

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ВАЗИРЛИГИ**

ЯКУБОВА ОЛТИНОЙ АБДУГАНИЕВНА

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

фанидан

**“АКУШЕРЛИКДАГИ ҚОН КЕТИШЛАР ВА
ГЕМОРРАГИК ШОК”**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Акушерлик ва гинекология - 5А510101
магистратура мутахассисликлари учун

Андижон -2021

Тузувчилар:

О.А. Якубова

- Врачлар малакаси ошириш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири т.ф.д., доцент

Такризчилар:

Г. А. Ихтиярова

т.ф.д., профессор Бухоро Тиббиёт институтининг даволаш факултетининг акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

Д. Р. Худоярова

т.ф.д., дотсент Самарқанд Тиббиёт институтининг даволаш факултетининг акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТИРИШЛАРГА ИЗОХЛАР ҚИСҚАРТМАЛАР

АГ - артериал гипертония

АДГ - антидиуретик гормон

АҚБ - артериал қон босими

АҚХ - айланаётган қон ҳажми

БССТ - Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти

ГБО - гипербарик оксигенация

ГКС – глюкокортикостероидлар

КИ - кислород ингаляцияси

КИМ - кислота-ишқор мувозанати

КТ - компьютер томографияси

ДВС- Тарқалган томир ичидаги қон ивиш синдроми (**ТТИҚИС**)

МВБ - марказий вена босими

МНС - марказий нерв системаси

НЖЙБК - нормал жойлашган йўлдошни барқат кўчиши

ДНХ - дақиқали нафас ҳажми

НС - нафас сони

ЎСВ - ўпка сунъий вентиляцияси

ШИ - шок индекси

УТТ- ултратовуш текшируви

ЎБЕ - ўткир буйрак етишмовчилиги

ЎЖЕ - ўткир жигар етишмовчшиги

ЎНЕ - ўткир нафас етишмовчилиги

ЎЮҚТЕ - ўткир юрак қон-томир етишмовчилиги

ЯМП – янги музлатилган плазма

АННОТАЦИЯ

Ўқув қўлланма тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш ва касбий таълим талабалари, ва клиник ординаторлари учун тайёрланган ўқув қўлланма. Тиббиёт институтлари талабалари, клиник ординаторлар ва магистрлар ҳамда махсус малака оширувчи шифокорлар учун акушерликдаги қон кетишдаги шошилиш тиббий ёрдамнинг тезкорлигини, технологик ва самарадорлигини тубдан кучайтириш устувор вазифа қилиб белгиланган. Ўзбек тиббиёти олдида улкан ахамиятли вазифа турибди - бу, шошилиш тиббий ҳолатларни бошқаришга ўрганиб олиш ва узлуксиз шу йўлни тутиб боришдир. Шошилиш ҳолатлар амалиётида қўлланиладиган амалий кўникмалар, алгоритмлар, асосий атамалар луғати ҳам келтирилган. Ўқув қўлланмадан шошилиш ва кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам бригадалари, реанимация ва интенсив терапия бўлимлари ходимлари ҳам фойдаланишлари мумкин. Қўлланма Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлиги томонидан тасдиқланган намунавий ўқув дастури асосланиб ёзилган.

МУНДАРИЖА

I БОБ.

1.1. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаги қон кетишлар.....	9
1.2. Ўз-ўзидан содир бўлувчи аборт.....	11
1.3. Ҳомиладорликни биринчи ярмида қон кетишига олиб келадиган сабаблар	15
1.4. Ҳомиладорликни етказа олмайдиган аёлларни текшириш.....	20
1.5. Таҳдид қилувчи абортдаги даволаш чоралари.....	21
1.6. Инфектсияланган абортлар	23
1.7. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик.....	27
1.8. Ҳомиладорликни илк муддатларида вагинал қон кетишнинг диагностикаси.....	33
1.9. Аборт асоратларини аниқлаш ва даволаш.....	33
1.10. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик	34
1.11. Ел буғоз.....	36
1.12. Абортдан кейин оилани режалаштириш усуллари.....	37

II БОБ.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетишлар.....	39
2.1. Нормал жойлашган платсентани барвақт ажралиши.....	39
2.2. Нормал жойлашган платсентанинг барвақт кўчишида ўтказиш керак бўлган чора- тадбирларнинг кетма-кетлиги.....	43
2. 3. Платсентани нотўғри жойлашиши.....	45
2. 4. Платсентани нотўғри жойлашиши клиникаси.....	48
2. 5. Платсентани нотўғри жойлашишида акушерлик тактикаси	50
2. 6. Платсентани нотўғри жойлашишида кесар кесиш	53
2. 7. Платсентани ўсиб кириши.....	55

III БОБ.

3.1. Геморрагик шок.....	64
3.2. Геморрагик шок этиологияси.....	64

3.3. Геморрагик шок клиник кўриши.....	67
3.4. Геморрагик шок диагностикаси.....	69
3.5. Геморрагик шокнинг давоси.....	71
3.6. Фавқулодда ёрдам ташкил қилиш.....	77
3.7. Геморрагик шок билан ҳомиладорларни олиб бориш стандарти.....	78
IV БОБ. Акушерликда қон кетишларда жаррохлик усуллари.....	93
VI БОБ. Тестлар ва вазиятли масалалалар	97

КИРИШ

Мустақиллик йилларида кенг маънода, тиббий саводсизликни бартараф этиш ишлари давлат кўламидаги муҳим масала сифатида амалга оширила бошланди. Муболаға эмас, бугун айнан шундай вазифа шошилинич кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдамга ҳам тегишлидир. Ислохотларнинг энг муҳим йўналишларидан бири - шошилинич тиббиёт хизматининг шаклланишидир, айниқса она билан боланинг тақдирига боғлиқ бўлса. Турли босқичларда шошилинич ёрдамни ташкиллаштириш, диагностика ва даволаш усулларига, кадрлар тайёрлаш ва ўқитишга замонавий ёндошиш бундан 15-20 йил олдинги йилларга нисбатан кўп жиҳатдан фарқ қилади. Ўз-ўзидан акушерликдаги шошилинич тиббиёт хизмати ходимларига, барча врач акушер-гинекологларга ҳамда барча тиббиёт ходимларига талаблар кучайди. Ҳолбуки, кўпчилик ривожланган мамлакатларда касалхонагача бўлган босқичда биринчи ёрдам кўрсатиш шошилинич тиббиёт ходимлари ва парамедиклар зиммасига юкланади. Шошилинич тиббиёт муаммоларига оид ўқув нашрлари борлигига қарамай, бугунги кунда тиббиёт ходимларга мўлжалланган шошилинич ҳолатлар, уларни диагностика қилиш ва даволаш усуллари ёритилган ўқув дарсликларига катта эҳтиёж сезилмоқда. Ушбу ўқув кўлланма маълум маънода шу эҳтиёжни қондиришга мўлжалланган. Акушерликдаги қон кетишдаги шошилинич ҳолатлар унинг келиб чиқиш механизмлари ва керакли диагностик ҳамда даво муолажалари ўтказиш алгоритмларига алоҳида эътибор қаратилган. Мухтарам Президентимиз 2017 йилнинг илк олти ойидаёқ чиқарган 10 дан зиёд қарор ва фармонларида “тез тиббий ёрдам хизматининг аянчли ахволга келгани, зудлик билан ушбу тизимни тартибга солиш лозимлиги»га урғу бериб уларни бартараф этиш бўйича аниқ топшириқлар берди. Хусусан, Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш. Мирзиёевнинг “Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик – ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қонидаси бўлиши керак”- деган хулоса ўз ифодасини топган маърузасида тиббиёт тизимидаги кўрсатиб ўтилган 10 камчиликларнинг 6 тасидан 4 таси (80%)

бевосита шошинч тиббий ёрдам бериш тизимига таалуқлидир. Акушерликдаги қон кетишдаги шошинч тиббий ёрдамнинг тезкорлигини, технологик ва самарадорлигини тубдан кучайтириш устувор вазифа қилиб белгиланган. Ўзбек тиббиёти олдида ўлкан ахамиятли вазифа турибди - бу, акушерликдаги қон кетиш шошинч тиббий ҳолатларни бошқаришга ўрганиб олиш ва узлуксиз шу йўлни тутиб боришдир. Шунингдек, геморрагик шок билан боғлиқ акушерликдаги шошинч ҳолатлар амалиётида қўлланиладиган амалий кўникмалар, алгоритмлар, асосий атамалар луғати ҳам келтирилган. Ўқув қўлланмадан шошинч ва кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам бригадалари, реанимация ва интенсив терапия бўлимлари ходимлари ҳам фойдаланишлари мумкин.

I- БОБ. ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ ЯРМИДАГИ ҚОН КЕТИШЛАР

1.1. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаги қон кетишлар – бу ҳомиладорликка боғлиқ бўлиб гестациянинг 22 - чи ҳафтасигача пайдо бўлган қон кетишлар, бу тушунча билан ҳомиладорликни кўтара олмаслик ёки охирига етказа олмаслигига боғлиқ. Ҳомиладорликни охирига етказа олмаслик ўз ичига қуйидаги тушунчаларни олади: ҳомиладорликнинг илк ва кеч муддатларида ҳомилани ўз-ўзидан тушиб кетиши, барвақт туғруқлар ва ривожланмаган ҳомиладорлик.

Ҳомиладорлик пайтидаги тухумдондаги физиологик ўзгаришлар. Ҳомиладорлик бошланиши билан тухумдондаги мунтазам жараёнлар тўхтаб қолади. Тухумдоннинг бирида сариқ тана фаолият юритади, у чиқарган гормонлар (прогестерон ва эстрогенлар) ҳомиладорлик нормал кечиши учун шароит яратишади.

Эстрогенлар бачадон мушакларида контрактил оқсилларни (актин ва миозинларни) тўпланишига ёрдам беради, қон томирларнинг кенгайишига олиб келадиган, бачадон томонидан углеводларни ишлатилишини таъминловчи фосфор бирикмалар захирасини кўпайишига шароит яратади.

Прогестерон эндометрида детсидуал ўзгаришларга олиб келиб, миометрийни ўсиши ва ривожланишини, қон томирлар кўпайишини (васкуляризация) таъминлаб ва уни уруғланган тухум хужайрасинини пайвандланишига шароит яратади. Прогестерон окситогтсин таъсирини нейтраллаштириб бачадон қўзғалувчанлигини пасайтиради, сут безларининг ўсиши ва ривожланишини фаоллаштиради.

Ҳомиладорлик муваффақиятли яқунланиши учун онанинг иммун тизими ҳомила антигенларининг таниши ва ҳомиладорликнинг сақланишига қаратилган шароит яратиш зарур. Нормал кечаятган ҳомиладорликда периферик қоннинг лимфотситларида прогестерон ретсепторлари мавжуд,

бунда ундаги хужайралар миқдори ҳомиладорлик муддати катталашаган сари кўпайиб боради. Бу жараён эмбрионнинг антигенлари таъсири остида амалга оширилади, лимфотситлар фаоллиги ошиб уларнинг таркибида прогестерон ретсепторлари пайдо бўлади.

Одатий бола ташлашда, тахдид қилувчи ҳомила тушишида ва барвақт туғруқларда, ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида прогестерон ретсепторли хужайраларнинг улуши соғлом аёлларга нисбатан анча камроқ. Прогестерон ёки дидрогестерон (дюфастон) мавжудлигида ушбу лимфотситлар (ПИБФ) прогестерон-индуктсировчи блокловчи омил медиаторли оксилни ишлаб чиқаради. Ҳомила тушиши ҳавфида ёки барвақт туғруқда ПИБФ пасайиб кетиши қайд этилган.

Маълумки, ҳомиладорлик белгиси бўлиб ректал ҳароратни 37 градусга ва ундан кўпга кўтарилиши, прогестерон етарлиги ҳақида далолат беради. (Т.Д.Травянко, Я.П.Сольский). Ушбу белги ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасигача аҳамиятли ҳисобланади, бу муддатдан кейин бу белги маълумот бўлиб ҳизмат этмайди.

Ҳомиладорликнинг илк муддатларида прогестерон етишмовчилиги (12 ҳафтагача) базал ҳарорат 36,5-36,9° С бўлади, бу белги прогестерон етишмовчилиги тўғрисида ҳулоса қилишга асос бўлиб, аёлга прогестерон буюриш кераклигини исботлайди.

Ҳомиладорликнинг энг кўп асоратларидан бири бўлиб кейинчалик гестацион ва туғруқдан кейинги даврларни асоратли кечишига олиб келадиганлардан бири бу ҳомиладорликни кўтара олмаслик ҳисобланади. Унинг учратилиши турли тадқиқотчиларнинг маълумотига кўра 5 дан 48% гача тебраниб турибди. Ўзбекистонда I триместрдаги ҳомила тушишлар 57,7% ни ташкил этади, II триместрда - 17,2%, барвақт туғруқлар 25,1%.

Ҳомиладорликни кўтара олмаслик 64 - 74% ҳодисаларида тухумдон ва платсентани гормонал етишмовчилиги сабаб бўлади (Кошелева Н.Г. ва бошқалар; Серов В.Н., 2017). Одатда тухумдон етишмовчилик остида уларнинг гормонал фаолияти пасайиши тушунилади.

1.2. Ўз-ўзидан содир бўлувчи аборт – бу ҳомиладорликни она қорнидан ташқарида ҳомила ривожланишига имконият бўлганда ўз-ўзидан узилиши. Охириги маълумотларга қараганда 7-та клиник ташҳисланган ҳом биринчи 14 ҳафтасида аборт билан яқунланади, ҳомилаларнинг ярмидан кўпи хромосомали нуқсонга эга.

Ўз-ўзидан содир бўлувчи аборт врач амалиётида тез-тез учраб турадиган акушерлик патологияларидан бири ҳисобланади. Ўз-ўзидан содир бўлган абортлар тўғрисида аниқ статистик маълумотлар оз: уларнинг сони ҳақида нисбий маълумотларга асосланган ҳолда фикр юритилади (ўз-ўзидан содир бўлган аборт билан статсионарга қабул қилинган аёллар миқдорини шу вақт ичида қабул қилинган умумий аёллар сонига нисбати). Турли муаллифлар маълумотларига кўра, ўз-ўзидан содир бўлган абортлар умумий ҳомиладорликлар сонига нисбатан 2-8% ни ташкил этади.

Ўз-ўзидан содир бўлган абортлар сабаблари жуда кўп. Улар орасида абортга олиб келувчи ва унга сабаб бўлувчи омиллар ажратилади. Олиб келувчи омилларга ҳомиладордаги касалликлар, захарланишлар, функционал бузилишлар, тўғридан-тўғри абортга олиб келувчи сабабларга эса жисмоний ва руҳий шикастланишлар киради. Ҳомиланинг тушишига олиб келадиган сабабларни ниҳоясига етказадиган жараённинг И. Л. Брауде “ҳал қилувчи” омиллар деб номлаган. Этиологик омилларни бундай бўлиниши фараз қилиниши мумкин, чунки ўз-ўзидан бўлган абортга олиб келувчи ва ҳал қилувчи сабабларни биргаликдаги таъсир кўрсатади. Лекин ушбу тасниф ҳомиланинг ривожланишини бузилишига ва тушиб кетишига олиб келадиган генетик нуқсонларини ҳисобга олмайди.

Ўз-ўзидан содир бўлган аборт ҳомиланинг яшаш қобиляти шаклланишигача (ҳомиладорликнинг 22 ҳафтаси) бўлган ҳомиланинг тушиши.

Ўз-ўзидан ҳомила тушишининг босқилари куйидагилардан иборат

- Таҳдид қилувчи аборт (Ҳомиладорлик сақланиши мумкин);

- Йўлдаги аборт (ҳомиладорлик давом этилишига имкон бўлмай нотўлиқ/тўлиқ аборт босқичига ўтади);
- Чала ёки нотўлиқ аборт (ҳомила заррачалари қисман ажралган);
- Тўлиқ аборт (ҳомила қисмлари тўлиқ ажралган).

Сунъий аборт ҳомила яшаш қобиляти шакллангунча турли воситалар ёрдамида ҳомиладорлик тўхтатилади.

Криминал аборт минимал тиббий стандартларга тўғри келмайдиган шароитда, зарур малакага эга бўлмаган шахслар томонидан амалга оширилган муолажа ҳисобланади.

Септик аборт инфекция билан асоратланган аборт. Сепсис инфекцияни ўз-ўзидан содир бўлган ёки криминал абортдан кейин генитал трактнинг пастки қаватидан кўтарилиши натижаси бўлиши мумкин. Сепсис бачадон бўшлиғида ушланиб қолган ҳомила заррачалари туриб қолишида ва уларнинг олиб ташлашда кечикиб қолганда ривожланиш эҳтимоли кўпроқ. Сепсис – ностерил асбоблар билан бажарилганда криминал абортнинг энг кўп асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Агар аёлда криминал аборт юз берганлиги тахмин қилинса, уни инфекция бор йўқлигига текшириш талаб қилинади, шу билан бирга бачадон, қин ичаклар жароҳатланишини инкор этиш текшируви амалга оширилиши керак, қинни ҳар қандай гиёҳлар, маҳалий ишлатилган дориворлар ва каустик эритмалардан синчковлаб тозалаб ювинг.

Тахдид қилувчи абортда одатда медикаментоз давода эҳтиёж йўқ. Турли куч талаб қиладиган ҳаракатлардан жинсий алоқадан сақланишни тавсия этинг, ётоқ тартибида зарурият йўқ.

Агар қон кетиш тўхтаган бўлса, аёллар маслаҳатхонасида кузатувни давом этинг.

Агар қон кетиш такрорланса, аёл ҳолатини қайта баҳоланг.

Қон кетиш давом этаятганда, ҳомила яшаш қобилятини баҳоланг (ҳомиладорликка тест/ультратовуш текшируви) ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик булиши мумкин (ультратовуш текшируви). Давом этаятган

қон кетиш, айниқса, бачадон ўлчами кутганимиздан катта бўлса, бу эгиз ҳомиладорлик ёки ел буғоз ҳақида маълумот бериши мумкин.

Гормонал препаратлар (масалан, эстрогенлар ёки прогестинлар) берманглар, ёки токолитик воситалар (масалан, сальбутамол ёки индометатсин), чунки улар ҳомила тушишини тўхтатмайди.

Йўлдаги аборт.

Агар ҳомиладорлик муддати 16 ҳафтадан кичик бўлса, бачадон бўшлиғини тозалашни режалаштиринг. Агар бунинг имкони бўлмаса тезкор равишда: эргометрин 0,2 мг мушак орасига (зарурият бўлса 15 дақиқада такрорланг) ЁКИ мизопростол (сайтотек) 400 мкг перорал (зарурият бўлса 4 соатдан кейин такрорланг);

Бачадон бўшлиғини бўшатишга иложи борича тайёр турунг.

Агар ҳомиладорлик муддати 16 ҳафтадан катта бўлса:

- ҳомила тухумини экспульсияни (тушишини) кутинг ундан кейин бачадон бўшлиғини аспириятсия ёрдамида ҳомила қолдиқларини олиб ташланг;
- зарурият бўлса ҳомила тухуминининг экспульсиясига ёрдам бериш учун окситотсин 40 ЕД 1л эритмада томир ичига юборинг (физиологик эритмада ёки лактат- Рингер эритмасида) 1 дақиқада 40 томчи тезлиги билан юборилади.
- Ўтказилган терапиядан кейин аёлга кузатув ва назоратни таъминланг.

Чала аборт

Агар қон кетиш енгил даражадан ўртагача ва ҳомиладорлик муддати 16 ҳафтадан кичик бўлса, бачадон бўшлиғидан бачадон бўйнига тушган ҳомила қисмларини чиқаришга бармоқлар ёки ойнакли қисқични қўлланг.

Агар қон кетиш кучли бўлса ва ҳомиладорлик 16 ҳафтадан кичик бўлса бачадон бўшлиғини тозаланг.

- мануал вакуум-аспириятсия эвакуатсия учун энг қулай усул бўлиб ҳисобланади. Агар мануал вакуум-аспириятсиясини ўтказишга иложи бўлмаса, унда ўткир кюретка ёрдамида эвакуатсия бажарилиши мумкин.

- агар бачадон бўшлиғини тезкор бўшатиш имкони бўлмаса, эргометрин 0,2 мг мушак орасига буюринг (зарурият бўлса 15 дақиқада такрорланг) ЁКИ мизопростол (сайтотек) 400 мкг перорал (зарурият бўлса яна 4 соатдан кейин такрорланг)

Агар ҳомиладорлик муддати 16 ҳафтадан катта бўлса

- ҳомила тухуминининг экспульсиясигача окситотсин 40 ЕД 1л эритмада томир ичига юборинг (физиологик эритмада ёки лактат- Рингер эритмасида) 1 дақиқада 40 томчи тезлиги билан юборилади.

- зарурият бўлса мизопростол (сайтотек) 200 мкг вагинал 4 соатдан кейин ҳомила тухуминининг экспульсиясигача, лекин умумий доза 800 мкг кўп бўлмасин;

- бачадон бўшлиғидан барча олиб кетган ҳомила зарраларини олиб ташланг

- Ўтказилган терапиядан кейин аёлга кузатув ва назоратни таъминланг.

Тўлиқ аборт

- бачадон бўшлиғининг ичдаги тўқималар эвакуатсияда эҳтиёж йўқ.

- кучли қон кетишни ўтказиб юбормаслик учун аёлни кузатинг

- аёлнинг кузатувини таъминланг

Абортни бошидан кечирган аёлларни кейинги кузатувлари

Стационардан кетгунча, ўз-ўзидан ҳомила тушишни бошидан кечирган аёлга бу ҳақида маълумот беринг: ўз-ўзидан ҳомила тушишлари кўп тарқалган ва 15% ўз-ўзидан яқунланади (ҳар еттинчи аёлда). Шунингдек, кейинги ҳомиладорлик муваффақият билан яқунланишига аёлнинг имкониятлари юқорилилигига ишонтиринг, агар аёлда сепсис бўлмаса, ёки абортнинг сабаби аниқланмаган бўлса кейинги ҳомиладорликларга таъсир кўрсатиши мумкин (бу кам ҳолларда кузатилади).

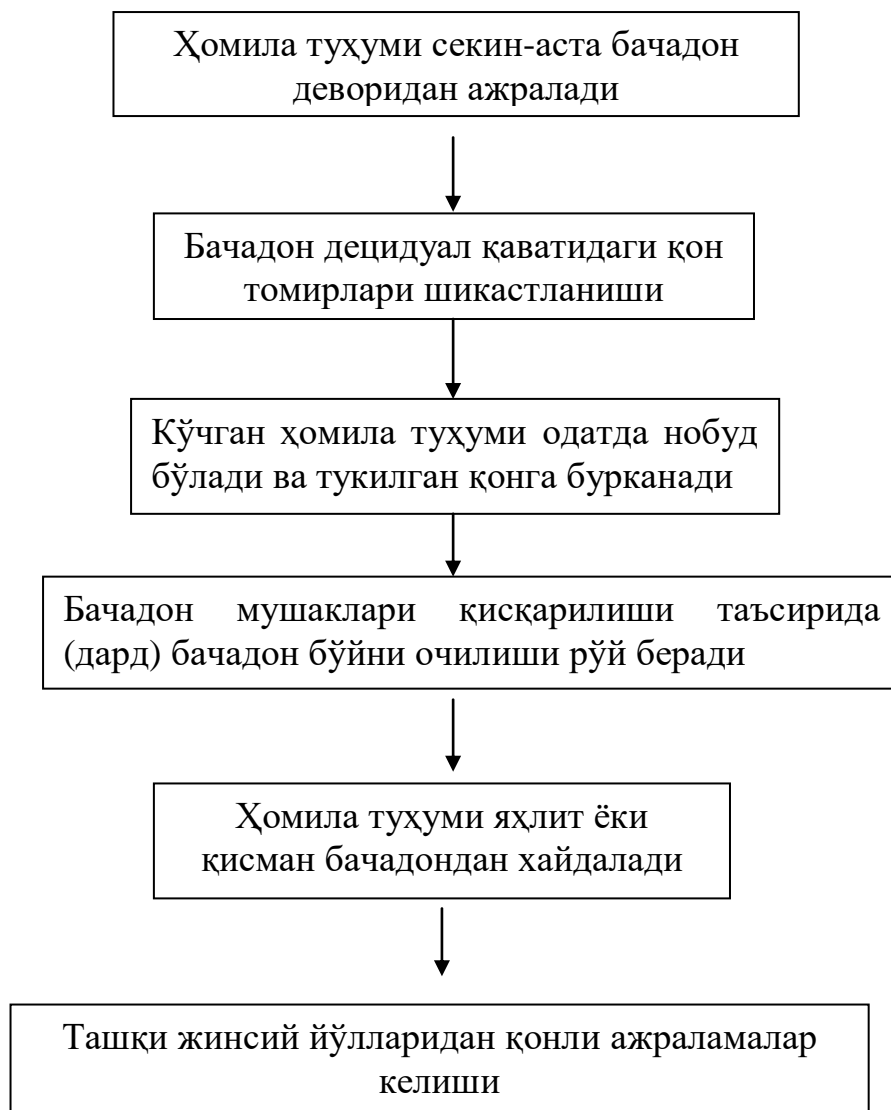
Баъзи аёллар нотўлиқ абортдан кейин-ла ҳомиладор бўлишни исташади. Аёлни тўлиқ соғаймагунча навбатдаги ҳомиладорликни кечиктиришга ишонтиринг.

Криминал аборга чалинган аёлларга маслаҳат бериш жуда муҳим. Агар ҳомиладорлик исталмаган бўлса, ҳомиладорликдан сақланиш билан боғлиқ

оилани режалаштириш чораларни уйдаги аёлларга зудлик билан кўриш керак (7 кун мобайнида).

- кейинчалик даво талаб қилмайдиган жиддий асоратлар бўлмаса;
- оилани режалаштиришнинг энг қўлай усулини қўллаш бўйича керакли маслаҳатлар олингандан кейин.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ИЛК МУДДАТЛАРИДА УЗИЛИШНИ ПАТОГЕНЕЗИ



1. 3. Ҳомиладорликни биринчи ярмида қон кетишига олиб келадиган сабаблар

- Инфантилизм

- Нейро-эндокрин бузилишлар
- Ҳомиладорликни сунъий олиб ташлаш
- Истмико-тсервикальная недостаточность
- Битишмалар
- Хромосомали ва генли аномалиялар
- Тухум хужайраси ва сперматозоидлар нуқсони
- Ҳомиладорлик пайтидаги юқумли касалликлар
- Она ва ҳомила қонининг изоантигенли номутаносиблиги
- Жинсий аъзоларнинг касалликлари ва ривожланиш нуқсонлари
- Организмни захарланиши
- Ионизациялаш радиациясини таъсири
- Овқатланишнинг бузилиши
- Жисмоний жароҳатлар

Инфантилизм ҳомиланинг тушиб кетишига энг кўп сабабларига киради. Инфантилизмда одатда биринчи ва кейинги ҳомиладорликлар ўз-ўзидан узилади (одатий ҳомила тушиш). Инфантилизмдаги ҳомиланинг тушишига куйидаги сабабларга боғлиқ: инфантилизмга хос тухумдонларнинг эндокрин функциясининг функционал етишмовчилиги, бачадон шиллик қаватининг детсидуал реакциясининг етарли бўлмаслиги, инфантил бачадон мушакларининг етишмайдиган гиперплазияси ва ҳомиладорлик ривожланиши учун бошқа зарур жараёнларнинг такомиллашмаганлиги; инфантилизмда кўпинча бачадоннинг қўзғалувчанлиги ошиши кузатилади.

Нейроэндокрин бузилишлар, шу жумладан, ички секретсия безларнинг касалликлари кўп ҳолларда ҳомиладорликни муддатига етмаслигига сабаб бўлади. Ҳомиладорликни узилиши кўпинча тухумдонлар, буйрак усти бези (буйрак усти бези генезли гиперандрогения) функцияси бузилишида, гипотиреозда, диабетда ва бошқа патологияларда. Ўз-ўзидан ҳомилани тушиши ички секретсия безларининг функцияси унча билинмайдиган бузилишида ҳам кузатилади. Эндокрин бузилишларда ички секретсия

безларининг ҳомиладорликни нормал кечиши ва ҳомиланинг ривожланишига зарур бўлган фаолиятини ўзгариши кузатилмайди.

Ички секретсия безларининг бузилишларидан олдин одатда асаб тизими фаолиятининг бошқарилиши бузилиши бўлади, айниқса унинг вегетатив бўлимини. Шу сабабли кўпинча қон-томирли бузилишлар ва атсетилхолин-холинэстераза тизимидаги атсетилхолин кўрсаткичи устунлиги остидаги силжишлар пайдо бўлади. Атсетилхолин бачадонни қисқариш фаолиятини кучайтиради, бу эса ҳомиланинг тушишига олиб келади.

Одатий бола тушиш билан ҳасталанган аёлларда кўпинча эмотсионал бузилишлар ва бошқа турдаги неврозлар пайдо бўлади. Бу ўзгаришлар иккиламчи пайдо бўлиб ҳомиладорликни ривожланишига ёрдам берадиган жараёнларнинг нерв бошқарувининг кейинчалик бузилишларига олиб келади.

Ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш кўпинча кейинчалик ҳомилани ўз-ўзидан тушиб кетишига сабаб бўлади. Айниқса биринчи ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш ёмон оқибатларга олиб келади. Ҳомилани сунъий олиб ташлашдан кейинги ўз-ўзидан содир бўлган абортларнинг пайдо бўлишига қатор сабаблар имкон туғдиради. Абортдан кейин кўпинча пайдо бўладиган эндокрин ва асаб тизимдаги бузилишлар, сурункали эндометрит ва бошқа яллиғланиш касалликлар катта аҳамиятга эга. Бачадон бўйни кенгайтирилганда ва асбоблар билан ҳомила тухумини олиб ташляётганда бачадон бўйни ички бўғзи атрофидаги ва истмик соҳасидаги мушак элементлари шикастланиши эҳтимоли бор, бу бачадон бўйни каналининг етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

Истмик-тсервикал етишмовчилик акушерлик оператсиялари ёки сунъий абортни амалга ошираётганда бачадон бўйнининг истмик бўлимини шикастланиши натижасида пайдо бўлади. Шикастланиш натижасида айланма жойлашган мушаклар қисқариш хусусиятини йўқотади ва бачадон бўйни каналининг ички бўғзи кенгайган ҳолда қолиб кетади. Бачадон бўйни етишмовчилигида бачадон бўшлиғида ҳомила тухумини ушлаб турувчи

механизм (ички бўғзи соҳасидаги ва бўйиндаги торайган жойи) йўқолади. Бачадон пастки бўлимида етарли қўллаб қувватлашга эга бўла олмай, ҳомила тухуми, унинг пастки учи бачадон бўйни канали ичига очилиб ётган ички бўғиз орқали секин-аста пасаяди. Кейинчалик бачадонни қисқариш фаолияти пайдо бўлади ва ҳомила тушиб кетади. Бачадон бўйни етишмовчилигида кўпроқ кечки ҳомила тушишлари пайдо бўлади. Истмик-тсервикал етишмовчилигида етишмовчилик нафақат шикастланиш натижасида пайдо бўлади (органик етишмовчилик), балки эндокрин бузидишлар, айниқса, тухумдонларнинг гормонал функцияси пасайишида (функционал етишмовчилик) ҳам булиши мумкин.

Ҳомила тушишига битишмалар (синехиялар), сабаб бўлиши мумкин, бачадон бўшлиғини қўпол қирилишидан сўнг унинг бўшлиғини кескин деформациясига олиб келади, эндометритни оғир турлари(айниқса эндометрий туберкулёзи) ва шунингдек бачадон бўйнининг чуқур йиртилишлари ва бачадон бўйни – қинли оқма яралар сабаб бўлади.

Ҳомиланинг ривожланишига зид хромосомали ва генли аномалиялар унинг нобуд бўлишига ва тушишига олиб келади. Ҳомила тухуми заррачалари текширилганда турли хромосомали аберрациялар – анеуплоидия, трисомия, моносомия, мозаитсизм ва бошқалар топилган. Хромосомали ва генли аномалиялар кўпинча ҳомиланинг илк муддатларида тушиб кетишига олиб келади. Ҳомила тушиб кетишида хромосомали бузилишларнинг роли ва учратилиши ўрганилиши давом этмоқда. Ҳомилалар тушиб кетишининг 20% хромосомали ва генли аномалиялари билан боғлиқлиги тахмин қилинади.

Уруғланишдан олдин тухум ҳужайраси ва сперматозоиднинг нуқсонли ўзгаришлари ҳомила ривожланишининг ва кейинги абортнинг сабаби бўлиши мумкин. Нуқсонлар ирсий ёки ташқи муҳитнинг турли омиллар таъсири остида пайдо бўлади (оғир касалликлар, алкоголизм, захарланиш ва бошқалар). Бундай ҳолатларда ҳомила тухумининг нобуд бўлиши ривожланишнинг илк даврларида содир бўлиши мумкин (пайвандланиш

даврида, органогенезнинг бошланғич даврида).

Ҳомиладорлик давридаги юқумли касалликлар кўпинча ўз-ўзидан содир бўладиган абортларга олиб келади. Ҳомиладорликнинг илк муддатларида пайдо бўлган ўткир юқумли касалликлар кўп ҳолларда ҳомила тушиб кетишига сабаб бўлади. Юқумли касалликлар орасида энг кўп тарқалган грипп катта рол ўйнайди. Ҳомиладорликнинг узилиши кўпинча вирусли гепатитда, қизилча, бўғинларнинг ўткир ревматизмида ва шунингдек кам учрайдиган юқумли касалликларда: безгакда, тифда, бўғмада ва х. Ангина, зотилжам, пиелонефритда, кўричакда ва турли тизим ва аъзолардаги бошқа ўткир яллиғланишларда аборт кузатилиши мумкин.

Ўткир юқумли касалликларда ҳомиладорликнинг узилишига куйидаги ҳолатлар шароит яратади: гипертермия, интоксикация, кислород етишмовчилиги, гиповитаминоз ва бошқа бузилишлар. Детсидуал қаватда дистрофик жараёнлар ва қон қуйилишлар пайдо бўлади; хорион ўз барьер хусусиятини йўқотади ва кўзғатувчи микроблар ҳомиланинг аъзоларига кириб кетиши мумкин.

Сурункали юқумли касалликлар ҳомиладорликнинг узилишига сабаб бўлиши мумкин. Токсоплазмозда, ўпка силида, брутселлезда, захмда, сурункали безгакда ҳомиладорлик узилиши бошқа ўткир юқумли касалликларга қараганда камдан-кам учрайди. Ҳомиланинг тушиши юракнинг қон айланиши бузилиши билан кечадиган органик касалликларида, сурункали гломерулонефритда ва оғир турдаги ҳафаконликда ва бошқа тизимли касалликларда кузатилиши мумкин.

Она ва ҳомила қонининг изоантиген номутаносиблиги эр-ҳотиннинг қони резус-омил ва АВО тизими ва бошқа резус антигенлар бўйича ҳомила ота антигенларини мерос тариқасида олса ҳомила тушишига сабаб бўлади. Она антигенларига зид ҳомила антигенлари платсента орқали ҳомиладорнинг организмига кириб маҳсус антителоларни ҳосил бўлишига олиб келади. Резус-омилга антителолар, қон гуруҳга ва бошқа антигенларга платсента орқали ҳомила организмига кириб гемолитик касаллигига ва ҳомилани нобуд

бўлишига ва тушишига сабаб бўладиган бошқа бузилишларга олиб келади. Кўпинча биринчи ҳомиладорлик эмас, балки такрорий ҳомиладорлик узилиши содир бўлади, чунки биригчи ҳомиладоликдан сўнг организмнинг сенсбилизатсияси ошиб боради.

Жинсий аъзоларнинг касалликлари ва ривожланиш нуқсонлари ҳам ўз-ўзидан ҳомила тушишига сабаб бўлиши мумкин. Агар жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари эндометрий ва миометрийнинг асосий қаватлар функсиясини ва структурасини ўзгариши билан бирга кечса, улар ҳомила тушишига олиб келиши мумкин. Битишмалар, синехиялар, фиксациялашган ретрофлексия, кичик чанокдаги ўсмалар ва ҳомиладор бачадонни ўсишига тўсқинлик яратадиган бошқа жараёнлар аборт сабаби бўлиши мумкин.

Бачадон миомасида ҳомила тушиб кетиши мумкин, агар пайвандланиш шиллик қаватнинг миоматоз тугунни қоплаган соҳасига тўғри келса, у юпқалашган бўлиб ҳомилани нормал озукланишини ва ривожланишини таъминлай олмайди ва натижада тушиб кетади

Бачадонни ривожланиш нуқсонларида кўпинча ҳомила тушиши кузатилади. Икки шоҳли, иккитали, бир шоҳли бачадонда ва бошқа ривожланиш аномалияларида ҳомиладорлик физиологик якунигача давом этиши мумкин, лекин кўп ҳолларда барвақт узилади (ҳомила тушиши, барвақт туғруқлар). Ҳомиладорликни узилишига биргаликда кечувчи эндокрин бузилишлар, детсидуал реактсияни ва нормал ҳомиладорликка ҳос бошқа жараёнларнинг етарли бўлмаслиги шароит яратади.

Организм интоксикатсияси (айниқса сурункали) кўпинча ҳомила нобуд бўлишига ва тушиб кетишига олиб келади. Қўрғошин, симоб, бензин, алкоголь, никотин, анилин бирикмалари ва бошқа заҳарли таъсир кўрсатувчи кимёвий моддалар катта аҳамият касб этади.

Ҳомиладорликни узилишига олиб келадиган сабабларнинг орасида ионизациялашган радиация алоҳида жой эгаллайди. Ҳомила радитсия таъсирига юқори сезувчанликка эга, унинг шикастланиши катталар организми кўтара оладиган дозада пайдо бўлади. Шу муносабат билан

ҳомиладорлар радиатсия манбаси билан ишлашга қўйилиши ман этилади; кимё ишлаб чиқаришдаги турли тармоқларда ҳам ҳомиладорлар меҳнати ман этилган.

Овқатланишни бузилиши ҳам ҳомиладорликнинг узилишига сабаб бўлади. Ўз-ўзидан аборт очликда содир бўлиши мумкин, айниқса, алиментар дистрофия даражасига етса. Ҳомиладорликни узилиши нафақат умумий овқатланишни чегаралашишида, балки сифатсиз овқатланишда ҳам бўлиши мумкин. Ҳомиланинг ривожланишида катта аҳамиятга эга ва ҳомиладорликдаги физиологик жараёнларнинг бошқарувида иштирок этадиган витаминлар етишмовчилиги алоҳида роль ўйнайди. Экспериментал маълумотлар шуни кўрсатади-ки, ҳомила тухумини ривожланишини бузилиши (ҳомилани ва пардаларни) ва ҳомила тушиб кетиши овқатда Е, А, С, В гуруҳли витаминларни, ва бошқалар етишмайди. Гиповитаминозда ҳомилани нобуд бўлишига олиб келадиган детсидуал қаватда ва хорионда қон қуюлишлар ва дистрофик жараёнлар пайдо бўлади.

Юқорида айтилганларни шартли равишда ҳомилани тушиб кетишига олиб келадиган омилларга тегишли дейиш мумкин. Шунини айтиб ўтиш керак-ки, бу сабаблар нафақат олиб келувчи, балки тўғридан-тўғри ҳомила тушишига сабаб бўлиши мумкин. Лекин, юқорида кўрсатилган этиологик (олиб келувчи) омиллардан ташқари абортни пайдо бўлиш эҳтимоли қўшимча омиллар таъсирида: жисмоний ва руҳий шикастланишларда, ортади.

Инфантилизм, яллиғланиш касалликлар, эндокрин бузилишлар, захарланишлар ва бошқа олиб келувчи омиллар фониди жисмоний шикастланишлар (зарбалар, суяклар синиши, тананинг шикастланиши ва бошқалар ҳаддан ташқари зўриқиш (оғир нарсаларни кўтариш ва кўтариб юриш) ҳомилани тушишини амалга ошириши мумкин. Асаб тизими заиф аёлларда аборт ўта кучли руҳий зарбадан сўнг пайдо бўлиши мумкин.

Соғлом аёлларда ҳомиладорлик ҳатто оғир шикастланишларда (зарбалар, чаноқ ва оёқлар суякларини синиши) ва асаб тизимига ноҳуш таъсирлар остида сақланиб қолади.

Абортда ҳомила тухуми секин-аста бачадон деворидан ажралади; бунда бачадоннинг детсидуал қаватини қон томирлари шикастланади ва қон кетиш рўй беради, унинг кучи ҳомила қанчалик кўчгани ва шикастланган қон томирлар орасига боғлиқ. Кўчиб кетган ҳомила тухуми одатда nobud бўлади ва қуйилган қон билан ўралади ёки уни шимиб олади. Бачадон мушаклари қисқарилиши таъсири остида (дард) бачадон бўйни очилиши ва ҳомила тухумини яхлит ҳолда ёки қисман ҳайдалиши содир бўлади. Агар ҳомила тухуми яхлит (ҳомила пардалар ва қоғоноқ сувлари билан биргаликда) туғилса, унда бир лаҳзали ҳомила тушиши тўғрисида гап юритилади. Ҳомила тухуми бачадон бўшлиғидан майдаланиб чиқса унда икки лаҳзали ҳомила тушиши деб аталади.

Бир лаҳзали ҳомила тушиши икки лаҳзаликка қараганда камроқ учратилади, айниқса ҳомиладорликнинг илк муддатларида. Икки лаҳзали ҳомила тушишида бачадонда одатда пардалар ва йўлдош қисмлари ушланиб қолади. Бачадон қисқарганлиги туфайли аёл қорин пастида дардсимон оғриқларни сезади ва уларнинг кучи кечки ҳомила тушиларда анада кўпроқ бўлади. Илк абортларда оғриқ ҳиссиёти унчали кучли бўлмайди ёки бўлмаслиги ҳам мумкин. Бачадон бўйни етишмовчилиги билан боғлиқ ҳомила тушишида оғриқ ҳиссиёти унча кучли бўлмайди. Аборт, одатда, қон кетиш билан биргаликда кузатилади ва унинг кучи ушбу жараённинг босқичига ва ҳомиладорлик муддатига боғлиқ.

Кеч ҳомила тушиши худди туғруққа ухшаб ўтади: бачадон бўйни теккислашиши ва очилиши содир бўлади, қоғоноқ сувлари кетади, ҳомила туғилади, ундан сўнг йўлдош тушади. Қон йўқотиш кўпинча йўлдошнинг кўчиши ва бачадондан ҳайдалишида бузилиш бўлса кузатилади; бу ҳолатларда у катта миқдорда бўлиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг ҳар бир триместри учун маълум ҳавф омиллари аҳамиятга эга.

1 триместрдаги ҳомиладорликни узилишига сабаб бўлиши мумкин:

- генетик омиллар;

- эндокрин: тухумдонлар фаолиятини бузилиши, қандли диабет, калқонсимон ва буйрак усти безларининг касалликлари;

- бачадонни ривожланиш нуқсонлари;

- онанинг соматик ва юқумли касалликлари, айниқса, латент кечадиган микоплазмали, хламидияли, вирусли, токсоплазма, уреоплазма ва сийдик йўллариининг бактериал инфексиялари.

II триместрда ҳомиладорликнинг 15 ҳафтасидан 28 ҳафтасигача узилиши алоҳида аҳамият касб этади: бачадон бўйни етишмовчилиги, бачадоннинг миомаси ва ривожланиш нуқсонлари, платсентар етишмовчилиги, ва шунингдек онанинг юқумли касалликлари ва соматик патологияси.

1. 4. Ҳомиладорликни муддатига етказа олмаган аёлларни текшириш

Анамнезида ҳомиладорликни муддатига етказа олмаган, барвақт туғруқлар бўлган аёлларнинг текширувини ҳомиладорликдан аввал бошлаш керак ва бунда куйидагиларни амалга ошириш зарур:

- сурункали инфексия ўчоғларини аниқлаш мақсадида, уларни санатсияси, ва шунингдек аниқланган соматик патологияни даволаш учун терапевт текшируви;

- тиббий-генетик марказда текширувдан ўтиш;

- тухумдонлар ва ички секретсияни бошқа безларининг фаолиятини текшириш (функционал диагностика тестлари ва қондаги гормонлар миқдори);

- тсервико- ва гистеросальпингография ўтказишда бачадоннинг ривожланиш нуқсонларини, бачадон бўйни етишмовчилигини бачадонни ички буғзини(қин орқали кўриш ва ультратовуш текширувида) баҳолаш ва бачадон ўсмаларини инкор этиш учун;

- кичик чаноқ аъзоларининг УТТ ўтказишда ҳомиладорликнинг муддатини, платсента хусусиятларини, бачадон тонусини, ҳомиланинг ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун;

- урогенитал инфексияни аниқлаш ва уни кейинчалик даволаш.

- гормонлар экскретсиясини текширувини ўтказиш (эстрогенлар,

прогестерон, хорионик гонадотропин, платсентар лактоген, 17-кетостероидлар);

- кольпотситологик текшируви, ҳомиладорликнинг илк муддатларида базал ҳароратнинг назорати;

- оғиз – бурун бўшлиғидаги, уретра, бачадон бўйни ажралмаларини ва сийдикнинг бактериоскопик ва бактериологик текширувлари;

- яширин инфекцияни аниқлаш учун текширув ўтказиш (хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз ва бошқалар).

1. 5. Таҳдид қилувчи абортдаги даволаш чоралари

Таҳдид қилувчи абортни даволаш комплексли, этиопатогенетик, аёл организмнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олинган ҳолда бўлиб у ўз ичига қуйидагиларни киритиш лозим:

1. Ётоқ тартиби, ҳомиладор истаган парҳез.

2. Седатив терапия (пустирник настойкаси - 20-30 томчидан кунига 3 маҳал, валериана экстракти - 2 таблеткадан кунига 2 маҳал, новопассит - 5-10 мл дан кунига 2-3 маҳал, диазепам - 0,002 г кунига 2 маҳал, феназепам - 0,0005 г кунига 2 маҳал ёки саносан - 2-3 таблеткадан уйқудан олдин).

3. Гормонал терапия гестагенлар ёки уларни эстрогенлар ва хорионик гонадотропин билан биргаликда. Тухумдон гипофунксиясида ва генитал инфантилизмда гормонал даволашни ҳомиладорликнинг 5-чи ҳафтасидан бошлаш керак; уни ҳомиладорликнинг 27—28 ҳафтасигача давом этиш мумкин, платсентани функционал фаолилигига ва даволашнинг самарадорлигига боғлиқ ҳолда.

Ишлатиладиган препаратлар:

- прогестерон (мушак орасига 1 мл 1 % эритма кунига 1 маҳал 10 кун давомида кольпотситологик маълумотлар назорати остида); прогестеронли етишмовчиликнинг сақланган ҳолда эса мушак орасига 1 мл 12,5 % эритмани ҳафтада 1 марта қўлланилади (ҳомилага таъсир кўрсатиши туфайли тавсия этилмайди);

- дюфастон - 4 таблетка бир вақтни ўзида (40 мг), сўнг 10 мг дан кунига 2-3 маҳал ҳомила тушиш ҳавфи белгилари йўқолганлигидан кейин 1 ҳафта давомида даволаш давом этилиши билан. Препарат дозаси пасайиб секин-аста тўхтатилади;

- этинилэстрадиол (микрофоллин) 1 таблеткадан кунига ёки 2 таблеткадан кунига 2 маҳал ҳомиладорликнинг 12-14 ҳафтасигача (агар қиндан қонли ажралмалар келиши кузатилса гестагенлар билан бирга берилади);

- хорионик гонадотропин (профаза) мушакка 500-1000 ЕД бирликда ҳафтасига 2 марта ҳомиладорликнинг 12-14 ҳафтасигача (хорионик гонадотропинни паст экскретсиясида кўрсатилган).

4. Бачадонни қисқариш фаолиятини тўхтатиш (токолитик терапия), куйидагига йўналтирилган:

- ҳомиладорликнинг 16 ҳафтасидан бошлаб миометрий тонусини бачадоннинг β -ретсепторларини фаоллаштириб β -адреномиметиклар кўлланилади (гинипрал, бриканил, партусистен ва бошқалар). Кўпинча гинипрал ишлатилади (0,0005 г дан кунига 3-4 маҳал ёки инфузия тарзда 2 мл 0,005 % эритма 500 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида 1 дақиқада 10-12 томчи тезлиги билан);

- бачадоннинг миоген тонусини пасайтириш мақсадида (но-шпа 1-2 таблеткадан кунига 2-3 маҳал ёки 2-4 мл 2 % эритмаси мушак орасига ёки томир ичига; папаверин гидрохлориди 2 мл 2% эритма мушак орасига 2-3 марта; баралгин 1-2 таблеткадан кунига 2-3 маҳал ёки мушак орасига кунига 1-2 маҳал 5 мл дан; магний сульфат 10 мл 25 % эритмаси мушак орасига кунига 2 маҳал ёки томир ичига 10 мл 300 мл ли 5 % глюкоза эритмасида);

- миометрий тонусини пасайтириш бачадонни м-холиноретсепторларини блокадаси ҳисобидан (метатсин 1 мл 0,1 % эритма томир ичига кунига 2 маҳал ёки 2 мл 400 мл даги изотоник эритмада; платифиллинни гидротартрати 1 мл 0,2 % эритмаси мушак орасига кунига 2-3 маҳал);

- Простагландин синтетазани ингибитсияси туфайли бачадон тонусини пасайтириш (диклофенак-натрий 0,05 г ёки 3 мл 2,5 % эритмани мушак

орасига кунига 1 маҳал; индометатсин 0,025 г 3-4 маҳал; атсетилсалитсил кислотаси 0,25 г дан кунига 2 маҳал).

5. Фето-платсентар комплексида метаболик жараёнларни яхшилаш мақсадида:

- аскорбин кислотаси (томир ичига 3-5 мл 5 % эритма 100 мл изотоник эритмада);

- токоферол атсетати (витамин Е) (1 капсуладан кунига 1-2 мартаба ёки 1 мл 10 % эритмаси мушак орасига кунига 2 маҳал);

- поливитамин препаратлари.

6. Антибактериал терапия:

- ампитсиллин (1 г мушак орасига суткасига 4 маҳал 7 кун давомида),

- тсефазолин (1 г мушак орасига суткасига 2-4 маҳал 5-7 кун давомида).

Хламидиоз, микоплазмоз ёки уреоплазмоз аниқланган бўлса даволаш ҳомиладорликнинг 14-чи ҳафтасидан бошланиши шарт. Хламидиозда рулид 150 мг дан кунига 2 маҳал ёки ровамитсин 3 000 000 ЕД бирликдан кунига 3 маҳал 10 кун мобайнида, микоплазмоз ва уреоплазмозда — макропен 400 мг дан кунига 3 маҳал 10 кун давомида

7. Бачадон бўйни етишмовчилигининг жарроҳлик корректсиясида:

- бачадон бўйнига айланма чок қўйиш (ҳомиладорликни сақлаш терапия фонида ҳомиладорликнинг 13-17 ҳафталарида энг самарадорли ҳисобланади) 37—38 ҳафталик муддатида чок олинади;

- акушерлик пессариясини киргизиш.

1.6. Инфектсияланган абортлар

Инфектсияланган аборт кўпинча криминал аралашувларда кўзгатувчи микробларни бачадонга кириш натижасида пайдо бўлади, камдан-кам ҳолатда гематоген ёки лимфоген йўли орқали ривожланиш мумкин. Артифитсиал абортнинг асорати бўлиши ҳам мумкин, агар бу аралашув унга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида бажарилса (гениталиялардаги яллиғланиш каксалликлар, экстрагенитал келиб чиққан юқумли касалликлар).

Беморни текшириш мақсади инфекцияни тарқалишини баҳолаш ва кўзгатувчини аниқлаш.

Инфекция тарқалишига боғлиқ ҳолда куйидагилар ажратилади:

- асоратланмаган инфекцияланган аборт, бунда инфекция бачадонда жойлашган, ҳомила тухуми ва бачадонни детсидуал қавати билан чегараланган;

- асоратланган инфекцияланган аборт, бунда инфекция бачадондан ташқарига тарқалган, лекин кичик чаноқ соҳаси билан чегараланган (миометрий, бачадон найлари, қон томирлари, тухумдонлар, параметрал клетчатка ва чаноқ қорин пардаси жароҳатланган);

- септик аборт, бунда инфекция кичик чаноқдан ташқарига тарқалган ва генерализациялашаган инфекцияга айланди (кўзга кўринмайдиган метастазлар билан бўлган сепсис - септитсемия, метастазли сепсис - септикопиемия, перитонит, авж олувчи ёки тарқалувчи тромбофлебит, септик шок, анаэробли сепсис).

Жадвал 1

Инфекцияланган абортнинг аниқлаш критериялари

Аниқлаш критериялари	Инфекцияланган аборт		
	асоратланмаган	асоратланган	септик
Шикоятлари	Субфебрил харорат, тана харорати ошади, лекин жўнжикиш йўқ, қорин пастидаги оғриқлар, патологик ажралмалар	Тана харорати 38 °С, жўнжикиш, қорин пастидаги оғриқлар, патологик ажралмалар	Тана харорати 38 °С, дан баланд, гектик турга оид, калтирашли совуққотиш, қорин пастидаги оғриқлар, патологик ажралмалар
Инттоксикация	кучсиз	Ўртача кучда	Кескин кучли

нинг кучлилиги			
Умумий аҳволи	Қониқарли	Ўрта оғирликда	Оғир
Гемодинамик кўрсаткичлари	Тахикардия. КБ нормал	Тахикардия, КБ ўзгариши	Тахикардия, брадикардия, КБ пасайиши
Диурез	норма	Пасайиши мумкин	Олигоанурия
Қоннинг клиник таҳлили	ўртача лейкоцитоз ва анемия	Юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши, СОЭ (эритроцитлар чўкиш тезлиги) тезлашган, гемоглобинни пасайиши	Кучайган лейкоцитоз ёки лейкопения, лейкоцитар формуласини чапга силжиши, токсик камқонлик белгилари, нейтрофилларнинг токсик донадорлиги, юқори лейкоцитар кўрсаткич
Қоннинг биохимик таҳлилари	Ўзгаришсиз	Гипо- ва диспротеинемия, гиперкоагулятсия	Кучли ўзгаришлар, коагулопатия
Кичик чанок аъзоларининг жароҳатланиш даражаси	Эндотсервитсит, т, кольпит, эндометрит	Эндотсервитсит, кольпит, метро-эндометрит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит	Эндотсервитсит. кольпит, метроэндометрит, метротромбофлебит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит

Врач тактикаси. Асоратланмаган инфекцияланган абортда антибактериал ва инфузион терапиясининг фонида ҳомила туҳумини олиб ташлайдилар (фаол усул) ёки бу оператсияни инфекция босилгунча қилмайдилар

(кузатувчи тактика).

Жадвал 2

Инфексияланган абортларни даволаш

Даволаш тадбирлари	Препаратлар
Антибактериал терапия	Кенг спектрли таъсирга эга антибиотикларни томир ичидан массив дозаларада жўнатиш: тсефалоспоринлар (клафоран, кефзол, тсефамезин по 6 8 г в сутки), аугментин, тиенам, меронем, уларни аминогликозидлар билан биргаликда ишлатилади - гентамитсин (0,5 г дан кунига 3 маҳал мушак орасига), амикатсин (0,5 г дан кунига 3 маҳал), ва шу билан бирга метрагил томир ичига томчилаб жўнатилади (100 мл кунига 2-3 маҳал)
Инфузион терапия (2 л дан ортиқ ҳажмда)	Оқсил препаратлари албумин, қуруқ ёки натив плазма, протеин. Реополиглюкин, полиглюкин, полийон эритмалар. Гемотрансфузия – кўрсатмага оид.
Дори-воситалар терапияси	Димедрол, тавегил, пиполфен, транквилизаторлар, кардио-тоник моддалар, преднизолон, гидрокортизон, С ва В гуруҳдаги витаминлар, унитиол, протеазалар ингибиторлари (тразилол, гордокс), гепатопротекторлар (эссентсиале, карсил)
Жарроҳлик аралашуви	Асоратланган ва асоратланмаган абортда бачадон бўшлиғини инфекцияланган ҳомила тухуми қолдиқларидан тозалаш, бачадон экстирпатсияси бачадон найлари билан - септик абортда

Асоратланган инфекцияланган аборт кузатув-фаол тактикансини талаб этади: дастлабки антибактериал ва дезинтоксикатсион терапия; яллиғланиш жараёни сустрлашгандан сўнг – бачадон бўшлиғини инфекцияланган ҳомила қолдиғларидан тозалаш, гормонал терапия, антибиотиклар ва инфузион

эритмалар юбориш.

Септик абортда комплексли антибактериал ва дезинтоксикатсион терапия ўтказилади, оператив даво инфексия ўчоғини йўқотишга қаратилган - бачадон экстирпатсияси бачадон найлари билан ва қорин бўшлиғини дренажлаш. Оператсиядан кейинги даврда кўп компонентли интенсив терапия ўтказилади.

Интенсив терапия аёлни клиник соғайишигача ва лаборатор кўрсаткичлар нормаллашигача ўтказилади.

Инфексияланган абортларнинг давоси комплексли бўлиб касаллик кўзгатувчисини йўқотишга, метаболик бузилишларни тиклашга ва инфексия ўчоғини йўқотишга қаратилган.

1.7. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликнинг этиологияси ҳали аниқланмаган. Бачадон бўйнидаги, аниқроғи бачадон бўйнидан бачадонга ўтиш қисмидаги ҳомиладорлик (истмико-тсервикал), *placenta cervikalis, s. istmicocervicalis* платсентали ҳомиладорликда шундай патология тушунилади-ки уни жойлашувига қараб, платсента бачадон бўйнини бачадон танасига ўтиш жойида ёпишган бўлса (пастки сегмент) ва бачадон бўйнида. Бунда ҳорион ворсиналари бачадон бўйнинининг мушак тўқимасига, баъзида ҳатто параметрийга кириб кетади. Шунга ўхшаш патология кам учрайди ва казуистик кузатувларда ёзиб чиқилади; лекин у ниҳоятда ҳавфлидир, чунки қон кетиш кучли бўлиб ўлимга олиб келади. Абортдан кейинги эндометрийни дистрофик ўзгаришларига алоҳида эътибор берилади.

Клиник манзара асосий қон кетиш билан ифодаланади, қон кетиш ҳомиладорликнинг биринчи ёки иккинчи ярмида пайдо бўлади. Унинг сабаби – платсентани кўчиши ёки бачадон бўйнидаги юққалашган қон томирларнинг ёрилиши. Аксарият ҳолларда ҳомиладорлик унинг биринчи ярмида узилади, камдан-кам ҳолларда муддтига етиши мумкин.

Диагностикаси жиддий қийинчилик келтириши мумкин. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликка хос белгилардан: бачадон бўйни иширганга

ўҳшаб платсента жойлашган жойи, ёки бутун ҳомила тухуми жойлашган жойи шишиб бўртиб туради, ташқи бўғиз эктсентрик жойлашган. Баъзида бачадон бўйни тухумсимон шаклдаги ўсмага ўҳшаб, пастки қисмида буғиз юпқалашган қирғоқлари билан жойлашган бўлади. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни ўлчамлари бачадон танасидан анча катталашган бўлади, ва хато қилиб уни қорин пардаси остидаги миома тугунига ўҳшатилади.

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни (ҳомиладорликнинг илк муддатларида) йўлдаги абортдан таққослаш зарур. Уларнинг умумий симптоми бачадондан кучли қон кетиш. Лекин йўлдаги абортда бачадон тухум шаклида бўлади, бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда эса асимметрик шаклда бўлади, чунки бачадон бўйнининг битта девори бўртиб туради.

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни бачадон миомасидан таққослаш зарур. Уни тўғри аниқланиши фақат анамнезнинг маълумотларига асосланади (хайзни тўхташи, ҳомиладорликнинг бошқа белгилари), бачадон бўғзини эктсентрик жойлашиши. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетишида платсентани олдинда ётишини инкор этиш зарур; бунга қарши бачадон бўйни каналида платсентани топилиши, бачадоннинг ички бўғзига яқин жойлашиши, буғизни эктсентрик силжиши.

Даволаш бачадон экстирпатсияни ўтказиш ҳеч қандай қин орқали ҳомила тухумини олиб кўрилмасдан. Қин орқали ҳатолик аралашув – бачадон бўшлиғини қириш ёки бармоқлар ёрдамида платсентани ажратиш – профуз қон кетишга олиб келади, кўпинча ўлим билан тугайди. Шунга ўҳшаш қон кетиш йирик қон томирлар очилишига платсентани самарасиз ажратишда кузатилади. Ҳеч қандай терапевтик муолажалар (тампонада, чоклар қўйиш) қон кетишни тўхтатмайди, бачадон экстирпатсияси зудлик билан ўтказилган ҳолларда ҳам қон йўқотган аёлни ўлимдан қутқариб қолиш амри маҳол.

Оқибати жуда жиддий, чунки ўз вақтида бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни аниқлаш ва уни даволаш хатога олиб келади.

1.8. Ҳомиладорликнинг илк муддатлари вагинал қон кетишнинг диагностикаси

Ҳар доим мавжуд симптомлар	Баъзида пайдо бўладиган симптомлар ва белгилар	Эҳтимолий ташҳис
<p>Енгил қон кетиш (тоза таглик ёки ички кийим ивишига 5 дақиқадан ортиқ вақт кетади)</p> <p>Бачадон бўйни берк</p> <p>Бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатига мос</p>	<p>Санчиқлар/ оғриқлар қорин пастида</p> <p>Бачадон нормадан юмшоқ</p>	<p>Тахдид қилувчи аборт</p>
<p>Енгил қон кетиш</p> <p>Қоринда оғриқ</p> <p>Бачадон бўйни берк</p> <p>Бачадон бироз катта</p> <p>Бачадон бироз юмшоқ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳушдан кетиш ҳолати • Ортиқлар соҳасида оғриқли тузилма • Аменорея • Бачадон бўйни ҳаракатланганда оғриқ 	<p>Бачадондан ташқари ҳомиладорлик</p>
<p>Енгил қон кетиш</p> <p>Бачадон бўйни берк</p> <p>Бачадон ҳомиладорлик муддатидан бироз кичик</p> <p>Бачадон бироз юмшоқ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Енгил санчиқлар/ оғриқлар қорин пастида • Анамнезида ажралмаларда ҳомила парчаларини чиқиши 	<p>Тўлиқ аборт</p>
<p>Кучли қон кетиш (тоза таглик ёки ички кийим ивишига 5 дақиқадан оз</p>	<ul style="list-style-type: none"> • талвасалар/ оғриқлар қорин пастида • Бачадон оғриқли 	<p>Йўлдаги аборт</p>

вақт кетади) Бачадон бўйни очик Бачадон ҳомиладорлик муддатига мос	<ul style="list-style-type: none"> • ҳомила парчаларини ажралмаларда чиқиши йўқ 	
Кучли қон кетиш Бачадон бўйни очик Бачадон ҳомиладорлик муддатига мос	<ul style="list-style-type: none"> • талвасалар/ оғриқлар қорин пастида • Бачадон оғриқли • ҳомила парчаларини ажралмаларда чиқиши йўқ 	Нотўлиқ аборт
Кучли қон кетиш Бачадон бўйни очик Бачадон ҳомиладорлик муддатидан катта Бачадон одатдагидан юмшоқ ҳомила парчаларини бўлакчалар билан ажралмаларда чиқиши, узум шингиллини эслатади	<ul style="list-style-type: none"> • Кўнгил айнаш/қусиш • Спонтан аборт • талвасалар/ оғриқлар қорин пастида • Тухумдон кистаси/ осон йиртиладиган • Презкламписияни эрта бошлаши • Ҳомила йўқлиги 	Ел буғоз

Жадвал.

1. 9. Аборт асоратларини аниқлаш ва даволаш

Симптомлари ва белгилари	асоратлар	даволаш

<ul style="list-style-type: none"> • Қорин пастида оғриқ • Оғриқ иррадиатсияси • Оғриқли бачадон • Чўзилиб кетадиган қон кетиш • Ҳолсизлик • Юқори ҳарорат • Бадбўй ҳидли қин ажралмалари • Бачадон бўйни ажралмалари йирингли • Бачадон бўйни ҳаракатланганида оғриқли 	<p>Инфектсия/сепсис</p>	<p>Антибиотикларни имкон қадар эрта беришни бошлаш керак, мануал вакуум аспиратсиясидан аввал</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Қорин пастида оғриқ • Оғриқ иррадиатсияси • Қорин шиши • Қорин мушакларнинг таранглиги (таранг ёки қаттиқ қорин) • Елкалардаги оғриқ • Кўнгил айнаш/қушиш • Юқори тана 	<p>Бачадон, қин ва ичакларнинг жароҳатланиши</p>	<p>Жароҳатларни тиклаш учун лапаротомияни ўтказинг ва шу билан бирга мануал вакуум аспиратсиясини бажаринг. Зарурият бўлса ёрдам сўранг.</p>

харорати		
----------	--	--

1.10. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик ҳомила тухуми бачадондан ташқарига пайвандланса ривожланади. Фаллопий найлари – бачадондан ташқар имплантатсиясининг энг кўп учрайдиган жойи (90% кўп).

Ҳомила тухуми жойлашганлигига ва ёрилганлигига боғлиқ ҳолда симптомлари ва белгилари бир-биридан кучли фарқланади. Кульдотсентез (тўғри ичак – бачадон бўш жойининг пунктсияси (орқа гумбаз)) узилган ҳомиладорликнинг аниқлашни муҳим усулларида ҳисобланади, лекин қон зардобининг ҳомиладорликка синамаси ва УТТ дан кўра кам ишлатилади. Агар ивимайдиган қон аниқланган бўлса тезкор даволашни бошланг.

Узилган ва ривожланаётган бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг симптомлари ва белгилари.

Ривожланаётган бачадондан ташқари ҳомиладорлик	Узилган бачадондан ташқари ҳомиладорлик
<p>Илк муддатли ҳомиладорлик симптомлари (номунтазам қонли ажралмалар ёки қон кетиш, кўнгил айниш, сут безларининг дағалашиши, қин шиллиқ қаватини ва бачадон бўйнини кўқариши, бачадон бўйнини юмшаши, бачадонни бир-оз катталашиши, сийишни тезлашиши)</p> <p>Қоринда оғриқ</p>	<p>Коллапс</p> <p>Томир уриши тез ва суст (110 та зарба 1 дақиқада)</p> <p>Пасайган ҚБ</p> <p>Гиповолемия</p> <p>Қоринда ва чаноқдаги ўткир оғриқ</p> <p>Перкутор товушни томтоқлашиши ва қоринни шиши биргаликда қориш бўшлиғида суюқлик мавжудлигидан маълумот беради</p> <p>Қорин пардасини тирнаш белгилари, рангпарлик</p>

Дифференциал диагностика

Кўпинча бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг дифференсиал диагностикасини таҳдид қилувчи аборт билан ўтказилиши зарур. Бошқа ҳолларда – кичик чанокнинг ўткир ёки сурункали яллиғланиш касалликлари, тухумдон кистаси (ёрилиши ёки буралиши) ва ўткир аппендитсит билан ўтказилади.

Таҳдид қилувчи аборт ёки киста оёқчасини буралишини бир-биридан фарқлашга УТТ ёрдам беради.

Тезкор тадбирлар:

- қоннинг хош синови ва тезкор лапаротомияга тайёргарлик. Оператсияни бошлашни қон таҳлили натижаси чиқишигача чўзманг.
- Оператсия мобайнида иккала тухумдон ва найларни кўздан кечиринг:
 - агар найларнинг кучли шикастланиши аниқланган бўлса, сальпигэктомияни бажаринг (қонаятган най ва ҳомила қолдиқлари биргаликда олиб ташланади). Бу кўп ҳолларда оператсия турини танлашга боғланади.
 - кам ҳолларда, найлар унча зарарланмаган бўлса сальпингостомияни бажаринг (ҳомила қолдиқлари олиб ташланиб, най сақланиши лозим). Буни фақат найларнинг сақланиши аёлнинг бола туғиш функциясини сақлаш муҳимлигида қилиш керак, чунки бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланиши қайталаниши ҳавфи юқори бўлиб қолади.

Аутогемотрансфузия.

Қон кетиш нуфузли бўлса аутогемотрансфузия бажарилиши учун қорин бўшлиғига тўкилган қон янги ва инфекцияланмаган бўлиши керак (ҳомиладорликнинг кечки муддатларида қонда амниотик суюқлик ва бошқа моддалар бўлиши мумкин ва аутогемотрансфузияга ярамайди). Тўкилган қон оператсиягача ёки қорин бўшлиғини очгандан кейин олиниши мумкин:

- Аёл жарроҳлик столида оператсиягача ётганда ва қорин ичи қонга тўлганда, баъзида қорин олди девори орқали қонни маҳсус тизимга тўплаш мумкин;
- Бошқа ҳолда қорин бўшлиғини очинг:

- стерил идишга қонни тўпланг ва лаҳталардан тозалаш учун марля орқали ўтказинг;
- антисептик эритма билан қон қуйиш мосламасини тозаланг ва стерил скалпел билан очинг;
- аёл қонини мосламага жойлаштиринг ва одатдагидек филтрани қўллаб гемотрансфузияни бажаринг;
- агар антикоагулянтли стандарт қопча/флакон бўлмаса унда ҳар бир 90 мл қонга 10 мл натрий тситратини қўшинг.

Аёлни кейинчалик олиб бориш

- Аёлга статсионардан чиқиб кетгунича репродуктив фаолиятини сақлаш туғрисида маълумотлар ва маслаҳатлар беринг.
- Бачадон ташқари ҳомиладорлик қайталаниш ҳавфини инобатга олган ҳолда оилани режалаштириш масаллари туғрисида маълумотлар жуда муҳим ҳисобланади.
- 6 ой давомида камқонликни темир препаратлари билан коррекциясини ўтказинг.
- 4 ҳафтадан кейин аёл ташрифини режалаштиринг

1.11. Ел буғоз

Хориал ворсиналарнинг ҳаддан ташқари кўп пролифератсияси билан ифодаланади

Тезкор чоралар:

- агар ел буғоз ташҳисидида гумон бўлмаса, бачадон бўшлиғини тозаланг;
- агар бачадон бўйнини кенгайтириш зарар бўлса, паратсервикал анестезияни қўлланг;
- вакуум аспиратсияни қўлланг.

Мануал вакуум аспиратсия ҳавфсизроқ ва камроқ қон кетиш билан кечади.

Бачадон бўшлиғи металл кюретка ёрдамида қирилганда бачадон девори перфоратсияси ҳавфи юқори;

- манипулятсия пайтида учта шприце тайёр туриши керак

Бачадон бўшлиғидаги тўпланган тўқима мўллиги учун уни тезкор бўшатиш муҳим: 1 л эритмага 20 ЕД окситотсин томир ичига (физиологик эритма ёки Рингер-Лактат эритмасида) манипулятсия вақтида қон кетишни олдини олиш учун 1 дақиқада 60 томчи тезлиги билан томизилади.

Аёлни кейинчалик олиб бориш.

- Ҳомиладорликдан сақланишни минимум 1 йил давомида оилани режалаштиришни гормонал усулини тавсия этинг. Болалар сони етарли бўлиб аёл бошқа туғишни режалаштирмаса бачадон найларини ихтиёри бойлашни тавсия этиш мумкин.

- Бир йил давомида ҳар 8 ҳафтада ҳомиладорликка тест ўтказинг, чунки персистенлашган трофобластик касаллиги ва хориокартсинома ҳавфи мавжуд. Агар 8 ҳафтадан сўнг ҳомиладорликка тест манфий бўлмаса ва йил мобайнида яна мусбат бўлиб қолса, аёлни кейинчалик кузатув ва даволаниши учун юқори даражали тиббий марказга юбориш зарур.

Жадвал.

1. 12. Абортдан кейин оилани режалаштириш усуллари

Контратсептсиянинг усуллари	Бошлаш керак
Гормонал (таблеткалар, инъектсиялар, имплантантлар)	Зудлик билан
презервативы	Зудлик билан
БИВ	Зудлик билан Инфектсия аниқланганда ёки гумон бўлса бу усулни тўлиқ соғайгунча кечиктиринг агар Нв 7 г/л дан кам бўлса, бу усулни камқонликдан тўлиқ соғайгунча кечиктиринг Вақтинчалик усулларни тавсия этинг (масалан, презервативлар)

<p>Найларнинг ихтиёрий бойлаш (стерилизатсия)</p>	<p>Зудлик билан</p> <p>Инфектсия аниқланганда ёки гумон бўлса бу усулни тўлиқ соғайгунча кечиктиринг</p> <p>агар Нв 7 г/л дан кам бўлса, бу усулни камқонликдан тўлиқ соғайгунча кечиктиринг</p> <p>Вақтинчалик усулларни тавсия этинг (масалан, презервативлар)</p>
---	--

Бундан ташқари, аёлга зарур бўладиган репродуктив саломатликнинг хизматларини бошқа турларини аниқланг. Масалан, баъзи аёлларга керак бўлади: қоқшол профилактикаси, жинсий йўл билан юқадиган касалликларни даволаш, бачадон бўйни ракини аниқлаш учун скрининг текшируви

II БОБ.

2.1. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетишлар.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетишлар –бу 22 ҳафтадан кейин ҳомиладорлик муддатидаги қон кетишлар ҳисобланади. Кўпинча сабаблари нормал жойлашган платсентани барвақт кўчиши, платсентани нотўғри жойлашиши, ёки бачадон бўйнининг ички буғзига нисбатан марказда, ёнбошда, қирғоқда, қисман, марказий тўли жойлашганлиги ва бачадон ёрилиши бўлиши мумкин.

2. 2. НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАТСЕНТАНИ БАРВАҚТ КЎЧИШИ

Ҳомиладорлик ва туғруқ нормал кечганда йўлдош туғруқнинг учинчи давригача бачадоннинг юкори сегменти деворига ёпишганча қолаверади. Ҳомила туғилгач, бачадон кискариб, ичидаги босим пасайиши муносабати билан йўлдош кўчади. Баъзан патологик жараёнларда нормал жойлашган

йўлдош ҳомила туғилгунга қадар кўчади ва бу ҳолат она ва ҳомила учун ўта ҳавфли ҳисобланади.

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 илик иқлим минтақаларига нисбатан 10 марта кўпроқ учрайди. Нормал жойлашган платсентанинг барвақт кўчиши 2-8% ҳолларда ўлимга олиб келади.

Сабаблари.

Томирлар системасининг ўзгариши билан давом этадиган касалликларда йўлдош кўпинча барвақт кўчади. Нормал жойлашган платсентанинг барвақт кўчиши кўпинча бачадон ва йўлдошда дегенератив ва яллиғланиш жараёнлари кузатилганда юзага келади. Платсентанинг кўчишига бачадон платсентар томирларининг деворлари юпкалашиб, мўртлашиб, ўтказувчанлиги ошиб, осон парчаланиб қон қуйилишига олиб келувчи ёки мойиллик туғдирувчи омил бўлиб ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари, буйрак касалликлари, гиперто ния, 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 қалта бўлганда ва ҳомила пардаси кечикиб йиртилганда йўлдош кўчиши мумкин. Эгизак ҳомиладорликда биринчи ҳомила туғилгач, йўлдош кўчиши кузатилиши мумкин. Камдан-кам сабаблари: жароҳатлар, асаб-рухий омиллар.

Нормал жойлашган платсенганинг вақтидан илгари кўчиши патогенези қон томирлар ёрилиши билан тушунтирилади, бу ворсинкалараро қон айланиши бузилишига олиб келади ва қон кетиб ретроплатсентар гематома шаклланади. Ушбу асоратнинг учраши 1,0 дан 5% гача.

Йўлдош барвақт кўчганда рўй берадиган ўзгаришлар ниҳоятда хилма-хил бўлиб, йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчганлигига боғлиқ бўлади. Йўлдош тўлиқ кўчганда йўлдош ва бачадон девори оралиғига қон тўпланиб, баъзан қон бачадон деворларига сўрилади. Бунда мускул ва сероз каватига қон куйилиши натижасида бачадон юзаси қорамтир-кизарган бўлади. Бундай ўзгаришни Кювелер бачадони деб аталади ва бачадон туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қисқариш хусусиятини йўқотади, ниҳоятда кўп қон кетади.

Нормал жойлашган платсентанинг барвақт кўчиши 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, хомила юрак уриши нормал бўлади. Жинсий йўллардан озгина қон кетади, баъзан қон кетиши ҳам кузатилмайди.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиш турлари: марказдан қисман, четдан, марказдан тўлиқ ажралган Уртача оғирликдаги даражаси 20% беморларда учраб, йўлдош юзасининг 40% гача қисми кўчган бўлади. Ҳомиладор аёл корнининг 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 чиккани 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 ахволи нихоятда оғирлашади, корнининг хамма соҳасида каттик оғриқ сезади, хушидан кетиб, кон босими пасайган, томир уриши сустлашган, совук тер босиб, ранглари оқарган бўлади. Бачадонни корин оркали пайпаслаганда бачадон таранглашиб, каттик оғриқ натижасида ҳомиланинг кисмларини пайпаслаб аниклаш имкони бўлмайди. Ҳомила она корнида нобуд бўлади. Бачадон девори кон томирлари оркали тромбопластин таначаларининг кўп миқтсorda ўтиши натижасида коннинг ивиш хусусияти пасайган (гипофибриногенемия) ёки бутунлай кон йўколганлиги (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 холетсистит, панкреатит, аппендитсит касалликлари билан таққослаб кўриш ва чалкаштирмаслик керак.

Хавф гуруҳлари.

1. Ҳомиладорлик асорати: гипертензив синдром, преэклампсия.
2. Юрак кон-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 дискоординатсияси.
3. Ассосиз туғруқ фаолиятини кучайтириш.
4. Қалта киндик тизимчаси
5. Бачадон ичи босимининг кескин пасайиши, кўпсувлиликда.

Диагностикаси.

1. Аёлнинг умумий ахволини баҳолаш
2. Ҳомила ҳолатини баҳолаш
3. УТТ -платсентадаги ўзгаришларни аниқлаш асоратларнинг олдини олишга имкон беради

Олиб бориш тактикаси.

Аёл ва ҳомила ҳолатига ва платсента кўчиш даражасига ҳам боғлиқ. Клиник кечишга боғлиқ бўлмаган ҳолда теэ ДВС синдроми ёки кон йўқотиш натижасида гиповолемиа ривожланиши мумкин.

Нормал жойлашган платсентанинг барвақт кўчишида ўтказиш керак бўлган чора- тадбирларнинг кетма-кетлиги.

1. Бемор шикоятларини баҳолаш.
 2. Умумий ахволини тўғри баҳолаш.
 3. Гемодинамика кўрсаткичларини тўғри аниқлаш
 4. Ташки акушерлик текшируви:
 - бачадон ҳолатини баҳолаш (тонус, таранглиги, бўртиб чиқиши, оғ-риклилик).
 - ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш
 5. Тезлик билан статсионарга олиб бориш
- Статсионарда кин орқали текшириш:
- туғрук фаолиятини аниқлаш
 - хулоса чиқариш ва олиб бориш тактикасини аниқлаш: кесарча кесиш ёки бачадон оғзи очик бўлса, амниотомия қилиб табиий йўл орқали туғдириш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини даволаш унинг клиник даражаси ва туғрукда бачадон бўйни очилиш даражасига караб олиб борилади. Агар йўлдошнинг озгина кисми барвақт кўчган бўлиб, аёл ва ҳомиланинг ахволи ўзгармаган бўлса, аёлни дарҳол туғрукхонага ётқизиб, нихоятда тинч шароит яратилади, сўнгра коагулопатик кон кетишининг олдини олиш учун чора-тадбирлар ўтказилади (контрикал, дитсинон, АТФ, витамин Е, кальтсий глюконат ва ҳ.к.) Спазмолитик дорилардан ношпа 2 мл,

папаверин 2 мл мушак орасига, баралгин 5 мл кон томирга юбориш билан бачадоннинг қисқаришини тўхтатиш амалга оширилади. Албатта, ҳомила гипоксиясига қарши дори-дармонлар юбориш ҳам тавсия этилади. Бачадон бўйни 3-4 см очилганда амниотомия бажарилади. Бу платсента кўчишини секинлаштиради ёки тўхтатади. Агар платсента кўчиши давом этса, хоилага ҳалок бўлган тақдирда ҳам туғруқ тезкор жарроҳлик йўли билан тугатилади. Ҳомиладор аёлни даволаш давомида унинг томир уриши, қон босими, умумий аҳолини кузатиб, вақти-вақти билан қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш, хоилага 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 оғрик сезилса, аёлнинг томир уриши тезлашиб, қон босими пасайса, хоилага юрак уриши ўзгариши кузатилса, буларнинг ҳаммаси йўлдошнинг барвақт кўчиши давом этаётганлигидан дарак беради. Бундай аёлга тезкор ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Бунда хоиладор аёл турруқ пайтида бўлмаса, дарҳол кесарча кесиш оператсияси қилинади. Оператсия 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 хоилагани акушерлик қисқичлари орқали тортиб туғдириб олинади. Хулоса қилиб айтганда, йўлдошнинг барвақт кўчишининг биринчи даражасида оператсия қилмасдан дори-дармонлар билан даволаб, аёл кузатилиб турилса, йўлдош кўчишининг ўртача оғир ва оғир даражасида тезкорлик билан оператсия қилиш йўли билан даволанади. Аёлни туғдириш вақтида қандай қоралар 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 организмда рўй берадиган ўзгаришлар унинг йўқотган қон миқдорига. берилган ёрдамнинг тезлигига, организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, аёл туғруқхонага қанча тез ётқизилса, оғир асоратлар қолиши, шунингдек оналар ҳамда болалар ўлими шунчалик қамаяди. Ҳар томонлама ўз вақтида тезкорлик билан ёрдам кўрсатилмаса, бачадоннинг қисман (гипотоник) ва бутунлан (атоник) қисқармаслиги, қон ивиш хусусиятининг пасайиб кетиши кузатилиши мумкин. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши хавфли асорат бўлиб, унинг натижасида: (ДВС) ТҚИ синдроми, Кювелер бачадони, гипо- ва атоник қон кетиши ривожланади.

Даволаш. Тез ва эҳтиёткорлик билан туғдириш. Бунда абдоминал кесарча кесиш тўғри келади ва бачадон - платсента апоплексияси-Кювелер бачадони бўлса-бачадонни ампутатсия қилиш керак, ТИҚИ синдромининг ўткир формаси ривожланганда бачадон экстирпатсияси шарт. Туғруқ биринчи давр охирида ёки иккинчи даврида нормал жойлашган платсентанинг вақтидан илгари кўчиши кузатилса, туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали тугатилиши мумкин. Бундай ҳомиладорларда ҳам бачадонни тез бўшатиш таъминлига амал қилинади. Акушерлик ҳолатига қараб акушерлик қисқичлари ишлатилади ёки ҳомилани бўлаклаш жаррохлик амалиёти бажарилади.

Асосий профилактик чоралар: буйрак ва юрак - томир касалликлари, гипертензив ҳолатларни ўз вақтида даволаш, абортнинг олдини олишдан ва бошқалардан иборат. Шу билан бирга платсентатсия даврида ангиогенез тўғри ривожланишини таъминлаш учун ҳайз циклининг нормал кечишини яъни эстроенлар ва прогестеронлар етарли миқдорда аёл организмда чиқишини йўлга қўйилиши соғлом турмуш тарзи ва соғлом овқатланиш орқали амалга оширилишини эсдан чиқармаслик зарур. Ҳомиладорликка

тайёрланиш даврига жиддий эътибор берилса ушбу оғир ҳомиладорлик ва туғруқ асоратини олдинги олишга эришилиши мумкин.

2.3. ПЛАТСЕНТАНИНГ ОЛДИНДА ЁТИШИ

Платсентанинг олдинда ётиши – бу платсентани бачадоннинг пастки сегментида хомиланинг олдинда ётган қисмидан олдин имплантатсияси. Нормада платсента бачадон танасида жойлашади, ички бўғиздан анча йироқ. Ҳеч бўлмаганда 7 см юқори жойланиши зарур. Платсентани жойланиши одатда уруғланган туҳум хужайраси пайвандланган жойида амалга ошади, чунки зигота ўзининг ривожланиши учун бачадон бачадон бўшлиғида ўзига қўлай шароит топиб, кейин жойланади. Агар платсента ички бўғизни устида жойлашса, унда онадаги оғир қон кетишга олиб келиши хомилада эса кучли гипоксия ҳавфи ортади. Платсентани олдинда ётишини кўп таснифлари мавжуд, асосан, унинг бачадон бўйининг ички бўғизига нисбатан жойлашиши. Лекин, кўпинча, туғруқ бошланишига бу муносабатлар сезиларли ўзгаришларга олиб келади, шунинг учун туғруқ бошланишидаги пайтини ҳисобга олиш яхшироқ.

Платсентани патологик ёпишишининг вариантлари

Қабул қилинган тасниф 1 жадвалда кўрсатилган.

1 Жадвал.

Платсентани олдинда ётишини таснифи

Даражаси	Жойлашиши
I	Платсента пастда жойлашиши: платсента пастки сегментга имплантатсия бўлади, лекин ички бўғизга етмайди.
	Платсентани қирғоқли жойланиши – платсента тўқимаси ички бўғизга бир-оз тегиб турибди. Платсента қирғоғини қин орқали текширганда пайпаслаш мумкин.
III	Платсентани қисман жойланиши (таҳминан 30%) ички бўғиз платсента билан ёпилган.
IV	Платсентани тўлиқ олдинда ётиши (таҳминан - 40%) –ички

	<p>бўғиз платсента билан беркилган. Агар платсента асосан ички бўғиз атрофида имплантатсия бўлса, унда платсентани марказий жойланиши термини ўринли.</p>
--	---

Платсента олдинда ётганда аёлларда унинг каттиқ ёпишиши ёки бирикиши мумкинлиги эътиборга олиниши керак. Бундай ҳолда бачадон деворида платсентани патологик ёпишиши шаклланади. Ушбу ҳолатда decidua basalis бўлмайди. Платсента билвосита миометрийга ёпишган бўлиши мумкин (accreta), миометрийнинг ичига кирган (increta), ёки миометрий қаватини ичига ўсиб кириб кетган (percreta) бўлиши мумкин.

Хомиладорликнинг учинчи учойлигида платсентани олдинда ётиши, турли муаллифлар маълумотларига кўра 0,1 дан 1 % гача учратилади. Оналар ўлими бу ҳолда 0,9 %га етади. Бу муаммо асосан – кўп тукқан аёлларники: биринчи бор туғувчиларда унинг тез-тез учратилиши 1500 туғруққа 1 та, бешинчи туғишда эса унинг хавфи тобора ортади ва 20 та туғруққа 1 та тўғри келади!

Платсентани қайтадан олдинда ётиши хар кейинги хомиладорликда бу патология кузатилмаган аёлларга нисбатан 12 мартага ортади.

Иккинчи триместр бошида платсентани олдин ётиши 5% га ётиши мумкин (генетик текширувлар учун амниотсентез қилинган аёллар гуруҳда аниқланган). Улардан 90% да платсентани олдина ётиши ўз-ўзидан йўқолган. Шуниси қизиқарли-ки, хомиладорликнинг охирига етганида платсентани олдинда ётиши йўқолган аёлларда туғруқдаги массив қон кетишлар, платсентани барвақт кўчиши, хомила ривожланишини ортада қолиши, барвақт туғруқлар каби хомиладорликнинг асоратлари ва перинатал ўлим кўрсаткичи юқори рақамлари кузатилган. Бу асоратлар платсентани олдинда ётиши ҳал бўлган аёллар орасида 45% содир бўлди. Хомиладорлик ўзи асоратлар билан кечган. Шунинг учун бундай хомиладорларни юқори хавф гуруҳига киритилган.

Платсентани унинг пастда жойлашганидан сўнг унинг ривожланишини иккита сценарийси мавжуд – тсентрипетал (унда платсентани тўлиқ олдинда ётиши пайдо бўлади) ва бир йўналли – бачадон тубининг бой васкуляриланган жойига. Бундай ўсиш платсентани олдинда ётишини йўқолишига сабаб бўлиши мумкин, чунки платсента бачадон тубига яқинлашиб қолади, паст сегментда эса қон томирлар унчалик кўп эмас. Бундай ўсишнинг қўшимча исботи бўлиб эктсентрик, қирғоқли ва умуман киндикнинг пардали ёпишиши ҳисобланади. Киндикнинг ёпишган жойи платсентани аввалги ёпишган жойини кўрсатади. Агар иккинчи триместрда платсента бачадон тубида аниқланса, хомиладорлик муддатига етганда у бошқа ҳеч қаерга мигратсия қилмайди ва бу аёлда платсента олдинда ётиши бўлмайди.

Этиология

Платсентани олдинда ётишини ҳавф омиллари – бу абортлар, эндометрит, анамнезидаги кўп туғруқлар ва онанинг ёши (катталиқ томонига). Дикқатга сазовор ҳавф омилларидан бири – атрофик ёки яллиғланиш ўзгаришлар туфайли детсидуал қаватнинг васкуляризацияси бузилиши. Туғруқлар сони ва платсентани олдинда ётиши орасидаги боғлиқлик аввалги хомиладорликдан жароҳатланган эндометрий ушбу асоратнинг этиологик омили бўлиб ҳисобланиши мумкин. Эндометрий аввалги хомиладорликдан қолган имплантатсия жойида ўзгаришлар бўлиши мумкин, шунинг учун кейинги хомиладорликда хомила туҳуми пастки сегментда пайвандланиши эҳтимолдан ҳоли эмас.

Шунингдек, кесар кесиш ташриҳи ва йўлдошни олдинда ётиши ва ёпишиши орасида боғлиқлик аниқланган. Агар бачадонда чандиқ бўлмаса платсентани олдинда ётиши 0.26% да учрайди. Чандиқлар сонига кўра у чизиқлик боғлиқликда ортиб боради, агар аёл 4 ва ундан кўп кесар кесиш ташриҳини бошидан кечирган бўлса бу рақам 10% га етади. Йўлдошни олдинда ётиши бўйича кесар кесиш оператсияси ўтказилган бўлса у патология 24% ни ташкил этади, бунда оператсия сони 4 та ва ундан кўп

бўлса 67% га етади. Пастки сегментида яхши ривожланмаган детсидуал кавати – платсентани нотуғри ёпишишининг сабаби бўлиб унинг чин ёпишиши ҳавфини сезиларли равишда ортиради.

2.4. Йўлдошнинг олдинда ётишининг клиникаси

Йўлдошнинг олдинда ётишининг энг асосий белги бўлиб жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши ҳисобланади, лекин у ҳар доим ҳам иккинчи триместр охирида ва учинчи триместр бошида пайдо бўлмайди. Бу қон кетиш оғриқли синдром билан кечмайди, ва одатда, ҳаммаёқ тинчлик пайтида (кўпинча уйқуда) пайдо бўлади. Учинчи триместрдаги хомиладорларда қон кетиш содир бўлса улар, агар бошқа сабаблар аниқланмаса, йўлдош олдинда ётиши билан бўлган беморлардек қабул қилинишлари керак. Кўпинча қон кетиш хомиладорликнинг 34 ҳафтасида бошланади, беморларнинг ярми касалхоналарда 36 ҳафтагача ётишади. Йўлдош олдинда ётган фақат 2% хомиладорларда қон кетиш хомиладорликнинг 38 ҳафтасигача пайдо бўлади. Лекин тахминан 30 % ҳодисаларда илк бор қон кетишлар хомиладорликнинг 30 ҳафтасигача бўлиши мумкин. Қон кетиш ҳар доим ҳам оғриқсиз бўлавермайди. Тахминан 25% аёлларда қон кетишдан сўнг туғруқ бошланади, бунда қоғоноқ пардалар бутунлигача қолавериши ёки ёрилиши мумкин. Беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида йўлдош олдинда ётиши туғруқда аниқланади, бу аёлларда йўлдошнинг фақат қирғоқли жойлашиши бор.

Қон кетиш – бу платсента ва детсидуал парданинг йиртилиши. Бачадон пастки сегменти яхши қисқармайди, шунинг учун у спиралсимон артерияларни қисолмайди. Шу сабабли қон кетиш бола туғилгандан сўнг ва йўлдош ажратилгандан кейин давом этади. Умуман, қон кетишга шу туфайли, қин орқали кўрув, жинсий алоқа, қин жароҳати ёки бошланган туғруқ сабаб бўлиши мумкин. Қон кетиш қанча эрта бошланса, шунчалик платсента бачадон ички бўғзини беркитиши эҳтимоли юқори.

Акушерлик тактика платсентани олдинги ёки орқанги жойлашувига, қон кетиш кучига, ҳомила дистрессини бор ёки йўқлигига, хомиладорлик муддатига, хомиланинг етилганлигига ва олдинда ётиш даражасига боғлиқ.

Диагностика

Йўлдошнинг олдинда ётиши ташҳиси шикоятларига, анамнезга, ва олдинда ётган қисмига асосланган ҳолда қўйилади. Олдинда ётган қисми одатда баланд жойлашади, чунки пастки сегментни платсентента эгаллаган. Кўпинча хомилани нотўғри жойлашиши кузатилади, одатда думба билан ёки кўндаланг ётиши (33% ҳодисаларда). Агар хомила боши олдинда келса, унда боши кичик чанокқа қириш сатҳидан юқорида жойлашади, қийин пайпасланади, айниқса, платсентанинг жойлашиши бачадонни олдинги деворида бўлса. Клиник маълумотлар сўзсиз, муҳим, лекин яқунловчи охириги ташҳис фақат ультратовуш текшируви ёрдамида қўйилади.

Мабодо абдоминал йўл билан фойдаланса, унда аёлнинг қовуғи тўлиқ ҳолда бўлиши керак. Шу ҳолатда, усулнинг тўғрилиги 93 дан 97 % га етади. Бачадоннинг ёнбош деворларининг кўриш қийинлиги сабабли қолган ҳолатлар аниқланмаганлиги бўйича қолаверади. Шунинг учун, агар платсентани нотўлиқ жойлашиши гумони бачадонни олдинги деворида бўлса, унда аёлга қовуқни бўшатишини таклиф этиш керак, чунки қовуқ тўлиб турганда ҳатога йўл қўйилиши мумкин.

Нотўғри диагностиканинг бошқа сабаблари – бачадон бўшлиғида фиброидлар мавжудлиги, миометрийнинг қисқарилиши, қон лаҳталари, платсентанинг кечиккан мигратсияси, платсента орқада жойлашиши, хомила бошчаси унинг қирғоғидан ўтганда.

Платсента одинда ётиши гумонли хомиладорларда қин датчикларни ишлатилган ҳолда ультратовуш текшируви кенг тарқалган. Назарий жиҳатдан датчик билан платсентани шикастланишига олиб келишига қарамай, у ҳавфсиз. Қин датчикларни қўллаш пастки сегментни ва унинг латсента билан мунособатларини яхшилаб кўришга шароит яратилади. Усул сезувчанлиги бу ҳолатларда 100% яқинлашади, лекин ёлғон мусбат, ёки

ёлғон манфий натижалар ҳам олиш мумкин, шунинг учун ҳам абдоминал, ҳам вагинал датчик ишлатилиши маъқул (аввал биринчиси, кейин иккинчиси билан). Магнито – резонансли томография (МРТ) ҳам платсентани олдинда ётишўини аниқлаш учун қўлланса бўлади, чунки ушбу усул ҳеч қандай нури зўриқишга олиб келмайди. МРТ бачадонни пастки сегментининг яхши визуализациясини яратиб беради. Айниқса магнит томограммаларда платсентар тўқима кўриниши яратилади. Лекин ушбу усул рутинли деб ҳисобланмайди, чунки анчагина қиммат усул, ва буни УТТ маълумот бера олмаса қўлланса мақсадга мувофиқ. Сўзсиз ушбу усул аёл туғруқда қабул қилинганда, қон кетиш кучли бўлмаганда кўрсатилган. Қин орали кўрув фақат оператси ҳонаси шароитида амалга оширилиши жоиз, тезкор туғруқни амалга ошириш учун тайёр бригада билан биргаликда! Агар платсентани олдинда ётганлигига озгина гумон булса, текширувни тўхтатиб дарров кесар кесишни бошлаш керак.

2. 5. Йўлдошнинг олдинда ётишинида акушерлик тактика

Платсента олдинда ётган кўпчилик аёллар ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрининг охирида оғриқсиз қиндан қонли ажралмалар келишидан бошлаб врач назорати остида бўлишади. Ҳар қандай массив қон кетишдаги тадбир - гемодинамикани барқарорлаштириш. Шунинг учун давомли қон кетиши мавжуд ҳомиладорлар тезкор стационарга жойланилиши керак. Инфузион терапияни транспортировка пайтида бошлаш зарур. Дарҳол венага йўғон игна пунктсияси орқали катта диаметрли катетер ўрнатилади, қон гуруҳи аниқланиб гемотрансфузияга кўрсатмалар қўйилади. Госпиталдан аввалги этапда инфузион терапияни бошлаш даркор ва ҳомила юрак уришини мониторинги ўтказилиши керак.

Она ҳолати стабиллашгандан сўнг ташҳисни тасдиқлаш учун ультратовуш текширув ўтказилиши мумкин. Платсента олдинда ётиши ташҳиси инкор этилишига қадар қин кўруви ўтказилмаслиги лозим. /озирги замонда кўпчилик аёллар бир маротаба бўлса ҳам ультратовуш текширувини ўтказган, шунинг учун натижаларини кўриб қўйиш керак.

Платсентанинг олдида етиши ташҳиси қўйилиши кесар кесиш оператсиясини талаб этади, лекин бу ерда ўзига яраша истисно қоидалари ҳам бор. Масалан, платсентани (I ёки II даражали) қирғоқли жойлашувида, амниотомиядан сўнг, ҳомила бошчаси платсентанинг қон томирларини қисиб қон тўхташини кутиш мумкин. Агар қон кетиш 300 мл гача бўлса, ва юқоридаги шароитлар мавжуд бўлса, унда ҳомиладорликни 39 ҳафтагача чузиш мумкин ва режали равишда туғруқни табиий йўл орқали амниотомияни ва медикаментозли стимулятсияни қўллаган ҳолда амалга оширилиши мумкин. Агар платсента олдинда ётиши кўпроқ бўлса (III ёки IV даража), унда аёлга массив қон кетиши ва геморрагик шок ривожланишини кутмасдан шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Албатта, қон кетиш бўлмаса, ташриҳни режали тарзда амалга оширилиши маъқул, чунки шошилиш бажарилган жарроҳлик аралашуви ҳомилага манфий наъсир кўрсатиб, анестезиологик асоратлар эҳтимолини кўпайтиради. Шошилиш кесар кесишдан кейин чақалоқлардаги камқонлик ривожланиши 27.7 % ташкил этади. Шу билан бирга режали бажарилган амалиётда камқонлик фақат 2.9 % болаларда қайд этилган.

Тўлиқ йўлдош олдинда борлиги ва ҳомиладорлик муддати 36-38 ҳафталигида кўп муаллифлар амниотсентезни бажаришни тавсия этишади (агар бу мумкин бўлса) ҳомиланинг етуклигида маълумот олинганда (летситин, сфингомиелин нисбатини аниқлаш) кесар кесишни режалаштирилади.

Агар ҳомиладор амниотсентезга розилик бермаса, унда қон кетиш кузатилмаса, унда кесар кесишни 38-39 ҳафтагача тўхтатиб турса бўлади. Йўлдош олдинда ётганда перинатал ўлим кўрсаткичи биринчи навбатда асосан бола туғилиши пайтида ҳомиладорлик муддатига ва озроқ даражада қон кетишнинг оғирлиги ва онадаги артериал гипотензия мавжудлиги билан белгиланади. Агар қон кетиш 3000мл гача бўлиб ўз-ўзидан тўхтаган бўлса, бу вазиятда кутиш мумкин, ҳаттоки туғруқ ўзи содир бўлиши эҳтимоли бор. Пухта ўйлаб қўлланган акушерлик тактикаси натижасида охириги 50 йил

мобайнида оналар ўлими 25% дан 1% гача, болалар ўлими эса – 60 дан 10% гача.

Охириги 40 йилда йўлдош олдинда ётган ҳомиладорларни даволашда хайратли ўзгаришлар рўй берди. Ҳозирги вақтда қон кетаётган аёлнинг дарҳол оператсия қилишга шўшилмаяптилар, ҳаттоки артериал гипотензия ривожланган тақдирда ҳам уни кристаллоидлар ва коллоидлар трансфузияси орқали тўғриланган бўлса. Гемотрансфузия бундай ҳолатларда гематокрит 28% дан кам бўлганда кўрсатма бўлади, чунки гематокритнинг паст кўрсаткичларида она ва ҳомила тўқималарининг оксигенатсияси ёмонлашади. Қолган ҳолларда инфузион терапияни гидроксиэтилланган крахмал (рефортан) билан ўтказса бўлади.

Ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасигача кесар кесишнинг бажарилиши тўғрисидаги қарорни қабул қилиш вақтида педиатрия хизмати бу бола ҳолатига ёрдам бера олишини ёки аёлни чуқур чала чақалоқларни парвариш қилиш мумкин бўлган муассасага олиб боришлигини ҳал этиш керак. Бу вазиятда муҳими – ҳомиладорлик муддати эмас, балки ҳомиланинг етуклигидир.

Токолитиклар

Йўлдош олдинда ётишида токолитикларни қўлланилиши борасида мавжуд маълумотлар бир-бирига қарама-қарши. Йўлдоши олдинда ётган ҳомиладорларда туғруқ 37 ҳафтасигача қоғоноқ пардаси ёрилиши ёки бошқа сабаблар туфайли бошланиши мумкин. Токолитикларни қўллаш кўпинча клиник кўринишни мойлайди, онада тахикардияни келтириб чиқаради, бу гиповолемия ҳолати деб ҳато тушунилади. Гиповолемияни мавжуд ёки йўқлиги акушерлик тактикасига тубдан таъсир қилади, баъзи акушерлар йўлдошни барвақт кўчиши содир бўлди деб ҳисоблаб туғруққа йўл қуядилар. Ҳудди шундай бошқа врачлар қон кетишни йўлдошни барвақт кўчиши эмас балки йўлдош олдинда ётиши белгиси деб билиб токолитикларни қўллашни муассасадаги баённомага биноан ва ҳар бир бемор ҳолатидан келиб чиққан ҳолда талаб қилинади.

Магний сульфатнинг β – адреномиметикларга солиштирганда ҳавфсизроқдир, она ва бола қон кетишдан кўпроқ азият чекадилар. Гипермагниемия онанинг қон йўқотилишига организм жавобини теккислаштиради. Бошқа томондан эса β – адреномиметиклар қўлланлишида кўпгина ҳавфлар мавжуд, давомий ишлатилиши учун магний сульфатнинг қўланилиши яхшироқ.

2.6. Йўлдошнинг олдинда ётишининг жарроҳлик тактикаси

Қорин деворининг кесилиш услуги клиник вазиятдан келиб чиқади. Агар аёл аввал бир неча жарроҳлик аралушувларни бошидан кечирган бўлса бўйлама кесилиши мақсадга мувофиқдир. Бачадоннинг кесилиши жарроҳлик амалиёти пайтида ҳал этилади. Агар яхши шаклланган пастки сегмент мавжуд бўлса, платсента бачадоннинг орқа ёки олдинги деворида, ёки бачадон қовуқ бурмасидан паст жойлашганда, ҳомила бўйлама вазиятда бўлса унда кўндаланг кесишни қўллаш мумкин. Платсента бачадоннинг олди деворида мавжудлиги ва уни пастки сегмент соҳасида пайвандланиши кўндаланг кесишга қарши кўрсатма бўлмайди. Бу вазиятда жарроҳда иккита йўл бор:

1. Ҳомирани платсента орасидан олиш
2. Платсента қирғоғининг тепасидан кесиш.

Агар жарроҳ етарли тажрибага эга бўлмай ҳомирани олишга ортиқча ҳаракат қилса иккала усул ҳам жиддий қон кетишга ҳавф солади. Лекин шуни ёдда тутиш керакки кесилган ёки ажратилган платсентада узоқ давом этадиган манипулятсиялар ҳомила гипоксияси ва ҳаттоки ўлимига олиб келиши мумкин. Кўп ҳолларда йлдош олдинда ётганида, мабодо платсента бачадоннинг олдинги девори бўйлаб жойлашганлигида таҳминий қон кетиш миқдори жарроҳлик пайтида 1500 мл дан кам бўлмаслиги мумкин, шунинг учун ташриҳона ўзида ҳамма нарса гемотрансфузияга тайёр туриш керак. Аутоотрансфузия учун ускуналар интраоператсион қўлланилишига ўзини оқламаган, чунки тўпланган қонда кўп миқдорда тромбопластинни мавжудлиги тарқалган майда қон томирлардаги қон ивиш (ДВС) синдроми

ни қўзғатиш мумкин. Қоғоноқ сувлари эмболияси эҳтимоли ҳақида унутмаслик керак.

Пастки сегмент қисқариш хусусияти ёмонлиги учун туғруқдан кейинги даврда оғир қон кетиш пайдо бўлиши мумкин. Платсента ёпишган жойидан қон кетиш тез-тез учраб туради ва уни гемостатик чоклар қўйиш ёрдамида, қонаятган жойни қўл билан қисиб тўхтатса бўлади. Агар қон кетиш давом этса, унда жаррохлик йўлини қўллаб бачадон артерияларини ва гипогастрал артерияларни иккала томондан бойланади. Юқорида кўрсатилган чоралар самарасиз бўлса унда гистерэктомияни бажариш зарур.

Платсентани олдинда ётишидаги асосий ҳавфлардан бири, айниқса, анамнезида кесар кесиш ташриҳи бор аёлларда – платсентани ўсиб кириши. Платсента ўсиб кириши, айниқса оғир шакллар – хорион ворсиналари бачадон деворига ўсганда - бу платсентани олдинда ётишининг ўта оғир асоратидир.

Маълумки, акушерлик қон кетишидан олтигадан ўлимнинг бештаси айнан платсента аккретаси ҳолатларида вафот этади. Бундай вазиятда жаррох ўсишни кўрса, у тез ва қатъиятли ҳаракат қилиши керак. Гистерэктомия деярли ҳар доим ягона ечимдир. Бу "кечиктириш ўлимга ўхшайди" деган вазият бўлади. Кўп қон кетиши содир бўлади, катта миқдорда қон қуйиш керак бўлади, коагулопатия ва ДВС ривожланади ва натижада бундай қон йўқотиш фонида дош бериш деярли имконсиз бўлган кўплаб органлар етишмовчилиги.

Агар беморда қон кетаётган бўлса, унда бу аёлларда оператсия давомида қон йўқотиш хавфи жуда юқори ва қуйидаги сабабларга кўра:

1. платсента олди деворда жойлашган бўлиши мумкин ва акушер-гинеколог тасодифан уни қисиб қўйиши мумкин
2. ҳомила туғилгандан сўнг, чўзилган пастки сегмент ёмон қисқаради.
3. анамнезда кесар кесиш бўлса, платсента ўсиб кириши хавфи юқори.

Учала ҳолатда ҳам кўп қон кетиш бошланади.

Хомила ва платсентанинг туғилиши деярли ҳар доим қон кетишини тўхтатади. Агар у давом этса, атоник пастки сегментдан, унда окситотсин, метилэргометрин ёки простагландинлар қўлланилади. Артериал, марказий веноз босим ва диурез тезлигининг ўзгариши тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, АҚХ меёрига келтириш тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Туғилгандан сўнг дарҳол янги туғилган чақалоқ интенсив даволанишни талаб қилади, чунки асфиксия, атсидоз ва гиповолемиа эҳтимоли катта.

ДВС- Тарқалган томир ичидаги қон ивиш синдроми (ТТИҚИС) - истеъмол коагулопатиясининг мисоли, одатда доимги платсентанинг эрта ажралишига ҳамроҳ бўлади, аммо унинг намоёиши жуда кам учрайди. Массив ва асосиз қон қуйиш одатда суюлишли коагулопатия билан мураккаблашади.

2.7. Платсентанинг ўсиб кириши

Агар ҳомиладор аёлда платсента превиа ёки платсента асрета эҳтимолини кўрсатадиган бошқа хавф омиллари мавжуд бўлса, ташхисни тасдиқлаганидан сўнг, муаммони ҳал қилишнинг ягона усули режалаштирилган кесар кесиш, кейин эса гистерэктомиа.

Агар платсента асрета туғруқдан олдин ташхис қўйилмаса, унда одатда ташхис учинчи даврда, платсентанинг туғилиши кечикганда ва ҳатто бачадон бўшлиғини қўлда текширишда ҳам ажралмайди. Ўсиб кирган платсентани мажбуран ажратишга уриниш ҳалокатли қон кетиш билан бирга келади. Қон йўқотиш камида 2 литрни ташкил қилади.

Эритроцитар масса, (СЗП) янги музлатилган плазма ва плазма ўрнини босувчи эритмаларнинг катта дозаларини қуйиш керак, ҳатто ташхис ўз вақтида аниқланса ҳам, режалаштирилган кесар кесиш амалга оширилса, кейин гистерэктомиа қилинади. Ўртача инфузион ҳажми 3,5 литрни ташкил қилади.

Платсента перкрета - бу асоратнинг энг оғир шакли, бу ҳолда қон кетиши интраперитонеал ёки ҳатто қовуқ бўшлиғига тушиши мумкин. Ушбу ҳолат ҳаёт учун хавфли бўлиб, кўпинча клиник жиҳатдан платсента ажралиши ёки бачадон ёрилиши билан ўхшашдир.

Тўғри ташхис одатда ҳомила туғилгандан сўнг ва платсентани кўлда ажратиш ва бачадондан чиқаришга уринишлардан сўнг амалга оширилади, аммо бу муваффақиятсиз бўлиб қолади. Буларнинг барчаси бачадоннинг каттик қон кетиши, шок ёки ўткир бачадон ағдарилиши фониди юзага келади. Даволаш усулини танлаш гистерэктомия ҳисобланади, аммо бу ҳолда беморнинг асоратлари ва ўлими эҳтимоли катта. Оналар ўлими 67% дан консерватив даво билан 2% гача, ўз вақтида жарроҳлик аралашуви билан антибиотиклар, қон қуйиш ва суюқлик терапияси билан фарқ қилади. Ушбу беморларда геморрагик шок, сепсис ва ДВС-синдром ривожланиш хавфи ўта юқори.

Платсента чин ёпишиши ташхис қўйилгандан сўнг режали кесар кесиш
жарроҳлиги

Беморни тайёрлаш катта диаметрли катетерлар билан иккита томирни катетеризация қилиш, катетерни артерияга, марказий венага киритиш, беморни иситиш учун мосламаларни тайёрлаш ва камида тўртта дозада битта гуруҳга мос келадиган қондан иборат. Бундан ташқари, қон қуйиш хизматида бир вақтнинг ўзида жуда кўп миқдордаги қизил қон таначалари массаси ва шу қон гуруҳига мос янги музлатилган плазмаси талаб қилиниши мумкинлиги тўғрисида хабар бериш керак.

Биринчи сабаб оғриқни етарли даражада бартараф этмасликдир, чунки кесар кесишдан сўнг гистерэктомия анъанавий операциядан икки баравар кўпдир.

Иккинчидан, операция ҳажми каттароқ, қорин пардасида манипуляциялар янада кенгроқ, кесмалар кўпроқ бўлади, шунинг учун кучли оғриқсизлантириш талаб этилади.

Учинчидан, бачадон томирлари қалинлашади ва буралади, ҳомиладорликнинг охирига келиб уларнинг деворлари ингичка бўлади, шунинг учун операторнинг ҳар қандай бепарво ҳаракати билан катта қон кетиш хавфидан узоқ эмас.

Гемостазни амалга оширишнинг пухталиги акушерлик гуруҳига боғлиқ, чунки тарқалган томир ичи қон ивишининг (ДВС) ривожланиши хавфи жуда юқори, кейинчалик эса септик асоратлар бўлиши мумкин.

Оператсиядан кейин беморни интенсив терапия бўлимига ўтказиш керак. Гематокритни, гемодинамиканинг ҳолатини, сийдик чиқариш тезлигини вақти-вақти билан текшириш, ҳароратни ўлчаш ва нафас олишни назорат қилиш жуда зарур.

Қон томирлар олдинда ётиши

Қон томирларни олдинда ётиши одатий эмас ва жуда юқори перинатал ўлим билан боғлиқ.

Қон томирларни олдинда ётиши - бу ҳомила пуфагининг пастки қутбида томирлар жойлаштирилган қисм олдида жойлашган киндик ичакчасидаги мембрана бириктирилиши.

Томирлар мембраналардан ўтиб, ҳомиланинг олдинда ётадиган қисми ва бачадон бўйни ўртасида жойлашган. Улар ҳеч нарса билан ҳимояланмаган, яъни дард бошланиши билан улар жароҳат олиш мойллиги бор. Шу билан бирга, албатта, болани йўқотиш хавфи жуда катта, чунки ташхис ҳар қандай аралашувни амалга ошириш учун жуда кеч қўйилади. Клиник жиҳатдан қон томирни олдинда ётиши мембраналар ёрилиши ва ҳомила юрак уришидаги ўзгаришлардан сўнг дарҳол генитал трактдан қон кетиш билан намоён бўлади. Ягона ечим йўли - дарҳол кесар кесиш оператсияни бажариш. Фақат бу боланинг ҳаётини сақлаб қолади.

2.8. Бачадон ёрилиши.

Бачадоннинг ёрилиши туғруқ жараёнидаги энг оғир жароҳатлардан ҳисобланади. Бачадон тўқимасининг бутунлигининг туғруқ жараёнида бузилиши ёки бачадон тўқимасининг эзилиши ва оқибатда оқма яралар ҳосил бўлиши.

Бачадон ёрилишининг кўп учрайдиган жойи - пастки бачадон сегменти. Камроқ ҳолатларда ёрилиш гумбазлар соҳасида учрайди. Бачадон танаси ва тубидаги ёрилишлар кўпинча кесарча кесишдан кейинги чандиқлар ёки аборт

пайтидаги перфоратсиядан 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 шиллик 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 шиллик қаватда ёки сероз қаватда кузатилиши мумкин. Тўлиқ бачадон ёрилиши нотўлиқдан 10 марта кўп кузатилади. Бачадон ёрилишининг П. Л. Персианинов (1954) бўйича таснифи.

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 бўйнини 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 мускулқаватларидаги патоморфологик ўзгаришлар бўлмаганда соғлом тўқима йиртилмайди, балки патоморфологик ўзгарган бачадон девори ёрилади. Бачадон деворидаги, хусусан илгариги оператсиялардан кейинги чандиқлар (кесарча кесиш оператсияси, 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 оператсияларда ҳам юзага келиши мумкин.

Бачадон ёрилиши таснифи

1. Ёрилиш даврига кўра:

А) Ҳомиладорлик 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 ҳомиладорлик даврида бачадон пастки сегментида тайёргарликсиз туғруқни кўпол ва нотўғри олиб бориш)

Аралаш: бачадон пастки сегменти чўзилган ҳамда ташқи омиллар таъсири.

Клиник кечиши бўйича

Хавфли

Бошланган

Рўй берган

Жароҳатланиш табиати бўйича

Эзилган

Нотўлиқ

Тўлик

Жойига кўра:

Бачадон тубидаги

Бачадон танасидаги

Бачадон пастки сегментидаги

Бачадонни қин гумбазлариддан узилиши

Бачадон ёрилиши ҳалигача охиригача ўрганилмаган, лекин шуни айтиш керакки, ёрилиш бачадон мушагидаги дегенератив ўзгаришлар ва механик таъсирларнинг кўшилиб келишидан юзага келиши мумкин.

Бачадон ёрилиши клиник кечишига қараб бачадон ёрилиш хавфи, чала ва тўла ёрилишларга бўлинади.

Бачадон ёрилиш 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 (контраксион) 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) кўллаб, тезда оператсия қилинмаса, бачадонни тўла ёрилиши (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 оператсиядан кейинги чандиқлар сабаб бўлиши мумкин.

Агар кесарча кесиш оператсиясидан 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 шошилишч ёрдам кўрсатилмас, аёл нобуд бўлиши мумкин.

Бачадон ёрилиши эҳтимоли бўлган аёллар оилавий поликлиникада, фельдшер- акушерлик пунктларида, участка шифокор ҳисобида алоҳида «хавф» гуруҳида рўйхатга олинб, 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 оператсия қилинган (кесарча кесиш), бачадондан шиш олиб ташланган ва бошқа аёллар киради.

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

а) ҳомилани бўлақларга бўлиб олишнинг ҳамма турлари; б) кесарча кесиш.

Агар бачадон йиртила бошлаган белгилар кузатилса, фақат кесарча кесиш оператсияси қилинади.

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

Кесарча кесиш оператсияси 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 оператсия 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.

Бачадон ёрилиши хавфи.

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, контрактсион 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 пальпатсия 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.

Бачадон ёрилиши 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 узини хар 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 кутарилиб, қовурға ости ёйигакадалади. Одатда киндик олдида ёки ундан юқорида эгарсимон оғриқли кийшик кетган чегара (контрактсион) ҳалқани қорин девори орқали аниқлаш мумкин. Бу бачадоннинг «8» формада ёки –қумсоат шаклига киришига олиб келади. Шу билан бир вақтда бачадоннинг жуда таранглашган, оғриқи думалок бойламларини ҳам аниқлаш мумкин. Бачадоинни пайпаслаганда, айниқса

пастида кучли оғриқ куза-тилади ёки эшитилмайди. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бачадон девори чала ёки тўла йиртилиши мумкин. Бунда қийин жуда эҳтиётлик билан чуқур наркоз остида врач кўриши керак.

Агар юкорида айтиб ўтилган белгиларга қиндан озгина қон аралаш суюклик кушилса, бу бачадоннинг йиртила бошлаганлигини кўрсатади. Бунда бачадон деворининг фақат шиллик ва мускул қавати ерилиб, сероз қавати бутун қолиши ва унинг остита қон йигилиши ва сероз қават дуппайиб қолиши мумкин. Бачадон йиртилишининг бу даражасида туғаётган аёлга тез ёрдам кўрсатиб, яъни дардни тўхтатиш йўллари (енгил наркоз остида) қўллаб, тезда оператсия қилинмаса, бачадон тўла йиртилиши (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), ахволи ёмонлашади ва юзи оқариб, кўзлари ичига ботиб кетади. Қон босими паст бўлганидан уни аниқлаб бўлмайди. Булар ҳаммаси аёлнинг ахволи хаддан ташқари оғир эканлигидан дарак беради. Қоринни ушлаб қурилганда хомила девори остида ётганлиги, унинг бир томонида қисқариб каттиклашган бачадон танаси аниқланади. Бундай ҳолда ташқарига қон кетмаслиги ёки кетса ҳам жуда оз бўлиши мумкин. Лекин аёлда ички қон кетишининг ҳамма белгилари яққол қурилиб туради. Юкорида айтиб ўтилган белгиларни акушерка ажрата билса, бачадон йиртилиш хавфини уз вақтида аниқлаш қийин эмас.

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

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

Бачадон деворини, айниқса эски чандиқ соҳасини корин девори оркали 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. Бачадон девори йиртилганда унинг кенг бойламлари орасига қон қуйилиб, гематома ҳосил бўлади. Бунда ҳам юқорида айтиб утилгандек, аёлда ички қон кетиши кузатилади, шу вақтда шошилинич ёрдам кўрсатилмаса, аёл нобуд бўлиши мумкин.

Бачадон ёрилиши эҳтимоли бўлган оилавий поликлиникаларда, ҚВПларида, участка врачлари ҳисобида алоҳида «хавфли» гурпуада рўйхатга олиниб, ҳар ойда 4—5 марта врач куригидан ўтишлари, туғишидан 2—3 ҳафта олдин, албатта туғруқхонага ётишлари керак. Бу гурпуага чаноги тор, хомиласи муддатидан ўтиши мумкин бўлган, корин девори бушашган, кўп ва тез-тез тукқан, илгари оператсия қилинган (кесар кесиш) , бачадондан шиш олиб ташланган ва бошка аёллар киради.

Туғруқ пайтида бачадон ёрилиши ҳавфи кузатилганда қандай шошилинич ёрдам кўрсатилади? Бундай дақиқаларда аёлга чуқур наркоз бериб, дарҳол дардни тўхтатиш ва ахволига қараб қуйидаги оператсиялардан бири қилинади:

а) хомилани бўлақларга бўлиб олишнинг ҳамма турлари; б) кесар кесиш.

Агар бачадон йиртила бошлаган белгилар кузатилса, фақат кесар кесиш оператсияси қилинади.

Бачадон йиртилиш ҳавфи бўлганда хомила бошига қисқичлар қўйиш ёки хомиланиоёғи томонга айлантриб тугдириб олиш катъий ман этилади.

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

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

Кандай ва қачон оператсия қилиш бачадонни саклаб қолиш-қолмаслик аёлнинг умумий ахволига, йиртилиш даражасига, ёшига, акушерлик анамнезига борлик. Бачадон ёрилишининг олдини олишда туғруқни туғри бошқариш ва йиртилиш хавфи белгиларини уз вақтида аниқлаш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Бачадондаги ҳар қандай йиртилиш она ва бола учун хавфлидир. Бачадон ёрилишини даволашдан кура олдини олиш катта аҳамиятга эга.

III БОБ. 3. 1. ГЕМОРРАГИК ШОК

Замонавий акушерликда «геморрагик шок» термини билан ҳомиладорликда, туғруқда ва чилла давридаги ўткир ва массив қон кетиш билан боғлиқ ҳимоявий механизмларнинг декомпенсациясидан келиб чиққан айланаятган қон ҳажмининг (АҚХ/ОТСК), юрак ташламаси ва тўқималар перфузиясини кескин камайиши билан ифодаланган ҳолатлар белгиланади.

Шокнинг ривожланишига одатда 1000 мл дан ортган яъни АҚХ/ОТСК 20% дан кўп геморрагиялар олиб келади (ёки 15 мл/кг тана вазнидан йўқолиши). 1500 мл дан ошган давом этаятган қон йўқолиши (АҚХ/ОТСК 30% дан ортиғи), массив ҳисобланади ва аёл ҳаётига ҳавф туғдиради. Аёлдаги айланаятган қон миқдори ўрта ҳисобда 6,5% тана вазнидан ҳисобланади.

3. 2. Геморрагик шок этиологияси. Ҳомиладорларда, туғувчи ва туғруқдан кейин аёлни шокга олиб келадиган сабаблардан нормал жойлашган платсентани барвақт кўчиши ёки платсентани олдинда ётишдаги қон кетиш, бачадон бўйнидаги ёки бачадон бўйнидан танасига ўтиш жойидаги ҳомиладорликда, бачадон ёрилганда, туғруқнинг III даврида платсентанинг ажралиши ва чиқишининг бузилиши, йўлдош қисмларининг

бачадон бўшлиғида ушланиб қолиши, илк чилла даврида гипотоник ва атоник қон кетишлар.

Акушерлик қон кетишлари ҳавфи уларнинг қўққисдан, кўп миқдорда ва нима билан яқунланиши номаълумлиғида.

Патогенез. Массив қон кетишга қандай сабаб олиб келишидан қатъий назар геморрагик шок патогенезидаги етакчи буғин бўлиб камайган айланаятган қон ҳажми ва қон томирларнинг ҳажми орасидаги номуносиблик ҳисобланади, аввал макротсиркулятсия бузилиши билан намоён бўлиб, яъни тизимли қон айланиш бузилиши, сўнг микроциркулятор бузилишлар пайдо бўлади ва бундан келиб чиққан ҳолда метаболизмнинг жадаллашган дезорганизатсияси ферментатив силжишлар ва протеолиз.

Макротсиркулятсия тизими томирлар, томирлар ва юрак томонидан ҳосил бўлади. Микроциркулятсия тизимида артериолалар, венулалар, капиллярлар ва артериовенöz анастомозлар киради. Маълумки, умумий АҚХ/ОТСКнинг тахминан 70% томирларда, 15% томирларда, 12% капиллярларда, 3% юрак камераларида.

Қон йўқотиш 500 - 700 мл дан ошмаса, яъни АҚХ/ОТСК нинг тахминан 10%, компенсатсия ретсепторлари гиповолемиёга энг сезгир бўлган веноз томирларнинг оҳангини ошириш орқали содир бўлади. Шу билан бирга, артериал оҳангда сезиларли ўзгаришлар бўлмайди, юрак уриш тезлиги, тўқима перфузияси бузилмайди.

Қоннинг бу сонлардан кўпроғини йўқотиши кучли гиповолемиёга олиб келади, бу кучли стресс омили. Ҳаётий органларнинг (биринчи навбатда, мия ва юрак) гемодинамикасини сақлаб қолиш учун кучли компенсатсион механизмлар ишга туширилади: симпатик асаб тизимининг тонуси кучаяди, катехоламинлар, алдостерон, АКТГ, антидиуретик гормон, глюкокортикоидлар ажралиб чиқади ва ренин - ангиотензив тизим фаоллашади. Ушбу механизмлар туфайли юрак уриш тезлигининг ошиши, суюқликнинг кечикиши ва унинг тўқималарга қон оқимида қўшилиши, периферик томирларнинг спазми ва артериовенöz шунтларнинг очилиши

кузатилади. Қон айланишини марказлаштиришга олиб келадиган ушбу мослашувчан механизмлар юрак чиқиши ва қон босимини вақтинча ушлаб туради. Шу билан бирга, қон айланишининг марказлаштирилиши аёл танасининг узок муддатли ҳаётий фаолиятини таъминлай олмайди, чунки у периферик қон оқимининг бузилиши туфайли амалга оширилади.

Давомий қон кетиши компенсатор механизмларнинг ҳолдан тойишига ва қоннинг суяқ қисмини интерститсиал бўшлиққа чиқиши, қон ивиши, сладж синдроми ривожланиши билан қон оқимининг кескин секинлашиши туфайли микротсиркулятсия бузилишларининг чуқурлашишига олиб келади, бу эса чуқур тўқималарнинг гипоксия, атсидоз ва бошқа метаболик касалликларга олиб келади.

Гипоксия ва метаболик атсидоз "натрий насоси" ишини бузади, осмотик босимни оширади, гидрататсияни кучайтиради, ҳужайраларни шикастланишига олиб келади. Тўқималарнинг перфузиясининг пасайиши, вазоактив метаболитларнинг тўпланиши микротсиркулятсия тизимидаги қоннинг турғунлигига ва оқимининг туриб қолиши жараёнларининг бузилишига, қон лаҳтаси шаклланишига ёрдам беради. Қоннинг секвестратсияси содир бўлади, бу эса АҚХ/ОТСКнинг янада пасайишига олиб келади. АҚХ/ОТСКнинг кескин етишмовчилиги ҳаётий органларнинг қон билан таъминланишини бузади. Коронар қон оқимининг пасайиши, юрак етишмовчилиги ривожланади. Бундай патофизиологик ўзгаришлар (қон ивишининг бузилиши ва ДВС ривожланишини ўз ичига олган ҳолда) геморрагик шокнинг оғирлигини кўрсатади.

Компенсатсион механизмларнинг таъсир даражаси ва вақти, қонни кўп миқдорда йўқотиш патофизиологик оқибатларининг оғирлиги кўплаб омилларга, шу жумладан қон йўқотиш тезлигига ва аёл танасининг бошланғич ҳолатига боғлиқ. Секин ривожланаётган гиповолемия, ҳатто аҳамиятли, ҳалокатли гемодинамик бузилишларни келтириб чиқармайди, гарчи бу қайтариб бўлмайдиган ҳолат учун потентсиал хавф туғдирса. Узок вақт давомида кичик такрорланган қон кетишни тана қоплаши мумкин. Аммо

компенсация жуда тез тўқима ва органларда чуқур ва қайтариб бўлмайдиган ўзгаришларга олиб келади.

Платсента олдина ётганда шокни ривожланиш механизми.

Замонавий акушерликда ОПГ-преэклампсия, соматик касалликлар (юррак-қон томир, жигар ва буйрак), ҳомиладор аёлларнинг камқонлиги, семириш, узоқ муддатли туғруқ пайтида аёлларнинг чарчашлари, айниқса туғруқ дарди оғриқ синдроми билан бирга кечса, жарроҳлик ёрдамида етарлича оғриқсизлантириш бўлмаслиги каби ҳолатларга алоҳида аҳамият берилади. Бундай ҳолларда шок, кенг тарқалган қон томирлар спазми, гиперкоагуляция, анемия, гипо- ва диспротеинемия, гиперлипидемия ривожланишининг дастлабки шартлари яратилиши мумкин. Шокни ривожланишида қон кетишига олиб келган акушерлик патологиясининг табиати муҳим рол ўйнайди.

3. 3. Геморрагик шокнинг клиник кўриниши. Геморрагик шокнинг куйидаги босқичларини ажратиш одатий ҳолдир:

I босқич - компенсацияланган шок:

II босқич - декомпенсацияланган қайталанувчи шок;

III босқич - қайтариб бўлмайдиган шок.

Шокнинг босқичлари органлар ва тўқималарда патофизиологик ўзгаришларга мос келадиган қон йўқотишининг клиник кўринишини комплексли баҳолаш асосида аниқланади.

Геморрагик шокнинг *I босқичи* (кичик ташлама синдроми ёки компенсацияланган шок) одатда АҚХ/ОТСКнинг 20% га тўғри келадиган қон йўқотиш билан ривожланади (15 - 25% ёки 700 - 1200 мл қон йўқотиш). АҚХ/ОТСК йўқотилишини қоплаш катехоламинларнинг ортиқча ишлаб чиқарилиши билан амалга оширилади.

Клиник кўринишда функционал характердаги юрак-қон томир фаолиятининг ўзгаришини кўрсатадиган аломатлар устунлик қилади: терининг ранги оқариши, қўлларидаги тери ости веналарнинг харобаланиши,

100 мартагача/дақиқага мўътадил тахикардия, мўътадил олигурия ва веноз гипотензия. Артериал гипотензия йўқ ёки енгил. Агар қон тўхтаган бўлса, шокнинг компенсатсия қилинган босқичи узоқ вақт давом этиши мумкин. Давомий қон йўқотиш билан қон айланишининг бузилиши янада чуқурлашади ва шокнинг кейинги босқичи бошланади.

Иккинчи босқич геморрагик шок (декомпенсатсияланган кайтариладиган шок) АҚХ/ОТСКнинг ўртача 30-35% (25 - 40% ёки 1200 - 2000 мл) га тўғри келадиган қон йўқотиш билан ривожланади. Ушбу босқичда қон айланишининг бузилиши чуқурлашади. Вазоспазм туфайли юқори периферик қаршилик юракнинг паст чиқишини қоплай олмайди, шунинг учун қон босимининг пасайиши кузатилади. Мия, юрак, жигар, буйрак, ўпка, ичакни қон билан таъминлаш бузилади ва натижада тўқима гипоксияси ва тузатишни талаб қиладиган атсидознинг аралаш шакли ривожланади. Клиник кўринишда, систолик қон босими 100 мм сим.уст.дан пастга тушишидан ташқари кучли тахикардия (120 - 130 зарба/мин) нафас қисилиши, тери ранги оқимтирлиги фонида акротсианоз, совуқ тер, безовталик, 30 мл/с дан паст олигурия, юрак товушлари буғиқлиги, марказий вена босимини пасайиши(ТСВД) ўрин олган.

Шокнинг *III босқичи* (декомпенсатсиялашган кайтмайдиган шок) АҚХ/ОТСКнинг 50% га тенг қон йўқотиш билан ривожланади (40 - 60%, бу 2000 мл дан ошади). Унинг ривожланиши микротсиркулятсиянинг кейинги бузилиши билан белгиланади: капилляростаз, плазманинг йўқолиши, қон таначаларининг бирикиши, органлар перфузиясининг ниҳоятда ёмонлашиши ва метаболик атсидознинг кучайиши. Систолик қон босими 60 мм сим.уст.дан пастга тушади. Пулс 140 мин / мин ва ундан юқори тезлашади. Ташқи нафас олишнинг бузилиши кучаяди, терининг ҳаддан ташқари оқариши ёки мармарлиги, совуқ тер, оёқ-қўлларини кескин совиши, анурия, ступор, онгни йўқотиш қайд этилади.

Акушерлик амалиётида геморрагик шокнинг клиник кўриниши, ушбу шокка хос бўлган умумий белгиларидан ташқари, қон кетишига сабаб бўлган патология туфайли ўзига хос хусусиятларга эга.

Платсента олдинда ётиши билан геморрагик шок, у ривожланадиган фон билан боғлиқ бўлган оғир гиповолемия билан тавсифланади: артериал гипотензия, гипохромик анемия, ҳомиладорликнинг охирига келиб АҚХ/ОТСКни физиологик ўсишининг пасайиши. 25% аёлларда энгил тромботситопения, гипофибриногенемия ва фибринолитик фаолликнинг ошиши билан тарқалган томир ичи қон ивиш синдромининг энгил даражаси ҳосил бўлади.

Туғруқдан кейинги даврда гипотоник қон кетиш натижасида пайдо бўладиган шокда, қисқа муддатли беқарор компенсациядан сўнг, доимий равишда гемодинамик бузилишлар, нафас олиш етишмовчилиги ва қон коагулятсион омилларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган кўп қон кетиши билан тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми билан тезда қайтариб бўлмайдиган ҳолат юзага келади.

Нормал жойлашган платсентанинг барвақт ажралиши, одатда, узок муддатли ОПГ-гестоз (бу тарқалган қон томир ивишининг сурункали шакли, гиповолемия борлиги билан) ва сурункали қон томир спазми фонида ривожланади. Ушбу патологиядаги геморрагик шок кўпинча анурия, мия шиши, нафас бузилиши билан кечиб фибринолизнинг пасайиши фонида ўтади.

Бачадон ёрилишидаги шокнинг клиник манзарасига гиповолемия симптомлари ва ташқи нафас етишмовчилиги ҳос. ДВС-синдром ривожланиши унчалик кўп эмас.

3.4. Геморрагик шок диагностикаси.

Геморрагик шок одатда ҳеч қандай қийинчиликсиз тез аниқланади, аниқса массив қон кетиш бўлса. Лекин даволашнинг муваффақиятига қафолатланган компенсацияланган шокни эрта диагностикаси, баъзида

мавжуд симптомларни етарлича баҳоламаслик қийинчиликлар туғдиради. Шокнинг оғирлик даражасини фақат қон босими ёки ҳисобга олинган қон йўқотиш сонига қараб баҳолаш мумкин эмас. Гемодинамиканинг етарлилиги жуда оддий симптомлар ва кўрсаткичлар комплексини таҳлил қилиш асосида баҳоланиши керак: 1) терининг ранги ва ҳарорати, айниқса, оёқ-қўллари терининг хусусиятлари;

- 2) юрак уриш тезлигини баҳолаш;
- 3) қон босимини ўлчаш;
- 4) "шок" индексини баҳолаш;
- 5) соатлик диурезни аниқлаш;
- 6) МВБ/ТСВД ўлчами;
- 7) гематокрит кўрсаткичларини аниқлаш;
- 8) қоннинг кислота-ишқорий ҳолати хусусиятлари.

Терининг ранги ва ҳарорати орқали периферик қон оқимини баҳолаш мумкин. Иссиқ ва пушти тери, тирноқ атрофининг пушти ранги, ҳатто қон босимининг пасайиши билан ҳам яхши периферик қон оқимини кўрсатади. Оддий ва ҳатто бир нечта юқори қон босими билан совуқ рангли тери қон айланишининг марказлашганлигини ва периферик қон оқимининг бузилишини кўрсатади. Терининг мармарлиги ва акротсианоз периферик қон айланишининг чуқур бузилишини, қон томирларининг парезини, бу ҳолатнинг қайтарилмаслигига яқинлашишини кўрсатади.

Юрак уриш тезлиги беморнинг аҳволининг оддий ва муҳим кўрсаткичи бўлиб, фақат бошқа аломатлар билан таққосланади. Шундай қилиб, тахикардия гиповолемия ва ўткир юрак етишмовчилигини кўрсатиши мумкин. Бу ҳолатларни МВБ/ТСВД ўлчаш орқали фарқлаш мумкин. Бундай позитсиялардан қон босимини баҳолаш керак.

Геморрагик шокда гиповолемия даражасининг оддий ва жуда информатсион кўрсаткичи "шок" индексидир — дақиқада юрак уриш тезлиги систолик қон босимининг катталигига нисбати. Соғлом одамларда бу индекс 0,5; АҚҲ/ОТСКнинг 20 — 30% гача пасайиши билан 1,0 га ошади; 30

— 50% АҚХ/ОТСК йўқолганда 1,5 га тенг. Агар “шок” индекси 1,0 га тенг бўлса, бемор ҳолати жиддий ҳавф келтириши мумкин, лекин 1,5 га чиқса аёл ҳаёти катта ҳавф остида бўлади.

Соатли диурез органлардаги қон оқимини тавсифловчи муҳим кўрсаткичдир. Диурезни 30 мл га камайиши периферик қон айланишининг етишмовчилигини, 15 мл дан пастлиги -декомпенсацияланган шокнинг қайтарилмаслигини кўрсатади.

МВБ/ТСВД беморнинг аҳолини комплекс баҳолашда муҳим аҳамиятга эга бўлган кўрсаткичдир. *МВБ/ТСВД*нинг оддий рақамлари 50-120 мм сув уст.дир ва даволашни танлаш учун мезон бўлиши мумкин. *МВБ* даражаси 50 мм сув уст.дан паст бўлса зудлик билан АҚХ/ОТСКни тўлдиришни талаб қиладиган аниқ гиповолемиyani кўрсатади. Агар инфузион терапия фониди қон босими паст бўлиб қолса, у ҳолда 140 мм дан ортиқ сув уст.даги *МВБ* ўсиши юрак фаолиятининг декомпенсациясини кўрсатади ва кардиотерапия зарурлигини талаб қилади.

Худди шу ҳолатда, паст *МВБ* рақамлари волиметрик инфузия тезлигини оширишни белгилайди. Юқоридаги маълумотлар билан биргаликда *гематокрит кўрсаткичи* тананинг қон айланишининг етарлилиги ёки етарли эмаслигини кўрсатувчи яхши белгидир. Аёллардаги гематокрит 43% (0,43). 30% (0,30) остидаги гематокрит сонининг камайиши ҳавфли белги ҳисобланади, 25% (0,25) остида эса қон йўқотишнинг оғир даражасини тавсифловчи белгидир. Шокнинг III босқичида гематокритнинг ўсиши унинг кечишини қайтарилмаслигини кўрсатади.

Аструп микрометоди билан Синггаард-Андерсен бўйича *ҚКХ/КОСнинг* аниқланиши беморни шок ҳолатидан чиқаришга жуда керакли ишдир. Маълумки, геморрагик шок метаболик атсидоз билан нафас олиш атсидози билан бирлашиши билан тавсифланади. Бироқ, метаболик бузилишлар якуний босқичида алкалоз ривожланиши мумкин.

Замонавий реанимация амалиётида даволаш жараёнини ташхислаш ва кузатиш юрак-қон томир тизимининг функсияси (макро ва

микротсиркулятсия, осмотик, коллоид - онкотик босим), нафас олиш, сийдик чиқарув ва гемостаз тизими, метаболик кўрсаткичлар бўйича мониторинг нazorати остида амалга оширилади. Аммо метаболик бузилишларини якунида алкалоз ривожланиши мумкин.

3.5. Геморрагик шокни даволаш.

Терапиянинг муваффақиятини таъминлаш учун акушер-гинеколог – анестезиолог - реаниматологларнинг саъй-ҳаракатларини бирлаштириш керак ва агар керак бўлса, гематолог-коагулологни жалб қилиш керак. Шу билан бирга, қуйидаги қоидага амал қилиш керак: даволаш имкон қадар эрта бошланиши, қон кетишининг сабабини ва аёлнинг соғлиғини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Беморни шок ҳолатидан чиқариш қон кетишни тўхтатиш чораларига параллел равишда амалга оширилиши керак. Жарроҳлик ҳажми ишончли гемостаз билан таъминланиши керак. Агар қон кетишни тўхтатиш учун бачадонни олиб ташлаш керак бўлса, унда вақтни йўқотмасдан буни қилиш керак. Хавфли ҳолатда беморга жарроҳлик аралашуви 3 босқичида амалга оширилади: 1) лапаротомия ва қон кетишни тўхтатиш; 2) реанимация чоралари; 3) операцияни давом эттириш. Маҳаллий гемостаз учун жарроҳлик аралашувининг охири, давом этаётган мураккаб шок терапиясида энг муҳим таркибий қисмлар бўлган анестезиологик ёрдам ва сунъий ўпка вентилятсияси (ИВЛ) нинг бир вақтнинг ўзида тугагини аниқлашмайди, бу атсидознинг аралаш шаклини бартараф этишга ёрдам беради.

Геморрагик шокни даволашнинг асосий усулларида бири *инфузион-трансфузион терапия*сидир ва қуйидагиларга йўналтирилган: 1) АҚХ/ОТСКни тўлдириш ва гиповолемиyani бартараф этиш; 2) қоннинг кислород ҳажмини ошириш; 3) қоннинг реологик хусусиятларини нормаллаштириш ва микротсиркулятсия бузилишларини бартараф этиш; 4) биокимёвий ва коллоид-осмотик бузилишларни тузатиш; 5) қон ивишининг ўткир бузилишларини бартараф этиш.

АҚХ/ОТСКни тўлдириш ва тўқималарнинг перфузиясини тиклаш учун инфузион-трансфузион терапиясини муваффақиятли амалга ошириш учун инфузион воситаларининг миқдорий нисбатларини, волиметрик тезликни ва инфузия давомийлигини ҳисобга олиш муҳимдир. Шок пайтида қонни депозит қилишни ҳисобга олган ҳолда, қўйилган суюқликнинг миқдори қон йўқотишининг ҳажмидан ошиши керак: 1000 мл га тенг қон йўқотиши билан — 1,5 марта; 1500 мл га тенг бўлган йўқотиш билан - 2 марта, катта қон йўқотиш билан - 2,5 марта ошган бўлиши керак. Йўқотилган қон миқдорини ўрнига қўйилиши қанчалик эрта бошланса, вазиятни барқарорлаштиришга эришиш учун шунча камроқ суюқлик орқали эришилади. Одатда, агар биринчи 1 — 2 соатда йўқолган қон ҳажмининг 70% билан тўлдирилса, даволашнинг таъсири, янада қулай бўлади.

Марказий ва периферик қон айланишининг ҳолатини баҳолаш асосида даволаш жараёнида керакли суюқлик миқдорини аниқлаш мумкин. Жуда оддий ва ишончли мезонлар бўлиб терининг ранги ва ҳарорати, томир уриши, қон босими, "шок" индекси, МВБ/ТСВД ва соатлик диурезлар ҳисобланади.

Қайси инфузион воситалардан фойдаланишни танлаш кўплаб омилларга боғлиқ: ҳомиладор, туғаятган ва тукқан аёлнинг дастлабки ҳолатига, қон кетишга олиб келган сабабларга кўра, асосан беморнинг қон йўқотиш ҳажмига ва патофизиологик реактсияси ҳажмига боғлиқ. Уларнинг таркибига албатта, коллоид, кристалли эритмалар, консерваланган қон ва унинг таркибий қисмлари киради.

Геморрагик шокни муваффақиятли даволаш учун вақт омилининг катта аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, биринчи навбатда, жуда юқори осмотик ва онкотик фаолиятга эга бўлган коллоид эритмаларни кристаллоидли қон ўрнини босадиганлар билан бирлаштириб, ҳар доим мавжуд бўлган коллоид эритмалардан фойдаланиш керак. Бундай препаратлар ГЭКлар. Қон каналида суюқликни ушлаб туриш, бу ечимлар тананинг компенсацион имкониятларини сафарбар қилишга ёрдам беради, шунинг учун кейинги қон

қуйиш учун тайёргарлик вақти бор, бу имкон қадар тезроқ бошланиши керак, аммо барча қоидалар ва кўрсатмаларга риоя қилиш керак.

Консерваланган қон ва унинг таркибий қисмлари (эритроцитлар массаси, эритроцитлар суспензияси, музлатилган ювилган эритроцитлар) геморрагик шокни даволашда энг муҳим инфузион воситалар бўлиб қолмоқда, чунки ҳозирги вақтда улар тананинг бузилган кислородли функциясини тиклашлари мумкин. Янги консерваланган қонни қуйиш жоиздир. Катта қон кетиши билан эритроцитлар массаси 0,5-0,8 қон йўқотиш миқдори бўлиши керак, аммо доимий даволаниш жараёнида массив қон қуйиш синдроми ривожланиш хавфи туфайли 3000 мл дан ортиқ қон қуйилмаслиги керак.

Бошқариладиган гемодилютсия қон қуйиш режимига риоя қилиш учун гемотрансфузияни коллоид ва кристаллоидларни 1:1 ёки 1:2 нисбатда нисбатларда жорий этиш билан бирлаштирилиши керак. Бу нисбат ҳомиладор аёллардаги осморегулятсиянинг адаптив хусусиятларига боғлиқ. Гемодилютсия мақсадида шифокор ихтиёрида мавжуд бўлган ҳар қандай ечимларни исталган йўналишда сифат кўрсаткичларини қўллаш мумкин. Қон қуйиш эритмалари қоннинг реологик хусусиятларини яхшилайдди, шаклли элементларнинг агрегатсиясини камайтиради ва шу билан бириктирилган қонни фаол айланишга қайтаради, периферик қон айланишини яхшилайдди. Шу каби хусусиятлар ГЭКлар асосида тайёрланган препаратлар: инфезол, стабизол, рефортан.

Геморрагик шокни етарли даражада даволашда нафақат кўп миқдордаги инфузион воситалар, балки уларнинг киритилишининг сезиларли даражаси (уч ўлчовли бошқарув тезлиги) ҳам талаб қилинади. Оғир геморрагик шокда минутига 250-500мл/мин суюқлик қуйилиши керак. Шокнинг II босқичида 100 — 200 мл/мин тезликда инфузия талаб қилинади. бу тезлик бир неча периферик томирларида ёки марказий томирларнинг катетеризатсияси орқали ечилади. Вақтдан ютиш учун тирсаккача томирининг тешилиши билан инфузияни бошлаб, сўнг дарҳол катта

томирнинг катетеризатсиясига, кўпинча ўмров венасига ўтиш учун оқилона. Катта венада катетернинг мавжудлиги узок вақт давомида инфузион-трансфузион терапиясини амалга ошириш имконини беради.

Суюқликнинг инфузион тезлиги, киритилаётган қон ва қоннинг ўрнини босадиган суюқликлар қуйиш нисбати, ортиқча суюқлик чиқишини таъминлаш беморнинг умумий ҳолатини доимий назорат қилиш, шунингдек гематокрит, МВБ/ТСВД, КИХ/КОС, ЭКГ кўрсаткичларини баҳолаш асосида амалга оширилиши керак. Инфузион терапиянинг давомийлиги қатъий индивидуал бўлиши керак.

Геморрагик шокнинг оғирлиги ҳақида шубҳа туғилганда, инфузион воситаларнинг таркибий қисмларининг қуйидаги нисбатларини қўллаш тавсия этилади: 1 (эритроцитлар): 0,2 (албумин): 1 (декстранлар): 1 (кристаллоидлар). Қон босими даражасини тиклашда ифодаланган беморнинг ҳолатини барқарорлаштиришда (систолик 90 мм.сим.уст.дан кам эмас) ва пулс қониқарли тўлдириш, нафас қисилиши йўқолиши, соатбай диурез камида 30-50 мл ва 0,3 учун гематокрит ортиши, нисбати 2 қон ва суюқлик томчилатиб юбориш учун ҳаракат қилиши мумкин:1,3: 1. Эритмаларни томчилаб юбориш бир кун ёки ундан кўпроқ вақт давом этиши керак — барча гемодинамиканинг тўлиқ стабиллашишига қадар.

Геморрагик шокдан аввал содир бўлган метаболик ацидоз одатда 150 — 200 мл 4-5% натрий бикарбонат эритмаси томчилаб томир ичига юборилиши билан корректсияланади.

Оксиланиш-тикланиш жараёнларини яхшилаш учун 200 — 300 мл 10% глюкоза эритмасини етарли миқдорда инсулин 100 мг кокарбоксилаза, В ва С витаминлари билан қўшиш кўрсатилади.

Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш фонида гиповолемияни бартараф этгандан сўнг, микротсиркулятсияни нормаллаштиришнинг муҳим таркибий қисми периферик томирларнинг спазмини бартараф этадиган препаратлардан фойдаланишдир. 0,5 ёки 150: 200 нисбатида 20% глюкоза эритмаси ёки бошқа инфузион воситалар билан 1 — 1 мл миқдорида 2%

новокаин эритмасини киритиш яхши таъсир кўрсатади. Периферик томирларнинг спазмлари антиспазмолитик препаратларни (папаверин, но-шпа, эуфиллин) ёки пентамин типигаги ганглиоблокаторларни (0,5 — 1 мл 0,5% натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан томчилатиб юборилган эритма) ва гесконияни (1 мл 2,5% томчилаб эритма) қўллаш орқали бартараф этилиши мумкин. Буйракдаги қон айланишни яхшилаш учун маннитнинг 10% эритмасини 150-200 мл миқдорига кўрсатилган. Агар керак бўлса, осмодиуретикларга қўшимча равишда салуретиклар буюрилади: 0,04 — 0,06 г фуросемид (Лазикс).

Алмашинув жараёнига мусбат таъсир кўрсатадиган ва микротсиркулятсияни яхшиланишига кўмак берадиган антигистаминли препаратлар (димедрол, дипразин, супрастин) албатта қўлланилиши керак. Даволашнинг муҳим таркибий қисмларидан сезиларли дозаларда кортикостероидларни бериш ҳисобланади, улар миокард функциясини яхшилаб периферик қон томирларнинг тонусига таъсир кўрсатади: гидрокортизоннинг бирламчи дозаси — 125 — 250 мг, суткали — 1 — 1,5 г. Кардиал препаратлар шокнинг комплекс терапиясига АҚХ/ОТСКни ўрнига қўйгандан сўнг киритилади (строфантин, коргликон). Геморрагик шок билан биргаликда ривожланадиган қон ивиш тизимидаги сезиларли ўзгаришларни коагулограмма назорати остида ўрнига қўйиш керак. Масалан, шокнинг I ва II босқичларида қоннинг коагулятсион хусусиятавлри ортиши кузатилади. III босқичда прокоагулянтларнинг кескин камайишидан ва фибринолизни сезиларли фаоллашишидан келиб чиққан коагулопатия ривожланиши мумкин. Ивиш факторларсиз ва тромбоцитларсиз инфузион эритмаларни қўллаш қон кетиш натижасида ўзи камайиб кетган ушбу факторларни жадаллашган йўқолишига олиб келиши мумкин. Қоннинг ивиш хусусиятини тиклаш етмаган прокоагулянтларни («иссиқ» ёки «янги тситратли» қон, музлатилган плазма, антигемофил плазма, фибриноген препаратлари ёки криопретсипитат) киритиш йўли орқали амалга ошириш мумкин. Тромбин

нейтрализатсияси зарурияти бўлса тўғри таъсир этадиган антикоагулянт-гепарин, фибринолизни пасайтиришга — контрикал, гордокс ишлатилади.

Геморрагик шокни даволашда вақт омили ҳал қилувчи бўлиб қолади. Даволаш қанча эрта бошланса, шунчалик беморни шок ҳолатидан чиқаришга камроқ ҳаракат ва харажатлар кетади ва яқин ва кейинги оқибати яхшироқ бўлади. Масалан, компенсатсиялашган шокнинг терапияси айланаятган қон ҳажмини тўлдириш билан етарли бўлади ва ўткир буйрак етишмовчилигини(ЎБЕ/ОПН) олдини олади, баъзи ҳолларда кислота-ишқорий ҳолатни (КИХ/КОС) нормаллаштиради. Декомпенсатсиялашган қайланадиган шокни даволаш учун даво тадбирларни барчасини қўллаш зарур. Шокнинг III босқичини даволаш кўпинча врачлар томонидан максимал ҳаракатланиши муваффақиятсиз бўлиб қолади.

Геморрагик шокга боғлиқ беморни танглик ҳолатдан чиқариш давнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Кейинчалик массив қон кетишнинг аломатларини йўқотишга ва асоратларни олдини олишга қаратилган. Врачнинг ҳаракатлари ҳаётий зарур органлар (буйрак, юрак, жигар) фаолиятининг қўллашга ва сув-туз ва оқсиллар алмашинувини нормаллаштиришга, камқонликни олдини олиш ва даволашга, инфекция ривожланишини олдини олишга қаратилган.

3.6. Фавқулодда ёрдамни ташкил қилиш. Акушерлик қон кетишидан оналар ўлимини камайтириш учун шифохонада фавқулодда ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларини ташкилий жиҳатдан таъминлаш катта аҳамиятга эга. Агар ишни ташкил этишнинг қуйидаги принтсиплари бажарилса, малакали тиббий ёрдам муваффақиятли бўлади:

1) катта қон кетиш (қон таъминоти, қон алмаштириш, қон қуйиш тизимлари, қон томир катетерлари) бўлган аёлларга ёрдам беришга доимо тайёр);

2) катта қон кетиш билан ишлайдиган ходимларнинг алгоритмининг мавжудлиги;

3) оператсион тизимнинг доимий тайёрлиги;

4) ҳаётӣ органлар ва тизимларнинг ҳолатини лаборатория экспресс диагностикаси имконияти.

Геморрагик шок – бу АҚХ/ОТСК ва қон томир каналининг ҳажми ўртасидаги фарқ мавжуд бўлган ҳолат. Бу ҳолат қуйидагиларни келтириб чиқаради: ҳаётӣ органларда перфузиянинг пасайиши; тўқима гипоксияси. Тузатувчи терапия бўлмаса қуйидагилар ривожланади:

- Ҳужайралардаги метаболизм етишмовчилиги;
- энзиматик ва метаболик дисфунктсия пайдо бўлади;
- Ҳужайра гипоксияси ва ҳужайранинг деструктсиясига олиб келади

Макротсиркулятсия инқирози микротсиркулятсия инқирозига олиб келади:

1 тури ҳаётӣ бўлмаган органларда кузатилади: субнормал даражада барқарорлашмасдан қон оқимининг тез ўсиб бораётган пасайиши, яъни бу органларда компенсацион босқич йўқ;

2 - тури-ҳаётӣ органларда кузатилади: 30-60 дақиқадан сўнг қон йўқотишига жавобан компенсация фазаси юзага келади ва қон оқими субнормал даражада ўрнатилади, шокнинг ривожланишини терминал босқичига киргунга қадар;

Бу қоннинг реологик хусусиятларини ўзгартиради, шаклли элементларнинг агрегатсиясига ва сладжқ феноменига олиб келади; тўқималарнинг ишемияси ривожланади.

- қон томирларининг спазмини таъминловчи фаол полипептидлар, кислотали метаболитларнинг контсентратсияси ошади;
- кичик томирлардаги сладж синдроми пайдо бўлади ва плазма билан шаклли элементлар табақалашади;
- шаклли элементлар агрегатсияси
- ДВС тури бўйича коагулопатия синдромининг ривожланиш шартлари пайдо бўлади.
- бошқа ҳаётӣ зарур органлардан кўра (жигар, буйрак, ўпка, гипофиз) мия ва миокард бу реактсияга охириги навбатда киришишади);

- бу паст босимли капилляр портал тизимининг ҳаётий органларида мавжудлиги билан боғлиқ;
- шунинг учун гемодинамиканинг пасайиши бу органларга биринчи навбатда таъсир қилади;

Қон йўқотишидан сўнг, ўз вақтида корректсия қилинмаса, макро ва микротсиркулятсиянинг тўлиқ жароҳатланиши содир бўлади;/

Геморрагик шок ҳомиладорлик даврида ривожланса - манбани бартараф этиш ва қон кетишни тўхтатиш, агар керак бўлса, ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида адекват туғруқни ҳал қилиш керак;

Геморрагик шок туғруқдан кейинги даврда ривожланса - 4 " Т " қоидаси ишлатилади.

Енгил оғирликдаги геморрагик шок: қон йўқотиш 1000-1500мл (АҚХ/ОТСКнинг 15-25%).

Ўрта даражадаги геморрагик шок: қон йўқотиш 1500-2000мл (АҚХ/ОТСКнинг 25-35%).

Оғир геморрагик шок : 2000 мл дан ортиқ қон йўқотиш (АҚХ/ОТСКнинг 35-45%).

Олиб бориш. Барча тиббий ходимларни сафарбар қилиш, биринчи навбатда, масъул шифокор-анестезиологни.

Ҳаракатлар: тез шокни бошланғич баҳолаш: томир уриши, қон босими, нафас олиш тезлиги, тана ҳарорати.

* Аёлни чап томонга ётқизиш.

* Аёлни қиздирмасдан иситиш.

* Оёқларини кўтариш.

* Ниқоб орқали кислород 10-15л / мин.

• 2 периферик томирларни ангиокатетер ёки марказий томир орқали катетеризатсия қилиш ва инфузияни бошлаш.

• Физиологик эритманинг тез трансфузия қилиш (15-20 дақиқада 1 литр).

• Инфузия миқдори қон йўқотишининг тахминий ҳажмини 3-4 марта ошиши керак.

- Бошланган тадбирларни давом эттириш ва тезкор операцион блокга олиб бориш.
- Қон буюриш (эр.масса, СЗП/ ЯМП ва бошқалар).

ЎТКИР МАССИВ ҚОН ЙЎҚОТИШИНING ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ (тана вазни 70 кг).

	I	II	III	IV
Йўқотилган қон ҳажми мл	< 750	750	1500	> 2000
Йўқотилган қон ҳажми % АҚХ/ОТСК	<15	15-30	30-40	> 40
Пульс	< 100	> 100	> 120	> 140
ҚБ	Норма	Норма	пасайган	Пасайган
Пульсли босим мм.сим.уст.	Норма ёки ортган	пасайган	пасайган	Пасайган
Нафас частотаси	14-20	20-30	30-40	> 40
Соатли диурез мл/соат	> 30	20-30	5-15	йўқ
Марказий нерв система ҳолати	Енгил ҳаяжон	ҳаяжон	Бефарқлик	Прекома

30-60 дақиқада 1 литр реосорбилакт қуйиш - 400,0-800,0 мл; ЯМП/СЗП кристаллоидлар 1-2 та Коллоид эритмалар

Қон йўқолишини қўшимча белгилари: 1. Кўриш орқали ҳисоблаш – ҳақиқий қон кетишдан ҳато 30%. 2. Альговер шокли индекси: пульс/СҚБ.

Норма: 0,5 < 0,8 - қон йўқотиш < 1000,0мл . 0,9-1,2- қон йўқотиш < 1500,0мл . 1,2-1,5 - қон йўқотиш < 2000,0мл . > 1,5 - қон йўқотиш > 2000,0мл .

3. МВБ/ТСВД : +40 - қон йўқотиш < 1000,0мл.

+20 - қон йўқотиш 1500,0мл.

<0 - қон йўқотиш > 2000,0мл.

4. Гематокрит: қон йўқотишдан ҳар 3-4% - 500 мл пасайиши.

5. Оператсион материални тарозида тортиш: оғирлигидан 57% - қон йўқотиш ҳажми.

Геморрагик шок билан аёлларни бошқариш тактикаси куйидагиларга қаратилган: қон кетишни тўхтатиш, етарли қон оксигенатсиясини таъминлаш, АҚХ/ОТСКни тиклаш.

АҚХ/ОТСКни тиклаш бўйича тадбирлар:

- * Етарли веноз кириш. Кириш тезлиги ва ҳажми. Таркиби: кристаллоидлар, коллоидлар, қон препаратлари.
- * Кардиомонитор кузатиш, МВБ/ТСВДни ўлчаш.
- * Нафас олишни қўллаб-қувватлаш.
- * Киритилган суюқликни аниқ назорат қилиш.
- Қовуқ катетеризатсияси.
- * Бемор учун етарли иссиқлик режимини таъминлаш(оёқларга, қўлларга ва бошқаларга иситгичлар).

Эсда тутиш керак! Инфузион терапия ҳажми ҳисобга олинган қон йўқотиш ва умумий ҳолат, гемодинамиканинг ҳажмига, қон кетишини тўхтатишга боғлиқ. Кунига трансфузия миқдори 20 мл/кг тана вазнидан ошмаслиги керак, акс ҳолда гипокоагулятсия хавфи ривожланиши мумкин.

Йўқотилган қонни тиклаш

- ✓ Қон тўхтатилгандан 4 соат кейин синчков текширув ўтказилади (мунтазам кўрув ҳар 30 дақиқада).
- ✓ Кейинги 24 соат давомида аёл ётган жойга шахсий пост ўрнатилади.

Инфузиянинг умумий ҳажми

	I даражали	II даражали	III даражали	IV даражали
	қон кетиш АҚХ (ОТСК) дан <15%	қон кетиш АҚХ (ОТСК) дан <25%	қон кетиш АҚХ (ОТСК) дан <35 %	қон кетиш АҚХ (ОТСК) дан >35%
Кетган қон ҳажми	<1000 мл	< 1500 мл	<2000 мл	>2000 мл

Инфузиянинг ҳажми	150-200%	200-250%	250-300%	300%
Кристаллоид/коллоидлар (эр.масса+СЗП+ГЭК)	1,5 / 1	2 / 1	2,5 / 1	3,0 / 1
Эр.массани ўрнини босиш (кетган қон ҳажмидан)	-	50%	80%	100%
ЯМП(СЗП)(кетган қон ҳажмидан)	-	-	50%	50%

МВБ (ТСВД)- 10-12 см. сув устидан

ЯМП(СЗП)- 15-20 мл\кг вазнига

Диурез 30мл\соатига ва ундан кўп

криопретсипитат 6-8 доза

Фибриноген доза – 200 мг.

Изоҳлар:

- Гиповолемияни коррекциялаш учун энг яхши препаратлардан бўлиб **кристаллоидлар ҳисобланади.**
- Қоннинг транспортли функциясини яхшилашга – **эритроцитар масса** куйилиши маъқул.
- Исботланган коагулопатияга - **ЯМП (СЗП), криопретсипитат** куйиш кўрсатма бўлади.
- **вазоактив препаратларни** қўллашга: инотроп ёки вазопрессорларни қўлланилиши АҚХ(ОТСК) тиклангандан сўнг мақсадга мувофиқдир.
- Зарурият бўлса, биринчи навбатда, инотроп препаратлар қўлланилади, кейин самараси бўлмаса вазопрессорларни қўллаш маъқул. Лекин шунга қарамай ушбу препаратларни қўлланилиши периферик аъзоларнинг перфузияси ва оксигенатсиясини ёмонлаштириши мумкин.
- Бу гуруҳ препаратларнинг қўлланилиши жонлаштириш ва интенсив даво бўлимларида амалга оширилади, бунда **мутахассисларнинг мультидисциплинар командаси** ёрдами керак бўлади.

«Геморрагик шок билан ҳомиладорларни олиб бориш тактикаси»

Геморрагик шок қуйидаги ҳолларда юз берганда:

- Ҳомиладорлик даврида: **манбасини бартараф этиб, қон кетишини тўхтатиш**, зарур бўлганда ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар туғдириш;

- Чилла даврида: 4 «Т» қоидаси:

- “Тўқима”- йўлдош қолдиқлари қолиб кетиши

- “Тонус”- бачадон атонияси

- “Травма/жароҳат”- бачадон ёки туғруқ йўллари йиртилиши, бачадон ағдарилиши

- “Тромбин”- олдиндан мавжуд бўлган ёки орттирилган коагулопатик бузилишлар

Клиник белгилар асосида «шок» - клиник ташхиси кўйилади:

- Қиндан кучли қон кетиши /кам ҳолларда ташқи қон кетиши кучсиз ёки кузатилмайди;

- Пульс тезлашган > 110 зарба/дақиқа;

- САҚБ < 90 мм.рт.ст.;

- Тери ранги оқарган, ёпишқоқ тер билан қопланган

- Ҳушининг ўзгариши, баъзан қоринда оғриқ бўлиши мумкин.

- Олигурия

- Нафас бузилиши

Текширишлар:

- Умумий қон таҳлили (Нб, эритроцитлар, тромбоцитлар)

- Умумий пешоб таҳлили

- Коагулограмма

- Кроватолди тести

- ЭКГ

- Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш

- Қон кетишини баҳолаш

- Қўшимча Альговер бўйича шок индексини (ШИ) ҳисоблаш

- Соатлик диурезни аниқлаш

- МВД (ТСВД)ни ўлчаш
- ЭКГ

Тактика

ЁРДАМГА ЧАҚИРИШ:

- Барча тиббий ходимларни – биринчи навбатда маъсул шифокорни ва анестезиологни чақириш
- Зудлик билан бирламчи баҳолаш (Пульс, АҚБ, нафас сони, температура)
- Геморрагик шок сабабларини аниқлаш
- Аёлни бироз иситиш
- Бош томонини пастга тушириш
- Ниқоб орқали 10-15л/дақиқада кислород бериш.
- 2 периферик веналарни ангиокатетер №14-16G билан ёки марказий венани катетеризатсия қилиш
- Катетер ёки катта калибрли игна ёрдамида вена ичига инфузияни бошлаш
- Тезлик билан физиологик эритмани қуйиш (15-20 дақиқада 1 литр).
- Қон кетишидан сўнгги шокда тахминий кетган қон ҳажмига нисбатан 3 марта ҳажмда кўпроқ бўлиши лозим.
- Сийдик қопини катетеризатсия қилиш
- Бошланган тадбирларни давом эттирган ҳолда жарроҳлик бўлимига ўтказиш
- Қонга буюртма бериш (қон қуйиш шаҳобчасига эритроцитар масса ва янги музлатилган плазма/СЗП). Эр масса камида 1000мл; СЗП -1000мл.

Инфузион терапия ҳажми кетган қон миқдори ва аёлнинг умумий аҳволига, гемодинамикасига, қон кетиши тўхташига боғлиқ.

Қон кетишини тўхтатиш бўйича акушерлик муолажалари ва жарроҳликлари

Қон кетишини тўхтатишнинг 3 босқичи:

- Лапаротомия:

3 жуфт магистрал бачадон қон томирларини боғлаш,

Бачадонга компрессион чоклар қўйиш

Ички ёнбош артерияларини боғлаш

Гистерэктомия.

- Реаниматсион тадбирлар.
- Жарроҳликни давом эттириш.

Анестезиологик муолажалар

- Кетган қон ўрнини тўлдириш: кетган қон миқдorigа нисбатан 3 баробар кўпроқ
- Кристаллоидлар ва коллоидлар нисбати 3:1
- Вена ичига суюқлик қўйиш адекватлиги аёлнинг гемодинамикаси, умумий аҳволи ва диурез билан баҳоланади.

Қон ва қон ўрнини босувчи воситаларни Нв 70г/л ва ундан кам ва Нт 25%дан кам бўлганда қўйилади.

Беморни бевосита шокдан чиқариш.

- Инфузион терапия ҳажми геморрагик шок даражасига қараб ҳал қилинади. қон тўхтагандан сўнгги 4 соат давомида аёлни синчиклаб кузатиш, ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятини доимий мониторинг қилиш. Кейинги 24 соат давомида АваР бўлимида бемор тўшаги ёнида доимий кузатув индивидуал пости ташкил қилинади.

Геморрагик шокнинг I даражаси.

- Туғруқ вақтида ёки ундан сўнг ва туғдиришда юзага келадиган шок - O75.1
- Қон кетиши 1000-1500мл
- (15-25 % АҚХ/ОТСК)
- Хар қандай акушерлик қон кетишини шок ривожланишга хавф деб билиш лозим.

Клиник белгилари

- Пульси 100 зарба/дақиқадан кўп.
- САҚБ 80-90 мм.рт.ст.

- Тери қоплами оқарган
- Ҳуши ўзгармаган
- Бироз нафас олиш сони тезлашган
- Диурез 20-30мл/соат

ЁРДАМГА ЧАҚИРИШ:

- Барча бўш тиббий ходимларни – биринчи навбатда маъсул шифокор ва анестезиологни ёрдамга чақириш
- Зудлик билан бирламчи баҳолаш (пульс, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати)
- Аёлни бироз иситиш
- Бош томонини пастга тушириш
- Ниқоб орқали 10-15л/дақиқада кислород бериш.
- 2 периферик веналарни ангиокатетер №14-16G билан ёки марказий венани катетеризатсия қилиш
- Катетер ёки катта калибрли игна ёрдамида вена ичига инфузияни бошлаш
- Тезлик билан физиологик эритмани қуйиш (15-20 дақиқада 1 литр).
- Қон кетишидан сўнгги шокда тахминий кетган қон ҳажмига нисбатан 3 марта кўпроқ бўлиши лозим.
- Сийдик қопини катетеризатсия қилиш
- Бошланган тадбирларни давом эттирган ҳолда жарроҳлик бўлимига ўтказиш
- Қонга буюртма бериш (қон қуйиш шаҳобчасига эритроцитар масса ва янги музлатилган плазма/СЗП). Эр масса камида 1000мл; СЗП -1000мл.

Геморрагик шокнинг II даражаси қон кетиши 1500-2000мл (25-35% АҚХ/ОТСК)

Клиник белгилари

- Пульси 120 зарба/дақиқадан кўп.
- САҚБ 60-80 мм.рт.ст.
- Тери қоплами оқарган

- Ҳуши биров сусайган
- Нафас олиши – биров тахипноэ
- Диурез 5-20мл/соат

Мониторинг:

- Аҳволини баҳолаш ва ҳаётӣ муҳим аъзолар фаолиятини назорат қилиш
- Умумий аҳволини баҳолаш
- Ҳуши
- Ps, АҚБ, тана t
- Нафас сони
- Диурез
- Қиндан қонли ажралмалар келиши.

ЁРДАМГА ЧАҚИРИШ:

- Барча бўш тиббий ходимларни – биринчи навбатда маъсул шифокор ва анестезиологни ёрдамга чақириш
- Зудлик билан бирламчи баҳолаш (пульс, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати)
- Аёлни биров иситиш
- Бош томонини пастга тушириш
- Нафас йўлларини тиклаш
- Ниқоб орқали 10-15л/дақиқада кислород бериш.
- Инфузион терапия: тезлик билан 0,9% натрий хлор эритмасини томизишни бошлаш
- Шокка қарши терапияни давом эттириш
- Кортикостероидлар: беморнинг аҳволи оғирлик даражасига қараб Дексаметазон 4-12 мг
- Гемостатиклар, антифибринолитиклар: Транексам кислотаси 1000 мг в/ига, лозим бўлса, такрорланади.

• **ДИҚҚАТ!** Суткада қўйиладиган суюқлик ҳажми 20 мл/кг тана вазнидан ошмаслиги лозим, аксинча гипокоагулятсия хавфи ривожланиши мумкин.

• Лозим бўлса, қон воситалари қўйилади (эритроцитар масса, янги музлатилган плазма, криопретсипитат)

• Жарроҳлик хонасини тайёрлаш

Ҳомиладорлик даврида қон кетишини тўхтатиш: ҳомиладорлик муддатидан катъий назар шошилишч лапаротомия, кесар кесиш.

Чилла даврида жарроҳлик гемостазиини таъминлаш: лапаротомия, 3 жуфт бачадон магистрал қон томирларини боғлаш, бачадонга компрессион чоклар қўйиш, ичкм ёнбош артерияларни боғлаш, гистерэктомия.

Геморрагик шок III даража қон йўқотиш 2000мл (35-45% ОТСК)

- Пульси 140 зарба/дақиқадан кўп.
- САҚБ 60 мм.сим.уст.
- Уйқучанлик, оғриқ сезгисининг камайиши
- Нафас олиши – кучли тахипноэ
- Диурез - анурия
- I ва II даражали геморрагик шокдаги тадбирларни давом эттириш
- Кристаллоидлар, коллоидлар, қон компонентларини қўйиб АҚХни тўлдиришни давом эттириш
- Инфузион-трансфузион терапия: 0.9% натрий хлор эритмаси, ГЭК эритмалари, ЯМП, Эрит. масса
- Кортикостероидлар: Дексаметазон
- Синдромли терапия: юрак гликозидлари, кардио-гепатопротекторлар, десенсибиловчи воситалар
- Ниқоб орқали кислород беришни давом эттириш (10-15л/мин), лозим бўлса, ЎСВга ўтказиш
- Адреномиметиклар: Дофамин (иловага қаранг)
- Гемодинамиканинг аппаратли мониторинги:

- Аҳволини баҳолаш ва ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятини назорат қилиш, умумий аҳволини баҳолаш, ҳуши, Ps, АҚБ, тана t, нафас сони, диурез, қиндан қонли ажралмалар келиши.

Геморрагик шок IV даража. Қон йўқотилиши АҚХнинг 45%дан ортиқ

- Пульс 140 зарба/дақиқадан ортиқ.
- Чуқур коллапс
- Респиратор коллапс
- Анурия
- I-III даражали геморрагик шокдаги тадбирларни давом эттириш
- Кристаллоидлар, коллоидлар, қон компонентларини қуйиб АҚХни тўлдиришни давом эттириш
- Такрор кортикостероидлар юбориш
- Адреномиметиклар (дофамин)
- ЎСВ
- Синдромли терапия

Қўшимча муолажалар

- қон кетишини визуал ҳисоблаш – реал қон кетишга нисбатан 30% хато бўлади.

Альговер шок индекси (пульс/САД):

- <0,8 - қон йўқотиш < 1000,0мл
- 0,9-1,2 – қон йўқотиш < 1500,0мл
- 1,2-1,5 - қон йўқотиш < 2000,0мл
- >1,5 - қон йўқотиш >2000,0мл

Марказий веноз босим (МВБ/ТСВД)

- +40 - қон йўқотиш < 1000,0мл
- +20 – қон йўқотиш 1500,0мл
- <0 - қон йўқотиш >2000,0мл

Гематокрит: ҳар 3-4%га камайиши - 500 мл қон кетиш

Жарроҳлик материалларининг оғирлигини ўлчаб кўриш – тана вазнининг 57% – қон кетиш ҳажми

Геморрагик шок билан аёлни олиб бориш қуйидагиларга қаратилган:

1. Қонни адекват оксигенатсия билан таъминлаш
2. қон кетишини тўхтатиш (протоколга қаранг)
3. АҚХни тиклаш

АҚХни тиклаш бўйича тадбирлаш:

АҚХни ҳисоблаш: тана вазни $\times 7,7\%$ (семизликда, тана вазни 100 кгдан ортиқ, идеал тана вазнига нисбатан ҳисоблаш - 90 кг).

1. Адекват веноз йўл – марказий вена ёки иккита периферик вена диаметри G 16-20дан ортиқ, аёлнинг ҳолати – Тренделенбург ҳолатида
2. Кардиомонитор кузатуви, АҚБни АҚХ тиклангунича ҳар 15 дақиқада ўлчаш
3. ЮҚТ ва ўпка касалликлари бўлганда МВБни ўлчаш хавфсиз реаниматсия ўтказиш имконини беради
4. Респиратор кўмак- бурун катетери орқали намланган кислород бериш (4-6 л/мин). Оксигенатсия адекват бўлмаганда беморни декомпенсациягача ЎСВга ўтказиш масаласини ҳал қилиш.
5. эритмалар қуйиш тезлиги (фақат иситилган ва илиқ) 15-20 дақиқада 1 литргача
6. беморга етарли иссиқликни таъминлаш (оёқлари ва қўлларига иссиқ кўйиш)
7. АҚБ паст бўлганда ўпка шиши ҳамда ортиқча суюқлик ҳажми билан шикастланишнинг олдини олиш мақсадида киритилаётган суюқлик ҳажмини аниқ назорат қилиш лозим (гемодинамик кузатуви варақаси, флаконларни йиғиш ва санаш),
8. сийдик қопини катетеризация қилиш - диурезни назорат қилиш, АҚХ тиклангандан сўнг буйрақлар ишини яхшилаш учун бироз диурезни стимуляция қилиш мумкин.

Инфузион дастурни ҳисоблаш:

Гиповолемияни коррекция қилишда кристаллоидлар энг яхши восита бўлиб ҳисобланади

Қоннинг транспорт фаолиятини тиклаш - эр.масса қуйиш

Исботланган коагулопатия – СЗП, криопретсипитат қуйиш

Вазоактив дори воситаларини қўллаш: инотроплар ва вазопрессорларни АҚХ/ОТСК тиклагандан сўнг қўлланилади. Лозим бўлса, биринчим навбатда инотроплар, агар смара бўлмаса вазопрессорларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Бу дори воситаларни қўллаганда периферик аъзолар перфузияси ва оксигенатсиясини келтириб чиқариши мумкин. Ушбу гуруҳ дори воситалари ОРИТда тайинланиши лозим, бунда мультидистциплинар команда мутахассисларининг ёрдами муҳим.

Умумий инфузия ҳажми жадвал №1:

	Қон йўқотилиши I даража, <15% АҚХ	Қон йўқотилиши II даража, <25% АҚХ	Қон йўқотилиши III даража, <35 % АҚХ	Қон йўқотилиши IV даража, >35 АҚХ
Қон йўқотилиши ҳажми	<1000 мл	< 1500 мл	<2000 мл	>2000 мл
Инфузия ҳажми	150-200%	200-250%	250-300%	300%
Кристаллоид / коллоидлар (қон, СЗП, ГЭК)	1,5 / 1	2 / 1	2,5 / 1	3,0 / 1
Қон ўрнини тўлдириш (эр.масса қоннинг 50%)	-	50%	80%	100%
СЗП(кетган қоннинг)	-	-	50%	50%

- ГЭК воситалари гемостазга эришилгандан сўн қуйилади, қон кетаётганда фақат ҳаётий кўрсатма бўйича

- 1-2 даражали қон кетишда инфузия тезлигининг 60% биринчи 2 соатда, қолганлари 4-6 соатда.
- 3-4 даражада 70% биринчи соатда, қолганлари 4 соатда.

Юрак қон томир тизимига фармакологик кўмак

Агент	Одатий миқдор	Эффект
Инотроп агентлар		
Допамин	1-3 мкг/кг/мин	Диурезни кучайтириш Вазодиллятатсия
	2-10 мкг/кг/мин	ЮУС/ЧСС ортиши Юрак ҳайдаш ҳажми ортиши
	>10 мкг/кг/мин	Периферик вазоконстриктсия ЮУС/ЧСС ва миокард қисқарувчанлиги ортиши
Добутагин	2-10 мкг/кг/мин	ЮУС/ЧСС ва миокард қисқарувчанлиги ортиши Постнагрузка камайиши
Вазопрессорлар		
Фенилефрин (мезатон)	1-5 мкг/кг/мин	Периферик вазоконстриктсия
Норадреналин	1-4 мкг/мин	Периферик вазоконстриктсия
Адреналин	1-8 мкг/мин	Периферик вазоконстриктсия

Назорат: АҚБ, ЮҚС/ЧСС, нафас, лаборатор текширишлар (гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар сони, фибриноген, кроват олди тести), РаО₂

ЎСВга ўтказишга кўрсатма:

1. Гипоксемия (РаО₂<60мм.рт.ст. FiO₂ >0,5 бўлганда).
2. НС 40 та минутдан ортиқ
3. паст инспиратор кучайиш.
4. бемор декомпенсатсиясигача ўтказилиши лозим. Тана вазнининг 2-3% қон йўқотилиши сигнал бўлади.

5. эндотрахеал трубкаларнинг катта манжетлигидан ва паст босимлигидан фойдаланиш.

Геморрагик шокда реаниматсия тадбирлари билан бир вақтда қон кетишига қарши курашиш лозим.

Даволаш самараси: ЮҚС/ЧСС < 100, САБ норманинг $\pm 15\%$ ташкил этади (110 мм рт. стдан паст), диурез ≥ 1 мл/кг/соат, гематокрит $\geq 30\%$

Геморрагик шокни даволашда марказий гемодинамика ва тўқима қон айланишини биринчи 6 соат давомида тикланганда ижобий натижага эришиш мумкин.

Илова:

- Альговер шок индекси – пульснинг систолик АҚБга нисбати: PS/САҚБ.
- Ли-Уайт бўйича (кровать олди тести) қон ивиш вақтини аниқлаш усули
- принтсип: веноз қонда қон лахтаси ҳосил бўлиш вақтини аниқлашга асосланган.

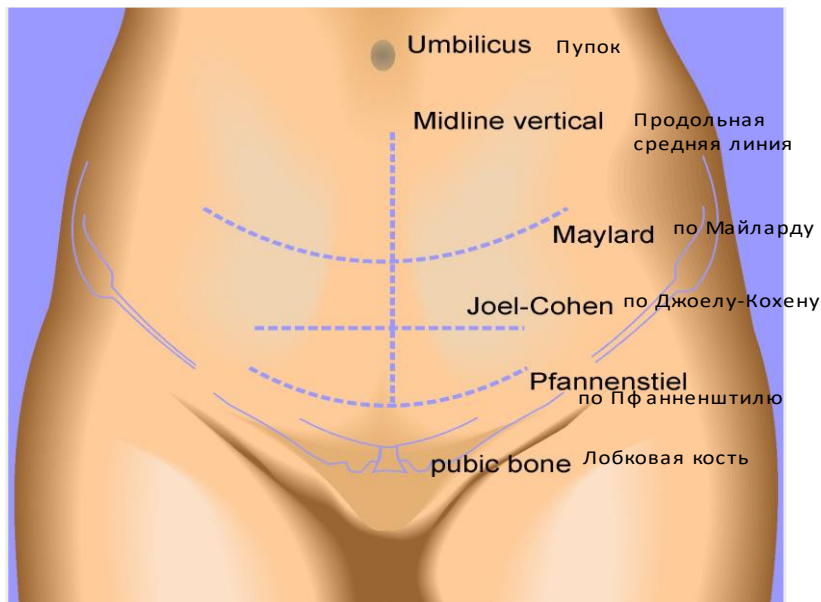
Усул: Кровать олди тести - 1 мл веноз қоннинг олинган вақтдан бошлаб 1 дақиқа ичида лахта ҳосил қилиш вақти.

Техникаси:

Қопқоғи ёпиқ шиша пробиркани қўлинигизга олиб, 37°C гача иситинг, сўнг 1 мл веноз қон олинг. Сўнг пробиркани қўлингизда маҳкам ушлаб туриб, ҳар бир минутда қон лахтаси ҳосил бўлишини кузатинг. Лахта ҳосил бўлиши: тўлиқ қон лахтаси ҳосил бўлганда пробиркани тескари қилиб кўриш мумкин. Қон лахтаси секин ҳосил бўлганда (7-8дақиқадан ортиқ) ёки тез бузиладиган юмшоқ қон лахтаси ҳосил бўлганда коагулопатияга шубҳа қилинади.

Акушерлик амалиётида ҳар қанақа ҳажмда қон кетганда ҳам геморрагик шок келиб чиқиши мумкин.

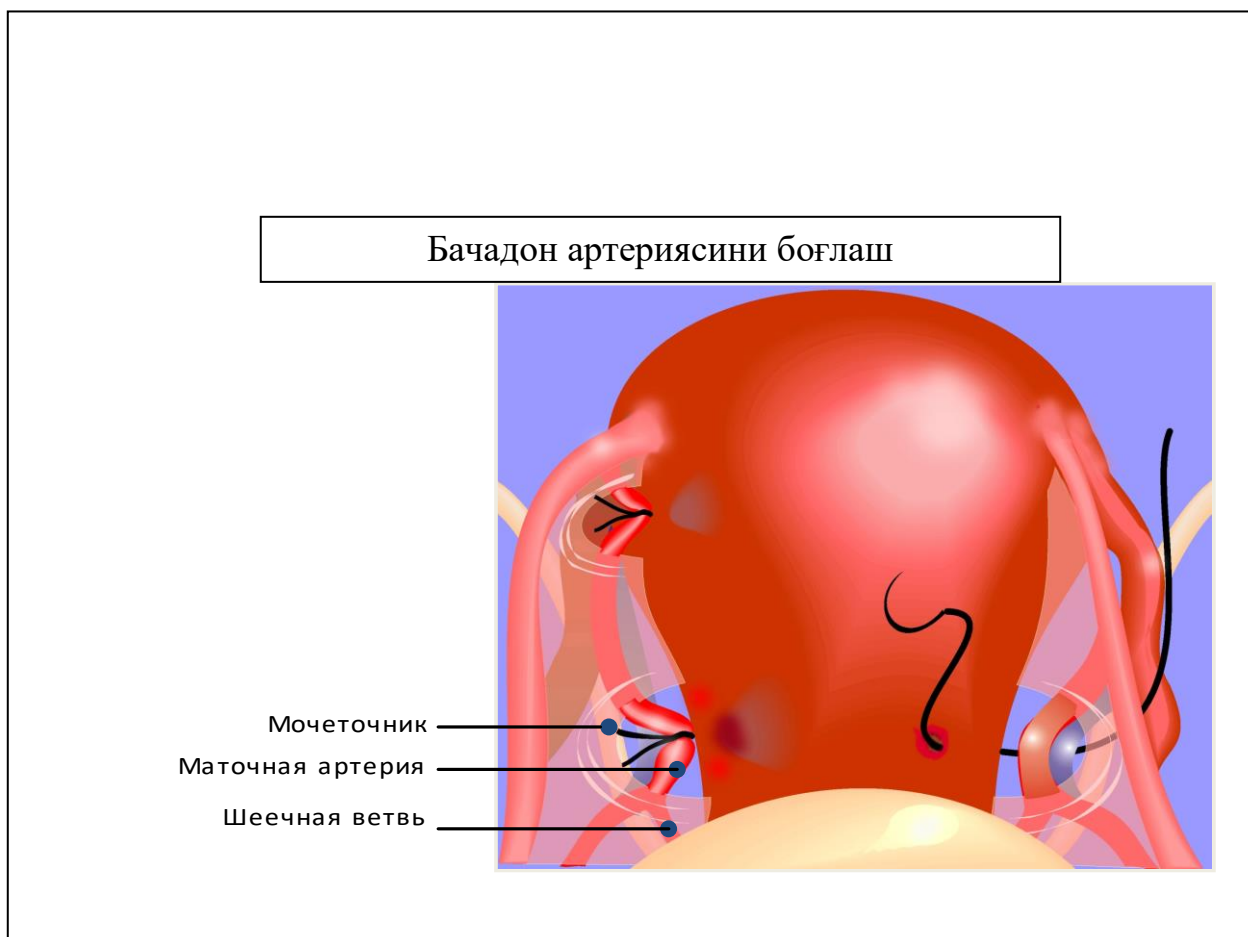
Акушерлик қон кетишлардаги жаррохлик аралашувлари

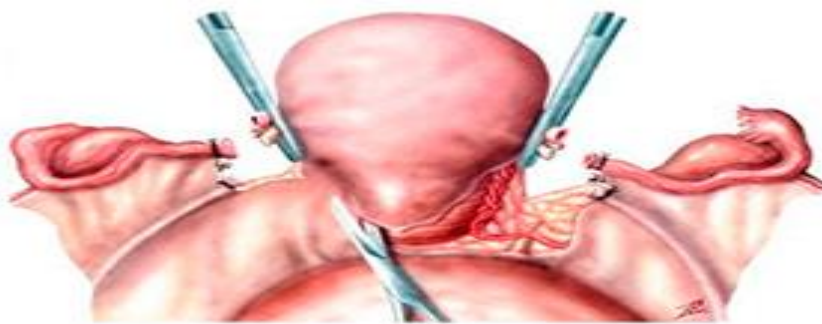


Расм 1. Лапаротомия усуллари

Бачадон ортиқларисиз қин усти ампутацияси

Беморнинг операция столидаги позицияси горизонтал. Кўрув учун мақбул бўлган пастки ўрта лапаротомия чаптаги киндикни четлаб ўтади. Бундан ташқари, операция Пфаненштиил (Pfannenstiel) томонидан кўндаланг киришдан амалга оширилади.





Расм 2. Бачадон ортиқларисиз қин усти ампутацияси

Ревизиядан сўнг, бачадон чиқарилади. Операция майдонини ичаклардан чегаралаб, бачадоннинг қовурғаларига узун қисқичлар қўйилади ва ярага чиқарилади. Бу бачадоннинг юмалоқ лигаментининг кучланишига олиб келади, бу унинг кесишиши ва лигацияда ёрдам беради. Ундан сўнг инфундибулум-пелвис лигаментини очади, бу ҳам бойланиб ва лигатура қўйилади. Қисқичларларнинг учлари бачадонга йўналтирилиши керак. Ҳудди шундай тарзда қарама-қарши томондан манипуляциялар бажарилади.

Қорин олд ва орқа қатламлари ажратилиб, қовуқдан пастга тушилади. Қорин орқа пардаси бачадон бўйнининг ички бўғзи соҳасидан пастроқ кесилади. Бачадон найчаларининг ҳар икки томонида ички бўғиз чегарасида қисқичлар бачадоннинг ёнбошига перпендикуляр қўлланилади. Бу зажимларнинг бурчагига гемостатик мақсадда контрклеммаларнинг учлари деярли бир-бирига яқинлашиб қўйилади. Бачадоннинг томирлари клеммалар орасида кесилиб ипак билан боғланади. Скалпел билан бачадонни кесиш орқа деворидан сакрал лигаментларнинг ажралиб чиқиш жойидан юқори, олдинги деворга қон томир культясида юқори ўтиш билан бошланади. Шундай қилиб, бачадонни олиб ташлангандан сўнг, бачадон бўйни каналини ёпиш имконини берувчи бачадон бўйни қирралар билан сервикал култя ҳосил бўлади, бу эса тсервикал канални беркитишга имкон беради. Култяга 3-4 кетгут чоклар қўйилади. Қорин пардасининг ёрдамида перитонизатсия узлуксиз кетгут чок қўйиш ёрдамида бажарилади. Гемостазга текширилади ва қорин бўшлиғи қаватма-қават беркитилади.

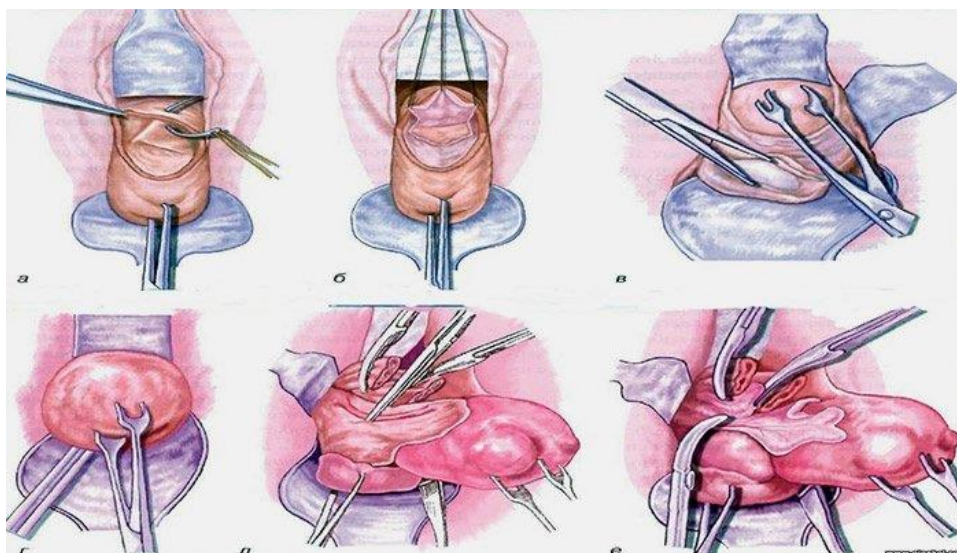


Расм 3.

Кўрсатмага кўра зарурият талаби билан қорин бўшлиғида гемостаз назорати мақсадида микроиригатор қолдирилади.

Бачадонни ортиқларсиз экстирпацияси

Беморнинг операция столидаги позицияси горизонтал. Кўрув учун мақбул бўлган пастки ўрта лапаротомия чапдаги киндикни четлаб ўтади. Бундан ташқари, операция Пфаненштил (Pfannenstiel) томонидан кўндаланг киришдан амалга оширилади.



Расм 4. Бачадонни ортиқларсиз экстирпацияси

Ревизиядан сўнг, бачадон чиқарилади. Операция майдонини ичаклардан чегаралаб, бачадоннинг қовурғаларига узун қисқичлар қўйилади ва ярага чиқарилади. Бу бачадоннинг юмалоқ лигаментининг кучланишига олиб келади, бу унинг кесишиши ва лигацияда ёрдам беради. Ундан сўнг инфундибулум-пелвис

лигаментини очади, бу ҳам бойланиб ва лигатура қўйилади. Қисқичларларнинг учлари бачадонга йўналтирилиши керак. Ҳудди шундай тарзда қарама-қарши томондан манипуляциялар бажарилади.



Расм 5. Лапаротомия

Қорин олд ва орқа қатламлари ажратилиб, қовуқдан пастга тушилади. Қорин орқа пардаси бачадон бўйнининг ички бўғзи соҳасидан пастрок кесилади. Бачадон найчаларининг ҳар икки томонида ички бўғиз чегарасида қисқичлар бачадоннинг ёнбошига перпендикуляр қўлланилади. Бу зажимларнинг бурчагига гемостатик мақсадда контрклеммаларнинг учлари деярли бир-бирига яқинлашиб қўйилади. Бачадоннинг томирлари клеммалар орасида кесилиб ипак билан боғланади. Скалпел билан бачадонни кесиш орқа деворидан сакрал лигаментларнинг ажралиб чиқиш жойидан юқори, олдинги деворга қон томир култыясидан юқори ўтиш билан бошланади. Тўғридан-тўғри бачадоннинг бурчагига яқин бачадон бўйни клетчаткасига қисқичлар қўйилади, толалар кесилиб, кетгут билан қопланади. Ажратиш қин деворларигача давом этади. Қовуқ билан чегарада қин олди гумбази очилиб, уни Коҳернинг қисқичи билан олдиндан белгилаб қўйилади. Бачадонни гумбазлар даражасида кесиб олинади, қин култыясига узун қисқичлар қўйилади. Қорин пардасининг ёрдамида перитонизатсия узлуксиз кетгут чок қўйиш ёрдамида бажарилади. Гемостазга текширилади ва қорин бўшлиғи қаватма-қават беркитилади. Кўрсатмага кўра зарурият талаби билан қорин бўшлиғида гемостаз назорати мақсадида микроирригатор қолдирилади.

ТЕСТЛАР:

1.Кўрсатилган синамаларни қайсиниси асоратсиз хомиладорликни зарур текширувларига кирмайди:

- a) ХГни қайта текшириш;
- b) Нв ни миқдорини аниқлаш;
- c) серологик текширувлар;
- d) бачадон бўйнидан тситологик текширув;
- e) конни гуруҳини ва резус факторни аниқлаш

2. Эктопик хомиладорликни кўп учраш сабабларига кўрсатилганлардан қайсиниси кирмайди:

- a) эндометриоз;
- b) сурункали сальпингит;
- c) аденомиоз;
- d) БИВ билан қамраш;
- e) бачадон найлари дивертикули;

3. Эктопик хомиладорликда тавсия этилмайди:

- a) сальпингоэктомия;
- b) сальпингоовариоэктомия;
- c) бўйлама сальпингостомия;
- d) найларни хомила бор қисмини резектсияси;
- e) найлардан хомилани сиқиб чиқариш;

4. Бачадондан ташқари хомиладорликни сабабларига кирмайди:

- a) бачадон найларини фибрози;
- b) бачадон найларини киприкли эпителийсини фаолиятини бузилиши;
- c) найларни дистал қисмини беркилиб қолиши (гидросальпинкс);
- d) найларни торайиши;
- e) найларда сохта йўл бўлиши;

5.Ривожланган хомиладорликда ХГни миқдори қандай ўзгаради:

- a) 2 мартага кўпаяди ;
- b) 3мартага кўпаяди;

- c) 4 мартага кўпаяди;
 - d) кўпаймайди;
 - e) 10 мартага кўпаяди;
6. Ривожланмаган хомиладорликда ХГни миқдори қандай ўзгаради:
- a) 2 мартага;
 - b) 3 мартага;
 - c) 4 мартага,
 - d) Кўпаймайди,
 - e) 10 мартага.
7. Хомиладорликни эхтимолий белгилари.
- a) қин шиллик қаватини кўкимтир бўлиши, кўкрак безларини дағаллашиши, бачадон катталашмаган.
 - b) кўкрак безларини дағаллашиши, бачадонни катталашини, қин ва бачадон бўйни шиллик қаватини кўкимтир бўлиши, хайзни тўхташи.
 - c) кўкрак безларини қаттиқлашиши, бачадон катталашини, қин ва бачадон бўйни пушти рангда.
 - d) қин ва бачадон бўйни шиллик қаватини кўкимтирлиги, хайз равон.
 - e) равон хайз, кўкрак безлари қаттиқлашиши, ХГ-манфий.
8. Елли буғозга хос бўлмаган клиник белгилар:
- a) хайзни тўхташи, хомиладорликни муддатига бачадон катталашинини тўғри келмаслиги.
 - b) тухумдонларни икки томонлама катталашини,
 - c) қонли ажралмалар пуфакчалар билан аралашган,
 - d) ХГ ни 1000 мартага кўпайиши,
 - e) бачадон катталиги хомиладорликни муддатига тенг.
9. Елли буғозни олиб бориш тактикаси:
- a) бачадон бўшлигини қириш,
 - b) кесар-кесиш,
 - c) орқа гумбазни пунктсияси,
 - d) бачадон бўшлигини зонд билан ўлчаш,

е) қиндан юқори бачадон ампутатсияси,

10. Бачадондан ташқари хомиладорликга хос бўлмаган симптомлар:

а) орқа гумбазни пунктсияси мусбат,

б) лапароскопия ёрдамида бачадон найларини ўзгарганлигини, қорин бўшлигида қон борлиги аниқланганлиги,

с) хайз келишини 10-15 кунга кечикиши, бачадон нормадан каттароқ.

д) АБ паст, тахикардия.

3. хайз ўз муддатида бачадон катталиги нормада.

11. Бачадондан ташқари хомиладорликда даволаш:

а) бачадон бўшлиғини қириш,

б) чок қўйиш,

с) қиндан юқори бачадонни олиб ташлаш,

д) бачадон экстрипатсияси,

е) йўлдошни бармоқ ёрдамида ажратиш,

12. Бола ташлашга хос белгилар:

а) 1. хомиладорлик муддатига нисбатан бачадон кичиклиги, қорин пастки соҳасидаги оғриқ, окчил ажралмалар, бачадон бўйни берк;

б) бачадон хомиладорлик муддатига хос, қорин пасткидаги оғриқ, бачадон бўйни берк, бачадон тонусда;

с) бачадон хомиладорлик муддатига хос, қорин пасткидаги оғриқ, бачадон бўйни 1 бармоқ ўтказмоқда;

д) бачадон хомиладорлик муддатига хос, қорин пасткидаги оғриқ, бачадон бўйни 1 бармоқ ўтказмоқда, кўп миқдорда қонли ажралмалар;

е) барча жавоблар тўғри

13. Бошланган абортга қандай белгилар хос:

а) хомиладорлик муддатига нисбатан бачадон кичиклиги, қорин пастки соҳасидаги оғриқ, окчил ажралмалар, бачадон бўйни берк;

б) бачадон хомиладорлик муддатига хос, қорин пасткидаги дардсимон оғриққа, бачадон бўйни, текширувчи бармоқ учини ўтказмоқда;

- с) хомиладорлик муддатига нисбатан бачадон кичиклиги, қорин пастки соҳасидаги оғриқ, қонли ажралмалар, бачадон бўйни текширувчи бармоқни ўтказмоқда;
- д) бачадон нормал ўлчамда, қонли ажралмалар келмоқда, бачадон бўйни берк;
- е) бачадон нормал ўлчамда, қонли ажралмалар келмоқда, бачадон бўйни текширувчи бармоқни ўтказмоқда;

14. Ҳомила чала тушишини белгилари:

- а) бачадон нормал ўлчамда, кўп миқдорда қонли ажралмалар келмоқда, бачадон бўйни текширувчи бармоқни ўтказмоқда;
- б) бачадон ўлчамлари хомиладорлик муддатидан кичик, қорин пастида дардсимон оғриқлар, кўп миқдорда қонли лаҳтасимон ажралмалар, бачадон бўйни 1 бармоқ ўтказмоқда;
- с) бачадон ўлчамлари хомиладорлик муддига тўғри келмоқда, қорин пастида оғриқлар, қонли ажралмалар, суркалувчан, баадон бўйни берк;
- д) бачадон нормал ўлчамда, бачадон бўйни 1 бармоқ ўтказмоқда;
- е) бачадон ўлчами хомиладорлик муддатига ҳос, қорин пастидаги оғриққа, ажралмалар оқчил, бачадон бўйни берк;

15. Йўлдаги абортга ҳрс белгилар:

- а) бачадон ўлчами хомиладорлик муддатига ҳос, қорин пастидаги оғриққа, қонли ажралмалар, бачадон бўйни берк;
- б) бачадон ўлчамлари кичик, қорин пастидаги дардсимон оғриқ, қонли ажралмалар кўп миқдорда, бачадон бўйни 1 бармоқ ўтказмоқда, бачан бўғзида ҳомила туҳуми;
- с) бачадон ўлчами хомиладорлик муддатига ҳос, қорин пастидаги оғриққа, қонли ажралмалар кўп миқдорда, бачадон бўйни берк;
- д) бачадон хомиладорлик муддатидан кичк, қонли ажралмалар, бачадон бўйни бармоқ учини ўтказмоқда;
- е) бачадон ўлчами хомиладорлик муддатига ҳос, қорин пастидаги оғриққа, қонли ажралмалар, бачадон бўйни бармоқ учини ўтказмоқда;

16. Ҳомилани тўлиқ тушишида врач тактикаси:

- a) барча жавоблар тўғри;
- b) яллиғланишга қарши даво;
- c) бачадон бўшлиғини тозалаш;
- d) бачадон қисқартирувчи препаратлар;
- e) камқонликка қарши камқонлик;

17. Бачадон йиртилиши хавф гуруҳига киради:

- a) Бачадон чандиги бор комаддорлар
- b) Иккиламчи бепуштлик
- c) Кайта тугувчи аёл
- d) ЭКО
- e) Кўп хомилалик

18. Туғруқдан кейин қон кетиш аниқланади:

- a) 0,5% тана массасидан ортиқ қон кетиши
- b) Туғруқдан кейин тўсатдан қон кетиши
- c) Туғруқдан кейин 300 мл дан кўп қон кетиши
- d) Туғруқдан кейин 250 мл дан ортиқ қон кетиши
- e) 1000 л ортиқ қон кетиш

19. Акушерлик қон кетишида АЮКни тезроқ тўлдириш учун трансфузия бошланади:

- a) Кристаллоидлар (физ. Раствор, рингер эритмаси)
- b) декстранлар(полиглюкин, реопоглюкин)
- c) бир хил гуруҳдаги қон
- d) музлатилган плазма
- e) ГЭКлар

20. Туғруқдан кейин қон кетишига бачадон буйни, қин девори ва оралик йиртилиши ҳақида уйлаш мумкин:

- a) Йулдош бутун ва бачадон кискарган булса
- b) Йулдош бутунлиги бузилган ва бачадон кискарган
- c) Йулдош бутунлиги бузилган, бачадон атонияси
- d) Йулдош бутунлиги бузилган, бачадон гипотонияси
- e) Йулдош бутунлиги бутун ва ташқи қон кетиш

21. Агар бўшашган бачадон, бачадон туби массаждан кейин ҳам кискармаса кейинги боскич:

- a) Утеротоникларни юбориш
- b) Бачадонни Бимануал босиш
- c) вена ичига суюклик қуйиш
- d) Қорин пастига муз қўйиш
- e) Лапаротомия

22. Бачадоннинг пастки кўндаланг чандиғида бачадонни ёрилиш хавфи частотаси:

- a) 1% дан кам
- b) 5% дан куп
- c) 1%
- d) 5%
- e) 10% гача

23. Туғруқдан кейинги патологик қон кетишда биринчи навбатда нима қилинади:

- a) туғруқ йўллари кўриш,
- b) бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш,
- c) параметрийга клемма куйиш
- d) аортани босиш
- e) Лапаротомия

24. Хомиладор аёлда презклампсия билан биргаликда бошланган нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши Тактика.

- a) Кесар кесиш оператсияси
- b) Туғруқни простагландинлар билан стимуллаш
- c) Гипотензив препаратлар ва реополиглюкин, гепарин эритмасини қўллаш
- d) Магния сульфат эритмасини юбориш
- e) Протеазалар ингибиторини қўллаш

25. Йўлдош “мигратсияси” кўпроқ содир бўлади қачонки у бачадон

- a) Олдинги деворида булса
- b) орка деворида бўлса
- c) ўнг деворида бўлса
- d) Чап деворида бўлса
- e) Тубида бўлса

26. Хомиладорликни 3 яримида бачадонни УТТ килганда йўлдошни пастда жойлашиши ташхиси учун, унинг кирраси ички бўғиздан неча сантиметр юқори бўлади

- a) 5-6см
- b) 11-12см
- c) 9-10см
- d) 7-8см
- e) 3-4 см

27. Йўлдошни олдинда келишини қандай турлари бор.

- a) Тўлик, чети билан, ёнбош
- b) Енгил, ўрта
- c) Ўткир, сурункали
- d) Бирламчи, иккиламчи
- e) Марказий, периферик

28. Йўлдошни олдинда ётишига олиб келувчи сабабни кўрсатинг:

- a) Трофобласт нидатсион функтсиясини бузилиши
- b) Бачадон миомаси, сурункали пиелонефрит
- c) Эклампсия, шиш
- d) Презеклампсия,эклампсия
- e) Бачадон яллиғланиши

29. Йулдош бачадонни кайси кисмида жойлашса – йўлдош олдинда келиши дейилади:

- a) Бачадон пастки сегментида,бачадон ички бўғзини қисман ёки тўлиқ ёпиши
- b) Бачадон танасида
- c) Бачадон орқа деворида
- d) бачадон тубида
- e) бачадон олди деворида

30. Агар нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши туғрукнинг 1 даврида руй берса, кайси акушерлик Тактикаси қўлланилади:

- a) Кесар кесиш жаррохлиги
- b) Акушерлик кискичлари
- c) Вакуум-экстрактсия
- d) табиий туғруқ
- e) туғруқ индукцияси

31. Кювеллер бачадоннинг кайси холатга тўғри келади.

- a) Йўлдош кўчиши
- b) Йўлдош олдинда келиши
- c) қоғоноқ сувларни барвақт кетиши
- d) бачадон ёрилиши
- e) чокнинг етишмовчилиги

32. Йўлдош кўчишининг классик клиник кўринишига қайси бири кирмайди.

- a) Хомила юрак уриши нормада
- b) Киндан конли ажралма келиши
- c) бачадон оғриқлилиги
- d) бачадон тонусда
- e) дард бошланиши

33. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши кўп учрайдиган сабаби:

- a) Гипертензив холатлар
- b) Сувнинг барвақт кетиши
- c) мутлоқ киска киндик
- d) кучли дард
- e) бачадон чўзилиб кетиши

34. Бачадон олдинги деворида жойлашган нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши га характерли:

- a) локал оғрик
- b) думгаза ва бел сохасида дардсимон оғрик
- c) корин олдинги деворида шиш
- d) оёқларда шиш
- e) хушдан кетиш

35. Йўлдошни кисман олдинда жойлашишида тугрук тактикасини танлаш нимага боғлиқ.

- a) қон кетиш миқдорига
- b) бачадон бўйни холатига
- c) хомила олдинда жойлашган қисмига

- d) аёл ёшига
- e) акушерлик вазиятга

36. Йўлдошни қисман олдинда жойлашишида туғруқдан сўнг бачадонни қўл билан текшириш:

- a) қон йўқотиш миқдорига боғлиқ
- b) шарт эмас
- c) чақалоқ холатига боғлиқ
- d) шарт
- e) кўрсатмага оид

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала 1

18 ёшли бемор статсионарга жўнатилади шикояти: қорин пастидаги дардсимон оғриққа, жинсий йўллардан қонли ажралмалар келишига. Анамнезида 1 аборт, эндометрит билан асоратланган.

Ҳайз тсикли бузилмаган. Оҳирги ҳайз 2,5 ой олдин.

Қин орқали кўрувда, бачадон бўйни ва қин шиллиқ қавати кўкимтир, қонли ажралмалар ўрта меёрда. Тсервикал канал текширувчи бармоқ учини ўтказмоқда. Бачадон 8-9 ҳафталик ҳомиладорликка катталашган, тонусда.

Ташҳис: 1.Йўлдаги аборт.

- 2. Бошланган аборт.
- 3. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.

Тактика. 1. Бачадон бўшлиғини қириш.

- 2. Консерватив даво.
- 3. Лапаратомия.

Масала 2

Биринчи бор ҳомиладор аёл 19 ёшли, тез ёрдам хизматида келтирилган ҳомиладорлик муддати 7-8 ҳафта, шикояти қорин пастидаги кучли оғриққа, қон кетишга.

Қин орқали кўрувда: тсервикал канал 2-3 см гача очик, бачадон катталиги ҳомиладорликни 5-6 ҳафтасига тенг, кўп миқдорда қонли ажралмалар.

Ташҳис: 1. Чала аборт

2. Йўлдошни олдида ётиши

3. Ел буғоз.

Тактика. 1. Бачадон бўшлиғини қириш.

2. Кесар кесиш оператсияси

3. Бачадонни зондлаш.

Масала 3

29 ёшли бемор иккиламчи бепуштлик билан ҳастланган. Бачадон бўшлиғи 3 марта қирилган. Бачадон найлари ўтказувчан. Овулятсияни кломифен билан қўзғатиш ўтказилган. Даволашдан 2 ойдан сўнг жинсий йўллардан кутиляятган ҳайздан олдин қонли ажралмалар келган. Оғриқлар чот соҳасида жойлашган, куракка ва елкага иррадиатсия килмоқд. КБ 70\40 мм. сим.уст. Томир уриши 112 зарба.

Қин орқали кўрувда: бачадон бир – оз катталашган, ҳаракатчан. Бачадон ортиқлари соҳасида ишинқираш аниқланмоқда, орқа гумбаз яссиланган, оғриқли, орқа пешобга иррадитсия қилмоқда.

Ташҳис: 1. тухумдон апоплексияси

2. Бачадон ортиқларини яллиғланиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик

3. Йўлдаги аборт

Тактика: 1. гистеросальпингография

2. Лапаротомия

3. Лапароскопия

Масала 4

18 ёшли бемор, келганда шикоятлари корин пасти ва белдаги тортувчи оғриқларга, кўнгил айнишга, гениталийдан бир –оз қонли ажралмалар

келишига. Анамнезида: Ҳайз кўриши мунтазам 4-5 кундан, охириги ҳайз 2 ой олдин.

Қин орқали кўрувда: Қин шиллиқ қавати кўкимтир, бачадон бўйни шаклланган, ташқи бўғзи берк, бачадон катталашиси 8 ҳафталик ҳомиладорликка тенг, бачадон ортиқлари оғриқсиз, ажралмалар – қонли ўрта меёрда.

Ташҳис: 1. Бошланган ҳомила тушиши

2. Ҳайз тсиклини бузилиши

3. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик

Тактика: 1. гормонал даво

2. консерватив даво

3. оператив даво

“Ҳомиладорликдаги қон кетишлар” мазусига амалий кўникмалар:

1. Анамнез йиғиш;
2. Ҳомиладорликни тахминий ва гумонли белгиларни аниқлаш;
3. Қин орқали кўрув;
4. Бачадон бўйнини кўзгуда кўриш;
5. Қон йўқотиш ҳажмини баҳолаш;
6. Бачадон бўшлиғини қириш оператсияси;
7. Ел буғоздаги бачадонни қириш оператсияси хусусиятлари;
8. УТТ да ҳомиладорлик муддатини аниқлаш;
9. Натижалар интерпретатсияси;
10. Орқа гумбаз пунктсияси;
11. Қорин олди деворини қаватма-қават очиш;
 - a. сальпингоэктомия;
 - b. кичик кесар кесиш;
12. Бачадон пастки сегментидан кесар кесиш.
13. Магистрал қон томирларни бойлаш;
14. Бачадон қин усти ампутатсияси оператсияси;
15. Ли-Уайт бўйича қон ивишни аниқлаш;

16. Кроват олди тести бўйича қон ивишни аниқлаш;
17. Қон қуйишга тайёргарлик кўриш;
18. Венепунктсия;
19. Гемотрансфузия;
20. Инфузион-трансфузион дастурини тузиш.

АДАБИЁТЛАР:

1. Айламазян Э.К. // Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство. / Под ред. Э.К.Айламазяна. -Л., 2005.
2. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство.- Минск, 2007.
3. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушерок. ВОЗ. UNFPA. 2009.
4. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Практическое акушерство. Ташкент. 2011.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. - М., 2007.
6. Стрижаков А. Н. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. М. Медитсина 2010.
7. Энкин М., Кейрс М, Нейлсон Д и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. -СПб., Изд.: «Петрополис». 2003.
8. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. 2003г. - Женева.

9. Повышение качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях республики Узбекистан (национальные стандарты по ведению беременности и родов при различных акушерских состояниях). Ташкент 2014
10. В.И. Дуда и соавт. «Гинекология». Минск. 2004.
11. В.И. Дуда и соавт. Акушерство. Минск. 2004.
12. В. Шевченко, И. Сидорова «Актуальные вопросы акушерской патологии».
13. Ведение беременности и родов при осложненном течении. Женева. 2005.
14. Г.М. Савельева «Гинекология». Москва - 2004
15. Интегрированное ведение беременности и родов. Руководство для врачей. Женева. 2002.
16. К.Н. Жмакин, В.И. Бодяжина- Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии, М. 1986г.
17. Кулаков А.И- Руководство по безопасному материнству. Москва. 2000г.
18. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии: (эфферентные методы). 2008.
19. М.Энкин «Эффективное родовспоможение». Санкт-Петербург. 2001.
20. Э.К. Айламазян – неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерстве. Л. 1985-2000г.