

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni Saqlash vazirligi
xuzurida tashkil etilgan
Ilmiy texnik kengash raisi
Sh.K.Atadjanov**

« _____ » _____ 2024 y.

Turaeva Gulnoz Yuldashevna

**“SOMATIK VA YUQUMLI KASALLIKLARIGA CHALINGAN
AYOLLARDA HOMILADORLIKNI OLIB BORISH”
(Monografiya)**

Andijon -2024

Tuzuvchi:

Turaeva G.Yu. ADTI 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Muxitdinova T.K. ADTI 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, t.f.d..

Zakirova N.I. SamDTU 1-davolash fakulteti, 1-son akusherlik-ginekologiya kafedrası professori, t.f.d.

Annotatsiya

Monografiyada O'zbekiston Respublikasida akusherlik-ginekologik yordamni tashkil etish, homilador ayollarga, tug'ruq yoshidagi ayollarga, tug'ruqdan keyingi ayollarga yordam ko'rsatishning ambulatoriya va statsionar bosqichlari, homiladorlikni boshqarishning zamonaviy tamoyillari keltirilgan.

Monografiya 14.00.01 – Akusherlik va ginekologiya ixtisosligi bo'yicha asosiy umumiy ta'lim dasturiga (UTD) muvofiq, ushbu fanning amaldagi o'quv rejasi va "Akusherlik va ginekologiya" fanining ish dasturi asosida tayyorlangan.

Ayolning tos suyagi anatomiyasi, homiladorlik paytida fiziologik o'zgarishlar masalalari yoritilgan, akusherlik amaliyotida qo'llaniladigan tekshirish usullari ko'rib chiqilgan.

Monografiya "Tibbiyot, ginekologiya" fanini o'rganishda, umumiy tibbiyot, pediatriya oliy o'quv yurtlari mutaxassisliklarida tahsil olayotgan talabalarga mo'ljallangan.

Monografiya davolash fakulteti 5-6 kurs talabalari, magistrlar va klinik ordinatorlar uchun mo'ljallangan.

Аннотация

В монографии изложены вопросы организации акушерско-гинекологической помощи в Республики Узбекистан, амбулаторный и стационарный этапы оказания помощи беременным, роженицам, родильницам, современные принципы ведения беременности.

Монография подготовлен на основании действующей учебной программы предмета и рабочей программы предмета «Акушерство и гинекология» в соответствии с Основной общеобразовательной программой (ООП) по специальности 14.00.01 - Акушерство и гинекология.

Освещены вопросы анатомии таза женщины, физиологических изменений при беременности, рассмотрены методы обследования, применяемые в акушерской практике.

Монография предназначено для студентов, обучающихся по специальностям высшего образования Лечебное дело, Педиатрия, при изучении дисциплины «Акушерство и гинекология».

Монография предназначен для студентов 5-6 курсов, магистров и клинических ординаторов лечебного факультета.

Annotation

The monograph outlines the issues of organization of obstetric and gynecological care in the Republic of Uzbekistan, outpatient and inpatient stages of providing assistance to pregnant women, women in labor, maternity hospitals, modern principles of pregnancy management.

The monograph was prepared on the basis of the current curriculum of the subject and the work program of the subject "Obstetrics and Gynecology" in accordance with the Basic General Education Program (OOP) in the specialty 14.00.01 - Obstetrics and Gynecology.

The issues of the anatomy of a woman's pelvis, physiological changes during pregnancy are highlighted, and examination methods used in obstetric practice are considered.

The monograph is intended for students studying in the specialties of higher education Medicine, Pediatrics, while studying the discipline "Obstetrics and Gynecology". The monograph is intended for students of 5-6 courses, masters and clinical residents of the Faculty of Medicine.

SHARTLI QISQARTMALAR

β--XGEB - inson xorionik gonadotropinining erkin beta-birligi

AKTG - adrenokortikotropik gormon

ALT - alanin aminotransferaza

APH - aylanma plazma hajmi

AST - aspartat aminotransferaza

AS - amniotik suyuqlik

AQH - aylanma qon hajmi

ASH - akusherlik shifoxonasi

BTB - bachadon tubining balandligi

DNK - dezoksiribonuklein kislotasi

KTG - kardiokografiya

LG - luyuteinlashtiruvchi gormon

MNT - markaziy asab tizimi

OIV - inson immunitet tanqisligi virusi

OIT - oshqozon-ichak trakti

OITS - orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi

OO' - onalar o'limi

PL - platsental laktogen

PRL - prolaktin

PSR - polimeraza zanjiri reaksiyasi

PO' - perinatal o'lim

RDX - rangli doppler xaritasi

RAAT - reninangiotensin aldosteron tizimi

RNK - ribonuklein kislotasi

SS - stresssiz sinov

STG – somatotrop gormoni

TN - tug'ma nuqsonlar

TYO - tez yordam

UTT - ultratovush tekshiruvi

EYUU - embrionning yurak urishi ingl

QD - qandli diabet

QK - qarshilik ko'rsatkichi

HBBP-A - homiladorlik bilan bog'liq plazma oqsil A

HO'S - homila o'sishining sustligi

MUNDARIJA

Qisqatmalar ro'yxati.....	3
Kirish.....	11
I BOB. O'zbekistonda akusherlik va ginekologik xizmatini tashkil etish.....	16
1.1. Ambulator-akusherlik va ginekologik yordam.....	16
1.2. Antenatal klinikalarda homilador ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish tamoyillari.....	19
1.3. Statsionar akusherlik-ginekologik yordam.....	22
1.4. Akusherlik shifoxonalarida shifoxona ichi infeksiyalarni epidemiologik nazoratini tashkil etish va o'tkazish bo'yicha ko'rsatmalar.....	32
1.5. Akusherlik shifoxonasining asosiy ko'rsatkichlari.....	44
II BOB. Akusherlik ginekologiyada deontologiya masalari.....	49
2.1. SHifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlarning zamonaviy modellari.....	49
2.2. Akusherlik va ginekologiyada tibbiy deontologiyaning xususiyatlari....	52
III BOB. Tug'ruq yo'llari (ayollarning chanog'i, mushaklar va tos suyagi asoslari).....	55
3.1. Ayol tos suyagi.....	55
3.2. Tos tubi.....	57
3.3. Yetuk homila boshchasi.....	58
3.4. Xomiladorlik davrida ayol tanasida o'zgarishlar.....	61
3.5. Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi.....	66
3.6. Homiladorlikda endokrin sistemaning holati.....	69
3.7. YUrak va qon tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar.....	71
3.8. Sut bezlaridagi o'zgarishlar.....	75
3.9. Nafas organlari sistemasidagi o'zarishlar.....	76
3.10. Ovqat hazm qilish organlarida bo'ladigan o'zgarishlar.....	77
3.11. Ayiruv organlaridagi o'zgarishlar.....	78
IV BOB. Xomiladorlikning diagnostikasi.....	80

4.1. Homiladorlikning klinik belgilari.....	80
4.2. Homiladorlik diagnostikasidagi oltin standart.....	83
4.3 Akusherlik tekshiruvlari.....	96
4.3.1 So‘rovnoma.....	96
4.3.2. Tug‘ilish vaqtini yoki homiladorlik vaqtini aniqlash.....	98
4.3.3. Maxsus akusherlik tekshiruvi.....	108
V BOB. Homiladorlik paytida somatik patologiya­ning xususiyatlari.....	100
Xulosalar.....	127
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati.....	130

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение..	11
I ГЛАВА. Организация акушерско-гинекологических услуг в Узбекистане..	16
1.1. Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь.....	16
1.2. Принципы диспансеризации беременных в женских консультациях.....	18
1.3. Стационарная акушерско-гинекологическая помощь.....	22
1.4. Методические указания по организации и ведению эпидемиологического контроля внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах.....	32
1.5. Основные показатели акушерского стационара	41
ГЛАВА II. Проблемы деонтологии в акушерстве и гинекологии	44
2.1. Современные модели взаимоотношений врача и пациента	49
2.2. Особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии...	52
ГЛАВА III. Пути родов (основы женского таза, мышц и таза).....	55
3.1. Женский таз	55
3.2. Дно таза.....	57
3.3. Головка зрелого плода.....	58
3.4. Изменения в организме женщины при беременности.....	60
3.5. Обмен веществ во время беременности	66
3.6. Состояние эндокринной системы при беременности	68
3.7. Изменения сердечно-сосудистой системы	71
3.8. Изменения в молочных железах.....	75
3.9. Изменения со стороны дыхательной системы.....	76
3.10. Изменения со стороны пищеварительной системы	77
3.11. Изменения в органах мочеполовой системы.....	78
ГЛАВА IV. Диагностика беременности	80
4.1. Клинические признаки беременности.....	80
4.2. Золотой стандарт диагностики беременности	83
4.3 Акушерские осмотры	96

4.3.1 Анкета	96
4.3.2. Определение срока родов или срока беременности	98
4.3.3. Специальное акушерское обследование.....	100
Глава V Особенности соматической патологии при беременности.....	108
Выводы	127
Список использованной литературы.....	130

CONTENTS

List of abbreviations.....	3
Introduction.....	11
CHAPTER I. Organization of obstetric and gynecological services in Uzbekistan	16
1.1. Outpatient obstetric and gynecological care	16
1.2. Principles of medical examination of pregnant women in antenatal clinics.....	18
1.3. Inpatient obstetric and gynecological care.....	22
1.4. Guidelines for the organization and conduct of epidemiological control of nosocomial infections in obstetric hospitals	32
1.5. The main indicators of the obstetric hospital.....	41
CHAPTER II. Problems of deontology in obstetrics and gynecology	44
2.1. Modern models of the relationship between doctor and patient	49
2.2. Features of medical deontology in obstetrics and gynecology.....	52
CHAPTER III. The way of childbirth (the basis of the female pelvis, muscles and pelvis).....	55
3.1. Female pelvis.....	55
3.2. The bottom of the pelvis.....	57
3.3. The head of a ripe fruit.....	56
3.4. Changes in a woman's body during pregnancy	61
3.5. Metabolism during pregnancy	66
3.6. The state of the endocrine system during pregnancy.....	68
3.7. Changes in the cardiovascular system	71
3.8. Changes in the mammary glands.....	75
3.9. Respiratory changes	76
3.10. Changes in the digestive system	77
3.11. Changes in the organs of the genitourinary system	78
CHAPTER IV. Diagnostics of pregnancy	80
4.1. Clinical signs of pregnancy	80

4.2. The gold standard for pregnancy diagnostics.....	83
4.3 Obstetric examinations.....	85
4.3.1 Questionnaire.....	96
4.3.2. Determination of the term of labor or the term of pregnancy	96
4.3.3. Special obstetric examination	98
CHAPTER V Features of somatic pathology during pregnancy.....	100
Conclusions.....	127
List of used literature	130

KIRISH

Homiladorlik - bu homila ayolning bachadonida rivojlanib, chaqaloq tug'ilishi bilan yakunlanadigan vaqt davri.

Homiladorlik davrida ko'plab fiziologik o'zgarishlar o'sayotgan homila va ularga moslashgan onaning tanasi ehtiyojlarini qondirish uchun sodir bo'ladi. Ushbu o'zgarishlarning aksariyati kontseptsiyadan so'ng darhol boshlanadi va homiladorlikning kechgacha davom etadi. Fiziologik moslashuv laboratoriya parametrlari qiymatlarining o'zgarishida namoyon bo'ladi. O'zgarishlarning ba'zilari yaxshi ma'lum, masalan, gematokrit va gemoglobin darajasining pasayishi, kreatinin; boshqalar, aksincha, kamroq darajada ma'lum va shuning uchun test natijalari shaklida ularning kuzatuvini noto'g'ri talqin qilinishiga olib kelishi mumkin.

Homiladorlik davrida ayolning tanasida sezilarli fiziologik o'zgarishlar ro'y beradi, bu homilaning to'g'ri rivojlanishini ta'minlaydi va tanani yaqinlashib kelayotgan tug'ilish va ovqatlanishga tayyorlaydi. Ushbu qiyin davrda ayol tanasining barcha a'zolari va tizimlariga yuk sezilarli darajada oshadi, bu surunkali kasalliklarning kuchayishiga va asoratlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun imkon qadar erta ayollar klinikasida ro'yxatdan o'tishingiz, barcha kerakli mutaxassislarni ko'rishingiz va testlardan o'tishingiz kerak. Bu sizga tegishli profilaktika choralarini ko'rish va tug'ilishga tayyorgarlik ko'rish imkonini beradi.

Dunyoning rivojlangan mamlakatlari aholisining mutlaq sonining kamayishi sharoitida reproduktiv yo'qotishlarning oldini olish va kamaytirish davlatning eng muhim vazifalaridan biridir. Onalar va bolalar o'limi kabi reproduktiv salomatlik ko'rsatkichlari zamonaviy sharoitda aholining ijtimoiy-iqtisodiy farovonligining etakchi mezonlari hisoblanadi. JSST ko'rsatmalariga ko'ra, homiladorlik va tug'ish xavfsizligini ta'minlash yuqori sifatli tibbiy yordamni adolatli va samarali taqdim etishni, undan foydalanish imkoniyatini ta'minlashni va barcha ayollar va ularning yangi tug'ilgan chaqaloqlarini kam ta'minlangan va og'ir ahvolda bo'lgan aholiga alohida e'tibor berishni talab qiladi. - xavf guruhlari. "Bu e'tibor berish orqali amalga oshiriladi. . Aholining salomatligi davlatning eng muhim boyligidir. Sog'lom ona va bola davlatning mustahkamligi garovidir. Ayollar avlodlar davomiyligining asosiy

kafolatlaridir. Shu munosabat bilan akusherlik va ginekologik xizmat ayollarning sog'lig'ini, shu jumladan reproduktiv salomatlikni saqlashga, shuningdek, homiladorlik va tug'ish bilan bog'liq asoratlarning oldini olishga qaratilgan. Mamlakatdagi akusherlik yordamining tuzilishi tug'ruqxonalar, perinatal markazlar, ayollar konsultatsiyalari, akusherlik va ginekologiya bo'limlari, oilani rejalashtirish va ko'paytirish markazlari tomonidan taqdim etilgan. Birlamchi tibbiy-sanitariya akusherlik va ginekologik yordam antenatal klinikalarda, tibbiy ambulatoriyalarda, tuman va Markaziy tuman kasalxonalarida, poliklinikalarda, tug'ruqxonalarda, oilani rejalashtirish markazlarida, perinatal markazlarda ko'rsatiladi. Viloyat, viloyat, respublika, tuman shifoxonalari va perinatal markazlarda ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatiladi. Federal darajadagi ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalarida yuqori texnologiyali yordam ko'rsatiladi. Oddiy homiladorlik paytida tibbiy yordam keraksiz tibbiy aralashuvni minimallashtirishi kerak; parvarish sog'liqni saqlash muassasalari darajasiga qarab taqsimlanishi kerak. Shu munosabat bilan homiladorlik va tug'ish fiziologiyasini bilish, akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etish homiladorlik, tug'ish, homila va yangi tug'ilgan chaqaloq patologiyalari, perinatal patologiya va o'limning oldini olish uchun muhimdir.

Akusherlik-homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davr haqidagi fan. Akusherlik fani frantsuz tilida tug'ilishni anglatadi. Bu homiladorlik va tug'ish paytida ayol tanasidagi fiziologik va patologik o'zgarishlarni, shuningdek, turli kasalliklarning oldini olish va davolashni, homila va bolani himoya qilishni o'rganadigan tibbiy intizom. Akusherlik-ginekologiyaning quyidagi yo'nalishlarini o'z ichiga olgan bo'limi: homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrdagi fiziologik va patologik o'zgarishlar, shuningdek akusherlik jarrohligi turlari. Akusherlik anesteziologiya, jarrohlik, terapiya, umumiy gigiena va sanitariya, ovqatlanish gigienasi, mikrobiologiya, virusologiya, sud tibbiyoti va teri kasalliklari bilan chambarchas bog'liq.

Akusherlikda yordamchi tadqiqot usullari keng qo'llaniladi: biokimyoviy, immunologik, elektrofizik, gormonal, ultratovush, sitologik va statistik. Qadimgi davrlarda ayollar yordamisiz tug'ishgan. Ularga ko'pincha oiladagi katta ayollar

yordam berishgan. Doyalar-bu tug'ruqqa yordam berish uchun hayotiy ko'nikmalaridan foydalanadigan kekxa ayollar. Keyinchalik ba'zi madaniy yo'llar paydo bo'ldi. Akusherlik fanining ba'zi asoslari shakllana boshladi. Qadimgi Yunonistonda tibbiyotning otasi Gippokrat, onasi esa taniqli fanaret doyasi edi. Gippokratning ilmiy tadqiqotlari "Gippokratlar to'plami"da ayollar haqida ham ma'lumot beradi. Ular "tabiat va ayollar", "ayollar kasalliklari", "bepushtlik" kabi bo'limlardan iborat. Bu qarashlar juda oddiy edi.

Birinchi asrda Selsning "asarlari" qadimgi Rimda juda mashhur bo'lgan. G'arbiy Evropada akusherlik bunday rivojlanish darajasiga erisha olmadi, chunki bu davrda ijtimoiy fanlarga unchalik ahamiyat berilmagan. Abu Bakr Muhammad ibn Zakari Ar-razi (Raves), Abu Ali Al-Husayn ibn Abdulla, Ibn Sino (Avitsenna) va boshqa olimlar kabi Markaziy Osiyo olimlari tomonidan yozilgan ayollar salomatligi qo'lyozmalari Sharqda nashr etilgan va G'arb yillar davomida G'arb shifokorlari uchun ajoyib qo'llanma bo'lib xizmat qildi. X va XI asrlarda Ibn Sinoning o'rta Osiyodagi ilmiy ishlari tibbiyotda burilish nuqtasini ko'rsatdi. Uning "tibbiy fan kanonlari" entsiklopedik asarida akusherlik va ayollar kasalliklariga bag'ishlangan bo'lim mavjud. Prenatal parvarishning maqsadi ayolning sog'lom bo'lishiga yordam berish, shuningdek, tug'ilmagan bolaning sog'lig'ini saqlashga yordam berishdir. Bundan tashqari, tug'ruqdan oldin parvarish qilish homilador ayolni, uning sherigini yoki oilasini qo'llab-quvvatlashni, ularga onalik va otalikka o'tishda yordam berishni o'z ichiga oladi.

Homiladorlik va tug'ish paytida ona va bolaga malakali yordam ko'rsatishning samarali tizimiga ega bo'lish juda muhim, chunki homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlarni oldindan aytib bo'lmaydi. Bunday asoratlar to'satdan paydo bo'lishi mumkin va ularning keyingi oqibatlari hatto ona va bola hayoti uchun xavfli bo'lishi mumkin. Ko'pincha, bunday asoratlar xavfli darajada tez rivojlanishi mumkin, ko'pincha sezilarli alomatlarsiz. Shu munosabat bilan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni erta aniqlash va zarur choralarni tezda ko'rishga qodir bo'lgan tegishli tibbiy xodimlarga ega bo'lgan muassasaga yuborish tartibi ishlab chiqilishi kerak. Tug'ilish sabablarini tushuntiruvchi nazariyalar Gippokrat davriga borib taqaladi. Oddiy homiladorlik paytida, homila rivojlanishni to'xtatgandan so'ng, bachadon mushaklari ritmik ravishda qisqarishni boshlaydi, bu tug'ruqning boshlanishi. Tug'ilishning fiziologik tabiati

shundan iboratki, intrauterin rivojlanish tugagandan so'ng homila jinsiy yo'l bilan tug'iladi. Ba'zi patologik holatlarda homila rivojlanish tugashidan oldin muddatidan oldin tug'iladi. Ba'zi hollarda homila tabiiy ravishda tug'ilishi mumkin emas (bu homilaning ko'ndalang ko'rinishi, tor tos suyagi va boshqa patologik sharoitlar tufayli). Natijada, homila jarrohlik yo'li bilan olinadi (sezaryen, forseps, homila ezilishi va boshqalar). Tug'ilish fiziologik jarayon bo'lsa-da, u shifokor va akusher ishtirokida kasalxonada o'tkazilishi kerak. Chunki tug'ilishning ma'lum bosqichlarida homila yoki ayol patologik holatni rivojlanishi mumkin. Odatda tug'ilish to'satdan boshlanadi. Agar ayol sezgir bo'lsa, u buni o'zi sezishi mumkin. Ba'zi ayollar tug'ruqdan bir hafta oldin bachadonning qisqarishini his qilishadi. Biroq, bu faqat tug'ilish boshlanishining "ogohlantiruvchi" belgilari bo'lishi mumkin. Bu barcha ayollarda sodir bo'lmaydi. JSST tomonidan tavsiya etilgan tirik tug'ilish va o'lik tug'ilish mezonlari. Tirik tug'ilish-homiladorlik yoshidan qat'i nazar, homila tug'ilishi, bunda bola nafas oladi yoki hayotning bir yoki bir nechta belgilarini ko'rsatadi: yurak urishi, kindik pulsatsiyasi yoki kindik ichakchasiga o'ralganidan qat'i nazar, mushaklarning sezilarli harakati. platsenta kesilgan yoki ajratilgan. O'lik tug'ilish (o'lik tug'ilish) homiladorlik davridan qat'i nazar, homila hayotining biron bir belgisi (nafas olish, yurak urishi, kindik pulsatsiyasi yoki mushaklarning ko'rinadigan harakatlari) yo'qligi deb ta'riflanadi.

Embrionning o'lim vaqti kontekstida quyidagi o'lim toifalari ajratiladi:

1. Antenatal o'lim - tug'ilishdan oldin boshqa dunyoga ketish holati.
2. Intranatal natija - to'g'ridan-to'g'ri tug'ilish paytida fojia sodir bo'lganda.
3. Postnatal yo'qotishlar - tug'ilgandan keyin yangi tug'ilgan chaqaloqning hayotini yo'qotish.

Homiladorlikning 22-haftasidan boshlab va tug'ilgandan keyingi dastlabki etti kunni o'z ichiga olgan davr perinatal deb ataladi. Bolaning hayotining dastlabki to'rt haftasi (28 kungacha) neonatal davrni tashkil qiladi; Bu vaqtda o'lim neonatal deb ataladi:

- Erta neonatal o'lim birinchi etti kun ichida bolaning o'limini o'z ichiga oladi.
- kechikish - hayotning 7 dan 28 kunigacha.

Erta neonatal o'limlarning tasnifi vaqt oralig'iga asoslanadi:

- bir soatdan kam;
- bir soatdan deyarli bir kungacha (23 soatgacha);
- va tug'ilgandan keyin 1 kundan 7 kungacha (24 dan 168 soatgacha).

Homiladorlik yoshiga qarab, tug'ilish quyidagilarga bo'linadi:

1. Erta - belgilangan vaqtdan oldin, ya'ni 37 haftadan oldin yoki 259 kundan kamroq vaqt ichida sodir bo'ladi.

2. To'liq muddatli (muddat) - homiladorlikning 37 va 42 haftalari orasida sodir bo'ladi, bu taxminan 259 dan 293 kungacha.

3. Kech yoki keyingi muddat - homiladorlikning 42 haftasidan (294 kundan ortiq) keyin sodir bo'ladi.

I BOB. O‘ZBEKISTONDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIK XIZMATINI TASHKIL ETISH

1.1.Ambulator-akusherlik va ginekologik yordam

Homiladorlik davrida ayollarga tibbiy yordam ko'rsatish har tomonlama, ko'p qirrali yordamni o'z ichiga oladi:

1) ****Umumiy tushuncha****:

- birlamchi (sanitariya-profilaktika), ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik yordamni o'z ichiga oladi.

- Quyidagilar ishtirokida tashkil etiladi:

a. Shoshilinch tibbiy yordam

b. "Akusherlik" va "ginekologiya" kafedralari

- Faoliyatni litsenziyalash majburiydir.

2) ****Ambulatoriya yordami****:

- Asosiy ijrochilar: akusher-ginekologlar, normal homiladorlik holatida - umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokor), FAPlarning feldsherlar va doylar.

- Asoratlangan hollarda ginekolog-akusherning maslahati majburiydir.

3) ****statsionar davolanish****:

- Ixtisoslashgan bo'limlarda o'tkaziladi:

a. Homiladorlik patologiyalari (akusherlik muammolarida)

b. Ixtisoslashgan bo'limlar (somatik kasalliklar)

4) ****Yordamni tashkil etish****:

- Yo'llanma asoratlarni, shu jumladan ekstragenital patologiyalarni hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

- Ambulator yordam:

a. Ayollar maslahati

b. Poliklinikalar imtihon xonalari

c. Oilani rejalashtirish va reproduksiya markazlari

d. Tibbiy va genetik maslahatlar

e. Feldsher-akusherlik punktlari

5) ****Asosiy havola****:

- hududiy miqyosdagi tibbiyot tashkilotlarida mustaqil muassasa yoki tarkibiy bo‘linma sifatida faoliyat yurituvchi ayollar maslahati.

Bu tizim ayollarga homiladorlikning boshlanishidan tug‘ruqdan keyingi davrgacha ixtisoslashtirilgan yordamning uzluksizligi va kompleksligini ta’minlaydi.

Antenatal klinikaning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- homilador ayollarni dispanser kuzatuvini amalga oshirish;
- homilador ayollarni prenatal diagnostikaga ixtisoslashgan muassasalarga yuborish;
- homilador ayollarni, tug‘ruq davridagi va ginekologik muammolari bo‘lgan ayollarni ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam olish uchun aniqlash va yuborish;
- homilador ayollarni jismoniy va psixoprofilaktika mashg‘ulotlari orqali tug‘ishga tayyorlash;
- homilador va tug‘ruqdan keyingi ayollarga g‘amxo‘rlik qilish;
- reproduktiv salomatlik, abortning oldini olish hamda homiladorlik va tug‘ishga tayyorgarlik ko‘rishning zamonaviy usullari bo‘yicha maslahat va xizmat ko‘rsatish;
- ayollarni profilaktik ko‘rikdan o‘tkazishni tashkil etish;
- zamonaviy tibbiyot usullaridan foydalangan holda homilador va ginekologik bemorlarni diagnostika qilish va davolash;
- tibbiy yordam standartlari doirasida ginekologik bemorlarni dispanser kuzatuvini, shu jumladan reabilitatsiya;
- homiladorlikni erta tugatish va kichik operatsiyalar uchun tibbiy muolajalarni o‘tkazish;
- ayollarga homiladorlik davrida va tug‘ruqdan keyin shifoxonadan tashqarida tibbiy xizmat ko‘rsatish sifatini, davolash va diagnostika tadbirlari samaradorligini baholash;
- vaqtincha mehnatga qobiliyatsizlikni qayd etish;

- ayollar va ularning oila a'zolariga huquqiy, psixologik, tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatish;

- aholining sog'lom turmush tarzi, reproduktiv salomatlikni saqlash, bo'lajak bolalarda patologiyalar, abortlar va jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, shu jumladan OIV infeksiyasining oldini olish to'g'risida xabardorligini oshirish;

- boshqa tibbiyot muassasalarida homilador ayollarni, tug'ruqdagi ayollarni va ginekologik bemorlarni tekshirish va davolashni muvofiqlashtirish.

Antenatal xizmatlar sifatining asosiy ko'rsatkichlari quyidagilardan iborat:

- erta homiladorlikni qayd etish darajasi;
- birinchi, ikkinchi va uchinchi trimestrlarda prenatal diagnostikani qamrab olish;

- tushish va yo'qotishlar chastotasi;
- onalar va perinatal kasallanish va o'lim statistikasi;
- antenatal homila o'limi holatlarining yo'qligi;
- homiladorlik davrida aniqlanmagan konjenital anomaliyalarning yo'qligi;
- shifoxonadan tashqarida bachadon yorilishi holatlari;
- homiladorlik bilan bog'liq o'rtacha gipertenziya uchun shifokorga murojaat qilmaslik;

- homiladorlikdan keyingi davrda tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilmaslik.

Xotin-qizlar konsultatsiyalari o'rta, oliy va qo'shimcha ta'lim muassasalari, shuningdek, ilmiy tashkilotlar uchun klinik baza bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Ayollar maslahati tarkibiga quyidagilar kiradi:

- reestr;
- akusher-ginekolog kabineti;
- ginekologiya va endokrinologiya kabi sohalarda ixtisoslashgan idoralar;
- amaliyotchi mutaxassislar – terapevt, stomatolog, oftalmolog va boshqalar.
- qo'shimcha bo'limlar, jumladan, operatsiya xonasi, laboratoriya va fizioterapiya xonasi.

kunduzgi tibbiyot markazi;

uyda kasalxonada parvarish qilish;
davolash xonasi;
fizioterapiya xonasi;
rentgen bo'limi;
sterilizatsiya bilan davolash.

1.2. Antenatal klinikalarda homilador ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish tamoyillari

Homilador ayollarni dispanser kuzatuvining asosiy maqsadi homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrlar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holati bilan bog'liq patologiyalarning oldini olish va erta aniqlashdir. 12 haftagacha homiladorlik uchun ro'yxatdan o'tish majburiydir. Bu homiladorlikni davom ettirishning maqsadga muvofiqligi to'g'risida o'z vaqtida qaror qabul qilish, mehnat faoliyatini tashkil etish, perinatal xavf darajasini aniqlash va agar kerak bo'lsa, ayolning sog'lig'ini yaxshilash choralarini ko'rish imkonini beradi. Homilador ayolni ro'yxatga olishda shifokor "Homilador va tug'ruqdagi ayolning shaxsiy kartasini" tuzadi, unda uning pasport ma'lumotlari, batafsil anamnez natijalari, shu jumladan irsiy kasalliklar, somatik va ginekologik patologiyalar, oldingi operatsiyalar to'g'risidagi ma'lumotlar kiradi. , qon quyish va hayz davrining xususiyatlari, jinsiy va reproduktiv funktsiyalar. Har bir tashrif davomida tibbiy ko'rik natijalari yig'iladi. Ushbu ma'lumotlar homiladorlikni muddatga olib borish imkoniyatini, perinatal xavf darajasini aniqlashga va xavf guruhiga qarab monitoring rejasini ishlab chiqishga yordam beradi. Akusher-ginekolog ayolga uning roziligini olgan holda tashriflar chastotasi va tekshiruvlar hajmini tushuntirishi kerak. Oddiy homiladorlik davrida ayollar kamida etti marta akusher-ginekolog va ikki marta umumiy amaliyot shifokori tomonidan birinchi marta antenatal klinikaga birinchi tashrifdan keyin 7-10 kun ichida, ikkinchi marta uchinchi trimestrda tekshiriladi.

Homiladorlikning normal davrida ayollar turli mutaxassislar tomonidan tekshiruvdan o'tadilar:

Akusher-ginekolog bilan kamida etti marta;

Umumiy amaliyot shifokori kabinetida - kamida ikki marta (birinchi tekshiruv antenatal klinikaga birinchi tashrifdan keyin 7-10 kundan kechiktirmay, ikkinchisi - uchinchi trimestrda o'tkazilishi kerak);

Tish shifokorida - kamida uch marta (birinchi tashrif ham antenatal klinikaga birinchi tashrifdan keyin 7-10 kundan kechiktirmay, keyin har trimestrda bo'lishi kerak);

Otorinolarolog va oftalmolog bilan - kamida bir marta (birinchi prenatal tekshiruvdan keyin 7-10 kundan kechiktirmay);

Boshqa mutaxassislar - kerak bo'lganda, bo'g'inlarning holatini hisobga olgan holda.

Dastlabki tekshiruvdan so'ng 7-10 kun ichida test natijalari va shifokorlarning xulosalari berilishi kerak. 20 haftagacha bo'lgan davrda ayollar oyiga bir marta, 20 dan 28 haftagacha - oyiga ikki marta va 28 dan 40 haftagacha - har haftada shifokorlarga tashrif buyurishadi. Agar somatik yoki akusherlik muammolari yuzaga kelsa, tashriflar soni ortadi. Agar bemor keyingi hayz boshlanishidan ikki kun oldin shifokorga murojaat qilmasa, yordam uchun uyga akusher-ginekologni chaqirish kerak. Prenatal parvarish ikki marta majburiydir: ro'yxatga olinganda va tug'ilishdan oldin. Skrining ultratovush tekshiruvi uch marta amalga oshiriladi: 11-14 hafta, 20-22 hafta va homiladorlikning 30-34 xaftaligi.

Skriningga qaratilgan birinchi ultratovush tekshiruvi yuqori darajadagi prenatal diagnostika xizmatlarini ko'rsatadigan muassasada amalga oshiriladi. Homila rivojlanishining mumkin bo'lgan anomaliyalarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvidan tashqari, PAPP-A va erkin b-b-hCG kabi onaning sarum belgilari tahlil qilinadi, bu xromosoma anomaliyalari xavfini kompleks hisoblash imkonini beradi.

Homiladorlikning 20-22 xaftaligida keyinroq paydo bo'lishi mumkin bo'lgan konjenital anomaliyalarni istisno qilish uchun ikkinchi ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi. 30-34 haftalik davrda ultratovush tekshiruvi homilador ayol kuzatilayotgan tibbiy muassasada amalga oshiriladi.

Agar xromosoma anomaliyalari xavfi yuqori bo'lsa yoki rivojlanish nuqsonlari aniqlansa, ayol tibbiy genetik maslahat va invaziv diagnostika uchun yuboriladi. Tashxisni tasdiqlash va homila patologiyalarida homiladorlikni boshqarishga yondashuv bilan bog'liq masalalar ixtisoslashtirilgan kengash tomonidan ko'rib chiqiladi. Tibbiy sabablarga ko'ra homiladorlikni to'xtatish to'g'risidagi qaror ushbu kengash tomonidan ayolning xabardor qilingan roziligidan keyin qabul qilinadi. Agar kerak bo'lsa, 22 haftagacha homiladorlikni to'xtatish ginekologiya bo'limida, keyin esa - akusherlik bo'limida amalga oshiriladi. Agar yangi tug'ilgan chaqaloq operatsiyaga yaroqli nuqsonlarga ega bo'lsa, tug'ilish kechayu-kunduz parvarish qilinadigan shifoxonada amalga oshiriladi.

Rivojlanish anomaliyalari bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqqa respublika hududida zarur tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmasa, homilador ayol tibbiy kengash xulosasiga ko'ra ushbu turdagi yordam ko'rsatish uchun litsenziyaga ega bo'lgan tibbiyot muassasasiga yuboriladi. Homilador ayolni ro'yxatga olishda mutaxassislarning fikriga asoslanib, akusher-ginekolog homiladorlikni 11-12 haftagacha to'xtatish to'g'risida qaror qabul qiladi. Shifokor 22-haftaga qadar ona va homilaning holatini hisobga olgan holda homiladorlikni davom ettirish maqsadga muvofiqligi to'g'risida yakuniy xulosa chiqaradi. Homilador ayollarga tibbiy yordam belgilangan standartlarga muvofiq amalga oshiriladi. Agar reabilitatsiya zarur bo'lsa, ayollarga ixtisoslashtirilgan kurortlarda davolanish taklif etiladi. Akusherlik patologiyasi (abort yoki gestosis kabi) mavjud bo'lganda, davolanish akusherlik-ginekologik shifoxonalarda amalga oshiriladi. Ekstragenital patologiyalar aniqlansa, akusher-ginekolog bilan birgalikda tekshirish va tuzatish amalga oshiriladi. Erta tug'ilish xavfi bo'lgan taqdirda kasalxonaga yotqizish yangi tug'ilgan chaqaloqlarni intensiv terapiya uchun uskunalari bilan jihozlangan shifoxonada amalga oshiriladi. Keng qamrovli diagnostika va tug'ilgan joyni aniqlash homiladorlikning 35-36 xaftaligida amalga oshiriladi.

Akusherlik va ekstragenital kasalliklar mavjudligini, shuningdek, homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlarning yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavflarni hisobga olgan holda, ginekolog homilador ayolni

perinatal konsultatsiya va diagnostika markazlariga yuboradi. Ushbu markazlar ayollarga zarur maslahat va diagnostika yordamini ko'rsatadi:

- og'ir akusherlik va ekstragenital patologiya mavjud bo'lganda (masalan, homiladorlikning birinchi tajribasi 18 yoshga to'lgunga qadar yoki 35 yoshdan keyin bo'lsa, og'ir homiladorlik tarixi, perinatal o'lim, kam yoki yuqori bolalar tug'ilishi, tug'ilish vazni, bachadondagi sikatrik o'zgarishlar, shuningdek, preeklampsi, eklampsi, akusherlik qon ketishi va tos a'zolaridagi operatsiyalar, tug'ma anomaliyalari bolalar tug'ilishi kabi holatlar);

- akusherlik asoratlari (masalan, metabolik kasalliklar bilan kechadigan erta toksikoz, homiladorlik xavfi, gipertenziv kasalliklar, tor tos a'zosi, immun ziddiyatlari, anemiya, platsenta muammolari, ko'p homiladorlik va keng tarqalgan patologiyalar);

- shuningdek, tug'ilishni boshqarish strategiyasini aniqlash va unga joy tanlash maqsadida homila rivojlanishidagi anormalliklarni tashxislash uchun.

1.3. Statsionar akusherlik-ginekologik yordam

Ayollar uchun tug'ruq paytida va undan keyin tibbiy muassasalar toifalarga bo'linadi:

1) Birinchi guruh (past xavf):

- Akusher va ginekologlarning 24 soatlik ishtirokisiz
- reproduktiv tizimdan tashqarida buzilishlar yoki maxsus aralashuvni talab qilmaydigan somatik muammolar bo'lmasa
- Muayyan patologiyalar va asoratlarsiz homiladorlik
- Onaning tos a'zolarining normal parametrlari bilan o'rta kattalikdagi homilaning vertikal ko'rinishi
- bolalarni erta yo'qotish tarixi yo'q (bachadonda, tug'ruq paytida yoki undan keyin)
- Oldingi tug'ilishlarda asoratlar: qon ketishi, chuqur ko'z yoshlari va yangi tug'ilgan chaqaloqning shikastlanishi.

2) Ikkinchi guruh:

- bo'limlari bo'lgan tug'ruqxonalar

- Ayollar va chaqaloqlar uchun reanimatsiya va intensiv terapiya uchun uskunalar

- tumanlararo jihozlar

3) Uchinchi guruh A (yuqori xavf):

- tug'ruq davridagi ayollar uchun intensiv terapiya bo'limi

- ITN bo'limi (yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun intensiv terapiya)

- Chaqaloqlar va erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun patologik bo'lim

- Anesteziologiya va reanimatsiya guruhiga tashrif buyuradigan akusherlik maslahat markazi.

4) Uchinchi B guruhi (ixtisoslashtirilgan):

- yuqori texnologiyali yordam ko'rsatuvchi federal institutlar

- akusherlik va neonatologiyada innovatsion diagnostika usullarini ishlab chiqish va joriy etish

- tibbiy tashkilotlar faoliyatini tashkiliy-uslubiy ta'minlash.

Tug'ruq paytida asoratlarning xavfi yuqori bo'lgan ayollar muntazam ravishda ikkinchi, uchinchi A yoki uchinchi B guruhiga yuboriladi.

Ikkinchi toifadagi ayollar (o'rtacha xavf) quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Qon aylanishining buzilishi bilan birga bo'lmagan mitral qopqoq prolapsasi bo'lgan bemorlar.

2. Nafas olish tizimining barqarorlashgan muammolari bo'lgan ayollar.

3. Fundusning oddiy rasmi bilan 1 va 1-2 darajali miyopi.

4. Buyrak faoliyatiga ta'sir qilmaydigan surunkali pielonefrit.

5. O'tkir bo'lmagan siydik yo'llarining infeksiyalari.

6. Oshqozon-ichak kasalliklari: surunkali gastrit, duodenit, kolit va boshqalar.

7. Muvaffaqiyatli natijalar bilan oldingi homiladorlik (post-term).

8. Katta homilalar bilan homiladorlik.

9. I-II darajali to's suyakining anormal torayishi.

10. Bachadondagi platsenta oldingi.

11. Homiladorlikning 34-36 haftaligida ultratovush tekshiruvi bilan tasdiqlangan platsentaning past joylashishi.

12. Muvaffaqiyatsiz tug'ilish tarixi (shu jumladan o'lik tug'ilganlar).
13. Ko'p homiladorlik.
14. Anamnezda bachadon chandiqlari bilan muammosiz oldingi sezaryen.
15. Bepushtlikni davolash va IVF (in vitro urug'lantirish) dan keyingi homiladorlik.

16. Polihidramnioz.

17. 33-36 xaftada erta tug'ilish.

18. Xomilaning o'sishining kechikishi I-II darajalari.

Uchinchi yuqori xavf guruhiga (HRG) quyidagilar kiradi:

1. Tashishda hech qanday to'siqlarsiz 32 haftagacha erta tug'ilgan ayollar.
2. Plasenta oldingi bosqichda (34-36 hafta).
3. Xomilaning bachadondagi ko'ndalang yoki qiyshiq holati.
4. Homiladorlik davrida preeklampsi va eklampsi rivojlanishi.
5. Homilador ayollarda xolestaz, gepatoz.
6. Kasallik tarixida bachadonda mos kelmaydigan chandiqlar mavjudligida sezaryen.

7. III-IV darajali jinsiy a'zolar va perineal yorilishlarni tiklash bo'yicha operatsiyalardan keyingi homiladorlik.

8. Homila rivojlanishining kechikishi II-III daraja.

9. Homiladorlik davrida immunologik konfliktlar (izoimmunizatsiya).

10. Jarrohlik aralashuvini talab qiladigan homilada tug'ma anomaliyalar.

11. Xomilaning bachadonga tushishi.

12. Amniotik suyuqlikning juda yuqori yoki past darajasi (oligohidramnioz va polihidramnioz).

13. Homiladorlikka ta'sir qiluvchi yurak-qon tomir kasalliklari.

Ushbu qayta ko'rib chiqilgan ro'yxat asl ma'lumotni saqlab qoladi, lekin maksimal matn xilma-xilligi va tushunishni ta'minlash uchun har bir element uchun o'ziga xos so'zlar bilan.

- homiladorlik davrida tromboz, tromboemboliya va tromboflebit;

- o'pka yoki yurak-o'pka etishmovchiligiga olib keladigan nafas olish tizimining kasalliklari;

- biriktiruvchi to'qimalarning diffuz kasalliklari, antifosfolipid sindromi;

- buyrak etishmovchiligi yoki arterial gipertenziya bilan buyrak patologiyalari, shuningdek siydik yo'llarining anomaliyalari, nefrektomiyadan keyingi homiladorlik;

- jigar kasalliklari (toksik gepatit, o'tkir va surunkali gepatit, siroz);

- endokrin kasalliklar (har qanday darajadagi kompensatsiyalangan qandli diabet, hipotiroz yoki gipertiroz belgilari bilan qalqonsimon bez kasalliklari, surunkali buyrak usti etishmovchiligi);

- ko'z kasalliklari (ko'z tubidagi o'zgarishlar bilan yuqori miyopiya, retinal ajralish tarixi, glaukoma);

- qon kasalliklari (gemolitik va aplastik anemiya, og'ir temir tanqisligi anemiyasi, gemoblastozlar, trombositopeniya, fon Villebrand kasalligi, irsiy gemostazning buzilishi);

- asab tizimining kasalliklari (epilepsiya, ko'p skleroz, serebrovaskulyar avariylar, ishemik va gemorragik insultlardan keyingi holatlar);

- miyasteniyaga og'ir;

- homiladorlik davrida aniqlangan neoplazmlar yoki ularning joylashuvidan qat'i nazar, xavf ostida bo'lganlar;

- qon tomir anomaliyalari va anevrizmalari;

- bosh, orqa yoki to'ng'ri qo'llarining shikastlanishi tarixi.

Uchinchi guruh B AC (yuqori xavf) homilador ayollarga qaratilgan:

- majburiy shartlarni o'z ichiga olgan uchinchi A guruh akusherlik shifoxonalarida kasalxonaga yotqizish shartlari: gen injeneriyasi usullari bilan yaratilgan kimyoterapevtik, ekstrakorporeal, biologik, sitogenetik, molekulyar genetik va immunogenetik korreksiya usullaridan foydalangan holda kompleks davolashni talab qiluvchi;

- normal tushish;

- platsenta yetishmovchiligi;

- 34 haftagacha bo'lgan preeklampsi;
- homila jarrohligidan foydalangan holda kompleks davolashni talab qiladigan homila sharoitlari, shu jumladan qon tomirlarining lazer koagulyatsiyasi, homila qonini intrauterin quyish va boshqa ponksiyon usullari.

- rekonstruktiv plastik jarrohlik yordamida organlarni saqlash operatsiyalarini talab qiladigan homilador ayollarda bachadon miomasi, tuxumdonning yaxshi o'smalari va jinsiy a'zolarining boshqa o'sma kasalliklari.

Sanitariya-epidemiologiya me'yorlari asosida homilador ayollar va tug'ruq davridagi ayollar tug'ruqxona muassasalariga o'tkaziladi. Fiziologik tug'ilishdan so'ng, ayolning tibbiy muassasada 3 dan 5 kungacha bo'lishi tavsiya etiladi. Tug'ilishdan oldin va keyin bemorlarga tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi buyuriladi. Tug'ilgan ayollar tug'ruqdan keyin tug'ruqdan keyingi davrda keyingi kuzatuv uchun yashash joyidagi tug'ruqxonaga yuboriladi.

Tug'ruqxona (bo'lim) - homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda ayollarga, shuningdek yangi tug'ilgan chaqaloqlarga belgilangan hajmda yordam ko'rsatadigan mustaqil tibbiy tashkilot yoki bo'lim.

Tug'ruqxonaning asosiy vazifalariga quyidagilar kiradi: statsionar akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatish; zamonaviy perinatal texnologiyalarni joriy etish; reproduktiv tizim kasalliklarining oldini olish va davolash; homiladorlikni sun'iy tugatishda yordam ko'rsatish va bemorlarni ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamga yuborish; sanitariya-gigiyena sharoitlarini tashkil etish; tibbiy xizmatlar sifatini baholash; OIVga qarshi antiretrovirus profilaktikasini amalga oshirish. Tug'ruqxona ta'lim va ilmiy muassasalar uchun klinik baza bo'lib ham xizmat qilishi mumkin.

Tug'ruqxona uchun tavsiya etilgan sxema quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- qabul bo'limi;
- akusherlik shifoxonasi;

Homiladorlik patologiyasi bo'limi;

tug'ruqxonalar;

manipulyatsiya xonasi;

davolash xonasi;

- fiziologik akusherlik bo'limi:
kuzatuv maydonchasi;
antenatal bo'lim;
tug'ruq bo'limi (alohida xonalar);
- operatsion blok:
operatsiyadan oldingi xonalar;
operatsiya xonasi;
protseduralar uchun material;
- tug'ruqdan keyingi bo'lim:
ona va bola uchun uy-joy sharoitlari;
manipulyatsiya xonasi;
davolash xonasi;
- Akusherlik va ginekologiya kafedrasi:
kuzatuv maydonchasi;
Homiladorlik patologiyasi bo'limi;
antenatal bo'lim;
tug'ruqxona;
- operatsion blok:
operatsiyadan oldingi xonalar;
operatsiya xonasi;
protseduralar uchun material;
- yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'limlar;
izolyator (Meltzer qutisi);
- anesteziologiya va reanimatsiya bo'limi;
- neonatologiya bo'limlari;
- ginekologiya bo'limi;
- klinik diagnostika laboratoriyasi;
- funksional diagnostika xonasi;
- fizioterapiya xonasi;
- rentgen xonasi;

- markazlashtirilgan sterilizatsiya bo'limi;
- qo'llab-quvvatlash xizmatlariga ega ma'muriy birlik.

Tug'ruqxona binolarining tuzilishi sog'lom homilador ayollarni, tug'ruqdagi ayollarni, tug'ruq bilan shug'ullanadigan ayollarni va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni kasallardan ajratishni, sanitariya-epidemiya rejimi qoidalariga qat'iy rioya qilishni, kasallarni izolyasiyasini ta'minlashi kerak.

Akusherlik shifoxonasi yiliga ikki marta muntazam dezinfeksiya qilish uchun, shu jumladan kosmetik ta'mirlash uchun bir marta yopiladi. Qarindoshlar tomonidan shifoxonaga tashrif buyurish va tug'ruqda qatnashish faqat tegishli shartlar bajarilgan taqdirda ruxsat etiladi.

Nozokomial infeksiyani oldini olish bilan bog'liq holda akusherlik shifoxonalari faoliyatini ta'minlaydigan asosiy tartib 1997 yil 26 noyabrdagi 345-sonli "Akusherlik shifoxonalarida nozokomial infeksiyalarning oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida" gi buyrug'idir (buyruqlar tahririda).

Ushbu buyruq quyidagilarni tartibga soladi: akusherlik shifoxonalarida profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish va amalga oshirish, akusherlik shifoxonalarining tarkibiy bo'linmalarini saqlash qoidalari; tug'ruq paytida yoki operatsiyani bajarishda choyshabni yuvish, poyabzal bilan ishlash, tibbiyot xodimlarining qo'llari, operatsiya maydoni; tibbiy mahsulotlarni dezinfeksiya qilish va sterilizatsiya qilish; shifoxona ichi infeksiyalari epidemiologik kuzatuvini tashkil etish va o'tkazish.

Birinchi fiziologik bo'lim

Qabul qilish va kiritish birligi (RIU)

PPBning fiziologik va ekspertiza bo'limlari uchun alohida tekshirish xonalari ajratilgan. Bu xonalarning har birida ayollar qabulxonasi, hojatxona, dush va lavabo mavjud. Agar tug'ruqxonada ginekologik bo'lim mavjud bo'lsa, unda alohida qabul qilish va nazorat qilish zonasi ham bo'lishi kerak.

Qabul qilish va tekshirish xonalarini tozalash shartlari kuniga ikki marta yuvish vositalaridan foydalangan holda har kuni nam tozalashni talab qiladi va

kuniga bir marta dezinfeksiya tadbirlarini o'tkazish kerak. Tozalashdan keyin 30-60 daqiqa davomida bakteritsid lampalarni faollashtirish kerak.

Homilador ayol yoki tug'ruq vaqtidagi ayol kutish xonasiga kiradi, ustki kiyimini echib, filtrga kiradi. Anamnez va tekshiruv natijalariga ko'ra, filtrdagi shifokor bemorni qaerga yuborish kerakligini aniqlaydi. Bu vaqtda akusher uning harorati va qon bosimini o'lchaydi.

Fizioterapiya bo'limi homilador ayollarni infektsiya belgilarisiz qabul qiladi. INFEKTSION xavfi ixtisoslashgan shifoxonalarda kasalxonaga yotqizishni nazarda tutadi. Kasalxonaga yotqizish to'g'risida qaror qabul qilingandan so'ng, akusher ma'lumotlarni jurnalga yozib qo'yadi va tarixning pasport qismini to'ldiradi.

Keyinchalik batafsil tekshiruvlar va tahlillar o'tkaziladi. Zarur bo'lganda, sanitariya muolajalari amalga oshiriladi, shundan so'ng ayolga steril to'plam beriladi va tegishli bo'limga yuboriladi.

Sog'lom ayollarni tekshirishdan oldin va keyin shifokorlar va doylar qo'llarini hojatxona sovuni bilan yuvishlari kerak. Agar infektsiya mavjud bo'lsa yoki II bo'limga muvofiq tekshiruv o'tkazilsa, qo'llar maxsus eritmalar bilan dezinfektsiyalanadi. Har bir uchrashuvdan so'ng ayollar asboblari, mebellar, sanitariya joylari va dushlarni dezinfektsiyalashadi.

Antenatal va tug'ruq bo'limlari alohida binolar sifatida taqdim etilishi mumkin; bu holda sanitariya tartib-qoidalarini hisobga olgan holda ularning ishini tashkil qilish kerak. Prenatal parvarish markazlashtirilgan kislorod va oksid tizimlari, og'riq qoldiruvchi uskunalari, yurak monitorlari va ultratovush apparatlarini o'z ichiga oladi.

Prenatal davrda sanitariya talablari kuzatiladi: xonadagi harorat $+18^{\circ}\text{C} + 20^{\circ}\text{C}$ oralig'ida bo'lishi kerak; Muntazam tozalash kuniga ikki marta yuvish vositalari bilan va kuniga bir marta dezinfektsiyali eritmalar bilan amalga oshiriladi. Tug'ilgan har bir ayolga alohida to'shak ajratiladi, u faqat tug'ilishdan oldin yopiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq bo'limga o'tkazilgandan so'ng, cho'yshab o'zgartiriladi va sirt dezinfektsiyalanadi. Tug'ish paytida ayol har ikki soatda shifokor nazorati ostida bo'lib, uning umumiy holatini, pulsini, qon bosimini va boshqa ko'rsatkichlarini

qayd etadi. Tug'ish paytida analjeziya turli mutaxassislar tomonidan ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi. Vaginal tekshiruvlar aseptik texnikaga rioya qilgan holda muntazam ravishda amalga oshiriladi. Reanimatsiya bo'limida homilador ayollar va tug'ruq paytida asoratlari bo'lgan ayollar davolanadi.

Tug'ruqxona xonalari yaxshi yoritilgan, etarlicha keng bo'lishi va anesteziya uskunalari, zarur dori-darmonlar va eritmalar, tug'ruq uskunalari, choyshablar, hojatxonalar va neonatal intensiv terapiya bo'limi bilan jihozlangan bo'lishi kerak. Zaldagi harorat $+20^{\circ}\text{C}$ dan $+22^{\circ}\text{C}$ gacha o'zgarishi kerak. Tug'ish paytida akusher-ginekolog va neonatologning mavjudligi talab qilinadi. Akusher-ginekolog normal etkazib berishni amalga oshiradi, patologiyalar va sezaryen bo'limlari esa boshqa akusher-ginekolog tomonidan amalga oshiriladi.

Tug'ilish boshlanishidan oldin akusher qo'llarini yaxshilab yuvib, steril xalat, niqob va qo'lqop kiyadi, jarrohlik paytida bo'lgani kabi individual etkazib berish sumkasidan foydalanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar kino bilan qoplangan steril, isitiladigan patnisa joylashtiriladi. Kindik ichakni qayta davolashda shifokor yana qo'llarini dezinfektsiya qiladi.

Tug'ilish va uning natijalari haqidagi barcha ma'lumotlar maxsus jurnallarda qayd etiladi. Tug'ilgandan so'ng, barcha asboblari va materiallar dezinfektsiya qilinadi va bir martalik narsalar maxsus idishlarga tashlanadi. Tug'ruqxona xonalari har uch kunda bir marta dezinfektsiyalovchi vositalar yordamida tozalanadi. Kichik jarrohlik xonalari akusherlik yordami uchun, asosiylari esa jiddiyroq jarrohlik aralashuvlar uchun ishlatiladi. Oddiy tug'ilgandan so'ng, ona va yangi tug'ilgan chaqaloq tug'ruqxonada ikki soat qoladi, keyin ular birgalikda qolish uchun postnatal bo'limga o'tkaziladi.

Tug'ruqdan keyingi davr

Postnatal dam olish xonalari etarlicha keng bo'lishi kerak, 3-4 to'shak. Binodagi harorat $+18^{\circ}\text{C}$ + 20°C oralig'ida saqlanishi kerak. Yangi tug'ilgan bo'limlar vaqti-vaqti bilan, har 3 kunda bir martadan ko'p bo'lmagan holda to'ldiriladi. Onaning yotoq raqami bolaning yotoq raqamiga mos kelishi kerak. Palatalar ertalab va kechqurun nam usul yordamida tozalanadi va dezinfektsiya yangi

tug'ilgan chaqaloqlarni uchinchi oziqlantirishdan keyin amalga oshiriladi. Har bir nam tozalashdan keyin bakteritsid lampalar yarim soat davomida yoqiladi.

Tug'ilgandan keyin kontratsepsiya va oilani rejalashtirish masalalari tibbiy va ijtimoiy nuqtai nazardan katta ahamiyatga ega. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, tug'ilish va keyingi homiladorlik o'rtasida ikki yildan ko'proq vaqt o'tishi kerak, aks holda ona va chaqaloq uchun asoratlar xavfi ortadi. Ba'zi mamlakatlarda tug'ruqdan keyingi kontratsepsiya vositalari kam qo'llaniladi, ayollarning to'rtidan bir qismi tug'ilgandan keyin bir yil ichida abort qilishni xohlaydi.

Postnatal parvarish xodimlari muntazam ravishda qo'llarini sovun bilan yuvadilar va kerak bo'lganda dezinfektsiyali eritmalardan foydalanadilar. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni II bo'limga o'tkazgandan so'ng yoki barcha bolalar bo'shatilgandan so'ng, dezinfeksiya yakuniy tadbirlarga o'xshash tarzda amalga oshiriladi.

Agar infeksiya belgilari aniqlansa, ona va bolani darhol ikkinchi akusherlik bo'limiga o'tkazish kerak.

II bo'lim homilador ayollar, tug'ruq bosqichidagi ayollar va tug'ruqxonadan bemorlarni quyidagi hollarda qabul qiladi:

Isitma (tana harorati $37,6^{\circ}\text{S}$ va undan yuqori, aniq klinik ko'rinishlarsiz aniq alomatlar).

Uzoq muddatli suvsiz davr, kasalxonaga yotqizishdan oldin 12 yoki undan ortiq soat davomida amniotik suyuqlikning oqishi.

Yuqumli kasalliklar, shu jumladan buyraklar va siydik yo'llarining yallig'lanish jarayonlari; boshqa yallig'lanishlar (pnevmoniya, otit va boshqalar); o'tkir respiratorli infeksiyalar; teri infeksiyalari; genital tizim kasalliklari (kolpit, servitsit, kondilomalar); intrafetal va/yoki intranatal infeksiya xavfi yuqori bo'lgan va xodimlarga tibbiy xavf tug'diradigan infeksiyalar (OIV, sifilis, virusli gepatit va boshqalar).

Homilador ayollar patologiyasi bo'limi

Patologiya bo'limi 100 kishidan ziyod o'rinli tug'ruqxonalarda tashkil etilgan. Homilador ayollar 1-akusherlik bo'limining tekshiruv xonasi orqali patologiya

bo'limiga kirishadi. Ayniqsa xavfli infeksiyalar mavjud bo'lsa, homilador ayollar yuqumli kasalliklar shifoxonalarining tegishli bo'limlariga yotqiziladi, u erda ular akusher-ginekolog tomonidan nazorat qilinadi. Homilador ayollar ekstragenital kasalliklar (yurak-qon tomir tizimi, buyrak, jigar, endokrin tizim va boshqalar) va akusherlik patologiyasi bilan (gestosis, tushish, platsenta etishmovchiligi, homilaning anormal holati, tos suyagi torayishi va boshqalar). Kafedrada akusher-ginekolog, terapevt, oftalmolog, nevropatolog ishlaydi. Bo'limda odatda yurak monitorlari bilan jihozlangan funksional diagnostika xonasi, ultratovush apparati, tekshiruv xonasi va davolash xonasi mavjud. Homilador ayollarning sog'lig'i yaxshilansa, ular uyga yuboriladi. Tug'ilish boshlanishi bilan tug'ruqdagi ayollar tegishli tug'ruq bo'limlariga o'tkaziladi. Hozirgi vaqtda sanatoriy tipidagi patologiya bo'limi yaratilmoqda.

Ekstragenital kasalliklarga chalingan homilador ayollarga malakali yordam ko'rsatish uchun klinik shifoxonalar bazasidagi tug'ruq bo'limlari ma'lum profil (yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyraklar, yuqumli kasalliklar va boshqalar) bo'yicha ishlaydi.

1.4.Akusherlik shifoxonalarida shifoxona ichi infeksiyalarni epidemiologik nazoratini tashkil etish va o'tkazish bo'yicha ko'rsatmalar

Kasalxonada yotish paytida va / yoki kasalxonadan chiqqandan keyin 7 kun ichida (maksimal inkubatsiya davri) paydo bo'lgan chaqaloqlarda yiringli yallig'lanish kasalliklari akusherlik kasalxonasi hisoblanadi.

O'tgan yillardagidek, umumiy tuzilmada tug'ruqxonalarda uchraydigan yiringli-septik infeksiyalar (PSI) birinchi o'rinni egallaydi va kasalxonada yuqadigan infeksiyalarning umumiy ro'yxatga olingan holatlarining 45 foizini tashkil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va tug'ruqdagi onalar o'rtasida yuzaga keladigan GSI uchun rasmiy ro'yxatdan o'tish talab qilinadi, ular birinchi navbatda bakterial meningit, sepsis, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda osteomiyelit kabi og'ir bakterial infeksiyalarni, shuningdek, tug'ruqdagi onalarda peritonit, sepsis va endometritni o'z ichiga oladi.

Akusherlik muassasasining ish sharoitida shuni hisobga olish kerakki, shifoxona ichidagi infektsiyalarning patogenlarining aksariyati tananing o'ziga xos bo'lmagan himoya kuchlarining pasayishi fonida o'z xususiyatlarini namoyon qiluvchi opportunistik mikroorganizmlardir. Ushbu fonda yangi tug'ilgan chaqaloqlar va tug'ruqdagi ayollar orasida xavf guruhlarini aniqlash muhimdir.

Kasalxona infektsiyalarining tarqalishiga patogenlarning xilma-xilligi (300 dan ortiq turlar), atrof-muhitning noqulay omillariga, jumladan ultrabinafsha nurlanishiga, quritishga va dori vositalariga chidamliligiga yuqori darajada chidamli kasalxona shtammlarining shakllanishi yordam beradi.

Tug'ilgan ayollar orasida xavf guruhlariga, birinchi navbatda, surunkali somatik va yuqumli kasalliklar, genitoüriner tizim kasalliklari, murakkab akusherlik-ginekologik tarixga ega (oldingi homiladorlikdagi yuqumli asoratlar, odatiy abort va boshqalar), qon ketishi bilan og'rigan ayollar kiradi. tug'ruqdan keyingi davr va boshqalar. Bundan tashqari, so'nggi paytlarda ayollar konsultatsiyasiga hech qachon tashrif buyurmagan ayollarning tug'ruqxonaga yotqizilgan holatlari tez-tez uchrab turadi, ya'ni. akusherlik tarixi ma'lumotlariga ega bo'lmaganlar.

Yuqoridagi muassasalarda qayd etilgan kasalliklarning umumiy sonining 0,2-0,3 foizini o'choqlar tashkil etishiga qaramay, keyingi yillarda ham kasallik o'choqlari kamaygani yo'q. Shunday qilib, 1997 yilda tug'ruqxonalarda 9 ta yuqumli kasallik qayd etilgan bo'lib, ularda 93 nafar yangi tug'ilgan chaqaloq va tug'ruqdagi ayollar jabrlangan, ulardan biri o'lim bilan yakunlangan. 1998-yil boshidan buyon mamlakatdagi tug'ruqxonalarda yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'rtasida 5 ta yiringli-septik infeksiya o'chog'i qayd etilgan.

Tug'ruqxonalardagi kasallanishning tahlili shuni ko'rsatadiki, guruh kasalliklarining sabablari, birinchi navbatda, xodimlar tomonidan sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi rejimlarni buzish, yuqumli kasallik belgilari bilan kasallangan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni 2-bosqich kasalxonalariga o'z vaqtida o'tkazmaslik bilan bog'liq. hamshiralik, salmonellyoz uchun tekshiruvlarning yo'qligi, ayniqsa noqulay sharoitlarda ayollarning mehnatga qabul qilinishidan

oldin. INFEKTSION manbai shuningdek, masalan, o'tkir respiratorli infeksiya belgilari bilan ishlaydigan xodimlar bo'lishi mumkin, bu ko'pincha faqat epidemiologik tekshiruv paytida aniqlanadi. Hozirgi vaqtda asboblarni qayta ishlash va sterilizatsiya qilish qoidalarini buzish holatlari kamroq qayd etiladi.

Issiq suv ta'minoti to'xtatilganda yoki kanalizatsiya va suv ta'minoti tarmoqlaridagi baxtsiz hodisalar paytida tug'ruqxonalarning ishlashi qabul qilinishi mumkin emas. Bunday favqulodda vaziyatlar yangi tug'ilgan chaqaloqlar va tug'ruqdagi onalar, shuningdek xodimlar o'rtasida infeksiyaning tarqalishi uchun sharoit yaratadi.

Tug'ruqxonaning barcha bo'limlarining muvofiqlashtirilgan ishisiz kasalxona ichidagi infeksiyalarning oldini olish mumkin emas. Strukturaviy bo'linmalarda ona sutini yig'ish va saqlash xonasi alohida o'rin tutadi, bu erda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning hayoti xodimlarning aniq ishiga bog'liq. Noto'g'ri ishlov berish, texnologiyani buzgan holda sut formulalarini tayyorlash tufayli ona sutining infeksiyasi bolalarda og'ir infeksiyani rivojlanishiga olib kelishi mumkin, chunki ona suti va formulasi bemorlardan, atrof-muhit ob'ektlaridan va xodimlardan ko'pincha ajratilgan opportunistik (stafilokokklar, enterobakteriyalar, klebsiellalar) va patogen (shigilla, salmonellalar, rotaviruslar) guruhiga kiruvchi mikroorganizmlarning rivojlanishi uchun qulay muhitdir. guruh kasallanishining paydo bo'lishi davrida. Ushbu mikroorganizmlarning ko'pchiligi shifoxona shtammlarining xususiyatlarini oldi, ya'ni. ko'plab antibiotiklar va dezinfektsiyalash vositalariga qarshilik ko'rsatadigan va kasalxona sharoitida yashashga yaxshi moslashgan patogenlar.

Hozirda aytishimiz mumkinki, bu ish amalga oshirishning dastlabki bosqichida. Bundan tashqari, buyruqda xodimlarga qo'l bilan munosabatda bo'lish masalasiga alohida e'tibor qaratilgan. Har qanday profildagi davolash-profilaktika muassasalari ishi bilan bog'liq deyarli barcha hujjatlarda qo'llarni tozalash masalasi yoritilgandek tuyuldi. Ammo bu chora bugun ham o'z ahamiyatini yo'qotgani yo'q. Ko'plab kuzatishlar va tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, xodimlar ushbu eng muhim protseduraga etarlicha e'tibor bermaydilar. Ular bilan ishlagandan keyin qo'lingizni

yuvish kontaminatsiyaga olib keladi. Ushbu oddiy qoidalarga qat'iy rioya qilish tug'ruq va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ayollarda muayyan asoratlarni rivojlanishiga sezilarli darajada to'sqinlik qiladi.

So'nggi yillarda kadrlar yetishmovchiligi tufayli mamlakatimizdagi ko'pchilik tug'ruqxonalarda akusherka va hamshira vazifalarini birlashtirish amaliyoti shakllangan. Bunday sharoitda akusheraning funktsional majburiyatlarida nazarda tutilgan ma'lum manipulyatsiyalarni bajarish uchun belgilangan soatlarda palatalarni va boshqa xonalarni yuvish mumkin emas.

Shuni alohida ta'kidlashni istardimki, shifoxona infeksiyalari muammosi dunyoning barcha mamlakatlarida mavjud bo'lgan muammodir. Kasalxonani, hatto eng so'nggi texnologiyalar bilan jihozlangan shifoxonani ham tasavvur qilib bo'lmaydi, bunda kasalxonada yuqadigan infeksiyalar sodir bo'lmaydi. Shuning uchun ham shifokorlar, ham o'rta bo'g'in tibbiyot xodimlarining vazifasi tibbiy yordam ko'rsatish jarayonini kasalxona ichidagi infeksiyalarning rivojlanishini minimallashtiradigan tarzda tashkil etishdan iborat. Bu, ayniqsa, aholining eng zaif qatlamlari joylashgan akusherlik va bolalar shifoxonalari uchun to'g'ri keladi.

a) tashkiliy faoliyat. Akusherlik shifoxonalarida nozokomial infeksiyalarga qarshi kurashish va oldini olish chora-tadbirlari tizimi izchil takomillashtirilmoqda. Tashkiliy chora-tadbirlar ishlab chiqilib, optimallashtirilmoqda. Kasalxona ichidagi infeksiyalar profilaktikasi bo'yicha komissiyalar tashkil etish, shifoxona ichidagi infeksiyalar bo'yicha epidemiologik nazoratni tashkil etish, tug'ruqxonalar xodimlari tarkibiga epidemiologni kiritish, akusherlik va perinatal yordam ko'rsatishning yangi texnologiyalarini joriy etish shular jumlasidandir. Nozokomial infeksiyalarning oldini olish komissiyasi tug'ruqxonalar hayotining ajralmas qismiga aylandi. U profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkil etish va amalga oshirishni muvofiqlashtirish, ilgari ishlab chiqilgan harakat dasturini amalga oshirish natijalarini tahlil qilish, asosiy manipulyatsiyalar va protseduralar uchun yangi xavfsiz algoritmlarni joriy etishga ko'maklashish uchun mo'ljallangan. Har bir tug'ruqxonada epidemiolog (shifoxona epidemiologi) lavozimi mavjud. Uning faoliyatiga quyidagilar kiradi: kasalxona ichidagi infeksiyalar holatlarini faol

aniqlash, ularning paydo bo'lish sabablarini o'rganish, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni ishlab chiqish, amalga oshirish va monitoring qilish, tahliliy tadbirlar. Barcha ishlar bo'lim boshliqlari bilan birgalikda olib boriladi. Kasalxona epidemiologi ish rejasini tuzadi, u kasalxona ichidagi infeksiyalarning oldini olish bo'yicha komissiya tomonidan tasdiqlanadi.

Tug'ruqxonalarda epidemiologik nazorat tizimi oqilona profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirish uchun "platforma" sifatida ishlashi kerak. b) Profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlar. Mamlakatimizda kasalxona ichidagi infeksiyalarga qarshi kurashish va oldini olish chora-tadbirlari tizimi izchil takomillashtirilmoqda. Ilgari amalda bo'lgan bir qator qoidalar tubdan qayta ko'rib chiqildi.

Tug'ruqxonalarda tibbiyot xodimlarini oltin stafilokokklar tashilishi bo'yicha rejali ko'rikdan o'tkazish va aniqlangan tashuvchilarni davolash nafaqat samarasiz va qisqa muddatli samarani ta'minlovchi, balki zararli ham bo'lgan chora sifatida bekor qilindi. Tashuvchilarning sanitariyasi burun shilliq qavatining normal biotsenozining buzilishiga, patogenlarning evolyutsiya tezligining tezlashishiga va burun shilliq qavatining *Proteus spp.*, *Serratia spp.* tomonidan kolonizatsiya boshlanishiga olib keldi. va odatda boshqa tabiiy biotoplarda yashaydigan boshqa mikroorganizmlar.

*Staphylococcus aureus*ni tashish va tashuvchilarni davolash uchun xodimlarni skrining qilish faqat o'ta og'ir epidemiologik vaziyatlarda amalga oshiriladi. Atrof-muhit ob'ektlarini sanitariya-bakteriologik tadqiqotlar ko'lamini qisqartirish va davlat tashqi rejali nazoratini cheklash maqsadga muvofiqligi isbotlangan.

Tashqi va ichki nazorat paytida e'tiborni quyidagilarga qaratish tavsiya etiladi:

- sterilizatsiya, steril materialni tanlab tekshirish;
- in'ektsiya uchun suyuq dozalash shakllari, shilliq pardalarni davolash va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning terisini parvarish qilish, muassasa dorixonasi tomonidan tayyorlangan ichimlik eritmalari;
- chaqaloq formulalari, shuningdek, erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun inkubatorlar;

- tug'ish uchun individual to'plamlar;
- yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birlamchi (takroriy) davolash uchun to'plamlar va materiallar.

Sanitariya va bakteriologik tadqiqotlarni faqat epidemiologik vaziyat murakkablashsa, kengaytirish tavsiya etiladi. Tug'ruqxonaga yotqizilgandan so'ng homilador ayollarni fiziologik yoki kuzatuv bo'limiga yuborish to'g'risida qaror qabul qilinadi. Agar tug'ruqxona "ona-bola" tamoyili bo'yicha ishlarni tashkil etishga to'liq o'tgan bo'lsa va har bir yangi tug'ilgan chaqaloq va ona alohida xonaga joylashtirilsa, kuzatuv bo'limiga ehtiyoj qolmaydi. Akusherlik shifoxonalarida JSST tomonidan tavsiya etilgan va mamlakatimizda samaradorligi isbotlangan oilaga yo'naltirilgan tug'ish texnologiyalari joriy etilishi kerak.

Tug'ish paytida er yoki boshqa qarindoshlarning bo'lish ehtimoli ayollarda ijobiy psixologik kayfiyatni yaratadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqni onaning oshqozoniga "teridan teriga" qo'yish va yangi tug'ilgan chaqaloqni ko'kragiga erta biriktirish (tug'ilgandan keyin 30 min - 1 soat) bolaning ichaklari, terisi va shilliq qavatlarining kolonizatsiyasini ta'minlashga qaratilgan. mikroorganizmlarning shifoxona shtammlari emas, balki ona tomonidan chiqariladi.

Butun dunyoda va Rossiyada emizish va bepul oziqlantirishga (bolaning talabiga binoan ovqatlanish) katta e'tibor beriladi. Vujudga sutning kichik dozalarini takroriy qabul qilish yangi tug'ilgan chaqaloqning trofik ehtiyojlarini ta'minlaydi. Blenoreya va boshqa infeksiyalarning oldini olish uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ko'zlarini davolash uchun kumush nitratning 1% eritmasidan foydalanish afzalroqdir tetratsiklin va eritromitsin malhami yoki 20% albucid eritmasi (natriy sulfatsil) individual qadoqlashda. Kasalxonalarda ona va bolani birga saqlash siyosati juda muhim.

Mamlakatimizda tug'ruqxonalar, perinatal markazlar qurilishi davom etmoqda. Ikkinchisi tug'ruqxonadan (bo'lim) ayollar konsultatsiyasi, ginekologiya bo'limi va neonatal patologiya bo'limi (hamshiralikning ikkinchi bosqichi) mavjudligi bilan farq qiladi.

Tug'ruqxonalar tug'ruqdan keyingi bo'limda ona va bolani birga joylashtirish uchun "ona-bola" tamoyili bo'yicha qayta tuzilmoqda. Bir xonada ikkita ona va yangi tug'ilgan chaqaloqni joylashtirishga ruxsat beriladi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 12 parametrga ko'ra, ona va bolaning birgalikda bo'lishi tug'ruqxonadagi odatiy ish tizimidan ustunlikka ega: mikroorganizmlarning kasalxona shtammlarining aylanish intensivligi pasayadi va biotoplarning kolonizatsiyasi kamayadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasalxonada emas, balki onaning virusli shtammlari bilan sodir bo'ladi. Ona-bola juftligini o'rganayotganda, 2/3 hollarda onaning burni va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ichaklaridan fenotipik jihatdan o'xshash bakteriyalar ajratiladi. Agar ona burunning oldingi qismlarida *Staphylococcus aureus* ni olib yursa, bolaning kolonizatsiyasi ehtimoli 10 barobar yoki undan ko'proq oshadi.

Atrof-muhitning sanitariya-gigiyena holati yaxshilanmoqda; ona va bola juftligi o'rtasidagi yaqin aloqa ularning boshqa bemorlardan ajratilishiga olib keladi va tibbiyot xodimlari bilan aloqani biroz kamaytiradi, ona bolaga g'amxo'rlik qilishni o'rganadi va hokazo. Asosiysi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda HAI bilan kasallanish 2-3,5 ga kamayadi. marta alohida qoladi ona va bola bilan solishtirganda. Yangi tug'ilgan chaqaloq va onaning erta bo'shatilishiga (3-4-kuni) nozokomial infektsiyalar tarqalishini kamaytirishga yordam beradi.

Bo'shatish BCG profilaktikasidan 2 soat o'tgach, 3-kuni oqlanadi. Kasalxonada qolishning har bir qo'shimcha kuni nozokomial infektsiyani rivojlanish xavfini oshiradi. Ko'pgina xorijiy mamlakatlarda yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayotning 2 yoki 3-kunida chiqariladi.

Tug'ruqxonada o'tkaziladigan vaqtni qisqartirish jarayonida shifoxona o'rnini bosuvchi texnologiyalarga - yangi tug'ilgan chaqaloqlar va onalarga uyda parvarish qilish ko'proq e'tibor qaratish lozim. Bolalar poliklinikalari tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshirilayotgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni nazorat qilish tizimi o'nlab yillar davomida faoliyat ko'rsatib kelayotgan va yaxshi yo'lga qo'yilgan bo'lsa, bir qator joylarda tug'ruqxona klinikalari xodimlari tomonidan onalar

homiyligi qoniqarli emas. Natijada, yiringli jarrohlik bo'limida jarrohlik aralashuvni talab qiladigan mastitning paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ruqxonalarda profilaktika choralari ham quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- xavf guruhlariga immunomodulyatorlarni (bifidumbakterin va boshqalar) yuborish. Ko'pincha ular tug'ruqxonada boshlanadi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish bosqichida yoki bolalar shifoxonasida (boshqa davolash usullari bilan birgalikda) davom ettiriladi. Bifidumbakterin normal ichak biotsenozini tiklaydi, bu odatda odamlarda ichak mikroflorasining 80-85% ni tashkil qiladi: bifidumbakterin vitaminlar hosil bo'lish, fermentatsiya, yo'g'on ichakda mikroelementlarning so'rilishini rag'batlantiradi va bir qator opportunistik mikroorganizmlarning antagonisti hisoblanadi. .

Xavfli guruhlariga mansub bolalarda normal ichak biotsenozining jadal shakllanishi organizmning o'ziga xos bo'lmagan himoya kuchlarini oshirishga yordam beradi va shifoxona ichidagi infeksiyalar bilan kasallanishni 2-2,5 marta kamaytiradi; • kasal bolalarni neonatal patologiya bo'limiga o'z vaqtida o'tkazish; tug'ruqxonada yangi tug'ilgan chaqaloqlarga antibiotiklarni buyurish kontrendikedir; • yangi tug'ilgan chaqaloqlarni gepatit B va sil kasalligining oldini olish uchun emlash. Gepatit B oldini olish uchun immunizatsiya dunyodagi eng yaxshi vaktsinalardan biri bilan amalga oshiriladi - gepatit B virusining HBsAg sirtidan genetik muhandislik tomonidan olingan subunit vaktsina; Vaktsina areaktogen, yuqori immunogen xususiyatga ega va uch marta (0-1 oy - 3 oy) kiritilganda kamida 5 yil, ko'pincha 7-8 yilgacha ishonchli immunitetni ta'minlaydi.

Silga qarshi emlash emlanganlarda kamroq ishonchli immunitet hosil qiladi, ammo infeksiyaning umumiy shakllaridan, shu jumladan, o'lim darajasi yuqori bo'lgan tuberkulyoz meningitdan himoya qiladi; • in'ektsiya protseduralari va kateterizatsiya standartlariga muvofiqligi (tomir va siydik kateterlarini kiritish, genitouriya tizimi bilan bog'liq invaziv muolajalarni bajarish va boshqalar), bu yaxshi asoslanishi kerak. JSST ma'lumotlari va bizning kuzatishlarimizga ko'ra, invaziv muolajalarning taxminan 30 foizi keraksizdir. Tegishli xavfsizlik choralarisiz invaziv muolajalar va qon quyish kasalxonada yuqadigan infeksiyalarni

keltirib chiqarishi mumkin. Klinik muolajalar, ayniqsa intensiv terapiya, nozokomial infektsiyalarga olib kelishi va onaning ahvolini sezilarli darajada og'irlashtirishi mumkin.

Tug'ruqxonalarda sanitariya-gigiyena talablariga, turli tuzilmaviy bo'limlarning binolarini tozalash rejimi, chastotasi va turlariga rioya qilish ayniqsa muhimdir. Har bir jihoz kuniga ikki marta yuvish va dezinfektsiyalash vositalaridan foydalangan holda nam tozalashdan o'tkaziladi.

Tibbiyot xodimlarining qo'l gigienasi juda muhim va quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- kirlarni tozalash va mikroorganizmlar sonini kamaytirish uchun qo'llarni sovun va suv bilan yuvish;
- mikroblar sonini xavfsiz darajaga kamaytirish uchun qo'llarni teri antiseptiklari bilan davolash.

Teri antiseptiklarini, ayniqsa spirtli jellarni qo'llash bemorlarda infektsiya ehtimolini keskin kamaytiradi. Mahalliy ishlab chiqarilgan "Sanitell" va "Delasept-gel" alkogolli gellari aniq bakteritsid va fungitsid ta'sirga ega, yaxshi so'riladi, quruq teriga olib kelmaydi va yoqimli hidga ega. OIV bilan kasallangan homilador ayollarni, shuningdek, gepatit B, C, sifilis bilan kasallangan homilador ayollarni tug'ish ixtisoslashtirilgan yoki umumiy tug'ruqxonalarda amalga oshirilishi mumkin. Bunday holda, tug'ilish maxsus ajratilgan xonada (qutida) amalga oshiriladi, bu erda ona va bola bo'shatilgunga qadar qoladi. OIV bilan kasallangan bemorlar va ularning yangi tug'ilgan chaqaloqlari uchun bo'limlarda (bo'limlarda) yordam ko'rsatishda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar gepatit B bilan kasallangan bemorlar bilan ishlash rejimi turiga muvofiq amalga oshiriladi.

Operatsiyalar va manipulyatsiyalar davomida bir martalik asboblari va tibbiy buyumlar qo'llaniladi. Ular yo'q bo'lganda, qayta ishlatiladigan asboblari parenteral gepatitning oldini olish uchun belgilangan rejimga muvofiq dezinfektsiya qilinadi, keyin sterilizatsiya qilinadi.

Xodimlar shaxsiy xavfsizlik choralariga rioya qilishlari kerak (barcha manipulyatsiyalar qo'lqop bilan amalga oshiriladi, tug'ilish himoya ko'zoynaklari

yoki ekranlari yordamida amalga oshiriladi). Biz SP 3.1.2485-09 "Tibbiyot tashkilotlarining jarrohlik profilidagi kasalxonalarda (bo'limlarda) nozokomial infektsiyalarning oldini olish" (2009) sanitariya-epidemiologiya qoidalarida belgilangan OIV infektsiyasining favqulodda oldini olish bo'yicha tavsiyalarni taqdim etamiz.

Ushbu qoidalarining 4-ilovasida "OIV infektsiyasining favqulodda profilaktikasi" bo'yicha tavsiyalar mavjud. OIV infektsiyasining favqulodda oldini olish uchun 2-3 ta antiretrovirus preparatni qo'llash tavsiya etiladi. OIV testi 3-6-12 oydan keyin amalga oshiriladi. Favqulodda vaziyatlarning oldini olish o'z vaqtida boshlangan bo'lsa, bu juda samarali. Tug'ruqxonada epidemiologik nuqtai nazardan xavfli bo'lgan tibbiy chiqindilarni yig'ish, qadoqlash, vaqtincha saqlash va tashishda asosiy sanitariya qoidalariga diqqat bilan rioya qilish muhimdir.

Profilaktik chora-tadbirlar kompleksining asosiy yo'nalishi shifokorlar, o'rta va kichik tibbiyot xodimlarini bemorlarda (ona, yangi tug'ilgan chaqaloq) va tibbiyot xodimlarida kasalxona ichidagi infektsiyalarning oldini olish masalalari bo'yicha uzluksiz kasbiy tayyorgarlik tizimini tashkil etishdan iborat. Bunday holda, tayyorlashning turli shakllari va usullaridan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

1.5.Akusherlik shifoxonasining asosiy ko'rsatkichlari

Bugungi kunda demografik vaziyat inqiroz deb ta'riflanadi. Ushbu inqirozning oqibati mamlakat aholisining depopulyatsiyasi bo'lib, uning soni so'nggi yillarda tobora ortib bormoqda: tug'ilish halokatli darajada kamaymoqda, kattalar va bolalarning sog'lig'i yomonlashmoqda, aholining o'rtacha umr ko'rish davomiyligi tez pasayib bormoqda.

Endilikda ichki siyosat, oila, onalik va bolalikni muhofaza qilishning ustuvor yo'nalishlari belgilab olindi. Quyidagi xalqaro huquqiy hujjatlar tan olingan va ratifikatsiya qilingan: Inson huquqlari to'g'risidagi konventsiya, Bola huquqlari to'g'risidagi konventsiya, ayollarga nisbatan kamsitishning barcha shakllariga barham berish to'g'risidagi konventsiya. Konstitutsiya, "Ta'lim to'g'risida", "Sog'liqni saqlash to'g'risida"gi qonun hujjatlari asoslari, "Bolali oilalarga davlat yordami to'g'risida"gi qonunlarning qabul qilinishi bilan ayollar, oilalar va

bolalarning ahvolini yaxshilashga davlat ta'sirining huquqiy maydoni mustahkamlandi. .

Zamonaviy sharoitda jamiyatdagi eng kam himoyalangan demografik guruhni ayollar guruhi deb hisoblash mumkin. Jamiyatning o'zgarishi bilan bog'liq salbiy jarayonlar ayollarning ahvolini murakkablashtirmoqda, xususan, ularning mehnat bozoridagi mavqeini yomonlashtirmoqda. Oxirgi 30 yil ichida ayollarning umumiy ish kuchidagi ulushi 50 foizdan oshdi. Biroq, mehnat bozorini shakllantirish jarayonida ayollarga nisbatan kamsitish tendentsiyalari kuchayadi va ularning raqobatbardoshlik darajasi pasayadi. Ishni yo'qotish xavfi ortadi, ish xavfsizligi pasayadi, ishga joylashish, kasbiy o'sish, malaka oshirish va qayta tayyorlash imkoniyatlari kamayadi, bu reproduktiv funktsiyani bajarish bilan bog'liq bo'lgan mehnatni muhofaza qilish va imtiyozlarning maxsus shaklini yaratish zarurligiga sabab bo'ladi. . Ushbu imtiyozlar va imtiyozlar nafaqat tug'ruqdan oldingi va tug'ruqdan keyingi davrlarga, yangi tug'ilgan chaqaloqqa g'amxo'rlik qilish davriga, balki ularning oqibatlaridan qat'i nazar, har bir tug'ilgandan keyin ayollar salomatligini tiklash va mustahkamlashga ham taalluqli bo'lishi kerak.

So'nggi yillarda perinatologiya etakchi yo'nalishga aylandi. Bu boradagi ilmiy yutuqlar, xususan: tubdan yangi perinatal diagnostika va davolash texnologiyalari, farmakologik vositalarning keng assortimentini yaratish akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning samarali shakllarini yaratish imkonini beradi.

Homiladorlik, tug'ish, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi, perinatal patologiya va o'lim asoratlarning oldini olish akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning ustuvor vazifalari, sog'liqni saqlash tizimi faoliyatining asosiy me'yoriy-huquqiy hujjatlarida o'z aksini topgan. onalik va bolalik masalalari bo'yicha ish olib boradi.

Chaqaloqlar o'limi tarkibida hayotning birinchi haftalaridagi o'limning asosiy sabablari perinatal davrda yuzaga keladigan sharoitlar va tug'ma rivojlanish anomaliyalari bo'lib qolmoqda, shuning uchun chaqaloqlar o'limini kamaytirish uchun bolalar o'limini joriy etishni davom ettirish kerak. prenatal diagnostika va davolashning ilg'or texnologiyalarini qo'llash.

Aholi salomatligi davlatning eng katta boyligidir. Sog‘lom ona va bola – davlat mustahkamligi garovidir. Avlodlar davomiyligining asosiy kafolati aynan ayoldir. Ayolning salomatligi va u dunyoga keltirayotgan farzandlari avlodlar farovonligini ta‘minlaydi. Shunday ekan, ayol va bola davlat hokimiyati va butun jamiyatning diqqat markazida bo‘lishi kerak. Sog‘lom va baxtli onalikni ta‘minlab, yurt taraqqiyoti va farovonligini ta‘minlaymiz.

II BOB. AKUSHERLIK GINEKOLOGIYADA DEONTOLOGIYA MASALALARI

Akusherlik tibbiyotning eng qadimgi sohasidir. Ko'p asrlar davomida xulq-atvor normalari ishlab chiqilgan bo'lib, ular bir tomondan shifokor va homilador ayol, tug'ruq paytida, tug'ilgan ayol, bemor o'rtasidagi munosabatlarni belgilab bergan va aniqlamoqda. , va uning qarindoshlari, boshqa tomondan. Ular yozma risolalarda qayd etilgan, shuningdek, avloddan-avlodga og'zaki o'tgan. Ularning hayot tomonidan qayta-qayta sinovdan o'tganlari qadriyatlar shakliga ega bo'lib, ularning buzilishi qoralanadi. Bularga, masalan, ona, bola va ularning qarindoshlari manfaatlarining ustunligi tamoyili kiradi. Zamonaviy jamiyatda akusherlik va ginekologiya sohasidagi munosabatlar normalari qonuniy ravishda mustahkamlangan.

Akusherlik va ginekologiyada tibbiy deontologiya o'ziga xos xususiyatlari ayol bemorlarning axloqiy kechinmalarining o'ziga xos xususiyatlari bilan bevosita bog'liq. Axloqiy va ijtimoiy xarakterdagi bir qator muammolar yuzaga keladigan ginekologik amaliyot tibbiyot xodimlaridan yuqori axloqiy va axloqiy madaniyatni talab qiladi.

Ginekologik tekshiruv vaqtida ayollarda kamtarlikning namoyon bo'lishi mutlaqo tabiiydir va bu axloqiy hodisaga munosib hurmat bilan munosabatda bo'lish kerak. Bemorlar bilan yaxshi aloqa o'rnatish uchun suhbat va tekshiruv vaqtida xushmuomalalik va ehtiyotkorlik zarur. Shifokorning xushmuomalaligi suhbat davomida olingan ma'lumotlarga o'zini tutish va xotirjam munosabatda bo'lishni anglatadi. Manipulyatsiyani amalga oshirayotganda, hamshira ginekologga yordam berishi muhim, ayniqsa shifokor erkak bo'lsa.

Akusherlik va ginekologiya amaliyotida muhim vazifa homiladorlik qo'rquvini engish bilan bog'liq. Yosh ayollarga ayollarning tabiiy maqsadi va onalikning qadriyatini eslatib turish kerak. Kontratseptiv vositalardan foydalanishning mumkin bo'lgan salbiy ta'sirini tushuntirish va kontratseptiv tabletkalarni qabul qilishdan kelib chiqadigan nojo'ya ta'sirlar (ko'ngil aynishi, ishtahani yo'qotish, og'izda

yoqimsiz ta'm, istalmagan kilogramm ortishi va boshqalar) haqida ogohlantirish kerak.

Homiladorlik va tug'ish ayolning hayotidagi eng muhim voqealardan biridir. Kontsepsiya vaqtida kelajakdagi bolaning taqdiri haqida xavotirlar paydo bo'ladi: u sog'lom bo'ladimi, uning jismoniy va aqliy rivojlanishida biron bir anomaliya paydo bo'ladimi va hokazo. Homiladorlikning oxiriga kelib, yaqinlashib kelayotgan tug'ilish bilan bog'liq tashvish (og'riq qo'rquvi, qo'rquv) paydo bo'ladi. turli xil asoratlardan o'lim, mumkin bo'lgan perineal yorilish qo'rquvi va boshqalar). Homiladorlikning borishi ko'plab omillarga bog'liq: ayolning shaxsiy xususiyatlari, ijtimoiy mavqei, oilaviy munosabatlari, ijtimoiy-maishiy sharoitlari va boshqalar, bu haqda antenatal klinikada shifokor va hamshira ma'lum bir tushunchaga ega bo'lishi va ular bilan muloqot qilishda e'tiborga olishi kerak. bemorlar.

Tibbiyot xodimlari va homilador ayol o'rtasidagi axloqiy munosabatlarning asosi quyidagilardan iborat: yordam ko'rsatish va bemorga g'amxo'rlik va qiziqish ko'rsatishga tayyorlik;

- homilador ayolning qadriyat yo'nalishlarini, uning hayotni idrok etishini hurmat qilish; ijobiy tendentsiyalarni ta'kidlab, boshqa qarashlarni qabul qilish, xatti-harakatlarning istalmagan yoki salbiy shakllarini tushunish qobiliyati;

- empatiya qilish qobiliyati, ya'ni. o'zingizni homilador ayolning o'rniga qo'yish qobiliyati, chunki empatiya ishonchli munosabatlarni o'rnatish uchun juda muhimdir;

- bemorning aytganlarini tinglash va diqqatni jamlash qobiliyati.

Muloqot odob-axloq qoidalariga quyidagilar kiradi:

- 1) e'tiborni o'zingizdan gapirayotgan bemorga qaratish, suhbat davomida uni savollar, sharhlar, izohlar bilan to'xtatmaslik, balki sabr bilan tinglash, pauza yoki bayonotning oxirini kutish qobiliyati;

- 2) chalg'ituvchi omillarni yo'q qilish: qo'ng'iroqlar, boshqa odamlar, shovqin, ish, har qanday narsalar (qalam, qog'oz) bilan harakatlar, chunki diqqatni gapiradigan bemorga qaratish kerak;

3) bemorga ochiq nigoh (lekin tikilib emas), bu unga o'zining muhimligini va aytgani muhimligini tushunishga imkon beradi;

4) bemor so'zlarining asosiy ma'nosini, uning his-tuyg'ularini va his-tuyg'ularini tushunish istagi va hukm qilishga shoshilmaslik (shoshilinch xulosalar noto'g'ri va hatto xavfli bo'lishi mumkin);

5) odam nima haqida gapirishdan qochayotganini tushunish zarurati: ko'pincha bu erda og'riqli muammo yotadi;

6) shifokorga ishonchni qozonishga to'sqinlik qiluvchi hissiy reaksiyalarni (hayratlanish, g'azab, qayg'u) ko'rsatmaslikka harakat qilish.

Doya, hamshira yoki shifokor homilador ayolning his-tuyg'ularini hisobga olishlari kerak. Bu nizolar, norozilik va xodimlarning e'tiborsizligida ayblovlarning oldini olish uchun juda muhimdir.

Ginekologning birinchi uchrashuvda yo'l qo'yadigan odatiy xatosi bu shifokorga: "Sizni abort qilish uchun yuborilganmi?" - homiladorlik aniqlangandan keyin ayolning ahvoli va niyatlari haqida dastlabki suhbatsiz. Ko'p sonli homilador ayollar va tug'ruqdagi ayollar bilan suhbatlardan ma'lum bo'lishicha, homiladorlikning tasdiqlanishi bilan bog'liq quvonch ginekologning qabuli paytida ushbu masala bo'yicha xotiralar bilan qoplanadi.

Har bir ayol, homiladorlik faktini aniqlashning dastlabki daqiqalaridan boshlab, homiladorlik va homiladorlikni o'tkazishda yordam beradigan do'stona, manfaatdor yordamga muhtoj.

Doyaga eng qimmatli narsa – odamlarning hayoti, salomatligi, farovonligi, birgina emas, ikkitasi, jumladan, uning bo'lajak farzandi ishonib topshirilgan. Bu ikki tomonlama mas'uliyat yuklaydi. Doya nafaqat bemor, balki uning qarindoshlari, shuningdek, davlat oldida javobgardir. Bemorning manfaatlari birinchi o'rinda ekanligini tushunish muhimdir.

Davolashning muvaffaqiyati asosan bemorlarga hamshiralik parvarishining shakli va sifati bilan belgilanadi. Hamshira nafaqat tibbiy muolajalar va manipulyatsiyalarni samarali bajarishi, balki uning xulq-atvorining axloqiy va axloqiy me'yorlariga rioya qilishi ham muhimdir.

Befarq, iztirob chekayotgan odamga hamdard bo'lishga qodir bo'lmagan muvozanatsiz odamlarni tibbiyot muassasalarida ishlashga yo'l qo'ymaslik kerak. Hamshira har doim sabrli, do'stona va bemorlarning har qanday so'rovlariga diqqatli bo'lishi kerak. Sezuvchanlik, ma'naviy qo'llab-quvvatlash va iliqlik bemorlarga dori-darmonlardan kam emas, balki ko'proq kerak.

Ma'lumki, so'zlar davolanishga yordam berishi mumkin, ammo ular bemorlarning ahvolini yomonlashtirishi mumkin. Bemorlar oldida kasallikning og'irligi haqida gapirganda, ayniqsa ehtiyot bo'lish kerak. Hamshira bemorlarni davolab bo'lmaydigan kasallik mavjudligi yoki operatsiyadan keyin kutilayotgan asoratlar haqida xabardor qilish mumkin emasligini yodda tutishi kerak.

Aksincha, biz ularni kasallikning ijobiy natijasiga ishontirishga harakat qilishimiz kerak. Bemorlar bilan muloqot qilishda hamshira psixolog bo'lishi va har bir bemor bilan individual muloqot usulini belgilashi kerak va hech qanday holatda u bemorlar bilan bahslashmasligi yoki ziddiyatli vaziyatlar yaratmasligi kerak. Hamshiraning xulq-atvori unga nisbatan hurmatni uyg'otishi, bemorlarda u hamma narsani bilishi va hamma narsaga qodirligiga ishonch hosil qilishi, sog'lig'i va hayotini unga ishonishi mumkin.

Akusherlik va ginekologiya xizmatida ishlaydigan hamshira ko'pincha ayolning shaxsiy hayotining eng samimiy tomonlarini aniqlash zaruriyatiga duch keladi. Bunday vaziyatlarda siz o'zingizga nisbatan qattiqqo'l bo'lishingiz va bema'nilik va behuda qiziqishga yo'l qo'ymasligingiz kerak. Bemorlarning shaxsiy muammolari tibbiyot xodimlari o'rtasida muhokama mavzusiga aylanmasligiga ishonch hosil qilishlari kerak.

Muhim vaziyatlarda, bemorning ahvoli to'satdan yomonlashganda, hamshira aniq va ishonchli harakat qilishi kerak. Nima bo'lishidan qat'iy nazar, bemorlar tibbiy xodimlarning xatti-harakatlarida vahima yoki tartibsizlikni ko'rmasliklari kerak.

Hamshira har doim shifokorning ko'rsatmalariga qat'iy rioya qilishi va nafaqat dori-darmonlarning dozasi va muolajalar davomiyligiga, balki manipulyatsiyalar

ketma-ketligi va vaqtiga ham qat'iy rioya qilishi kerak. Bemorni laboratoriya va instrumental tekshiruvlarga tayyorlashda hamshira:

- bemorga tayinlangan tekshiruv va uning diagnostik ahamiyatini aniq tushunish;
- bemorga tadqiqotning ahamiyatini tushuntira olish va uning davomiyligi haqida ogohlantira olish;
- bemorni tekshiruvga psixologik jihatdan tayyorlash;
- tekshiruvga metodik jihatdan to'g'ri va tezkor tayyorgarlik ko'rish yoki bemorni bunga o'rgatish.

Hamshira akusherlik shifoxonasida bemorlarning ruhiy holatining o'ziga xos xususiyatlarini, ba'zi patologik holatlarning kuchayishi ehtimolini (masalan, homiladorlikning toksikozi, homiladorlikni muddatidan oldin tugatish tahdidi) hisobga olishi kerak.

Shu munosabat bilan, himoya rejimi qoidalariga diqqat bilan rioya qilish kerak: baland ovozda suhbatlar, oziq-ovqat tarqatishda shovqin, binolarni tozalash va hokazolarni istisno qiling.

Homiladorlik davrida akusherlik yoki ekstragenital patologiyasi bo'lgan ayollar har qanday noxush yangiliklardan himoyalangan bo'lishi kerak. Salbiy his-tuyg'ular toksikoz, gipertenziya va yurak etishmovchiligining keskin kuchayishiga olib kelishi mumkin.

Bemorlar bilan muloqot qilishdan tashqari, hamshiralar ko'pincha qarindoshlari va yaqinlari bilan muloqot qilishlari kerak. Bemorda og'ir yoki davolab bo'lmaydigan kasallik mavjudligi haqida ular bilan gaplashganda, maksimal darajada xushmuomalalik va ehtiyotkorlik bilan harakat qilish kerak. Hamshira shuni esda tutishi kerakki, bunday turdagi ma'lumotlar bemorning qarindoshlariga faqat shifokorning ruxsati bilan etkazilishi mumkin. Siz telefon orqali jiddiy, qayg'uli xabar bermasligingiz kerak, yaqinlaringizdan kasalxonaga shaxsan kelishlarini so'rash yaxshidir.

Axloqiy va axloqiy fazilatlariga qo'yiladigan yuqoridagi talablar bilan bir qatorda hamshiraning tashqi ko'rinishiga ham katta ahamiyat beriladi. Toza, aqlli

hamshira bemorga ishonch uyg'otadi, uning huzurida u o'zini xotirjam va ishonchli his qiladi. Va aksincha, kiyimdagi tartibsizlik va iflos xalat bemorni hamshiraning kasbiy malakasiga, uning aniq, toza va ozoda ishlash qobiliyatiga shubha qiladi.

Hamshira ishga kelsa, u toza, dazmollangan xalatni almashtiradi va yurish paytida shovqin qilmaydigan, tozalash oson bo'lgan poyabzal kiyadi. Sochni qopqoq bilan yopadi. Qo'l tirnoqlari qisqa kesilishi kerak va jilolanmasligi kerak.

2.1. SHifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlarning zamonaviy modellari

Dunyoda rivojlangan mamlakatlar tibbiy-pedagogik paradigmlarida shifokor deontologiyasi va axloqiga bag'ishlangan ko'plab xalqaro huquqiy-me'yoriy hujjatlar qabul qilingan. "Jeneva qasamyodi", "Tibbiy axloqning xalqaro kodeksi", "Xelsinki-Tokio deklaratsiyasi", "Sidney deklaratsiyasi", "Tibbiy ta'lim bo'yicha Jahon Federatsiyasining Edinburg Deklaratsiyasi" shular jumlasiga kiradi. Ularda birinchidan, jamiyat tomonidan belgilangan, kasbiy maqsadlarga erishish uchun odamlar ongida umumiy baho imperativ intilishlarining ifodasi mavjud; ikkinchidan, qadriyatlar va qiymat yo'nalishlari dunyo sub'ekti tomonidan aks ettirilgan shaxsiy ma'nolar tizimini o'z ichiga oladi.

Ushbu model doirasida bemor shifokor tomonidan tuzatilishi kerak bo'lgan shikastlangan mexanizm sifatida qabul qilinadi, ya'ni bemorning shaxsiyati hisobga olinmaydi. Shifokor ma'lum jismoniy ta'sirlardan foydalanib, insonning fiziologik mexanizmini muvozanat holatiga qaytarishga harakat qiladi.

Muhandislik modeli inson tanasi hayotining tabiiy mexanizmlari haqidagi ob'ektiv ilmiy bilimlarni qo'llashning amaliy sohasi sifatida tibbiy faoliyat kontseptsiyasiga asoslanadi. Taxminlarga ko'ra, bu bilim betaraf qiymatga ega va shuning uchun davolanishni tanlash shifokorning shaxsiy imtiyozlari va manfaatlariga bog'liq emas. Bemorning farovonligi ham ob'ektiv belgilar majmuasi orqali aniqlanadi: biokimyoviy ko'rsatkichlar, qon bosimi qiymatlari, gaz almashinuvi va boshqalar.

Ushbu modelda davolanish natijasi uchun mas'uliyat shifokor va bemorga tengdir. Bunday shifokordan ma'naviy yordam va yordam kuta olmaysiz, chunki asosiy muammo bemorning tanasidagi muammolarni tuzatishdir. Bemorlar

ko'pincha bunday shifokor haqida shikoyat qiladilar, uning hurmatsiz munosabati va kasbiy qobiliyatsizligi sabab bo'ladi. Biroq, bemor bilan munosabatlarning texnik modelini qurgan shifokorni savodsiz yoki ma'naviyatsiz deb atash mumkin emas, u odatda olingan bilimlarni amalda juda aniq ishlatadi va faqat texnik funktsiyalarni bajaradi.

Shifokor faqat ob'ektiv bilimga asoslanganligi sababli, uning tanloviga o'zining sub'ektiv imtiyozlari va manfaatlari ta'sir qilmaydi. Shuning uchun shifokorning hukmron hokimiyati bemor uchun foydali deb hisoblanadi.

Muhandislik modeli mafkurasini tanqid qilish, uni davolashning asosiy, asosiy modeliga aylantirish bilan bog'liq bo'lgan darajada asosli va adolatli. Tibbiyot amaliyotining zamonaviy axloqiy me'yori shifokorning bemorga bo'lgan munosabati shaxssiz bo'lmasligi va unga hurmat ko'rsatishni talab qilishni qat'iy belgilaydi.

Bemorlar va shifokorlar uchun qaysi munosabatlar modeli eng maqbul ekanligini aniqlash uchun so'rov o'tkazildi. So'rov natijalari shuni ko'rsatdiki, respondentlarning ikki guruhi uchun munosabatlarning kollegial modeli ustun bo'ldi, chunki bu modelda ikki tomon o'rtasida ishonchli munosabatlar o'rnatiladi, bemor o'z kasalligi, davolash usullari haqida ko'proq ma'lumot olishi mumkin. shuningdek, ma'naviy qo'llab-quvvatlash. Ushbu model tufayli shifokor bemordan ishonchliroq ma'lumot oladi va davolanish ongli ravishda amalga oshirilishiga ishonch hosil qilishi mumkin va shifokorning barcha ko'rsatmalariga rioya qilinishini kafolatlaydi.

Bemorlarga afzal ko'rgan yana bir model shartnoma modeli edi. Uning tanlovi shifokor va bemor o'zaro hurmatga asoslangan munosabatlarni o'rnatishi bilan bog'liq. Bemor tashxis to'g'risida to'liq ma'lumot oladi, unga eng mos davolash usulini tanlash huquqini oladi, aloqada bo'lganlar o'rtasida so'zsiz shartnoma tuziladi, bu uni amalga oshirishga majbur qiladi, shifokor va bemorning natijalari uchun teng javobgar bo'ladi. davolash.

Shifokorlar uchun paternalistik model ikkinchi o'rinni egalladi. Ushbu model bemorning tuzalishi uchun to'liq mas'uliyatni shifokorga o'tkazishni nazarda tutadi, shifokor davolash usullari va usullari to'g'risida qaror qabul qilish huquqiga ham ega,

shuningdek, bemor tomonidan mustahkam vakolat va katta hurmatga ega. Tibbiy xizmatlardan foydalanuvchilar orasida ushbu modelni tanlash, ularning sog'lig'i bo'yicha hech qanday qaror qabul qilishning hojati yo'qligi, shifokor ularni bundan ozod qilishi, ular tushunishlari, kasalliklaridan xabardor bo'lishlari shart emasligi bilan bog'liq. bemorni hissiy zarbalardan xalos qiladi.

Tibbiy vakillar tomonidan shartnoma modelini tanlash mas'uliyatni taqsimlash shifokor va bemor o'rtasida sodir bo'lishi bilan bog'liq. Bunday munosabatlar o'zaro majburiyatlarga va o'zaro manfaatlarga asoslanadi, ya'ni shifokor xizmat ko'rsatadi, bemor esa undan foydalanadi.

Texnik model hech qanday bemor tomonidan tanlanmagan, chunki u shifokor va bemor o'rtasidagi aloqani yo'q qiladi, bu esa bemorning davolanishi haqida noto'g'ri qaror qabul qilishiga olib kelishi mumkin, ya'ni noto'g'ri tushunish tufayli jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Bu erda bemorning shaxsiyati hisobga olinmaydi, bu har bir bemorga umumiy yondashuvni ko'rsatadi. Shifokorlar tomonidan ushbu o'zaro ta'sir usuliga ustunlik beriladi. Buning sababi shundaki, tibbiyot xodimlari har bir bemorga ajratilgan individual vaqtни qisqartirish, ya'ni ish vaqtida qabul qilingan bemorlar sonini ko'paytirish imkoniyatiga ega.

Shifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlarning to'g'ri modelini tanlash davolanishning eng muhim bosqichidir. Men taqdim etgan har bir model muayyan holatda ideal bo'lishi mumkin, ammo boshqasi uchun mutlaqo yaroqsiz bo'lishi mumkin, hatto o'zaro ta'sir xuddi shu bemor bilan sodir bo'lsa ham. Modelni tanlash bemorning ahvoli va unga kerak bo'lgan yordamning tabiati bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Shifokorlar va bemorlar hamkorlik qilishlari va shubhalarini baham ko'rishlari, haqiqatni aytishlari kerak. Hatto eng zamonaviy texnologiyalar ham shifokor va bemor o'rtasidagi muvaffaqiyatli o'zaro munosabatlarning o'rnini bosa olmaydi. Faqat ishonchli munosabat va professionallik davolanishning ijobiy natijasini ta'minlaydi.

Shifokor va bemor o'rtasidagi o'zaro munosabatlarni optimallashtirish, shuningdek, bemorning davolanish jarayonidan qoniqishini oshirish uchun

quyidagilar zarur: bemorni tavsiya etilgan davolash usullari va vositalari to'g'risida xabardor qilish, bemorning huquqlarini amalga oshirishni ta'minlash; bemor bilan keyingi aloqalar orqali kasallikning dinamikasini kuzatib borish.

Ko'rib chiqilgan munosabatlar modellariga asoslanib, mening fikrimcha, eng universal model kollegialdir, chunki bu erda shifokor va bemor o'rtasidagi tenglik printsipli ustunlik qiladi. Ushbu model intellektual mehnat sharoitlariga va xodimlarning sezilarli harakat erkinligiga eng mos keladi. Kollegial modelning muvaffaqiyati xodimlar o'rtasida sheriklik tuyg'usini faol rivojlantirishga bog'liq.

2.2. Akusherlik va ginekologiyada tibbiy deontologiyaning xususiyatlari.

Akusherlik va ginekologiyada tibbiy deontologiya quyidagi omillar bilan belgilanadi:

akusherlik va ginekologiyada tibbiy faoliyat muqarrar ravishda bemorning hayotining intim sohasiga aralashuv bilan bog'liq;

tug'ish bilan bog'liq sog'liq muammolarining o'ta muhimligi;

homilador ayolning beqaror ruhiy salomatligi (oilada homiladorlikka munosabati, homilador ayolning shaxsiyati, oldingi homiladorlikning natijasi, ijtimoiy omillar va boshqalar), tug'ilishdan oldin tashvishning kuchayishi (bo'lajak azob-uqubatlardan qo'rqish, tug'ish natijalari va boshqalar).), tug'ruqdagi ayollarning xatti-harakatlarining buzilishi, vaziyatni noto'g'ri baholash (emotsional jihatdan beqaror bemorlarda og'riqqa chidamlilik), tug'ruqdan keyingi davrda depressiya rivojlanishining yuqori ehtimoli.

Akusherlik va ginekologik tibbiy yordam ko'rsatishda intim-jinsiy, psixologik, ijtimoiy va axloqiy xarakterdagi ko'plab muammolar paydo bo'ladi, bu esa tibbiyot xodimlarining ishini sezilarli darajada murakkablashtiradi. Bemorlar bilan yaxshi aloqa o'rnatish uchun suhbat va tekshiruv vaqtida xushmuomalalik va ehtiyotkorlik zarur.

Ayol bilan aloqada bo'lgan birinchi daqiqalardan boshlab, tibbiyot xodimlari uning hissiy holatini to'g'ri baholashlari, tegishli takti saqlashlari, ehtiyotkorlik va mehribon bo'lishlari, ochiqlikni rag'batlantirishlari kerak. Ayollarning reproduktiv tizimining holati va reproduktiv funktsiyaga oid prognozlarga oid bayonotlar

berishda tibbiyot mutaxassisleri ayniqsa ehtiyot bo'lishlari kerak.

Agar ayol eriga "ayol" sog'lig'ining holati haqida xabar berishni zarur deb hisoblamasa, shifokor bunday holatlarga aralashmasligi kerak.

Davolab bo'lmaydigan kasalliklarni davolash paytida tibbiyot xodimlari bemorning kasallikning muvaffaqiyatli natijasiga ishonchini qo'llab-quvvatlashi va bemorning o'zi qayd etgan eng kichik ijobiy alomatda paydo bo'lgan yaxshilanishni taklif qilish uchun hamma narsani qilishlari kerak.

Tibbiyot xodimi bepushtlik bilan og'rigan ayollarga nisbatan ehtiyotkor va xushmuomala bo'lishi kerak (birlamchi bepushtlik, homiladorlik, oldingi tug'ilishdagi patologiya va boshqalar).

Farzandlarni bepusht er-xotinlar tomonidan farzandlikka olishda farzandlikka olish sirini oshkor qilish, farzand asrab oluvchilarga haqiqiy ota-onalar haqida ma'lumot berish va aksincha, haqiqiy ota-onaga bolani qabul qilgan oila haqida ma'lumot berish tibbiy sirni buzish hisoblanadi. Agar ikkinchi turmush qurgan ayol erining birinchi nikohda oldingi homiladorliklari haqida bilishini istamasa, shifokor eri bilan suhbat davomida bunday ma'lumotlarni oshkor qilmasligi kerak.

Maxfiylikni saqlashning muhim sharti jamoada to'g'ri tarbiyaviy ishdir. Ma'lumki, ko'pincha tibbiy sirni shifokorlar emas, balki shifoxona va poliklinikalarning hamshiralar, enagalar va boshqa xodimlari oshkor qiladilar, shuning uchun tegishli ishlarni olib borish, bemorning qarindoshlari, tanishlari yoki qo'shnilariga keraksiz xabar berishga urinishlarning oldini oladi. palata tibbiy maxfiylikni saqlashga yordam beradi.

Har bir ayol o'ziga xos xususiyatlarga ega, shu jumladan reproduktiv salomatlik bilan bog'liq. Ko'p ayollar hayz paytida qorin bo'shlig'ida, pastki orqa qismida og'riqli og'riqlar va jinsiy a'zolar hududida noqulaylik his qilishadi. Ko'tarilgan asabiylashish va kuchlanish kuzatilishi mumkin. Qizlarda uzoq davom etgan psixogeniya ta'sirida ba'zi ginekologik kasalliklar paydo bo'lishi mumkin (dismenoreya, bachadondan qon ketish, premenstrüel sindrom). Jiddiy psixologik travma ayollarda amenoreya sabab bo'lishi mumkin. Menopauzaning tabiiy boshlanishi ko'pincha ayollarda keksalikning boshlanishi, ayollik, jozibadorlik va

turmush qurish qobiliyatini yo'qotish qo'rquviga sabab bo'ladi.

Yuqorida qayd etilgan xususiyatlar bilan etarlicha tanish bo'lgan tibbiyot xodimlari bemorlar bilan ishlashda ushbu bilimlardan muvaffaqiyatli foydalanishlari mumkin. Bunday holda, to'g'ri xushmuomalalik, ochiqlik uchun qulay bo'lgan ehtiyotkorlik va mehribon munosabat kuzatilishi kerak. Ko'pincha ayollar hamshiralarga shifokorlarga aytmagan narsalarni aytadilar. Ochiq suhbat davomida olingan ma'lumotlar aniqroq tashxis qo'yish va tegishli davolanishni tanlashga yordam beradi.

Jiddiy operatsiyalardan oldin ayol bilan keng ko'lamli psixoterapevtik ish olib borilishi kerak (kesariy kesish, bachadonni amputatsiya qilish, tuxumdonni olib tashlash va boshqalar). Ayolning shaxsiy xususiyatlarini va uning oilasi va nikoh munosabatlarining tabiatini baholash kerak. Bemor bilan bo'lajak operatsiya haqida gaplashish juda muhim, bu jarrohlik aralashuvning mohiyatini tushuntirish va ijobiy natijaga ishonchni uyg'otish kerak.

Homiladorlik va tug'ish ayolning hayotida yuzaga keladigan eng dolzarb psixologik muammolardan biridir. Homiladorlik davridagi ruhiy buzilishlar, birinchi navbatda, ayolning shaxsiy xususiyatlariga, ijtimoiy-maishiy sharoitga va boshqa omillarga bog'liq bo'lib, ular haqida antenatal klinikaning shifokori va hamshirasi ma'lum bir fikrga ega bo'lishi va bunday ayollarni darhol shifokor bilan maslahatlashishga yuborishi kerak. psixoterapevt.

Ayolning psixologik kechinmalari, ayniqsa, u nikohdan tashqari munosabatlardan homilador bo'lganida (xurofotlar, bolani otasiz tarbiyalash muammosi va boshqalar) murakkablashadi.

III BOB. TUG'RUQ YO'LLARI (AYOLLARNING CHANOG'I, MUSHAKLAR VA TOS SUYAGI ASOSLARI).

3.1. Ayol tos suyagi

Ayolning tos suyaklarining tuzilishi akusherlikda katta ahamiyatga ega, chunki tos suyagi homila harakatlanadigan tug'ilish kanali bo'lib xizmat qiladi. Tos suyagi to'rtta suyakdan iborat: ikkita tos suyagi, sakrum va koksiks.

Tos (nominat) suyagi birlashgan uchta suyakdan iborat: yonbosh, pubik va ishium. Yong'oq tanasi va qanotdan iborat bo'lib, yuqoriga qarab kengaygan va tepada tugaydi. Old tomondan tizma ikkita proyeksiyaga ega - oldingi yuqori va oldingi pastki umurtqa pog'onasi orqada posterosuperior va posteroinferior tikanlar mavjud. Ischium tanadan va ikkita shoxdan iborat. Yuqori shoxcha tanadan pastga qarab boradi va ishiy tuberkulyarda tugaydi. Pastki shox oldinga va yuqoriga yo'naltirilgan. Uning orqa yuzasida protrusion - iskiyal umurtqa pog'onasi mavjud. Pubik suyagining tanasi, yuqori va pastki shoxlari bor. Ko'krak suyagining yuqori shoxchasining ustki chetida o'tkir tizma bo'lib, u old tomondan pubik tuberkul bilan tugaydi.

Sakrum beshta birlashgan umurtqadan iborat. Saqrum asosining oldingi yuzasida o'simta - sakral promontory (promontorium) mavjud. Sakrumning yuqori qismi to'rt-beshta rivojlanmagan birlashtirilgan umurtqalardan tashkil topgan koksiks bilan harakatchan bog'langan. Tos suyagining ikkita bo'limi mavjud: katta va kichik tos suyagi, ular orasida chegara yoki nomsiz chiziq o'tadi. Katta tos bo'shlig'i kichik tos suyagidan farqli o'laroq, tashqi tekshiruv va o'lchash uchun ochiqdir. Kichkina tos suyagida kirish, bo'shliq va chiqish mavjud. Tos bo'shlig'i tor va keng qismga ega. Shunga ko'ra, kichik tos suyagining to'rtta tekisligi shartli ravishda ajralib turadi. Kichik tos suyagiga kirish tekisligi katta va kichik tos suyagi orasidagi chegara hisoblanadi. Tos suyagiga kirishda eng katta o'lcham ko'ndalang.

Tos bo'shlig'ida an'anaviy ravishda tekislik tos bo'shlig'ining to'g'ridan-to'g'ri va ko'ndalang o'lchamlari teng bo'lgan keng qismi va tos bo'shlig'ining tor qismi tekisligi o'rtasida farqlanadi, bu erda to'g'ridan-to'g'ri o'lchamlari bir oz kattaroqdir. ko'ndalanglar. Kichik tos suyagining chiqishi tekisligida va kichik tos suyagining tor

qismining tekisligida to'g'ridan-to'g'ri o'lcham ko'ndalangidan ustun turadi. Akusherlik nuqtai nazaridan, tos bo'shlig'ining quyidagi o'lchamlari muhimdir: haqiqiy konjugat, diagonal konjugat va tos bo'shlig'ining to'g'ridan-to'g'ri o'lchami. Haqiqiy yoki akusherlik konjugati 11 sm.

Diagonal konjugat vaginal tekshiruv vaqtida aniqlanadi va 12,5-13 sm ga teng bo'ladi, to'g'ridan-to'g'ri kichik tos bo'shlig'ining o'lchami 9,5 sm ni tashkil qiladi, chunki homila kichik tos bo'shlig'idan o'tadi, bu o'lcham 1,5-2 ga oshadi koksiksning orqaga burilishi tufayli sm. Tos suyagining yumshoq to'qimalari tashqi va ichki yuzalardan suyak tos suyagini qoplaydi va tos bo'g'imlarini, shuningdek, mushaklarni mustahkamlovchi ligamentlar bilan ifodalanadi. Akusherlikda tos bo'shlig'ida joylashgan mushaklar katta ahamiyatga ega. Ular kichik tos suyagining suyak kanalini pastdan berkitib, tos bo'shlig'ini hosil qiladi.

Akusherlik (oldingi) perineum anus va labiyaning orqa komissurasi o'rtasida joylashgan tos bo'shlig'ining bir qismidir. Anus va koksiks o'rtasidagi tos bo'shlig'ining qismi posterior perineum deb ataladi.

Ayol jinsiy a'zolarining tuzilishini, ularning asosiy maqsadini, ayolning tanasida odatda homiladorlikdan tashqari, homiladorlik davrida, tug'ruqdan keyin, shuningdek, bir qator ginekologik kasalliklarda sodir bo'ladigan o'zgarishlarni bilish kerak.

Suyak tos suyagi homila harakatlanadigan tug'ilish kanalini hosil qiladi. Intrauterin rivojlanishning noqulay sharoitlari, bolalik davrida va balog'at yoshidagi kasalliklar tos a'zolarining tuzilishi va rivojlanishining buzilishiga olib kelishi mumkin. Tos suyagi shikastlanishlar, o'smalar va boshqa patologiyalar natijasida deformatsiyalanishi mumkin.

Ayol va erkak tos suyagi tuzilishidagi farqlar, ayniqsa, balog'at yoshida namoyon bo'ladi. Ayol tos suyagining suyaklari erkak chanoq suyaklariga qaraganda yupqaroq, silliqroq va kamroq massivdir. Ayollarda kichik tos suyagiga kirish tekisligi ko'ndalang oval shaklga ega, erkaklarda esa karta yurak shakliga ega. Anatomik jihatdan ayol tos suyagi pastroq, kengroq va hajmi kattaroqdir. Ayol tos bo'shlig'idagi pubik simfiz erkaklarnikiga qaraganda qisqaroq. Ayol tos

bo'shlig'idagi sakrum kengroq, sakral bo'shliq o'rtacha kamonli. Ayollarda tos bo'shlig'i silindrga o'xshaydi, erkaklarda esa huni kabi pastga torayadi. Pubik burchagi kengroq (90-100 °), erkaklarda - 70-75 °. Koksiks erkak tos suyagiga qaraganda oldinga kamroq chiqadi. Ayol chanog'idagi iskial suyaklar bir-biriga parallel, lekin erkaklar tos suyagida ular birlashadi. Bu xususiyatlarning barchasi tug'ish jarayonida katta ahamiyatga ega. Voyaga etgan ayolning tos suyagi 4 ta suyakdan iborat: ikkita tos suyagi, bitta sakral va bitta koksikulyar, bir-biriga mahkam bog'langan. Tos suyagi yoki innominat suyagi 16-18 yoshgacha bo'lgan aetabulum sohasida xaftaga bog'langan 3 ta suyakdan iborat: yonbosh, ishium va pubis. Jinsiy balog'atga yetgandan so'ng xaftaga to'qimalari birlashib, qattiq suyak massasini – tos suyagini hosil qiladi.

3.2. Tos tubi

Homilador ayolning ayollar konsultatsiyasiga birinchi tashrifi paytida tekshirish, palpatsiya va o'lchash yo'li bilan amalga oshiriladi. Sakrumning orqa yuzasida platforma bo'lgan lumbosakral rombni tekshirishga alohida ahamiyat beriladi. Rombning ustki burchagi 5-bel umurtqasining o'murtqa o'simtasi bilan o'rta sakral cho'qqining boshlanishi o'rtasidagi chuqurlikdir. Pastki burchak sakrumning cho'qqisiga to'g'ri keladi, lateral burchaklar iliumning orqa-yuqori o'qlariga to'g'ri keladi.

Oddiy tosning kattaligi va shakli bilan romb tartibsiz tos suyagi bilan kvadratga yaqinlashadi, uning shakli va hajmi o'zgaradi;

Tos bo'shlig'i o'lchagichi tos suyagi hajmini o'lchash uchun maxsus asbobdir.

3. Tos bo'shlig'ining o'lchamlari

Distantia spinarum - 25-26 sm, bu yonbosh suyaklarining oldingi, yuqori umurtqalarining eng uzoq nuqtalari orasidagi masofa.

Distantia cristarum -- 28-29 sm, bu yonbosh suyagining eng uzoq nuqtalari orasidagi masofa.

Distantia trochanterica - 30-31 sm, bu femurlar trokanterlarining eng uzoq nuqtalari orasidagi masofa.

Konjugat diagonalis externa -- 20-21 sm, bu pubisning yuqori chetidan Michaelis rombining tepasigacha bo'lgan masofa.

Tos suyagining yumshoq to'qimalari tashqi va ichki yuzalarda suyak tos suyagini qoplaydi. Tos bo'shlig'i mushaklari uchta qatlamda joylashgan. Mushaklarning bunday joylashishi tug'ruq paytida homila tashqariga chiqarilganda katta amaliy ahamiyatga ega, chunki ularning barchasi cho'ziladi va suyak halqasining davomi bo'lgan keng mushak halqasini hosil qiladi. Tos bo'shlig'ining labiya orqa komissurasi va anus o'rtasida joylashgan qismi akusherlik perineum deb ataladi.

Mushaklar va fastsiyalarning uchta qatlamidan tashkil topgan tos bo'shlig'i ichki jinsiy a'zolar va boshqa qorin bo'shlig'i organlarini qo'llab-quvvatlaydi. Tos bo'shlig'i mushaklarining ishlamay qolishi jinsiy a'zolar, siydik pufagi va to'g'ri ichakning prolapsasiga olib kelishi mumkin.

3.3. Etuk homila boshchasi

Inson salomatligini shakllantirishning eng muhim davrlaridan biri bu neonatal davr (yangi tug'ilgan davr).

Bu inson ontogenezidagi eng murakkab, muhim bosqich, o'zgaruvchan atrof-muhit sharoitlariga intensiv moslashish davri. Adaptiv reaksiyalarning eng tez dinamikasi birinchi etti kun (erta neonatal davr) uchun xarakterlidir.

Neonatal davr tug'ilishdan boshlanadi va hayotning 28 kunidan keyin tugaydi. Erta neonatal davr (ettinchi kungacha) va kech neonatal davr (8-28 kun) o'rtasida farqlanadi.

Neonatal davrning asosiy xususiyati shundaki, bola intrauterin hayot sharoitlaridan bachadondan tashqari hayot sharoitlariga moslashadi. Uning barcha organlari va tizimlari beqaror muvozanat holatidadir.

Tug'ilgandan so'ng o'pka qon aylanishi ishlay boshlaydi (arteriya kanali va oval teshik - intrauterin gemodinamik yo'llar yopiladi), kindik tomirlari esa teskari rivojlana boshlaydi. Nafas olish tizimi faol ishlaydi. Tabiiy ovqatlanish boshlanadi, ovqat hazm qilish tizimi qayta tiklanadi. Bachadondan tashqari mavjudlikka

moslashish osongina buziladi, bu bolaning umumiy holatiga va uning sog'lig'iga ta'sir qilishi mumkin.

Bu davrda bolani malakali nazorat qilish va atrof-muhit sharoitlariga yaxshiroq moslashish uchun maxsus sharoitlar yaratish kerak. Sifatli yordam ko'rsatish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holatini to'g'ri baholay olish, shuningdek, ona va oilaga buni o'rgatish juda muhimdir.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagining anatomik xususiyatlarini bilish anatomiya uchun, shuningdek, bir qator klinik fanlar uchun muhimdir: akusherlik, neonatologiya va boshqalar. Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagi o'zining nisbati va shakli, suyaklar soni, ularning tuzilishi, tashqi va ichki relyefi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagida miya bo'limining kattaligi yuz qismining kattaligidan keskin ustunlik qiladi. O'g'il bolalarda bosh suyagining o'rtacha hajmi 375 sm³, qizlar uchun 350 sm³; yangi tug'ilgan chaqaloqning yuzining umumiy hajmi 57,17 sm³, ya'ni. Boshsuyagi bo'shlig'idan 67 marta kichikroq.

Boshsuyagi bosh suyagida tonoz asosga qaraganda ancha rivojlangan. Frontal va parietal tuberkulyarlarning chiqib ketishi tufayli vertikal normal holatda bosh suyagi beshburchak shakliga ega. Bosh suyagining bo'ylama diametri 11,5 mm, ko'ndalang va vertikal diametrlarning har biri 9,5 sm. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning bosh suyaklari balandlik ko'rsatkichining o'lchamiga ko'ra chamekranlar guruhiga (past bosh suyagi), balandlik ko'rsatkichiga ko'ra lentaokranlarga (past va keng bosh suyagi) kiradi. Bosh suyagining asosi tor va uzun, ammo taglikning uzunligi tonoz uzunligiga nisbatan kattalarnikidan kamroq. Bosh suyagi asosining ko'ndalang diametri tonozning ko'ndalang diametridan kichikroq (I.A. Balandina va boshqalar, 2009, A.S. Opravin va boshqalar, 2013).

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagida ichki asosning kranial chuqurchalarining qatlamli tuzilishi yomon ifodalangan. Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagidagi alohida suyak elementlarining soni kattalarnikiga qaraganda ko'proq, chunki ko'plab suyaklar bir-biriga qo'shilmagan qismlardan iborat. Masalan, frontal suyak ikki qismdan iborat; Oksipital suyak squama, lateral va bazilyar qismlarga bo'linadi; chakka suyagining tosh qismi skuamoz qismidan

ajralib turadi; sfenoid suyagida katta qanotlar uning tanasi bilan birlashtirilmaydi; Pastki jag' ikki yarmidan iborat.

Bosh suyagi tonoz suyaklar bilan zaif bog'langan qalin periosteum bilan qoplangan, bu tug'ilish travmasi paytida subperiosteal gematomalarning rivojlanishiga yordam beradi. Yoy suyaklarining qalinligi 1-2 mm. Tashqi ixcham plastinka hosil bo'ladi, ichki qismi esa faqat suyaklarning markaziy qismlarida ifodalanadi. Diploe, asosan, radial tarzda joylashgan suyak to'sinlaridan iborat bo'lib, ular bir-biriga yopishib, suyaklarning chetiga qarab ingichkalashadi. Suyak nurlari orasidagi chekka joylarda tor bo'shliqlar mavjud bo'lib, ba'zida suyakka chuqur kirib boradi. Tonozi suyaklaridagi diploik kanallar marjonsimon shaklga ega. Asosiy kanallar (frontal, temporal va oksipital) daraxtga o'xshash tuzilmalar sifatida aniq ko'rinadi. Bosh suyagi suyaklarining pnevmatizatsiyasi yo'q yoki rudimentar holatda. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bosh suyagining tashqi va ichki yuzalarining relyefi juda yomon ifodalangan: o'ta yo'ylar, temporal chiziqlar, oksipital suyakning mushak chiziqlari, miya konvulyutsiyalarining protrusionlari, sut va stiloid jarayonlari rivojlanmagan; qon tomir oluklar va chuqurliklar yo'q yoki granulyatsiyaning dastlabki bosqichida (V.S. Speransky, 1988). Suyaklarning qirralari hali bir-biri bilan aloqa qilmaganligi sababli, kranial tonoz tikuvlari yo'q. Shu tufayli bosh suyagining suyaklari sezilarli harakatchanlikka ega; Bu tug'ruq paytida, homila boshi tug'ilish kanalining shakliga moslashish uchun o'z konfiguratsiyasini o'zgartirishi kerak bo'lganda muhimdir.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagining o'ziga xos xususiyati fontanellardir. Fontanellarning roli shundaki, ular moslashuvchanligi tufayli ular fontanellar tufayli intrakranial bosimning tebranishlarini tenglashtiradi, bosh suyagining hajmi oshadi va tug'ruq paytida bosh suyagi suyaklarining siljishi ehtimoli paydo bo'ladi; Doimiy va doimiy bo'lmagan fontanellar o'rtasida farqlanadi. Birinchi guruhga juftlanmagan oldingi va orqa fontanellar va juftlashgan sfenoid va mamillar fontanellar kiradi; Glabellar, metopik, parietal va serebellar fontanellar doimiy emas. Fontanellarning membranali biriktiruvchi to'qimasini suyak bilan almashtirish 2 oydan (oldingi qismidan tashqari) 2 yilgacha bo'lgan davrda sodir

bo'ladi. Bosh suyagi suyaklarining o'sishi ularning bog'lanish zonasida (kelajakdagi tikuvlar) superpozitsiya - biriktirish orqali sodir bo'ladi (M.R. Sapin, D.B. Nikityuk, 2010).

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagi balandligiga qaraganda kengroq rivojlangan. Yuzning umumiy balandligi yuzning kengligining yarmidan bir oz ko'proq. Bu nisbatlardagi farqlar burun bo'shlig'ining past balandligi, maksiller sinuslarning zaif rivojlanishi va jag'larning alveolyar jarayonlari tufayli yuzaga keladi. Yuz bosh suyagining nisbatan katta kengligi ham zigomatik suyaklarning ko'proq frontal holati bilan bog'liq. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ko'z teshiklari nisbatan katta. Suyak tanglay qisqa va keng.

Boshsuyagi bosh suyagining bosh suyagiga nisbatan, umuman olganda, bazilyar burchakning kattaroq qiymatiga muvofiq orqaga siljiydi. Yuqori jag bir oz oldinga chiqadi, shuning uchun yuzning profili yomon aniqlanadi. Pastki jag'ning aqliy protruziyasi rivojlanmaganligi va jag' shoxining o'tmas burchagi bilan tavsiflanadi. Miya g'ilofida bo'lgani kabi, suyaklar yuzasida mushaklarning relyefi yo'q (V.S. Speranskiy, 1988).

3.4. Homiladorlik davrida ayol tanasida o'zgarishlar

Homiladorlik, tug'ish, emizish ayol tanasining fiziologik funktsiyalari. Biroq, homilador ayolning tanasi rivojlanayotgan homilani ta'minlashga qaratilgan yangi sharoitlarni boshdan kechiradi, tanasi yangi sharoitlarga moslashadi. Homilador ayolning tanasi homilaning to'g'ri rivojlanishi va intrauterin mavjudligi uchun zarur bo'lgan yangi talablarga duch keladi.

Homiladorlikning rivojlanishi bilan bog'liq onaning tanasidagi o'zgarishlar ko'p va xilma-xil bo'lib, barcha organlar va tizimlarga ta'sir qiladi. Biroq, bu o'zgarishlar fiziologik bo'lib, shartli ravishda umumiy o'zgarishlar va jinsiy sohadagi o'zgarishlarga bo'linishi mumkin.

Barcha o'zgarishlar, ham umumiy, ham mahalliy, asab tizimi tomonidan tartibga solinadi. Homiladorlik davrida markaziy asab tizimida homilaning rivojlanishi bilan bog'liq fiziologik o'zgarishlarning normal borishini ta'minlovchi dominant fokus (homiladorlik dominant) paydo bo'ladi.

Homiladorlikning boshlanishi bilan endokrin bezlarning funktsiyalari o'zgaradi: gipofiz bezi, buyrak usti bezlari, qalqonsimon bez, oshqozon osti bezi va paratiroid bezlari.

Bundan tashqari, yangi endokrin bez - platsenta ishlay boshlaydi, bu onaning tanasida sezilarli o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Bularning barchasi tekshiruv vaqtida ko'rinadigan va tashqi ko'rinishga taalluqli o'zgarishlarni keltirib chiqaradi: yurish, skelet, teri osti yog'i.

Homilador ayollarda yurak-qon tomir tizimi, o'pka, oshqozon-ichak trakti, buyraklar va jigar faoliyati o'zgaradi. O'zgarishlar metabolizmning barcha turlarida sodir bo'ladi: uglevod, oqsil, yog', mineral, vitamin.

Ayol tanasidagi fiziologik o'zgarishlar

Markaziy asab tizimidagi o'zgarishlar:

Miya va orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi. Korteksning qo'zg'aluvchanligi homiladorlikning 3-4 oyligigacha pasayadi, keyin esa homiladorlikning oxirigacha yuqori darajada saqlanib qoladi. Korteks va subkorteks o'rtasidagi munosabatlar o'zgaradi. Miya yarim korteksida inhibitsiyon va qo'zg'alish jarayonlarining tabiati o'zgaradi.

Refleks qo'zg'aluvchanligining pasayishi bachadonning tinchligi va inertsiyasini keltirib chiqaradi, bu esa homiladorlikning normal kechishiga yordam beradi.

Avtonom nerv tizimining ohangi o'zgaradi: uyquchanlik, beqarorlik, kayfiyat o'zgarishi, ta'mning o'zgarishi, so'lak oqishi, qusish, bosh aylanishi tendentsiyasi (odatda homiladorlikning birinchi oylarida).

Periferik nervlarning qo'zg'aluvchanligi kuchayadi, sakrumda, pastki orqa qismida nevralgik og'riqlar, buzoq mushaklarida kramplar mavjud.

Yurak-qon tomir tizimining holati:

Homilador ayollar yurak-qon tomir tizimidagi yukni sezilarli darajada oshiradigan qon aylanish sharoitlarini boshdan kechirishadi.

Yurakdagi yuk homilador ayolning qon massasi va umumiy og'irligining oshishi, tizimli qon aylanishida yangi bo'g'inning paydo bo'lishi - uteroplental,

homiladorlikning 2-yarmida, ishini murakkablashtiradigan mexanik omillar bilan bog'liq. yurak muhim bo'lib qoladi - diafragmaning yuqori pozitsiyasi (ayniqsa, homiladorlikning 36-haftasida o'pka qon aylanishini murakkablashtiradi), o'pkaning hayotiy qobiliyati pasayadi. Bu yurakning siljishiga olib keladi, yurak ko'krigiga yaqinlashadi va shu bilan birga o'q atrofida bir oz aylanadi, bu qonni olib keladigan va olib ketuvchi tomirlarning nisbatan burishishi bilan birga keladi, bu o'pka qon aylanishini murakkablashtiradi.

Chap qorincha gipertrofiyasi umumiy qon massasining ko'payishi tufayli yuzaga keladi, bu esa ortib borayotgan qon massasini harakatlantirishni qiyinlashtiradi.

Homilador ayollarda gemodinamikaning asosiy o'zgarishlari quyidagilardan iborat: aylanma qon massasining ortishi, minut va qon tomirlarining aylanishi, yurak tezligining oshishi va qon oqimi tezligining oshishi.

28-32 xaftada aylanma qon hajmi (CBV) 30-40% ga oshadi (1 trimestrda - 5-5,3 litr, 3 trimestrda - 6,0-6,5 litr). Shu bilan birga, gemoglobin miqdori faqat 15% foizga oshadi va gematokrit indeksi kamayadi.

Qon bosimi. Qon bosimini (BP) to'g'ri talqin qilish uchun homiladorlikdan oldin uning tebranish dinamikasini bilish kerak (tananing funktsional holati va uning asab tizimi rol o'ynaydi). Odatda, qon bosimi ahamiyatsiz o'zgaradi, sistolik komponentning yuqori chegarasi 130 mm. rt. st., va diastolik komponentning yuqori chegarasi 80 mm. rt. Art.

Sog'lom homilador ayollarning yurak urish tezligi hatto dam olishda ham oshadi (homilador ayollarning 50% dan ko'prog'i taxikardiyaga duchor bo'ladi) va 90-100 urish / min gacha, tug'ruq paytida esa undan ham ko'proq (jismoniy stress; aniq salbiy his-tuyg'ular - og'riq, qo'rquv; kuchayishi) ortadi. kislorod ochligi tug'ilishining oxirigacha).

Hayotiy imkoniyatlar (VC):

Arterial qonning hayotiy qobiliyati, maksimal ventilyatsiyasi va O₂ bilan to'yinganligi pasayadi. Kam oksidlangan metabolik mahsulotlar miqdori ortadi.

Nafas olishning daqiqali hajmi ortadi. Natijada quyidagi alomatlar paydo bo'lishi mumkin: nafas qisilishi, yurak urishi, umumiy zaiflik, bosh aylanishi.

Homiladorlik paytida gormonal o'zgarishlar:

Homiladorlikning dastlabki bosqichlaridan boshlab murakkab neyroendokrin o'zgarishlar sodir bo'ladi. Homiladorlik uchun xos bo'lgan ko'plab reaksiyalarni amalga oshirishda gormonal omillar muhim rol o'ynaydi.

Bir qator endokrin organlar ortib borayotgan yuk ostida ishlaydi. Gipofiz gormonlari sekretsiasining ko'payishi: LH, FSH, prolaktin, qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon, adrenokortikotrop gormon, o'sish gormoni (STH) va melanotsitlarni ogohlantiruvchi gormon.

Gipofiz gonadotropik gormonlar (FSH va LH) sekretsiasini. Dastlabki bosqichlarda ularning ishlab chiqarilishi maksimal darajaga yaqinlashadi (hayz davrida bo'lgani kabi) va homiladorlik davrida doimiy bo'lib qoladi.

Tuxumdonlar, buyrak usti bezlari va qalqonsimon bezlardan gormonlar sekretsiasini o'zgaradi (ko'payadi).

Homiladorlik davrida yangi ichki sekretiya bezi - platsenta ishlay boshlaydi. Onaning tanasi, platsenta va homila o'rtasida intensiv metabolik jarayonlar sodir bo'ladi. Platsenta o'ziga xos protein gormonlari - proteohormonlarni ishlab chiqaradi: inson xorionik gonadotropini (hCG) va inson xorionik somatotrop gormoni (hSG), platsenta laktojeni.

Inson xorionik gonadotropini (hCG) 1927 yilda Aschheim-Zondeks tomonidan kashf etilgan. Ushbu gormonning biologik ta'siri quyidagicha ekanligiga ishoniladi: tuxumdonning sariq tanasining saqlanishi, homilaning buyrak usti bezlari va jinsiy bezlarining rivojlanishiga ta'sir qilish va yo'ldoshda oraliq steroid almashinuvi jarayonlariga ta'sir qilish.

Homiladorlikning birinchi trimestrida qondagi hCG tez o'sib boradi, eng yuqori cho'qqisi 80 000 mU / ml gacha, homiladorlikning 60-80 kunida - 40-60 mU / mg gacha, keyin esa pasayadi. Homiladorlikning oxirida hCG darajasida bir oz ikkinchi darajali o'sish kuzatiladi.

Siydikda hCG ning chiqarilishi homiladorlikning 5 xaftaligida 2500 mU / ml dan 80 000 mU / ml gacha ko'tariladi va 10-11 haftada u 20 000 mU / ml gacha kamayadi. To'liq muddatli homiladorlikning oxirida hCG ning chiqarilishi o'rtacha 14 000-1 500 mU / ml ni tashkil qiladi va tug'ish paytida u deyarli 2 barobar ortadi.

Xomilaning jinsiga qarab hCG konsentratsiyasining farqi aniqlandi (ayol borligida plazmadagi hCG konsentratsiyasi biroz yuqoriroq). Homila platsenta hCG sintezi va sekretsiasiga ta'sir qilishi mumkin degan fikr mavjud.

Qon va siydikda hCG ning miqdoriy immunologik tahlili katta klinik ahamiyatga ega. Homiladorlik diagnostikasi siydikda hCG ni immunologik aniqlashga asoslanadi: ijobiy natijalar urug'lantirilgandan keyin 18-21 kundan keyin olinadi. Qon va siydikda hCG darajasini aniqlash homiladorlikning ba'zi asoratlarini tashxislashda yordam beradi: xavf ostida bo'lgan abort, ektopik homiladorlik, hidatidiform mol, chorioepithelioma.

Inson xorionik o'sish gormoni. HSMG 1962 yilda kashf etilgan platsenta gormoni. Bu gormon o'zining kimyoviy va immunologik xususiyatlariga ko'ra oldingi gipofiz bezining gormoni - prolaktiniga o'xshaydi. HSMG homiladorlikni saqlab qolish mexanizmini ta'minlaydi, organizmda azotni ushlab turishni oshiradi, uglevod va lipid metabolismiga ta'sir qiladi va homila o'sishiga bilvosita ta'sir qiladi.

HSMG ning asosiy xususiyati uning sut beziga ta'sir qilish qobiliyatidir. HSMG sut bezini laktatsiya uchun tayyorlaydi.

Bundan tashqari, platsenta boshqa bir qator polipeptid gormonlarini ishlab chiqaradi: ACTH, melanotsitlarni ogohlantiruvchi gormon, qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon, relaksin, vazopressin, oksitotsin. Homiladorlikning rivojlanishi steroid gormonlar: estrogenlar va progesteron sekretsiasining sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi. Bu barcha gormonlarning asosiy manbai: platsenta, tuxumdonlar, ona va homilaning buyrak usti bezlari.

Estrogenlar: Homiladorlikning 20 xaftaligiga qadar estrogen ishlab chiqarish trofoblast va, ehtimol, tuxumdonlar faoliyatiga bog'liq. 20-haftadan boshlab estrogen sintezi homilaning faol ishtirokida platsenta tomonidan amalga oshiriladi. Homila estriolning kashshofi bo'lgan neytral steroidlarni ishlab chiqaradi. Ukolning

asosiy kashshofi ona qonidagi xolesterin bo'lib, undan platsentada pregnanolon hosil bo'ladi va uning taxminan 20% siydik bilan metabolizmning yakuniy mahsuloti - pregnandiol sifatida chiqariladi.

Homila tanasida progesteron homilaning buyrak usti bezlari va jigarida neytral steroidlar sintezi uchun kashshof bo'lib xizmat qiladi. Ushbu neytral steroidlar platsentada estriol hosil bo'lishining asosiy prekursorlari hisoblanadi.

Homiladorlik davrida estrogenlarning biologik ta'siri bachadonning o'sishiga qaratilgan: estrogenlar bachadon mushak hujayralarining giperplaziyasi va gipertrofiyasiga yordam beradi. Bundan tashqari, estrogenlar sut bezlarining o'sishiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik davrida siydikda ko'p miqdorda estrogenlarning sezilarli darajada ko'payishi va chiqarilishi kuzatiladi. Homiladorlikning oxirida siydikda taxminan 20 turdagi estrogenlar aniqlanadi. Estrogenlar mahsuloti bo'lgan estriolning chiqarilishi homiladorlikning oxirida homilador bo'lmagan ayollarga nisbatan 1000 marta oshadi.

Estriol darajasi homila hayotiyligining funktsional holatining muhim ko'rsatkichidir.

3.5. Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi

Fiziologik homiladorlik gormonal va metabolik o'zgarishlar bilan birga keladi, shu jumladan, ortiqcha vazn yoki semiz bo'lmagan sog'lom ayollarda, onaning ovqatlanish xususiyatlari va tabiatidan qat'i nazar, homilani doimiy ravishda oziq moddalar bilan ta'minlashga qaratilgan. Ma'lumki, lipidlar almashinuvi homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning rivojlanishi uchun katta ahamiyatga ega [1].

So'nggi yillardagi eksperimental va klinik tadqiqotlar yog 'to'qimalarining haddan tashqari to'planishi va metabolik muvozanatni, shu jumladan lipid almashinuvini tartibga solishning buzilishi o'rtasidagi yaqin aloqani ko'rsatadi, bu o'z navbatida akusherlik patologiyasi, xususan, preeklampsiya va homiladorlik etiologiyasining asosiy tarkibiy qismiga aylanishi mumkin. diabetes mellitus [2-4].

So'nggi yillarda olimlar kattalardagi surunkali kasalliklarning homilani dasturlash muammosiga katta e'tibor berishdi, unga ko'ra semirish va u bilan bog'liq

yuqumli bo'lmagan patologiya xavfi intrauterin rivojlanish xususiyatlari bilan oldindan belgilanadi va ko'p jihatdan bolaning ovqatlanish holatiga bog'liq. ona [5]. Adabiyotda homiladorlik davridagi giperlipidemiyaning epigenetik dasturlashdagi rolini va kelajakda ona va uning avlodlari uchun aterogenez xavfini oshiradigan ko'payib borayotgan dalillar mavjud [6-8].

Biroq, homiladorlik davrida lipid metabolizmining yo'nalishi bo'yicha ma'lumotlar noaniq. Bu, ehtimol, ko'pgina tadqiqotlar tana massasi indeksini semizlik belgisi sifatida ishlatishi bilan izohlanadi, bu individual darajada har doim ham yog 'to'qimalarining massasini va ayniqsa uning ustun joylashuvining tabiatini etarli darajada aks ettirmaydi. Shu bilan birga, bir qator metabolik kasalliklarning rivojlanishi birinchi navbatda visseral yog 'to'qimalari bilan bog'liqligi aniqlandi. Oldingi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yog 'birikmasining asosan visseral tabiati odamlarda, shu jumladan ortiqcha vaznli yoki semiz bo'lmaganlarda yurak-qon tomir asoratlari uchun xavf omilidir [9].

Homilador ayollar orasida ortiqcha vazn va semirishning yuqori tarqalishiga qaramasdan, yog 'to'qimalarining to'planishi va tarqalishi tabiatining klinik metabolik kasalliklarning rivojlanishiga ta'siri, ayniqsa, normal tana vazniga ega homilador ayollarda hozirgi kungacha etarli darajada o'rganilmagan.

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, homiladorlik davridagi metabolik o'zgarishlar mexanizmlarini ochib berish va ularning tana tuzilishi, vazni va yog 'birikmasining tabiati bilan bog'liqligi, ayniqsa ortiqcha vazn yoki semiz bo'lmagan ayollarda, bugungi kunda dolzarbdir va tushunishga yordam berishi kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning tana vazni inson salomatligi, hayot davomiyligi va sifatining eng muhim ko'rsatkichlaridan biri ekanligi e'tirof etilgan. Bundan tashqari, uning shaxsning kelajakdagi muvaffaqiyati va farovonligidagi ahamiyati aniqlangan [6, 17, 19]. Va bu erda nafaqat katta va kam vaznli bolalarda perinatal asoratlarning yuqori xavfi, balki boshqa omillar qatorida endokrin-metabolik jarayonlarning holati bilan belgilanadigan homila metabolik dasturlash elementi ham rol o'ynaydi. onada.

Onaning tana vazni va uning perinatal natijalarga keskin ortishi ta'sirini o'rganishga bag'ishlangan ko'plab ishlarga qaramay, ushbu sohadagi tadqiqotlar akusherlik va ginekologiya sohasidagi mutaxassislarning qiziqishi cho'qqisida qolmoqda. neonatologiya, endokrinologiya, terapiya va onkologiya. Bu nafaqat onaning uglevod-yog 'almashinuvi patologiyasining homilaning o'sishi va rivojlanishiga mumkin bo'lgan salbiy ta'siri, balki buzilgan metabolizmning individual belgilari va turli xil perinatal muammolar o'rtasidagi munosabatlar haqida yangi ma'lumotlarning paydo bo'lishi bilan bog'liq. .

Tana vazni normal bo'lgan, tavsiya etilgan chegaralarda homiladorlik paytida vazn ortgan ayollarda homiladorlikning ijobiy natijasi ehtimoli eng yuqori ekanligi isbotlangan [10]. Ammo, agar ilgari homiladorlik vaznining ortishi homila o'sish tezligini belgilaydi deb taxmin qilingan bo'lsa, hozirda bu haqda to'liq ishonch yo'q. Muhokama homiladorlikdan oldingi ona tana vaznining makrosomiya rivojlanishidagi o'rni, yangi tug'ilgan chaqaloqning kam vazni va uning perinatal kasallanish va o'limga ta'siri haqida davom etmoqda. Bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bu jihatdan metabolik sindrom belgilarining mavjudligi onaning antropometrik xususiyatlaridan ko'ra muhimroqdir. Xususan, turli darajadagi glikemiyaning homiladorlik natijalariga ta'sirini tahlil qilish (HAPO tadqiqoti, 2010) shuni ko'rsatdiki, giperglikemiya va semizlik bir-biridan mustaqil ravishda, shuningdek, tana massasi indeksi (BMI), onaning bo'yi va yoshi. , xomilalik makrozomiya ehtimolini oshiradi [12]. Ushbu holatning kelib chiqishida onadan keladigan erkin yog 'kislotalarining ko'pligi bilan bir qatorda, homilaning glyukoza, laktat va asetatdan yog'larning sintezi uchun javobgar bo'lgan homila insulini muhim rol o'ynaydi.

To'liq tug'ilgan chaqaloqning tana vazni va bo'yi va ayolning dastlabki tana vazni o'rtasidagi bog'liqlik, uning keskin o'sishi, shuningdek, onaning metabolik xususiyatlarining homila rivojlanishiga ta'siri to'g'risida tadqiqotchilarning fikrlari noaniqligi haqida davom etayotgan munozaralar. ushbu sohada qo'shimcha tadqiqotlar.

3.6. Homiladorlikda endokrin sistemaning holati.

Homiladorlik davrida endokrin tizimda sezilarli o'zgarishlar ro'y beradi: yangi ishtirokchilar qo'shiladi - platsenta va korpus luteum shakllanishi. Bu strukturaning (anatomik) va funktsional holatining o'zgarishiga olib keladi (gistologik o'zgarishlar, ayniqsa gipofiz bezida aniqlanadi).

Gipofiz bezining ayol jinsiy tizimi bilan chambarchas bog'liqligi alohida ahamiyatga ega.

Ushbu organning oldingi lobi homiladorlik davrida sezilarli o'sishni ko'rsatadi; Uning ichida bo'yash darajasiga ko'ra ikki turdagi hujayralar (xromofillar) ajralib turadi: atsidofil va bazofil, granulalar turiga qarab farqlanadi.

Ba'zi kelajakdagi onalar oldingi gipofiz bezining bu o'sishi tufayli akromegaliya belgilarini ko'rsatadi; Biroq, bu alomatlar odatda tug'ilgandan keyin yo'qoladi. Shu bilan birga, orqa lob (neyrohipofiz) bunday o'sishga tobe emas va barqaror bo'lib qoladi.

Oldingi bo'lim gonadotrop gormonlarni faol ravishda sintez qiladi va gipofiz bezining ikkala bo'limining faoliyatini tartibga solish markaziy asab tizimi orqali amalga oshiriladi.

Qalqonsimon bezdagi o'zgarishlar ham xarakterlidir: homilador ayollarning 35-40 foizida uning hajmi oshadi, bu metabolizmning faollashishiga va qondagi yod darajasining oshishiga olib keladi. Davrning ikkinchi yarmida hipertiroidizm mumkin; Bezning disfunktsiyasi (gipofunktsiya) tez-tez uchraydi, bu yod tanqisligiga va qon ivishining pasayishiga olib keladi.

Qalqonsimon bez oldida kaltsiy almashinuvini boshqaruvchi organ joylashgan; homiladorlik davrida uning faolligi oshadi. Natijada, kaltsiy tuzlari etishmasligi tufayli kramplar paydo bo'lishi mumkin - bu qalqonsimon bezdan oldin ushbu organning funktsional faolligi pasayganda sodir bo'ladi.

Homiladorlik davrida buyrak usti bezlarining o'zgarishlari:

Buyrak usti bezlari po'stlog'i strukturaviy evolyutsiyaga uchraydi, to'qimalarning qalinlashishi bilan ifodalanadi; oqsil, uglevod va mineral

almashinuvini tartibga soluvchi gormonlar sintezi kuchayadi. Bu jarayon homiladorlikning normal kechishi uchun kalitga aylanadi.

Asab tizimidagi o'zgarishlar:

Elektroansefalografiya yordamida zamonaviy tadqiqotlar (M. L. Garmashova va boshqalar) miyaning kortikal darajasidagi o'zgarishlar homiladorlikning dastlabki bosqichlarida boshlanganligini ko'rsatadi:

- miya yarim korteksida inhibitsiyonning kuchayishi
- qobig'i ostidagi inhibitiv jarayonlarni kamaytirish

Bu avtonom nerv tizimining qayta tuzilishiga olib keladi, bu o'zini namoyon qiladi:

- vegetativ-qon tomir kasalliklari (so'lak oqishi, ko'ngil aynishi)
- qusish va pilorik spazmlar
- ich qotishi
- Varikoz tomirlari
- Uretradagi o'zgarishlar

Homiladorlikning oxirida quyidagilar kuzatiladi:

- miya yarim korteksining qo'zg'aluvchanligining sezilarli darajada pasayishi
- Orqa miyaning refleks faolligi kuchayishi, bu tug'ruq qisqarishining boshlanishiga yordam beradi

Tug'ishga tayyorgarlik:

Asab tizimining refleks reaksiyalari homilador ayolning tanasini tayyorlashda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bachadon retseptorlari sezgirligining bosqichma-bosqich o'sishi yaqinlashib kelayotgan tug'ilishga moslashishni ta'minlaydi.

Shartli refleks faolligi:

Homiladorlik davrida homiladorlik davrining boshida shakllangan shartli reflekslar saqlanib qoladi va faqat tug'ilish boshlanishi bilan yo'qoladi. Analizatorlardagi o'zgarishlar vizual va eshitish funktsiyalariga ta'sir qiladi; Paresteziya holatlari tez-tez uchraydi.

Periferik asab tizimi:

- Nevralgik og'riq

- Koksiks va lumber mintaqada siyatikaga o'xshash belgilar
- Oyoqlarda tez-tez varikoz kengayishi (ayniqsa, boldir sohasida)...

3.7. Yurak va qon tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar.

Homilador ayolning jasadidagi fiziologik adaptiv o'zgarishlar uning ortib borayotgan stress bilan ishlaydigan yurak-qon tomir tizimiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

Yurak-qon tomir tizimiga yukning ortishi quyidagilardan kelib chiqadi: yangi uteroplasental qon tomir to'shagining shakllanishi, aylanma qon hajmining oshishi, umumiy tana vaznining ko'payishi va qorin bo'shlig'i bosimining oshishi. Homiladorlik davrida yurak-qon tomir tizimida sodir bo'ladigan o'zgarishlar homilador ayol tanasining hayotiy funktsiyalarini ta'minlash, shuningdek, homilaga etarli miqdorda kislorod va ozuqa moddalarini etkazib berish va uning metabolik mahsulotlarini olib tashlashga qaratilgan.

Aylanma qon hajmining oshishi homiladorlikning birinchi trimestridan boshlab kuzatiladi va 36 xaftada maksimal qiymatlarga etadi. Aylanma qon hajmining ortishi bilan yurak chiqishi homiladorlikdan oldin dastlabki chiqish qiymatining o'rtacha 30-40% ga oshadi. Ushbu ko'rsatkichning o'sishi homiladorlikning 8-haftasidan boshlab kuzatilmoqda. Yurakning chiqishi homiladorlikning boshlanishi bilan ortadi, 28-32 xaftada maksimal darajaga etadi va 6-7 l / min ni tashkil qiladi. Xuddi shu davrda qonning yurakka venoz qaytishi sezilarli darajada oshadi va uning o'ng bo'limlarining qisqarishi kuchayadi.

Ko'tarilgan stressga javoban yurakning massasi va hajmi ortadi va uning pozitsiyasi o'zgaradi. Miyokard gipertrofiyasi tufayli yurak biroz kengayadi. O'ng atrioventrikulyar qopqoq sohasidagi kengayish sistolik shovqin paydo bo'lishi bilan klapan orqali qonning ozgina teskari oqimiga olib kelishi mumkin. Diafragmaning kattalashgan bachadon tomonidan siljishi yurakni chapga va oldinga siljitadi, shunda apikal impuls tashqariga va yuqoriga qarab harakatlanadi. Homiladorlik davrida yurakdagi stressning kuchayishiga qaramay, sog'lom ayollar yurak ritmining buzilishini sezmaydilar. Yurak kasalligi va funktsional zahiralari past bo'lgan

homilador ayolda faollikning oshishi yurak etishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin.

Oddiy homiladorlik davrida qon bosimi ko'tarilmaydi. Homiladorlikning 9-haftasidan boshlab qon bosimi 8-15 mm Hg ga kamayadi. st., homiladorlikning o'rtalariga qadar bu darajada qoladi. Qon bosimining bu pasayishi periferik tomirlar qarshiligining pasayishi, past qarshilik bilan bachadon qon aylanishining shakllanishi va estrogenlar va progesteronning tomirlarni kengaytiruvchi ta'siri bilan bog'liq.

Homiladorlik paytida yurak urish tezligining oshishi kuzatiladi, homiladorlikning uchinchi trimestrida maksimal darajaga etadi va dastlabki qiymatlardan daqiqada 15-20 marta oshadi. Bunday holda, oddiy yurak urish tezligi daqiqada 80-90 zarba bo'lishi mumkin.

Markaziy venoz bosim o'zgarmaydi. Ayniqsa, chalqancha yotgan bemorda femur venasida yuqori venoz bosim kuzatiladi (pastki vena kavasini bachadon tomonidan siqish). Shuning uchun homiladorlik davrida tos, tashqi jinsiy a'zolar va pastki ekstremitalarning varikoz tomirlari ko'pincha paydo bo'ladi. Homiladorlik davrida tomirlarning kengayishi boshlang'ich darajadan 150% ga yetishi mumkin. Kapillyarlarning venoz uchlari kengayadi va shu bilan qon oqimining intensivligini pasaytiradi.

Homiladorlikning o'rtasidan boshlab, yotgan holatda, kattalashgan bachadon pastki vena kava va aortani siqib qo'yishi mumkin. Pastki vena kava bo'shlig'ining torayishi qonning yurakka venoz qaytishini pasaytiradi, bu esa yurak chiqishini dastlabki qiymatdan 25% gacha pasayishiga olib keladi. Shu bilan birga, qon bosimi tez pasayadi. Teri siyanotik rang bilan oqarib ketadi. Ipga o'xshash puls qayd etiladi. Bunday vaziyatda birinchi yordam bemorning tana holatini o'zgartirishdir, uni o'ng yoki chap tomonga burish kerak. Shundan so'ng, vaziyat tezda yaxshilanadi, qon bosimi va puls normallasadi. Agar bu bajarilmasa, homilaning o'limi, shuningdek, homilador ayolning ahvoli sezilarli darajada yomonlashishi mumkin.

Homiladorlik davrida renin-angiotensin tizimi faollashadi. Aylanma qonda angiotenzin II ning miqdori ortadi, bu organizmda natriy va suvni ushlab turishga

yordam beradi, aylanma qon hajmini oshiradi va vazokonstriktor ta'siriga ega. Shuning uchun, hatto sog'lom homilador ayollar ham tuzni iste'mol qilishni cheklashlari va o'rtacha miqdorda suv iste'mol qilishlari kerak.

Homiladorlik davrida qonda sodir bo'ladigan ko'plab o'zgarishlar orasida homiladorlikning 10-haftasida boshlanadigan, doimiy ravishda o'sib boruvchi va 36-haftada eng yuqori cho'qqisiga etib, 25-50% ni tashkil etadigan aylanma qon hajmining ko'payishini ta'kidlash kerak. boshlang'ich darajasi. Aylanma qon hajmining eng katta o'sishi birinchi va ikkinchi trimestrda platsenta o'sishi jarayoni bilan birga keladi. Aylanma qon hajmining oshishi uteroplental qon aylanishining ko'payishi, sut bezlari massasi va venoz yotoq hajmining oshishi bilan bog'liq.

Aylanma qon hajmining ortishi, asosan, aylanma plazma hajmining oshishi va kamroq darajada eritrotsitlar hajmi va soni tufayli sodir bo'ladi. Shunday qilib, plazma hajmi dastlabki darajaga nisbatan 35-50% ga, eritrotsitlar soni esa faqat 12-15% ga oshadi. Natijada, 26-32 xaftada qizil qon tanachalari soni va gemoglobin miqdori mutlaq o'sishiga qaramay, nisbatan kamayishi kuzatiladi. Bunday holda, gematokrit miqdorining 30% gacha kamayishi va gemoglobin darajasining pasayishi bilan tavsiflangan "fiziologik anemiya" rivojlanadi. Gemoglobin miqdorining 110 g / l gacha kamayishi homilador ayollar uchun normaning pastki chegarasi hisoblanadi.

Homiladorlik davrida leykotsitlar soni asosan neytrofillar sonining ko'payishi hisobiga ortadi.

Homiladorlik davrida qon ivish tizimida moslashuvchan o'zgarishlar ro'y beradi, ular bir tomondan qon ketishini tezda to'xtatish uchun sharoit yaratishga, boshqa tomondan esa uteroplental va homila-platsenta qon oqimini optimal ta'minlashga qaratilgan. Qon ivish omillarining, ayniqsa fibrinogenning faolligi oshadi. Fibrinoliz faolligining pasayishi qayd etilgan.

Trombotsitlar qon ivish tizimida muhim rol o'ynaydi. Homiladorlikning normal davrida ularning miqdori sezilarli darajada o'zgarmaydi. Homiladorlikning normal davrida, 12-13 haftadan boshlab, bir qator qon ivish omillari darajasining oshishi va plazmadagi fibrinogen darajasining oshishi kuzatiladi. Antitrombin III va S

proteinini o'z ichiga olgan qon ivishini sekinlashtiradigan moddalarning faolligi pasayadi.

Plazmaning fibrinolitik faolligi pasayadi va tug'ruq paytida eng kam namoyon bo'ladi.

Homiladorlik davrida barcha metabolik jarayonlar homilaning, platsentaning, bachadonning ortib borayotgan ehtiyojlarini, shuningdek, onaning tanasida metabolizmni qondirish uchun faollashadi. Homiladorlikning rivojlanishi davrida o'sayotgan homilani va onaning tanasining hayotiy funktsiyalarini plastik material bilan ta'minlash uchun oqsil almashinuvi va oqsil moddalarining to'planishi kuchayadi. Yog 'almashinuvi faollashadi, bu qon zardobida lipidlar darajasining oshishi bilan tasdiqlanadi. Uglevod almashinuvi ham o'zgaradi. Glikogen jigarda, mushaklarda, bachadonda va platsentada to'planadi. Xomilaning metabolik ehtiyojlari glyukoza iste'molining ko'payishi bilan qondiriladi. Bunga javoban insulin sekretsiyasi kuchayadi. Homiladorlikning 15-haftasidan boshlab, bir kecha-kunduz ro'za tutishdan keyin homilador ayollarda glyukoza miqdori homilador bo'lmagan ayollarga qaraganda sezilarli darajada past bo'ladi. Homilador ayollar uchun optimal glyukoza darajasi 4,4-5,5 mmol / l ni tashkil qiladi. Homilador ayollarda gipoglikemiya qondagi glyukoza darajasi allaqachon 3,3 mmol / l dan past bo'lganida aniqlanadi.

Ma'lum o'zgarishlar minerallar almashinuvi bilan ham sodir bo'ladi. Homilador ayolning tanasida kaltsiy va fosfor tuzlari saqlanib qoladi, ular homilaga etib borgach, uning skeletini qurish uchun ishlatiladi. Homilador ayolning qon zardobidagi temir kontsentratsiyasi homiladorlikning rivojlanishi bilan kamayadi, birinchi trimestrda 21 mkmol/l, ikkinchi trimestrda 14,6 mkmol/l, uchinchi trimestrda esa 10,6 mkmol/l ni tashkil qiladi. Temir kontsentratsiyasining pasayishi bir qator sabablarga ko'ra yuzaga keladi: aylanma plazma hajmining oshishi, qizil qon tanachalarining umumiy hajmining oshishi va xomilalik gemoglobin sintezi uchun temirning homilaga o'tishi. Onaning tanasida kaliy, natriy, magniy va misning saqlanishi ham kuzatiladi. Bu elementlarning barchasi metabolizmda faol ishtirok etadi.

Homiladorlikning fiziologik davrida organizmdagi suyuqlikni ushlab turish odatiy holdir. Suv almashinuvidagi o'zgarishlar to'qimalarda onkotik va osmotik bosimning oshishi bilan tavsiflanadi, bu albuminlar va natriyning saqlanishidan kelib chiqadi. To'qimalarda suyuqlik to'planishi uchun sharoitlar yaratiladi. Shu bilan birga, hujayra ichidagi suyuqlik hajmi biroz oshadi va, asosan, hujayradan tashqari suyuqlik hajmi ortadi.

Homiladorlikning normal kechishini ta'minlash uchun ona va homila organizmida metabolik jarayonlarni ta'minlash uchun zarur bo'lgan vitaminlarga bo'lgan ehtiyoj ortadi. E vitamini homiladorlikning to'g'ri rivojlanishida ishtirok etadi. Gemoglobin sintezi uchun temirni iste'mol qilish intensivligi etarli miqdorda C, B1, B2, B12, PP vitaminlari va foliy kislota bilan ta'minlanadi. Vitaminlar organizmda sintez qilinmaydi va faqat tashqaridan oziq-ovqat bilan birga keladi.

3.8. Sut bezlaridagi o'zgarishlar.

Ko'krakdagi o'zgarishlar homiladorlikning eng erta belgisi bo'lib, ba'zi ayollar kontseptsiyadan bir hafta o'tgach ularni boshdan kechirishadi. Nega homiladorlik paytida ko'krak shishiradi va og'riydi, sut bezlarining shakli va hajmi qanday o'zgaradi, sut qachon paydo bo'la boshlaydi va og'iz sutidan qanday farq qiladi, emizishga qanday tayyorgarlik ko'rish kerak - at

Kelajakdagi onalarning o'nlab savollari bor.

Homiladorlik davrida ko'krakdagi o'zgarishlar progesteron va estrogen gormonlarining ta'siri bilan bog'liq. Ular homiladorlik davrida ayolning tanasida sodir bo'ladigan ko'plab jarayonlar, jumladan, ko'krakni laktatsiya uchun tayyorlash uchun javobgardir.

Kontseptsiyadan so'ng progesteron va estrogen sariq tanasi tomonidan ishlab chiqariladi, tuxum undan chiqqandan keyin follikul o'rnida paydo bo'ladigan maxsus bez. Keyinchalik gormonlarni ajratish funktsiyasi platsentaga o'tadi. Homiladorlik davrida odatda tuxumdonlar tomonidan chiqariladigan "ayol" gormonlari darajasi keskin o'zgaradi: tug'ilish vaqtida estrogen kontsentratsiyasi boshlang'ich darajadan 30 baravar yuqori, progesteron miqdori esa 10 baravar ortadi.

Gormonlar ko'p miqdorda estrogen va progesteronga sezgir retseptorlarni o'z ichiga olgan reproduktiv va tegishli organlardagi o'zgarishlar uchun javobgardir. Gormonlarning roli biroz farq qiladi:

Estrogen sut kanallarini kengaytirib, ko'krakni sut ishlab chiqarishga tayyorlaydi. Estrogen prolaktin sekretsiyasini rag'batlantiradi, laktatsiya uchun bevosita mas'ul bo'lgan gormon.

Progesteron bez to'qimalarining ko'payishiga yordam beradi, ya'ni ko'krak hajmining o'zgarishiga va sut ishlab chiqaruvchi hujayralarning ko'payishiga yordam beradi.

Prolaktin homiladorlik davrida ko'krak rivojlanishi va shishishiga yordam beradi, ammo bu davrda boshqa gormonlarning tartibga soluvchi ta'siri tufayli sut ishlab chiqarish sodir bo'lmaydi. Tug'ilgandan keyin ularning soni keskin kamayadi va prolaktin darajasi o'sish tomon o'zgaradi. Natijada, sut ishlab chiqarish boshlanadi, bu birinchi navbatda kanallarda to'planadi va keyin nipel orqali chiqariladi.

3.9. Nafas organlari sistemasidagi o'zgarishlar.

Homiladorlik davrida nafas olish tizimida sodir bo'ladigan o'zgarishlar, bu davrda kislorodga bo'lgan ehtiyoj sezilarli darajada oshib borishi sababli tabiatda adaptivdir. Homiladorlik davrida nafas olish tizimida quyidagi o'zgarishlar ro'y beradi: nafas olish tezligining oshishi, nafas olish hajmining oshishi, daqiqali nafas olish hajmining oshishi, alveolyar shamollatish, o'pkaning hayotiy sig'imi, kislorodga bo'lgan talabning ortishi tufayli nafas olish mushaklari ishining kuchayishi, kislorodning kamayishi. arterial qondagi tarkib , giperventiliya tufayli karbonat angidridning qisman bosimining pasayishi.

Nafas olish yo'llarining tomirlaridagi o'zgarishlar kapillyarlarda qonning turg'unligiga va burun, orofarenks va traxeyaning shilliq qavatining shishishiga olib keladi. Homiladorlik davrida rinit belgilari va ovoz o'zgarishi kuzatilishi mumkin. Bu alomatlar suyuqlikning haddan tashqari yuklanishi, shish, yuqori qon bosimi yoki gestosis bilan kuchayishi mumkin.

Homiladorlik davrida bachadon diafragmani yuqoriga siljitadi, ammo o'pkaning umumiy sig'imi ko'krak qafasining anteroposterior va ko'ndalang o'lchamlarining kompensatsion o'sishi, shuningdek, qovurg'alararo bo'shliqlarning ko'payishi tufayli sezilarli darajada o'zgaradi. Yuqoriga siljishiga qaramay, diafragma homilador bo'lmagan ayollarga qaraganda homilador ayollarda nafas olish paytida ko'proq harakat qiladi. Homiladorlik paytida nafas olish ko'krak qafasidan ko'ra ko'proq diafragmatikdir, bu bemorning orqa tomonida joylashganida ma'lum afzalliklarga ega. Homiladorlik davrida tez-tez qayd etilgan nafas qisilishi nafas olish tezligi emas, balki gelgit hajmining oshishi bilan bog'liq.

Daqiqa ventilyatsiyasining progressiv o'sishi homiladorlikning dastlabki bosqichlarida boshlanadi va ikkinchi trimestrda maksimal o'sishga etadi. Bu nafas olish hajmining oshishi va nafas olish tezligining oshishi tufayli yuzaga keladi. O'lik bo'shliq o'zgarmaganligi sababli, homiladorlikning oxiriga kelib alveolyar ventilyatsiya kuchayadi.

3.10. Ovqat hazm qilish organlarida bo'ladigan o'zgarishlar.

Homilador ayollarda ovqat hazm qilish buzilishi tez-tez uchraydigan hodisa bo'lib, organizmdagi bir qator fiziologik va gormonal o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi. Homiladorlik davrida progesteron darajasi oshadi, bu butun tanadagi silliq mushaklarning, shu jumladan oshqozon-ichak traktining bo'shashishiga olib keladi. Bu ovqat hazm qilish jarayonini sekinlashtiradi, oshqozon yonishi, shishiradi va ich qotishiga yordam beradi. Bundan tashqari, homila o'sishi bilan qorin bo'shlig'i a'zolariga, shu jumladan oshqozonga bosim kuchayadi, bu esa oshqozon tarkibini qizilo'ngachga qaytarishga olib kelishi mumkin, bu esa kuyish belgilarini kuchaytiradi.

Ovqat hazm qilish tizimi ham homilador ayollar moyil bo'lgan ovqatlanish odatlari va ta'mi o'zgarishi sababli o'zgarishlarga uchraydi. Bu shishiradi yoki oshqozon buzilishiga olib keladigan oziq-ovqatlarni ortiqcha iste'mol qilishga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, homiladorlik bilan birga bo'lishi mumkin bo'lgan stress va tashvish ham ovqat hazm qilish tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, bu esa buzilish belgilarini oshiradi. Homiladorlik davrida ovqat hazm qilish

tizimining buzilishiga nima sabab bo'lganini tushunish bizga uni oldini olish va bartaraf etish strategiyalarini ishlab chiqishga imkon beradi, shu bilan homila rivojlanishi va ona salomatligi uchun qulayroq muhitni ta'minlaydi.

3.11. Ayiruv organlaridagi o'zgarishlar.

Homiladorlik davrida onaning buyragi ortib borayotgan yuk ostida ishlaydi, uning tanasidan nafaqat uning metabolizmi mahsulotlarini, balki homila metabolizmi mahsulotlarini ham olib tashlaydi. Buyraklarni qon bilan ta'minlash jarayonlari sezilarli o'zgarishlarga uchraydi. Buyrak qon oqimining o'ziga xos xususiyati homiladorlikning birinchi trimestrida uning ko'payishi va keyinchalik asta-sekin kamayishi hisoblanadi. Buyrak qon oqimining bunday qisqarishi homiladorlikning oxirida boshqa organlarga qo'shimcha qon miqdorini olish imkonini beruvchi o'ziga xos moslashuvchan reaksiya sifatida qaralishi mumkin. Buyrak qon oqimining pasayishi renin va angiotensinning yuqori sekretsiyasi bilan buyraklarning jukstaglomerulyar apparati faollashishiga asos bo'lishi mumkin. Buyraklarni qon bilan ta'minlashdagi o'zgarishlarga parallel ravishda, glomerulyar filtratsiya ham o'zgaradi, bu homiladorlikning birinchi trimestrida sezilarli darajada oshadi (30-50% ga) va keyin asta-sekin kamayadi. Homiladorlik davrida buyraklarning filtrlash qobiliyati ortadi, quvurli reabsorbtsiya esa homiladorlik davrida deyarli o'zgarmaydi.

Buyrak faoliyatidagi o'zgarishlar homiladorlik davrida umumiy suv-tuz almashinuviga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Tanadagi suyuqlikning umumiy miqdori, asosan, uning hujayradan tashqari qismi tufayli ko'payadi. Umuman olganda, homiladorlikning oxiriga kelib, homilador ayolning tanasida suyuqlik miqdori 7 litrga oshishi mumkin. Fiziologik jihatdan normal homiladorlik davrida qondagi natriy va kaliy konsentratsiyasi va bu elektrolitlarning siydik bilan chiqarilishi normal chegaralarda bo'ladi. Homiladorlikning oxirida natriy hujayradan tashqari suyuqlikda saqlanadi, bu uning osmolyarligini oshiradi. Biroq, homilador ayollarning qon plazmasidagi natriy miqdori homilador bo'lmagan ayollarnikiga teng bo'lganligi sababli, osmotik bosim sezilarli tebranishlarsiz qoladi. Kaliy, natriydan farqli o'laroq, asosan hujayralar ichida joylashgan. Kaliy darajasining

oshishi to'qimalarning ko'payishiga yordam beradi, bu ayniqsa bachadon kabi organlar uchun muhimdir. Ba'zi ayollar asoratlanmagan homiladorlik paytida ortostatik proteinuriyaga duch kelishadi. Buning sababi pastki kavak venaning jigar tomonidan va buyrak venalarining bachadon tomonidan siqilishi bo'lishi mumkin. Ba'zida homiladorlik paytida glyukozuriya paydo bo'ladi. Homilador ayollardagi glyukozuriya qandli diabetning belgisi emas, chunki bunday ayollarda uglevod almashinuvi buzilishi yo'q va qondagi glyukoza miqdori normal darajada. Ehtimol, homilador ayollarda glyukozuriya sababi glyukozaning glomerulyar filtratsiyasining oshishi hisoblanadi. Glyukozuriya bilan bir qatorda onaning qonida laktoza kontsentratsiyasining oshishi natijasida yuzaga keladigan laktozuriya ham kuzatilishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, laktoza, glyukozadan farqli o'laroq, buyrak kanalchalari tomonidan so'rilmaydi. Homiladorlik bachadonga tutashgan organlarning topografiyasi va faoliyatiga aniq ta'sir qiladi. Bu birinchi navbatda siydik pufagi va siydik yo'llariga tegishli. Bachadonning kattalashishi bilan siydik pufagi siqiladi. Homiladorlikning oxiriga kelib, siydik pufagining asosi tos bo'shlig'idan yuqoriga ko'tariladi. Quviq devorlari gipertrofiyaga uchraydi va giperemiya kuchaygan holatda bo'ladi. Siydik chiqarish kanallari gipertrofiyalanadi va biroz cho'ziladi. Ba'zida gidroureterning rivojlanishi kuzatiladi, bu ko'pincha o'ng tomonda sodir bo'ladi, o'ng tomonli gidroureterning tez-tez paydo bo'lishining sababi homilador bachadonning o'ng tomonga bir oz burilib, o'ng ureterni siqib chiqarishi va uni innominat chizig'iga bosishidir. Siydik chiqarish yo'llarining kengayishi birinchi trimestrda boshlanadi va homiladorlikning 5-8 oylarida maksimal darajaga etadi. Bu o'zgarishlar gormonal omillarga (platsenta tomonidan progesteron ishlab chiqarish) asoslangan; Kamroq darajada, bu homilador bachadon tomonidan siydik yo'llarining mexanik siqilishi bilan bog'liq. Shuni ta'kidlash kerakki, siydik tizimidagi ushbu fiziologik o'zgarishlar homiladorlik paytida infektsiyani (pyelonefrit) rivojlanishiga yordam beruvchi omil hisoblanadi.

IV BOB. HOMILADORLIKNING DIAGNOSTIKASI

Har qanday malakali shifokorlar homiladorlikni aniqlash qobiliyatiga ega bo'lishlari kerak, chunki uning kursi turli profildagi mutaxassislarning fanlararo nazoratini talab qiladi. Homiladorlik bir qator tibbiy aralashuvlar va testlarga xalaqit berishi yoki cheklashi mumkin. Agar siz homilador ekanligingizga shubha qilsangiz, darhol akusher-ginekolog bilan maslahatlashish juda muhimdir.

Bemorni boshqarishning optimal strategiyasini shakllantirishda homiladorlikni erta aniqlash asosiy rol o'ynaydi. Xususan, homila yo'qolishi xavfi yuqori bo'lgan ayollar uchun erta tashxis qo'yish homiladorlik paytida ham, tug'ilish davrida ham asoratlarning oldini olishning kalitiga aylanadi.

Ektopik embrion implantatsiyasi bo'lsa, o'z vaqtida aniqlash ayolning reproduktiv funktsiyalarini saqlaydigan davolash usullaridan foydalanishga imkon beradi.

4.1. Homiladorlikning klinik belgilari

Erta homiladorlik belgilari har bir ayolga xosdir; Ba'zi odamlar birinchi kunlardan boshlab barcha xarakterli alomatlarini boshdan kechirishadi, boshqalari esa homiladorlikning butun davri davomida hech qanday o'zgarishlarni sezmasligi mumkin.

Quyida keltirilgan belgilar ko'pincha erta homiladorlikni ko'rsatadi. Biroq, ular boshqa sharoit va kasalliklarda ham paydo bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak:

- Hayz ko'rishning kechikishi
- sut bezlarida o'zgarishlar (og'riq, kengayish)
- Bazal haroratning oshishi
- Ko'ngil aynishi yoki qayt qilish

Tibbiy amaliyotda homiladorlik oxirgi hayzli qon ketishining birinchi kunidan boshlab hisoblanadi. Ushbu usul ovulyatsiya va kontseptsiya momentini aniq aniqlash qiyinligi sababli qabul qilingan, bu turli ayollarda keng farq qilishi mumkin (tsiklning 7 dan 21 kunigacha).

Aslida, ovulyatsiya uchun optimal vaqt hayz davrining o'rtasida - taxminan 12-14 kun. Biroq, biologik individual xususiyatlar bu vaqt oralig'ini har ikki yo'nalishda sezilarli darajada o'zgartirishi mumkin.

Hayot mo"jizasiga tayyorgarlik kontseptsiyadan ancha oldin boshlanadi.

Yangi hayotni yaratish yo'lidagi qadamlar tuxum shakllanishi paytida allaqachon boshlanadi: gormonal o'zgarishlar, asab tizimidagi o'zgarishlar - bularning barchasi har oyda har bir ayol tsiklida sodir bo'ladi. Bu jarayon homiladorlikning o'zidan kam muhim va sirli emas.

Onalik sari birinchi qadam

Homiladorlikning boshlanishini hisoblashda turli xil yondashuvlar mavjud:

- Tibbiy amaliyotda qabul qilingan akusherlik usuli oxirgi hayzning birinchi kunini "boshlanish nuqtasi" deb hisoblaydi. Bu hisob-kitoblar va ultratovush monitoringi uchun boshlang'ich nuqtaga aylanadigan sana.

- Biologik yondashuv homiladorlikni kontseptsiya kunidan boshlaydi.

Birinchi akusherlik oyi (birinchi ikki hafta) sir bilan qoplangan. Ayni paytda, hatto homilador ona ham tuxumining taqdiridan bexabar qoladi va homiladorlik belgilari yo'q:

- Homiladorlikning ikkinchi yarmida ko'plab ayollarning sodiq hamrohi bo'lgan ko'ngil aynishi hali o'zini namoyon qilmagan.

- **Ko'krakdagi o'zgarishlar**, keyinchalik sezilarli bo'lib qoladi.

Bu davr juda muhim: embrionning bachadonga muvaffaqiyatli joylashtirilishi va uning keyingi rivojlanishi unga bog'liq.

Birinchi haftalar sukunat vaqti

Xushbo'y hidlar: Ilgari yoqimli deb hisoblangan atirlar yoki oziq-ovqatlarning xushbo'y hidlari keyinroq jirkanishni boshlashi mumkin.

- Oqish: homiladorlikning birinchi haftasida turli xil vaginal oqindi bo'lishi mumkin. Bu normal holat va tashvish tug'dirmasligi kerak.

Gormonal dunyo

Sayohat boshida oksitotsin, bog'lanish va yengillik gormoni darajasi hali ham past:

Alomatlar yo'q: ko'p ayollar birinchi haftada hech narsani sezmasliklari mumkin.

-Tabiiy oqim: o'zgarishning yo'qligi ham tabiiy jarayondir.

Onalik yo'lidagi bu dastlabki qadamlar sog'lom homiladorlik uchun poydevor qo'yadigan sirlar va nozik biologik mexanizmlarga to'la.

Homiladorlik testi, albatta, salbiy natijani ko'rsatadi. Agar siz soppa-sog' bo'lsangiz va gormonlar bilan muammoingiz bo'lmasa, natija aynan shunday chiqishi tabiiy. Rangi oqish, zo'rg'a ko'rinadigan ikkinchi chiziq unda 10 12 kunlardan keyingina yuzaga chiqadi.

Birinchi akusherlik haftasida homiladorlikning mavjudligi ayol uchun sirli bo'lib qoladi. U o'zining tuxumhujayrasi urug'langanligini hatto taxmin ham qilmasligi mumkin. Bo'lg'usi onaning organizmi noodatiy holatni oldindan sezgan kabi yangi yumushlarga moslashishga dastlabki urinishlarni ko'ra boshlaydi.

Ayolning ichida yangi hayotning paydo bo'lishi kutilib turibdi, va uning sog'lig'ini saqlash bo'yicha mazkur davrda ko'rilaytogan choralar har qachongidan ham muhimroq hisoblanadi. SHuning uchun ayni vaqtda homiladorlikning birinchi haftasida nimalar mumkin emasligini yaxshilab bilib olish lozim. Agar siz ushbu davrdan g'aflatda qolgan bo'lsangiz, ishni hozirdanoq boshlayvering – bu narsa bolajoningizning kelgusida yaxshi rivojlanishiga o'z ta'sirini albatta ko'rsatadi.

Eng muhim taqiq shuki, ayolning organizmiga turli xil zaharlar tushishining oldini olish kerak. YA'ni homiladorlikning birinchi haftalarida tamaki va alkogoldan tamoman voz keching.

Muayyan sabablarga ko'ra ayol qabul qilishga majbur bo'lgan dori-darmonlarga shifokorning ruxsatini olish kerak. Ko'pgina dorilar ayol organizmida qaytarib bo'lmas jarayonlarni yuzaga keltirishi mumkinligini hamma biladi. SHuning uchun dori-darmonlarni shifokor ruxsatisiz qabul qilmaslik kerak.

Qorin bo'shlig'idagi organlarni rentgen nurlanishlaridan saqlash kerak. Bunday tadqiqotlar faqatgina o'ta zarur bo'lgan hollarda o'tkaziladi!

Stressli vaziyatlar bo'lg'usi onaning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun yuzaga keladigan barcha muammolarni ohistalik yo'li bilan hal

etishga harakat qilish lozim. YAqinlaringiz bilan munozaraga bormang, hamkasabalar bilan janjallashmang! Uyda eringiz bilan romantik shinam muhitni yaratish ancha maqbul bo'ladi, zero jinsiy aloqa homiladorlikning birinchi haftalarida sizga nafaqat o'zni bo'sh tutishda yordam beradi, balki eringiz bilan intim munosabatlaringizni mustahkamlaydi.

Bemor odamlar bilan aloqada bo'lishdan iloji boricha qochish kerak. Sovuq kunda iliq kiyinib, o'zni shamollashdan va isitmani ko'taradigan har xil kasalliklardan ehtiyot qilish homiladorlikning birinchi haftasida o'ta muhimdir. Bunda ko'klarga ko'tarib maqtaladigan sarimsoq va piyoz yordamga keladi – bular homiladorlikning birinchi haftalarida shamollashning oldini oladigan eng yaxshi vositalar.

Immunitetni oshirish va organizmni tanqis mikroelementlar bilan boyitish uchun homiladorlikning birinchi haftalarida vitaminlarni qabul qilish tavsiya etiladi. Lekin to'laqonli to'g'ri ovqatlanishni ham unutmash kerak, bu juda muhim eslatma. Ratsioningizda albatta sabzavot, mevalar, boshqali o'simliklar va sut mahsulotlari bo'lishi shart. Ayniqsa mahsulotlar tarkibida foliy kislotasi borligiga e'tibor qarating – u tug'ma nuqsonlarning oldini olishda va homilaning bir me'yorda rivojlanishiga yordam beradi.

4.2. Homiladorlik diagnostikasidagi oltin standart

Agar tekshiruv vaqtida homilaning qismlari, yurak urishi va homila harakatlari aniqlansa va ultratovush tekshiruvi paytida - urug'langan tuxum aniqlansa, homiladorlik tashxisi shubhasizdir. Homiladorlikning bu ishonchli belgilari uning boshida emas, balki kechroq (V-VI oylarda) paydo bo'ladi. Dastlabki bosqichlarda homiladorlik tashxisi taxminiy va ehtimoliy belgilar asosida amalga oshiriladi.

Homiladorlikning taxminiy (shubhali) belgilari

Taxmin qilinadigan belgilar homiladorlik bilan bog'liq umumiy o'zgarishlarning namoyon bo'lishini o'z ichiga oladi:

- ishtahaning o'zgarishi (go'sht, baliq va boshqalardan nafratlanish), ishtiyoq (achchiq ovqatlar, g'ayrioddiy moddalar - bo'r, loy va boshqalar), ertalab ko'ngil aynishi, qusish;

- xushbo'y sezgilarning o'zgarishi (atir-upani yoqtirmaslik, tamaki tutuni va boshqalar); tug'ilgan ona bachadoni

- asab tizimidagi o'zgarishlar: asabiylashish, uyquchanlik, kayfiyatning beqarorligi va boshqalar;

- yuzdagi terining pigmentatsiyasi, qorinning oq chizig'i bo'ylab, nipellar va areola.

Homiladorlikning mumkin bo'lgan belgilari

Ushbu belgilar guruhi hayz ko'rish funktsiyasidagi o'zgarishlar va jinsiy a'zolardagi o'zgarishlarni o'z ichiga oladi:

- hayz ko'rishni to'xtatish;

- sut bezlarini bosganda ko'krak qafasida ochilgan sut yo'llaridan og'iz suti paydo bo'lishi;

- qin va bachadon bo'yni shilliq qavatining ko'karishi (siyanoz);

- bachadonning kattaligi, shakli va konsistensiyasidagi o'zgarishlar;

- laboratoriya tekshiruvlari (siydik va qonda xorionik gormonni aniqlash).

Ishonchli belgilar

- Ayolning qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilish orqali homila qismlarini aniqlash (Leopold manevrlari).

- palpatsiya paytida homila harakatlarini aniqlash: palpatsiya yoki ultratovush paytida homila harakati hissi.

- homila yurak tovushlarini tinglash. Homiladorlik tashxisi homila yurak tovushlarini tinglash orqali tasdiqlanadi, chastotasi daqiqada 120/140. Yurak qisqarishini 5-7 xaftadan boshlab instrumental tadqiqot usullari yordamida aniqlash mumkin: EKG, fonokardiografiya, kardiotokeografiya, ultratovush va 17-19 xaftadan boshlab - auskultatsiya.

Homiladorlikning mumkin bo'lgan belgilari quyidagilar bilan aniqlanadi:

- so'rov;

- sut bezlarini paypaslash va og'iz sutini siqib chiqarish;
- tashqi jinsiy a'zolar va qinning ochilishini tekshirish;
- nometall yordamida tadqiqot;
- ayolning vaginal va ikki qo'lda vaginal-qorin tekshiruvi.

Hayz ko'rishning kechikishi muhim belgidir, ayniqsa muntazam tsikli bo'lgan ayollarda. Ushbu alomatning ahamiyati, agar u sut bezlarining to'lib ketishi va ularda og'iz suti paydo bo'lishi, vagina va ayniqsa, bachadon bo'yni qin qismining siyanozi, hajmi va konsistensiyasi o'zgarishi bilan birlashtirilsa ortadi. bachadon.

Homiladorlikning rivojlanishi bilan bachadonning hajmi o'zgaradi. Bachadon shaklidagi o'zgarishlar ikki qo'lda (bimanual) tekshirish bilan aniqlanadi. Homilador bo'lmagan ayollarda bachadon nok shaklida bo'lib, anteroposterior o'lchamda biroz siqilgan. Homiladorlikning boshlanishi bilan bachadonning shakli o'zgaradi. 5-6 xaftadan boshlab bachadon sharsimon shaklga ega bo'ladi. 7-8 xaftadan boshlab bachadon assimetrik bo'ladi, uning burchaklaridan biri tashqariga chiqishi mumkin. Taxminan 10 xaftaga kelib, bachadon yana sharsimon bo'ladi va homiladorlikning oxiriga kelib u tuxumsimon shaklga ega bo'ladi.

Quyidagi belgilar homiladorlikning mavjudligini ko'rsatadi:

Kattalashgan bachadon . Bachadonning kattalashishi homiladorlikning 5-6 xaftaligida seziladi; Bachadon dastlab anteroposterior yo'nalishda kattalashadi (sferik bo'ladi), keyinchalik uning ko'ndalang o'lchami ham ortadi. Homiladorlik qanchalik uzoq bo'lsa, bachadon hajmining oshishi aniqroq bo'ladi. Homiladorlikning ikkinchi oyining oxiriga kelib, homiladorlikning uchinchi oyi oxirida bachadon goz tuxumi hajmiga etadi, bachadon tubi simfiz darajasida yoki undan biroz yuqoriroqdir.

Horvits-Xegar belgisi . Homilador bachadonning mustahkamligi yumshoq bo'lib, yumshatilish ayniqsa istmus hududida aniqlanadi. Ikki qo'l bilan tekshirish paytida ikkala qo'lning barmoqlari deyarli qarshiliksiz istmus sohasida uchrashadi. Bu alomat erta homiladorlik uchun juda xosdir.

Snegirev belgisi . Homiladorlik bachadonning mustahkamligidagi engil o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ikki qo'l bilan tekshirish paytida yumshatilgan

homilador bachadon mexanik tirnash xususiyati ta'sirida zichroq bo'ladi va hajmi kamayadi. Tirnashishni to'xtatgandan so'ng, bachadon yana yumshoq mustahkamlikka ega bo'ladi.

Piskacek belgisi. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida 7-8 xaftadan boshlab uning o'ng yoki chap burchagining gumbaz shaklidagi chiqishiga qarab, bachadonning assimetriyasi tez-tez sodir bo'ladi.

Protrusion urug'lantirilgan tuxumni implantatsiya qilish joyiga to'g'ri keladi. Urug'langan tuxum o'sishi bilan protrusion asta-sekin yo'qoladi (10 haftagacha).

Gubarev va Gaus homiladorlikning dastlabki bosqichlarida serviksin engil harakatchanligiga e'tibor qaratdi. Serviksning ozgina siljishi istmusning sezilarli darajada yumshashi bilan bog'liq.

Genter belgisi. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida bachadonning oldingi egilishi kuchayadi, bu istmusning kuchli yumshashi natijasida, shuningdek, bachadonning oldingi yuzasida o'rta chiziq bo'ylab taroqsimon qalinlashuv (protrusion) paydo bo'ladi. Bu qalinlashuv har doim ham aniqlanmaydi.

Shunday qilib, homiladorlik tashxisi klinik tekshiruv ma'lumotlari asosida amalga oshiriladi. Biroq, ayrim hollarda, homiladorlikni aniqlash qiyin bo'lganda yoki differentsial tashxis qo'yish maqsadida laboratoriya diagnostikasi usullari qo'llaniladi. Erta homiladorlikning diagnostikasi ayol tanasining biologik suyuqliklarida homiladorlik uchun xos bo'lgan moddalarni aniqlashga asoslanadi.

Homiladorlikni tashxislashning zamonaviy usullari biologik, immunologik, ekografik (ultratrovush diagnostikasi) va boshqalarga bo'linadi.

Ham biologik, ham immunologik usullar biologik materialda (ko'pincha siydikda) xorion tomonidan chiqariladigan koriogonadotropin (CG) gormonini aniqlashga asoslangan. Choriogonadotropin (CG) o'zining kimyoviy tabiati bo'yicha gipofiz lutropiniga (LH) yaqin, nisbiy molekulyar og'irligi 37900 bo'lgan glikoproteindir. Gormon ikkita peptid zanjiridan (a va b-kichik birliklar) iborat bo'lib, ulardan biri (a) barcha glikoproteinlar uchun bir xil - CG, lutropin (LH), follitropin (FSH) va tirotropin (TSH), ikkinchisi esa ularning har biri uchun b-maxsusdir. Nisbiy molekulyar og'irligi 23000 bo'lgan hCG ning b-subbirligi o'ziga

xos gormonal faollikka ega. HCG sintezi homiladorlikning birinchi kunlaridan boshlanadi va implantatsiyadan keyingi 60-70 kun ichida maksimal ishlab chiqarish bilan tug'ilishgacha davom etadi. Keyin uning darajasi pasayadi va tug'ilishgacha barqaror bo'lib qoladi.

Hozirgi vaqtda erta homiladorlikni aniqlash uchun immunologik usullar qo'llaniladi. *Immunologik usullar* quyonlarga qarshi zardob bilan cho'kma reaksiyasiga yoki komplement fiksatsiyasiga yoki gemagglyutinatsiya reaksiyasini bostirishga asoslangan. Eng ko'p qo'llaniladigan usul 1960 yilda Z. Swierczynska, E. Samochowiec (Polsha) va L. Wide, C. Gemzell (Shvetsiya) ikkita laboratoriyada bir vaqtning o'zida ishlab chiqilgan gemagglyutinatsiya reaksiyasini bostirish edi. Usul hCG (antijen) bilan "zaryadlangan" qizil qon hujayralari, anti-hCG sarum (o'ziga xos antikorlarni o'z ichiga olgan) va qo'shilgan siydik o'rtasidagi aglutinatsiya reaksiyasini inhibe qilishga asoslangan. Qizil qon hujayralari hCG (antigen) va homilador ayolning siydigi bilan "zaryadlangan" bo'lsa, anti-zardobga (antikorlar) qo'shilsa, unda mavjud bo'lgan hCG anti-zardob bilan bog'lanadi va qizil qon tanachalari aglyutinatsiyaga uchramaydi. ampulaning pastki qismiga joylashtiring. Agar homilador bo'lmagan ayolning siydigi qo'shilsa, hCG ni o'z ichiga olmaydi, aglutinatsiya reaksiyasi paydo bo'ladi va qizil qon hujayralari ampulada teng ravishda taqsimlanadi. Diagnostik reaksiyani o'tkazish uchun ampulaning tarkibi to'plam bilan ta'minlangan 0,4 ml fosfat tamponida eritiladi va berilgan kapillyar yordamida ikki tomchi yangi ertalab filtrlangan siydik qo'shiladi. Ampulaning tarkibi aralashtiriladi va ampula xona haroratiga joylashtiriladi. 2 soatdan keyin reaksiya hisobga olinadi: ampulada qizil qon hujayralarining bir xil taqsimlanishi homiladorlikning yo'qligini ko'rsatadi, ularning halqa yoki tugma shaklida pastki qismga joylashishi homiladorlik mavjudligini ko'rsatadi.

Radioimmunologik usul immunologik usuldan 10 marta sezgir. Eng keng tarqalgan usul - gormonga antikorlarning cho'kishiga asoslangan qo'sh antikorlar. HCG ni radioimmunologik aniqlash uchun turli kompaniyalar tomonidan ishlab chiqarilgan tayyor to'plamlardan foydalanish yaxshidir. Radioimmunologik usullardan foydalanish urug'lantirilgan tuxumni implantatsiya qilishdan keyin 5-7

kun ichida hCG darajasini 0,12-0,50 IU / l ni aniqlash imkonini beradi. HCG molekulasidagi b-subbirligini aniqlashning so'nggi radioimmunologik usullari uning darajasini 3,0 IU / l darajasida aniqlash imkonini beradi. Aniqlash vaqti 1,5-2,5 minut.

immunoenzim ekspress usullari homiladorlikni tuxumdonning nidalanishidan 1-2 hafta o'tgach aniqlash imkonini beradi.

Homiladorlikning mavjudligi yoki yo'qligini tezda aniqlash uchun test tizimlari mavjud, ulardan ayollar o'zlari foydalanishi mumkin.

Boshqa tadqiqot usullari

Bazal haroratni o'rganish progesteronning gipotalamusda joylashgan termoregulyatsiya markaziga ta'siriga asoslangan (gipertermik ta'sir). Homiladorlikning dastlabki 3 oyi davomida ertalab bo'sh qoringa bir xil termometr bilan yotoqda o'lchanadigan bazal harorat 37 ° C dan yuqori.

Bachadon bo'yni shilliq qavatining xususiyatlarini o'rganish, shuningdek, progesteronning shilimshiqning fizik-kimyoviy xususiyatlariga ta'siriga asoslanadi. Homiladorlik davrida, uning dastlabki bosqichlaridan boshlab, "ko'z qorachig'i" alomati yo'q, chunki bachadon bo'yni kanalining diametri 0,2 sm dan kam bo'lsa, bachadon bo'yni kanalidan sekretiya havoda quritilganda, unda katta kristallar bo'lmaydi.

Ultratovush yordamida intrauterin homiladorlikni tashxislash 4-5 haftadan (oxirgi hayzning birinchi kunidan boshlab!) mumkin. Bunday holda, endometriumning qalinligida urug'lantirilgan tuxum 0,3-0,5 sm ichki diametrli o'rtacha o'lchamdagi haftalik o'sish sur'ati bilan qisqartirilgan ekojeniklikning yumaloq shakllanishi shaklida aniqlanadi. Urug'langan tuxumning uzunligi taxminan 0,7 sm ni tashkil qiladi va 10 haftagacha u butun bachadon bo'shlig'ini to'ldiradi. Homiladorlikning 7 xaftaligida, ko'pchilik homilador ayollarda tuxum hujayrasi bo'shlig'ini tekshirganda, embrion 1 sm uzunlikdagi alohida shakllanish sifatida aniqlanishi mumkin, bu vaqtda embrionda yurakning vizualizatsiyasi allaqachon mumkin kichik amplitudaning ritmik tebranishi va zaif ifodalangan vosita faoliyati. Birinchi trimestrda biometriyani o'tkazishda homiladorlik yoshini aniqlashning

asosiy ahamiyati tuxum hujayrasining o'rtacha ichki diametrini va embrionning koksigeal-parietal hajmini (CPR) aniqlashdir, ularning qiymatlari qat'iy bog'liqdir. homiladorlik davri. Erta homiladorlik davrida ultratovush tekshiruvining eng informatsion usuli - transvaginal skanerlash; Transabdominal skanerlash faqat siydik pufagi to'lganida "akustik oyna" yaratish uchun qo'llaniladi.

Homiladorlik davri va tug'ilish sanasini aniqlash

Homiladorlik davri anamnestik ma'lumotlar (kechiktirilgan hayz, birinchi xomilalik harakat sanasi), ob'ektiv tekshiruv (bachadon hajmi, homila hajmi) va qo'shimcha tadqiqot usullari (ultratovush) bo'yicha aniqlanadi.

Homiladorlik yoshi va tug'ilgan sanasi quyidagilar bilan belgilanadi:

- ***Oxirgi hayz ko'rish sanasi bo'yicha.*** Homilador ayolni tekshirish vaqtida kunlar (haftalar) soni oxirgi hayz ko'rishning birinchi kunidan boshlab hisoblanadi. Tug'ilgan sanani aniqlash uchun oxirgi hayzning birinchi kuniga 280 kun (10 oy) qo'shing yoki Naegele formulasidan foydalaning: *oxirgi hayz boshlangan kundan boshlab 3 oyni ayirib, 7 kun qo'shing* . Noqonuniy hayz davri bo'lgan ayollarda bu usuldan foydalanish mumkin emas.

- ***Ovulyatsiya bilan. Agar ma'lum holatlarga ko'ra, ayol kutilayotgan homiladorlik sanasini (kamdan-kam jinsiy aloqa, in vitro urug'lantirish (IVF), donor sperma bilan urug'lantirish) nomlashi mumkin bo'lsa, homiladorlik davri 2 hafta qo'shgandan so'ng*** , kontseptsiya kunidan boshlab hisoblanadi. , va tug'ilgan sana kutilgan ovulyatsiya kunidan boshlab hisoblash yo'li bilan aniqlanadi 38 hafta yoki quyidagi formuladan foydalanib: *ovulyatsiya kunidan boshlab 3 oy 7 kunni olib tashlang* .

- ***Birinchi ko'rinishda.*** Homiladorlik uchun ro'yxatdan o'tishda homilador ayolni tekshirishning majburiy bosqichi vaginal tekshiruv bo'lib, uning davomida homiladorlik yoshini ma'lum bir aniqlik bilan aniqlash mumkin (jadvalga qarang).

- ***Birinchi harakatda.*** Birinchi xomilalik harakat sanasi bo'yicha homiladorlikning davomiyligini aniqlash ikkinchi yarmida mumkin. O'rtacha, primipar ayollar homila harakatini 20 haftadan boshlab, ko'p tug'ilgan ayollar esa homiladorlikning 18 xaftaligidan boshlab sezadilar.

- **Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra.** Ultratovush ma'lumotlari yordamida homiladorlik yoshini aniqlashning aniqligi, ayniqsa homiladorlikning birinchi trimestrida juda yuqori. Ikkinchi va uchinchi trimestrlarda homiladorlik yoshini ushbu usul bilan aniqlashda xatolik kuchayadi, bu homila rivojlanishining konstitutsiyaviy xususiyatlari yoki homiladorlikning asoratlari (homila gipotrofiyasi, diabetik fetopatiya va boshqalar) bilan bog'liq, shuning uchun ultratovush tekshiruvini dinamik kuzatilishi kerak. homila qandaydir qiymatga ega.

- **Prenatal ta'til uchun.** Rossiya qonunchiligiga ko'ra, homiladorlikning 30 xaftaligidan boshlab ayol tug'ruqdan oldin ta'til olish huquqiga ega.

Homiladorlik va tug'ishning davomiyligini tezda hisoblash uchun maxsus akusherlik kalendarlari ishlab chiqariladi.

Birinchi trimestrdagi homiladorlik yoshini ob'ektiv aniqlash ayolni bimanual tekshirish paytida mumkin, chunki bu davrlarda bachadon tosta joylashgan. 16-haftadan boshlab bachadon tubi pubis tepasida paypaslanadi va homiladorlik yoshi santimetrli lenta bilan o'lchangan simfiz pubis ustidagi bachadon tubining balandligi bilan baholanadi.

Homiladorlikning turli bosqichlarida bachadonning kattaligi va uning tubining balandligi

Homiladorlik davri, haftalar	Belgilar	
4	Bachadon tovuq tuxumining o'lchamidir	
8	Bachadon g'oz tuxumining o'lchamiga ega	
12	Bachadon erkakning mushtining kattaligida, pastki qismi bachadonning yuqori chetida joylashgan	
16	Bachadon tubi bachadon va kindik orasidagi masofaning o'rtasida (bachadondan 6 sm balandlikda) joylashgan.	
20	Bachadon qorin bo'shlig'ini kengaytiradi, uning pastki qismi bachadondan 11-12 sm balandlikda,	

	xomilalik harakatlar paydo bo'ladi, yurak urishi eshitiladi.	
24	Bachadon tubi kindik darajasida, bachadondan 22-24 sm balandlikda	
28	Bachadon tubi kindikdan 4 sm, bachadondan 25-28 sm balandlikda joylashgan.	
32	Bachadon tubi kindik va xifoid o'simta orasidagi masofaning o'rtasida joylashgan, pubisdan 30-32 sm balandlikda, qorin aylanasi kindik darajasida 80-85 sm, kindik biroz tekislangan, tekis boshning o'lchami 9-10 sm	
36	Bachadon tubi qovurg'a yo'ylarida, xifoid o'simta darajasida, qorin aylanasi 90 sm, kindik tekislangan, boshning to'g'ri o'lchami 10-12 sm.	
40	Bachadon tubi kindik va xiphoid o'simtaning o'rtasiga tushadi, pubisdan 32 sm balandlikda, qorin atrofi 96-98 sm, kindik tashqariga chiqadi, boshning to'g'ridan-to'g'ri o'lchami 11-12 sm, bosh tos suyagining kirish qismiga bosiladi, ko'p tug'ilgan ayollarda u harakatchan	

Homiladorlikning davomiyligini aniqlash uchun bachadon tubining bachadon ustidagi balandligini va qorin hajmini to'g'ri o'lchash muhim ahamiyatga ega. Bachadon tubining bachadon ustidagi balandligi santimetrli lenta yoki tos bo'shlig'i o'lchagich yordamida o'lchanadi, bunda ayol chalqancha yotadi, oyoqlari to'g'rilanadi va tadqiqotdan oldin siydik pufagi bo'shatiladi. Simfizning yuqori qirrasi va bachadon tubining eng ko'zga ko'ringan nuqtasi orasidagi masofani o'lchang. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorin atrofi santimetrli lenta yordamida o'lchanadi, u old tomondan kindik darajasida, orqada esa - bel qismining o'rtasida joylashgan.

Intrauterin homilaning uzunligini o'lchash homiladorlik yoshini aniqlash uchun qo'shimcha ma'lumotlarni beradi. Intrauterin homilani aniq o'lchash qiyin va olingan

ma'lumotlar faqat ko'rsatkichdir. O'lchov tazometr yordamida amalga oshiriladi. Ayol chalqancha yotadi; O'lchovdan oldin siydik pufagini bo'shatish kerak. Qorin devori orqali homilaning his qilingan qismlaridan so'ng, tos bo'shlig'ining bir tugmasi boshning pastki qutbiga, ikkinchisi - homilaning dumbalari ko'pincha joylashgan bachadonning pastki qismida joylashgan. V.V. Sutugin boshning pastki qutbidan tos bo'shlig'i oxirigacha bo'lgan masofa intrauterin homila uzunligining yarmini (tojdan to to'pig'igacha) aniqladi. Shuning uchun boshning pastki qutbidan dumbagacha bo'lgan masofani o'lchash natijasida olingan qiymat ikkiga ko'paytiriladi. Olingan sondan qorin devorining qalinligiga qarab 3-5 sm olib tashlang. Xomilaning uzunligini aniqlagandan so'ng, bu raqamni 5 ga bo'ling va homiladorlik muddatini oylarda oling.

Hisoblash qulayligi uchun quyidagi formuladan foydalaning (Skulskiy formulasi):

$$X = ((L \text{ g } 2) - 5) / 5$$

bu erda **X** - oy oylarida taxmin qilingan homiladorlik yoshi; **L** - tos suyagi bilan o'lchanganida, bachadondagi homilaning uzunligi; **2** - ikki baravar ko'paytiruvchi omil; Numeratorda **5** - **qorin bo'shlig'i devorlarining qalinligi va bachadon devori; Maxrajdag** **5** - homila uzunligini olish uchun oylar soni ko'paytiriladigan raqam (Haase formulasi bo'yicha)

Masalan:

$$X = ((22,5 \text{ g } 2) - 5) / 5 = 8$$

bu erda **8** - akusherlik oylari soni yoki homiladorlikning 32 haftasi.

Xomilaning uzunligini aniqlash uchun Haase formulasidan foydalaning:

homiladorlikning birinchi yarmida (20 haftagacha) - $L = X \cdot 2$,

homiladorlikning ikkinchi yarmida (20 haftadan keyin) - $L = X \text{ g } 5$,

bu erda **X** - qamariy oylar soni.

Xomilaning boshini o'lchash kech homiladorlikni aniqlash uchun qo'llab-quvvatlovchi raqamlarni beradi. Ayol chalqancha yotadi; Xomilaning boshini iloji boricha ehtiyotkorlik bilan his qiling: tos a'zosi tugmalari boshning eng ko'zga ko'ringan joylariga o'rnatiladi, ular odatda bosh va peshonaning orqa qismiga to'g'ri

keladi. Xomilaning 8-oyi (32-hafta) oxirida boshning fronto-oksipital o'lchami o'rtacha 9,5 sm, 9-oyning oxirida (35-36 hafta) - 11 sm.

I.F formulasiga ko'ra. Iordaniya:

$$X = L + C,$$

bu erda **X** - haftalarda kutilgan homiladorlik yoshi; **L** - homilaning bachadondagi uzunligi, tos suyagi bilan o'lchanadi; **C** - fronto-oksipital kattalik.

Masalan: L=22 sm, C=10 sm bo'lsa, X=32, ya'ni. Homiladorlik muddati 32 hafta.

Xomilaning malformatsiyasining diagnostikasi va sabablari.

Xomilaning malformatsiyasining sabablari

Intrauterin rivojlanish davrida bolalarda anomaliyalarning rivojlanishi uchun juda ko'p sabablar mavjud. Birinchi navbatda, albatta, embriogenezning turli xil buzilishlari natijasida irsiy va orttirilgan barcha turdagi genetik nuqsonlar. Genetik darajadagi o'zgarishlar noqulay ekologik omillar ta'sirida sodir bo'ladi: ionlashtiruvchi nurlanish, toksik kimyoviy moddalar, shu jumladan ba'zi dorilar ta'siri. Genetik nuqson bolaga ota-onadan biridan o'tishi mumkin yoki bu "shaxsiy sotib olish" bo'lishi mumkin - mutatsiya erkak va ayolning yuqori sifatli genetik ma'lumotlari kombinatsiyasidan keyin sodir bo'ladi. Afsuski, bunday vaziyatlarning oldini olishning samarali usullari hali ixtiro qilinmagan. Genetik mutatsiyaga ega bo'lgan ko'pchilik embrionlar hayotiy emas va ularning rivojlanishi urug'lantirilgandan so'ng deyarli darhol, embrion shakllanishining boshida to'xtaydi. Bu holat homila rivojlanishining to'xtatilishi deb ataladi va uning rivojlanishining sabablarini to'liq tushuntirishni talab qiladi. Yuqorida tavsiflangan genetik nuqsonlarga qo'shimcha ravishda, ona kasalliklari homiladorlikning muvaffaqiyatsizligiga olib kelishi mumkin: yuqumli (jumladan, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar), endokrin va immunitet tizimining buzilishi.

Xomilaning rivojlanishidagi patologiyaning og'irligi har xil bo'lishi mumkin. Bu genetik buzilishning joylashgan joyiga, agar mavjud bo'lsa, toksik ta'sirning kuchi va davomiyligiga bog'liq. Shuni ta'kidlash kerakki, tashqi ta'sirning intensivligi va muayyan rivojlanish nuqsonining zo'ravonligi o'rtasida aniq

bog'liqlik yo'q. Homiladorlik davrida toksik ta'sirga uchragan ayol sog'lom bola tug'ishi mumkin. Biroq, bu ayolning nabiralarida yoki hatto chevaralarida homila nuqsoni paydo bo'lishi xavfi saqlanib qolmoqda, bu uning bolasida prenatal davrda yuzaga kelgan, ammo klinik ko'rinishlarga ega bo'lmagan genetik shikastlanish natijasida.

Xomilaning eng ko'p uchraydigan tug'ma nuqsonlari:

- to'liq yoki qisman yo'qligi, u yoki bu organ yoki tananing bir qismi (qo'l-oyoq, miya, ichki organlar) deformatsiyasi;
- yuz va bo'yinning anatomik nuqsonlari (lab va tanglay yorig'i, yuz skeletining boshqa anomaliyalari);
- umurtqa pog'onasining turli darajadagi aniq yorig'i;
- tug'ma yurak nuqsonlari;

Eng keng tarqalgan xromosoma anomaliyalari: Daun sindromi va Edwards sindromi homilaning ko'plab intrauterin malformatsiyasiga hamroh bo'ladi.

Xomilaning malformatsiyasi va xromosoma patologiyasining prenatal diagnostikasi juda murakkab jarayondir. Bunday diagnostika bosqichlaridan biri bu skrining tadqiqotlari - homiladorlikning 12, 20 va 30-haftalarida ayolga buyuriladigan tekshiruvlar to'plami. Ushbu kompleks xromosoma patologiyasining biokimyoviy sarum belgilari uchun qon testini o'z ichiga oladi (xomilalik malformatsiyalar uchun testlar).

Birinchi trimestrda (ikki marta test):

- inson xorionik gonadotropinining erkin b-subbirligi;
- PAPP-A, homiladorlik bilan bog'liq plazma oqsili A.

Ikkinchi trimestrda (uchlik test):

- umumiy hCG yoki bepul hCG b-subbirligi;
- b-fetoprotein (AFP);
- erkin (konjugatsiyalanmagan) estriol.

Laboratoriyaning imkoniyatlariga qarab, oxirgi tahlil ba'zan o'tkazilmaydi. Bunday tadqiqotga majburiy qo'shimcha bachadon va homilaning ultratovush tekshiruvidir.

Har bir tadqiqot natijasini boshqa ma'lumotlardan ajratilgan holda baholash mumkin emas - ya'ni natijani baholash har tomonlama bo'lishi va faqat mutaxassis tomonidan amalga oshirilishi kerak.

Bunday tekshiruv 100% kafolat bermaydi, faqat homilador ayollar orasida invaziv diagnostika usullariga muhtoj bo'lgan yuqori xavf guruhini aniqlashga imkon beradi - xorionik biopsiya, homila karyotipini aniqlash va uning xromosoma patologiyasini istisno qilish uchun kordosentez.

Birinchi trimestrda chorion biopsiyasi va ikkinchi trimestrda platsentosentez yoki kordosentez 100% aniqlik bilan homiladagi faqat xromosoma patologiyasini istisno qilishi yoki tasdiqlashi mumkin, ammo nuqsonlarni emas! Xomilaning tug'ma nuqsonlari (CHD) faqat homilaning ultratovush tekshiruvi yordamida va ko'pincha homiladorlikning 20-22 xaftaligida chiqarib tashlanishi mumkin. Bundan tashqari, homila ultratovush tekshiruvini o'tkazadigan ultratovushli diagnostika shifokorlari homila ultratovush tekshiruvida katta tajribaga ega bo'lishi va tug'ma nuqsonlarning prenatal diagnostikasida ixtisoslashgan bo'lishi kerak. Afsuski, barcha ultratovushli diagnostika shifokorlari homilaning anatomik xususiyatlarini yaxshi bilishmaydi, shuning uchun ular tug'ma nuqsonlarni o'tkazib yuborishadi. Xuddi shu sababga ko'ra, ba'zida irsiy kasalliklarga xos belgilar (bosh suyagining shakli, teri burmalarining xususiyatlari, yuz/miya bosh suyagi o'lchamining xarakterli nisbatlari, bosh hajmi / tana uzunligi va boshqalar) ko'rinishi mumkin. Tug'ma nuqsonlarning prenatal diagnostikasida xatolarning yana bir sababi - tadqiqot uchun ishlatiladigan asbob-uskunalarining past sifati. Ultratovush apparatining past ruxsati bilan, hatto yuqori malakali diagnostika shifokori ham, qurilmaning sifati yuqori bo'lsa, tibbiyot talabasi uchun aniq bo'lgan narsalarni sahna ortida qoldirishi mumkin. Qoidaga ko'ra, viloyat markazlari va yirik shaharlarda tibbiy genetik markazlar mavjud bo'lib, ularda ayollar homiladorlik davrida kamida bir marta tekshiruvdan o'tishlari va maslahat olishlari shart.

Homilador ayollar tibbiy va genetik maslahat uchun yuborilishi kerak:

- 35 yoshdan katta;

- Daun sindromi yoki boshqa genetik jihatdan aniqlangan patologiyasi bo'lgan bolaga ega bo'lish;
- abortlar, o'lik tug'ilishlar, rivojlanmagan homiladorlik holatlari bilan;
- ota-onalardan birining oilasida Daun sindromi va boshqa xromosoma patologiyalari bo'lgan bemorlar bo'lsa;
- homiladorlikning dastlabki bosqichlarida virusli kasalliklarga chalinganlar;
- ayrim dori-darmonlarni qabul qilishda;
- agar radiatsiya ta'siri bo'lsa.

Shunday qilib, homilada genetik nuqsonlarni aniqlash uchun, birinchi navbatda, skrining qon testlarini o'tkazish kerak. Bu bolada xromosoma anomaliyalarining mavjudligi yoki yo'qligi haqida taxminiy javob beradi. Ultratovush tekshiruvidan so'ng, jismoniy nuqsonlar bor yoki yo'qligi aniq bo'ladi. Mutaxassislar genetik nuqsonlar masalasini hal qilishda qiynalsa, xorionik biopsiya yoki kordosentez buyuriladi (homiladorlik bosqichiga qarab).

Tug'ma nuqsonlar aniqlangan har qanday holat ayolga tibbiy sabablarga ko'ra homiladorlikni to'xtatishni taklif qilish uchun sabab bo'ladi. Agar ayol bolani saqlashga qaror qilsa, uni ayniqsa diqqat bilan kuzatib borish kerak, tercihen tibbiy genetik markaz mutaxassislari tomonidan.

Bolaning nuqsonlari, aksariyat hollarda, uning yashash qobiliyatini sezilarli darajada cheklaydi. Keyingi homiladorlikda xavf darajasini aniqlash uchun xomilalik malformatsiyalarning sabablarini aniqlash kerak.

4.3 Akusherlik tekshiruvlari

4.3.1. So'rovnomma

Keyingi yillarda yangi tibbiy asbob-uskunalar paydo bo'lishi bilan akusherlikda yangi tadqiqot usullarini kengroq qo'llash imkoniyati paydo bo'ldi.

Maxsus yoki ular akusherlikda asosiy tadqiqot usullari deb ham ataladigan bo'lsak, ularni quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin:

1. So'roq qilish, umumiy tekshirish va anamnez yig'ish.
2. Tashqi jinsiy a'zolari tekshirish.
3. Ko'zgularida tekshirish.

4. Bimanual vaginal tekshiruv.

5. To'g'ri ichak-qin-qorin bo'shlig'ini birgalikda tekshirish.

Homilador ayol va tug'ruqdagi ayolning suhbatini aniq rejaga muvofiq amalga oshiriladi. Ularning familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, ish va kasbi, yashash joyi; birinchi hayz ko'rish qaysi yoshda paydo bo'lgan va qaysi vaqtdan keyin o'rnatilgan; hayz turi (3 yoki 4 haftalik tsikl, davomiyligi, yo'qolgan qon miqdori, og'riqning mavjudligi va boshqalar); Jinsiy aloqada bo'lganingizdan, oldingi tug'ilganingizdan yoki abort qilganingizdan beri hayz davringiz o'zgarganmi? oxirgi hayz ko'rgan vaqtingiz qachon bo'lgan. Ular genital traktdan oqindi bor-yo'qligini aniqlaydilar [1].

Patologik oqindi (og'ir, yiringli, shilliq yoki yiring aralashmasi bilan suvli va boshqalar) odatda ginekologik kasalliklar mavjudligini ko'rsatadi.

Homilador ayolni tekshirish. Bo'yiga, tana turiga, umurtqa pog'onasi va pastki oyoq-qo'llarining deformatsiyasiga (bo'g'imlarning ankilozi va skelet tizimidagi boshqa og'ishlar to's bo'shlig'i shaklining o'zgarishi va uning torayishi ehtimolini ko'rsatadi), to'sning rangi va holatiga e'tibor bering. teri va ko'rinadigan shilliq pardalar, yuzning pigmentatsiyasi, qorinning oq chizig'i, ko'krak uchlar va areolalar, homiladorlik chandiqlari, ovqatlanish holati, sut bezlarining holati, qorinning hajmi va shakli [1].

Ehtiyotkorlik bilan to'plangan anamnez shifokorga yashash sharoitlarini, oldingi umumiy somatik va yuqumli kasalliklarning (revmatizm, qizil olov, difteriya, virusli gepatit, qizilcha, sil, pnevmoniya, yurak kasalliklari, buyrak kasalliklari), jinsiy a'zolar kasalliklarining ta'sirini aniqlashga yordam beradi. organlar (yallig'lanish jarayonlari, bepustlik, hayz ko'rishning buzilishi, bachadon, naychalar, tuxumdonlardagi operatsiyalar), hozirgi homiladorlikning rivojlanishi bo'yicha oldingi homiladorlik va tug'ilishlar.

Oila tarixi homilador ayol bilan birga yashaydigan oila a'zolarining sog'lig'i (sil, alkogolizm, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, chekish) va irsiyat (ko'p homiladorlik, qandli diabet, saraton, sil, alkogolizm) haqida ma'lumot beradi.

Agar sezaryen so'ng bachadonda chandiq bo'lsa, fibromatoz tugunning enuklyatsiyasi, teshilish teshigi tikilgan bo'lsa, operatsiya vaqtini aniqlashtirish kerak (homiladorlik operatsiyadan 2-3 yil o'tgach tavsiya etiladi).), sezaryen turi (korporal yoki bachadonning pastki segmentida), operatsiyadan keyingi davrning tabiati (chandiqning hayotiyliigi), shundan so'ng homiladorlikni muddatga etkazish imkoniyati to'g'risida qaror qabul qilish kerak. ayolni kasalxonaga yotqizish zarurati haqida 2-3 hafta oldin va agar chandiq etarlicha hayotiy bo'lmasa, tug'ilishdan oldin ham ertaroq ogohlantiring.

Shuningdek, qon quyish tarixini (agar qon quyish yoki uning hosil bo'lgan elementlarini quyish amalga oshirilgan bo'lsa, unda nima sababdan), epidemiologik tarixni, allergiya (ozuq-ovqat, dori va boshqalar) mavjudligini aniqlash kerak [16].

4.3.2. Tug'ilish vaqtini yoki homiladorlik vaqtini aniqlash

Homiladorlikning diagnostikasi homiladorlik faktini va uning davomiyligini aniqlashni o'z ichiga oladi. Homiladorlikning mavjudligi shubhali, ehtimol va ishonchli belgilar asosida tasdiqlanadi.

Homiladorlik davrida shubhali belgilar paydo bo'ladi, ammo ular jinsiy a'zolar va sut bezlarida o'zgarishlar bilan bog'liq emas. Bular sub'ektiv alomatlar, masalan, ta'm va hidning o'zgarishi, ishtahaning o'zgarishi, shuningdek ob'ektiv - asab tizimidagi o'zgarishlar (tirnash xususiyati, uyquchanlik, vegetativ reaksiyalar), yuzning oq chizig'i bo'ylab pigmentatsiyaning paydo bo'lishi. qorin bo'shlig'ida, nipellarda va areola hududida, ko'ngil aynishi, ertalab qusish va h.k.

Ehtimoliy belgilar jinsiy a'zolar va sut bezlari bilan bog'liq ob'ektiv o'zgarishlarni aks ettiradi: hayz ko'rishni to'xtatish; sut bezlarining kattalashishi va bosilganda ulardan og'iz sutining chiqishi; qin va bachadon bo'yni vestibulylining bo'shashishi va siyanozi (Skrobanskiy belgisi); bachadonning old yuzasida taroqsimon shakldagi protrusion - Ovchi belgisi; bachadonning kattalashishi va o'zgarishi (assimetriya) - Piskacek belgisi; bachadon istmusini yumshatish - Gorvitz-Xegar belgisi; bachadonning kontraktilligini oshirish - Snegirev belgisi; siydikda inson xorionik gonadotropini (hCG) mavjudligiga ijobiy biologik va immunologik reaksiyalar.

Erta homiladorlikni aniqlashning biologik va immunologik usullari homiladorlik davrida paydo bo'ladigan siydikda hCG metabolitini aniqlashga asoslangan. Homilador ayollardan siydikni pishmagan hayvonlarga kiritish gormonal ta'sirlar tufayli ularda ma'lum o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Bunday biologik reaksiyalar sichqonlarda (Ashxaym-Zondek reaksiyasi), urg'ochi quyonlarda (Fridman reaksiyasi) va erkak qurbaqalarda spermatogenezni faollashtirish uchun (Galli-Maynini reaksiyasi) ma'lum. Keyinchalik, homilador ayollardan siydik qo'shilishi bilan mos keladigan antiserum yordamida hCG bilan davolash qilingan qo'y eritrotsitlarining gemagglyutinatsiya reaksiyasini inhiye qilish uchun immunologik usul qo'llanildi. Hozirgi vaqtda yuqoridagi printsipga asoslangan standart to'plamlar qo'llaniladi, ularning yordami bilan bir necha daqiqada homiladorlikning mavjudligiga reaksiyani o'rnatish mumkin.

Ishonchli belgilar homila harakatlarini palpatsiya qilish va qayd etish, uning yurak urishini tinglash, katta va kichik qismlarni paypaslash orqali aniqlanadi. Homiladorlik tashxisida muhim o'rin qo'shimcha tadqiqot usullariga (homilaning ultratovush, elektro- va fonokardiografiya) tegishli.

Erta homiladorlikning diagnostikasi hCG ga immunologik reaksiyalarni o'z ichiga olgan mumkin bo'lgan belgilarning kombinatsiyasiga asoslanadi. Bachadonning kengayishi homiladorlik davriga to'g'ri kelishiga ishonch hosil qilish uchun homiladorlik 2 haftadan keyin takroriy tekshiruv bilan tasdiqlanishi mumkin. Shubhali holatlarda homiladorlikning mavjudligi ultratovush tekshiruvi (embrionni ro'yxatga olish va uning yurak urishi) bilan aniqlanadi.

Kechki homiladorlikning diagnostikasi (18-20 haftadan boshlab) ishonchli belgilarni aniqlashga asoslanadi. Shubhali holatlarda qo'shimcha tekshirish usullari qo'llaniladi.

Homiladorlik davri anamnez ma'lumotlari, antenatal klinika ma'lumotlari va ob'ektiv tekshiruvni hisobga olgan holda hisoblanadi. Oxirgi hayzning birinchi kuni aniqlanadi, birinchi homila harakatining sanasi (birlamchi ayollar uchun - 20 hafta, ko'p tug'ilgan ayollar uchun - 18 hafta), davr kutilgan ovulyatsiya kunidan kelib chiqqan holda hisoblanadi. ultratovush ma'lumotlariga ko'ra hayz davrining

davomiyligi, shuningdek, shifokorga tashrif buyurishning birinchi erta (10-12 haftadan oldin).

Tug'ilgan sana quyidagicha aniqlanadi. Oddiy homiladorlik 280 kun, ya'ni 40 hafta yoki 10 akusherlik oyi (oxirgi hayz ko'rishning birinchi kunidan boshlab hisoblanadi) davom etadi. Biroq, ba'zi ayollar homiladorlikning ushbu davrdan uzoqroq yoki qisqaroq davom etishi mumkin (2 haftagacha bo'lgan tebranishlar normal hisoblanadi). Tug'ilgan kunni oxirgi hayz ko'rishning birinchi kuniga 280 kun qo'shish orqali aniqlash mumkin. Qulaylik uchun oxirgi hayzning birinchi kunidan boshlab 3 oy orqaga hisoblash va 7 kun qo'shish odatiy holdir. Tug'ilgan sana homilaning birinchi harakati bilan ham aniqlanishi mumkin: birinchi marta homilador bo'lgan ayollar uchun 5 akusherlik oyi yoki 140 kun, yana tug'ilgan ayollar uchun 5,5 akusherlik oylari; yoki 154 kun qo'shiladi.

Homiladorlik muddatini va yaqinlashib kelayotgan tug'ilish sanasini to'g'ri aniqlash uchun ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari katta ahamiyatga ega. Homiladorlikning birinchi oylarida uning davomiyligi vaginal tekshiruv paytida (birinchi trimestrda) aniqlangan bachadon hajmiga qarab belgilanadi. Keyinchalik, zarur ma'lumotlar bachadon tubining balandligini pubis ustidagi o'lchash, uni qorin atrofi va homilaning kattaligi bilan solishtirish orqali olinadi.

4.3.3. Maxsus akusherlik tekshiruvi

So'nggi o'n yilliklardagi sog'liqni saqlashni rivojlantirish amaliyoti shuni ko'rsatdiki, uning oldida turgan asosiy vazifalarni ko'p jihatdan tibbiyot fanining turli sohalarini yanada ixtisoslashtirish va klinik fanlarning ayrim yo'nalishlarida ixtisoslashtirilgan yordamni tashkil etish orqali hal qilish mumkin.

Ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam - bu "tibbiy muassasalar yoki shu maqsadda maxsus ajratilgan bo'limlarda ixtisoslashgan shifokorlar tomonidan zamonaviy davolash-dagnostika asbob-uskunalar, asboblari va jihozlaridan foydalangan holda ko'rsatiladigan tibbiy yordam turi".

Akusherlik va ginekologik yordamning ixtisoslashtirilgan bo'limlarini rivojlantirish yuqori ijtimoiy va (yoki) tibbiy ahamiyatga ega bo'lgan patologiyaning

ayrim turlarini oldini olish, diagnostika qilish va davolash usullarini ishlab chiqish yoki takomillashtirish zarurati bilan belgilanadi.

So'nggi o'n yillikda ixtisoslashtirilgan ambulator akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning quyidagi shakllari rivojlandi:

katta ayollar poliklinikasida ixtisoslashtirilgan tayinlash (8 yoki undan ortiq akusherlik joylari);

ixtisoslashtirilgan akusherlik shifoxonasida;

oilani rejalashtirish va reproduksiya markazlarida;

akusherlik va ginekologiya kafedralari va ilmiy-tadqiqot institutlari bazalarida.

Statsionar ixtisoslashtirilgan akusherlik-ginekologik yordam quyidagi yo'llar bilan amalga oshiriladi:

ixtisoslashtirilgan muassasalar (boshqa muassasalar bilan birlashtirilgan ixtisoslashtirilgan tug'ruqxonalar);

tug'ruqxonalarning ixtisoslashtirilgan bo'limlari, ko'p tarmoqli shifoxonalar, ilmiy-tadqiqot institutlari va bo'limlarning klinik bazalari.

Bu tibbiy yordamni farqlash bilan bir vaqtda, integratsiya jarayonini rivojlantirishga imkon beradi, ya'ni. bemorlarning ayrim guruhlar uchun ushbu muassasalarning butun laboratoriya, diagnostika va tibbiy salohiyatidan foydalanish.

Amalda, ixtisoslashtirilgan yordam quyidagi asoratlar va kasalliklarda o'zini namoyon qildi:

abort;

homilador ayollarda ekstragenital patologiya;

yiringli-septik tug'ruqdan keyingi (abortedan keyingi) kasalliklar;

bolalar va o'smirlarning ginekologik kasalliklari;

reproduktiv funktsiyaning neyroendokrin kasalliklari;

bepushtlik.

Akusherlik va ginekologik yordamning ixtisoslashtirilgan turlarini tashkil etish masalasi viloyat (hudud), respublika bosh akusher-ginekologi tomonidan zarurligini asoslagan holda mahalliy sog'liqni saqlash organlari tomonidan hal qilinadi.

Ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam turlari va uni joylashtirish darajasi homilador yoki ginekologik bemorlar kontingentining mavjudligi, tegishli xodimlarning lavozimlari va jismoniy shaxslari, akusherlik va ginekologiya muassasalarining moddiy-texnik bazasining holati asosida belgilanadi. Ixtisoslashgan qabulni o'tkazuvchi akusher-ginekologlarning tashrifi akusher-ginekologlarga tashriflar umumiy hajmining taxminan 12 foizini tashkil qiladi.

Ixtisoslashgan akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etish uchun to'liq shtatli lavozimlar sog'liqni saqlash idoralari rahbarlari tomonidan ajratiladi (SSSR Sog'liqni saqlash vazirligining 13.08.87 yildagi 955-sonli "Sog'liqni saqlash organlari rahbarlarining mustaqilligini kengaytirish to'g'risida"gi buyrug'i. ish hajmini hisobga olgan holda mehnat rejasi va byudjet mablag'lari chegaralari). Ambulatoriya va poliklinika sharoitida ixtisoslashtirilgan yordam odatda kamida 1 ta tibbiy lavozimga to'liq vaqtli tayinlash sifatida ko'rib chiqilishi kerak.

Mustaqil ixtisoslashtirilgan qabulxonalar tashkil etish uchun aholi yoki bemorlar kontingenti yetarli bo'lmasa, bu masala mahalliy sharoitga qarab hal qilinadi.

Ixtisoslashtirilgan bo'limlarda (kabinetlarda) ishlashga maxsus tayyorgarlikdan o'tgan tajribali (kamida 5 yillik tajriba) akusher-ginekologlar jalb qilinishi kerak.

Ixtisoslashgan ofisning (qabulxona) samaradorligi asosan akusher-ginekologning ish yukini oqilona tartibga solish bilan belgilanadi.

Fotoxronometriya usulidan foydalangan holda bepushtlik va endokrin patologiya bo'yicha ixtisoslashtirilgan qabullarda akusher-ginekolog ishining hajmi va xarakterini o'rganar ekanmiz, biz o'rtacha hisobda 1 soat ichida ixtisoslashtirilgan idoradagi shifokor hech kimga malakali yordam ko'rsatishi mumkinligini aniqladik. 3 dan ortiq bemor. Turli nozologik shakllarga ega bo'lgan ayollarni davolashda vaqt sarfi har xil edi. Shunday qilib, bepushtlik bilan og'rigan ayollarni ko'rgan shifokor har bir bemorga o'rtacha $36,5 \pm 4,1$ daqiqa va endokrin patologiyasi bo'lgan bemorga $36,0 \pm 6,2$ daqiqa sarflaydi; abortdan azob chekayotgan 1 ayol uchun - $22,5 + 6,4$ min.

Ixtisoslashtirilgan bo'limlarning salohiyati va ularning tuzilishi xizmat ko'rsatilayotgan aholi soni va ixtisoslashtirilgan turdagi yordamga muhtoj bo'lganlar kontingenti bilan ham bog'liq bo'lishi kerak.

Mahalliy sharoitga qarab, bir muassasada bir necha turdagi ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatilishi mumkin.

Akusherlik va ginekologik yordamning ixtisoslashuvi dinamik jarayon bo'lib, uning shakllari va hajmi sog'liqni saqlash rivojlanishining har bir bosqichida va alohida hududlarda ginekologik, shuningdek, onalar va perinatal patologiyalar va o'lim darajasida etakchi bo'lgan patologiya turlari bilan belgilanadi.

Jadval №1

Xomiladorlarda tashxisiy ahamiyatlari

Tekshiruv usullari	Xomiladorlik davrida uzgarishlar
YUrak auskultasiyasi	- II – III trimestrlarda I va II yurak tonlari kuchayadilar. - Kupincha «aybsiz» sistolik shovkin va III toni eshitiladilar.
EKG	- Sinusli taxikardiya - T va T larning nospetsifik uzgarishlari - Kupincha bulmachalar va korinchalar ekstrasistoliyasi - Paroksizmal aritmiyalar
ExoKG	- YUrak bushliklarini kuchsiz kengayishi - CHap korincha sistolik va diastolik funksiyalari normada

	koladi - Kupincha – mitral va trikuspidal etishmovchilik aniklaniladi.
YUrak ung bulim-larini katetirizatsiyasi	- Svana-Gansa katetri rentgenologik nazoratsiz urnatiladi. - Invaziv tarzda gemodinamikani tugruk paytida monitoring kilishga kursatmalar: 1) Ekstrasistoliyadan kat'iy nazar yurak xastalanishining klinik alomatlarini topilishi; 2) CHap korincha disfunksiyasi; 3) Nemtik va ogir darajali aortil yoki mitral stenoz; 4) Gipertrofik kardiomiopatiyalar 5) Upka gipertenziyasi; 6) Gemodinamikani noturgunligi; 7) Gipoksemiya va refraktor tusli oliguriya: Monitoring tugrukdan keyin 24 soat davomida olib borila-di. Bu davr mobaynida upka shishini rivojlanish xavfi saklanib turadi (matki xajmi kichiklashishi xisobiga, kichik kovak venasi dekompressiyasi va venoz okimi kaytishi ortishi tufayli).

Xomiladorlik patologiyasining xavfli faktorlari

	As xavfli faktorlar va xomiladorlik patologiyasi kurinishlari	Boshka xavfli faktorlar va xomiladorlik patologiyasi kurinishlari
Umumiy		YOshi 18-dan kichik 35 dan kata ogirligi xomiladorlikgacha 45 kgdan past yoki xomiladorlik davrida 110 kg dan ortik. Pakana buyish-lik. Psixik buzilishlar ijtimoiy etishmovchiliklar
Ogirlashgan akusherlik anamnezi	Kesarcha kesish istmikotservikal etishmovchilik xomiladorlikni II-trimestrida bola tashlash. Vaktdan ilgari tugruklar. Ona va xomila konini goixi yoki rezus faktorii buyicha tugri kelmasligi. Upka arteriyasi tromboemboliyasi.	Kup sonli uz-uzidan bola tashlash yoki sun'iy abortlar. Xomilani ona kornida ulishi yangi tugilgan chakalokning ulimi. Kup sonli tugruklar.
Xozirgi xomiladorlikni kechishi	Kechki toksikoz ona va bolani kon guruxi yoki	Siydik yullarining retsi-divlanuvchi infeksiyasi. Taxmin kilingan

	rezus faktorla-rini tugri kelmasligi. Kin-dan konli ajralmalar keli-shi. Yuldoshning oldinda yoti-shi utib ketgan xomiladorlik (42 xaftalikdan ortik). Kup xomilani xomiladorlik kognok suvining kupligi tugma yoki irsiy kasalliklar (amniotsintez uchun kursatma). Kon zardobida α - fetoprotein darajasini uzgarish (amniotsintez uchun kursatma)	xomiladorlik muddatiga bachadon ulchamining tugri ketmasligi. Ogirlikning ortikcha kushilishi.
Xamrox kasalliklar	Kandli diabet, sistemali kizil volchanka; uroksimon xujayrali anemiya, boshka gemoglobinopatiyalar.	Anemiya (gemogloblin mikdo-ri 10 gr foizdan past). YUrak kon tomir kasalliklari, buyrakning surunkali kasalliklari. Alkogolizm, narkomaniya, jinsiy organlar gerpesi.
Tugruk patologiyasi	Muddatidan oldingi tugruklar. Muddatidan utib ketgan	Xomilani chanok bilan oldinda yotishi. Xomilani aritmik yurak urishi. 18 soatdan kuprok suvsiz davr.

	xomiladorlik (42 xaftadan ortik). Klinik tor chanok nofiziologik oldinda etishmovchiliklar platsentar etishmovchilik.	
Xomilador ayolni kuzatishdagi kamchiliklar		Vrachga kech murojaat kilish. Vrachni xomilador yoniga kam tashrifi. Kuzatish yukligi.

V BOB HOMILADORLIK PAYTIDA SOMATIK PATOLOGIYANING XUSUSIYATLARI

Jamiyatda homiladorlik faqat ginekolog va terapevt bilan birgalikda rejalashtirilgan. Agar ayol homilador bo'lishni, bolani asoratsiz tug'ishni, uni sog'lom tug'ishni istasa, unda siz terapevtsiz qilolmaysiz. Kelajakdagi ota-onalar uchun kontsepsiyadan oldin ham to'liq tekshiruvdan o'tish muhimdir. Darhaqiqat, tanada ko'pincha yashirin shaklda kasalliklar mavjud bo'lib, ular homiladorlik paytida tez namoyon bo'la boshlaydi va chaqaloqqa, onaning sog'lig'iga ta'sir qiladi.

Ayollar salomatligi, kelajakdagi onaning sog'lig'i ayniqsa ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lishni talab qiladi. Bu homilador bo'lish, bolani ko'tarish, tug'ish qobiliyatidan iborat.

Shifokor-terapevt bilan uchrashuvga kelgan homilador emas, balki bolani tug'ishni istagan ayol bilan birinchi uchrashuvda quyidagi masalalarni hal qilish kerak:

a) Bu ayol umuman homilador bo'lishi mumkinmi:

- hayot tarixi va o'tmishdagi kasalliklarni to'plash;
- irsiy tarixni to'plash;
- ayolning homiladorlik ehtimolini butunlay istisno qiladigan kasalliklardan aziyat chekmasligini aniqlash kerak (genetik, tug'ma kasalliklar, tos a'zolarining tug'ma anomaliyalari).

b) U sog'lom bolani tug'ishi va tug'ishi mumkinmi:

- olib borish va tug'ish mumkin bo'lmagan qo'shma kasalliklarning mavjudligi;
- yuqumli kasalliklarning mavjudligi.

C) homiladorlik har qanday surunkali somatik patologiyani kuchaytiradimi?

Ushbu fikrlarning barchasida shifokor bunday savollar bilan uchrashuvga kelgan ayolga batafsil tushuntirish berishga majburdir, chunki homilador-

oldindan tayyorgarlik ko'rish tavsiya etiladi. Homiladorlikning borishi umumiy sog'liqqa, turmush tarziga va ovqatlanish xususiyatlariga bog'liq.

Ayolning holatini ob'ektiv tahlil qilish uchun quyidagi fikrlarni o'z ichiga olgan laboratoriya va instrumental tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi:

- qon guruhini, onaning RH omilini aniqlash uchun qon tekshiruvi;
- batafsil klinik qon tekshiruvi;
- qon va elektrolitlarning biokimyoviy tekshiruvi, qon shakar;
- koagulogramma;
- gepatit uchun qon tekshiruvi, qizilcha antikorlari mavjudligi, OIV infeksiyasini tekshirish va Vasserman reaksiyasi;
- toksoplazmoz va sitomegalovirus, herpes simplex virusi uchun qon tekshiruvi;
- tibbiy-genetik tekshiruv;
- siydikni umumiy tahlil qilish;
- virusologik va bakteriologik tadqiqotlar (polimeraza zanjiri reaksiyasi - PCR usuli bilan);
- Qorin bo'shlig'i va tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi;
- EKG, EKOKG;
- ko'krak qafasi organlarining florografiyasi;
- mutaxassislarning maslahatlari (stomatolog, Optometrist va boshqalar).

Agar homilador ayol uchrashuvga kelgan bo'lsa, mahalliy terapevt ayolning tanasida qanday jarayonlar fiziologik ekanligini va qanday o'zgarishlar somatik patologiyaning namoyon bo'lishini ko'rsatishi va ushbu homiladorlikni to'xtatishni talab qilishi kerakligini bilishi kerak. Abort qilish yoki homiladorlikni saqlab qolish masalasi, qoida tariqasida, *homiladorlikning dastlabki 12 xaftaligida hal qilinishi kerak.*

Homiladorlikni sun'iy ravishda tugatish uchun tibbiy ko'rsatmalar

Bularga quyidagilar kiradi:

I. *Xomilalik ko'rsatmalar* (og'ir nogiron anomaliyalar, homila nuqsonlari va hayotga mos kelmaydigan deformatsiyalar).

II. *Onaning ko'rsatmalari*

A. *Mutlaq ko'rsatkichlar* - bunda keyingi homiladorlik ayol va homila hayoti uchun haqiqiy xavf tug'diradi. Bularga homiladorlik paytida teratogen dorilarni qabul qilish, o'tkir kasalliklar va surunkali dekompensatsiya kiradi, masalan:

- qizilcha;
 - sil kasalligi-barcha faol shakllar;
 - o'tkir septik endokardit, og'ir yo'l bilan o'tkir miokardit;
 - kreatinin klirensi daqiqada 50 mm dan kam bo'lgan og'ir nefropatiya, kunlik proteinuriya 3 yoki undan ko'p, qon kreatinin 120 mmol / l dan ortiq, arterial gipertenziya;
 - asosiy kasallikning dekompensatsiyasida (diabet, tirotoksikoz va boshqalar)
- CH II va undan yuqori bo'lgan ikkilamchi kardiyomiyopatiyalar;
- qon bosimi yuqori bo'lgan, tuzatib bo'lmaydigan aorta koarktatsiyasi;
 - yurak-qon tomir tizimining sifilisi;
 - hozirgi vaqtda barcha lokalizatsiyalarning malign neoplazmalarining mavjudligi;
 - o'tkir va surunkali leykemiya;
 - og'ir yurak-qon tomir tizimini kasalliklari;
 - III darajali arterial gipertenziya. antihipertenziv dorilarning uch guruhi bilan terapiyaning ta'siri bo'lmasa;
 - o'tkir buyrak va jigar etishmovchiligi.

B.Nisbiy ko'rsatkichlar- bunda homiladorlik surunkali patologiyaning kuchayishiga va homila uchun salbiy oqibatlarga olib kelishi mumkin:

- OIV infektsiyasi;
- progressiv proliferativ retinopatiya;
- ch IIA va undan yuqori (NYHA bo'yicha III FC) yoki takroriy yurak astmasi (anamnezda), HI va undan yuqori aorta nuqsonlari bilan, koronar etishmovchilik belgilari bilan yurak qopqog'i nuqsonlari;
- fiziologik etuklik holati (voyaga etmaganlar);
- ayolning reproduktiv tizimining patologiyasi (40 yosh va undan katta).

Agar homilador ayolda ro'yxatda ko'rsatilmagan, ammo homiladorlik va tug'ruq paytida ayol yoki yangi tug'ilgan chaqaloqning hayoti yoki sog'lig'iga zarar etkazadigan kasallik bo'lsa, homiladorlikni to'xtatish masalasi alohida hal qilinadi.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari

So'nggi paytlarda yurak xastaligi bilan og'rigan homilador ayollar, afsuski, tobora ko'payib bormoqda va ular orasida asosiy o'rinni yurak nuqsonlari egallaydi.

Mahalliy terapevt oldida turgan yurak nuqsonlari bo'lgan homilador ayollarni tekshirishda asosiy vazifalar:

- anamnezni puxta yig'ish (shu jumladan akusherlik);
- akusherlik tashxisini qo'yish;
- yurak nuqsonini, uning shaklini, miyokard va boshqa organlarning o'zgarishini tan olish;
- qon aylanishining buzilishi belgilarini aniqlash;
- revmatizmni, uning faoliyatini tan olish;
- fokal infektsiyani, boshqa tegishli kasalliklarni aniqlash.

Yurak nuqsonlari bilan homiladorlikni boshqarish

1. Antenatal klinikada qatnashish:

- 1-yarmida oyiga kamida 1 marta;
- 2-yarmida oyiga kamida 2 marta.

2. Tekshiruv-terapevt ko'rsatmasi bo'yicha:

- EKG, EKOKG, EKG monitoringi;

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarining eng keng tarqalgan shakllariga GB kiradi.

AG homilador ayollarning 5 foizida aniqlanadi. Ushbu raqamdan 70% hollarda kech gestoz, 15-25% - GB, 2-5% - buyrak kasalliklari, endokrin patologiya, yurak kasalliklari va katta qon tomirlari bilan bog'liq ikkinchi darajali gipertenziya mavjud.

Homiladorlik paytida GB ning klinik ko'rinishi homilador bo'lmagan ayollarda GB dan unchalik farq qilmaydi va kasallikning bosqichiga bog'liq. *Tashxisning murakkabligi shundaki, ko'plab homilador ayollar, ayniqsa yoshlar, qon bosimining o'zgarishini bilishmaydi.* Homiladorlikning dastlabki GB shakllariga depressiv ta'sir darajasini baholash juda qiyin bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, homiladorlikning 2-yarmining tez-tez rivojlanayotgan gestozi GB tashxisini qiyinlashtiradi.

To'g'ri to'plangan tarix, shu jumladan oilaviy tarix, GB diagnostikasida yordam beradi. Agar homilador ayol takroriy tug'ilishga ega bo'lsa, avvalgilarining borishini bilib oling.

Bemorning shikoyatlarini tahlil qilishda bosh og'rig'i, burundan qon ketish, yurak og'rig'i va boshqalarga e'tibor berish kerak.

Ob'ektiv tekshiruv ikkala qo'lda qon bosimini majburiy o'lchashni, EKGni, fundusni tekshirishni o'z ichiga oladi.

GB ning eng keng tarqalgan asoratlari, homiladorlikning 28-32 xaftaligidan boshlab o'zini namoyon qiladigan gestozning rivojlanishi. Qoida tariqasida, gestoz juda qiyin, terapiyaga yomon javob beradi va keyingi homiladorlik paytida takrorlanadi.

YUIKni kuchayishi uchun homiladorlikning muhim davrlari:

- homiladorlikning boshlanishi-16 hafta-bu vaqt ichida revmokarditning kuchayishi eng ko'p uchraydi;
- 26-32 hafta - maksimal gemodinamik yuklar, BCC ko'payishi, yurakning daqiqali hajmi, gemoglobinning pasayishi;
- 35 hafta-tug'ilishning boshlanishi-tana vaznining ko'payishi, bachadon tubining yuqori turishi tufayli o'pka qon aylanishining qiyinlashishi, diafragma funktsiyasining pasayishi.

CVD bilan homilador ayollarni rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish

I. Yurak kasalxonasiga yotqizish - tashxisni aniqlashtirish va uni saqlab qolish imkoniyati masalasini hal qilish uchun homiladorlikning 8-10 xaftasi.

II. Akusher-ginekologning homiyiligi bilan yurak kasalxonasiga rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish - homiladorlikning 28-29 xaftaligi, YUQT holatini kuzatish va agar kerak bo'lsa, maksimal fiziologik gemodinamik siljishlar davrida yurak faoliyatini saqlab turish. Bu vaqtda yurakdagi katta stress rivojlanishga olib kelishi mumkin:

- Charchoq, shishish, nafas qisilishi, jigar kengayishi bilan tavsiflangan CHF;
- yurak ritmining buzilishi;

- o'tkir CH va uning haddan tashqari namoyon bo'lishi - o'pka shishi va qon aylanishi va o'pka arteriyasining katta doirasidagi tromboemboliya (bu holatlar hayotga bevosita tahdid soladi, ularni reanimatsiya bo'limida darhol yo'q qilish kerak).

III. Tug'ruqxonaga yotqizish-~~ned~~tug'ilishga tayyorgarlik ko'rish va etkazib berish turini tanlash uchun 37-38 hafta.

Genitourinar tizim kasalliklari

Platsenta tomonidan ishlab chiqarilgan progesteron ta'siri ostida ichak, siydik pufagi va siydik yo'llarining silliq mushaklarining bo'shashishi kuzatiladi. Siydik chiqarish kanallarining kengayishi, cho'zilishi, egilishi va pastadir shakllanishi bilan egriligi, tos bo'shlig'ining ko'payishi qayd etiladi. Yuqori siydik yo'llarining urodinamikasi va buyraklardagi qon aylanishi buziladi. Bunday sharoitda infektsiyaning siydik yo'lidan, siydik pufagidan subepitelial to'qima qatlami orqali buyrak tos suyagiga tarqalishi uchun qulay fon yaratiladi.

Homilador ayollarda pielonefritning qo'zg'atuvchisi ko'pincha opportunistik mikroorganizmlardir. *E. coli* homilador ayollarning 36-88 foizida ekilgan va buyrak tos suyagi, perineal tolalar va buyrak kapsulalarining sklerozini keltirib chiqaradi. *Proteus* (5-20%) o'z fermentlari bilan oqsillar va karbamidni parchalab, ammiak va buyrak va siydik yo'llarining epiteliya hujayralariga zarar etkazadigan boshqa moddalarni hosil qiladi.

Klebsiella, enterokokk va boshqalar homilador ayollarning siydigidan ham ekilgan. biroq, ko'pincha PN patogenlari gram-manfiy mikroorganizmlar-D va B guruhlarining streptokokklari, stafilokokklar va mikrokokklardir.

Buyraklardagi yallig'lanishni *Candida*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, anaerob bakteriyalar ham keltirib chiqarishi mumkin. *Homiladorlik pielonefritining paydo bo'lishiga hissa qo'shadigan sabablar:*

- homiladorlikka xos bo'lgan gormonal o'zgarishlar;
- o'sayotgan bachadon tomonidan siydik yo'llarining siqilishi;
- tanadagi infektsiya o'choqlarining mavjudligi;

- siydik o'tishining sezilarli darajada sekinlashishi;
- siydik yo'llarining kengayishi, cho'zilishi, egriligi;
- dizuriya, siydik pufagining kattalashishi.

O'tkir va surunkali pielonefrit mavjud. Pielonefritning paydo bo'lishi yoki kuchayishi ko'pincha nedhomiladorlikning 22-28 xaftaligida, jinsiy va kortikosteroid gormonlari darajasi keskin oshganda sodir bo'ladi.

Pielonefritni aniqlashning eng keng tarqalgan vaqti homiladorlik paytida va tug'ruqdan keyingi davrda:

- 24-29 hafta;
- 32-34 hafta;
- 39-40 hafta;
- Tug'ilgandan keyin 2-5 kun;
- Tug'ilgandan keyin 10-12 kun.

PN shakliga qarab, homiladorlik va tug'ish paytida asoratlari paydo bo'lishi uchun Schechtman uchun 3 ta xavf darajasi ajratilgan:

Birinchi daraja homiladorlik paytida paydo bo'lgan o'tkir PN bo'lgan ayollardir.

Ikkinchi daraja-surunkali PN bilan homilador ayollar.

Uchinchi daraja-bu gipertenziya yoki azotemiya bilan birgalikda PN bilan og'rigan homilador ayollar yoki bitta buyrak mavjud bo'lganda PN bilan homilador ayollar.

1 va 2-darajali xavf bilan homiladorlikni oyiga 2 marta (22 va 28-haftalar oralig'ida-haftalik) siydik holatini dinamik nazorat qilish va yashash joyidagi nefrolog tomonidan kuzatish sharti bilan uzaytirish mumkin.

3-darajali homiladorlik kontrendikedir, chunki homiladorlik paytida ayolning hayoti uchun xavf tug'diradigan sog'liq holati keskin yomonlashadi.

Kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi:

- homiladorlikning asoratlari yuzaga kelganda-urologning patronaji bilan tug'ruqxonaga;

- homiladorlikning har qanday bosqichida pielonefritning kuchayishi bilan-ixtisoslashtirilgan kasalxonaga yoki kasalxonaning kuzatuv bo'limiga;

- tanqidiy davrda (22-28 hafta) - buyraklarning funktsional holatini tekshirish va aniqlash uchun urologiya bo'limi;

- xomilalik gipoksiya yoki gipotrofiya aniqlanganda-tug'ruqxonaga. Homiladorlikning eng maqbul natijasi homiladorlik paytida paydo bo'lgan o'tkir pielonefritda, davolanishning yaxshi ta'siri bilan kuzatiladi.

Homiladorlik pielonefriti bilan homilador ayollarni boshqarish dasturi

1. *Ishtirokchilar: oyiga 3-4 marta.*

2. *Tekshirish:*

- OAM-oyiga 2 marta;
- OAK-oyiga 1 marta;
- Nechiporenkoning sinovi-har 4 oyda bir marta;
- oftalmoskopiya-har 4 oyda bir marta;
- biokimyoviy qon tekshiruvi (karbamid, qoldiq azot, umumiy oqsil, xolesterin)
- kuchayganda;
- Buyraklarning ultratovush tekshiruvi.

3. *Mutaxassislarning maslahati:*

- dispanser kuzatuv tartibida antenatal klinikaning terapevti - oyiga 2 marta, alevlenme paytida-har hafta, alomatlar bartaraf etilgunga qadar;
- urolog, nefrolog (ko'rsatmalarga muvofiq).

4. *Kasalxonaga yotqizish:*

- 12, 18 hafta-rejalashtirilgan;
- kutilgan tug'ilishdan 10 kun oldin;
- og'irlashganda-har qanday vaqtda.

Asimptomatik bakteriuriya uchun homilador ayollarni boshqarish dasturi

1. *Ishtirok etish:*

- birinchi yarmida-oyiga 1 marta;
- ikkinchi yarmida-oyiga 2 marta.

2. *Mutaxassislarning maslahati:*

- antenatal klinikaning terapevti-bakteriuriya yo'qolguncha har hafta, keyin oyiga 1 marta;

- urolog-ko'rsatmalarga muvofiq.

3. Tekshirish:

- OAM-normallashtirishga qadar haftalik, keyin oyiga 1 marta 26 haftagacha, 26-32 xaftada haftalik, keyin oyiga 2 marta;

- Nechiporenko testi, faol leykotsitlar;

- Buyraklarning ultratovush tekshiruvi.

4. Kasalxonaga yotqizish-ko'rsatmalarga muvofiq.

Endokrin tizim kasalliklari

Homiladorlik paytida uglevod almashinuvidagi o'zgarishlar:

- glyukoza bardoshlilikining pasayishi;

- insulinga sezgirlikning pasayishi;

- erkin yog ' kislotalarining aylanishini oshirish.

Bu platsenta gormonlari - platsenta laktogen, progesteron, kortikosteroidlar ta'sirining natijasidir.

Plasental laktogen qon zardobidagi erkin yog ' kislotalari darajasini sezilarli darajada oshiradi. FFA homilador ayolning tanasining energiya xarajatlarini qoplash uchun ishlatiladi, glyukoza esa homila uchun saqlanadi.

Homiladorlik paytida uglevod almashinuvidagi fiziologik o'zgarishlar Diabetes mellitusga o'xshaydi, shuning uchun homiladorlik diabetogen omil hisoblanadi.

Klinik amaliyotda diabetning uchta asosiy turi mavjud:

-I turdagi diabet-insulinga bog'liq;

-II turdagi diabet-insulinga bog'liq bo'lmagan;

-III turdagi diabet-гестационный homiladorlikning 28 xaftaligidan keyin rivojlanadigan va homiladorlik paytida ayollarda glyukozadan foydalanishning vaqtinchalik buzilishi bo'lgan homiladorlik qandli diabet (GD).

Homilador qandli diabetning klinik tasnifi

1. Aniq homiladorlik qandli diabet

1-darajali zo'riqish: ochlikdagi glyukoza darajasi-7,7 mmol/l dan oshmaydi, ketozning yo'qligi, giperglikemiya normallashtirishga parhez orqali erishiladi.

2-darajali zo'riqish: ochlikdagi glyukoza darajasi-12,21 mmol/l dan oshmaydi, shuningdek ketozning yo'qligi yoki uni parhez bilan yo'q qilish.

3-darajali zo'riqish: ochlikdagi glyukoza darajasi 12,21 mmol/l dan yuqori, ketoz va angiopatiya rivojlanish tendentsiyasi.

2. Vaqtinchalik homiladorlik qandli diabet

Qandli diabet belgilari faqat ushbu homiladorlik paytida mavjud bo'lib, tug'ilgandan ko'p o'tmay yo'qoladi. Ushbu shakl homilador ayollarning barcha diabet holatlarining 50% ni tashkil qiladi.

3. Yashirin (subklinik) diabet

Ushbu tashxis o'zgartirilgan glyukoza bardoshlik testi bilan belgilanadi.

4. Xavfli homiladorlik qandli diabet:

- qandli diabet bilan og'rigan ota-onalari yoki yaqin qarindoshlari bo'lgan ayollar;

- og'irligi 4500 g dan ortiq bo'lgan oldingi homiladorlikdan farzand ko'rgan ayollar;

- ortiqcha tana massasi indeksiga ega ayollar.

Qandli diabetning onaning tanasiga ta'siri:

- qon tomir asoratlarning rivojlanishi (retinopatiya, nefropatiya;

- gipoglikemiya, ketoatsidozning tez-tez rivojlanishi;

- homiladorlikning tez-tez asoratlari (gestoz 30-50%, infeksiya 16%, polihidramnion 20-30%, homiladorlikning erta tugashi 15-31%).

Onadagi diabetning homilaga ta'siri:

- homiladorlik davriga to'g'ri kelmaydigan tug'ilish paytida katta massarestации;

- yog ' to'qimalarining katta massasi tufayli tashqi kushingoid ko'rinishi;

- oshqozon osti bezi orollarining gipertrofiyasi;

- yurakning katta hajmi;

- miya va timus massasining pasayishi;

- organlar va tizimlarning funktsional etukligi;

- gipoglikemiya bilan birgalikda metabolik atsidoz;
- nafas olish buzilishi;
- tug'ma rivojlanish anomaliyalari (shu jumladan, faqat qandli diabetda uchraydigan kaudal regressiya sindromi - pastki magistral va oyoq-qo'llarning rivojlanmaganligi).

Shu munosabat bilan, qandli diabet bilan og'rigan ayollarda homiladorlikni rejalashtirish, birinchi navbatda, ayolga o'zi va homila uchun mumkin bo'lgan xavf haqida ma'lumot berishga qaratilgan:

- uglevod almashinuvi kompensatsiyasi boshlanishidan oldin homiladorlikdan optimal va xavfsiz himoya qilish (homiladorlikni rejalashtirish maktabida o'qish);

- kontseptsiyadan 3-4 oy oldin SD uchun barqaror kompensatsiyaga erishish va ta'minlashmec:

- och qoringa glikemiya-3,5-5,5 mmol / l;
- ovqatdan 2 soat o'tgach glikemiya 5,0-7,8 mmol/l;
- HbA1c <6,5%;
- ovqatlanish va jismoniy faoliyatning individual rejasini, insulin terapiyasi rejimini tuzish;
- SD va qo'shma kasalliklarning kech asoratlarini aniqlash va davolash.

Qandli diabet uchun homilador ayollarni boshqarish dasturi

1. Antenatal klinikada qatnashish:

- 32 haftagacha-oyiga 2 marta;
- 32 haftadan so'ng-oyiga 3-4 marta.

2. Tekshirish:

- Ro'yxatdan o'tish paytida, homiladorlikning 3-trimestrida va ko'rsatmalarga muvofiq TSH;

- qon shakar-oyiga 2-3 marta;
- siydikdagi shakar-oyiga 2-3 marta;
- siydikdagi aseton-oyiga 2-3 marta;
- oftalmoskopiya;
- Homilaning ultratovush tekshiruvi va ctg 2-3 trimestr.

3. Mutaxassislarning maslahati:

- ro'yxatdan o'tishda va homiladorlikning 32 xaftaligida Optometrist;
- endokrinolog-dispanserni kuzatish tartibida;
- nevropatolog-har bir holatda ko'rsatmalarga muvofiq.

4. Kasalxonaga yotqizish:

- rejalashtirilgan-недhomiladorlikning 12-22 xaftaligida va 32 xaftada;
- prenatal-35 xaftada. *Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:*

- ochlikdagi plazma glyukoza darajasi-120 mg% dan yuqori (6,7 mmol / l), ovqatdan 1 soat o'tgach plazma glyukoza darajasi-170 mg% dan yuqori (9,4 mmol/l);

- 8 haftadan kam homiladorlik davrida qandli diabetning qoniqarsiz kompensatsiyasi нед(organogenez davri).

Homiladorlik paytida qalqonsimon bez kasalliklarini tashxislashning umumiy tamoyillari

Onadagi hipotiroidizm-bu bolada aqlning etishmasligi. Qalqonsimon bezning gipofunktsiyasini aniqlash uchun tadqiqot homiladorlikdan oldin o'tkazilishi kerak.

Odatda, TSh va erkin T4(fT4) darajasini birgalikda aniqlash kerak. Umumiy T4 va T3 darajasini aniqlash низкочувствительныхva TSh darajasini aniqlashning past sezgir usullaridan foydalanish ma'lumotga ega emas.

- Homiladorlikning birinchi yarmida TSH darajasi odatda ayollarning 20-30 foizida kamayadi.

- Umumiy T4 va T3 darajasi odatda har doim ko'tariladi (1,5 baravar).
- Birinchi trimestrda erkin T4 darajasi biroz oshdi.
- Homiladorlikning kech bosqichlarida past normal fT4 odatda aniqlanadi.

Oddiy TSH darajasida homilador ayollarda qalqonsimon bez patologiyasini davolash uchun faqat T4 kuzatiladi.

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, ayollarda aniqlangan gipertiroidizm homiladorlikni to'xtatish uchun ko'rsatma emas.

Homiladorlikning tirotoksikoz kursiga ta'siri:

- homiladorlikning 2-yarmida engil shakllarda bu holat odatda yaxshilanadi va ayollarning 28 foizida u o'z-o'zidan eutiroidga etadi. Bu homiladorlik paytida qonning gormonlarni bog'laydigan xususiyatlarining oshishi bilan bog'liq;

- o'rtacha og'ir tirotoksikoz bilan yaxshilanish kamroq uchraydi. 28-30-haftadan boshlab hadda ko'plab ayollarda CH, og'ir taxikardiya, ehtimol aritmiya rivojlanadi.

Tirotoksikozning homiladorlikka ta'siri:

- tushish;
- xavfli tushish;
- erta tug'ilish;
- erta toksikoz;
- gipertenziv sindromli kech toksikoz;
- o'lik tug'ilish;
- homila rivojlanishidagi anomaliyalar.

Homilador ayollarni boshqarish dasturi:

- ishtirok etish chastotasi individualdir, lekin odatdagidan ko'proq;
- qondagi fT4 (erkin tiroksin) darajasini tekshirish-har 5 haftada;
- EKG;
- mutaxassislarning maslahati;
- endokrinolog-ro'yxatdan o'tish paytida va 32 xaftada;
- homiladorlikni saqlash masalasini hal qilish uchun 12 haftagacha kasalxonaga yotqizish;
- sog'lomlashtirish tadbirlarini o'tkazish;
- endokrinologning tavsiyalariga muvofiq davolash;
- homiladorlikning tugashi, 2-yarmining toksikozining oldini olish.

Homiladorlik paytida tirostatiklar bilan davolashning asosiy maqsadi ft4 darajasini normaning yuqori chegarasida (21 pmol/l) saqlashdir.

Gematopoetik tizim kasalliklari

Homiladorlik paytida temir tanqisligi anemiyasi (ida) homiladorlik paytidaeng ko'p uchraydigan asoratlardan biridir.

JSST ta'rifiga ko'ra, homiladorlik anemiyasini Hb darajasi quyidagicha bo'lgan holat deb hisoblash kerak:

- I va III trimestrlarda 110 g / l dan kam;
- homiladorlikning II trimestrida 105 g/l dan kam.

Shunga qaramay, jda diagnostikasi Hb darajasini aniqlash bilan cheklanmaydiHb.

Avvalo, agar jda shubha qilingan bo'lsa, ferritin, zardob temirining darajasi aniqlanishi kerak,xuddi shu parametrlar birinchi navbatda antianemik terapiyani nazorat qilish uchun baholanishi kerak.

Homiladorlik paytida taxminan 1220 mg temir iste'mol qilinadi:

- 500 mg-gematopoez uchun;
- 300 mg-fetoplasental tizimni rivojlantirish uchun;
- 190 mg-joriy yo'qotishlar uchun;
- Tug'ruq paytida 230 mg yo'qoladi.

Homiladorlik paytida ida rivojlanishining xavf omillariga quyidagilar kiradi:

- o'tgan kasalliklar (tez-tez infeksiyalar);
- ekstragenital fon patologiyasi (surunkali tonzillit, revmatizm, SD, gastrit);
- menorragiya;
- tez-tez homiladorlik;
- laktatsiya davrida homiladorlikning boshlanishi;
- o'smirlik davrida homiladorlik;
- o'tgan homiladorlikdagi anemiya;
- vegetarian dietasi;
- Hbhomiladorlikning birinchi trimestridagi Hb darajasi <120 g/l;
- ushbu homiladorlikning asoratlari;
- ko'p homiladorlik.

Jda ning homiladorlikka ta'siri:

- tushish;
- erta tug'ilish;
- atonik bachadondan qon ketish;

- gestoz xavfi ortadi;
- infektsiya xavfi ortadi;
- xomilalik gipoksiya;
- o'lik tug'ilish xavfi;
- yuqumli kasalliklar.

Gripp

Eng keng tarqalgan yuqumli kasallik. Virus zarralari va homila hujayralarining o'zaro ta'siri aniq nimaga olib kelishi ko'plab omillarga bog'liq: intrauterin rivojlanish davri, homilador ayolning antiviral immuniteti holati, virusning o'zi patogen xususiyatlari.

Onaning tanasida nafas olish yo'llari infektsiyasi qanchalik og'ir bo'lsa, homila yuqtirish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Shu bilan birga, tug'ilmagan bola uchun oqibatlar mutlaqo oldindan aytib bo'lmaydigan bo'lishi mumkin.

Agar ayol homiladorlikning birinchi trimestrida gripp bilan kasallangan bo'lsa, unda markaziy asab tizimining malformatsiyasining paydo bo'lishi (hatto tana haroratining 38 °C gacha ko'tarilishi) ko'rsatilgan, gripp virusi keltirib chiqaradigan kasal ayollarning somatik hujayralarida xromosoma aberatsiyalari aniqlangan.

Homiladorlikning kech davrida ayol infektsiyalarga nisbatan kamroq chidamli, shuning uchun u grippga ko'proq moyil bo'ladi.

Grippni boshdan kechirgan ayollarda platsentada tromboz, bazal plastinkada, membranada, kindik ichakchasida fokal qon ketish mavjud; ushbu belgilar fetopatiya rivojlanishining sabablari va natijada недонашивания homila rivojlanishining intrauterin anomaliyasi.

Ko'pgina bolalarda kech tishlash, duduqlanish, nutq nuqsonlari, endokrin kasalliklar, teri-allergik kasalliklar, neonatal davrda SARS, virusli infektsiya fonida pnevmoniya kuzatilgan. Bularning barchasi immunogenez tizimidagi buzilishlarning oqibatlari.

Odatda gripp bilan kasallangan homilador ayolni davolash mahalliy shifokor tomonidan uyda amalga oshiriladi.

Tug'ruqxonaning kuzatuv bo'limiga yotqizish uchun ko'rsatmalar kasallikning og'ir shakli, grippning asoratlari: pnevmoniya, miokardit, Markaziy asab tizimining shikastlanishi.

Prognoz qilingan epidemiyadan oldin klinika terapevti grippga qarshi emlashni tavsiya qiladi.

Zamonaviy vaktsinalarda faol bo'lmagan (o'ldirilgan) gripp virusi mavjud, shuning uchun u chaqaloq uchun xavfsiz deb hisoblanadi.

Ammo, agar homiladorlik davri 14 haftadan kambo'lsa, unda grippga qarshi emlash kerak emas.

Homiladorlik paytida dorilar

Tibbiyot tarixi shuni ko'rsatadiki, dorilar homilaga nisbatan zararli ekologik omil bo'lib, uning malformatsiyasini keltirib chiqarishi mumkin.

Homiladorlik paytida preparatni (LS) qo'llash shartlari:

- dori vositalarini faqat homiladorlik paytida foydalanish xavfsizligi, ma'lum metabolik yo'llar (FDA mezonlari) bilan ishlatish kerak;

- dori-darmonlarni tayinlashda homiladorlik davrini hisobga olish kerak: erta yoki kech. Embriogeneznining yakuniy tugash muddatini belgilash mumkin emasligi sababli, homiladorlikning 5 oyligidan oldin AMPNI tayinlashga ayniqsa ehtiyotkorlik bilan yondashish kerak;

- davolash jarayonida ona va homila holatini diqqat bilan kuzatib borish zarur.

Dori-darmonlar ro'yxati homilador ayol homiladorlikning turli davrlarida iste'mol qilganda homila uchun mumkin bo'lgan zararini aks ettiradi:

"a" guruhi-maxsus tadqiqotlar paytida preparatning homilaga zararli ta'siri topilmadi;

"b" guruhi-hayvonlar bilan o'tkazilgan tajribalar homila uchun zararli ekanligini aniqlamadi, odamlar uchun zararli ekanligi to'g'risida ma'lumot yo'q (maxsus tadqiqotlar o'tkazilmagan);

"C" guruhi-hayvonlar bilan o'tkazilgan tajribalar homilaga zararli ta'sir ko'rsatdi, ammo odamlar uchun bu zararli ekanligi isbotlanmagan. Ushbu guruhdagi

dori homilador ayolga faqat preparatning foydali ta'siri zararli ta'sir xavfidan yuqori bo'lgan hollarda buyuriladi;

"D" guruhi-preparatning inson homilasiga zararli ta'siri haqida dalillar mavjud, ammo homilador ayollarga ushbu preparatni buyurish xavfga qaramay oqlanadi (hayot uchun xavfli vaziyatlarda, og'ir kasalliklarda, kamroq zararli dorilar yordam bermaydigan holatlarda);

"x" guruhi, albatta, homila uchun zararli dori bo'lib, ushbu preparatning zararli ta'siri ayol tanasi uchun mumkin bo'lgan har qanday foydadan ustundir. Ushbu guruhdagi dorilar homilador ayollar va shunday bo'ladigan ayollar uchun kontrendikedir.

A-foliy kislotasi, s vitamini.

B-amilorid, amoksitsillin, benzilpenitsillin, vazopressin, gidralazin, digoksin, ibuprofen, indometazin, insulin, kalsitonin, klaforan, klindamitsin, Klotrimazol, linkomitsin, magneziya sulfat, mikonazol, nistatin, oksatsillin, paratsetamol, polimiksin, prednizolon, Tylenol, sefazolin, eritromitsin.

C-furosemid, teofillin, rifampitsin, propranolol, prazosin, Pirantel, nitroprussid, nitrogliserin, metronidazol, metildopa, laziks, kurantil, korinfar, klion, kapoten, dopegit, diakarb, deksametazon, gentamitsin, verapamil, vankomitsin, atropin, Asetilsalitsil kislotasi.

D-bleomitsin, varfarin, veroshpiron, gipotiazid, doksisisiklin, metotreksat, ofloksatsin, lityum preparatlari, relanium, seduksen, spironolakton, streptomitsin, tetratsiklin, siprobay, Siprolet, siprofloksatsin.

X-mestranol, og'iz kontratseptivlari, trimetadion, estradiol, estrogenlar, estron, konvuleks, Klomifen, disulfiram, gidroksiprogesteron, bromokriptin, oltin tuzlari, yod, lityum.

Homiladorlik paytida antibiotiklarning xavfsizligi

Homiladorlik paytida iloji boricha har qanday dori-darmonlardan, shu jumladan antibiotiklardan saqlanish kerak bo'lsa-da, infeksiyalarni davolash ona yoki bola yoki ikkalasining sog'lig'i uchun zarur bo'lishi mumkin.

Bunday holatlar uchun quyidagi jadval keltirilgan.

Homiladorlik paytida antibakterial dorilarni qo'llash

Antibiotik	trimestr, unda antibiotik xavfsiz deb hisoblanadi	izohlar
aminoglikozidlar	3-chi	ikkinchi trimestrda eshitish organlarining shikastlanish xavfi ortadi
sefalosporinlar	hammasi	Избегать Sefamandol, moxalaktam, sefotetan va sefoperazondan
saqlaning Xloramfenikol	1-chi va 2-chi	"kulrang chaqaloq"sindromini keltirib chiqarishi mumkin
eritromitsin	hammasi	Избегать эстолатаeritromitsin estolatidan saqlaning, bu onada gepatitni keltirib chiqarishi mumkin
izoniazid	ni ulardan biri	silga qarshi barcha dorilarning eng xavfsizi hisoblanadi, ammo gepatit xavfi tufayli profilaktika faqat tug'ruqdan keyin amalga oshirilishi kerak; hayvonlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, preparat embrotsid ta'siriga egaEmbrotsid ta'siriga ega
Penichillinlar	hammasi	Исследования комбинаций с Penischillinlar klavulan kislota bilan kombinatsiyalar bo'yicha olib borilgan barcha tadqiqotlar toksik ta'sir
ko'rsatmadi xinolonlar	hech	qachon qo'llanilmagan hayvonlarda qo'shma kasalliklar qayd etilgan
sulfanilamidlar	2-chi	Birinchi trimestrda антифолатныеantifolat ta'siri mumkin;

		uchinchi trimestrda-safro pigmenti (bilirubin)tufayli miyaga zarar etkazish xavfi
--	--	---

Jadval 65. Tugatish

Antibiotik	trimester, unda antibiotik xavfsiz deb hisoblanadi	sharhlar
tetratsiklinlar	hech kim	ona uchun jigar, oshqozon osti bezi yoki buyrak kasalligi xavfi yo'q; homila uchun-tish rangining o'zgarishi xavfi, suyak to'qimalarining g'ayritabiiy rivojlanishi, suyak o'sishini inhibe
trimetoprim	1 va 3-	folat antagonisti

XULOSALAR

Olingan natijalarni umumlashtirganda shuni ta'kidlash kerakki, tekshirilgan guruhlarda o'tmishdagi va birga kelgan somatik va ginekologik kasalliklarning tuzilishida statistik jihatdan sezilarli farqlar yo'q. Homilador ayollarning tanasiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan ish sharoitlari kabi ijtimoiy parametrlar ham taqqoslangan. Ko'rib chiqilayotgan anamnestic parametrlar orasida GDM rivojlanishining mumkin bo'lgan xavf omillari bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan individual ko'rsatkichlar bo'yicha statistik jihatdan ahamiyatli farqlar olingan, masalan, past jismoniy faollik, homiladorlikning dastlabki bosqichlarida spontan abort va katta tug'ilish. homila.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, GDM rivojlanishini bashorat qilish uchun individual xavf omillarining mavjudligi etarli emas, ammo ularning kombinatsiyasi (past jismoniy faollik, homiladorlikning dastlabki bosqichlarida spontan abort, katta tug'ilish tarixi) degan xulosaga kelish mumkin. homila), bu xavfni oshiradi, homiladorlik qandli diabeti bo'lmagan, ortiqcha vaznli va I darajali semirib ketgan homilador ayollarni hisobga olish kerak.

Akusherlik shifoxonasida kasalxonada yuqadigan infektsiyalarni (SAI) samarali laboratoriya diagnostikasi, OITSni epidemiologik nazorat qilish tizimi va sanitariya-epidemiya qarshi (profilaktika) tadbirlarini o'rganish natijalari keltirilgan. Tadqiqotning maqsadi ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ruqdan keyingi yiringli-septik infektsiyalarni (PSI) erta aniqlash, ularning infektsiyasini oldini olish va yuqumli jarayonda namoyon bo'lishining oldini olish, shu jumladan kasalxonaga yotqizilgan shtammlarni faol qidirish nuqtai nazaridan mikrobiologik monitoringni optimallashtirish va GSI holatlarini tashxislash uchun laboratoriya usullarini takomillashtirish orqali.

Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, ixtisoslashtirilgan akusherlik shifoxonalarida onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nozokomial infektsiyalar jiddiy e'tibor talab qiladigan jiddiy muammodir. Ixtisoslashgan akusherlik shifoxonasida onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nozokomial infektsiyalarning epidemiologik

xususiyatlarining bir qator xususiyatlari mavjud bo'lib, ular ushbu tadqiqot doirasida aniqroq aks ettirilgan.

Ixtisoslashgan tug'ruqxonaning epidemiologik holatini tahlil qilish asosida biz ushbu turdagi shifoxonalar uchun xos bo'lgan epidemiologik muammolarning prekursorlarini ishlab chiqdik va taqdim etdik.

Bularga quyidagilar kiradi:

onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, shu jumladan, nozokomial infektsiyalarning ko'payishi xavf guruhiga kirmaydigan kontingentlar orasida (tabiiy tug'ilishdan keyin onasi va onalari bilan bir xonada saqlangan to'liq muddatli yangi tug'ilgan chaqaloqlar);

GSIning kombinatsiyalangan shakllarining paydo bo'lishi yoki ko'payishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yoki tug'ruqdagi ayollarda kasallanish tarkibida klinik shakllardan birining ustunligi, umumlashtirilgan shakllarining paydo bo'lishi;

engil va og'ir shakllar nisbatining ikkinchisining o'sishiga qarab o'zgarishi;

bir-biriga bog'liq bo'lgan ikki yoki undan ortiq kasalliklarning paydo bo'lishi;

nozokomial infektsiyalarning paydo bo'lish vaqtini qisqartirish, tug'ruqxonadan chiqishdan oldin klinik belgilarning paydo bo'lishi;

tibbiyot xodimlari o'rtasida yiringli-yallig'lanish va boshqa yuqumli kasalliklarning ko'payishi;

"intrauterin infektsiya" tashxisi sonining ko'payishi;

GSI ning etiologik tuzilishini o'zgartirish, asosan bitta patogenni izolyatsiya qilish;

sog'lom onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning mikrofloraning kasalxona shtammlari bilan mikrobia ifloslanish darajasining oshishi (o'tkazilgan tadqiqotlar sonining 30,0% dan ko'prog'i);

tug'ruqxonaning epidemiologik ahamiyatga ega bo'linmalarida va xavfli joylarda mikroflora aylanishining intensivligini oshirish;

tug'ruq paytida ayollarga antibiotiklarni buyurish chastotasining oshishi, fiziologiya bo'limidan kuzatuv bo'limiga o'tish, noma'lum genezdagi isitma, preklinik nozologik shakllar (loxiometra, bachadon subinvolyutsiyasi, laktostaz);

tug'ruq paytida ayollarni vaginal tekshiruvlar chastotasini oshirish, vaginal sanitariya uchun antiseptiklardan foydalanish, operatsiyadan keyingi tikuv va sut bezlarini davolash;

yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ko'zlari va terisini davolash chastotasini oshirish;

onalari bilan qoladigan yangi tug'ilgan chaqaloqlar sonini kamaytirish, bemorlarni tug'ruqxonadan erta chiqarish.

Nosozlikning prekursorlarini o'z vaqtida aniqlash epidemiologik vaziyatning keyingi asoratlarini oldini olish uchun zarur choralarni o'z vaqtida amalga oshirish imkonini beradi. Epidemiologik muammoning omillari va prekursorlarini bartaraf etishning iloji bo'lmasa, akusherlik shifoxonasini rejadan tashqari yopish masalasini ko'tarish kerak.

Shunday qilib, tug'ruq va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda onalarning kasalxonadagi GSI epidemiologik xususiyatlarini o'rganish, kasallanishni tahlil qilishda yagona uslubiy yondashuvlardan foydalanish butun kuzatish davrida olingan natijalarning solishtirilishini ta'minladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. А.Л.Каплан Акушерство. Учебник / А.Л.Каплан. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. - 600 с.
2. Абрамченко, В. В. Антиоксиданты и антигипоксантаы в акушерстве / В.В. Абрамченко. - М.: ДЕАН, 2014. - 400 с.
3. Айламазян, Э. К. Гинекология / Э.К. Айламазян. - М.: СпецЛит, 2016. - 416 с.
4. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. - М.: СпецЛит, 2017. - 118 с.
5. Акушерство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 608 с.
6. Акушерство. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с.
7. Акушерство: моногр. / Под редакцией Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2017. - 816 с.
8. Алан, Х. ДеЧерни Акушерство и гинекология. В 2 томах. Том 2. Гинекология / Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 696 с.
9. Бодяжина, В. И. Акушерство / В.И. Бодяжина, И.Б. Семенченко. - М.: Феникс, 2019. - 480 с.
10. Бодяжина, В. И. Акушерство. Учебник: моногр. / В.И. Бодяжина. - М.: Медицина, 2014. - 456 с.
11. Бодяжина, В. И. Учебник акушерства / В.И. Бодяжина. - М.: Медицина, 2019. - 456 с.
12. Боровкова, Л.В. Акушерские кровотечения. Учебное пособие / Л.В. Боровкова. - М.: НижГМА, 2015. - 319 с.
13. Ветров, В. В. Неосложненная преэклампсия / В.В. Ветров, В.А. Воинов, Д.О. Иванов. - М.: Информ-Навигатор, 2014. - 168 с.
14. Гайдуков, С. Акушерские пособия и операции. Фантомный курс: учебное пособие. Гайдуков С. / С. Гайдуков. - Москва: ИЛ, 2016. - 178 с.

15. Горелова, Л. В. Планирование семьи / Л.В. Горелова. - М.: Феникс, 2014. - 256 с.
16. Дзигуа, М. В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Учебник / М.В. Дзигуа. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 360 с.
17. Дзигуа, М. В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин. Учебное пособие / М.В. Дзигуа. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.
18. Дзигуа, М. В. Физиологическое акушерство / М.В. Дзигуа. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 430 с.
19. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных. - М.: Миклош, 2019. - 104 с.
20. Дыхательная функция крови плода в акушерской клинике. - Москва: Огни, 2016. - 973 с.
21. Жаркин, Н. А. Транскраниальная электростимуляция в акушерстве и гинекологии / Н.А. Жаркин, В.Н. Кустаров. - М.: Джангар, 2019. - 120 с.
22. Иванов, А. А. Акушерский фантом (пособие для студентов по фантомному курсу акушерства) / А.А. Иванов, А.В. Ланковиц. - М.: Книга по Требованию, 2015. - 164 с.
23. Иванов, А. И. Акушерство и гинекология. Шпаргалка / А.И. Иванов. - М.: Феникс, 2014. - 128 с.
24. Карен, Л. Рейтер УЗИ в акушерстве и гинекологии / Карен Л. Рейтер, Т. Кеми Бабагбеми. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с.
25. Клиническое акушерство. Учебное пособие: моногр. / С.А. Леваков и др. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 296 с.
26. Кравченко, Е. Н. Невынашивание беременности / Е.Н. Кравченко, И.В. Медяникова. - Москва: Наука, 2017. - 859 с.
27. Крылова, Е. П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии / Е.П. Крылова. - М.: Феникс, 2015. - 384 с.

28. Кулаков, В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. - М.: Триада-Х, 2019. - 256 с.
29. Линева, О. В. Сивочалова. О. И. Линева Гинекология / О. В. Сивочалова. О. И. Линева Линева, Л.В. Гаврилова. - М.: Академия, 2016. - 288 с.
30. Линева, О. И. Физиологическое акушерство. Учебник / О.И. Линева, О.В. Сивочалова, Л.В. Гаврилова. - М.: Academia, 2016. - 304 с.
31. Лопаткин, Н. А. Урология. Учебник / Н.А. Лопаткин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 816 с.
32. Лопаткин, Н.А. Урология / Н.А. Лопаткин. - М.: Медицина, 2018. - 423 с.
33. Макаров, И. О. Задержка роста плода. Врачебная тактика. Учебное пособие / И.О. Макаров, Е.В. Юдина, Е.И. Боровкова. - Москва: Огни, 2014. - 271 с.
34. Макацария, А.Д. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2019. - 725 с.
35. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике инфекции, вызванной вирусом гриппа А (H1N1), у беременных женщин. - М.: Н-Л, 2019. - 839 с.
36. Морщакова, Елена Федоровна Патогенез и лечение анемий беременных / Морщакова Елена Федоровна. - М.: Практическая медицина, 2015. - 244 с.
37. Назаренко, Т.А. Синдром поликистозных яичников. Современные подходы к диагностике и лечению / Т.А. Назаренко. - Москва: Высшая школа, 2017. - 736 с.
38. Осипова, О. В. Урология. Шпаргалки / О.В. Осипова. - М.: Феникс, 2015. - 128 с.

39. Педерсен, Ерген Диабет у беременной и ее новорожденный / Ерген Педерсен. - Москва: Машиностроение, 2014. - 336 с.
40. Персианинов, Л. С. Разрывы матки / Л.С. Персианинов. - Москва: Наука, 2015. - 136 с.
41. Погодин, О. К. Хламидийная инфекция в акушерстве, гинекологии и перинатологии / О.К. Погодин. - М.: Издательство Петрозаводского университета, 2015. - 168 с.
42. Полонская, Н. Ю. Профилактические осмотры и цитологический скрининг шейки матки / Н.Ю. Полонская, И.В. Юрасова, О.В. Егорова. - М.: Academia, 2018. - 104 с.
43. Прогнозирование и профилактика акушерской патологии. - М.: Здоров'я, 2016. - 224 с.
44. Радзинский, В.Е. Ранние сроки беременности / В.Е. Радзинский. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2016. - 231 с.
45. Разин, М. П. Детская урология-андрология / М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 128 с.
46. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Учебное пособие. - М.: Фолиант, 2017. - 640 с.
47. Руководство к практическим занятиям по акушерству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с.
48. Рыжова, Р. К. Узкий таз в акушерской практике / Р.К. Рыжова, Н.П. Смирнова. - Москва: СИНТЕГ, 2017. - 337 с.
49. Сидорова, И. С. Внутриутробные инфекции / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 176 с.
50. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству / И.С. Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров. - М.: Медицина, 2018. - 848 с.
51. Синдром задержки роста плода. Патогенез. Диагностика. Лечение. Акушерская тактика / А.Н. Стрижаков и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 130 с.

52. Скробанский, К. Учебник гинекологии / К. Скробанский. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. - 410 с.
53. Славянова, И. К. Акушерство и гинекология / И.К. Славянова. - М.: Феникс, 2014. - 576 с.
54. Славянова, Изабелла Карповна Акушерство и гинекология. Учебник / Славянова Изабелла Карповна. - М.: Феникс, 2016. - 590 с.
55. Смирнова, Л. М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова, Р.А. Саидова, С.Г. Брагинская. - Москва: Огни, 2016. - 368 с.
56. Стрижаков, А.Н. Потеря беременности / А.Н. Стрижаков. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2017. - 147 с.
57. Стрюк, Р. И. Нарушения сердечного ритма при беременности / Р.И. Стрюк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 130 с.
58. Урология / Под редакцией Ю.Г. Аляева. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014. - 640 с.
59. Формирование аллергического фенотипа ребенка до и после рождения (механизмы и профилактика) / И.И. Евсюкова и др. - М.: Н-Л, 2014. - 280 с.
60. Энкин, Мэррей Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / Мэррей Энкин и др. - М.: Нормед-Издат, 2019. - 544 с.