

G. M. AXMADJONOVA

**HOMILADORLIK VA SOMATIK
KASALLIKLAR
PERINATAL KUZATUV**

O'quv qo'llanma



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA
O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

AXMADJONOVA GULNOZA MURODOVNA

GINEKOLOGIYA

fanidan

**“XOMILADORLIK VA SOMATIK
KASALLIKLAR. PERINATAL
KUZATUV”**

O‘QUV QO‘LLANMA

**Magistraturaning 5A510101 – Akusherlik va
ginekologiya mutaxassisligi uchun**

Andijon-2022

Tuzuvchilar:

Axmadjonova Gulnoza Murodovna - Andijon davlat tibbiyot instituti, 2-akusherlik va ginekologiya kafedrasi dotsenti, PhD.

Taqrizchilar:

X.N. Negmatshaeva – Andijon davlat tibbiyot instituti, 2-akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri.

D.I. Tuksanoya – Buxoro davlat tibbiyot instituti, 2-akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri.

O'quv qo'llanma akusherlik va ginekologiya fani bo'yicha dastur asosida tibbiyot fakultetlari magistratura yo'nalishi talabalari, stajorlar, rezidentlar va tibbiyot oliy o'quv yurtlari kursantlari shifokorlari uchun tuzilgan va talabalarga akusherlik va ginekologiyada diagnostika, davolash, rehabilitatsiya va tibbiy ko'rik, umumiy akusherlik va ginekologik kasalliklar bo'yicha amaliy ko'nikmalarini, shuningdek shoshilinch yordam ko'rsatishni o'rganish imkoniyatini beradi.

O'quv qo'llanma Andijon davlat tibbiyot institut Kengashida tasdiqlandi.

“ _____ ” _____ 2022 yil bayonnoma № _____

Kengashi kotibasi, dotsent



O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" dekabrda
"760-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

G.M.Axmadjonova

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Akusherlik va ginekologiya-5A510101

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

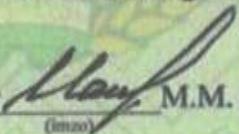
***Xomiladorlik va somatik kasalliklar. Perinatal kuzatuv
nomli o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanmasi)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100055



MUNDARIJA

1. Qisqartmalar	5
2. So'zboshi	6
3. Kamqonlik va xomiladorlik. Taktika olib borish	8
4. Buyrak kasalliklari va homiladorlik. (homiladorlikda isitma – sistit, o'tkir piyelonefrit, tug'ruq va chilla davrida isitma). Olib borish ..	27
5. Qandli diabet va xomiladorlik	31
6. Jigar kasalliklari va xomiladorlik	35
7. Yurak-qon tomir kasalliklari va homiladorlik. Olib borish. Nafas olish qiyinlashishi, O'RVI, homiladorlik davrida zotiljam). Olib borish	40
8. OIV (OITS)	49
9. Glossariy	60
10. Xulosa	73
11. Foydalanilgan adabiyetlar	74

Rektor M.M. Madaximov

Ko'rsatma olish to'g'risida



Qisqartmalar

AB – arterial bosim.

AG – arterial gipertenziya.

AKTG – adrenokortikotrop gormon (kortikotropin).

AFS – antifosfolipid sindromi.

DBKK – disfunktsional bachadondan qon ketish.

JSST – jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti.

KK – klimakterik kardiomiopatiya.

KOK – kombinirlashgan oral kontratseptiv.

LG – lyuteinlovchi gormon.

MI – miokard infarkt

MMI – modifitsirlangan menopauzal indeks.

MNT – markaziy nerv tizimi.

OITS – ortirilgan immun tanqisligi sindromi

PZL – past zichlikdagi lipoproteid.

PKP – peroral kontratseptiv preparat.

TMI – tana massa indeksi.

O'BGD – o'rin bosuvchi gormonal davo

FSG – follikulostimulovchi gormon.

YUIK – yurak ishemik kasalligi.

SO'ZBOSHI

Akusherlik fani - ayollarda homiladorlik, tug'ruk va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik xodisalarni o'rgatadi. Bundan tashqari, chaqaloqlarni to'g'ri parvarish kilish usullarini o'rganish xamda Homiladorlarga va tug'uvchi ayollarg tibbiy yordamni tashkillashtirish ham akusherlikning muxim masalalaridan biri xisoblanadi.

Homiladorlik, tug'ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug'ilgan chakalok organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Akusherlik yordamining moxiyati asosan ayollar tug'ayotganda ro'y beradigan fiziologik jarayonning muvaffakiyatli kechishiga yordam berishdir.

Ushbu qo'llanma tibbiyot oliy yurtlarida akusherlik fanini o'rganayotgan umumiy amaliyot shifokori uchun mo'ljallangan. Oliy tibbiyot bilimgoxlarida akusherlik fanini o'kitish dasturiga muvofik tuzildi, talabalarga akusherlik fanidan mumkinqadar to'laroq ma'lumot berishga xarakat kiladi. Shu maqsadda jadvallar, amaliy ko'nikmalar, masalalar, o'rgatuvchi testlar berilgan. Qo'llanmaga asosan ayollar Homiladorlik davrida uchraydigan ekstragenital kasalliklar kechishi, Homiladorlarda somatik xolatlar, patologik va fiziologik xolatlar, davolash-profilaktika omillari va rasmiy yo'riqnomalar va boshqa zarur xujjatlar bayon etilgan.

Talabalarining ta'lim olish jarayonida klinik ilmiy-tadqiqot metodlarini ilmiy-nazariy va amaliy faoliyatlarida qo'llashi uchun ularda fanga muhabbat hamda ilmiy tadqiqotga bo'lgan qiziqish ko'nikmalarini shakllantirish maqsadida ushbu qo'llanmada umumiy amaliyot shifokorining malakaviy tasnifiga asoslanib, talabalarga avvalgi bosqichlarda olgan bilimlariga tayangan holda, akusherlik va ginekologiyadan, fiziologik va asoratlanib kechayotgan homiladorlikda samarali perinatal yordam prinsiplariga, akusherlik va ginekologiya amaliyotlarida ko'p uchrab turadigan shoshilinch holatlarda, diagnostika, birlamchi yordam ko'rsatish va profilaktika usullari bayen qilingan.

Bundan tashqari "Akusherlik va ginekologiya" faniga bo'lgan muhabbat

va qiziqishni uyg'otish; talabalarda ilmiy izlanishlar va tadqiqotlar olib borish ko'nikmalarini shakllantirish; talabalar tomonidan klinik tadqiqotlar natijalarini amaliyotda qo'llash va mustaqil qaror qabul qilish mas'uliyatini tarbiyalashga qaratilgan.

Yurtimizda oila, onalik va bolalikni himoya qilish bo'yicha shakllangan huquqiy-me'yoriy bazani takomillashtirish masalasi e'tiborimiz markazida bo'lishi lozim. Shular qatorida tibbiyot muassasalari, jumladan, joylarda faoliyat ko'rsatayotgan perinatal markazlarning moddiy-texnika bazasini, ularning kadrlar salohiyatini yanada kuchaytirish, oilaviy poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlarining ish samarasini oshirish, perinatal hamshiralari sonini ko'paytirish, akusher-ginekologlar, bolalar shifokorlarining malakasini yuksaltirish masalalariga alohida ahamiyat berishimiz kerak".

Olib borilayotgan to'g'ri siyosat tufayli o'tgan yillar mobaynida onalar o'limi ko'rsatkichi uch marotabaga kamaydi. Ammo, biz hamon rivojlangan davlatlar ko'rsatkichiga yeta olganimiz yo'q.

Shu boisdan talabalar bilimini o'z vaqtida nazorat qilish va to'g'ri shakllantirish muxim ahamiyat kasb etadi. Yurtimizda shu kabi islohotlar ijrosini taminlashda xar bir tibbiyot xodimi mas'uldir.

HOMILADORLARDA KAMQONLIK VA HOMILADORLIK. TAKTIKA OLIB BORISH

Anemiya gemoglobin darajasini va qondagi eritrotsitlar sonini kamaytirishning natijasidir. Homiladorlikdagi anemiya homilaning temir moddasi iste'mol qilinishining ko'payishi natijasida yuzaga keladi. Agar homilador ayolning beqaror oziqlanishi tufayli etarli darajada to'ldirilmagan bo'lsa. Va chaqaloq o'sishi bilan temir iste'moli ortadi. Shunday qilib, agar ayol birinchi trimestrda homiladorlikdan oldin sarf bo'lgan miqdori taxminan ikki yoki uch milligrammga sarf qilsa, ikkinchi trimestrda bu ko'rsatkich kuniga uch yoki to'rt milligrammgacha oshadi. Uchinchi trimestrda esa ayol kuniga kamida o'ndan o'n ikki milligrammgacha temir moddasini to'ldirishlari kerak. Shunday qilib, homiladorlik davrida temir tanqisligi asosan oxirgi bosqichda aniqlanadi.

Homiladorlik davrida kamqonlikning sabablari

Rivojlanayotgan xomiladan temir iste'moli o'rtishi bilan birga, tejr tanqisligi kamqonligining kelib chiqishiga sabab bo'lgan omillar ham mavjud. Ular orasida:

- ko'p homiladorlik;
- homiladorlikning erta (17 yoshgacha) yoki kech (37 yildan keyin);
- homiladorlik paytida qon ketishi;
- noaniq preparatlarni qabul qilish (kislotani zaiflashtirish uchun);
- ichak va oshqozondagi avvalgi jarrohlik, chunki temir tarkibida oziq-ovqatdan sindirilmaydi;
- yomon ovqatlanish, anoreksiya;
- 3 yil ichida qayta homiladorlik;
- surunkali kasalliklar - gepatit, pielonefrit, oshqozon yarasi, yurak kasalligi.

• Homiladorlik davrida kamqonlik belgilari

Ayolning tanaşida Fe ng etishmasligi zaiflik ya tez-tez qaytalanish, tez charchash, tez yurak tezligi, jismoniy zo'riqish bilan nafas qisilishi bilan namoyon bo'ladi.

Biroq, bu alomatlar, hatto 2-darajali kamqonlik yoki og'ir anemiya bilan ham kuzatiladi. Va homilador ayol o'zgacha his qila olmaydi. Kasallikning boshlanishini aniqlash faqat qon testini o'tkazish orqali amalga oshirilishi mumkin.

Anemiyaning og'irlik darajalari:

1. **Oson:** uning gemoglobin darajasi 110-90 g / l dir.
2. **O'rtacha:** gemoglobin miqdori 90-70 g / l ga kamayadi.
3. **Jiddiy:** gemoglobin miqdori 70 g / l dan past.

Shunday qilib, homiladorlik davrida Fe ng normasi 120-130 g / l dir.

Homilador ayollarda kamqonlikni oldini olish

Birinchidan, bu oqsil va temir miqdorini o'z ichiga olgan to'liq oziq-ovqat. Ayniqsa, go'sht va sut mahsulotlari, mevalar (olma, anor) va sabzavotlar (karam, sholg'om, sabzi) foydalidir. Kasallikning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan ayollarda kamqonlikni oldini olish hollari mavjud bo'lsa, shifokor tabletkalar yoki tabletkalar ko'rinishida temir preparatlarini belgilaydi.

Homiladorlikning anemiya xavfi qanday?

Homiladorlik davrida temir moddasi etishmasligi tahdidi - temir tanqisligi anemiyasi platsentada va bachadonda yomon distrofik jarayonlarni rivojlantiradi. Ular yo'ldoshni buzilishi va natijada platsenta etishmovchiligining shakllanishiga olib keladi. Kichkintoy uchun kamqonlik xavfli bo'lib, u etarli miqdorda ozuqa va kislorodni yo'qotishiga olib keladi, bu uning rivojlanishida kechikishga olib keladi.

Homiladorlik davridagi ortiqcha Fe ng anemiya hodisasi - bu juda ham xavfli. Bu holda temir darajasini normalizatsiya qilish uning etishmasligidan ko'ra qiyinroq. Bu «ortiqcha» Fe ng jigarda, yurakda yoki oshqozon osti bezi tanasida saqlanishi bilan bog'liq. Bu holat gemokromatoz deb ataladi. Temir zaharlanishi diareya, qusish, buyraklarning yallig'lanishi, markaziy asab tizimining falaji bilan ifodalanadi.

Kamqonlik - klinik gematologik sindrom bo'lib qonda gemogloblin miqdori kamayadi. Temir modda odam organizmida zarur element xisoblanadi. Kislorod tashuvchi funksiyasini bajaradi organizmda. Bundan tashqari temir sitoxromni qismi xisoblanadi. 1 kunda 10 - 20 mlg. Temir ovqat bilan organizmga kiradi va 2-2,5 mlg. so'riladi. Shedrunov bo'yicha kamqonlik kelib chiqishi:

- Fe zaxirada kamligi tufayli.

- Plazmada Fe kamligi.

- Ko'mikda Fe kamligi

- Gemogloblin va eritrotsitlarni sintezi buzilsa

- Eritrotsit va gemoglobinni soni qonda kamaysa va eritrotsitlarni gipoxronomiyasi.

Fe defitsitiga olib kelish sabablari:

- Uzoq qon ketish

- Ovqatimizda temir modda kamligi

- O'sishda va ulg'ayish vaqtida

- Homilador, tug'ruqda va laktatsiya davrida temirga extiyoj ko'payadi (1000 - 1500 mlg).

- Glistotashuvchi bo'lganda.

- Ovqatda temir kam bo'lsa, temir moddalari qabul qilinmasa temir ona zaxirasidan ishlatiladi.

JSST bo'yicha 3 ta darajali kamqonlik tafovut etiladi:

- Yengil darajasi 91 – 110 grm. Litr
- O'rta darajasi 71- 1010 grm. Litr
- Og'ir daraja 70 grm va undan kam
- O'ta og'ir kam qonlik 50 grm litrga va undan kam

Vitamin V12 va foli-kislotaning roli.

Har ikkala vitamin DNK o'tmishdoshi sintezida ishtirok etuvchi muxim koferment xisoblanadi. Shu sababli ular organizmning barcha hujayralari, shu jumladan, suyak ko'migi hujayralari uchun hayotiy muxim ahamiyatga ega.

Vitamin V12 va foli kislota defitsiti, ayniqsa, eritropoetik hujayralar yetilishdagi buzilishga olib keladi. Eritroblast yadrosining yetilishi sitoplazmaning rivojlanish darajasi bilan solishtirganda ancha ortda qoladi. Natijada eritrotsitlar yetarlicha miqdorda xosil bo'lmaydi, ularning o'lchami katta bo'ladi va ko'p miqdorda Hb tutadi (makrotsitoz va giperxromiya).

Odam organizmi o'zi mustakil xolda vitamin V12 sintezlay olmaydi, lekin xayvon mahsulotlaridan yengil o'zlashtira oladi. Vitamin V12 ga boy ovqatlar: jigar, go'sht, baliq va ayrim mahsulotlari vitamin V12 ga kunlik ehtiyoj unchalik yuqori emas: 1-2 mkg. Organizmning V12 zaxiralari bir necha yillarga yetadi, shu sababli uning defitsiti juda kam xollarda kuzatiladi.

Foliy kislota esa aksincha. Foli kislota bo'lgan kunlik ehtiyoj 100-150 mkg. Foli kislota ko'p mahsulotlarda mavjud, ayniksa sabzavotlarning barchasida ko'p, lekin u ovqat tayyorlash jarayonida tez parchalanib ketadi. Noto'g'ri ovqatlanish va bu vitamanga bo'lgan ehtiyojning ortishi, (masalan homiladorlik vaqtida) organizmda foli kislota defitsitiga olib kelishi mumkin.

Anemiyaning keng tarqalgan turlari

Temir defitsit anemiya.

Organizmga tushayotgan temir va unga bo'lgan ehtiyoj o'rtasidagi balans buzilganda, ya'ni Fe ning kunlik fiziologik yo'qotilish uning ichaklar shilliq qavati tomonidan so'rilishidan ortib ketganda Fe defitsiti kelib chiqadi. Avval eslatilganidek, Fe ning absorbsiyasi jarayoni ko'pincha ovqat turiga bog'liq. Noto'g'ri ovqatlanish, go'sht iste'mol qilmaydigan odamlarda va organizmning Fe ga bulgan ehtiyoji ortganda (yoshlarda, Homiladorlarda, donorlarda) Fe balansi tez manfiy bo'lib qoladi. Har qanday holatda ham Fe ning surunkali defitsiti eritropoezning buzilishiga olib keladi.

Fe defitsiti rivojlanayotgan mamlakatlar kabi rivojlangan mamlakatlarda ham keng tarqalgan. 2003 yil 7 aprel kuni, ya'ni butun dunyo salomatlik kunida BDSST "boy" va "kambag'al" davlatlardagi eng ko'p uchrovchi kasalliklar haqida ma'lumotlardan nashr etdi. Har ikkala davlatlarda ham Fe defitsiti dastlabki 10 likdan joy egallagan, rivojlangan mamlakatlarda sog'lom hayotning 0,7% ni yo'qotilishga Fe defitsiti olib kelganligi aniqlangan.

Bundan tashqari, ferritin miqdorida < 15 mkg/l ga qarab diagnostika qilinuvchi Fe defitsiti zapas davlatlaridagi tug'ruq yoshidagi ayollar o'rtasida

eng keng tarqalgan xolat hisoblanadi. Fe defitsiti menopauzadagi ayollarning 5% da, erkaklarning 3% dan kam qismida aniqlanishga qaramay, uning yosh ayollar o'rtasida tarqalishi 10-30%ni tashkil etadi. Uning sabablari o'rtasida nafaqat noto'ori ovqatlanish, balki aynan shu yoshdagi ayollarda xarakterli xar oyluk hayz qonining yo'qotilishi ham ajratiladi. Nogormonal kontratseptivlardan foydalangandagi og'ir qon yo'qotilishlari Fe defitsiti xavfini orttiradi.

Fe defitsitining funksional turi Fe defitsiti shakllari o'rtasida aloxida axamiyatga ega. Suyak ko'migida eritropoez aktivligi keskin ortgan xolatlarda depodagi Fe yetarli darajada yetkazib berilmaganda shu xolat rivojlanishi mumkin. Buni odatda o'tkir anemiya, shuningdek, prEPO yordamida eritropoez stimullanganda kuzatish mumkin. Fe ning funksional defitsiti kelib chiqishi uchun organizmning Fe zaxirasi tugashi shart emas.

Eritropoez xolatiga bog'liq ravishda Fe defitsitining turli o'irlik darajalari farqlanadi:

- eritropoez buzilishining I-fazasida Fe zaxiralari kamayadi, ya'ni ferritin miqdori pasayadi.

- II-fazaning asosiy farqli belgisi Fe defitsitli eritropoezdir. U transferrin bilan to'yinganlikning kamayishi bilan namoyon bo'ladi, ya'ni qon zardobidagi Fe konsentratsiyasining pasayishi bilan transferrining umumiy Fe bog'lab olish xususiyati ortadi. Bu fazada eritrotsitdagi protoporfirin konsentratsiyasi ortadi. Protoporfirin gemning o'tmishdoshi bo'lib, agar gem sintezi uchun Fe miqdori kam bo'lsa, uning eritrotsitdagi miqdori ortadi. Umumiy olganda, bu fazada ham Hb konsentratsiyasi norma chegarasida bo'ladi, lekin uning kamayishga moyilligi bo'ladi. Zardobdagi transferinga sezgir eruvchan retseptorlar miqdori ortadi.

- III-fazada mikrotsitlar va gipoxrom anemiya rivojlanadi. Retikulotsitlardagi Hb miqdori kamayadi, ferritin miqdori esa kamayishda davom etadi. Ferritin konsentratsiyasi normadan ancha past bo'ladi. Ferritin miqdori ham shtkir fazali oqsil kabi ayrim infeksiyalarad va jigarning ba'zi kasalliklarida yoki yomon sifatli o'smalarda ferritin miqdori normada yoki ortishi ham mumkin.

Shunday qilib, klinik amaliyot ko'rsatkichlaricha, Fe defitsit anemiyaning eng yaxshi diagnostikasi usuli bir necha Fe almashinuvi ko'rsatkichlarini kompleks baxolashdan iborat (bunda eng ishonchli diagnostik ma'lumot beruvchi suyak ko'migi biopsiyasini o'tkazish shart emas).

Organizmdagi Fe deposidagi Fe defitsitini boshqa belgilarning namoyon bo'lishidan avval birinchi o'rinda eritropoezga ta'sir qiladi. Hb ko'rsatkichlari normal bo'lgan Hb defitsitining eng erta bosqichlarida namoyon bo'lishi mumkin bo'lgan anemiya simptomlarini aniqlash uchun bir qancha maqsadga

yo'naltirilgan tekshiruvlar o'tkazilgan.

Oxirgi vaqtda aniqlanishicha, hujayra ichi funksional Fe defitsiti fermentlari va mioglobindagi yaqqol namoyon bo'luvchi metabolik va funksional mushak buzilishdani (jismoniy mehnatga, mushaklar tolerantligining yo'qotilish), leykotsitlar va limfotsitlar funksiyasining buzilish (infeksiyaning rivojlanishi), xulq atvor va o'zini his qilishning buzilishi. Bu fenomenlar, asosan, bolalarda kuzatiladi.

Shveysariyada o'tkazilgan placebo-nazorat tekshiruvlar ko'rsatkichi anemiya bo'lmagan, lekin ferritin miqdori ancha past bo'lgan ayollarga ko'pincha Fe preparatlari berilganda ulardagi umumiy xolsizlik ancha kamaygan.

Vitamin V12 va foliy kislotasi defitsitli anemiya

Defitsit xolatlar ushbu vitaminlarning ovqat bilan yetarli miqdorda tushmasligi (masalan, qat'iy vegetarizatsiya parhezida) yoki oshqozon-ichak kasalliklari tufayli ularning so'rilishi buzilganda kelib chiqadi. Vitamin V12 defitsiti ham kam uchraydi, shunga qaramay, ularga bo'lgan talab ortgan vaqtda, ya'ni Homiladorlik vaqtida bu kasallikning ahamiyati kuchayadi.

Vitamin V12 ham, foliy kislotasi ham DNK sintezida qatnashadi, shu sababli ular hujayralarning o'sishi va bo'linish jarayonlariga ta'sir qiladi. Vitamin V12 va foliy kislotasi defitsiti fonida eritrotsitlarga ibtido beruvchi o'zak hujayralarning bo'linishi sekinlashadi.

Makrotsitoz va giperxromiya – organizmdagi Vitamin V12 va foliy kislotasi defitsitining belgisi bo'lib, shu bilan birga yengil sariqlik, tana yuzining yo'qotilish, nevrologik defitsiti va glossit yoki epitelial zararlanishlarning boshqa shakllari mavjudligidan dalolat beradi. Defitsit xolatni qon zardobidagi Vitamin V12 va eritrotsitlar, hamda zardobdagi foliy kislotasi miqdorining pasayganligi bilan isbotlash mumkin.

Gemoglobinopatiya bilan bog'liq anemiya.

Gemoglobinopatiya – Hb oqsil komponentlari sintezidagi buzilishlardir. Ushbu buzilishlar natijasida defektli Hb lar paydo bo'ladi yoki normal polipeptidlar zanjiri produksiyasining tezligi pasayadi. Buzilishlar faqat bitta aktga yoki butun polipeptid zanjiriga tegishli bo'lishi mumkin. Gemoglobinopatiya natijasida rivojlanuvchi anemiyaning asosiy sababi – eritrotsitlar parchalanishining ortishi, ularning hayot davomiyligining qisqarishi va gemolizlar ortishdan iborat. Shu sababli eritrotsitlar morfologiyasida buzilishlar, O₂ transporti va almashinuvida defektlar (Hb ning kislorodga bo'lgan affinligining ortishi bilan bog'liq), eritropoetik aktivligi kompensator ortishi va shunga javob sifatida retikulotsitoz kuzatilishi, shuningdek, suyak ko'migi giperplaziyasi kuzatilishi mumkin. Turli darajada anemiya kuzatiladi.

Bunda Fe defitsiti kuzatilmaydi, chunki eritrotsitlarning parchalanishi oqibatida Fe miqdori yetarli bo'ladi. Mikrotsitoz bilan birga kechuvchi, lekin Fe defitsiti bo'lmagan anemiya chuqur gematologik tekshiruv talab qiladi.

Talassemiyalar autosom retsessiv tarzda irsiylanuvchi kasallik bo'lib, bunda Hb ning sintezi buziladi, natijada barcha polipeptid zanjirlar miqdori kamayadi. Bu buzilishlar klinik simptomlar va gematologik ko'rsatkichlarning o'zgarishlariga nisbatan geterogendir. Eng ko'p tarqalgan sintezning buzilishi bilan bog'liq, α -talassemiya esa α -zanjirdagi defekt sababli kelib chiqadi. Gomozigotali shaklda zararlangan Hb zanjiri sintezi deyarli sodir bo'lmaydi (katta talassemiya). Bu kuchli gemoliz va anemiyaga olib keladi. β -talassemiyaning ancha yengil shakllarida turli darajadagi anemiya kuzatiladi, bu kichik talassemiya xisoblanadi. Talassemiya o'rtacha yer dengizida ko'p uchraydi. Shveysariyada anemiyaning bu turi imigratsiya xisobiga ortadi. Hb ning elektroforezi natijalari β -talassemiya tashxisini tasdiqlaydi.

Eritropoetin yetishmovchiligi oqibatida kelib chiquvchi anemiya.

Anemiya, shuningdek, eritropoetinning absolyut defitsiti natijasida eritropoez aktivligining pasayishi tufayli yoki eritropoetin tomonidan noadekvat kompensator reaksiya (eritropoetinning nisbiy yetishmovchilik) tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Eritropoetin defitsiti surunkali buyrak yetishmovchiligidagi anemiyaning asosiy sababi xisoblanadi. Yukorida eslatilganidek, kattalarda eritropoetinning asosiy manbai buyrak xisoblanadi. Bu gormon, asosan buyraklar po'stlog'ining peritubulyar hujayralarida to'qimalar gipoksiyasiga javob reaksiyasi sifatida ishlab chiqadi. Buyrak to'qimasining o'limi bilan bog'liq ravishda ko'ptokchalar filtratsiyasi tezligi 40-20 ml/min gacha pasayganda anemiya rivojlanadi. Bu normoxrom anemiyaning normotsitar shakli.

Eritropoetinning nisbiy defitsiti va shu sababli kelib chiquvchi anemiya ayrim xolatlarda rivojlanadi (masalan, giperkarniya, yallig'lanish jarayonlari, o'sma kasalliklari, autoimmun jarayonlarda), bu xolatlar eritropoetin sintezini pasaytiradi yoki eritropoetin stimullovchi reaktiv eritropoez jarayonini buzadi (eritropoetinga bevosita reaksiya). Bu xolat homilador ona organizmida kuzatiladi.

Gemopoezdagi kompensator reaksiya – Homiladorlik vaqtida ona organizmida sodir bo'luvchi ko'plab reaksiyalardan biridir. Barcha ushbu o'zgarishlar embrion va xomilaning o'sish va rivojlanishiga yshnaltiriladi. Bu o'zgarishlar Homiladorlik muddati ortgan sari, fetoplatsentar sistemadagi qon atslanishi intensivligi kuchaygan sari, ona organizmi, platsenta va o'sayotgan xomilaning O₂ ga bo'lgan extiyoji ortgan sari, yaqqol namoyon bo'laveradi. Bu o'zgarishlar urug'langandan keyingi bir necha haftadan so'ng paydo

bo'la boshlanadi, buni organizmning O₂ ga bo'lgan talab organligi bilangina tushuntirib bo'lmaydi. Bu jarayonda gormonlar muxim o'rin tutadi.

Ona va embrion (homila) bir-biridan absolyut mustaqil qon aylanish sistemasiga, individual gemopoezga, qon hosil qiluvchi turli manbalarga va eritropoetin sintezlovchi a'zolarga ega, bundan tashqari, onadagi anemiya va O₂ defitsiti xomiladagi gemopoezga reaktiv ta'sir ko'rsatganda ham homiladagi gemopoez mustaqil ravishda regulyatsiyalanadi.

Homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan qon hajmidagi o'zgarishlar.

Avvaldan ma'lumki, qon hajmi homiladorlik vaqtida keskin ortadi. Bundan tashqari, kshp homilali homiladorlikda u yanada ko'proq ortadi. Qon hajmining yetarlicha ortmasligi yoki butunlay ortmasligi homiladorlikning kechishi va embrionning o'sishga salbiy ta'sir qiladi. Qon umumiy hajmining ortishi onadagi yurak zarb hajmining ortishi (pulsning tezlashuvi, yurak minutlik hajmining ortishi) bilan organlar perfuziyasining ortishi (ayniqsa bachadon) bilan va venoz hajmiqning ortishi bilan kuzatiladi. Qon hajmi, aslida, plazma va eritrotsitar massa hajmining bir vaqtda alohidag'aloqida baxolash yo'li bilan aniqlanish lozim, lekin, o'tgan asrning 50-60 yillaridan boshlab o'tkazila boshlangan ko'plab tekshiruvlarda bunday qilinmagan. Kshp tekshiruvlarda yoki plazma hajmi yoki eritrotsitar massa hajmi aniqlanib, keyin undan gematokrit ko'rsatkich chiqarib olingan. Radioaktiv nishonlangan eritrotsitlar yoki bshyovchi moddalardan foydalangan xolda o'tkaziladigan invaziv usullar xozirda deyarli ko'llanilmaydi.

Plazma hajmi.

Shunday qilib, homiladorlik vaqtida plazma hajmining ortish 20-100% gacha bo'lishi mumkin. Bu ko'rsatkichning ortishini homiladorlikning erfa muddatlaridayoq aniqlash mumkin. Plazma hajmining keskin ortishni Homiladorlikning 25-xaftalarida kuzatiladi, sshng bu platosimon qiyshiq chiziqni tashkil etadi. Barcha ko'rsatkichlar sinchiqlab tekshirilganda, butun Homiladorlik davrda plazma hajmining 1250 ml ga ortganligi aniqlanadi, bu homilador bshlgan vaqtdagina qaraganda 50% ga ortganligidan dalolat beradi. Tug'ruqdan oldingi bir necha hafta davomida qon yoki plazma hajmi kamaymaydi. Xozirda avval qo'lga kiritilgan ma'lumotlar artefakt deb hisoblanmoqda, chunki Homiladorlarda o'tkazilgan tekshiruvlar ularning chalqancha yotkizgan holda amalga oshirilgan. Tekshirilayotgan homilador ayol chalqancha yotganda Homilador bachadon pastki novak venani ezadi. Natijada yurakga kelayotgan qon oqimi pasayadi, oqibatda yurak zarb hajmi va tsirkulyatsiyalanayotgan qon hajmi kamayadi. Ko'plab tekshiruvchilar plazma hajmining ortish va tug'ilajak chaqaloq vazni yoki chaqaloqlar soni o'rtasida musbat korrelyatsiyani aniqlashgan.

Yuqorida aytilganidek, plazma hajmining adekvat ortishi joratsiz homiladorlik kaliti xisoblanadi. Preeklampsiya va xomilaning rivojlanishdan ortda qolishida plazma hajmi yetarli darajada ortmaganligi aniqlanadi.

Temir

Normal Homiladorlik vaqtida kuzatiluvchi gematologik ko'rsatkichlarning o'zgarishi Fe ning manfiy balansi bilan birga kechadi. Homilador ayol organizmning Fe ga bo'lgan ehtiyoji bilan uning o'zlashtirilishi o'rtasidagi nomuvofiqlik Homiladorlik muddati ortish bilan birga ko'tarilib boradi. Zardob Fe ferritin konsentratsiyasining pasayishi hamda transferritin bilan to'yinganlik darajasining kamayishi fiziologik jarayon xisoblanadi.

Ferritin homiladorlik vaqtida ham organizmdagi Fe zaxiralarini baxoalsh uchun "oltin" standart xisoblanadi. Ferritin konsentratsiyasining o'zgarishi ko'plab tekshiruvlarda kuzatilgan. Ferritin miqdorining 15 mkl/l dan pasayishi yaqqol Fe defitsitidan darak beradi, bu Homiladorlikgacha bo'lgan vaqtda Fe zaxiralari to'liq bo'lgan bo'lishiga homiladorlik vaqtida uni to'ldirib turilishiga ham bog'liq. Bu ko'rsatkichga nisbatan hech qanday normal ko'rsatkich mavjud emas. Faqat Fe preparatini qo'llab va qo'llamay o'tkazilgan populyatsion tekshiruvlardan olingan ma'lumotlarga mavjud.

Vitamin V12 va folat kislotasi

Vitamin V12 ga bo'lgan ehtiyoj homiladorlik fonida ortib boradi. Shunga qaramay, bu ehtiyoj, yuqorida eslatilgani kabi, xayvon tabiatli oziq-ovqatlarni ko'p iste'mol qilish xisobiga osongina kompensatsiyalanishi mumkin. Ba'zan Homilador ayol vegetarianlik parhezida bo'lsa yoki chesha, ovqatlardan absorbsiyalangan vitamin V12 homila qon oqimiga tushadi, shu sababi ona qon zardobidagi vitamin V12 konsentratsiyasi pasayadi. Ayrim ma'lumotlarga ko'ra, Homiladorlik davomida eritrotsitlar, zardobdagi va mushaklardagi vitamin V12 konsentratsiyasi o'zining avvalgi konsentratsiyasi - 205-1025 mkg/l dan 20-510 mkg/l gacha pasayadi. Bu pasayish ko'p homilali Homiladorlarda yanada chuqurroq bo'ladi. Vitamin V12 zaxiralarining ancha kattaligi sababli, Homilador ayollarda vitamin V12 ning defitsiti xolati juda kam kuzatiladi. Vitamin V12 konsentratsiyasi ona qonidagiga nisbatan kindik qonida ancha yuqori bo'ladi.

Folat kislotaga bo'lgan talayu ham Homiladorlik davrida ancha ortadi, chunki bu vitamindan homilaning yangi hujayralarining o'sishi uchun, platsenta va bachadonning hamda eritrotsitlar massaning ortishi uchun foydalaniladi. Foli kislotaning buyrak klirensi ham ortadi. Platsenta foli kislotani ona qonida qancha miqdorda bo'lsa, shu miqdorda o'sayotgan homilaga yetkazib beradi. Homiladorlardagi foli kislotaning miqdorini aniqlashga yo'naltirilgan tizimli tekshiruvlar bir qancha o'tkazilganiga qaramay, u chuqur o'rganilmagan. Shunga qaramay, foli kislotasi miqdori tug'ruq vaqtiga kelib Homilador

bo'magan vaqtdagidan ikki marta kamayib ketishima'lum. Shunday qilib, foli kislota defitsiti Homilador onaning ovqatlanishi tarziga ko'ra kamroq yoki ko'proq namoyon bo'ladi, lekin vitamin B12 defitsitidan ko'ra ko'proq rivojlanadi. Yuqorida aytilganidek, foli kislota natijasida megaloblast anemiya yuqib keladi, agar bu Homiladorlik vaqtida kuzatilsa, demak sababi – foli kislota defitsitidir.

Homilaning O₂ bilan ta'minlanishining asosiy yo'llari.

Rivojlanayotgan embrion va homila uchun O₂ ning yagona manbai platsentaga keluvchi ona qoni hisoblanadi.

Oziq moddalar va O₂ ni homilaga yetkazib berish, undagi metabolizm mahoratlari va CO₂ ni olib chiqib ketish ona qoni tomonidan amalga oshadi, bu ikkala qon aylanish sistemasi platsentaning bitta to'qimalari orqali ajratilganiga qaramay ular orasidagi kontakt. Sariqlik qopchasi va allantois qon tomirlari bilan birga platsentar vorsa orqali o'tuvchi kapillyarlar embrionning birinchi qontomirlari xisoblanadi. Urug'lanishdan keyingi 13-15 kunlari ular ikkalamchi xorial vorsinalardan uchlamchi vorsinalarga aylanadi. Yana bir kundan so'ng embrionning o'zida ham qon tomirlar hosil bo'ladi. Birinchi primitiv qon aylanish sistemasi urug'lanishdan keyingi 21 kunda shakllanadi. Bu vaqtga kelib, ona qoni lakunalari bilan aloqalar o'rnatiladi. Bunga'cha embrion ona tomirlari va sariqlik qopchasidan diffuziya yo'li orqali oziqlanadi.

Ona va homila qonidagi gazlar miqdori bir xil emas, chunki:

- Platsentadagi gazlar almashuvi o'pkadagi gaz almashuvidan keskin farq qilib ikki suyuqlik uchrashganda sodir bo'ladi.
- Ona va homila qoni bir qancha diffuzion qavatlar bilan ajratilgan
- Platsentadagi har ikkala qon aylanish sistemasidagi qon oqimi hech qanday qarshi oqimi qinuniyatlariga bo'yso'nmaydi.

Platsentaga keluvchi ona arterial qonida Homiladorlik vaqtida kuzatiluvchi nafas olish tezligining ortishi (giperventilyatsiya ekvivalenti) hisobiga RO₂ va SO₂ juda yuqori bo'ladi. (taxminan 105-110 mm.s.u{14-15 kPa} va 97-98% - sog'lom o'pkani ayollarda.

Bunga qarama-qarshi ravishda Homiladorlik so'ngida platsentaning keluvchi kindik venasidagi homila qonida RO₂ va SO₂ faqat 30 mm.s.u. (4 kP) va 70% bo'ladi. Embriyon yoki homila qonining O₂ bilan ta'minlanganlik darajasi va undagi O₂ ning parsial bosimi yanada past, chunki ularda venoz qon ham aralashib ketadi. Natijada bachadonda "bachadondagi Everest tog'i" nomi bilan ataluvchi holat yuzaga keladi, albatta, agar alpinist Everest tog'ining 8,848 metrlik cho'qqisiga O₂ ballonsiz ko'tarilsa, uning

qonidagi gazlarning miqdori ham ushbu ko'rsatkichlarga mos kelgan bo'lar edi. Homiladorlikning erta muddatlarida platsenta va embrion vazni nisbati yuqoriligi hisobiga yuqoridagi ko'rsatkichlar ham yuqori bo'ladi. Xomila vazni platsenta vaznidan ortib borgan sari nisbat pasayib, qondagi gazlarning ko'rsatkichlari ham tug'ruq vaqtigacha pasaya boradi.

Embrion va homila rivojlanishining barcha bosqichlarida eritropoez regulyatsiyasida eritropoetin muhim o'rin tutishiga shubha yo'q, bu eritropoetin embrion yoki homilaning o'zi tomonidan ishlab chiqariladi. Homila qonidagi eritropoetin konsentratsiyasini homilalikning 16-haftasidan boshlab aniqlash mumkin. Eritropoetinning sintezlanish o'choqlari ontogenez jarayonida o'zgarib boradi. Sintez sariqlar kopchasida boshlanadi, keyin bu jarayon homila jigariga ko'chadi homila hayotining qisqa muddatlarigagina eritropoetin sintezi buyraklarda sodir bo'ladi. Gepatotsitlar va buyraklar po'stlog'ida joylashgan peritubulyar fibroblastlar gormon ishlab chiqaruvchi hujayralar bo'lib, buyraklar po'stlog'i katta odamlarda ham bu funksiyani bajarishda davom etadi. Ko'p sonli tekshiruvlar natijasida ko'rsatishicha, fetal eritropoetin miqdori homiladorlik davomida ortib boradi va uning eng yuqori ko'rsatkichi tug'ruq oldidan 50 YED/l ga yetadi, ya'ni bu asoratlanmagan homiladorlikdagina kuzatiladi, ya'ni xomila qonidagi eritropoetin miqdori ona qonidagidan ham ortib ketadi. Asoratsiz Homiladorlik davrida eritropoetin miqdorining ko'tarilib borishdan tashqari, to'lg'oqlar vaqtida ham uning miqdorining ortishini kuzatish mumkin, uning kay darajada ortish to'loqlar intensivligi va davomiyligi bilan chambarchas bog'liq.

Eritropoetin sintezi intensivligi qon oksigenatsiyasi darajasi orqali nazorat qiladi. Homiladorlik davomida surunkali gipoksiyani boshdan kechirgan chaqaloqning kindik qoni tekshirilganda, unda eritropoetinning yuqori miqdorlari va eritrotsitlar sonining yuqori ekanligi aniqlangan. Bir qator klinik xolatlarda: homilada rivojlanish anomaliyalari bo'lganda, onada og'ir darajali anemiya bo'lganda, arterial gipertenziya, diabet yoki preeklampsiya bo'lgan Homiladorlarda homila qonidagi eritropoetin konsentarsiyasi normadagidan ancha yuqori bo'ladi. Ushbu klinik kuzatuvlar eksperimental tekshiruvlar va in vitro o'tkazilgan tekshiruvlarda isbotlangan. Fetal eritropoetin miqdorining ortish O2 defitsitidan dalolat beradi.

Eritropoetin va platsenta.

Ona va homila eritropoetini miqdorlari o'rtasidagi bog'liqlik Homiladorlikning II va III trimestrida, hamda tug'ruq vaqtida homila kindik qoni va ona qonidagi eritropoetin konsentratsiyasini aniqlash orqali o'rganiladi. Ushbu ko'rsatkichlar o'rtasida hech qanday bog'liqlik aniqlanmagan ko'pincha xomila qonidagieritropoetin onadagiga qaraganda yuqori konsentratsiyada bo'ladi. Ushbu tekshiruvlar natijalari ko'rsatishicha

ona va homila eritropoetini produksiyasining regulyatsiyasi mustaqil bo'lib, platsenta bu ikki yo'nalish o'rtasida bar'er funksiyasini bajaradi.

Ushbu platsentar bar'er Homiladorlik vaqtida onadagi anemiyani davolash uchun rekombinant eritropoetin (pr EPO) qo'llashga ko'rsatma bo'la oladi. Agar pr EPO platsentar bar'erdan o'ta olganda edi, onadagi anemiyani davolashda xomila ham ona bilan teng davolangan bo'lar edi, lekin xomiladagi kompensator reaksiya onadagi anemiya sababli eritropoetin va eritrotsit sintezini orttiradi.

Temir (Fe)

Embrion va homilaning normal rivojlanishi uchun ko'p miqdorda Fe talab etiladi, bu shubhasiz, ona organizmi orqali tushadi. Rivojlanish jarayonida Fe hayotiy muxim o'rin tutadi. Embriogenez davrida Fe defitsiti og'ir rivojlanish nuqsonlariga olib keladi, bu bir qator eksperimental tekshiruvlarda isbotlangan. Ma'lumki, faqatgina platsenta va embrionlar homilaning rivojlanishi uchun quyidagicha taxminan 350 mg Fe talayu etiladi. Xomilada 1 kg tana vazniga elementar Fe ulushi 70-75 mg ni tashkil etsa, uning asosiy qismi (50-55 mg/kg) gemoglobin tarkibiga kiradi. Qolgan 10 mg/kg qismi jigar, taloq, suyak ko'migi va buyraklardagi Fe zaxiralariga to'g'ri kelsa, juda oz qismi mioglobin va boshqa fermentlar ulushiga to'g'ri keladi.

Xomila tomonidan foydalaniluvchi Fe ning asosiy manbai ona transferrin hisoblanadi. Fe platsentadan konsentratsiyalar gradiyentiga qarshi ravishda aktiv olib o'tiladi. Qoidaga ko'ra, ferritin konsentratsiyasi ona qonidagiga qaraganda embrion ichagi suyuqligi va homila qonida yuqori bo'ladi. Onada Fe defitsiti xolatlar ham xomila Fe ni normal miqdorda olishi mumkin, yoki aksincha, onada Fe zahiralari yetarli bo'lgani xolda xomilada Fe defitsiti rivojlanishi mumkin. Onadan homilaga Fe transportini buza oladigan faktorlar ko'yidagilar:

- onadagi arterial gipertenziya
- og'ir platsentar yetishmovchilik
- onadagi diabet
- homilaning surunkali gipertenzivasi, ya'ni xomiladagi kompensator gemopoezni ta'minlash uchun homilaning Fe ga bo'lgan ehtiyojlarini orttiradigan xolatlar.

Homilada 1 gr gemoglobin sintezi uchun 3,5 mg Fe talab etiladi. Xomilada kompensator gemopoezga zarurat yuzaga kelgan xolatlarda homilada Fe defitsit xolat rivojlanadi.

Fe ning platsentar transporti aktivligi onadagi Fe zaxiralariga qarab emas, balki homiladagi Fe zaxiralariga ko'ra aniqlanadi. Platsenta orqali Fe transporti jarayoni apikal va bazal sinsitotrofoblast membranalarida joylashgan ona va homila transferrin retseptorlari orqali nazorat qilinadi. Ona

transferrini transferrin-retseptor bilan bog'lanadi va shu yo'l bilan hujayra ichiga kiradi. Sinsitiotrofoblast hujayraga kirib, ozod bo'lgan temir zaxirada saqlanish uchun ferritin tomonidan tutib olinadi. Natijada hosil bo'lgan ona apoferritini hujayradan chiqarib yuboriladi. Hujayraga kirgan Fe bazal membrana yuzasidagi transferrin retseptorlari bilan bog'lanadi. U yerda Fe fetal apoferritin bilan bog'lanadi, II valentli Fe transferrin kompleksi ko'rinishda homila qon oqimiga chiqariladi.

HOMILADORLAR KAMQONLIGINING KLINIK ASPEKTLARI

Ushbu bob homilador ayollar uchun hos bo'lgan patologiya – kamqonlikning klinik, diagnostik va terapevtik aspektlariga bag'ishlangan. Ushbu patologiya homilaning ona qornida rivojlanishi va chaqaloq uchun jiddiy asoratlariga olib kelish mumkinligi va uning keng tarqalganligi ushbu muammoni barcha munozaralarning markaziy mavzusiga aylantirdi.

Anemiyani aniqlash.

JSST (JSST, 1972 y) ma'lumotlariga ko'ra, sababidan qat'iy nazar, Homiladorlik vaqtida Hb miqdori 110 g/l dan, tug'ruqdan keyingi davrda 100 g/l dan past bo'lsa anemiya deb hisoblanadi. Kasalliklar nazorati bo'yicha Amerika Markazlari (SDS, 1989 y) tavsiyasiga ko'ra, Homiladorlik vaqtida Hb konsentratsiyasining fiziologik pasayishni e'tiborga olish zarur. Yuqoridagiga binoan, anemiya quyidagicha aniqlanadi:

Homiladorlikning 1-12 haftasida (I trimestrda) Hb konsentratsiyasi 110 g/l dan past bo'lsa;

Homiladorlikning 13-28 haftalarda (II trimestrda) Hb konsentratsiyasi 105 g/l dan past bo'lsa;

Homiladorlikning 29-40 haftalarda (Sh trimestrda) Hb konsentratsiyasi 110 g/l dan past bo'lsa, SDS ga muvofiq, Hb ning ushbu past ko'rsat.

Umumiy anemiya va temir defitsit anemiya.

Chop etilgan ma'lumotlarga ko'ra rivojlanayotgan mamlakatlarda Homiladorlik vaqtida kamqonlikning tarqalishi – Afrikada 35-56% gacha, Osiyoda – 37% dan 75% gacha, Lotin Amerikasida 37% dan 52% gacha. Ushbu kasallikning eng ko'p kuzatiluvchi etiologik faktori Fe va foli kislota defitsiti hisoblanadi. Homiladorlar anemiyasi ushbu mamlakatlarda nafaqat keng tarqalgan, balki kasallikning og'ir ko'rinishi sifatida ham ko'p uchraydi. Qayd etilishicha, homilador ayollarning 20% da Hb miqdori 80 g/l dan ortmaydi.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, rivojlangan mamlakatlarda ushbu kasallikning tarqalishi o'rtacha 18% ni tashkil etadi. 5.3. jadvalda Yevropa mamlakatlarida Fe defitsit anemiyaning tarqalganligi haqidagi ma'lumot tasvirlangan.

Xatto zamonaviy akusherlikda xam tug'ruqda 500 ml dan ko'p qon yoqotilishi tez-tez uchraydi. Xozirlikda akusherlikda qo'llanilayotgan turli usullar – tug'ruqni stimullash texnikasi, o'tkazuvchi anesteziyaning qo'llanilishi, tug'ruq vaqtida ayolning vertikal xolatda bo'lishi, bularning barchasi tug'ruq vaqtida og'ir qon ketishlarga olib kelishi mumkin. Akusherlik va ginekologiya Amerika kolleji ma'lumotlariga ko'ra, 5% ayollar 1000 ml va undan ko'p miqdorda qon yo'qotadilar. Tug'ruqdan keyingi davrda Hb uchun normaning pastki chegarasi Homiladorlik vaqtidagiga qaraganda 10 g/l ga pasayishini e'tiborga olganda, kamqonlikning tarqalishi Homiladorlik vaqtida va tug'ruqdan keyingi davrda xam bir xilligicha qoladi.

Kamqonlikning asosiy asoratlari.

Homiladorlar kamqonligining klinik oqibatlari bevosita kasallik sababi bilan bog'liq. Shunday qilib, Fe defitsiti tufayli kelib chiqqan kamqonlik chaqirgan asoratlari onalardagi gemoglobinopatiyalar tufayli kelib chiqqan kamqonlik oqibatida rivojlangan asoratlardan keskin farq qiladi.

Homiladorlar anemiyasining boshqa asoratlari kasallikning sababiga bog'liq ravishda kelib chiqadi. Homiladorlar anemiyasining onadagi oqibatlari.

Anemiya oqibatlari:

- Charchoq, kuchsizlik, quvvatsizlanish, mexnat qobiliyatining pasayishi;
- YUQT simptomlari (yurak o'ynog'i);
- Teri va shilliq qavatlar, kon'yuktivaning oqarishi;
- Taxikardiya, gipotenziya
- Surunkali xolatlarda miokard gipertrofiyasi.

Ko'p Homiladorlarda yosh bemorlar kamqonlikka tez adaptatsiyalanadilar, dekompensatsiya belgilari qo'shimcha havf faktorlari, masalan, infeksiya, qon ketishi, YUQTS ning zo'riqishi, kabi belgilar qo'shilgandagina yuzaga keladi. Bunday ayollar so'rab surishtirilganda, ularda Fe defitsiti simptomlari, masalan, ichakdan qon ketishlar yoki oilada qon kasalliklari borligi aniqlanadi.

GIPOPROLIFERATIV ANEMIYA.

Temir defitsit anemiya

O'na uchun havf

Hammaga ma'lumki, Fe defitsiti organizmning bir qator xayotiy muxim funksiyalariga ta'sir qiladi, ular jismoniy va aqliy faoliyat, fermentlar funksiyasi (masalan, nafas zanjirining funksiyasida ishtirok etuvchi), termoregulyatsiya, mushaklarning qisqarish, immun javob va nevrologik

reaksiyalar.

Umuman olganda, Fe defitsit anemiya ko'p sonli simptomlar bilan namoyon bo'ladi: ular – xolsizlak, mehnat qobiliyatining pasayishi, jismoniy zo'riqishlarga tolerantlikning pasayishi, yurak qon tomir stress rivojlanish havfi (taxikardiya, arterial qon bosimning pasayishi), termoregulyatsiyaning buzilish va infeksiyon kasalliklarga beriluvchanlik. Homiladorlik vaqtida tug'ruqdagi va chilla davridagi qon yo'qotilishlarga tolerantlik keskin pasayadi. Onalar o'limi havfi Fe defitsit anemiyaning og'irlik darajasiga to'g'ri proporsional ravishda o'rtib boradi. Ona uchun havflar ichida yurak qon tomir yetishmovchiligining rivojlanish chastotasi ortadi, gemorragik insult havfi ortadi, chilla davri infeksiyasining kelib chiqish havfi va jaroxatlari bitishining sekinlashuvi kuzatiladi.

Onalar kasallanishga, shuningdek, ijtimoiy iqtisodiy xolat, tibbiy yordam ko'rsatish darajasi, to'la qimmatli ovqatlanmaslik va h.k. kabi faktorlar ham ta'sir qiladi.

O'tkazilgan tekshiruvlar natijasini interpretatsiya qilishning murakkabligi shundaki, ona va homila uchun tug'ruqning oqibat natijalari anemiyaning og'irlik darajasiga ko'ra baxolangan, shu bilan bir vaqtda Fe defitsitining mavjudligi va uning qay darajada rivojlanganligi hisobga olinmagan.

Ushbu cheklanishlarni xisobga olgan xolda, ayrim mualliflar onalar o'limi havfi va anemiyaning og'irlik darajasi o'rtasida bog'liqlikni o'rganish ustida izlanishlar olib bormoqdalar. Lekin o'tkazilgan perspektiv tekshiruvlarning birortasida ham ushbu savolga javob topilgani yo'q. Shu sababli hozirgacha ham onalar o'limiga yuqori xavf tug'dira oladigan Hb ning aniq kritik konsentratsiyasi aniqlanganicha yo'q. Xozirgacha ham Homiladorlikkacha bo'lgan vaqtidagi va Homiladorlik vaqtidagi Fe defitsit anemiya o'rtasida bog'liqlikni aniqlovchi birorta ham tekshiruv o'tkazilgani yo'q. Anemiyani erta davolashning homiladorlikning kechishga, onaga, xomila va chaqaloqqa ta'sirini o'rganish yuzasidan yirik perspektiv tekshiruvlar ham o'tkazilgani yo'q.

Onadagi kamqonlikning xomilaga ta'sirlari.

Ona gemoglobini konsentratsiyasining 90 g/l dan kam bo'lishi erta tug'ruq, xomiladagi vazn defitsiti va xomila o'limi xavfini orttiradi. Ona Hb konsentratsiyasi va xomila vazni o'rtasidagi bog'liqlik I simon qiyshiq chiziq orqali aniqlanadi. Ona Hb konsentratsiyasi 110 g/l dan yuqori va 90 g/l dan past bo'lganda xomiladagi vazn defitsiti xavfi 2-3 marta ortadi. Agar Hb konsentratsiyasi Homiladorlikning II trimestri oxiriga kelib 120 g/l dan ortsa, plazma hajmi ortmaganligi hisobidan preeklampsiya va homilaning ona qornida o'sishning sekinlashuvi havfi ortadi. Erta tug'ruq va xomiladagi vazn defitsiti havfini oldini olish uchun ona Hb ning ideal konsentratsiyasi 95-

11,5 g/l ni tashkil etadi. Fe defitsiti va kamqonlik davomiyligi va rivojlanishi vaqti patologik fetoplatsentar o'zgarishlarning namoyon bo'lishiga ta'sir qilishi ko'p bora o'z isbotini topgan Homiladorlikning erta muddatlaridagi kamqonlik erta tug'ruq xavfini o'rttiradi. Xozirgacha bu asoratning asosiy sababi noaniqligigacha qolmoqda: buning sababi to'qimalarning kislorod bilan starlicha ta'minlanmasligimi yoki Fe defitsitimi, ya'ni uning noto'liq utilizatsiyasi tufayli kelib chiqadimi. Ayrim tekshiruvlarda Fe zaxiralari o'lchamlarining chaqaloq uchun qanday ta'siri borligi o'rganilmagan. Aniqlanishicha, ferritin konsentratsiyasi (Hb miqdori emas) va homilaning ona qornida o'sishining sekinlashuvi o'rtasida anchagina aniqroq korrelyatsiya darajasi mavjud. Shu bilan birga, ferritinning yuqori miqdorda bo'lishi homilaning ona qornida o'sishdan ortda qolish bilan ko'pincha birga kechadi. Shuningdek, Fe zaxiralari tugaganligini ko'rsatuvchi ferritinning past konsentratsiyalari homilaning ona qornidagi o'sishdan ortda qolishi bilan simmetrik xarakterga ega. Ferritinning o'ta bqori konqentratsiyalari bu asorat bilan assimetrik aloqaga ega.

Platsentaga ta'siri.

Platsentadagi transferrin retseptorlari tsirkulyatsiyalanuvchi transferinning bog'lanishida asosiy o'rinni egallaydi, ular orqali o'tgan Fe platsenta orqali keyinchalik tashiladi. Zn va foli kislota bilan bir o'rinda Fe ham superoksiddismutaza aktivligini kuchaytirishda muxim rol o'ynaydi, ma'lumki, bu modda perekis radikalligining fetoplatsentar kompleksga salbiy ta'sirlarini neytrallash xususiyatiga ega bo'lgan tabiiy ingibitor hisoblanadi. Fe defitsiti va kamqonlik xamda platsentaning vaskulyarizatsiyasi va xomilaning rivojlanishi o'rtasida bog'liqlik mavjud. Ferritinning past ko'rsatkichlari Homiladorlikning erta muddatlarida platsentada vaskulyarizatsiyasining kuchayishiga olib keladi, shu bilan bir vaqtda, Homiladorlikning erta muddatlarida kamqonlik platsenta gipertrofiyasi va kapilyarllarlar sonining ortishi bilan birga kechadi. Bu Fe defitsiti, kamqonlik va gipoksiya kompensator platsentar mexanizmlarning, asosan, angiogeneznning ishga tushishga olib kelishni bildiradi. Nixoyat, platsentaning o'sishi va xomilaning o'sishi o'rtasidagi bog'liqlik (fetoplatsentar koeffitsiyent) katta yoshda yuzaga keluvchi turli kasalliklar, masalan, yurak qon tomir sistemaning kasalliklari va diabetlik rivojlanish xavfini belgilaydi. Bu fenomen kelajak hayotdagi kasalliklarning fetal programmalashtirilish deb ataladi.

Yallig'lanish kasalliklar bilan bog'liq anemiya.

Anemiya rivojlanishining sababi parazitator yoki bakterial infeksiya (masalan, o'tkir piyelonefrit) bo'lishi mumkin, shuningdek, surunkali virusli infeksiyalar (masalan, OIV-infeksiya) yoki ichakning surunkali yallig'lanish kasalliklari (kron kasalligi, yarali polip) ham anemiyaga olib kelishi mumkin.

Ayrim bakteriyalar (masalan, stafilokokklar) o'zlarining ferment reaksiyalari uchun temirdan foydalanishadi. Yaqinda isbotlanishicha, ular nafaqat transferrin parchalanishdan hosil bo'lgan Fe o'zlashtirishadi, balki temir gem molekulasidan ajralib chiqish bilanoq bevosita eritrotsitlarning o'zidan ham olishi mumkin ekan. Bundan tashqari, eritrotsitlarning ko'p miqdorda parchalanishiga o'tkir yallig'lanish ham olib keladi.

Anemiyaning bu turi onadagi anemiyaning simptomlari ko'rinishida va spetsifik yallig'lanish simptomlari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Chaqaloq yoki xomilaga ta'siri, avvalo, anemiyaning og'irlik darajasiga bog'liq bo'lsa, o'tkir yallig'lanish fonida – infeksiyaning tarqalishi va qo'zg'atuvchining turiga bog'liq bo'ladi.

Buyrak anemiyasi.

Buyrak yetishmovchiligi bo'lgan yoki Homiladorlik vaqtida buyrak transplantatsiyasi o'tkazilgan ayollarda tez-tez o'rta og'ir yoki og'ir darajali anemiya rivojlanadi. Qoidaga ko'ra bu ayollarda eritropoetin-defitsitli, normotsitar, gipoproliferativ anemiya kuzatiladi. Umuman olganda, avvallari EPO bilan o'rin bosuvchi terapiya olgan ayollar, Homiladorlik vaqtida ham EPO ga katta ehtiyoj sezadilar. Ushbu anemiyaga ham yallig'lanish anemiyasiga xos simptomlar xarakterli. Qon xajmining ortishi darajasi oddiy Homiladorlik bilan solishtirganda uncha yuqori bo'lmaydi va buyrak yetishmovining namoyon bo'lishiga bog'liq. Plazma hajmining ortish jarayoni buzilmaganligi sababli Homiladorlik vaqtida anemiya chuqurlashishi mumkin.

Buyrak anemiyasida erta tug'ruqlar ko'p kuzatiladi. Asosiy xavf faktori anemiyaning o'zi xisoblanadi. Bundan tashqari, buyrak kasalliklari Homiladorlik vaqtida eklampsiyaning rivojlanish xavfini orttiradi, bu esa o'z navbatida Homiladorlikning erta yakunlanishiga olib keladi.

Klinik belgilari:

- Charchash, quvvatsizlik, bosh aylanish uyqusizlik, xushdan ketish, teri qurishi, soch to'kilishi, tirnoqlarni sinishi, ta'm buzilishi, ta'mni buzilishi.

Homiladorlikni kechishi:

- Homiladorlikni birinchi yarmida xomila tushishi mumkin, ilk toksikozlar paydo bo'lishi mumkin.

- Homiladorlikni ikkinchi yarmida erta tug'ish xafi gipertenziv sindrom NJYBK

Tug'ruqda asoratlar:

- tug'ruq kuchlarini sustligi, gipotonik qon ketish ilk chilla davrida, xomila gipoksiyasi.

- Chilla davrida gipolaktiya, bachadon sub involyutsiyasi infeksiyon asoratlar.

- Kamqon ayollarda bolalari xam kamqonlik bilan tug'iladi va rivojlanish orqada qoladi.

Kamqonlikni profilaktikasi:

- Ovqatlanishda maxsulotlar oqsil va temirga boy bo'lishi lozim.

Kamqonlikni oldini olish uchun xavf guruhiga kiruvchi ayollarni nazorat ostiga olish:

- Avvaldan kamqonlik borligi

- Surunkali kasalliklar yurak illatlari, oshqozon ichak, jigar, buyrak kasalliklari

- Homiladorlik bilan gipertenziv sindrom birgalikda kechganda

- Ko'p va tez-tez tug'uvchilar

- Egiz Homiladorlik, yirik Homiladorlik

- Kamqon ayollardan tug'ilgan bolalar.

Kamqonlikning birinchi profilaktikasi sog'lom turmush tarzi, xar xil ovqatlar iste'mol qilish:

- Go'sht, jigar, baliq, meva, soklar

Ayollarning nazoratga kelishida shu to'g'risida suxbat olib borish va choy, kofe va suyuqliklarni ovqat vaqtida ichishni man qilish. Maleriya yoki gijja invaziya aniqlansa davolangani mutaxassisga jo'natiladi. Ayol birinchi marta kelganida gemogloblin tekshiriladi, Homiladorlikning 28-chi xaftasida.

Birinchi nazoratda gemogloblin 100-109 grm. Litrdan kam bo'lsa 32-chi xaftasida 100-104 grm. Litrdan kam bo'lsa bu kamqonlikning yengil darajasi xisoblanadi 70 - 99 grm. Litrgacha bo'lsa bu o'rta darajasi va 70 grm. Litrdan kam bo'lsa og'ir darajasi xisoblanadi. Homiladorlikni 20 xaftagacha bo'lgan davrda kamqonlikni klinik belgilari bo'lsa, gemogloblin 100 grm. Litrdan kam bo'lsa, rotseonal ovqatlanish kifoya qiladi. Agar 2 xaftadan keyin natija bo'lmasa temir preparatlar tavsiya etiladi.

Homiladorlikni 24-30-chi xaftalarida gemogloblin 100 grm.litrdan kam bo'lsa va kamqonlikning klinik belgilari bo'lmasa ratsional ovqatlanish yetarli bo'ladi temir moddalarini iste'mol qilish shart emas. Gemogloblin 70 grm.litrdan kam bo'lsa temir preparatlar tavsiya etiladi. Homiladorlikni 26-34 xaftalarida gemogloblin 100 grm.litrdan kam bo'lib kamqonlikning klinik belgilari paydo bo'lsa ratsional ovqatlanishga qo'shimcha peroral temir preparatlar tavsiya etiladi. Tug'ruqqa yaqin bo'lgan davrda kamqonlikning o'rta og'ir va yengil darajasida temir preparatlar tavsiya etilmaydi.

Kamqonlik tashxisi qo'yilganda quyidagilar bajarilishi kerak:

- Diyet korreksiyasi, ya'ni choy kofe shu kabi suyuqliklarni ovqat bilan iste'mol qilish mumkin emas. (Suyuqlik ovqatdan 1,5 - 2 soatdan oldin yoki keyin ichish mumkin.)

- Parazitar invaziyaga tekshirish.

- temir preparatlar va folivaya kislotani tavsiya qilish.

- Maxsus tekshiruvdan keyin maxsus mutaxassislarga jo'natish.

Chilla davrida tug'ruqdan 4-6 oydan keyin ayol Homiladorligipaytida kamqon bo'lgan bo'lsa antianemik terapiyani davom ettirish kerak.

Kamqonlikni og'ir darajasida gemogloblin 60 grm. litrdan kam bo'lsa raqsional ovqatlanishdan tashqari bir haftada bir yoki ikki 3-4 marta plazma yoki albumin quyiladi.

Gematolog konsultatsiyasidan so'ng er.massani 2 - 3 marta qo'yish mumkin yoki rekombinat eritropoetin 2000,ni teri orasiga beshta in'eksiya jo'natiladi.

Kamqonlikni xar xil darajasida tug'ruqni vena ichiga suyuqlik jo'natish bilan qon ketishni oldini olish choralarini ko'zda tutgan xolda vena ichida igna turishi kerak. Kamqonlikni og'ir darajasida yuqoridagilarga ko'shimcha ravishda qon va plazma tayyorlash lozim. Qon ketishini oldini olish uchun tug'ruqni 3 chi davrini faol olib borish. Tug'ruqdan keyin birinchi kundan boshlab antianemik davo davom etilishi kerak. Kamqonlikni o'rta og'ir darajasida tug'ruqdan keyin temir preparatlaridan tashqari eritropoetin teri ostiga 2000, № 3-5 in'eksiya, kosmofor bir haftada bir yoki ikki maxal jo'natilishi. ayol xolati tug'ruqxonada keyin esa ambulatoriya sharoitida kuzatiladi. Tug'ruqdan keyin 3 yil mobaynida ayol kontratsepsiya bilan ta'minlanadi.

Test topshirig'i

1. Homiladorlikda anemiya diagnozi kuyish uchun gemogloblin miqdori nechidan past bulishi kerak.

- A) 110g/l. B) 80 g/l. C) 60g/l. D) 120 g/l.

2. Homiladorlik davrida tez tez uchrab turadi.

- A) Temir tanqisligi anemiyasi. B) Folat tankisligi anemiya.
C) Uroksimon -xujayra anemiya. D) Bn-defitsit anemiya.

2. Homiladorlarda temir tanqisligi anemiyasi klinik belgilariga xos emas:

- A) Ogiz qurishi, chanqoq. B) xansirash va xushdan ketish.
C) bosh ogriqi, bosh aylanishi. D) timoqlar sinishi, sochni to'kilishi

4. Kombinirlangan foli kislofa va temir tankisligi yetishmovchiligi

- A) Normotsitar va normoxrom anemiya.
B) Mikrotsitar va normoxrom anemiya.
C) Mikrotsitar va megaloblast anemiya.
D) Normotsitar va megaloblast anemiya.

5. Homiladorlikda temir tankisligi anemiyasiga tegishli simptomlar:

- A) Stomatit, timoqlar sinishi og'iz burchagida yerilishlar.
B) Quvvatsizlik bosh aylanishi xushdan ketish.
C) Bosh aylanishi xushdan ketish og'iz burchagida yorilishlar.

D) Shish , taxikardiya.

6. Temir tanqisli kamqonligiga xavf tug'diruvchi omillar:

- A) anamnezda qon ketishi. B) surunkali kasalliklar borligi.
C) Yoshi, xomilaning qiyshiq joylashishi. D) ko'psuvlik

7. Temir tanqisligi anemiyaning tug'ruk davridagi 2 ta asorati?

- A) tugruqdan oldin va erta suv ketishi intranatal xomilaning ulimi.
B) xomilaning kundanang joylashishi.
C) diskorodinant tugruk faoliyati.
D) tugri javob yuq

8. Anemiyani klinik kartinasiga tegishli emas

- A) tana harorati 38°C dan yuqori bo'lishi.
B) Kuchsizlik xolsizlik, tez charchash.
C) yurakda sistolik shovqin.
D) xansirsh , taxikardiya

9. Anemiyada Homiladorlik uchun karshi kursatma

- A) Gemolitik anemiya.
B) erta toksikoz
C) muddatidan utgan Homiladorlik
D) sistotom qo'yish

Topshiriq

1. Kamqonlikka ta'rif bering.
2. Kasallik klinik belgilarini ayting.
3. Kerakli dorilarga retsept yozing.

Masala

1. Homiladorlikning 24 haftasida ayolda kamqonlik tez o'sib bordi. Umumiy qon tahlili bilan: qizil qon hujayralari $-2.1 \times 10^{12}/l$, gemoglobin-60 g/l, anizotsitoz, poykilotsitoz, megalotsitlar, retikulotsitlar - 0,2 %.

Tashxis. Taktikasi.

2. Homilador M, 40 yoshda, 34 hafta homiladorlikda, uning ko'zlari oldida yulduzchalar uchishiga, bosh aylanishi, quruq teri, mo'rt tırnoqlarga , soch to'kilishiga shikoyat qilyapti. Tekshiruvda teri va shilliq pardalarning rangparligi aniqlandi. Puls minutiga 100 ta urađi, ritmik. O'pkada nafas olish vezikulyar. Jigar va taloq kattalashmagan. Umumiy qon taxlilida: gemoglobin-90 g/l, . erit- $3.3 \times 10^{12}/l$, rk. -0.7, leykemiya. - $9.8 \times 10^9/l$: , anizotsitoz, mikrotsitoz. Qon zardobida temir - 7.2/l mmol.

Tashxis. Taktikasi.

Buyrak kasalliklari va homiladorlik. (Homiladorlikda isitma – sistit, o'tkir piyelonefrit, tug'ruq va chilla davrida isitma). Olib borish.

Homiladorlikda bachadon kattalashib, progesteron siydik yo'llariga ta'sir qilishi sababli siydik yo'llari infeksiyasiga moyillik kuzatiladi, mochetochnik va buyrak jomlarida bo'shashish va kengayish sodir bo'ladi. Siydik nayi Homiladormas ayollarda 3-4 ml bo'lsa Homiladorlikning ikkinchi yarmida 20-40 va 70 ml kengayish ko'zda tutiladi Homiladorlikda ko'proq o'ng tomonlama siydik yo'llari zararlanadi chunki bachadon Homiladorlikning ikkinchi yarmida o'ng tomonga buriladi. Mochetochnikni bo'shashishi, qisqarishi ayniqsa Homiladorlikni uch oyligida va maksimum sakkiz oyligida kuzatiladi siydik yo'llarini yuqori qismidagi tonusini pasayishi va dimlanish piyelonefritga olib keladi

Homiladorlikda siydik yo'llari patologiyasi quyidagilar bog'lik:

- Buyraklarni bog'lamlarini tonusini pasayishiga
- qovuq siydik yo'lirefluksi oshganda
- Gormonlar sekretsiyasi oshganda: estrogen, progesteron, glyukokortikoidlar, xoriogonik gonodotropin va xoriogonik somatotropin

Siydik yo'llariga infeksiya yuqoriga qarab siydik pufagidan kiradi, pastga qarab limfa orqali ichaklardan, qon orqali turli infeksiyon kasalliklardan. Ko'zg'atuvchilar- ichak tayo'qchalari, gramm manfiy entrobakteriyalar, protey, stafilakokk, streptokokk va zamburug'lar.

Piyelonefrit bu Homiladorlikda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib 6-12% fojzgacha uchraydigan kasallik bunda buyraklarni konsentratsion faoliyati buziladi. Piyelonefrit Homiladorlikni kechishiga va xomilaga nojo'ya ta'sir qiladi eng ko'p uchraydigan asoratlari - kechki gestozlar, xomilani o'z-UZIdan tushishi, xomila infeksiyasi. Eng og'ir asoratlari buyrak yetishmovchiligi, sepsitsemiya, septikopiyemiya, bakterial shok. Piyelonefrit bilan Homiladorlik yuqori xavf guruxiga kiradi piyelonefrit ko'proq Homiladorlikni 12-15 xaftasida, 24-29 xaftasida, 32-34 xaftasida, 39-40 xaftasida, chilla davrida, ikki-besh va o'n-o'n ikki sutkasida. Piyelonefrit Homiladorlik paytida sodir bo'lishi mumkin yoki avvaldan surunkali (xuruji) bo'lishi mumkin. Piyelonefrit kasalligi bilan Homilador ayollar xar xurujida va kech gestozlar belgilarida statsionarda davolanishi kerak. Piyelonefrit turlari: o'tkir, surunkali, latent va gestatsion piyelonefrit

O'tkir piyelonefritni klinik belgilari:

1. Tana xaroratini ko'tarilishi, junjikish, sovuq terlash, unumiy xolsizlik va chanqash
2. Bel soxasida bir tomonlama yoki ikki tomonlama og'riq
3. Pasternatskiy belgisi musbat
4. Tez-tez siyishi
5. Kam siyishi

6. Bosh og'rihi, ko'ngil aynish va qusish

7. Agarda ikki tomonlama piyelonefrit bo'lsa buyrak yetishmovchiligi sodir bo'ladi

Surunkali piyelonefrit - xuruj bo'lmaganda belda biroz og'rik bo'ladi, siydikda oz miqdorda oqsil paydo bo'ladi va leykotsitlarning miqdori xam biroz oshadi. Homiladorlik paytida bir necha marra xuruj bo'lishi mumkin xurujlar paytida statsionarda davolanish lozim. Homiladorlik va tug'ruk paytida piyelonefrit bilan kasallangan bemorlar uch xavf guruxiga bo'linadi:

- Birinchi darajali - xavf guruxi bu Homiladorlik paytida sodir bo'lgan piyelonefrit

- Ikkinchi darajali - xavf guruxiga avvaldan piyelonefrit bilan kasallangan Homiladorlar kiradi

- Uchinchi darajali - xavf guruxiga piyelonefrit va gipertenziya yoki piyelonefrit va anemiya, piyelonefrit bitta buyrak bilan bilan kasallangan bemorlar kiradi.

Birinchi, ikkinchi darajali xavf guruxiga kiruvchi bemorlarga Homiladorlik mumkin terapevt va nefrologning doimiy nazorati ostida. Uchinchi darajali xavf guruxiga Homiladorlik mumkin emas.

Surunkali piyelonefritni klinikasi

1. Belda og'rik

2. Pasternatskiy belgisi musbat

3. Xuruj vaqtida 20% ayollarda tana xaroratini ko'tarilish

4. Dizurik simptomlar

5. Gipertenziv sindrom.

Diagnostika

Laborator tekshirish: qon taxlili - neytrofilli leykotsitoz, siydik taxlilida piuriya, bakteriuriya (95% ayollarda), proteinuriya, silindruriya. UZIda - buyrak hajmi kattalashgan, parenxima o'zgargan, jomchalari deformatsiyaga uchragan. Dif. diagnostika infeksiyon kasalliklar bilan o'tkaziladi: qorin tifi, malleriya, sepsis, pionefroz, gidronefroz, glomerulonefrit, buyrak infakti, appenditsit, pankreatit.

Davolash

Boshlang'ich bosqichlarida og'rigan tomonga yotmasdan, sog' tomonda yotish tavsiya etiladi va sajda pozasini egallash. Diyetda stol № 7 suyuqlik sutkasiga 2-2,5 litr, ovqatlar oqsillar va yog'lar bilan boy bo'lishi lozim. Siydik taxlilini bak.laboratoriyada ekib va antibiotikka sezgirligini aniqlab antibakterial davo o'tkaziladi, ba'zi xollarda ikkita antibiotik birdaniga tavsiya etiladi JSST o'tkir piyelonefritda vena ichiga ikki gramm anpitsillin xar olti soatda, gentomitsin 5 mgramm tana xarorati normaga kelguncha 48 soat mobaynida. Keyinchalik amoksitsillin 1 g dan uch maxal 1 sutkada, 14 sutkagacha. Antibiotiklar sakkiz - o'n kun davomida nevigramon ikkita

kapsuladan 4 maxal 4 kun, bitta kapsuladan 4 maxal 10 kun.

Dezintoksikatsion terapiya:

- Gemodez, reopoliglyukin, albumin, protein.

Xomila gipotrofiyasini davolashda trental 5ml litr + 5% glyukoza 400ml vena ichiga tomchilab. Spazmolitiklar - baralgin 5ml mushak ichiga, suprastin yoki dimidrol bittadan tabletka 1 maxal va pochechniy chay. Xozirgi preparatlarda konefron N ikkitadan 3 maxal. Agar yuqoridagi terapiyani ta'siri bo'lmasa mochetchnikni kateterizatsiya qilinadi. Tug'rukni iloji boricha pastdan olib borish lozim 10% xolatlarda tug'ruk erta vaqtidan oldin sodir qilinadi. Chilla davrida piyelonefritni davolash 10 kun davom etadi va ayol nefrolog nazorati ostida bo'lishi kerak.

Glomerulonefrit - bu infeksiyon allergik kasallik bo'lib buyrak ko'ptokchalar apparatini funksiyasi buziladi. 0,1 va 0,2% uchraydi.

Klinik formalari: Nefrotik, gipertonik, aralash, latent

Glomerulonefritni yashirin formasida Homiladorlik, tug'ruk, chilla davri aytarli asoratsiz o'tadi.

Homiladorlardagi beldagi og'rik, bosh og'rishi, tez-tez siyishi, chanqashi, xansirash, ishtaxani pasayishi ba'zida ko'ngil aynish va qusish.

Diagnostika

1. Siydik va qon taxlili

2. Nicheparenko, Zimniskiy va Reberg probalarini o'tkazish

3. Qonni koagulogrammasi

4. UZI

Dif.diagnostika - piyelonefrit bilan nefropatiya bilan va gipertanin kasallik bilan. Homiladorlikni ilk davrlarida tekshirish o'tkazish va Homiladorlik mumkin mumkin emasligin xal etish. Glomerulonefritni o'tkir formasida Homiladorlik to'xtatiladi. O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarga Homilador bo'lish 3-5 yildan keyin tavsiya etiladi. Surunkali glomerulonefrit xuruji bilan gipertenziya va a'zotemiya kuzatilsa Homiladorlik to'xtalishi kerak. Glomerulonefrit bilan Homiladorlikni akusher ginekolog nefrolog bilan birgalikda olib boriladi. Birinchi gospitalizatsiya 12 xaftagacha bo'ladi, keyingi gospitalizatsiyalar stasionarda ayolni xolatiga, Homiladorlikni kechishiga, kech gestoz paydo bo'lishiga, xomila gipoksiyasi va gipotrofiyasiga bog'lik. Homiladorlar xastalik bo'limiga Homiladorlikni 36-37 xaftasida planlik ravishda gospitalizatsiya qilish lozim, tug'ruqqa tayyorlash uchun.

Muddatidan oldin tug'rukqa ko'rsatma surunkali glomerulonefritni xuruji, buyrak funksiyasi buzilganda. Tug'rukni sodir qilish uchun tug'ruk ayollarini tayyorlab tug'rukni sun'iy ko'zg'atamiz. Tug'rukda spazmolitiklar va analgetiklar qo'llaniladi. Tug'rukda qon ketishini oldini olamiz. Tug'rukni ikkinchi yarmini qon bosimga asoslanib (boshqaruv gipotaniya, akusherlik

qisqichlar, perineotomiya) Glomerulonefrit bilan tug'rukni kesar-kesish operatsiyasi ko'rsatma bo'yicha qilinadi. Chilla davrida tuqqan ayolni xolati og'irlashsa terapevt va nefrolog nazoratiga o'tkaziladi.

Davolash

O'tkir glomerulonefritni davosi antibiotiklardan boshlanadi (penitsilin va sintetik analoglari), gipotenziv preparatlar (adelfan, triampur sutkasiga bittadan). Glomerulonefritni gipertonik formasida va'zodilyatorlar, ganglioblokatorlar tavsiya etiladi (klofelin kunga 2-4 tabletk, anaprilin 0,01 4 maxal ovqatdan keyin, obzidan 0,04 2-4 maxal, apresin 0,01-0,25 2-4 maxal, 2% li papaverin 2ml mushak orasiga, 1% diba'zol 2-3 ml mushak orasiga eufillin 2,4% li 10ml vena ichiga, gemo'dinamik toklar, vorotnik joylarni galvanizatsiyasi)

Oqsil preparatlar: albumin 5-10-20% , 75-100 ml gacha, protein 200-300 ml gacha, quruq plazma 1:3 ga 200-100 ml gach bir xaftada bir yoki ikki maxal vitaminlar, desensibilizatsion preparatlar. O'tkir buyrak yetishmovchilikda mochetochnikni kateterizatsiya qilish.

Davolash: Kompleks va simptomatik kasallikni yashirin formasida diyeta saqlash majburiy emas. Oqsillar kam bo'lganda yangi muzlatilgan plazma, albumin, infuzol. Shishlarda siydik xaydovchi preparatlar tavsiya etiladi OTSK ni nazarda tutgan xolda. Kompleks davoga quyidagilar kiradi: va'zodilyatorlar, gipotenziv preparatlar, geparin, mikrotsirkulyatsiyani kuchaytiradigan, dezagregatlar, atsetil salitsil kislota, antioksidantlar. Glomerulonefritni aralash formasida, a'zotemiya, buyrak yetishmovchilikda Homiladorlik to'xtatiladi. Glomerulonefrit formasini aniqlash uchun va Homiladorlikni tug'ish mumkin, mumkin emasligini aniqlash uchun Homiladorlikni 12 xaftasigacha xal qilishimiz kerak, statsionar sharoitida. Glomerulonefritning barcha formalarida tug'rukdan 3 xafta oldin statsionarga jo'natamiz, tug'ruqni olib borish taktikasini aniqlash uchun.

Statsionardan keyingi nazorat

Tug'rukxonadan chiqqandan so'ng dispanser ro'yxatida turadi. 2 maxal siydik analizi tekshiriladi Zimnitskiy va Necheparenko bo'yicha, terapevt konsultatsiya ikki maxal. Kontratsepsiya usuli BIS. Intergenetik interval 3-4 yil.

Topshiriq

1. Buyrak kasalliklarini turlarini yozma ravishda ayting.
2. Siydik tosh kasalligining klinik belgilarini yozing.
3. Piyelonefritda tavsiya qilinadigan dorilarga retsept yozing.

QANDLI DIABET VA HOMILADORLIK

Qandli diabet murakkab endokrin kasallik xisoblanadi, quyidagi klinik belgilari bilan namoyon bo'ladi: giperglikemiya, glukozuriya, polidepsiya, poliuriya va modda almashinuvi buzilishi bilan xamda insulinni yetishmovchiligi natijasida ishtaxani ko'tarilishi kuzatiladi. Klinik praktikada qandli diabetni uch xil turi aniqlanadi.

Birinchi tip - insulinga bog'lik.

Ikkinchi tip - insulinga bog'lik emas

Uchinchi tip - gestatsion diabet- Homiladorlikni 28- xaftasidan keyin aniqlanadi, glukoza utilizatsiyasi buzilishi natijasida kelib chiqadi. Ko'proq insulinga bog'lik qandli diabet uchraydi va ayollarda yoshligida aniqlanadi. Insulinga bog'lanmagan qandli diabet 30 yoshdan keyin uchraydi va og'ir kechmaydi. Insulinga bog'lik qandli diabet, Homiladorlarda to'liqinsimon kechadi. Insulinga bog'lik qandli diabet, Homiladorlarda qandli diabet simptomlari borgan sari o'sib boradi, angiopatiyalar va ketotsidozlar rivojlanadi.

Qandli diabetda Homiladorlikka qarshi ko'rsatma

1. Tez rivojlanayotgan qon tomir asoratlari (retinopatiya, nefropatiya)

2. Qandli diabet ota va onada bo'lsa, labil formada bo'lsa

3. Onada qandli diabet va rezus sensibilizatsiya bo'lsa

4. Qandli diabet va aktiv o'pka tuberkulyoz bo'lsa

Qandli diabetda ayollarni dispanser nazorati

Qandli diabet bilan kasallangan oilani rejalashtirish.

- O'z vaqtida xavf guruxini aniqlash va Homiladorlikni saqlash.

A. Qandli diabet yaqin qarindoshlarda

B. Yirik bola tug'lsa

V. Doimiy siydikda qand aniqlansa yiringli toshma yaralar, buyrak kasalliklari, siydikda bakteriuriya aniqlansa, tuxumdon disfunktsiyasi bo'lsa.

Qandli diabetda Homiladorlikni rejalashtirish

Qandli diabetda Homiladorlikni olib borish prinsiplari

Qandli diabet stabil kompensatsiyada turishi kerak. Qonda glikemiya 3,3 4,4 m mol litrga o'vqatdan ikki soat keyin 6,7 m mol bo'lishi kerak.

- Metabolik nazorat

- Diyeta saqlash o'rtacha o'vqat kaloriyasi 1600-2000 kilo kaloriya bo'lishi kerak

- Oqsillar, vitamin va minerallar

- Akusherlik asoratlarini vaqtida aniqlash, oldini olish va davolash

- Akusher ginekolog va endokrinolog birgalikda Homiladorlikni va tug'rukni asoratsiz bo'lishini ta'minlash

Qandli diabetda Homiladorlikni olib borish haqida asosiy maslahatlar. Homiladorlarda yashirin ravishda kechadigan formalarini aniqlash.

- Qandli diabetni Homiladorlikdan avval, Homiladorlik vaqtida, tug'rukda va chilla davrida kompensatsiya qilish.

- Homiladorlikni asoratlarini oldini olish va davolash
- Tug'ruk muddatini va tug'ruk ayollarini tanlash
- Yangi tug'ilgan chaqaloqni reanimatsiyaga o'tkazish va parvarishlash
- Qandli diabet bilan tuqqan onalarni keyinchalik nazorat qilib turish

Qandli diabetda Homiladorlarni ambulator va statsionar ravishda kuzatiladi. Qandli diabetda Homiladorlarni planli ravishda uch marotaba statsionarga gospitalizatsiya qilish kerak.

Birinchi gospitalizatsiya - Homiladorlikni 12 xaftasigacha bo'ladi, maqsad umumiy klinik tekshirish o'tkazish, Homiladorlikni saqlash yoki olib tashlashni xal qilish, profilaktik davo o'tkazish, qandli diabetni kompensatsiya qilish uchun.

Ikkinchi gospitalizatsiya - Homiladorlikni 21-25 xaftasida qandli diabetni shu xaftalarda og'ir kechishi, Homiladorlikning asorati paydo bo'lgani tufayli, vaqtida davolash uchun jo'natiladi.

Uchinchi gospitalizatsiya - Homiladorlikni 34-35 xaftasida xomilani xolatini aniqlash, akusherlik va diabetik asoratlarini davolash, tug'ruk muddati va tug'ruk usulini xal qilish uchun jo'natiladi.

Qandli diabetda Homiladorlik og'ir kech gestoz paydo bo'lishi mumkin qon bosimini nazorat qilish, siydik va qon taxlillarini o'tkazish. Tug'ruk muddati individual o'tkaziladi bunda qandli diabetni og'ir kechishi xisobga olinadi, kasallikni qompensatsiya darajasi, xomilani funksional xolati va akusherlik asoratlar. Tug'rukni 37-38 xaftalarida optimal o'tadi. Tug'rukni tabiiy ayol bilan olib borganda xar ikki soatda glikemiyaning aniqlash lozim, tug'rukni og'riksizlantirish, fetoplatsentar yetishmovchilikni davolash va adekvat insulino terapiyani o'tkazish

- Planli kesar kesishga ko'rsatma
- Homiladorlikni va qandli diabetni jadallashuv asoratlari namoyon bo'lsa
 - Xomila chanog'i bilan kelsa
 - Yirik xomila bo'lsa
 - Xomila gipoksiyasi jadallashsa

Yangi tug'ilgan chaqaloqda reanimatsiya o'tkazilayotganda kindik venasiga tug'ilgan zaxoti 10% glyukoza jo'natiladi. Keyingi glyukoza jo'natish glikemiya miqdoriga qarab aniqlanadi. Tug'rukdan so'ng glikemiya miqdori 2-3-6 saotda aniqlanadi. Tug'rukda glikemiya ko'tarilishi mumkin, insulini yetishmovshiligida ketoz paydo bo'ladi. Tug'ruqdan keyin platsentani gormonlari kamayishi tufayli qonda qand miqdori kamayadi. Qisqa muddatga insulininga extiyoj kamayadi, keyin qandli diabetni kechishi o'z xoliga qaytadi. Qandli diabetda BIS kontratsepsiyalar ichida eng qulayi xisoblandi.

Test topshirigi

1. Qaysi EGKda kolpit kuzatiladi?
A) qandli diabet. B) anemiya. C) infeksiyon kasalliklar. D) gripp.
2. Homiladorlikning sanab o'tilgan asoratlardan qaysi biri qandli diabet uchun xos emas?
A) kam suvlik. B) ko'p suvlik. C) Fetopatiya. D) siydik-tanozil yo'llari infeksiyalari
3. Qandli diabetning yengil darajasida qondagi qand miqdori ... (mmol/l) dan yuqori bo'lmaydi:
A) 7,7 B) 8,0 C) 8,2 D) 8,5
4. Qand kasalligiga chalingan ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda ko'p kuzatiladigan asoratlari:
A) Tug'ruqdankeyingi septik kasalliklar. B) Gipertoniya.
C) kamkonlik. D) gipergalaktiya.
5. Insulinga boglanmagan qandli diabet kuprok necha yoshda uchraydi.
A) 30 yoshdan keyin. B) 20 yoshda. C) 50 yosh. D) 60 yoshda
6. Qandli diabetda Homiladorlar rejali ravishda necha marta statsionarga gospitalizatsiya kilinadi?
A) 3 marta. B) 4 marta. C) 5 marta. D) 6 marta
7. Gestatsion diabet bu
A) Homiladorlikning 28 xaftasidan keyin kuzatiladi.
B) 20- xaftasidan keyin kuzatiladi.
C) insulinga bog'lik emas. D) insulinga bog'liq.
8. Qandli diabetli ayolda, tug'ruqdan so'nggi davrda, qaysi kontratsepsiya usuli qulayroq.
A) VMS. B) KOK. C) CHPK. D) Barerli usul.
9. Homiladorlikni qandli diabetga ta'siri.
A) glyukozaga tolerantlik kamayadi.
B) Insulinga sezuvchanlik oshadi
C) Insulintez parchalanadi.
D) Qonda bog'lanmagan yog' kislotalar ko'payadi
10. Qandli diabeti bor Homiladorlarda kesar kesishga kursatmalar.
A) ifodalangan yoki progressiyalanuvchi qandli diabet asoratlari.
B) xomilani chanogi bilan kelishi.
C) Yirik xomila.
D) xomila gipoksiyasi.

Topshiriq

1. Homiladorlik bilan bog'liq jigar kasalligiga yozma shaklda kasallikka izox bering.

2. Qandli diabetni Homiladorlikda to'liqinsimon kechishini tushintiring yozma ravishda.

3. Kerakli dorilarga retsept yozing.

Masala № 1

Ayollar konsultatsiyasiga 7 kundan buyon bir ayol 24 xaftalik Homiladorlik bilan teri sargayishi va kichishishi bilan shikoyat kilib keldi. Oxirgi ikki hafta davomida kuvvatsizlik, uykusizlik, charchash, kuvvatsizlik, ishtaxasi yokligini sezgan. Oxirgi uch kunda siydigi kizarganini va axlati okarganini kuzatgan. Anamnizidan uch oy avval ayol tish doktorida davolangan. Kurikda teri va kuzi sargaygan. Bachadon avoid formal, norma tonusda, xomila buylama joylashgan boshi bilan, xomilani yurak urishi ritmik, ravon 130 zarba, jinsiy yullarda ajralma yuk.

Savollar:

1. Tashxis
2. MAGISTR taktikasi

Masala № 2

Birinchi marta tuguvchi ayol 20 yoshlik, Homiladorlikni 29-xaftasida chankash, ishtaxaning oshishiga, kup va tez-tez siyishiga shikoyat kilib kelgan. Anomnizidan yakin karindoshlarida kantli diabet borligi aniklandi.

Savollar:

1. Tashxis
2. MAGISTR taktikasi

Masala № 3

MAGISTR kabuliga Homilador ayol umumiy xolsizlikga, ishtaxani buzilishiga, kayt kilishga, tinimsiz qichishishga shikoyat kilib keldi. Birinchi marta 2 hafta oldin Homiladorlikni 32-xaftasidan qichishish boshlangan, qichishishga qarshi dori vositalari qabul qilgan, lekin samara bermagan.

Savollar

1. Tashxis
2. MAGISTR tekshiruvi
3. Davolash va prognoz

Masala № 4

Qayta tuguvchi ayol 34 yoshlik, Homiladorlikni 28-xaftasida chankash, ishtaxaning oshishiga, kup va tez-tez siyishiga shikoyat kilib kelgan. Anamnezida oldin bunday xolatlar umuman kuzatilmagan.

Savollar:

1. Tashxis

2. MAGISTR taktikasi

Masala № 5

Ayollar konsultatsiyasiga 10 kundan buyon bir ayol 34 xaftalik Homiladorlik bilan teri sargayishi va kichishishi bilan shikoyat kilib keldi. Oxirgi ikki xafta davomida kuvvatsizlik, uykusizlik, charchash, kuvvatsizlik, ishtaxasi yokligini sezgan. Oxirgi uch kunda siydigi kizarganini va axlati okarganini kuzatgan. Anamnizidan uch oy salonga borib qoshlarini tatuaj qildirgan. Kurikda teri va kuzi sargaygan. Bachadon avoid formalı, norma tonusda, xomila buylama joylashgan boshi bilan, xomilani yurak urishi ritmik, ravon 130 zarba, jinsiy yullarda ajralma yuk.

Savollar:

1. Tashxis

2. MAGISTR taktikasi

Homiladorlikda jigar kasalliklari

Hozirgi paytda virusli infeksiya ko'payib ketmokda, Homiladorlik vaqtida immun sistema susaygani sababli virusli gepatitga Homilador ayol organizmi moyil bo'lishi sababli, xomilasiz ayollardan ko'ra besh marotaba ko'proq kasallanadi. Xomilasiz ayollardan ko'ra Homiladorlarda virusli gepatit og'irroq kechadi. Ona va bolaga jiddiy asorat keltiradi. Homiladorlar bu kasallik bilan yuqori xavf guruxiga kiradi. Xozirgi paytda virusli gepatitning bir necha turi aniqlangan (A, B, C, D, E).

Virusli gepatit A. Infeksiyaning manbai - bemor. Infeksiyani yuqishi fekal-oral. Asosiy yuqish ayollari: suv, ovqat, iflos qo'llar va uy jixozlari. Pishneblokda ishlovchi xodimlar epidimiologik jixatdan o'ta xavfli xisoblanadi. Inkubatsion davr 9 kundan 40 kungacha. Virusni eng ko'p maksimal chiqishi inkubatsion davrni 7-10 kuniga to'g'ri keladi. Iyul, avgust, oktabr, noyabr oylarida ko'proq uchraydi. Homiladorda virusli gepatit latent kechadi, tanani kichishishi bilan kechadi.

Klinika

1. Sariqlik oldi davri 2 kundan 10 kungacha - formalari dispeptik, grippga o'xshash asteno vegetativ va aralash xolda namoyon bo'ladi.

2. Sariqlik davri - uchta fazadan iborat va xar bir fazasi 7 kun davom etadi. Birinchi faza sariqlikni borgan sariqlikni ko'payishi, ikkinchi faza sariqlik cho'qqisiga chikadi, uchinchi fazada esa asta-sekinlik bilan pasayadi.

3. Sariqlikdan keyingi davr. Homiladorlarda sariq oldi davr ikki uch xaftaga chUZlladi. Shuning uchun kech gestozlar bilan dif diagnostika o'tkazish lozim. Qon taxlillarda kam qonlik, leykotsitoz, neytrofilyoz ya SOEni

balandligi kuzatiladi. Biokimyoviy qon taxlillarda: giperbilirubinemiya, disprotenemiya, aminattransferazalarni faolligi o'n marotaba oshishi va timol proba oshadi. Virusli gepatit A ning tashxisi qonda spetsifik antitelalar aniqlanganda.

Virusli gepatit B

Anamnezidan bu kasallarga qon qo'yilgani, operatsiya paytida va fish doktorlarida in'eksiya qilingani aniqlanadi. Jinsiy yo'lbilan xam yuqishi mumkin. Virusli gepatitning manbai bemor. Inkubatsion davr 6 haftadan 6 oygacha. Sariq oldi bosqichi 14 kun. Bu davrda dispeptik xolat kuzatiladi, terida allergik toshmalar toshadi va artralgiya. Virusli gepatit B da intoksikatsiya belgilari ko'proq namoyon bo'ladi. Antigen virusga reaksiya musbat bo'lsa tashxis tasdiqlanadi.

Klinika

Gepatosplenomegaliya, siydik rangi to'qlashishi, axlatni rangini ochlashishi terini qichishishi, bilirubin aminatranferazani ko'tarilishi, protrombinni kamayishi, sulima probani pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Virusli gepatit A da xomilaga infeksiya o'tmaydi. Virusli gepatit B da esa tug'ruk vaqtida 25-50% gacha o'tishi mumkin.

Homiladorlikka mutloq qarshi ko'rsatmalar:

1. Jigar yetishmovchiligi
2. Xolestaz
3. Portal gipertenziya
4. Bemorlarda sariqlik markerlar bo'lsa

Surunkali gepatit

Surunkali gepatit bu 6 oy davomida davom etuvchi, ko'p etiologiyali diffuz jigarning yallig'lanishi. Vrachning taktikasi kasallikning kelib chiqishiga va bosqichiga qarab baxolanadi. Kasallikda remissiya davrida Homiladorlarga planli ravishda statsionarda davo o'tkaziladi. Ko'zg'alish davrida maxsus statsionarlarda davolanadi.

Planli ravishda profilaktik hospitalizatsiya quyidagicha:

- 10-12 xaftasida klinik labotator tekshirish uchun va Homiladorlikni mumkin yoki mumkin emasligini aniqlash uchun
 - 17-19 xaftasida takror tekshirish asoratlarni oldini olish uchun
 - 26-28 xaftalarida takror tekshiruv qo'shimcha patalogiya va Homiladorlik asoratlarini davolash
 - 37-38 xaftasida tug'ruqqa tayyorlash
- Homiladorlikni ilk va 32 - xaftasida XB Ag tekshirish zarur bu tekshiruv chaqaloqqa kasallik yuqmasligini oldini olish uchun amalga oshiriladi.

O'tkir virusli gepatit B bilan tug'rukni maxsus tug'ruk uylarida olib boriladi. Virusli gepatitni o'tkir bosqichida tug'ruqni to'xtatish man etiladi. Xomila tushish xavfida xomilani saqlash uchun davo o'tkaziladi. Sariqlik davrini oxirida ayolni xoxishiga qarab 12. haftagacha abort qilishi mumkin. Qolgan xollarda Homiladorlikni to'xtatish xayotiga xavf kelsa o'tkaziladi. Virusli gepatitli Homiladorlarda xomilani o'z UZIdan tushishi 30% uchraydi. 3-5 % , ona o'limi tug'rukda va ilk chilla davrida qon ketishi sababli yuzaga keladi. Qon ketish sababi ivish sistema buzilishi tufayli sodir bo'ladi. Virusli gepatitni og'ir kechishida DVS sindromi namoyon bo'ladi. Virusli gepatit xomila va chaqaloqqa nojo'ya ta'sir qiladi. Qon aylanishni fetoplatsentar yetishmovchiligi ta'sirida xomila gipotrofiyasi, xomila gipoksiyasi va chaqaloq asfiksiyasi kuzatiladi. 10-15% perinatal o'lim vaqtdan oldingi tug'ruq sababli bo'ladi. Virusli gepatitda Homiladorlikning ilk davrlarida xomilani nuqsonlari ko'p uchraydi. Homiladorlikni 2-3 trimestrlarida ayol virusli gepatit bilan kasallansa, bola o'lik tug'ilishi mumkin. Virusli gepatitda Homiladorlar doimiy akusher ginekolog nazoratida bo'lishi va xomilani vaqtdan oldin tug'ilishini oldini olishi uchun. Virusli gepatitning og'ir formalarida xomila o'z- UZIdan tushgandan keyin bemorni xolati og'irlashib, komaga tushib o'lishi mumkin.

Davolash

Bu kasallikni davolash infeksiyon kasalxonada o'tkaziladi. Virusli gepatit A yengil formasida spazmolitiklar: no'shpa, baralgin, metatsin, novokain va papaverinli shamchalar va diyeta. O'rta og'ir darajasida - infuzion terapiya (5% glyukoza 500 ml, 400ml gemodez, 5-10% albumin 100-200 ml, essensiale 10 ml sutkada ikki maxal vena ichiga), vitaminlar. Homiladorlikni 2-3-trimestrlarida virusli gepatitni og'ir formasida uzoq vaqt davomida 3% sernokisliiy magneziya vena ichiga tomchilab jo'natiladi. Jigar yetishmovchiligida prednizalon 600 mg dan sutkasiga 3-4 maxal vena ichiga jo'natiladi yoki deksometa'zon 7,5-10 mg sutkasiga 3-4 maxal vena ichiga. Riboksin 0,2 dan 4 maxal sutkasiga, kontrikal 100000 ED vena ichiga, detsinon 4-6 ml vena ichiga, plazmaforez, fibrinogen, plazma, epsilon aminokapron kislota. Virusli gepatit bilan infeksiyalangan ayollarni tug'dirish. Bu ayollarni maxsus tug'ruk uylarida tug'diriladi, maxsus tug'ruk uyi bo'lmasa tug'rukxonaning observatsiya bo'limida tug'diriladi. Gepatit C₁ bilan kasallangan ayollar xam tug'rukxonaning observatsiya bo'limida tug'adi. Surunkali gepatit B , C bilan kasallangan ayollar bolasini ona suti bilan boqishi mumkin. Lekin so'rg'ichlarda yorilish va chaqaloqni og'iz bo'shlig'ida travmalar bo'lmasligi lozim. Surunkali gepatit C platsenta orqali xomilaga o'tishi mumkin. Agar bola infeksiyalanmagan bo'lsa bir yoshgacha qondagi antitelalar yo'qolib ketadi. Kontratsepsiya usullaridan eng qulayi BIS.

Profilaktika

Bemorni izolyatsiya qilish, yashash joyini dezinfeksiyalash, shu bemor bilan aloqada bo'lganlarni 1-1,5 oy davomida nazoratga olish va tekshirish, donorlarni tekshirish, asboblarni tozalash va shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

Virusli gepatitga shubxa bo'lsa quyidagi epidemiologik xarakterlar o'tkaziladi:

- Bemorni yakka palataga o'tkaziladi

- Idish tovok, asboblarni ajratiladi

- Infeksiyon vrach chaqiriladi

- Quyidagi laborator tekshiruvlar o'tkaziladi: qon taxlili, siydik taxlilida jochniy pigment vaurobilinni aniqlash, qon taxlilida Avstraliya antigenini aniqlash, bilirubin, umumiy oqsil va oqsil fraksiyalarini aniqlash, protrombin vaqtni aniqlash, protrombin indeksni aniqlash, shelochnoy fosfatazani aniqlash, alanin aminozintransferazani aniqlash xolesterinni aniqlash. Tashxis tasdiqlangandan so'ng bemorni maxsus stasionarga jo'natiladi. Virusli gepatit va uning asoratlari (jigar koma, jigar sirrozi) ona va xomilaga jiddiy xavf xisoblanadi. Shuning uchun maqsadimiz shu kasallikni oldini olish uchun tadbirlar o'tkazish.

- Bemorlarni sariqlikning faol davrida izolyatsiya qilish

- Xomildorlarni va tuqqan ayollar virusli gepatit bilan aloqada bo'lgan bo'lsa virusli gepatit A izolyatsiyadan keyin 45 kun davomida nazoratda bo'lishi kerak, virusli gepatit B formasida 3 oy davomida, xar 15-20 kunda Avstraliya antigeni uchun qon taxlili o'tkazish, bilirubin, alloninaminotransferaza faolligini aniqlash.

- Aloqada bo'lgan bemorlarga poliglobulin yoki gammaglobulin qilinadi.

- Tibbiy muassasalarda shpritslar va asboblarni bir marotaba ishlatiladigan bo'lishi kerak, asboblarga ishlov berilishi kerak

- Homiladorlikning xar xil muddatida surunkali jigar kasalliklarini aniqlash uchun tekshirish olib boriladi

- Ko'rsatma bo'yicha qon qo'yish

- Yangi tug'ilgan chaqaloqqa gepatitni oldini olish uchun birinchi sutkasida gammaglobulin va vaksina jo'natiladi, ikkinchi vaksina bir oydan keyin amalga oshiriladi

- O'tkir gepatitda Homiladorlikni to'xtatish mumkin emas

- Homiladorlarga jigarga yomon ta'sir qiladigan preparatlarni berish mumkin emas

Stasionardan keyingi nazorat

Tug'rukdan keyin gepatit bilan og'rigan tuqqan ayol chilla davomida dispanser nazoratda bo'lishi lozim. Shu nazorat davomida biokimyoviy qon taxlillari o'tkazilishi lozim.

Tug'rukdan keyin gepatitni xuruji bo'lishi mumkinligini doimo esda tutish lozim. Shuning uchun bir oydan so'ng qon taxlillarini o'tkazish

kerak. Taxlillarning natijasiga asoslanib kerakli muolajalar o'tkaziladi. Kontratsepsiyaning eng qulayi BIS. Itergenetik interval 3-4 yil.

Test topshirigi

1. Homiladorlarda uchraydigan klinikasi latent kechib, tanasi kichishish bilan kechadigan jigar kasalligi.

- A) Jigar ichi xolestasi. B) Gepatit A. C) Jigar sirrozi. D) Pankreatit

2. Jigar kasalliklarida tugruqda va chilla davrida qon ketish sabablari

- A) Qon ivish sistemasi buzilishi. B) Bachadon subinvolyutsiyasi
C) Tugruk asoratlari. D) Infeksiyalar

3. Virusligepatitda xomiladolikka mutloq qarshi ko'rsatma

- A) Jigar yetishmovchiligi. B) Xolestaz
C) Portal gipertenziya. D) Sariqlik markerlari bo'lsa

4. Surunkali gepatit bu

- A) 2 hafta davom etsa. B) 4 hafta davom etsa. C) 3 oy. D) 6 oy

5. Homiladorlarda virusli gepatit kanday kechadi.

- A) Inkubatsion davr uzoq davom etadi. B) Intoksikatsiya kuchliroq bo'ladi. C) ALT, AST ko'tariladi. D) SOE pasayadi.

6. Virusli gepatit B bilan Homiladorlik va tug'ruq asoratlari.

- A) Tug'ruq kuchlarini sustligi.
B) Homiladorlikni muddatdan o'tib ketishi.
C) Xomilani infeksiyalanishi.
D) Tug'ruqda 3chi va chilla davrida qon ketishi

7. Jigar kasalligi bor ayollarda Homiladorlikka qarshi ko'rsatma

- A) Jigar yetishmovchiligi, jigar ensefalopatiyasi.
B) Yurak poroklari, gepatit A.
C) Ota- onasi jigar kasalligi bilan og'rigan bo'lsa
D) Portal gipertenziya

8. Jigarni utkir yogli distrofiyasiorganizmda kanday uzgarishlarga olib keladi?

- A) Jigar yetishmovchiligi, gemorragik sindrom.
B) Yurak va nafas yetishmovchiligi.
C) Buyrak yetishmovchiligi.

D) Nafas tishmovchili

9. HELLP sindrom yuzaga kelishi nima bilan bogliq

A) Prostaglandin sintezini kuchayishi bilan.

B) Prostaglandin sintezini susayishi bilan.

C) Prostosiklin sintezini susayishi.

D) prostosiklin sintezini kuchayishi

10. HBsAg tashuvchanlikka Homiladorlikda skrining qaysi muddatlarda o'tkaziladi.

A) 8- 32 haftada.

B) 18-22 haftada.

C) 12- 26 haftada.

D) 12-36 haftada

Yurak-qon tomir kasalliklari va homiladorlik. Olib borish. Nafas olish qiyinlashishi, O'RVI, homiladorlik davrida zotiljam. Olib berish.

Homiladorlarda yurak qon tomir kasalliklari uchrash chastotasi 0,32 dan 4,7% gacha bo'ladi. Onalar o'limini esa 0,7-7 % bo'ladi. Homiladorlikni kechishini og'irlashtiruvchi yurak qon tomir tizimi kasalliklariga revmatizm, yurak poroklari, magistral qon tomirlar rivojlanish anomaliyalari, miokard kasalliklari, yurak ritmining buzilishi kiradi.

Yurak nuqsonlari

Homiladorlikning kechishi quyidagi omillar bilan aniqlanadi:

1. Nuqson shakli

2. Yurak yetishmovchiligi darajasi va revmatik jarayonining aktivligi.

Orttirilgan revmatik yurak nuqsoni – bu 7-8% Homiladorlarda uchraydi. Tug'ruq va Homiladorlikning kechishi quyidagi omillarga bog'liq bo'ladi:

- Revmatik jaroxatning aktivligi

- Nuqson shakli va bosqichi

- Qon aylanish kompensatsiyasi yoki dekompensatsiyasi.

- O'pka gipertenziyasi.

- Yurak ritmining buzilishi.

- Akusherlik patologiyasining qo'shilishi.

Revmatizm qo'zg'alishining kritik davri 14 xaftagacha 20-32 xaftada va tug'ruqdan keyingi davrga to'g'ri keladi.

Revmatizmni aktiv payti bo'lsa antirevmatik davodan keyingi Homiladorlikni to'xtatish tavsiya qilinadi. Kech muddatlarda esa tezkor tug'diriladi.

Taktik tezkor ayolni patologiya bo'limiga yuborish.

Mitral stenoz - (chap bo'lmacha - qorincha teshigining stenoz) 85% xollarda yurak yetishmovchiligi belgilari bo'ladi. Ko'krak 12-20 haftada belgilari o'sib boradi. Gemodinamika tiklanishi tug'ruqdan 2 haftadan so'ng kuzatiladi.

2-3 daraja mitral stenozda teshikning diametri 1,5 sm yoki kichik bo'lsa Homiladorlikka qarshi ko'rsatma xisoblanadi. Bunda yurak yetishmovchiligi, taxikardiya, taxipnoe, o'pkada dimlanish xriplari, jigar kattalashuvi kuzatiladi.

Erta muddatlarda Homiladorlikni to'xtatish tavsiya qilinadi.

Mitral yetishmovchilik - (chap bo'lmacha, qorincha klapanining yetishmovchiligi) tug'ruq va Homiladorlikda ko'p asoratlar ko'z atilmaydi. O'ta kuchli namoyon bo'lgan yetishmovchilikda qon resursi bo'lsa chap qorincha gipetrofiyasi bo'lsa, Homiladorlik og'ir kechadi va o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi bilan asoratlanishi mumkin. Bunday ayollarda gipertonik sindrom kam kuzatilishi mumkin. Bunday xolatlarda Homiladorlikni to'xtatish mumkin.

Kombinatsiyalangan mitral yurak poroklari - dekompensatsiya belgilari bo'lsa qarshi ko'rsatma xisoblanadi.

Aortal stenoz - Homiladorlik va tug'ruq chap qorincha gipetrofiyasi belgilari yo'q bo'lsa va yurak yetishmovchiligi simptomlari yo'q boshlansagina mumkin.

Aortal yetishmovchilik aortal klapan yetishmovchiligi - tug'ruq tabiiy ayol bilan kechishi qon aylanish qonpensatsiyasidagina mumkin. Yurak yetishmovchiligi simptomlari bo'lsa Homiladorlik mumkin emas.

Yurak tug'ma nuqsonlari - Homiladorlik quyidagi xollarda mumkin: operatsiya qilingan arterial protokda o'pka arteriyasining izometsiyalangan stenozda yurak o'ng qismlariga yuklanish kam bo'lsa, aorta koarktatsiyasi 1 daraja (A/D 160/90 mm.su. atrofida) qorinchalar aro to'siqning. Past joylashgan defektida bo'lmachalar aro to'siqning katta bo'lmagan izometsiyalangan defektida.

Homiladorlik quyidagi xollarda mumkin emas: o'tuvchi sianozli nuqsonlarda, bo'lmachalar aro to'siqning katta defektida aorta koarktatsiyasida 2-3 darajasida (A/D 160/100 mm.su. dan baland) ko'k tipdagi nuqsonlar.

Gipertrofik kardiomiopatiya chap qorincha gipetrofiyasi bilan xarakterlanadi. Homiladorlik vaqtida ayolning xolati o'ta yomonlashmaydi OTSK ortishi xisobiga kompensatsiyalanish kuzatiladi. Kasallik irsiy xisoblanadi, autasom dominant tipda bo'ladi.

Bolaning tug'ma nuqson bilan tug'ilish xavfi 50%. Homiladorlikni olib borishda gipovolemiya profilaktikasi muximdir.

Dilyatatsion kardiomiopatiya (DK) - yurak bo'shlig'ining kengayishi, chap qorinchaning sistolik va diastolik disfuksiyasi va tromboembolik asoratlarga moyillik bilan xarakterlanadi. Qon aylanish doirasida dimlanish

kuzatiladi. Homiladorlikda yurakka kuchlanish ortadi. Onalar o'limi 30-50%. O'lim sababi yurak yetishmovchiligida, TELA, aritmiya. Homiladorlarga yotoq rejimi tavsiya qilinadi.

Birlamchi o'pka gipertenziyasi – Homiladorlik vaqtida yurak yetishmovchiligi xavfi yuqori. Onalar o'limi 40%. Xomila uchun asoratlar yurak yetishmovchiligi og'irligi darajasiga bog'liq.

Yurak ishemik kasalligi – Homiladorlarda kam uchraydi. Qat'iy yotoq rejimi. Tug'ruq regional anesteziya orqali olib boriladi.

Yurak nuqsoni bor Homiladorlarda yomon oqibatlar xavf darajasi klassifikatsiyasi:

I daraja - yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'lmagan va revmatik jarayonning ko'zg'alishi.

II daraja – yurak yetishmovchiligi boshlang'ich belgilari (xansirash, taxikardiya) revmatizm aktiv fazasi belgilari.

III daraja – dekompensatsiya davrida o'ng qorincha yetishmovchiligini belgilari, revmatizm aktiv fazasi, titroq aritmiya, o'pka gipertenziyasi.

IV daraja – dekompensatsiya, chap qorincha yetishmovchiligi belgilari, titroq aritmiya, o'pka gipertenziyasi, trombotik belgilar.

Yurak nuqsonlarida Homiladorlikdagi asoratlar:

- O'z-o'zidan abortlar.
- Erta tug'ruqlar.
- FPE (FPN)
- XROQS
- Surunkali xomila gipoksiyasi.
- NJYBK
- Yuqori perinatal o'lim va kasallanish.
- Xomilada tug'ma yurak nuqsonlari.

Taktika:

- ayolni gospitalizatsiyalash.
- Birinchi gospitalizatsiya 12 xaftagacha.
- 2-gospitalizatsiya 28-32 xaftada, kurs 2 xaftagacha Homiladorlikni davom ettirish xal qilinadi. Antireymatik, kardiologik terapiya o'tkaziladi.
- 3- gospitalizatsiya 37-38 xavftada, tug'ruqni olib borish xal qilinadi.
- Tug'ruqdan keyingi gemodinamikani tiklash birinchi 48 soat ichida olib boriladi. (ba'zan 72 soat) tug'ruqdan keyingi 2 xaftagacha davom ettiriladi.

Homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma

Mutloq Homiladorlikka qarshi ko'rsatmalar:

- Mitral aortal stenoz
- Qo'shimcha mitral nuqson va aortal yetishmovchilik.

- Ko'shimcha mitral nuqson va uch tavaqali klapan nuqsoni.
- Mitral aortal trikuspidal stenoz.
- Rabkin bo'shlig'iga o'pka gipertenziyasining II va III davri.
- Taxkardiya miyali nuqsonlar
- Kardiomegaliya
- Qon aylanish yetishmovchiligining xar qanday darajasi
- Cho'zilgan yoki o'tkir osti septik endokarditi.
- Pregravidar reabilitatsiya
 - Terapevt, akusher – ginekolog nazorati.
 - Oilani rejalashtirish, kontratsepsiya usulini tanlash.
 - Intergenetik interval 3-4 yil revmatik xurujdan so'ng 2 yilgacha Homiladorlik mumkin emas. Homilador terapevt, kardiolog va kardioxirurg bilan xal qiladi.

Mitral qopqoqning prolapsi — bir yoki bir nechta burish ham mitral qopqoq (MK)klapanlari chap antrium bo'shlig'iga tushadi qorincha sistola vaqti (mitral qopqoq prolapsi).

Sinonimlar. Barlov sindromi, kech sistolik shovqin sindromi, anormal T-to'lqin sindromi, Slam qopqoq sindromi, «bug'baling klapani, MK balon deformatsiyasi, segmental kardiopatiya,»Moslashuvchan» MK, mixomatoz MK.

ICD-10 kodi (kasalliklarning xalqaro klassifikatsiyasi)

-I34.1 Prolaps (prolaps) mitral qopqoq.

MK prolapsi homilador ayollar orasida eng ko'p uchraydigan yurak xastaligi. Umumiy populyatsiyada chastotasi 5-10% ni tashkil qiladi, ko'pincha ayollarda kuzatiladi(6-17%).Yosh ayollarda prolapsning yengil darajasi asimptomatik va faqat exokardiyogrammadan topilgan bo'lsa, bu me'yorning bir variantidir.

Birlamchi va ikkilamchi MK prolapsi bor. MK ning asosiy prolapsida, u kamchiligiga asoslangantana to'qima tuzilmalari va vana apparati kichik anomaliyalari.Ikkilamchi nazorat paneli MK bosim haddan tashqari yuklanganda paydo bo'ladi. Qorin bo'shlig'i, masalan, aorta qopqog'i stenozida.

MKning mitral regurgitatsiyasiga (MR, mitral regurgitatsiya) prolapsni ajratib ko'rsatish va Prolapsing klinik holatiga ko'ra, MK uzilishga bo'linadi yengil va og'ir.

Ko'pincha, prokaryatsiyaning primitiv proliferatsiyasi etiologiyasi irsiy belgidir: (birikma to'qimasining kontenital etishmovchiligi)Ehlers-Danlos sindromi, Marfan sindromi.

MK tarkibida myxomatöz jarohatlar shaklidagi o'zgarishlar. Prolaps MKchaqirilganda metabolik jarayonlarning buzilganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin; valf apparatining va subvalvular bo'shliqning anomaliyalari

bilan bog'liq(zanjirning kengayishi, klapanlarning kengayishi, chordalning uzayishi, papillar mushaklar tarkibida anormallik) bo'lishi mumkin.

MR zo'riqishi gemodinamikasi buzilganligidan bo'lishi mumkin, MK etishmovchiligi (gipertrofiya va dilatatsiya) bilan o'xshash chap atrium va chap qorincha. To'liq yopilish natijasidachap qorincha sistolidagi MK qonlari chapga tashlanadiatrium. MK qopqog'ining prolaktsiyasi sabablari - elastiklikning kamayishito'qimalarni shakllantirish, klapanlarning to'qima tuzilishini buzishi chivan va th, ya'ni Tegishli to'qima tuzilmalarining tugallanmaganligi.Diyastol paytida chapdan qorin bo'shlig'iga ortiqcha toyush qaytib keladi. Shunday qilib, chap atrium va chap qorincha sinovdan o'tkaziladi doimiy hajmda ortiqcha yuk. Buning qalbida doimiy ta'sirgemodinamik omil chap gipertrofiyani rivojlanishiga olib keladiatrium va chap qorincha, ya'ni bilan birgalikda miyokardiyal gipertrofiyaga olib keladi. Ushbu yurak kameralarining tonogen kengayishi.

MK prolapsida gemodinamik o'zgarishlar tanqisligi bilan bog'liqvana va MP ning almashinish funksiyasi.

Homiladorlik paytida, yurak ishlab chiqarishning ko'payishi va kamayishi Periferik qon tomirlari sababi va fiziologik o'sishchap qorincha bo'shlig'ini va uning hajmini, uzunligini va o'zgarishi natijasida paydo bo'ladiakort tanqligi darajalari prolapirovani kamaytirishga yordam beradiMK. Shu nuqtai nazardan, yana takrorlanuvchi belgilar yo'qoladiTug'ilgandan keyin 1 oy ichida yo'q.

Fiziologik homiladorlik dinamikasida qon tomir rezistentlikning umumiy atrofidagi pasayishintrakordagi gemodinamikaning normalizatsiyasi. Biroq, kabiumumiy periferik qon tomir rezistentligi (masalan, gipertenziya)MR miqdori ortadi, shuning uchun oqim yomonlashishi mumkinkasallik (MR darajasi ortishi, juda kam hollarda - aritmiyalar)Yuraklar: supraventrikulyar va qorincha aritmi). Keskin ko'tarilishchap atrium bosimi (miksomatöz MK klapanining ajratilishi)o'pka to'lo'vining tez rivojlanishiga olib keladi.

AH qon tomirlarining funksional va morfologik o'zgarishlarini keltirib chiqaradi, lümenlerinin torayishi bilan bog'liq. Shu bilan bir vaqtda homiladorlikning dastlabki bosqichlaridaplatsenta to'shagida tartibsizliklar mavjudplatsenta etishmasligi, hipoksi va srpga olib keladi. AG ortadierta plasental abstraktsiya xavfi, PEni rivojlanishihomila va ona uchun asoratlar. Homiladorlik paytida, yurak ishlab chiqarish vaperiferik tomirlarning qarshiligini pasaytirish, chap qorincha ichidagi bo'shliqning fiziologik o'sishi vanatijada o'lcham, uzunlik va keskinlik darajasi, o'zgaradihayot ohanglari prolapirovani kamaytirishga yordam beradiMK. Shu nuqtai nazardan, og'iz bo'shlig'i belgilari yo'qoladi,tug'ilganidan keyin 1 oydan keyin yana paydo bo'ladi.

Qiyinlashgan nafas
 Muammo
 Homiladorlikda, tug'ruqda va tug'ruqdan keyin kuzatilishi mumkin.
 Asosiy taktika
 - Ayol umumiy xolatini tezkor baxolang, xayotiy muxim faoliyatlarini baxolang (puls, A/D, nafas, xarorat).
 - Ayolni chap yonboshga yotqizing.
 - Vena ichiga infuziya boshlang va vena ichiga suyuqlikni yuboring.
 - Maska yoki burun katetiri orqali 4-6 ml daqaqasiga kislorod yuboring.
 Davolash:
 Og'ir anemiya
 - Zarur bo'lsa qon quyung
 • Qon komponentlarini ko'llang
 • Agar qon sentrafugananmagan bo'lsa, buni qo'l bilan qiling xujayralar cho'kib qolmaguncha.

Диагностика

Simptomlar, belgilar	Ba'zi belgilar va simptomlar	Diagnoz
Qiyinlashgan nafas Kon'yuktivaning oqishligi, tirnoq falangalarini oqarishi Hbning 7g/l yoki ozroq Ht 20% yoki kam	Uyquchanlik va tez charchash Yassi va egilgan tirnoq	Og'ir anemiya
Qiyinlashgan nafas Kon'yuktivaning oqishligi, tirnoq falangalarini oqarishi Hbning 7g/l yoki ozroq Ht 20% yoki kam	Shish Yo'tal Xriplar Qo'l va oyoqlar shishlari Jigar kattalashuvi Bo'yin venalari shishi	Anemiya natijasida yurak yetishmovchiligi
Qiyinlashgan nafas Diastolik shumlar Qo'pol sistolik shum	Yurak ritmining buzilishi Yurakning kattalashuvi Xriplar Sianoz Yo'tal Oyoqlarning shishi Jigar kattalashuvi Bo'yin venalarining shishi	Yurak patologiyasi natijasida yurak yetishmovchiligi

Qiyinlashgan nafas Yuqori xarorat Balg'amli yo'tal Ko'krak qafasida og'riq	Qiyinlashgan nafas Yuqori harorat Balg'amli yo'tal Ko'krak qafasida og'riq	Pnevmoniya
Qiyinlashgan nafas Shovqinli nafas	Balg'amli yo'tal Xriplar svistlar	Bronxial astma
Qiyinlashgan nafas Gipertenziya Proteinuriya	Xriplar Balg'amli ko'pikli yo'tal	O'pka shishi preeklampsiya bilan bog'liq

- 40 mg furosemid vena ichiga yuboring xar yod quyilgan qon bilan Yomon sifatli malyariya bo'lsa, ayolni shunga qarab olib boring
- Temir fumarat yoki sulfat 120mg peroral + folik katta 400 mkg peros 6 oy davomida.

Gelmintlar invaziyasida (regionlarda) antigelmint terapiya o'tkaziladi.

- Albendazol 400mg peros
- Mebendazol 500mg peros 1 marta yoki 100 mg 2 maxal 3 kun
- Levamisol 2.5mg 1 kg peros 1 marta kuniga 3 kun
- Pirantel 10mg/kg peros 1 marta kuniga 3 kun

Agar gelmentoz yuqori endemik bo'lsa davo 12 haftadan so'ng takrorlanadi.

Anemiya natijasida yurak yetishmovchiligi

- qon quyish
- konservalangan yoki muzlatilgan er massa
- xar bir yod quyilgan qonga 40 mg furosemid vena ichiga

Yurak patologiyasida yurak yetishmovchiligi

- morfin 10 mg vena ichiga 1 marta
- yoki 40mg furosemid vena ichiga
- yoki digoksin 0.5 mg mushak orasiga 1 marta
- yoki nitrogliksirin 0.3 mg til ostiga 15 daqiqadan so'ng kerak bo'lsa takrorlang

Zarur bo'sa ayolni 3-darajaga hospitalizatsiya qiling.

Tug'ruq paytida yurak yetishmovchiligida birinchi yordam

- ayolni chap yonboshga yotkizing
- suyuqliklarni ko'p quyishdan cheklaning
- adekvat analgeziyaga amin bo'ling
- oksitatsin kerak bo'lsa yuboring, yuqori konsentratsiyada

Ergometrin buyurmang

- imkon qadar uzoq kuchantirmang

- zarur bo'lsa epiziotomiya, vakum ekstraksiya yoki qisqichlar qo'llang
- 3 davrni aktiv olib boring

Yurak yetishmovchiligi bo'lishi kesar kesishga ko'rsatma bo'la olmaydi

- infiltratsion anestiziya qo'llang, spinal anestiziya qo'llamang

Pnevmaniya

- eritromitsin 500 mg peros 4 maxal 7 kun

- bug'li ingalyatsiya buyuring.

Tuberkulyoz mavjud xududlarda ayollarni xisobga olib tekshiring

Bronxial astma

Homiladorlik kechishini og'irlashtiradi

- bronxospazm bo'lsa bronxolitiklar qo'llang (salbutamol 4 mg peros xar 4 soatda yoki 200 mg aerazol xar 15 daqiqada).

- Agar bronxolitiklardan natija bo'lmasa kerak bo'lsa kortikosteroidlar gidrakartizon vena ichiga 2 mg/kg 4 soatda yuboring

- Infeksiya belgilari bo'lsa ampitsilin 2g vena ichiga xar 6 soatda

- Prostaglandinlar buyurmang oksitachin zarur bo'lsa 10 YED mushak orasiga

- Bronxolitiklar va kortikosteroidlar bilan ingolyatsion davoni davom ettiring

Test topshirig'i

1. Homiladorlik davrida yurak-qon tomir tizimidagi yuklanishning o'sishi ... o'zgarishga bog'liq:

- A) homilador ayolning kilogramm ortishi (10-11%, ya'ni taxminan 10-11 kg gacha).

B) xomilaning yurak urishini onaning yurak urishi bilan tenglashtirmaydi

C) homila holatini o'zgartirishiga.

D) To'g'ri javob yo'q

2. Kardiovaskulyar kasalliklarda homiladorlik muddatini uzaytirishi uchun kontraversiya.

A) faol revmatik jarayon.

B) mitral yurak kasalligi.

C) qorincha septal nuqsoni.

D) Tetrada Fallo

3. Fiziologik homiladorlik davrida aylanma qon hajmining oshishi qaysi vaqtga to'g'ri keladi

- A) 26-32 hafta.
- B) 16-20 hafta
- C) 22-24 hafta
- D) 26-36 hafta

4. Rematizm ko'pincha zararlaydi:

A) Yurakning mitral klapanlarini. B) Aortal klapan.

C) Trikuspidal klapanlar. D) Bottallov protokini.

5. Homiladorlikning qaysi davrida revmatik jarayonning eng tez-tez

qo'zgalishi:

A) 14-16 hafta. B) 7-12 hafta. C) 20-32 hafta. D) 32-38 hafta

6. Yurak patologiyasida qaysi muddatda hospitalizatsiya qilish kerak?

A) 11-12, 28-32, 36-37 hafta; B) 11-12, 24-31, 39-40 hafta;

C) 8-10, 20-22, 39-40 hafta; D) 18-22, 24-26, 36-37 hafta.

7. Yurak qon tomir kasalliklarida xomiladorlikga qarshi ko'rsatma?

A) hammasi to'g'ri.

B) kommissurotomiyadan keyin restenoz.

C) surunkali revmatik perikardit.

D) 2-3 daraja aktivlikdagi o'tkir revmatizm

8. Homiladorlarda yurak qon tomir kasalliklari asoratlari?

A) erta tug'ruq. B) FPE. C) HRChS. D) kamsuvlik

9. Yurak patologiyasida Homiladorlikka qarshi ko'rsatma?

A) aortal porog dekompensatsiya stadiyasi. B) 1- daraja mitral stenoz.

C) yurak porogi, taxikardiya. D) revmatizm 2-3 darajasi

10. Yurak kasalligiga chalingan ayollar ko'krak bilan boqishi ?

A) Tug'ilganda darhol. B) 1 kun uchun. C) 2 kun. D) 3 kuni

Topshiriq

1. Katta va kichik qon aylanish doirasiga tarif bering

2. Homiladorlik va yurak kon tomir tizimi kasalliklarida qullaniladigan dori vositalariga retsept yezing

Vaziyatli masala

Homilador M 27 yosh. Homiladorlik III oxirgi xayz 30-mart. Ko'ruvga 22-dekabrda keldi. Anamnezidan: 15. yoshdan beri revmatizm bilan uchyotda turadi. Shikoyatlari: yurak tez urishi, xansirashga. Umumiy axvoli qoniqarli, teri va shilliq qavatlari odatdagidek, shishlar yo'q. Yurak tonlari ritmik, yurak uchida sistolik shovqin. AQB 110/70 mm.su. ps. 1 daqiqada 92ta bachadon norma tonusda, oldinda keluvchi qismi boshi. Xomila yurak urishi 1 daqiqada 138 ta QA 86sm BTB 37sm.

Savol: taxminiy tashxis?

Vaziyatli masala

Homilador A 23 yosh 1- xomila 11 hafta. Poliklinikaga tana xarorati 39 S, bo'g'imlaridagi og'riqqa shikoyat qildi. Bolalikda revmatizm bilan dispanser nazoratida turgan. AQB 150/60 - 150/70 mm.su. ps 1 daqiqada 96 ta, yurak tonlari bo'g'iq, yurak uchida sistolik shovqin. Taxlillar: S- reaktiv oksil ++, antisteptolizin 1:250.

Vaziyatli masala

Homilador ayol homiladorlikning 4-5 xaftaligini ayollar maslaxatxonasiga murojaat qildi. Revmatizm anamnezidan, yurak kasalliklari - mitral qopqoq stenozi, 1 yil oldin mitral komissurotomiya bo'lib o'tdi. O'tgan 5 yil ichida revmatik kasalliklar asoratlanmagan. Taxlillar: S- reaktiv oksil yuk, siydik taxlili normada. Gemoglobin 62 g/l.

Vrach taktikasi?

Vaziyatli masala

Birinchi marotaba Homilador ayol 25 yosh, shikoyatlari: umumiy xolsizlik, xansirashga. Anamnezidan: yoshligida revmatizm sababli davolangan, oxirgi 2 yilda revmatik jarayon qo'zg'alishi kuzatilmagan. Obektiv: bachadon tanasi 20 xaftaligacha kattalashgan, og'riqsiz paypaslanmoqda. Tana xarorati 37,0 S. Laborator taxlillar: leykotsitoz 11,0X10⁹/l, SOE 32 mm/ch, S-reaktiv oqsil ++.

Magistr taktikasi? Taxminiy tashxis?

Vaziyatli masala

Homilador ayol homiladorlik 4-5 xaftalik. Ayollar maslaxatxonasiga murojaat qildi. Revmatik kasallik. Ortirilgan yurak kasalligi – mitral stenz. Komissurotomiya dan keyingi xolat. Yurak kasalliklari – mitral qopqoq stenozi, 1 yil oldin mitral komissurotomiya bo'lib o'tdi. O'tgan 5 yil ichida revmatik kasalliklar yomonlashmagan. Sizning taktikangiz?

OVI (OITS). OVI (OITS)ning onadan bolaga transmissiyasining oldini olish

OIV (OITS) odam immun tanqisligi virusi retroviruslar oilasi lentivirus turiga kiradi. Birinchi marta OIV limfadenopatiyasi bor bemor qonining leykotsitidan ajratib olingan. Xozirgi kunda virusning 2 ta tipi OIV-1 va OIV-2 farqlanadi, strukturasi va antigen xarakteristikasi bilan farqlanadi. OIV-2 o'ta uzoq kechadi. Ko'pchilik retroviruslar 3ta asosiy genlarning bo'lishi bilan xarakterlanadi: *gag*, *pol*, *env*, mikroskopik jixatdan OIV-1 72 tashqi bo'lmalarga ega. Bo'lmalar bir nechta asosiy oqsildan tashqil topgan, *dr120*, *dr41* va *dr160*.

OIVning kechishida 3 ta bosqich farqlanadi.

O'tkir OIV infeksiya, latent davr, simptomatik davr.

O'tkir OIV infeksiyasi – simptomsiz bo'lishi mumkin. 50% xollarda o'tkir mononukleozsimon sindrom kuzatilishi mumkin. 2-6 xafta davom etuvchi.

Latent davr – simptomsiz bo'ladi, limfadenopatiya kuzatiladi. Immunitet aktivatsiyasi kuzatiladi. SD4+ T xujayralar sonining kamayib, Sd8 T

xujayralar sonining ortishi kuzatiladi. SD8+ T – xujayralar supressor sitotoksik limfotsitlardir, ular o'z membranasida SD8+ retseptorini tutadi. Odatda SD4+ xujayralar periferik qondagi T-limfotsitlarining 65% ni takil qiladi. SD8+ dan xujayralar esa 35%, normal nisbat 1,8-2,2. bu nisbat bemorlarda pasayadi yoki teskari bo'ladi.

Simptomatik bosqich – SD4+ T-limfotsitlar soni absolyut pasayganda 500, immun javobi buziladi, teri infeksiyalari kuzatiladi, oral yoki qin kandida allergik reaksiyalari kuzatiladi.

Kasallik OITS ga o'tgunga qadar 1-1,5 yil o'tishi mumkin. Terminal davrda SD8+ xujayralar soni kamayadi.

Diagnostika metodlari – 2 ta etapda bo'ladi:

- OIV bilan zararganligini aniqlash.
- Kasallik bosqichini aniqlash.

Laborator diagnostika quyidagi yo'llar bilan aniqlanadi:

1. virusga antitanalarni aniqlanisha;
2. OIV yoki uning DNK si antigenlarini aniqlash;
3. OIV kulturasini aniqlash.

Kasallik bosqichi davolash taktikasi va asoratlarini SD4+ T-limfotsitlar miqdoriga qarab aniqlash mumkin, SD4+/ SD8+ nisbatga ko'ra va virus yuklamasiga qarab xam.

OIV infitsirlangan onadan bolaga virusning o'tish chastotasi - Xar qanday trimestrda o'tishi mumkin. 10-15. xaftalik abortus T-limfalaridan xam OIV ajratib olingan, II va III trimestrda amniotik shuyuqliklardan, platsentar T-limfalaridan xam.

OIVning onadan bolaga o'tish ayollari:

- Transplatsentar.
- Gematogen.
- Ko'tariluvchi amniotik qobiq va qog'onoq shuvlari.
- Diagnostik invaziv manipulyatsiyalaridagi yatrogen ayol.
- Ko'krak bilan boqish.

OIV transmissiyasining vertikal omillari.

Ona tomonidan:

- Ona sog'lig'ining xolati, narqotiklar qabul qilishi, alkohol, chekish.
- Onaning klinik va umumiy statusi, virus yuklamasining darajasi, OIV klinikasining bosqichlari.
- Virus yuklamasi 1 ml 50000 kopyadan ortiq bo'lsa xavf yuqori.
- Bachadon bo'yni sekreti va ko'krak sutidan o'tishi.
- SD4+ limfotsitlar soni 1 ml qonda < 600dan past bo'lsa SD4+/ SD8+ nisbati <1.5 bo'lsa infitsirlanish xavfi yuqori.

Virus tomonidan - Virusning genotip va fenotipi OIV-2 bilan infitsirlanganda vertikal transmissiya darajasi 1% atrofida bo'ladi.

Platsentar – platsentaning xolati, uning xujayralarining virusga sezuvchanligi. Vertikal transmissiya xavfi PONRP da ortadi.

Xomila tomonidan – yetilmagan ona va bolaning umumiy odam leykotsitar antigeni nisbati.

Neonatal – chaqaloq tersini va shilliq qavatining butunligi, xazm traktining xolati, immun sistemaning yetilganligi. Ko'krak suti bilan boqish (12-20-30%).

OIV vertikal transmissiyasi xavfi ko'p xollarda ortadi:

- Ona qonida virus kopyasining miqdori > 10000 l ml da bo'lsa.
- SD4+ limfotsitlar ona qonida $< 500-600$ l mkl qonda bo'lsa.
- Ona qonida SD4+/SD8+ nisbat < 1.5 bo'lsa (N=2:1).
- Onadagi somatik kasalliklar infeksiyon, TORCH.
- Platsentar xavf omillari xoriqamniot, platsentar yetishmovchilik.
- Suvsizlik davri 4 soatdan ortiq.
- Tug'ruq aktiyliigi 12 soatdan ortiq davom etsa.
- Amniotomiya epiziotomiya, invaziv monitoring.

Ko'krak bilan boqishda infitsirlanish.

- Ko'krak suti bir necha infeksiyaning manbai bo'lishi mumkin.
- OIV infitsirlangan ayollar sutidan OIV ajratiladi.
- OIV infitsirlanganlar ko'krak sutida OIV ga namoyon spetsifik antitanalar (IgA, IgM) aniqlangan, bu paytda qon zardobida ular aniqlanmagan.

Ko'krak bilan boqishdan bosh tortish infitsirlanish xavfini kamaytiradi.

OIV perinatal transmissiyasi xavfini pasaytirish uchun asosiy aralashuvlar:

- O'z xoxishi bilan va qonfidensial qonsultatsiya va OIV ga test o'tkazish.
- Chaqaloqni alternativ boqish.
- Antiretrovirus terapiya.
- Vitamin A ni berishg.
- OIV ayollarda kamqonlikni davolash.
- Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklarni diagnostikasi va davolash.
- Tug'ruq vaqtida tug'ruq ayollarini yuvish.
- Noinvaziv akusherlik usullarini qo'llash.
- Oilani rejalashtirish.

OIV (OITS) ni onadan bolaga transmissiyasi profilaktikasi.

OIV infitsirlangan Homiladorni birinchi murojaatida konsultatsiya qilish.

Bunda ayolni reproduktiv maqsadi va tanlovini aniqlash maqsadi qo'yiladi. Xar qanday tanlovga xam tibbiy xodim tomonidan maqullanishi kerak. 1-tashrifda umumiy va maxsus analiz bilan tanishish muximdir (operatsiya, qon va uning preparatlari quyilganligi, xayz, jinsiy va generativ fraksiya xususiyatlari). Akusherlik anamnezi surishtiriladi

Kuzatuv va gospitalizatsiya

I yarmida 1 oyda bir, 20 haftadan so'ng 2 marta, 32 haftadan keyin 3-4 marta oyiga konsultatsiyaga boradi.

Birinchi tashrifda terapevt ko'ruvi o'tkaziladi, qayta ko'ruv 32 haftada va tug'ruqdan oldin o'tkaziladi.

Laborator va instrumental tekshiruv

Qonning klinik tekshiruvi, trombositlar soni bilan birga birinchi tashrifda, 22, 32 va 38 haftada. Buni zarur xolatda qayta o'tkazish mumkin. Siydikning klinik tahlili xar kelganda o'tkaziladi. Vaginal sekretni patologik mikrofloralarga bakteroskopik tekshiruvi. Analiz xar trimestrda o'tkaziladi. Qon guruxi va Rh omil aniqlanadi. RW birinchi kelganda va 32 haftada o'tkaziladi. Qonda alfa fetoproteinni aniqlash. Qonni bioximik tekshirish, kreatinin, xolesterinni aniqlash yuqoridagi tekshirishdan birinchi tashrifda, 32 haftada va tug'ruq arafasida o'tkaziladi. Qonda toksoplazmoz, herpes va xlamidiyaga serologik tekshirish o'tkazish. Gepatit B va S markerlariga, gelmintlarga tekshirish o'tkazish. SD4 dan va SD8 dan xromosomalarga xar trimestrda tekshirish o'tkazish. Qon plazmasida virus nagruskasiga tekshirish o'tkazish. Tuberkulin sinamasi o'tkazish, tuberkulyozni inkor etish uchun. UZI I trimestrda, 20-22 haftada va III-trimestrda o'tkaziladi. III-trimestrda dopplerografiya, KTG o'tkazish. Vaginal sekretni sitologik tekshirish Homiladorlikni boshida o'tkaziladi. Xomila ichki infeksiyalanishni oldini olish uchun instrumental tekshirish o'tkazish mumkin emas. Birinchi tashrifda psixolog, nevropatolog, stomatolog, lor, okulist ko'ruvi o'tkazish.

Qon orqali o'tuvchi infeksiyalar bilan kasbiy zararlanish xavfi va uni pasaytirish usullari.

Qo'zg'atuvchini virus yuklamasiga bog'liq zararlanish xavfi

Qo'zg'atuvchilar	1 ml plazmada qismlar miqdori	Igna orqali yuqish
HBV (gepatit B)	100-1000000000	6-30% (1/5)
HCV (gepatit C)	10-1000000	3-6% (1/20)
OIV	10-10000	0-0,3 (1/300)

OIV bilan kasbiy zararlanishni oldini olish	Qon bilan kontaktni oldini olish
	Poskontakt profilaktikani tezkor o'tkazish.

Infeksiyalanish xavfi	<ul style="list-style-type: none"> • Zarar xavfi retsiyentga tushayotgan qondagi infeksiya manbaasidagi viruslarni konsentratsiyasiga bog'liq. • Tibbiy xodimlar uchun zararlanish xavfi qon bilan professional kontaktga bog'liq. • Eng katta xavf infeksiya ignasidadir. • Zararlangan teri yoki shilliq qavatga infitsirlangan qon kontaktidan xam zararlanish mumkin. • Zararlanmagan teridan infitsirlanish extimoldir.
-----------------------	---

OIV infitsirlangan Homiladorlarni yuqori bilim darajasidagi dispanser shifokori nazarat qilishi kerak.

Umumiy va maxsus anamnez

Xavfni pasaytirish, ignaga qopqoqni zararsiz kiydirish	Bir necha usullar mavjud, ammo quyidagi usul absolyut xavfsizdir: shprits turgan qo'l bilan igna yordamida qopqoqni ilib oling, so'ng boshqa qo'l bilan uni ignaga kiydiring. Bu "kovshavaya" usuli deyiladi.
Tibbiy qo'lqoplarni qo'llash.	Agar qo'lqopdan igna o'tsa qon qisman unga chiqadi. Bunda ichkariga tushayotgan qon miqdori 46-86%ga kamayadi.
Qo'llarni yuvish	Bemor bilan ishlashdan oldin va zararlangan material bilan ishlayotgandan keyin qo'llarni yuvish.
Teri va shilliq qavatlar va ko'z konyuktivasi ximoyasi.	Agar muolaja qon yoki biologik suyuqliklarni sepishdan iborat bo'lsa, niqob taqish kerak. Ko'zni ximoyalash uchun esa katta ko'zoynaklar taqiladi.

Dezinfeksiya	Qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan zararlangan tibbiy instrumentlar, idishlar, cho'yshablar, apparatlar normativ xujjatlarga muvofiq dezinfeksiya qilinadi
Instruksiya va aptechka.	Xar bir ish joyida avariya xolatlari uchun instruktiv metodik dokumentlar va aptechkalar bo'lishi kerak.

Dispanser kuzatuvda quyidagi maqsad bo'ladi:

- O'z vaqtida asoratlar diagnostikasi.
- Kerakli profilaktik davoni buyurish.
- Xar bir individual xolat uchun olib borish taktikasini ishlab chiqish.

OIV infitsirlangan Homiladorlarni birinchi tashrifida konsultatsiya.

Reproduktiv tanlov:

- OIV infitsirlangan Homiladorlar birinchi tashrifida uning reproduktiv maqsadi va tanlovi aniqlanadi.
- Xar qanday tanlov qo'lib quvvatlanadi.
- Homiladorlik davom ettirilmasa ona va bola uchun xavflar tushuntiriladi.

ARV profilaktikasini tushuntirish, vertikal transmissiyani oldini olish:

- Birinchi tashrifda umumiy va maxsus, akusherlik anamnezi surishtiriladi.

Masalalar:

- OIV infitsirlangan Homiladorlar klinik statusini baxolash.
- Ambulator etapda Homiladorlikni olib borish rejasini tuzish.
- Xar bir Homilador uchun klinik tekshirish belgilab, ularning natijalarini baxolash.
- Yuzaga kelgan asoratlarni diagnostika qilish va davo buyurish.
- Tug'ruqni kechishi va Homiladorlik isxodini rejasini prognozlash.

Kuzatuv va gospitalizatsiya

- Homiladorlikni 1-yarmida ayol 1 oyda bir, 20 haftadan keyin 2 marta, 32 haftadan keyin 3-4 marta maslaxatxonaga ayol borishi kerak.
- Terapevt ayolni birinchi tashrifda ko'radi keyingi ko'ruv 32 haftada va tug'ruq arafasida.

Laborator va instrumental tekshiruv

Qonning klinik tekshiruvi, trombositlar soni bilan birga birinchi tashrifda, 22, 32 va 38 haftada. Buni zarur xolatda qayta o'tkazish mumkin. Siydikning klinik taxlili xar kelganda o'tkaziladi. Vaginal sekretni patologik mikrofloralarga bakteroskopik tekshiruvi. Analiz xar trimestrda o'tkaziladi. Qon guruxi va Rh omil aniqlanadi. RW birinchi kelganda va 32 haftada o'tkaziladi. Qonda alfa fetoproteinni aniqlash. Qonni bioximik tekshirish, kreatinin, xolesterinni aniqlash yuqoridagi tekshirishdan birinchi tashrifda, 32 haftada va tug'ruq arafasida o'tkaziladi. Qonda taksaplazmoz, gerpek va xlamidiyaga serologik tekshirish o'tkazish. Gepatit B va S markerlariga, gelmintlarga tekshirish o'tkazish. SD4 dan va SD8 dan xramosomalarga xar trimestrda tekshirish o'tkazish. Qon plazmasida virus nagruskasiga tekshirish o'tkazish. Tuberkulin sinamasi o'tkazish, tuberkulyozni inkor etish uchun. UZI I trimestrda, 20-22 haftada va III-trimestrda o'tkaziladi. III-trimestrda dopplerografiya, KTG o'tkazish. Vaginal sekretni sitologik tekshirish Homiladorlikni boshida o'tkaziladi. Xomila ichki infeksiyalanishni oldini olish uchun instrumental tekshirish o'tkazish mumkin emas. Birinchi tashrifda psixolog, nevropatolog, stomotolog, lor, okulist ko'ruvi o'tkazish.

OIV ga tekshiruv va antiretrovirus preparatlarini profilaktik belgilash.

Xamma DPM larida OIV infitsirlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishda va OIV infitsirlangan material bilan ishlashdagi "avariya xolati ro'yxatga olish jumali", 108-0 forma bo'lishi kerak. Avariya registratsiya qilinganda, tibbiy xodimga OIV antitelalariga test o'tkazish belgilanadi. 115 kodi bo'yicha testga qon avariyadan 5 kun kechiktirmasdan kontaktdan keyinoq olinadi. Manfiy natijada, qayta test 3-6 oydan keyin va 1 yildan keyin o'tkaziladi. Agar tibbiy xodimga ish vaqtida yuqish kuzatilganligi aniqlansa, tezkor postkontakt profilaktika buyuriladi, retroviruslar (azidotimidin AZT) yoki uning analoglari 800-1000 mg/sut dozada 3-4 hafta davomida qo'llaniladi. AZT ni kontaktdan 24-36 soatgacha qo'llash maqsadga muvofiqdir. Tibbiy xodim taxlil natijalari konfidensialdir.

Test topshirig'i

1. Virusning kaysi fermenti OITS rivojlanishining patogenezida, asosiy rol uynaydi?

- A) Transkriptaza. B) DNK sintezi.
C) Kollogen. D) Streptokinaza

2. OITSning Qo'zg'atuvchi agenti?

- A) Retrovirus. B) SMV. C) Adenovirus. D) VPG.

3. OITS rivojlanishining patogenezida muxim ahamiyatga ega?
 A) T-yordamchini va suppressorlarni bir vaqtda kamaytirish.
 B) T-suppressorlarning ortishi.
 C) T-susaytirgichlarni tushirish.
 D) T-yordamchini.
4. OIV infeksiyasidan onadan bolaga utishni aniqlashda, aniqlanmagan akusherlik faktor?
 A) Suvsiz davr 4 soatdan kam.
 B) Vaginal tekshiruvlar.
 C) Tutruk jaroxatlari kuchaytirish.
5. OIV/OITS diagnostikasi laboratoriyasini tasdiqlash usullari?
 A) Serologik.
 B) Bakterjologik.
 C) Biologik.
 D) To'g'ri javob yo'q.
6. VICH infeksiyali homiladorlarda ARV terapiyani utkazishda nimaga e'tibor berish kerak?
 A) Homiladorlik muddatiga.
 B) VICH kasalligi bosqichlari.
 C) T supressorlar soniga.
 D) ИММУН ТИЗИМ ХОЛАТИГА

Topshiriq

1. Antiretrovirus profilaktikasi haqida internet ma'lumotlari toping
2. Homiladorlikda OIVda qullaniladigan dori vositalariga retsept yozing

Vaziyatli masala

Homilador M 27 yosh. Homiladorlik II oxirgi xayz 12 yanvar. Ko'ruvga 22-martda keldi. Anamnezidan: 1 Homiladorlik asoratsiz kechgan, ayol SPID markazda ruyxatda turadi. Shikoyatlari: umumiy xolsizlikga. Umumiy axvoli qoniqarli, teri va shilliq qavatlari odatdagidek, shishlar yo'q. Yurak tonlari ritmik. AQB 110/70 mm.su. ps. 1 daqiqada 80 ta.

Savol: taxminiy tashxis? Magistr taktikasi?

Vaziyatli masala

Homilador A 23 yosh 1- xomila 32 hafta. Poliklinikaga umumiy xolsizlikga, yo'talga va burun bitishiga shikoyat qildi. Ayol antiretrovirus profilaktika olib turadi. AQB 110/60 mm.su. ps 1 daqiqada 72 ta. O'pkalarida biroz dag'allashgan vezikulyar nafas. Taxllillar: siydik taxlilida o'zgarish yo'q. Umumiy qon taxlili: gemoglobin 60 G/l.

Tashxis?

Taktika?

Test javoblari

Mavzy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Pedagogik texnologiyalar.

KIMDA OITS?

Maqsad

Ishtirokchilar quyidagilarni bilib olishadi:

- Har qanday odamda OIV, gepatit V yoki S biror belgisiz yoki kaskilik belgilarisiz kechishi mumkin (OITS, VGV, VGS)
- Agar saqlanmasa, har qanday odam zararlanishi mumkin
- Gepatit V, S va OIV infeksiyalari, faqat «boshqa mamlakatlar» muammosi emas, balki barchaning muammosidir.
- Vaqt: taxminan 30 daqiqa

Materiallar

- Konvertlar (har bir ishtirokchi uchun bittadan)
- Ruchka yoki qalamlar (har bir ishtirokchi uchun bittadan)
- Flipkarta varaqlari va markerlar

O'qituvchilar uchun ko'rsatmalar

Har bir konvert qopqog'i tagiga «A» «V» yoki «S» harflarini yozib, tayyorlang. «A» harfi konvertlarning 10% da (masalan, 20ta konvert bo'lsa, faqat 2 konvertda «A» harfi bo'lishi kerak). «V» va «S» harflar yozilgan konvertlar soni teng bo'lishi lozim.

Mashqni o'tkazish

1. Har bir ishtirokchiga bittadan konvert bering. Ulardan konvertda yozilgan harfni ko'rib, hech kimga aytmasdan yodda saqlab qolishini so'rang.

2. Ishtirokchilardan o'ng tomondagi qo'shnisi bilan konvertlarni almashtirishini so'rang. Har bir ishtirokchi qo'shnisidan olgan konvert qopqog'i tagidagi harf yoniga o'zining yodida saqlab qolgan harfini yozib qo'yishi lozim.

3. Yana konvertni o'g' yonidagi qo'shnisiga almashtiradi va yana o'zining yodidagi harfini yozib qo'yadi.

4. Almashtirish jarayonini to'xtating.

5. Ishtirokchilarga kimning qo'lidagi konvertida «A» harfi bo'lsa, OIV, gepatit V yoki S bilan zararlanganligini, kimning qo'lidagi konvertida «V», «S» harflari bo'lsa, hali zararlanmaganligini bildirishini ayting.

6. Konvertida «A» harfi bo'lgan ishtirokchilar qo'lini ko'tarishini so'rang va ularning sonini flipkartaga yozib qo'ying. Kimning konvertida «V» i «S» harflari bo'lsa, qo'lini ko'tarishini so'rang va ularning ham sonini flipkartaga yozing. O'yin boshida har bir harfning soni qancha bo'lganligini e'lon qiling.

Muhokama uchun savollar:

1. Konvertlarni almashtirishni davom ettirishga qanday qaraysiz?
2. OIV, VGV yoki VGS infeksiyalari bilan zararlanganligingiz haqida nima deysiz?

3. Infeksiya yuqishining oldini olish uchun nima qilgan bo'lar edingiz? Nimanani boshqacha qilar edingiz?

4. Mana shu anonim muloqotning tibbiy muassasangizda har kuni shug'ullanadigan ish sharoitingizga qanchalik o'xshashligi bor?

Asosiy holatlarni xulosalash

- Konvertida «A» harfi bo'lgan ishtirokchi unga e'lon qilinmagunicha infeksiya bilan zararlanganligini bilmas edi.

- Qachonki, xavf haqida xabaringiz bo'lmasa, Siz saqlanmaysiz.

- Hamma OIV, VGV yoki VGS bilan zararlaniş xavfiga ega va Siz har doim ham odamlar infeksiya bilan zararlanganligini bila olmaysiz. O'zimizni tibbiy xodim sifatida himoya qilishning eng yaxshi usuli, bu har bir odamni potentsial zararlangan deb hisoblab, barcha mijoz va bemorlarga nisbatan standart muhofaza tadbirlarini qo'llash.

Dastlabki bilim darajasini baholash uchun savollar

1. Homiladorlik davrida ARV profilaktikasi

2. Tugruk davrida ARV profilaktikasi

3. Agar ARV kombinatsiyasi uzluksiz 24-28 xaftagacha kabul kilsa VYU <1000 kopiya 36-38xaftalikda taktika

4. VYU natijalari yuk bulsa yoki VYU >1000 kopiya yoki ARV tanaffus bilan yoki 4xafta kabul kilgan bulsataktika

5. Agar Homiladorlik paytida ARV kabul kilmagan bulsa kesarcha kesishgacha tugruk boshlanib ketse AZT ni tugruk paytida kabul kilishi taktikasi

6. ARV profilaktikasi kabul kilmagan ayollarga Homiladorlik paytida taktika

3. BIV kamchiliklari

Ishchi daftarga javoblarin yozish uchun 10 daqiqa beriladi. Vazifani tugatgandan keyin javobini o'JSS'Ta qilish uchun talabalardan bitta vakil tanlanadi. Raqib gurux esa ekspert sifatida bo'lishadi.

"Qanday?" o'yini

"Romashka o'yini"

Ukituvchilar tomonidan oldindan rangli kagozdan romashka tayyorlanadi. Xar bir tal aba bittadan gulbargini uzadi, uning orka tarafida mazkur tema buyicha u javob berishi lozim bulgan savol buladi.

Glossariy

AKUSHERLIKDAN GLOSSARIY

Aktiv tug'ruq - Kuchli kuchanlar bilan namoyon bo'luvchi, bachadon bo'yni 4 smdan 10 smgacha ochiluvchi tug'ruq fazasi.

Amniotsentez – onadan oz miqdorda qog'onok suvlari olinuvchi test. Ba'zi genetik omillarni, infeksiyani va xali tug'ilmagan chakalok o'pkasining yetilganlik darajasini aniklan uchun qo'llaniladi.

Xorion vorsinalari analizi – xromasom va boshka anomaliyalarni aniklash uchun, xorionni bachadonga yopishgan joyidan vorsina namunasini olish protsedurasi.

Anemiya – qonda qizil tanachalar juda oz miqdordagi xolat. Xolsizlik va infeksiyaga kuchsiz qarshilik chakirishi mumkin.

Antitelalar – organizm tomonidan yod xujayra va infeksiyalardan ximoyalani uchun ishlab chikariladigan oksilli substansiyalar.

Anensefaliya - chaqaloq miya va bosh suyagi anomal rivojlanishiga olib keluvchi nerv nayi defekti.

Apnoe – nafasdagi tanaffus

Areol – ko'krak uchi atrofidagi qora joy.

Assistirlangan tug'ruqlar – tibbiy aralashuvlar yordamidagi tug'ruklar: epjiziotomiya, qisqichlar yoki vakuum.

Asfiksiya – kislorod yetishmasligi, qonda is gazi to'planishi ya past rN tufayli xushni yo'qotish.

Bachadon atoniyasi – tug'rukdan keyin yo'ldosh yopishgan joydan qon ketishini to'xtatish uchun kerakli qisqarishlarga to'sqinlik qiluvchi bachadon muskul tonusining pasayishi.

Biofizik profil – yurak ritmi va UZIga asoslangan xomila xolatini baxolash.

Bioximik taxlil - xomila xolatini aniqlashga yordam beruvchi qonning yoki qog'onoq suylarining kimyoviy taxlili. Taxlilga misollar: Homiladorlik

bilan bog'liq alfa-fetoprotein, estriol, ingibin va oqsil plazmasiga.

Blastotsista - tez bo'linadigan, bachadon ichiga kiradigan va xomila bilan yo'ldosh rivojlanishi uchun kerakli xujayralarga ega urug'langan tuxum xujayra.

Bradikardiya - yurak qisqarishlari soni normada past bo'lgan davr.

Vakuum-ekstraktor - chakalok boshiga extiyotkorlik bilan kiydiriluvchi, tortib olishga va bola tug'ilishiga yordam beruvchi, rezinali yoki plastik qalpoqchasi bor instrument.

Mekoniyl bilan nafas olish - yangi tug'ilgan chaqaloqning nafas yo'llari shamollashi va bloklashishiga olib keluvchi mekoniyl bilan aralashgan qo'g'onoq suvlarida nafas olishi.

Bachadondan tashkari Homiladorlik - bachadondan tashqari sodir bo'luvchi Homiladorlik; ko'pincha naylardagi Homiladorlik.

Vaqtinchalik taxipnoe - nafas tezlashishi bilan namoyon bo'luvchi chaqaloq nafasining qisqa vaqtli buzilishi.

Tug'ma o'zgarish - odam tug'ilishi bilan mavjud anomaliya yoki kasallik.

Xomila tushishi - Homiladorlikning vaqtidan oldin spontan tugallanishi.

Kindik tizimchasining tushib kolishi - kindik bachadon bo'yini teshigidan tushib kolishi bilan xomila oldinda keluvchi qismining kindikni ezishiga olib keluvchi asorat.

Bachadon balandligi - bachadondagi xomila bo'yini o'lchashda ishlatiladigan, bachadon cho'qqisidan qov suyagigacha bo'lgan masofa.

Genetik buzilish - odam o'z avlodlariga berishi mumkin bo'lgan, ajdodlaridan meros buzilish.

Gidramnioz, poligidramnioz (ko'psuvlilik) - qo'g'onoq suvlarining ko'pligi.

Gipoglikemiya - qonda qand miqdorining normadan past xolati.

Bolalik g'ami - ko'p yosh onalarda uchrovchi kayfiyat tushkun davr.

Homiladorlik diabeti - Homiladorlik vaqtida qonda glyukoza miqdori boshqaruvinin buzilishi natijasida rivojlanadigan diabet turi.

Bosh va chanoq suyagi disproporsiyasi - chaqaloq boshchasi ona chanoq'i uchun o'ta katta xolat.

Distotsiya, patologik tug'ruqlar - xar qanday sabab tufayli qiyin tug'ruqlar.

Doppler - shifokor xomila yurak urishini taxminan 12-xaftasidan eshitishiga yordam beruvchi qurilma.

Sariqlik - qonda ko'p miqdordagi bilirubin sababli teri va ko'z oq joylarining sarg'ayishi.

Xomila rivojlanishidan ortda qolishi - xomila o'sishining sezilar sekinlashishi.

Platsentaning qolishi – yo‘ldoshni tug‘ruqdan so‘ng 30 daqika ichida mustaqil ajrala olmasligi.

Ensa bilan old kelish – tug‘ruq paytida chaqaloqning ona qorniga yuzi bilan joylashishi.

Zigota – tuxum xujayra va spermatozoid qo‘shilishi natijasi. Urug‘langan tuxum xujayraning bo‘linib, o‘sgunigacha xolat.

Ta‘m sezishning o‘zgarishi – oziq-ovqat bo‘lmagan maxsulotlarni yeyishga intilish. Masalan : kraxmal, tuproq, soda, muzlatgichdagi muz.

Sun‘iy urug‘lantirish - spermatozoid va tuxum xujayra sun‘iy muhitda birlashtirilib, so‘ng ayol bachadoniga o‘sishi uchun o‘tkaziladigan jarayon.

Ishialgiya – oyoq, son va dumbada og‘riq yoki uyushish xissini chaqiruvchi, bir yoki ikkala o‘tirg‘ich nervni ezilishi oqibatida paydo bo‘ladigan vaqtinchalik xolat.

Kesar kesish – chaqaloqni olish maqsadida, qorin va bachadon kesiluvchi tug‘ruq.

Qon almashinuvi – yo‘ldoshdagi birlashgan qon tomirlari orqali qonning bir egizakdan boshqasiga o‘tishi.

Lamaz – onalar tomonidan tug‘ruqda og‘riqni qoldirish va medikamentlar ishlatilishini kamaytirish uchun qo‘llaniladigan usul.

Loxiyalar – tug‘ruqdan keyingi birinchi haftalarda bachadondan qon, shilliq vato‘qimalar ajralishi.

Lyuteinirlovchi gormon – follikulani ishishi, yorilishi va tuxum xujayra chiqishiga undovchi gipofiz gormoni.

Makrosomiya – tug‘ilgandan so‘ng normadan ortiq vazn. Odatda 4,5kgdan yuqori.

Mastit – ko‘kraklarga baqteriya kirishi natijasida paydo bo‘ladigan infeksiya.

Bachadon – chaqaloq tug‘ilguniga qadar rivojlanadigan ayollar a‘zosi.

Mekoni – birinchi axlat. Go‘dakning dastlabki odatda yashil bo‘luvchi axlati.

O‘lik tug‘ilish – bachadonda nobud bo‘lgan chaqaloqning tug‘ilishi.

Maxalliy og‘riqsizlantirish – og‘riq qoldiruvchilar yordamida tananing ma‘lum bir qismida sezgining yo‘qolishi.

Og‘iz suti – sut kelguniga qadar kukrakdan ajraluvchi sarg‘ish suyuqlik.

Chanoq tubi, muskullari - siydik pufagi, siydik nayi, to‘g‘ri ichak, ayollarda shuningdek qin va bachadonni ushlab turuvchi chanoq muskullari.

Tashqi burilish – shifokorning omadsiz joylashgan chaqaloqni, tug‘ilish uchun qulay sharoitga burishga xarakati.

Neonatolog – chaqaloq diagnostika va davolash bo‘yicha mutaxassis vrach.

Nerv nayi – embrionning rivojlanayotgan miya, orqa miya va umurtqa

pog'onasi strukturasi.

Nostress test – xomila xarakatidagi yurak urishlar sonini o'lchash orqali shifokorga xomila xolatini baxolashga yordam beruvchi test.

Jinsiy a'zolarini og'riqsizlantirish – yirtilishlarni tikishda, tug'ruqda og'riqni qoldirish maqsadida qin devoriga anestetik in'eksiyasi.

Ovulyatsiya – bachadondan tuxum xujayra chiqishi. Urug'lanish ovulyatsiyadan 1-2 kun keyingina yuz berishi mumkin.

Qog'onoq pardasi (amnion qopchasi) – suvsimon suyuqligi va xomila bor bo'lgan, ikkita yupqa membranadan xosil bo'lgan pufak.

Xomila pasayishi – xomilaning chanoq pastki qismiga tushishi. Odatda tug'ruqdan bir necha hafta oldin yoki tug'ruq paytida.

Yo'ldosh ko'chishi – yo'ldoshning bachadon ichki yuzasidan tug'ruqdan oldin ajrashi.

Birinchi qon – tug'ruqdan oldin va keyingi qon bilan bo'yalgan qindan ajralgan shilliqlar.

Xomilaning birinchi qimirlashi - xomila xarakatining birinchi sezilishi, odatda 18-20 haftalar orasida.

Tug'ulgandagi smazkalar – Yopishqoq oq yog'li modda, homila terisini qoplaydi.

O'tish – qachonki to'lg'oqlar oralig'i intensiv bo'lsa, ochilishi haqiqiy 7 sm va to'liq ochilgan bo'lsa aktiv tug'ruq deyiladi.

Perinatolog - Akusher, homiladorlik asoratlarini diagnostika va davolash bo'yicha mutaxassis.

Tug'ruq rejası – Chaqaloq tug'ilishini qanday hohlasangiz, yozma yoki og'zaki aytiladi.

Platsenta – Yumaloq ingichka organ, kislorod va oziq moddalarni kirishini ta'minlaydi.

Odam platsentar laktogeni – Organizmda gormonlar va moddalar almashinuvini ta'minlaydi, chaqaloq uchun sut ishlab chiqarishni stimulyatsiya qiladi.

Homila- Homiladorlikni birinchi 8 haftasigacha aytiladi.

Tug'ruqdan keyingi depressiya – depressiya turlari, ayollarda 2 oygacha yoki 6 oygacha davom etadi.

Tug'ruqdan keyingi og'riqlar – bachadon qisqarishi, qonni to'xtatishga yordam beradi.

Platsentani joylashishi – platsentani anomal holati, uning bir qismi yoki to'liq bachadon bo'yniga yopishgan bo'ladi.

Normal tug'ruq - to'lg'oqlar, bachadon bo'yni to'liq ochilgan 37 haftaga to'lgan.

Preeklampsiya – Homiladorlik kasalligi, bu gipertenziya va siydikda oqsil bilan harakterlanadi.

Progesteron - Gormon, bu qon tomirlarni va bachadon devorlarini qisqartiradi va stimulyatsiya qiladi.

Oraliq – ayollarda qin va anal teshik o'rtasidagi qism.

Prostaglandin - Veshstvo, virabativayemoye vistilkoy matki i obolochkami ploda neposredstvenno pered nachalom rodov.

Kindik – Trubasimon strukturaga ega.platsentadan homilaga qonni yetkazib beradi.kislorod va oziq moddalar almashinuvini ta'minlaydi.

Tabiiy tukchalar – chaqaloq terisida 26 - haftadan boshlab o'suvchi yumshoq yupqa tukchalar.

Erta (yashirin tug'ruqlar) – bachadan qisqarishlari bachadon bo'ynini asta sekin o'zgartiruvchi tug'ruqning erta davri. Bu faza 4 sm ochilgunicha qadar davom etadi.

Ochilish - bachadon bo'yni teshigi diametrini ko'rsatuvchi ko'rsatgich, to'la ochilish – 10 sm.

Umurtqa pog'onasi yorig'i – umurtqa pog'onasi o'sishi buzilishida paydo bo'luvchi defekt. Umurtkaning barcha joyida vujudga kelishi mumkin, asosan belning pastgi qismida.

Rezus-immunoglobulin – rezus manfiy ayollarga , immun sistemasi rezus musbat qonni sezmasligi uchun jo'natiluvchi dori. Rezus-faktor - qon guruxini A, V va Oligini aniqlovchi qizil qon tanachalari oqsili. Odam yoki rezus musbat xam rezus manfiy xam bo'lishi mumkin.

Relaksin. Gormon, virabativayemiy platsentoy, razmyagchayushiy soyedinitelnie tkani, chto pozvolyayet tazu rasshiritsya vo vremya rodov.

Reproduktiv texnika – probirkada urug'lantirishga yordam beruvchi tibbiy aralashuv.

Liqildoq – bosh suyagi bitmagan joylaridagi yumshoq joylari. Tug'ilgandan so'ng 6 haftadan 18oygacha yopiladi.

Kindikning ezilishi. Qon oqimini sekinlashtiruvchi yoki to'xtatuvchi, kindik ezilishi natijasida kelib chiquvchi asorat.

Nafas distressi sindrom – yetilmagan chaqaloqlarda surfaktant yetishmovchiligi natijasida vujudga keluvchi nafas olishning qiyinlashuvi.

Shilliqli probka - Homiladorlik vaqtida bachadonga baqteriya kirishini oldini oluvchi, bachadon bo'ynini to'suvchi shilliqning to'planishi.

Brekston-Xiks qisqarishlari – bachadon xolatini o'zgartirmaydigan, noregulyar qisqarishlar. Yolg'on to'lg'oqlar deb xam aytiladi. Spinal blokada – nervlarni o'rab turuvchi orqa miya suyuqligiga in'eksiya qilinadigan og'riqsizlantirish turi.

Tug'ruqni stimullash Tug'ruqni dori vositalar bilan suniy boshlash

V streptokoklar. Ko'plab ayollar jinsiy azolarida yashovchi va tug'ruq vaqtida xomilani infeksiyalovchi bakteriyalar guruxi

Qisqarish vaqtidagi stress testi Xomila va platsenta xolatini baxolovchi

test Bachadon qisqarganda xomila yurak urishini o'ldaydi

Surfaktant. O'pka alveolarini ichki yuzasini qoplab turuvchi va nafas olish vaqtida o'pkani kengayishini taminlovchi modda

To'lg'oqlar Bachadon mushaklarining qisqarishi

Teratogenlar. Xomila rivojlanishiga salbiy ta'sir qiluvchi modda alkogol, dori vositalari narkotiklar

Alfa proteinga test Xomiladan ishlab chiqariluvchi maxsus oqsil bu oqsil xomilani rivojlanishini taminlaydi

Glyukozaga tolerantlik testi Diabeti bor Homiladorlarda qondagi qand miqdorini aniqlash

Chuqur venalar trombozi Vena ichidagi qon laxtagi tug'ruqdan keyingi asprat bo'lishi mumkin

Kegel mashqi Chanoq tubi mushaklarini mustaxkamlovchi mashq

Yupqalashish Tug'ruq vaqtida xomila boshi atrofida bachadon bo'yni bipiktiruvchi to'qimasining yupqalashishi

Fallopiyev kanali. Tuxum xujayrani sperma bilan qo'shiluvchi va bachadonga o'tuvchi nayi

Xomiladagi fibronektin. Xomila pardasi va bachadon devori orasidagi modda. Erta tug'ish xavfini baxolashda axamiyatli

Xorionicheskij gonadotropin. Platsentadan ajraluvchi gormon

Servikal yetishmovchilik Bachadon mushaklari qisqarishidan avval bachadon bo'yni ochilishi 2-3-trimestrdagi abortlar

Bachadon bo'yni Tug'ruqda yupqalashib, kengayuvchi bachadonning ichki pastki qismi.

Apgar shkalasi. Chaqaloq tug'ilgandan so'ng 1-5 minutda yurak, nafas, teri, mushak, reflekslarni ballarda baxolovchi reyting

Kiskich. Chaqaloqni tug'dirish uchun uni boshini qamrab oluvchi Akusherlik instrumenti

Embrion. 8 xaftagacha bo'lgan urug'langan tuxum xujayra

Endometriy. Bachadonni urug'langan tuxum xujayra yopishuvchi ichki qavati

Epidural anesteziya. Tug'ruq vaqtida og'riqni kamaytirish maqsadida umurtqa pog'onasidan qilinuvchi og'riqsizlantirish turi bazan epidural blokada deyiladi

Epiziotomiya. Qinni kengaytirish maqsadida oraliqni xirurgik kesish.

Dumba bilan kelish Tug'ruq vaktida xomilani bachadon bo'yniga nisbatan dumbasi yoki oyokchalari bilan kelishi

GLOSSARIY GINEKOLOGIYA BO'YICHA

Abort- sun'iy yoki o'z-o'zidan Homiladorlikning dastlabki 28 haftasida to'xtashi. Ertangi abort - dastlabki 14-15 haftasida, kechki abort- 16-28 haftada.

Azoospermiya- urug' suyukligida spermatozoidlar yo'qligi

Akinospermiya (yoki akinozoospermiya)- eyakulyatsiyada spermatozoidlarni to'lik xarakatsizligi

Akrosom reaksiyasi- spermatozoid yordamida tuxum xujayra kobig'ini erishi

Akusher-ginekolog - Ayollar jinsiy kasalliklarini davolashga va Homiladorlikni olib borishga ixtisoslashtirilgan shifokor

Amenoreya- 6 oy va undan ortik muddatda xayz qonini kelmasligi

Sperma taxlili- spermatozoidlarni mikdorini va sifatini laborator tekshirish

Anamnez- Tashxis davolash maqsadida yig'ib boriluvchi kasallik rivojlanishi, yashash sharoitlari xakida ma'lumotlar yigimi

Aneyakulyator sindrom- koitus faolligiga karamay urug'lanishin yo'qligi

Androgenlar- erkaklar jinsiy gormonlari

Androlog- erkaklar bepushtligini davolovchi mutaxassis

Anovulyatsiya- ovulyatsiyani yo'qligi

Antigen- antiteloni paydo bulishini chaqiruvchi xar kanday modda

Spermaga karshi antitelo - spermatozoidlar xarakatini bloklovchi yoki ularning akrosomal reaksiyaga karshilik qiluvchi ishlab chiqariladigan antitelo

Antitelo - Organizmga tushgan yod qismlarining ishlab chiqariladigan ximoya vositalarini nofaol xolatga o'tkazadi.

Aspiratsiya- asbob yordamida bo'shlikdagi suyuklikni olish, masalan folliklyar suyuklikdan follikulani olish

Autoantitelo- o'z xujayrasiga karshi ta'sir etadigan antitelo

Bazal xarorat- bu xarorat, ertalabki uyqudan so'ng tana xaroratini to'g'ri ichak orkali o'lchashdir. Bazal xaroratni o'lchash- tuxumdonlar faoliyatini aniklovchi funksional diagnostik usul. Xayz siklini birinchi fazasida normada xarorat 36.4-36.8 S , ikkinchi fazada 37.0-37.4 S gacha bo'ladi.

Bepushtlik- 1 yil mobaynida regulyar jinsiy xayotda yashab, xech kanday kontratsepsiyasiz farzand ko'rmaganda shu tashxis kuyiladi.

Bepusht juftlik- nikoxda uzok vakt bo'lganda juftliklarda, Homiladorlikni bulmasligi biri yoki ikkalasi xam nasl koldirolmasligi

Biopsiya- tashxislash muolaja bulib: to'kimaning bir qismi olinib mikroskop ostida tekshirish.

Blastomer- embrionni ertangi xujayrasi

Vaginit- kinning shillik qavatini yalliglanishi, ya'ni kolpit

Vazogramma- tashxislash muolajasi bulib: erkaklar urug' chikarish tizimini rentgenologik tekshirish.

Vazektomiya- Erklarni kontratsepsiyasi maksadida urug' o'tadigan yo'lni xirurgik olib tashlash.

Kin-ayollar jinsiy a'zosi. 7-10 sm uzunlikda elastik muskulli kanal, yukorigi chegarasi bachadon bo'yni bilan tutashgan, pastki chegarasi jinsiy yorikka ochilgan. Ichkaridan shillik kavat bilan koplangan.

Bachadon ichi inseminatsiyasi- Ayollar bachadon bushligiga tayyor spermani sun'iy yul bilan kiritish.

KRT (kushimcha reproduktiv texnologiyalar)- Homiladorlikni keltirib chikarish maksadida. Tuxum xujayra yoki spermatozoidga ishlov berish va davolash muolajalari KRT ga kiradi: bachadon ichi inseminatsiyasi, EKO, GIFT, ZIFT, kreokonservatsiya, tuxum xujayra donorligi, surragat onalik.

Gameta- jinsiy xujayra: spermatozoid erkaklar jinsiy xujayrasi, tuxum xujayra ayollarniki

Gen- nasl birligi xromasomalar

Gidrotubatsiya- tashxislash muolajasi: Fallopiy naylarini o'tkazuvchanligini tekshirish va davolash maksadida suyuqlik yuborish

Bachadon gipertonusi - bachadon tonusii ortishi. Homiladorlik vaktida muddatadan oldingi tugish xavfi sababchisi

Gipofiz- bosh miya asosidagi endokrin bez, gonadotropin, lyutinlovchi, follikula stimullovchi gormonlar ishlab chikaradi. Bu gormonlar naybati bilan jinsiy bezlar maxsuloti jinsiy xujayra va gormonlarni stimulyatsiya qiladi.

Gisterosalpingografiya (GSG)- tashxislash muolajasi bo'lib: bachadon va fallopiy naylarini rentgenologik tekshirish.

Gistereskopiya- tashxislash muolajasi bo'lib: servikal kanal va qin orkali bachadon ichini yorug'lik sistemasini yodamida tekshirish.

FNGT (falloyiy naychalariga gametalar transplatansiyasi)- KRT ga kiradi. Ayol tuxumdonidan urug'lanmagan tuxum xujayrani sperma bilan ko'shib uruglantirish.

Gonadotropinlar- gipofizda ishlab chikariladigan gormonlar- follikula stimullovchi va lyutinlovchi

Gonadalar- jinsiy xujayra va jinsiy gormonlar ishlab chikaruvchi a'zolar. Urug'don erkaklarda, tuxumdon ayollarda

Gormon - modda, endokrin bezlar ishlab chikaradi. Qon orkali organ va muskullarga yetib boradi.

Dismenoreya- oy davomida noregulyar xayz siklini tartibsiz kelishi

Disfunksiya- funksiyani buzilishi.

DNK- dezoksiribonuklein kislota; xujayra yadrosida saklanadigan modda. Organizm irsiyatini kodlagan molekula strukturasi modda.

Donorlik inseminatsiyasi- donor spermasini sun'iy inseminatsiyasi.

Donorlik embrioni- embrion, donor ayol tuxum xujayrasidan paydo buladi, o'z tuxum xujayrasidan Homilador bo'la olmaydigan ayolga o'tkaziladi.

Donorlik tuxum xujayrasi- bir ayolni tuxum xujayrasini olib uruglantirib boshka ayolga o'tkazish "in vitro" (probirkada)

Bez - organ, organizm uchun zarur moddalarni konga ajratib chikaradi masalan gormonlar.

Sarik tana- Ayol organizmidagi vaktinchalik endokrin bez, ovulyatsiyadan keyin tuxumdonda rivojlanadi va progesteron ishlab chikaradi. Yuldosh paydo bo'lguncha xomilani saklab turadi.

Xomila- embrion

Zigota- Bo'linish jarayoni bo'lguncha uruglangan tuxum xujayra

FNZT (fallopdiy naylariga zigota transplantatsiyasi) - KRT muolaja, tuxum xujayrasini ayol tuxumdonidan olib, laboratoriyada uruglantiriladi. Uruglangan tuxum xujayralarini zigotani ayolni fallopdiy naylariga joylashtiriladi.

Tuxum xujayrani olish (ootsitlarni chikarib olish)- tuxum xujayralarini yigish muolajasi, tuxumdondan follikulalari yigib olish.

Implantatsiya - bachadon shillik qavatiga embrionni joylashishi, qbuyicha uruglangandan sung 5-7 kun o'tgach paydo bo'ladi.

Spermatozoidlarining intratsitoplazmatik in'eksiyasi (SII)- Tuxum xujayrasiga spermatozoidlarni mikroxiirurgik yul bilan kiritish. Bu erkaklar bepushtligida kullaniladi.

Sun'iy inseminatsiya (ID, ID, IOSD)- bachadon buyniga yoki bachadon bushligiga tayyor spermalarni yuborish.

Kariotip- xromasomalar to'plami

Kariotiplash- yo'kolgan xromasomalarni og'dirish maqsadida xromosomalarni o'lchami va shaklini o'lchash.

Kateter- aspiratsiya uchun

Tuxumdon kistasi- suyakliksimon, asosan yaxshi sifatli, tuxumdonda paydo bo'ladi.

Kolposkopiya- tashxislash muolajasi: bachadon bo'ynidagi patologik o'zgarishlarni mikroskop yordamida inkor etuvchi tekshiruv

Kombinatsiyalangan bepushtlik- bepushtlik, erkak va ayol sog'ligidagi muammolar keltirib chikaradi.

Laparoskopiya- tashxislash muolajasi: korinning oldingi devori orkali

ingichka teshib optik sistema yordamida chanok a'zolarini tekshirish.

Tuxumdondalar monitoringi - UZI tekshiruv yoki kon taxlili va siydik taxlilini orkali tuxumdondagi follikulalar rivojlanishida monitoringi

YOrgok- korin ostida joylashgan teri burmasi bulib, unda tuxumlar, ortik, urug chikarish yullari joylashgan.

Lyutein faza etishmovchiligi- uruglangan tuxumni yoki erta xomila tushishi xavfini chakiruvchi -sarik tanani noadekvat funksiyasi, lyuteinlovchi gormonning miqdori pastligi.

Nekrospermiya- eyakulyasiya vaktida tirik spermatozoidlarning yukligi

Noanik bepushtlik(idiopatik bepushtlik)- barcha tekshiruvlarga karamay sababi aniklanmagan bepushtlik.

Stimulyasiyalanmagan sikl - KRT , ayol tuxumdondi stimulyasiya kiluvchi xech Qanday dori vositalari ichmasdan tabiiy sharoitda follikulalarni etilib borishi.

Ovulyasiya - bachadon naylariga uruglanishga tayyor tuxum xujayra tuxumdondan follikulalaridan qolishi. Taxminan 2. hafta davom etib keyingi xayz sikli boshlanguchga kadar bo'ladi.

Oligomenoreya- kam va regulyasiyalanmagan xayz ko'rish

Oogenez- tuxumdonda tuxum xujayralarini etilish jarayoni

Oosit- tuxum xujayra

Uruglanish- Erkak (spermatozoid) va ayol (tuxum xujayra) jinsiy xujayralari. Ayollarda tabiiy uruglantirish bachadon naylarining yukorigi kismida ruy beradi.

"In vitro" Uruglantirish (probirkada)- uruglantirish organizmdan tashkarida laborator sharoitda bajariladi. Bu "ekstrakorporal uruglantirish" deyiladi.

Embrionni kuchirib utkazish- tuxum xujayrani laboratoriyada uruglantirib xomiladorlik uchun bachadon bushligiga payvandlash.

Tuxum xujayrani kuchirib utkazish- laparoskopiya yordamida ayol fallopiy naylariga ajratilgan tuxum xujayrani kuchirib utkazish. Bu muolaja faqat FNGT da kullaniladi.

Bepushtlikda peritonial faktor- korin bushligidagi bitishmalar yoki bachadon naylaridagi bitishmali jarayon.

Lyutein gormonini yukori chegarasi- lyuteinlovchi gormon follikuladan etilgan tuxum xujayra chikishini chakiradi.

Sperma plazmasi- many suyuqligi

Xomila- bolani xomiladorlikning ikkinchi oyidan boshlab to tug'ulguncha bulgan davr.

Xomila kopchasi- xomila rivojlanishi uchun suyuqlik bilan tulgan kopcha, UZI tekshiruvida kurinadi.

To'lik etilgan spermalar soni-uruglantirishga lakatli spermatozoidlar urtacha soni

Postkoital test- layokatli spermatozoidlarni bachadon buyniga kirish sinamasi

Implantatsiyadan oldingi genetik diagnostika- implantatsiyaga kadar genetik nuksonlarni aniklash.

Urugdon ortiklari- ingichka egri-bugri naylar (urtacha uzunligi 6 metr) xar bir yorgok urtasida joylashadi: u erda rivojlanadi va xarakatlanadi.

Progesteron- ayollar gormoni, ovulyasiyadan keyin sarik tana ishlab chikaradi. Xomila tuxumini bachadon shillik kavatini implantatsiyaga tayyorlaydi va xomiladorlikni ximoyalaydi.

Prolaktin- gipofiz gormoni, sut bezlaridan sut ishlab chikarilishini stimulyasiyalovchi gormon

Xorion punksiyasi- tashxislash muolajasi: xomiladorlikning 2 xaftasidan genetik anomaliyalarni aniklash uchun punksiya yuli bilan xomiladan materiallar yigish

Tuxum xujayra punksiyasi- tuxumdon follikularidan tuxum xujayralarini tanlab olish muolajasi

Reproduksiya-nasl qoldirish

Retrograd eyakulyasiya- siydik pufagidan kaytuvchi eyakulyasiya

Bolani tirik tugilishi- barcha bolalar, xomiladorlikning 28 xaftasidan keyin xayotiy belgilar bilan tugilishi.

Persistensiyalangan follikula sindromi - follikuladan tuxum xujayrasini paydo bo'lmazligi, erilmagan follikul

Tuxumdonlar polikistozi sindromi - endokrin kasallik, ovulyasiya bo'lmaydigan ayollarda uchraydi. Androgenlar mikdori ortishi va tuxumdondagi ko'p kistalar bilan xarakterlanadi.

Sperma - suyuklik, urugdon suyukligi va spermatozoidlardan tashkil topgan, eyakulyasiya vaktida maniy pufakchalari ishlab chikaradi.

Spermatogenez - urugdonda spermatozoidlar etilishi. Urtacha 72 soat yashaydi.

Spermatozoid- erkaklar jinsiy xujayrasi: boshi, nasl axborotini saklovchi yadrosi, xarakatlanuvchi dumdan tashkil topgan.

Spermitsid- spermatozoidlarni o'ldiruvchi modda.

Spermogramma- spermaning mikdori va sifatini aniklovchi tekshiruv.

Spermotest- EKO uchun tayyor spermatozoidlar xarakatini tekshiradi

Naylar faktori- bepushtlik sababi, bir yoki ikkita siydik naychalari strukturaviy yoki funksional shikastlanishi

Ultratovush (UT)- ichki organlarni kurish uchun yukori chastotali ovoz to'lqinlarini ishlatish.

Urolog-erkaklar jinsiy a'zolari, va siydik chikarish sistemasi kasalliklarini xirurgik davolovchi maxsus shifokor.

Fertil yoshi- nasl qoldirish. Erkaklar fertilligi- spermatozoidni tuxum xujayrani uruglantirishga layokati. Ayollar fertilligi- tuxum xujayrani uruglanishga layokatligi

Follikula- tuxumdonda suyuqlikdan tuzilgan tuxum xujayra

Follikulyar faza- xayz siklining ovulyasiyadan oldingi I fazasi

Xirurg reproduktolog- akusher-ginekolog yoki urolog, reproduktiv funksiyadagi anotomik anomalialarni maxsus xirurgik korreksiyalash.

Xorionik gonodotropin- oksil gormon, xomiladorlikning erta muddatlarida ishlab chikariladi, xomiladorlikni saklaydi.

Ektopik xomiladorlik- bachadondan tashkardagi xomiladorlik. Ko'p xollarda bachadon naylarida

Embriolog- embriologiya va biologiya rivojlanishi borasidagi mutaxassis

Endometriy- bachadon shillik kavati

Endometrioz- endometriy xujayralarini doimiy joyidan tashkarda rivojlanishi

Estradiol- estrogenlar guruxidagi ayollar jinsiy gormoni, tuxumdonda ishlab chikariladi.

Estrogen- ayollar jinsiy gormoni

Urugdon- erkaklar jinsiy bezi, sperma va erkaklar jinsiy gormonlarini ishlab chikaradi.

Tuxumdon- ayollar jinsiy bezi, tuxum xujayra va ayollar jinsiy gormonlarini ishlab chikaradi.

Tuxum xujayra (ootsit)- ayollar jinsiy xujayrasi

Lyutinalovchi garmon – (LG) gipofiz garmoni, ayol va erkaklarda tuxumdonlarda jinsiy garmonlarni ishlab chikaradi.

Lyutinin fazasi – Ayolni xayz siklining ovulyatsiyadan keyingi fazasi, konda LG miqdori ortishi tuxum xujayrasining etilgandan sung bazal xaroratni oshishi 37,2 – 37,3 S

Bachadon – Ayollar jinsiy organlarini ichki ulchamlari 4 x 6 x 5 sm, kichik chanok bo'shligida joylashishi. Devorlari yumshok muskul kavatlaridan iborat. Bachadon bo'shlig'i shillik kavati. Bachadonda uruglantirish va xomila paydo bo'ladi.

Bachadon nayi – (fallopın nayi) naysimon (ichkii diametri 0,3mm uzunligi 12 -15sm) bachadonni tuxumdon bilan boglanishi. Uruglanib etilgan tuxumdon nayda xosil bulishi. Eskirgan nom fallopi nayi.

Menarxe – birinchi xayz.

Menopauza – Organizimdagi ayollarni tabiiy yoshidagi o'zgarishlari. Xayzning to'xtashiga olib keladi.

Menstruatsiya – Bachadondan shillik konli ajralma kelishi. Balogʻat davrida bu ovulyasiya bilan bogʻlik.

Koʻp xomilalik – Xomila, bitta yoki undan koʻp boʻlishi.

Sterillik – nasil koldirishga kodir emas.

Stimulyasiyalangan davr – KRT, Ayol tuxum xujralarining stimullash uchun dori vositalarini kabul kilmagan, tabiiy sharoitda folikulalarning etilishi.

Surrakat ona – ayol, sunniy EKO dan soʻng bola, genetik ota – onaga topshiriladi.

Xomiladorlik testi – qon yoki siydik orkali, (XGCH) xorionicheskiy gonodotropinni mikdorini aniqlash.

Testekulyar biopsiya – Mikroskop ostida tekshirish uchun urugʻdon fragmentidan biopsiya olish. Bu tekshiruvda eakulyasiya vaktida spermatazoidlar yukligini Urugʻ yulini oʻtkazmasligini taxmin kilish mumkin.

Testesteron – Erkaklarning asosiy jinsiy gormoni.

XULOSA

Ayolni jamiyat ko'zgusi, deyishadi, binobarin ayol salomatligi jamiyat salomatligiga daxl qiladi. Shu bois xotin-qizlarning salomatligini asrab-avaylash katta ahamiyatga egadir. Bu borada davlatimiz tomonidan qator chora-tadbirlar ko'rilmogda. Sog'liqni saqlash xodimlari tashkil qilayotgan tibbiy ko'riklar ham xususan, ayollar va qizlarning salomatligida muhim rol o'ynaydi.

Shu sabali Akusherlik fani yordamida ayollarda homiladorlik tug'ruq va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik xodisalarni o'rgatadi. Bundan tashqari, chaqaloqlarni to'g'ri parvarish kilish usullarini o'rganish xamda homiladorlarga va tug'uvchi ayollarga tibbiy yordamni tashkillashtirish ham akusherlikning muhim masalalaridan biri xisoblanadi.

Homiladorlik, tug'ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug'ilgan chakalok organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Akusherlik yordamining moxiyati asosan ayollar tug'ayotganda ro'y beradigan fiziologik jarayonning muvaffakiyatli kechishiga yordam berishdir.

Ekstragenital patologiya nafaqat homiladorlik davrida balki yuvenil va fertil yoshdagi barcha qiz-ayollarning sog'ligiga negativ ta'sir o'tkazuvchi va shu bilan birga kelajak avlod salomatligini belgilovchi dolzarb masalalardandir. Shu sabali yurtimizda axoli salomatligiga, shu jumladan Homiladorlik va unda yuzaga keluvchi kasalliklarga aloxida e'tibor qaratilmoqda.

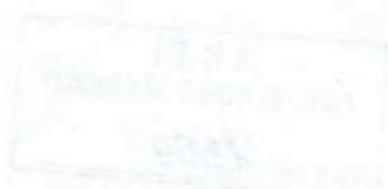
Ayollar salomatligi nafaqat homiladorlik davrini belgilaydi, balki ushbu davrda yuzaga keluvchi asoratlar ularni umri davomida qayta va qayta ta'qib etib albatta noxush xolalarga olib kelishi mumkin. Shu sababli Homiladorlik davrida yuzaga keluvchi ekstragenital patologiyalarni chuqurroq o'rganibgina qolmay, ularni bartaraf etish chora-tadbirlarini ishlab chiqish muxim masalalardan biridir.

**FOYDALANILADIGAN ASOSIY DARSLIKLAR VA O'QUV
QO'LLANMALAR RO'YXATI
ASOSIY ADABIYOTLAR**

1. First Aid For The Obstetrics Gynecology clerkship Matthew s. Kaufman, md, et all. 2011y.
 2. Gabbarova Y.Q., Ayupova F.M. Akusherlik. 2013
 3. Jabbarova Yu.K., Ayupova F.M. Akusherlik T.,2008
 4. Ayupova F.M., Jabbarova Yu.K. Ginekologiya. Toshkent, 2012.
 5. Bodyajina V.I., Semenchenko. M. Akusherstvo. 2004.
- Qo'shimcha adabiyotlar:
1. Strijakova A.N. Klinicheskiye leksii po Akusherstvu i Ginekologii M.Meditsina 2000 g.
 2. Kratkoye rukovodstvo po profilaktike infektsii. Pervoye izdaniye. Tashkent. 2004. 236s.
 3. Neotlojnaya pomosh v akusherskoy praktike. JSST. 2004.
 4. Smetnik V.N., Tumulovich V.P. Neoperativnaya ginekologiya. Meditsinskoye Inform. Agentstvo. Moskva. 2005. 440s.
 5. Vasilevskoy M. Ginekologiya. pod red. 2007.
 6. Savelevoy G.M. Ginekologiya. pod red. M.:GEOTAR-Media,2006. 480s.
 7. Klinicheskoye rukovodstvo po vedeniyu akusherskix bolnix. T. 2012.
 8. Klinicheskoye rukovodstvo po vedeniyu ginekologicheskix bolnix T. 2016.
 9. Shextman M.M. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost. Meditsina. 2005g.
 10. Effektivnaya perinatalnaya pomosh i uxod. Rukovodstvo JSST. UNFPA 2007.
 11. Akusherstvo. Rukovodstvo JSST. UNFPA 2007
 12. Dj. Merta. Spravochnik vracha obshey praktiki. M. 1998.
 13. Merriy Enkin., Kitre M., Dj. Neylson. (per. S angl, pod redak. Mixaylova A.V.) rukovodstvo po effektivnoy pomoshi pri beremennosti i rojdeniii rebenka. SPb. 2003.
 14. Tindjer L., Bosmetr D., Makintosh N. Profilaktika infektsiy. Rukovodstvo dlya meduchrejdenny s ogranichennimi resursami. JHPIEGO. 2004.
 15. Meditsinskiye kriterii priyemlemosti dlya ispolzovaniya metodov kontratsepsii. Izdaniye trete. UNFPA 2012.

Internet saytlar:

1. www.tma.uz
2. www.ziyonet.uz
3. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,
4. www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,
5. www.ksmmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,
6. www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynecology.



abiznovoantod fannarod qisqaz «to'g'ri ilmi»
olibit qada abilma to'g'a
yu-55 jand'ol noxtomli A. bulda no'lnA ilisuch

«Nufuzli diyor» xususiy korxonasi bosmaxonasida
ofset usulida chop etildi.
Manzil: Andijon shahri, A. Umarxon ko'chasi, 23-uy