда доимий учрайдиган микроорганизмлар маълум шароитда фирулент бўлиши яллигланиш процессларида иштирок этиши мумкин. Уларнинг активланишига ва яллигланишига иштирок этишига йул қуймовчи физиологик химоя механизмлари бўлиб уларга: - тухумдон

гормонлари таъсирида эпителий юзаси хужайраларининг десквамацияси ва цитолизи.

Неспецифик антимикроб механизмлар макроаг ва лейкоцитлар ёрдамида фагоцитоз.

Иммун механизмлар: Т – лимфацитлар, иммуноглобулинлар, комплемент системаси, улар замбуругларидан, вируслардан химоя килади.

Жинсий системанинг юкори кисми учун унинг пастки кисми цервиканал ва эндометриянинг химоя механизмлари ахамиятга эга. Цервикал каналдаги шиллик (шиллик проба) барьер хоссасига эга булиб жинсий трактнинг тепа ва пастки кисмини ажратиб туради. Бу шилликда антибактериал моддалар булиб, улардан лизоцим плазмадаги микдордан 100 марта купдир. Бундан ташкари унда ичак таёкчасига ва гонококка, сальмонеллага карши антителалар мавжуд. Бачадон барьер функцияси хайз пайтида кучиб турувчи эндометрия бажаради. Хайз пайтида базал каватида инфильтрацияланган лейкоцитлар бажаради. Кон билан бой таъминланган бачадон гуморал химоя фактори билан таъминлайди.

Инфекциянинг таркалиш йуллари: Инфекцион агентларининг жинсий органлар юкори булимига утиши сперматозоидлар, трихомонадлар ёрдамида пассив транспорт холда ёки гематоген лимфоген йул билан руй беради.

Гонококкларнинг сперма оркали утиши ахамиятга эга. Сперматозоидлар юзи манфий зарядга эга булиб, узига хос микроорганизмлар учун рецептор булиб уларни бириктириб олади ва уларни жинсий органларнинг юкори кисмига утади. Трихомонадлар ҳам инфекцияни олиб утади. Инфекциянинг жинсий органларнинг юкори кисмига утиши бачадон ичи процедураларидан кейин ҳам булиши мумкин. (зондлаш, ГСГ, гидротубация, операциялар, аборт, ВМС). ВМК бор аёлларда яллигланиш процесслари 4 марта куп учрайди. Тугмаган аёлларда яллигланиш ва унинг асорати 6-8 марта бепуштлик учрайди. ВМК да яллигланиш пайдо булишида контрацептив атрофида яллигланиш реакцияси булиши, эндометриянинг эрозияси, фибринолитик активликнинг ошишида простогландинларнинг купайиши ахамиятга эга. ВМК иплари оркали микрофлора бачадон ичига тушади.

(1981 й) ВМК си олинганда уни бактериал культурасини текшириб унда гонококк гемолитик стрептококк, ичак таёкчаси ва бошка микроорганизмлар учрашини кузатганлар. ВМК куйилганда 2 суткадан сунг микроблар тури бачадонда купайиши кузатилган. Жинсий аъзолар яллигланиши ВМК дан

сунг 3-9 марта куп, бошка контрацептив ишлатилганга караганда. Гормонал контрацептивлар яллигланиш реакциясини камайтиради. Яллигланишга карши таъсири цервикал шиллик характериға боглик булиб, у микроорганизми бор спермани утказишга йул куймайди.

Медицина абортининг куп учрайдиган асоратидан бири яллигланиш процессидир. Яллигланиш биринчи 5 кунда бошланади. У 2-3 хафтадан кейин бошланиши мумкин. Агар цервикал канадда патоген микрофлора булса, яллигланишга риск ошади. Тугрукдан сунгги инфекция хам яллигланишнинг асосий сабабчисидир. Яллигланишнинг ривожланишига ва унинг узок давом этишига организмнинг урганувчи реакциясининг етишмаслигига олиб келади. У перинатал даврда (тугма эндокрин, модда алмашинуви ва бошка бузилишлар, болалик, пубертант ёшида) инфекцион касалликлар, етилган ёшда (нейроэндокрин бузилишлар, умумий ва гинекологик касалликлар) овкатланиш, ёмон яшаш шароитлари, совук котиш, стресслар, ташки ва ички факторлар бузилади.

Жинсий органлар пастки кисмидаги яллигланиш процесслари. Унинг сабаблари: кандида, трихоманиоз, хламидин, вируслар, стрептококклар.

В У Л Ъ В И Т.

Аёлларда репродуктив ёшда вульвит, кольпит, цервицит, эндометритдан сунг пайдо булиб, унда инфекция ажралмалар оркали вульвага тушади. Бирламчи вульвит гигиенага риоя килмаганда, экстрагенитал касалликлар (кандли диабет, семизлик) химик, механик (кичиш) таъсиридан пайдо булади. Вульвит уткир стадияда гиперемия, шиш, сероз йирингли ажралма копланиши билан характерланади. Субъектив шикояти огрик, ачиш, умумий бехоллик. Сурункали стадияда: гиперемия, шиш, экссудация камаяди ва вакти – вакти билан купаяди.

Давоси: ванналар, антибактериал даво, экстрагенитал касалликни даволаш.

Мавзу № 100: “Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини ОМХ роли.
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол,

	Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	организацисларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларининг келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлигини муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзининг, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишининг баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларининг етказди	Топшириқни ёзадилар

№100 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (Кольпит,эндоцервицит). Замонавий таххислаш усуллари. ОМХ роли.

К О Л Ь П И Т

Репродуктив ёшдаги аёлларда учрайди. Сабаби, трихомонада, кандида, вируслар, цитомалия вируси, шартли патоген микроблар, стафилакокк, стрептококк, энтереококк, протеи, гемофилли ва бошқа таёкчалар. Касалликнинг уткир даврида гиперемия, шиш, экссудация, сероз йирингли ажралма бўлиши билан характерланади. Касаллар огрикка кичишига, ачишига шикоят қилади. Касал огир кечса тана харорати кутарилади, ахволи огирлашаб уйкуси бузилади. Сурункали кольпитга факат йирингли ажралма сакланади.

Диагностикаси: анамнез, шикояти, курик ёрдам беради, бактериологик, бактерископик текшириш микробни аниклашга ва уни сезгирлигини аниклаш учун ишлатилади.

Давоси: 1. Этиологик яллигланишга карши дорилар.

2. Организмда бошка касалликни даволаш.

3. Жинсий алокани тула даволашгача тухтатиш.

Маслахат: жинсий аъзоларини калий пермаганатининг кам эритмасида ёки ромашка димламасида кунига 3 марта ювиш. Агар йирингли ажралма булса, марганцовка – ромашка 1: 6000 эритмаси билан ёки 0,5 % риванол эритмаси билан 3-4 марта ювиш керак. Антибактериал препаратларда хлорфилипт билан ювиш. Мазлар облепих ва аскорбин ишлатилади. Сурункали стадияда эстрогенлар кинга тампон холида куйилади. Бактериал кольпит давоси гигиеник талабларига риоя килиш (танани тоза тутиш, жинсий органларни ва ораликни тоза тутиш (диета/овкатланиш, углевод, витаминга бой мева – сабзавотлар буйириш керак). Такрорланувчи вульвагинитда 6-8 ёшдан бошлаб кинга эстроген гормонлар бор мазлар ишлатилади. Фолликулин 500 ед. ланолин 30 г, 10 кун ишлатилади. Яна вагинал шамлар (фолликулин 500 ед. борная кислота 0,1 , масло какао 0,5 гр, 1 мл егли эритмада (курс) 5-7 кун

Кандидоз – (кандидамикоз) – кин шиллик парда инфекцияси булиб, бачадон буйни ва вульвага таркалади. Касалликни кандида замбуруглари чакиради. Касаллик гормонлар бузилишлар оксиллар, еглар, углеводлар, витаминлар метаболизм бузилганда ва сурункали касалликлар (диабет, туберкулез, сальпингоофарит) билан касалланган беморларда Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликлари.

Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликларига эндо – миометрия, бачадон найлари, тухумдон, чанок корин пардаси яллигланиши киради. Бу органларнинг яллигланиши алохида холда клиник практикада кам учрайди.

Куперман (1988) яллигланиш процесслари урта огир ва огир (перитонит, кичик чанокда шиш) даражага булишни таклиф килади. Яллигланиш сабаблари гонококк, хламидин, стрептококк, стафилакокк микоплазмалар, ичак таёкчаси, протелалар, энтерекокклар ва бошкалар.

Мавзу № 101: “Аёллар жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. OMX роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини ОМХ роли.
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда

	ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	 3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№101 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (эндометрит, сальпингоофарит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.

Э Н Д О М Е Т Р И Т.

Бачадон ички кавати яллиғланиши, асосан унинг (усувчи, камбиал) кавати яллиғланади.

Уткир эндометрит: у аортадан, тугрукдан ва диагностик манипуляциядан сунг пайдо булади. Уни юкорида айтиб утилган микроорганизмлар чакиради, куп холларда улар ассоциацияси учрайди. Хламидий ва генитал герпес кейинги холларда учрайди.

Этиологик принципига кура эндометритлар специфик ва неспецифик (Бодяжина В.И. 1976 й) эндометритларга булинади. Специфик сил, гонорея, актинамикоз чакирган эндометритлар киради. Микроб флорасининг

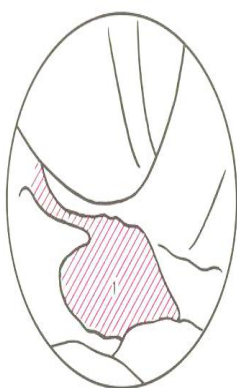
эволюцияси, микроорганизмнинг нерв, эндокрин ва бошқа системаларининг кам симптомли эндометрийнинг ривожланишига катта роль уйнайди.

Яллигланиш эндометрийнинг пастки кавати мускул каватини ҳам жалб қилиши мумкин. Яллигланиш реакцияси микроциркуляциянинг бузилиши билан характерланади. Миометрийда шиш, нейтрофил инфильтрация кузатилади. Агар анаэроб флора кушилса миометрийнинг некротик деструкцияси кузатилади.

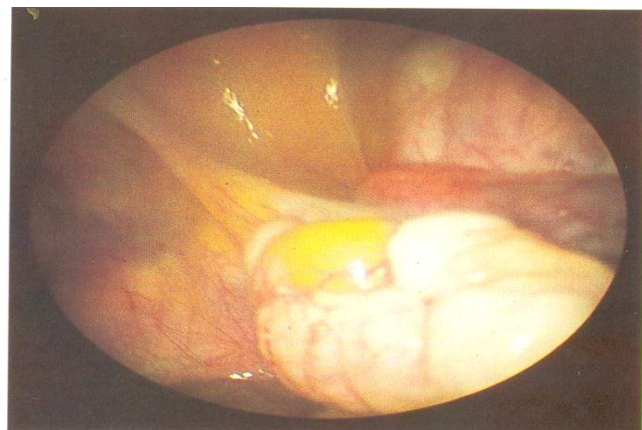
КЛИНИКА: касаллик инфекция тушгандан сунг 3-4 кунда бошланади. Тана температураси кутарилади, пульс тезлашади, лейкоцитоз, СОЭ купаяди. Бачадон бироз катталашади, оғрикли булади. Ажралма сероз – йирингли булиб куп вакт мобайнида шиллик – консимон булиб туради. Касаллик 8-10 кун давом этиб, яхши даволанмаса ярим уткир ёки сурункали формага утади. Агар антибиотиклар кулланилса касал енгил ёки абортив формада утади.

СУРУНКАЛИ ЭНДОМЕТРИТ

Сурункали эндометритнинг келиб чиқиши куп йиллар мобайнида муҳокама қилиниб келинади. Уткир эндометритнинг сурункали формага утиши шубҳали хисобланади. Сурункали эндометрит 0,2 – 66 % га учраб, уртача 14 % учрайди. Хар хил 18% учрашига сабаб диагноз қуйишда морфологик критерияларнинг хар хиллигидир. Кейинги йилларда СЭ куп учрапти. У абортлар, ВМК, эндоскопик текшириш усуллариининг купайиши билан боғланади. Сурункали эндометрит уткир эндометритнинг охиригача даволанмаганликдан келиб чиқиб, у бачадондан кон кетганда, бачадон ичига қилинган манипуляциялардан кейин пайдо булади. Кам холларда сурункали эндометрит кечки абортда йулдош қолдиги қолганда ёки кесар – кесишдан сунг чок қолдиги бўлганда. Куп СЭ латент кечади ва инфекциянинг клиник белгилари бўлмайди. Оддий бактериологик усул билан инфекцион агент ҳамма пайт аниқланмайди, уни аниқлаш учун иммуноцитохимик усул



Острый катаральный



СЭ нинг куйидаги морфологик вариантлари бор атрофик, бунда без атрофияси, строма фибрози, лимфоид элементлари инфильтрацияси учрайди. Кистоз агар фиброз тукима безнинг чикиш каналлини кисиб, без ажратмасининг тупланувига олиб келади ва киста хосил булади. СЭ нинг специфик макроскопик узгариши булмайд. Унинг юзасида сероз геморагик ва йирингли ажралма кузатилади. Эндометрит калинлашиб унга кирганда куп материал олинади. Кам холларда фиброз чандик хосил булиб бепуштликка олиб келади. Диагноз куйиш учун гистологик критерия лимфоид элементларидан, плазматик клеткалар, лейкоцитлардан хосил булган инфильтрат булиб хисобланади.

Спирал артериялар склерози эндометриянинг чукур ва юза булимларида кузатилади. СЭ нинг кузгатувчи морфологлар СЭ плазматик хужайраларни албатта булишини кузатганлар. Плазматик клеткалар бу В – лимфоцитларнинг яллигланиш регуляцияси, шу билан регенерацияси хамма органда гормонал, иммун, эндокрин факторлар билан амалга оширилади.

Морфологик ва функционал эндометрийдаги узгаришлар МНС патологик афферентациясига олиб келади. Гипоталамо – гипофизар система узгариши сабабли тухумдон эндокрин функцияси камаяди ва куп холларда овуляция процесси бузилади.

КЛИНИКА: Касаллик клиникаси эндометрийда патологик узгаришлар сукурлиги ва давомийлигининг узида акс эттирилади. Эндометрийнинг трансформацияси етарли булмагани учун десквамация ва регенерация процесслари бузилади ва шу сабабли менструация олди ва кейинги кон кетишларга сабаб булади. Хайз уртасида кон кетиш овуляция даврида кон томирлари утказувчанлиги ошиши сабаб булади.

Кон кетиш сабабларидан бири бачадон мускулатурасининг кискариши бузилиши ва тромбоцитларнинг агрегацион хоссаси узгаришидир. Кон кетишдан ташкари бу касалларда секретор функцияси бузилади

(серз, сероз – йирингли ажралмалар келади). Доимий шикоятлари ков устида огрик бачадоннинг бироз катталашуви ва каттиклашуви аникланади. СЭ чатишиш булади, лекин эндометрийдаги узгаришлар имплантацияга ва тухум хужайраларининг ривожланишига тускинлик килади. Бу хомила тушишига ва бепуштликка олиб келади. Аник информация олиш учун бачадондан 8 – 1 % куни кирма олиш керак.

ДАВОСИ: Уткир даврда микроблар сезгирлигига караб полусинтетик пенициллин, канамицин, гентамицин буюрилади. Дори лозаси ва

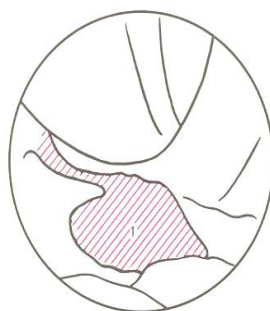
давомийлиги касаллик огирлигига караб буюрилади. Куп холларда анаэроб кушилиши сабабли метранидазол буюрилади. Инфузион, десансибилизацияловчи, умумий кувват дорилар буюрилади. СЭ комплекс даво (умумий кувват, седатив, десенбияловчи, витаминлар) кулланилади. Физиотерапик даволаш гемодинамикани, тухумдон шишини эндометрия рецепторлари активлигини оширади. Эндометрия узига антибиотиклар юбориш юкори натижа беради. Бачадон ичи диализи яхши натижа беради, бунинг учун димексид, лидаза, новокаин, димедрол ишлатилади.

Бачадон кон кетишига карши гемостаздан ташкари аминокпропн кислотаси ишлатилади. У 3-5 мл 5-7 кун ишлатилади. Хламидий куп учрашиш учун тетрациклин буюрилади. Антибиотиклар касаллик кузиганда буюрилади. ФТД СЭ давосида асосий уринни эгаллайди. У касаллик давомийлигини, касал ёши, тухумдон функциясига караб буюрилади. (Стругацкий В.М. 1980 й.). СЭ ва сальпингоофаритда УЗИ импульсив режимда, 35 ёшдан катта булса, электрофарез рух ва йод билан буюрилади. Курорт даво эффективлигидир.

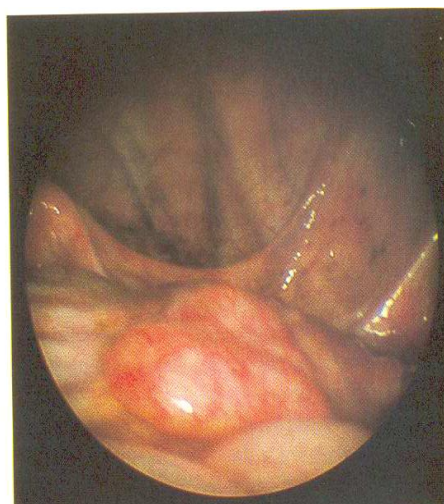
САЛЬПИНГООФАРИТ

Жинсий йуллар яллигланишида асосий уринни эгаллаб, бепуштликка тахлид солувчи касалликдир. Носпецифик СО патоген ва шартли патоген микроорганизмлар чакиради: стафилакокк, стрептококк, эшерихи, энтерекокк, хламидий, анаэроблар. Куп холларда аралаш инфекция чакиради.

Яллигланиш бачадон найлари шилимшик каватидан бошланиб, бу ерда гиперемия, микроциркуляция бузилиши, экссудация ва периваскуляр инфильтрат хосил булади. Кейинчалик бачадон найлари мускул каватига утиб калинлашади, узунлашади, огрикли булади. Сальпингин ва офарит бир хил патогенез ва клиник картинаси бор, шунинг учун сальпингоофарит деб юритилади.



Острый катаральный
сальпингит.
1 — маточная труба.



Най ажралмалари билан микроблар корин бушлиги томонга караб чикиб най сероз каватини ва корин пардасининг яллигланишига олиб келади. Овуляциядан сунг фолликуланинг гранулез пардаси яллигланади. Амбуляр кисми епилиб колса халтасимон « шиш » (гидро – пиосальпинкс) пайдо булади.

УТКИР САЛЬПИНГООФАРИТ

(1982 й.) курсатиши буйича куйидаги стадияга булинади..

Уткир эндометрит ва сальпингит чанок корин пардаси яллигланиши билан.

Уткир эндометрит ва сальпингит чанок пардаси яллигланишисиз.

УСО бачадон найи оклюзия ва тубовариал шиш булади.

Тубовариал шиш ерилиши.

Уткир СО картинасида 2 фаза бор:

Токсик характеридаги, бунда аэроб флора куп булади.

Аэроб флорага анаэроблар кушилиб касалликни огирлаштиради ва асоратга олиб келади.

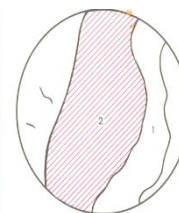
Айнан 2 фазада тубовариал шиш пайдо булиб, унинг перфорацияси кузатилиши мумкин.

КЛИНИКА: Тана харорати кутарилади, умумий ахволи ёмонлашади, коринда кучли огрик пайдо булади, йирингли процессларида совук котиш кузатилади, диуретик белгилар пайдо булади. Касалликнинг 1 куниде коринда каттик огрик, мускул химояси феноменни булади. Вагинал курганда бачадон ортиклари катталашади, шишган, харакати камайган булади. Лейкоцитоз, глобулин фракцияси купайган, СОЭ усиши, С – реактив оксил купайганлиги кайд этилади. Кучли интоксикациядан нерв ва кон томирлари системасида узгаришлар булади. Уткир яллигланиш яхши даволанса бутунлай даволанади, ёки ярим уткир ёки сурункали формасига утиши мумкин.



Нормальный яичник с здоровой
трубой.

1 – собственная слизистая маточной
трубы; 2 – яичник; 3 – желтый тело.



Оофорит.

1 – маточная труба; 2 –
гиперемизованный яичник.

Ташхисини куйишда анамнезига, шикоятларига, объектив текшириш УЗИ ва лапароскопия натижасига асосланади. Бачадон найларининг уткир яллигланишларида цервикал канал микрофлорасини текшириш унчалик катта ахамиятга эга эмас, чунки бу микрофлора экссудациядан ва бачадон найлари тукимасидан фарк килади. Лапароскопия вактида олинган экссудатнинг микроскопик ва бактериологик текшируви эса тугри маълумотга эга килдиради.

ДАВОСИ: СО уткир боскичида даво факат шифохонада олиб борилади. Бу ерда касалга физик ва асабий осойишталик шароити яратилиб, енгил ва тез хазм буладиган таомлар ва керакли микдорда суюклик тавсия килинади ва ичаклар ва сийдик ажратиш аъзолари фаолиятини назорат килади.

СО даволашда антибиотиклар асосий уринни эгаллайди. Уларни кулланилгандан натижа касаллик чакирувчи микробнинг хусусиятларига ва унинг шу антибиотикка таъсирчанлигига боғлиқ. Кулланиладиган антимиқроб дори яллигланиш учогида максимал микдорда булиниши таъминланиши шарт. Ярим парчаланиш даври жуда узок булган антибиотикларни куллаш зарур. Касалликнинг огир клиник кечишида, яллигланиш жараенининг таркалишида, грамм (-) ва грамм (+) флоранинг бирга учрашишида, анаэроб флора булиши хавфида бир неча антибиотик кушиб куллаш керак. Клиндамицин билан хлора финикални, гентамицин билан левомецитинни, линкамицин билан бирга куллаш тавсия килинади. Агар уткир СО касаллигида микроблар кушилмаси (ассоциацияси) (стрептококк, стафилакокк, энтеро бактериялар ёки анаэроб (бактериоидлар, пентострептококклар, пентококклар) аникланса давони 20 млн. – 30 млн ед. пенициллин билан бирга аминогликоидлар (канамицин 0,5 м/о кунига 2 марта ёки гентамицин 1 мг/кг вена ичига кунига 3 марта) куллашдан бошлаш керак. 72 соат давомида натижа бермаса клеондомицин 600 мг. Дан кунига 4 марта вена ичига, тана харорати нормаллашиб, корин парда кузгалувчанлиги йуколганича куллаш керак. Анаэроб флора борлиги эхтимоли булганда облигат анаэробларга бактериоцид таъсир килувчи метранидазол кулланилади. Огир холларда метранидазол 1 – 1,5 г суткада 5 мл/ минутига тезлик билан 5-8 кун, унча огир булмаган холларда ичига кунига 400 – 500 мг – 3 махал берилади.

Захарланиш белгилари кучли намоен булган холларда инфузион даво: 5 % глюкоза, полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, оксил препаратлари парентерал кулланилади. (суюкликнинг умумий микдори 2 – 2,5 л/суткада). Зарур булса инфузион даво кушиб ишлатилади. Витаминлар, КСЦ – сирка

ишкорий ҳолатини нормаллаштирувчи дорилар (4 –5 % бикорбонат натрий 500 – 100,0 мл микдорда) куллаш керак. Антигистамин дорилар ҳам тавсия қилинади. (супрастин, димедрол, физик даволаш усулларида қов устига муз қуйиш азалдан қулланилади. Совуқ муз соҳа терисидаги рецепторларга таъсир қилиш натижасида оғрик қамаяди, яллиғланиш жараёни қон сизиш қамаяди. Муз ҳалта 2 соатга ярим соатлик танаффус билан қуйилади.

Лапароскопия яхши натижа беради, чунки қанқоқ аъзолари ҳолати қурилган бўлган патологик ўзгаришларга қараб бачадон найларини изотоник суюқлик билан антибиотиклар ва антисептиклар қуйиб ювиш янги ҳосил бўлган нозик қандикларни ажратиш айниқса фимбриал бўлим ва тухумдоннинг қандикларидан ажратиш мумкин. Қанқоқ бўшлиғида йиринг бўлса, у суриб олиниб антисептик ва антибиотикли суюқлик билан ювилади.

Чет эллик муаллифларнинг таъкидлашича, даволашнинг бу усули қуп ҳолларда бачадон найлари ва тухумдонлар фаолиятини тиклашга, шу билан бирга репродуктив фаолиятининг қакланишига қафолат беради. Йиринг олиниб, қичик қанқоқ органлари санақия қилинганч, яхши қлиник натижа қузатилади. Орқа гумбаздан пункқия қилиб, «тубовариал усма» дан йирингли суюқлик олиниб, шу игна орқали антибиотиклар юбориш ҳам яхши натижа беради. Айрим ҳолларда бу усул оператив даволашдан қаклашга шароит яратади. Лекин Кравпольский В.И. ва Кулаков В.И. (1984 й.) таъкидлашича орқикларда йирингли ўзгариш бўлса, уларни жаррохлик йули билан олиб ташланади.

Ярим утқир босқичда аутогемотерапия, алоэ, физиотерапия, УФ нурлари, дорилар электрофарези (қалий, мағний, рух, вибромассаж, УЗИ ни қуллаш).

Мавзу №102: “Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш қасаллиқлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва қлиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақика</i>	<i>Талабалар қони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Қлиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Қириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (қлиник машғулот)
<i>Ўқув машғулооти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш

	касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№102 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. (параметрит). Замонавий ташхислаш усуллари. ОМХ роли.

Хотин – кизлар жинсий органларнинг яллиғланиш процесслари даволаш ва олдини олиш аёллар соғлигини саклашда муҳим роль уйнайди. Илмий тасдиқланган тугри ташкил қилинган даво профилактик ёрдам касал булган аёлларнинг иш фаолиятига, социал ва оила ҳаётига ва уларнинг генератив функциясига эътиборли таъсир этади.

Учраши: жинсий органлар яллиғланиши ҳамма гинекологик касалларнинг 60 - 65 % ташкил этиб, уларнинг 30 % стационар шароитда даволанади. Яллиғланиш касалликларининг усиши аҳоли миграциясининг купайиши урбанизация, проститутциянинг купайишига боғлиқдир.

ВОЗ (1982) маълумотида қараганда жинсий органлар яллиғланиши умумий аҳолининг 1 % ташкил этиб, аҳолининг сексуал активлиги сонининг 3 % ни ташкил этади. Саноати ривожланган мамлакатларда АКШ ва Европада сальпингит 15 – 39 ёшли аёлларда ҳар 1000 тадан 10 – 13 учрайди, 75 % аёллар 25 ёшдан кам, шулардан 75 % тугмаганлардир. Хломидия сабабли булган яллиғланиш 15 – 19 ёшли кизларда 16 %, 25 – 39 ёшларда 6 % ва 40 ёшли 2,5 % ни ташкил этади.

Микоплазмалар, уроплазмалар 20 ёшгача булган аёлларда куп яллиғланишга сабаб бўлади. 30 ёшдан ортиқларида касаллик сабаби анаэроб микроорганизмлардир. Уткир яллиғланиш процесслари 20 – 24 ёшгача булган гурӯҳда, 25 – 30 ёшда сурункали яллиғланиш процесслари ва уларнинг асоратлари куп учрайди. (бепуштлиқ, эктопик ҳомиладорлик).

Жинсий аъзолар яллигланишида жинсий органлар идиал микрофлораси муҳим роль уйнайди. Жинсий трактнинг маълум участкасида нормада маълум микрофлора яшайди. Кин микрофлораси куйидагилардан иборат:

- таёксимон флора: анаэроб ва асосан аэроб, гемолитик ва негемолитик стрептококклар, энтерококклар, гемолитик стрептококклар. Клеббсиела, энтеробактериялар, протейс туридагилар, ичак таёкчалари кам учрайди. Замбуруглар (кандидалар) учрайди.

Патоген микрофлора учрашиши патологик процессдан дарак бермайди. Агарда уткир яллигланиш белгиси бўлмаса. Кин микрофлорасига эндоген факторларнинг таъсири бор. Эстроген купайиши билан унинг таъсирида гликоген ва муцин ҳосил бўлиши купаяди. Кин девори васкулиризация купайиб патоген микрофлоранинг вируентлигини оширади. Аэроблар микдори ҳайз олдида камаяди, бу гормонал узгаришга боғлиқдир.

Кин микрофлорасига экзоген таъсирлар химик, термик бўлиб булар кинни ювишда таъсир қилади. Б. Ларсен (1988) жинсий трактнинг пастки қисмида жойлашган микрофлора юқорига ҳам утиши мумкин деб ҳисоблайди. Уларнинг вируентлигини аниқлаш учун куйидагиларни аниқлаш керак.

- микроорганизмни фагоцитоздек химояловчи қобик бор еки йуклигидир.
 - Экзо – эндотоксинлар ажралишидан
 - Экстрахужайра ферментлар (коллагеназа, гиалоуриназа, эластаза) ишлаб чиқишдан. Жинсий йулларда доимий учрайдиган микроорганизмлар маълум шароитда вирулент бўлиши яллигланиш процессларида иштирок этиши мумкин. Уларнинг активланишига ва яллигланишига иштирок этишига йул қуймовчи физиологик химоя механизмлари бўлиб уларга: - тухумдон гормонлари таъсирида эпителий юзаси хужайраларининг десквамацияси ва цитолизи.
 - Неспецифик антимикроб механизмлар макрофаг ва лейкоцитлар ердамида фагоцитоз.
 - Иммуно механизмлар: Т – лимфоцитлар, иммуноглобулинлар, комплемент системаси, улар замбуругларидан, вируслардан химоя қилади.
- Жинсий системанинг юқори қисми учун унинг пастки қисми цервиканал ва эндометриянинг химоя механизмлари аҳамиятга эга. Цервикал каналдаги шиллик (шиллик проба) барьер ҳолатига эга бўлиб жинсий трактнинг тепа ва пастки қисмини ажратиб туради. Бу шилликда антибактериал моддалар бўлиб, улардан лизоцим плазмадаги микдордан 100 марта қўшди. Бундан ташқари унда ичак таёкчасига ва гонококка, сальмонеллага қарши антителалар мавжуд. Баъдан барьер функцияси ҳайз пайтида қўшиб турувчи эндометрия баъжаради. Ҳайз пайтида базал

каватида инфильтрацияланган лейкоцитлар бажаради. Кон билан бой таъминланган бачадон гуморал химоя фактори билан таъминлайди.

Инфекциянинг таркалиш йуллари: Инфекцион агентларининг жинсий органлар юкори булимига утиши сперматозоидлар, трихомонадлар ердамида пассив транспорт холда еки гематоген лимфоген йул билан руй беради.

Гонококкларнинг сперма оркали утиши ахамиятга эга. Сперматозоидлар юзи манфий зарядга эга булиб, узига хос микроорганизмлар учун рецептор булиб уларни бириктириб олади ва уларни жинсий органларнинг юкори кисмига утади. Трихомонадлар ҳам инфекцияни олиб утади. Инфекциянинг жинсий органларнинг юкориги кисмига утиши бачадон ичи процедураларидан кейин ҳам булиши мумкин. (зондлаш, ГСГ, гидротубация, операциялар, аборт, ВМС). ВМК бор аелларда яллигланиш процесслари 4 марта куп учрайди. Тугмаган аелларда яллигланиш ва унинг асорати 6-8 марта бепуштлик учрайди. ВМК да яллигланиш пайдо булишида контрацептив атрофида яллигланиш реакцияси булиши, эндометриянинг эрозияси, фибринолитик активликнинг ошишида простогландинларнинг купайиши ахамиятга эга. ВМК иплари оркали микрофлора бачадон ичига тушади.

(1981 й) ВМК си олинганда уни бактериал культурасини текшириб унда гонококк гемолитик стрептококк, ичак таекчаси ва бошка микроорганизмлар учрашини кузатганлар. ВМК куйилганда 2 суткадан сунг микроблар тури бачадонда купайиши кузатилган. Жинсий аъзолар яллигланиши ВМК дан сунг 3-9 марта куп, бошка контрацептив ишлатилганга караганда. Гормонал контрацептивлар яллигланиш реакциясини камайтиради. Яллигланишга карши таъсири цервикал шиллик характериға боглик булиб, у микроорганизми бор спермани утказишга йул куймайди.

Медицина абортининг куп учрайдиган асоратидан бири яллигланиш процессидир. Яллигланиш биринчи 5 кунда бошланади. У 2-3 хафтадан кейин бошланиши мумкин. Агар цервикал канадда патоген микрофлора булса, яллигланишга риск ошади. Тугрукдан сунгги инфекция ҳам яллигланишнинг асосий сабабчисидир. Яллигланишнинг ривожланишига ва унинг узок давом этишига организмнинг урганувчи реакциясининг етишмаслигига олиб келади. У перинатал даврда (тугма эндокрин, модда алмашинуви ва бошка бузилишлар, болалик, пубертант ёшида) инфекцион касалликлар, етилган ешда (нейроэндокрин

бузилишлар, умумий ва гинекологик касалликлар) овқатланиш, ёмон яшаш шароитлари, совук котиш, стресслар, ташки ва ички факторлар бузилади.

Жинсий органлар пастки қисмидаги яллигланиш процесслари.
Унинг сабаблари: кандида, трихоманиоз, хламидин, вируслар, стрептококклар.

В У Л Ъ В И Т.

Аелларда репродуктив ёшда вульвит, кольпит, цервицит, эндометритдан сунг пайдо булиб, унда инфекция ажралмалар оркали вульвага тушади. Бирламчи вульвит гигиенага риоя қилмаганда, экстрагенитал касалликлар (қандли диабет, семизлик) химик, механик (кичиш) таъсиридан пайдо булади. Вульвит уткир стадияда гиперемия, шиш, сероз йирингли ажралма копланиши билан характерланади. Субъектив шикоят огрик, ачиш, умумий беҳоллик. Сурункали стадияда: гиперемия, шиш, экссудация камаяди ва вакти – вакти билан купаяди.

Давоси: ванналар, антибактериал даво, экстрагенитал касалликни даволаш.

К О Л Ъ П И Т

Репродуктив ёшдаги аелларда учрайди. Сабаби, трихомонада, кандида, вируслар, цитомалия вируси, шартли патоген микроблар, стафилакокк, стрептококк, энтерококк, протеи, гемофилли ва бошқа таекчалар. Касалликнинг уткир даврида гиперемия, шиш, экссудация, сероз йирингли ажралма булиши билан характерланади. Касаллар огрикка кичишига, ачишига шикоят қилади. Касал огир кечса тана харорати кутарилади, ахволи огирлашаб уйқуси бузилади. Сурункали кольпитга факат йирингли ажралма сакланади.

Диагностикаси: анамнез, шикоят, курик ердам беради, бактериологик, бактерископик текшириш микробни аниқлашга ва уни сезгирлигини аниқлаш учун ишлатилади.

Давоси: 1. Этиологик яллигланишга қарши дорилар.

2. Организмда бошка касалликни даволаш.

3. Жинсий алокани тула даволашгача тухтатиш.

Маслахат: жинсий аъзоларини калий пермаганатининг кам эритмасида еки ромашка димламасида кунига 3 марта ювиш. Агар йирингли ажралма булса, марганцовка – ромашка 1: 6000 эритмаси билан еки 0,5 % риванол эритмаси билан 3-4 марта ювиш керак. Антибактериал препаратларда хлорфилипт билан ювиш. Мазлар облепих ва аскорбин ишлатилади. Сурункали стадияда эстрогенлар кинга тампон холида куйилади. Бактериал кольпит давоси гигиеник талабларига риоя килиш (танани тоза тутиш, жинсий органларни ва ораликни тоза тутиш (диета/овкатланиш, углевод, витаминга бой мева – сабзавотлар буйириш керак) . Такрорланувчи вульвагинитда 6-8 ёшдан бошлаб кинга эстроген гормонлар бор мазлар ишлатилади. Фолликулин 500 ед. ланолин 30 г, 10 кун ишлатилади. Яна вагинал шамлар (фолликулин 500 ед. борная кислота 0,1 , масло какао 0,5 гр, 1 мл егли эритмада (курс) 5-7 кун

Кандидоз – (кандидамикоз) – кин шиллик парда инфекцияси булиб, бачадон буйни ва вульвага таркалади. Касалликни кандида замбуруглари чакиради. Касаллик гормонлар бузилишлар оксиллар, еглар, углеводлар, витаминлар метаболизм бузилганда ва сурункали касалликлар (диабет, туберкулез, сальпингоофарит) билан касалланган беморларда

Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликлари.

Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликларига эндо – миометрия, бачадон найлари, тухумдон, чанок корин пардаси яллигланиши киради. Бу органларнинг яллигланиши алохида холда клиник практикада кам учрайди.

Куперман (1988) яллигланиш процесслари урта огир ва огир (перитонит, кичик чанокда шиш) даражага булишни таклиф килади. Яллигланиш сабаблари гонококк, хламидин, стрептококк, стафилакокк микоплазмалар, ичак таекчаси, протелалар, энтерекокклар ва бошқалар.

Э Н Д О М Е Т Р И Т.

Бачадон ички кавати яллигланиши, асосан унинг (усувчи, камбиал) кавати яллигланади.

Уткир эндометрит: у абортдан, тугрукдан ва диагностик манипуляциядан сунг пайдо булади. Уни юкорида айтиб утилган микроорганизмлар чакиради, куп холларда улар ассоциацияси учрайди. Хламидий ва генитал герпес кейинги холларда учрайди.

Этиологик принцинга кура эндометритлар специфик ва носпецифик (Бодяжина В.И. 1976 й) эндометритларга булинади. Специфик сил, гонорея, актинамикоз чакирган эндометритлар киради. Микроб флорасининг эволюцияси, микроорганизмнинг нерв, эндокрин ва бошка системаларининг кам симптомли эндометрийнинг ривожланишига катта роль уйнайди.

Яллигланиш эндометрийнинг пастки кавати мускул каватини хам жалб килиши мумкин. Яллигланиш реакцияси микроциркуляциянинг бузилиши билан характерланади. Миометрийда шиш, нейтрофил инфильтрация кузатилади. Агар анаэроб флора кушилса миометрийнинг некротик деструкцияси кузатилади.

КЛИНИКА: касаллик инфекция тушгандан сунг 3-4 кунда бошланади. Тана температураси кутарилади, пульс тезлашади, лейкоцитоз, СОЭ купаяди. Бачадон бироз катталашади, огрикли булади. Ажралма сероз – йирингли булиб куп вакт мобайнида шиллик – консимон булиб туради. Касаллик 8-10 кун давом этиб, яхши даволанмаса ярим уткир еки сурункали формага утади. Агар антибиотиклар кулланилса касал енгил еки аборттив формада утади.

СУРУНКАЛИ ЭНДОМЕТРИТ

Сурункали эндометритнинг келиб чикиши куп йиллар мобайнида мухокама килиниб келинади. Уткир эндометритнинг сурункали формага утиши шубхали хисобланади. Сурункали эндометрит 0,2 – 66 % га учраб, уртача 14 % учрайди. Хар хил % учрашига сабаб диагноз куйишда морфологик критерияларнинг хар хиллигидадир. Кейинги йилларда СЭ куп учраяпти. У абортлар, ВМК, эндоскопик текшириш усуллариининг купайиши билан боғланади. Сурункали эндометрит уткир эндометритнинг охиригача даволанмаганликдан келиб чикиб, у бачадондан кон кетганда, бачадон ичига килинган манипуляциялардан кейин пайдо булади. Кам холларда сурункали эндометрит кечки абортда йулдош колдиги колганда еки кесар – кесишдан сунг чок колдиги булганда. Куп СЭ латент кечади ва инфекциянинг клиник белгилари булмайди. Оддий бактериологик усул билан инфекцион агент хамма пайт аникланмайди, уни аниклаш учун иммуноцитохимик усул ишлатилади.

СЭ нинг куйидаги морфологик вариантлари бор атрофик, бунда без атрофияси, строма фибрози, лимфоид элементлари инфильтрацияси учрайди. Кистоз агар фиброз тукума безнинг чикиш каналини кисиб, без ажратмасининг тупланувига олиб келади ва киста хосил булади. СЭ нинг

специфик макроскопик узгариши булмайди. Унинг юзасида сероз геморрагик ва йирингли ажралма кузатилади. Эндометрит калинлашиб унга кирганда куп материал олинади. Кам холларда фиброз чандик хосил булиб бепуштликка олиб келади. Диагноз куйиш учун гистологик критерия лимфоид элементларидан, плазматик клеткалар, лейкоцитлардан хосил булган инфильтрат булиб хисобланади.

Спирал артериялар склерози эндометриянинг чукур ва юза булимларида кузатилади. СЭ нинг кузгатувчи морфологлар СЭ плазматик хужайраларни албатта булишини кузатганлар. Плазматик клеткалар бу В – лимфоцитларнинг яллигланиш регуляцияси, шу билан регенерацияси хамма органда гормонал, иммун, эндокрин факторлар билан амалга оширилади.

Морфологик ва функционал эндометрийдаги узгаришлар МНС патологик афферентациясига олиб келади. Гипоталамо – гипофизар система узгариши сабабли тухумдон эндокрин функцияси камаяди ва куп холларда овуляция процесси бузилади.

КЛИНИКА: Касаллик клиникаси эндометрийда патологик узгаришлар чукурлиги ва давомийлигининг узида акс эттирилади. Эндометрийнинг трансформацияси етарли булмагани учун десквамация ва регенерация процесслари бузилади ва шу сабабли менструация олди ва кейинги кон кетишларга сабаб булади. Хайз уртасида кон кетиш овуляция даврида кон томирлари утказувчанлиги ошиши сабаб булади.

Кон кетиш сабабларидан бири бачадон мускулатурасининг кискариши бузилиши ва тромбоцитларнинг агрегацион хоссаси узгаришидир. Кон кетишдан ташкари бу касалларда секретор функцияси бузилади (сероз, сероз – йирингли ажралмалар келади). Доимий шикоятлари ков устида огрик бачадоннинг бироз катталашуви ва каттиклашуви аникланади. СЭ чатишиш булади, лекин эндометрийдаги узгаришлар имплантацияга ва тухум хужайраларининг ривожланишига тускинлик килади. Бу хомила тушишига ва бепуштликка олиб келади. Аник информация олиш учун бачадондан 8 – 1 % куни кирма олиш керак.

ДАВОСИ: Уткир даврда микроблар сезгирлигига караб полусинтетик пенициллин, канамицин, гентамицин буюрилади. Дори дозаси ва давомийлиги касаллик огирлигига караб буюрилади. Куп холларда анаэроб кушилиши сабабли метранидазол буюрилади. Инфузион, десенсибилизацияловчи, умумий кувват дорилар буюрилади. СЭ комплекс даво (умумий кувват, седатив, витаминлар) кулланилади. Физиотерапевтик даволаш гемодинамикани, тухумдон шишини эндометрия рецепторлари

активлигини оширади. Эндометрия узига антибиотиклар юбориш юкори натижа беради. Бачадон ичи диализи яхши натижа беради, бунинг учун димексид, лидаза, новокаин, димедрол ишлатилади.

Бачадон кон кетишига карши гемостаздан ташкари аминокaproн кислотаси ишлатилади. У 3-5 мл 5-7 кун ишлатилади. Хламидий куп учрашиш учун тетрациклин буюрилади. Антибиотиклар касаллик кузиганда буюрилади. ФТД СЭ давосида асосий уринни эгаллайди. У касаллик давомийлигини, касал ёши, тухумдон функциясига караб буюрилади. (Стругацкий В.М. 1980 й.). СЭ ва сальпингоофаритда УЗИ импульсив режимда, 35 ешдан катта булса, электрофарез рух ва йод билан буюрилади. Курорт даво эффективлидир.

САЛЬПИНГООФАРИТ

Жинсий йуллар яллигланишида асосий уринни эгаллаб, бепуштликка тахлид солувчи касалликдир. Носпецифик СО патоген ва шартли патоген микроорганизмлар чакиради: стафилакокк, стрептококк, эшерихи, энтерекокк, хламидий, анаэроблар. Куп холларда аралаш инфекция чакиради.

Яллигланиш бачадон найлари шилимшик каватидан бошланиб, бу ерда гиперемия, микроциркуляция бузилиши, экссудация ва периваскуляр инфильтрат хосил булади. Кейинчалик бачадон найлари мускул каватига утиб калинлашади, узунлашади, огрикли булади. Сальпингит ва офарит бир хил патогенез ва клиник картинаси бор, шунинг учун сальпингоофарит деб юритилади.

Най ажралмалари билан микроблар корин бушлиги томонга караб чикиб най сероз каватини ва корин пардасининг яллигланишига олиб келади. Овуляциядан сунг фолликуланинг гранулез пардаси яллигланади. Ампуляр кисми епилиб колса халтасимон « шиш » (гидро – пиосальпинкс) пайдо булади.

УТКИР САЛЬПИНГООФАРИТ

(1982 й.) курсатиши буйича куйидаги стадияга булинади..

1. Уткир эндометрит ва сальпингит чанок корин пардаси яллигланиши билан.
2. Уткир эндометрит ва сальпингит чанок пардаси яллигланишисиз.
3. УСО бачадон найи оклюзия ва тубовариал шиш булади.
4. Тубовариал шиш ерилиши.

Уткир СО картинасида 2 фаза бор:

1. Токсик характеридаги, бунда аэроб флора куп булади.
2. Аэроб флорага анаэроблар кушилиб касалликни огирлаштиради ва асоратга олиб келади.
Айнан 2 фазада тубовариал шиш пайдо булиб, унинг перфорацияси кузатилиши мумкин.

КЛИНИКА: Тана харорати кутарилади, умумий ахволи ёмонлашади, коринда кучли огрик пайдо булади, йирингли процессларида совук котиш кузатилади, диуретик белгилар пайдо булади. Касалликнинг 1 кунда коринда каттик огрик, мускул химояси феноменни булади. Вагинал курганда бачадон ортиклари катталашади, шишган, харакати камайган булади. Лейкоцитоз, глобулин фракцияси купайган, СОЭ усиши, С – реактив оксил купайганлиги кайд этилади. Кучли интоксикациядан нерв ва кон томирлари системасида узгаришлар булади. Уткир яллигланиш яхши даволанса бутунлай даволанади, еки ярим уткир еки сурункали формасига утиши мумкин.

Ташхисини куйишда анамнезига, шикоятларига, объектив текшириш УЗИ ва лапароскопия натижасига асосланади. Бачадон найларининг уткир яллигланишларида цервикал канал микрофлорасини текшириш унчалик катта ахамиятга эга эмас, чунки бу микрофлора экссудациядан ва бачадон найлари тукумасидан фарк килади. Лапароскопия вактида олинган экссудатнинг микроскопик ва бактериологик текшируви эса тугри маълумотга эга килдиради.

ДАВОСИ: СО уткир боскичида даво факат шифохонада олиб борилади. Бу ерда касалга физик ва асабий осойишталик шароити яратилиб, енгил ва тез хазм буладиган таомлар ва керакли микдорда суюклик тавсия килинади ва ичаклар ва сийдик ажратиш аъзолари фаолиятини назорат килади.

СО даволашда антибиотиклар асосий уринни эгаллайди. Уларни кулланилгандан натижа касаллик чакирувчи микробнинг хусусиятларига ва унинг шу антибиотикка таъсирчанлигига боғлиқ. Кулланиладиган антимикроб дори яллигланиш учогида максимал микдорда булиниши таъминланиши шарт. Ярим парчаланиш даври жуда узок булган антибиотикларни куллаш зарур. Касалликнинг огир клиник кечишида, яллигланиш жараенининг таркалишида, грамм (-) ва грамм (+) флоранинг бирга учрашишида, анаэроб флора булиши хавфида бир неча антибиотик кушиб куллаш керак. Клиндамицин билан хлора финикални, гентамицин билан левомецитинни, линкамицин билан бирга куллаш тавсия килинади. Агар уткир СО касаллигида микроблар кушилмаси (ассоциацияси) (

стрептококк, стафилакокк, энтеро бактериялар еки анаэроб (бактериоидлар, пентострептококклар, пентококклар) аникланса давони 20 млн. – 30 млн ед. пенициллин билан бирга аминогликоидлар (канамицин 0,5 м/о кунига 2 марта еки гентамицин 1 мг/кг вена ичига кунига 3 марта) куллашдан бошлаш керак. 72 соат давомида натижа бермаса клеондомицин 600 мг. Дан кунига 4 марта вена ичига, тана харорати нормаллашиб, корин парда кузгалувчанлиги йуколганича куллаш керак. Анаэроб флора борлиги эхтимоли булганда облигат анаэробларга бактериоцид таъсир килувчи метранидазол кулланилади. Огир холларда метранидазол 1 – 1,5 г суткада 5 мл/ минутига тезлик билан 5-8 кун, унча огир булмаган холларда ичига кунига 400 – 500 мг – 3 махал бериледи.

Захарланиш белгилари кучли намоен булган холларда инфузион даво: 5 % глюкоза, полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, оксил препаратлари парентерал кулланилади. (суюкликнинг умумий микдори 2 – 2,5 л/суткада). Зарур булса инфузион даво кушиб ишлатилади. Витаминлар, КСЦ – сирка ишкорий холатини нормаллаштирувчи дорилар (4 –5 % бикорбонат натрий 500 – 100,0 мл микдорда) куллаш керак. Антигистамин дорилар хам тавсия килинади. (супрастин, димедрол, физик даволаш усулларида кув устига муз куйиш азалдан кулланилади. Совук муз соха терисидаги рецепторларга таъсир килиш натижасида огрик камаяди, яллигланиш жараени кон сизиш камаяди. Муз халта 2 соатга ярим соатлик танаффус билан куйилади.

Лапароскопия яхши натижа беради, чунки чанок аъзолари холати курилган булган патологик узгаришларга караб бачадон найларини изотоник суюклик билан антибиотиклар ва антисептиклар куйиб ювиш янги хосил булган нозик чандикларни ажратиш айникса фимбриал булим ва тухумдоннинг чандикларидан ажратиш мумкин. Чанок бушлигида йиринг булса, у суриб олиниб антисептик ва антибиотикли суюклик билан ювилади.

Чет эллик муаллифларнинг таъкидлашича, даволашнинг бу усули куп холларда бачадон найлари ва тухумдонлар фаолиятини тиклашга, шу билан бирга репродуктив фаолиятининг сакланишига кафолат беради. Йиринг олиниб, кичик чанок органлари санация килингач, яхши клиник натижа кузатилади. Орка гумбаздан пункция килиб, «тубовариал усма» дан йирингли суюклик олиниб, шу игна оркали антибиотиклар юбориш хам яхши натижа беради. Айрим холларда бу усул оператив даволашдан саклашга шароит яратади. Лекин Кравпольский В.И. ва Кулаков В.И. (1984 й.) таъкидлашича ортикларда йирингли узгариш булса, уларни жаррохлик йули билан олиб ташланади.

Ярим уткир боскичда аутогемотерапия, алоэ, физиотерапия, УФ нурлари, дорилар электрофарези (калий, магний, рух, вибромассаж, УЗИ ни куллаш).

Гинекологияда яллиғланиш касалликлари билан огриган беморларни даволашда олий малакали хамшираларнинг роли

Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари билан огриган беморларни даволашда олий тоифали хамширанинг роли куйидагилардан иборат.

Улар киндан ажралмалар келиши, турли характерлардаги огрик билан беморларга бирламчи ёрдам курсатиш, улар билан узвий боғланиш, уларни диспансер назоратга олиш ва профилактик чора – тадбирларни олиб бориш олий малакали хамширанинг асосий роли ва вазифаси хисобланади.

Хаким келганча хамшира аёлни куриқдан утказиши, анамнези билан танишиши, гемодинамик курсаткичлари (АКБ, Пульс) ни улчаб, унинг тана хароратини улчагандан сунг, шу касаллик хакида хулосага келиб керакли инструментларни ва куриқ хонасини тайёрлаши лозим. Аёлга яллиғланиш касалликларининг келиб чиқиш сабабларини, уларнинг олдини олишни тушунтириш лозим. Хаким куригидан кейин буюрилган даво муолажаларини уз вақтида бажариши керак.

Аёлни хар 3 - 6 ойда ва охирги 2 йил 2 марта диспансер кузатувидан утказиш хакида тушунтириши лозим.

Мавзу № 103: “Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзолари специфик

этиологияли яллиғланиш касалликлари.	
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№103 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзолари специфик этиологияли яллиғланиш касалликлари.

Хотин – кизлар жинсий органларнинг яллиғланиш процесслари даволаш ва олдини олиш аёллар соғлигини саклашда муҳим роль уйнайди. Илмий тасдиқланган тугри ташкил килинган даво профилактик ёрдам касал булган аёлларнинг иш фаолиятига, социал ва оила ҳаётига ва уларнинг генератив функциясига эътиборли таъсир этади.

Учраши: жинсий органлар яллиғланиши ҳамма гинекологик касалларнинг 60 - 65 % ташкил этиб, уларнинг 30 % стационар шароитда даволанади. Яллиғланиш касалликларининг усиши аҳоли миграциясининг купайиши урбанизация, проститутциянинг купайишига боғлиқдир.

ВОЗ (1982) маълумотида қараганда жинсий органлар яллиғланиши умумий аҳолининг 1 % ташкил этиб, аҳолининг сексуал активлиги сонининг 3 % ни ташкил этади. Саноати ривожланган мамлакатларда АКШ ва Европада сальпингит 15 – 39 ёшли аёлларда ҳар 1000 тадан 10 – 13 учрайди, 75 % аёллар 25 ёшдан кам, шулардан 75 % тугмаганлардир. Хломидия сабабли булган яллиғланиш 15 – 19 ёшли кизларда 16 %, 25 – 30 ёшларда 6 % ва 30 ёшли 2,5 % ни ташкил этади.

Микоплазмалар, уроплазмалар 20 ёшгача булган аёлларда куп яллиғланишга сабаб булади. 30 ёшдан ортиқларида касаллик сабаби анаэроб микроорганизмлардир. Уткир яллиғланиш процесслари 20 – 24 ёшгача булган гурӯҳда, 25 – 30 ёшда сурункали яллиғланиш процесслари ва уларнинг асоратлари куп учрайди. (бепуштлиқ, эктопик ҳомиладорлик).

Жинсий аъзолар яллиғланишида жинсий органлар идиал микрофлораси муҳим роль уйнайди. Жинсий трактининг маълум участкасида нормада маълум микрофлора яшайди. Кин микрофлораси қуйидагилардан иборат:

- таёксимон флора: анаэроб ва асосан аэроб, гемолитик ва ноемалитик стрептококклар, энтерококклар, гемолитик стрептококклар. Клеббсиела, энтеробактериялар, протейс туридагилар, ичак таёкчалари кам учрайди. Замбуруглар (кандидалар) учрайди.

Патоген микрофлора учрашиши патологик процессдан дарак бермайди. Агарда уткир яллигланиш белгиси булмаса. Кин микрофлорасига эндоген факторларнинг таъсири бор. Эстроген купайиши билан унинг таъсирида гликоген ва муцин хосил булиши купаяди. Кин девори васкулиризация купайиб патоген микрофлоранинг вируентлигини оширади. Аэроблар микдори хайз олдидан камаяди, бу гормонал узгаришга боғлиқдир.

Кин микрофлорасига экзоген таъсирлар химик, термик булиб булар кинни ювишда таъсир килади. Б. Ларсен (1988) жинсий трактнинг пастки кисмида жойлашган микрофлора юкорига хам утиши мумкин деб хисоблайди. Уларнинг вируентлигини аниклаш учун куйидагиларни аниклаш керак.

- микроорганизмни фагоцитоздек химояловчи кобик бор еки йуклигидир.
 - Экзо – эндотоксинлар ажралишидан
 - Экстрахужайра ферментлар (коллагеназа, гиалоуринадаза, эластаза) ишлаб чикишдан. Жинсий йулларда доимий учрайдиган микроорганизмлар маълум шароитда вирулент булиши яллигланиш процессларида иштирок этиши мумкин. Уларнинг активланишига ва яллигланишига иштирок этишига йул куймовчи физиологик химоя механизмлари булиб уларга: - тухумдон гормонлари таъсирида эпителий юзаси хужайраларининг десквamacияси ва цитолизи.
 - Неспецифик антимикроб механизмлар макрофаг ва лейкоцитлар ердамида фагоцитоз.
 - Иммун механизмлар: Т – лимфоцитлар, иммуноглобулинлар, комплемент системаси, улар замбуругларидан, вируслардан химоя килади.
- Жинсий системанинг юкори кисми учун унинг пастки кисми цервиканал ва эндометриянинг химоя механизмлари ахамиятга эга. Цервикал каналдаги шиллик (шиллик проба) барьер хоссасига эга булиб жинсий трактнинг тепа ва пастки кисмини ажратиб туради. Бу шилликда антибактериал моддалар булиб, улардан лизоцим плазмадаги микдордан 100 марта купдир. Бундан ташкари унда ичак таекчасига ва гонококка, сальмонеллага карши антителалар мавжуд. Бачадон барьер функцияси хайз пайтида кучиб турувчи эндометрия бажаради. Хайз пайтида базал каватида инфильтрацияланган лейкоцитлар бажаради. Кон билан бой таъминланган бачадон гуморал химоя фактори билан таъминлайди.

Инфекциянинг таркалиш йуллари: Инфекцион агентларининг жинсий органлар юкори булимига утиши сперматозоидлар, трихомонадлар ердамида пассив транспорт холда еки гематоген лимфоген йул билан руй беради.

Гонококкларнинг сперма оркали утиши ахамиятга эга. Сперматозоидлар юзи манфий зарядга эга булиб, узига хос микроорганизмлар учун рецептор булиб уларни бириктириб олади ва уларни жинсий органларнинг юкори кисмига утади. Трихомонадлар ҳам инфекцияни олиб утади. Инфекциянинг жинсий органларнинг юкориги кисмига утиши бачадон ичи процедураларидан кейин ҳам булиши мумкин. (зондлаш, ГСГ, гидротубация, операциялар, аборт, ВМС). ВМК бор аелларда яллигланиш процесслари 4 марта куп учрайди. Тугмаган аелларда яллигланиш ва унинг асорати 6-8 марта бепуштлик учрайди. ВМК да яллигланиш пайдо булишида контрацептив атрофида яллигланиш реакцияси булиши, эндометриянинг эрозияси, фибринолитик активликнинг ошишида простогландинларнинг купайиши ахамиятга эга. ВМК иплари оркали микрофлора бачадон ичига тушади.

(1981 й) ВМК си олинганда уни бактериал культурасини текшириб унда гонококк гемолитик стрептококк, ичак таекчаси ва бошка микроорганизмлар учрашини кузатганлар. ВМК куйилганда 2 суткадан сунг микроблар тури бачадонда купайиши кузатилган. Жинсий аъзолар яллигланиши ВМК дан сунг 3-9 марта куп, бошка контрацептив ишлатилганга караганда. Гормонал контрацептивлар яллигланиш реакциясини камайтиради. Яллигланишга карши таъсири цервикал шиллик характериға боглик булиб, у микроорганизми бор спермани утказишга йул куймайди.

Медицина абортининг куп учрайдиган асоратидан бири яллигланиш процессидир. Яллигланиш биринчи 5 кунда бошланади. У 2-3 хафтадан кейин бошланиши мумкин. Агар цервикал канадда патоген микрофлора булса, яллигланишга риск ошади. Тугрукдан сунгги инфекция ҳам яллигланишнинг асосий сабабчисидир. Яллигланишнинг ривожланишига ва унинг узок давом этишига организмнинг урганувчи реакциясининг етишмаслигига олиб келади. У перинатал даврда (тугма эндокрин, модда алмашинуви ва бошка бузилишлар, болалик, пубертант ёшида) инфекцион касалликлар, етилган ешда (нейроэндокрин бузилишлар, умумий ва гинекологик касалликлар) овкатланиш, ёмон яшаш шароитлари, совук котиш, стресслар, ташки ва ички факторлар бузилади.

Жинсий органлар пастки кисмидаги яллигланиш процесслари. Унинг сабаблари: кандида, трихоманиоз, хламидин, вируслар, стрептококклар.

В У Л Ь В И Т.

Аелларда репродуктив ёшда вульвит, кольпит, цервицит, эндометритдан сунг пайдо булиб, унда инфекция ажралмалар оркали вульвага тушади. Бирламчи вульвит гигиенага риоя килмаганда, экстрагенитал касалликлар (кандли диабет, семизлик) химик, механик (кичиш) таъсиридан пайдо булади. Вульвит уткир стадияда гиперемия, шиш, сероз йирингли ажралма копланиши билан характерланади. Субъектив шикояти огрик, ачиш, умумий бехоллик. Сурункали стадияда: гиперемия, шиш, экссудация камаяди ва вакти – вакти билан купаяди.

Давоси: ванналар, антибактериал даво, экстрагенитал касалликни даволаш.

К О Л Ь П И Т

Репродуктив ешдаги аелларда учрайди. Сабаби, трихомонада, кандида, вируслар, цитомалия вируси, шартли патоген микроблар, стафилакокк, стрептококк, энтерококк, протеи, гемофилли ва бошка таекчалар. Касалликнинг уткир даврида гиперемия, шиш, экссудация, сероз йирингли ажралма булиши билан характерланади. Касаллар огрикка кичишига, ачишига шикоят килади. Касал огир кечса тана харорати кутарилади, ахволи огирлашаб уйкуси бузилади. Сурункали кольпитга факат йирингли ажралма сакланади.

Диагностикаси: анамнез, шикояти, курик ердам беради, бактериологик, бактерископик текшириш микробни аниклашга ва уни сезгирлигини аниклаш учун ишлатилади.

Давоси: 1. Этиологик яллигланишга карши дорилар.

2. Организмда бошка касалликни даволаш.

3. Жинсий алокани тула даволашгача тухтатиш.

Маслахат: жинсий аъзоларини калий пермаганатининг кам эритмасида еки ромашка димламасида кунига 3 марта ювиш. Агар йирингли ажралма булса, марганцовка – ромашка 1: 6000 эритмаси билан еки 0,5 % риванол эритмаси билан 3-4 марта ювиш керак. Антибактериал препаратларда

хлорфилипт билан ювиш. Мазлар облепих ва аскорбин ишлатилади. Сурункали стадияда эстрогенлар кинга тампон холида куйилади. Бактериал кольпит давоси гигиеник талабларига риоя қилиш (танани тоза тутиш, жинсий органларни ва ораликни тоза тутиш (диета/овкатланиш, углевод, витаминга бой мева – сабзавотлар буйириш керак) . Такрорланувчи вульвагинитда 6-8 ёшдан бошлаб кинга эстроген гормонлар бор мазлар ишлатилади. Фолликулин 500 ед. ланолин 30 г, 10 кун ишлатилади. Яна вагинал шамлар (фолликулин 500 ед. борная кислота 0,1 , масло какао 0,5 гр, 1 мл егли эритмада (курс) 5-7 кун

Кандидоз – (кандидамикоз) – кин шиллик парда инфекцияси булиб, бачадон буйни ва вульвага таркалади. Касалликни кандида замбуруглари чакиради. Касаллик гормонлар бузилишлар оксиллар, еглар, углеводлар, витаминлар метаболизм бузилганда ва сурункали касалликлар (диабет, туберкулез, сальпингоофарит) билан касалланган беморларда

Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликлари.

Кичик чанок аъзоларининг носпецифик инфекцион касалликларига эндо – миометрия, бачадон найлари, тухумдон, чанок корин пардаси яллигланиши киради. Бу органларнинг яллигланиши алохида холда клиник практикада кам учрайди.

Куперман (1988) яллигланиш процесслари урта огир ва огир (перитонит, кичик чанокда шиш) даражага булишни таклиф қилади. Яллигланиш сабаблари гонококк, хламидин, стрептококк, стафилакокк микоплазмалар, ичак таекчаси, протелалар, энтерекокклар ва бошқалар.

Э Н Д О М Е Т Р И Т.

Бачадон ички кавати яллигланиши, асосан унинг (усувчи, камбиал) кавати яллигланади.

Уткир эндометрит: у абортдан, тугрукдан ва диагностик манипуляциядан сунг пайдо булади. Уни юкорида айтиб утилган микроорганизмлар чакиради, куп холларда улар ассоциацияси учрайди. Хламидий ва генитал герпес кейинги холларда учрайди.

Этиологик принцинга кура эндометритлар специфик ва носпецифик (Бодяжина В.И. 1976 й) эндометритларга булинади. Специфик сил, гонорея,

актинамикоз чакирган эндометритлар киради. Микроб флорасининг эволюцияси, микроорганизмнинг нерв, эндокрин ва бошка системаларининг кам симптомли эндометрийнинг ривожланишига катта роль уйнайди.

Яллигланиш эндометрийнинг пастки кавати мускул каватини ҳам жалб килиши мумкин. Яллигланиш реакцияси микроциркуляциянинг бузилиши билан характерланади. Миометрийда шиш, нейтрофил инфильтрация кузатилади. Агар анаэроб флора кушилса миометрийнинг некротик деструкцияси кузатилади.

КЛИНИКА: касаллик инфекция тушгандан сунг 3-4 кунда бошланади. Тана температураси кутарилади, пульс тезлашади, лейкоцитоз, СОЭ купаяди. Бачадон бироз катталашади, огрикли булади. Ажралма сероз – йирингли булиб куп вакт мобайнида шиллик – консимон булиб туради. Касаллик 8-10 кун давом этиб, яхши даволанмаса ярим уткир еки сурункали формага утади. Агар антибиотиклар кулланилса касал енгил еки абортив формада утади.

СУРУНКАЛИ ЭНДОМЕТРИТ

Сурункали эндометритнинг келиб чикиши куп йиллар мобайнида мухокама килиниб келинади. Уткир эндометритнинг сурункали формага утиши шубхали хисобланади. Сурункали эндометрит 0,2 – 66 % га учраб, уртача 14 % учрайди. Хар хил % учрашига сабаб диагноз куйишда морфологик критерияларнинг хар хиллигидадир. Кейинги йилларда СЭ куп учраяпти. У абортлар, ВМК, эндоскопик текшириш усулларининг купайиши билан боғланади. Сурункали эндометрит уткир эндометритнинг охиригача даволанмаганликдан келиб чикиб, у бачадондан кон кетганда, бачадон ичига килинган манипуляциялардан кейин пайдо булади. Кам холларда сурункали эндометрит кечки абортда йулдош колдиги колганда еки кесар – кесишдан сунг чок колдиги булганда. Куп СЭ латент кечади ва инфекциянинг клиник белгилари булмайди. Оддий бактериологик усул билан инфекцион агент хамма пайт аникланмайди, уни аниклаш учун иммуноцитохимик усул ишлатилади.

СЭ нинг куйидаги морфологик вариантлари бор атрофик, бунда без атрофияси, строма фибрози, лимфоид элементлари инфильтрацияси учрайди. Кистоз агар фиброз тукима безнинг чикиш каналини кисиб, без ажратмасининг тупланувига олиб келади ва киста хосил булади. СЭ нинг специфик макроскопик узгариши булмайди. Унинг юзасида сероз геморрагик ва йирингли ажралма кузатилади. Эндометрит калинлашиб унга кирганда куп материал олинади. Кам холларда фиброз чандик хосил булиб бепуштликка олиб келади. Диагноз куйиш учун гистологик критерия лимфоид элементларидан, плазматик клеткалар, лейкоцитлардан хосил булган инфильтрат булиб хисобланади.

Спирал артериялар склерози эндометриянинг чукур ва юза булимларида кузатилади. СЭ нинг кузгатувчи морфологлар СЭ плазматик хужайраларни албатта булишини кузатганлар. Плазматик клеткалар бу В – лимфоцитларнинг яллигланиш регуляцияси, шу билан регенерацияси хамма органда гормонал, иммун, эндокрин факторлар билан амалга оширилади.

Морфологик ва функционал эндометрийдаги узгаришлар МНС патологик афферентациясига олиб келади. Гипоталамо – гипофизар система

узгариши сабабли тухумдон эндокрин функцияси камаяди ва куп холларда овуляция процесси бузилади.

КЛИНИКА: Касаллик клиникаси эндометрийда патологик узгаришлар чуқурлиги ва давомийлигининг узида акс эттирилади. Эндометрийнинг трансформацияси етарли булмагани учун десквамация ва регенерация процесслари бузилади ва шу сабабли менструация олди ва кейинги кон кетишларга сабаб булади. Хайз уртасида кон кетиш овуляция даврида кон томирлари утказувчанлиги ошиши сабаб булади.

Кон кетиш сабабларидан бири бачадон мускулатурасининг кискариши бузилиши ва тромбоцитларнинг агрегацион хоссаси узгаришидир. Кон кетишдан ташкари бу касалларда секретор функцияси бузилади (сероз, сероз – йирингли ажралмалар келади). Доимий шикоятлари ков устида огрик бачадоннинг бироз катталашуви ва каттиклашуви аникланади. СЭ чатишиш булади, лекин эндометрийдаги узгаришлар имплантацияга ва тухум хужайраларининг ривожланишига тускинлик килади. Бу хомила тушишига ва бепуштликка олиб келади. Аник информация олиш учун бачадондан 8 – 1 % куни кирма олиш керак.

ДАВОСИ: Уткир даврда микроблар сезгирлигига караб полусинтетик пенициллин, канамицин, гентамицин буюрилади. Дори дозаси ва давомийлиги касаллик огирлигига караб буюрилади. Куп холларда анаэроб кушилиши сабабли метранидазол буюрилади. Инфузион, десенсибилизацияловчи, умумий кувват дорилар буюрилади. СЭ комплекс даво (умумий кувват, седатив, витаминлар) кулланилади. Физиотерапевтик даволаш гемодинамикани, тухумдон шишини эндометрия рецепторлари активлигини оширади. Эндометрия узига антибиотиклар юбориш юкори натижа беради. Бачадон ичи диализи яхши натижа беради, бунинг учун димексид, лидаза, новокаин, димедрол ишлатилади.

Бачадон кон кетишига карши гемостаздан ташкари аминокaproн кислотаси ишлатилади. У 3-5 мл 5-7 кун ишлатилади. Хламидий куп учрашиш учун тетрациклин буюрилади. Антибиотиклар касаллик кузиганда буюрилади. ФТД СЭ давосида асосий уринни эгаллайди. У касаллик давомийлигини, касал ёши, тухумдон функциясига караб буюрилади. (Стругацкий В.М. 1980 й.). СЭ ва сальпингоофаритда УЗИ импульсив режимда, 35 ешдан катта булса, электрофарез рух ва йод билан буюрилади. Курорт даво эффективлидир.

САЛЬПИНГООФАРИТ

Жинсий йуллар яллигланишида асосий уринни эгаллаб, бепуштликка тахлид солувчи касалликдир. Носпецифик СО патоген ва шартли патоген микроорганизмлар чакиради: стафилакокк, стрептококк, эшерихи, энтерекокк, хламидий, анаэроблар. Куп холларда аралаш инфекция чакиради.

Яллигланиш бачадон найлари шилимшик каватидан бошланиб, бу ерда гиперемия, микроциркуляция бузилиши, экссудация ва периваскуляр инфильтрат хосил булади. Кейинчалик бачадон найлари мускул каватига утиб калинлашади, узунлашади, огрикли булади. Сальпингит ва офарит бир хил патогенез ва клиник картинаси бор, шунинг учун сальпингоофарит деб юритилади.

Най ажралмалари билан микроблар корин бушлиги томонга караб чикиб най сероз каватини ва корин пардасининг яллигланишига олиб келади. Овуляциядан сунг фолликуланинг гранулез пардаси яллигланади. Ампуляр кисми епилиб колса халтасимон « шиш » (гидро – пиосальпинкс) пайдо булади.

УТКИР САЛЬПИНГООФАРИТ

(1982 й.) курсатиши буйича куйидаги стадияга булинади..

5. Уткир эндометрит ва сальпингит чанок корин пардаси яллигланиши билан.
6. Уткир эндометрит ва сальпингит чанок пардаси яллигланишисиз.
7. УСО бачадон найи оклюзия ва тубовариал шиш булади.
8. Тубовариал шиш ерилиши.

Уткир СО картинасида 2 фаза бор:

3. Токсик характеридаги, бунда аэроб флора куп булади.
4. Аэроб флорага анаэроблар кушилиб касалликни огирлаштиради ва асоратга олиб келади.
Айнан 2 фазада тубовариал шиш пайдо булиб, унинг перфорацияси кузатилиши мумкин.

КЛИНИКА: Тана харорати кутарилади, умумий ахволи ёмонлашади, коринда кучли огрик пайдо булади, йирингли процессларида совук котиш кузатилади, диуретик белгилар пайдо булади. Касалликнинг 1 кунида коринда каттик огрик, мускул химояси феноменни булади. Вагинал курганда бачадон ортиклари катталашади, шишган, харакати камайган булади. Лейкоцитоз, глобулин фракцияси купайган, СОЭ усиши, С – реактив оксил купайганлиги кайд этилади. Кучли интоксикациядан нерв ва кон томирлари

системасида узгаришлар булади. Уткир яллигланиш яхши даволанса бутунлай даволанади, еки ярим уткир еки сурункали формасига утиши мумкин.

Ташхисини куйишда анамнезига, шикоятларига, объектив текшириш УЗИ ва лапароскопия натижасига асосланади. Бачадон найларининг уткир яллигланишларида цервикал канал микрофлорасини текшириш унчалик катта ахамиятга эга эмас, чунки бу микрофлора экссудациядан ва бачадон найлари тукумасидан фарк килади. Лапароскопия вактида олинган экссудатнинг микроскопик ва бактериологик текшируви эса тугри маълумотга эга килдиради.

ДАВОСИ: СО уткир боскичида даво факат шифохонада олиб борилади. Бу ерда касалга физик ва асабий осойишталик шароити яратилиб, енгил ва тез хазм буладиган таомлар ва керакли микдорда суюклик тавсия килинади ва ичаклар ва сийдик ажратиш аъзолари фаолиятини назорат килади.

СО даволашда антибиотиклар асосий уринни эгаллайди. Уларни кулланилгандан натижа касаллик чакирувчи микробнинг хусусиятларига ва унинг шу антибиотикка таъсирчанлигига боғлиқ. Кулланиладиган антимикроб дори яллигланиш учогида максимал микдорда булиниши таъминланиши шарт. Ярим парчаланиш даври жуда узок булган антибиотикларни куллаш зарур. Касалликнинг огир клиник кечишида, яллигланиш жараенининг таркалишида, грамм (-) ва грамм (+) флоранинг бирга учрашишида, анаэроб флора булиши хавфида бир неча антибиотик кушиб куллаш керак. Клиндамицин билан хлора финикални, гентамицин билан левомецитинни, линкамицин билан бирга куллаш тавсия килинади. Агар уткир СО касаллигида микроблар кушилмаси (ассоциацияси) (стрептококк, стафилакокк, энтеро бактериялар еки анаэроб (бактериоидлар, пентострептококклар, пентококклар) аникланса давони 20 млн. – 30 млн ед. пенициллин билан бирга аминогликоидлар (канамицин 0,5 м/о кунига 2 марта еки гентамицин 1 мг/кг вена ичига кунига 3 марта) куллашдан бошлаш керак. 72 соат давомида натижа бермаса клеондомицин 600 мг. Дан кунига 4 марта вена ичига, тана харорати нормаллашиб, корин парда кузгалувчанлиги йуколганича куллаш керак. Анаэроб флора борлиги эхтимоли булганда облигат анаэробларга бактериоцид таъсир килувчи метранидазол кулланилади. Огир холларда метранидазол 1 – 1,5 г суткада 5 мл/ минутига тезлик билан 5-8 кун, унча огир булмаган холларда ичига кунига 400 – 500 мг – 3 махал берилади.

Захарланиш белгилари кучли намоён булган ҳолларда инфузион даво: 5 % глюкоза, полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, оксил препаратлари парентерал кулланилади. (суюкликнинг умумий миқдори 2 – 2,5 л/суткада). Зарур бўлса инфузион даво қушиб ишлатилади. Витаминлар, КСЦ – сирка ишқорий ҳолатини нормаллаштирувчи дорилар (4 –5 % бикарбонат натрий 500 – 100,0 мл миқдорда) куллаш керак. Антигистамин дорилар ҳам таъсири килинади. (супрастин, димедрол, физик даволаш усулларида қов устига муз қуйиб азалдан кулланилади. Совуқ муз соҳа терисидаги рецепторларга таъсир қилиш натижасида оғрик қамаяди, яллиғланиш жараёни қон сизиб қамаяди. Муз ҳалта 2 соатга ярим соатлик танаффус билан қуйилади.

Лапароскопия яхши натижа беради, қунки қанок аъзолари ҳолати қурилган булган патологик узғаришларга қараб бачадон найларини изотоник суюклик билан антибиотиклар ва антисептиклар қуйиб ювиш янги ҳосил булган нозик қандикларни ажратиш айнақса фимбриал бўлим ва тухумдоннинг қандикларидан ажратиш мумкин. Қанок бўшлиғида йиринг бўлса, у суриб олиниб антисептик ва антибиотикли суюклик билан ювилади.

Чет эллик муаллифларнинг таъкидлашича, даволашнинг бу усули қун ҳолларда бачадон найлари ва тухумдонлар фаолиятини тиклашга, шу билан бирга репродуктив фаолиятининг қакланишига қафолат беради. Йиринг олиниб, қичик қанок органлари санация қилинғач, яхши қлиник натижа қузатилади. Орқа қумбаздан пункция қилиб, «тубовариал усма» дан йирингли суюклик олиниб, шу игна орқали антибиотиклар юбориш ҳам яхши натижа беради. Айрим ҳолларда бу усул оператив даволашдан қаклашга шароит яратади. Лекин Кравпольский В.И. ва Кулаков В.И. (1984 й.) таъкидлашича ортикларда йирингли узғариш бўлса, уларни жаррохлик йули билан олиб ташланади.

Ярим уткир босқичда аутогемотерапия, алоэ, физиотерапия, УФ нурлари, дорилар электрофарези (қалий, мағний, рух, вибромассаж, УЗИ ни куллаш).

Гинекологияда яллиғланиш қасаллиқлари билан оғриган беморларни даволашда олий малақали ҳамшираларнинг роли

Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш қасаллиқлари билан оғриган беморларни даволашда олий тоифали ҳамширанинг роли қуйидагилардан иборат.

Улар қиндан ажралмалар қелиши, турли характерлардаги оғрик билан беморларга бирламчи ёрдам қурсатиш, улар билан узвий боғланиш, уларни

диспансер назоратга олиш ва профилактик чора – тадбирларни олиб бориш олий малакали хамширанинг асосий роли ва вазифаси хисобланади.

Хаким келганча хамшира аёлни куриқдан утказиши, анамнези билан танишиши, гемодинамик курсаткичлари (АКБ, Пульс) ни улчаб, унинг тана хароратини улчагандан сунг, шу касаллик хакида хулосага келиб керакли инструментларни ва курик хонасини тайёрлаши лозим. Аёлга яллигланиш касалликларининг келиб чиқиш сабабларини, уларнинг олдини олишни тушунтириш лозим. Хаким куригидан кейин буюрилган даво муолажаларини уз вақтида бажариши керак.

Аёлни хар 3 - 6 ойда ва охирги 2 йил 2 марта диспансер кузатуvidан утказиш хакида тушунтириши лозим.

Мавзу № 104: “TORCH инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> torch инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

олишда ҚВПнинг ўрнини;	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№104 мотивация. (Мавзу баёни) TORCH инфекциянинг репродуктив тизимга таъсири.

TORCH сўзи бир қатор инфекциялар номининг қисқартирилган кўриниши бўлиб у ўз ичига қуйидагиларни олади.

Т – Тохопласма (токсоплазмалар – бир хужайрали текинхўр организм. Улар одам ва турли сут эмизувчи ҳайволарда паразитлик қилиб, жуда оғир касалликларни келтириб чиқаради. Бу паразит беморнинг боши ва орқа мушакларида, шунингдек, қонида ҳам учрайди);
О – Отҳерс (бошқалар: энтеровирус, гепатит Б, С, ОИВ, захм)
Р–Рубелла(қизилча)

С–Сйтомегаловирус (ситомегалия)

Ҳ–Ҳерпес симплекс вирус (герпес И/ИИ)

Енди касалликлар ҳақида қисқач маълумот бериб ўтсак:

Қизилча – асосан 2–10 ёшли болаларни зарарловчи, енгил иситма ва майда қизил тошма билан намоён бўладиган, катта ёшлиларда ва ҳомиладорликда оғир кечувчи вирусли касаллик. Унинг манбаи касалликнинг турли шакиллари билан оғриган бемор. Соғлом одамга ҳаво-томчи йўли орқали, болага онасидан ўтади. Қизилча вирусларининг ҳомилага тасири ҳомиладорлик босқичларига қараб, турли даражада бўлади. Қизилча касаллигининг кечиши инсон катта бўлган сари қийинроқ бўлади. Ҳомиладорлик даврида аёлнинг қизилча билан касал бўлиши ҳомилада қарликни вужудга келишига олиб келиши мумкин.

Ситомегаловирусли инфекция (ЦМВИ) — асосан клиник белгиларсиз ўтувчи, баъзан марказий нерв тизими ва ички аъзоларни оғир зарарлайдиган, ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир кўрсатадиган вирусли касаллик. Ситомегаловирус бутун умри давомида бемор вужудида сақланиб туриши билан хавфли. Вирус жинсий йўл билан, ҳомилага эса қон орқали юқади. Ситомегаловирус организмга кириб, иммун тизимини кучсизлантириб бўлгач, асоратларини кўрсата бошлайди. Ҳомиланинг дастлабки ойларданок СМВИ билан зарарланиш ҳомиланинг нобуд бўлишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг сўнгги давларида зарарланиш аъзолар тузилишида жиддий ўзгаришларга олиб келмаса-да, бола туғилгач, сариқлик, қон кетиши, ўпка яллиғланиши ва

марказий асаб тизимининг зарарланиши каби асоратлар кузатилади. СМВИ билан касаллангандан сўнг турғун иммунитет ҳосил бўлмагани боис, қайта касалланиш эҳтимоли бор.

Герпес

Герпес вируси ҳомиладор аёлга ҳомиладорлик даврида биринчи бор юкса, яъни аёлнинг унга нисбатан умуман иммунитети бўлмаса, унинг ҳомилага бўлган салбий таъсири жуда катта бўлади. Агар ҳомилага герпес вируси унинг 10 ҳафтасигача юкса, ҳомиланинг унинг ўлими ёки тушиши рўй бериши мумкин. Ҳомиладорликнинг 2 чи ва 3 триместрида ҳомиланинг захарланиши унинг асаб тизими фаолиятини бузулишига, тери ва жигари шикастланишига олиб келиши мумкин.

Агар ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида герпес вирусини қайта кўзғалишига дуч келса, у ҳолда вирусни ҳомилага таъсири бўлмаслиги мумкин, лекин ҳомиладорлик кечиши жуда оғирлашади ва ҳомилани сақлаб қолиш учун махсус муолажалар талаб этилиши мумкин

Токсоплазма

Ҳомиладорлик даврида токсоплазма билан касалланиш ҳомилада оғир касалликлар вужудга келишига ёки унинг ўлимига олиб келиши мумкин. Кўпинча токсоплазмоз вирусини мушуклар тарқатади. Шунинг учун ҳомиладор аёл мушуклардан йироқроқ бўлиши керак. Ундан ташқари хом гўшт, ювилмаган мева ва сабзавотларда ҳам ушбу инвексия вируслари мавжуд бўлиши мумкин. Кўчада кабоб, гўштли таомларни ейишда эҳтиёт бўлиш керак бўлади.

Хатарли томони шундаки, бу инфекцияларнинг аломатлари аёлнинг умумий ҳолатида намоён бўлмай, ҳомила ривожланишига ва ҳомиладорлик кечишига жуда катта зарар келтириши мумкин. ТОРЧ инфекцияси анализлари иложи бўлса ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликнинг дастлабки даврида ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Агар анализ натижалари аёлда ушбу инфекцияларга нисбатан иммунитети мавжудлигини кўрсатса, у ҳолда ҳомиладорлик давомида фақат профилактик чоралар амалга оширилади. Агар иммунитет мавжуд эмаслиги аниқланса, у ҳолда шифокор эмлаш (қизилча инфекциясига қарши) ёки маълум бир коидаларга риоя қилишни тавсия қилиши мумкин. Ундан ташқари бутун ҳомиладорлик даврида ушбу инфекциялар юқмаслигини назорат қилиш кўзда тутилади.

Мавзу № 105: “Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси Бачадон миомаси клиникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси Бачадон миомаси клиникаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

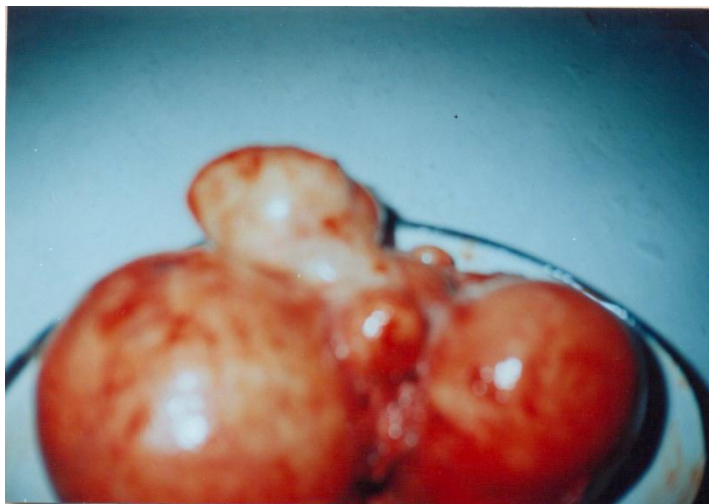
Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни такдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, такдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказади	Топшириқни ёзадилар

№105 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон миомасининг ривожланиши ва локализацияси. Бачадон миомаси клиникаси.

Бачадон миомаси-яхши сифатли усма булиб, мушак тукумасидан ривожланади. Купинча репродуктив даврда, 30 ёшдан сунг учрайди (15-17%). Миома бу капсулага уралган тугун булиб унинг улчамлари турличадир.

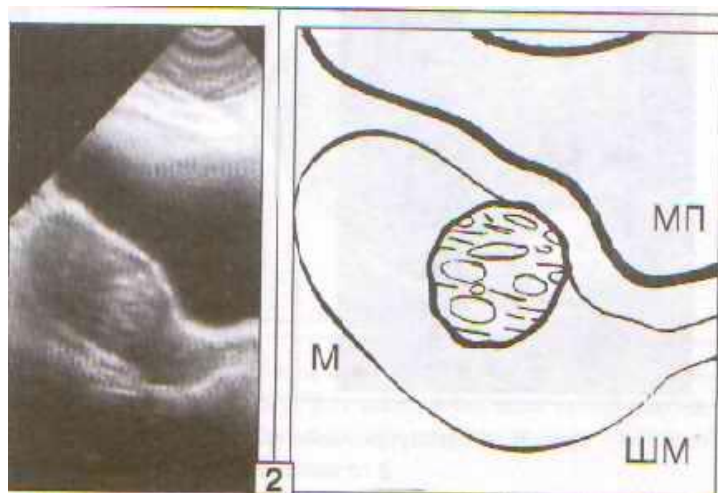


Бачадон миомаси

Бачадон миомаси миометрийнинг яхши сифатли усмаси ҳисобланиб, "Бачадон миомаси" атамаси касаллик морфогенезини ифодалайди. Мушак ва кушувчи тукима элементлари нисбатига қараб усма гистологик тузулишини ифодоловчи "фибромиома", "фиброма", "миома" атамалари фаркланади.

Аёллар гинекологик касалликларининг 10-12% ни фибромиомалар ташкил қилади. 95% ҳолларда бачадон танаси, 5% ҳолларда бачадон буйни зарарланади. Фибромиома силлик мушак тукумасидан ривожланади. Куп ҳолларда фибромиома мушак тукима элементларидан (80%) иборат булиб, кушувчи тукима усманинг озрок қисмини (15-20%) ни ташкил қилади. Усма ядроси силлик мушак элементларидан ҳосил булиб, кейинчалик усиш характери аралаш булиб, фибромиома ҳосил бўлади.

Миомалар кичик ва катта (7кг ва ундан ортик) улчамда булиб, купинча куп сонли усмалар куринишида учрайди. Усма консистенцияси, шакли ва ранги турли хилда булади. Миоманинг пушти рангда булиши мушак толалари микдорига ва рангига боглик булади. Усмада мушак толалари канча куп булса, у шунча юмшок булади.



Бачадон миомаси классификацияси:

Фиброматоз тугуннинг узиш жойига караб фибромиоманинг куйидаги турлари тафовут этилади:

1. Субсероз (корин парда ости) тугунлар 16,8% учрайди.
2. Интерстициал (девор ичи) тугунлар 43% учрайди.
3. Субмукоз тугунлар (шиллик ости) 20% учрайди.
4. Атипик формалар – буйин орти миомаси.
5. Корин парда усти миомаси.

- бойламларо фибромиома

- цервикал миома

Шикоятлар ва симптомлари:

Бемор шикоятлари куйидагиларга боглик: усма локализацияси ва улчамига, миоматоз тугунлардаги иккиламчи узгаришларга, касаллик давомийлигига, овкатланишдаги узгаришларга, ва х.к.

Бачадон фибромиомасининг асосий ва илк белгиси булиб менструал функциянинг бузилиши, бачадондан кон кетишлар (мено ва метроррагиялар куринишида) ва кам микдордаги конли ажралмалар хисобланади.

Кон кетишлар купинча циклик булади. Улар узайиши ва кучайиши баъзида улар фонида иккиламчи анемия ривожланади.

Огриклар нерв охирларининг кисилиши ва усма некрозига боғлиқ.

- Холсизлик
- Иш кобилиятининг пасайиши
- Умумий холсизлик

Клиника:

- Симптомли
- Симптомсиз
- Клиник белгилар миоматоз тугуннинг локализациясига боғлиқ.

Миоматоз тугунлар жойлашиши мумкин:

- Бачадон танаси соҳасида-95%
- Бачадон буйни соҳасида-5%

Диагностика:

- Бимануал текшириш
- ГСГ, гистероскопия
- Бачадон бушлигини зондлаш
- УТТ

Диф. диагностика:

- Бачадон раки ва саркома билан
- Тухумдонлар усмалари билан
- Хомиладорлик билан

Даволаш:

- Консерватив (симптоматик, гормонал)
- Оператив

Консерватив даволашга курсатмалар

1. Миома улчамлари хомиладорликнинг 12 ҳафталигидан катта булмаса
2. Агар миома кушни органларни кисмаган булса
3. Анемияга олиб келувчи кон кетиш булмаса

Оператив даволашга курсатмалар:

Анемияга олиб келувчи меноррагиялар, тез усиши, миоманинг йирик улчамли булиши(14 ҳафтадан катта). Яккол ифодаланган огрик синдроми. Хавфли усмага утиб кетиш гумони булса.

Бачадоннинг субмукоз миомаси. Кушни органлар функциясининг яккол бузилиши.

Операциялар булинади:

1. Радикал (бачадоннинг кин усти ампутацияси; бачадон экстирпацияси) консерватив (тугиш ва менструал функцияни саклаш максатида миоматоз тугунларни кириш).

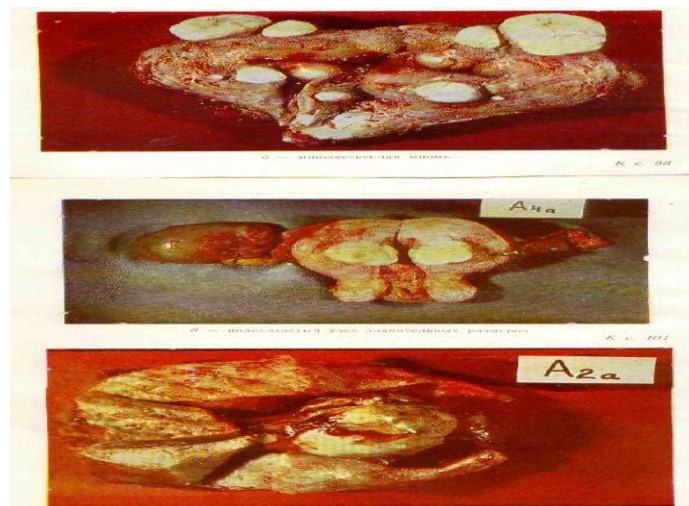
Патогенез.

Хозирги кунда миома ривожланишида нафакат жинсий гормонлар синтези, алмашинувининг бузилиши балки, миометрийнинг рецептор аппарати ҳолати ва эстроген рецепторларнинг гестаген-рецепторлардан устунлиги ҳам муҳим роль уйнаши тасдиқланган. Бачадон миомаси этиологияси ва патогенези тугрисидаги мавжуд фикр мулоҳазалар орасида гиперэстрогения етакчи уринни эгалламоқда. Лекин конда эстрогенларнинг юкори микдорида булиши ва прогестерон танкислик ҳолати миома ривожланишининг доимий фактори ҳисобланмайди.

Маълумки овулятор циклда ҳомила ривожланиши билан бирга миомалар ҳам ривожланиши мумкин. Шунинг ҳисобга олган ҳолда бачадон миомаси патогенези нафакат жинсий гормонлар метоболизми, синтези ва нисбатларнинг бузилишлари балки миометрия рецептор аппаратнинг ҳолати яъни гестаген рецепторларга нисбатан эстроген рецепторлар активлигининг юкорилиги ҳам муҳим аҳамиятга эга экан.

Холинэргик иннервациянинг маҳаллий бузилишлари ва кон томир узамида жинсий гармонлар микдорининг ошиши яъни маҳаллий гипергормонемия миома патогенезга асосий аҳамият касб этади.

Жаҳон соғлиқни саклаш ташкилоти (ВОЗ) таснифига кура лейомиомалар (фибромиомалар) нинг қуйидаги қуринишлари фаркланади.



Оддий лейомиома (фибромиома) - силлик мушак хужайралар билан турли микдордаги кушувчи тукимадан иборат яхши сифатли усма. Миоцитлар-усманинг ривожланиш манбаси ҳисобланади. Макроскопик курганда усма аник чегаранинг зич консистенция тугун булиб, уни зичлашган ва бир мунча склерозланган миометрий кавати ураб туради. Кайси ким бу капсула тугрисида фикр юритишга олиб келади. Микроскопик кон томирлар ва узгармаган эпителий куриниши узига эътиборни каратади.

Миомалар микроструктураси унинг ёшига (яъни муддатига караб) узгариб боради. "Ёш" усувчи тугунларда атроф тукималар чегарасидаги реактив узгаришлар кучсиз ифодаланган ва миоматоз тугун аник чегараланмаган (худди инфилтратив усишга ухшаш).

Вакт утиши билан строма катталашиб усма аста сёкин фибромиома тузилишини эгаллаб, аник чегараланган тугун куринишида булади. Миома стромаси ва кон томирлар деворлари гиалинозга айланади. Дистрофик жараёнлар кай даражада ифодаланиши ва инволютив узгаришларга караб мушак хужайраси ядроси пикнози булиб, натижада шакли узгарган хужайралар ва цитоплазма вакуолизацияси кузатилади. Шундай килиб тугундаги дегенератив жараёнлар усма структурасидаги полиморфизмни таъминлайди. Буни кейин чалик буладиган катаплазия ва ёмон сифатли усмага айланиши билан боглик булган полиморфизмдан фарклаш зарур.

Пролиферацияланувчи (хужайрали) лейомиома - шаклланган усманинг купрок перифериясида, баъзида асосида пролиферация учоклари булиши билан характерланувчи усма. Пролиферация учоклари томирлар атрофида синусойдал типда кузатилади. Усиш учокларида оксидланиш-кайтарилиш ферментлари ва ишкорий фосфатаза микдорининг узгариши кузатилади. Мушак тукима ва томир адвентициал каватидан пролиферацияланувчи хужайра элементлари фаркланади. Аввалига бу сохалар мувт куринишда булиб кейинчалик силлик мушакли битишмалар ҳосил булиб улар усиб усманинг атрофидаги тукималарга кушилиб кетади. Бачадон миомасининг ушбу варианты юмалок шаклдаги мушак хужайраларидан иборат булади. Усма майдонининг бир қисмида хужайра микдори ошганлиги сабабли, миоманинг бу куриниши хужайрали миома дейилади. Хужайрали миома учун кичик улчамда булиш характерли булиб дистрофик узгаришларининг булмаслиги усманинг етарли даражада озикланишини яъни тез усишини таъминловчи кон томирлар системаси яхши ривожланганлигини далолат беради. Микроскопик текширганда пролиферацияланган бачадон миомаси одатдаги мушаклари орасида юмалок шаклдаги йирик ядроли силлик мушак хужайралари туплами аникланади.

Хужайралар гликогенга бой булади. Тургун хужайра полиморфизми, миотик активликни ошири кузатилади. Тугри митоз кечганда метафаза, анафаза (якка холда) устунлик килади. Патологик митозлар (к-митоз, метафаза, ана ва телофазада хромосомалар булмаслиги) ҳам кузатилади. Хужайрали лейомиома ультраструктураси текширилганда силлик мушак хужайралари цитоплазмасида миофиламентлар, митохондриялар ва эркин рибосомалар микдорининг юкори булиши аникланган. Айрим хужайраларда перинуклиар бушлик кенгайганлиги кузатилади. Яна фаркловчи хусусиятларидан бири сезиларли микдорда пиноцитоз пуфакчалари булишида (Пиноцитоз активлиги купрок ифодаланган) Силлик мушак хужайраси, диффуз жойлашган храматин ва 1-2 та ядрочадаги иборат йирик овал ядрога эга. Ядро контурлари нисбатан тугри. Шунини айтиб утиш жойизки, популяцияда юкори активликка эга хужайралар (одатдаги лейомиомалар билан солиштирганда) билан бир каторда дистрофия белгиларига эга хужайра элементлари (митохонд узиши, эндоплазматик тур элементларининг бузилишлари) ҳам учрайди.

Лейомиобластома (эпителиал лейомиома) - силлик мушак тукумасидан ривожланувчи, кам учрайдиган яхши сифатли усма. Усма хужайраларнинг томирлар атрофида гурух булиши, усма учун характерли хусусиятдир. Эпителиал лейомиома келиб чикиши томир деворидан перицитлар узиши билан боглик булиб, шунинг учун уни ангиолейомиома деб хисоблашади.

Метастазланувчи лейомиома (томир ичи лейомиоматози) - яхши сифатли усмага хос барча гистологик белгиларга эга усма хисобланиб, лекин томир бушликга метастазлар ва рецидивлар беради. Шундай килиб миометриянинг яхши сифатли усмалари тузилиш характерли, типи ва биологик узиш хусусиятига кура хилма-хилдир. Ушбу усмаларнинг етакчи характеристикаси, силлик мушак хужайраларининг функционал холати, уларнинг пролиферацияланиш даражаси, дифференцияланиши ва атипизми хисобланади.

Проллиферацияланувчи лейомиома учун шаклланган усманинг перифериясида (баъзида асосида) пролиферация учоклари булиши характерли. Проллифератив узгаришлар билан бирга тугун марказининг шишуви, кислотали ва нейтрал мукополисахаритлар йигилиши ва юмалок хужайрали инфильтрация учраши мумкин. ПМ-мушак толаси хужайраси атипик булмасада морфогенетик курсаткичлар устунлиги туфайли миометрияни хакикий яхши сифатли усмаси хисобланади.

Малигнизацияланувчи лейомиома (миома саркома олди белгилари билан). Куплаб атипик силлик мушак хужайралари пролиферация учоклари булиши билан характерланиб, кайсиким бу хакикий малигнизацияга утиш этапи

хисобланади. Микроскопик текширувда ядролар гиперхроматози, хужайра ва ядролари бир хил булмаган мултицентрик учоклар топилади. Митоз куринишдаги атипик хужайралар учраши мумкин.

Оддий миомада митоз булмайди, пролиферацияланувчи ва саркома олди миомаларда юкорида айтиб утилганидек митотик активлик юкори булади. Лекин нормал ва патологик митозлар нисбати бир хил эмас. Проллиферацияланувчи миомада патологик митозлар 25 % дан ошмайди. Саркома олди миомада 75% ни ташкил килади.

Фиброматоз тугуннинг узиш жойига караб фибромиомаларнинг куйидаги турлари фаркланади.

1. Субсероз (Корин парда остидаги) тугунлар, усма бачадон сероз кавати остида усади 16,8 % холда учрайди.

2. Интерстициаль (девор буйлаб) тугунлар. Миоматоз тугун бутун бачадон девори буйлаб узиши – 43 %

3. Субмукоз (шиллик ости) тугунлар. Миоматоз тугун бачадон бушлигида узиши – 20 %

4. Атипик формалари

- бачадон буйни орти миомаси
- корин парда усти миомаси
- бойлам орасидаги фибромиома
- цервикал миома

Клиника

Бачадон миомасининг клиникаси хар хил кечади. Айрим касалларда у огир характерли кечиб, аёлни астенизация ва невротизациягача олиб келади. (Е.И. Василенко 1990). Беморларнинг шикоятлари усманинг жойлашуви ва катталиги, миоматоз тугундаги иккиламчи узгаришлар, касалликнинг давомийлиги, усма озикланишдаги узгаришлар каби куплаб омилларга боглик булади. Касаллик симптоматикаси кайси бир омилнинг устунлигига караб ифодаланади.

Касалликнинг асосий ва эрта симптоми-хайз циклининг бузилиши, менова метрорагия куринишидаги бачадондан кон кетишлар ва узок вакт давомида оз-оз микдорда конда ажралмалар келиши хисобланади.

Кон кетишлар сабаби бемор конида эстрогенларнинг узок вақт юкори булиши натижасидаги бачадоннинг кон билан тулишуви, эндометрининг гиперплазияси ва полипозси хисобланади. Булар нейрогуморал бузилишлар (климактрик даврдаги аёлларда кузатилиб) билан ҳам боглик булиши мумкин ва кон стази эндометрий озикланишини бузилиши ва томирлар девори утказувчанлигининг ошиши билан характерланади.

Яна бачадон кон кетишлари юзага келишига чанок органларидаги яллигланиш жараёнлари, эндометриоз, эндометрий юзасининг калинлашуви гемокоагуляциянинг бузилиши ва бошқалар ҳам сабаб булиши мумкин. Бачадондан кон кетишлар миоматоз тугуннинг бачадондаги жойлашувига ҳам боглик булиб интерстициал ва асосан субмукоз жойлашувда кузатилиши мумкин.

Бачадон фибромиомаси клиникасида огрик симптоми куп учрайди. Огрик корин пастида ва бел думгаза сохасида булиб, баъзан оёкларда таркалади. Огрик доимий булади ва баъзи холларда уткир характерда булади. Тулгоксимон огриклар (тугулувчи миомада) ҳам кузатилади.

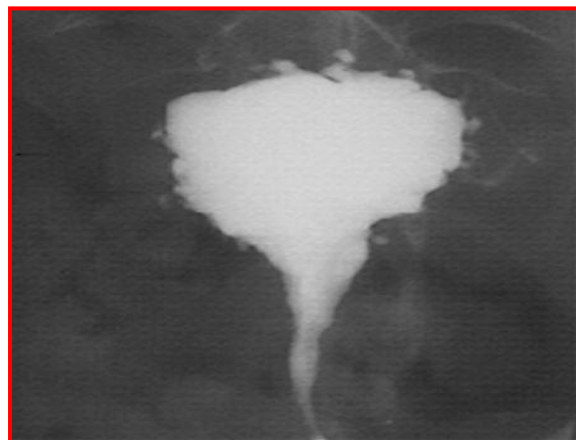
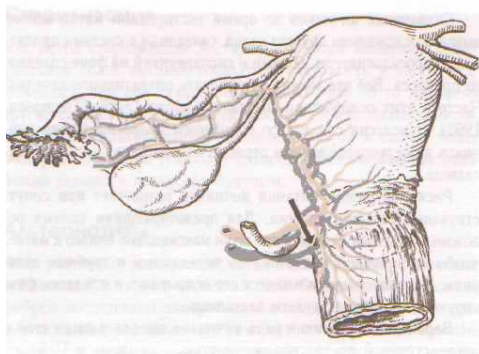
Огрик сезгиси юзага келиши сабаблари хилма хил булиб фиброматоз тугундаги дистрофик ва некротик узгаришлар, усманинг жойлашган жойи ва катталиги, нерв ва томирларнинг бузилиши ва яна кушни кичик чанок аъзоларидаги патологик узгаришлар характерига боглик булади. Субцероз тугун оёкчаси буралиб колганда огрик сеҳзгисига корин парда таъсирланиш симптомлари кушилади.

Кушни органлар функциясининг бузилишининг бачадон миомасини клиникасида мухим ахамиятга эга. Турли авторларининг маълумотларига асосан бу симптомарининг учраш частотаси 65 % дан 20,8 % гача узгариб туради. Купинча сийдик ажралишининг купайиши, кам холда сийдик ажралиши огрикли булиши ва кийинлашуви каби дизурик бузилишлар кузатилади. Куп холда юкоридаги шикоятларнинг биргаликда учраши бачадон фибромиомаси учун характерли булади. Якка холда огрик симптоми 31,9 % беморларда, огрик бачадондан кон кетишлар билан бирга 23,2 % беморларда, кон кетишлар 14,3 % беморларда кузатилади.

Диагностика.

Репродуктив система аъзолари - бачадонда патологик узгаришлар таркалишини ва характерини аниклаш максатида анамнез йигилиб, бимануал-ректовагинал куриш, корин бушлиги эхографияси ва компютер томографияси

утказиш, гистероскопия ва бачадондан диагностик кирма олиб унинг морфологиясининг аниклаш каби текширувлар утказилади.



Шарсимон, овоит ёки нотугри шаклда бачадон билан чамбарчас богликлик ва зич консистенция усманинг етакчи белгиларидан хисобланади. Постменопаузадаги миометрийнинг эхографик картинаси учун диффуз фиброз атрофик жараёнлари хисобидан эхогенликнинг ошиши характерли хисобланади. Васкуляризация ва мушак компоненти яккол устунлиги булган тугун учун нормал миометрий билан киеслаганда гипозхогенлик хос булади. Некрозли ва кистозли узгаришлар диагностикаси миоматоз тугундаги гипо - ва анэхоген зоналар топилишига асосланади.

Калцинозланган дегенератив узгаришлар учун дистал акустик эффектнинг ютилиши билан гиперэхогенлик тугри келади. Купчилик текширувчилар бачадон миомаси ва саркомаси эхографик ифодаланишнинг тулик идентификлигини курсатадилар. Миоматоз бачадонда акустик кучайиш белгиларисиз эхогенлик пасайган зоналар булиши ва яна усмада кистоз дегенирация борлиги ва унинг менопауза даврида катталашуви саркома тугрисида шубхаланишига асос булувчи белгилар хисобланади. Лекин ушбу манзара миоматоз тугунда иккиламчи узгаришлар яккол ифодаланганда ҳам кузатилиши мумкин. Яхши ва ёмон сифатли усмалар гемодинамикаси узига хос хусусиятга эга. Солит усмалар неоваскуляризациясига олиб келувчи янги кон томир капилярлари продукция жараёни - ангиогенезни индуцирлайди. Факат усмадаги ангиогенез бошка типдаги ангиогенездан вақтдаги нисбат билан фаркланади. Усмадаги ангиогенез уз-уздан чегараланмасдан балки усма томирлари чегараланмасдан ушиб қачонки усма радикал олиб ташлангунгача давом этади. Усмада томир ҳажмининг ошишига мойиллик булиб, қайсиқим (эрта стадияларида) усма огирлигининг 50% ташкил қилиши мумкин. Вақт утиши билан усма узининг хусусий капилярларини боса бошлайди. Усма усиши билан экстроваскуляр

босим ошиши сабабли капиллярлар босилиб усма марказида микроциркуляция тухтаб кейинчалик марказий некроз ривожланади. Босилиш эффекти митоз активациясига асосланган булади. Бундан ташкари эндотелиал хужайралар структур трансформацияси ва базал мембрана бутунлиги бузулиши сабабли юзага келадиган кон томирлар утказувчанлигининг ошиши ҳам руй беради. Янги капиллярлар утказувчанлигининг ошиши купчилик усмаларда лимфа томирларининг булмаслиги туфайли вужудга келади. Усма капиллярлари дифференциялашмаган ва етилмаган булибуларда силлик мушак хужайралари булмайди. Усма томирларида эластикликнинг йуқолиш сабабли вазоконстрикторлар таъсирига нисбатан жавоб реакцияси суст булади. Усма ёмон сифатли усганда томир резистентлигининг паст булиши кон томирларининг силлик мушакларида махрум булган, синусойитлар ёки кенг капиллярларга айланиши билан боглик булади. Яхши ва ёмон сифатли усмаларнинг хилма хил ангиоген табиати шуни курсатадики, усма ичидаги кон окими томирлар эндотелиал хужайралари активлиги билан корреляцияланади. Васкуляризация даражаси усма ушшини аниқлайди.

Ички жинсий аъзолар усма касалликлари эрта диагностикасида ва уларнинг ёмон сифатли усмага айланиш даражасининг баҳолаш максатида рангли доплерографик манзаралар юкори сезгирликни, спецификлик ва мусбат прогнозни курсатади. Тухумдон ва бачадондан усувчи яхши сифатли усмалар васкуляризациясида иштирок этувчи томирлар бачадон ва тухумдон артериялари терминал тармогининг бевосита давоми хисобланади. Бу томирлардаги кон окимининг доплерографик характеристикаси-кон окимида доимий диастолик компонент борлиги бу бачадон артерияларига нисбатан юкори ифодаланган кон окими сёкинлашганлиги ва резистентлик Индексининг баланд булиши хисобланади. Катта улчамдаги бачадон миомаси бор беморда реографик маълумотлар вариабиллиги кузатилиб, томирлар яккол асимметрияси, артериал етишмовчилик, веноз димланиш томир системасининг функционал бузилганлигини курсатади. Бачадон миомаси булган беморларда бачадон артерияси шунингдек миоматоз тугунлари томирлари миометриянинг узгармаган томирлари билан солиштирилганда резистентлик курсаткичларинини пасайиб кетганлиги кузатилади. Томир резистентлигининг пасайиши куйидагича тушунтирилади. Миоматоз тугунда эстрогенлар концентрацияси ва унинг рецепторлари микдорининг ошиши бачадон девори томирлари вазодилатациясига олиб келади. Замонавий маълумотларга кура миоматоз тугун кон билан таъминланишининг усма ичи визуализация частотаси катта хилма хиллик билан характерланади: 54 % дан 100 % гача трансвагинал рангли доплерографияда 87 % холларда миоматоз тугундаги кон окими аниқланади.

Бунда усма марказида аник ифодаланган сигналлар 36 % кузатувларда аникланиб колган холларда нуктали сигналлар булади. Рангли доплерография купчилик текширувчилар томонидан миомани консерватив даволашда гоно-дотропинрилизинг гормон агонистларига эффективлигини баҳолашда фойдаланилади. Олинган маълумотларига кура даволаш даврида бачадон томир резистентлиги ошганлиги аникланган. Даволашгача бачадон артериялари резистент индексия уртача $0,52$ миоматоз тугун йирик артерияларида $0,48$ булади. Даволашдан кейин эса $0,92$ ва $0,91$ булади.

Бачадон ёмон сифатли усмаларнинг доплерографик манзарасида куплаб кичик, жуда ингичка аномал шаклдаги ва аномал жойлашган томирлар, усма тукумаси чегарасида хаотик ташланиш кайт килинади. Бу томирларда кон окими томир каршилиги жуда паст булиши ($0,40$), юкори тезликда (-41 см/с) ва турли йуналишда булиши билан характерланади. Кон окими ифодалананиши яккол рангли сигналлар ва "мозаикали" шаклдаги манзара билан фаркланади.

Купчилик авторлар маълумотларига кура бачадон саркомаси резистентлик индекси уртача $0,37 \pm 0,08$ ни ташкил килиб миомада $0,59 \pm 0,08$ гача булади. (норма $0,90 \pm 0,02$). Шунини айтиб утиш керакки рангли доплерографик режимда усма ичи кон окими визуализацияси факатгина 30 % кузатувларда аникланади. Авторларнинг фикрича рангли доплерографик текширув ёрдамида бачадон миомаси ва саркомасининг киесий ташхислаш критерийси булиб, усма ичи ва усма атрофи кон окими паст резистентлик курсаткичи булган томирларнинг хаотик ташланишли, ингичка, нерегуляр визуализацияси хисобланади.

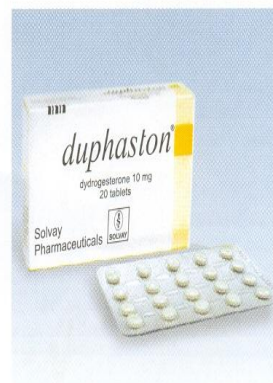
ДАВОЛАШ

Бу патология юкори частотага учраб (20-30%) аёлнинг умумий соғлигига ва репродуктив системасига салбий таъсири туфайли бачадон миомаси булган беморларни даволаш замонавий генекология актуал муаммолардан бири булиб колмокда. (Адамян. Л.В. 1990 й)

Е.М. Вихляева ва Л.Н. Василевская (1991 й.) Г.А.Паллади ва автор. (1986 й.) Объектив текширув маълумотлари ва анамнезда куйидаги узига хос хусусиятлари булган аёлларнинг миома ривожланиш хавфи булган гурухга киритадилар. Ирсий мойиллик - якин кариндошларига бачадон миомаси, бошка жинсий аъзолар усмалари ва мастопатияси булса. Менархедан бошлаб шунингдек жинсий инфантилизм билан боглик менструал циклнинг бузилиши давога берилмайдиган ва асосан углевод липид ва бошка модда алмашинувининг бузилишлари (Семизлик предиабет, диабет) билан бирга учровчи менструал



- Дюфастон высокоэффективен при лечении вторичной дисменореи и болей в области малого таза, обусловленных эндометриозом³.
- Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных, желающих забеременеть (Адамян Л.В., Кулаков В.И., "Эндометриозы", 1998).



функция бузилишлари. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон-системаси-функцияси дезорганизацияси билан бирга боглик менструал ва репродуктив функция бузилишлари (бепуштлик, хомиладорликнинг барвакт тухташи). Тухумдон функцияси бузилиши (монофазали менструал цикл, икки фазали цикл сарик тана функцияни етишмовчилиги билан) га олиб келувчи рецидивловчи ички жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари сунъий абортлар бачадон шиллик каватини куп марта кириш натижасида бачадон яллигланиш касалликларида ва эндометрий рецептор апаратидаги узгаришлар. Тухумдон ва бошка ички секреция безлари функциясининг бузилишларига олиб келувчи экстрагенитал касалликлари.

Касалликнинг патогенетик асосланган даволаш концепцияси комбинацияланган хирургик ва медикоментоз таъсири хисобланади. Шунинг учун ҳам янги оператив технологиялар булишига карамасдан гормонал терапия уз ахамиятини йукотгани йук.

Консерватив даво максади миома улчамлари ёки клиник симп-томлари огирлигини камайтиришдан иборат булади. Консерватив терапия таъсири миоматоз тугун усишини тухтатиш ва атрофия жараёнларини кучайтиришга қаратилган. Миоматоз тугун интерстициал ва субсероз (кенг асосда) жойлашганда, усма катталиги 12 хафталик хомиладорликдаги бачадон катталигидан ошмаганда, мено ва метрорагия булмаганда нооператив давога курсатма хисобланади. Хирургик давога қарши курсатма булган экстрагенитал касалликлари булса, шошилиш операцияга тайерлов даврида консерватив даво утказилади. Консерватив терапия ютуқлари бачадон миомаси эрта диагностикаси ва уз вақтида даво чораларини бошлашга боглик.

Консерватив давога карши курсатма.

1. Миоматоз тугунли бачадон катталиги 12 хафталик хомиладорлик улчамидан катта булиши.
2. Субмукоз жойлашганда, шунингдек интерстициал формаси центрипеталь усганда.
3. Бачадон миомаси тухумдон усмалари ва аденомиоз билан биргаликда келганда.
4. Бачадон саркомаси юзага келишида шубха уйготувчи тез усиш холларида.
5. Анемияга олиб келувчи меноррагиялар

Консерватив терапиянинг асоси булган гормонал препаратларини куллашга карши курсатма булиб хисобланади:

Анамнезига тромбоэмболия ва тромбофелибитлар булиши веналарнинг варикоз кенгаши гипертензия анамнезида ёмон сифатли усмалар билан операциялар утказилган булса.

Консерватив даводан олдин субмукоз формадаги бачадон миомаси, тугунли формадаги аденомиоз, тухумдон усмаси ва бошка куринишдаги давога карши курсатма хисобланган патологик жараёнлар бор йуклигини аникловчи текширув усуллари утказилиши шарт.

Даволаш комплекс холда булиш керак, у миома патогенези ва юзага келиш сабабини аниклови нейроэндокрин бузилишларини коррекциялаш, касалликнинг огир кетишини симптомлар юзага келишини таъминловчи гинекологик ва экстрагенитал касалликлар терапиясига каратилган булиши керак.

Бачадон миомаси ривожланиши билан менструация вактидаги кон йукотишлар хам ошиб боради.

Бачадон кискариш кобиятининг пасайиши эндометрийнинг функционал кавати кучиши жараёнининг бузилиши, миома ановуляция билан биргаликда кечса ёки сарик тана етишмовчилиги, эндометрий гиперплазияси ва полиплари билан кечувчи менструал циклар меноррагиялари сабаби булиши мумкин. Бачадон миомаси билан биргаликда кечувчи сурункали базал эндометритда хам функционал кават десквамациясидан кейин комаювчи юза регенерациясининг сёкинлашуви хисобидан хам меноррагия келиб чикишини унутмаслик керак. Конни систематик текшириш шарт булиб, агар гемоглобин ва эритроцитлар микдори камайган булса анемияга карши даво утказилади. Темир препаратлари буюрилади. Меноррагияларда утеротоник препаратлар хам буюрилиб кайси ким хар доим хам эффектив таъсир кузатилмайди.

Агар меноррагия бачадон миомаси билан биргаликда кечувчи эндометрий гиперплазияси сабабли булса даволаш ушбу жараёнга олиб келувчи паталогияни йукотишга қаратилган булади. Миома эндометрий гиперплазияси этиологияси ва патогинези бирта булганда мавжуд ҳолатга қараб даво олиб борилади.

Беморнинг ёши ва қушилиб келган паталогия характерга қараб гестогенлар ёки эстроген-гестоген препаратлари билан даво олиб борилади.

Тез-тез такрорланувчи кучли менструал кон йукотишлар купинча интерстициал ёки субмукоз миомаларнинг шиллик ости қаватига ушиб кириши билан боғлиқ булади. Бундай ҳол хирургик даво учун курсатма булади.

Комплекс консерватив терапия системасига организмга куп киррали таъсир курсатувчи витаминлар ҳам қушилади. Витаминга бой озиқ овқат маҳсулотлари (тоза мева ва сабзавотлар) буюрилиб, кишда ва эрта баҳорда синтетик препаратлар комплекси буюрилади. Комплексга В гуруҳдаги (В1,В6,В15,) витаминлар, аскорбин кислота буюрилиб булар тухумдон ва буйрак усти беги стероидогенезига таъсир курсатади. Витамин Е гипоталамогипофизар система функциясининг бузилишларида қулланилади. Витамин А эффе́ктор органларининг эстрогенга сезгирлигини қамайтиради ва нейроэндокрин система куп звеноларига регуляцияловчи таъсир курсатиш қаби муҳим хусусиятга эга. Ретинол ацетат (Вит. А) 150000-200000 ХБ дражелар қуринишида менструал циклининг 5- кунидан 25- кунигача ҳар кун 6-12 ой мобайнида буюрилади. (Курс дозаси 1.800000-2.400000 ХБ).

Бачадон миомаси бор беморларда куп ҳолларда липид алмашинуви бузилиши белгилари қузатилганлиги сабабли консерватив терапия комплексида овқат режими коррекциясида эътибор бёрилади. Қупчилик беморларда хусусан пременопаузал ёшда тана массасининг ошиши аниқланган. Овқат рациониди организм учун зарур булган барча ингредиентлар булиши керак. Тез ҳазм булувчи углеводлар ва ҳайвон еглари чекланиб рационга туйинмаган ег кислоталари сакловчи усимлик мойлари, мева ва сабзавот шарбатлари қушилади.

Консерватив терапия самарадорлиги куп жихатдан мавжуд экстрагенетал (Ҳазм системаси, гепатобилияр система, эндокрин бузилишлар) касалликларини даволашга боғлиқ булади. Узок йиллар давомида бачадон миомасида физиотерапияни қуллаш ҳавфли булиб ҳисобланган. Клиник тажрибалар асосан нейроэндокрин бузилишлар ва яллиғланиш касалликлари фониди ривожланган бачадон миомасида физиотерапияни қуллаш имконияти борлигини курсатди.

Масалан миома билан кечуви салпингоофоритда рух, мис, калий-дит ва протеолитик ферментлар билан электрофорез, ультратовуш терапия ва бошқ.

кулланилиши мумкин. Нейроэндокрин бузилишлар фонида ривожланган миомада буйин-юз ва эндоназал ионогальванизациянинг гонодотропинлар ажралишга тормозловчи таъсирдан самарали фойдаланилади. Бундан ташқари нерв, эндокрин ва томир системасининг ижобий таъсир курсатувчи бальнеологик факторлар жумладан йодбромли ва радонли ванналар (сувнинг харорати 35-36 градус, кунора, хаммаси булиб 10-12 муолажа) кулланилади.

Бачадон миомаси асосий терапияси гормонлар хисобланади. Бундай гестоген таъсиридаги препаратлар (норколут, туринал, 17 -ОПК) кулланилади. Гестоген хусусиятга эга прегнин (17 а этинил тестостерон) ҳам кулланилади.

Гестогенларнинг усмага қарши таъсири усма хужайраларнинг митотик активликни пасайтириб, усишини тухтатишдан иборат булади. Гестогенлар репродуктив ва пременопаузал ёшдаги беморларда буюрилади. Норколут кенг фойдаланилиб, менструал цикл сакланганда циклнинг 16-кунидан 25-кунигача 10мг/сутка ёки 5-кунидан 25-кунигача 5 мг/ сут 4-6 ой мобайнида буюрилади.

Г.А. Паллади ва автор (1986й) норколутни менструал циклнинг 16 кунидан 26 кунигача 5 мгдан 6 ой мобайнида куллаганида яхши самара беради. (Курс дозаси 300 мг) Авторлар 62,7% беморларда усма усишдан тухтаганлигининг, 30 % ида усма улчамлари кичрайганлиги ва 7,2 % беморларда усма усишга давом этганлигини аниклаганлар.

Пременопаузал ёшдаги аёлларга норколут тухтовсиз режимда 5-10 мг/суткадан 3 ой мобайнида бўрилади. Репродуктив ёшдаги беморларда прегнин циклик схемада циклнинг 16- кунидан 26- кунигача 0,02г (2 таблетка) дан кунига уз махал 3 ой мобайнида буюрилади.

Юкори гестоген эффектга эга 17-ОПК менструал цикл сакланган аёлларга циклнинг 14-17-21-кунлари 125 мг ёки 250 мг дозада 6 ой мобайнида бўрилади. Бу препаратни мушак ичига куллаш нокулайликлари тугдиради. Бундан ташқари препаратни куллаганда баъзида узок вақт жинсий аъзолардан қонли ажралма келиши кузатилади.

Ю.Д. Ландеховскийнинг (1986)й клиник материаллари прогестерон рецепторлари микдори бачадон қатталиги билан тесқари боғланишда эканлигини курсатади. Усма усиши улчамига қараб аввал миометрийда кейин миоматоз тугунида прогестерон рецепторлари микдори қамаяди. Бу миома улчами 8 ҳафталик ҳомиладорликдан ошмаганда гестогенларнинг усма усишини тухтатиш эффекти сезиларли даражада юкори эканлигини тасдиқлайди.

Репродуктив ёшда кичик улчамдаги бачадон миомаларда (6-7) хафталик хомиладорлик улчамигача) консерватив терапияда комбинациялашган эстероген-гестоген препаратлари (трирегол, тризистом, марвелон, триквилар ва бошк.) кулланилиб улар гонодотроп гормонлар синтези ва ажралиб чиқишишни тухтатиб қуяди. Бу эса овуляцияни тухтатиб миоматоз тугун ва бачадонда пролифератив жараёнларни йуқолишига олиб келади.

Препаратлар циклик режимда менструал циклининг 5- кунидан 25 -кунигача ҳар куни бир таблеткадан қабул қилинади. Уч ойдан кейин дваваляш натижалари контрол қилиниб кейин шу даво курси яна давом эттирилади. (3 ой). Комбинациялашган препаратларини куллаш қупинча усма усьш стабилизациясига кам холда усма улчамларининг бир оз кичрайишига олиб келади.

Гондотроп рилизин-гормонлар антониствларини куллаш бачадон мио-масы консерватив терапиясида янги принципал усул хисобланади. Маълумки бачадон миомасы гиперэстерогения, прогестерон танкислик холати, гипергонодотропизм фониди ривожланади. Бу бузилишлар эндометрий ва сут безларида гиперпластик жараёнлар била биргаликда кечади.

Постменопаузал даврда касаллик регрессга учрайди. Кайсиким бу даврда конда эстерогенлар микдорининг табиий пасайиши ва эстероген-прогестерон нисбатининг нормаллашуви кузатилади. Синтетик а-ГнРГ аденогипофиз гонодотрофларидаги гонодолиберин рецепторлари билан боғланиб гонодотропинлар секрециясини тухтатиб (аденогипофиз десентизация холади) у вактинчалик фармакологик менопауза юзага келиши таъминлайди. Бу эса а-ГнРГ нинг касаллик терапиясида кулланилиши купрок самара беришини курсатади.

Декапептил-Депо инеъекцион формада 3,75 мгдан 28 кунга бир марта 3 ой ёки олти ой мобайнида буюрилади. Дейкапептил Депотаъсирида бачадон улчамларининг кичрайиш интенсивлиги купрок булиб бу биринчи уч ой мобайнида булади.

ГнРГ агонистлари келтириб чиқарадиган огир гипо эстероген холат климактерик синдромга характерли булган ножуя таъсирлар юзага келишига олиб келади. Булардан энг куп сезиларлиси куп терлаш, тер қуйилиши, бош огриги, кин шиллик каватининг қуриши ва либиданинг пасайишидир. Ножуя таъсир бу қуринишларнинг интенсивлиги препаратни қабул қилиш муддатига боғлиқ булиб дваваляшнинг олтинчи оyi охирларида максимал ифодаланган булади.

Эстероген етишмовчилиги симптомлари пайдо булишини камайтириш учун витаминлар, седатив ва гомеопатик (климактоплан, климактодинон) препаратлари буюрилади.

Пременопауза ва постменопауза ёшда бачадон миомаси бор беморларни даволашда андрогенлар ва унинг хосилалари кулланилади. Пременопауза ёшдаги беморларга метилтестостерон 5-10 мгдан агар цикл сакланган булса циклининг 16-кунидан 25-кунигача ёки 5 мгдан 5-кунидан 25-кунигача 4-6 ой мобайнига буюрилади. Курсатилган дозалар баъзида болдр сон ва оралик сохаларида юзага келувчи гипертрихиоз вирилизациясини чакирмайди.

Хулоса килиб айтганда бачадон фибромиомасини консерватив даволашнинг бир нечта узига хос хусусиятлари мавжуд.

1. Пролефератив жараёнларни факатгина узок даволашлар билан ликвидация килиш мумкин. Даво бошлангандан 1-2 йил утгачгина усма улчамлари стабиллашиб, баъзида менопауза бошлангандагина унинг улчамлари кичраяди. Шунга мувофик меноррагиялар камайиши хам 2-3 даво курсларидан кейин кузатилади. Шунинг учун хам терапиянинг эффектсизлиги тугрисида хулоса чиқаришга шошилиш ярамайди.

2. Беморларни оксипрогестерон капронат билан даволашга утказганда (прогестерон билан 6 курс самарали даволашдан кейин) баъзида менструация куп келади. Бундай холларда 3-4 курс прогестерон буюрилади ва кейин оксипрогестерон капронат билан даволаш давом эттирилади ёки юбориш методикаси узгартирилади: Ойига 2 та инъекция.

ОПК курс терапияси билан узок муддат даволанишга мухтож булган беморларга албатта прогестерон курс хар ой 8 та инъекция буюрилиб бундан кутариб беморлар учун огир булиб баъзилари консерватив даводан воз кечиб оператив давони танлайдилар.

3. Нормал менструал цикли таъминловчи организмда йук булган гормонни узок вақт давомида куллаш организмга салбий таъсир курсатмайди. Организмда прогестерон булмаслиги аёл хаёти учун бевосида хавф солмайди. Факатгина жинсий сферада циклик жараёнларининг кечмаслиги - усма ривожланиши учун асос булади.

4. Беморларни узок давога тайёрлаш керак яъни улар гормо-нотерапия хусусиятларини билишлари керак ва гормонларни кабул килиш ритмини катъий саклаши керак. Усманинг клиник симптомлари кучайган ва усиши давом этган холларда консерватив терапия тухтатилиб операцияга олиш тавсия этилади.

Бачадон миомаси бор беморларда радикал ва консерватив операциялар бажарилади. Бу усуллар ҳар бирининг курсатма ва қарши курсатмаси бор.

Бачадонни тулик олиб ташлаш бачадон қосалликларининг : эндометридаги гиперпластик жараёнлар, бачадон бўйнининг патологик ўзгариши эндометрида ёмон сифатли жараёнлар биргаликда кечганда ва миоматоз тугунда саркоматоз ўсиш юзага келганда бажарилади. Бу ўзгаришлар кўпроқ катта ёшдаги аёлларда юзага келади.

Операцияни қорин девори ёки қин йуллари орқали ўтказиш имкониятлари мўжуд. Бу қуйидаги факторларга боғлиқ:

Усма ўлчами қорин бўшлигини ревизия қилиш зарурлиги қорин олд деворининг ег бўсанлиги (семизлиги) тухумдонда қўшимча ишлов ўтказиш зарурлиги ва бошқ. Бачадон миомаси операцияси вақтида " Тухумдонларни нима қилиш керак? " деган савол тўғилади. Бу эса ҳар бир ҳолда индивидуал ҳал қилинади.

Ёш аёлда консерватив миомэктомия қилинганда тухумдонларида кистоз ўзгаришлар топилса понасимон резекция қилинади. Агар тухумдон усмаси билан бирга ўчраси усма олиб ташланади. Постменопауза ёшдаги беморда тухумдонлар патологияси бўлса улар олиб ташланади.

Бачадонда консерватив-пластик операция бажарилганда бачадон найлари сакланади. Бачадон найлари ўтказувчанлигини тиклаш учун пластик операция консерватив миомэктомия билан бир вақтда бажарилади.

Бачадон қин ўсти ампутацияси ёки экстрипациясида бачадон найларининг қолдириш ёки олиб ташлаш масаласи ҳар бир ҳолатда индивидуал ҳал қилинади. Агар бачадон миомаси кичик қанокдаги яллиғланиш жараёнлари билан бирга кечса (одатда бу қўп ўчрайди.) Унда бачадон найларини олиб ташлаш керак бўлади. Қайсиқим у операциядан кейинги даврда инфекция манбаи бўлиши мумкин. Миоматоз тугунда йирингли ва некротик ўзгаришлар бўлса ҳам бачадон найларини олиб ташлаш керак. Одатда инфекция пастки жинсий аъзоларда бачадон орқали бачадон найларига ўтади. Шунинг учун ҳам улар инфицирланган бўлиши мумкин.

Агар бачадон миомаси асоратланмаган лекин бачадон найлари усмага тегиб турган бўлса бундай ҳолда бачадон найларини саклаб қолиш тавсия этилмайди. Бачадон найларида яллиғланиш жараёнлари бўлганда ҳам операциядан кейинги даврда пиосальпинкс юзага қилиши мумкин. Шунинг хисобга олган ҳолда бачадон найлари олиб ташланади.

Бачадон миомасида шошилиш ва режали тартибдаги жаррохлик амаллари утказилади. Бемор ҳаётига ҳафс солувчи кон кетишлар бўлганда, миоматоз тугун оёкчасидан буралиб қолгандан ёки миоматоз тугун йиринглаши ва некрози бўлганда операцияга шошилиш курсатма ҳисобланиб бу ҳолатларда зудлик билан операция бажарилади. Операцияга қарши курсатма факатгина беморнинг ағонал ҳолати ҳисобланади.

Операция ҳажмини аниқлашда яъни бачадон ампутиацияси ёки экстирпациясини бажаришда бачадон бўйни ҳолатига қаралади. Агар патологик узғаришлар бўлмаса унда кин усти бачадон ампутиацияси бажарилади. Узғаришлар бўлмаган бачадон бўйнини олиб ташлаш тавсия қилинмайди. Бу қатор қўзғатувларда тасдиқланган. Кин усти ампутиацияси бажарилган беморларни узок вақтдан кейин текширилганда операцияга бачадон бўйнида у ёки бу узғаришлари бўлган аёлларда бачадон бўйнига патологик узғаришлар топилади.

Операцияга курсатмалар.

1. Анемияга олиб келувчи менструацияни узок ва қўп қилиши ёки ациклик кон кетишлар қўп ҳолларда бачадон миомаси ва эндометрий раки қўшилиб қолганлиги учун эндометрий ҳолатини аниқлаш зарур.

2. Қатта улчамдаги усма (12 ҳафталик ҳомиладорликдан қатта) ҳатто шикоятлари бўлмаса ҳам. Бундай улчамдаги усмалар кичик қанок ва қорин бўшлиғидаги анатомик муносабатни бузиб, қўпинча бўйрақлар функциясини бузилишига олиб қелади.

3. 12-13 ҳафталик ҳомиладорлик ҳажмидан қатта усма. Қўшни органларини босиб қўйиш симптомлари (сийдик ажралишининг қўчайиши, дефекация актининг бузилиши) пайдо бўлганда. Бу ҳолда сийдик айирув системаси текширилганда сийдик пассажи бузилиши, гидронефроз ва гидроуретер аниқланади.

4. Усма ўсиши. Факат шуни ҳисобга олиш қўракки менструациядан олдин бачадон кон билан тулишуви ҳисобидан усма бир мунча қатталашуви мумкин. Агар бачадон қатталашуви 8-10 ҳафталик ҳомиладорликка тенг бўлса операцияга шошилиш тавсия қилинмайди. Бундай ҳолларда агар кон кетишлар бўлмаса беморга консерватив даво бўйриб, диспансер назоратида қўзатилади. Агар усма ўсиб 12-13 ҳафталик ҳомиладорлик улчамига етса оператив даво қилинади.

5. Қорин парда остидаги оёкчадаги тугун. Усманинг оёкчада буралиб қилиши зудлик билан операция утказишни талаб қилади. Шу боисдан ҳам бундай тугунларни ташлаш уринлидир. Усма оёкчасида буралиб қолганда типик уткир

корин манзараси юзага келади. Бу усма озикланишининг бузилиши билан боглик. Яъни шиш, кон куйилиш кейин некроз ва йирингланиш юзага келади. Кин оркали курилганда бачадондан алохида булган усма пайпасланиб, пайпаслаганда кескин огрикли булади. Кайсиким уни овариал хосила деб қабул қилиш мумкин, ундай дагностик ҳатолар принципиал аҳамиятга эга эмас. Беморнинг уткир ҳолати барибир операцияга мухтож булади.

6. Миоматоз тугун некрози. Некротик узғаришлар усма озикланишининг бузилишига асосланган. Асептик некрозда инфекция гемотоген ёки лимфоген йул билан тушиши мумкин. Баъзи ҳолларда инфекция ичаклардан утади, купинча аппендексдан. Некроз натижасида туқималар эрийди. Базида суюқ ёки ярим суюқ сакланмалар билан тулган бушликлар ҳосил бўлиб, бачадон кистаси ҳосил бўлиши мумкин. Усма некрози унинг тез усаётганлиги тугрисидаги фикрга олиб келади. Кам ҳолларда қуруқ некроз ривожланиб кейинчалик усма туқимасига тузлар утириб қолади. Бунда кальцифирланган бачадон миолимаси ривожланиб у егоч каттиклигига эга булади ва корин бушлиги обзор рентгенограммасида яхши қуринади. Бундай беморлар операцияга мухтож бўлмайдилар. Бачадон миомаси некрозида уткир огриклар, корин олд деворининг таранглашуви, тана ҳароратининг ошиши ва лейкоцитоз қузатилади. Купинча миоманинг шиллик ости тугунлари некрозга учрайди. Интерстициал ва корин парда устидаги тугунлар ҳомиладорлик вақтида, тугрукдан кейинги ёки абортдан кейинги даврда некрозланади. Бундай ҳолларда диагностика қийинчиликлар тугдирмайди. Кин оркали курилганда бир канча миоматоз тугунлар аниқланиб, шулардан бири кескин огрикли булади. Беморлар шошилишч операцияга мухтож буладилар. Операция уз вақтида бажарилмаса, некрозланган тугун йирингланиб корин бушлигига ёрилади ва тарқок перитонит ривожланади.

7. Субмукоз бачадон миомаси. Улар беморни анемизацияга олиб келувчи қучли кон кетишларни чақиради. Бунда бачадон катта улчамларга етмайди, лекин баъзи ҳолларда бир оз катталашади. Беморлар шошилишч операцияга мухтож. Кескин тулгоксимон огриклар ва қучли кон кетишлар билан қузатилувчи тугилувчт миомада шошилишч операция қилинади. Бухолатда худди тугруклардагидек бачадон бўйни тёқисланиши ва очилиши қузатилади. Тугун бачадон бўйнини тулдиради ёки кинга тугилади.

8. Интралигаментар жойлашган миоматоз тугунлар. Улар нерв чигалларини босиб қуйиши натижасида қучли огрикларга ва сийдик йулини босиб қуйиши натижасида бўйрақлар функциясининг бузилишига олиб келади.

9. Бачадон бўйнинг кин қисмида чиқувчи бачадон миомасининг бўйин тугунлари.

10. Жинсий аъзолардаги бошка патологик узгаришлар:

- эндометрийнинг рецидивловчи гиперплазияси
- тухумдон усмаси
- бачадон тушиши ва чикиши билан кушилиб келган бачадон миомаси.

11. Бепуштлиқ. Операция зарур булганда бепуштлиқга олиб келувчи бошка факторлар йуклигини аниқлаш ва миоматоз тугун жойлашувини аниқ баҳолаш керак булади.

Агар тугунлар бачадон найлари бурчагига якин жойлашган булса бепуштлиқка сабаб булади. Бепуштлиқдаги операция масаласи купинча 30 ёшдан катта аёлларни текширганда юзага келади. Уларда ановуляция булиши уринлидир. Эрига боглиқ бепуштлиқ йуклигини аниқлаш керак. Хамма факторларни ҳисобга олган ҳолда нисбий курсатмаларга асосан операция бажарилади. Хар доим ҳам генератив функция тикланиши кузатилмайди.

Операцияга қарши курсатмалар.

Оператив аралашувига шошилиш курсатмалар булмаса уткир респиратор касаллиқлар ва грипда операция қилиш мумкин эмас. Бундан ташқари фурунко ёки везикулез тошма қуринишдаги йирингли учокчалар булганда организм инфекцирланган ҳисобланиб, кон курсаткичлари нормаллашганча ва тулик соғайишгача операция бажарилмайди.

Экстрогенетал касаллиқлари булганда операцияга тайерлов синч-ковлик билан утказилади. Беморни тайёрлаш операция мувофақиятли чиқишида катта аҳамиятга эга. Тулик клиник текширув утқизиш шарт. Операция хажми аниқлаш учун албатта атипик хужайраларга цитологик текширув, кенгайтирилган кольпоскопия ва зурур булганда бачадон буйни биопсияси утқизилиши керак.

Курсатмага қараб гистероскопия ва гистеросалпингография қилинади. Бу усуллар эндометрий патологиясини ва бачадон субмукоз миомаси билан кушилиб келган ички бачадон эндометриозини аниқлашда ёрдам беради. Кон кетишларда эндометрий ёмон сифатли усмаларни утқазиб юбормаслик учун бачадон шиллик қаватидан диагностик кирма олинади. Албатта кин тозалиқ даражасини аниқлаш керак. Ачитқисимон замбуруғлар, трихомонадалар булса ёки 3-4 даражали тозалиқдакин санацияси тавсия этилади. Операциядан олдин 1-2 даражали кин тозалиқ даражаси аниқланиши керак.

Мавзу № 106: “Симптомли бачадон миомаси хақида тушунча.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотивнинг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотивнинг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Симптомли бачадон миомаси хақида тушунчалар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Симптомли бачадон миомаси хақида тушунча.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Симптомли бачадон миомаси хақида тушунча. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш - ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Симптомли бачадон миомаси хақида тушунча. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график,

	диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№106 мотивация. (Мавзу баёни) Симптомли бачадон миомаси хақида тушунча.

Бачадон миомаси-яхши сифатли усма бўлиб, мушак туқимасидан ривожланади. Купинча репродуктив даврда, 30 ёшдан сунг учрайди (15-17%). Миома бу капсулага уралган тугун бўлиб унинг улчамлари турличадир.

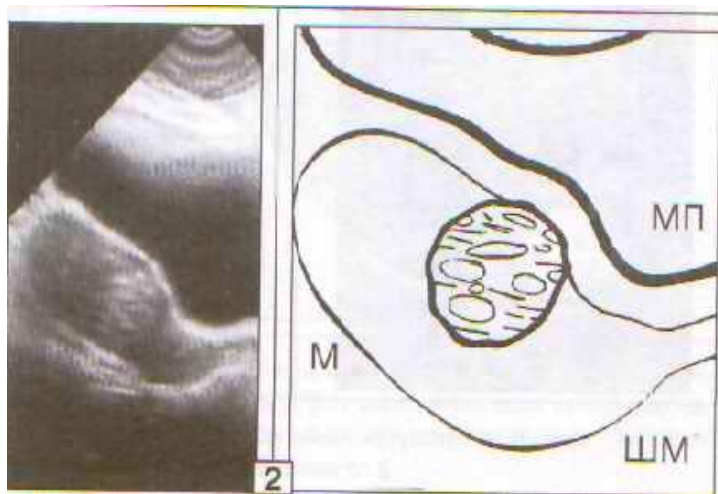


Бачадон миомаси

Бачадон миомаси миометрийнинг яхши сифатли усмасы хисобланиб, "Бачадон миомаси" атамаси касаллик морфогенезини ифодалайди. Мушак ва кушувчи тукима элементлари нисбатига караб усма гистологик тузулишини ифодоловчи "фибромиома", "фиброма", "миома" атамалари фаркланади.

Аёллар гинекологик касалликларининг 10-12% ни фибромиомалар ташкил килади. 95% холларда бачадон танаси, 5% холларда бачадон буйни зарарланади. Фибромиома силлик мушак тукимасидан ривожланади. Куп холларда фибромиома мушак тукима элементларидан (80%) иборат булиб, кушувчи тукима усманинг озрок кисмини (15-20%) ни ташкил килади. Усма ядроси силлик мушак элементларидан хосил булиб, кейинчалик усиш характери аралаш булиб, фибромиома хосил булади.

Миомалар кичик ва катта (7кг ва ундан ортик) улчамда булиб, купинча куп сонли усмалар куринишида учрайди. Усма консистенцияси, шакли ва ранги турли хилда булади. Миоманинг пушти рангда булиши мушак толалари микдорига ва рангига боглик булади. Усмада мушак толалари канча куп булса, у шунча юмшок булади.



Бачадон миомаси классификацияси:

Фиброматоз тугуннинг усиш жойига караб фибромиоманинг куйидаги турлари тафовут этилади:

6. Субсероз (корин парда ости) тугунлар 16,8% учрайди.
 7. Интерстициал (девор ичи) тугунлар 43% учрайди.
 8. Субмукоз тугунлар (шиллик ости) 20% учрайди.
 9. Атипик формалар – буйин орти миомаси.
 10. Корин парда усти миомаси.
- бойламлараро фибромиома

- цервикал миома

Шикоятлар ва симптомлари:

Бемор шикоятлари куйидагиларга боглик: усма локализацияси ва улчамига, миоматоз тугунлардаги иккиламчи узгаришларга, касаллик давомийлигига, овкатланишдаги узгаришларга, ва х.к.

Бачадон фибромиомасининг асосий ва илк белгиси булиб менструал функциянинг бузилиши, бачадондан кон кетишлар (мено ва метроррагиялар курунишида) ва кам микдордаги конли ажралмалар хисобланади.

Кон кетишлар купинча циклик булади. Улар узайиши ва кучайиши баъзида улар фонида иккиламчи анемия ривожланади.

Огриклар нерв охирларининг кисилиши ва усма некрозига боглик.

- Холсизлик
- Иш кобилиятининг пасайиши
- Умумий холсизлик

Клиника:

- Симптомли
- Симптомсиз
- Клиник белгилар миоматоз тугуннинг локализациясига боглик.

Миоматоз тугунлар жойлашиши мумкин:

- Бачадон танаси сохасида-95%
- Бачадон буйни сохасида-5%

Диагностика:

- Бимануал текшириш
- ГСГ, гистероскопия
- Бачадон бушлигини зондлаш
- УТТ

Диф. диагностика:

- Бачадон раки ва саркома билан
- Тухумдонлар усмалари билан
- Хомиладорлик билан

Даволаш:

- Консерватив (симптоматик, гормонал)
- Оператив

Консерватив даволашга курсатмалар

4. Миома улчамлари хомиладорликнинг 12 ҳафталигидан катта бўлмаса
5. Агар миома қушни органларни қисмаган бўлса
6. Анемияга олиб келувчи қон кетиш бўлмаса

Оператив даволашга курсатмалар:

Анемияга олиб келувчи меноррагиялар, тез ўсиши, миоманинг йирик улчамли бўлиши(14 ҳафтадан катта). Яққол ифодаланган оғрик синдроми. Хавфли ўсмага ўтиб кетиш гумони бўлса.

Бачадоннинг субмукоз миомаси. Қушни органлар функциясининг яққол бўзилиши.

Операциялар бўлинади:

1. Радикал (бачадоннинг қин ўсти ампутацияси; бачадон экстирпацияси) консерватив (туғиш ва менструал функцияни сақлаш мақсадида миоматоз тугунларни қириш).

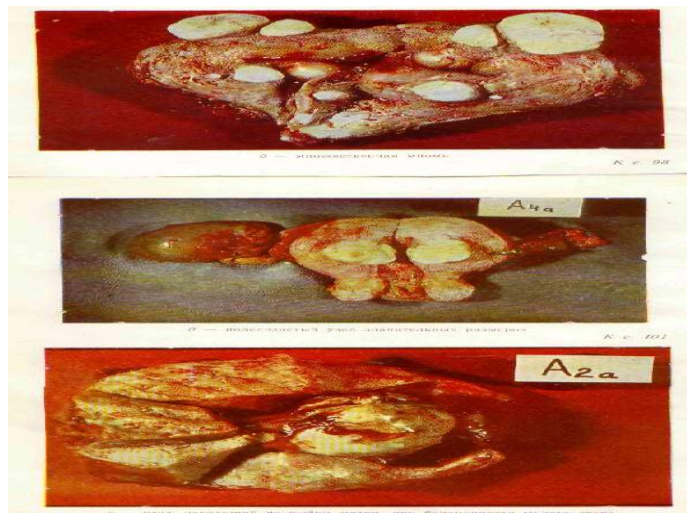
Патогенез.

Ҳозирги кунда миома ривожланишида нафакат жинсий гормонлар синтези, алмашинувнинг бўзилиши балки, миометрийнинг рецептор аппарати ҳолати ва эстроген рецепторларнинг гестаген-рецепторлардан ўстунлиги ҳам муҳим роль ўйнаши тасдиқланган. Бачадон миомаси этиологияси ва патогенези тугрисидаги мавжуд фикр мулоҳазалар орасида гиперэстрогения ётақчи уринни эгалламоқда. Лекин қонда эстрогенларнинг юқори миқдорида бўлиши ва прогестерон танқислик ҳолати миома ривожланишининг доимий фактори ҳисобланмайд.

Маълумки овулятор циклда ҳомила ривожланиши билан бирга миомалар ҳам ривожланиши мумкин. Шуни ҳисобга олган ҳолда бачадон миомаси патогенези нафакат жинсий гормонлар метаболизми, синтези ва нисбатларнинг бўзилишлари балки миометрия рецептор аппаратнинг ҳолати яъни гестоген рецепторларга нисбатан эстроген рецепторлар активлигининг юқорилиги ҳам муҳим аҳамиятга эга экан.

Холинэргик иннервациянинг маҳаллий бўзилишлари ва қон томир ўзарида жинсий гормонлар миқдорининг ўсиши яъни маҳаллий гипергормонемия миома патогенезга асосий аҳамият қасб этади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) таснифига қура лейомиомалар (фибромиомалар) нинг қуйидаги қуринишлари фаркланади.



Оддий лейомиома (фибромиома) - силлик мушак хужайралар билан турли микдордаги кушувчи тукимадан иборат яхши сифатли усма. Миоцитлар-усманинг ривожланиш манбаси ҳисобланади. Макроскопик курганда усма аник чегаранинг зич консистенция тугун булиб, уни зичлашган ва бир мунча склерозланган миометрий кавати ураб туради. Кайси ким бу капсула тугрисида фикр юритишга олиб келади. Микроскопик кон томирлар ва узгармаган эпителий куриниши узига эътиборни каратади.

Миомалар микроструктураси унинг ёшига (яъни муддатига караб) узгариб боради. "Ёш" усувчи тугунларда атроф тукималар чегарасидаги реактив узгаришлар кучсиз ифодаланган ва миоматоз тугун аник чегараланмаган (худди инфилтратив усишга ухшаш).

Вакт утиши билан строма катталашиб усма аста сёкин фибромиома тузилишини эгаллаб, аник чегараланган тугун куринишида булади. Миома стромаси ва кон томирлар деворлари гиалинозга айланади. Дистрофик жараёнлар кай даражада ифодаланиши ва инволютив узгаришларга караб мушак хужайраси ядроси пикнози булиб, натижада шакли узгарган хужайралар ва цитоплазма вакуолизацияси кузатилади. Шундай килиб тугундаги дегенератив жараёнлар усма структурасидаги полиморфизмни таъминлайди. Буни кейин чалик буладиган катаплазия ва ёмон сифатли усмага айланиши билан боғлиқ булган полиморфизмдан фарклаш зарур.

Пролиферацияланувчи (хужайрали) лейомиома - шаклланган усманинг купрок перифериясида, баъзида асосида пролиферация учоклари булиши билан характерланувчи усма. Пролиферация учоклари томирлар атрофида синусойдал типда кузатилади. Усиш учокларида оксидланиш-кайтарилиш ферментлари ва ишкорий фосфатаза микдорининг узгариши кузатилади. Мушак тукима ва томир адвентициал каватидан пролиферацияланувчи хужайра элементлари фаркланади. Аввалига бу сохалар мувт куринишда булиб кейинчалик силлик мушакли битишмалар ҳосил булиб улар усиб усманинг атрофидаги тукималарга кушилиб

кетади. Бачадон миомасининг ушбу варианты юмалок шаклдаги мушак хужайраларидан иборат булади. Усма майдонининг бир кисмида хужайра микдори ошганлиги сабабли, миоманинг бу куриниши хужайрали миома дейилади. Хужайрали миома учун кичик улчамда булиш характерли булиб дистрофик узгаришларининг булмаслиги усманинг етарли даражада озикланишини яъни тез усишини таъминловчи кон томирлар системаси яхши ривожланганлигини далолат беради. Микроскопик текширганда пролиферацияланган бачадон миомаси одатдаги мушаклари орасида юмалок шаклдаги йирик ядроли силлик мушак хужайралари туплами аникланади. Хужайралар гликогенга бой булади. Тургун хужайра полиморфизми, миотик активликни ошиши кузатилади. Тугри митоз кечганда метафаза, анафаза (якка холда) устунлик килади. Патологик митозлар (к-митоз, метафаза, ана ва телофазада хромосомалар булмаслиги) хам кузатилади. Хужайрали лейомиома ультраструктураси текширилганда силлик мушак хужайралари цитоплазмасида миофиламентлар, митохондриялар ва эркин рибосомалар микдорининг юкори булиши аникланган. Айрим хужайраларда перинуклиар бушлик кенгайганлиги кузатилади. Яна фаркловчи хусусиятларидан бири сезиларли микдорда пиноцитоз пуфакчалари булишида (Пиноцитоз активлиги купрок ифодаланган) Силлик мушак хужайраси, диффуз жойлашган храматин ва 1-2 та ядрочадаги иборат йирик овал ядрога эга. Ядро контурлари нисбатан тугри. Шунини айтиб утиш жойизки, популяцияда юкори активликка эга хужайралар (одатдаги лейомиомалар билан солиштирганда) билан бир каторда дистрофия белгиларига эга хужайра элементлари (митохонд усиши, эндоплазматик тур элементларининг бузилишлари) хам учрайди.

Лейомиобластома (эпителиал лейомиома) - силлик мушак тукумасидан ривожланувчи, кам учрайдиган яхши сифатли усма. Усма хужайраларнинг томирлар атрофида гурух булиши, усма учун характерли хусусиятдир. Эпителиал лейомиома келиб чикиши томир деворидан перицитлар усиши билан боглик булиб, шунинг учун уни ангилейомиома деб хисоблашади.

Метастазланувчи лейомиома (томир ичи лейомиоматози) - яхши сифатли усмага хос барча гистологик белгиларга эга усма хисобланиб, лекин томир бушликга метастазлар ва рецидивлар беради. Шундай килиб миометриянинг яхши сифатли усмалари тузилиш характерли, типи ва биологик усиш хусусиятига кура хилма-хилдир. Ушбу усмаларнинг етакчи характеристикаси, силлик мушак хужайраларининг функционал холати, уларнинг пролиферацияланиш даражаси, дифференцияланиши ва атипизми хисобланади.

Пролиферацияланувчи лейомиома учун шаклланган усманинг перифериясида (баъзида асосида) пролиферация учоклари булиши характерли. Пролифератив узгаришлар билан бирга тугун марказининг шишуви, кислотали ва нейтрал мукополисахаритлар йигилиши ва юмалок хужайрали инфильтрация учраши мумкин. ПМ-мушак толаси хужайраси атипик булмасада морфогенетик курсаткичлар устунлиги туфайли миометрияни хакикий яхши сифатли усмаси хисобланади.

Малигнизацияланувчи лейомиома (миома саркома олди белгилари билан). Куплаб атипик силлик мушак хужайралари пролиферация учоклари булиши билан характерланиб, кайсиким бу хакикий малигнизацияга утиш этапи хисобланади. Микроскопик текширувда ядролар гиперхроматози, хужайра ва ядролари бир хил булмаган мултицентрик учоклар топилади. Митоз куринишдаги атипик хужайралар учраши мумкин.

Оддий миомада митоз булмайди, пролиферацияланувчи ва саркома олди миомаларда юкорида айтиб утилганидек митотик активлик юкори булади. Лекин нормал ва патологик митозлар нисбати бир хил эмас. Пролиферацияланувчи миомада патологик митозлар 25 % дан ошмайди. Саркома олди миомада 75% ни ташкил килади.

Фиброматоз тугуннинг усиш жойига караб фибромиомаларнинг куйидаги турлари фаркланади.

1. Субсероз (Корин парда остидаги) тугунлар, усма бачадон сероз кавати остида усади 16,8 % холда учрайди.
2. Интерстициаль (девор буйлаб) тугунлар. Миоматоз тугун бутун бачадон девори буйлаб усиши – 43 %
3. Субмукоз (шиллик ости) тугунлар. Миоматоз тугун бачадон бушлигида усиши – 20 %
4. Атипик формалари
 - бачадон буйни орти миомаси
 - корин парда усти миомаси
 - бойлам орасидаги фибромиома
 - цервикал миома

Клиника

Бачадон миомасининг клиникаси хар хил кечади. Айрим касалларда у огир характерли кечиб, аёлни астенизация ва невротизациягача олиб келади. (Е.И. Василенко 1990). Беморларнинг шикояти усманинг жойлашуви ва катталиги, миоматоз тугундаги иккиламчи узгаришлар, касалликнинг давомийлиги, усма озикланишдаги узгаришлар каби куплаб омилларга боглик булади. Касаллик симптоматикаси кайси бир омилнинг устунлигига караб ифодаланади.

Касалликнинг асосий ва эрта симптоми-хайз циклининг бузилиши, менова метрорагия куринишидаги бачадондан кон кетишлар ва узок вакт давомида оз-оз микдорда конда ажралмалар келиши хисобланади.

Кон кетишлар сабаби бемор конида эстрогенларнинг узок вакт юкори булиши натижасидаги бачадоннинг кон билан тулишуви, эндометрининг гиперплазияси ва полипоз хисобланади. Булар нейрогуморал бузилишлар (климактрик даврдаги аёлларда кузатилиб) билан хам боглик булиши мумкин ва кон стази эндометрий озикланишини бузилиши ва томирлар девори утказувчанлигининг ошиши билан характерланади.

Яна бачадон кон кетишлари юзага келишига чанок органларидаги яллигланиш жараёнлари, эндометриоз, эндометрий юзасининг калинлашуви гемокоагуляциянинг бузилиши ва бошқалар хам сабаб булиши мумкин. Бачадондан кон кетишлар миоматоз тугуннинг бачадондаги жойлашувига хам боглик булиб интерстициал ва асосан субмукоз жойлашувда кузатилиши мумкин.

Бачадон фибромиомаси клиникасида огрик симптоми куп учрайди. Огрик корин пастида ва бел думгаза сохасида булиб, баъзан оёкларда таркалади. Огрик доимий булади ва баъзи холларда уткир характерда булади. Тулгоксимон огриклар (тугулувчи миомада) хам кузатилади.

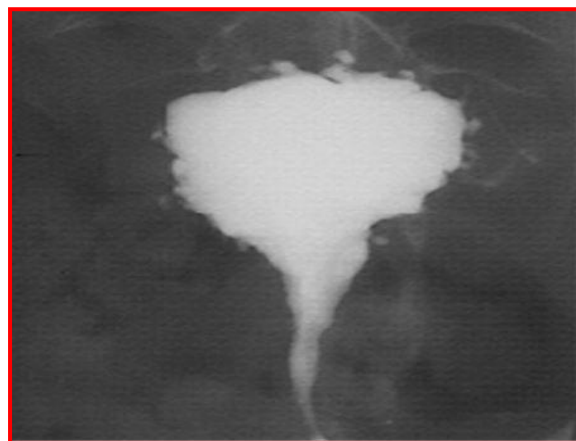
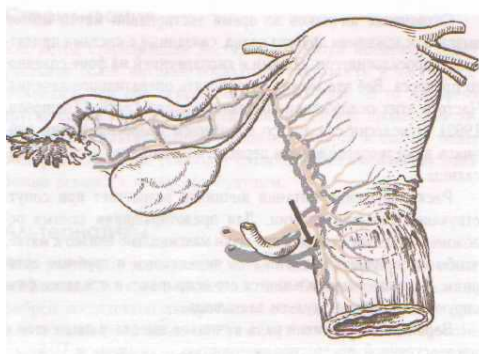
Огрик сезгиси юзага келиши сабаблари хилма хил булиб фиброматоз тугундаги дистрофик ва некротик узгаришлар, усманинг жойлашган жойи ва катталиги, нерв ва томирларнинг бузилиши ва яна кушни кичик чанок аъзоларидаги патологик узгаришлар характерига боглик булади. Субцероз тугун оёкчаси буралиб колганда огрик сеҳзгисига корин парда таъсирланиш симптомлари кушилади.

Кушни органлар функциясининг бузилишининг бачадон миомасини клиникасида мухим ахамиятга эга. Турли авторларининг маълумотларига асосан бу симптомарининг учраш частотаси 65 % дан 20,8 % гача узгариб туради. Купинча сийдик ажралишининг купайиши, кам холда сийдик ажралиши огрикли

булиши ва кийинлашуви каби дизурик бузилишлар кузатилади. Куп холда юкоридаги шикоятларнинг биргаликда учраши бачадон фибромиомаси учун характерли булади. Якка холда огрик симптоми 31,9 % беморларда, огрик бачадондан кон кетишлар билан бирга 23,2 % беморларда, кон кетишлар 14,3 % беморларда кузатилади.

Диагностика.

Репродуктив система аъзолари - бачадонда патологик узгаришлар таркалишини ва характерини аниклаш максатида анамнез йигилиб, бимануал-ректовагинал куриш, корин бушлиги эхографияси ва компютер томографияси утказиш, гистероскопия ва бачадондан диагностик кирма олиб унинг морфалогиясининг аниклаш каби текширувлар утказилади.



Шарсимон, овоит ёки нотугри шаклда бачадон билан чамбарчас боғликлик ва зич консистенция усманинг етакчи белгиларидан хисобланади. Постменопаузадаги миометрийнинг эхографик картинаси учун диффуз фиброз атрофик жараёнлари хисобидан эхогенликнинг ошиши характерли хисобланади. Васкуляризация ва мушак компоненти яккол устунлиги булган тугун учун нормал миометрий билан киеслаганда гипозхогенлик хос булади. Некрозли ва кистозли узгаришлар диагностикаси миоматоз тугундаги гипо - ва анэхоген зоналар топилишига асосланади.

Калцинозланган дегенератив узгаришлар учун дистал акустик эффектнинг ютилиши билан гиперэхогенлик тугри келади. Купчилик текширувчилар бачадон миомаси ва саркомаси эхографик ифодаланишнинг тулик идентификлигини курсатадилар. Миоматоз бачадонда акустик кучайиш белгиларисиз эхогенлик пасайган зоналар булиши ва яна усмада кистоз дегенирация борлиги ва унинг

менопауза даврида катталашуви саркома тугрисида шубхаланишига асос булувчи белгилар хисобланади. Лекин ушбу манзара миоматоз тугунда иккиламчи узгаришлар яккол ифодаланганда ҳам кузатилиши мумкин. Яхши ва ёмон сифатли усмалар гемодинамикаси узига хос хусусиятга эга. Солит усмалар неоваскуляризациясига олиб келувчи янги кон томир капиллярлари продукция жараёни - ангиогенезни индуцирлайди. Факат усмадаги ангиогенез бошка типдаги ангиогенездан вақтдаги нисбат билан фаркланади. Усмадаги ангиогенез уз-узидан чегараланмасдан балки усма томирлари чегараланмасдан ушиб қачонки усма радикал олиб ташлангунгача давом этади. Усмада томир ҳажмининг ошишига мойиллик булиб, қайсиқим (эрта стадияларида) усма огирлигининг 50% ташкил қилиши мумкин. Вақт утиши билан усма узининг хусусий капиллярларини боса бошлайди. Усма узиши билан экстроваскуляр босим ошиши сабабли капиллярлар босилиб усма марказида микроциркуляция тухтаб кейинчалик марказий некроз ривожланади. Босилиш эффекти митоз активациясига асосланган булади. Бундан ташқари эндотелиал хужайралар структур трансформацияси ва базал мембрана бутунлиги бузулиши сабабли юзага келадиган кон томирлар ўтказувчанлигининг ошиши ҳам рўй беради. Янги капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши қупчилик усмаларда лимфа томирларининг бўлмаслиги туфайли вужудга келади. Усма капиллярлари дифференциялашмаган ва етилмаган булибуларда силлик мушак хужайралари бўлмайди. Усма томирларида эластикликнинг йуқолиш сабабли вазоконстрикторлар таъсирига нисбатан жавоб реакцияси суст булади. Усма ёмон сифатли усганда томир резистентлигининг паст булиши кон томирларининг силлик мушакларида маҳрум бўлган, синусойитлар ёки кенг капиллярларга айланиши билан боғлиқ булади. Яхши ва ёмон сифатли усмаларнинг хилма хил ангиоген табиати шуни курсатадики, усма ичидаги кон оқими томирлар эндотелиал хужайралари активлиги билан корреляцияланади. Васкуляризация даражаси усма узишини аниқлайди.

Ички жинсий аъзолар усма касалликлари эрта диагностикасида ва уларнинг ёмон сифатли усмага айланиш даражасининг баҳолаш мақсадида рангли доплерографик манзаралар юқори сезгирликни, спецификлик ва мусбат прогнозни курсатади. Тухумдон ва бачадондан усувчи яхши сифатли усмалар васкуляризациясида иштирок этувчи томирлар бачадон ва тухумдон артериялари терминал тармогининг бевосита давоми хисобланади. Бу томирлардаги кон оқимининг доплерографик характеристикаси-кон оқимида доимий диастолик компонент борлиги бу бачадон артерияларига нисбатан юқори ифодаланган кон оқими секинлашганлиги ва резистентлик Индексининг баланд булиши хисобланади. Катта ўлчамдаги бачадон миомаси бор беморда реографик

маълумотлар вариабиллиги кузатилиб, томирлар яккол асимметрияси, артериал етишмовчилик, веноз димланиш томир системасининг функционал бузилганлигини курсатади. Бачадон миомаси булган беморларда бачадон артерияси шунингдек миоматоз тугунлари томирлари миометриянинг узгармаган томирлари билан солиштирилганда резистентлик курсаткичларинини пасайиб кетганлиги кузатилади. Томир резистентлигининг пасайиши куйидагича тушунтирилади. Миоматоз тугунда эстрогенлар концентрацияси ва унинг рецепторлари микдорининг ошиши бачадон девори томирлари вазодиятациясига олиб келади. Замонавий маълумотларга кура миоматоз тугун кон билан таъминланишининг усма ичи визуализация частотаси катта хилма хиллик билан характерланади: 54 % дан 100 % гача трансвагинал рангли доплерографияда 87 % холларда миоматоз тугундаги кон окими аникланади. Бунда усма марказида аник ифодаланган сигналлар 36 % кузатувларда аникланиб колган холларда нуктали сигналлар булади. Рангли доплерография купчилик текширувчилар томонидан миомани консерватив даволашда гоно-дотропинрилизинг гормон агонистларига эффективлигини бахолашда фойдаланилади. Олинган маълумотларига кура даволаш даврида бачадон томир резистентлиги ошганлиги аникланган. Даволашгача бачадон артериялари резистент индексия уртача 0,52 миоматоз тугун йирик артерияларида 0,48 булади. Даволашдан кейин эса 0,92 ва 0,91 булади.

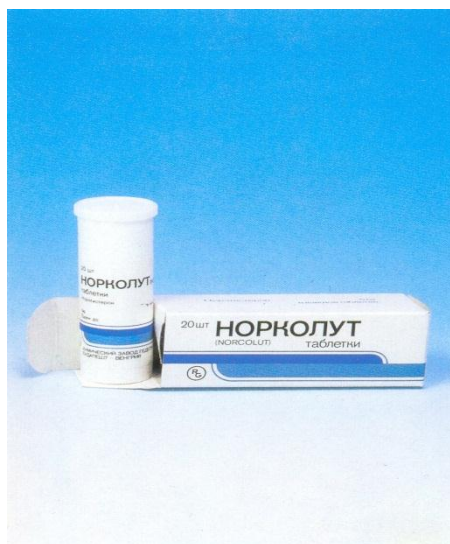
Бачадон ёмон сифатли усмаларнинг доплерографик манзарасида куплаб кичик, жуда ингичка аномал шаклдаги ва аномал жойлашган томирлар, усма тукумаси чегарасида хаотик ташланиш кайт килинади. Бу томирларда кон окими томир каршилиги жуда паст булиши (0,40), юкори тезликда (-41 см/с) ва турли йуналишда булиши билан характерланади. Кон окими ифодалананиши яккол рангли сигналлар ва "мозаикали" шаклдаги манзара билан фаркланади.

Купчилик авторлар маълумотларига кура бачадон саркомаси резистентлик индекси уртача $0,37 \pm 0,08$ ни ташкил килиб миомада $0,59 \pm 0,08$ гача булади. (норма $0,90 \pm 0,02$). Шуни айтиб утиш керакки рангли доплерографик режимда усма ичи кон окими визуализацияси факатгина 30 % кузатувларда аникланади. Авторларнинг фикрича рангли доплерографик текширув ёрдамида бачадон миомаси ва саркомасининг киесий ташхислаш критерийси булиб, усма ичи ва усма атрофи кон окими паст резистентлик курсаткичи булган томирларнинг хаотик ташланишли, ингичка, нерегуляр визуализацияси хисобланади.

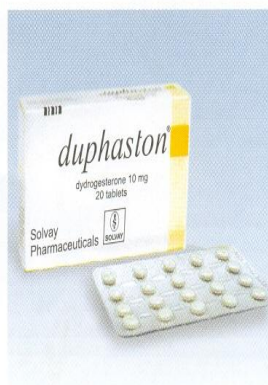
ДАВОЛАШ

Бу патология юкори частотага учраб (20-30%) аёлнинг умумий соғлигига ва репродуктив системасига салбий таъсири туфайли бачадон миомаси булган беморларни даволаш замонавий гинекология актуал муаммолардан бири бўлиб келмоқда. (Адамян. Л.В. 1990 й)

Е.М. Вихляева ва Л.Н. Василевская (1991 й.) Г.А.Паллади ва автор. (1986 й.) Об'ектив текширув маълумотлари ва анамнезда куйидаги узига хос хусусиятлари булган аёлларнинг миома ривожланиш хавфи булган гуруҳга киритадилар. Ирсий мойиллик - якин кариндошларига бачадон миомаси, бошқа жинсий аъзолар усмалари ва мастопатияси булса. Менархедан бошлаб шунингдек жинсий инфантилизм билан боглик менструал циклнинг бузилиши давога берилмайдиган ва асосан углевод липид ва бошқа модда алмашинувининг бузилишлари (Семизлик предиабет, диабет) билан бирга учровчи менструал



- Дюфастон высокоэффективен при лечении вторичной дисменореи и болей в области малого таза, обусловленных эндометриозом³.
- Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных, желающих забеременеть (Адамян Л.В., Кулаков В.И., "Эндометриозы", 1998).



функция бузилишлари. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон-системаси-функцияси дезорганизацияси билан бирга боглик менструал ва репродуктив функция бузилишлари (бепуштлиқ, хомиладорликнинг барвақт тухташи). Тухумдон функцияси бузилиши (монофазаги менструал цикл, икки фазаги цикл сарик тана функцияни етишмовчилиги билан) га олиб келувчи рецидивловчи ички жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари сунъий абортлар бачадон шиллик каватини куп марта кириш натижасида бачадон яллигланиш касалликларида ва эндометрий рецептор апаратидаги узгаришлар. Тухумдон ва бошқа ички секреция безлари функциясининг бузилишларига олиб келувчи экстрагенитал касалликлари.

Касалликнинг патогенетик асосланган даволаш концепцияси комбинацияланган хирургик ва медикоментоз таъсири ҳисобланади. Шунинг учун ҳам янги оператив технологиялар булишига қарамасдан гормонал терапия уз аҳамиятини йукотгани йук.

Консерватив даво мақсади миома улчамлари ёки клиник симп-томлари оғирлигини қамайтиришдан иборат бўлади. Консерватив терапия таъсири миоматоз тугун устидаги тухтатиш ва атрофия жараёнларини қучайтиришга қаратилган. Миоматоз тугун интерстициал ва субсероз (қенг асосда) жойлашганда, усма қатталиги 12 ҳафталик хомиладорликдаги бачадон қатталигидан ошмаганда, мено ва метрорагия бўлмаганда нооператив давога қурсатма ҳисобланади. Хирургик давога қарши қурсатма бўлган экстрагенитал касалликлари бўлса, шошилиш операцияга тайёрлов даврида консерватив даво утказилади. Консерватив терапия ютуқлари бачадон миомаси эрта диагностикаси ва уз вақтида даво қораларини бошлашга боглик.

Консерватив давога қарши қурсатма.

6. Миоматоз тугунли бачадон қатталиги 12 ҳафталик хомиладорлик улчамидан қатта бўлиши.
7. Субмукоз жойлашганда, шунингдек интерстициал формаси центрипеталь усганда.
8. Бачадон миомаси тухумдон усмалари ва аденомиоз билан биргаликда қелганда.
9. Бачадон саркомаси юзага қелишида шубҳа уйғотувчи тез устиш ҳолларида.
10. Анемияга олиб келувчи меноррагиялар

Консерватив терапиянинг асоси бўлган гормонал препаратларини қуллашга қарши қурсатма бўлиб ҳисобланади:

Анамнезига тромбоз бўлиши ва тромбоз бўлиши веналарнинг варикоз қенгаши гипертония анамнезида ёмон сифатли усмалар билан операциялар утказилган бўлса.

Консерватив даводан олдин субмукоз формадаги бачадон миомаси, тугунли формадаги аденомиоз, тухумдон усмаси ва бошка куринишдаги давога карши курсатма хисобланган патологик жараёнлар бор йуклигини аниқловчи текширув усуллари утказилиши шарт.

Даволаш комплекс холда булиш керак, у миома патогенези ва юзага келиш сабабини аниқлови нейроэндокрин бузилишларини коррекциялаш, касалликнинг огир кетишини симптомлар юзага келишини таъминловчи гинекологик ва экстрагенитал касалликлар терапиясига каратилган булиши керак.

Бачадон миомаси ривожланиши билан менструация вактидаги кон йукотишлар ҳам ошиб боради.

Бачадон кискариш кобиятининг пасайиши эндометрийнинг функционал кавати кучиши жараёнининг бузилиши, миома ановуляция билан биргаликда кечса ёки сарик тана етишмовчилиги, эндометрий гиперплазияси ва полиплари билан кечувчи менструал циклар менноррагиялари сабаби булиши мумкин. Бачадон миомаси билан биргаликда кечувчи сурункали базал эндометритда ҳам функционал кават десквамациясидан кейин комаювчи юза регенерациясининг сёкинлашуви хисобидан ҳам меноррагия келиб чиқишини унутмаслик керак. Конни систематик текшириш шарт булиб, агар гемоглобин ва эритроцитлар микдори камайган булса анемияга карши даво утказилади. Темир препаратлари буюрилади. Меноррагияларда утеротоник препаратлар ҳам буюрилиб кайси ким хар доим ҳам эффектив таъсир кузатилмайди.

Агар меноррагия бачадон миомаси билан биргаликда кечувчи эндометрий гиперплазияси сабабли булса даволаш ушбу жараёнга олиб келувчи патологияни йукотишга каратилган булади. Миома эндометрий гиперплазияси этиологияси ва патогенези бирта булганда мавжуд холатга караб даво олиб борилади.

Беморнинг ёши ва кушилиб келган патология характерга караб гестогенлар ёки эстроген-гестоген препаратлари билан даво олиб борилади.

Тез-тез такрорланувчи кучли менструал кон йукотишлар купинча интерстициал ёки субмукоз миомаларнинг шиллик ости каватига усиб кириши билан боглик булади. Бундай хол хирургик даво учун курсатма булади.

Комплекс консерватив терапия системасига организмга куп киррали таъсир курсатувчи витаминлар ҳам кушилади. Витаминга бой озик овкат махсулотлари (тоза мева ва сабзавотлар) буюрилиб, кишда ва эрта бахорда синтетик препаратлар комплекси буюрилади. Комплексга В гуруҳдаги (В1,В6,В15,) витаминлар, аскорбин кислота буюрилиб булар тухумдон ва буйрак усти беи

стероидогенезига таъсир курсатади. Витамин Е гипоталамогипофизар система функциясининг бузилишларида кулланилади. Витамин А эффе́ктор органларининг эстрогенга сезгирлигини камайтиради ва нейроэндокрин система куп звеноларига регуляцияловчи таъсир курсатиш каби муҳим хусусиятга эга. Ретинол ацетат (Вит. А) 150000-200000 ХБ дражелар курунишида менструал циклниң 5- кунидан 25- кунигача ҳар куни 6-12 ой мобайнида буюрилади. (Курс дозаси 1.800000-2.400000 ХБ).

Бачадон миомаси бор беморларда куп ҳолларда липид алмашинуви бузилиши белгилари кузатилганлиги сабабли консерватив терапия комплексида овқат режими коррекциясида эътибор бериледи. Купчилик беморларда хусусан пременопаузал ёшда тана массасининг ошиши аниқланган. Овқат рационида организм учун зарур бўлган барча ингредиентлар бўлиши керак. Тез ҳазм бўлувчи углеводлар ва ҳайвон еглари чекланиб рационга туйинмаган ег кислоталари сакловчи усимлик мойлари, мева ва сабзавот шарбатлари кушилади.

Консерватив терапия самарадорлиги куп жихатдан мавжуд экстрагенетал (Ҳазм системаси, гепатобиляр система, эндокрин бузилишлар) касалликларини даволашга боғлиқ бўлади. Узок йиллар давомида бачадон миомасида физиотерапияни куллаш ҳавфли бўлиб ҳисобланган. Клиник тажрибалар асосан нейроэндокрин бузилишлар ва яллиғланиш касалликлари фонида ривожланган бачадон миомасида физиотерапияни куллаш имконияти борлигини курсатди.

Масалан миома билан кечуви салпингоофоритда рух, мис, калий-дигитал ва протеолитик ферментлар билан электрофорез, ультратовуш терапия ва бошқ. кулланилиши мумкин. Нейроэндокрин бузилишлар фонида ривожланган миомада буйин-юз ва эндоназал ионотрофиянинг гонотропинлар ажралишга тормозловчи таъсиридан самарали фойдаланилади. Бундан ташқари нерв, эндокрин ва томир системасининг ижобий таъсир курсатувчи бальнеологик факторлар жумладан йодбромли ва радонли ванналар (сувнинг ҳарорати 35-36 градус, кунора, Ҳаммаси бўлиб 10-12 муолажа) кулланилади.

Бачадон миомаси асосий терапияси гормонлар ҳисобланади. Бундай гестоген таъсиридаги препаратлар (норколут, туринал, 17 -ОПК) кулланилади. Гестоген хусусиятга эга прегнин (17 а этинил тестостерон) ҳам кулланилади.

Гестогенларнинг усмага қарши таъсири усма ҳужайраларнинг митотик активликини пасайтириб, ушшани тухтатишдан иборат бўлади. Гестогенлар репродуктив ва пременопаузал ёшдаги беморларда буюрилади. Норколут кенг фойдаланилиб, менструал цикл сакланганда циклниң 16-кунидан 25-кунигача 10мг/сутка ёки 5-кунидан 25-кунигача 5 мг/ сут 4-6 ой мобайнида буюрилади.

Г.А. Паллади ва автор (1986й) норколутни менструал циклининг 16 кунидан 26 кунигача 5 мгдан 6 ой мобайнида куллаганида яхши самара беради. (Курс дозаси 300 мг) Авторлар 62,7% беморларда усма усишдан тухтаганлигининг, 30 % ида усма улчамлари кичрайганлиги ва 7,2 % беморларда усма усишга давом этганлигини аниклаганлар.

Пременопаузал ёшдаги аёлларга норколут тухтовсиз режимда 5-10 мг/суткадан 3 ой мобайнида бўрилади. Репродуктив ёшдаги беморларда прегнин циклик схемада циклининг 16- кунидан 26- кунигача 0,02г (2 таблетка) дан кунига уз махал 3 ой мобайнида буюрилади.

Юкори гестоген эффектга эга 17-ОПК менструал цикл сакланган аёлларга циклининг 14-17-21-кунлари 125 мг ёки 250 мг дозада 6 ой мобайнида бўрилади. Бу препаратни мушак ичига куллаш нокулайликлари тугдиради. Бундан ташкари препаратни куллаганда баъзида узок вақт жинсий аъзолардан конли ажралма келиши кузатилади.

Ю.Д. Ландеховскийнинг (1986)й клиник материаллари прогестерон рецепторлари микдори бачадон катталиги билан тескари боғланишда эканлигини курсатади. Усма усиши улчамига караб аввал миометрийда кейин миоматоз тугунида прогестерон рецепторлари микдори камаяди. Бу миома улчами 8 хафталик хомиладорликдан ошмаганда гестогенларнинг усма усишини тухтатиш эффекти сезиларли даражада юкори эканлигини тасдиқлайди.

Репродуктив ёшда кичик улчамдаги бачадон миомаларда (6-7) хафталик хомиладорлик улчамигача) консерватив терапияда комбинациялашган эстероген-гестоген препаратлари (трирегол, тризистом, марвелон, триквилар ва бошк.) кулланилиб улар гонодотроп гормонлар синтези ва ажралиб чиқишини тухтатиб қуяди. Бу эса овуляцияни тухтатиб миоматоз тугун ва бачадонда пролифератив жараёнларни йуқолишига олиб келади.

Препаратлар циклик режимда менструал циклининг 5- кунидан 25 -кунигача ҳар куни бир таблеткадан қабул қилинади. Уч ойдан кейин дваваляш натижалари контрол қилиниб кейин шу даво курси яна давом эттирилади. (3 ой). Комбинациялашган препаратларини куллаш купинча усма усиш стабилизациясига кам холда усма улчамларининг бир оз кичрайишига олиб келади.

Гондотроп рилизин-гормонлар антагонистларини куллаш бачадон мио-маси консерватив терапиясида янги принципаал усул ҳисобланади. Маълумки бачадон миомаси гиперэстерогения, прогестерон танкислик ҳолати, гипергонодотропизм

фонида ривожланади. Бу бузилишлар эндометрий ва сут безларида гиперпластик жараёнлар била биргаликда кечади.

Постменопаузал даврда касаллик регрессга учрайди. Кайсиким бу даврда конда эстерогенлар микдорининг табиий пасайиши ва эстероген-прогестерон нисбатининг нормаллашуви кузатилади. Синтетик а-ГнРГ аденогипофиз гонодотрофларидаги гонодолиберин рецепторлари билан боғланиб гонодотропинлар секрециясини тухтатиб (аденогипофиз десентизация холади) у вақтинчалик фармакологик менопауза юзага келиши таъминлайди. Бу эса а-ГнРГ нинг касаллик терапиясида кулланилиши купрок самара беришини курсатади.

Декапептил-Депо инеъекцион формада 3,75 мгдан 28 кунга бир марта 3 ой ёки олти ой мобайнида буюрилади. Дейкапептил Депотаъсирида бачадон улчамларининг кичрайиш интенсивлиги купрок булиб бу биринчи уч ой мобайнида булади.

ГнРГ агонистлари келтириб чиқарадиган огир гипо эстероген ҳолат климактерик синдромга характерли булган ножуя таъсирлар юзага келишига олиб келади. Булардан энг куп сезиларлиси куп терлаш, тер куйилиши, бош огриги, кин шиллик каватининг куриши ва либиданинг пасайишидир. Ножуя таъсир бу курунишларнинг интенсивлиги препаратни кабул килиш муддатига боғлиқ булиб даволашнинг олтинчи оyi охирларида максимал ифодаланган булади.

Эстероген етишмовчилиги симптомлари пайдо булишини камайтириш учун витаминлар, седатив ва гомеопатик (климактоплан, климактодинон) препаратлари буюрилади.

Пременопауза ва постменопауза ёшда бачадон миомаси бор беморларни даволашда андрогенлар ва унинг ҳосилалари кулланилади. Пременопауза ёшдаги беморларга метилтестостером 5-10 мгдан агар цикл сакланган булса циклнинг 16-кунидан 25-кунигача ёки 5 мгдан 5-кунидан 25-кунигача 4-6 ой мобайнига буюрилади. Курсатилган дозалар баъзида болдр сон ва оралик сохаларида юзага келувчи гипертрихоз вирилизациясини чакирмайди.

Хулоса килиб айтганда бачадон фибромиомасини консерватив даволашнинг бир нечта узига хос хусусиятлари мавжуд.

1. Пролефератив жараёнларни факатгина узок даволашлар билан ликвидация килиш мумкин. Даво бошлангандан 1-2 йил утгачгина усма улчамлари стабиллашиб, баъзида менопауза бошлангандагина унинг улчамлари кичраяди. Шунга мувофиқ меноррагиялар камайиши ҳам 2-3 даво

курсларидан кейин кузатилади. Шунинг учун ҳам терапиянинг эффектсизлиги тугрисида хулоса чиқаришга шошилиш ярамайди.

2. Беморларни оксипрогестерон капронат билан даволашга утказганда (прогестерон билан 6 курс самарали даволашдан кейин) баъзида менструация куп келади. Бундай ҳолларда 3-4 курс прогестерон буюрилади ва кейин оксипрогестерон капронат билан даволаш давом эттирилади ёки юбориш методикаси узгартирилади: Ойига 2 та инъекция.

ОПК курс терапияси билан узок муддат даволанишга мухтож бўлган беморларга албатта прогестерон курс ҳар ой 8 та инъекция буюрилиб бундан кутариб беморлар учун оғир бўлиб баъзилари консерватив даводан воз кечиб оператив давога танлайдилар.

3. Нормал менструал цикли таъминловчи организмда йук бўлган гормонни узок вақт давомида куллаш организмга салбий таъсир қўймаслиги. Организмда прогестерон бўлмаслиги аёл ҳаёти учун бевосита хавф қўймаслиги. Фақатгина жинсий сферада циклик жараёнларининг кечмаслиги - усма ривожланиши учун асос бўлади.

4. Беморларни узок давога тайёрлаш керак яъни улар гормо-нотерапия хусусиятларини билишлари керак ва гормонларни қабул қилиш ритмининг катъий сақлаши керак. Усманнинг клиник симптомлари кучайган ва усмиш давом этган ҳолларда консерватив терапия тўхтатилиб операцияга олиш тавсия этилади.

Бачадон миомаси бор беморларда радикал ва консерватив операциялар бажарилади. Бу усуллар ҳар бирининг курсатма ва қарши курсатмаси бор.

Бачадонни тулик олиб ташлаш бачадон қосалликларининг : эндометрийдаги гиперпластик жараёнлар, бачадон бўйнининг патологик ўзгариши эндометрияда ёмон сифатли жараёнлар биргаликда кечганда ва миоматоз тугунда саркоматоз усмиш юзага келганда бажарилади. Бу ўзгаришлар кўпроқ катта ёшдаги аёлларда юзага келади.

Операцияни қорин девори ёки қин йуллари орқали ўтказиш имкониятлари мавжуд. Бу қуйидаги факторларга боғлиқ:

Усма улчами қорин бўшлигининг ревизия қилиш зарурлиги қорин олд деворининг ег бўсанлиги (сезимлиги) тухумдонда қўшимча ишлов ўтказиш зарурлиги ва бошқ. Бачадон миомаси операцияси вақтида " Тухумдонларни нима қилиш керак? " деган савол тўғрисида. Бу эса ҳар бир ҳолда индивидуал ҳал қилинади.

Ёш аёлда консерватив миомэктомия килинганда тухумдонларида кистоз узгаришлар топилса понасимон резекция килинади. Агар тухумдон усмаси билан бирга учраси усма олиб ташланади. Постменопауза ёшдаги беморда тухумдонлар патологияси булса улар олиб ташланади.

Бачадонда консерватив-пластик операция бажарилганда бачадон найлари сакланади. Бачадон найлари утказувчанлигини тиклаш учун пластик операция консерватив миомэктомия билан бир вақтда бажарилади.

Бачадон кин усти ампутацияси ёки экстрипациясида бачадон найларининг колдириш ёки олиб ташлаш масаласи ҳар бир ҳолатда индивидуал ҳал килинади. Агар бачадон миомаси кичик чанокдаги яллиғланиш жараёнлари билан бирга кечса (одатда бу куп учрайди.) Унда бачадон найларини олиб ташлаш керак булади. Кайсиким у операциядан кейинги даврда инфекция манбаи булиши мумкин. Миоматоз тугунда йирингли ва некротик узгаришлар булса ҳам бачадон найларини олиб ташлаш керак. Одатда инфекция пастки жинсий аъзоларда бачадон оркали бачадон найларига утади. Шунинг учун ҳам улар инфицирланган булиши мумкин.

Агар бачадон миомаси асоратланмаган лёкин бачадон найлари усмага тегиб турган булса бундай ҳолда бачадон найларини саклаб қолиш тавсия этилмайди. Бачадон найларида яллиғланиш жараёнлари булганда ҳам операциядан кейинги даврда пиосальпинкс юзага келиши мумкин. Шунинг хисобга олган ҳолда бачадон найлари олиб ташланади.

Бачадон миомасида шошилиш ва режали тартибдаги жаррохлик амаллари утказилади. Бемор ҳаётига ҳавф солувчи кон кетишлар булганда, миоматоз тугун оёқчасидан буралиб колгандан ёки миоматоз тугун йиринглаши ва некрози булганда операцияга шошилиш курсатма хисобланиб бу ҳолатларда зудлик билан операция бажарилади. Операцияга қарши курсатма факатгина беморнинг ағонал ҳолати хисобланади.

Операция ҳажмини аниқлашда яъни бачадон ампутацияси ёки экстрипациясини бажаришда бачадон бўйни ҳолатига қаралади. Агар патологик узгаришлар булмаса унда кин усти бачадон ампутацияси бажарилади. Узгаришлар булмаган бачадон бўйнини олиб ташлаш тавсия қилинмайди. Бу қатор қузатувларда тасдиқланган. Кин усти ампутацияси бажарилган беморларни узок вақтдан кейин текширилганда операцияга бачадон бўйнида у ёки бу узгаришлари булган аёлларда бачадон бўйнига патологик узгаришлар топилади.

Операцияга курсатмалар.

1. Анемияга олиб келувчи менустрацияни узок ва куп келиши ёки ациклик кон кетишлар куп холларда бачадон миомаси ва эндометрий раки кушилиб келганлиги учун эндометрий холатини аниклаш зарур.

2. Катта улчамдаги усма (12 хавфталик хомиладорликдан катта) хатто шикоятлари булмаса хам. Бундай улчамдаги усмалар кичик чанок ва корин бушлигидаги анатомик муносабатни бузиб, купинча буйраклар функциясини бузилишига олиб келади.

3. 12-13 хафталик хомиладорлик хажмидан катта усма. Кушни органларини босиб куйиш симптомлари (сийдик ажралишининг кучайиши, дефекация актининг бузилиши)пайдо булганда. Бу холда сийдик айирув системаси текширилганда сийдик пассажи бузилиши, гидронефроз ва гидроуретер аникланади.

4. Усма усиши. Факат шуни хисобга олиш керакки менструациядан олдин бачадон кон билан тулишуви хисобидан усма бир мунча катталашуви мумкин. Агар бачадон катталашуви 8-10 хафталик хомиладорликка тенг булса операцияга шошилиш тавсия килинмайди. Бундай холларда агар кон кетишлар булмаса беморга консерватив даво буюриб, диспансер назоратида кузатилади. Агар усма усиб 12-13 хафталик хомиладорлик улчамига етса оператив даво килинади.

5. Корин парда остидаги оёкчадаги тугун. Усманинг оёкчада буралиб колиши зудлик билан операция утказишни талаб килади. Шу боисдан хам бундай тугунларни ташлаш уринлидир. Усма оёкчасида буралиб колганда типик уткир корин манзараси юзага келади. Бу усма озикланишининг бузилиши билан боглик. Яъни шиш, кон куйилиш кейин некроз ва йирингланиш юзага келади. Кин оркали курилганда бачадондан алохида булган усма пайпасланиб, пайпаслаганда кескин огрикли булади. Кайсиким уни овариал хосила деб кабул килиш мумкин, ундай дагностик хатолар принципиал ахамиятга эга эмас. Беморнинг уткир холати барибир операцияга мухтож булади.

6. Миоматоз тугун некрози. Некротик узгаришлар усма озикланишининг бузилишига асосланган. Асептик некрозда инфекция гемотоген ёки лимфоген йул билан тушиши мумкин. Баъзи холларда инфекция ичаклардан утади, купинча аппендексдан. Некроз натижасида тукималар эрийди. Базида суюк ёки ярим суюк сакланмалар билан тулган бушликлар хосил булиб, бачадон кистаси хосил булиши мумкин. Усма некрози унинг тез усаётганлиги тугрисидаги фикрга олиб келади. Кам холларда курук некроз ривожланиб кейинчалик усма тукимасига тузлар утириб колади. Бунда кальцифирланган бачадон миолимаси ривожланиб у егоч каттиклигига эга булади ва корин бушлиги обзор рентгенограммасида яхши

куринади. Бундай беморлар операцияга мухтож бўлмайдилар. Бачадон миомаси некрозида уткир огриклар, корин олд деворининг таранглашуви, тана хароратининг ошиши ва лейкоцитоз кузатилади. Купинча миоманинг шиллик ости тугунлари некрозга учрайди. Интерстициал ва корин парда устидаги тугунлар хомиладорлик вақтида, тугрукдан кейинги ёки абортдан кейинги даврда некрозланади. Бундай ҳолларда диагностика қийинчиликлар тугдирмайди. Кин оркали қурилганда бир канча миоматоз тугунлар аникланиб, шулардан бири кескин огрикли бўлади. Беморлар шошилиш операцияга мухтож бўладилар. Операция уз вақтида бажарилмаса, некрозланган тугун йирингланиб корин бўшлиғига ёрилади ва таркок перитонит ривожланади.

7. Субмукоз бачадон миомаси. Улар беморни анемизацияга олиб келувчи кучли кон кетишларни чакиради. Бунда бачадон катта улчамларга етмайди, лекин баъзи ҳолларда бир оз катталашади. Беморлар шошилиш операцияга мухтож. Кескин тулгоксимон огриклар ва кучли кон кетишлар билан кузатилувчи тугилувчи миомада шошилиш операция қилинади. Бухолатда худди тугруклардагидек бачадон бўйни тўқисланиши ва очилиши кузатилади. Тугун бачадон бўйнини тулдиради ёки кинга тугилади.

8. Интралигаментар жойлашган миоматоз тугунлар. Улар нерв чигалларини босиб қуйиши натижасида кучли огрикларга ва сийдик йулини босиб қуйиши натижасида бўйраклар функциясининг бузилишига олиб келади.

9. Бачадон бўйнинг кин қисмида чикувчи бачадон миомасининг бўйин тугунлари.

10. Жинсий аъзолардаги бошқа патологик узғаришлар:

- эндометрийнинг рецидивловчи гиперплазияси
- тухумдон усмаси
- бачадон тушиши ва чиқиши билан қушилиб келган бачадон миомаси.

11. Бепуштлиқ. Операция зарур бўлганда бепуштлиқга олиб келувчи бошқа факторлар йуклигини аниқлаш ва миоматоз тугун жойлашувини аниқ баҳолаш керак бўлади.

Агар тугунлар бачадон найлари бурчагига яқин жойлашган бўлса бепуштлиқка сабаб бўлади. Бепуштлиқдаги операция масаласи купинча 30 ёшдан катта аёлларни текширганда юзага келади. Уларда ановуляция бўлиши уринлидир. Эрига боглиқ бепуштлиқ йуклигини аниқлаш керак. Хамма факторларни ҳисобга

олган холда нисбий курсатмаларга асосан операция бажарилади. Хар доим ҳам генератив функция тикланиши кузатилмайди.

Операцияга карши курсатмалар.

Оператив аралашувига шошилиш курсатмалар булмаса уткир респиратор касалликлар ва грипда операция килиш мумкин эмас. Бундан ташкари фурунко ёки везикулез тошма куринишдаги йирингли учокчалар булганда организм инфекцирланган хисобланиб, кон курсаткичлари нормаллашганча ва тулик согайишгача операция бажарилмайди.

Экстрогенетал касалликлари булганда операцияга тайерлов синч-ковлик билан утказилади. Беморни тайёрлаш операция мувофакиятли чикишида катта ахамиятга эга. Тулик клиник текширув утказиш шарт. Операция хажми аниклаш учун албатта атипик хужайраларга цитологик текширув, кенгайтирилган кольпоскопия ва зурур булганда бачадон буйни биопсияси утказилиши керак.

Курсатмага караб гистероскопия ва гистеросалпингография килинади. Бу усуллар эндометрий патологиясини ва бачадон субмукоз миомаси билан кушилиб келган ички бачадон эндометриозини аниклашда ёрдам беради. Кон кетишларда эндометрий ёмон сифатли усмаларни утказиб юбормаслик учун бачадон шиллик каватидан диагностик кирма олинади. Албатта кин тозалик даражасини аниклаш керак. Ачиткисимон замбуруглар, трихомонадалар булса ёки 3-4 даражали тозаликдакин санацияси тавсия этилади. Операциядан олдин 1-2 даражали кин тозалик даражаси аникланиши керак.

Мавзу № 107: “Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар.” Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадон миомаси профилактикаси бўйича

	масалалар.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, хикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро

20 дақиқа	муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	баҳолашни
	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар.
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Савол берадилар
		Топшириқни
		ёзадилар

№107 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон миомаси профилактикаси бўйича масалалар.

Бачадон миомаси – иммунологик ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ хатарсиз ўсма бўлиб, бачадоннинг миометрий қаватидан (мушак ва бириктирувчи тўқима элементларидан) ривожланади. Миома гинекологик касалликларнинг 10-27% ини ташкил қилади, 18-60ёшдаги аёлларни текширилганда эса уларнинг 12% дан то 39% игача қисмида миома аниқланган.

Ҳозирги кунда бачадон миомаси ривожланишига туртки бўладиган ҳавф факторларига қуйидагилар киритилади: кечки менархе, ҳайзда кўп қон йўқотилиши, медицина аборти кўп қилингани, экстра-генитал паталогиялар ва гинекологик касалликлар (жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғли касалликлари, эндометриоз, гипоталомус-гипофиз-тухумдон системасидаги бузилишлар) борлиги ва ҳоказо. Шу билан бир қаторда генетик мойилликни ҳам ҳимобга олиш керак.

Аёл гормонал статусининг хусусиятлари ва касаллик ривожланиши жараёнида унинг репродуктив системасининг функционал ҳолати бачадон миомасининг этипатогенезида марказий ўринлардан бирини эгаллайди. Бачадон миомаси патогенезида экстрогенларнинг етакчи роли ҳақидаги анъанавий фикр шу вақтга қадар аҳамиятини сақлаб келмоқда. Миоманинг ўсиши ва ривожланиши кўп жиҳатдан бачадон рецептор апаратининг ҳолатига боғлиқ. Рецептор апаратининг бузилиши ўсманинг ўсиш характериға (тез ёки секин ўсиш) таъсир қилади. Миомаси бор беморларда кичик чанок гемодинамикасининг яққол ўзгаришлари (кичик чанок веналарининг варикоз кенгайиши) кузатилиб, бу нарса ўсманинг ўсиши учун қулай шароит яратади. Организмнинг иммунологик реактивлигини ўзгариши, айниқса у сурункали инфекция ўчоқлари мавжуд бўлса, бачадон миомаси негизида муайян роль ўйнайди. Бачадон миомаси патогенезида тухумдонлар функциясининг бузилишлари муҳим роль ўйнайди: Бу гуруҳдаги аёлларнинг

50-60% ида тухумдонларнинг майда кистали ўзгаришлари кузатилиши бунинг далилидир.

Классификация. Бачадон миомаси тугунлари кўпинча кўп сонли бўлади. Миома тугунлари кўпинча бачадон танасида (95%), ва баъзан бачадон бўйнида (5%) жойлашади. Жойлашуви бўйича миоматоз тугун периметрий остида, (субсероз), мушак орасида (интерстициал), ва шиллик ости (субмукоз) турларга бўлинади.

Клиника. Беморларнинг шикоятлари турли омилларга боғлиқ: ўсманинг жойлашуви ва катталиги, миоматоз тугунлардаги иккиламчи ўзгаришлар, касалликнинг давомийлиги, жинсий аъзоларда қўшимча ўзгаришлар борлиги шулар жумласидандир. У ёки бу омилларнинг устун бўлиши касалликнинг симптоматикасида акс этади.

Кўпинча бачадон миомасининг асосий ва илк симптоми ҳайз функциясининг бузилиши – яъни мено- ва метроррагия тарзида бачадондан қон кетишидир. Касалликнинг кучайиб бориши билан бундай бузилишлар борган сари кучлироқ ифодаланади ва кўпинча беморнинг қонқонлигига ва меҳнат қобилиятининг бузилишига олиб келади.

Бачадон миомасининг клиникасида бачадондан қон кетиши билан бирга оғриқ синдроми ҳам кузатилади. Оғриқ турлича характерли ва сабаблари ҳам турлича бўлади.

Одатда оғриқ қориннинг пастки қисмларида, белда кузатилиб, миома тугунчаларининг кичик чанок нерв чигалларига босиши, бу тугунларни қоплаб турувчи қорин парданинг чўзилиши билан боғлиқ бўлади.

Кўпинча давомли, кучли ифодаланган оғриқ ўсманинг тез ўсиши билан боғлиқ. Миома тугунида қон айланиши тўсатдан бузилган ҳолларда оғриқ ўткир характерли бўлиб, ҳатто ўткир қорин касаллиги манзарасига эга бўлиши мумкин. Миома ката бўлса, ва ўсиш жараёни секин-асталик билан бўлганда, оғриқ одатда симилловчи характерда ва ҳайз циклининг тўлиқ давомида кузатилади. Миома тугунлари айниқса сербар бойламнинг варақлари орасида жойлашганда оғриқ кучли ифодаланади ва давомли бўлади. Ҳайз даврида тўлғоқсимон оғриқлар ўсманинг шиллик остида (субмукоз) жойлашувига хосдир. Субмукоз тугуннинг туғилишида кузатиладиган оғриқ ҳам шу хилда тўлғоқсимон бўлади. Бачадон миомасининг клиникасида қўшни аъзолар функциясининг бузилишлари (сийдик пуфаги, тўғри ичак) муҳим роль ўйнайди. Булар миома тугунлари

бойламлар орасида, қорин парда остида, бачадон бўйнида жойлашганида кўпроқ кузатилади.

Бачадон миомасида кузатиладиган меноррагия бачадон ички юзасининг катталашуви, ва демак, ҳайз пайтидаги десквамация катталашган юзадан кўчиб тушиши, миометрий ва қон томирларнинг ўзгариши, эндометрийнинг гиперплазияси, миометрий қисқариш қобилятининг бузилиши билан боғлиқдир. Ҳайзнинг чўзилиб кетиши ва кўп қон йўқотилиши кўпинча қўш келувчи эндометриоз билан ҳам боғлиқ бўлади. Кўпгина ҳолларда бачадондан қон кетиши миоматоз тугуннинг топографик жойлашуви, айниқса ўсма субмукоз жойлашуви билан боғлиқ бўлади.

Асоратлари. Бачадон миомасининг нисбатан кўп учрайдиган асорати – субсероз тугуннинг қон билан таъминланиши бузилиши ва оқибатда некрозга учраши бўлса, субсероз жойлашган тугуннинг оёқчаси буралиб қолиши кам учрайди. Туғилаётган субмукоз тугун бачадон ичининг ташқарига ағдарилиб чиқиши жуда кам учрайдиган асоратдир. Миома хатарли ўсмага айланиши баъзи маълумотларга кўра 2% га етади.

Ташҳиси. Беморларнинг кўпчилигида бачадон миомаси ташҳисини кўйиш қийин бўлмайди, чунки одатдаги гинекологик текширувда катталашган, ҳаракатчан, оғриқсиз, зич консистенцияли, сирти нотекис бачадон аниқланади. Узоқ муддат қон кетиб юрган ҳолларда бачадонни зондлаш ва бачадон ичи ва цервикал канални қириб олиш, гистеросальпингография, гистероскопия каби кўшимча текшириш усуллари кўллаш ташҳисни аниқлаштириш имконини беради. Ҳозирги кунда бачадон ўлчамлари ва тугунлари жойлашувини аниқлашда ультратовуш текшируви кенг қўлланмоқда.

Дифференциал ташҳис. Бачадон миомаси билан ҳомиладорликни дифференциал ташҳислашда бачадоннинг зич консистенцияси, ўсма сиртининг нотекислиги, ҳайзда кўп ва узоқ қон кетишини эътиборга олиш лозим ва бу ҳолда ҳомиладорликни инкор этиш мумкин. Бундан ташқари, анамнезни ўрганиш, ҳомиладорликнинг шубҳали ва таҳминий белгиларини ҳисобга олиш, хорионик гонадотропинни аниқлаш, ультратовуш текшируви диагнозни аниқ белгилашга кўмаклашади.

Бачадон миомасини бачадон саркомаси билан дифференциал ташҳислашда ўсманинг тез ўсиши, беморнинг ёши, чириндисимон оқчил келиши, қорин пастида оғриқ бўлиши, ориқлаш, қон кетишисиз камқонлик, умумий аҳволнинг оғирлашуви кабиларга эътибор берилади. Бундан

ташқари, бачадон миомасини қорин пардадан сиртда жойлашган ўсмалар, буйрак дистопияси, тухумдон ва ичак ўсмалари билан дифференциаллаш лозим.

Даволаш. Ҳозирги кунда бачадон миомаси икки хил усулда – консерватив ва хирургик даволанади. Репродуктив ва пременопаузал ёшдаги аёллар миомаси тугунлари мушак орасида ва субмукоз жойлашувида катталиги 12 ҳафталик ҳомиладорликка етмаса консерватив даво қилинади. Бачадон миомасининг асосий консерватив давоси оғрмон препаратларидир. Прогестагенларнинг ўсмага қарши таъсири ўсма ҳужайраларининг митотик активлигини пасайтиришига асосланади ва шу йўсинда унинг ўсишини тормозлайди.

Ҳайз цикли сақланган аёлларга примолют ёки норколут 10 мг дан циклнинг 16-кунидан 25-кунигача ёки 5 мг дан циклнинг 5-кунидан 25-кунигача 4-6 ой давомида берилади. 17-ОПК эса 1 мл дан циклнинг 14, 17, 21 кунлари 6 ой давомида белгиланади.

Пременопаузал ёшдаги аёлларга дюфастон 10 мг дан узлуксиз 3 ой давомида берилади. Ҳозирги кунда узайтирилган таъсирли гонадолиберин агонистлари ишлатилиб, булар гонадотропинлар секрециясини тўсади ва шу туфайли менопаузани чақиради (даназол, бусерелин, золадекс, диферелин).

Даназол бир кунда 400 мг дозада 6-8 ой давомида, золадекс (госерелин) 3,8 мг дан тери остига 28 кунда 1 марта, декаптил-депо 3,75 мг дан мушак орасига 28 кунда 1 марта, бусерелин эндоназал спрей тарзида ишлатилади. ГНРГ агонистлари билан даволаш давомийлиги 3-6 ойни ташкил этади.

Хирургик даволашга кўрсатмалар қуйидагилар:

- бачадон миомаси катта – 12 ҳафталик ҳомиладорликдан ошса;
- бачадон миомаси кучли оғриқли бўлса;
- анемия ва бемор меҳнат қобилиятининг бузилишига сабаб бўладиган кўп миқдорда қон кетиши билан кечса;
- миома тез ўсган ҳолларда;
- миома эндометриоз билан қўш келса;
- миоматоз тугун қон айланиши бузилиб, тугуннинг некрози юз берса;
- хатарли ўсмага айланса;
- субмукоз тугунли миома ва бу тугун туғилаётган ҳолларда;
- миома тухумдоннинг чин ўсмаси билан қўш келганда.

Операциянинг ҳажми ва характери беморнинг умумий аҳволи, ёши, ўсманинг ўсиш хусусиятлари, жойлашувига қараб белгиланади.

Қуйидаги операциялар қўлланади:

- консерватив миомэктомия;
- бачадон ампутацияси;
- бачадон экстирпацияси.

Ҳозирги кунда бу операциялар лапароскопик йўсинда ҳам амалга оширилади.

Эндометриоз – гормонга боғлиқ хатарсиз касаллик бўлиб, тузилиши ва функцияси бўйича эндометрийга ўхшаш тўқиманинг бачадон шиллиқ пардасидан ташқарида ўсиб кетиши билан характерланади. Эндометриоз репродуктив ёшдаги аёллар касаллиги, аммо ҳайз функцияси шаклланган қизларда ва ЎБГТ билан даволанаётган менопаузадаги аёлларда ҳам учраши мумкин. Эндометриоз барча аёлларнинг 7 – 10%-ида ва кичик чаноқ соҳасида оғриғи бўлган беморларнинг 70%-ида кузатилади.

Классификацияси.

Локализацияси бўйича қуйидаги турлари фарқ қилинади:

1. Генитал (ички ва ташқи) эндометриоз.
2. Экстрагенитал (сийдик пуфаги, ичак, буйрак, киндик, нервлар, операция чандиқлари ва бошқа аъзолардаги) эндометриоз.

Ички генитал эндометриоз – эндометриод гетеротопияларинг бачадон танасининг мушак қаватида ўсишидир.

Ташқи генитал эндометриозга қуйидагилар киради:

қорин парда ичидагилари – тухумдон, бачадон найи, қорин парда эндометриози.

Экстраперитонеал турлари – ташқи жинсий аъзолар, қин, бачадон бўйни, ретроцервикал соҳа эндометриози.

Ташқи эндометриозда Acosta таклиф қилган классификация қўлланиб, бунда эндометриоз “кичик” ва оғир турларга бўлинади.

“Кичик” турларга қуйидагилар киритилади:

- чаноқ қорин пардасининг якка гетеротопиялари.
- тухумдондаги битишмалар ва чандиқларсиз якка гетеротопиялар.

Эндометриознинг оғир формаларига қуйидагилар киритилади:

- битта ёки иккала тухумдоннинг диаметри 2см-дан катта кисталарини ҳосил қилувчи эндометриоз.

- перивариал ва/ёки перитубар процесс билан кечувчи тухумдон эндометриози.

- деформация, чандиқ ҳосил бўлиши, ўтказувчанлиги бузилиши билан кечадиган бачадон найи эндометриози.

- тўғри ичак – бачадон аро бўшлиқнинг облитерация билан кечадиган чаноқ қорин пардаси эндометриози.

- думғаза – бачадон боғлами ҳамда тўғри ичак – бачадон аро бўшлиқ эндометриози ва облитерацияси.

- сийдик йўллари ва/ёки ичак эндометриози.

Эндометриоз тугунчаклар, аниқ чегарасиз инфильтратлар шаклида, ёки геморрагик ёки жигарранг қуюқ суюқлик билан тўлган кисталар шаклида бўлиши мумкин.

Эндометриоз хужайравий атипия ва тинимсиз автоном ўсиш хусусиятига эга эмас; ҳомиладорлик эндометриознинг клиник активлигини пасайтиради ва регрессига олиб келади.

Эндометриоз ўчоқлари йиринглаши, ҳатарли ўзгаришга учраши, унинг атрофида яллиғланиш реакцияси юз бериши мумкин.

Эндометриознинг клиникаси – унинг локализациясига боғлиқ.

Ички эндометриоз (аденомиоз). Унинг клиникасида қуйидаги симптомлар фарқ қилинади:

- ҳайз бошланиш арафасида ва у тугагандан сўнг 3-5 кун давомида қиндан тўқ жигарранг ажралма келади ва бу эндометриоз бўшлиқларидаги суюқлик бачадон ичига тушиши билан боғланади;

- ҳайз цикли бузилиши гиперполименорея типига бўлиб, бу симптом аденомиознинг диффуз турида кучлироқ ифодаланади;

- ҳайз олдидан ва ҳайз пайтида оғриқ синдроми кузатилиб, бу белги аденомиознинг тугунчакли турида кучлироқ ифодаланади;

- бачадон катталиги ва шакли ўзгаради – ҳайз арафасида бачадон катталашади (тахминан 8-9 ҳафталик ҳомиладорликка мос), ҳайз тугаши билан 2-3 ҳафтага кичраяди (6-7 ҳафталиккача), бачадон шарсимон бўлиб қолади;

- анемия.

Оралик ва киннинг эндометриози – юмалоқ ёки нотўғри шаклли кўкимтир тузилмалар – “кўзлар” кўринишида бўлади. Ҳайз арафасида буларнинг ўлчами катталашади, ҳайз пайтида эса бу ердан тўқ рангли қон ажралади.

Бачадон бўйнининг қинга қараган қисми эндометриози ўлчамлари кичик (диаметри 2-5 мм), бачадон бўйнининг оч пушти ранги фонида қизил рангли бўлади. Циклнинг лютеин фазасида ва айниқса ҳайз арафасида эндометриоз ўчоқлари кўкимтир-қизил рангли бўлиб, катталашади ва қонаб туради. Эндометриоз псевдозерозия кўринишида бўлиб, геморрагик суюқлик билан тўлган безчаларга эга. Эндометриознинг бу хилдаги локализациясига оғриқ хос эмас.

Бачадон найларининг эндометриози – кам учрайдиган ҳолат. Эндометриоид гетеротопиялар асосан найнинг сероз қаватида жойлашиб, кичик ўлчамда бўлади ва булар эндометриознинг «кичик» турларига киради.

Тухумдон эндометриози тухумдоннинг пўстлоқ зонасида эндометриоид тўқима ўчоқлари ҳамда эндометриоид кисталар шаклида кузатилади. Кичкина эндометриоид ўчоқлар ўсиб катталашади, уларда қон тўпланади, ўчоқлар орасида тўсиқлар емирилади ва шу йўсинда кисталар вужудга келади. Эндометриоид киста битта тухумдонда ёки иккала тухумдонда бўлиши мумкин, катталиги ҳар хил (0,5 см дан 10 см гача) бўлади. Эндометриоид кисталарга атрофдаги тўқималар билан битишмалар ҳосил бўлиши, зич капсула ва ичида шоколад рангли геморрагик суюқлик (“шоколадли киста”) бўлиши, ҳайз арафасида ва ҳайз даврида кучаядиган узлуксиз оғриқлар ва бу оғриқларнинг белга, думғазага, тўғри ичакка иррадиацияси хос. Киста деворларининг микроперфорацияси бўлиши мумкин, бунда оғриқ синдроми кескин кучайиши ва атрофдаги аъзолар билан зич битишма ҳосил бўлиши кузатилади. Бимануал текширилганда бачадон ортиқлари соҳасида оғриқли, камҳаракат ёки ҳаракатсиз, эластик консистенцияли ўсмасимон ғосила аниқланади. Атрофдаги аъзолар билан битишмалар ҳосил қилганда кистанинг ўлчамлари ва консистенцияси ноаниқроқ бўлиб қолади.

Ретроцервикал эндометриоз бачадон бўйнининг орқа юзасида ва бачадоннинг истмик қисмида, шунингдек думғаза-бачадон бойлами ёпишган сатҳда ривожланади. Гинекологик текширилганда бачадон бўйни орқасида зич, нотекис, кўзғалмас, пальпацияси кескин оғриқли, ҳайз арафасида катталашадиган тугунчаклар аниқланади. Асосий симптоми ҳайз олдида ва

хайз даврида кескин кучаядиган оғрикдир. Оғрик қинга, думғазага, тўғри ичакка иррадиацияланади.

Тўғри ичак-бачадон чуқурчаси ва бойламлар қорин пардасининг эндометриозини фақат лапароскопияда аниқлаш мумкин (кўкимтир ўчоқлар – “кўзчалар” кўринади). Эндометриознинг бу шакли – “кичик” турига киради. Асосий симптоми – бепуштлиқ ва кескин оғрик синдроми.

Экстрагенитал эндометриоз. Беморда даврий характердаги оғриқлар ёки жинсий аъзолардан ташқарида ўсма пайпасланиши ва ушнингдек даврий қон ажралиши бўлса, бундай эндометриоз ҳақида фикр юритиш мумкин. Экстрагенитал эндометриоз энг кўп йўғон ва тўғри ичакда кузатилади. Бунда қорин соҳасида ва белда даврий оғриқ, тенезмалар, қабзият, тўғри ичакдан даврий қон кетиши кузатилади.

Сийдик пуфаги эндометриозида клиник манзара циклик оғриқ, дизурия, гематурия билан характерланади.

Пневмоторакс, гематоракс ёки ҳайз кунлари қонли балҳам кузатилиши ўпка эндометриозининг типик белгиларидир.

Эндометриоз ташҳиси. Касаллик ташҳисини аниқлашда симптомларнинг даврийлиги, касаллик ўткирлашуви ҳайз билан боғлиқлиги, акушерлик ва гинекологик операцияларни бошдан кечиргани аҳамиятга эга. Обьектив текшириш учун қуйидаги усуллар қўлланади: бимануал, ректовагинал текшириш, рентген усули – гистеросальпингография, кольпоскопия, гистероскопия, УТТ, лапароскопия, компьютер томографияси, ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия.

Даволаш. Эндометриозни даволаш комплекс, дифференциаллашган бўлиши керак ва консерватив ҳамда хирургик усуллари ўз ичига олади.

Консерватив усулларга гормонал, яллиғланишга қарши, десенсибилизацияловчи ва симптоматик терапия киради.

Гормонал препаратлардан орал контрацептивлар 6-12 ой давомида қўлланади.

“Соф” прогестинлар – норколут, дюфастон, 17-оксипрогестерон ишлатилади. Дюфастон 2 таблеткадан кунига 2 марта циклнинг 11-кунидан бошлаб 14 кун ёки 16-кунидан бошлаб 25-кунигача 10 кун, ёки 5-кунидан 15-кунигача қабул қилинади. Норколут 2 таблеткадан циклнинг 16-кунидан 25-

кунигача ёки 1 таблеткадан 5-кунидан 25-кунигача 4-6 ой давомида, 17-ОПК эса 1 мл дан циклнинг 14, 17, 21-кунлари 6 ой давомида буюрилади.

Антигонадотроп препарат – даназол кунига 400 мг дан 6-8 ой давомида, ГнРГ-золадекс (госерелин) 3,8 мг дан тери остига 28 кунда 1 марта, декапептил-депо 3,75 мг дан мушак орасига 28 кунда 1 марта киритилади; бусерелин эндоназал спрей тарзида ишлатилади. ГнРГ-агонистлари билан даволаш 3-6 ойгача давом этади.

Хирургик даволашга кўрсатмалар:

- аденомиознинг тугунчакли турлари;
- аденомиознинг диффуз шакли бачадон миомаси ва/ёки эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари билан қўш келишида;
- аденомиознинг III даражасида;
- тухумдонларнинг эндометриоид кисталари;
- ретроцервикал эндометриоз;
- оралик, қин ва бачадон бўйнининг қин қисми эндометриози;
- эндометриознинг “кичик” шакллари.

Реабилитация. Хирургик даво чораларининг самарасини, рецидивларининг профилактикасини таъминлаш учун операциядан сўнг реабилитация қилиниши лозим. Бунинг учун тикловчи даво курси ўтказилади. Эндометриозда кўп учрайдиган яллиғли реакциялар битишма ва чандиқлар ҳосил қилишини ҳисобга олиб операциядан кейин 8-10 кун ўтгач физиотерапия ўтказиш ўринли ҳисобланади. Бунда йод ва рухни синусоида лёки флюктуацияловчи ток билан электрофорез қилинади (тахминан 15 марта). Комплекс терапияга радон сувини қўллаш мумкин. Радон суви ванна, микроклизма, қинни ювиш шаклида қўлланади.

Кейинчалик операциядан кейинги ўзгаришлар характерини ҳисобга олган ҳолда бўйин-юз соҳаси гальванизацияси, эндоназал гальванизация ва бошқа физиотерапия усуллари қўлланади. Шунингдек яллиғланишга қарши препаратлар – натрий тиосульфати, простагландинлар синтезини тормозловчи препаратлар (индометацин, вольтарен, диклофенак, диклоберл ва бошқ.), гипосенсибилизацияловчи препаратлар (димедрол, дипразин, супрастин ва бошқ.) қўлланади. Зарур бўлса “кичик” транквилизаторлар, валериана, арслонқуйруқ препаратлари ва бошқалар буюрилади. Оғриқни қолдирувчи препаратлар ва усуллар эндометриозни комплекс даволашда муҳим ўрин тутди.

Сўнгги йилларда миома ёш аёлларда кўпроқ учраши кузатилмоқда. 40 ёшгача бўлган аёллардаги миома туфайли уларнинг тахминан чорак қисми

операция йўли билан даволанмоқда. Айни пайтда барча операцияларнинг 60-95%и – радикал операциялар – бачадон ампутацияси ва экстирпацияси тарзида кечмоқда. Шу туфайли репродуктив ёшдаги аёлларнинг бачадони олиб ташланишининг зарарли оқибатлари, бу операцияларни бошидан кечирган аёллар реабилитацияси, ҳамда уларнинг ҳаёти сифатини яхшилаш масалалари муҳим аҳамият касб этади. Бачадон олиб ташлангандан сўнг (айниқса бачадон экстирпациясидан кейин ва операциядан кейин узок вақт ўтишида) тухумдонларнинг функционал активлиги сусайиши – гипоэстрогения ҳақида кўпгина маълумотлар бор. Тадқиқодчиларнинг фикрича, бу ўзгаришлар коллатерал қон айланишнинг етарли даражада ривожланмаслиги, ҳамда томирлар архитектоникасининг бузилиши билангина эмас, балки ўз-ўзини регуляция қилувчи системанинг бўғинларидан бири олиб ташланганлиги билан ҳам боғлиқдир. Бачадонда синтезланадиган биологик актив моддалар гипоталамус-гипофиз-тухумдон системасининг турли бўғинларига таъсир ўтказади, деб тахмин қилинади.

Тухумдон ва марказий нерв системасига таъсир этувчи бачадон APUD-системаси мавжудлигини ҳам инкор этиб бўлмайди.

Бачадон олиб ташлангандан сўнг аёл организмида содир бўлувчи ўзгаришлар хилма-хилдир:

1. Операциядан кейинги узок муддатларда менопаузал симптомлар пайдо бўлиши; нейровегетатив, эмоционал бузилишлар, ҳавотирда бўлиш ҳисси.
2. Урологик бузилишлар – кундузги, тунги поллакиурия, кучанганда сийдик тутолмай қолиш. Бу ўзгаришлар эҳтимол, бачадон олиб ташлангандан сўнг юзага келадиган гипоэстрогенияга боғлиқ.
3. Қин биоценози ўзгариши – бактериал вагиноз, носпециффик кольпит.
4. Сексуал функциянинг бузилиши – жинсий интилишнинг сусайиши, жинсий алоқа оғриқли бўлиши, оргазмнинг йўқолиши.
5. Гистерэктомиядан кейинги аёлнинг ҳаёт сифати операция қилинган пайтдаги ёшига боғлиқ. Чунончи, гистерэктомия аёлнинг перименопаузал ёшида бажарилган бўлса ҳаёт сифати яхшиланиб боради, аксинча 40 ёшга етмаган аёлларда бундай операция қилинган ҳолда ҳаёт сифати кўрсаткичлари пасайиб боради.

Шундай қилиб, аёл организмида бу хилдаги операциялардан кейин юз берадиган бузилишлар кўп жиҳатдан аёлнинг ёши, операция ҳажмига боғлиқ. Аёл организмида операциядан кейин юзага келувчи қайд этилган бузилишлар уларни олдини олишга ва реабилитацияга мўлжалланган бир қатор чоралар кўришни тақозо этади. Бунда ёндош мутахассислар иштироки ҳам муҳим бўлиши мумкин. Марказий нерв системасига таъсир ўтказиш, психотерапевт

маслаҳати ижобий таъсирга эга. Тухумдонлар функцияси сусайиши билан боғлиқ бузилишлар ўринбосувчи гормонал терапия билан коррекция қилиниши мумкин. Албатта, бунда гормонга қарши кўрсатмалар бўлмаслигини ҳисобга олинади.

Шуни ҳам эсда тутиш керакки, бачадон олиб ташланган бўлса соф эстрогенлар (эстрофем, прогинова, дивигель, климара) ишлатилиши керак. Гормонлар қўлланиши одатда урологик бузилишларга ҳам ижобий таъсир этади. Баъзи ҳолларда гормонлар маҳаллий – қин ичига киритилиши мумкин (овестин, эстриол шамчалар). Кўпинча қин биоценозини текшириш, яллиғланишга қарши даво, эубиотиклар билан даволаш зарурияти туғилади. Нейровегетатив, эмоционал бузилишларда седатив дорилар, физиотерапия ҳам ишлатилади.

Тухумдон ва марказий нерв системасига таъсир этувчи бачадон APUD-системаси мавжудлигини ҳам инкор этиб бўлмайди.

Бачадон олиб ташлангандан сўнг аёл организмида содир бўлувчи ўзгаришлар хилма-хилдир:

6. Операциядан кейинги узок муддатларда менопаузал симптомлар пайдо бўлиши; нейровегетатив, эмоционал бузилишлар, ҳавотирда бўлиш ҳисси.
7. Урологик бузилишлар – кундузги, тунги поллакиурия, кучанганда сийдик тутолмай қолиш. Бу ўзгаришлар эҳтимол, бачадон олиб ташлангандан сўнг юзага келадиган гипоэстрогенияга боғлиқ.
8. Қин биоценози ўзгариши – бактериал вагиноз, носпецифик кольпит.
9. Сексуал функциянинг бузилиши – жинсий интилишнинг сусайиши, жинсий алоқа оғриқли бўлиши, оргазмнинг йўқолиши.
10. Гистерэктомиядан кейинги аёлнинг ҳаёт сифати операция қилинган пайтдаги ёшига боғлиқ. Чунончи, гистерэктомия аёлнинг перименопаузал ёшида бажарилган бўлса ҳаёт сифати яхшиланиб боради, аксинча 40 ёшга етмаган аёлларда бундай операция қилинган ҳолда ҳаёт сифати кўрсаткичлари пасайиб боради.

Шундай қилиб, аёл организмида бу хилдаги операциялардан кейин юз берадиган бузилишлар кўп жиҳатдан аёлнинг ёши, операция ҳажмига боғлиқ. Аёл организмида операциядан кейин юзага келувчи қайд этилган бузилишлар уларни олдини олишга ва реабилитацияга мўлжалланган бир қатор чоралар кўришни тақозо этади. Бунда ёндош мутахассислар иштироки ҳам муҳим бўлиши мумкин. Марказий нерв системасига таъсир ўтказиш, психотерапевт маслаҳати ижобий таъсирга эга. Тухумдонлар функцияси сусайиши билан боғлиқ бузилишлар ўринбосувчи гормонал терапия билан коррекция

қилиниши мумкин. Албатта, бунда гормонга қарши кўрсатмалар бўлмаслигини ҳисобга олинади.

Шуни ҳам эсда тутиш керакки, бачадон олиб ташланган бўлса соф эстрогенлар (эстрофем, прогинова, дивигель, климара) ишлатилиши керак. Гормонлар қўлланиши одатда урологик бузилишларга ҳам ижобий таъсир этади. Баъзи ҳолларда гормонлар маҳаллий – қин ичига киритилиши мумкин (овестин, эстриол шамчалар). Кўпинча қин биоценозини текшириш, яллиғланишга қарши даво, эубиотиклар билан даволаш зарурияти туғилади. Нейровегетатив, эмоционал бузилишларда седатив дорилар, физиотерапия ҳам ишлатилади.

Мавзу № 108: “Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

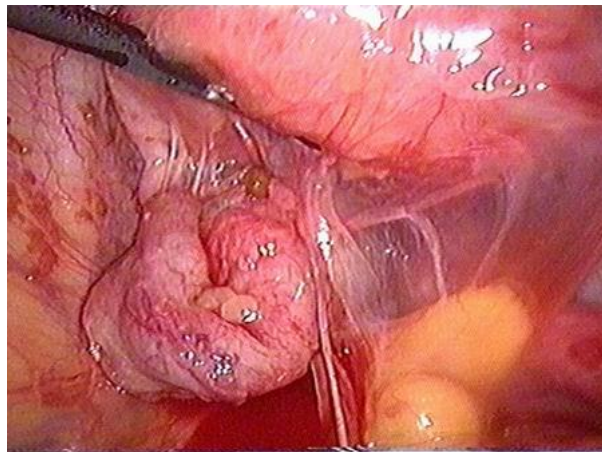
	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№108 мотивация. (Мавзу баёни) Эндометриоз ҳақида тушунча. Экстрогенитал эндометриоз. ОМХ роли.

Эндометриоз

Бу эндометрийдан ташкарида эндометрийга хос усмаларнинг, тукиманинг пайдо булишидир.

Эндометриоз репродуктив ёшида 7-50 % учрайди Железиева П.И. (1985й.) бирламчи ва иккиламчи бупуштликнинг 50 % нинг сабаби эндометриоздир. Бепуштлик билан аёллар лапараскопия килинганда 48 % эндометриоз куйилган. Эндометриознинг эпителиал ва стромал компонентлари рак пайдо булишига сабаб булади.



Жойлашган жойига караб эндометриоз куйидагиларга булинади:

Генитал эндометриоз

- Ташки
- Ички

Экстрагенитал эндометриоз

Этиологияси:

Эмбрионал теория

Имплантацион теория

Метапластик теория

Патогенезида :

Наслий генитал факторлар

нейроэндокрик системадаги бузилишлар (гипоталамус- гипофиз-тухумдондаги узгаришлар)

Инфекцион касалликлар билан оғриш

Асоратли тугруклар ва абортлар

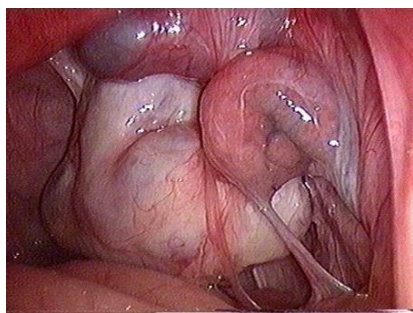
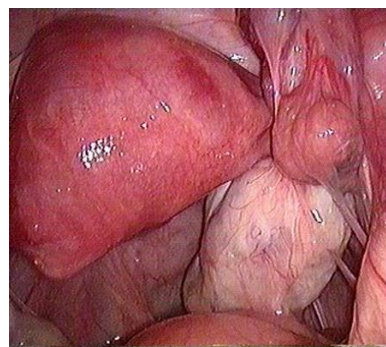
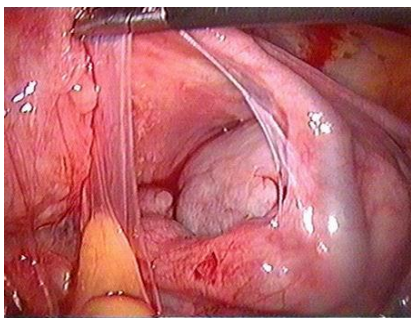
Нерв – эмоционал стреслар ҳам сабаб булади.

Клиникаси:

Эндометриоз жойлашган урнига, давомийлигига, организмнинг фан касаллигига, беморнинг психоэмоционал характериға ва репродуктив функциясини бузилиши даражасига боғлиқ. Эндометриознинг системалари жойлашган урнига қараб ҳар хил бўлса ҳам, уларнинг клиник қуриниши бир хил бўлиши мумкин.

Узоқ давом этган эндометриоз постменопаузал даврида уз-уздан регрессияга учрашиши мумкин

Доимий симптоми ҳайз олди ва ҳайз кунларидаги оғриқ (кин, бачадон бўйни, қорин пародадаги эндометриозда булар учрамаслиги мумкин)



Жароҳатланган орган (бачадон, тухумдон) ёки экстрагинетал эндометриозлар ҳайз олди ва ҳайз кунларида катталашади.

Ҳайз циклининг бузилиши алгоменория типида, ҳайз олди ва ҳайздан кейинги қон кетишлар чузилиб, циклнинг ритми бузилади.

Ички ва ташки эндометриознинг асорати бепуштлиқдир.

Киёсий таккослаш

Эндометриознинг жойлашуви	Кайси касалликлар билан киёсий таккослаш мумкин
Бачадон буйни	Рак, псевдоэрозия, сурункали эндометрит, эритроплазия геморагик суюқлиги бор наботивий кисталар, сурункали неспецифич эндометрит
Бачадон танаси	Бачадон субмикоз миомаси, эндометрит раки сурункали неспецифич эндометрит тухумдонлар дисфункцияси.
Тухумдонлар	Хавфли ва хавфсиз усмалар,. Тухумдон кисталари (киста оёгининг буралиши), бачадон ортикларининг сили, бачадон субироз миомаси, сурункали аппендицитнинг кузгаши.
Ретропервикал эндометриоз	Тугри ичак, кин ва тухумдон ракларининг 3-4 даражаси ошқозон ренимит метастази
Кин	Ярали кольпит, кин раки, парапрактит, хорионэпителёма метастази
Бачадон трубалари	Бачадон трубалари туберкулези
Ичак	Ичак раки

Диагностикаси:

Анамнез (операциялар, диатермоагноуляция, абортлар, диагностик кириш, асоракли тугрук)

Объектив курик

Гистологик текширув

Гистеросальпингофарит

Гистероскопия

Кольпоскопия методларидан фойдаланилади.

Даволаш:

Консерватив

Оператив

Куйидагилар назарда тутилади :

Аёлнинг ёши репродуктив функцияси.

Эндометриознинг таркалган урни, кечиши

Яллигланиш ва гиперпластик ҳолатлар билан кушилиб келиши

Тухумдон ва бачадондаги деструктив узгаришлар

Мавзу № 109: “Эндометриоз ҳақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Эндометриоз ҳақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Эндометриоз ҳақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Эндометриоз хақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Эндометриоз хақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

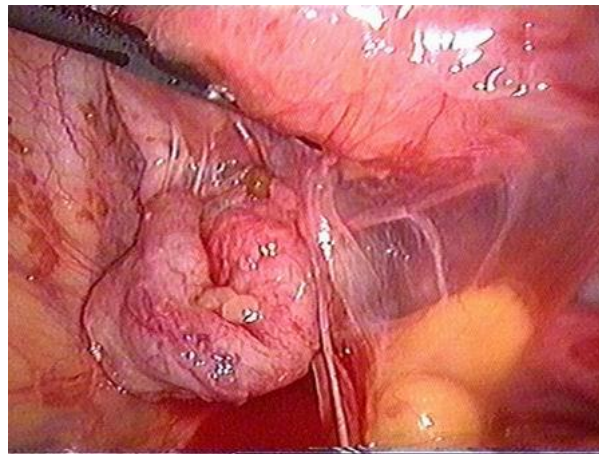
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади.	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	
30 дақиқа	2.3. Танаффус	
40 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
	2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№109 мотивация. (Мавзу баёни) Эндометриоз хақида тушунча. Генитал эндометриоз. ОМХ роли.

Эндометриоз

Бу эндометрийдан ташкарида эндометрийга хос усмаларнинг, тукиманинг пайдо булишидир.

Эндометриоз репродуктив ёшида 7-50 % учрайди Железиева П.И. (1985й.) бирламчи ва иккиламчи бупуштликнинг 50 % нинг сабаби эндометриоздир. Бепуштлик билан аёллар лапараскопия килинганда 48 % эндометриоз куйилган. Эндометриознинг эпителиал ва стромал компонентлари рак пайдо булишига сабаб булади.



Жойлашган жойига караб эндометриоз куйидагиларга булинади:

Генитал эндометриоз

- Ташки
- Ички

Экстрагенитал эндометриоз

Этиологияси:

Эмбрионал теория

Имплантацион теория

Метапластик теория

Патогенезида :

Наслий генитал факторлар

нейроэндокрик системадаги бузилишлар (гипоталамус- гипофиз-тухумдондаги узгаришлар)

Инфекцион касалликлар билан огриш

Асоратли тугруклар ва абортлар

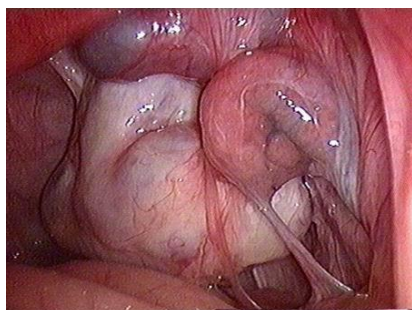
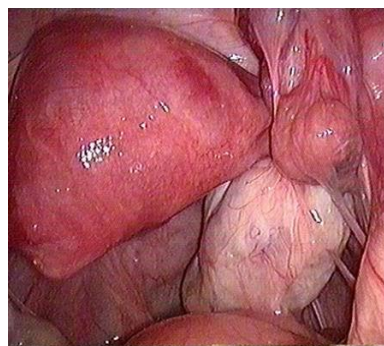
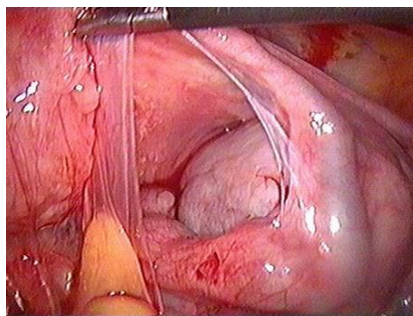
Нерв – эмоционал стреслар хам сабаб булади.

Клиникаси:

Эндометриоз жойлашган урнига, давомийлигига, организмнинг фан касаллигига, беморнинг психоэмоционал характериға ва репродуктив функциясини бузилиши даражасига боглик. Эндометриознинг системалари жойлашган урнига караб хар хил булса хам, уларнинг клиник куриниши бир хил булиши мумкин.

Узок давом этган эндометриоз постменопаузал даврида уз-уздан регрессияга учрашиши мумкин

Доимий симптоми хайз олди ва хайз кунларидаги огрик (кин, бачадон буйни, корин пародадаги эндометриозда булар учрамаслиги мумкин)



Жарохатланган орган (бачадон, тухумдон) ёки экстрагинетал эндометриозлар хайз олди ва хайз кунларида катталашади.

Хайз циклининг бузилиши алгоменория типиди, хайз олди ва хайздан кейинги кон кетишлар чузилиб, циклининг ритми бузилади.

Ички ва ташки эндометриознинг асосий асорати бепуштлиқдир.

Киёсий таккослаш

Эндометриознинг жойлашуви	Кайси касалликлар билан киёсий таккослаш мумкин
Бачадон буйни	Рак, псевдоэрозия, сурункали эндопервикет, эритроплагия геморагик суюқлиги бор наботий кисталар, сурункали неспецифич эндометрит
Бачадон танаси	Бачадон субмикоз миомаси, эндометрит раки сурункали неспецифич эндометрит тухумдонлар дисфункцияси.
Тухумдонлар	Хавфли ва хавфсиз усмалар,. Тухумдон кисталари (киста оёгининг бурилиши), бачадон ортикаларининг сили, бачадон субироз миомаси, сурункали аппендицитнинг кузгаши.
Ретропервикал эндометриоз	Тугри ичак, кин ва тухумдон ракларининг 3-4 даражаси ошқозон ренимит метастази
Кин	Ярали кольпит, кин раки, парапрактит, хорионэпителёма метастази
Бачадон трубалари	Бачадон трубалари туберкулези
Ичак	Ичак раки

Диагностикаси:

Анамнез (операциялар, диатермоагноуляция, абортлар, диагностик кириш, асоракли тугрук)

Объектив курик

Гистологик текширув

Гистеросальпингофарит

Гистероскопия

Кольпоскопия методларидан фойдаланилади.

Даволаш:

Консерватив

Оператив

Куйидагилар назарда тутилади :

Аёлнинг ёши репродуктив функцияси.

Эндометриознинг таркалган урни, кечиши

Яллигланиш ва гиперпластик ҳолатлар билан кушилиб келиши

Тухумдон ва бачадондаги деструктив узгаришлар

Мавзу № 110: “Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш..”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш.. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	
2-босқич. 20 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№110 мотивация. (Мавзу баёни) Қон кетиш синдроми. Хомиладорликнинг биринчи триместрида қон кетиш..

Хомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетишлар госпитализациянинг энг асосий сабабларидан биридир. Хомиладорлик вақтида қон кетиш жуда кўп сабаблар оқибатида келиб чиқиши мумкин. Тугрукгача қон кетишлар сабаблари:

- Абортлар оқибатида қон кетишлар.
- Бачадондан ташқари хомиладорлик
- Трофобластик касаллик.

Хомиладорликнинг 22 ҳафтасидан то бола тугилганигача қон кетишлар тугрукгача қон кетишлар дейилади. 22 ҳафтагача қон кетишлар хомиладорликни эрта даври қон кетишлари сифатида аникланади ва сабаблари бир хил бўлиши мумкин, лекин энг аҳамиятли сабаблари хомиладорликнинг уз-уздан ёки сунъий тухтатиши (аборт).

Аборт турлари

Критерийлари	Аборт турлари
Муддатига қараб	Эрта (14 ҳаф.), кечки(14 - 22 ҳаф.)
Курсатмасига қараб	Социал, тиббий
Сабабига қараб	Уз-уздан, сунъий стационарда, криминал
Клиникасига қараб	Хавф солувчи, бошланган, йулдаги аборт,
Хомила тухуми қолдиқларига қараб	Чала, тулик
Инфекциясига қараб	инфицирланган, инфицирланмаган.
Инфекции тарқалишига қараб	Асоратсиз инфицирланган, асоратли инфицирланган, септик.

Хомиладорликнинг эрта даврида кон кетиши хавф солувчи ёки тугалланган аборт симптомлари билан кечади. Хомиладорликнинг эрта йукотилишини аниклаш ва қайд этиш мақсадида турли хил терминлар ишлатилади: уларнинг қупчилиги эскирган ва патофизиологиянинг замонавий тушунчалари киритилгунгача қадар юзага келган.

1. Спонтан аборт - Хомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафта ичида йукотилиши.

2. Эрта спонтан аборт - 12 ҳафтада ёки ундан ҳам эрта гестацион муддатда юзага келадиган спонтан аборт.

3. Хавф солувчи аборт - бачадондан кон кетиши йук, хомиладорлик биринчи ярми хоҳлаган вақтида хуружсимон оғриклар келиб чиқади, бачадон бўйни ёпик.

4. Тугалланмаган аборт - хомила тулик эмас, балки қисман чиқиш ҳолати.

5. Жадаллашган аборт - бачадон бўйни очик, лекин туқима чиқмайди.

6. Кечиккан аборт (ривожланмаётган хомиладорлик) - хомила ёки эмбрион бир неча ҳафта давомида улик, лекин ҳеч қандай туқима ажралмаган. Бачадон бўйни ёпик. Бу пациентларда бачадон улчами қатталашмаслиги ва эмбрион юрақуриши аниқланмайди.

7. Септик аборт - инфекция тушган тугалланмаган аборт.

8. Бучмайган тухум - аниқланган гестацион ҳалта ва плацентар туқима бўлишига қарамадан эмбрион ривожланишдан тухтаган. Бу ҳолат асосан УЗИ ёрдамида диагностика қилинади.

9. Субхорионик кон кетиш - УЗИ да хорион ва бачадон девори уртасида кон йигилганлиги аниқланади.

10. Децидуа - хомиладорлик эндометрити қупинча бола ташлаш бир қисми сифатида келади. Қачонки, децедуа интакт ажралса *децедуал слепок* дейилади ва эктопик хомиладорлик ҳақида ҳабар беради.

Патофизиология

Ҳамма спонтан абортларнинг ярми трисомия, триплоидия ёки моносомия сингари қатга генетик аномалиялар оқибатида келиб чиқади. Спонтан аборт шунингдек, бачадон аномалиялари, она диэтилстильбестрола таъсири,

лейомиома, бачадон буйни холати. лютеин фаза дефекти натижасида прогестерон деффицити сингари ички факторлар ва иммунологик факторларга боғлиқ. Ташки атроф факторларга: тамаки, алкоголь, кокоин қабул қилиши, радиация, инфекция ва профессионал химиявий ва экологик таъсирлар қиради. Она ёши катталашган сари абортлар частотаси ошиб боради.

Клиника.

Бошланғич стадияда хомиладорлик аменорея хомиладорликнинг типик симптомлари ва хомиладорликка мусбат тест натижасида аниқланади.

Абортда асосий белгилар, вагинал қон кетишлар, қориннинг пастки қисмида хуружсимон оғриқлар пайдо бўлиши хориогоник гонодотрапин миқдори пасайиши ҳисобланади.

Қон кетиш билан кечган хомиладорликнинг тахминан ярми йукотилади, хомиладорлик сақлаб қолинган қисмига эса асоратлар ва ёмон оқибатлар келиб чиқиш ҳавфи қон кетишсиз кечган хомиладорликларга нисбатан юқори бўлади. Тулиқ бўлмаган абортлар қўп миқдорда қон йукотилганда турли хил оғирлик даражасидаги постгеморогик шоклар асоратланиши мумкин.

Диагностика:

Диагноз бимануал текшириш (бачадон улчамлари, бачадон буйини холати, бачадон буйини канали очилиши, қонли ажралмалар ёки туқима характери) базал температурани улчаш (базал температура пасаяди) УТТда текшириш, хориогоник гонодотропин тестларини аниқлаш асосида қўйилади. Клиник белгилар бўйича диагнозни аниқлаб бўлмаса ултратовуш текшириш керак. Қачонки пациент температураси юқори бўлса, ёки бачадон ва бачадон ортиқлари соҳасида қучли оғриқ ёки перитонит белгилари бўлса, септик абортга гумон қилиш керак.



Уз - узидан (ихтиёрсиз) аборт ва тугрук сабабларини аниклаш муҳим аҳамиятга эга. Тулик йиғилган анамнез керакли маълумотларни бериши мумкин. Уларни доимий ва гинекологик кучиришлар, шунингдек комплекс клиника - лаборатор текширишлар билан тулдириш керак.

Анамнез ва куздан кечириш ёрдамида умумий ривожланишнинг орқада қолиши, ички секреция безларининг айрим функционал етишмовчилиги, бачадон буйни функцияси етишмовчилиги, бошидан утказган инфекцион касалликлар тугрисида маълумотга эга булиши мумкин. Клиник лаборатор текширишлар натижасида хомиладорликни тухтатилиш сабаби сифатида гармонал етишмовчиликнинг аниклаш мумкин. Сийдикда прегнандиол (суткалик экскрецияси 5 млдан кам) ва эстрогенлар экскрецияси даволашни гармонал усуллари куллаш учун асос булади.

Хомилани она корнида улиши холларида эстриол экскрецияси 10 мартага пасайиши аникланган диагностик тест булиб хизмат қилиши мумкин.

Даволаш.

Хомиладорликни тутта олмаслик билан касалланган беморларни даволашга киришишда врач ҳамма вақт шуни эсдан чиқармаслиги керакки, бу аёлларнинг қарийб барчасида рухий мувозанат бузилган.

Шунинг учун тиббиёт ходими сузлари кун холларда бемор нерв психик мувозанати нормаллашуви учун тайинланган дори воситалар комплексида кура купрок ёрдам беради. Бу категориядаги беморларга врач яхши муомала билан бирга қушимча равишда транквилизатор дори воситалари тайинлаш аҳамиятга молик. Хомилани саклашни муҳим омилларидан бири бу режимга риоя қилиш.

Даволашни номедикаментоз усуллари кенг кулланиш керак: булар ёток режими, физиотерапия, психотерапия, рефлексотерапия.

I-триместрда хомиладорлик узулиш хавфи тугилганда сабабидан катъий назар даволаш комплекс булиши керак:

1. Ёток режим

2. Психотерапия, седатив воситалар: пустрник настойкаси (15,0:200,0) 1 ош кошик х 3 махал, валериана отвори (20,0 х 200,0) 1 ош кошик 3 махал, тазепам 0,01 г дан суткасига 2 махал, седуксен 0,005 г 1-2 махал суткасига.

3. Спазмолитик терапия: но-шпа 0,04 г дан 3 махал суткасига, папаверин билан шамчалар 0,02 г дан 3-4 махал суткасига, баралгин 2 мл мушак орасига.

4. Хавф сабаблари, гармонал курсаткичлар, КБИ микдори хомиладорлик муддатига боғлиқ патогенетик асосланган терапия.

Дори воситалар 1 дозаси клиник лаборатор курсаткичлар назорати асосида танланади.

5. Номедикаментоз ва физиотерапевтик даволаш усуллари: иглорефлексотерапия, эндоназал гальванизация, электроаналгезия.

Тухумдон гипофункцияси генетал инфантилизм, бачадон ривожланиш нуксонлари бор аёлларда гармонал давони хомиладорликни 5 хафтасидан микрофоллин кичик дозаларидан суткасига 0,0125 ёки 0,025 мг (1/4 ёки $1A$ г) дан бошлаш керак. Хомиладорликни 7 хафтасида микрофоллин терапиясига туринал билан даволашни суткасига 0,005 г (1-2 таблеткадан) кушиш керак.

ХГ экскрецияси паст булса хориогонин 750 - 1000 ЕД дан хафтасига 2 марта мушак орасига килинади. Гармонал препаратлар дозасини организм гармонал статус курсад-кичларига асосланиб танлаш керак. Агар КПИ юкори, бачадон буйин каналида шилимшик куп микдорда (корачик феномени +++) булса экстрогенлар дозасини камайтириш ёки гестогенлар (туринал, прогестерон, дюфастон) дозасини ошириш керак.

Бачадон катталаниши хомиладорлик муддатидан оркага колганда ва кин девори курук булганда экстрогенлар терапиясини кучайтириш керак.

Бу категориядаги беморларга гармонал терапияни 15-16 хафтагача плацента ривожланиши тугалланмагунигача давом эттириш керак. 12-14

хафтада микрофоллин кабул килиш, 15-16 хафтада туринал кабул килиши тухтилади.

Хомиладорлик узулиши белгилари булмаганда, шунингдек гармонал параметрлар нормаллашганда гармонал терапияни хомиладорликни бундан эрга муддатларда ҳам тухтатиш мумкин. Хомиладорликнинг кечки муддатларида гармонлар куллаш мақсадга мувофик эмас.

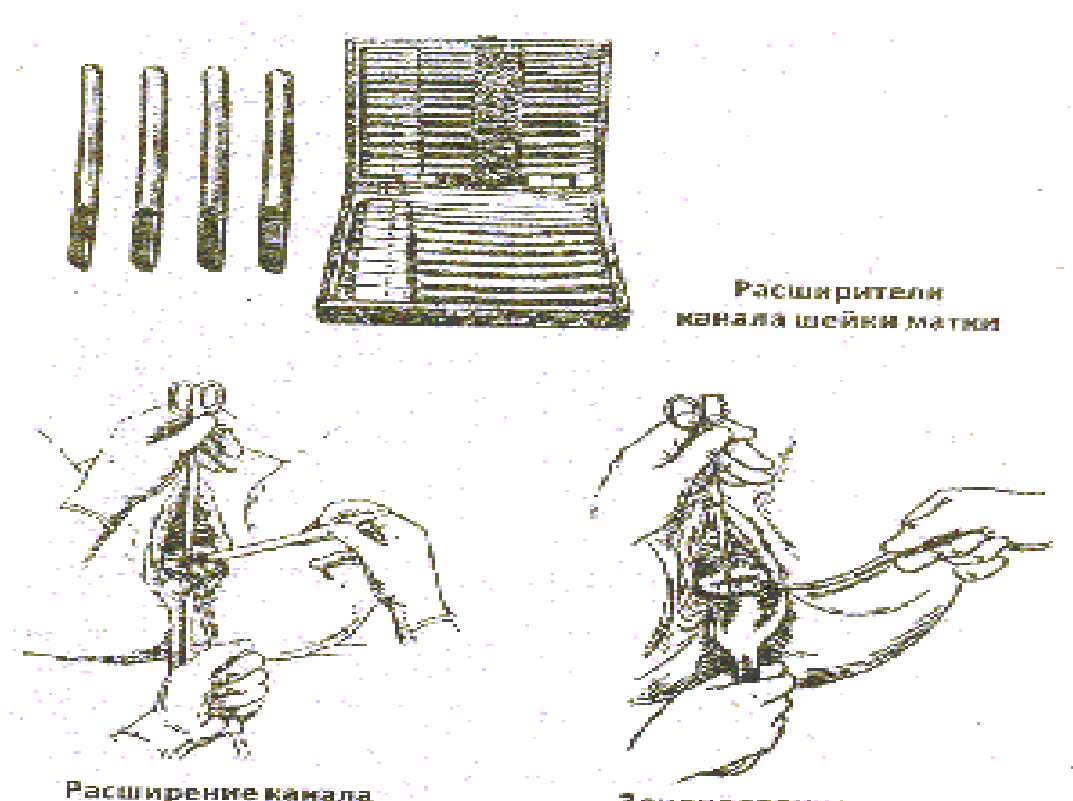
Буйрак усти беги генезли гиперандрогенияда глюкокартикоидлар (дексамитазон, преднизалон) билан гармонал терапия патогенетик асосланган хисобланади. Даволашни хомиладорлик булмасдан олдин бошлаш керак. Гармон дозасини 17-КЕ экскрецияси назорати остида индивидуал танлаш керак. Глюкокартикоид терапия овуляция нормаллашуви ва эндометрийнинг секретер трансформацияни таъминлайди. Дексаметазон кабул килиш фонида кетостероидлар экскрецияси урта норматив курсаткичлар атрофида булиши керак. Хомиладорликда 17-КЕ экскрецияси ошган холларда гармон 0.5 мг ёки 0.375 мг (3/4 таб) дозада берилади. Даволашнинг анализлар назорати остида олиб борилади.

Гиперандрогения клиник белгилари булмаганда 17- КБ экскрецияси юкори микдори бир марталик ошиши, глюкокартикоидлар терапия тайинлаш учун асос була олмайди. Киска муддатда (2-3 кундан кейин) текширишни такрорлаш керак ва агар сийдикда кетостероидлар микдори юкори булса, гармонал терапия тайинланади. Буйрак усти беги гиперандрогенияси бор беморларда тухумдонларнинг гипофункцияси, хомиладорликнинг эрта муддатларида 5-6 хафта дексаметазон (преднизалон терапиясини микрофоллин билан бирга куллаш мумкин кушилиб келган прогестерон етишмовчилиги аникланганда туринал суткасига 1-2 таблеткадан бериш мумкин.

Гармонал терапия билан бир вақтда спазмолитиклар тайинлаш ва фетоплацентар етишмовчилик профилактикасига қаратилган даво утказиш мақсадга мувофик.

Жадаллашган аборт тулик булмаган ва тулик абортда хомила тухуми қолдикларини ва қон лахталарини инструментал олиб ташлаш керак.

АБОРТ ТЕХНИКАСИ



Инфекцияланган абортда хоиола тухуи колдикларини антибактериал терапия фонида олиб ташлаш махсадга муфовик. Септик абортда даволаш принциплари худди тугрукдан кейинги септик инфекцияни даволаш принципларидек.

Ривожланмаётган хоиоладорликда I- триместрда улган хоиола тухуи инструментал олиб ташланади. Тугалланмаган абортда узок кутиш асоратлар (ДВС, инфекцияланиш) ривожланиши мумкинлиги муносабати билан махсадга мувофик эмас.

Мавзу № 111: “Хоиола тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Хоиола тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш билан таништириш,

	билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№111 мотивация. (Мавзу баёни) Хомила тушиш хавфи. Этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш.

Плацентанинг (йулдош, хамрох) барвакт кучиши — *Separatio placentae normaliter insertae spontanea praematura seu praecox*.

Бу ҳол хали дард бошланмасидан ёки тугруkning 1 ва 11 даврларида плацентанинг бачадон деворидан ажралишига айтилади. Плацентанинг бачадон деворида ушланиб туриши нафакат унинг децидуал пардасига, балки бачадон ичидаги босимга ҳам боғлиқдир. Хомиланинг ривожланиши асосан бачадон ва плацента уртасидаги кон айланиши билан аникланади, бу ҳол плацента бириккан (ёпишган) бачадон децидуал мушак каватининг спирал артерия кон томирлари терминал булимларининг тузилиши ва функцияси билан бевосита боғлиқдир. Спирал артерияларда патологик ҳолатлар пайдо булиши мумкин. Томирларнинг терминал булимларидаги узгаришлар уларнинг муртлашувига (синувчанлига), эгиловчанлигининг йуқолишига сабаб бўлади ва уларнинг арзимаган механик таъсир ёки бачадон томирларида босимнинг ошиши натижасида тез ёрилишига олиб келади. Децидуал пардадаги спирал артерияларнинг ёрилиши бачадон — плацента кон айланишининг бузилишига олиб келади ва плацента ортида кон лахтаси ҳосил булишига олиб келади. Плацента ортидаги кон лахтаси децидуал парда ва ворсинкалар (томирли туклар) туқималарининг жароҳати натижасида ажралиб чиққан туқима тромбопластини таъсирида увишади (свертывание). Агар плацента ажралган майдон кичкина бўлса, унда плацента ортида кон лахтаси ҳосил бўлгандан дарҳол бачадон томирларида тромблар пайдо бўлади, ворсинкалар анчагина қисилади ва кошрасимон чуқурлик вужудга келади. Плацентанинг бирдан куп жойи ажралса плацента ва бачадон девори оралиғига куп кон қуйилади. Спирал кон томирларда бачадоннинг децидуал ва мускул каватлари орасига кон кетиши мумкин.

Содир булиш даражаси (учраши) — Плацентанинг барвакт кучиши 1%гача учрайди, купинча айта хомиладор бўлган ва айникса куп тугадиган аёлларда учрайди. Плацентанинг барвакт кучиши купинча кон томирларида чуқур узгаришлар чиқарувчи касалликлар, айникса хомиладорнинг кеч

токсикозлари, хафаконлик ва буйрак касалликлари натижасида содир булади. Бундан ташқари бачадон шиллик. пардасининг яллигланиши (эндометрит), шиллик парда остидан усиб чиккан бачадон фибромиомаси, ривожланиш нуксонлари, плацентада дегенератив узгаришлар булганда (муддатидан утган хомиладорликда), бачадон деворлари ута таранглашганда коғонок сувининг куп булиши, эгиз хомиладорлик, йирик хомила ва бошка холларда плацента барвакт кучиши мумкин. Плацентанинг барвакт кучишига киндикнинг калта булиши, хар хил рухий холатлар, куркув-хаяжон, акушерликнинг ташки буриш операцияси, аёлларни купол равишда текшириш, хомиланинг ута харакатчанлиги, коғонок пардасининг кеч йиртилиши холлари сабаб булиши мумкин. Плацентанинг барвакт кучиши тулик. ва кisman булади. Кisman барвакт кучиш она организмида деярли узгаришлар чакирмайди. Плацента тулик кучганда бачадон ва плацента орасида тез усувчи гематома хосил булади. Бачадон буртиб чиқади. Плацента барвакт кучиши ички кон кетиш билан ифодаланади, кейинчалик ташки кон кетиш хам кушилади. Клиник куриниши плацента майдонининг катта - кичиклиги ва йукотилган кон микдорига караб хар хил булади. Плацентанинг 1/3 кисми ажралганда хомила унча огирлашмайди. Плацента ортидаги гематомада камрок микдорда кон булади ва у она организми гемодинамикасига деярли таъсир килмайди. Плацентанинг купрок майдони (кисми) ажралганда хомила кислород ва озик моддалар етишмаслигидан жабрланади, купинча она корнида нобуд булади, онада камконлик белгилари кучаяди ва коринда огрик пайдо булади.

Шундай килиб, камконлик шок холати кузатилади, хомиланинг юрак уриши тезлик билан йуколади, коғонок пуфаги таранглашади, корин дамлайди, бачадон таранглашади, хомиланинг кисмларини (бош, кул, оёклари) аниклаб булмайди, кон босими пасаяди.

Диагнози.

Юкорида айтиб утилган белгилар кузга ташланиб турса кийинчилик тугдирмайди. Одатда плацента кisman ажралганда диагноз йулдош тугилгандан кейин, уни куздан кечирганда аникланади.

Даволаш.

Плацента барвакт кучганда акушерлик амалиётида 2 та асосий принципга таяниш тавсия этила ди:

3) Эҳтиёткорона тезлик билан хомилани тугдириш, бачадонни хомила ва йулдошдан озод килиш.

4) Уткир камконлик ва шок холатига карши курашиш.

Тугдириш усулини танлаш кон йукотиш даражаси ва у ёки бу акушерлик операциясини утказиш шарт-шароити билан богликдир. Тугрукни бсшкариш тактикаси касалликнинг клиник куруниши ва тугрук йулларининг тайёр эмаслигига караб аникланади. Бачадон буйни 3-4 см. гача очик булса ва кон кетиш камрок тугрук кучлари яхши булса, когонок пардасини йиртиш йули билан плацентанинг ажралишини тухтатиш мумкин. Шу йул билан тугрук хам тезлашади. Бачадон буйни тулик очилган булса, агар хомиладор боши чанокда кириш текислигидан юкорида жойлашган булса, ва хомиланинг харакатчанлиги сакланган булса, когонок пардасининг пуфагини йиртиб, хомилани классик (урнакли) усул билан оёгига буриш ва тугрук йулларидан тортиб олиш операциясини куллаш мумкин. Хомила тирик булиб боши кичик чанок бушлигида булса акушерлик кискичлари ёки вакуум-экстрактор куллаш йули билан тугрукни тезлаштириш лозим. Агарда хомила улик холда боши чанокда сукилган (вставления) булса, краниотомия килиб, тортиб олиш тавсия этилади. Табий тугрук йуллари оркали тугдирилган барча туккан аёлларда плацента албатта кул билан бачадон бушлиридан олиб ташланиши ва айна вақтнинг узида бачадон деворларининг плацента ажралган майдони бус-бутунлиги текшириб курилиши шарт, бу операция албатта наркоз остида утказилади. Бачадон гипотониясининг олдини олиш макседида бола тортиб олиниши биланок томир ёки мушак ичига бачадонни кискартирувчи дорилар (питуитрин, окситоцин, метилэргометрин) юбориш керак.

Агар плацентага хомиладорлик пайтида ёки тугрук энди бошланган пайтда барвакт кучган ва кучли кон кетаётган булса, тугрук йуллари тугрука тайёр булса, абсолют курсатма асосида кесар - кесиш операциясига олиниши лозим. Бачадон деворларига куп кон куйилиб (моматалок кувелер бачадони, маточно-плацентарная апоплексия), тугрук тофовут бинафша рангга кирган булса, бачадон латта сингари бушашган, механик ва фармокологик таъсирларга кам жавоб берадиган булса, ундай бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси килиниб, олиб ташланиши зарур. Тугрукни таъминлаш билан бир каторда кон кетиш ва шокка карши кураш олиб бориш керак. Шу максадда кон ва кон урнини босувчи моддаларни кон томирлари оркали томчилаб ёки тезлатиб юбориш зарур жумладан, глюкоза ва физиологик эритма куйилади, юрак дорилари юборилади, ичишга чой ёки кофе берилади.

Профилактикаси:

Хомиладорлик кечки токсикозлари, хафконлик касали (гипертония) буйрак ва бошка ички аъзолари касалликларини уз вактида аниклаш ва даволаш плацента барвакт кучишининг олдини олишининг энг мухим шартларидан биридир. У плацентанинг олдинда ётиши. / Placenta praevia/ (prae —олдинда, via — йул) плацентанинг бачадон пастки сегментида жойлашиши плацентанинг олдинда ётиши дейилади.

Этиологияси:

Келиб чикиш сабаблари хали етарлича урганилмаган. Бу патологияни тушунтирувчи икки хил назария мавжуд:

1) Бачадон деворларида булган дегенератив узгаришлар;

3) Тухум хужайрадаги узгаришлар.

Планцетанинг бачадон буйнида жойлашиши холлари жуда кам учрайди ва бу ҳолатни буйнида жойлашган плацента — placentaе cervicalls деб айтилади.

Турлари (классификацияси)

3. Тулик ёки марказий олдинда ётиш —p. praeviacompletis (totalls).

4. Туликсиз ёки қисман олдинда ётиш — p. praeviaincomplettis (partialis).

Плацентанинг тулик олдинда ётишида плацента уз маркази билан бачадон ички бугизининг устида жойлашади, қисман олдинда ётишида— плацентанинг кирраси ички бугизда ётади.

Бундан ташқари плацента пастга бирикади (жойлашади), унда йулдош кирраси бачадоннинг ички бугизигача 3-4 смга ётмасдан қолади.

Содир булиш даражаси (частота)

Купинча қайта тугувчи аёлларда учрайди. Плацента олдинга ётиши 150-200 та тугрукда битта, яъни 0,5-0,7% учрайди. Қисман олдинда ётиш купрок холларда (70%) тулик. эса (30%) камрок учрайди.

Клиник қуриниши:

Касаллик хомиладорликнинг охирида, баъзан 24-26 хафталик муддатларда тусатдан, иш пайтида, уйкуда ёки тинч турган жойда кон кетиши билан бошланади. Маркази олдинда ётганда куп кон кетиш характерлидир

кисман олдинда ётганда эса хомиладорлик охирида, ёки тугрук пайтида камрок кон кетади.

Плацента тулик олдинда ётганда кон кетиши уз-уздан тухтамайди, чунки коғонок пардаси йиртилмайди ва бачадон буйнининг жипсланиши ва кенгайиши (очиши) плацентанинг тухтовсиз ажралишига сабаб булади.

Бачадон буйни каналидан кетаётган кон оч кизил рангда суюк бачадон кон лахталари булади.

Кон кетишининг узига хос хусусиятлари шундан иборатки, у кайта - кайта янгиланиб туради.

Плацента кисман олдинда ётган холларда коғонок пуфагини йиртган захотиёк плацента ва бачадон девори орасидаги узаро муносабат узгаради, бачадоннинг пастки сегменти, коғонок пардаси ва плацента юкорига хомиланинг катта кисми жойлашган жойга караб силжийди, плацента юкорига тортилади ва бачадон деворидан ажралмасдан, кон кетиши тухтайди. Пастка караб интилаётган хомила боши кон окиб турган томирларни кисади, кон кетиши тухтайди.

Бу хил патологияда тугрук кучлари етарли булмайди, бадачон пастки сегменти яхши тортилмасдан купинча бирламчи сустликка олиб келади. Плацента олдинга ётганда хомиланинг кундаланг ва кийшик ётиши, чанок билан олдинда ётиши, чала тутиш холлари куп учрайди. Диагноз - ташки ва ички текшириш усуллари ёрдамида диагноз аникланади.

Плацента тулик олдинда ётганда, ташки текшириш утказганда хамма кисмлари ноаник, бошнинг шакли ноаник, кандайдир юмшок, тукумани аниклашга халакит беради. Кин оркали текширганимизда, бачадон буйни ёпик булса, текшириш утказаётган бармоқлар ва хомила боши орасида юмшок тукума пайпасланади, бу плацентадир. Бачадон буйни очилган булса, плацентанинг гадир-будир тукумаси аник кулга чалинади. Плацента кисман олдинда ётганда эса хам плацентанинг кирраси хам коғонок пуфаги пайпасланади.

Таранглашган кин оркали текширув одатда операция хонаси тайёрлаб куйилиб, кейин утказилади, чунки бирданига кучли кон кетиб колса дархол

операция килишга тугри келиб колиши мумкин. Бу патология натижасидир. Оналар ва болалар (перинатал) улими куп учрайди. Бизнинг клиникамизда 2797 та хомиладор аёлларни ультратовуш тулкилари ёрдамида (SAL — 35 В Toshiba, Япония) кузатилганда плацента тулик олдинда ётиши 65 та (1,25%) ва туликсиз олдинда ётиши 21 та (0,75%) аёлларда топилди.

Мавзу № 112: “Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олади. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини эътиборга олади	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадilar. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№112 мотивация. (Мавзу баёни) Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.

Киста бу – патологик бушлик булиб, бирор бир махсулот билан тулган булиб, суюклик секретияси тухташи ёки меъеридан ошиши натижасида юзага келади.

Классификациялари

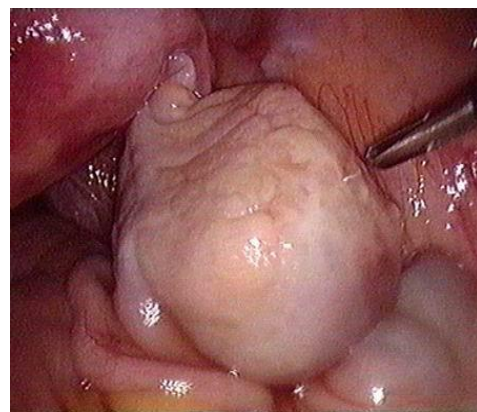
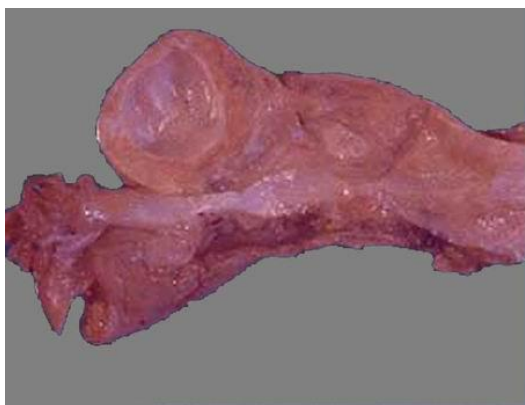
- Пфанштиль
- Майер
- Кивши
- Вальдер
- Шредер

Учраши

Усмасимон хосилалар 34% учрайди, тухумдонларнинг син усмалари эса 66% холларда учрайди.

Одий кисталар олдин мавжуд булган бушликда суюклик тупланиши натижасида юзага келади. Тухумдонларнинг пустлок каватида фолликуляр киста, сарик тана кистаси учраса, мия каватида- эмбрионал колдиклардан (мия тукумалари ва каналчалар) ривожланган киста учрайди.

Фолликуляр киста – нисбатан куп учрайди, барча усма ва усмасимон хосилаларнинг 30% ини ташкил этади. Бу хосила: улчами кичик, бир томонлама, бир камерали, юпка деворли. Етилаётган фолликуллардан барча ривожланиш боскичларида ёки атрезиядан (5-6 см диаметрли) ривожланади.





Патогенези

Тухумдонларнинг эстроген функцияси пасайиши ва гонадотроп гормонлар микдорининг ошиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бунда ЛГ ва ФСГ лар нисбати узгайиб, улар ошади. Бу кисталар секин катталашади, суюқлик тулиши трансфузия оқибатида руй беради.

Клиника

Ановуляция

Фолликул персистенцияси даври. Асоратланмаган фолликуляр киста кичик улчамли, одатда симптомсиз, купинча гинекологик текширувларда аникланади.

Бимануал текширганда унга ёки чапда бачадон ортиклари соҳасида каттик пластик консистенцияли, силлиқ юзали, нисбатан катта бўлмаган ва пальпацияда огриксиз булган ҳосила аникланади. Шикоятлар факатгина киста оёқчасининг буралиши ёки қушни органлар қисилишида пайдо бўлади. Шунда беморлар бел соҳасида огриklarнинг қучайиши, қорин пастиди огирлиқ ҳисси, дизурик ҳолатларни шикоят қиладилар. Тугиш функцияси бўзилмаган.

Диагностика

- Бимануал текшириш
- Лапароскопия
- Сонография
- Эхография

Даволаш – хирургик. Аёл репродуктив хусусиятини саклаш мақсадида тухумдон соғ туқимасини саклаган ҳолда кистани ажратиб олиш операцияси бажарилади. Усишга мойил бўлса ёки оёкчаси буралса (7-8%) тухумдоннинг понасимон резекцияси бажарилади.

Сарик тана кистаси

Учраши:

Нисбатан кам учрайди 2-5%.

Улчамлари:

Купинча товук тухумидек булади.



Этиопатогенез.

- Хомиладорлик
- Тез-тез яллигланиш жараёнлари

Патогенез

Овуляциядан кейин фолликул бушлиги ёпишмайди ва тулик лютеин хужайралари билан тулмайди. Бушлик колдиги колиб, сероз суюклик билан кенгаяди. Киста девори бир неча каватдан иборат. Тузилиши жихатидан бу хужайралар сарик тана лютеин хужайраларидан фарк килмайди. Киста ушиб бориши билан бирга лютеин хужайраларининг ва ички девор кистоз элементларининг атрофияси юзага келади. Сарик тана кистаси гормонал актив эмас.

Клиника ва диагностика

Сарик тана кистаси диаметри 3-4 см. дан ошмайди, силлик юзали ва эластик консистенцияга эга. Беморлар одатда шикоят килмайдилар ва гинекологик текширувларда аникланади.

Диф. диагностика

Сарик тана кистасини тухумдоннинг хакикий усмаси-кистомадан фарклаш лозим. Кистага кичик улчамлар, менструал циклнинг иккинчи фазасида пайдо булиш ёки катталашиш хос.

Даволаш

Сарик тана кистасига шубха пайдо булганда оператив аралашув билан шошмаслик керак. Бундай бемор диспансер кузатувига мухтож: хар 11-12 ойда кайта куриклар утказилиши лозим. Агар оркага ривожланиш кузатилмаса ёки усишга мойиллиги булса, тухумдоннинг киста билан бирга резекцияси бажарилади.

Окибати: яхши.

Текалютеин кисталар

Трофобластик касаллик-елбугоз ва хорионэпителиомага хос.

Кистоз хосилалар иккала тухумдонда ЛГ сакловчи ХГ таъсирида ривожланади.

Даволаш

Оператив даволаб булмайди, чунки 1-3 ойдан сунг кайта ривожланиши эхтимоли юкори.

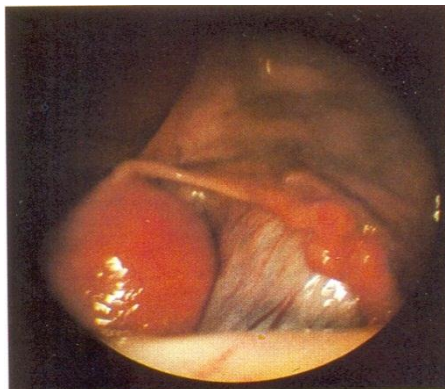
Пароовариал киста

Тухумдон усти ортиги кисталари Вольфов йули колдикларидан ривожланади. Пароовариал киста махсулоти тиник, суюк, оксили кам, муцини йук. Кисталар хажми турлича-бир неча см.дан чакалок боши улчамларидек булиши мумкин.бу кисталар шакллари:

- Шарсимон
- Овал

Клиника

Кичик улчамли киста деярли безовта килмайди. Беморлар шикоят килмайди, менструал функция бузилмаган. Нисбатан катта улчамларда кушни органлар кисилиши га хос ва купинча дизурик холатлар симптомлари юзага келади.



Диагностика

Бимануал текширганда чегараланган, харакатчан булган кистоз хосила аникланади. Кистанинг пастки полюсида каттик хосила тухумдон палпацияланади.

Даволаш

Оператив- кистани олиб ташлаш

Окибати: яхши.

Тухумдонлар усмалари. Тухумдонларнинг эпителиал яхши сифатли усмалари.

Эпителиал яхши сифатли тухумдон усмаларининг катта кисмини кистомалар ташкил этади.

Кистома- тухумдоннинг чин усмаси булиб, тез усиш характериға эға.

Тухумдон кистомалари 2 катта гурухға булинади:

1. Сероз
2. Муциноз

Сероз кистомалар (цилиоэпителиал кистомалар).

Сероз кистоманинг фаркли томони бу копловчи эпителийдир. Тузилиши жихатдан сероз кистомалар эпителийси тухумдоннинг юза ёки най эпителийсига ухшаш. Барча холларда хилпилловчи эпителий топилади. Кистомалар купинча бир томонлама ва бир камерали булади. Улар катталиги хар хил: диаметри бир неча см. дан 30 см гача етиши мумкин.

Кистома махсулоти сомон рангли сероз суюкликни ташкил этади.

Оддий сероз киста



Клиникаси

Купинча 45 ёшда учрайди. Огриклар одатда кориннинг пастки кисмларида ва белда булади. Усма гормонал активликка эга эмас, менструал цикл бузилмаган. Усманинг катта улчамларида ёки бойламлараро жойлашганда дизурик холатлар баъзан асцит ривожланади.

Пролиферацияланадиган сероз кистома купинча 48 ёшда аникланади. Кистомалар одатда 2 томонлама булиб, асцит билан бирга келади.

Диагностика

Бимануал текширганда бойламлараро жойлашган, чегараланган харакатчан, кистасимон хосила сезилади. Кистанинг пастки кисмида каттик хосила (тухумдон) пальпацияланади.

Даволаш

Жаррохлик усули – кистани олиб ташлаш.

Окибати

Яхши тула тузалади.

Тухумдон усмалари. Тухумдоннинг яхши сифатли эпителиал усмалари.

Тухумдоннинг яхши сифатли эпителиал усмаларини асосий гуруҳини кистомалар ташкил килади.

Кистома – тухумдоннинг чин усмаси булиб, тез усиш билан характерланади.

Тухумдон кистомаси 2 та катта гуруҳга булинади.

1 Сероз.

2 Муциноз.

Сероз кистомалар (цилио эпителиал кистомалар)

Сероз кистоманинг эпителийсининг тузилиши тухумдон юзи эпителийси ёки бачадон найлари эпителийси тузилишини эслатади. Деярли хамма вақт хилпилловчи хужайралари аникланади. Кистомалар купинча бир томонлама ва бир камерали булади. Уларнинг катталиги турлича: бир неча см дан 30 см гача ва диаметри ундан хам каттарок булади.

Кистома таркибида сомон рангли сероз суюклик саклайди.

Оддий сероз кистома.

Оддий сероз кистома 45 ёшдагиларда учрайди. Купинча кориннинг пастки қисмида ва белда оғрик кузатилади. Усма гормонал активликка эга эмас, хайз цикли узгармаган бўлади. Усманинг катта хажмлилари ёки бойламлар аро жойлашган усмалар дизурия ёки асцитга олиб келиши мумкин. Пролиферацияланган серозли кистома 48 ёшдагиларда учрайди. Кистома купрок икки томонлама бўлади ва асцитнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Бу кистомалар ВОЗ классификациясига кура яхши сифатли ва ёмон сифатли усмалар орасида чегара ҳисобланади. Микроскопик текширганда эпителийнинг куп фазали пролиферацияси асосий белги бўлиб ҳисобланади. Бу кистомалар тухумдоннинг рак олди касаллиги ҳисобланади. Пролиферацияловчи сероз кистоманинг ёмон сифатлига утиши ҳар икки беморнинг бирида кузатилади.

Муциноз кистомалар.

Муциноз кистома тухумдоннинг яхши сифатли усмаси бўлиб, сероз кистомага нисбатан купрок учрайди. Бу турдага кистома барча ёшдаги аёлларга учраши мумкин. Купрок 50 ёшдаги аёлларда. Бу турдаги кистома эпителиysi бачадон буйни канали эпителиysiга ухшайди.

Псевдамуцинозли кистома.

Бу кистомалар купкамерали ва айлана ёки овалсимон шаклли, юзаси тугунсимон гадир-будир ичида ичида киз кисталар жойлашган эластик консистенцияли, купинча бир томонлама бўлади узиши центрафигурасимон бўлади. Бу усмалар тез усади ва катта хажмга етади. Киста таркиби шилликсимон бўлиб, таркиби глюкопротеидлардан иборат.

Клиникаси ва диагностика

Псевдомуциноз кистомаси бор беморлар кистома маълум улчамга етгандан сунг корин пастида оғирлик ҳиссини сезади. Бимануал курикда эластик консистентцияли маълум хажмга эга овалсимон ҳосила аникланади. Асцит камдан кам юзага келади.

Пролиферацияловчи псевдомуцинозли кистома.

Бунга рак олди жарфён деб караш мумкин. Усма куп камерали ташки юзаси силлик ички томондан сургичсимон узиш кузатилади. Кистоманинг бу курунишини клиник кечиши оддий псевдомуциноз кистомадан кам фарк

килади. Псевдомуциноз кистама ёмон сифатлига утиши хар 3 беморнинг бирида кузатилади.

Тузилиши фаркланади:

1. Анатомик.
2. Усманинг хирургик оёкчаси.

Клиника

Клинкаси намоён булиши купрок усма оёкчаларининг кисман ёки тула буралиши билан боғлиқ. Кистама оёкчасининг тулик (180° дан ортик) буралиши усманинг кон билан таъминланиши ва озикланишининг кескин бузилишига олиб келади. Бу уткир корин симптомини намоён қилинади:

- уткир огрик
- кунгил айниш
- қусиш
- харорат кутарилиши
- пульснинг тезлашиши
- корин олд девори мушакларининг таранглашуви – Щёткин – Блюмберг симптомининг мусбат булиши

Диагностика

Гинекологик текширувда бачадон ортиклари соҳасида усма аниқланади. Силжитганда огрикли. Усма оёкчалари кисман буралганда клиник белгилар кам намоён бўлади.

Даволаш.

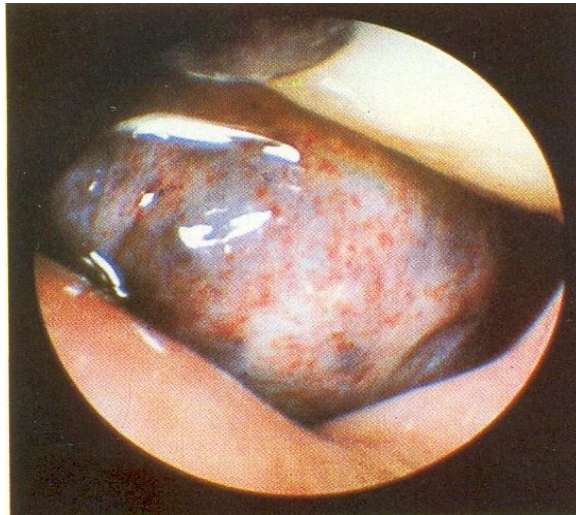
Усма оёкчаси кисман ёки тула буралганида жаррохлик қулланилади. Жаррохлик амалиёти кечиктирилганда қуйидаги ҳолатлар келиб чиқиши мумкин:

- усма некрози
- усма қобигига кон қуйилиши
- йиринглаши
- перитонит
- кистама қобигининг ёрилиши

Тухумдон усмалари қуйидаги асоратларга олиб келиши мумкин.

1. Усма оёкчаларининг буралиши
2. Қобигининг ёрилиши
3. Йиринглаши
4. Усма тарқибининг сийдик пуфағи ёки тугри ичакка ёрилиши.

Усма оёкчаларининг буралиши купрок огир юк кутарганда ёки кескин ҳаракатда юзага келади. Бу асорат қизларда купрок кузатилади.



Тухумдон фибромаси – яхши сифатли усма булиб, строма каватидан усади.

Усманинг тузилиши

Усма юмалок ёки овалсимон шаклли булиб, бир томонлама ёки каттик юзаси силлик, тугунли булади. Усманинг ранги оқ, некроз вақтида бугик кизил рангда булади.

Усманинг улчамлари

Микроскопик ҳажмдан одам боши ҳажмигча булиши мумкин. Усманинг оёкчалари мавжуд булиб, усманинг буралишига ёрдам беради.

Клиника.

Фибром 40-50 ёшдагаларда купрок учрайди. Бу гуруҳ усмаларига асцитнинг юзага келиши характерли. Баъзан тухумдон фибромасида асцит билан биргаликда гидроторакс ва анемия (триада Мейгса)

Даволаш

Жарохлик усули билан усма олиб ташланади. Жаррохликдан сунг гидроторакс ва асцит уз-узидан йуколади.

Тухумдоннинг гормонал – актив усмаларига киради.

- гранулёз хужфйрали усма
- тека хужайрали усма
- арреноблатома
- бреннер усмаси

Учраши

Гормонал актив усмалар тухумдон чин усмаларининг уртача 8,9 % ини ташкил килади.

Гранулёз хужайрали усма (фолликулома)

Фолликуланинг гранулёз хужайрасидан дифференциялашган колдикоаридан юзага келиди. Усма гормонал актив характерга эга булиб, эстероген ишлаб чикаради. Усма сарик рангга эга. Кесмасида катакчасимон тузилиш куринади. Усма улчами микроскопик куринишидан $d=40$ см булиши мумкин. Морфологик текширганда эндометритда гиперпластик жараёнлар аникланади. (полиплар безли – кистозли гиперплазия, аденоматоз). Гранулёз хужфйрали усма яхши сифатли ёмон сифатли булиши мумкин.

Учраши

Гранулёзли усманинг ёмон сифатли усмага айланиши 4-25 % учрайди.

Клиникаси

Касалликнинг юзага чикиши гиперэстрогенияни даражаси ва аёлнинг ёшига боглик. Купинча кориннинг пастида огрик ва катталашуви кузатилади. Кизларда бу усма мавжуд булса, жинсий етилишнинг эрталиги, бачадон кон кетишлари, иккиламчи жинсий белгиларининг барвакт юзага келиши (ков усти ва култик остида тукларнинг усиши, сут безларининг катталашуви) кузатилади.

Диагностика.

Анамнез, клиник кечиши ва тухумдон усмасининг аникланишига асосланади. Гинекологик текширувда ташки жинсий органларда атрофия йуклиги, бачадоннинг биров катталашуви, бачадон ортиклари сохасида бир томонлама, эластик консистенцияли харакатчан хосила аникланади. Диагностика асосий кушимча усул биопсия олиш учун утказиладиган лапораскопия хисобланади. Якуний ташхис олинган усмани патоморфологик текширишдан сунг куйилади.

Даволаш

Ёш аёлларда яхши сифатли усмани олиб ташлаш ва кейинчалик беморни актив кузиташ билан олиб борилади. Пре ва постменопауза вактида бачадон

ортиклари билан олиб ташланади. Ёмон сифатли гранулёз хужайрали усмаларида ҳам бачадон ортиклари билан бирга чарви резекция килинади. Химия терепия (тиофосфамид) рақнинг III – IV стадиясида тавсия этилади.

Текома (Текохужайрали усма)

Тухумдонининг тека туқимасидан юзага келади ва эстероген ишлаб чиқарувчи усмалар каторига киради.

Учраши

Текома тухумдон барча усмаларининг 3,8% ташкил килади.

Клиника

Қасалликнинг кечиши гранулёз хужайрали усма клиник кечишидан қам фарқ килади. Текома қари қишиларда (60 ёш ва ундан юқори) учрайди. Усма асосан бир томонлама булади. Улчами қичкина улчамда, қақалок бошича булади. Усманинг шакли айлана овалсимон, қаттиқ қонсистенцияли булади. Бу усма учун қарактерли асцит, қайсиқим ёмон сифатли ва яхши сифатли қуринишда ҳам юзага келади. Ёмон сифатли кечиши ёшларда учрайди.

Диагностика.

Жаррохлик амалиети вақтида зудлик билан морфологик текширувнинг олиб борилиши усма қарактерини аниқлашда ҳамда операция ҳажмини белгилашда асосий аҳамиятга эга.

Даволаш

Яхши сифатли кечганда тека хужайрали усма бор бачадон ортиги олиб ташланади. Ёмон сифатли кечишида бачадон ортиклари билан олиб ташланади. Қупгина беморларда нур терапия рецидив беришни қамайтиради.

Бреннер усмаси.

Қам учраб қупинча бир томонлама одам бошича келади. Тарқиб толасимон фибромадек, оқ қулангсимон рангда баъзида саргимтир булади.

Клиника.

Ёшларда ҳайз циклининг бузилиши қузатилади. Қарияларда метрорагия, барча ёшларда гирсутизм.

Даволаш

Жаррохлик – яхши сифатли усмаларни олиб ташлагандек, бажарилади.

Герминоген усмалар.

Тухумдон тератомалари.

Тухумдон дермоид кистаси етилган тератомага кириб тухумдон усмалари ичида 8 % ни ташкил килади. Дермоид киста бир томонлама баъзида иккитомонлама кулранг окимтир рангли юзаси силлик, буралиш учун кулай шароит яратувчи узун оёкчаларига эга. Шу хисобдан шуда ҳам ҳаракатчан. Дермоид кисталарнинг этиопатогенези ҳозирги кунгача аниқланган эмас. 20-40 ёшдагиларда бу усма купрок учрайди.

Клиника.

Беморнинг умумий ахволи камдан кам узгаради. Баъзида усманинг ҳажми катта булганда, кориннинг пастки қисмида оғрик ва оғирлик ҳисси булади.

Диагностика.

Киста секин усади. Жуда катталашмайди, пальпацияда эластик консистенция қайсиқим кейинчалик каттик консистенция билан алмашинади. Дермоид кистанинг таркибида ёғ, соч толалари, кузнинг бошлангич ҳосиласи булади. Ички юзаси силлик, маълум жойида паренхиматоз думбокча кузатилиб, баъзида етилган туқима ва рудимент органлар тиш, суяк ва х.к булади. Каттик баъзида жойларда гиалин бириктирувчи туқимадан иборат. Кистанинг ички юзаси баъзида эпителийдан иборат булмаслиги мумкин, баъзида цилиндрик хилпилловчи эпителий билан копланган булади. Бош думбокча сочли тери ва ёғ безлари билан ёпилган булади. Тери остида ёғ қатлами ва турли хил тугалланган каттик бириктирувчи туқима жойлашган. Етилмаган тератома етилганига нисбатан паст дифференциялашган элементлар борлиги билан характерланади. Етилмаганлари бошқача тератобластомага утиш ҳолати деб қаралса ҳам булади. Бу ёмон сифатлига утиши осонрок.

Бачадон олдинда жойлашган тухумдон кистаси дермоид киста ҳақида маълумот беради.

Даволаш.

Жаррохлик усули билан олиб борилади. Бемор ёш булса, тез-тез қайталаниши ёмон сифатлига айланиши, тухумдон резекцияси соғ туқимани максимал саклаган ҳолда қилинади.

Оқибати.

Яхши 0,4-1,7 %дагина ёмон сифатлига айланиши мумкин.

Тухумдон тератобластомаси.

Болалар ва усмирларда купрок усрайди. Тухумдон ёмон сифатли усмаларининг 2,5 % ни ташкил килади. Тератобластома кон томирлар билан жуда куп таъминлангани туфайли усма кобиги остида тез-тез кон куйилишлар учраб туради.

Клиника.

Тератобластома астеник гавда тузилишли кизларда купрок учрайди. Бемор шикоятда касалликни асосий белгисини аниклаб булмайди. Кичик чанок пальпациясида харакатчан усмасимон хосила аникланади. Баъзида усма оёкчаларининг буралишида усма кобиги ёрилиши мумкин.

Тузилиши.

Тератобластома каттик, бир хил булмаган консистенцияли тугунсимон юзага эга. Касаллик утказиб юбоилган боскичларида асцит келиб чикиши мумкин.

Даволаш.

Хирургик кин устидан – бачадон ортикларини олиб ташлаш, катта чарви резекцияси.

Мавзу №113: “Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич.	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади.	оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
10 дақиқа	1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	
2-босқич.	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади.	Жавоб берадилар Ёзадилар.
20 дақиқа	2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради	
40 дақиқа	ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни қўроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№113 мотивация. (Мавзу баёни) Тухумдон яхши сифат ўсма касалликлари.

Киста бу – патологик бушлик булиб, бирор бир махсулот билан тулган булиб, суюклик секретияси тухташи ёки меъеридан ошиши натижасида юзага келади.

Классификациялари

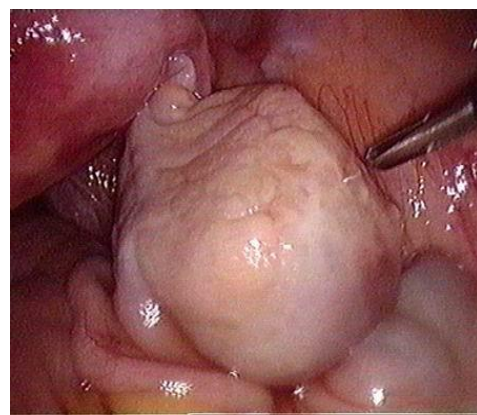
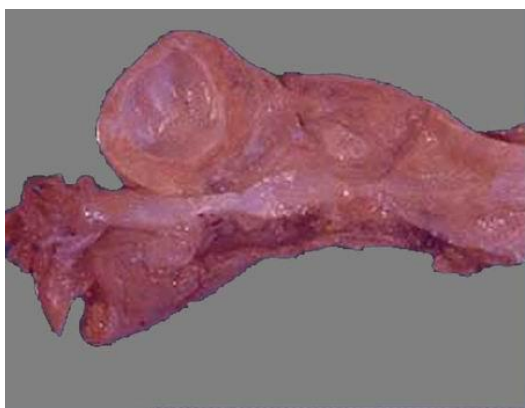
- Пфанштиль
- Майер
- Кивши
- Вальдер
- Шредер

Учраши

Усмасимон хосилалар 34% учрайди, тухумдонларнинг син усмалари эса 66% холларда учрайди.

Одий кисталар олдин мавжуд булган бушликда суюклик тулланиши натижасида юзага келади. Тухумдонларнинг пустлок каватида фолликуляр киста, сарик тана кистаси учраса, мия каватида- эмбрионал колдиклардан (мия тукумалари ва каналчалар) ривожланган киста учрайди.

Фолликуляр киста – нисбатан куп учрайди, барча усма ва усмасимон хосилаларнинг 30% ини ташкил этади. Бу хосила: улчами кичик, бир томонлама, бир камерали, юпка деворли. Етилаётган фолликуллардан барча ривожланиш боскичларида ёки атрезиядан (5-6 см диаметрли) ривожланади.



Патогенези

Тухумдонларнинг эстроген функцияси пасайиши ва гонадотроп гормонлар микдорининг ошиши билан боглик булиши мумкин. Бунда ЛГ ва ФСГ лар нисбати узгайиб, улар ошади. Бу кисталар секин катталашади, суюклик тулиши трансфузия окибатида руй беради.

Клиника

Ановуляция

Фолликул персистенцияси даври. Асоратланмаган фолликуляр киста кичик улчамли, одатда симптомсиз, купинча гинекологик текширувларда аникланади.

Бимануал текширганда унга ёки чапда бачадон ортиклари соҳасида каттик пластик консистенцияли, силлик юзали, нисбатан катта булмаган ва пальпацияда огриксиз булган ҳосила аникланади. Шикоятлар факатгина киста оёкчасининг буралиши ёки қушни органлар қисилишида пайдо булади. Шунда беморлар бел соҳасида огрикларнинг қучайиши, қорин пастида огирлик ҳисси, дизурик ҳолатларни шикоят қиладилар. Тугиш функцияси бузилмаган.

Диагностика

- Бимануал текшириш
- Лапароскопия
- Сонография
- Эхография

Даволаш – хирургик. Аёл репродуктив хусусиятини сақлаш мақсадида тухумдон соғ туқимасини сақлаган ҳолда кистани ажратиб олиш операцияси бажарилади. Усишга мойил бўлса ёки оёкчаси буралса (7-8%) тухумдоннинг понасимон резекцияси бажарилади.

Сарик тана кистаси

Учраши:

Нисбатан кам учрайди 2-5%.

Улчамлари:

Купинча товук тухумидек булади.



Этиопатогенез.

- Хомиладорлик
- Тез-тез яллигланиш жараёнлари

Патогенез

Овуляциядан кейин фолликул бушлиги ёпишмайди ва тулик лютеин хужайралари билан тулмайди. Бушлик колдиги колиб, сероз суюклик билан кенгаяди. Киста девори бир неча каватдан иборат. Тузилиши жихатидан бу хужайралар сарик тана лютеин хужайраларидан фарк килмайди. Киста усиб бориши билан бирга лютеин хужайраларининг ва ички девор кистоз элементларининг атрофияси юзага келади. Сарик тана кистаси гормонал актив эмас.

Клиника ва диагностика

Сарик тана кистаси диаметри 3-4 см. дан ошмайди, силлик юзали ва эластик консистенцияга эга. Беморлар одатда шикоят килмайдилар ва гинекологик текширувларда аникланади.

Диф. диагностика

Сарик тана кистасини тухумдоннинг хакикий усмаси-кистомадан фарклаш лозим. Кистага кичик улчамлар, менструал циклнинг иккинчи фазасида пайдо булиш ёки катталашиш хос.

Даволаш

Сарик тана кистасига шубха пайдо булганда оператив аралашув билан шошмаслик керак. Бундай бемор диспансер кузатувига мухтож: ҳар 11-12 ойда қайта куриклар утказилиши лозим. Агар орқага ривожланиш кузатилмаса ёки узишга мойиллиги булса, тухумдоннинг киста билан бирга резекцияси бажарилади.

Окибати: яхши.

Текалютеин кисталар

Трофобластик касаллик-елбугоз ва хорионэпителиомага хос.

Кистоз хосилалар иккала тухумдонда ЛГ сакловчи ХГ таъсирида ривожланади.

Даволаш

Оператив даволаб булмайди, чунки 1-3 ойдан сунг қайта ривожланиши эҳтимоли юкори.

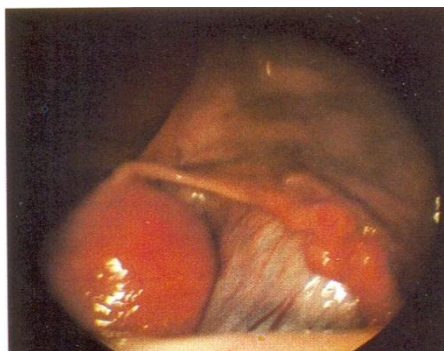
Пароовариал киста

Тухумдон усти ортиги кисталари Вольфов йули колдикларидан ривожланади. Пароовариал киста махсулоти тиник, суюк, оксили кам, муцини йук. Кисталар ҳажми турлича-бир неча см.дан чакалок боши улчамларидек булиши мумкин.бу кисталар шакллари:

- Шарсимон
- Овал

Клиника

Кичик улчамли киста деярли безовта килмайди. Беморлар шикоят килмайди, менструал функция бузилмаган. Нисбатан катта улчамларда қушни органлар кисилиши га хос ва қупинча дизурик ҳолатлар симптомлари юзага келади.



Диагностика

Бимануал текширганда чегараланган, харакатчан булган кистоз хосила аникланади. Кистанинг пастки полюсида каттик хосила тухумдон палпацияланади.

Даволаш

Оператив- кистани олиб ташлаш

Окибати: яхши.

Тухумдонлар усмалари. Тухумдонларнинг эпителиал яхши сифатли усмалари.

Эпителиал яхши сифатли тухумдон усмаларининг катта кисмини кистомалар ташкил этади.

Кистома- тухумдоннинг чин усмаси булиб, тез усиш характериға эға.

Тухумдон кистомалари 2 катта гурухға булинади:

3. Сероз

4. Муциноз

Сероз кистомалар (цилиоэпителиал кистомалар).

Сероз кистоманинг фаркли томони бу коповчи эпителийдир. Тузилиши жихатдан сероз кистомалар эпителийси тухумдоннинг юза ёки най эпителийсига ухшаш. Барча холларда хилпилловчи эпителий топилади. Кистомалар купинча бир томонлама ва бир камерали булади. Улар катталиги хар хил: диаметри бир неча см. дан 30 см гача етиши мумкин.

Кистома махсулоти сомон рангли сероз суюкликни ташкил этади.

Оддий сероз киста



Клиникаси

Купинча 45 ёшда учрайди. Огриклар одатда кориннинг пастки қисмларида ва белда булади. Усма гормонал активликка эга эмас, менструал цикл бузилмаган. Усманинг катта улчамларида ёки бойламлараро жойлашганда дизурик ҳолатлар баъзан асцит ривожланади.

Пролиферацияланадиган сероз кистома купинча 48 ёшда аникланади. Кистомалар одатда 2 томонлама бўлиб, асцит билан бирга келади.

Диагностика

Бимануал текширганда бойламлараро жойлашган, чегараланган ҳаракатчан, кистасимон ҳосила сезилади. Кистанинг пастки қисмида каттик ҳосила (тухумдон) пальпацияланади.

Даволаш

Жаррохлик усули – кистани олиб ташлаш.

Оқибати

Яхши тула тузалади.

Тухумдон усмалари. Тухумдоннинг яхши сифатли эпителиал усмалари.

Тухумдоннинг яхши сифатли эпителиал усмаларини асосий гуруҳини кистомалар ташкил қилади.

Кистома – тухумдоннинг чин усмаси бўлиб, тез усиш билан характерланади.

Тухумдон кистомаси 2 та катта гуруҳга бўлинади.

1 Сероз.

2 Муциноз.

Сероз кистомалар (цилио эпителиал кистомалар)

Сероз кистоманинг эпителийсининг тузилиши тухумдон юзи эпителийси ёки бачадон найлари эпителийси тузилишини эслатади. Деярли ҳамма вақт хилпилловчи хужайралари аникланади. Кистомалар купинча бир

томонлама ва бир камерали булади. Уларнинг катталиги турлича: бир неча см дан 30 см гача ва диаметри ундан хам каттарок булади.

Кистома таркибида сомон рангли сероз суюклик саклайди.

Оддий сероз кистома.

Оддий сероз кистома 45 ёшдагиларда учрайди. Купинча кориннинг пастки қисмида ва белда огрик кузатилади. Усма гормонал активликка эга эмас, хайз цикли узгармаган булади. Усманинг катта хажмдилари ёки бойламлар аро жойлашган усмалар дизурия ёки асцитга олиб келиши мумкин. Пролиферацияланган серозли кистома 48 ёшдагиларда учрайди. Кистома купрок икки томонлама булади ва асцитнинг келиб чиқишига сабаб булади. Бу кистомалар ВОЗ классификациясига кура яхши сифатли ва ёмон сифатли усмалар орасида чегара ҳисобланади. Микроскопик текширганда эпителийнинг куп фазали пролиферацияси асосий белги бўлиб ҳисобланади. Бу кистомалар тухумдоннинг рак олди касаллиги ҳисобланади. Пролиферацияловчи сероз кистоманинг ёмон сифатлига утиши ҳар икки беморнинг бирида кузатилади.

Муциноз кистомалар.

Муциноз кистома тухумдоннинг яхши сифатли усмаси бўлиб, сероз кистоммага нисбатан купрок учрайди. Бу турдага кистома барча ёшдаги аёлларга учраши мумкин. Купрок 50 ёшдаги аёлларда. Бу турдаги кистома эпителийси бачадон буйни канали эпителийсига ухшайди.

Псевдамуцинозли кистома.

Бу кистомалар купкамерали ва айлана ёки овалсимон шаклли, юзаси тугунсимон гадир-будир ичида ичида киз кисталар жойлашган эластик консистенцияли, купинча бир томонлама булади устида центрифигурасимон булади. Бу усмалар тез усади ва катта хажмга етади. Киста таркиби шилликсимон бўлиб, таркиби глюкопротеидлардан иборат.

Клиникаси ва диагностика

Псевдомуциноз кистомаси бор беморлар кистома маълум улчамга етгандан сунг корин пасткида огирлик ҳиссини сезади. Бимануал курикда эластик консистентцияли маълум хажмга эга овалсимон ҳосила аникланади. Асцит камдан кам юзага келади.

Пролиферацияловчи псевдомуцинозли кистома.

Бунга рақ олди жарфён деб қараш мумкин. Усма қуп камерали ташқи юзаси силлиқ ички томондан сургичсимон усьш қузатилади. Қистоманинг бу қуринишини клиник кечиши оддий псевдомуциноз қистомадан қам фарқ қилади. Псевдомуциноз қистома ёмон сифатлига утиши ҳар 3 беморнинг бирида қузатилади.

Тузилиши фарқланади:

3. Анатомиқ.
4. Усманинг хирургик оёқчаси.

Клиника

Клиникаси намоён булиши қупроқ усма оёқчаларининг қисман ёқи тула буралиши билан боғлиқ. Қистома оёқчасининг тулиқ (180^0 дан ортиқ) буралиши усманинг қон билан таъминланиши ва озикланишининг қескин бузилишига олиб қелади. Бу уткир қорин симптомини намоён қилинади:

- уткир оғриқ
- қунғил айнаш
- қусиш
- ҳарорат қутарилиши
- пульснинг тезлашиши
- қорин олд девори мушакларининг таранглашуви – Щёткин – Блюмберг симптомининг мусбат булиши

Диагностика

Гинекологик текширувда бачадон ортиқлари соҳасида усма аниқланади. Силжитганда оғриқли. Усма оёқчалари қисман буралганда клиник белгилар қам намоён булади.

Даволаш.

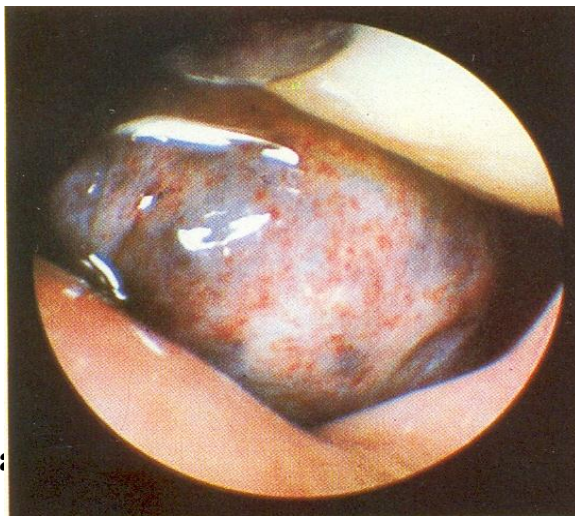
Усма оёқчаси қисман ёқи тула буралганида жаррохлиқ қулланилади. Жаррохлиқ амалиёти кечиктирилганда қуйидаги ҳолатлар қелиб қикиши мумкин:

- усма некрози
- усма қобиғига қон қуйилиши
- йиринглаши
- перитонит
- қистома қобигининг ёрилиши

Тухумдон усмалари қуйидаги асоратларга олиб қелиши мумкин.

5. Усма оёқчаларининг буралиши
6. Қобигининг ёрилиши
7. Йиринглаши

8. Усма таркибининг сийдик пуфаги ёки тугри ичакка ёрилиши. Усма оёкчаларининг буралиши купрок огир юк кутарганда ёки кескин харакатда юзага келади. Бу асорат кизларда купрок кузатилади.



Тухумдон фибром:

ома каватидан усади.

Усманинг тузилиши

Усма юмалок ёки овалсимон шаклли булиб, бир томонлама ёки каттик юзаси силлик, тугунли булади. Усманинг ранги ок, некроз вактида бугик кизил рангда булади.

Усманинг улчамлари

Микроскопик хажмдан одам боши хажмигча булиши мумкин. Усманинг оёкчалари мавжуд булиб, усманинг буралишига ёрдам беради.

Клиника.

Фибром 40-50 ёшдагаларда купрок учрайди. Бу гурух усмаларига асцитнинг юзага келиши характерли. Баъзан тухумдон фибромасида асцит билан биргаликда гидроторакс ва анемия (триада Мейгса)

Даволаш

Жарохлик усули билан усма олиб ташланади. Жаррохликдан сунг гидроторакс ва асцит уз-уздан йуколади.

Тухумдоннинг гормонал – актив усмаларига киради.

- гранулёз хужфйрали усма
- тека хужайрали усма
- арреноблатома
- бреннер усмаси

Учраши

Гормонал актив усмалар тухумдон чин усмаларининг уртача 8,9 % ини ташкил килади.

Гранулёз хужайрали усма (фолликулома)

Фолликуланинг гранулёз хужайрасидан дифференциялашган колдикоаридан юзага келиди. Усма гормонал актив характерга эга булиб, эстероген ишлаб чикаради. Усма сарик рангга эга. Кесмасида катакчасимон тузилиш куринади. Усма улчами микроскопик куринишидан $d=40$ см булиши мумкин. Морфологик текширганда эндометритда гиперпластик жараёнлар аникланади. (полиплар безли – кистозли гиперплазия, аденоматоз). Гранулёз хужайрали усма яхши сифатли ёмон сифатли булиши мумкин.

Учраши

Гранулёзли усманинг ёмон сифатли усмага айланиши 4-25 % учрайди.

Клиникаси

Касалликнинг юзага чикиши гиперэстрогенияни даражаси ва аёлнинг ёшига боғлиқ. Купинча кориннинг пастида огрик ва катталашуви кузатилади. Кизларда бу усма мавжуд булса, жинсий етилишнинг эрталиги, бачадон кон кетишлари, иккиламчи жинсий белгиларининг барвакт юзага келиши (ков усти ва култик остида тукларнинг усиши, сут безларининг катталашуви) кузатилади.

Диагностика.

Анамнез, клиник кечиши ва тухумдон усмасининг аникланишига асосланади. Гинекологик текширувда ташки жинсий органларда атрофия йуклиги, бачадоннинг биров катталашуви, бачадон ортиклари сохасида бир томонлама, эластик консистенцияли харакатчан хосила аникланади. Диагностика асосий кушимча усул биопсия олиш учун утказиладиган лапораскопия хисобланади. Якуний ташхис олинган усмани патоморфологик текширишдан сунг куйилади.

Даволаш

Ёш аёлларда яхши сифатли усмани олиб ташлаш ва кейинчалик беморни актив кузиташ билан олиб борилади. Пре ва постменопауза вактида бачадон ортиклари билан олиб ташланади. Ёмон сифатли гранулёз хужайрали усмаларида ҳам бачадон ортиклари билан бирга чарви резекция килинади. Химия терепия (тиофосфамид) раkning III – IV стадиясида тавсия этилади.

Текома (Текохужайрали усма)

Тухумдонининг тека тукумасидан юзага келади ва эстероген ишлаб чиқарувчи усмалар каторига киради.

Учраши

Текома тухумдон барча усмаларининг 3,8% ташкил килади.

Клиника

Касалликнинг кечиши гранулёз хужайрали усма клиник кечишидан кам фарк килади. Текома кари кишиларда (60 ёш ва ундан юкори) учрайди. Усма асосан бир томонлама булади. Улчами кичкина улчамда, чакалок бошича булади. Усманинг шакли айлана овалсимон, каттик консистенцияли булади. Бу усма учун характерли асцит, кайсиким ёмон сифатли ва яхши сифатли куринишда ҳам юзага келади. Ёмон сифатли кечиши ёшларда учрайди.

Диагностика.

Жаррохлик амалиети вақтида зудлик билан морфологик текширувнинг олиб борилиши усма характерини аниқлашда ҳамда операция хажмини белгилашда асосий аҳамиятга эга.

Даволаш

Яхши сифатли кечганда тека хужайрали усма бор бачадон ортиги олиб ташланади. Ёмон сифатли кечишида бачадон ортиклари билан олиб ташланади. Купгина беморларда нур терапия рецидив беришни камайтиради.

Бреннер усмаси.

Кам учраб купинча бир томонлама одам бошича келади. Таркиби толасимон фибромадек, ок кулрангсимон рангда баъзида саргимтир булади.

Клиника.

Ёшларда хайз циклининг бузилиши кузатилади. Карияларда метрорагия, барча ёшларда гирсутизм.

Даволаш

Жаррохлик – яхши сифатли усмаларни олиб ташлагандек, бажарилади.

Герминоген усмалар.

Тухумдон тератомалари.

Тухумдон дермоид кистаси етилган тератомага кириб тухумдон усмалари ичида 8 % ни ташкил килади. Дермоид киста бир томонлама баъзида

иккитомонлама кулранг окимтир рангли юзаси силлик, буралиш учун кулай шароит яратувчи узун оёкчаларига эга. Шу хисобдан шуда ҳам ҳаракатчан. Дермоид кисталарнинг этиопатогенези ҳозирги кунгача аниқланган эмас. 20-40 ёшдагиларда бу усма купрок учрайди.

Клиника.

Беморнинг умумий ахволи камдан кам узгаради. Баъзида усманинг ҳажми катта булганда, кориннинг пастки қисмида огрик ва огирлик ҳисси булади.

Диагностика.

Киста секин усади. Жуда катталашмайди, пальпацияда эластик консистенция қайсиқим кейинчалик каттик консистенция билан алмашинади. Дермоид кистанинг таркибида ёғ, соч толалари, кузнинг бошлангич ҳосиласи булади. Ички юзаси силлик, маълум жойида паренхиматоз думбокча кузатилиб, баъзида етилган туқима ва рудимент органлар тиш, суяк ва х.к булади. Каттик баъзида жойларда гиалин бириктирувчи туқимадан иборат. Кистанинг ички юзаси баъзида эпителийдан иборат булмаслиги мумкин, баъзида цилиндрик хилпилловчи эпителий билан копланган булади. Бош думбокча сочли тери ва ёғ безлари билан ёпилган булади. Тери остида ёғ қатлами ва турли хил тугалланган каттик бириктирувчи туқима жойлашган. Етилмаган тератома етилганига нисбатан паст дифференциялашган элементлар борлиги билан характерланади. Етилмаганлари бошқача тератобластомага утиш ҳолати деб қаралса ҳам булади. Бу ёмон сифатлига утиши осонрок.

Бачадон олдинда жойлашган тухумдон кистаси дермоид киста ҳақида маълумот беради.

Даволаш.

Жаррохлик усули билан олиб борилади. Бемор ёш булса, тез-тез қайталаниши ёмон сифатлига айланиши, тухумдон резекцияси соғ туқимани максимал саклаган ҳолда қилинади.

Оқибати.

Яхши 0,4-1,7 %дагина ёмон сифатлига айланиши мумкин.

Тухумдон тератобластомаси.

Болалар ва усмирларда купрок усрайди. Тухумдон ёмон сифатли усмаларининг 2,5 % ни ташкил қилади. Тератобластома қон томирлар билан жуда қў таъминлангани туфайли усма қобиғи остида тез-тез қон қуйилишлар учраб туради.

Клиника.

Тератобластома астеник гавда тузилишли кизларда купрок учрайди. Бемор шикоятда касалликни асосий белгисини аниклаб булмайд. Кичик чанок пальпациясида ҳаракатчан усмасимон ҳосила аникланади. Баъзида усма оёкчаларининг буралишида усма қобиғи ёрилиши мумкин.

Тузилиши.

Тератобластома каттик, бир хил булмаган консистенцияли тугунсимон юзага эга. Касаллик утказиб юбоилган боскичларида асцит келиб чиқиши мумкин.

Даволаш.

Хирургик кин устидан – бачадон ортикларини олиб ташлаш, катта қарви резекцияси.

Мавзу № 114: “Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари

принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№114 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликлари. Диагностикаси. Скрининг тушунчаси.

“Фон жараёнлари“ термини билан ўз вақтида ташхисланиши ва давоси ўсма касалликларининг олдини олиш тадбирларида муҳим бўғин

хисобланувчи, келтириб чиқарадиган сабаби ва морфологик кўриниши билан турлича бўлган ҳасталиклар бирлаштирилади. Эктоцервикс (бачадон бўйнининг қин қисми) қин шиллиқ қаватининг давоми бўлган, базал мембранада ётувчи кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Цервикал канални эса, бир қаватли цилиндрик эпителий қоплаб туради. Ташқи бўғиз соҳасида ясси эпителийни цилиндрик эпителийга ўтиш жойи – трансформация зонаси бўлиб, айниқса шу қисмда хужайраларнинг атипик трансформацияси кўпроқ содир бўлади.

Бошқа аъзоларга тарқалиш камайишга мойил эмаслиги туфайли, бачадон бўйни ва танаси фон ҳамда рак олди касалликлари долзарблигича қолмоқда. Репродуктив ёшдаги аёлларда учрайдиган гинекологик касалликларнинг 10 % дан 15 % гача бўлган қисмини бачадон бўйнининг хавфсиз (ўсма бўлмаган) жараёнлари ташкил этади.

Бачадон бўйнида морфологик ўзгаришлар касаллик клиник белгилари юзага чиқишидан анча эртароқ содир бўлиши бизга маълум, бунинг натижасида эса, 75 % беморларда бачадон бўйни ўсмаси касаллигининг 2 - ва бошқа кечки босқичларида ташхисланади.

Бачадон бўйни фон ҳамда рак олди касалликларининг таснифи (Бохман Я.В. бўйича):

Клиник – морфологик таснифга кўра, бачадон бўйни ҳасталиклари фон, рак олди ва ўсма касалликларига ажратилади.

I Фон жараёнлари

- 1 бачадон бўйни эрозияси
 - туғма
 - чин
 - псевдоэрозия
- 2 лейкоплакия
 - оддий
 - бачадон бўйнининг эрозияси билан бирга учрайдиган кучли лейкоплакия
 - шакли ўзгарган бачадон бўйнининг даги кучли лейкоплакия
- 3 бачадон бўйни эктропиони
- 4 эритроплакия

5 бачадон бўйни полипи

II Рак олди ҳолатлари

- 1 дисплазия (цервикальная интраэпителиальная неоплазия – CIN)
- 2 хужайралар атипияси билан кечадиган лейкоплакия

III Бачадон бўйни раки(преинвазив, микроинвазив, инвазив)

CIN - Cervikal Intraepithelial Neoplasia - цервикальная интраэпителиальная неоплазия, дисплазия сўзининг синоними ҳисобланади.

Бачадон бўйни фон ҳамда рак олди касалликлари келиб чиқишида хавф омиллар:

I. Экзоген омиллар

- шикаст
- вирус, хламидия, микоплазма чақирган яллиғланиш жараёнлари
- контрацепция ва даво мақсадида қўлланиладиган кимёвий ва физик омиллар

II. Эндоген омиллар

- ёшга боғлиқ гормонал ўзгаришлар
- ички секреция безлари касалликлари
- иммунологик ҳолатнинг сусайиши

III. Ижтимоий омиллар

- жинсий ҳаётни эрта бошлаш
- 18 ёшгача эрта 1- ҳомиладорлик
- жинсий ҳамкорларни тез-тез алмаштириш
- эрта бошланган жинсий ҳаёт ва паст ижтимоий даражада туғруқлар сони кўплиги

Бачадон бўйнида учрайдиган касалликларни ташхислашда гинекологик, кольпоскопик, цитологик ва гистологик текширувлар қўлланилади.

Бачадон бўйни туғма эрозияси цилиндрик эпителийнинг ташқи бўғиз чегарасидан силжиши билан характерланади.

Ташхислаш: бачадон бўйнини кўзгуда кўрганда ёрқин қизил рангли, юзаси силлиқ, цервикал каналдан ажраладиган патологик ажралмалар

белгиларисиз. Кольпоскопияда яллиғланиш симптомлари (гиперемия, шиш ва ҳ.к.) аниқланмайди.

Даволаш: малигнизацияга мойиллиги йўқ, цилиндрик эпителий эктоцервиксдан эндоцервиксга дистонияси тўхтайди ва бу одатда даволамаганда ҳам орқага қайтади.

Бачадон бўйни чин эрозияси эктоцервикс кўп қаватли ясси эпителийсининг шикастланиши ва бунинг оқибатидаги десквамацияси (кўчиши) билан кечадиган орттирилган жараён, яллиғланган жароҳатли юза.

Ташхислаш: кўзгуда кўрик, кольпоскопия.

Чин эрозия одатда орқа лабда жойлашади, ёрқин қизил рангли, ноаниқ шаклли бўлиб, цервикал каналдан шиллиқ – йирингли ажралмалар келади. 1-2 ҳафта кузатилиб, кейин псевдоэрозияга ўтади. Кольпоскопия ва микроскопик текширувда яллиғланиш белгилари аниқланади.

Микроскопия ва цервикал каналдан бактериологик экма олиш яллиғланиш реакцияси кўзгатувчиси хусусиятини билиш ва кейинчалик тўғри даवони танлаш мақсадида ўтказилади.

Псевдоэрозия чин эрозия негизда патологик жараённинг ривожланишидан келиб чиқади. Эктоцервикснинг емирилган юзасига эндоцервикс цилиндрик эпителийси ўсиб келади. Цилиндрик эпителий бачадон бўйнинига чуқур ўсиб кириб, тармоқланган йўллар ва секрет ишлаб чиқарувчи кўплаб кисталар ҳосил қилади.

Мазкур ҳасталик клиник кўриниши учун (оқчил, оғрик, ҳайз фаолияти бузилиши ва ҳ. к. ларга) шикоят билдириш хос эмас, одатда бу эрозия ҳамда псевдоэрозия билан бирга келадиган бошқа (кольпит, сальпингоофарит, эндометрит каби) ёндош касалликларга боғлиқ бўлиб, ушбу касаллик асосан яққол ифодаланмаган белгиларсиз кечади.

Ташхислаш: кўзгуда кўрик, кольпоскопия. Псевдоэрозияларга турли ўлчам, нотўғри шакл, нотекис юза, қизил ранг, киста ва патологик ажралмалар хос бўлади. Касаллик узок кечганда, даводан етарлича самара бўлмаганда, рецидивларда, рак олди жараёнларига хос ўзгаришларни аниқлаш имконини берувчи кенгайтирилган кольпоскопияни қўллаш шарт. 5 % ли йод эритмаси билан ювгандан сўнг эрозия оч пушти, энди бошланаётган ўчоқлар – сариқ, атипик жараёнли соҳалар – оқ тусли кўринади. Шубҳали деб ҳисобланган соҳаларда мўлжалли биопсия бажарилади.

Даволаш касаллик ривожланишига олиб келган ёндош ҳасталиклар (кольпит, эндометрит, сальпиногоофарит, эктропион, эндокрин бузилишлар) ни даволаш билан бирга олиб борилади. Қўзғатувчи хусусияти сезгирлигини аниқлаш учун бактериал экма, ИФА, ПЦР синамалари ёрдамида аниқланади ва қўзғатувчи турига қараб даво ўтказилади.

Даво усули – инфекция турини ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапия ва суртмали тампон ёки қин шамчаларини қўллаш билан маҳаллий даво.

Даволашнинг бошқа усули атроф тўқималарга салбий таъсир кўрсатмайдиган куйдирувчи воситалар(ваготил, солковагин)ни қўллаш билан боғлиқ. Шунингдек, яққол дисплазия ва малигнизацияни инкор этиш учун кенгайтирилган кольпоскопиядан сўнг электрокоагуляция (диатермокоагуляция), криокоагуляция, лазеровапоризация қўлланилади. Санаб ўтилган даво усуллари қўлланилгач, аёл диспансер назоратида бўлади.

Лейкоплакия (грек. ”оқ доғ”) маълум соҳа қон томирлари атрофида лимфогистиоцитар инфильтрат шаклланиши билан кўп қаватли ясси эпителийнинг турли даражадаги мугузланиши кечадиган ўчоқли жараённи ифодалайди.

Клиник манзараси ноаниқ, одатда белгисиз кечади ва кўпинча профилактик кўрикда аниқланади.

Ташхислаш: кўзгуда кўрик, оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия, хужайра атипиясини аниқлаш мақсадида цитологик текширув. Кўрикда лейкоплакия яққол ифодаланган клиник шаклда, фақат кольпоскопик аниқланадиган ёки оддий кўз билан қараганда эктоцервиксда бўртиб турган пиллакчалардек кўринишда бўлиши мумкин.

Кольпоскопик йоднегатив соҳа силлиқ ёки ғадир-будир юзали оқиш ялтироқ пардадек кўринади (манфий Шиллер синамаси). Биопсияда цервикал канал шиллиқ қаватини диагностик қириш билан бир вақтда кенг ўчоқ кесиб олинади.

Даволаш лейкоплакия тури, ўлчами, шунингдек пациент ёши ва репродуктив фаолиятига боғлиқ равишда индивидуал. Эндоцервикс ҳолатини ҳисобга олиб, криодеструкция, лазер вапоризация, конизация ёки эксцизия амалиёти бажарилади. Яққол атипияда бачадон бўйни ампутацияси.

Эктропион (бачадон бўйни канали шиллиқ қавати тескари бўлиб қолиши) бачадон бўйни кўригида илгариги шикастлар ўрнида чандиклар,

бўйинчанинг (турли даражадаги) деформацияси, тескари ўгирилиб қолган шиллик қаватнинг ғадир-будир ёки силлик юзаси, кўпинча бачадон бўйни канали шиллик қавати бурмалари сифатида аниқланади.

Кенгайтирилган кольпоскопияни қўллаш тавсия этилади, бунда биопсияга кўрсатма бўлган патологик жараёнлар (псевдоэрозия, лейкоплакия ва ҳ. к.) аниқланади.

Даволаш:бачадон бўйни тузилишини коррекциялаш шарт. Сезиларли чандикли ўзгаришлар ва бачадон бўйнининг яққол деформациясида барча патологик жараёнлар(эндоцервицит, псевдоэрозия ва ҳ. к.)ни даволаб бўлгач, реконструктив-пластик амалиёт (Эмет амалиёти) бажарилади.

Эритроплакия (грек. қизил доғ). Макроскопик тўқ қизил рангли, юмалоқ ёки ноаниқ шаклли, ўзгармаган шиллик қават сатҳидан енгил кўтарилиб турадиган ҳосила. Эритроплакия асосан якка учрайди ва кичик ўлчамда бўлади.

Эритроплакиянинг қизил ранги юпқалашган эпителиал қаватдан томир тўрининг ёришиб кўринишидандир.

Текширув усулларига кольпоскопия, цитологик текширув ва биопсия киритилиши мумкин.

Даволаш:эритроплакия хирургик йўл (эксцизия) билан ёки унинг тўлиқ деструкциясини чақирувчи бошқа усуллар (диатермокоагуляция, криотерапия, лазер нурлари билан вапоризация) қўлланилиб даволанади.

Бачадон бўйни канали шиллик қавати полипи кенг тарқалган касалликлар жумласига киради. У бачадон бўйни хавфсиз патологик жараёнлари ичида дастлабки ўринлардан бирида туради.

Полиплар ташқи бўғиз соҳасида, эндоцервикс ўрта ёки юқори қисмида ривожланади. Энг кўп 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Полипларгагина хос клиник белгилар мавжуд эмас.

Ташхислаш: цервикал канал шиллик қавати полипларини аниқлаш муаммо туғдирмайди. Улар бачадон бўйни кўригида, кольпоскопия ва цервикоскопияда топилади.

Даволаш полипни олиб ташлагандан кейин цервикал канал ва эндометрийни қиришдан иборат. Полиплар оёқчаси асосини айлантириш ва сўнг коагуляция қилиш билан олиб ташланади. Гинекологик касаллиларни ва

эндокрин бузилишларни ўз вақтида даволаш, бачадон бўйни полипларининг профилактикасида муҳим.

Бачадон бўйни рак олди касалликлари

Бу гуруҳга кўпинча дисплазия фонида, баъзан ўзгармаган бачадон бўйнида ҳам учрайдиган касалликлар киради. Бу ҳолат асосини етилмаган метаплазия фонида кўп қаватли ясси эпителийнинг базал ва парабазал хужайраларининг пролиферация жараёни ва структур қайта қурилиши ташкил этади. Проллиферация жадаллиги, атипия борлиги ва эпителий қоплами зарарланиши чуқурлигига боғлиқ ҳолда 3 даража тафовут қилинади: энгил, ўрта ва оғир. Оғир дисплазияда эпителиал карцинома ривожланиши хавфи мавжуд.

Ташхислаш кольпоскоп ёрдамида кўрик, эпителиал хужайраларни цитологик текшириш, мўлжалли биопсия билан кенгайтирилган кольпоскопия, цервикал канал шиллиқ қаватини қиришдан иборат. Энг тўғри ташхис биоптатни гистологик текширув натижасида қўйилади.

Даволаш ёндош касалликлар(псевдоэрозия, лейкоплакия ва ҳ. к.)ни хусусиятларига, дисплазия шакли, ўзгаришнинг даражасига, пациент ёши ва репродуктив фаолияти қараб амалга оширилади.

Оғир дисплазияда радикал даво ўтказилади: лазеротерапия, криодеструкция, хирургик конизация, бачадон бўйнини конуссимон ёки понасимон кесиш ёки бачадон экстирпацияси амалиёти бажарилади.

Эндо метрийнинг фон ва раколди касалликлари

Гиперпластик жараёнлар гипофиз-гипоталамус-тухумдонлар тизимидаги бузилиш келтириб чиқарган мураккаб нейроэндокрин синдром сифатида кўрилади. Эндо метрий – гормонал таъсир интенсивлиги ва давомийлигига қарам нишон аъзодир.

Хавф омиллари:

- 1 Жинсий ҳаётнинг йўқлиги
- 2 бачадон миомаси
- 3 кеч менопауза
- 4 цитологиянинг эстроген тип
- 5 СКЯ
- 6 тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмалари (фолликулома, текома)
- 7 эндокрин бепуштлиқ
- 8 4000 г дан ортиқ вазнли ҳомила билан туғруқ

- 9 семизлик (эндометрийда ёғдан эстрол эстриолга айланади ва эстроген рецепторни
- 10 қандли диабет
- 11 генетик мойиллик

Эндометрийнинг фон ва раколди ҳолатлари (Бохман Я.В.1989)

1. эндометрий гиперплазияси
 - безли диффуз
 - безли ўчоқли
 - безли кистоз
2. полипоз
 - безли
 - безли – фиброз
 - безли - кистоз
 - ангиоматоз
 - фиброматоз
3. аденоматоз (атипик гиперплазия)

Эндометрийнинг раколди касалликлари

1. Атипик гиперплазия
2. Климактерик даврда ва менопаузада рецидивланувчи полиплар
3. 2 – 3 ойлик гормонал давога бўйсунмайдиган гиперплазия

Клиник манзарасиасосан ҳайз тутилишидан кейинги дисфункционал(ановулятор) бачадон ичи қон кетиши. Қон кетишлари одатда давомли, сезиларли ёки кўп, профуз, баъзан ҳайзлараро қонли ажралмалар кўринишида бўлади

Ташхислаш мақсадида бачадон танаси шиллиқ қаватини диагностик қириш ва материални гистологик текшириш кенг қўлланилади. Эндометрийни қириш кутилаётган ҳайз арафасида ёки қонли ажралмалар келиши бошланиши билан бажарилиши зарур. Давони назорат қилиш, шунингдек аёлни скрининг текшириш (диспансеризация) тартибида аспирация йўли билан олинган бачадон ичи сақланмасини цитологик усул текшируви қўлланилади. Аспирация ҳайз циклининг 2-ярмида асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда амалга оширилади.

Гиперпластик жараёнларни айниқса профилактик кўрикларда (диспансеризация) топишга, эхосигналлар хусусиятига қараб эндометрий гиперплазиясини аниқлаш имконини берадиган УТТ қўл келади.

Гистероскопиянинг диагностик аҳамияти юқори. Усул гиперплазияни калинлашган, ним пушти ёки қизил рангли эндометрий юзаси нотекис бурмали кўринишда аниқлаш имконини беради.

Эндометрийда гиперпластик жараёнларни даволашда кўпгина омиллар ҳисобга олинади, яъни беморни ёши, гиперплазия сабаби ва ушбу патологияни хусусияти, клиник кўринишлари, у ёки бу даволаш усулларига қарши кўрсаткичлар, даво препаратларини кўтара олиши, ёндош экстрагенитал ва гинекологик касалликлар.

Даволаш. Репродуктив ёшдаги аёлларда эндометрия гиперплазиясини гормонал даволаш эстроген-гестаген препаратларни қўллаб олиб борилади (регивидон, регулон, марвелон, новинет ва бошқалар) ёки гестагенлар (норколут, дюфастон, 17-ОПК ва бошқалар). Гормонал даво давомийлиги гиперпластик жараённи хусусиятини ҳисобга олиб белгиланади. Без-кистоз гиперплазиясида эстроген-гестаген препаратлар циклик режимда (циклни 5-кундан, 25- кунигача) 3-4 ой давомида, рецидивловчи гиперплазияда 6-8 ой (шу режимда).

Пре и перименопаузал ёшдаги аёлларга гестагенлардан норколут ҳайз циклининг 5-10мг 5-кундан 25-кунигача ёки 16-кундан 25-кунигача. 17-ОПК - 250 мг ҳайз циклининг 14- ёки 21-ёки ҳафтада 2 марта.

Ҳайз циклини сусайтириш учун Сустанон - 250; Омиадрен-250;

Рецидивланувчи без-кистоз гиперплазияларда жарроҳлик усуллари афзалроқ, эндометрий рак олди ҳолатида (аденоматоз, аденоматоз полиплар), айниқса эндометрийнинг аденомиоз ва бачадон миомаси, тухумдонлардаги патологик жараёнларда.

Кейинги йилларда эндометриядаги гиперпластик жараёнларни олдини олиш ва даволаш учун гистерорезектоскоп ёрдамида абляция усули муваққиятли қўлланилмоқда.

Эндометрий полиплари эндометрий ўчоқли гиперплазиясини ифодалайди. Кўпинча улар эндометрийнинг гиперплазияланган базал қаватидан келиб чиқади. Эндометрий полипларининг қуйидаги шакллари тафовутлаш қабул қилинган:1) безли, базал қаватдан келиб чиққан; стромалар ва безлардан ташкил топган, ичи кенгайган бўлиши мумкин (без-

кистоз полип); 2) без-фиброзли полиплар, бириктирувчи тўқимали стромалардан ва чекланган сонли безлардан; 3) фиброзли полиплар - бириктирувчи тўқимали ҳосилалардан, кўп ҳолларда коллагенли; безлар жуда кам ёки йуқ. Репродуктив ёшдаги аёлларда полиплар безли тузилишга эга. Безларнинг интенсив пролиферациясида аденоматоз хусусиятга эга. Безларнинг интенсив пролиферациясида полиплар аденоматоз хусусиятга эга бўлишади.

Эндо метрий полипларини клиник кўриниши аёлларнинг ёшига, тухумдонларнинг гормонал ва репродуктив функциясига, ёндош касалликларнинг борлигига (бачадон миомаси, аденомиоз, бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликлари) боғлиқ.

Полипларнинг жуда кўп учрайдиган симптоми ҳайз циклининг бузилиши. Репродуктив ёшдаги аёлларда полипларда эндо метрийнинг нормал фаолияти фонида ҳайз цикли сақланган ҳолда, ҳайзлараро ва ҳайз олдида кам пушти ажралмалар кузатилади, шунингдек ҳайз қони миқдори ошади.

Ташхислаш. Эндо метрий полипига гумон қилинганда ташхислаш мақсадида УТТ, гистероскопия, гистерография, ³²P радиоизотоп текширувлари ўтказилади.

Даволаш. Гистероскоп назоратида кейинчалик бачадон танаси шиллик қаватини қириш бажарилади. Полипларни олиб ташлагандан кейин беморларни олиб бориш тактикаси эндо метрий тузилиши, хусусияти ва аёлда модда алмашинуви бузилиши касалликлари ҳисобга олиб белгиланади.

Амалий кўникмалар:

1. Кўзгуда кўрик
2. Бимануал кўрик
3. Папаниколау бўйича суртма олиш

Мавзу № 115: “Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида ҳамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм

	3.Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулоти)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида ҳамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида ҳамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида ҳамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида ҳамширалик жараёни. Скрининг тушунчасибилан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув

	хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутиладиган натижаларни эълон қилиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтилади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат маркази») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қўлланмалар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компютер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич.		

40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№115 мотивация. (Мавзу баёни) Аёллар жинсий аъзоларининг фон ва рак олди касалликларида хамширалик жараёни. Скрининг тушунчаси.

Рак олди касалликлар тушунчаси клиник ва морфологик белгилардан иборат. Кликлик белгилар – сурункали дистрофик процесслар, малигнизациялашга мойиллиги бор. Морфологик белгилар- эпителийнинг атипик узиши, учокли ноинвазив пролиферация, хужайра атипизми.

Лейкоплакия

Клиттор, кичик жинсий лаблар, оралик сохаси, кин ва бачадон буйнининг кин кисми сохасида учрайди. Макроскопияда – турли катталикидаги ок доглар. Микроскопия – эпителий апаптози ва

паракератози кузатилади. Клиника: кичиш кузатилади. Vitiligo дан фарки- ок доглар чегараси ноаникидир.

Кератоз

Кариликда учрайди. Ташки жинсий аъзолар бурма пергаментни эслатади.

Ostium vagina – атрофияга учрайди. Катта жинсий лабларда соч туклари тушади, ёг безлари атрофияланади.

- Лейкоплакиянинг ракка утиш эхтимоли камрок.
- Кератоз – тезда ракка утади.

ДАВОЛАШДА

Эрта аниклаш, симптоматик даво;

- Кейинги этапда **Биопсия** килинади,

вульвоэктомия.

Бачадон буйни эрозияси

«Эрозия» сузи лотин тилидан олинган булиб, erosio- юза шилиниш дейилади, яъни эпителиал копламнинг бутунлигининг бузилишидир.

Эрозия 3 га булинади:

1. Чин
2. Псевдоэрозия:
3. а) папилляр; б) фолликуляр
3. Тугма эрозия

Чин эрозия

Чин эрозия эпителиал копламсиз сохалар булиб, кушувчи тукумасида яллигланиш процесси булади. Стромаси- шишли, лейкоцитли, лимфоцитли инфильтрат, томирлари шишган, кон билан тулган.

Псевдоэрозия

Псевдоэрозия – ёки эрозиянинг 1 чи этап битишидир. Макроскопик курганда-

кинда кизил сохалар куринади. Микроскопик курганда – цилиндрикэпителий куринади. Папилляр псевдоэрозия- кушувчи тукумада сургичлар пайдо булган. Фолликуляр псевдоэрозияда – безлар тукума тубигача ушиб киради.

Бачадон буйни эрозияси битишининг 2- этапи ясси эпителийнинг битиши ва ovula Naboti нинг хосил булиши. Тугма эрозияда – яллигланиш процесслари булмайди.

Клиникаси

- Шиллик-йирингли окчил.
- Контакт кон кетишлар (кин оркали кур-ганда, жинсий хаётда).

Диагностикаси

1. Кин ойналарда курганда кизарган сохалар куринади.

2. Цитологик курилади.

3. Гистологик

4. Кольпоскопик биопсия

Даволашда даво чораларини олиб бориш:

1. Асосий касалликни даволанади.

2. Махаллий даво

3. Физиотерапевтик даво

4. Электрокоагуляция

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 коповчи эпителийнинг юпкаланиши булиб, бунинг натижасида кон томирларининг юза жойлашиб колиши ва кизил рангда булиши характерли.

5. Эндометрий гиперпластик жараенининг классификацияси?

Жавоб: 1) Эндометрийнинг безли гиперплазияси; 2) Безли-кистоз гиперплазия; 3) Эндометрийнинг атипик гиперплазияси; 4) эндометрий полипи.

6. Сут беи патологияси ривожланишида хавф омиллар

3. Мастопатия хакида тушунча.

5. Мавзу № 116: “Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли”

6. Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни

	чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, организер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

7.

8. Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

9.

№116 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон бўйни ва танаси раки. ОМХ роли

Бачадон бўйни раки – бачадон бўйнининг қин қисмидаги ясси, кўп қаватли эпителийдан ҳамда бачадон бўйни каналидаги безсимон эпителийдан ривожланади. Ясси хужайрали рак 94-95%, безсимон рак 4-6% беморларда аниқланади. Бачадон бўйни раки ривожланиши, ёш ҳамда ёши катта аёлларда бир ҳил учрайди. Ёш аёлларда бачадон бўйни раки метаплазия билан боғлиқ бўлган, узок муддат давом этган патологик пролиферация фонида ривожланади. Бу жараён атипик зона ҳосил бўлиши ва томирларининг атипияси билан кузатилади. Буни кольпоскопик текширувда аниқланади. Ёши катта аёлларда пролифератив жараён ва метаплазия кам ифодаланиб, рак чин эрозия, ҳар ҳил шаклдаги яралар кўринишида пайдо бўлади.

Ракнинг бошланғич шакллари (эпителиал карцинома, микрокарцинома) аниқлаш, раkning охирги босқичларига қарши курашишда катта аҳамиятга эга.

Бачадон бўйни раки бошланғич шакллари (эпителиал карцинома, микрокарцинома) аниқлаш, раkning охирги босқичларига қарши курашишда катта аҳамиятга эга. Дастлаб раки симптомсиз кечади. Энг дастлабки эрта белгиси контакт вақтидаги қонли ажралма ва оқчил ажралмаси ҳисобланади. Ажралмалар дастлаб сувсимон характерда, кейинчалик эса қон аралаш келади. Ташқи кўриниши гўшт ювиндисига ўхшаш, чирган ҳидли бўлади.

Рак олди касалликлари бачадон бўйни раки ривожланишида катта аҳамиятга эга. Дастлаб раки симптомсиз кечади. Энг дастлабки эрта белгиси контакт вақтидаги қонли ажралма ва оқчил ажралмаси ҳисобланади. Ажралмалар дастлаб сувсимон характерда, кейинчалик эса қон аралаш келади. Ташқи кўриниши гўшт ювиндисига ўхшаш, чирган ҳидли бўлади.

Жинсий алоқада, гинекологик кўзгу ва тампон теккизилганда, дефекацияда, жисмоний зўриқишда, йўталганда, кучанганда, оғир юк кўтарганда қонли ажралмалар келиши мумкин. Ўсманинг некрозланиши ва лимфатик томирларнинг емирилиши натижасида ажралмалар келади.

Рак жараёни кенг тарқалганда оғриқ синдроми кузатилади. Сабаби рак инфильтратлари нерв тугунларининг эзилишидан вужудга келади.

Кейинчалик жараён ривожланиши билан дизурик ва дефекация бузилиши белгилари кузатилади. Сийдик найининг эзилиши гидроуретрит ва гидронефроз ривожланишига олиб келади. Жараёнга сийдик пуфаги қўшилиши унинг шиллиқ қаватида дастлаб шиш, кейинчалик некроз ва оқма ҳосил бўлиши билан кузатилади. Энг кўп учрайдиган асорати сийдик чиқарув йўллари инфекцияси бўлиб ҳисобланади. Тўғри ичак зарарланганда эса ректо-вагинал оқмалар ривожланишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи узоқ муддат қониқарли бўлади. Касалликнинг ўртача давомийлиги – даволанмаса 2 йилга яқин. Беморлар уремия, перитонит, сепсис, кахексия ва қон кетишидан нобуд бўладилар.

Тарқалиш босқичлари:

0 босқич- преинвазив рак, базал мембрана эпителийсига ўсмаган;

I босқич - рак бачадон бўйни билан чегараланган ;

II босқич – рак бачадон бўйнидан ташқари сохаларни қоплайди:

а) параметрийнинг бир ёки икки томонлама зарарланиши, чанок деворларига ўтмаган (параметрал рак)

б) инфильтрация қиннинг 2/3 қисмида (қиндаги тури)

в) ўсманинг бачадон танасига ўтиши (бачадон тури)

III босқич – а) ўсма инфильтрати бир ёки иккала параметрийни зарарлантириши, инфильтратнинг кичик чанок деворларига ҳам ўтиши .

б) ўсма қиннинг пастки қисмларига тарқалади

в) чанок ва чов лимфа тугунларига чегараланган метастаз беради.

IV босқич - ўсманинг қовуққа , тўғри ичакка , бошқа аъзоларга метастаз бериши.

Ташхиси: анализ ва текширишларга асосланиб қўйилади.

Гинекологга мурожат қилган ҳар бир бемор қин кўзгулари билан текширилиши зарур. Дастлабки босқичларида бачадон бўйни эрозиясига ва қаттиқлашишига эътибор берилади, кейинчалик бачадон бўйнининг гулкарамга ўхшаб ўсганлиги аниқланади (экзофит шакли). Цервикал канал

ракида бачадон бўйни бочкасимон шаклда ва консистенцияси қаттиқ бўлади (эндофит шакли). Қаттиқлик, тузилма эластиклигининг йўқолиши, ғоваксимон ва текканда қонаши бачадон бўйни ракига хос.

Қин кўзгулари орқали бачадон бўйнига қаралганда эндо- ва экзофит шаклли ракка хос ўзгаришлар аниқланади. Жараённинг тарқалиш даражасини аниқлаш учун параметрий ва думғаза- бачадон бойламларини пайпаслаб кўриш керак.

Ташхисни тасдиқлаш учун қуйидаги усулларни қўллаш зарур.

Шиллер синамаси – пахтали тампон билан бачадон бўйни люголь эритмаси билан артилади. Ўзгармаган шиллик қават йоднинг гликоген билан бирикиши натижасида тўқ жигаррангга бўялади. Патологик ўзгарган соҳалар (псевдоэрозия, лейкоплакия, гиперкератоз) рак хужайралари люголь эритмаси билан бўялмайди ва чегараланган оқ доғ кўринади, холос.

Қин суртмасини гистологик текшириш

Қин орқа гумбази аспирацияси - тўмтоқ шпатель билан бачадон бўйни юзасидан қирма олиниб суртма тайёрланади. Босма суртма (буюм ойначаси бачадон бўйнига теккизиб олинади) қилиш ҳам мумкин, хужайра ва ядро полиморфизми, митознинг кўп миқдорда бўлиши, ядроларнинг бир текис бўлмаслиги (атипик хужайралар) раkning белгиси ҳисобланади.

Даволаш: 1-нчи босқичда - операция усули.

2-3 босқичда - комплекс нур ва кимётерапия.

4- босқичда – симптоматик даволаш.

Профилактикаси. Бачадон бўйни рак олди ва фон касалликларини эрта диагностика қилиш ва даволаш.

БАЧАДОН ТАНАСИНИНГ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Эндоетрийнинг патологик ҳолатлари фон жараёнлари (эндоетрий полиплари, безли гиперплазия) ва рак олди касалликлари (атипик гиперплазия) деб фарқланади.

Эндоетрий рак олди касаллиги хужайра элементлари атипияси, уларнинг полиморфизми билан ифодаланади. Эндоетрийнинг рак олди ўзгаришлари қуйидаги термин билан таърифланади: «атипик безли гиперплазия», «аденоматоз», аденоматоз гиперплазия, «преинвазив рак».

Рак олди гиперпластик жараёнлари 10% беморларда эндоетрий ракига ўтиши (турли муаллифлар бўйича 2% дан 50%гача), баъзан узок вақт персистенцияси, баъзан эса сўрилиб кетиши мумкин.

Г.М. Савельева ва В.Н. Серов (1980) эндоетрийнинг рак олди клиник-морфологик таснифини тавсия этишган, унга қуйидагилар киради:

- ҳар қандай ёшдаги аденоматоз ва аденоматоз полиплар.
- ҳар қандай ёшдаги гипоталамус ва нейроэндокрин бузилишлари билан эндоетрийнинг безли гиперплазияси.
- асосан менопауза ва кейинги даврлардаги такрорланувчи эндоетрийнинг безли гиперплазияси.

Эндоетрийни кириб тозалагандан сўнг такрорланадиган безли гиперплазия ва гормонотерапияга сезгир бўлган гиперпластик жараёнлар ҳам эндоетрийнинг раколди касаллиги бўлиб ҳисобланади.

Гиперпластик жараёнлар малигнизацияси хавфи метаболик бузилишлар бўлган семириш, углевод ва липид алмашинуви бузилишлари, гепатобилиар тизим ва меъда-ичак йўли фаолияти бузилишларига олиб боради.

Этиологияси: Гиперэстрогения, семириш, гипергликемия.

Клиникаси: Эндоетрий рак олди касаллиги бўлган беморлар кўп ҳолларда ҳеч нимадан шикоят қилмайдилар. Кўпинча касаллик бачадон бўйни полипи, миома ва бошқа патологиялар туфайли диагностик қириш вақтида аниқланади.

Турли шаклдаги гиперпластик жараёнларнинг симптомлари нисбатан бир хил бўлади.

Асосан жинсий йўллардан қонли ажралмалар келишидан шикоят қилинади.

Диагностикаси: 1. Анамнез: 2. Бирламчи кўздан кечириш. 3. Аспирацион биопсия. 4. Гистероскопия, гистерография.

Даволаш: Я.В.Бохман (1989) беморнинг ёшини, ҳайз фаолиятини ва эндометрий ҳолатини аниқлаган ҳолда даволаш услубини ишлаб чиққан.

Репродуктив ёшдаги беморларда эндометрийнинг такрорланувчи безли гиперплазияси ва полипларида даволаш қон кетишини тўхтатиш ва ҳайз циклини шакллантиришга қаратилган. Қон кетишини тўхтатиш учун циклик тартибда эстрогенлар ва прогестагенлар комбинацияси 6-8 цикл давомида берилади. Аввалига диэтилстильбэстрол 10 мг (2мл 0,5% эритма) ва оксипрогестерон капронат (ОПК) – 250 мл битта шприцда бир марта мушак орасига юборилади. Сўнгра стероид ҳомиладорликдан сақловчи стероид воситалар: нон-овлон, овидон, регивидон 6-4 таблеткадан кунига 2-3 марта қўлланилади. Қон тўхтагандан сўнг уларнинг миқдори суткасига 1 таблеткагача камайтирилиб, даволаш 21 кун давом эттирилади.

Қон тўхтатиш учун эстрогенларни қўллашга монелик бўлганда ОПК ни 250 мгдан 3-8кун давомида ҳар куни мушак орасига юбориш мумкин.

Эстроген ва прогестеронлар тайинлаш йўли билан ҳайз циклини тўғри шакллантиришга эришиш мумкин. Циклнинг 2 - кунидан 12 – 14 кун давомида диэтилстильбэстрол 0,5 мгдан кунига 2 маҳал 14 - 16кун ОПК 250 мг дан. Эстрогенларни қўллашга монелик бўлганда фақат ОПК ни 250 мгдан циклнинг 14-16 кунлари м/о га юбориш мумкин.

Климактерик ва эрта постменопауза ёшидаги аёлларда эндометрий полиплари ва безли кистоз гиперплазиясида гормонал терапия ОПКни 500 мгдан 1 ҳафта давомида 2 марта м/о га қон тўхтагунча юбориш, сўнгра 3 ой давомида 250 мг дан 1 ҳафтада 1 марта қўллаш самара бериши мумкин.

Бундай беморларга андрогенлар бериш мумкин - сустанон 250 мг дан 1 ойда бир марта ёки тестостерон пропионатни 50 мгдан қон кетиши тўхтагунча 1 ҳафтада 2 марта.

Полипларни олиб ташлаш йўли билан даволашнинг самарадорлигига эришиш мумкин.

Ёш беморларда эндометрийнинг атипик гиперплазиясини даволашда ОПК ёки депо - проверани қўллаш тўғри бўлади. ОПК-1, 2ойда 500 мг дан м/о га 1 ҳафтада 3 марта, 3 ва 4 ойда – 500 мгдан 1 ҳафтада 2 марта, 5 ва 6 ойда эса 500 мг дан 1 ҳафтада бир марта. Депо–провера 500 мгдан 6 ой давомида ҳар 7-10 кунда 1 марта қилинади.

Гормонал даволаш тўлиқ дастури тугагандан сўнг аспирацион биопсия, гистероскопия, бачадон бўшлиғини тотал кириш сўнг гистологик текширишга кўрсатма бўлади.

БАЧАДОН ТАНАСИ РАКИ

Бачадон танаси раки 50-60 ёшдаги аёлларда кўпроқ учрайди. Кўпинча организмда гормонал ўзгаришлар натижасида ривожланади. Эндометрий раки кўпинча қуйидаги касалликлар билан бирга учрайди: бачадон фибромиомаси, тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмаси, бачадон танаси шиллиқ қавати гиперплазияси, қандли диабет, семизлик, жигар фаолияти бузилиши.

Рак эндометрийнинг юзаси, цилиндрсимон эпителийси, бачадон шиллиқ қавати безлари цилиндрик эпителийси ёки эмбрионал гетероген эпителийдан ривожланиши мумкин. Камроқ ҳолларда бачадон бурчаклари ва четлари зарарланади. Касаллик бошланаётганда ўсма тугунсимон, папилляр ёки полипоз кўринишда бўлади.

Бачадон ичи кириб тозаланади кўп микдорда ушқоксимон қиринди олинади.

Гистологик жиҳатдан фарқланиши: 1. Хавфли аденома. 2. Аденокарцинома. 3. Шиллиқ қават раки. 4. Ракнинг солид формаси. 5. Эпидермал рак.

Тарқалиш босқичлари

1-босқич - ўсма бачадон эндометрийси билан чегараланган.

2-босқич – а) бачадон танаси раки миометрийни инфильтрацияси билан.

б) бир ёки икки томонлама параметрий инфильтрацияси, кичик чанок деворлари зарарланмаган.

в) бачадон танаси ракининг бачадон бўйнига ўтиши билан.

3-босқичи – а) бачадон танаси раки параметрий инфильтрацияси билан, кичик чаноқ деворлари зарарланиши билан.

б) бачадон танаси раки регионар лимфа тугунларига, бачадон ортиқларига, қинга метастаз бериши билан.

в) бачадон танаси раки қорин бўшлиғига ўтиши билан.

4- босқич - а) бачадон танаси раки қорин бўшлиғига, қовуққа, тўғри ичакка ўтиши билан.

б) бачадон танаси раки узоқдаги аъзоларга метастаз бериши билан.

Клиникаси: бошқа жинсий аъзолар ракига нисбатан бачадон танаси раки енгилроқ кечади. Узоқ муддат бемор ахволи қониқарли бўлади. Лекин аёл ҳолсизланиб тез чарчайди. Инфекция қўшилиши ёки бачадон бўшлиғидаги ажралмалар натижасида тана ҳарорати кўталиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ошади. Бачадон танаси раки ва тарқалиш жараёнини диагностика қилиш мақсадида қўшимча усуллар қўлланилади. Эндометрий аспирацияси, цитологияси, қирмаси, гистологик текширув, бачадонни УЗТ, гистероскопия, КТ, ЯМР, цитоскопия, ректоманоскопия, экскретор урография қилиш ҳам мумкин. Эндометрий ракининг бошқа асосий белгиларидан қонли ажралмалар «гўшт ювиндиси» кўринишида постменструал даврда ёки ёшликда ациклик қон кетишини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Оғриқ касалликнинг кечки симптоми ҳисобланади. Ўсма жараёнининг ривожланиши билан оғриқ доимий тус олади. Оғриқ, патологик жараён бачадон сероз қаватини, қўшни аъзоларни ёки нерв тугунларини эзиши билан ҳамда параметрийнинг ракли инфильтратига боғлиқ.

Даволаш комплекси: операция, кейинчалик нурлаш билан ва нур терапияси. Комбинацияланган даво-пангистероэктомия, ренгенотерапия ёки телегамматерапия билан. Комбинацияланган терапия асосан бачадон 1-босқичи ўсмаси ва 2-босқичнинг бачадон танаси ракига кўрсатма бўлиб ҳисобланади. 2-босқич (бачадон туридан ташқари)ва 3-босқичдаги ракда комплекс нур терапия ўтказилади. 4-босқичда даво асосан симптоматик тус олади.

Гормонотерапия – комплекс ёки комбинацияланган усул билан қўшимча олиб борилади.

Кенг қўлланиладиган дорилардан: метилтестостерон, тестостерон пропионат, оксипрогестерон, нористрат, депо-провера, циспластин-ТЕВА, доксорубицин - ТЕВА, винкрестин, гексален.

Профилактикаси: эндометрий яллиғланишини, ҳар хил гормонал бузилишларни ўз вақтида даволаш, профилактика ишларини ўз вақтида умумий амалиёт шифокорлари томонидан нафақат аёллар, балки эркаклар орасида ҳам тушунтиришни олиб бориш, аёллар орасида ҳар 6 ойда мунтазам гинекологик текширувларни ўтказиш ҳисобланади.

Мавзу № 1: “Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда хамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва хамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

- гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№117мотивация. (Мавзу баёни) Тухумдон етишмовчилиги синдроми. Тухумдон етишмовчилиги синдромида хамширалик жараёни.

Аёллар етуклик (балогат) даври давомида хайз куради. Хайз вақтида 50- 100 мл кон йуколади, бу кон ишкор реакцияли булиб шилимшик модда кушилган, куйкасиз, узига хос хидли булиб деярли куйилмайди. 60 5 аёлларда хайз куриш цикли 28 кунни, 10 –12 % 30-35 кунни, 28% - 21 кунни ташкил этади.

Хайз куриш циклининг нормал кечишига релизинг факторларнинг гонадотроп ва тухумдон гормонларининг роли катта. Юкорида айтилганлардан бирортасини ишлаб чиқарилиши бузилса, хайз циклининг бузилишга ёки умуман хайз курмаслик ёки узок кон кетишларга олиб келади.

1960 йилда Печенко куйидаги классификацияни киритган:

- Аменорея (бирламчи ва иккиламчи).
- Дисменорея (бирламчи ва иккламчи)
- Ановулятор хайз куриш цикли
- а) гиперэстрогенемия белгилари билан

б) гипозэстрогенемия

Морфологик анотомик узгаришлар булган гинекологик кон кетишлар циклик кон кетишлар;

- ациклик кон кетишлар
- уткинчи кон кетишлар
- морфологик – анотомик узгаришларсиз гинекологик кон кетишлар (дисфункционал кон кетиш) циклик 2 фазали ва ановулятор цикли.
- Викор менструация

АМЕНОРЕЯ

Хайзнинг – менструациянинг булмаслиги. Бу холат доимо хам патологик хол эмас, чунки аёл умрининг айрим даврларида бу холат физиологик булиб хисобланади. Аменореянинг куйидаги турлари тафовуд килинади.

3. Бирламчи аменорея – аёлнинг яшаш даври давомида умуман хайз курмаслиги.
4. Иккиламчи аменорея - аввал 3 ойдан кам булмаган ичида хайз курмаган.

Чинакам аменорея – тухумдонда, бачадонда, гипоталамус - гипофизар системасида циклик узгаришлар булмаслиги.

Ёлгондакам – аменорея – регуляр хайз куришининг, бачадонда, тухумдонда, циклик узгаришлар борлигига карамай, булмаслиги. Бу жинсий органлар ривожланишига аномалик нуксонлар булганда киннинг атрезияси ёки булмаганда, бачадон ташки тешигининг ушиб, ёпик булганда кизлик пардасининг умуман тешик булмаганда учрайди. Бундай аменорея хирургик йул билан даволанади.

Этиологик фактор буйича чинакам аменорея физиологик ва патологик булиб булинади.

75 % кукрак сути билан бола эмирадиган аёлларда 5 ойдан – 2 йилгача давом этадиган лактацион аменорея кузатилади. Сут безлари рецепторлари таъсирланиши натижасида нерв импульслари гипофизга етиб бориб, ЛТГ ишлаб чикаришини купайтиради, бу уз навбатида сут безининг секретор вазифасини ошириб гипофизнинг гонадотроп вазифасини тухтатади. Натижасида аменорея холати юзага келади. Айрим вақтда эмизикли аёлларда ановулятор цикл булиши кузатилади. Кексалик даврларда ташки ва ички жинсий органлар атрофияга учрайди ва жинсий безлар ишлатилмаслиги туфайли гонадотроп гормонлар ажралиши ҳам тухтаб қолади. Бирламчи патологик аменорея купрок бачадон ва тухумдон аплотозияси, умумий инфантилизм, чуқур ривожланмаган аёл организмларида учрайди. Огир кечган инфекцион касалликлар (туберкулёз; малярия) болаликда нотугри овқатланиш, гипофизнинг гипер – ёки гипофункцияси инфантилизмга олиб келиш мумкин.

Буйрак усти бези, гипоталамус, гипофиз, калконсимон без ва ички секреция безлари вазифасининг бузилиши, хромосомали узгаришлар ҳам аменореяга олиб келади.

Иккиламчи аменореяга умумий ва локал факторлар сабаб булиши мумкин. Буларга морфий, симоб, калай билан сурункали захарланиш, уткир юкумли касалликлар, сурункали касалликлар аномалия, кам – кусту овқатланиш, ички секреция безлари функциясининг бузилиш, айникса яллигланиш. Усмалар, патологик туғруқдан кейинги давр туфайли гипофиз функциясининг пасайиши кучаяди.

Органларнинг касалланишига караб марказий ва периферик генезли аменорея ажратилади. Марказий генезли аменореяга гипоталамус – гипофиз ва бош миёна пустлогининг функцияларининг бузилиши туфайли вужудга келади.

Гипоталамус зарарланиши натижасида аменорея болаликда ҳамда балогатга етиш даврида учраши мумкин. Охирги холда бирламчи аменорея генези ва гипогонадизм ва семизлик билан бирга кечади.

КИАРИ - ФРОММЕЛИ СИНДРОМИ.

Бу синдром персистенцияли галакторея, аменорея ва жинсий органлар гипотрофиясини ошиб бориши билан характерланади. Этиология ва патогенези ҳозиргача аниқланмаган. Касаллик негизида гипоталамуснинг пролактин тухтатувчи релизинг – фактор (АКТ-ЛГ) биосинтезини бошқарувчи марказнинг зараланиши натижасида ЛТГ нинг узок вақт давомида ажралиб туриши ФСГ ишлаб чиқаришнинг камайтиради. Бу эса тухумдоннинг эстроген секрециясини камайтириб аменореяга сабаб бўлади. Ташхис қўйиш қийин эмас. Гормонал текширилган, 17 – кетостероидлар, экскрецияси нормада бўлиб ФСГ ва эстроген гормонларининг экскрецияси камайганлигини кўрсатади. Касаллик усма сабабли бўлса, жаррохлик йули билан ёки рентген нур орқали даволанади. Қолган ҳолларда давони лактация гормонлар ёрдамида тухтатишга қаратилади. ФСГ –гонадотропин 60 ЕД дан 10 – 20 кун, эндоназал электрофорез 30 кун давомида, гипофиз олдинги бўлими гипофункцияси гипофизар нанизм шаклида намоён бўлиб, усмай қолиши билан характерланади. Гипофизар нанизм давоси билан эндокринолог шугулланади. Даво 1 – навбатда бўйнинг устишига қаратилган бўлиши керак.

ШИХАН СИНДРОМИ.

Бу синдром жуда қўп қон кетиш билан асоратланган, тўғруқ ва абортдан кейин ривожланади. Касалликнинг сабаби гипофизнинг қон томирлари тромбози, спазм, эмболияси ва некрози ҳосилдир. Бизнинг 2/3 қисми некрозга учраса, Шихан синдроми қелиб қолади. Гипофиз қисмининг қайси қисми некрозга учраганига қараб касаллик белгилари аниқ ёки қўйимсиз бўлиши мумкин. Касалликнинг 1 – белгиларидан бири лактациянинг бўлмаслиги ёки тез йўқолиши, аменорея. Қўйсизлик ошиб бориши, аденомия тана вазнининг қамайиб бориши қўзатилади. 1 ойдан сўнг жинсий органлар гипотрофияга учраб, қов ва қўлтиқ ости қўқурчасидаги соч қўқилади. Айрим ҳолларда бошдаги соч ҳам қўқилиши мумкин. ЛГ ва ФСГ секрецияси қамайиб қетади. Касалликнинг қечки даврида гипофизар гормонлар таъсири остида барча секреция безларининг иши бўзилади. Давони касаллик бошланишидан бошлаш керак. Қам қўйсиз етарли даражада овқат билан бирга гормонотерапия олиб бориш керак. Жинсий безларнинг функциясини тиклаш учун эстроген ва гестогенлар билан утқазиладиган қиклик терапиядан фойдаланиш керак. Бўйрак ўсти бези

етишмовчилигига (кортизон 12, 5 – 20 мг хар куни 20 кун давомида), гипотериозда кортизон билан бирга тироидин 0,015 гр 2 марта кунига аста – секинлик билан дозасини 0: 05 – 2, 0 гача ошириб бориш мумкин. Гипофизнинг олдинги булагии гормонларни етишмовчилигида кортикостероид гормонлар (кортизон 12, 5 – 20 мг хар куни 20 кун давомида, гипофизда кортизон билан бирга ишлатиладиган тироидин 0,015 гр 2 марта хар куни аста секинлик билан миқдорини 0,05 – 2 марта маҳал марта купайтириш керак). Гипофизнинг олдинги булагии гормонлари куп ишлаб чикариш сабабли келиб чиккан аменорея акромегалия ва гигантизм учрайди. Бунда СТГ куп ишлаб чикарилади. Бу касалликлар гипофиз олдинги булагии усмаларида, яллигланиш травмада учрайди. Бу ҳолларда аменорея усиши гормони ва гонотроп гормонлар уртасида антогонизм борлиги билан боғланади. Шунингдек, ФСГ ишлаб чикаришнинг камайиши кузатилади.

Лаборатор текширувлар 17 кетостероид гормонларнинг камайганлигини, узок вақт касалланган аёлларнинг кин суртмасида базал хужайраларнинг куп бўлиши аникланади.

Даво эндокринология касалхонасида утказилади. Гормонал даводан эстроген препаратлар 20-30 мг суткасига 5-6 марта ҳафта давомида килинади. Бу эса усишни тухтади. 8-10 кун давомида 5-7 кун оралик билан утказиладиган кватера усули купрок рационал хисобланади. Иценго – Кушенго касаллигида (АКТГ – гиперпродукцияси) гипоталамо – гипофизар областнинг зарарланиши гиперкортицизмга олиб келади ва аменорея кузатилади. Купрок 20-40 ёшда патологик тугрукдан кейин учрайди. Семизлик бўлиб купрок юз ва тана соҳасида кузатилади, бош огриги гепертония бўлиши мумкин. Лаборатор текширувлар 17 – кетостероид ва эстрогенларнинг нормал курсаткичларини аниклайди. АКТГ ёки дексаметазон кортизон билан утказилган проба мусбат чикади.

Давоси: эндокринология касалхонасида утказилиб гипоталамус – гипофизар зонани рентген нур килинади. Гормонал дорилардан синтетик прогестинлардан 1 таблеткадан 21 кун 7 кунли оралик билан 3-4 ой давомида гормонал аменореяни, семизликни камайтирадиган пархез билан кушиб олиб бориш керак. Перефирик генезде аменореяда тухумдон аменореяси киради.

ТУХУМДОН АМЕНОРЕЯСИ.

Гипоталамус ва гипофиз фаолияти сакланишига карамай тухумдоннинг гормонал фаолияти бузилса, ҳам аменорея бўлади. Агар тухумдонда тугма нуксонлар булса ёки балогатга етгунга қадар бошланса, бирламчи аменорея юзага келади, каттарок ёшда булса иккиламчи аменорея юзага келади. Аёл соматик хужайраларида 2 та жинсий XX хромасомаси бўлиб, эркакларда эса 4 хромосома бўлади. Бу хромасомалардан бири булмаса (ХО) ёки ортикча булса (ХХХ) ҳамда мозацизимда жинсий ривожланиш бўзилади. Огиз бушлиги шиллик кавати суртмасида Х хроматин таналарини санаб билиш мумкин. Хромасома сони хроматин сонига нисбатан 1 га куп бўлади.

Жинсий безлар дисгенезиясида Шерешевский – Тернер синдроми тоза ёки аралаш турда бўлиши мумкин. Касаллик белгилари бола тугилгандан аникланиб, паст бўйли, бочкасимон кукрак кафаси, калта ва кенг бўйин, птоз, юкори танглайнинг баланд бўлиши, кукракларнинг пастда жойлашуви кузатилади.

Жинсий инфантилизм яхши намоён бўлган иккиламчи жинсий белгилар ва сут безлари йук, кин ва бачадон ривожланмаган, лаборатор текширувларда жинсий хроматин йуклиги, эстроген экскрецияси жуда кам бўлиши кин суртмасида атрофия белгилари бўлиб базал хужайраларнинг куп бўлиши сийдикда гонадотропин гормонлари экскрецияси баланд эканлиги аникланади.

Давоси: жуда кийин бўлиб, касалнинг ёши ва касаллик туридан боглик.

Балогатга етгунча даво бошланса, бўйнинг усишига этибор бериш керак ёши катталарда иккиламчи жинсий органларнинг ривожланиши учун эстроген гормонлар (микрофоллин 0,05 мг 20 кун 10 кунлик оралик билан, даволаш курси 6-8 ой) менструациядан кейин кон кетиши кузатилса, кватера бўйича касаллик даволанади.

Дисгормонал тухумдон аменореяси (генетик нуксонлар билан боглик эмас) тухумдон туқимасининг болаликда ва хатто она корнида шикастланиш туфайли бўлади. Хомиладорнинг сурункали захарланиши, болаликда юкумли касалликлар. Бу касалларда бачадон гипопластик, кин тор, катта ва кичик уятли лаблар ривожланмаган бўлади.

Лаборатор текширувлар эстрогенларнинг кам бўлиб гонадотропин гормонларнинг куп бўлиши аниклайди. Бу хол эстрогенларнинг гипофизга тормозловчи таъсири бўлганлиги сабаблидир. Гормонал пробалардан ФСГ,

пробаст манфий, эстрогенлар билан проба мусбат. Агар тухумдон шикастланиши, сурункали касалликлар ва захарланиш, склерокистоз узгаришлар, усмалар натижасида булиб балогатга етгандан кейин келиб чикса иккламчи аменорея булади. Хайз куриш функцияси аста – секинлик билан йуколади. Бу касалларда иккинчи жинсий белгилари юкори ривожланган ташки жинсий органлар нормада ёки гипотрофияси кузатилади. Агар тухумдон гипофункцияси узок вақт давом этса, ташки жинсий органлар ва сут безлари гипоплазияси кузатилади. Огир холларда бачадон атрофиясиги учраб бош айланиш, калтираш, юрак уриши тезлашуви, кузатилади.

Болаликда ривожланган гипогормонал аменореяни балогатга етгунча даволаш керак. Жинсий органлар сут ва сут безларининг ривожланиши учун эстрогенлар берилади: кунига 10000 ЕД фолликулин ёки эстрадиол 20 кун давомида 10 кун орalik билан 3-4 цикл. Бачадон ва сут безлари катталашгач, Кватера буйича даволанилади, 2-3 ой, 3-4 ойли орalik билан.

Агар касаллик балогатга етгандан кейин ривожланса эстрогенлар билан даволанмасдан, Кватера буйича даволаш утказиш мумкин.

Гипергормонал тухумдон аменореяси кам учрайди ва фолликулиннинг узок вақт давом этган персистенцияси туфайли булади. Бу холда эндометрий десквамацияси булмайдиган лаборатор текширишлар эстрогенлар микдори ошганлигини аниқлайди. «Корачик» белгиси (+++) ва «Папортник» белгиси мусбат, киндаги суртмада юкори кават хужайралари куп КДИ ва эозинофил курсаткичлари юкори. Аменореянинг бу турида прогестерон 5- 10 мгдан 3-5 кун давомида берилади.

БАЧАДОН АМЕНОРЕЯСИ.

Бундай холатнинг 1/3 кисмида кузатувчиларнинг таъкидлашларича, гипоталамус – гипофиз – тухумдон системасининг фаолияти узгармаган булади. Яллигланиш, огир шикастли тугрук ва абортлар, бачадон ичига йод киритилишидан эндометрий биринчи шикастланади. Агар эндометрий шикастланиш балогатга етмаган булса бирламчи, кейин ривожланса, иккиламчи аменорея булади. Бачадон аменореяси тухумдон уз вазифасини бажаришга карамай хайз булмаслиги билан характерланади. Бундай касалларда жинсий ва соматик органлари ривожланиши нуксонлари булмайди. Клиник – лаборатор текширишлар циклниг 2 – фазали эканини

эстерогенлар ва прегниандиол экскрецияси коидасига мувофик узгариб, базал харарат 2- фазада эканини тасдиқлайди. Бачадон аменореяси гипоталамус – гипофиз – тухумдон системаси вазифаси саклашга ҳам, касалликнинг эндометрий зарарланганлиги туфайли узок давом этиш тухумдон ва гипофизнинг иккиламчи етишмовчилигига сабаб булади. Касалликни аниқлашда бачадон шиллик кавати кириндисини текшириш керак. Шундагина бачадон ҳолати ҳақида спец. юкумли касаллик – сил, бор йуқлиги ҳақида уйлаш керак. Ҳамма ҳолларда тулик ривожланмаган шиллик кават кириб олинади. Бачадон ичида синехиялар бўлса эстроген гормонлардан жойида таблетка ёрдамида даволанади

ПРЕДМЕНСТРУАЛ СИНДРОМ.

Айрим аёлларда нормал (овулятор хайз куриш циклида) хайз куришдан олдин куйидаги узгаришлар кузатилади: узини ёмон хис қилиш, гипертония, холсизлик, сут безларининг менструациядан кейин йуқолади. Предменструал синдромни сарик тана функцияси камайиши, антидиуретик гормоннинг қуп ишлаб чиқариши, нерв системасининг лабиллиги билан боғланади.

Давоси: умумий аҳолини яхшиловчи муолажалар: (физкультура, спорт, сув муолажалари, седатив дорилар) берилади. Прогестерон 5-10 мгдан 6-8 кун хар кун циклни II ярмида, сийдик хайдовчи дорилар тавсия қилинади.

ЦИКЛИК БУЗИЛИШЛАР.

Гипоменструал синдром тухумдон гипофункцияси, қучсиз, қалта, қам бўлганлиги сабабли (хар 6-8 ҳафтада) менструацияга сабаб булади.

Жинсий гормонларнинг етишмовчилиги бачадон қон айланишининг етишмовчилигига олиб қелади ва эндометрийда буладиган циклик узгаришларнинг тулик бўлмаслигига сабабқидир.

Гипоменструация суст, қучсиз, қалта – олигоменорея, қеч ва жуда қам – опсоменорея деб аталади.

Тухумдон фаолиятини камайтирувчи ҳамма шарт – шароитлар гипоменструация синдроми учун қамин булади.

Этиологияси: инфантилизм, ривожланиш қуқсони, уққир ва сурунқали юкумли касалликлар, қахарланиш, иққи безлар фаолиятининг узгариши. Айрим вақтларда қалогатга етиш ва қлимақтерик даврда учраши қуққин.

Гипоменструал синдром - бирламчи – хайз куриш бошланиш билан булса, иккиламчи - аввал нормал холда булиб кейинчалик камайиб, кискариб сустлашса турларга булинади.

III- ГС – инфантилизмда учраса.

IV- ГС – эндоген органлар касалликларида, юкумли ва сурункали касалликларда учрайди.

Давоси: агар бепуштлиқ, огрикли менструация булмаса, умумий яхшиловчи муолажа – (рационал овкатланиш, енгил меҳнат ва дам олиш).

2- ГС да асосий сабаб булган касалликни даволаш керак. Агар яхши натижа булмаса, Шербак буйича воротник, диатермия, лой билан даволаш, кичик чанок органларида кон айланишини кучайтирувчи муолажалардан килиш керак. Менструал цикли фазасига караб, кичик дозада жинсий гормонлар 1000-5000 ЕД дан эстероген (10-12 кун давомида II – фазасида прогестерон 5-10 мгдан 6-8 кун давомида) берилади. Агар ГС сабаби сил булса гормонал даво килишдан олдин махсус даво килинади.

ПОСТКАСТРАЦИОН СИНДРОМ

Посткастрацион синдром (ПКС) —вегета-томир, нейроэндокрин ва нейропсихик симптомлар комплекси булиб, тотал ёки субтотал тухумдон олиб ташланганда (кастрация) бачадон ва бачадонсиз олиб ташлангандан сунг 60-80 % операция булган аёлларда учрайди.

ПКС нинг куп учраши бачадон миомасми ва аденамиози сабабли, бачадон билан тухумдон олиб ташланганда кузатилади. 45-50 ёшда булган аёлларда бачадон ва тухумдонни олиб ташлашга сабаб, онкологик огохлик хисобланади. Адабиётда «хирургик менопауза» деган термин ишлатилади бу тухумдон ёки факат бачадонни олиб ташлаганда юзага келади, қачонким ПКС тухумдон тотал ёки субтотал кастрация килганда кузатилади.

П а т о г е н е з. ПКС симптомларининг куплиги жинсий гормонларнинг кенг камровда организмга биологик таъсиридан келиб чиқади. Тухумдон функцияси тухтатилганда манфий қайтар алоқа асосида гонадотроп гормонлари микдори ошади. ПКС келиб чиқишида организмнинг барча эндокрин системаси катнашади. Асосан буйрак усти беzi жавоб реакцияси асосида глюкокортикоид ва андрогенлар ишлаб чиқарилиши жадаллашади. ПКС приморбит фонга эга булган аёлларда гипоталамо-гипофизар системаси фаолияти заифлашиши натижасида юзага келади. ПКС купрок кузатилади пременопаузал ёшда булган аёлларда, чунки овариэктомиа табиий ёш билан боғлиқ булган инволюция холатини чуқурлаштириб организмнинг биологик адаптация химоя мослашув механизмини бузилишига сабаб булади. Хулоса

килиб айтганда, табиий менопаузада тухумдонлар функциясининг узгариши секин асталик билан юзага келса, тухумдон олинганда (ПКС) бирданига тухумдон стероидогенези бузилиши натижасида намоён булади.

К л и н и к к у р и н и ш и. ПКС симптомлари операциядан сунг 1-3 хафтада намоён булиб, тулик ривожланиши 2-3 ойдан сунг юзага келади. Вегета-томир узгаришлари (73%)ни ташкил килиб - терлаш, тахикардия, аритмия, юрак соҳасида огрик, гипертоник криз; мода алмашунуви-эндокрин бузилишлар (15 %) ни ташкил килиб, семизлик, гиперлипидемия, гипергликемия, психоэмоционал узгаришлар (12 %)ни ташкил килади — жиззакилик, йиглокилик, уйкунинг бузилиши, эътиборнинг пасайиши, агрессив-депрессив ҳолатлар билан кечади.

Охирги йилларда обмен эндокрин узгаришлар кучайиб, нейровегетатив белгилар камаяди ва психоэмоционал узгаришлар узок давом этади.

3—6 йилдан сунг эстроген етишмовчилиги натижасида сийдик таносил органларида узгаришлар юзага келади: атрофик кольпит, цистит, цисталгия ва остеопороз.

Гормонал гомеостаз узгаришлари кескин метаболик бузилишлар: кондаги липид узгаришлар, атероген факторларнинг кучайиши ва юрак томир касалликлари ва атеросклероз шаклланиши, прокоагулянт гемостаз системасининг бузилиши натижасида тромбоземболик асоратлар ва микроциркулятор узгаришлар юзага келади.

Кечки метаболик узгаришлар натижасида остеопороз кузатилади. Унинг клиник куруниши суяк синишлари, пародантоз билан намоён булади. Остеопороз « скелет систем касаллиги хисобланиб суяк огирлигининг пасайиши ва микроархитектоникасининг узгариши натижасида суяк муртлиги ошиши ва синишига» олиб келади. Шу сабабли куп олимлар бачадон олиб ташланган такдирда 45-50 ёшли аёлларда тухумдонни колдиришни тавсия этади.

Д и а г н о з куйиш огир эмас: анамнез, клиник куруниш, гинекологик курик (киндаги атрофик узгаришлар).

Конда гонадотроп гормонлар микдорининг ошиши, асосан ФСГ, E_2 — пасайиши. Даволаш: уриндош гормонал терапия. (Эстрофем, прогинова, климанорм, климадинон, фемастон, климаксан, дивитрен). Таблетка ичилиши кийин булган такдирда гель шаклида (Дивигель) кулланилади, уриндош гормонал терапия давомийлиги аёлнинг умумий ахволи билан боглик булади.

Гормонал терапиядан ташкари симптоматик даволанади: транквилизаторлар, нейромедиаторлар, витаминлар, гепатопротекторлар, дезагрегант ва антикоагулянтлар (аспирин, курантил, трентал) коагулограмма назорати

билан. Албатта аёллар диспансер кузатувда булиб, албатта сут беи холати текширилади. (УЗИ, маммография), гепатобиллиар ва кон ивиш система назорат килинади.

П р о г н о з: Аёл ёши, преморбит фони, операция хажми ва операциядан кейинги даврнинг кечиши, уз вактидаги горманал даволаш ва метаболик узгаришлар профилактикасини утказишдан боглик булади.

Мавзу № 118: “Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;

Таълим усуллари	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

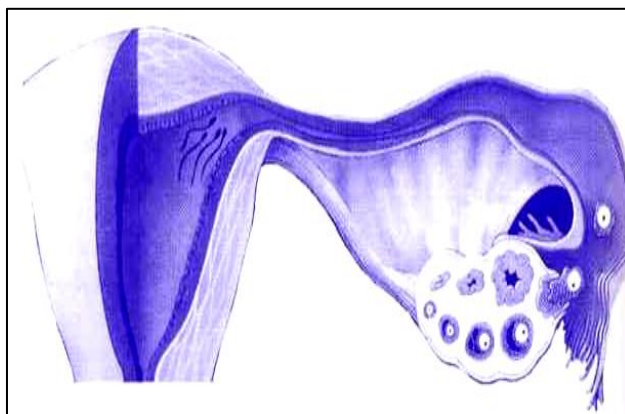
Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим оловчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич.	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига	Жавоб берадилар Ёзадилар.

20 дақиқа	мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда»)	Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
5 дақиқа	2.3. Танаффус	
30 дақиқа	2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
5 дақиқа	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№118 мотивация. (Мавзу баёни) Бепуштлик. Аёл бепуштлигининг классификацияси. Аёл бепуштлигининг асосий кўринишлари.

Бепуштлик – 12 ой давомида жинсий ҳаёт борлиги, лекин хомиладорлик бўлмаганда айтилади.



Бепуштлиқ учраш даражаси:

Бепуштлиқ 10 дан 20 % оилаларда учрайди.

Бирламчи ва иккиламчи бепуштлиқ орасидаги фарк:

Бепуштлиқ 1 ламчи ва 2 ламчига булинади. Бу курсаткич аёлларга хос бўлиб, қайсиқим аёлда хомиладорлик умуман бўлмаганлиги бу бирламчи хомиладорлик. 2 ламчи бепуштлиқ – бу 1 марта хомиладор бўлган. Хомиладорлик нима билан тугаганлигидан (аборт, тугрук, бола ташлаш, бачадондан ташқари хомиладорлик) қатъий назар.

Аёллар бепуштлигини сабаблари:

Овуляция йуклиги – 15 - 20%

Бачадон ортикларининг касалланиши – 20 – 30 %

Хар хил гинекологик касалликлар - 15 – 25 %

Иммунологик бепуштлиқ - 3 – 4 %

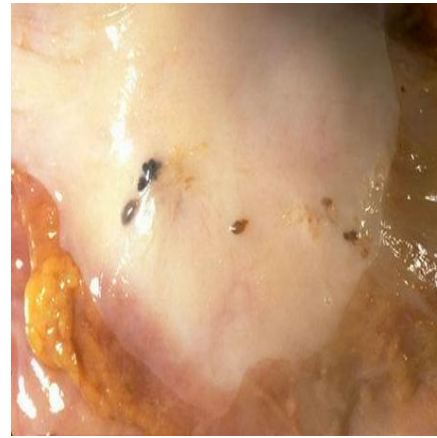
Эндокрин бепуштлиқ.

Эндокрин бепуштлиқ – овуляция процессининг бузилиши билан характерланади. Эндокрин бепуштлиқ 4 – 40 % учрайди.

Сабаблари:

Лютеин фазаси етишмовчилиги.

Овуляцияланмаган фолликулл лютеинизацияси синдроми



Анос

Бепуштликка олиб келувчи энг куп учрайдиган сабабларидан биридир. Сурункали ановуляция – патологик ҳолатнинг гитероген гуруҳи бўлиб, гипоталамо – гипофизар – тухумдон системасида цикл жараёнларнинг бузилиши билан характерланади. Бу ҳолат учун купгина клиник, биохимик, морфологик бузилишлар характерлидир. Клиникасида ДБКК, олигоменорея, аменорея, галлометрия кузатилиши ёки умуман кузатилмаслиги, гирсутизм, вирилизация билан бирга келади. Ановуляцияда андрогенлар ва ЛГ нинг қондаги миқдори нормадагидай бўлиши мумкин ва шу миқдори юқори даражага етиши мумкин. Тухумдонни ҳажми меъёридан бир неча мартабагача катталашади.

Ановуляцияни даволаш.

Гиперпролактонемияда парлодел (1,25-2,5 мг/сутка агар пролактин таркиби нормада бўлса. Кейин кломифен (схема 5 кундан 9 кунгача циклда мг.дан) агар узғариш кузатилмаса, дозани кутариш 100-15 мг/сутка гача) ХГ (2000 – 3000 МЕ 2-4-6 кун базал температура кутарилиши).

Гипоталама гипофизар системасидаги бузилишларда (□“ановуляция АТ□“, гестаген тест + (кломифен, ХГ, пергонал) гестаген тестида эстроген (-) ҳолатда (ХГ, пергонал ёки РГЛГ).

Андрогенемия, тухумдон функциясини етишмовчилиги билан боғлиқ бўлса: (дексаметозон (0,25 – 0,5 мг/сутка) + кломифен + ХГ).

Тухумдон гиперандрогенемияда эстрогенлар экскрецияси ва тухумдон поликистозиди (гестоген + кломифен ва агонист РГЛГ + ХГ).

Менструал цикл лютеин фазаси етишмовчилиги

Менструал цикл лютеин фаза етишмовчилиги – бу тухумдон функциясининг бузилиши бўлиб, тухумдон сарик тана гипофункцияси билан характерланади. Прогестерон синтезининг етишмовчилиги, эндометрийнинг секретор трансформацияси етишмовчилигига олиб келиши, бачадон найлари функцияси узғаришига, уругланган тухум хужайра имплантациясининг

бузилишига, кайсики бепуштликка ёки хомиладорликнинг биринчи ярмида бола ташлаш билан намоён булади.

Менструал цикл фоллекуляр фазада прогестерон ишлаб чиқарилиши доим паст даражада булади. Концентрациясининг ошиши 1-2 кун овуляциядан олдин ва циклнинг лютеин фазанинг 7-8 кунда энг юкори концентрацияга етади.

ЛФЕ сабаблари.

Гипоталамо – гипофизар система дисфункцияси. Кайсиким физик ва психик стресслардан травма, нейроинфекция ва бошқалардан кейин вужудга келади.

Гиперандрогенемия тухумдон, буйрак усти ёки аралаш генезда.

Функционал гиперпролактономия. Гонадотроп гормон секрециясига ва чиқишига пролактин юкори концентрацияси таъсир қилиши ва тухумдон сперматогенез ингибицияси натижасида ЛФЕ юзага келиши мумкин.

Бачадон ортикларининг яллигланиш процессининг чузилиши.

Сарик тана патологияси. Перитониал суюқликда биохимик узгаришлар (простогландин ва улар метаболитлари макрофас перокси доза таркиби кутарилиши).

Гипо ёки гипертериоз.

ЛФЕ диагностикаси:

ЛФЕ асосий симптоми бу бепуштлик ёки менструал цикл бошланишидан 4-5 кун олдин конли ажралма келиши. Ташхис қуйишда қуйидагиларга эътибор берилади.

1. Базал температурани улчаш. Анъанавий усул.

Менструал цикл давомийлиги боғлиқ булмаган холда лютеин фаза давомийлиги 11 – 14 кунни ташкил қилади. ЛФЕ циклнинг иккинчи фаза қисқариши билан характерланади. Циклда базал температура 2 фаза орасида 0,6 С ни ташкил қилади.

3. УЗИ – фолликулалар ўсиши, эндометрийнинг қалинлашуви менструал цикл пайтида қуринади.

5. Лапароскопия - овуляциядан кейин, бу пайтда овуляцияланган фоллекула урнида «стигма» куринади, хол буки овуляцияни борлиги сарик танани тулик функциясини билдирмайди.

ЛФЕ даволаш.

Менструал циклнинг иккинчи фазасида. Менструациядан 10 кун олдин прогестерон эритмаси.

ХГ – 2-4-6 кун базал температура кутарилганида 1500 – 2000 МЕ.

Комбинацияланган эстроген - гестаген препаратлар гебауд – натижа 2-3 курсда маълум булади.

Кломифен оддий схема буйича:

Циклни 5 кунида 9 кунигача 50 мг агар натижа бермаса, микдорни 100-150 мг кутариш мумкин.

Гиперпролактенемияда – даво парладел 2,5 – 7,5 мг дан суткада 4 – 6 цикл давомида тавсия этилади.

Гиперандрогенемияда дексаметазон 0,25 – 0,5 мг/суткада кломифен билан бирга.

ЛФЕ профилактикаси.

ЛФЕ ривожланишига сабаб булган патологик ҳолатларни бартараф этиш.

Овуляцияланмаган фоллекула лютенизация синдроми.

Бу вақтидан олдин лютеинизация булиб, фоллекулада овуляция булмай, бу прогестерон секрециясининг циклик узгариши ва эндометрийнинг секретор хусусияти бир мунча кечикиши характерлидир. Асосий клиник симптоми бепуштлиқ.

Сабаблари: Аникланмаган.

Патогенизи: фолликула 35 мм гача катталашади лекин ёрилмайди, кайтиб камаяди. Гиперандрогенемия ва тухумдонда алмашувининг бузилиши билан кузатилади.

Диагностика: УЗИ, лапороскопия.

ЛФЕ синдроми давоси.

Бунда махсус даво йук. Хозирги пайтда овуляцияни даволашнинг 5 асосий усули мавжуд:

Гиперпролактенемияда овуляция стимуляцияси парлодел 1,25 – 2,5 мг/суткада буюрилади. Пролактин курсаткичи нормаллашгандан кейин кломифен, ХГ, пергонал буюрилади.

ановуляция билан гипоталамо– гипофизар дисфункцияда, ЛГ нинг паст курсаткичида, мусбат гестаген кисмда кломифен, ХГ, пергонал.

ХГ терапияси – манфий пергонал гестаген тестда эстрогенлар пастки даражасида гипоталамо – гипофизар система айрим функцияларнинг тутилишида утказилади. Пергонал гипофиз реактивлигида;

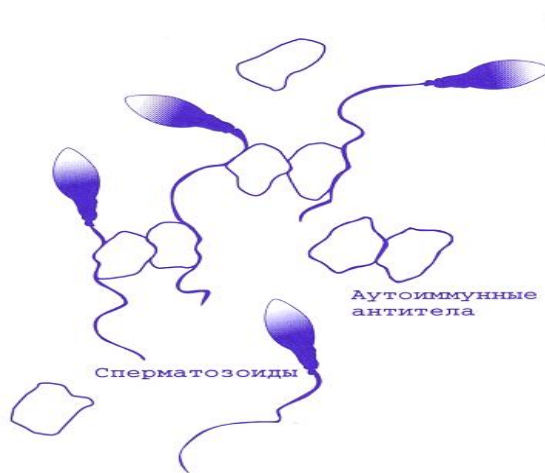
Гиперандрогенемияда буйрак усти генезида кортикостероидлар билан бирга кломифен, ХГ ёки пергонал буюрилади.

Тухумдон гиперандрогенемия, эстроген экскрецияси юкори даражасида, ЛГ ва тухумдон поликистозида гестоген билан бирга кломифен билан ёки пергонал билан ва ХГ билан буюрилади. Шу билан бирга РГЛГ ва унинг агонистлари, булар тухумдонда фоллекула етилишини активлаштиради.

Най перитонеал бепуштлик ва унинг учраши?

Аёллар бепуштлигининг орасида бу бепуштлик 70 % ни ташкил килади.

Най бепуштлиги – бу бачадон найларининг уз функциясини бажара олмаслиги натижасида келиб чикади.



Сабаблари:

Бачадон найлари функцияси бузилиши, инфантилизм;

Бачадон найларининг органик бузилиши;

Бачадон найларининг булмаслиги;

Най бепуштлиги формалари:

Най бепуштлиги асосан 2 та формага эга:

Бачадон найлари функция бузилиши;

Бачадон найларининг органик бузилишлари.

Функционал бузилишларга бачадон найларнинг кискарувчанлигининг узгариши гипертонус, гипотонус дискоординация киради.

Органик бузилишларга утказувчанлик бузилиши, спайка, стерилизация, перекрут ва бошкалар.

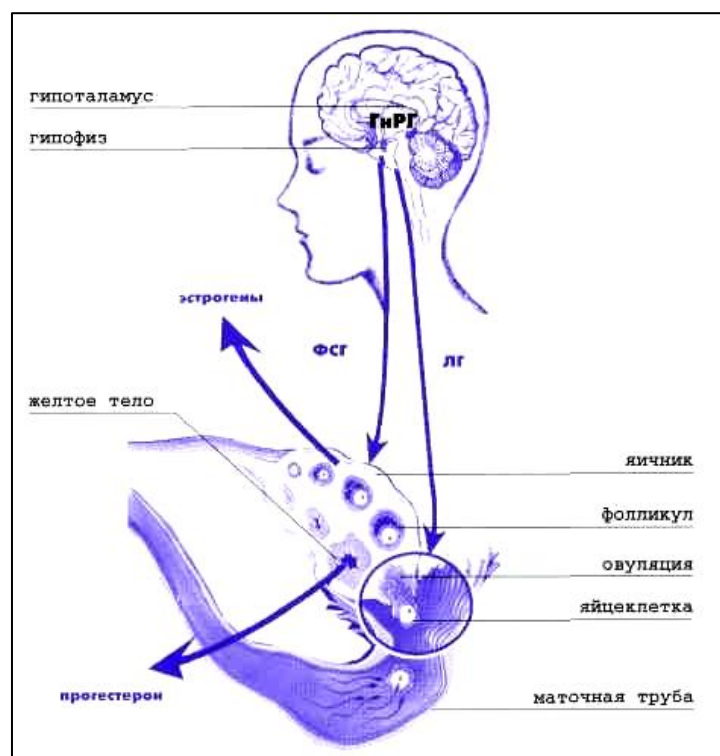
Бачадон найлари физиологияси.

Бачадон найлари мураккаб нейро-гормонал регуляцияга эга булиб, унинг функцияси сперматозоид ва тухум хужайрани кабул килиб, эмбрион ва гаметалар транспорти ва озикланишни таъминлайди.

Бепуштликни перитонеал формаси.

Бепуштликнинг перитонеал бу формаси жинсий органлар яллигланишдан, жинсий аъзоларда, кичик чанок аъзолари ва корин бушлигидаги оператив аралашувлардан кейин кичик чанокда чандикли жараён юзага келиши билан характерланади.

Най бепуштлигини диагностикаси.



Анамнез.

Жинсий органлар ва системалардаги хроник яллигланиш касалликлар.

Тугрукдан, абортдан ва операциядан сунг даврлари кечишини ахамияти.

Альгодисменорияда. Чанок огриклари синдроми ва жинсий алока пайтидаги огриклар.

Контрацепциядан фойдаланиш в унинг давомийлиги.

Жинсий алока.

ГСГ.

Лапороскопия.

Бепуштлик перитонеал формаси, диагностикаси.

Асосий уринни анамнез йигиш, утказган яллигланиш касалликлари, кичик чанок органлари ва корин бушлигида булган операциялар ва инвазив муолажалар утказган; ГСГ, гидротубация, диагностик киришлар.

Функционал най бепуштлиги давоси.

Даво максдида психотерапия, тинчлантирувчи препаратлар, транквилизатор, спазмолитиклар (напросин, идометацин) ишлатилади. Бундан ташкари бальнеотерапия – сераводород ванналар яхши натижа бериши кузда тutilган.

Органик най бепуштлиги давоси.

Оператив ва консерватив даво.

Консерватив терапия, бачадон ортиклари сурункали яллигланишларида кулланилади. Кон консерватив даво кабул килганда найда купол анатомо – функционал бузилишлар: дисепрофик узгаришлар, шиллик ва мушак каватларида кушувчи тукима ривожлиниши рецесстор аппарат бузилишига олиб келади. Консерватив даво натижа бермаганлиги 1,5 – 2 йил давомида хирургик даволаш махсадга мувофик булади.

Бепуштликдаги перитонеал формаси давоси.

Бунда яллигланишга карши терапия (продигнозин антибактериал препаратлар физик омиллар яхши натижа бериши кузда тutilган). Олинган даводан кейин 6-12 ой давомида хомиладорлик булмаса, лапороскопия килиш тавсия этилади.

Най бепуштлиги профилактикаси.

Жинсий аъзолар яллигланиш касалликларни уз вактида даволаш, тугрукни табиий йуллар оркали рациал олиб бориш ва тугрукдан кейинги даврнинг асоратли кечишини олдини олиш, аппендицитни уз вактида диагностика ва давоси.

Бепуштликка олиб келувчи гинекологик касалликлар:

Аменорея

Бачадон ичи синехиялари

Бачадан буйни касалликлари

Иммунологик

Психоген

Диагностика.

Циклик узгаришларнинг субъектив хиссиётлари.

Функционал диагностика тестлари оркали текширилади.

Прогестерон ёки прогестерон-гестагенлар билан гормонал синамалар утказиш

ГСГ ва УЗИ бачадон шиллик каватининг юпкалашган ёки бачадон ичи синихиялари мавжудлиги куринади.

Гистероскопия – синехиялар жойлашган жойи ва характери аникланади.

Давоси.

Гистероскопия назорати остида синехияларни парчалаш, БИВ куйиш 2 – 3 менструал циклда циклик гормонотерапия буюриш.

Окибати: аменореянинг бачадон формасида айникса ёмон ва эндометрийнинг базал кавати зарарланиш даражаси ва чуқурлигига боғлиқ.

Эндометриоз

Эндометриоз – патологик процесс булиб кайсики миометрийда ва бошка жинсий органлар системасида ва ундан ташкарида учоклар хосил булиши, улар эпителиал ва стромол элементлардан тузилиши билан характерланади. Эндометриоз тукумасида менструал цикл фазаларида хос яккол узгаришлар кузатилади.

Патогенез:

Генитал эндометриоз мураккаб патогенезга эга. Илмий текширишларга асосланиб, касаллик ирсий характерга эга эканлиги. Эндометриоз ривожланишида мультифакториал ирсиятига эга.

Эндометриоз хар хил формаларида клиник куринишлар:

Касаллик узок чузилиши билан, прогресс жараёни билан характерланади.

Асосий симптомлардан огрик, менструациядан олдинги кунларда ёки менструация пайтида огрик пайдо булиши ёки бирдан кучайиши; узок чузилган ёки огир кечган эндометриозда огрик менструация тугагандан кейин хам безовта килади. Огрик бачадон буйни кин кисмида эндометриозига характерли эмас.

Касалланган орган улчами катталашуви ёки менструация пайтида ва охирида эндометриозда экстрагенитал учоклар кузатилади.

Эндометриоз хар хил формаларида клиник куринишлар:

Менструал функция бузилиши характерли белги булиб, бу альгоменория типига кузатилади. Ички ва ташки эндометриозда бузилишлар кузатилади меноррагик пре ва постменструал конли ажралмалар менструация ритмининг бузилиши ва бошқалар.

Ички ва ташки эндометриозда бепуштлик куп учрайди. Сабаби хар хил: ановуляция кичик чанокда спаечный процесс, эндометрийда узгаришлар ва бошқалар.

Нима учун эндометриозда бепуштлик кузатилади.?

Агар эндометриоз учоклари бачадон найларида тухумдонда, кисик чанок деворларда жойлашган булса, циклик конли ажралмалар шу учоклардан корин бушлигига тушади ва кичик чанок органлари орасида спайка хосил булишига олиб келади. Бу узи бачадон найлари утказувчанлиги бузилади, натижада бачадон найларига тухумдондан тухум хужайра тутилиши кузатилмайди ва сперматозоид билан уругланиш булмайди. Бундан ташкари эндометриозда тухумдонда фоллекула етилиш жараёни бузилади ва овуляция шу билан сарик тана функцияси хам зарарланади.

Эндометриозда махсус модда ишлаб чикарилади, иммунитет бузилади ва махсус хужайралар активлаштирилади. (макрофинлар, лейкоцитлар) айримлари сперматозонд зарарланишини сусайтиради. Бу тухум хужайра

уругланишини кийинлаштиради ва хомиладорликни нормал ривожланишига қаршилиқ курсатади.

Бу факторлар шуни курсатадики, эндометриоз 5 – 33 % бепуштлиққа сабаб бўлади.

Эндометриоз диагностик усуллари.

Ташхис асосан клиник симптомларга қараб ва гинекологик курувга асосланади. Эндометриоз касаллиги симптомлари купгина жинсий орган касалликлари билан ухшашлиги (яллигланиш касалликлари бачадон ва тухумдон усмалари) туфайли диагноз қуйишда купгина махсус текширишлар (УЗИ диагностика, лапараскопия, ГС ва ГСГ) утказилади.

Диагностика. Жинсий органлар эндометриозни аниқлаш қийин масала ҳисобланади. Кейинги йилларда эндоскопик усулларни ишлаб чиқарилиши бу касаллик ҳақидаги билимларнинг ривожланиши бу касаллик диагностикасини осонлаштирилди.

Генитал эндометриоз давоси.

Эндометриоз давоси комплекс равишда дифференциялашган.
Эътиборга олиш керак бўлади:

- Касал ёшига
- Репродуктив функцияга муносабати
- Учок жойлашганлиги
- Жараённинг оғирлиқ даражаси.

Бизнинг мамлакатда дори препаратларни циклик равишда менструал циклининг 5 кунидан 25 кунигача ичиш ва 7 кунлик интервал билан кулланилади. Дори препаратлар қабул қилиш давомийлиги эндометриоз жойлашган жойига ва тарқалишга боғлиқ.

Охирги пайтда даназол яққол антигонадотропин таъсирига эга. Бундан ташқари антиэстроген тамоксифен, қайсиқим эндометриоз учокдаги хужайра цитоплазмаси эстроген рецепторларни блоклайди. Лапороскопия кузатувлар шуни курсатадики, узок қабул қилинган тамоксифен препарати эндометриоз учоклар йуналишига.

Комбинициялашган терапия

Комбинирлашган терапия ташки эндометриозда 3 этапда:

эндометриоз учоклари эндокоагуляцияси, лапараскопия пайтида

даназол қабул қилиш 3 – 9 ой давомида 1 кунда 400 мл гача.

такрор лапараскопия, колган эндометриоз учоклари эндокоагуляцияси ва хомиладорлик бу терапиядан сунг 46 % аёлларда кузатилган.

Эндометриоз ривожланишида иммун системасидаги узгаришларни эътиборга олган холда иммуномодуляторлар кулланилади.

Хирургик даво:

Эндометриозда хирургик даво аденомиоз тугунли шаклида, аденомиоз диффуз шакли миома билан бирга келиши, III даража аденомиозда, тухумдон эндометриоз кисталарида ва таркалган ретроцервикал эндометриозда кулланилади. Тахсисдан кейин 2-3 ой давомида гормонотерапия кулланилади. Рецидивни олдини олиш максатида.

Цервикал бепуштлики

Бачадон буйни канали оркали сперматозоидлар бачадон бушлигига тушади. Цервикал канал утказувчанлиги бузилиши чакирилади, тугма нотугри ривожланиши, ёки аборт пайтидаги ва тугрук пайтидаги травмалар, бепуштликка сабаб булади. Айрим холларда цервикал канал шиллик моддаси, жуда юкори даражада увишкокликка эга булиб, таркибида антиспермал антитело, кайсики сперматозоидлар харакатини блоклайди. Бу цервикал бепуштлики дейилади.

Давоси.

Яллигланишга карши: тухумдон функциясини нормализациялаш; 6 ой давомида презерватив куллаш – барьертерапия.

Анатомик узгаришлар кузатилса, курсатма мионструктив пластик операция.

Иммунологик бепуштлики

Иммунологик бепуштлики – бунда аёл ёки эркак организмида сперматозоидларга карши оксил ишлаб чикарилади. Бу антителалар сперматозоидлар харакатини сустлаштиради ва тухум хужайра уругланишига йул куймайди. Антисперал антелолар аёл конида бачадон буйни шиллиги бачадон найлари секретиди булиши мумкин.

Биологик синамалар.

Сперма билан кин ва буйнидаги шилликлар текширилади. Шуварский Хунер синамаси. Уни утказиш учун 4-5 кун жинсий алокадан сакланади; аёл текширилишига 1,5 – 2 соат жинсий алокадан кейин келади. Бунда кин орка гумбазиди ва бачадон буйни каналидан 1,0 шприц ёрдамида алохиди алохиди

ажралма олинади. 2 та буюм ойначасига суртма суртилиб, микроскоп остида текширилади. Агар 5 тадан 15 тагача яхши харакатчан сперматозоидлар булса, синама мусбат (+ +); 5 та сперматозоиддан кам булса, кучсиз мусбат (+); харакатсиз сперматозоидлар ёки булмаса синама манфий (-).

Синама менструал циклнинг 17-16 кунига кадар утказилади. Синама 2 марта икки марта утказилганда манфий булса, курцрокмиллер синамаси синамаси ёрдамида текширилади. 1,5 соатгача олинган спермани 1 томчисини буюм ойначасига томизиб, цервикал шилликни 1 томчиси билан 3 мм бир-биридан узокликда томизилади. Устидан иккинчи буюм ойнача билан ёпилади. Синама мусбат булса, шиллик атрофида сперматозоидлар бошчаси билан шилликка йуналиб тупланадилар. Натижа 10 – 20 мартадан кейин укилади.

Даволаш:

6 ойгача призерватив, аёллар глюкокарτικοид перпаратлари, соғлом сперматозоидларни функционал етилмаган сперматозоидлардан ажратиш.

Бепуштлик психоген факторлари.

Куп аёлларда психоэмоционал бузилишлар натижасида бепуштлик келиб чиқади: истерик ҳолатлар, менструация келишидан олдин яққолик хисси.

Бу аёллар психоневролог назоратида бузилишлари керак.

Бепушт аёлларни текшириш усуллари:

Бепушт булган аёлларни асосий усулларни системали муддатда утказиш.

2-3 циклда функционал диагностик тестлари;

менструал циклнинг 3-5 кунлари; циклнинг уртасида ва 2 чи фазасида гормонал текшириш. (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон);

менструал циклнинг 6-8 кунлари ГСГ;

Базал температура ва уни улчаш.

Базал хароратнинг графиги олинган натижалар асосида тузилади. Сарик тана гормони таъсирида базал температура менструал циклниги уртасида 0,4 С ошади (37С гача ва ундан юкори) ва 12-14 кунлар харорат шу меъёрда сакланади. Менструациядан 1-2 кун олдин 36С гача пасаяди. Бу температура чизиги 2 фазали номланиб, нормал овуляцияли менструал циклдан далолат беради. Менструал цикл давомида базал температура 37С гача сакланса, бу монофазали (бир фазали) деб номланади. Овуляция йуклигидан булади.

Базал температура ва уни улчаш.

Базал температура - асосан тугри ичакда (огизда ёки кинда хам) улчанади.

Бутун менструал цикл давомида 1 сохада

Эрталаб уйкудан кейин жойдан турмасдан

1 вақтда

бирта градусник билан 4-5 см га тугри ичакка киритилади

5-7 минут давомида

2-3 менструал цикл давомида..

Гормонал текшириш утказишдан максад

Гормонал текширишлар нафакат тухумдонлар функциясини баҳолашда ва турли гормонларни концентрациясини аниклашда, бошка эндокрин безларни (гипофиз, калконсимон без, буйрак усти беzi) гормонларни репродуктив фаолиятга таъсир этади. Аёл организмидаги шиллик процессларни инобатга олиб, аёл организмидаги кон анализи менструал цикл 2-5 ва 20-23 кунлари утказилади.

Беморларни гормонал текширишларга тайёрлаш.

Эмоционал стабил, оч коринга кон олинади, жинсий алокадан сакланади, текширишдан 2 хафта олдин антибиотиклар, антикоагулянтлар, сульфаниламид ва антигистамин препаратлар, салицилатлар ва гормонлар кабул килинмайди.

ГСГ

ГСГ (гистеросальпингография) — бачадон бушлиги ва бачадон найлари утказувчанлигини рентгенологик текшириш контраст модда билан ГСГ ёрдамида эндометрийдан полиплар, шиллик ости миомаси бачадондаги нуксонлар аникланади

Ультратовушли мониторинг

Ультратовушли мониторинг — бу менструал циклда давомидатухумдонларда ва бачадонда буладиган узгаришларни УТТ ёрдамида текшириш.

Бачадоннинг нормадаги лапароскопияси

Тухумдонларнинг нормадаги лапароскопияси

Бачадон найларининг нормадаги лапароскопияси

Лапароскопия ва унга курсатмалар:

Лапароскопия — бу операция билан микрокесмалар коринда килиниб, махсус оптикали асбоб ёрдамида корин бушлиги аъзолари курилади.

Гистероскопия.

Гистероскопия — Оптик аппарат билан бачадон буйни оркали киритилиб, бачадон бушлиги текширилади.

Эндометрий биопсияси

Эндометрий булакчаси гистологик текширув учун олинади .

Эркаклар бепуштлиги

Сперманинг физиологик хусусиятлари узгаради. Яллигланиш касалликлари, травмалар, физик ва химик факторлар таъсирида сперма узгариб, бепуштликка олиб келади.

Сперма хусусиятлари куйидаги холларда узгаради:
Нейроэндокрин бузилишлар;

Алкоголизм;

Морфинизм;

Яллигланиш касаликларида (орхит);

Чандикли узгаришлар;

Уретранинг ривожланиш нуксонлари (гипоспадия, эписпадия);

Сперманинг куйидаги узгаришлари бепуштликка олиб келади:

Азоспермия

Некроспермия

Аспермия

Сперма йуклиги.

Соглом эркак спермограммасы.

Эякулят микдори $\geq 2,0$ мл PH $7,2 \times 7,8$

Спермийлар сони 1 мл $\geq 20 \times 10^6$ /мл

Актив ҳаракатчан $\geq 25\%$

Ҳаракатчан $\geq 50\%$

Морфологик нормал формалари $\geq 50\%$

Аглютинанлар йук.

Агрегатлар йук.

Лейкоцитлар $1,0 \times 10^6$ /мл

Эритроцитлар йук.

Даволаш:

Антиспермал антителар булса, глюкокортикоидлар ишлатилади.
Носпецифик даво методларига климофен, тамоксифен, менстреролан, тестостерон, гонадотропинлар киради.

Варикоцелда – томирлар эмболизация килинади.

«Пробиркадаги болалар» ким? ва қанақа?

Бу эмбриондан ривожланган болалар, тухум хужайра ва сперматозоид «пробиркада» учрашиб булгуси онага утказилади. Бу усул билан бепуштлик билан курашилмокда. Профессionalлар бу усулни экстракорпорал уруглантириш (лот. extra — «ташки», ва corpus, *corporis* — «тана»); қиска — ЭКУ деб аташади. ЭКУ асосида тиббиётда янги йуналиш пайдо булди. Бу йуналиш ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ).

Пробиркада уруглантирилган болалар оддий болалардан фарқ қилмайди. Улар ҳам кутилган болалар, шунинг учун уларни ота-онаси севиб парваришлайди. Улар соглом булишади, агар касал булишса, худди тенгдошларидай булади.

ЭКУ ВА УНИНГ ЭТАПЛАРИ

ЭКУ – экстрокорпарал уруглантириш. Тухум хужайранинг аёл организмидан ташкарида – «пробиркада» уруглантириш.

Этаплари:

Суперовуляция индукцияси;

Фоллекуляр пункцияси ва тухум хужайрани олиш;

Тухум хужайрани уруглантириш ва эмбрионлар культивацияси.

Бачадон бушлигига эмбрионларни утказиш.

ЭКУ га курсатма

ЭКО было создано для лечения трубного бесплодия. В настоящее время с помощью ЭКО и основанных на ЭКО методах и программах ВРТ могут эффективно лечиться практически все формы бесплодия, не поддающиеся лечению другими методами.

Суперовуляция индукцияси

Суперовуляция индукцияси (тухум хужайрани гормонал бошқариш) – бир менструал цикл жараёнида бир нечта ривожланган фолликул ва тухум хужайра олиниши учун утказилади. Хамма гап шундаки, ҳар бир соғлом аёлнинг менструал жараёни ҳам пуштли эмас. Нормал гормонал ривожланишда ҳосил булган фолли-кулда етилмаган тухум хужайра бепушт ёки умуман тухум хужайрасиз булиши мумкин. Бунақа ҳоллар булмаслиги учун суперовуляция индукцияси утказилмокда.

Фолликуллар пункцияси.

ЭКУ ривожланиш жараёнида фолликуллар пункцияси ва тухум хужайра йиғиш корин деворининг олдинги томондан утказилган (трансабдоминал) лапороскопия орқали текширилади.

ЭКУ усулида бепуштликни даволаш кафолатлими ёки нима учун хомиладорлик юзага келмайди.

Тухум хужайра билан боглик муаммоларнинг юзага келиши.

Стимуляция натижасида фолликула етилмаслиги мумкин.

Етилган фолликулада тухумхужайра сакламаслиги мумкин.

Тухумхужайра сифатсиз булиши мумкин.

Баъзи муддатдан илгари сипонтан овуляция юз бериши мумкин ва тухумхужайра фолликулани пункция килгунга қадар чиқиб кетади.

Кичик чанокдаги чандикли жараёнлар органларнинг нотугри жойлашганлиги фолликула пункциясига техник қаршилик курсатиши мумкин.

Сперматозоидлар тухум хужайраларини уруглантириш кобилиятига эга булмаслиги мумкин.

Тухум хужайра ва сперматозоидлар нормал куринишга эга булганлиги билан эмбрион ривожланиш юз бермаслиги мумкин.

Эмбрион нормал ривожланмайди ёки бачадон бушлигига утказилгандан кейин хам тараккиётнинг исталган боскичида ривожланишдан тухташи мумкин.

ЭКУ муолажаси эмбриологга ва шифокорга боглик булмаган холда хам тухтатилиши мумкин. Масалан мижознинг касаллиги у шифокор муолажаларини бажараётганда хатоликка йул куйса ва бошқалар.

Мавзу № 119: “Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Эркаklar ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари

принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

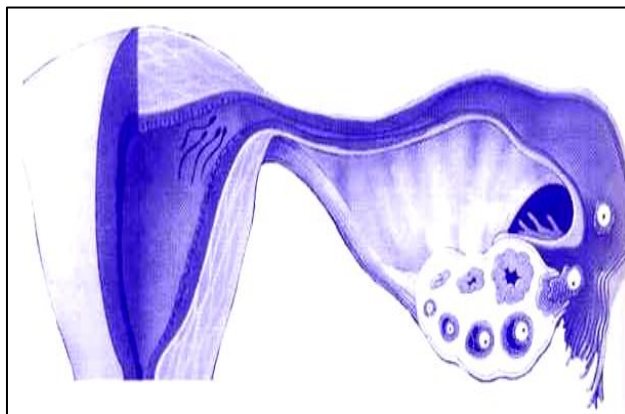
Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар

	1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№119 мотивация. (Мавзу баёни) Эркаклар ва аёллар бепуштлигининг этиологияси. Замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.

Бепуштлик – 12 ой давомида жинсий ҳаёт борлиги, лекин хомиладорлик булмаганда айтилади.



Бепуштлиқ учраш даражаси:

Бепуштлиқ 10 дан 20 % оилаларда учрайди.

Бирламчи ва иккиламчи бепуштлиқ орасидаги фарк:

Бепуштлиқ 1 ламчи ва 2 ламчига булинади. Бу курсаткич аёлларга хос бўлиб, қайсиқим аёлда хомиладорлик умуман бўлмаганлиги бу бирламчи хомиладорлик. 2 ламчи бепуштлиқ – бу 1 марта хомиладор бўлган. Хомиладорлик нима билан тугаганлигидан (аборт, тугруқ, бола ташлаш, бачадондан ташқари хомиладорлик) қатъий назар.

Аёллар бепуштлигини сабаблари:

Овуляция йуклиги – 15 - 20%

Бачадон ортиқларининг касалланиши – 20 – 30 %

Хар хил гинекологик касалликлар - 15 – 25 %

Иммунологик бепуштлиқ - 3 – 4 %

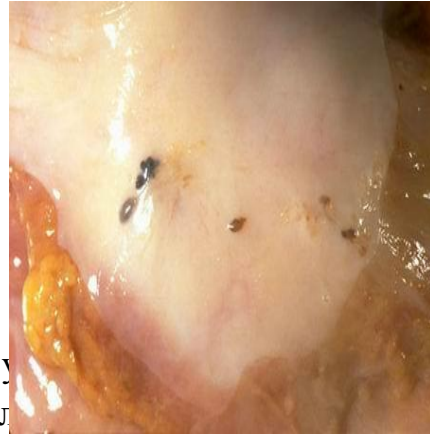
Эндокрин бепуштлиқ.

Эндокрин бепуштлиқ – овуляция процессининг бузилиши билан характерланади. Эндокрин бепуштлиқ 4 – 40 % учрайди.

Сабаблари:

Лютеин фазаси етишмовчилиги.

Овуляцияланмаган фолликулл лютеинизацияси синдроми



Ан...чи энг куп у...биридир.
Су...гологик хол...булиб,
гипоталамо – гипофизар – тухумдон системасида цикл жараёнларнинг бузилиши билан характерланади. Бу ҳолат учун купгина клиник, биохимик, морфологик бузилишлар характерлидир. Клиникасида ДБKK, олигоменорея, аменорея, галлоктария кузатилиши ёки умуман кузатилмаслиги, гирсутизм, вирилизация билан бирга келади. Ановуляцияда андрогенлар ва ЛГ нинг кондаги миқдори нормадагидай булиши мумкин ва шу миқдори юқори даражага етиши мумкин. Тухумдонни ҳажми меъёридан бир неча мартабагача катталашади.

Ановуляцияни даволаш.

Гиперпролактонемияда парлодел (1,25-2,5 мг/сутка агар пролактин таркиби нормада бўлса. Кейин кломифен (схема 5 кундан 9 кунгача циклда мг.дан) агар узгариш кузатилмаса, дозани кутариш 100-15 мг/сутка гача) ХГ (2000 – 3000 МЕ 2-4-6 кун базал температура кутарилиши).

Гипоталама гипофизар системасидаги бузилишларда (□“ановуляция АТ□“, гестаген тест + (кломифен, ХГ, пергонал) гестаген тестида эстроген (-) ҳолатда (ХГ, пергонал ёки РГЛГ).

Андрогенемия, тухумдон функциясини етишмовчилиги билан боғлиқ бўлса: (дексаметозон (0,25 – 0,5 мг/сутка) + кломифен + ХГ).

Тухумдон гиперандрогенемияда эстрогенлар экскрецияси ва тухумдон поликистозиди (гестоген + кломифен ва агонист РГЛГ + ХГ).

Менструал цикл лютеин фазаси етишмовчилиги

Менструал цикл лютеин фаза етишмовчилиги – бу тухумдон функциясининг бузилиши булиб, тухумдон сарик тана гипофункцияси билан характерланади. Прогестерон синтезининг етишмовчилиги, эндометрийнинг секретор трансформацияси етишмовчилигига олиб келиши, бачадон найлари функцияси узгаришига, уругланган тухум хужайра имплантациясининг бузилишига, кайсики бепуштликка ёки хомиладорликнинг биринчи ярмида бола ташлаш билан намоён булади.

Менструал цикл фоллекуляр фазада прогестерон ишлаб чиқарилиши доим паст даражада булади. Концентрациясининг ошиши 1-2 кун овуляциядан олдин ва циклнинг лютеин фазанинг 7-8 кунда энг юкори концентрацияга етади.

ЛФЕ сабаблари.

Гипоталамо – гипофизар система дисфункцияси. Кайсиким физик ва психик стресслардан травма, нейроинфекция ва бошқалардан кейин вужудга келади.

Гиперандрогенемия тухумдон, буйрак усти ёки аралаш генезда.

Функционал гиперпролактономия. Гонадотроп гормон секрециясига ва чиқишига пролактин юкори концентрацияси таъсир қилиши ва тухумдон сперматогенез ингибицияси натижасида ЛФЕ юзага келиши мумкин.

Бачадон орттикларининг яллигланиш процессининг чузилиши.

Сарик тана патологияси. Перитониал суюқликда биохимик узгаришлар (простогландин ва улар метаболитлари макрофас перокси доза таркиби кутарилиши).

Гипо ёки гипертериоз.

ЛФЕ диагностикаси:

ЛФЕ асосий симптоми бу бепуштлик ёки менструал цикл бошланишидан 4-5 кун олдин конли ажралма келиши. Ташхис қуйишда қуйидагиларга эътибор берилади.

1. Базал температурани улчаш. Анъанавий усул.

Менструал цикл давомийлиги боглик булмаган холда лютеин фаза давомийлиги 11 – 14 кунни ташкил қилади. ЛФЕ циклнинг иккинчи фаза қисқариши билан характерланади. Циклда базал температура 2 фаза орасида 0,6 С ни ташкил қилади.

3. УЗИ – фолликулалар усиши, эндометрийнинг калинлашуви менструал цикл пайтида куринади.

5. Лапароскопия - овуляциядан кейин, бу пайтда овуляцияланган фоллекула урнида «стигма» куринади, хол буки овуляцияни борлиги сарик танани тулик функциясини билдирмайди.

ЛФЕ даволаш.

Менструал циклнинг иккинчи фазасида. Менструациядан 10 кун олдин прогестерон эритмаси.

ХГ – 2-4-6 кун базал температура кутарилганида 1500 – 2000 МЕ.

Комбинацияланган эстроген - гестаген препаратлар rebaud – натижа 2-3 курсда маълум булади.

Кломифен оддий схема буйича:

Циклни 5 кунида 9 кунигача 50 мг агар натижа бермаса, микдорни 100-150 мг кутариш мумкин.

Гиперпролактенемияда – даво парладел 2,5 – 7,5 мг дан суткада 4 – 6 цикл давомида тавсия этилади.

Гиперандрогенемияда дексаметазон 0,25 – 0,5 мг/суткада кломифен билан бирга.

ЛФЕ профилактикаси.

ЛФЕ ривожланишига сабаб булган патологик ҳолатларни бартараф этиш.

Овуляцияланмаган фоллекула лютенизация синдроми.

Бу вақтидан олдин лютеинизация булиб, фоллекулада овуляция булмай, бу прогестерон секрециясининг циклик узгариши ва эндометрийнинг секретор хусусияти бир мунча кечикиши характерлидир. Асосий клиник симптоми бепуштлиқ.

Сабаблари: Аникланмаган.

Патогенизи: фолликула 35 мм гача катталашади лекин ёрилмайди, кайтиб камаяди. Гиперандрогенемия ва тухумдонда алмашувининг бузилиши билан кузатилади.

Диагностика: УЗИ, лапороскопия.

ЛФЕ синдроми давоси.

Бунда махсус даво йук. Хозирги пайтда овуляцияни даволашнинг 5 асосий усули мавжуд:

Гиперпролактенемияда овуляция стимуляцияси парлодел 1,25 – 2,5 мг/суткада буюрилади. Пролактин курсаткичи нормаллашгандан кейин кломифен, ХГ, пергонал буюрилади.

ановуляция билан гипоталамо– гипофизар дисфункцияда, ЛГ нинг паст курсатгичида, мусбат гестаген кисмда кломифен, ХГ, пергонал.

ХГ терапияси – манфий пергонал гестаген тестда эстрогенлар пастки даражасида гипоталамо – гипофизар система айрим функцияларнинг тутилишида утказилади. Пергонал гипофиз реактивлигида;

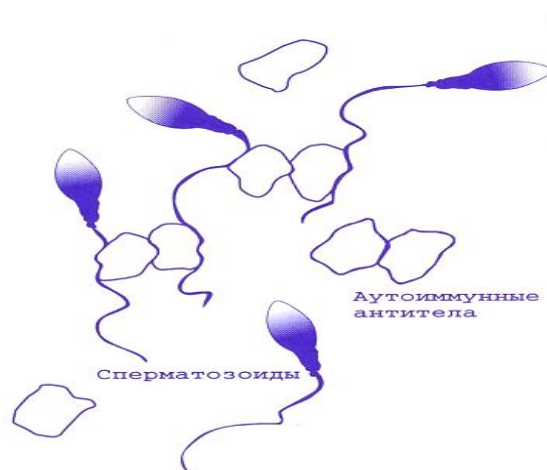
Гиперандрогенемияда буйрак усти генезида кортикостероидлар билан бирга кломифен, ХГ ёки пергонал буюрилади.

Тухумдон гиперандрогенемия, эстроген экскрецияси юкори даражасида, ЛГ ва тухумдон поликистозида гестоген билан бирга кломифен билан ёки пергонал билан ва ХГ билан буюрилади. Шу билан бирга РГЛГ ва унинг агонистлари, булар тухумдонда фоллекула етилишини активлаштиради.

Най перитонеал бепуштлик ва унинг учраши?

Аёллар бепуштлигининг орасида бу бепуштлик 70 % ни ташкил килади.

Най бепуштлиги – бу бачадон найларининг уз функциясини бажара олмаслиги натижасида келиб чиқади.



Сабаблари:

Бачадон найлари функцияси бузилиши, инфантилизм;

Бачадон найларининг органик бузилиши;

Бачадон найларининг булмаслиги;

Най бепуштлиги формалари:

Най бепуштлиги асосан 2 та формага эга:

Бачадон найлари функция бузилиши;

Бачадон найларининг органик бузилишлари.

Функционал бузилишларга бачадон найларнинг кискарувчанлигининг узгариши гипертонус, гипотонус дискоординация киради.

Органик бузилишларга утказувчанлик бузилиши, спайка, стерилизация, перекрут ва бошқалар.

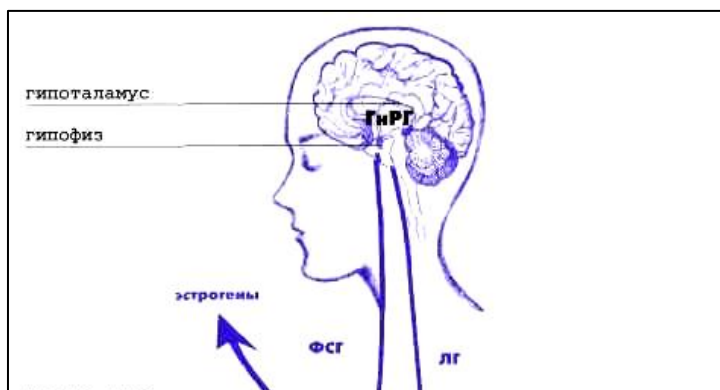
Бачадон найлари физиологияси.

Бачадон найлари мураккаб нейро-гормонал регуляцияга эга булиб, унинг функцияси сперматозоид ва тухум хужайрани кабул килиб, эмбрион ва гаметалар транспорти ва озикланишни таъминлайди.

Бепуштликни перитонеал формаси.

Бепуштликнинг перитонеал бу формаси жинсий органлар яллигланишдан, жинсий аъзоларда, кичик чанок аъзолари ва корин бушлигидаги оператив аралашувлардан кейин кичик чанокда чандикли жараён юзага келиши билан характерланади.

Най бепуштлигини диагностикаси.



Анамнез.

Жинсий органлар ва системалардаги хроник яллигланиш касалликлар.

Тугрукдан, абортдан ва операциядан сунг даврлари кечишини ахамияти.

Альгодисменорияда. Чанок огриклари синдроми ва жинсий алока пайтидаги огриклар.

Контрацепциядан фойдаланиш в унинг давомийлиги.

Жинсий алока.

ГСГ.

Лапороскопия.

Бепуштлик перитонеал формаси, диагностикаси.

Асосий уринни анамнез йигиш, утказган яллигланиш касалликлари, кичик чанок органлари ва корин бушлигида булган операциялар ва инвазив муолажалар утказган; ГСГ, гидротубация, диагностик киришлар.

Функционал най бепуштлиги давоси.

Даво максадида психотерапия, тинчлантирувчи препаратлар, транквилизатор, спазмолитиклар (напросин, идометацин) ишлатилади.

Бундан ташкари бальнеотерапия – сераводород ванналар яхши натижа бериши кузда тутилган.

Органик най бепуштлиги давоси.

Оператив ва консерватив даво.

Консерватив терапия, бачадон ортиклари сурункали яллигланишларида кулланилади. Кон консерватив даво қабул қилганда найда купол анатомо – функционал бузилишлар: дисепрофик узғаришлар, шиллик ва мушак қаватларида қушувчи туқима ривожлиниши рецесстор аппарат бузилишига олиб келади. Консерватив даво натижа бермаганлиги 1,5 – 2 йил давомида хирургик даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Бепуштлиқдаги перитонеал формаси давоси.

Бунда яллигланишга қарши терапия (продигнозин антибактериал препаратлар физик омиллар яхши натижа бериши кузда тутилган). Олинган даводан кейин 6-12 ой давомида ҳомиладорлик бўлмаса, лапароскопия қилиш тавсия этилади.

Най бепуштлиги профилактикаси.

Жинсий аъзолар яллигланиш касалликларни уз вақтида даволаш, тугрукни табиий йуллар орқали рациал олиб бориш ва тугрукдан кейинги даврнинг асоратли кечишини олдини олиш, аппендицитни уз вақтида диагностика ва давоси.

Бепуштлиққа олиб келувчи гинекологик касалликлар:

Аменорея

Бачадон ичи синехиялари

Бачадан бўйни касалликлари

Иммунологик

Психоген

Диагностика.

Циклик узғаришларнинг субъектив хиссиётлари.

Функционал диагностика тестлари орқали текширилади.

Прогестерон ёки прогестерон-гестагенлар билан гормонал синамалар утказиш

ГСГ ва УЗИ бачадон шиллик каватининг юпкалашган ёки бачадон ичи синихиялари мавжудлиги куринади.

Гистероскопия – синехиялар жойлашган жойи ва характери аникланади.

Давоси.

Гистероскопия назорати остида синехияларни парчалаш, БИВ куйиш 2 – 3 менструал циклда циклик гормонотерапия буюриш.

Окибати: амменореянинг бачадон формасида айникса ёмон ва эндометрийнинг базал кавати зарарланиш даражаси ва чуқурлигига боғлиқ.

Эндометриоз

Эндометриоз – патологик процесс булиб кайсики миометрида ва бошқа жинсий органлар системасида ва ундан ташкарида учоклар ҳосил булиши, улар эпителиал ва стромал элементлардан тузилиши билан характерланади. Эндометриоз туқимасида менструал цикл фазаларида ҳос яккол узгаришлар кузатилади.

Патогенез:

Генитал эндометриоз мураккаб патогенезга эга. Илмий текширишларга асосланиб, касаллик ирсий характерга эга эканлиги. Эндометриоз ривожланишида мультифакториал ирсиятига эга.

Эндометриоз ҳар хил формаларида клиник куринишлар:

Касаллик узок чузилиши билан, прогресс жараёни билан характерланади.

Асосий симптомлардан огрик, менструациядан олдинги кунларда ёки менструация пайтида огрик пайдо булиши ёки бирдан кучайиши; узок чузилган ёки огир кечган эндометриозда огрик менструация тугагандан кейин ҳам безовта килади. Огрик бачадон буйни кин қисмида эндометриозига характерли эмас.

Касалланган орган улчами катталашуви ёки менструация пайтида ва охирида эндометриозда экстрагенитал учоклар кузатилади.

Эндометриоз ҳар хил формаларида клиник куринишлар:

Менструал функция бузилиши характерли белги булиб, бу альгоменория типига кузатилади. Ички ва ташқи эндометриозда бузилишлар кузатилади

меноррагик пре ва постменструал конли ажралмалар менструация ритмининг бузилиши ва бошқалар.

Ички ва ташки эндометриозда бепуштлиқ куп учрайди. Сабаби ҳар хил: ановуляция кичик чанокда спачный процесс, эндометрийд а узгаришлар ва бошқалар.

Нима учун эндометриозда бепуштлиқ кузатилади.?

Агар эндометриоз учоклари бачадон найларида тухумдонда, кисик чанок деворларда жойлашган булса, циклик конли ажралмалар шу учоклардан корин бушлигига тушади ва кичик чанок органлари орасида спайка хосил булишига олиб келади. Бу узи бачадон найлари утказувчанлиги бузилади, натижада бачадон найларига тухумдондан тухум хужайра тутилиши кузатилмайди ва сперматозоид билан уругланиш булмайди. Бундан ташқари эндометриозда тухумдонда фоллекула етилиш жараёни бузилади ва овуляция шу билан сарик тана функцияси хам зарарланади.

Эндометриозда махсус модда ишлаб чиқарилади, иммунитет бузилади ва махсус хужайралар активлаштирилади. (макрофинлар, лейкоцитлар) айримлари сперматозонд зарарланишини сусайтиради. Бу тухум хужайра уругланишини кийинлаштиради ва хомиладорликни нормал ривожланишига қаршилиқ курсатади.

Бу факторлар шуни курсатадики, эндометриоз 5 – 33 % бепуштлиққа сабаб булади.

Эндометриоз диагностик усуллари.

Ташхис асосан клиник симптомларга қараб ва гинекологик курувга асосланади. Эндометриоз касаллиги симптомлари купгина жинсий орган касалликлари билан ухшашлиги (яллигланиш касалликлари бачадон ва тухумдон усмалари) туфайли диагноз куйишда купгина махсус текширишлар (УЗИ диагностика, лапараскопия, ГС ва ГСГ) утказилади.

Диагностика. Жинсий органлар эндометриозни аниқлаш кийин масала хисобланади. Кейинги йилларда эндоскопик усулларни ишлаб чиқарилиши бу касаллик хақидаги билимларнинг ривожланиши бу касаллик диагностикасини осонлаштирилди.

Генитал эндометриоз давоси.

Эндометриоз давоси комплекс равишда дифференциялашган. *Эътиборга олиш керак булади:*

- Касал ёшига
- Репродуктив функцияга муносабати
- Учок жойлашганлиги
- Жараённинг огирлик даражаси.

Бизнинг мамлакатда дори препаратларни циклик равишда менструал циклининг 5 кунидан 25 кунигача ичиш ва 7 кунлик интервал билан кулланилади. Дори препаратлар қабул қилиш давомийлиги эндометриоз жойлашган жойига ва тарқалишга боғлиқ.

Охирги пайтда даназол яққол антигонадотропин таъсирига эга. Бундан ташқари антиэстроген тамоксифен, қайсиқим эндометриоз учокдаги хужайра цитоплазмаси эстроген рецепторларни блоклайди. Лапароскопия кузатувлар шуни кўрсатадики, узок қабул қилинган тамоксифен препарати эндометриоз учоклар йуналишига.

Комбинициялашган терапия

Комбинирлашган терапия таъки эндометриозда 3 этапда:

эндометриоз учоклари эндокоагуляцияси, лапароскопия пайтида

даназол қабул қилиш 3 – 9 ой давомида 1 кунда 400 мл гача.

такрор лапароскопия, қолган эндометриоз учоклари эндокоагуляцияси ва хомиладорлик бу терапиядан сунг 46 % аёлларда кузатилган.

Эндометриоз ривожланишида иммун системасидаги узғаришларни эътиборга олган ҳолда иммуномодуляторлар кулланилади.

Хирургик даво:

Эндометриозда хирургик даво аденомиоз тугунли шаклида, аденомиоз диффуз шакли миома билан бирга қелиши, III даража аденомиозда, тухумдон эндометриоз кисталарида ва тарқалган ретроцервикал эндометриозда кулланилади. Тахсисдан кейин 2-3 ой давомида гормонотерапия кулланилади. Рецидивни олдини олиш мақсадида.

Цервикал бепуштлиқ

Бачадон бўйни канали орқали сперматозоидлар бачадон бўшлиғига тушади. Цервикал канал утқазувчанлиги бузилиши чақирилади, тугма нотугри ривожланиши, ёки аборт пайтидаги ва тугрук пайтидаги травмалар, бепуштлиққа сабаб бўлади. Айрим ҳолларда цервикал канал шиллиқ моддаси, жуда юқори даражада увишқокликка эга бўлиб, тарқибда антиспермал антитело, қайсики сперматозоидлар ҳаракатини блоклайди. Бу цервикал бепуштлиқ дейилади.

Давоси.

Яллигланишга карши: тухумдон функциясини нормализациялаш; 6 ой давомида презерватив куллаш – барьертерапия.

Анатомик узгаришлар кузатилса, курсатма мионструктив пластик операция.

Иммунологик бепуштлик

Иммунологик бепуштлик – бунда аёл ёки эркак организмида сперматозоидларга карши оксил ишлаб чиқарилади. Бу антителалар сперматозоидлар ҳаракатини сустлаштиради ва тухум хужайра уругланишига йул қуймайди. Антисперал антелолар аёл қонида бачадон бўйни шиллиги бачадон найлари секретиди бўлиши мумкин.

Биологик синамалар.

Сперма билан қин ва бўйнидаги шилликлар текширилади. Шуварский Хунер синамаси. Уни утказиш учун 4-5 қун жинсий алоқадан сакланади; аёл текширилишига 1,5 – 2 соат жинсий алоқадан кейин келади. Бунда қин орқа гүмбазида ва бачадон бўйни каналидан 1,0 шприц ёрдамида алоҳида алоҳида ажралма олинади. 2 та буюм ойначасига суртма суртилиб, микроскоп остиди текширилади. Агар 5 тадан 15 тагача яхши ҳаракатчан сперматозоидлар бўлса, синама мусбат (+ +); 5 та сперматозоиддан кам бўлса, қучсиз мусбат (+); ҳаракатсиз сперматозоидлар ёки бўлмаса синама манфий (-).

Синама менструал циклнинг 17-16 қунига қадар утказилади. Синама 2 марта икки марта утказилганда манфий бўлса, қурцрокмиллер синамаси синамаси ёрдамида текширилади. 1,5 соатгача олинган спермани 1 томчисини буюм ойначасига томизиб, цервикал шилликни 1 томчиси билан 3 мм бир-биридан узокликда томизилади. Устидан иккинчи буюм ойнача билан ёпилади. Синама мусбат бўлса, шиллик атрофида сперматозоидлар бошчаси билан шилликка йуналиб тупланадилар. Натижа 10 – 20 мартадан кейин уқилади.

Даволаш:

6 ойгача призерватив, аёллар глюкокартикоид перпаратлари, соғлом сперматозоидларни функционал етилмаган сперматозоидлардан ажратиш.

Бепуштлиқ психоген факторлари.

Куп аёлларда психоэмоционал бузилишлар натижасида бепуштлиқ келиб чиқади: истерик ҳолатлар, менструация келишидан олдин яққолик хисси.

Бу аёллар психоневролог назоратида бўлишлари керак.

Бепушт аёлларни текшириш усуллари:

Бепушт бўлган аёлларни асосий усулларни системали муддатда утказиш.

2-3 циклда функционал диагностик тестлари;

менструал циклнинг 3-5 кунлари; циклнинг уртасида ва 2 чи фазасида гормонал текшириш. (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон);

менструал циклнинг 6-8 кунлари ГСГ;

Базал температура ва уни улчаш.

Базал ҳароратнинг графиги олинган натижалар асосида тузилади. Сарик тана гормони таъсирида базал температура менструал циклнинг уртасида 0,4 С ошади (37С гача ва ундан юқори) ва 12-14 кунлар ҳарорат шу меъёрга сакланади. Менструациядан 1-2 кун олдин 36С гача пасаяди. Бу температура чизиги 2 фазали номланиб, нормал овуляцияли менструал циклдан далолат беради. Менструал цикл давомида базал температура 37С гача сакланса, бу монофазали (бир фазали) деб номланади. Овуляция йуклигидан бўлади.

Базал температура ва уни улчаш.

Базал температура - асосан тугри ичакда (оғизда ёки кинда ҳам) улчанади.

Бутун менструал цикл давомида 1 сохада

Эрталаб уйкудан кейин жойдан турмасдан

1 вақтда

бирта градусник билан 4-5 см га тугри ичакка киритилади

5-7 минут давомида

2-3 менструал цикл давомида..

Гормонал текшириш утказишдан мақсад

Гормонал текширишлар нафакат тухумдонлар функциясини баҳолашда ва турли гормонларни концентрациясини аниклашда, бошқа эндокрин безларни (гипофиз, калконсимон без, буйрак усти беzi) гормонларни репродуктив фаолиятга таъсир этади. Аёл организмидаги шиллик процессларни инобатга олиб, аёл организмидаги кон анализи менструал цикл 2-5 ва 20-23 кунлари утказилади.

Беморларни гормонал текширишларга тайёрлаш.

Эмоционал стабил, оч коринга кон олинади, жинсий алокадан сакланади, текширишдан 2 хафта олдин антибиотиклар, антикоагулянтлар, сульфаниламид ва антигистамин препаратлар, салицилатлар ва гормонлар кабул килинмайди.

ГСГ

ГСГ (гистеросальпингография) — бачадон бушлиги ва бачадон найлари утказувчанлигини рентгенологик текшириш контраст модда билан ГСГ ёрдамида эндометрийдан полиплар, шиллик ости миомаси бачадондаги нуксонлар аникланади

Ультратовушли мониторинг

Ультратовушли мониторинг — бу менструал цикл давомида тухумдонларда ва бачадонда буладиган узгаришларни УТТ ёрдамида текшириш.

Бачадоннинг нормадаги лапароскопияси

Тухумдонларнинг нормадаги лапароскопияси

Бачадон найларининг нормадаги лапароскопияси

Лапароскопия ва унга курсатмалар:

Лапароскопия — бу операция билан микрокесмалар коринда килиниб, махсус оптикали асбоб ёрдамида корин бушлиги аъзолари курилади.

Гистероскопия.

Гистероскопия — Оптик аппарат билан бачадон буйни оркали киритилиб, бачадон бушлиги текширилади.

Эндометрий биопсияси

Эндометрий булакчаси гистологик текширув учун олинади .

Эркалар бепуштлиги

Сперманинг физиологик хусусиятлари узгаради. Яллигланиш касалликлари, травмалар, физик ва химик факторлар таъсирида сперма узгариб, бепуштликка олиб келади.

Сперма хусусиятлари куйидаги холларда узгаради:
Нейроэндокрин бузилишлар;

Алкоголизм;

Морфинизм;

Яллигланиш касаликларида (орхит);

Чандикли узгаришлар;

Уретранинг ривожланиш нуксонлари (гипоспадия, эписпадия);

Сперманинг куйидаги узгаришлари бепуштликка олиб келади:

Азоспермия

Некроспермия

Аспермия

Сперма йуклиги.

Соглом эркак спермограммаси.

Эякулят миқдори $\geq 2,0$ мл pH 7,2*7,8

Спермийлар сони 1 мл $\geq 20 \times 10^6$ /мл

Актив ҳаракатчан $\geq 25\%$

Ҳаракатчан $\geq 50\%$

Морфологик нормал формалари $\geq 50\%$

Аглютинанлар йук.

Агрегатлар йук.

Лейкоцитлар $1,0 \times 10^6$ /мл

Эритроцитлар йук.

Даволаш:

Антиспермал антителар булса, глюкокортикоидлар ишлатилади. Носпецифик даво методларига климофен, тамоксифен, менстреролан, тестостерон, гонодотропинлар киради.

Варикоцелда – томирлар эмболизация килинади.

«Пробиркадаги болалар» ким? ва канака?

Бу эмбриондан ривожланган болалар, тухум хужайра ва сперматозоид «пробиркада» учрашиб булгуси онага утказилади. Бу усул билан бепуштлик билан курашилмокда. Профессионаллар бу усулни экстракорпорал уруглантириш (лот. extra — «ташки», ва corpus, *corporis* — «тана»); киска — ЭКУ деб аташади. ЭКУ асосида тиббиётда янги йуналиш пайдо булди. Бу йуналиш ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ).

Пробиркада уруглантирилган болалар оддий болалардан фарк килмайди. Улар хам кутилган болалар, шунинг учун уларни ота-онаси севиб парваришлайди. Улар соглом булишади, агар касал булишса, худди тенгдошларидай булади.

ЭКУ ВА УНИНГ ЭТАПЛАРИ

ЭКУ – экстракорпорал уруглантириш. Тухум хужайранинг аёл организмидан ташкарида – «пробиркада» уруглантириш.

Этаплари:

Суперовуляция индукцияси;

Фоллекуляр пункцияси ва тухум хужайрани олиш;

Тухум хужайрани уруглантириш ва эмбрионлар культивацияси.

Бачадон бушлигига эмбрионларни утказиш.

ЭКУ га курсатма

ЭКО было создано для лечения трубного бесплодия. В настоящее время с помощью ЭКО и основанных на ЭКО методах и программах ВРТ могут эффективно лечиться практически все формы бесплодия, не поддающиеся лечению другими методами.

Суперовуляция индукцияси

Суперовуляция индукцияси (тухум хужайрани гормонал бошқариш) – бир менструал цикл жараёнида бир нечта ривожланган фолликул ва тухум хужайра олиниси учун утказилади. Хамма гап шундаки, хар бир соглом аёлнинг менструал жараёни хам пуштли эмас. Нормал гормонал ривожланишда хосил булган фолли-кулда етилмаган тухум хужайра бепушт ёки умуман тухум хужайрасиз булиши мумкин. Бунака холлар булмаслиги учун суперовуляция индукцияси утказилмокда.

Фолликуллар пункцияси.

ЭКУ ривожланиш жараёнида фолликуллар пункцияси ва тухум хужайра йиғиш корин деворининг олдинги томондан утказилган (трансабдоминал) лапороскопия оркали текширилади.

ЭКУ усулида бепуштликини даволаш кафолатлими ёки нима учун хомиладорлик юзага келмайди.

Тухум хужайра билан боглик муаммоларнинг юзага келиши.

Стимуляция натижасида фолликула етилмаслиги мумкин.

Етилган фолликулада тухумхужайра сакламаслиги мумкин.

Тухумхужайра сифатсиз булиши мумкин.

Баъзи муддатдан илгари сипонтан овуляция юз бериши мумкин ва тухумхужайра фолликулани пункция килгунга кадар чикиб кетади.

Кичик чанокдаги чандикли жараёнлар органларнинг нотугри жойлашганлиги фолликула пункциясига техник каршилиқ курсатиши мумкин.

Сперматозоидлар тухум хужайраларини уруглантириш кобилиятига эга булмаслиги мумкин.

Тухум хужайра ва сперматозоидлар нормал куринишга эга булганлиги билан эмбрион ривожланиш юз бермаслиги мумкин.

Эмбрион нормал ривожланмайди ёки бачадон бушлигига утказилгандан кейин ҳам тараккиётнинг исталган боскичида ривожланишдан тухташи мумкин.

ЭКУ муолажаси эмбриологга ва шифокорга боглик булмаган холда ҳам тухтатилиши мумкин. Масалан мижознинг касаллиги у шифокор муолажаларини бажараётганда хатоликка йул куйса ва бошкалар.

Мавзу № 120: “Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли

	масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулооти мақсади:</i>	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруққача парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоёиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№120 мотивация. (Мавзу баёни) Репродуктив саломатлик ва соғлом оилани тиклаш.

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий бўлмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутади. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладиким, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Хомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача хомиладорликдан саклашнинг асосий услуби тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «кургон», суянчик, гамхур ва бахт булоғи. Ёш оилалар келишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юқори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар аклан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин бўлиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо бўлиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар кулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган — контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум хужайрасининг аёл тухум хужайрасига қушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.
2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин халқаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.

7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни калпоги, кин диафрагмаси).

8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малхамлар, желе, губка, пленка).

9. Табиий турлари (календар, хароратни улчаш).

10. Жинсий алокани узиш (coitus interruptus).

11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа хисобланади. Бир аёл учун унумли хисобланган тури, бошка аёл учун зарарли хисобланиши мумкин. Куп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва куллаш буйича жавобгар шахс хисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури хисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг хосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, кулланиши кулай, нархи хамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда таклиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга булиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Куп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АКШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё буйича таркатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чикилган ОК таркибида гормонлар микдори юкори булиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам микдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар микдорини камайтириш билан биргаликда уларнинг сифати хам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чикарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гурухга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд булиб, эстроген ва прогестаген тури ва микдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, микдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам микдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса килиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.

- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка кабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)
- Нархи кимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боглик. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чикаришига тускинлик килади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чикариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чикаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни кабул килганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон буйни шиллигини куюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида кулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул холати ва тухумдон сарик танасига таъсир килиб, бачадон найлари харакати бузилади, шу билан бирга уругланган хужайра усишини заифлаштиради.

Унумли ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда куқрак беи яхши сифатли усмалари, эндоетрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши хавфи камаяди. Бундан ташкари эктопик хомиладорлик кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошка гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак кон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон буйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юкори. КОК препаратлари жинсий алока оркали юкадиган касалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини қабул қилиш тухталишидан сунг, келгусида ойда ановуляция кузатилиши мумкин, даволашга мухтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Хомиладорлик бошланишида истеъмол қилган тақдирда хомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш кулай хисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташкари уларнинг даволаш унуми юкори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяклар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Қатта ёшли аёллар куллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини куллашда абсолют қарши курсатмалар

- хомиладорлик;
- тромбоэмболия;
- гормонал усмалар;
- жигар функцияси бузилишининг тугма нуксонлари;
- жадаллашган жигар касалликлари;
- гиперлипотеинемия;

- мия – томир касалликлари;
- миокард инфаркти (анамнезида);
- юракнинг ишемик касаллиги.

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- хомиладорлик;
- мигрень;
- куккисдан куриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал кон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;
- режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан кабул қилиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир қилиб, уни қуюқлигини оширади ва спертазоидни утишига тусқинлик қилади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чақиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан куйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алокадан сунг, хомиладорлик юзага келиши муаммоларини ечимини ечади. Посткоитал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага келиши ҳисобланади.

Бугунги кунда куйидаги турлари кулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ куйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алокадан сунг 1 соат ичида кулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортик куллаш манн этилади, кон кетиш хавфи кучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюк ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;

- биодегрантли имплантантлар, таркибида капронон (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;

- кин халкаси, левоноргестрел, норетиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вактидан олдинги лютеолиз.

Мавзу № 121: “Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб оладилар.

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Аниқлаштирадilar, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини эътиборга олиш	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№121 мотивация. (Мавзу баёни) Репродуктив саломатликни сақдашда маслахатлашнинг асосий кўникмаларини эгаллаш.

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий бўлмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутади. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладики, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслахат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Ҳомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача ҳомиладорликдан саклашнинг асосий услуби тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «қургон», суянчик, ғамхур ва бахт бўлғи. Ёш оилалар келишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юқори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар аклан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли қўллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар қўллаши мумкин бўлиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо бўлиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сақланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар қўлланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган – контрацепция.

Хомиладорликдан сақланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум ҳужайрасининг аёл тухум ҳужайрасига қўшилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.
2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин ҳалқаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон бўйни қалпоғи, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малҳамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, ҳароратни ўлчаш).
10. Жинсий алоқани ўзиш (coitus interruptus).

11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа хисобланади. Бир аёл учун унумли хисобланган тури, бошқа аёл учун зарарли хисобланиши мумкин. Куп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва куллаш буйича жавобгар шахс хисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури хисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг ҳосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, кулланиши кулай, нархи ҳамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда таклиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга бўлиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Куп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АКШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё буйича тарқатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чиқилган ОК таркибида гормонлар микдори юкори бўлиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам микдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар микдорини камайитириш билан биргаликда уларнинг сифати ҳам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чиқарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гуруҳга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд булиб, эстроген ва прогестаген тури ва микдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, микдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам микдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишни таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса килиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.
- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка қабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)
- Нархи қимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боғлиқ. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чиқаришига тусқинлик қилади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чиқариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чиқаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни қабул қилганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон бўйни шиллигини қуюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида қулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул ҳолати ва тухумдон сарик танасига таъсир қилиб, бачадон найлари ҳаракати бузилади, шу билан бирга уруғланган хужайра ўсишини заифлаштиради.

Умуми ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда қурак беги яхши сифатли ўсмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши хавфи камаяди. Бундан ташқари эктопик ҳомиладорлик кичик чанок органлари яллиғланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошқа гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак кон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон буйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юкори. КОК препаратлари жинсий алока оркали юкадиган касалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини кабул килиш тухталишидан сунг, келгусида ойда ановуляция кузатилиши мумкин, даволашга мухтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Хомиладорлик бошланишида истеъмол килган такдирда хомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш кулай хисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташкари уларнинг даволаш унуми юкори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяклар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Катта ёшли аёллар куллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини куллашда абсолют қарши курсатмалар

- *хомиладорлик;*
- *тромбоэмболия;*
- *гормонал усмалар;*
- *жигар функцияси бузилишининг тугма нуксонлари;*
- *жадаллашган жигар касалликлари;*
- *гиперлипотеинемия;*
- *мия – томир касалликлари;*
- *миокард инфаркти (анамнезида);*
- *юракнинг ишемик касаллиги.*

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- *хомиладорлик;*

- мигрень;
- куккисдан куриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал кон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;
- режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири переферирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан кабул қилиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир қилиб, уни қуюқлигини оширади ва спертазоидни утишига тусқинлик қилади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чақиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар

бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан қуйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алоқадан сунг, ҳомиладорлик юзага келиши муаммоларини ечимини ечади. Посткотал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага келиши ҳисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ қуйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алоқадан сунг 1 соат ичида қулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортиқ қуллаш манн этилади, кон кетиш хавфи қучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюқ ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биodeградантли имплантантлар, таркибида капронон (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;
- кин халкаси, левоноргестрел, норэтиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;

- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вақтидан олдинги лютеолиз.

Мавзу № 1: “Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари.”
Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол,

	Синквейн усули
Таълим воситалари	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	
5 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмаларни куруллар (тест ва вазиятлар масалалар, муляж, компютер дастурлари)ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш	
	2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№122Отизация. (Мавзу баёни) Оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари.

Мавзу № 122: “Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3.Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятлар масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир

	механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар. билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш	Фаолият

босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қўлланалар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни

20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	ўтказадилар. Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№122мотивация. (Мавзу баёни) Замонавий контрацепция усуллари. Таъсир механизми. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, асоратлар.

РС – бу репродуктив тизим ва унинг фаолиятига боғлиқ барча масалалар борасида факат касаллик ва камчиликлар йуклиги булибгина қолмай, балки тулик жисмоний, аклий ва ижтимоий муваффақиятлар ҳолати ҳамдир.

Хозирги вақтда жаҳонда 6 млрд. аҳоли булиб, сайёрамиз аҳолисининг янада кўпайиши кутилмоқда. 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 ҳисобланади.

Оналар ўлими сабаблари кўп бўлиб, ЖССВ статистикаси бўйича кўпчилик давлатларда оналар ўлимининг қуйидаги сабаблари учрамоқда.

Оналар ўлими сабаблари (ЖССТ).

- қон кетиш
- гипертензия (гестоз)
- септик ҳолатлар
- патологик туғруқ
- асоратланган абортлар

Бундан ташқари репродуктив саломатлик сифатини белгиловчи яна бир қатор кўрсаткичлар мавжуд.

ЖССТ маълумотлари бўйича:

РС асослари

Оналар ўлими >35 ёшдан катталарда ёшларга нисбатан 5 марта юқори

. Даун касаллиги

- 19 – 35 ёш – 1:1000
- 35 ёш – 30:1000

. интергенетик интервал тахминан 30 %

. туғруқ сони = аборт сонига тенг

. ЭГК фертил ёшдагиларда тахминан 60 – 70 %

Оналар ўлими кўрсаткичи ва бошқа асоратлар фертилик кўрсаткичи билан узвий боғлиқ.

Ўзбекистондаги статистик кўрсаткичлар дунё статистикаси билан ўхшаш. Бунга қўшимча қилиб қуйидагиларни келтириш мумкин:

Ўзбекистонда 2,5 млн.га яқин оилалар бор. Аҳолининг 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, ҳозирги кунда эса бу кўрсаткич 340 мингга камайган, лекин улар орасидаги нисбат сақланиб турибди.

Кўкрак беги раки билан касалланган аёллар орасида биринчи хомилдорликни аборт қилиб олдирганлар кўп учраши ахамиятга лойиқ. Фертил ёшдаги аёлларнинг атиги 20% 2,5-3 йиллик интергенетик интервални сақлашмоқда.

Фертил ёшдаги аёллар ва хомилдорлар орасида ЭГК кўрсаткичлари жуда юқори. Баъзи бир жойларда, масалан Қорақалпоғистонда бу кўрсаткич 80-90%ни ташкил этади. Шунга кўра, касалланган оналардан касал болаларнинг туғилиши кўпаяди. Шундай қилиб, РС бутун Дунё буйлаб, шу қаторда Ўзбекистонда ҳам нафақат ахамиятга лойиқ, балки фаол иштирок этишга мажбур этади.

РС муҳофазаси – бу бир қатор муаммоларни ўз ичига олувчи тиббий-ижтимоий тадбирлар комплекси.

РС муҳофазаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

- консультация-информация, хомиладор, туғрукдаги ва туққан аёлларга хизмат кўрсатиш
- кўкрак сути билан озиқлантириш
- она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш
- бепуштликини олдини олиш ва даволаш
- жинсий йул билан юқувчи касалликларни олдини олиш
- жинсий ҳаёт гигиенаси
- ўз РСга масъулият сезиш

Инсонлар соғлиги ва ҳаёт 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 хоҳлаган вақтда бўлиш усуллари туғрисидаги маълумотга эга бўлишларидир.

Шу ерда ОРнинг 5 принципи ишлаб чиқилган.

ОР тамойиллари:

- < 19 ёшдан кичикларга тугмаслик
- 35 ёшдан катталарга тугмаслик
- Интергенетик интервал 2,5 – 3 йил булиши
- Тугрук сонини камайтириш
- ЭГКли аёллар туғишини олдини олиш

Хозирги кунда тиббиёт РС/ОР принципларига амал қилишда кўпгина оилаларга ёрдам бермоқда. Шунга кура, охириги йилларда бизнинг юртимизда ушиб бораётган ёш авлод, оналар ва оилалар саломатлигига катта аҳамият берилмоқда ва бу масалаларни ҳал қилиш юзасидан давлат миқёсида ката чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Она ва бола саломатлиги давлат муаммосига айланди.

2000 йил «Соғлом авлод йили», 2001 йил – «Соғлом она ва соғлом бола йили», 2005 йил – «Саломатлик йили» деб эълон қилинди.

Бунда бутун дастурлар тузишда нафақат тиббиёт ходимлари, балки социологлар, юристлар ва давлат органлари жалб этилади ва турли халқаро бирлашмалар ва фондлар томонидан хомийлик тақлиф этилади. Узр ССВ томонидан буйруқ № 154 – «Фертил ёшдаги аёлларни соғломлаштириш туғрисида» ва буйруқ № 155 «Акушерлик комплексларини қайта

ташкиллаштириш тугрисида» ишлаб чикилган. Ушбу буйруklar ва норматив хужжатлар асосида фертил ёшдаги аёлларнинг 100% диспансеризацияси, хаста аёлларни аниклаш ва соғломлаштириш ишлари олиб борилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 16 апрель 2009 йилдаги буйругига асосан 2009 йил 13 апрель Ўзбекистон Республика Президенти №115 қарорига асосан №ПП-1096 «Она ва бола соғлиғини муҳофаза қилиш ва соғлом авлодни шакиллантириш учун қушимча чоралар» ишлаб чиқилди.

Ҳомиладорликка абсолют қарши курсатмали аёллар гуруҳини аниклаш, уларга контрацептив усуллари танлашга ёрдам бериш. Ҳомиладорликка нисбий Қарши курсатмали аёллар вақтинча ҳомиладорликдан сакланиб даволанишлари керак. Бундан ташқари, соғлом аёллар ҳам интергенетик интервал 2,5-3 йилни сақлашлари лозим.

Турли давлатлар ва халқаро бирлашмалар малакасига қура, Ўзбекистондаги тиббиёт ходимлари аҳолини тиббий тарбиялаш ва контрацептив технологияларни яхшилашни ўз олдларига вазифа қилиб қўйишлари керак.

Бизнинг ишлаш принципларимиз қуйидагича:

- Эрта тугма
- Кеч тугма
- Қасал булсанг тугма
- Қуп тугма
- Тез тугма

ТУГМА тавсияси фертил ёшдаги аёллар соғлиғини муҳофазалаш ва соғломлаштиришдан иборат.

Бу принципларни ҳаётга татбиқ қилиш ва оилаларга контрацепция усуллари танлашда тулик ёрдам бериш учун ҳозирги кунда бизнинг давлат ва тиббиётда дунё бўйича қабул қилинган контрацептив технологиялар мавжуд.

Контрацептивлар таснифи:

- Табиий усуллар:
 - Қалендар усул
 - ЛАУ
 - Coitus interruptus
- БИС
- Тусик усуллар:
 - Презерватив
 - Қалпок, диафрагма

- Спермицид
- *ИХК*
 - Найлар окклюзияси
 - Вазэктомия
- *Гормонал контрацепция*
 - Орал (КОК, СПК)
 - Инъекцион (ИК)
 - Имплант.

Хозирги кунда аҳолимиз учун хама турдаги контрацептивлар мавжуд. Шунни айтиш жойизки, охирги 5-6 йил давомида контрацептивлар айникса кишлок жойларга бепул таркатилди. Давлат аҳоли 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 аҳоли 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 аҳоли билан мулоқотда бўлувчи шуғулланиши керак.

хар бир контрацептивнинг таъсир механизмини, унинг афзалликларини ва камчиликларини билиши керак, пациентларга маслахат беришни, гормонал контрацептивлардан фойдаланишни, БИСни куйиш ва олишни, уларнинг нозуя таъсирларини бартараф этишни билишлари керак. ИХС бўйича пациентларга маслахат бериш ва операцияга тайёлашни билиши керак.

Маслахатлаш - инсонга шахсий суҳбат давомида ердам курсатишдир. Агар сиз мижозга бирор бир масалани ечишга ва карор қабул килишга ердам берсангиз., демак сиз бу одамга маслахатлаш утказган буласиз.

Маслахатлаш турлари:

Этаплар бўйича -

1. бирламчи- (хамма турдаги контрацептивлар бўйича бошлангич маслахат.)

2. иккиламчи (аник танланган контрацепция тури буйича)
3. келгуси ташрифлар вақтида маслаҳат олиб бориш.
Хажми буйича –
 1. оммавий ахборот воситалари (телевидение, радио, рўзномалар)
 2. симпозиумлар, мажлислар, семинарлар
 3. мақсадли гуруҳлар (махаллалар, поликлиникалар)
 4. индивидуал маслаҳатлаш

Маслаҳатлашда кўпинча 6 кадамни ажратиш мумкин. «ҚУТҚАР» ёки «Ёрдам бер» («ПОМОГИ») сўзидаги ҳар бир ҳарф бу элементлардан бирини ташкил этади.

Қ – қабул қилиш – 80% муваффақият гарови

У – унинг муаммоси ва эҳтиёжи тугрисида сураб суриштириш

Т – турли контрацепция усуллари ҳақида маълумот

Қ – қайси усулни танлайсиз

А – асосийси усулдан қандай фойдаланилади

Р- режали қайта кўриққа келиш тўғрисида маълумот.

Бемор ҳуқуқлари:

- маълумот олишга
- танлашга
- сир саклашга
- қулайликка
- ҳавфсизликка
- узлуксиз хизматлардан
- ўз фикрига эга бўлиши

Мавзу № 123: “Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)

<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништиради. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништиради;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштиради. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади,	Амалий кўникмаларни бажарадилар

дақиқа	қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№123 мотивация. (Мавзу баёни) Замонавий контрацепция усуллари. Оғиз орқали ичиладиган контрацепция воситалари, қўлланилиши.

РС – бу репродуктив тизим ва унинг фаолиятига боғлиқ барча масалалар борасида факат касаллик ва камчиликлар йуклиги булибгина қолмай, балки тулик жисмоний, аклий ва ижтимоий муваффақиятлар ҳолати ҳамдир.

Ҳозирги вақтда жаҳонда 6 млрд. аҳоли булиб, сайёрамиз аҳолисининг янада кўпайиши кутилмоқда. Туғилиш ва соғлом оила тикланиш масалалари РС масалалари билан узвий боғлиқ. РСга салбий таъсир кўрсатадиган кўплаб тиббий ва ижтимоий омиллар мавжуд.

Дунё статистикаси.

- ҳомиладорлик 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 – ҳомиладор бўлгандан бошлаб туғруқдан кейин 40 кун давомида ҳисобланади.

Оналар ўлими сабаблари кўп бўлиб, ЖССВ статистикаси бўйича кўпчилик давлатларда оналар ўлимининг қуйидаги сабаблари учрамоқда.

Оналар ўлими сабаблари (ЖССТ).

- қон кетиш
- гипертензия (гестоз)
- септик ҳолатлар
- 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 юқори

. Даун касаллиги

- 19 – 35 ёш – 1:1000
- 35 ёш – 30:1000

. интергенетик интервал тахминан 30 %

. туғруқ сони = аборт сонига тенг

. ЭГК фертил ёшдагиларда тахминан 60 – 70 %

Оналар ўлими кўрсаткичи ва бошқа асоратлар фертиллик кўрсаткичи билан узвий боғлиқ.

Ўзбекистондаги статистик кўрсаткичлар дунё статистикаси билан ўхшаш. Бунга қўшимча қилиб қуйидагиларни келтириш мумкин:

Ўзбекистонда 2,5 млн.га яқин оилалар бор. Аҳолининг 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, ҳозирги кунда эса бу кўрсаткич 340 мингга камайган, лекин улар орасидаги нисбат сақланиб турибди.

Кўкрак беги 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 сақлашмоқда.

Фертил ёшдаги аёллар ва хомиладорлар орасида ЭГК кўрсаткичлари жуда юқори. Баъзи бир жойларда, масалан Қорақалпоғистонда бу кўрсаткич 80-90%ни ташкил этади. Шунга кўра, касалланган оналардан касал болаларнинг туғилиши кўпаяди. Шундай қилиб, РС бутун Дунё буйлаб, шу қаторда Ўзбекистонда ҳам нафақат ахамиятга лойик, балки фаол иштирок этишга мажбур этади.

РС муҳофазаси – бу бир қатор муаммоларни ўз ичига оловчи тиббий-ижтимоий тадбирлар комплекси.

РС муҳофазаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

- консултация-информация, ҳомиладор, туғруқдаги ва туққан аёлларга хизмат кўрсатиш
- кўкрак сути билан озиқлантириш
- она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш
- бепуштликни олдини олиш ва даволаш
- жинсий йул билан юқувчи касалликларни олдини олиш
- жинсий ҳаёт гигиенаси
- ўз РСга масъулият сезиш

Инсонлар соғлиги ва ҳаёт 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 хоҳлаган вақтда бўлиш усуллари туғрисидаги маълумотга эга бўлишларидир.

Шу ерда ОРнинг 5 принципи ишлаб чиқилган.

ОР тамойиллари:

- < 19 ёшдан кичикларга тугмаслик
- 35 ёшдан катталарга тугмаслик
- Интергенетик интервал 2,5 – 3 йил булиши
- Тугруқ сонини камайтириш
- ЭГКли аёллар туғишини олдини олиш

Ҳозирги кунда тиббиёт РС/ОР принципларига амал қилишда кўпгина оилаларга ёрдам бермоқда. Шунга кура, охириги йилларда бизнинг юртимизда ушиб бораётган ёш авлод, оналар ва оилалар саломатлигига катта аҳамият берилмоқда ва бу масалаларни ҳал қилиш юзасидан давлат миқёсида ката чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Она ва бола саломатлиги давлат муаммосига айланди.

2000 йил «Соғлом авлод йили», 2001 йил – «Соғлом она ва соғлом бола йили», 2005 йил – «Саломатлик йили» деб эълон қилинди.

Бунда бутун дастурлар тузишда нафакат тиббиёт ходимлари, балки социологлар, юристлар ва давлат органлари жалб этилади ва турли халқаро бирлашмалар ва фондлар томонидан хомийлик таклиф этилади. Узр ССВ томонидан буйрук № 154 – «Фертил ёшдаги аёлларни соғломлаштириш тугрисида» ва буйрук № 155 «Акушерлик комплексларини қайта ташкиллаштириш тугрисида» ишлаб чиқилган. Ушбу буйруқлар ва норматив ҳужжатлар асосида фертил ёшдаги аёлларнинг 100% диспансеризацияси, ҳаста аёлларни аниқлаш ва соғломлаштириш ишлари олиб борилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 16 апрель 2009 йилдаги буйругига асосан 2009 йил 13 апрель Ўзбекистон Республика Президенти №115 қарорига асосан №ПП-1096 «Она ва бола соғлигини муҳофаза қилиш ва соғлом авлодни шакиллантириш учун қушимча чоралар» ишлаб чиқилди.

Ҳомиладорликка абсолют қарши қурсатмали аёллар гуруҳини аниқлаш, уларга контрацептив усуллари танлашга ёрдам бериш. Ҳомиладорликка нисбий Қарши қурсатмали аёллар вақтинча ҳомиладорликдан сакланиб даволанишлари керак. Бундан ташқари, соғлом аёллар ҳам интергенетик интервал 2,5-3 йилни сақлашлари лозим.

Турли давлатлар ва халқаро бирлашмалар малакасига қура, Ўзбекистондаги тиббиёт ходимлари аҳолини тиббий тарбиялаш ва контрацептив технологияларни яхшилашни уз олдиларига вазифа қилиб қўйишлари керак.

Бизнинг ишлаш принципларимиз қуйидагича:

- Эрта тугма
- Кеч тугма
- Қасал бўлсанг тугма
- Қуп тугма
- Тез тугма

ТУГМА тавсияси фертил ёшдаги аёллар соғлигини муҳофазалаш ва соғломлаштиришдан иборат.

Бу принципларни ҳаётга татбиқ қилиш ва оилаларга контрацепция усуллари танлашда тулик ёрдам бериш учун ҳозирги кунда бизнинг давлат ва тиббиётда дунё бўйича қабул қилинган контрацептив технологиялар мавжуд.

Контрацептивлар таснифи:

- Табiiй усуллар:
 - Қалендар усул

- ЛАУ
- Coitus interruptus
- *БИС*
- *Тусик усуллар:*
 - Презерватив
 - Калпок, диафрагма
 - Спермицид
- *ИХК*
 - Найлар окклюзияси
 - Вазэктомия
- *Гормонал контрацепция*
 - Орал (КОК, СПК)
 - Инъекцион (ИК)
 - Имплант.

Хозирги кунда аҳолимиз учун хама турдаги контрацептивлар мавжуд. Шунинг айтиш жойизки, охириги 5-6 йил давомида контрацептивлар айниқса кишлок жойларга беул таркатилади. Давлат аҳоли учун сотиб олади ва халқаро 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 бошқаларни аҳоли орасида таркалишини камайтиради. Бундан ташқари, бу усулнинг ноконтрацептив хусусияти – эркакларнинг оилани режалаштиришга жалб этишни айтиб утиш лозим.

Хозирги кунда Республикамизда ихтиёрий хирургик стерилизация – най окклюзияси усули хам кенг тарқалмокда.

Юқорида қайд қилинган контрацептив усулларнинг ўз афзалликлари ва камчиликлари мавжуд, шунга кўра тўғри маслахат беришнинг ахамияти катта. РС муҳофазаси, маслахат бериш ва контрацептив технологияларни қўллаш муаммолари бўйича биринчи навбатда тўғридан-тўғри аҳоли билан мулоқотда бўлувчи шуғулланиши керак.

хар бир контрацептивнинг таъсир механизмини, унинг афзалликларини ва камчиликларини билиши керак, пациентларга маслахат беришни, гормонал контрацептивлардан фойдаланишни, БИСни куйиш ва олишни, уларнинг нозуя таъсирларини бартараф этишни билишлари керак. ИХС бўйича пациентларга маслахат бериш ва операцияга тайёлашни билиши керак.

Маслаҳатлаш - инсонга шахсий суҳбат давомида ердан курсатишдир. Агар сиз мижозга бирор бир масалани ечишга ва қарор қабул қилишга ердан берсангиз., демак сиз бу одамга маслаҳатлаш утказган буласиз.

Маслаҳатлаш турлари:

Этаплар бўйича -

4. бирламчи- (хамма турдаги контрацептивлар бўйича бошлангич маслаҳат.)
5. иккиламчи (аниқ танланган контрацепция тури бўйича)
6. келгуси ташрифлар вақтида маслаҳат олиб бориш.
Хажми бўйича –
 5. оммавий ахборот воситалари (телевидение, радио, рӯзномалар)
 6. симпозиумлар,мажлислар,семинарлар
 7. мақсадли гуруҳлар (махаллалар, поликлиникалар)
 8. индивидуал маслаҳатлаш

Маслаҳатлашда кўпинча 6 қадамни ажратиши мумкин. «ҚУТҚАР» ёки «Ёрдан бер» («ПОМОГИ») сўзидаги ҳар бир ҳарф бу элементлардан бирини ташкил этади.

Қ – қабул қилиш – 80% муваффақият гарови

У – унинг муаммоси ва эҳтиёжи тугрисида сураб суриштириш

Т – турли контрацепция усуллари ҳақида маълумот

Қ – қайси усулни танлайсиз

А – асосийси усулдан қандай фойдаланилади

Р- режали қайта кўриққа қилиш тўғрисида маълумот.

Бемор ҳуқуқлари:

- маълумот олишга
- танлашга
- сир сақлашга
- қулайликка
- ҳавфсизликка
- узлуксиз хизматлардан
- ўз фикрига эга бўлиши

Мавзу № 124: “Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулоти)

<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли

	масалалар, мавзуга оид беморлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништирилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништирилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий ҳужум орқали билимларни фаоллаштирилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтирилади ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

	кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар тахлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№124 мотивация. (Мавзу баёни) Замонавий контрацепция усуллари. Инъекцион контрацепция воситалари, қўлланилиши.

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий булмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутди. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладики, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш

уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Хомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача хомиладорликдан саклашнинг асосий услуги тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «курғон», суянчик, ғамхур ва бахт булоғи. Ёш оилалар келишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юқори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар аклан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин булиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо булиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар кулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган — контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум ҳужайрасининг аёл тухум ҳужайрасига қушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.

2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».

3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин халкаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни калпоги, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малхамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, хароратни улчаш).
10. Жинсий алокани узиш (coitus interruptus).
11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа хисобланади. Бир аёл учун унумли хисобланган тури, бошка аёл учун зарарли хисобланиши мумкин. Куп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва куллаш буйича жавобгар шахс хисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури хисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг хосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, кулланиши кулай, нархи хамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда таклиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга булиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Куп утмасдан биринчи маротиба горомнал препарат «Эновид» (АКШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё буйича тарқатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чиқилган ОК таркибида гормонлар миқдори юкори булиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам миқдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар миқдорини камайитириш билан биргаликда уларнинг сифати ҳам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чиқарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гурухга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд булиб, эстроген ва прогестаген тури ва миқдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, миқдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам миқдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса қилиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камайди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.
- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка кабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)
- Нархи кимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боғлиқ. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чиқаришига тускинлик қилади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чиқариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чиқаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни кабул қилганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон бўйни шиллигини қуюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги

пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида кулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул холати ва тухумдон сарик танасига таъсир килиб, бачадон найлари ҳаракати бузилади, шу билан бирга уругланган хужайра усишини заифлаштиради.

Унумли ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда кукрак беги яхши сифатли усмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши хавфи камаяди. Бундан ташқари эктопик ҳомиладорлик кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошқа гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак қон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон бўйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юқори. КОК препаратлари жинсий алоқа орқали юкадиган касалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини қабул қилиш тухталишидан сунг, келгусида ойда ановуляция кузатилиши мумкин, даволашга муҳтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Ҳомиладорлик бошланишида истеъмор қилган тақдирда ҳомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш қулай ҳисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташқари уларнинг даволаш унуми юқори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяқлар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Қатта ёшли аёллар қуллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини қуллашда абсолют қарши курсатмалар

- ҳомиладорлик;

- тромбоэмболия;
- гормонал усмалар;
- жигар функцияси бузилишининг тугма нуксонлари;
- жадаллашган жигар касалликлари;
- гиперлипопротеинемия;
- мия – томир касалликлари;
- миокард инфаркти (анамнезида);
- юракнинг ишемик касаллиги.

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- хомиладорлик;
- мигрень;
- куккидан куриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал кон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;
- режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чикилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чикилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан кабул килиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир килиб, уни куюклигини оширади ва спертазоидни утишига тускинлик килади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чакиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли хисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо хисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан куйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алокадан сунг, хомиладорлик юзага келиши муаммоларини ечимини ечади. Посткоитал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага келиши хисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ куйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алокадан сунг 1 соат ичида қулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортиқ қуллаш манн этилади, кон кетиш хавфи кучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюк ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биодегрантли имплантантлар, таркибида капронон (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;
- кин халқаси, левоноргестрел, норэтиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачадон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вақтидан олдинги лютеолиз.

Мавзу № 126: “Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятчи масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини

<i>Педагогик вазифалар:</i> Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда <i>ишланг-Фикр алмашинг</i> »), якка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичлари ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш	Тинглайдилар, ёзиб

10 дақиқа	1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4. Талабаларга мавзунинг ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмалар қуроллар (тест ва вазиятчи масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа 40 дақиқа 20 дақиқа 20 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш 3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади. 3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контроль саволлар таҳлили 3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Амалий кўникмаларни бажарадилар Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар Топшириқни ёзадилар

№126 мотивация. (Мавзу баёни) Бачадон ичи воситаларини қўлланилиши ва асоратлари

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий бўлмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутади. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладики, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини қим танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга қумаклашиш.

Ҳомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача ҳомиладорликдан саклашнинг асосий услуби тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини қўллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «қургон», суянчик, ғамхур ва бахт бўлоғи. Ёш оилалар қелишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юқори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар аклан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин бўлиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо бўлиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар қулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган – контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум хужайрасининг аёл тухум хужайрасига қушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.
2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин ҳалқаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни қалпоғи, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малҳамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, ҳароратни улчаш).
10. Жинсий алоқани узиш (coitus interruptus).
11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа хисобланади. Бир аёл учун унумли хисобланган тури, бошқа аёл учун зарарли хисобланиши мумкин. Куп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва куллаш буйича жавобгар шахс хисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури хисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг ҳосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, кулланиши кулай, нархи ҳамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда таклиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга бўлиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Куп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АКШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё буйича тарқатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чиқилган ОК таркибида гормонлар микдори юкори бўлиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам микдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар микдорини камайитириш билан биргаликда уларнинг сифати ҳам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чиқарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гуруҳга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд бўлиб, эстроген ва прогестаген тури ва микдори билан фаркланади.

Иккифазаги комбинацияланган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазаги комбинацияланган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, микдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам микдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса килиб айтганда учфазаги ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.
- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка кабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)

- Нархи кимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боглик. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чиқаришига тускинлик килади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чиқариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чиқаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни қабул қилганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон бўйни шиллигини қуюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида қулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул ҳолати ва тухумдон сарик танасига таъсир қилиб, бачадон найлари ҳаракати бузилади, шу билан бирга уруғланган хужайра усишини заифлаштиради.

Умуми ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда қуқрак беги яхши сифатли усмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши ҳавфи камаяди. Бундан ташқари эктопик ҳомиладорлик кичик чанок органлари яллиғланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошқа гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак қон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон бўйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юқори. КОК препаратлари жинсий алоқа орқали юқадиган касалликлар ҳавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини қабул қилиш тухталишидан сунг, қелгусида ойда ановуляция қузатилиши мумкин, даволашга муҳтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Хомиладорлик бошланишида истеъмор килган такдирда хомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш қулай ҳисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташқари уларнинг даволаш унуми юқори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяклар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Катта ёшли аёллар куллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини куллашда абсолют қарши курсатмалар

- хомиладорлик;
- тромбоэмболия;
- гормонал усмалар;
- жигар функцияси бузилишининг тугма нуқсонлари;
- жадаллашган жигар касалликлари;
- гиперлипотеинемия;
- мия — томир касалликлари;
- миокард инфаркти (анамнезида);
- юракнинг ишемик касаллиги.

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- хомиладорлик;
- мигрень;
- куккидан қуриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал қон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;

- режаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан қабул қилиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир қилиб, уни қуюқлигини оширади ва спертазоидни утишига тусқинлик қилади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чақиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан қуйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алоқадан сунг, хомиладорлик юзага қилиши муаммоларини ечимини ечади. Посткоитал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага қилиши ҳисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,

- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ куйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алокадан сунг 1 соат ичида кулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортик куллаш манн этилади, кон кетиш хавфи кучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюк холатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биодegradантли имплантантлар, таркибида капронор (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;
- кин халкаси, левоноргестрел, норэтиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вактидан олдинги лютеолиз.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИ (Спираллар)

Бачадон ичи контрацепция усулини одамлар кадимдан билишади. бачадон ичи воситаларини ишлатилганлигини кадимий Грециянинг буюк врач Гиппократ ишларида ҳам учратиш мумкин. Уша вақтларда ҳам контрацепция максидида бачадон ичига металдан ясалган зангламайдиган спираллар ва метал пластинкалар куйиш бошланган, улар

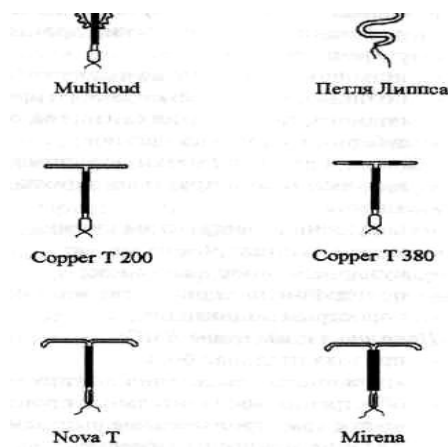
(олтиндан ва платинадан) булган. Бу усуллар уша пайтларда жуда калтис булиб, бачадонда турли хил асоратлар хаттоки, унинг бутунлигини булишигача олиб келган.

Утган асрда гинекологлар фикрига бачадон ичи воситалардан фойдаланиш келди. 1909 йилда немис гинекологи Рихтер томонидан контрацепция максатида бачадон ичига ипак ипларга боғланган айлана шаклдаги контрацепция воситаси куйиш тавсия килинди. 20 йилдан сунг, 1930 йилда немис гинекологи Грефенберг айлана шаклдаги контрацепция воситасига бироз узгартириш киритиб кумуш ва мисдан фойдаланди. Бу контрацепция воситаларини олиш ва куйиш жуда мураккаб ва нокулай булиб, огрик ва кон кетишларга сабаб булган. 60 йилларга келиб тиббиёт амалиётида инерт, эгилувча жуда кулай полиэтилен БИВ кулланила бошлади. Бу бачадон ичи воситалари калин булмаган, енгил шаклларда булиб хайз цикли вақтида кон кетишига ҳам халакит бермаган, енгил олинган.

Хозирги вақтга келиб бачалон ичи воситаларининг 50 га якин турлари бор. Улар хаммаси 2 типга булинади:

Нейтрал (немедикаментозе) - кимёвий инерт, сурилиб кетмайдиган полиэтилен воситалардан тайёрланади.

Медикаментоз- кумуш, мис, олтин, прогестеронли булар узидан доим кимёвий актив маддалар ажратади. Охириги вақтларда организмга ёмон таъсир килмайдиган бачадон ичи воситалари ишлаб чиқарилди. ВОЗ маълумотига кура дунёда 100 миллиондан ортик бола куриш ёшидаги аёллар бачадон ичи воситаларидан фойдаланади. ВОЗ маълумотига кура бачадон ичи воситаларидан фойдаланиш 98,3% етди.



БИБ турлари

Петля Липпса — нейтраль шаклдаги бачадон ичи воситаси булиб, унинг ихтирочиси - Jack Lippes (1962 г

Copper-T – hozirgi vaktда энг куп таркалган бачадон ичи воситаси.

NovaT

Multiloud-375, MuItiloud-250

Mirena — левоноргестролли бачадон ичи воситаси («Levonova»-гарб мамлакатларда сотувдаги номи).Бу БИБ Т-шаклда булиб(«Nova T»)ни эслатади, узида гармон саклайди. Суткада 20мкг левоноргестрол ажратади.Бу контрацептив воситадан фойдаланишдан максад, хайз цикли вактида кам кон кетишга эришишдир. Контрацептив эффекти 5 йилгача.Индекс Перла 0,1 беш йилда.

Контрацептив воситаларнинг таъсир механизми охиргача урганилмаган. Бачадон ичи воситалари тугрисида куйидаги гипотезалар мавжуд булиб куйидагича таъсир килади:

- *сперматозоидларга — Киндан фоллопий найига сперматозоидлар утишини тормозлаб куяди;*
- уругланган тухум хужайрага- уругланган тухум хужайрани фоллопий найидан бачадонга утишини тезлаштиради;
- *фертилизация — тухум хужайрани уругланишини тормозлаб куяди;*
- *имплантация — бластациитларнинг халок булишини чакиради ёки ёт жисмларга реакция курунишидаги ялигланиш жараёнларнинг ривожланиш натижасида инплантайияга тускинлик килади;* Бачадон ичи воситаси механик таъсир курсатиб, эндометрийни ташлашига олиб келиш йули оркали блостациитларни имплантация булишга куймайди; уша жойдаги

простагландинлар хосил булишини кучайтиради;эндометрийда пролифератив-секретор процессларни кучайтиради;

• *эндометрий* — карбоногидраза ва ишкорли фасфотаза фаоллигини камайтиради бу мис ва рух уртасидаги карши реакция билан тушунтирилади. Мис эндомиоцитлар оркали эстроген гормонларининг ютулишини ва миометрий ички хужайраларида эстрогенлар хосил булишиш реакциясини тухтатиб туради. Таркибида прогестерон ва левоноргестрол сакловчи БИВлардан узок вақт фойдаланилган такдирда эндомерий атрофиясига олиб келади.

Спиралларнинг контрацептив таъсири, уларнинг улчамлари ва эндометрий юзаси билан алоқаси хажмининг катталашиши оркали ошади.

БИСга карама – карши курсатмалар:

- *аёл жинсий органларининг яллигланиш касалликлари;*
- инфекцион-токсик процесслар, юкори хароратнинг кушилиб келиши;
- истмико-цервикал етишмовчилик;
- полиплар, лейкоплакия ва бачадон буйни эрозияси, бачадон шиллик кавти гиперплазияси;
- жинсий аъзолар туберкулези;
- бачадон ичи снехиялар;
- хайз циклининг бузилиши;
- анемия;
- кон ивиш системасининг бузилиши;
- куп таркалган бачадон миомаси;
- анамнезида елбугоз булиши;
- жинсий ороганларда ёмон сифатли усмага шубха килинганда;
- уткир ости эндокардитларда.

БИВ ни олиб ташлашга курсатма:

- давомий огриклар;

- мено- ёки метроррагия куринишидаги кон кетишлар;
- жинсий органлар яллигланиш касалликлари кайталанганда;
- БИВни тез-тез уз- узидан тушиши;
- аёлнинг хомиладор булишга хохиши булганда;
- БИВ ишлатитилаш муддати тугаганда.

Асоратлари

- кон кетиш, консимон ажралмалар келиши ва анемия;
- огриклар (бачадондан ташкари хомиладорлик ташхисидан ташкари);
- БИВ экспульсияси— тулик ёки нотулик 2-8% холларда (характерланади огрикларнинг булиши, консимон ажралмалар);
- Жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари (эндомиометрит, аднексит, пельвиоперитонит.) —1,5 дан 10%гача;
- бачадон перфорацияси ва бачадон буйни перфорацияси- 0,04 дан 1,2%гача.

Презервативлар

Илгарилари аёллар ва эркаклар хомиладор булмаслик учун турли хил механик воситаларда фойдаланиб келишган. Лекин христиан динининг таркалиши натижасида химоянинг бу усули унутилди ва факатгина 16 асрга келиб таникли италян шифокори ва анатомии Габриэл Фаллопий томонидан кашф этилди. У уша вақтда Европа буйлаб вабо эпидемияси сингари тез таркалиб бораётган сифилис карши ишончли химоя воситасини ахтарди. Уша вақтда Фаллопий жинсий алоқа вақтида махсус дори воситаси билан хулланган мато копчасини олатга кийишни таклиф килди. Вақт утиши билан Фаллопийнинг мато копчалари такомиллаштирилиб борилди. Францияда уларни куйларнинг ингичка ичагидан тайёрлаб Европанинг турли мамлакатларига экспорт килишни бошлашди. 1840 йилдан вулканизацияланган резина кашф этилгандан сунг синтетик материаллардан презервативлар ишлаб чиқариш жадаллашди.

Ундан фойдаланиш жуда оддий ва сперманинг кин ва бачадонга тушишини олдини олади. Аммо айникса ёш малалакасиз жуфтликларда презервативдан фойдаланишда хатоликлар руй беради. «Контрацептив ноомадлар» курсаткичи 3% дан 10 %гача булади. Аммо презервативдан бош

тортишлар фоизи нисбатан юкорилигига карамай, презерватив айникса доимий жинсий шерик булмаган тақдирда ёки жинсий шериклар тез-тез алмаштирилганда тавсия этилади. Презервативлар исталмаган хомиладорликдан саклабгина қолмай, балки улар жинсий алоқа орқали утадиган касалликлар (оддий герпес, одам папилломовируси, гонорея. трихомониаз, гепатита В, сифилис, хламидиоз) шунингдек ВИЧнинг тарқалиши олдиниолади. Бундан ташқари айтиш жоизки презервативлар нисбатан қиммат булмаган ва тез топиладиган кантрацептивлардир.

Бундан ташқари презервативлар қуйидаги ҳолларда ишлатилади:

- Эрекцияни саклаш учун;
- иммунологик бепуштлиқни даволашда (қинга тегишли антигенларни тушишини олдини олади);
- жуда қам ҳолларда спермага нисбатан аллергия ҳолларни олдини олиш учун;
- интраэпителиал усма ривожланишни олдини олиши мумкин.

Презервативни қўллашга қарши қўрсатма йўқ, жинсий органларнинг резинага бўлган сезгирлигини ҳисобга олмаганда.

Японияда презервативдан фойдаланиш эр-хотнлар уртасида 43%ни, Америкада бу қўрсаткич 10%ни ташкил қилади

Охири вақтларда аёллар презервативлари қўпроқ ишлатилаёпти АКШда улар «Reality», Канада ҳамда Европада «Femidom» номи остида қўлланилади. Жинсий алоқа вақтида инфекцияланишни олдини олиш имкони аёллар презервативларида эркаклар презервативларига нисбатан қамроқ.

Барьерли уруғланишга қарши барьерли воситалар ва спермицидлар

Контрацептивларнинг бу гуруҳига бачадон бўшлигига сперматозоидлар тушишининг олдини оловчи мосламалар қиради. Хомиладорликнинг олдини олиш барьер усуллари орасида қимёвий мода спермицидлар кенг тарқалган, қайсиқим сперматозоидларни қинда, улар жинсий йўлларнинг юқори бўлинмаларига утишга улғурмасидан фаолликдан тухтатади. Сперматозоидларни йўқотадиган препаратларни қўллаш тарихи узок тарихга бориб тақалади.

Дастлабки спермасидлар тарқибига ҳина ва қакао мойи қиради. 20 – асрнинг 50- йилларида спермицид воситалари сифатида грамицидин пастаси

ва ацетилпиридинитхлоридли паста, трацептин, лютенурин, галоскорбин таблеткалари кабилар кенг таркалди. Бу препаратларнинг ижобий таъсири юкори эмас, контрацептив ноомадлар 15%га етади.

Замонавий спермецидлар икки компонент- бевосита сперматозоидларга таъсир этувчи кимёвий мода ва ташувчилардан ташкил топган. Фаол ингредиент сифатида нон-оксинол-9 (Концептрол, Делфен, Патентекс), октоксилон (Кромекс, Орто-Гинол), дан фойдаланилади. Фаол компонентдан ташкари спермицидлар ташувчилар билан фаркланади. Спермицид модалари думалок, крем, желе, шамча, купик ёки купикладиган таблетка ва шамчалар хамда кин сургчлари шаклида булади. Перла индекси турли авторлар курсаткичига караганда 3 дан 7 гача булади.

Спермицидларни ишлатишга тавсиялар:

- Бошка контрацептив воситаларга карши курсатма булганида;
- доимий булмаган жинсий алокалар;
- спирал алмаштириш вактида;
- эмизиклик даврда;
- аёл жуда кам жинсий алокада булса куллаши мумкин;
- аёл 40 ёшдан утган булса;
- жуда ёш кизлар;
- жинсий йуллер оркали юкадиган касалликлар билан заррарланганда.

Кулланишга карши курсатмалар: жинсий аъзолар яллигланиш процессларида; гипертрофия ва бачадон буйни эрозияларида, кин ва бачадон осилиши ва тушишида, жинсий аъзоларда кичишишлар булганда, спермицид компонентларига аллергик реакциялар булганда. Хайз цикли бузилганда тавсия килинмайди.

Контрацепциянинг табиий усуллари

Бу усуллар анъанавий усуллар сирасига кириб, аёллар физиологик стерил булганда хамда жинсий алока вактида химоя воситаларисиз хам хомиладорлик содир булмаганда кулланилади.

Контрацепция физиологик усулининг асосий мазмуни овуляциядан олдинги кунларда жинсий алокалардан сакланиш ёки бу даврда бошка сакланиш воситаларининг кулланилишидан иборат. Бу усулнинг нокулайлиги овуляция вақтини аниқ белгилаш қийинлигидадир. Бунинг учун турт хил: календар, цервикал, хароратли, симптотермал усуллардан кулланилиш тавсия этилади.

Усул афзалликлари:

- сезиларли даражада нозуя таъсирга эга эмас
- тугулишни олдини олишнинг бошка усуллари рад этувчи жуфтликларга мос келади,
- католик черков томонидан маъкулланган ягона усул.

Камчиликлари:

- жинсий шериклар вақтинчалик абстиненцияга риоя қилишлари мумкин,
- диққат билан урганишни талаб қилади,
- белгилари ва сиптомлари туртли аёлларда ва бошка–бошка циклларда турли хил,
- хомиладор булиш частотаси, контрацепсиянинг бошка усуллари куллашга караганда юкорирок.

Жаррохлик стерилизацияси

Купгина 30-35 ёшгача булган оилалар хохишлари буйича болали булган булишади , лекин аёл 47-45 ёшгача,эркаклар эса ундан хам узокрок бола куриш кобиятини йукотмайди, шундай қилиб эр-хотинлар узок вақт давомида контрацепциянинг самарали усулини куллашлари лозим. Табиийки, бундай холларда купгина оилалар хомиладорликни олдини олувчи энг самарали усулларида бири булган жаррохлик стерилизациясини танлашади .

Айни вақтда ихтиёрий жаррохлик стерилизацияси — оилани режалаштиришда кенг таркалган кунгилли усул булиб хисобланади. Бу метод таркалганлигини қуйидаги ракамларда куришимиз мумкин.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган аёллар проценти давлатлар мисолида, масалан:

хитойда	30,
АКШда	17,
Бразилияда	27,
Буюк Британияда	14,
Мексикада	19.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган эркеклар проценти давлатлар мисолида, масалан:

Хитойда	9,
АКШ	11,
Буюк Британияда	14.

Шуни хисобга олиш керакки жаррохлик стерилизацияси бу кайтмас процесс булиб, бу хакида эр- хотинларга купрок маълумот бериш керак. Найлар стерилизацияси тугрукдан кейин, кесар кесиш операцияси вактида ёки трансвагинал, лапароскоп ёрдамида килиш мумкин. Асосий мазмун бачадон найларига клемм куйиш, боглаш, кесиш ёки маълум бир кисмини олиб ташлашдан иборат. Вазеэктомия- эркалик уругини келишини блокада кидиш максатида уруг чикариш каналчаларини боглашдан иборат булиб, амблатор шароитда огриксизлантириш оркали утказилади.

Жинсий алокани узиш

Жинсий алокани узиш (coitus interruptus) контрацепциянинг кенг таркалган традицион усуллардан бири булиб купчилик мамлакатларда эр- хотин уртасида куп кулланилади. Мисол учун Туркия ва Польшада турмушга чикган аёллар уртасида 30%ни, Италияда 29%, Францияда 17% ташкил килади. Украинада бу метод 15% дан 20%гача таркалган. Бу методнинг мазмун максати жинсий олака вактида эукулят аёл жинсий органига тукилмайди. Бу методнинг контрацептив курсаткичи унчалик хам юкори

эмас 16-18% гача етади. Шунинг таъкидлаб ўтиш жоизки эякуляциягача оз миқдорда бўлсада суяк қисми ажралади (секрет, купер безлари ажралмалари ёки ташқисийдик йули) қачонқим сперматозоидлар эякулятнинг охириги қисми ҳисобланади. Қайта жинсий алоқа бўлганда ҳомиладор бўлиш эҳтимоли ошади. Айни вақтда бу контрацептив усул эркаклар томонидан ўзини контрол қилиш талаб қилади, ўз навбатида бу усулдан аёллар унчалик ҳам қониқмайди.

Ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соғлиғини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тадбирлар тугрисида» ги фармони эълон қилинган. Она ва бола соғлиғини муҳофаза этиш, ҳар қайси вилоят маркази ва ката шаҳарларда соғлом болаларнинг туғулиши ва соғлом болани тарбиялаш учун зарур бўлган шароитларни яратувчи перинатал ва скринг марказларини ташкил қилиш ишларини янада такомиллаштириш ва самарадорлиғини ошириш мақсадида. Мазкур дастурга асосан ҳар қайси вилоят, туман ва аҳоли пунктларида курсатилган чора- тадбирлар дастури қайта ишлаб чиқилиши ва амалда қулланилиши бошланди ва уларни шакл-шубҳасиз бажарилиши ўстидан тизимли назорат таъминланди. Бу масалаларни амалда оширишда Халқ таълими вазирлиги, Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълими вазирлиги, вилоят, шаҳар ва туманлардаги Ўзбекистон хотин- қизлар кумиталари, «Соғлом авлод учун» ва « Маҳалла» жамғармалари ҳамкорлигида Соғлиқни Саклаш вазирлиги жалб қилинган.

Аҳоли репродуктив саломатлиғини, она ва бола соғлиғи муҳофазасини, соғлом авлод туғилиши ва тарбияланишини бутун Республика миқёсида яхшилашда катта ижобий ишлар билан бир қаторда, раҳбарлар томонидан бу борада жиддий камчиликлар содир этилди ва бу ишга етарлича эътибор берилмади. Аҳоли репродуктив саломатлиғини мустаҳкамлаш соғлом бола туғилиши жисмонан ва руҳан етук авлодни шаклланиши борасида олиб борилаётган ишларнинг самарадорлиғини ошириш ва ривожлантириш мақсадида Давлат комиссияси ташкил қилинди.

Шу муносабат билан Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соғлиғини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тадбирлар тугрисида» ги фармони чиқарилди. Аҳоли ўртасида бу борадаги тушунчаларини ошириш учун тушунтириш ишларини олиб бориш мақсадида чиқарилди.

Оммавий ахборот воситаларида контрацепция ҳамда соғлом оилани шакллантириш масалалари аҳолии онгига «Соғлом она-соғлом бола» принципларини етказиш мақсадида кенг ёритилмоқда.

Мавзу № 127: “Биологик контрацепция усуллари”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Биологик контрацепция усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш
<i>Талаба билиши керак:</i>	Биологик контрацепция усуллари
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Биологик контрацепция усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Биологик контрацепция усуллари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органиайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули

<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни эътиборга олиш. Машғулоти режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.

40 дақиқа	2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари)	
5 дақиқа	ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	
3-босқич.		
40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар
40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар.
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	Савол берадилар
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	Топшириқни ёзадилар

№127 мотивация. (Мавзу баёни) Биологик контрацепция усуллари

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий бўлмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутади. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, рухан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладики, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади.

Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Хомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача хомиладорликдан саклашнинг асосий услуги тиббий аборт ҳисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «курғон», суянчик, ғамхур ва бахт булоғи. Ёш оилалар келишиб соғлом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юқори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар ақлан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин булиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо булиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар кулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган — контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум ҳужайрасининг аёл тухум ҳужайрасига қушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш ҳисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.

2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Узок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин халкаси).
4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни калпоги, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малхамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, хароратни улчаш).
10. Жинсий алокани узиш (coitus interruptus).
11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа ҳисобланади. Бир аёл учун унумли ҳисобланган тури, бошқа аёл учун зарарли ҳисобланиши мумкин. Қўп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва қўллаш бўйича жавобгар шахс ҳисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури ҳисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг ҳосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, қўлланиши қўлай, нархи ҳамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда тақлиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тўхташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга бўлиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Қўп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АҚШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё бўйича

таркатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортик аёллар гормонал контрацепцияни куллайди.

У даврда ишлаб чиқилган ОК таркибида гормонлар миқдори юкори булиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам миқдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар миқдорини камайитириш билан биргаликда уларнинг сифати ҳам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чиқарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гурухга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд булиб, эстроген ва прогестаген тури ва миқдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, миқдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам миқдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса килиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.

- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.
- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка кабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)
- Нархи кимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боглик. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чикаришига тускинлик килади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чикариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чикаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни кабул килганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон буйни шиллигини куюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида кулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул холати ва тухумдон

сарик танасига таъсир килиб, бачадон найлари ҳаракати бузилади, шу билан бирга уругланган хужайра узиштини заифлаштиради.

Унутли ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда қурак беги яхши сифатли усмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага қелиши хавфи қамаяди. Бундан ташқари эктопик ҳомиладорлик қичик қанок органлари яллиғланиш қасалликлари, хайз қиклининг бузилиши муаммолари ва бошқа гинекологик қасалликлар қоиғи қамаяди.

Ноконтрацептив неготив таъсири.

Юрак қон томир қасалликлари ва уларнинг асорати бачадон буйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага қелиши юқори. КОК препаратлари жинсий алоқа орқали юқадиган қасалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини қабул қилиш тухталишидан сунг, қелгусида ойда ановуляция қузатилиши мумкин, даволашга муҳтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-узидан тикланади.

Ҳомиладорлик бошланишида истеъмол қилган тақдирда ҳомилага зиён етқазмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан қойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун қичик дозали КОК қуллаш қулай ҳисобланади. 45 ёшгача қамонавий КОК препаратларини қуллаш мумкин. Контрацептив ҳусусиятлардан ташқари уларнинг даволаш унути юқори. КОК препаратларини қуллаган аёлларда суяқлар муртлиги, постменопаузал даврда қам учрайди.

Қатта ёшли аёллар қуллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза қогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини қуллашда абсолют қарши қурсатмалар

- ҳомиладорлик;
- тромбозмболия;
- гормонил усмалар;
- жигар функцияси бузилишининг тугма нуқсонлари;

- жадаллашган жигар касалликлари;
- гиперлиппротеинемия;
- мия – томир касалликлари;
- миокард инфаркти (анамнезида);
- юракнинг ишемик касаллиги.

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- хомиладорлик;
- мигрень;
- куккидан куриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал кон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;
- режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан қабул қилиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир қилиб, уни қуюқлигини оширади ва спертазоидни утишига тусқинлик қилади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида

морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чакиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан куйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алокадан сунг, хомиладорлик юзага келиши муаммоларини ечимини ечади. Посткоитал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага келиши ҳисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ куйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алокадан сунг 1 соат ичида қулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортиқ қуллаш манн этилади, кон кетиш хавфи кучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюқ ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;

- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биодеграданти имплантантлар, таркибида капронол (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;
- кин халкаси, левоноргестрел, норетиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрида атрофик узгаришлар юзага келади;
- вақтидан олдинги лютеолиз.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИ (Спираллар)

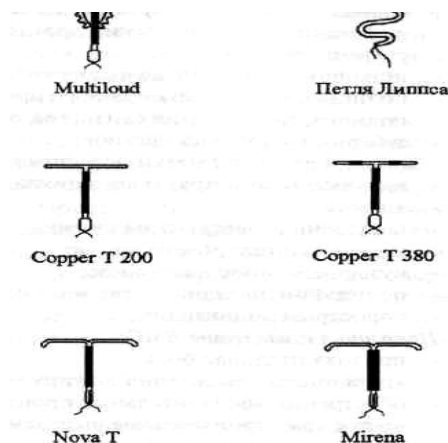
Бачадон ичи контрацепция усулини одамлар қадимдан билишади. бачадон ичи воситаларини ишлатилганлигини қадимий Грециянинг буюк врачлари Гиппократ ишларида ҳам учратиш мумкин. Уша вақтларда ҳам контрацепция мақсадида бачадон ичига металдан ясалган зангламайдиган спираллар ва метал пластинкалар қуйиш бошланган, улар (олтиндан ва платинадан) булган. Бу усуллар уша пайтларда жуда қалтис булиб, бачадонда турли хил асоратлар хаттоки, унинг бутунлигини булишигача олиб келган.

Утган асрда гинекологлар фикрига бачадон ичи воситалардан фойдаланиш келди. 1909 йилда немис гинекологи Рихтер томонидан контрацепция мақсадида бачадон ичига ипак ипаларга боғланган айлана шаклдаги контрацепция воситаси қуйиш тавсия қилинди. 20 йилдан сунг, 1930 йилда немис гинекологи Грефенберг айлана шаклдаги контрацепция воситасига бироз узгартириш қилиб кумуш ва мисдан фойдаланди. Бу контрацепция воситаларини олиш ва қуйиш жуда мураккаб ва ноқулай булиб, оғриқ ва қон кетишларга сабаб булган. 60 йилларга келиб тиббий амалиётида инерт, эгилувчан жуда қулай полиэтилен БИВ қулланила бошлади. Бу бачадон ичи воситалари қалин булмаган, енгил шаклларда булиб ҳайз цикли вақтида қон кетишига ҳам ҳалакат бермаган, енгил олинган.

Ҳозирги вақтга келиб бачадон ичи воситаларининг 50 га яқин турлари бор. Улар ҳаммаси 2 типга бўлинади:

Нейтрал (немедикаментозе) - кимёвий инерт, сурилиб кетмайдиган полиэтилен воситалардан тайёрланади.

Медикаментоз- кумуш, мис, олтин,прогестеронли булар узидан доим кимёвий актив маддалар ажратади. Охирги вақтларда организмга ёмон таъсир килмайдиган бачадон ичи воситалари ишлаб чиқарилди. ВОЗ маълумотига кура дунёда 100 миллиондан ортиқ бола қуриш ёшидаги аёллар бачадон ичи воситаларидан фойдаланади. ВОЗ маълумотига кура бачадон ичи воситаларидан фойдаланиш 98,3% етди.



БИВ турлари

Петля Липпса — нейтраль шаклдаги бачадон ичи воситаси бўлиб, унинг ихтирочис - Jack Lippes (1962 г

Copper-T – ҳозирги вақтда энг қўп тарқалган бачадон ичи воситаси.

NovaT

Multiloud-375, Multiloud-250

Mirena — левоноргестролли бачадон ичи воситаси («Levonova»-гарб мамлакатларда сотувдаги номи).Бу БИВ Т-шаклда булиб («Nova Т»)ни эслатади, узида гармон саклайди. Суткада 20мкг левоноргестрол ажратади.Бу контрацептив воситадан фойдаланишдан мақсад, хайз цикли вақтида кам кон кетишга эришишдир. Контрацептив эффекти 5 йилгача.Индекс Перла 0,1 беш йилда.

Контрацептив воситаларнинг таъсир механизми охиригача урганилмаган. Бачадон ичи воситалари тугрисида куйидаги гипотезалар мавжуд булиб куйидагича таъсир килади:

- *сперматозоидларга — Киндан фоллопий найига сперматозоидлар утишини тормозлаб қуяди;*
- уругланган тухум хужайрага- уругланган тухум хужайрани фоллопий найидан бачадонга утишини тезлаштиради;
- *фертилизация — тухум хужайрани уругланишини тормозлаб қуяди;*
- *имплантация — бластацитларнинг ҳалок булишини чақиради ёки ёт жисмларга реакция қуринишидаги ялигланиш жараёнларнинг ривожланиш натижасида инплантацияга тускинлик килади;* Бачадон ичи воситаси механик таъсир қурсатиб, эндометрийни ташлашига олиб келиш йули орқали бластацитларни имплантация булишга қуймайди; уша жойдаги простагландинлар ҳосил булишини қучайтиради;эндометрийда пролифератив-секретор процессларни қучайтиради;
- *эндометрий — карбоногидраза ва ишкорли фосфотаза фаоллигини камайтиради бу мис ва рух уртасидаги қарши реакция билан тушунтирилади.* Мис эндомиоцитлар орқали эстроген гормонларининг ютулишини ва миометрий ички хужайраларида эстрогенлар ҳосил булишиш реакциясини тухтатиб туради. Таркибида прогестерон ва левоноргестрол сакловчи БИВлардан узок вақт фойдаланилган тақдирда эндомерий атрофиясига олиб келади.

Спиралларнинг контрацептив таъсири, уларнинг улчамлари ва эндометрий юзаси билан алоқаси ҳажмининг катталашishi орқали ошади.

БИСга қарама – қарши қурсатмалар:

- *аёл жинсий органларининг ялигланиш касалликлари;*
- *инфекцион-токсик процесслар, юқори ҳароратнинг қушилиб келиши;*

- истмико-цервикал етишмовчилик;
- полиплар, лейкоплакия ва бачадон буйни эрозияси, бачадон шиллик кавти гиперплазияси;
- жинсий аъзолар туберкулези;
- бачадон ичи снихиялар;
- хайз циклининг бузилиши;
- анемия;
- кон ивиш системасининг бузилиши;
- куп таркалган бачадон миомаси;
- анамнезида елбугоз булиши;
- жинсий ороганларда ёмон сифатли усмага шубха килинганда;
- уткир ости эндокардитларда.

БИВ ни олиб ташлашга курсатма:

- давомий огриклар;
- мено- ёки метроррагия куринишидаги кон кетишлар;
- жинсий органлар яллигланиш касалликлари кайталанганда;
- БИВни тез-тез уз- узидан тушиши;
- аёлнинг хомиладор булишга хохиши булганда;
- БИВ ишлатитилаш муддати тугаганда.

Асоратлари

- кон кетиш, консимон ажралмалар келиши ва анемия;
- огриклар (бачадондан ташкари хомиладорлик ташхисидан ташкари);
- БИВ экспульсияси— тулик ёки нотулик 2-8% холларда (характерланади огрикларнинг булиши, консимон ажралмалар);
- Жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари (эндомиометрит, аднексит, пельвиоперитонит.) —1,5 дан 10%гача;

- бачадон перфорацияси ва бачадон буйни перфорацияси- 0,04 дан 1,2%гача.

Презервативлар

Илгарилари аёллар ва эркаклар хомиладор булмаслик учун турли хил механик воситаларда фойдаланиб келишган. Лекин христиан динининг таркалиши натижасида химоянинг бу усули унутилди ва факатгина 16 асрга келиб таникли италян шифокори ва анатомии Габриэл Фаллопий томонидан кашф этилди. У уша вақтда Европа буйлаб вабо эпидемияси сингари тез таркалиб бораётган сифилис карши ишончли химоя воситасини ахтарди. Уша вақтда Фаллопий жинсий алока вақтида махсус дори воситаси билан хулланган мато копчасини олатга кийишни таклиф килди. Вақт утиши билан Фаллопийнинг мато копчалари такомиллаштирилиб борилди. Францияда уларни куйларнинг ингичка ичагидан тайёрлаб Европанинг турли мамлакатларига экспорт килишни бошлашди. 1840 йилдан вулканизацияланган резина кашф этилгандан сунг синтетик материаллардан презервативлар ишлаб чиқариш жадаллашди.

Ундан фойдаланиш жуда оддий ва сперманинг кин ва бачадонга тушишини олдини олади. Аммо айникса ёш малалакасиз жуфтликларда презервативдан фойдаланишда хатоликлар руй беради. «Контрацептив ноомадлар» курсаткичи 3% дан 10 %гача булади. Аммо презервативдан бош тортишлар фоизи нисбатан юкорилигига карамай, презерватив айникса доимий жинсий шерик булмаган такдирда ёки жинсий шериклар тез-тез алмаштирилганда тавсия этилади. Презервативлар исталмаган хомиладорликдан саклабгина колмай, балки улар жинсий алока оркали утадиган касалликлар (оддий герпес, одам папилломовируси, гонорея, трихомониаз, гепатита В, сифилис, хламидиоз) шунингдек ВИЧнинг таркалиши олдиниолади. Бундан ташкари айтиш жоизки презервативлар нисбатан киммат булмаган ва тез топиладиган кантрацептивлардир.

Бундан ташкари презервативлар куйидаги холларда ишлатилади:

- Эрекцияни саклаш учун;
- иммунологик бепуштликни даволашда (кинга тегишли антегенларни тушишини олдини олади);
- жуда кам холларда спермага нисбатан аллергия холларни олдини олиш учун;
- интраэпителиал усма ривожланишни олдини олиши мумкин.

Презервативни куллашга карши курсатма йук, жинсий органларнинг резинага булган сезгирлигини хисобга олмаганда.

Японияда презервативдан фойдаланиш эр-хотнлар уртасида 43%ни, Америкада бу курсатгич 10%ни ташкил килади

Охирги вақтларда аёллар презервативлари купрок ишлатилаяпти АКШда улар «Reality», Канада ҳамда Европада «Femidom» номи остида кулланилади. Жинсий алоқа вақтида инфекцияланишни олдини олиш имкони аёллар презервативларида эркаклар презервативларига нисбатан камрок.

Барьерли уругланишга карши барьерли воситалар ва спермицидлар

Контрацептивларнинг бу гуруҳига бачадон бушлигига сперматозоидлар тушишининг олдини олувчи мосламалар киради. Хомиладорликнинг олдини олиш барьер усуллари орасида кимёвий мода спермицидлар кенг тарқалган, қайсиким сперматозоидларни кинда, улар жинсий йулларининг юкори булинмаларига утишга улгурмасидан фаолликдан тухтатади. Сперматозоидларни йукотадиган препаратларни куллаш тарихи узок тарихга бориб такалади.

Дастлабки спермасидлар таркибига хина ва какао мойи киради. 20 – асрнинг 50- йилларида спермицид воситалари сифатида грамицидин пастаси ва ацетилпиридинитхлоридли паста, трацептин, лютенурин, галоскорбин таблеткалари кабилар кенг тарқалди. Бу препаратларнинг ижобий таъсири юкори эмас, контрацептив ноомадлар 15%га етади.

Замонавий спермецидлар икки компонент- бевосита сперматозоидларга таъсир этувчи кимёвий мода ва ташувчилардан ташкил топган. Фаол ингредиент сифатида нон-оксинол-9 (Концептрол, Делфен, Патентекс), октоксилон (Кромекс, Орто-Гинол), дан фойдаланилади. Фаол компонентдан ташкари спермицидлар ташувчилар билан фаркланади. Спермицид модалари думалок, крем, желе, шамча, купик ёки купикладиган таблетка ва шамчалар ҳамда кин сургчлари шаклида булади. Перла индекси турли авторлар курсаткичига караганда 3 дан 7 гача булади.

Спермицидларни ишлатишга тавсиялар:

- Бошка контрацептив воситаларга карши курсатма булганида;
- доимий булмаган жинсий алокалар;
- спирал алмаштириш вақтида;

- эмизиклик даврда;
- аёл жуда кам жинсий алокада булса куллаши мумкин;
- аёл 40 ёшдан утган булса;
- жуда ёш кизлар;
- жинсий йуллар оркали юкадиган касалликлар билан заррарланганда.

Кулланишга карши курсатмалар: жинсий аъзолар яллигланиш процессларида; гипертрофия ва бачадон буйни эрозияларида, кин ва бачадон осилиши ва тушишида, жинсий аъзоларда кичишишлар булганда, спермицид компонентларига аллергик реакциялар булганда. Хайз цикли бузилганда тавсия килинмайди.

Контрацепциянинг табиий усуллари

Бу усуллар анъанавий усуллар сирасига кириб, аёллар физиологик стерил булганда ҳамда жинсий алока вактида химоя воситаларисиз ҳам хомиладорлик содир булмаганда кулланилади.

Контрацепция физиологик усулининг асосий мазмуни овуляциядан олдинги кунларда жинсий алокалардан сакланиш ёки бу даврда бошка сакланиш воситаларининг кулланилишидан иборат. Бу усулнинг нокулайлиги овуляция ваكتини аник белгилаш кийинлигидадир. Бунинг учун турт хил: календар, цервикал, хароратли, симпототермал усуллардан кулланилиш тавсия этилади.

Усул афзалликлари:

- сезиларли даражада ножуя таъсирга эга эмас
- тугулишни олдини олишнинг бошка усуллари рад этувчи жуфтликларга мос келади,
- католик черков томонидан маъкулланган ягона усул.

Камчиликлари:

- жинсий шериклар вақтинчалик абстиненцияга риоя килишлари мумкин,
- диққат билан урганишни талаб килади,

- белгилари ва сиптомлари туртли аёлларда ва бошка–бошка циклларда турли хил,

- хомиладор булиш частотаси, контрацепсиянинг бошка усуллари куллашга караганда юкорирок.

Жаррохлик стерилизацияси

Купгина 30-35 ёшгача булган оилалар хохишлари буйича болали булган булишади , лекин аёл 47-45 ёшгача,эркаклар эса ундан хам узокрок бола куриш кобиятини йукотмайди, шундай килиб эр-хотинлар узок вакт давомида конрацепциянинг самарали усулини куллашлари лозим. Табийки, бундай холларда купгина оилалар хомиладорликни олдини олувчи энг самарали усулларида бири булган жаррохлик стерилизациясини танлашади .

Айни вақта ихтиёрий жаррохлик стерилизацияси – оилани режалаштиришда кенг таркалган кунгилли усул булиб хисобланади. Бу метод таркалганлигини куйидаги ракамларда куришимиз мумкин.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган аёллар проценти давлатлар мисолида, масалан:

хитойда	30,
АКШда	17,
Бразилияда	27,
Буюк Британияда	14,
Мексикада	19.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган эркаклар проценти давлатлар мисолида, масалан:

Хитойда	9,
АКШ	11,
Буюк Британияда	14.

Шуни хисобга олиш керакки жаррохлик стерилизацияси бу кайтмас процесс булиб, бу хакида эр- хотинларга купрок маълумот бериш керак. Найлар стерилизацияси тугрукдан кейин, кесар кесиш операцияси вақтида ёки трансвагинал, лапароскоп ёрдамида килиш мумкин. Асосий мазмун бачадон найларига клемм куйиш, боғлаш, кесиш ёки маълум бир кисмини олиб ташлашдан иборат. Вазеэктомия- эркалик уругини келишини блокада кидиш мақсадида уруг чиқариш каналчаларини боғлашдан иборат булиб, амблатор шароитда огриксизлантириш орқали утказилади.

Жинсий алокани узиш

Жинсий алокани узиш (coitus interruptus) контрацепциянинг кенг тарқалган традицион усуллардан бири булиб купчилик мамлакатларда эр- хотин уртасида куп кулланилади. Мисол учун Туркия ва Польшада турмушга чиқган аёллар уртасида 30%ни, Италияда 29%, Францияда 17% ташкил килади. Украинада бу метод 15% дан 20%гача тарқалган. Бу методнинг мазмун мақсади жинсий олака вақтида экулят аёл жинсий органига тукилмайди. Бу методнинг контрацептив курсаткичи унчалик хам юкори эмас 16-18%гача етади. Шуни такаидлаб утиш жоизки эякуляциягача оз миқдорда булсада суюк кисми ажралади (секрет, купер безлари ажралмалари ёки ташкисийдик йули) қачонким сперматозоидлар экулятнинг охирги кисми хисобланади. Кайта жинсий алока булганда хомиладор булиш эҳтимоли ошади. Айни вақтда бу контрацептив усул эркалар томонидан узини контрол килиш талаб килади, уз навбатида бу усулдан аёллар унчалик хам коникмайди.

Хозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соғлигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тадбирлар тугрисида» ги фармони эълон қилинган. Она ва бола соғлигини муҳофаза этиш, ҳар қайси вилоят маркази ва ката шаҳарларда соғлом болаларнинг туғулиши ва соғлом болани тарбиялаш учун зарур булган шароитларни яратувчи перинатал ва скринг марказларини ташкил қилиш ишларини янада такомиллаштириш ва самарадорлигини ошириш мақсадида. Мазкур дастурга асосан ҳар қайси вилоят, туман ва аҳоли пунктларида курсатилган чора- тадбирлар дастури кайта ишлаб чиқирилиши ва амалда кулланилиши бошланди ва уларни шакл-шубҳасиз бажарилиши устидан тизимли назорат таъминланди. Бу масалаларни амалда оширишда Халқ таълими вазирлиги, Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълими вазирлиги, вилоят, шаҳар ва

туманлардаги Ўзбекистон хотин- кизлар кумиталари, «Соглом авлод учун» ва « Махалла» жамгармалари ҳамкорлигида Согликни Саклаш вазирлиги жалб килинган.

Аҳоли репродуктив саломатлигини, она ва бола соглиги муҳофазасини, соғлом авлод тугилиши ва тарбияланишини бутун Республика миқёсида яхшилашда катта ижобий ишлар билан бир каторда, раҳбарлар томонидан бу борада жиддий камчиликлар содир этилди ва бу ишга етарлича этибор берилмади. Аҳолии репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш соғлом бола тугилиши жисмонан ва руҳан етук авлодни шаклланиши борасида олиб борилаётган ишларнинг самарадорлигини ошириш ва ривожлантириш мақсадида Давлат комиссияси ташкил килинди.

Шу муносабат билан Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соглигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тadbирлар тугрисида» ги фармони чиқарилди. Аҳоли уртасида бу борадаги тушунчаларини ошириш учун тушунтириш ишларини олиб бориш мақсадида чиқарилди.

Оммавий ахборот воситаларида контрацепция ҳамда соғлом оилани шакллантириш масалалари аҳолии онгига «Соглом она-соғлом бола» принципларини етказиш мақсадида кенг ёритилмоқда.

Мавзу № 128 “Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари.”

Таълим бериш технологияси (амалий ва клиник машғулот)

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 12- 15</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	3 соат Амалий ва 3 соат Клиник машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм (органайзер, тест ва вазиятли масалаларлар) 4. Амалий қисм (клиник машғулот)
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш

<i>Талаба билиши керак:</i>	Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари.
<i>Талаба бажара олиши лозим:</i>	гинекологияда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш хусусиятларини ва ҳамширалик жараёнини
<i>Педагогик вазифалар:</i> Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; - гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари билан таништириш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш -ҚВП ва ҚОПларни ишлаш принципларини; -туғруқча парвариш янги моделлари асосларини; -гинекологик асоратларини олдини олишда ҚВПнинг ўрнини;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, ақлий ҳужум, ҳикоя, намоиш, видеоусул, амалий иш усули, суҳбат, таълимий ўйин, органайзер.
<i>Таълим шакли</i>	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз», «Ўйланг-Жуфтликда ишланг-Фикр алмашинг»), яқка тартибли айлана стол, Синквейн усули
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, флипчарт, видеофилмлар, ёзув тахтаси, модел, муляжлар, график, диаграммлар, схема, назорат варағи, матнлар, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, мавзуга оид беморлар
<i>Таълим бериш шароити</i>	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар (Бўлим, тематик ўқув хона)
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

Ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичла ри ва вақти (240дақиқа)	Фаолият	
	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
1-босқич. 10 дақиқа 10 дақиқа	1.1. Дафтарлар ва давоматни текшириш 1.2 Мавзунинг номи, мақсад ва кутилаётган натижаларни этказди. Машғулот режаси билан таништилади. 1.2. Мавзу бўйича асосий тушунчаларни; мустақил ишлаш учун адабиётлар рўйхатини айтади; 1.3. Ўқув машғулотида ўқув ишларини баҳолаш мезонлари билан таништилади;	Тинглайдилар, ёзиб оладилар. Аниқлаштирадилар, саволлар берадилар
2-босқич. 20 дақиқа 5 дақиқа 30 дақиқа 40 дақиқа 5 дақиқа	2.1. Тезкор-сўров/ савол-жавоб/ ақлий хужум орқали билимларни фаоллаштилади. 2.2. Амалий машғулотнинг режаси ва тузилишига мувофиқ таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартибини баён қилади («Талаба диққат марказда») 2.3. Танаффус 2.3. Кластер ва концептуал жадвал органайзерларни ишлаш тартибини тушунтиради ва талабаларни гуруҳларга ажратади 2.4.Талабаларга мавзуни ўзлаштириш учун белгиланган кўргазмали қуроллар (тест ва вазиятли масала, муляж, компЮтер дастурлари) ни тақдим этиш, улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш 2.5. Танаффус	Жавоб берадилар Ёзадилар. Гуруҳларда ишлайдилар, тақдимот қиладилар ва бош.
3-босқич. 40 дақиқа	3.1. Ўқув марказида амалий кўникмаларни бажариш	Амалий кўникмаларни бажарадилар

40 дақиқа	3.2. Мавзу бўйича Кейс стадига кура якун қилади, қилинган ишларини келгусида касбий фаолиятларида аҳамиятга эга эканлиги муҳимлигига талабалар эътиборини қаратади.	Ўз-ўзини, ўзаро баҳолашни ўтказадилар. Савол берадилар. Топшириқни ёзадилар
20 дақиқа	3.3. Гуруҳлар ишини баҳолайдилар, ўқув машғулотининг мақсадга эришиш даражасини таҳлил қилади. Контрол саволлар таҳлили	
20 дақиқа	3.4. Мустақил иш учун топшириқ беради ва унинг баҳолаш мезонларини етказди	

№128 мотивация. (Мавзу баёни) Контрацептив технологиялар бўйича ўсмирларга маслаҳат ўтказишга сослари. Шошилишч контрацепция бўйича маслаҳатлаш кўникмалари.

Охирги ун йилликларда репродуктив муаммо барча дунё олимлари эътибор марказини эгаллайди. Ўзбекистон республикасида демографик ҳолат ва оилани мустаҳкамлаш оғир оддий бўлмаган муаммо ҳисобланиб, бу масаланинг ечимини тугри ечилиши Давлатимиз келгуси раванкига асосий урин тутди. Шу сабабли оилани режалаштириш ва аёллар репродуктив саломатлигини сақлаш асосий уринга эга.

Саломатлик бу – жисмонан, руҳан, социал муҳитдаги тулик унумдорлигидир.

ВОЗ конституцияси эълон қиладики, «соғлик – бу асосий инсон ҳуқуқларидан бири». Бу ҳуқуқ барча аёллар учун таъминланиши лозим, чунки аёл зоти аҳолининг куп қисмини ташкил этади. Жамият аёллар соғлигини инвестерлаши лозим. ООН ва дунё банки текширувлари шуни тасдиқлаганким аёл соғлигини инвестирлаш жамият экономик раванкига олиб келади.

Қачон болани оилада дунёга келтириш ва уларнинг сонини танлаш инсон ҳуқуқи ҳисобланади. Оилани режалаштириш асосида одамлар ва уларнинг оиласи ва инсон жамияти бу ҳуқуқдан фойдаланилади. Контрацептив воситаларини ва унинг турларини тугри танлаш оилани режалаштириш ва соғлом бола туғишга олиб келади. Контрацепция воситасини ким танлаши керак деган савол туғилади. Аёл ва унинг турмуш уртоғи восита турини танлаш ҳуқуқига эга. Тиббиёт ходимининг вазифаси маслаҳат бериш тугри танлашга кумаклашиш.

Хомиладорликдан сакловчи контрацептив воситалар унумли ва фойдали булиши лозим. XX аср охиригача хомиладорликдан саклашнинг асосий услуги тиббий аборт хисобланган. Абортга курсатма булиб келган оилада жуда ёш бола борлиги ёки бола булишини хохламаслик.

Бугунги кунда ушбу муаммо юзасидан Ўзбекистон Республикасида замонавий контрацепция воситаларнинг барча турларини куллаши учун шароит яратилган ва аҳолининг тиббий савияси оширилган.

Оила — асосий маданий бойлик, бизнинг «кургон», суянчик, гамхур ва бахт булоғи. Ёш оилалар келишиб соглом болани дунёга келтириш билан бирга унинг келгусини ва юкори самарали ҳаётини таъминлаш тугрисида фикрлашади.

Оилани режалаштиришда ва келгуси авлодни бунёд этишда ёшлар аклан ёндашиб контрацепция воситаларидан фойдаланишади.

Дунёда ҳар йили 50 млн аборт қилинади ва оналар улими структурасида криминал аборт асосий урин эгаллайди.

Хомиладорлик профилактикаси 100% ишончли куллаш учун оддий, арзон, қайтар жараён ва барча аёллар куллаши мумкин булиши мақсадга мувофиқ.

Қадим замонлардан бери исталмаган хомиладорликни олдини олиш масаласи асосий муаммо булиб келиб, бу мақсадда жинсий алоқадан сакланиб, табиий ҳаёт тарзи бузилган. Хомиладорлик юзага келиши механизми тугрисида аниқ тасаввурга эга бўлмай туриб - исталмаган хомиладорликни олдини олиш мақсадида турли услублар кулланилган. Шу асосида янги ва кенг тармоқли илм юзага келган — контрацепция.

Хомиладорликдан сакланиш услубларининг асосий мақсади эркак тухум ҳужайрасининг аёл тухум ҳужайрасига қушилмаслиги ва тухумнинг кейинги ривожланишини олдини олиш хисобланади.

Контрацепциянинг қуйидаги турлири мавжуд:

1. Комбинациялашган орал контрацепция.
2. Орал контрацепциялар, факат прогестинли, «мини-пили».
3. Ўзок муддатли гормонал контрацепция (инъекцион, имплантацион, гормонал кин ҳалқаси).

4. Посткоитал контрацепция.
5. Бачадон ичи воситаси
6. Эркак ва аёл презервативлари.
7. Барьерли контрацепциялар (бачадон буйни калпоги, кин диафрагмаси).
8. Спермицидлар (айланасимон, таблеткалар, паста, малхамлар, желе, губка, пленка).
9. Табиий турлари (календар, хароратни улчаш).
10. Жинсий алокани узиш (coitus interruptus).
11. Хирургик стерилизация (вазэктомия, бачадон найларини бойлаш).

Контрацепция турини танлаш мураккаб вазифа ҳисобланади. Бир аёл учун унумли ҳисобланган тури, бошқа аёл учун зарарли ҳисобланиши мумкин. Қўп давлатларда шу билан биргаликда бизнинг Республикамизда контрацепцияни турини танлаш индивидуал ва оилани режалаштириш мутахассиси иштирокида амалга оширилади. Оила жуфти унинг турини танлашга асосий рол уйнайди ва қўллаш бўйича жавобгар шахс ҳисобланади.

Орал контрацепция

Гормонал контрацепция — бу аёл жинсий гормонларининг синтетик тури ҳисобланиб — эстроген, прогестерон ва уларнинг ҳосилаларидан тузилган. Унумдорлиги юкори, ишончли, қўлланиши қўлай, нархи ҳамёнбоп. «Гормонал контрацепция» термини Людвиг Хабербладт томонидан 1912 йилда тақлиф этилиб, бу олим экспериментал тарзда сарик тана экстракти овуляцияни тухташини исботлаган. 1939 йилда М.М. Заводской баъзи бир гормонлар таъсири асосида гипофиз гонодотроп функциясининг пасайишини тасдиқлади.

Синтетик гестагенлар прогестиронга ухшаш таъсирга эга бўлиб, прогестаген ёки прогестин деб аталади. 1950- йилларда орал прогестинлар кашфиёт этилиб (норэтинодрел, кейинчалик норэтистерон), химик тузилишини Расель Маркер очиб берди. Қўп утмасдан биринчи маротиба гормонал препарат «Эновид» (АҚШ)да ишлаб чиқарилди, ва дунё бўйича тарқатилди. Шундан бери ВОЗ курсатмаларига биноан дунёда 70 лндан ортиқ аёллар гормонал контрацепцияни қўллайди.

У даврда ишлаб чикилган ОК таркибида гормонлар микдори юкори булиб – бу препаратлар биринчи авлоди хисобланиб: Эновид, Инфекундин, Бисекурин.

Бугунги кунда ОК таркибини кам микдорда 50 мкг дан кам этинилэстрадиол ташкил этади. Прогестагенлар микдорини камайтириш билан биргаликда уларнинг сифати хам узгартирилган. Бугунги кунда 500 дан ортик ОК ишлаб чикарилади.

Классификация

Замонавий ОК булинади 2 гурухга: комбинациялашган ва монокомпонентли (мини-пили). Комбинациялашган ОК булинади:

Монофазли комбинациялашган ОК — хар бир таблеткада эстроген ва гестагенлар мавжуд булиб, эстроген ва прогестаген тури ва микдори билан фаркланади.

Иккифазали комбинациялашган ОК — бу препаратлар доимий эстроген дозаси ва узгарувчи прогестаген хайз цикли фазасига караб.

Учфазали комбинациялашган ОК — стероид гормонларининг хайз цикли фазаси караб, микдорининг узгариши билан характерланади. 1 –фазада (1-6-кунгача), эрта ва урта фолликуляр фаза, эстроген ва гестаген кам микдорда. Эндометрийда физиологик жараён кечишини таъминлайди. ЛГ концентрациясини ошириш ва овуляцияни тухтатиш 2 – фазада (7-12 кун) хар 2 гормон юкори дозада таъминланган.

3 - фазада стероид гормонлар (13-21 кун) сарик тана прогестерон гормонининг ошиши эстроген гормонининг преовулятор фазада камайиши билан тузилган, хулоса килиб айтганда учфазали ОК физиологик хайз ритмини такрорлайди, гемостаз системаси липидлар мода алмашинувига таъсири камаяди. Барча репродуктив аёлларга кулланиши мумкин.

ОК устуворлиги:

- *Ишончли исталмаган хомиладорликдан сакланиш.*
- Аёллар учун хавфсиз.
- Тухумдон ва эндометрий раки профилактикаси.
- Огрикли хайзни даволайди.
- Кон кетишни даволайди.

- Кайтар жараён.
- Кабул килиш осон.
- Тулик урганилган
- Жинсий органлар оркали юкадиган инфекциялар СПИД ни олдини олади.

ОК камчиликлари:

- Юрак – кон томир касалликлари асорати ошади.
- Жигар усмаси хавфи ошади
- Кайфият узгариши мумкин
- Хар куни таблетка кабул килиши керак.
- Асоратлари (диарея, бош огриги, хайзаро кон кетиш)
- Нархи кимматлиги

ОК таъсир механизми

Таъсир механизми мураккаб, препарат таркиби билан боглик. Эстроген-гестаген контрацепцияси люлиберинларнинг диэнцефал зонада ишлаб чикаришига тускинлик килади. Гипофизда (ФСГ ва ЛГ) ишлаб чикариши камаяди, узаро таъсирини тухумдон рецепторларида ошириб тухумдонда стероид гормонлари ишлаб чикаришини камайтиради ва ановуляцияни юзага келтиради.

Комбинациялашган гормонал контрацепция нисбатан микродозали гестагенларни кабул килганда атиги 30% аёлларда ановуляция юзага келади. Мини-пилининг асосий таъсир механизми бачадон буйни шиллигини куюклаштиради, бачадон найи перистальтикасини ошириб тухум хужайрасини транспортировкаси бузилади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон системаси фаолияти секинлашиши билан сарик тана функционал активлиги пасайиб эндометрий гипоплазияси юзага келади ва тухум хужайрасининг эндометрийга ёпишиш жараёни бузилади.

Посткоиталь контрацепция препаратлари, хайз цикли турли фазасида кулланилганлиги асосида гестагенларнинг фолликул холати ва тухумдон сарик танасига таъсир килиб, бачадон найлари харакати бузилади, шу билан бирга уругланган хужайра усишини заифлаштиради.

Унумли ноконтрацептив таъсири.

КОК қабул қилган аёлларда курак беи яхши сифатли усмалари, эндометрий раки, тухумдон функционал кисталари юзага келиши хавфи камаяди. Бундан ташқари эктопик хомиладорлик кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари, хайз циклининг бузилиши муаммолари ва бошка гинекологик касалликлар фоизи камаяди.

Ноконтрацептив негатив таъсири.

Юрак кон томир касалликлари ва уларнинг асорати бачадон буйни ва танаси раки бирламчи жигар раки юзага келиши юкори. КОК препаратлари жинсий алоқа орқали юкадиган касалликлар хавфини оширади.

Фертил фаолият тикланиши.

Фертил фаолият КОК препаратларини қабул қилиш тухталишидан сунг, келгусида ойда ановуляция кузатилиши мумкин, даволашга мухтож эмас, йил охиригача ушбу фаолият уз-уздан тикланади.

Хомиладорлик бошланишида истеъмол қилган тақдирда хомилага зиён етказмайди.

35 ёшдан утган аёлларнинг ОК дан фойдаланиши

35 ёшдан утган соғлом аёллар учун кичик дозали КОК куллаш қулай хисобланади. 45 ёшгача замонавий КОК препаратларини куллаш мумкин. Контрацептив хусусиятлардан ташқари уларнинг даволаш унуми юкори. КОК препаратларини куллаган аёлларда суяклар муртлиги, постменопаузал даврда кам учрайди.

Қатта ёшли аёллар қуллайдиган яхши альтернатив КОК препаратлари таркибида тоза прогестинлар бор — мини-пили, лактинет ва б.

КОК препаратларини қуллашда абсолют қарши курсатмалар

- хомиладорлик;
- тромбоэмболия;
- гормонал усмалар;
- жигар функцияси бузилишининг тугма нуксонлари;
- жадаллашган жигар касалликлари;
- гиперлипотеинемия;

- мия – томир касалликлари;
- миокард инфаркти (анамнезида);
- юракнинг ишемик касаллиги.

Гормонал контрацепция куллашни тухтатишга курсатма:

- хомиладорлик;
- мигрень;
- куккисдан куриш фаолиятининг бузилиши;
- уткир тромбоэмболик асоратлар;
- сариклик ва уткир жигар касалликлари;
- артериал кон босимининг ошиши;
- узок давом этган иммобилизация;
- режалаштирилган ката хирургик аралашувлар;
- жадал тана вазнининг ошиши;
- овоз тонининг узгариши;
- бачадон миомасининг катталашиши.

Таркибида факат прогестин сакловчи препаратлар

КОК препаратлари ишлаб чиқилган вақтдан 10 йилдан сунг, дунё бозорида кичик дозали прогестинлар ишлаб чиқилиб, тиббиётга тадбик этилди. Контрацептив таъсири перефирик маҳаллий репродуктив органларга йуналтирилган булиб, бошқа орган системаларга нонуя таъсир курсатмайди.

Бу препаратлар мунтазам хайз циклининг 1-кунидан 1 таблеткадан кабул килиш тавсия этилади. Мини – пили бачадон буйни шиллигига таъсир килиб, уни куюклигини оширади ва спертазоидни утишига тускинлик килади. Таблетка ичилгандан сунг 1 икки соатда таъсири намоён булиб, 20-22 соат давом этади. Шу билан бирга улар бачадон эндометрийсида морфологик ва биохимик узгаришларни вужудга келтиради ва овуляцияни олдини олади. Сарик танага лютеолитик таъсир курсатиб, аменорея чакиради ёки хайз циклини чузади.

Эмизувчи аёллар учун прогестинлар 100 % унумли ҳисобланади. Лактация жараёнини жадаллаширади ва давомийлигини оширади.

Посткоитал контрацепция

Бугунги кунда бир маротиба ишлатиладиган контрацептив воситаларини яратиш долзарб муаммо ҳисобланади. Посткоитал препаратлар бунёд булиши презерватив бутунлиги бузилган ҳолатларда, БИВ экспульсия гормонал контрацепцияни ичмасдан куйган ҳолатларда, мажбуран юзага келган жинсий алокадан сунг, хомиладорлик юзага келиши муаммоларини ечимини ечади. Посткотал контрацепциянинг таъсир механизми норитмик катта дозада гормонларнинг ажралиши ва нормал хайз циклида физиологик гормонал узгаришлар десинхронизияси юзага келиши ҳисобланади.

Бугунги кунда қуйидаги турлари қулланилади.

- комбинирлаштирилган орал контрацептивлар,
- прогестагенлар,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- БИВ қуйиш.

«Постинор» 0,75 мг левоноргестрел таблеткаси жинсий алокадан сунг 1 соат ичида қулланилади, таъсири 3 соат давом этади. Хайз цикли давомида 4 таблеткадан ортик қуллаш манн этилади, кон кетиш хавфи кучайиши сабабли.

Узок муддатли контрацептивлар

Бу прогестинли препаратларнинг 6 хил тури мавжуд:

- депо-провера, инъекцион препарат, таркибида медроксипрогестерон-ацетат суюк ҳолатда, таъсироти 5 йил;
- инъекцион контрацептив, таркибида норэтистерон-энантат, таъсироти 3 ой;
- инъекцион микросферлар (норэтиндрон), таъсироти 6 ой;
- норплант (левоноргестрел), имплантант сифатида таъсироти 5 йил;
- биодеграданти имплантантлар, таркибида капронор (левоноргестрел), таъсироти 18 ой;

- кин халкаси, левоноргестрел, норетиндрон ёки прогестерон сакловчи, таъсироти 1-6 ой.

Таъсир механизми:

- овуляцияни тухтади;
- бачажон буйни шиллигини куюклаштиради;
- эндометрийда атрофик узгаришлар юзага келади;
- вактидан олдинги лютеолиз.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИ (Спираллар)

Бачадон ичи контрацепция усулини одамлар кадимдан билишади. бачадон ичи воситаларини ишлатилганлигини кадимий Грециянинг буюк врачлари Гиппократ ишларида ҳам учратиш мумкин. Уша вақтларда ҳам контрацепция мақсадида бачадон ичига металдан ясалган зангламайдиган спираллар ва метал пластинкалар куйиш бошланган, улар (олтиндан ва платинадан) булган. Бу усуллар уша пайтларда жуда калтис булиб, бачадонда турли хил асоратлар хаттоки, унинг бутунлигини булишигача олиб келган.

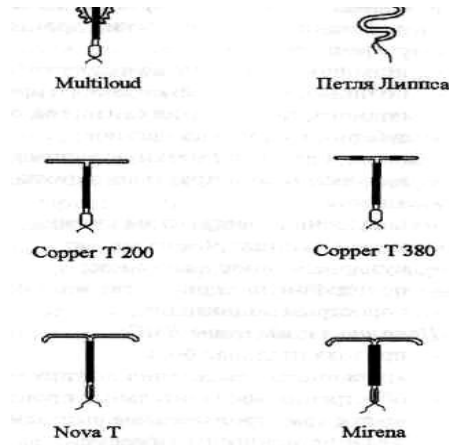
Утган асрда гинекологлар фикрига бачадон ичи воситалардан фойдаланиш келди. 1909 йилда немис гинекологи Рихтер томонидан контрацепция мақсадида бачадон ичига ипак ипларга боғланган айлана шаклдаги контрацепция воситаси куйиш тавсия килинди. 20 йилдан сунг, 1930 йилда немис гинекологи Грефенберг айлана шаклдаги контрацепция воситасига бироз узгартириш киритиб кумуш ва мисдан фойдаланди. Бу контрацепция воситаларини олиш ва куйиш жуда мураккаб ва нокулай булиб, огрик ва кон кетишларга сабаб булган. 60 йилларга келиб тиббиёт амалиётида инерт, эгилувча жуда кулай полиэтилен БИВ кулланила бошлади. Бу бачадон ичи воситалари калин булмаган, енгил шаклларда булиб хайз цикли вақтида кон кетишига ҳам халакит бермаган, енгил олинган.

Хозирги вақтга келиб бачадон ичи воситаларининг 50 га яқин турлари бор. Улар ҳаммаси 2 типга булинади:

Нейтрал (немедикаментоз) - кимёвий инерт, сурилиб кетмайдиган полиэтилен воситалардан тайёрланади.

Медикаментоз- кумуш, мис, олтин, прогестеронли булар узидан доим кимёвий актив маддалар ажратади. Охирги вақтларда организмга ёмон таъсир килмайдиган бачадон ичи воситалари ишлаб чиқарилди. ВОЗ

маълумотига кура дунёда 100 миллиондан ортиқ бола қуриш ёшидаги аёллар бачадон ичи воситаларидан фойдаланади. ВОЗ маълумотига кура бачадон ичи воситаларидан фойдаланиш 98,3% етди.



БИВ турлари

Петля Липпса — нейтраль шаклдаги бачадон ичи воситаси булиб, унинг ихтирочис - Jack Lippes (1962 г

Copper-T – ҳозирги вақтда энг кўп тарқалган бачадон ичи воситаси.

NovaT

Multiloud-375, Multiloud-250

Mirena — левоноргестролли бачадон ичи воситаси («Levonova»-гарб мамлакатларда сотувдаги номи). Бу БИВ Т-шаклда булиб («Nova T») ни эслатади, узида гармон саклайди. Суткада 20мкг левоноргестрол ажратади. Бу контрацептив воситадан фойдаланишдан мақсад, ҳайз цикли вақтида кам қон кетишга эришишдир. Контрацептив эффекти 5 йилгача. Индекс Перла 0,1 беш йилда.

Контрацептив воситаларнинг таъсир механизми охиргача урганилмаган. Бачадон ичи воситалари тугрисида куйидаги гипотезалар мавжуд булиб куйидагича таъсир килади:

- *сперматозоидларга* — Киндан фоллопий найига сперматозоидлар утишини тормозлаб куюди;
- уругланган тухум хужайрага- уругланган тухум хужайрани фоллопий найидан бачадонга утишини тезлаштиради;
- *фертилизация* — тухум хужайрани уругланишини тормозлаб куюди;
- *имплантация* — *бластацитларнинг халок булишини чакиради ёки ёт жисмларга реакция куринишидаги ялигланиш жараёнларнинг ривожланиш натижасида инплантатийага тускинлик килади*; Бачадон ичи воситаси механик таъсир курсатиб, эндометрийни ташлашига олиб келиш йули оркали бластацитларни имплантация булишга куймайди; уша жойдаги простагландинлар хосил булишини кучайтиради; эндометрийда пролифератив-секретор процессларни кучайтиради;
- *эндометрий* — карбоногидраза ва ишкорли фасфотаза фаоллигини камайтиради бу мис ва рух уртасидаги карши реакция билан тушунтирилади. Мис эндомиоцитлар оркали эстроген гормонларининг ютулишини ва миометрий ички хужайраларида эстрогенлар хосил булишиш реакциясини тухтатиб туради. Таркибида прогестерон ва левоноргестрол сакловчи БИВлардан узок вақт фойдаланилган тақдирда эндомерий атрофиясига олиб келади.

Спиралларнинг контрацептив таъсири, уларнинг улчамлари ва эндометрий юзаси билан алоқаси хажмининг катталашиши оркали ошади.

БИСга карама – карши курсатмалар:

- *аёл жинсий органларининг ялигланиш касалликлари*;
- инфекцион-токсик процесслар, юкори хароратнинг кушилиб келиши;
- истмико-цервикал етишмовчилик;
- полиплар, лейкоплакия ва бачадон буйни эрозияси, бачадон шиллик кавти гиперплазияси;
- жинсий аъзолар туберкулези;

- бачадон ичи снехиялар;
- хайз циклининг бузилиши;
- анемия;
- кон ивиш системасининг бузилиши;
- куп таркалган бачадон миомаси;
- анамнезида елбугоз булиши;
- жинсий ороганларда ёмон сифатли усмага шубха килинганда;
- уткир ости эндокардитларда.

БИВ ни олиб ташлашга курсатма:

- давомий огриклар;
- мено- ёки метроррагия курилишидаги кон кетишлар;
- жинсий органлар яллигланиш касалликлари кайталанганда;
- БИВни тез-тез уз- узидан тушиши;
- аёлнинг хомиладор булишга хохиши булганда;
- БИВ ишлатитилаш муддати тугаганда.

Асоратлари

- кон кетиш, консимон ажралмалар келиши ва анемия;
- огриклар (бачадондан ташкари хомиладорлик ташхисидан ташкари);
- БИВ экспульсияси— тулик ёки нотулик 2-8% холларда (характерланади огрикларнинг булиши, консимон ажралмалар);
- Жинсий аъзолар яллигланиш касалликлари (эндомиометрит, аднексит, пельвиоперитонит.) —1,5 дан 10%гача;
- бачадон перфорацияси ва бачадон буйни перфорацияси- 0,04 дан 1,2%гача.

Презервативлар

Илгарилари аёллар ва эркаклар хомиладор булмаслик учун турли хил механик воситаларда фойдаланиб келишган. Лекин христиан динининг

таркалиши натижасида химоянинг бу усули унутилди ва факатгина 16 асрга келиб таникли италян шифокори ва анатомии Габриэл Фаллопий томонидан кашф этилди. У уша вақтда Европа буйлаб вабо эпидемияси сингари тез таркалиб бораётган сифилис қарши ишончли химоя воситасини ахтарди. Уша вақтда Фаллопий жинсий алоқа вақтида махсус дори воситаси билан хулланган мато қопчасини олатга қийишни таклиф қилди. Вақт утиши билан Фаллопийнинг мато қопчалари такомиллаштирилиб борилди. Францияда уларни қуйларнинг ингичка ичагидан тайёрлаб Европанинг турли мамлакатларига экспорт қилишни бошлашди. 1840 йилдан вулканизацияланган резина кашф этилгандан сунг синтетик материаллардан презервативлар ишлаб чиқариш жадаллашди.

Ундан фойдаланиш жуда оддий ва сперманинг кин ва бачадонга тушишини олдини олади. Аммо айниқса ёш малалакасииз жуфтликларда презервативдан фойдаланишда хатоликлар руй беради. «Контрацептив ноомадлар» курсаткичи 3% дан 10 %гача булади. Аммо презервативдан бош тортишлар фоизи нисбатан юқорилигига қарамай, презерватив айниқса доимий жинсий шерик бўлмаган тақдирда ёки жинсий шериклар тез-тез алмаштирилганда тавсия этилади. Презервативлар исталмаган хомиладорликдан сақлабгина қолмай, балки улар жинсий алоқа орқали утадиган касалликлар (оддий герпес, одам папилломовируси, гонорея, трихомониаз, гепатита В, сифилис, хламидиоз) шунингдек ВИЧнинг таркалиши олдиниолади. Бундан ташқари айтиш жоизки презервативлар нисбатан қиммат бўлмаган ва тез топиладиган кантрацептивлардир.

Бундан ташқари презервативлар қуйидаги ҳолларда ишлатилади:

- Эрекцияни сақлаш учун;
- иммунологик бепуштликни даволашда (кинга тегишли антегенларни тушишини олдини олади);
- жуда қам ҳолларда спермага нисбатан аллергия ҳолларни олдини олиш учун;
- интраэпителиал усма ривожланишни олдини олиши мумкин.

Презервативни қуллашга қарши курсатма йук, жинсий органларнинг резинага бўлган сезгирлигини ҳисобга олмаганда.

Японияда презервативдан фойдаланиш эр-хотнлар уртасида 43%ни, Америкада бу курсаткич 10%ни ташкил қилади

Охирги вақтларда аёллар презервативлари купрок ишлатилаёпти АКШда улар «Reality», Канада ҳамда Европада «Femidom» номи остида кулланилади. Жинсий алоқа вақтида инфекцияланишни олдини олиш имкони аёллар презервативларида эркаклар презервативларига нисбатан камрок.

Барьерли уруғланишга қарши барьерли воситалар ва спермицидлар

Контрацептивларнинг бу гуруҳига бачадон бушлигига сперматозоидлар тушишининг олдини оловчи мосламалар қиради. Хомиладорликнинг олдини олиш барьер усуллари орасида кимёвий мода спермицидлар кенг тарқалган, қайсиким сперматозоидларни кинда, улар жинсий йулларининг юқори бўлинмаларига утишга улгурмасидан фаолликдан тухтатади. Сперматозоидларни йукотадиган препаратларни куллаш тарихи узок тарихга бориб такалади.

Дастлабки спермасидлар таркибига хина ва какао мойи қиради. 20 – асрнинг 50- йилларида спермицид воситалари сифатида грамицидин пастаси ва ацетилпиридинитхлоридли паста, трацептин, лютенурин, галоскорбин таблеткалари қабилар кенг тарқалди. Бу препаратларнинг ижобий таъсири юқори эмас, контрацептив ноомадлар 15%га етади.

Замонавий спермецидлар икки компонент- бевосита сперматозоидларга таъсир этувчи кимёвий мода ва ташувчилардан ташкил топган. Фаол ингредиент сифатида нон-оксинол-9 (Концептрол, Делфен, Патентекс), октоксилон (Кромекс, Орто-Гинол), дан фойдаланилади. Фаол компонентдан ташқари спермицидлар ташувчилар билан фаркланади. Спермицид модалари думалок, крем, желе, шамча, купик ёки купикладиган таблетка ва шамчалар ҳамда кин сургчлари шаклида бўлади. Перла индекси турли авторлар курсаткичига қараганда 3 дан 7 гача бўлади.

Спермицидларни ишлатишга тавсиялар:

- Бошқа контрацептив воситаларга қарши курсатма бўлганида;
- доимий бўлмаган жинсий алоқалар;
- спирал алмаштириш вақтида;
- эмизиклик даврда;
- аёл жуда кам жинсий алоқада бўлса куллаши мумкин;
- аёл 40 ёшдан утган бўлса;

- жуда ёш кизлар;
- жинсий йуллар оркали юкадиган касалликлар билан заррарланганда.

Кулланишга карши курсатмалар: жинсий аъзолар яллигланиш процессларида; гипертрофия ва бачадон буйни эрозияларида, кин ва бачадон осилиши ва тушишида, жинсий аъзоларда кичишишлар булганда, спермицид компонентларига аллергик реакциялар булганда. Хайз цикли бузилганда тавсия килинмайди.

Контрацепциянинг табиий усуллари

Бу усуллар анъанавий усуллар сирасига кириб, аёллар физиологик стерил булганда ҳамда жинсий алока вақтида химоя воситаларисиз ҳам хомиладорлик содир булмаганда кулланилади.

Контрацепция физиологик усулининг асосий мазмуни овуляциядан олдинги кунларда жинсий алокалардан сакланиш ёки бу даврда бошка сакланиш воситаларининг кулланилишидан иборат. Бу усулнинг нокулайлиги овуляция вақтини аник белгилаш кийинлигидадир. Бунинг учун турт хил: календар, цервикал, хароратли, симптотермал усуллардан кулланилиш тавсия этилади.

Усул афзалликлари:

- сезиларли даражада ножуя таъсирга эга эмас
- тугулишни олдини олишнинг бошка усуллари рад этувчи жуфтликларга мос келади,
- католик черков томонидан маъкулланган ягона усул.

Камчиликлари:

- жинсий шериклар вақтинчалик абстиненцияга риоя килишлари мумкин,
- диққат билан урганишни талаб килади,
- белгилари ва сиптомлари туртли аёлларда ва бошка–бошка циклларда турли хил,
- хомиладор булиш частотаси, контрацепсиянинг бошка усуллари куллашга караганда юкорирок.

Жаррохлик стерилизацияси

Купгина 30-35 ёшгача булган оилалар хохишлари буйича болали булган булишади , лекин аёл 47-45 ёшгача,эркаклар эса ундан хам узокрок бола куриш кобиятини йукотмайди, шундай килиб эр-хотинлар узок вакт давомида контрацепциянинг самарали усулини куллашлари лозим. Табиийки, бундай холларда купгина оилалар хомиладорликни олдини олувчи энг самарали усулларида бири булган жаррохлик стерилизациясини танлашади .

Айни вақтда ихтиёрий жаррохлик стерилизацияси – оилани режалаштиришда кенг таркалган кунгилли усул булиб хисобланади. Бу метод таркалганлигини куйидаги ракамларда куришимиз мумкин.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган аёллар проценти давлатлар мисолида, масалан:

хитойда	30,
АКШда	17,
Бразилияда	27,
Буюк Британияда	14,
Мексикада	19.

Жаррохлик стерилизацияси кулланилган эркаклар проценти давлатлар мисолида, масалан:

Хитойда	9,
АКШ	11,
Буюк Британияда	14.

Шуни хисобга олиш керакки жаррохлик стерилизацияси бу кайтмас процесс булиб, бу хакида эр- хотинларга купрок маълумот бериш керак. Найлар стерилизацияси тугрукдан кейин, кесар кесиш операцияси

вактида ёки трансвагинал, лапароскоп ёрдамида килиш мумкин. Асосий мазмун бачадон найларига клемм куйиш, боғлаш, кесиш ёки маълум бир кисмини олиб ташлашдан иборат. Вазеэктомия- эркалик уругини келишини блокада килиш мақсадида уруг чиқариш каналчаларини боғлашдан иборат бўлиб, амблатор шароитда огриксизлантириш орқали утказилади.

Жинсий алокани узиш

Жинсий алокани узиш (coitus interruptus) контрацепциянинг кенг тарқалган традицион усуллардан бири бўлиб қупчилик мамлакатларда эр-хотин уртасида қуп қулланилади. Мисол учун Туркия ва Польшада турмушга чиқган аёллар уртасида 30%ни, Италияда 29%, Францияда 17% ташкил қилади. Украинада бу метод 15% дан 20%гача тарқалган. Бу методнинг мазмун мақсади жинсий олақа вактида экулят аёл жинсий органига туқилмайди. Бу методнинг контрацептив қурсаткичи унчалик ҳам юқори эмас 16-18%гача етади. Шунини тақайдлаб утиш жоизки эякуляциягача оз миқдорда бўлсада суюқ кисми ажралади (секрет, қупер безлари ажралмалари ёки ташқисийдик йули) қачонким сперматозоидлар эякулятнинг охириги кисми ҳисобланади. Қайта жинсий алоқа бўлганда ҳомиладор бўлиш эҳтимоли ошади. Айни вақтда бу контрацептив усул эркалар томонидан узини қонтрол қилиш талаб қилади, уз навбатида бу усулдан аёллар унчалик ҳам қоникмайди.

Ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соғлигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тадбирлар тугрисида» ги қармони эълон қилинган. Она ва бола соғлигини муҳофаза этиш, ҳар қайси вилоят маркази ва қата шаҳарларда соғлом болаларнинг туғулиши ва соғлом болани тарбиялаш учун зарур бўлган шароитларни яратувчи перинатал ва скринг марказларини ташкил қилиш ишларини янада такомиллаштириш ва самарадорлигини ошириш мақсадида. Мазкур дастурга асосан ҳар қайси вилоят, туман ва аҳоли пунктларида қурсатилган чора- тадбирлар дастури қайта ишлаб чиқилиши ва амалда қулланилиши бошланди ва уларни шакл-шубҳасиз бажарилиши устидан тизимли назорат таъминланди. Бу масалаларни амалда оширишда Халқ таълими вазирлиги, Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълими вазирлиги, вилоят, шаҳар ва туманлардаги Ўзбекистон хотин- қизлар қумиталари, «Соғлом авлод учун» ва « Махалла» жамғармалари ҳамкорлигида Соғлиқни Саклаш вазирлиги жалб қилинган.

Аҳоли репродуктив саломатлигини, она ва бола соглиги муҳофазасини, соғлом авлод тугилиши ва тарбияланишини бутун Республика миқёсида яхшилашда катта ижобий ишлар билан бир каторда, раҳбарлар томонидан бу борада жиддий камчиликлар содир этилди ва бу ишга етарлича эҳтибор берилмади. Аҳолии репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш соғлом бола тугилиши жисмонан ва руҳан етук авлодни шаклланиши борасида олиб борилаётган ишларнинг самарадорлигини ошириш ва ривожлантириш мақсадида Давлат комиссияси ташкил килинди.

Шу муносабат билан Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг 2009 йил 13 апрелдаги ПП-1096 сонли «она ва бола соглигини муҳофаза этиш, соғлом авлодни шакллантириш борасидаги қушимча чора тadbирлар тугрисида» ги фармони чиқарилди. Аҳоли уртасида бу борадаги тушунчаларини ошириш учун тушунтириш ишларини олиб бориш мақсадида чиқарилди.

Оммавий ахборот воситаларида контрацепция ҳамда соғлом оилани шакллантириш масалалари аҳолии онгига «Соғлом она-соғлом бола» принципларини етказиш мақсадида кенг ёритилмоқда.

№1 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларга кайси органлар киради
тухумдон
ков
сийдик утказиш канали
анус

№2 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларга кайси органлар киради
тухумдон
ков
сийдик утказиш канали
анус

№3Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уйда туқан аёл тугрукхонанинг кайси булимига қабул қилинади
тугрукхонанинг узига
гинекология булимига
хомиладорлар патологияси булими
реанимация булимига

№4 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кичик чанокнинг тор текислиги улчамини курсатинг
10,5-11 см
12,5-13 см
9,5-10 см
15-13 см

№5 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларда кайси органлар киради
тухумдон
ков
сийдик утказиш канали
анус

№6 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тугувчи аёлни кин оркали қуришга курсатма
буйрак касалликлари
тугрукнинг 3- даври охирида
когонок сувининг кетишида ва дардлар булганда
нормал тугрукдан сунгги даврда

№7 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ташки жинсий органларга нималар киради
ков
сийдик чикариш канали
тухумдон
тугри ичак

№8 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уйида тукканаёл кайси булимга кабул килинади
тугрукхона
хомиладорлар патологияси булими
ИИ- акушерлик булимига
гинекология булимига

№9 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уругланган тухум хужайра кайси ривожланиш стадиясига бачадон буш
лигига тушади
морула
бластула
бластостист
трофобласт

№10 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Трофобластнинг ташки кавати кайси ферментни ишлаб чикаради
мустин
протеолитик
панкреатин
рибонуклеаза

№11 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кичик чанокнинг тор текислиги улчамини курсатинг
9,5-10 см
10,5-11 см
12,5-13 см
15-13 см

№12 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ахолига тиббиет хизмати курсатиш етапларини курсатинг
ФАП СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология НИИ
СВА обл марказ СтРБ НИИ кафедра акушерлик ва гинекология
обл марказ СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология НИИ
ФАП обл марказ СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология

№13 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кайси ёшда хомиладор булиш мақсадга мувофиқ эмас
18 ешгача ва 35 ешдан катта
18 ешгача ва 40 ешдан катта
19 ешгача ва 35 ешдан катта
20 ешгача ва 30 ешдан катта

№14 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок туби мускуллари неча каватдан иборат
3
1
2
4

№15 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Сийдик-таносил диафрагмаси нечанчи каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№16 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ен конъюгата нечага тенг
14-15см
11см
16см
20см

№17 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ён конъюгата нечага тенг

14-15 см
11см
16см
20см

№18 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кийшик конъюгата нечага тенг
17-18 см
14см
21см
25см

№19 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кийшик конъюгата нечага тенг
17-18 см
14см
21см
25см

№20 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок диафрагмасы кайси каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№21 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларга қиради
Бачадон
Клитор
Кин
Ков

№22 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кесар кесиш операциясининг ерта асоратини курсатинг
Гипотоник кон кетиш
Хайз стиклининг бузилиши
Чокларнинг тутмаслиги
Акушерлик перитонитлари

№23 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок туби мускуллари неча каватдан иборат
3
1
2
4

№24 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Сийдик-таносил диафрагмаси нечанчи каватни ташкил килади
2
1
3
4

№25 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок диафрагмаси кайси каватни ташкил килади
2
1
3
4

№26 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чин конъюгата қандай ҳисобланади
Ташки конъюгатани ҳисоблаш билан
Рентген усули билан
Михаелис ромбига қараб
Соловев индексига қараб

№27 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима мақсадда ишлатилади
Ҳомила узунлигини ҳисоблаш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун
Тугруқ кунини топиш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун

№28 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима мақсадда ишлатилади
Ҳомила оғирлигини аниқлаш учун
Ҳомила узунлигини аниқлаш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун
Тугруқ кунини аниқлаш учун

№29 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанокнинг девор олди (пристеночные) мушакларини курсатинг
Ички енбош мушак, катта бел мушаги, ноксимон ва ички ёпувчи мушак
Ички енбош мушак, ноксимон мушак, бел мушаги
Танки енбош мушак, кичик бел мушаги
Юкоридагиларнинг хаммаси

№30 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Дистансиа спинарум нечага тенг
25-26
28-29
30 -31
22-25

№31 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Дистансия кристарум нечага тенг
28-29смсм
25-26см
30-31см
20-21см

№32 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Дистансия трохантерика нечага тенг
30-31см
25-26см
28-29см
20см

№33 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Бачадоннинг дестидуал кавати неча қисмга бўлинади
2
4
3
4

№34 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хорион ворсинли қобиги нимадан ривожланади
Трофобластдан
Мезобластдан
Трофобласт ва мезобластдан
ектобластдан

№35Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладор булмаган бачадон огирлиги канча
50-100гр
20-30гр
30-50гр
100-150гр

№36 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладор булмаган бачадон узунлиги канча
5-6см
7-8см
10-11см
3-5см

№37Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима учун ишлатилади
Хомила узунлигини топиш учун
Хомила огирлигини топиш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Тахминий тугрук кунини аниклаш учун

№38 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши кичик кийшик улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
12-34
13-38

№39 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила урта кийшик улчамларини курсатинг
10-33
9,5-32
12-34
13-38

№40 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши вертикал улчами улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
11-34
13-38

№41 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши тугри улчамини курсатинг
12-34
9,5-32

13-38
15-42

№42 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила елкалари улчамларини курсатинг
12-35
9,5-32
10-33
13-38

№43 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила думбачалари улчамларини курсатинг
9,5-28см
10-34
13-38
12-35

№44 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима учун ишлатилади
Хомила узунлигини аниклаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Хомила огирлигини аниклаш учун

№45 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок улчамларини улчашни ким таклиф килган
Баделок
Феноменов
Аранстий
Максимович Амбодик

№46 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чин конъюгата кандай хисобланади
Ташки конъюгатани хисоблаш билан
Рентген усули билан
Михаелис ромбига караб
Соловев индексига караб

№47 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима максатда ишлатилади
Хомила узунлигини хисоблаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Тугрук кунини топиш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун

№48 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима максадда ишлатилади
Хомила огирлигини аниклаш учун
Хомила узунлигини аниклаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Тугрук кунини аниклаш учун

№49 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладорликнинг 2- ярмида аёл огирлиги хар хафтатада канчага ошади
150,0-200,0
300,0-350,0
400,0-450,0
600,0

№50. Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тугрукхона кайси буйрук асосида ишлайди
H600
H54
H123
H34

№51 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ташки жинсий органларга нималар киради
ков
сийдик чикариш канали
тухумдон
тугри ичак

№52 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кайси маълумотга асосан хомиладорлик муддатини айтиш мумкин
охирги хайзнинг 1- кунидан
хомиладорлик чандигидан
Михаелис ромбидан
хомиланинг туришидан

№53 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши кичик кийшик улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
12-34
13-38

№54 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила урта кийшик улчамларини курсатинг
10-33
9,5-32
12-34
13-38

№55 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши вертикал улчами улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
11-34
13-38

№55 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши тугри улчамини курсатинг
12-34
9,5-32
13-38
15-42

№56 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила елкалари улчамларини курсатинг
12-35
9,5-32
10-33
13-38

№57 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила думбачалари улчамларини курсатинг
9,5-28см
10-34
13-38
12-35

№58 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аёллар маслахатхонасида қайси касалликни даволаш мумкин
енгил даражали камконлик
гестоз
хомила тушишнинг бошланиши
нормал жойлашган юлдошнинг муддатдан олдин кучиши

№59 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аник ишончли хоимладорлик белгиси
хомила юрак уришининг ешитилиши
хайз булмаслиги
бачадон катталиги
тери пигментастиyasi

№60 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Бачадон пастки сегменти қачон пайдо була бошлайди
хомиладорликнинг 2- даврида
хомиланинг 12- хафтаталигидан бошлаб
туғруқ боғланиши билан
хомила пайдо булгандан сунг

№61 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аёл хаётининг қайси ривожланиш босқичида астиклик гонодотропин ишлаб чиқаради
препубертат даврининг 1 фазасида
пубертат даврининг 2- босқичи
пубертат даврида
постменопаузал даврда

№62 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уругланган тухум хужайра қайси гормонни ишлаб чиқаради
хореонал гонодотропин
лютеотроп гормон
лютеинизирующий гормон
тестестерон пропионат

№63 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хамроҳ қандай гормон ишлаб чиқаради
олликуллостимуловчи гормон
лютеотроп гормони
лютеинизиерловчи гормон
прогестерон

№64 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Қин юқори қисмини қайси артерия қон билан таъминлайди
бачадон артерияси
пудендал артерия
тухумдон артерия
уятли артерия

№65 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тугруқхона қайси буйруқ асосида ишлайди
Н500
Н54
Н123
Н34

№66 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларга қайси органлар киради
тухумдон
ков
сийдик утказиш канали
анус

№67 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уйда туқан аёл туғруқхонанинг қайси булимига қабул қилинади
туғруқхонанинг узиға
гинекология булимига
хониладорлар патологияси булими
реанимация булимига

№68 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кичик чанокнинг тор текислиги улчамини қурсатинг
10,5-11 см
12,5-13 см
9,5-10 см
15-13 см

№69 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларда қайси органлар киради
тухумдон
ков
сийдик утказиш канали
анус

№70 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тугувчи аёлни кин оркали куришга курсатма
буйрак касалликлари
тугрукнинг 3- даври охирида
когонок сувининг кетишида ва дардлар булганда
нормал тугрукдан сунгги даврда

№71 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ташки жинсий органларга нималар киради
ков
сийдик чикариш канали
тухумдон
тугри ичак

№72 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уйида тукканаёл кайси булимга кабул килинади
тугрукхона
хомиладорлар патологияси булими
ИИ- акушерлик булимига
гинекология булимига

№73 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уругланган тухум хужайра кайси ривожланиш стадиясига бачадон буш лигига тушади
морула
бластула
бластостист
трофобласт

№74 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Трофобластнинг ташки кавати кайси ферментни ишлаб чикаради
мустин
протеолитик
панкреатин
рибонуклеаза

№75 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кичик чанокнинг тор текислиги улчамини курсатинг
9,5-10 см
10,5-11 см
12,5-13 см
15-13 см

№76 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ахолига тиббиет хизмати курсатиш этапларини курсатинг
ФАП СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология НИИ
СВА обл марказ СтРБ НИИ кафедра акушерлик ва гинекология
обл марказ СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология НИИ
ФАП обл марказ СВА СтРБ кафедра акушерлик гинекология

№77 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кайси ёшда хомиладор булиш мақсадга мувофиқ эмас
18 ешгача ва 35 ешдан катта
18 ешгача ва 40 ешдан катта
19 ешгача ва 35 ешдан катта
20 ешгача ва 30 ешдан катта

№78 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок туби мускуллари неча каватдан иборат
3
1
2
4

№79 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Сийдик-таносил диафрагмаси нечанчи каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№80 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ен конъюгата нечага тенг
14-15см
11см
16см
20см

№81 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ён конъюгата нечага тенг
14-15 см
11см
16см
20см

№82 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кийшик конъюгата нечага тенг
17-18 см
14см
21см
25см

№83 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кийшик конъюгата нечага тенг
17-18 см
14см
21см
25см

№84 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Чанок диафрагмасы кайси каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№85 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Ички жинсий органларга киради
Бачадон
Клитор
Кин
Ков

№86 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кесар кесиш операстиясининг ерта асоратини курсатинг
Гипотоник кон кетиш
Хайз стиклининг бузилиши
Чокларнинг тутмаслиги
Акушерлик перитонитлари

№87 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок туби мускуллари неча каватдан иборат
3
1
2
4

№88 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Сийдик-таносил диафрагмаси нечанчи каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№89 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок диафрагмаси қайси каватни ташкил қилади
2
1
3
4

№90 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чин конъюгата қандай ҳисобланади
Ташки конъюгатани ҳисоблаш билан
Рентген усули билан
Михаелис ромбига қараб
Соловев индексига қараб

№91 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима мақсадда ишлатилади
Ҳомила узунлигини ҳисоблаш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун
Тугруқ кунини топиш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун

№92 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима мақсадда ишлатилади
Ҳомила оғирлигини аниқлаш учун
Ҳомила узунлигини аниқлаш учун
Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун
Тугруқ кунини аниқлаш учун

№93 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанокнинг девор олди (пристеночные) мушакларини курсатинг
Ички енбош мушак, катта бел мушаги, ноксимон ва ички ёпувчи мушак
Ички енбош мушак, ноксимон мушак, бел мушаги
Танки енбош мушак, кичик бел мушаги
Юкоридагиларнинг ҳаммаси

№94 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Дистансиа спинарум нечага тенг
25-26
28-29
30 -31
22-25

№95 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Дистанстия кристарум нечага тенг
28-29смсм
25-26см
30-31см
20-21см

№96 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Дистанстия трохантерика нечага тенг
30-31см
25-26см
28-29см
20см

№97 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Бачадоннинг дестидуал кавати неча кисмга булинади
2
4
3
4

№98 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хорион ворсинли кобиги нимадан ривожланади
Трофобластан
Мезобластан
Трофобласт ва мезобластан
ектобластан

№99Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладор булмаган бачадон огирлиги канча
50-100гр
20-30гр
30-50гр
100-150гр

№100 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладор булмаган бачадон узунлиги канча
5-6см
7-8см
10-11см
3-5см

№101 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима учун ишлатилади
Хомила узунлигини топиш учун
Хомила огирлигини топиш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Тахминий тугрук кунини аниклаш учун

№102 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши кичик кийшик улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
12-34
13-38

№103 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила урта кийшик улчамларини курсатинг
10-33
9,5-32
12-34
13-38

№104 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши вертикал улчами улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
11-34
13-38

№105 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши тугри улчамини курсатинг
12-34
9,5-32
13-38
15-42

№106 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила елкалари улчамларини курсатинг

12-35
9,5-32
10-33
13-38

№107 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила думбачалари улчамларини курсатинг
9,5-28см
10-34
13-38
12-35

№108 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима учун ишлатилади
Хомила узунлигини аниклаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Хомила огирлигини аниклаш учун

№109 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чанок улчамларини улчашни ким таклиф килган
Баделок
Феноменов
Аранстий
Максимович Амбодик

№110 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Чин конъюгата кандай хисобланади
Ташки конъюгатани хисоблаш билан
Рентген усули билан
Михаелис ромбига караб
Соловев индексига караб

№111 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Гааз формуласи нима максадда ишлатилади
Хомила узунлигини хисоблаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун
Тугрук кунини топиш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун

№112 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Скулский формуласи нима максадда ишлатилади
Хомила огирлигини аниклаш учун
Хомила узунлигини аниклаш учун
Хомиладорлик муддатини аниклаш учун

Тугрук кунини аниклаш учун
№113 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 1; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;
Хомиладорликнинг 2- ярмида аёл огирлиги хар хафтатада канчага ошади
150,0-200,0
300,0-350,0
400,0-450,0
600,0
№114 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;
Тугрукхона кайси буйрук асосида ишлайди
H600
H54
H123
H34
№115 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;
Ташки жинсий органларга нималар киради
ков
сийдик чикариш канали
тухумдон
тугри ичак
№116 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3
Кайси маълумотга асосан хомиладорлик муддатини айтиш мумкин
охирги хайзнинг 1- кунидан
хомиладорлик чандигидан
Михаелис ромбидан
хомиланинг туришидан
№117 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;
Хомила боши кичик кийшик улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
12-34
13-38
№118 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;
Хомила урта кийшик улчамларини курсатинг
10-33
9,5-32
12-34
13-38

№119 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши вертикал улчами улчамини курсатинг
9,5-32
10-33
11-34
13-38

№120 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила боши тугри улчамини курсатинг
12-34
9,5-32
13-38
15-42

№121 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила елкалари улчамларини курсатинг
12-35
9,5-32
10-33
13-38

№122 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомила думбачалари улчамларини курсатинг
9,5-28см
10-34
13-38
12-35

№123 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аёллар маслахатхонасида қайси касалликни даволаш мумкин
енгил даражали камконлик
гестоз
хомила тушишнинг бошланиши
нормал жойлашган юлдошнинг муддатдан олдин кучиши

№124 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аник ишончли хоимладорлик белгиси
хомила юрак уришининг ешитилиши
хайз булмаслиги
бачадон катталиги
тери пигментастиyasi

№125 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Бачадон пастки сегменти қачон пайдо бўла бошлайди
хомиладорликнинг 2- даврида
хомиланинг 12- хафтаталигидан бошлаб
туғруқ боғланиши билан
хомила пайдо бўлгандан сунг

№126 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Аёл хаётининг қайси ривожланиш босқичида астиклик гонодотропин ишлаб чиқаради
препубертат даврининг 1 фазасида
пубертат даврининг 2- босқичи
пубертат даврида
постменопаузал даврда

№127 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Уруғланган тухум хужайра қайси гормонни ишлаб чиқаради
хореонал гонодотропин
лютеотроп гормон
лютеинизирующий гормон
тестестерон пропионат

№128Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хамроҳ қандай гормон ишлаб чиқаради
олликуллостимуловчи гормон
лютеотроп гормони
лютеинизиерловчи гормон
прогестерон

№129 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кин юкори қисмини қайси артерия қон билан таъминлайди
бачадон артерияси
пудендал артерия
тухумдон артерия
уятли артерия

№130 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Туғуруқхона қайси бўйруқ асосида ишлайди
H500
H54
H123

№131 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг енгил даражасида хомиладорни қачон жавоб бериш мумкин
К/Б, сийдик тахлили нормалашганда, оксил моддаси юколганда
1 курс даволангандан сунг
К/Б нормаллашгандан кейин
тугурукка қадар жавоб берилмайди

№132 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Еклампсияда кесар кесиш операстиясига курсатма нима
амовроз
бош огриги
йирик хои́ла
сийдикнинг нормал ажралиши

№133 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Даволаш-тинчлантириш даво чорасига нималар қиради
тинчлантирувчи дорилар
Қусишга қарши препарат
спленин
гепаринотерапия

№134 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тухтовсиз қусишда хомиладорликни тухтатишга курсатма
гепатоспленомегалия
Қусишлар сонининг камайиши
Қуп терлаш
Тез-тез сийиш

№135 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсия неча % учрайди
8 - 12%
5 - 6%
18 - 20%
25 - 28%

№136 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияда энг куп кузатиладиган симптомларини курсатинг
Протеинурия
Сулак окиши
Полиурия
Сариклик

№137 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг келиб чиқишидаги юкори хавфли гурухни курсатинг
семизлик
камконлик
пиелонефрит
гепатит

№138 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияда энг куп учрайдиган тугрук давридаги асоратига киради
НЖЙВОК
утиб кетган кундаланг ётиб қолиш
тугрук кучлари носозлиги
ката хомила

№139 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Даволаш-тинчлантириш даво чорасига нималар киради
тинчлантирувчи дорилар
Кушишга қарши препарат
спленин
гепаринотерапия

№140 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Енгил прееклампсиянинг қандай белгиларини биласиз
шишлар
сийдикдаги оксил 1г/л дан юкори
УКБ = 115мм сим уст
бош оғриги

№141 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияни даволашда қандай физиотерапевтик муолажани

куллаш мумкин
витамин В1 билан ендоназал галванизастия
Шербак буёича ёка
Ультразвук корин пастига
Дарсонвализастия бошга

№142 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Енгил прееклампсиянинг кандфй белгиларини биласиз
шишлар
сийдикдаги оксил 1г/л дан юкори
УКБ = 115мм сим уст
бош огриги

№143 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияни даволашда кандай физиотерапевтик муолажани куллаш мумкин
витамин В1 билан ендоназал галванизастия
Шербак буёича ёка
Ультразвук корин пастига
Дарсонвализастия бошга

№144 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Хомиладорликнинг ехтимолий белгилари
Хайз стиклининг тухташи
Хомила юрак урилишининг ешитилиши
Горвист-Гегар белгисининг мусбатлиги
Хомила кисмларини пайпаслаш

№145 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг етиопатогенездаги асосий сабаб нима
кон томирларининг умумий кискариши
К/Б кутарилиши
бош огриши
тутканок тутиш синдроми

№146 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Енгил прееклампсия билан хомиладор аёлларга качон жавоб беришади
К/Б, сийдик тахлиллари нормаллашгандан сунг
Бир курс даволашдан кейин
Сийдиги нормал келгандан кейин
Сийдикда оксил моддаси булмаганида

№147 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияда инфузион трансфузион терапиясинин бошлашга курсатмалар

пreekламписия огир даражаси
хомиладор шишиши
хомиладор кусиши енгил даражаси
хомиладор дерматози

№148 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Преекламписия енгил даражасида кайси дори-дармонлар билан шифобахш авайлаш режими урнатилади
урнатилмайди
ГОМК 20%-10,0 Т/О
дропредол 2,0+ седуксен 2,0 Т/О
промедол 2,0+ димедрол 2,0 Т/О

№149 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Преекламписияни даволашда магний сульфатнинг суткасига уртача микдори канча
24гр
5гр
10 гр
0,2 гр

№150 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Вазни 90 кг гача булган хомиладор аёлларда магний сульфат еритма сини 1 кг вазнга нисбатан микдорини аникланг
0,02гр/кг
0,005гр/кг
0,04гр/кг
1гр/кг

№151 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Преекламписияни огир даражасида кайси курсатгичига караб диуретиклар берилади
ЦВД 180мм сув устунидан юкори
САД 90 мм симоб устинидан паст
томир уриши 120 тадан 1 минутига куп
нафас олиши 40 марта 1 минутда

№152 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

ОПН олигаурик фазасида соатига канча микдорда сийдик ажралади
30 мл
100мл соатига
150мл
сийдик ажратмайди

№153 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Огир прееклампсияни неча кун даволаш мумкин
1 кун
12-24 соат
2 соат
15 кун

№154 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Еклампсиянинг неча кун даволаш мумкин
2 соат тугрукка тайерланади
1 сутка
15 кун
20 соат

№155 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Еклампсияда кесар кесиш операциясига курсатмалар нима
амовроз
шишларнинг генерализастияланиши
сийдикнинг нормага келиши
хомиланинг катта вазни

№156 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Прееклампсияни кайси формасида сунъий нафас бериш курсатилган
еклампсия
хомиладоларнинг қусиши
Прееклампсиянинг огир даражаси
хомиладорлар гепатози

№157 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Хомиладорликни кайси хафтатасидан сурункали ДВС синдроми Скриннинг усули билан текширилади
*текширилмайди
16 хафтата, 24 хафтата, 28-32хафтата
4 хафтата, 13 хафта, 25 хафтата
25 хафтата, 30 хафтата

№158 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Тутканокнинг сабаби нима
гипоксиядан сунг мия шиши
сийдикда оксил моддасининг пайдо булиши
оёқларда шишнинг пайдо булиши
кон босимининг кутарилиши

№159 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Прееклампсиянинг энгил даражасида сийдикдаги оксил микдори канча
0,33-1,0 г/л
1,0-3,0 г/л
3,0 ва ундан ортик
оксил излари

№160 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Прееклампсиянинг огир даражасини даволашда магний сульфатнинг кунлик микдори канча
24 гр
5 гр
10 гр
50 гр

№161 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

ОПН нинг олигоурик фазасида соатига канча микдорда сийдик ажралади
*30 мл
100 мл
150 мл
сийдик ажралмайди

№162 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Прееклампсиянинг огир даражаси неча кун даволанади
*3 кун
10 кун
14 кун
2-3 соат

№163 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3**

Еклампсия неча кун даволанади
2 соат операстияга тайерлаш билан бирга
1 кун
15 кун
12 соат

№164 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) **Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;**

Уртача кон босими кандай аникланади
урт К/Б = сист.К/Б+2 диаст /3
урт.К/Б = диастолик+систолик/2
урт.К/Б=2 сист.К/Б+1 диастол/3
урт.К/Б=2 сист.К/Б-1 диас/3

№165 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Качон ганглоблаторлар кулланилади
урт.К/Б 120 дан ортик
урт.К/Б 75 мм сим уст
урт.К/Б100 мм сим уст
анасаркада

№166 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг параметрларини курсатинг
кон босими ошган, шишлар, протенурия, хомила гипотрофияси
кон босими ошган, шишилар пайдо булган
протенурия, шишларнинг булиши
протенурия, шишлар

№167 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг асосий даво препарати
магнезиал терапия
но-шпа, дибазол,галаскорбин,никотин кислотаси
ганглоблаторлар
клофелин,коринфар

№168 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Кандай холларда магнезил терапияни тухтатиш мумкин
нафас олиш сони 14 дан кам
кон босимининг 130/90 га тушиши
тизза рефлексларининг сакланганлиги
нафас олиш сони 30 дан ошиши

№169 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияда диуретиклар качон ишлатилади
ишлатилмайди
стВд 180 мм сим уст
диастолик К/Б 120 дан юкори
урт.К/Б 120 мм рт ст

№170 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсияда дезарегантлар кандай максатда ишлатилади
коннинг реологиясини яхшилаш
кон босиминин тушириш максатида
мия шишини камайтириш максатида

шифобахш-авайлаш режимини урнатиш мақсадида

№171 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Мия шиши қандай даволанади

сунъий нафас гипервентиляция

бошқарувчи гипотония

куп микдорда ИТТ утказиш

куп микдорда барбитуратлар бериш

№172 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсиянинг енгил даражасида хомиладорни қачон жавоб бериш мумкин

К/Б, сийдик тахлили нормалашганда, оксил моддаси юқолганда

1 курс даволангандан сунг

К/Б нормаллашгандан кейин

туғурукка қадар жавоб берилмайд

№173 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Еклампсияда кесар кесиш операциясига курсатма нима

амовроз

бош огриги

йирик хомила

сийдикнинг нормал ажралиши

№174 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг етиопатогенездаги асосий сабаб нима

кон томирларининг умумий қисқариши

К/Б кутарилиши

бош огриши

тутканок тутиш синдроми

№175 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Тутканокнинг сабаби нима

гипоксиядан сунг мия шиши

сийдикда оксил моддасининг пайдо булиши

оёқларда шишнинг пайдо булиши

кон босимининг кутарилиши

№176 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг енгил даражасида сийдикдаги оксил микдори қанча

0,33-1,0 г/л

1,0-3,0 г/л

3,0 ва ундан ортиқ

оксил излари

№177 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг огир даражасини даволашда магний сульфатнинг кунлик микдори канча
24 гр
5 гр
10 гр
50 гр

№178 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

ОПН нинг олигоурик фазасида соатига канча микдорда сийдик ажралади
30 мл
100 мл
150 мл
сийдик ажралмайди

№179 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг огир даражаси неча кун даволанади
3 кун
10 кун
14 кун
2-3 соат

№180 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Еклампсия неча кун даволанади
2 соат операстияга тайерлаш билан бирга
1 кун
15 кун
12 соат

№181 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Уртача кон босими кандай аникланади
урт К/Б = сист.К/Б+2 диаст /3
урт.К/Б = диастолик+систолик/2
урт.К/Б=2 сист.К/Б+1 диастол/3
урт.К/Б=2 сист.К/Б-1 диас/3

№182 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Качон ганглоблаторлар кулланилади
*урт.К/Б 120 дан ортик
урт.К/Б 75 мм сим уст
урт.К/Б100 мм сим уст
анасаркада

№183 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3;

Прееклампсиянинг параметрларини курсатинг
кон босими ошган, шишлар, протенурия, хомила гипотрофияси
кон босими ошган, шишилар пайдо булган
протенурия, шишларнинг булиши
протенурия, шишлар

№184 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсиянинг асосий даво препарати
магнезиал терапия
но-шпа, дибазол,галаскорбин,никотин кислотаси
ганглоблаторлар
клофелин,коринфар

№185 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Кандай холларда магнезил терапияни тухтатиш мумкин
нафас олиш сони 14 дан кам
кон босимининг 130/90 га тушиши
тизза рефлексларининг сакланганлиги
нафас олиш сони 30 дан ошиши

№186 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсида диуретиклар качон ишлатилади
ишлатилмайди
стВд 180 мм сим уст
диастолик К/Б 120 дан юкори
урт.К/Б 120 мм рт ст

№187 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсия неча % учрайди
8 - 12%
5 - 6%
18 - 20%
25 - 28%

№188 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсиянинг келиб чиқишидаги юкори хавфли гурухни курсатинг
семизлик
камконлик
пиелонефрит
гепатит

№189 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсияда энг куп учрайдиган тугрук давридаги асоратига киради
НЖЙВОК
утиб кетган кундаланг ётиб қолиш
тугрук кучлари носозлиги
ката хомила

№190 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Акушерлик кискичларини куллаш учун курсатма
юррак-томир хасталиги кон айланишининг бузилиши билан
тор чанокнинг 1 даражаси
хомила чаногининг олдинда келиши
хомиладорлик камконлиги

№191 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Акушерлик даво уйкусида бериш кайси препарат ишлатилади
промедол
ендотрахеал наркоз
пудендал огриксизлантириш
паранефрал блокада

№192 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Кайси ЕГК касалликлар прееклампсияга хос
сурункали пиелонефрит
уткир стистит
брустелез
полиатрит

№193 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсия энгил турида сийдикдаги оксилнинг кайси микдори характерли
0,33-1 г/л
1-3 г/л
3 ва ундан юкори г/л
сийдикда оксил булмаиди

№194 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Енгил прееклампсия белгисига киради
шишнинг оёқларда пайдо булиши
ДД > 110
хомила гипотрофиясининг 1-даражаси
протеинуриянинг 3<дан юкори булиши

№195 Манба– Акушерлик.Э.К.Айламазян (Дарслик) Фан боби– 2; Булими– 1;кийинчилик даражаси – 3

Прееклампсиянинг огир даражасини белгиланг
ДД > 110
протеинурия 0,3-1,0 г\л гача
анурия
шишларнинг оёқларда булиши