

Əsədullayeva Kəmalə Rza qızı

MAMALIQ

(Dərslik)

II nəşr

Bakı – 2019

***Azərbaycan Respublikası Təhsil nazirliyinin
03.08.2016-cı il tarixli 528 №li əmri ilə kitaba
nəşr hüququ (qrif) verilmişdir.***

Rəyçilər: **Ofelya Hüseynova** – Tibb elmləri doktoru, mama- ginekoloq
 Təranə Tağıyeva – Bakı 1 sayılı Tibb kollecinin “Mamalıq” fənn
 birləşməsinin sədri, mama-ginekoloq

Redaktor: **Bilalov Azər**

Tərtibatçı: **Rzazadə Səmayə**

Mündəricat

I fəsil. GİRİŞ.....	10
§ 1. Mamalıq elminin inkişaf tarixi.....	10
§ 1.1. Mamalıq elminin inkişaf mərhələləri	10
§ 1.2. Mama-Ginekoloji yardım müəssisələrinin və doğuma yardımın təşkili.....	15
§ 1.3. Mamalıqda etika və deontologiyanın əsasları.....	19
§ 2. Mamalıq stasionarlarında xəstəxanadaxili infeksiyaların qarşısının alınması.....	20
§ 2.1. Aseptika və antiseptika.....	20
§ 2.2. Alətlərin, sarğı materiallarının və xidmət əşyalarının sterilizasiyası	23
§ 2.3. Tibb personalının şəxsi gigiyenası	23
II fəsil. REPRODUKTİV SİSTEMİN ANATOMİYAYA.....	29
VƏ FİZİOLOGİYASI.....	29
§ 1. Qadın çanağının quruluşu	29
§ 2. Qadın cinsiyyət orqanlarının anatomiya və fiziologiyası	34
§ 3. Süd vəziləri	43
§ 4. Qadının reproduktiv sisteminin inkişaf mərhələləri.....	44
§ 5. Reproduktiv dövrün rəqulyasiyası	46
§ 6. Normal menstrual tsikl	48
III fəsil. HAMİLƏLİYİN FİZİOLOGİYASI	52
§ 1. Spermatogenez, oogenezi, mayalanma.....	52
§ 2. Döl yumurtasının inkişafı	56
§ 3. Döl qışaları, cift və göbək ciyəsi.....	59
§ 4. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində baş verən fizioloji dəyişikliklər.....	63
§ 5. Hamilə qadının rejimi və qidalanması.....	71
§ 6. Hamilə qadının şəxsi gigiyenası	70
§ 7. Hamilə qadının doğuşa hazırlanması	71
IV fəsil. HAMİLƏLİYİN DİAQNOSTİKASI	75
§ 1. Hamiləliyin əlamətləri.....	75
§ 2. Hamilələrin müayinəsi.....	77
§ 2.1. Hamiləliyin I yarısının diaqnostikası.....	79
§ 2.2. Laborator diaqnostika üsulları	82
§ 2.3. Ultrasəs müayinəsi	83
§ 2.4. Çanağın müayinəsi	84
§ 2.5. Hamiləliyin II yarısının diaqnostikası	87
§ 3. Hamiləlik müddətinin və doğuş vaxtının təyini. Hamilələrə və zahılara “Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilmə” vərəqinin verilməsi	92
V fəsil. DOĞUŞUN FİZİOLOGİYASI	95
§ 1. Doğuşun baş vermə səbəbləri və tənzim olunması	95
§ 2. Xəbərdarədicə əlamətlər.....	97
§ 3. Priliminar dövr.....	99
§ 4. Doğum aktının komponentləri	99

§ 5. Doğuşun gedışı.....	102
§ 5.1. Açılma dövrü.....	102
§ 5.2. Qovulma dövrü.....	104
§ 5.3. Son dövrü.....	106
§ 6. Doğuşun biomexanizmi.....	107
§ 7. Doğuşun döş başına təsiri	112
§ 8. Doğuşun idarə olunması	113
§ 8.1. Doğuşun ağrısızlaşdırılması.....	114
§ 8.2. Doğuşun I dövrünün (açılma) idarə olunması.....	118
§ 8.3. Doğuşun II dövrünün (qovulma) idarə olunması	120
§ 8.4. Doğuşun III dövrünün (son) idarə olunması.....	123
VI fəsil. ZAHILIQ DÖVRÜNÜN FİZİOLOGİYASI	128
§ 1. Hormonal hemostazın vəziyyəti.....	128
§ 2. Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri.....	129
§ 3. Maddələr mübadiləsi və daxili orqanlarda baş verən dəyişikliklər.....	131
§ 4. Zahılıq dövrünün gedışı, idarə olunması və zahı qadına qulluq	132
VII fəsil. MAMALIQDA SƏRHƏD VƏZİYYƏTLƏRİ.....	136
§ 1. Çanaq gəlişləri.....	136
§ 1.1. Çanaq gəlişlərində doğuşun biomexanizmi	138
§ 1.2. Çanaq gəlişlərində hamiləlik və doğuş un gedışı	141
§ 1.3. Çanaq gəlişlərində hamiləlik və doğuşun idarə olunması	142
§ 1.4. Çanaq gəlişlərində əl yardımı.....	145
§ 2. Çoxdöllü hamiləlik	150
§ 2.1. Çoxdöllü hamiləliyin diaqnostikası.....	152
§ 2.2. Çoxdöllü hamiləliyin və doğuşun gedışı	153
§ 2.3. Çoxdöllü hamiləlikdə hamiləliyin və doğuşun idarə olunması.....	157
VIII fəsil. AİLƏ PLANLAŞDIRILMASI	159
§ 1. Kontrasepsiyanın metodları	159
§ 2 Fizioloji metodlar	161
§ 3. Kontrasepsiyanın baryer metodları	164
§ 4. Kimyəvi metod-Hormonal kontraseptivlər.....	165
§ 5. Uşaqlıq daxili kontrasepsiya (UDS).....	168
IX fəsil. HAMİLƏLİK ZAMANI QADIN ORQANİZMİNDƏ YARANAN PATOLOJİ VƏZİYYƏTLƏR.....	170
§ 1. Hamiləliyin I yarısında yaranan vəziyyətlər (toksikozlar)	170
§ 1.1. Hamiləlik qusması.....	170
§ 1.2. Hipersalivasiya (Ağız suyu axması).....	171
§ 2. Hamiləlik zamanı nadir hallarda rast gəlinən patoloji vəziyyətlər	172
§ 3. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər	173
X fəsil. MÜXTƏLİF XƏSTƏLİKLƏRİN HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞUN GEDİŞİNƏ TƏSİRİ..	179
§ 1. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri və hamiləlik	179
§ 2. Həzm sisteminin xəstəlikləri zamanı hamiləlik və doğuş	186
§ 3. Böyrək xəstəlikləri zamanı hamiləlik və doğuş	189

§ 4. Cinsiyyət orqanlarının qeyri-düzgün vəziyyətləri və xəstəlikləri zamanı hamiləlik	192
§ 5. Qan xəstəliklərində hamiləlik və doğuş	194-4
§ 6. Endokrin patologiyalar zamanı hamiləlik və doğuş.....	196
§ 7. İnfeksiyon xəstəliklər və hamiləlik	200
XI fəsil. DOĞUM YOLLARININ ANOMALİYALARI	210
§ 1. Sümük çanağın anomaliyaları.....	210
§ 2. Dar çanaqlarda hamiləliyin gedişi.....	216
§ 3. Dar çanaqlarda doğuşun gedişi	216
§ 4. Dar çanaqlarda doğuşun biomexanizmi	218
§ 5. Dar çanaqlarda doğuşun idarə olunması.....	220
§ 6. Yumşaq doğum yollarının anomaliyaları	222
XII fəsil. ERKƏN VƏ GECİKMİŞ DOĞUŞLAR	223
§ 1. Erkən doğuşlar	223
§ 2. Gecikmiş doğuşlar	226
XIII fəsil. NORMADAN KƏNAR VƏZİYYƏT VƏ GƏLİŞLƏR.....	229
§ 1. Dölnün qeyri-düzgün vəziyyətləri	229
§ 2. Kiçik hissələrin və göbək ciyəsinin enməsi və gəlişi	233
§ 3. Açılmış baş gəlişləri	235
§ 4. Döl başının dirənmə anomaliyaları. Asinklitizm	242
§ 5. Döl başının duruş anomaliyaları	243
XIV fəsil. DOĞUM FƏALİYYƏTİNİN ANOMALİYALARI	245
§ 1. Doğum fəaliyyəti anomaliyalarının klinik formaları, müalicə və profilaktikası	245
§ 2. Doğuşun unduksiyası və stimulyasiyası.....	250
§ 3. Doğuşda çiyinlərin distosiyası	251
XV fəsil. ZAHILIQ DÖVRÜNÜN PATOLOGİYALARI	254
§ 1. Qeyri-infeksiyon zahılıq xəstəlikləri.....	254
§ 2. Zahılıq infeksiyaları	256
§ 2.1. I mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri.....	257
§ 2.2. II mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri	259
§ 2.3. III mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri	263
§ 2.4. IV mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri.....	267
§ 3. Mastit.....	272
XVI fəsil. MAMALIQ QANAXMALARI	275
§ 1. Hamiləliyin I yarısının və ya erkən mamalıq qanaxmaları.....	275
§ 1.1. İmplantasion qanaxmalar	276
§ 1.2. Servikal patologiyalar	276
§ 1.3. Düşük.....	276
§ 1.4. Trofoblastik xəstəliklər.....	281
§ 1.5. Ektopik və ya uşaqlıqdan kənar hamiləlik. (Qraviditas ektopika extrauterina).....	284
§ 2. Hamiləliyin ikinci yarısının mamalıq qanaxmaları.....	288
§ 2.1. Cift gəlişləri	288
§ 2.2. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması.....	292

§ 3. Son dövrünün qanaxmaları	295
§ 4. Erkən zahılıq qanaxmaları	297
§ 5. Gecikmiş zahılıq qanaxmaları.....	302
§ 6. Doğumda şok	302
§ 7. Doğumda koaqlupatiyalar.....	305
§ 8. Dölyanı maye emboliyası	306-6
§ 9. Mamalıq qanaxmalarının profilaktikası	307-7
 XVII fəsil. MAMALIQ TRAVMATİZMİ.....	309
§ 1. Vulva və uşaqlıq yolu travmaları	309
§ 2. Aralığın travmaları	310
§ 3. Uşaqlıq boynunun travmaları.....	313
§ 4. Uşaqlıq travmaları	314
§ 5. Doğuşdan sonrakı svişlər.....	317
§ 6. Doğuş zamanı çanaq bitişmələrinin travmaları.....	318
 XVII fəsil. CƏRRAHİ MAMALIQ (Mamalıq əməliyyatları)	320
§ 1. Əməliyyatın dövr, mamalıq əməliyyatlarına hazırlıq.....	320
§ 2. Əməliyyatdan sonrakı dövr.....	321
§ 3. Hamiləlik dövründə aparılan əməliyyatlar	322
§ 3.1 Hamiləliyin pozulması.....	322
§ 3.2 Uşaqlıq boynunun tikilməsi.....	327
§ 3.3. Mamalıq döndərmələri	328
§ 4. Doğuş zamanı aparılan mamalıq əməliyyatları.....	331
§ 4.1. Doğuşun I dövründə aparılan mamalıq əməliyyatları	331
§ 4.2. Doğuşun II dövründə aparılan mamalıq əməliyyatları.....	333
§ 4.2.1. Mamalıq maşaları	333
§ 4.2.2. Dölün vakuum ekstraksiyası	340
§ 4.2.3. Aralığın kəsilməsi.....	342
§ 4.2.4 Dölparçalayıcı əməliyyatlar	344
§ 4.3. Kesar kəsiyi əməliyyatı.....	347
§ 4.4 Doğuşun III dövründə və erkən zahılıq dövründə aparılan cərrahi əməliyyatlar	352
 XIX fəsil. EMBRİOLOGİYA VƏ PERİNATOLOGİYA	356
§ 1. Dölün vəziyyətini qiymətləndirmək üçün müasir mamalıqda aparılan müayinə metodları	356
§ 2. Dölün fiziologiyası	361
§ 3. Bətdaxili həyatın müxtəlif dövrlərində dölün inkişaf xüsusiyyətləri.....	367
§ 4. Antenatal patologiyalar	374
§ 4.1. Qametopatiyalar	376
§ 4.2. Blastopatiyalar	379
§ 4.3. Embriopatiyalar.....	380
§ 4.3.1 Anadangəlmə inkişaf qüsurları	381
§ 4.4. Fetopatiyalar	387
§ 4.5. Sonun inkişaf anomaliyaları	388
§ 4.6. Bətdaxili infeksiyalar.....	393-3
§ 4.7. Respirator distres sindrom, dölün hipoksiyası.....	409
§ 4.8. Cift çatışmazlığı	412
§ 4.9. Dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsi (BDİL)	413-4

§ 4.10. Dölün və yenidoğulmuşun hemolitik xəstəlikləri	415
§ 4.11. Bətdaxili ölüm	423
§ 5. Neonatal dövr	424
§ 5.1 Yenidoğulmuş	424-3
§ 5.2. Erkən neonatal dövr	425-4
§ 5.3 Yenidoğulmuşun müayinəsi	432
§ 5.4.Yenidoğulmuşun fiziologiyası	441
§ 5.5. Yenidoğulmuşun xarici mühitə adaptasiyası və tranzitor vəziyyətləri.	444-3
§ 5.6. Yenidoğulmuşun qidalanması	451-0
§ 6. Yarımçıq doğulmuşlar	458
§ 6.1. Yarımçıqdoğulmuşların qidalanması	461-0
§7. Vaxtından gec doğulmuşlar	463-2
§ 8. Yenidoğulmuşun xəstəlikləri	464-3
§ 8.1. Yenidoğulmuşun asfiksiyası	465-4
§ 8.2.Yenidoğulmuşun doğum travmaları	471
§ 8.3. Yenidoğulmuşun irinli iltihabi xəstəlikləri (septik xəstəliklər)	474-3
§ 8.3.1. Yenidoğulmuşun yerli irinli – iltihabi xəstəlikləri	474-3
§ 8.3.2. Yenidoğulmuşların yayılmış irinli xəstəlikləri.....	476-5
§ 9. Yarımçıqdoğulmuşlarda ən çox rast gəlinən neonatal patologiyalar	483-2
İstifadə olunan ədəbiyyatlar	487

İxtisarlara siyahısı

A/c – anticisimlər
A/C – Asistent/Control ventilyasiya
A/T – arterial təzyiq
AEGS – anadangəlmə erkən gizli sifilis
AES – anadangəlmə erkən sifilis
AHb – A hemoqlobini
AIHA – antiimmun hemolitik anemiya
AKT – antenatal kortikoid terapiyası
AKTH – adenokortikotrop hormon
ALT – alanin aminotransferaza
AMİ – amniotik mayenin indeksi
Anti-D – immunoqlobulin
AP – akupunktura və akupressura
AST – aspartat aminotransferaza
ASV – ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası
AÜQ – anadangəlmə ürək qüsurları
B/d – bətn daxili
BAD – bronx-ağ ciyər displaziyası
BÇ – başın çevrəsi
BÇİ – bədən çəkisinin indeksi
BDİL – bətn daxili inkişafın ləngiməsi
BPÖ – başın parietal ölçüsü
BTÖ – büzdüm – təpə ölçüsü
BV – beynəlxalq vahid
CPAP – tənəffüs yollarında daimi müsbət təzyiq (Continuous Positive Airway Pressure)
CYD – ciftin yetkinlik dərəcəsi
CYYİ – cinsi yolla yoluxan infeksiyalar
ÇAKY – çox az kütləli yenidoğulmuşlar
ÇD – çiyinlərin distosiyası
DAT – döl-ana transfuziyası
DBP – dölün biofizik profili
DHX – dölün hemolitik xəstəliyi
DQH – dövr edən qanın həcmi
DQVƏC – döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılması
DMM – dopplerometrik müayinə
DMV – davamlı məcburi ventilyasiya
DNT – dezoksipibonuklein turşusu
EAKY – ekstremal az kütləli yenidoğulmuşlar
EAP – elektroakupunktura
EKQ – elektrokardiografiya
EKM – ekstrakorporal mayalanma
ƏQMİV – əmək qabiliyyətini müvəqqəti itirilmə vəərəqi
FHb – fetal hemoqlobin
FKQ – fonokardiografiya
FL – bud sümüyünün uzunluğu
HA – hərəkət aktivliyi
HAV – hepatit A virusu
Hb – hemoqlobin
HBV – hepatit B virusu

HCV – hepatit C virusu
HELLP – sindrom H-hemoliz (hemilysis), EL-qara ciyər fermentlərinin aktivliyinin artması (elevated liver enzymes), LP-trombositopeniya (low platelet count)
HELPERR – H (help)-kömək, E (evaluate for episiotomi) – epiziotomiya, L (loqs) – ayaqlar, P (pressura) – təzyiq, E (enter) – daxilə sal, R (remove) – çıxart, R(roll) – döndər
HPQ – hissəvi parenteral qidalanma
Ht – hematokrit
XQ – xorial qonodotropin
İİV – insan immun çatışmazlığı virusu
KK – Kesar kəsiyi
Kok – kombinasiyalı oral kontraseptivlər
KSR – kompleks seroloji reaksiya
KTQ – kardiotoqografiya
QİÇS – qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu
QS – qanaxmanın sürəti
Lh – lüteinləşdirici hormon
LTH – lüteotrop hormon
Maks QSS – qanaxmanın maksimal sistolik sürəti
MBT – mədə-bağırsaq traktı
MoM – Multiples of Median (orta göstərici)
MSH – melanostimulyasiyaedici hormon
MSS – mərkəzi sinir sistemi
nCPAP – nazal CPAP
OBA – orta beyin arteriyası
OKP – oral kontraseptiv progesteron mənşəli
ÖPH – ödem, proteinuriya, hipertenziya
PQ – prostoqlandin
PL – plasental laktogen
PO₂ – oksigenin porsial təzyiqi
PCO₂ – karbon qazının porsial təzyiqi
RAADP – Rutin Antenatal Anti-D Profilaktika
RDS – respirator distress sindrom
Rh – rezus faktor
RNT – ribonuklein turşusu
SAT – sistolik arterial təzyiq
SMVİ – sitomeqalovirus infeksiyası
SNMV – sinxron məcburi növbələşən ventilyasiya
STH – sitotrop hormon
ST – stressiz test
TH – tənəffüs hərəkətləri
TORCH – toksoplazmoz, Other (başqaları), rubella, sitomeqalovirus, herpes
TPS – tənəffüs pozğunluğu sindromu
TTH – triotrop hormon
UDS – uşaqlıq daxili spiral
UPA – uzunmüddətli epidural anesteziya
USM – ultrasəs müayinəsi
ÜST – Ümumdünya Səhiyyə təşkilatı
YDL – yaygın damardaxili laxtalanma sindromu
YHX – yenidöğulmuşun hemolitik xəstəliyi
ZPR – zəncirvari polimeraz reaksiyası
β-XQ – β-xorial qonodotropin

I FƏSİL.

GİRİŞ

§ 1. Mamalıq elminin inkişaf tarixi.

Mamalıq yardımının təşkili

§ 1.1. Mamalıq elminin inkişaf mərhələləri

Mamalıq (Accoucher-fransız sözü olub, doğmaq deməkdir) – mayalanma, hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə qadın orqanizmində baş verən fizioloji və patoloji prosesləri öyrənən, eləcə də doğuşa yardım metodlarını, dölün və yenidöğulmuşun xəstəliklərini tədqiq edən elmdir.

İnsanın bətn daxili inkişafının 22 həftəliyindən, doğulduqdan sonrakı ilk 7 günə qədər olan hissəsini öyrənən elm **Perinatologiya** adlanır. Perinatologiya mamalığın bir hissəsidir.

Bəşəriyyətin ilk dövrlərindən doğuşayardım mövcud olmuşdur. Qədim yazılı abidələrdə Misir papiruslarında, o cümlədən Kuxananın “Ginekoloji papirus”unda (b.e.ə XXX əsr), Çin ieroqlifik əlyazmalarında (b.e.ə XXVII əsr), Vavilon yazılarında (b.e.ə XXII əsr), hind kitabı “Ayurveda” (həyat bilgisi) (b.e.ə IX-III əsrlər), dini kitablarda doğuşayardımına xüsusi yer verilir.

Müxtəlif xalqlarda doğuşayardımına münasibət müxtəlif idi. Qədim Çinlilər uzun illər oturaq vəziyyətdə doğurdular. Misirli mamaçaların özünəməxsus diaqnoz qoymaq üsulları var idi: hamiləliyi aşkar etmək üçün qadına xüsusi içki (bu-duka+oğlan doğmuş qadının südü) verilir, içki qusma yaradırdısa, qadın hamilə hesab edilirdi; dölün cinsini təyin etmək üçün qadının sidiyində isladılmış arpa və buğdanı əkirdilər arpa tez cücərsə oğlan, buğda tez cücərsə qız olacağı deyilirdi. Yəhudilər qadını yumşaq torparqda yeridirdilər, izlər dərin olurdusa, o hamilə hesab edilirdi. Yəhudi mamaçalar ağ və qırmızı loxiyanı ayırd edir, loxiyanın xarakterinə və ifraz olunduğu günlərə əsaslanaraq zahılıq dövrünün normal və ya patoloji gedişli olmasını təyin edirdilər. Hindistanda xüsusu mamaçalar yox idi. Doğuşa yardımı təcrübəli qadınlar göstərirdi. Ağır doğuşlarda kişi-həkimlərə müraciət edirdilər. Başqa xalqlara nisbətən hindlilərdə doğuşa-yardım daha təkmil idi. İlk dəfə hindistanlılar mamalığı öyrənməyə başlamış, doğuş zamanı rəşional üsullar təklif etmişdilər. İlk dəfə **Suşruta** dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində döndərmələri, dölün əl yardımını ilə xaric edilməsini, vacib olduqda döl pozucu əməliyyatları təklif etmişdir.

Qədim Yunanstanda doğuşayardım ilə qadınlar məşğul olurdular. Yunanlar onları “göbək kəsənlər” (“omphalothomi”) adlandırırdılar. Ağır doğuşlarda onlar da hindlilər kimi kişi-həkimə müraciət edirdilər. Mamaçalar artıq müəyyən biliyə malik idilər: onlar doğuş və zahılıq zamanı yardım etməklə yanaşı, hamiləliyi pozmağı, obyektiv əlamətlərə əsaslanaraq hamiləliyə diaqnoz qoymağı bacarırdılar. Bəzən primitiv üsullardan da istifadə edirdilər. Məsələn, qadının gözü önündə qırmızı daş əzirdilər, toz onun gözüne düşsə qadın hamilədir. Dölün cinsini qadının döş gilələrinin vəziyyətinə görə təyin edirdilər: döş gilələri aşağı əylsə döl qız, yuxarı qalxsə oğlandır. Bəzən qeyri rəşional üsullardan istifadə edirdilər. Ciftin ayrılması ləngidikdə uşağı anadan ayırmırdılar: qadını oturacağında dəlik olan kətildə oturdurdular; dəliyin altına su ilə doldurulmuş tüklü dəri yerləşdirilirdi; dərinin üzərinə uşağı qoyurdular; su dəriyə hopduqca uşaqla birlikdə aşağı enirdi və göbək ciyəsi dartılır və cift ayrılırdı.

Yunan həkimlərinə bir çox cərrahi doğuşların üsulları məlum idi. Onlar diri dölü azad etmək üçün ölmüş qadın üzərində Kesar əməliyyatı aparırdılar. Qədim yunan miflərinə görə tibb allahı Asklepiyanı atası Apallon ölmüş ananın qarnından bu yolla çıxarmışdır.

Qədim yunan təbabətinin ən böyük nümayəndəsi **Hippokratdır**. O, e.ə 460-cı ildə Egey dənizinin şərqində yerləşən Koss adasında anadan olub, onun tibb allahı Asklepiyanın nəslindən olduğu qeyd edilir. Efesli Soranın yazdığına görə onun atası Heraklid və anası Finaretta (mamaça) da həkim idilər. Hippokrat ailə tibb məktəbinin 17-ci nəslinin nümayəndəsi idi. Təbabətin əsasını qoymuş Hippokratın “Hippokrat korpusu” adlanan müxtəlif traktlar toplusu var. Bu korpusda mamalıq və ginekologiyaya aid məlumatlar yer alıb: qızların xəstəlikləri haqqında; qadınların xəstəlikləri haqqında; qadın təbiəti haqqında; sonsuzluq haqqında; çoxmayalanma haqqında; 7 aylıq döl haqqında; 8 aylıq döl haqqında; embriotomiya haqqında.

Qədim Roma həkimlərinin bir çoxu tarixə düşüb: romalı Sels, yunan Qalen, Soran, Flumen və s. Romada da doğuşyardımla qadınlar məşğul olurdu. Onlardan tarixdə iz qoymuş mamaçalar da var idi. Belə mamaçalardan biri də **Aspaziya** (e.ə II əsr) idi. O, öz teoritik və təcrübi biliklərini kitabda cəmləşdirmişdir. Kitabda hamiləlik gigiyenası, düşüklər zamanı xəstələrə qulluq, uşaqlıq yerdəyişməsinin düzəldilməsi, xarici cinsiyyət üzvlərinin varikoz genəlməsi, uşaqlığın palpasiyası və güzgülərlə müayinənin texnikası və göstərişləri, kondilomalar, yırtıqlar və s. işıqlandırılmışdır. Aspaziya bir çox qadın xəstəliklərinin cərrahi müalicəsini həyata keçirirdi. O, kiçik cinsiyyət orqanları və klitorun hipertrofiyasını, servikal polipləri cərrahi yolla götürürdü. Aspaziyanın həkim statusu var idi.

Qədim Romada görkəmli həkimlərin təcrübə və tədqiqatlarının olmasına baxmayaraq, yunanlardan götürülmüş “ilahi mamalıq” da inkişaf edirdi. Yunan tibb allahı Asklepiya Romada **Eskulap** adlandırılırdı. Menstruasiya allahı **Flyuoniya**, uşaqlıq allahı **Uterina**, uşağdoğma allahı **Diana**, **Kibela**, **Yuona** və **Mena** adlandırılırdı. Dölün uşaqlıqdakı hər vəziyyətinin öz allahı var idi: mamaçalar baş gəlişlərində **Prozaya**, ayaq, çanaq gəlişlərində və dölün köndələn vəziyyətlərində **Postvertaya** dualar oxuyur, onların şəninə ayinlər icra edirdilər. Ayaq gəlişi ilə doğulanlar **Aqrippilər** adlandırılırdı.

İlk dəfə qədim Romada doğuşa yardım məsələlərinin dövlət səviyyəsində həll edilməsinə başlandı. Belə ki, Num Pompilinin vaxtında (b.e.ə. 615-672 ci illər) körpəni xilas etmək məqsədi ilə ölmüş hamilə qadınlarda Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılması haqqında qanun qəbul edilmişdir.

Qalen (e.ə 129-201) çanağın, cinsi orqanların anatomiyasını təsvir etmiş, embriologiyanın inkişafına diqqət yetirmişdir.

Efesli Soran (e.ə II əsrin əvvəli) mamalığa dair dörd kitab yazmışdı. O, mamalıq tarixində ilk dəfə aralığın mühafizəsini təsvir etmişdi. Doğuş ağırlaşmalarından ciftin uşaqlıqda qalmasını, ciftin möhkəm bitməsi və ya uşaqlıq boynunun spazmı ilə əlaqələndirmişdi. Soran Hippokratın 7 aylıq dölün yaşama şansının 8 aylıq dölə nisbətən daha çox olması barəsindəki postulatını rədd edərək, sübut edirdi ki, yetkin dölün həyata uyğunlaşma qabiliyyəti daha çoxdur. O, mamalıq deontologiyasının əsas müddəalarını formalaşdırmışdı. Soran mamalığın öyrədilməsi, bacarıqların artırılmasına da çox vaxt sərf etmişdi. Roma və Yunan həkimləri embriotomiya, uşaqlığın qaşınması, uşaqlığın zondla yoxlanılması və ana öldükdən sonra dölü azad etmək üçün Kesar kəsiyi və s. əməliyyatları aparırdılar.

Xələf ibn Abbas Əz-Zöhrəvinin oğlu Əbu əl Qasimi (e.ə 936-1013) və İran və Orta Asiyada yaşamış tacik həkimi Əbu Əli ibn Sina (e.ə 980-1037) (Qərbdə onu Avisenna kimi tanıyırdılar) geniş şöhrət qazanmışdılar.

İlk dəfə uşaqlıqdan kənar hamiləliyin təsvirini Əbu əl Qasimi vermişdir. Onun “Operativ ginekologiya” traktının “Mamalıq” bölümündə mamalıqda istifadə olunan alətlərin (məsələn uşaqlıq boynunun yivşəkli genişləndirilməsi, hər iki tərəfi iti skalpel, perforatorlar və s.) təsviri və şəhri verilmişdir. Dölün baş tərəfə döndərilməsi əməliyyatı, dölün çanaq ucundan tutaraq çıxarılması, əkiz döllərin azad edilməsi, su kisəsinin süni yırtılması, kranio və embriotomiya ona bəlli idi.

İbn Zöhr ərəb həkimi idi. O, (b.e.ə 1092-1162) hamiləliyin qarşısının alınması üçün vasitə-

lərin reseptini yazmışdı. Ərəb və Orta Asiya həkimlərinin yazılarında hamilə qadının gigiyenası və qidalanması, yenidoğulmuş və südümər körpələrə qulluq, onların qidalanması haqqında faydalı məlumatlar var.

İntelektual möcüzə adlandırılan **İbn Sinanın** “Həkimlik elminin qanunu” kitabı onu dahi Hippokrat və Qalenlə bir sərəya qoymuşdur. Bu kitabda mamalıq və qadın xəstəliklərinə aid bölmələr vardır. Həmin bölmələrdə uşaqlığın anatomiyası, sonsuzluq və “çətin döllənmə”, hamiləlik və doğuş, düşük və abort üsulları, ölmüş dölün xaric edilməsi (embriotomiya), hamiləliyin qarşısının alınması, uşaqlığın xəstəlikləri, qeyri-düzgün vəziyyətləri, şişlər və s. təsvir etmişdir. Sina cərrahi əməliyyatı seçərkən qadın orqanizminin sağlamlığının və imkanlarının nəzərə alınmasını vacib sayırdı.

XI-XII əsrlər avropada tibb tədrisən inkişaf etməyə başlamışdı. Bu dövrdə “Trotula” kitabı nəşr edildi. Kitabda mamalığa aid antik biliklər toplanmış və bir sıra müstəqil, yeni fikirlər də cəmlənmişdi. Burada qeyd edilirdi ki, doğuş fəaliyyətinin əsasını dölün aktiv hərəkətləri deyil uşaqlığın yığılması təşkil edir.

Orta əsrlərdə baş verən çoxsaylı müharibələr cərrahiyyə elminin inkişafına səbəb oldu. O dövrün məşhur təbibi **Ambruaz Pare** (1510-1590) idi. Pare bir neçə yüz illər ərzində unudulmuş üsul olan dölün ayaq gəlişinə döndərilib gətirilməsinə yeni həyat verdi və Kesar əməliyyatları aparmağa başladı (ölən qadın üzərində).

Kişi, qadın və uşaq çanaqlarının dəqiq təsvirini **Andrey Vezali** vermişdir. Bundan başqa o, uşaqlıq əzələlərinin quruluşunu və qonşu orqanlarla əlaqəsini ətraflı şəhr etmişdir. Vezali dəqiq göstərmişdir ki, rüşeyim qışaları iki deyil üçdür. Döl yumurtası xorion və amnion qışadan başqa “birinci və ən üstdəki örtük”, yəni desidual qışa ilə örtülür. Bu qışa özünə məxsus vəzili quruluşa malikdir. 1566-cı ildə A.Vezali cinsiyyət orqanlarının anatomik təsvirini, qızlıq pərdəsinin və dölün üzərini örtən pendirvari maddənin təsvirini tamamlamışdır.

1523-1562-ci illərdə yaşamış **Qabriele Fallopi** ilk dəfə olaraq uşaqlıq yolunun uşaqlıqdan ayrı orqan olduğunu, uşaqlıq borularının quruluşunu ətraflı göstərmişdir. Fallopi uşaqlığın girdə bağının anatomiyasını təsvir etmiş, yumurtalıqda isə “ya mayeli, ya sarımtıl, ya da bulanıq” tərkibli qovucuqlar, başqa sözlə follikul və sarı cisimlər müşahidə etmişdir. İlk dəfə “cift” anlayışını şəhr etmişdir.

Culio Çezare Aransio Vezalinin tələbəsi idi. O, dölün quruluşunu və döl-cift qan dövrəsinin bir çox detallarını, ciftin funksiyasını, hazırda onun adını daşıyan embrional axacağı təsvir etmişdir.

L.Botallo dölün bətdaxili dövrdə ağ ciyər arteriyasını aorta qövsü ilə birləşdirən axacağı təsvir etmişdir. Hazırda bu axacaq Botal axacağı adlanır.

1578-1657-ci ildə yaşamış **U. Harvey** 1605-ci ildə qan dövrəsinə haqqında öz təliminin əsas müddəalarını yaratdı. Sonralar bu təlim kapillyarları təsvir etmiş **M.Malpigi** tərəfindən daha da təkmilləşdirildi.

Mamalıq tarixində XVII əsr xüsusi yer tutur. Bu dövrdə belə bir vacib nəticə çıxarılmışdı ki, “döl uşaqlıqda ananın ürəyi ilə deyil öz ürəyi ilə yaşayır”. Bu dövrdə yumurtalıqların tədqiqi sayəsində böyük nailiyyətlər əldə edilmişdi. Danimarka alimi **Nils Stenson** (1638-1686) ilk dəfə olaraq belə fikir irəli sürmüşdür ki, qadın yumurtalıqları yumurtaya malikdir və qadın uşaqlığı məməlilərin balalığının funksiyasını yerinə yetirir. Yumurtalıqların və uşaqlıq borularının ətraflı təsvirini hollandiyalı **Rene de Qraaf** vermişdir. Qadının yumurta hüceyrələrinin yumurtalıqda yetişdiyi ilk dəfə XVII əsrdə dəqiqləşmişdir.

Fransua Moriso “Hamilə və zahı qadınların xəstəlikləri” (1668) kitabını yazmış, çanaq gəlişi zamanı dölün başını xaric etmək üçün əl yardımını təklif etmişdir. Dar çanaq, eləcə də ümumi-bərabər daralmış və yastı çanağı öyrənmişdir. O, qeyd edirdi ki, çanağın ölçülərinin qiymətləndirilməsi mamalıq müayinələrinin ayrılmaz hissəsi olmalıdır.

P.Çemberlen (XVII əsr) mamalıq maşalarını ixtira etmişdi. Lakin uzun müddət onun bu kəşfi gizli saxlandı və maşalar 1813-cü ildə tapıldı. 1723-cü ildə Niderland həkimi **J.Palfin** Paris akademiyasına öz maşalarını təqdim etdi. Sonralar maşalar dəfələrlə təkmilləşdirilmiş, daha təkmil və

rahat olmuşlar. Fransız **A.Levrenin**, alman **F.Negelenin**, XIX əsrdə **C.Simpsonun** (bizim ölkəmizdə həmin maşanın **N.N.Fenomenov** tərəfindən təkmilləşdirilmiş modellərindən istifadə olunur), rus **İ.P.Lazareviçin** və s. modelləri meydana çıxmışdır.

1747-1810-cu illərdə yaşamış fransız alimi **Jan Lui Bodelik** böyük və kiçik çanaqları ayırd edirdi. O, çanağın quruluşunu öyrənərək ilk dəfə olaraq xarici pelveometriya metodunu təklif etmişdi. Bu metoddan hal-hazırda da istifadə edilir.

1827-ci ildə **K.M.Ber** insanda yumurta hüceyrəsini kəşf etmiş, mayalanma, yumurta hüceyrəsinin nəqli və implantasiya haqqında təlim yaratmışdır. Bu dövrdə dölün auskultasiyası metodu hazırlandı. **Q.Leopold** tərəfindən xarici müayinə üsulları təklif edildi.

F.Negel (1825), **E və Q. Veber** qardaşları, **Q.Mixaels** (1851) və **K.K.Listmanın** (1861) tədqiqatları sayəsində çanağın ölçüləri, çanağın aparıcı oxunun istiqaməti öyrənilmişdir.

XIX əsrdə aseptika və antiseptika mamalıqda tətbiq olunmağa başlandı. Bunu **C.Listerinin** adı ilə bağlayırlar. O, **L.Pasterin** kəşfinə əsaslanaraq, yaraların infeksiyadan qorunması üsullarını təklif etmişdir.

İqnats Filipp Zimmelveys XIX əsrin 40-ci illərində daxili müayinə zamanı qadının uşaqlıq yoluna yoluxucu xəstəlik törədicisinin salınması ilə mübarizə aparmış və həkimləri, mamaları, tələbələrini əllərini yumağa və xlorlu əhəng məhlulu ilə təmizləməyə məcbur etmişdir. Opponentləri çox olan **İ. Zimmelveys** bütün ömrü boyu öz ideyaları uğrunda mübarizə aparmışdır, ancaq o, ruhi xəstəxanada öldükdən sonra, kəşfi etiraf edilmişdir. Ona ucaldılan abidənin üzərində "Anaların xilas-karı" sözləri yazılmışdır.

1847-ci ildə **C.Simpson** mamalıq təcrübəsində narkoz tətbiq etdi. Bu məqsədlə əvvəl xloroform, sonralar isə efir tətbiq etmişdir. XIX əsrin sonunda aseptikanın və cərrahi texnikanın inkişafı, narkozun tətbiqi Kesar kəsiyi əməliyyatlarının geniş tətbiqinə şərait yaratdı. 20-ci əsrin ortalarında antibiotiklərin kəşfi və onların mamalıqda tətbiqi ana ölümünün faizinin azalmasına səbəb oldu.

Rusiyada mamalıq yardımı mamaçılar tərəfindən həyata keçirilmişdir. XVII əsrin birinci yarısından başlayaraq, xüsusilə Pyotrun dövründə Qərb universitetlərini bitirmiş həkimlər fəaliyyət göstərməyə başladılar.

Nester Maksimoviç Ambodik Peterburq hospital məktəbini bitirmiş və 1770-ci ildə Stasburq Universitetinin tibb fakültəsinə göndərilmişdi. Peterburqa qayıtdıqdan sonra hospital məktəbində dərs demişdir. Pədoqoji fəaliyyəti zamanı öz modellərini yaratmış, fantom üzərində dərs aparmışdır. O, "rus mamalığının atası" hesab edilir. 1782-ci ildə professor olmuş Maksimoviç ilk rus mamalıq dərsliyini yazdı.

A.K.Matveyev oftalmoblennoyeyanın profilaktikası üçün yenidoğulmuşun konyuktivasına lyapisin 2%-li məhlulunun tökülməsini təklif etdi. Bu da həmin təhlükəli xəstəliyin tam ləğvinə səbəb oldu.

Petreburq Tibb-Cərrahlıq Akademiyasının mamalıq kafedrasına rəhbərlik edən (1858-ci ildən) **A.Y.Krasovski** ciddi profilaktik tədbirlər sistemi yaratmış, özündən sonra iki dərslik qoymuşdur: "Praktik mamalıq kursu" və "Düzgün olmayan qadın çanağı haqqında təlim".

Rusiyada mamalıq işinin inkişafında Kazan Universitetinin mamalıq klinikasının böyük rolu olmuşdur. Rus maması **N.N.Fenomenov** (1855-1918) "Operativ mamalıq" **V.V.Qruzdev** (1866-1938) "Qadın xəstəlikləri və mamalıq kursu" adlı kitablar yazmışdır.

XIX əsrdə rus mamalığının inkişafında **D.O.Ott**, onun tələbəsi **İ.İ.Yakovlevin** böyük xidmətləri olmuşdur.

Görkəmli rus maması **İ.P.Lazareviç** (1820-1920) Xarkovda Mamalıq İnstitutu təşkil etmiş, iki cildlik "Mamalıq kursu" yazmış, bir çox mamalıq alətlərini təkmilləşdirmişdir. Onun düz qaşılıq mamalıq maşası modeli məşhurdur.

Ukraynanın mama-ginekoloqu **A.P.Nikolayev** dölün və yenidoğulmuşun asfiksiyasının profilaktikası kimi "Nikolayev triadası"nı təklif etmişdir.

1923-cü ildən Moskva Universitetinin Mamalıq və Ginekologiya kafedrasına rəhbərlik edən prof. **Malinovski** "Operativ mamalıq" dərsliyinin müəllifidir.

Leninqradlı prof. **V.V.Stroqanov** eklampsianın müalicə sxemini təklif etmişdir.

Sovet dövründə (1874-1946) **K.K.Skrobanski** bir çox əsərlər yazmışdı. Alim uzun müddət doğuşların ağrısızlaşdırması problemləri ilə məşğul olmuşdur.

Doğuşun bi mexanizmi və dar çanaq haqqında təlim kimi problemlərin işlənilib hazırlanmasında **L.F.Jordaniyanın** rolu böyükdür. O, mamalığa aid dərslər yazmış, Tbilisidə qadın sonsuzluğu üzrə ilk Elmi Tədqiqat İnstitutunu təşkil etmişdir.

L.S.Persianov (1908-1978) 1973-1974-cü illərdə təkrar nəşr edilmiş 2 cildlik “Mamalıq seminarı”nın müəllifidir.

K.M.Jmakin və **B.İ.Bodyajinanın** birlikdə yazdığı “Mamalıq” dərsləri dəfələrlə nəşr edilmişdir. Mamalığın inkişafında **B.A.Arxaşelski**, **A.E.Mandelştam**, **N.A.Tsovyanov**, **İ.L.Brande**, **İ.E.Kvater** və digər alimlərin də əvəzsiz xidmətləri olmuşdur.

Hazırda Moskva mama-ginekoloqlar məktəbinin ənənələrini **Q.M.Saveleva**, **T.A.Starostina**, **Y.Mvixlyayeva**, **V.J.Krasnopolski**, **A.N.Strijakov** kimi böyük alimlər layiqincə davam etdirirlər.

Sovet dövrü mamalığının ən böyük nailiyyəti ana və uşaq sağlamlığının dövlət səviyyəsində qorunması idi. Bu dövrdə dövlət mama-ginekoloji yardım müəssisələri yaradıldı.

XX əsrdə nəzəri və praktik mamalığın ən böyük nailiyyətlərindən biri orqanizmdən kənarda yetişdirilmiş rüşeymin uşaqlığa köçürülməsi ilə ekstrakorparal mayalanma üsulunun yaradılması və tətbiq edilməsi olmuşdur. İlk dəfə bu cür əməliyyat İngiltərədə **R.Edvars** və **P.Stepton** tərəfindən müvəffəqiyyətlə həyata keçirmişdir. Hal-hazırda bu metod dünyanın çox ölkəsində həyata keçirilir.

Azərbaycanda mamalığın inkişafı XX əsrə qədər çox ləng getmişdir. Belə ki, uzun illər doğuşlar ev şəraitində, ara mamaçılar tərəfindən aparılmışdır.

Azərbaycanda doğuşa yardım XX əsrin əvvəllərində yaradılmışdır. O dövrdə Bakı və Gəncə şəhərlərində 12 mama-ginekoloqun fəaliyyət göstərdiyi 97 çarpayılıq 3 doğuş məntəqəsi var idi.

1902-ci ildə **Mixaylovski** mamalar hazırlamaq üçün 2 illik kurs açdı. Burada 5 nəfər təhsil almağa başladı. “Doğuma yardım tədris müəssisəsi” adlanan bu kurs 12 nəfər üçün nəzərdə tutulmuşdu. İlk məzunlar Dövlət imtahanlarını Yuriyev şəhərində verdilər. Məzunların heç biri azərbaycanlı deyildi.

1926-ci ildə qrupların sayı artırıldığı üçün məktəb xəstəxanadan Əli Bayramov adına klubə köçürüldü və 1929-cu ilə qədər burada yerləşdi. Sonralar Tibb politexnikumu yaradıldı.

1936-ci ildə Tibb politexnikumu dağıldı. Müstəqil Əczaçılıq, Feldşer və Mamalıq məktəbləri yaradıldı.

1919-cu ildə Bakı Universiteti açıldı. Universitetin Tibb fakultəsinə Rusiyadan alimlər dəvət olundu. Mamalıq–Ginekologiya kafedrasına **Fyodor Nikoloyeviç İlyin** (1873-1959) təyin olundu. Kafedra 27 sentyabr 1920-ci ildə keçmiş 1-ci kişi gimnaziyasının binasındakı klinik institutun bazasında fəaliyyətə başladı. 25 çarpayılıq nümunəvi doğum şöbəsi açıldı, ginekoloji və fizioterapevtik kabinetləri olan qadın məsləhətxanası yaradıldı. F.N.İlin Azərbaycanda elmi-praktik mamalığın banisidir.

Prof. **Mustafa Mahmud oğlu Hacıqasımov** (1883-1969) 1910-cu ildə Xarkov Tibb İnstitutunu bitirmişdir. 1918-ci ildə Bakıya qayıdan M. Hacıqasımov Mixaylovski xəstəxanasının Ginekologiya şöbəsində ordinator kimi fəaliyyətə başlayır. O, “Ginekoloji xəstəliklərin operativ müalicəsi” monoqrafiyasının müəllifidir.

1931-ci ildə Azərbaycan Tibb İnstitutunda azərbaycan bölməsi açıldı. 1934-cü ildə mamalıq azərbaycan dilində tədris olunmağa başlandı. Lakin tibbi terminlərini bilməmək pedaqoqların işini çətinləşdirirdi. **Əlirza Əsgər oğlu Atayev** (1898-1962) ilk dəfə “Mamalıq” dərslərini latın qrafikası ilə yazdı. Bundan başqa Atayev azərbaycan dilində 1000 sözdən ibarət tibbi–terminologiya lüğəti nəşr etdirmişdir.

1946-cı ildə Tibb İnstitutunun mamalıq–ginekologiya kafedrası N.K.Krupskaya adına klinik doğum evinin (indiki 5 saylı doğum evi) bazasına köçürüldü. Bu müəssisəyə 30 il müddətində **Şamama Məmmədkərim qızı Ələsgərova** rəhbərlik etmişdir.

1959-cu ildə Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun mamalıq–ginekologiya kafedrasına əmək-

dar elm xadimi **Ə.N.Hüseynov** rəhbərlik etmişdir. O, “Miomaektomiyadan sonra aybaşı tsiklin saxlanılması”adlı monoqrafiyanın müəllifidir.

Respublikanın əməkdar həkimi **Məhbubə Kərim qızı Mahmudbəyova** (1902-1976) elmi fəaliyyətinin 25 ilini ürək-damar xəstəlikləri zamanı hamiləliyin gedişi və nəticələrini öyrənməyə həsr etmişdir.

Turan Camal qızı Mehdiyeva (1928-1991) fəaliyyətini qadın sonsuzluğu üzrə ixtisaslaşdırılmış kabinetlərin təşkilinə həsr etmişdir. Sonsuz nığahın səbəblərini araşdırmış, onun müalicəsində hidrotubasiyanın tətbiqinə geniş yer vermişdir.

Professor, əməkdar elm xadimi **Nazilə Musa qızı Şəmsəddinskayanın** elmi kadrların hazırlanmasında böyük xidmətləri olmuşdur. O, respublika üzrə gecikmiş hestozlar haqqında materialları öyrənmiş, eklampsianın profilaktikası və müalicəsi üçün metodik tövsiyələr hazırlamışdır.

1935-ci ildə yaradılmış Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində, 1936-cı ildə **Ə. Atayevin** rəhbərliyi ilə mamalıq-ginekologiya kafedrası yaradılmışdır.

Respublika Mama-ginekoloqlar cəmiyyətinin sədri, prof. **Solmaz Hüseyn qızı İsrəfilbəyli** operativ mamalıq, xüsusilə Kesar kəsiyi üzərində çalışmış, sonra Endemik ur xəstəliyinin qadının müxtəlif yaş dövrlərində yumurtalıqların funksiyasına təsirini öyrənmək üçün çoxsaylı tədqiqatlar aparmışdır.

Hal-hazırda Respublika Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən 1980-cı ildə təşkil olunmuş Elmi-Tədqiqat Mamalıq-Ginekologiya İnstitutu fəaliyyət göstərir. ATU-da 2 Mamalıq-Ginekologiya kafedrası var. Ölkəmizdə mamaçılar hazırlayan çoxlu sayda Tibb kollecləri fəaliyyət göstərir.

Respublikada ixtisaslaşmış mərkəzlər və məsləhətxanalar təşkil olunmuşdur: onlara Bakıda fəaliyyət göstərən Respublika Ailə Sağlamlıq Mərkəzini, Respublika Ailə Planlaşdırma Mərkəzini, Gəncə şəhərindəki Ailə və Nığah Məsləhətxanasını, Naxçıvan şəhərindəki “Ana və Uşaq” reabilitasiya mərkəzini misal göstərmək olar. Ölkənin digər şəhərlərində və rayon mərkəzlərində doğum evləri və ya xəstəxanaların doğum şöbələri, həmçinin qadın məsləhətxanaları fəaliyyət göstərir.

Bu müəssisələrdə yüksək hazırlıqlı həkimlər qadınlara ixtisaslı yardım göstərir.

§ 1.2. Mama-Ginekoloji yardım müəssisələrinin və doğuma yardımın təşkili

Ölkəmizdə bütün ambulatoriya və poliklinikalarda, xəstəxanalarda, sanatoriya-kurort müəssisələrində və təcili yardım stansiyalarında qadınlara müalicə-profilaktik yardım göstərilir. Yalnız qadınlara xidmət edən tibb müəssisələri də qadınların xidmətindədir.

1.Qadın məsləhətxanası—bu müəssisə doğum evlərinin, birləşmiş xəstəxanaların, poliklinika və ambulatoriyaların tərkibində və sərbəst ola bilər.

2. Birləşmiş doğum evi—ümumi profilli və ixtisaslaşmış profilli ola bilər.

3.Xəstəxanaların tərkibində yerləşən mama-ginekoloji müəssisələr—bu müəssisələr birləşmiş xəstəxanaların, vilayət, rayon, şəhər, sahə və başqa xəstəxanaların tərkibində olur.

Səhiyyə Nazirliyinin razılığı ilə nomenklaturada nəzərdə tutulmayan başqa müəssisələr də təşkil oluna bilər (hamilələr üçün sanatoriyalar, mediko-genetik konsultasiyalar və s.).

Respublikanın mərkəzində və bir çox şəhərlərində “Diaqnostik mərkəzlər” açılıb. Onların fəaliyyəti profilaktikaya, irsi xəstəliklərin vaxtında aşkarlanmasına və müalicəsinə, uşaqsalmanın və onunla əlaqədar ana və uşaq üçün yaranan təhlükənin qarşısının alınmasına yönəlib.

Böyük şəhərlərdə “Ailə və nığah” məsləhətxanaları açılıb. Bu müəssisələrdə ailə və nığah münasibətlərinə təsir edən xəstəliklərin profilaktika və müalicəsini aparan seksopatoloji, uşaq ginekoloji, qadın və kişi sonsuzluğu, uşaqsalma ilə mübarizə, patoloji klimaksın müalicəsi, ailə planlaşdırılması və s. kabinetlər fəaliyyət göstərir.

Mama-ginekoloji yardım etapla göstəririr:

I etap – kənd həkim məntəqəsində, sahə xəstəxanasının mama-ginekoloji kabinetində və sərbəst həkim ambulatoriyasında;

II etap – rayon tibb müəssisələrində–rayon doğum evi və ya Mərkəzi Rayon Xəstəxanasının mama-ginekoloji şöbələrində;

III etap – vilayət və respublika tibb müəssisələrində. Bura vilayət doğum evləri, vilayət xəstəxanalarının mama-ginekoloji şöbələri, vilayət mərkəzinin şəhər doğum evi, vilayət poliklinikasının mama-ginekoloji kabinetləri, respublikanın konsultativ mərkəzləri, Elmi-Tədqiqat İnstitutları, Tibb Universitetinin Mama-Ginekoloji kafedraları aiddir.

Feldşer-mama məntəqələri – müəssisə sanitar-gigiyenik və vəzifə tələblərinə cavab verən binada yerləşdirilməlidir. Hal-hazırda bütün tələblərə cavab verən feldşer-mama məntəqələri tikilir. Bura gözləmə zalı, feldşer, mama, diş həkimi, prosedura, fizioterapiya kabinetləri, izolyator, sanitar qovşağı, yardımçı otaqlar və s. daxil edilir. Belə müəssisələrdə feldşerin yaşaması üçün otaqlar və mətbəx də nəzərdə tutulur. Feldşer-mama məntəqəsinin maması rayon mərkəzindən gəlmiş həkim briqadası ilə əhalinin profilaktik müayinəsini təşkil edir, özü kənd qadınlarına mama-ginekoloji yardım göstərir, hamilələrə, zahılara, yenidöğülmuşlara ginekoloji xəstələrə patronaj aparır, müxtəlif yaş dövrlərində uşaqların və qadınların gigiyenası, kontrasepsiya və onkoloji xəstəliklərin profilaktikası haqqında sanitar-maarifi işi aparır.

Kənd həkim məntəqəsində qadınlara göstərilən müalicə-profilaktik işə sahə xəstəxanasının baş həkimi rəhbərlik edir. Bu işə rəhbərliyi rayonda Mərkəzi Xəstəxananın baş həkimi, rayonun baş mama-ginekoloqu və mərkəzi xəstəxananın uşaq və doğuşa yardım üzrə baş həkim müavini aparır.

Qadın məsləhətxanası–dispanser tipli ambulator-profilaktik müəssisədir. Əsas iş prinsipi müalicə və profilaktikanın vəhdətidir.

Qadın məsləhətxanasının fəaliyyətinin əsas məqsədi qadınların sağlamlığının qorunması, ana və perinatal xəstəliyin və ölümün profilaktikasıdır. Bu məqsədə çatmaq üçün qadın məsləhətxanası aşağıdakı məsələləri həll edir:

1.Müalicə-profilaktik tədbirlərin aparılması–bu tədbirlər hamiləliyin, doğuşun, zahıllıq dövrünün, ginekoloji xəstəliklərin ağırlaşmalarının qarşısını almağa, dölün perinatal müdafiəsinə yönəldilir;

2.İxtisaslı mama-ginekoloji yardımın göstərilməsi;

3.Kontrasepsiya haqqında işin aparılması, abortların qarşısının alınması;

4.Sanitar-maarifi işinin aparılması;

5.Müasir ambulator mama-ginekoloji yardımın təşkilində profilaktik və müalicəvi metodların tətbiq edilməsi;

6.Qadınların sosial-hüquqi müdafiəsinin təmin edilməsi;

7.Sağlam həyat tərzinin təbliğ edilməsi;

8.Hamilələrin, zahılların, ginekoloji xəstələrin müayinə və müalicəsinin ardıcılığının təmin edilməsi;

9.Doğum evi (şöbəsi), böyük və uşaq poliklinikaları, təcili yardım stansiyaları və başqa müalicə-profilaktik müəssisələr (vərəm, dəri-zöhrəvi xəstəliklər və onkoloji dispanserlər) arasında sistemli əlaqənin təmin edilməsi.

Qadın məsləhətxanasının işi müxtəlif qeydiyyat sənədlərində qeyd edilir. Qeydiyyatata götürülmüş bütün hamilələrə “Hamilə və zahı qadınların fərdi müşahidə vərəqəsi” (AZS-111) açılır. Hamiləliyin 22-ci həftəsindən hər bir hamiləyə “Doğum evinin, xəstəxananın doğum şöbəsinin mübadilə vərəqəsi” (AZS-113) verilir.

Qadın əhalisinin ümumi dispanserizasiyası zamanı aşağıdakılar əsas tutulur:

1.Qadın əhalisini ildə bir dəfə laborator və instrumental müayinə etmək;

2.Müalicəyə ehtiyacı olanları daha müasir diaqnostik metodlarla müayinə etmək;

3.Risk qruplarını aşkar etmək;

4.Xəstəliyi ilk stadiyalarda aşkar etmək;

5.Sağlamlıq vəziyyətini müəyyənləşdirmək və individual qiymətləndirmək;

6.Lazım olan tibbi və sosial tədbirlər kompleksini işləmək, aparmaq və qadının sağlamlıq vəziyyətini dinamikada müşahidə etmək .

Qadın əhalisinin dispanserizasiyası və sənədlərin hazırlanması üçün müvafiq tibb müəssisələrində “profilaktik” şöbələr təşkil olunur. Bu şöbəyə aşağıdakı kabinetlər daxildir: anamnestik, funksional diaqnostik, baxış, sağlam həyat tərzinin təbliği.

Hər il aparılan dispanserizasiya zamanı qadınlar aşağıdakı qruplara ayrılır.

D-I qrupa – anamezində heç bir şikayəti olmayan, müayinə zamanı xroniki xəstəliyi və ayrı-ayrı orqan və sistemlərində funksional dəyişiklik aşkar olunmayan, həmçinin müayinəyə ehtiyacı olub, sağlamlıq vəziyyəti sərhəd halında olanlar aiddir.

D-II qrupa – praktik olaraq sağlam qadınlar daxildir, lakin anamnezində kəskin və ya xroniki xəstəliklərin keçirilməsi və bir neçə il ərzində kəskinləşmənin olmaması haqqında məlumat vardır.

D-III qrupa – müalicəyə ehtiyacı olan xəstələr aiddir: – xəstəliyin kompensasiya fazası–hər-dən bir xəstəliyin kəskinləşməsi ilə müşayiət olunan əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsi; xəstəliyin subkompensasiya fazası–əmək qabiliyyətinin tez-tez və uzun müddətli itirilməsi; dekom-pensasiya fazası–əmək qabiliyyətinin tam itirilməsinə səbəb olan dərin patoloji dəyişikliklər.

Dispanser müşahidəsinə götürülən bütün qadınlar əlavə müayinə metodları ilə müayinə olunur və lazımı müalicə alır.

Qadın məsləhətxanası işini düzgün qurduqda hamilə qadınların 70-90%-i ilk 12-ci həftəyə qədər qeydiyyatda götürülür. Bütün hamilələr hamiləliyin 22-ci həftəsinə qədər qeydiyyatda götürülməlidir.

Vaxtında qeydiyyatda götürülmüş və hamiləliyi fizioloji gedişli olan hamilə qadın doğuşa qədər 7 dəfə qadın məsləhətxanasına gəlməlidir (hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər, 18-20, 26-28, 30-32, 34-36, 40-cı həftələrdə). Zahılar isə 2-3 dəfədən az olmayaraq müayinə olunmalıdır.

Qeydiyyatda olan bütün qadınlar hamiləlik müddətində 2 dəfə terapevt tərəfindən müayinə olunmalı (birinci dəfə 12-ci həftəyə qədər), Rh müəyyənləşməli və 3 dəfə (hər trimestrdə) Vassermanın reaksiyasına görə yoxlanmalıdır. Bundan başqa onlar okulist, stomatoloq, otolarinqoloq, endokrinoloq və göstəriş olduqda başqa mütəxəssis həkimlər tərəfindən müayinə olunmalıdır. Bütün hamilə qadınlar “valideyn məktəbi”ndə fiziopsixoprofilaktik hazırlıq keçməlidir. “Valideyn məktəbi”ndə dərslər hamiləliyin 15-16-cı həftəsindən başlayır və 3 məşğələ aparılır.

Birinci məşğələ 15-16-cı həftədə aparılır, qadına və onun ailə üzvlərinə hamiləlik zamanı qadının orqanizmində baş verəcək anatomik-fizioloji dəyişikliklər haqqında məlumat verilir.

İkinci məşğələ hamiləliyin 26-30-cu həftələrində aparılır, bu məşğələdə qadına hamiləlik dövründə gigiyenik qaydalar və qidalanma haqqında tövsiyələr verilir.

Üçüncü məşğələ “təhlükəsiz doğuş” adlanır. Bu dərstdə qadına doğuşun təxmini vaxtı, doğuş zamanı davranış qaydaları, ağrısızlaşdırma, doğuşdan sonrakı dövr və s. haqqında məlumat verilir.

Doğum evinin stasionarı. Dövlət müəssisələrində doğuşayardım üç səviyyədə göstərilir.

I səviyyə – KSX (kənd sahə xəstəxanası) və rayon mərkəzi xəstəxanasının doğum şöbələri. Bu müəssisələrdə fəsadsız mamalıq anamnezi olan və hamiləliyi fəsadsız keçən praktiki sağlam qadınlara 38-42 həftə hestasiya dövründə olan doğuşlara yardım göstərilir.

II səviyyə – səhər və rayon klinik doğum evləri çoxprofilli səhər xəstəxanasının doğum şöbələri. Bu səviyyədə fizioloji hamiləlik keçirən və müxtəlif dərəcəli risk qrupuna daxil olan hamilələrə 34 və daha artıq həftə hestasiya dövründə olan doğuşlarda yardım göstərilir.

III səviyyə – RPM (Rayon Perinatal Mərkəz) və Regional Perinatal Mərkəzlər, ETMGİ (Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu və ETPI (Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu). RPM-lərdə 28 və daha artıq, Regional Perinatal Mərkəzlər, ETMGİ və ETPI-da isə 22 həftə və daha artıq hestasiya dövründə olan doğuşlarda qadınlara və yenidoğulmuşlara yüksək ixtisaslı yardım göstərilir.

Hamiləlik fizioloji keçdikdə hamilə qadın istənilən səviyyəli doğuşayardım müəssisəsinə müraciət edə bilər.

Doğum mütləq stasionar şəraitində aparılmalıdır. Bunun üçün doğum şöbələrində düzgün gigiyenik rejim və qulluq şəraiti yaradılmalı, aseptika qaydalarına riayət olunmalıdır.

Doğum evlərinin və mama-ginekoloji şöbələrin əsas iş prinsipi aşağıdakılardır:

1. Sanitar-gigiyenik rejim və aseptika-antiseptika qaydalarına ciddi əməl etmək;
2. Hamilələrə, doğanlara, zahırlara və yenidoğulmuşlara hərtərəfli ixtisaslı yardım göstərmək;
3. İstənilən vaxt hər cür təcili yardım göstərmək;
4. Xəstə qadın və uşaqların tam izolyasiyasını təşkil etmək.

Doğum evi aşağıdakı şöbələrdən ibarətdir.

1. Qəbul şöbəsi – bu şöbənin müayinə otağında müşənbə ilə örtülmüş taxt, ginekoloji kreslo, 2 şkaf, yataq aqları, dəsmallar və hamiləliyin potologiyası şöbəsinə daxil olanlar üçün xalatlər saxlanılan şkaf olur. Müayinə otağında divar saatı, santimetr lenti, arterial təzyiqi ölçmək üçün cihaz, stetofonendoskop, mamalıq stetoskopu, steril pambıq və tənzif kürəcitlər, doğan üçün təmiz fərdi dəstlər (köynək, alt paltarı, xalat), steril əlcəklər, rezin kateterlər və doğuşun təcili qəbulu üçün lazım olan ləvazimat dəsti olmalıdır.

Qəbul şöbəsində aşağıdakı sənədlər olmalıdır:

- daxil olan hamilə və doğanların qeydiyyat jurnalı;
- bit əleyhinə preparatlarla işləmə jurnalı;
- əsaslı təmizləmə cədvəli və jurnalı;
- hospitalizasiyadan imtina edənlərin qeydiyyat jurnalı

Hamilə və doğan qadınlar lazım gələrsə duş qəbul edir. Baxış otağından tibbi heyətin müşayəti ilə qadın doğuş blokuna və ya hamiləliyin patalogiyası şöbəsinə ötürülür. Doğuş blokuna gəndərilənlər də iki qrupa ayrılır. Ətrafdakılar üçün təhlükəli infeksiyanın klinik simptomları aşkar edilən qadınlar II mamalıq şöbəsinə və ya infeksiyalı doğanlar üçün ayrılmalı. izolyasiyalı palatalara köçürülür.

2. Birinci (fizioloji) mamalıq şöbəsi – sağlam doğan və zahırlar üçün nəzərdə tutulub. Bu şöbənin tərkibinə daxildir: a) baxış–duş otağı; b) doğum bloku – doğuşdan əvvəlki palatalar, doğuş zalı, əməliyyat bloku, eklampsialı xəstələr üçün palatalar; c) sağlam zahırlar üçün palatalar; manipulyasiya otağı, d) yenidoğulmuşlar şöbəsi. Son zamanlar yenidoğulmuşlar anaları ilə birlikdə yerləşdirilir.

3. İkinci (şübhəli, observasiya) patoloji mamalıq şöbəsi – infeksiyon xəstə və ya infeksiyaya şübhəli doğanlar üçündür. Bu şöbənin tərkibinə: a) doğuş zalı; b) əməliyyat otağı; c) zahırlar üçün palatalar; d) yenidoğulmuşlar üçün şöbə və ya palatalar daxildir.

4. Patoloji hamiləlik şöbəsi – bu şöbəyə hamiləlik ağırlaşmaları (hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, dar çanaq, dölün düzgün olmayan vəziyyəti, qanaxmalar və s.) ürək-damar sisteminin, böyrəklərin, ağ ciyərlərin (vərəmdən başqa), qanyaradıcı orqanların, daxili sekresiya vəzirlərinin və s. xəstəlikləri olan qadınlar qəbul olunur. Bu şöbəyə infeksiyon xəstələr qəbul olunmur.

5. Ginekoloji şöbə – bu şöbə mamalıq şöbəsindən tam izolyasiya olunur, cinsiyət oranlarının xəstəliklərinin müalicəsi ilə məşğuldur. Şöbənin baxış–duş, əməliyyat otağı, palataları var.

Doğum evlərində anesteziya-reanimasiya şöbəsi, yenidoğulmuşların intensiv terapiyası şöbəsi, klinik-diaqnostik laboratoriya, funksional diaqnostika kabineti, rentgen kabineti, mərkəzləşdirilmiş sterilizasiya şöbəsi, inzibati təsərrüfat bölməsi (müdiriyyət, qida bloku, mühasibat, insan resursları şöbəsi, təchizat şöbəsi, aptek, camaşırxana, texniki xidmət və s. mövcuddur. Doğuşayardım müəssisəsi çoxprofilli xəstəxanaların tərkibində olduqda bu xidmətlər ümumi olur.

Septik şöbə şəhər doğum evlərinin birində təşkil edilir. Buraya müxtəlif doğum evlərindən zahılıq infeksiyaları olan zahı qadınlar daxil olur.

Stasionarların bütün fəaliyyəti ayrı-ayrı sənədlərdə qeyd edilir. Stasionarın işini qiymətləndirən bir neçə göstəricilər var:

1. Ana ölümü – generativ funksiya ilə bağlı ölüm:

$$\text{Ana ölümü} = \frac{\text{Hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı 42 gün ərzində ölənlərin sayı}}{\text{Sağlam yenidoğulmuşla olan doğuşların sayı}} \times 10000$$

Ana ölümünün əsas səbəbləri-septik və ekstragenital xəstəliklər, doğuş və zahılıq dövründə uşaqlıq cırılmalarıdır. İnkişaf etmiş ölkələrdə ana ölümü hər 100000 doğana 5-15-dir.

2. **Perinatal ölüm (PÖ)** – 22 həftəlik hamiləlikdən, doğuşa qədər dölün ölməsi, həmçinin həyatının ilk 7 sutkasında (168 saat) ölmüş yenidoğulmuşların ölümüdür. 22 həftəlikdən sonra doğulan, çəkisi 500 qr, boyu 25 sm olan döl **həyat qabiliyyətli** hesab edilir. 22 həftəyə qədər doğulan çəkisi 500 qr, boyu 25 sm olan döl **düşük** adlanır. Əgər belə döl 7 sutka və daha çox yaşayırsa (erkən yenidoğulmuş dövrü), belə uşaq da **yenidoğulmuş** hesab olunur.

Diridoğulma kriteriyası dölün bədənə xaric tənəffüsü hesab edilir. Döl doğulduqdan sonra bir tənəffüs hərəkəti etsə belə o **diridoğulmuş** döl hesab edilir. Doğulduqdan və reanimasiya tədbirlərindən sonra ürək döyüntüləri olsa belə dölün nəfəs almaması **ölüdoğulma** hesab edilir.

Ölü doğulan uşaqlar 3 gün ərzində qeydiyyatdan keçməlidir. Perinatal ölüm göstəricisi hər 1000 uşağa (diri və ölü) hesablanır. 10%-ə qədər-aşağı; 10-15%-orta; 15%-dən yuxarı–yüksək göstərici hesab olunur.

$$\text{P.Ö.} = \frac{\text{Ölüdoğulmuşlar} + 0 - 7 \text{ gün ərzində (168 saat) ölənlərin sayı}}{\text{Ölü və diri doğulan yenidoğulmuşların sayı}} \times 1000$$

Perinatal ölümün səbəbləri antenatal (doğuşa qədər), intranatal (doğuş zamanı) və postnatal (ilk neonatal dövrdə) olmaqla 3 yerə bölünür. Bu göstəricilər şərti olaraq ananın sağlamlıq vəziyyətini əks etdirir. Səbəblərə uyğun olaraq perinatal ölümün aşağıdakı struktur dərəcəsi var:

$$1. \text{Antenatal ölüm (AÖ)} = \frac{\text{Doğuşa qədər ölənlərin sayı}}{\text{Ölü və diri doğulanların sayı}} \times 1000$$

$$2. \text{İntranatal ölüm} = \frac{\text{Doğuş zamanı ölənlər}}{\text{Ölü və diri doğulanların sayı}} \times 1000$$

$$3. \text{Ölüdoğulma (Ö.D.)} = \frac{\text{Ölü doğulmuşların sayı} + 22 \text{ həftəlikdən sonra hamiləlik zamanı ölənlər} + \text{doğuş zamanı ölənlər}}{\text{Ölü və diri doğulanların sayı}} \times 1000$$

Bu göstərici perinatal ölümün 50-60 % -ni təşkil edir.

$$4. \text{İlkin neonatal ölüm (İ.N.Ö.)} = \frac{\text{Həyatının ilk 7 (168 saat) sutkasında ölənlərin sayı}}{\text{Diri doğulanların sayı}} \times 1000$$

Perinatal ölümün 40-50% -ni təşkil edir.

§ 1.3. Mamalıqda etika və deontologiyanın əsasları

Mamanın hamilə, doğan, zahı qadınların müayinə, müşahidə və yardımının effektivliyi onun tibbi biliyindən asılı olduğu kimi etik biliyindən də asılıdır.

Etika – yunan sözüdür, adət, xarakter deməkdir. Təbabətdə etika dedikdə xəstə və onun qohumları ilə, kolleqalarla qarşılıqlı münasibətlər, məişətdəki davranışlar, yüksək mənəvi keyfiyyətlər nəzərdə tutulur.

Tibbi deantologiya – (deon-lazımı, loqos-elm deməkdir) etikanın bir hissəsi olub, tibb işçisinin vəzifə borcunu yerinə yetirərkən əməl etməli olduğu norma və prinsipləri özündə cəmləşdirir.

Mama etika və mənəvi prinsipləri rəhbər tutaraq, qadın və onun qohumları ilə rəftar etməlidir. Onlarla ünsiyyətdə olduqda mama dözümlü, gülərüzlü, diqqətli olmalı və bütün çətin situasiyalardan çıxış yolu tapmalıdır. Tibb işçisi təmkinli olmalı, xarici görkəmi səliqəli olmalıdır.

Müayinə zamanı həkim və xəstəni yayındırmaq olmaz, kiçik və orta tibb işçisi diaqnozu, müalicəni, xəstəliyin gedişini, nəticəni müzakirə etməməli, əməliyyat və onun nəticələrinə aid izahat verməməlidir. Bu suallara aid məlumatları həkim verir. Həkimin bütün təyinatları mütləq yerinə yetirilməlidir. İşin müvəffiqiyyəti onun düzgün qurulmasından və həkim – orta tibb işçisi, mama-mama, mama-tibb bacısı və s. arasındakı qarşılıqlı münasibətlərin yaxşı olmasından və qarşılıqlı yardımdan çox asılıdır.

Stasionarda müalicə prosesi üçün optimal şərait yaradılmalıdır. Xəstələrin tez sağlması üçün onların həyacandan, stresdən, səsdən təcrid olunması, onlar üçün adekvat şəraitin yaradılması vacibdir. Həkimin təyinatı qida, gün, yuxu və istirahət rejimi dəqiq yerinə yetirilməlidir. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, abort təhlükəsi olan xəstələrdə müalicə-qoruyucu rejim vacib məsələdir. Mamanın işində, davranışında hamiləyə, doğana, zahıya diqqətsizliyə, əlavə söhbətlərə, onların şəxsi həyatlarına aid yersiz suallara, onları utandırma və analıq hissinin təhqirinə, ümumiyyətlə, qadın psixikasını yaralaya bilən hərəkətlərə yol verilməməlidir.

Anamnez toplarkən, müayinə və müşahidə edərkən, yardım göstərərkən hamilələrə qarşı şəfəqli, diqqətli, obyektiv olmalı, ana və dölnün maraqları nəzərə alınmalı, həkim sirri qorunmalıdır.

§ 2. Mamalıq stasionarlarında xəstəxanadaxili infeksiyaların qarşısının alınması

Xəstəxanadaxili infeksiyalar – xəstəxanada olan müddətdə, tibbi yardım üçün müraciət edən şəxslərdə və ya iş fəaliyyəti ilə əlaqədar olaraq tibb işçilərində formalaşan infeksiyon xəstəliklərdir. Xəstəxanadaxili infeksiyaların yayılmasının qarşısını almaq üçün sanitar-gigiyenik, əksepideмик, dezinfeksiya və sterilizasiya tədbirləri aparılır.

§ 2.1. Aseptika və antiseptika

Aseptika – yara səthi ilə təmasda olan bütün əşyalarda mikroorqanizmlərin məhv edilməsi, onların yaraya düşməsinin qarşısının alınması üçün aparılan tədbirlərdir.

Antiseptika – tam və ya zədələnmiş dəridə, selikli qişada mikroorqanizmlərin həyat fəaliyyətinə təzyiq göstərən tədbirlər kompleksidir. Məqsəd yarada infeksiyanın qarşısını almaq (**profilaktik aseptika**) və ya mövcud infeksiyanın müalicəsidir (**terapevtik aseptika**).

Mamalıqda aseptika və antiseptika xüsusi aktualıq təşkil edir və öz xüsusiyyətləri vardır.

Zahılarda və yenidoğulmuşlarda irinli-iltihabi xəstəliklər daha asanlıqla inkişaf edir və səbəbləri aşağıdakılardır:

- törədici mənbələrin və faktorların çoxluğu;
- antibiotiklərə, dezinfeksiyaedicilərə, dərman preparatlarına dözümlü, toksigenlik xüsusiyyətli, şərti patogen infeksiya törədicilərinin çoxluğu;
- hamilə və zahılarda müdafiə mexanizminin zəifləməsi, yenidoğulmuşlarda formalaşmaması;
- dəri örtüyünün, selikli qişanın və yaranın çirklənməsinə səbəb olan, qadınların şəxsi gigiyena qaydalarına əməl etməməsi, doğum evində aseptika və antiseptika qaydalarının pozulması.

Zahı qadınlarda infeksiya qapısı böyük yara səthi olan doğum yolları, cərrahi yara, çatlar və masserasiyaya uğramış döş gilələri.

Yenidoğulmuşun müdafiə gücünün inkişaf etməməsi, dəri və selikli qişaların xüsusiyyətləri

infeksiyanın asanlıqla orqanizmə düşməsinə imkan verir. Veziko-papulyoz səpgilərdən tutmuş, abses, fleqmona, sepsisə qədər irinli-iltihabi xəstəliklər əmələ gətirir.

Hamilələrdə, doğanlarda, zahılarda və yenidoğulmuşlarda irinli-septik xəstəliklərin qarşısını almaq üçün aşağıdakılara riayət etmək lazımdır:

1. Mamalıq müəssisələrində sanitar–gigiyenik tədbirlər komplekslərinin təşkili və aparılması;
2. Sanitar–gigiyenik tədbirlərin effektivliyi üçün infeksiya törədicisini aşkar etmək məqsədi ilə bakterioloji yoxlama qaydaları;
3. Qəbul, doğum evinin ayrı-ayrı şöbələrinə və uşaq xəstəxanalarına köçürmə qaydaları;
4. Yataq ağlarının, nəqliyyatın, alətlərin, sarğı materiallarının, əllərin və əlcəklərin dezinfeksiya qaydaları;
5. Stasionarın şöbələri ilə ana südü saxlanan otaq arasında qarşılıqlı əlaqə;
6. Antibiotikoterapiyanın prinsipləri;
7. Salmanellyoz və xəstəxanadaxili infeksiyaların profilaktika və diaqnostikasına aid göstərişlər;
8. Şəxsi gigiyena və zahılıq gigiyenası qaydaları;
9. Hamiləliyə qədər qadının sağlamlaşdırılması.

Doğuma yardım müəssisələrinin lahiyəsi hazırlandıqda və tikinti aparıldıqda artıq irinli–septik xəstəliklərin profilaktikasına aid tədbirlər aparılır. Otaqların sayı, onların sahəsi, materialları sanitar norma və tələblərə cavab verməlidir.

Hamiləlik zamanı infeksiyanın profilaktikası tədbirləri – hamiləlik gigiyenası qaydalarına əməl edilməsidir. Hamilə qadının orqanizmindəki infeksiya ocaqlarının sonasıyası (ağız boşluğunun sonasıyası, irinli xəstəliklərin, angina və başqa xəstəliklərin müalicəsi), qadınların infeksiyon xəstəliklərdən qorunması, bədən təmiz saxlanması, hamiləliyin son iki ayında cinsi əlaqənin qadağan edilməsi vacibdir. Zahılıq septik infeksiyalarının qarşısını almaq üçün düzgün həyat tərzi keçirmək və rəşional qidalanmaq lazımdır, bunlar orqanizmin müqavimətini artırır.

Doğuş zamanı infeksiyaların qarşısını alma tədbirləri–doğum evinə daxil olan bütün doğanlar müayinə olunur. Doğan qadın qəbul şöbəsində sanitar təmizlənmədən keçir. Bədən təklü hissələri diqqətlə müayinə olunur, dırnaqları tutulur, sidik kisəsi boşaldılır, xarici cinsiyyət üzvləri təklükdən təmizlənilir, yuyulur, qurudulur. Lüzum varsa doğan duş qəbul edir, təmiz paltar geyir və doğuşdan əvvəlki palataya keçirilir.

Doğuş, doğum zalında aparılır. Doğum zalı əməliyyat otağı kimi steril saxlanılır. Doğan qadının cinsiyyət orqanlarına toxunan hər bir əşya steril olmalıdır. Bunun üçün dezinfeksiya və sterilizasiyadan istifadə edilir.

Dezinfeksiya—vegetativ formalı mikroorqanizmlərin məhv edilməsidir. Dezinfeksiyaya doğan qadınla təmasda olan, amma dəri və selikli qışa təmliğini pozmayan əşyalar–personalın əlləri, alətlər (termometr, şpatel, əlcəklər, əmzilər, fonendoskopun membranı, stetoskopun səthi və s.) hər uşaq üçün istifadədən əvvəl tərəzi və bələmə stolunun səthi, hava (1 m³-də mikroorqanizmlərin sayı 500–dən çox olmamalıdır) məruz qalır.

Dəri və selikli qışa təmliğini pozan, həmçinin yara və infeksiya məhlulları ilə kontakda olan bütün əşyalar steril olmalıdır: cərrahi əlcəklər və alətlər, ginekoloji baxış üçün lazım olan alət və əlcəklər, doğum zalında və əməliyyat otağında işləyənlərin geyimi, kateterlər, zondlar, narkoz maskaları; alt (iç) camaşırıları, doğan üçün əşgilər (bezlər), süd vəziləri üçün salfetlər, ana südü üçün qablar, yenidoğulmuş qulluq üçün lazım olan preparatlar.

Doğum evinə daxil olanlar qəbul şöbəsində I və II Mamalıq şöbələrinə ayrılır. Bu profilaktik məqsəd daşıyır.

Observasiya (II–mamalıq) şöbəsinə göstərişlər: kəskin infeksiyon və iltihabi xəstəliklər, dəri xəstəlikləri, istənilən lokalizasiyalı, o cümlədən doğum yollarının infeksiyası, hərərin yüksək olması, diareya, 12 saatdan artıq susuz vəziyyət (dölyanı mayenin axması), doğum evindən kənarda olan doğuşların ilk zahılıq dövrü, dölnün bətdaxili ölməsi, dəyişmə vəreqinin olmaması və ya qadın məsləhətxanasında natamam müayinə.

I-Mamalıq şöbəsindən II- mamalıq şöbəsinə hərəti 38⁰C dən yüksək olan, ekstragenital və

ya zahılıq iltihabi xəstəliyi olan hamilə, doğan və zahılar köçürülür.

Doğum evində sanitar-gigiyenik və epidemiya əleyhinə rejimi təmin etmək üçün onun otaqlarının dezinfeksiyasının böyük əhəmiyyəti vardır.

Bütün şöbələr izolyasiya olunur. Divarlar və tavan yağlı boya ilə rənglənməli, döşəmə metlax və ya linoliyum ilə örtülməlidir. Doğum blokunda divarlar da kaşı (kafel) ilə örtülsə daha məqsədəuyğundur. Bütün bunlar təmizləmə və dezinfeksiyanı asanlaşdırmaq üçündür.

Doğum evinin bütün otaqları **gündəlik nəm təmizlənməli**, havası dəyişdirilməli və bakteriosid lampalarla şualandırılmalıdır (gündə 2 dəfə və daha çox). Doğuşa qədər, doğuş və zahılıq palatalarında nəm təmizlənmə gündə 3 dəfə, uşaq palatalarında isə 5 dəfə aparılmalıdır. Palataları kiçik tibb işçisi təmizləyir. Gündəlik dezinfeksiya 1%-li xloramin, xlorlu əhəng, diosid (1:5000); 3%-li hidrogen peroksidi + 0,5%-li yuyucu maddə və heksoxlorofenlə aparılır. Nəm təmizləmədən sonra 30 dəq-dən az olmayaraq hava dəyişdirilir və bakteriosid lampalarla şualandırılır.

Doğum stasionarlarının əsas iş prinsiplərindən biri onun doğuşa qədər palatalarının, doğuş zalının və zahılıq palatalarının **tsiklik doldurulmasıdır**. Palataların tsiklik doldurulması zahılar evə yazıldıqdan və ya başqa şöbəyə keçirildikdən sonra, hər 7-10 gündən bir əsaslı təmizləməyə imkan verir. Palatalarda çarpayılar qadın daxil olduqdan bilavasitə sonra hazırlanır.

Doğuş zalı 1-2 gün işləyir, sonra əsaslı təmizləmə aparılır. Əgər doğuş zalı birdirsə, onda doğuş çarpayıları (Raxmaninov) növbələşdirilir və hər iki gündən bir **dərin (əsaslı) təmizləmə** aparılır. Hər doğuş çarpayısına 7,5 m² sahə lazımdır. Doğuş zalında döşəklərə müşənbə üzlük tikilir. Onlar dezinfeksiyaedici məhlulla islanmış əsgilə silinir. Sanitariya ləyənlərinin təmizlənməsi sanitariya otağında aparılır. Onlar xüsusi qablarda yerləşdirilir. Çirklənmiş ağlar və müşənbə kisələrə yığılır və xüsusi yerdə saxlanılır. Uşaqlıq yoluna baxılması, cırıqların tikilməsi üçün dəstlər, eləcə də mamalıq dəstləri 4 qat yumşaq materiala bükülür və sterilizasiyaya verilir.

Palataların tsiklik doldurulması aşağıdakı qaydada aparılır: bir sutka ərzində doğanlar bir palataya yerləşdirilir. Bütün zahılar evə yazıldıqdan sonra (hər 3-7 gündən bir) əsaslı dezinfeksiya aparılır: palatalar boşaldılır, yığışdırılır, divarların, döşəmənin, mebelin dezinfeksiyası aparılır və kvars-civə lampaları ilə şualandırılır. Palatalar dərin (əsaslı) dezinfeksiya üçün bir sutkadan az olmayaraq bağlanılır. 1-2 sutkadan sonra açılır, başqa palata bağlanılır. Əsaslı dezinfeksiya üçün 5%-li xloramin, 6%-li hidrogen peroksidi + 0,5%-li yuyucu məhlul istifadə olunur. Dezinfeksiyadan əvvəl çıxarılmış yataq ağları camaşırxanaya, yumşaq inventarlar dezinfeksiya kamerasına göndərilir. Otaq və otaqdakı bərk inventar dezinfeksiyaedici məhlulla silinir. Sonra otağa dezinfeksiyaedici məhlul səpilir və bağlanır. 6-12 saatdan sonra otaq dezinfeksiyaedici məhlulla təmizlənilir, sonra təmiz su ilə silinir, 1-2-saat bakteriosid lampa ilə şualandırılır, 1 saatdan az olmayaraq otağın havası dəyişdirilir (pəncərələr açıq saxlanılır).

İldə iki dəfə fizioloji və patoloji mamalıq şöbələri 15-20 gün müddətinə **profilaktik dezinfeksiya** üçün bağlanılır.

Doğum evində çarpayılarda gigiyenik rejiminə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Doğuş şöbəsində və yenidoğulmuşlar palatasında döşəklərə mələfənin üzərindən 1x1 m ölçüdə müşənbə salınır (gündə 2 dəfədən az olmayaraq dezinfeksiyaedici məhlullarla silinir), onun üzərindən gündə 2-3 dəfə dəyişdirilən böyük əsgilə salınır. Qadın evə yazıldıqdan və ya başqa şöbəyə köçürüldükdən sonra müşənbə xüsusi yerdə isti su, sabun və fırça ilə yuyulur, yaxalanır, 4 saat dezinfeksiyaedici məhlulda saxlanılır, sonra yenə yuyulur və qurudulur.

Hər çarpayının yanında çarpayı ilə eyni N⁰-li individual sudno qoyulur. Sudno işlənməzdən əvvəl mexaniki yuyulur, 2 saat 1%-li xloramində isladılır və ya xüsusi qabda qaynadılır. İşlənmiş sudno hər dəfə boşaldıqdan sonra axar su ilə yuyulur və dezinfeksiyaedici məhlulla yaxalanır.

§ 2.2. Alətlərin, sarğı materiallarının və xidmət əşyalarının sterilizasiyası

Hazırda sterilizasiya mərkəzləşmiş qaydada xüsusi məkanlarda aparılır. Sterilizasiya vegetativ və saprofit mikroorqanizmlərin məhvinə səbəb olur. Sterilizasiya müxtəlif üsullarla aparılır: buxarla, quru-isti hava ilə, kimyəvi məhlullarla. Sterilizə olunacaq materiallardan asılı olaraq, müvafiq sterilizasiya üsulu seçilir.

Təzyiq altında isti buxarla sterilizasiya avtoklavda aparılır. Avtoklavda yataq ağları, sarğı materialları, korroziyaya davamlı materialdan hazırlanmış cərrahi alətlər, aparatların hissələri, şüşə qablar, şpirislər, rezin əşyalar (əlcəklər, borular, kateterlər, zondlar, süd sorucular, göz şpatelləri) sterilizə olunur. Sterilizə olunmuş əşyalar bixslərdə, bitki mənşəli konvertlərdə və iki qat bez parça arasında saxlanılır.

Korroziyaya davamsız materiallardan hazırlanmış alətlər, aparat detalları **quru isti sterili-zatorlarda** sterilizasiya olunur.

Kəsici alətlər **soyuq sterilizasiya** edilir. Bunun üçün onlar, 96⁰-li spirtə və ya üçlü məhlulda (formalin + korbol turşusu + natrium bikarbonat) yerləşdirilir.

Buxar və ya hava ilə sterilizasiyaya imkan olmadıqda (kəsici alətlərdən başqa) alətlər, şpirislər, rezin əşyalar, əlləri yumaq üçün fırçalar destillə olunmuş suda **qaynatmaqla sterilizasiya** edilir.

Hal-hazırda bir dəfəlik istifadə üçün nəzərdə tutulmuş materiallardan və alətlərdən geniş istifadə olunur. Bunlara iynə ilə birlikdə şpirislər, qan və qanəvəzedicilər köçürmək üçün sistemlər, əlcəklər, güzgülər, iynə ilə birlikdə tikiş materialları və s. aiddir. Bu əşyalar sintetik materiallardan hazırlanır və xüsusi bağlamalarda buraxılır. Üzərində sterilizasiya vaxtı və seriya göstərilir.

Doğum evində təmiz və çirkli camaşırğa xüsusi diqqət yetirilir. Çirkli camaşır bütün şöbələrdən toplanıb xüsusi otağa yığılır. Bu otağın divarları 1,5 m hündürlükdə kaşı ilə örtülür. Çirkli camaşırğa xüsusi geyimdə olan sanitar işləyir və onları bir-birinin içərisinə keçirilmiş kisələrə doldurur. Camaşır göndərildikdən sonra otaq dezinfeksiya edilir, camaşırlar xüsusi adam tərəfindən yuyulur. Hər şöbənin camaşırı ayrı yuyulur, bir-birinə qarışdırılmır. Təmiz və çirkli camaşırlar ayrı-ayrı avtomobillərdə transportasiya edilir. Doğum evində təmiz camaşırlar komplektlərlə mələfəyə bükülüb rəflərdə və ya dolablarda saxlanılır. Sterilizasiya vacib olan camaşır avtoklavda sterilizə olunur və barabanlarda saxlanılır. Yenidə istifadə üçün olan bütün camaşırlar steril olmalıdır.

Qulluq əşyaları: buz qovuqları, isitqaclar, kateterlər, imalə ucluqları sterilə olunmalı, xüsusi yerdə saxlanılmalıdır. Tibb bacısı bu əşyaların təmizliyi və saxlanması üçün cavabdehdir. Onları növbətçidən təhvil alır və növbətçiyə təhvil verir.

Doğum evinin sanitar-gigiyenik və epidemioloji rejimi Sanitar epidemioloji stansiya tərəfindən nəzarətdə saxlanılır. Bu nəzarət planlı və epidemik göstəriş olduqda aparılır. Planlı nəzarət kvartalda bir dəfədən az olmayaraq aparılır. Xəstəxanadaxili infeksiya yayıldıqda növbədən kənar epidemioloji müayinə aparılır.

§ 2.3. Tibb personalının şəxsi gigiyenası

Doğum evlərində infeksiya xəstəliklərin qarşısının alınmasında tibbi personalın şəxsi gigiyenə qaydalarına əməl etməsinin böyük əhəmiyyətli var. Bu, həm də onların öz təhlükəsizliyini qoruması üçün vacibdir. Hər tibb işçisi işə qəbul olunarkən tibbi müayinədən keçir. Hər gün işə gələn tibb işçisi, baş tibb bacısı tərəfindən yoxlanılır. Kəskin respirator, dəri və mədə-bağırsaq xəstəlikləri olanlar işə buraxılmırlar.

Hər şöbənin paltar dəyişən yeri olmalıdır. Burada hər işçinin şəxsi geyimlərini və ayaqqabılarını saxlamaq üçün öz dolabı olur. İşə gələn hər bir tibb personalı gigiyenik duş qəbul edib, iş üçün

ayrılmış, pambıq parçadan hazırlanmış geyim, ayaqqabı və mütləq corab geyməlidir.

Ayaqqabı rahat və tez yuyulan olmalıdır. Tibb işçisi hər gün xalatını dəyişməlidir. Doğum evinin işçisi bilməlidir ki, uzun, lakla örtülmüş dırnaqla, üzük, qolbaq və başqa zinyət əşyası ilə və corabsız işləmək olmaz. Xalatın qolları biləkdən bir az yuxarı olmalıdır (əllər yuyulanda islanmasın). Doğum zalında, yenidoğulmuş palatalarında, observasiya şöbələrində çalışanlar mütləq 4 qatlı tənzifdən hazırlanmış maska taxmalıdırlar (ağız və burun örtülməlidir). Maska hər 3-4 saatdan bir dəyişməlidir. Tibb işçisi əllərinə diqqətli olmalıdır. Onlarda heç bir cızıq, çat olmamalıdır. Xəstəxanadaxili infeksiyanın qarşısını almaq üçün tibb işçiləri ildə 2 dəfədən az olmayaraq stomotoloq və otolarinqoloq tərəfindən müayinə olunmalıdır. Bakteriyagəzdirənlər (əsasən stafilokok, streptokok) işə buraxılmır və müalicə olunur. Müalicə effektiv olmadıqda belə işçilər zahı və yenidoğulmuşlarla təmasda olmayan başqa işə keçirilir.

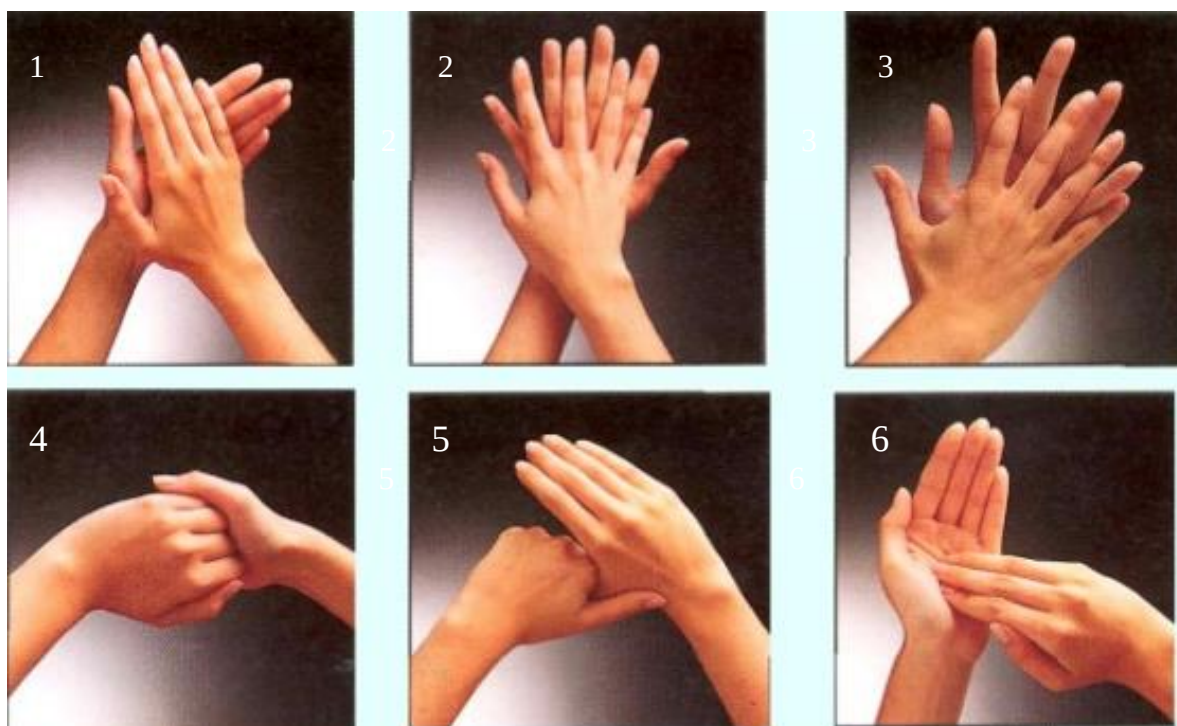
Tibb personalının əllərinin işlənməsi. Doğuşda, əməliyyatda, yenidoğulmuşların tualetində iştirak edən tibb personalının əllərinin dezinfeksiyası vacib faktordur.

Müasir dövrdə əllərin dezinfeksiyasında aşağıdakı üsullar istifadə edilir:

– **Əllərin adi yuyulması.** Az çirklənmiş əllər antiseptiklər istifadə etmədən sadə sabun və su ilə yuyulur. Məqsəd əllərdəki çirkin təmizlənməsi və mikroorqanizmlərin miqdarının azaldılmasıdır. Əllərin adi yuyulması aşağıdakı hallarda aparılır: qida hazırlanması və paylanmasıdan əvvəl; yeməkdən əvvəl və sonra; tualetdən sonra; pasientə qulluqdan əvvəl və sonra və əllərin çirkləndiyi bütün hallarda.

– **Əllərin əsaslı yuyulması.** Bu zaman dezinfeksiyaedici məhlulardan istifadə olunur və mikroorqanizmlərin 99%-i məhv edilir. Əllərin əsaslı yuyulması qaydası: bütün bəzək əşyaları və saat çıxarılır; əllər sabunlanır və axar su ilə yuyulur; prosedura ikinci dəfə təkrarlanır. Güman olunur ki, birinci yumada əllər çirk və mikrobardan təmizlənir, isti su və özünə massaj nəticəsində dəri genişlənir, qırışlar açılır, orada gizlənən mikrobalar ikinci yumada təmizlənir. Su çox isti olmamalıdır. Əks halda əllərin qoruyucu piy təbəqəsi də yuyulur.

Əllərin yuyulması zamanı hərəkətlər EN-1500 avropa standartlarına uyğun aparılır (şəkil:1-1).



Şəkil 1-1. Əllərin EN-1500 avropa standartları ilə əsaslı yuyulması

- 1.Ovucların bir-birinə sürtülməsi;
- 2.Sağ əllə sol əlin xarici səthini silmək, sonra əlləri dəyişmək;
- 3.Barmaqlararası sahədə barmaqları birləşdirmək, barmaqların daxili səthlərini yuxarı və aşağı doğru silmək;
- 4.Əlləri kilid şəklində bükmək, bir əlin xarici səthini digər əlin ovçuna sürtmək, sonra ikinci əldə təkrarlamaq;
- 5.Sol əlin baş barmağının əsasını sağ əlin baş və şəhadət barmağı ilə tutmaq, dairəvi hərəkətlərlə silmək, proseduranı buləkdə də təkrarlamaq, sonra əlləri dəyişmək;
- 6.Dairəvi hərəkətlərlə sağ əlin barmaqlarının ucu ilə sol əlin ovçunu silmək, sonra əlləri dəyişmək;
- 7.Hər hərəkət 5 dəfədən az olmayaraq təkrarlanır, əllərin işlənməsi 30 san-1 dəq vaxt müddətində aparılır.

Əlləri yumaq üçün adətən nasos sistemi ilə təchiz edilmiş duru sabunlardan istifadə olunur (“Nonsid”, “Baza-soft” və s). Bu sabunların tərkibində aseptik maddələr (xlorheksidin, povidon yod) vardır. 5 ml sabun götürülür, 3-5 dəqiqə müddətində əl və qollar yuyulur. Dırnaq dıbləri 30 saniyə fırçalanır. Su dirsəkdən aşağı axıdılaraq əllər yuyulur. Steril salfetlə qurulanır. Son zamanlar birdəfəlik istifadə üçün nəzərdə tutulmuş, xüsusi bağlamalarda buraxılan, yuyucu maddələr hopdurulmuş süngər fırçalardan istifadə edilir. Bağlamada dırnaqları təmizləmək üçün xüsusi çubuq əə vardır. Bağlama açılır, dırnaqlar təmizlənilir, əllər axar su altında isladılır və biləyə qədər süngər fırça ilə işlənilir, axar su altında yuyulur, prosedura ikinci dəfə təkrarlanır.

Əllər kağız salfetlə qurudulur. Qurudulma barmaqların arasından başlanılır, sonra əllərin xarici və daxili səthi və ən sonda biləklər və caid qurudulur. Əllər dezinfeksiya edildikdən sonra heç yerə vurulmamadır!

Əllərin spirtlə ovalanması. Əllər əvvəlcədən yuyulub qurulanır. Tərkibində 15-25 ml spirt olan dezinfaktant ovuca tökülür. Əllər və qollar 3 dəqiqə ərzində ovalanır. Sonra əlləri barmaq ucları yuxarı olmaqla tutmaq və quruyana qədər gözləmək lazımdır. Əllər qurumadan əlcək geymək olmaz əllərin dərisində çatlar əmələ gələr.

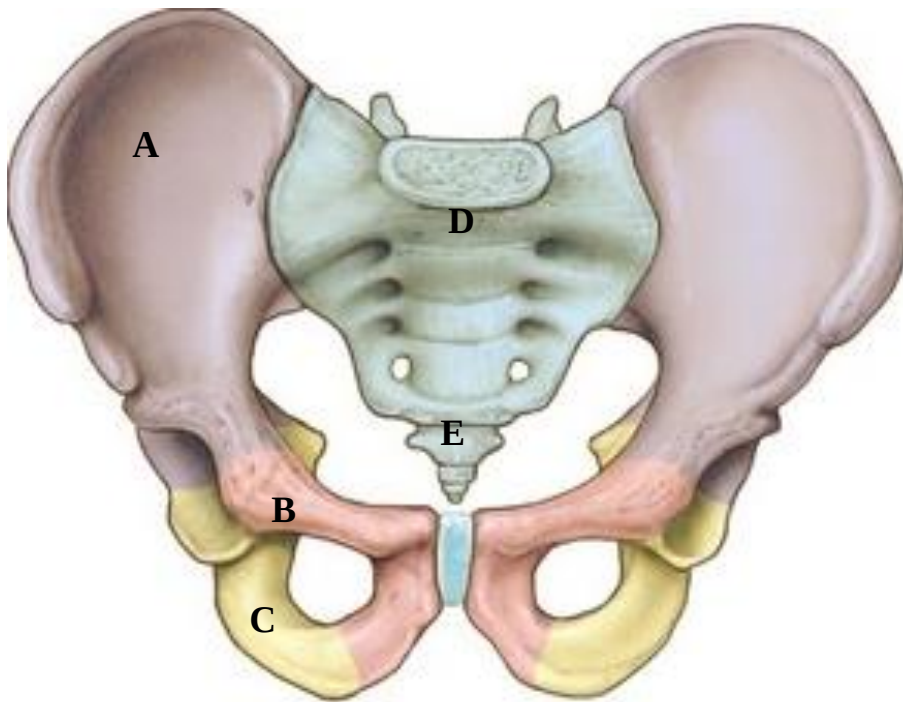
II FƏSİL.

REPRODUKTİV SİSTEMİN ANATOMİYA VƏ FİZİOLOGİYASI

§ 1. Qadın çanağının quruluşu

Çanaq sümükləri daxili cinsiyyət üzvləri, düz bağırsaq, sidik kisəsi və onların ətrafındakı yumşaq toxuma üçün yataq vəzifəsini yerinə yetirir. Bundan başqa qadın çanağı doğuş kanalı rolunu oynayır. Ona görə də mamalıqda qadın çanağının quruluşunu öyrənmək vacibdir.

Çanaq sümükləri. Çanaq 4 sümükdən ibarətdir: 2 çanaq, 1 oma və 1 büzdüm. Çanaq sümüklər sümük çanağın ön və yan, oma və büzdüm isə arxa divarını əmələ gətirir (şəkil:2-1).



Şəkil: 2-1. Qadın çanağı: A) qalça sümüyü; B) qasıq sümüyü; C) oturaq sümüyü; D) oma sümüyü; E) büzdüm sümüyü

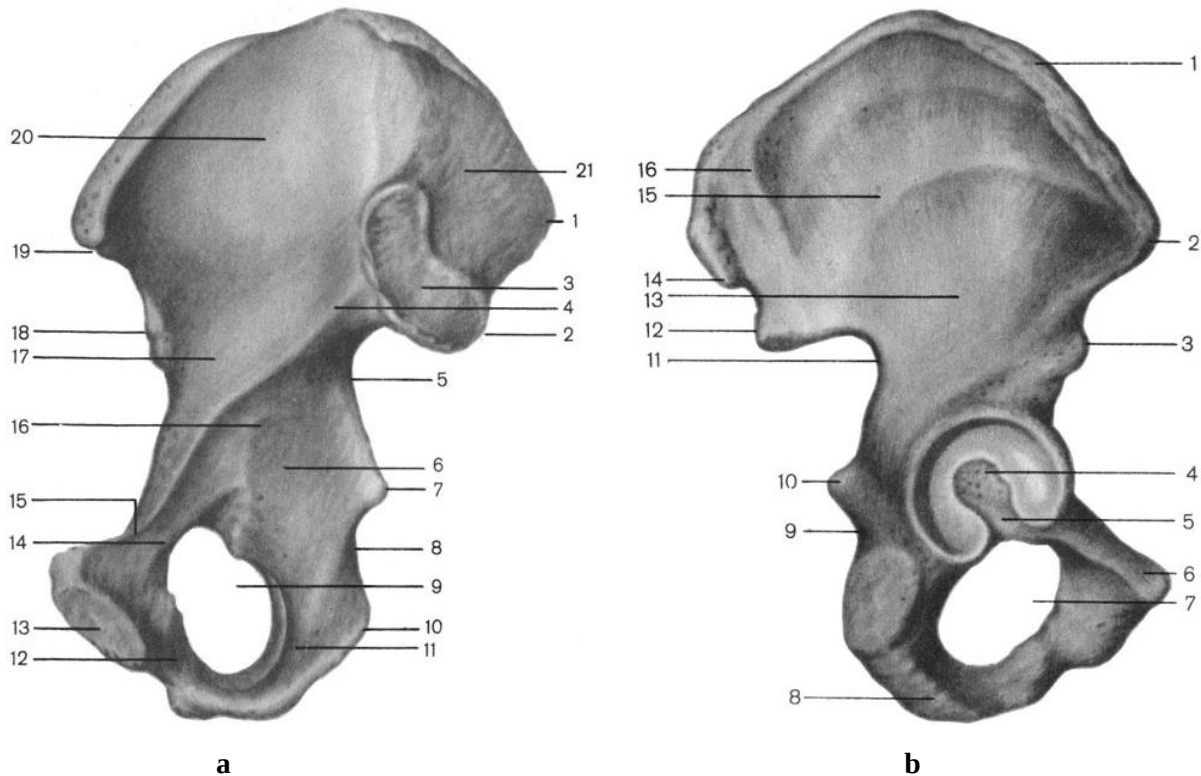
Çanaq sümüyü. (os coxae) 16-18 yaşa qədər bir-biri ilə qığırdaqla birləşmiş üç sümükdən ibarət olur; qasıq, qalça, oturaq. Bu üç sümüyün cisimlərinin birləşdiyi yerdə sirkə kasası əmələ gəlir. Sirkə kasasından yuxarıda qalça, öndə qasıq, aşağıda oturaq sümüyü yerləşir (şəkil :2-2).

Qalça sümüyü. (os ileum) İki hissədən ibarətdir – qanad və cisim. Qanadın ortası nazikdir, kənarlara doğru qalınlaşır və darağa keçir. Darağa qarın əzələləri birləşir, daraq öndən ön-üst qalça tinindən başlayır. Bu tindən aşağıda ön-alt qalça tini yerləşir. Ön alt-qalça tinindən aşağıda, qalça sümüyü ilə qasıq sümüyünün birləşdiyi yerdə qalça-qasıq qabarcığı var. Ön-üst qalça tini ilə ön-alt qalça tini arasında kiçik qalçaaltı çuxur, ön-alt qalça tini ilə qalça-qasıq qabarcığı arasında böyük qalçaaltı çuxur yerləşir. Qalça darağı arxadan arxa üst-qalça tinində qurtarır. Bu tindən aşağıda arxa-alt qal-

ça tını yerləşir. Arxa alt-qalça tınınin altında böyük oturaq oyması yerləşir. Qalça sümüyünün ön çökəkliyində, cismnin qanada keçdiyi yerdə darağabənzər çıxıntı var ki, buna **qövsü xətt** deyilir.

Qalça sümüyünün daxili səthinin arxa tərəfində qulaq seyvanına bənzər nahamar səth var. Bu oma sümüyü ilə birləşir.

Oturaq sümüyü (os ischi) – cismi və iki–yuxarı və aşağı şaxəsi var. Yuxarı şaxə aşağı cismə doğru gedərək oturaq qabarında qurtarır. Aşağı şaxə önə və yuxarıya doğru istiqamətlənir və qasıq sümüyünün aşağı şaxəsi ilə birləşir.



Şəkil:2-2. Çanaq sümüyü: a) daxildən:1-arxa-üst qalça tını;2- arxa-alt qalça tını;3-seyvanabənzər səth;4-qövsü xətt; 5-böyük oturaq oyması; 6-oturaq sümüyünün cismi; 7-oturaq çıxıntısı; 8-küçük oturaq oyması; 9-qapayıcı dəlik; 10-oturaq qabarı;11-oturaq sümüyünün aşağı şaxəsi;12-qasıq sümüyünün aşağı şaxəsi; 13-simfiz səthi; 14-qasıq sümüyünün yuxarı şaxəsi; 15-qasıq darağı;16-oturaq sümüyü cismi;17-qalça sümüyünün cismi; 18-ön alt qalça tını;19-ön-üst qalça tını; 20-qalça qanadı; 21-qalça qabarıqlığı

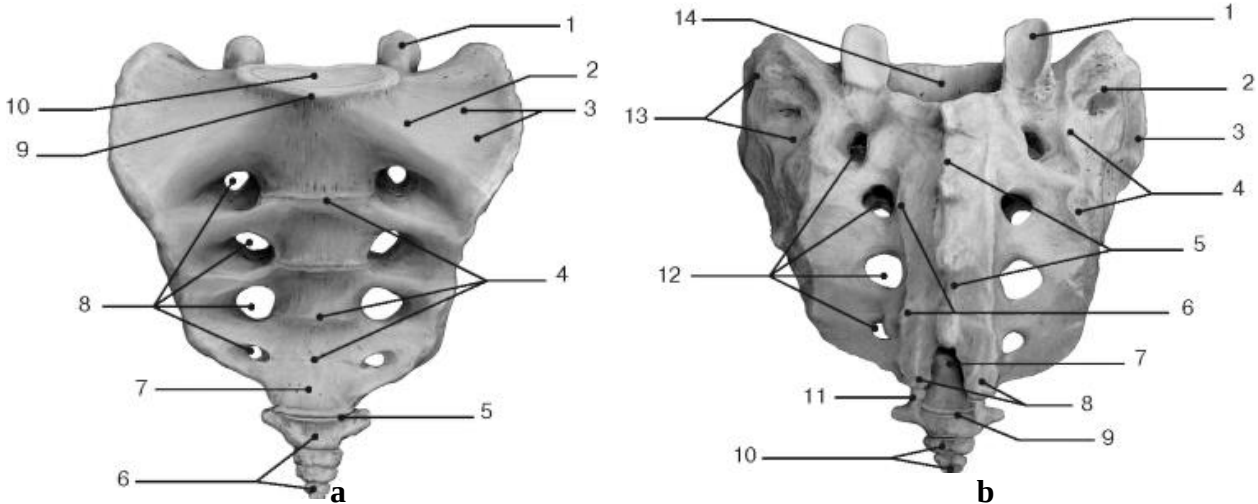
b) xaricdən:1-qalça darağı; 2-ön-üst qalça tını; 3-ön-alt qalça tını; 5-sirkə kasası; 6- qasıq qabarcığı; 7-qapayıcı dəlik; 8-oturaq qabarı; 9-küçük oturaq oyması; 10- oturaq çıxıntısı; 11-böyük oturaq oyması; 12-arxa-alt qalça tını; 13-aşağı sağrı xətti; 14-arxa-üst qalça tını; 15-ön sağrı xətti; 16-arxa sağrı xətti

Qasıq sümüyü (os pubis) – cisim və iki–yuxarı və aşağı şaxədən ibarətdir. Aşağı (enən) şaxə oturaq sümüyünün eyni adlı şaxəsi ilə birləşir. Yuxarı şaxəsinin yuxarı kənarı ilə iti daraq keçir ki, bu da öndə qasıq qabarı ilə qurtarır. Qasıq sümüyünün aşağı və yuxarı şaxələri öndə birləşərək, qasıq bitişməsinə (**simfiz**) əmələ gətirir. Simfizin altında qasıq sümüyünün aşağı şaxələrinin birləşməsindən bucaq əmələ gəlir. Bu bucaq **qasıq qövsü** adlanır. Oturaq və qasıq sümüyünün aşağı və yuxarı şaxələri birləşib qapayıcı dəliyi əmələ gətirir.

Oma – bir-biri ilə birləşmiş beş fəqərədən ibarətdir (şəkil:2-3). Konusa bənzəyir. Əsas yuxarı zirvəsi aşağı yönəlib. Oma sümüyünün arxa səthi qabarıq və nahamar, ön səthi isə çökək olub, oma çökəkliyini əmələ gətirir. Oma çökəkliyində dörd köndələn xətt müşahidə olunur. Bu xəttlər sümük-ləşmiş qığırdaqlardır. Xəttlərin sonunda dörd dəlik var (ön oma dəlikləri). Bu dəliklərdən onurğa beyni sinirləri keçir və daxili cinsiyyət orqanlarını innervasiya edir.

Arxa nahamar səthdən üç sıra şaquli daraq keçir. Orta oma darağı fəqərələrin sümük çıxıntı-larının birləşməsindən əmələ gəlir. Yan daraqlar fəqərələrin oynaq çıxıntıların birləşməsidir. Orta oma darağının yanlarında 4 cüt oma dəliyi var. Omanın daxilindən oma kanalı keçir. Bu onurğa

kanalının davamıdır və omanın aşağı hissəsində arxa səthə açılır. Omanın əsası V bel fəqərəsinə birləşir. Omanın əsasının ön səthindəki hündürlük **oma burnu–promontorium** adlanır. V bel fəqərəsinin sümük çıxıntısı ilə orta oma darağı arasında omaüstü çökəklik yerləşir. Oma sümüyünün yuxarı yan tərəfində qalça sümüyü ilə birləşən nahamar seyvanabənzər oynaq səthi var. Bu qalça sümüyü ilə birləşir. Omanın zirvəsi büzdüm ilə birləşir.



Şəkil: 2-3. Oma sümüyü. a) öndən: 1-yuxarı oynaq çıxıntısı; 2-oma qanadı; 3-lateral hissə; 4-köndələn xətt; 5-oma-büzdüm bitişməsi; 6-büzdüm; 7-oma zirvəsi; 8-ön oma dəlikləri; 9-oma burnu; 10-oma əsası
b) arxadan: 1-yuxarı oynaq çıxıntısı; 2-oma qabarıqlığı; 3-seyvanabənzər səth; 4-lateral oma darağı; 5-orta oma darağı; 6-medial oma darağı; 7-oma yarığı; 8-oma buynuzu; 9-oma-büzdüm oynaq; 10-büzdüm fəqərələri; 11-büz-düm buynuzu; 12-arxa oma dəlikləri; 13-lateral hissə; 14-oma kanalı

Büzdüm – bir necə inkişaf etməmiş fəqərələrin birləşməsindən əmələ gəlib.

Çanaq bitişməli – çanaq sümükləri bir-biri ilə simfiz, oma-qalça və oma-büzdüm bitişmələri vasitəsi ilə birləşir. **Simfiz** – az hərəkətli yarımoynaqdır, iki qasıq sümüyünün birləşməsindən əmələ gəlib, arasında maye ilə dolu yarıq var. Hamiləlik zamanı bu yarıq genişlənir.

Oma-qalça bitişməsi hərəkətsizdir. İki bağın böyük əhəmiyyəti var:

1.Oma-çıxıntı bağı – omanın aşağı hissəsi ilə oturaq qabarıqları arasında;

2.Oma-qabar bağı – omanın aşağı hissəsi, büzdüm və oturaq qabarıqları arasında.

Oma-büzdüm bitişməsi hərəkətlidir. Doğuş zamanı 1,5-2 sm arxaya itələnir.

Çanağın iki hissəsi var: böyük və kiçik çanaq. Öndən simfizin və qasıq sümüyünün yuxarı kənarı, yanlardan qövsü xəttlər, arxadan oma burnu böyük və kiçik çanağı bir-birindən ayırır. Bu sərhəd kiçik çanağın giriş müstəvisidir.

Böyük çanağın sərhədləri: yanlardan qalça sümüyünün qanadları, arxadan V bel fəqərəsi, öndən qarın divarı. Böyük çanaq və onun daxili çox asanlıqla müayinə olunur, 4 ölçüsü var.

1.Tinarası məsafə-distantia spinarum–ön-üst qalça tinləri arasındakı məsafədir – 25-26 sm-dir.

2.Daraqarası məsafə-distantia cristarum – qalça daraqları arasındakı ən uzaq məsafədir – 28-29 sm-dir.

3.Burmalararası məsafə-distantia trochanterica – bud sümüyünün böyük burmaları arasındakı məsafədir – 31-32 sm-dir.

4.Xarici konyuqata-conyuqata externa – simfizin yuxarı kənarı ilə omaüstü çökəklik arasındakı məsafədir – 20-21 sm-dir.

Kiçik çanaq – doğum kanalının sümük hissəsini təşkil edir. Sərhədləri: – yanlardan oturaq sümükləri, öndən qasıq sümükləri və simfiz, arxadan oma və büzdüm. Arxa divar ön divardan 3 dəfə uzundur. Kiçik çanağın girəcəyi həlqəvari, hamardır, çıxacağı girintili-çıxıntılıdır, orada qapayıcı dəlik, oturaq qabarıqları, böyük oturaq oymaları var. Bunlar iki bağla əhatə olunub. Kiçik çanağın aşağıdakı şöbələri var: giriş, boşluq və çıxış. Onun enli, dar hissəsi və 4 müstəvisi var: giriş, enli, dar və çıxış.

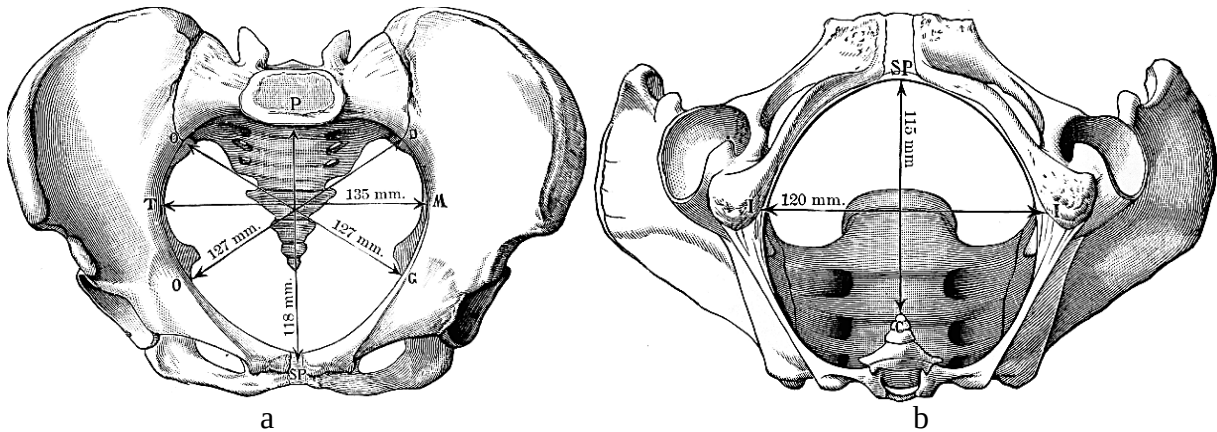
Giriş müstəvisinin sərhədləri: öndən simfiz və qasıq sümüyünün üst kənarı, yanlardan qövsü xətt, arxadan oma burnu. Giriş müstəvisi böyrəyə bənzəyir və 3 ölçüsü var.

1. **Düz ölçü** – oma burnu ilə qasıq birləşməsinin daxili səthinin ən çökək nöqtəsi arasındakı məsafədir, **mamalıq və ya həqiqi konyuqata** adlanır – 11 sm-dir. **Anatomik konyuqata** oma burnu ilə simfizin yuxarı kənarının ortası arasındakı məsafədir – mamalıq konyuqatasından 0,3-0,5 sm böyükdür.

2. **Köndələn ölçü** – qövsü xəttlərin ən uzaq nöqtələri arasındakı məsafədir-13 sm-dir (şək:2-4).

3. **Çəp ölçülər** – ikidir və 12 sm-dir.

Sağ çəp ölçü – sağ oma-qalça bitişməsi ilə sol qalça-qasıq qabarcığı, sol çəp ölçü isə sol oma-qalça bitişməsi ilə sağ qalça-qasıq qabarcığı arasındakı məsafədir. Bu ölçülərin istiqamətini müəyyənləşdirmək üçün hər iki əli açılmış vəziyyətdə, arxası üstə uzanmış qadının çanaq çıxacağı səviyyəsində ovucları yuxarı baxmaq şərti ilə tutmaq lazımdır. Sol əlin müstəvisi sol çəp ölçüyə, sağ isə əksinə uyğun gəlir (əllər bir-biri ilə düz bucaq əmələ gətirir).

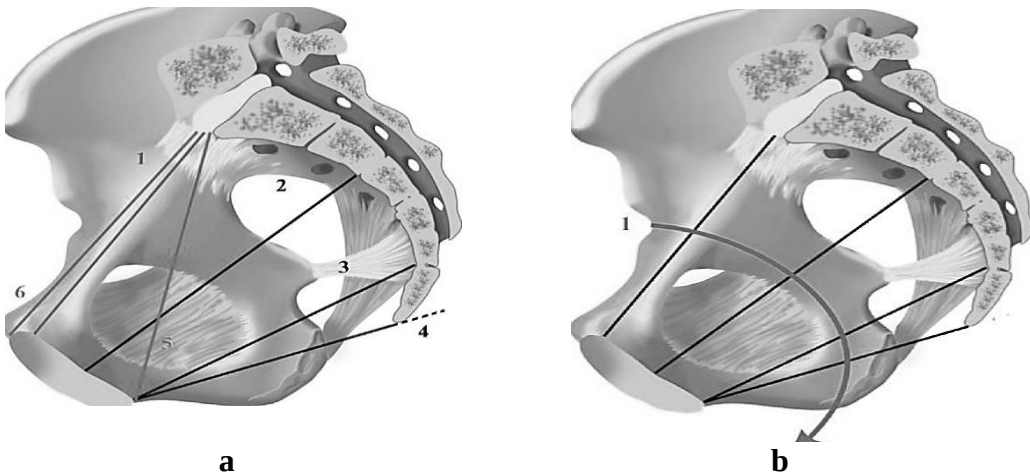


Şəkil-2-4. a) çanaq girəcəyinin ölçüləri: PP – düz ölçü; TM – köndələn ölçü; CC – çəp ölçü; b) çanaq çıxacağının ölçüləri: SPC – düz ölçü; İİ – köndələn ölçü.

Enli hissənin sərhədləri: öndən simfizin daxili səthi, yanlardan sirkə kasalarının mərkəzi, arxadan II və III oma fəqərələrinin birləşməsi. Bu müstəvinin iki ölçüsü var:

1. **Düz ölçü**--simfizin daxili səthinin mərkəzindən II–III oma fəqərələrinin birləşməsi–12,5 sm-dir.

2. **Köndələn ölçü** – hər iki sirkə kasasının mərkəzləri arasındakı məsafə – 12,5 sm-dir.



Şəkil:2.5. Kiçik çanağın düz ölçüləri: a) 1-həqiqi və ya mamalıq konyuqatası (çanaq girəcəyinin düz ölçüsü); 2-enli hissənin düz ölçüsü; 3-dar hissənin düz ölçüsü; 4-çanaq çıxacağının düz ölçüsü; 5-diaqonal konyuqata; 6-anatomik konyuqata; b) 1- ötürücü xətt.

Dar hissənin sərhədləri – simfizin aşağı kənarı, yanlardan – oturaq sümüyünün çıxıntıları, arxadan oma – bündüm bitişməsi. İki ölçüsü var:

1.**Düz ölçü** – oma-bündüm bitişməsi ilə simfizin aşağı kənarı (qasıq qövsünün zirvəsi) arasındakı məsafə-11sm-dir.

2.**Köndələn ölçü** – oturaq qabarlarını birləşdirən xətt-10,5 sm-dir.

Çıxış hissənin sərhədləri – öndən simfizin aşağı kənarı, yanlardan oturaq qabarları, arxadan bündüm. İki ölçüsü var (şək:2-4):

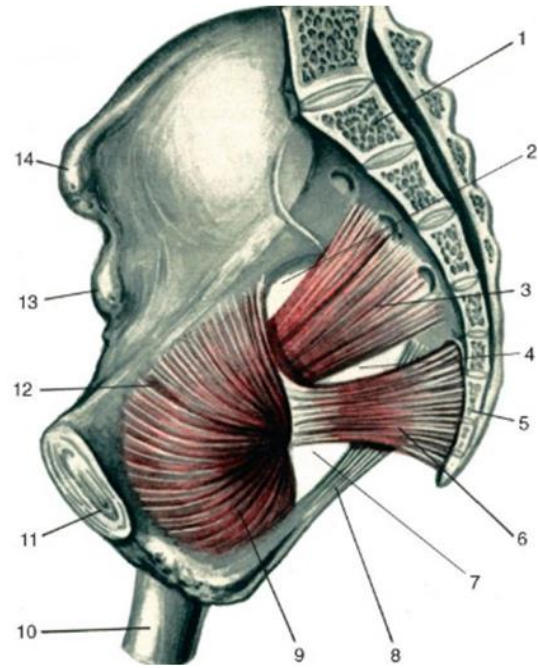
– **Düz ölçü** – bündümün zirvəsi ilə simfizin aşağı kənarı arasındakı məsafə-9,5 sm-dir.

– **Köndələn ölçü** – oturaq qabarlarının daxili səthini birləşdirən xətt-11 sm-dir.

Ən böyük ölçülər: girişdə-köndələn; enli hissədə-çəp; çıxışda-düz.

Ötürücü xətt – kiçik çanağın bütün düz ölçüləri oma və bündümün müxtəlif nöqtələrini simfizin müxtəlif nöqtələri ilə birləşdirir. Simfiz oma və bündümdən (birlikdə) kiçik olduğu üçün düz ölçülər yelpikvari şəkil alır. Düz ölçülərin ortasından keçirilən xəyali xətt çanağın **ötürücü xətti** adlanır (şəkil:2-5). Doğuş zamanı döl bu xətt boyu hərəkət edir.

Çanaq əzələləri divaryanı və çanaq dibi əzələlərə bölünür. Divaryanı əzələlər elə yerləşib ki, böyük və



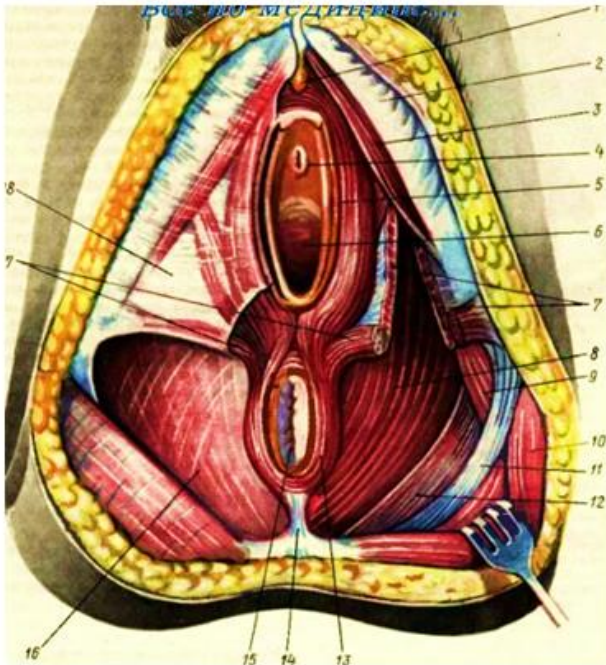
Şəkil: 2-6. Çanağın divaryanı əzələləri: 1-I oma fəqərəsi; 2-foramen supra piriforme; 3-m.piriformis; 4-foramen infrapiriforme; 5-bündüm sümüyü; 6-oturaq-bündüm əzələsi və oma-tin bağı; 7-foramen ishiadicum minus; 8-oma-qabar bağı; 9-daxili qapayıcı əzələ; 10-bud sümüyü; 11-simfiz; 12-qapayıcı kanal; 13-ön-alt qalça tini; 14-ön üst qalça tini

kiçik çanağın ölçülərinə təsir etmir. Böyük çanaq boşluğundan iki cüt əzələ keçir: daxili qalça əzələləri və böyük bel əzələləri (şəkil:2-6).

Daxili qalça əzələsi (m. iliaceus interior) enli əzələdir, qalça darağından başlayıb, qalça çuxurunu doldurur və burada böyük bel əzələsinə qarışır.

Böyük bel əzələsi (m.psoas mayor) uzun əzələdir. XII döş və 4 yuxarı bel fəqərələrinin yan səthindən başlayıb, böyük çanağa enir və daxili qalça əzələsi ilə birləşir. İki birləşmiş əzələdən bir qalça-bel əzələsi əmələ gəlir. Bu əzələ bud sümüyünün kiçik burmasına bağlanır.

Kiçik çanaq girəcəyinin məhdud hissəsini qalça-bel əzələsinin kənarı tutur. Burada divaryanı əzələlər (armudabənzər və daxili qapayıcı) kiçik çanağın ölçüsünə təsir etmədən onun divarlarını əhatə edir.



Şəkil: 2-7. Çanaq dibi əzələləri və fasiyaları: 1-qluns clitoridis;2-fasiya lata; 3-m.ischiocavevnosus;4-osteum uteriae externum; 5-m.bulbosponqiozus; 6-osteum vaginae; 7-m.transversus perineiprofundus; 8-m.levator ani; 9-m. obturatus internus; 10-m.qluteus maximus; 11-liq. sacrotubarele; 12-liq sacrospinale;13-m.sphincter ani externus; 14-liq. anococcygeum; 15-anus; 16 fascia diaphragmatis inferior; 17-m. transversus perinei superfasialis; 18-fascia diaphragmatis urogenitalis inferior

Armudabənzər əzələ (m. Piriformis) omanın ön səthində, köndələn istiqamətdə gedərək, böyük oturaq oymasından keçir və bud sümüyünün böyük burmasına bağlanır.

Daxili qapayıcı əzələsi (m.obturator internus). Qapayıcı dəliyin zirvəsindən başlayıb, kiçik oturaq oymasından keçir və bud sümüyünün burmaları arasına birləşir.

Çanaq dibi. Çanaq çıxacağı möhkəm əzələ-fasiya qatı ilə örtülüb. Çanaq dibi fasiyalarla örtülmüş 3 əzələ qatından ibarətdir.

Aşağı (xarici) qatın əzələləri aralığın vətər mərkəzində birləşir və sümük çanaqdan asılmış səkkiz formasını alır.

Soğanaq-mağaralı cisim əzələsi (m.bulbocavernosus) uşaqlıq yolu girəcəyini əhatə edib, aralığın vətər mərkəzinə və klitora birləşir. Bu əzələ yığılarkən uşaqlıq yolu girəcəyi sıxılır.

Oturaq-mağaralı cism əzələsi (m.ischia-cavernosus) oturaq sümüyünün aşağı şaxəsi ilə klitoru birləşdirir.

Anusun xarici sfinkter əzələsi (m.sfincter ani externus). Bu əzələnin dərin lifləri büzdümdən başlayıb, anusu əhatə edir, aralığın vətər mərkəzinə birləşir.

Aralığın səthi köndələn əzələsi (m.transversus perinei superfascialis) vətər mərkəzindən başlayıb, sağ və sol oturaq qabarlarına birləşir.

Orta qatın əzələləri-sidik-cinsiyyət diafraqmasını əmələ gətirərək, çanaq çıxacağının ön hissəsini əhatə edir. Üçbucaq şəkilli əzələ-fasiya lövhəsi olub, qasıq qövsündə simfizin altında yerləşir. Bu lövhədən sidik kanalı və uşaqlıq yolu keçir. Diafraqmanın ön hissəsinin əzələ dəstələri sidik kanalını əhatə edərək onun xarici sfinkterini əmələ gətirir. Arxa hissəsindəki əzələ dəstələri köndələn gedərək oturaq qabarlarına birləşir. Sidik-cinsiyyət diafraqmasının bu hissəsi aralığın **dərin köndələn əzələsi adlanır** (m.transversus perinei profundus).

Aralığın yuxarı (daxili) əzələ qatı çanaq diafraqması adlanır. Çanaq diafraqmasını bir cüt **anusu qaldıran əzələ** (m. levator ani) təşkil edir. Hər ikisi enli əzələdir, zirvəsi aşağı yönəlmiş gümbəz əmələ gətirir və düz bağırsağın aşağı hissəsinə (anusdan bir qədər yuxarıda) birləşir. Çanaq diafraqmasının ön şöbəsində anusu qaldıran əzələlər arasında köndələn yarıq yerləşir. Bu yarıqdan sidik kanalı və uşaqlıq yolu keçir (**hiatus genitalis**).

Anusu qaldıran əzələ, çanaq divarının müxtəlif yerlərindən başlayan ayrı-ayrı əzələ dəstələrindən ibarətdir.

Aşağı qat çanaq dibi əzələlərinin ən möhkəmidir. Çanaq dibi əzələlərinin bütün qatları fasiyalarla örtülüb.

Çanaq dibi əzələlərin funksiyaları:

– Daxili cinsiyyət orqanları üçün **dayaq** funksiyasını yerinə yetirir, onların normal vəziyyətinin saxlanmasına zəmin yaradır. Anusu qaldıran əzələnin xüsusi əhəmiyyəti var. Bu əzələnin yığılması cinsiyyət yarığının daralmasına, düz bağırsağ və uşaqlıq yolunun mənfəzinin sıxılmasına səbəb olur. Çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi, cinsiyyət orqanlarının sidik kisəsinin, düz bağırsağın enməsi və sallanmasına gətirib çıxarır.

– Çanaq dibi təkcə cinsiyyət orqanları üçün deyil, bütün daxili orqanlar üçün dayaq vəzifəsini yerinə yetirir. Qarın divarı əzələləri, diafraqma ilə birlikdə **qarındaxili təzyiqi** tənzimləyir.

– Doğuş zamanı çanaq dibinin bütün əzələləri genələrək enli boru şəklini alır və sümük **doğum kanalının** davamını təşkil edir. Doğuşdan sonra əzələlər yığılır və əvvəlki vəziyyətini alır.

§ 2. Qadın cinsiyyət orqanlarının anatomiya və fiziologiyası

Qadının reproduktiv sistemini xarici və daxili cinsiyyət orqanları, süd vəziləri və generativ funksiyanı tənzimləyən neyroendokrin sistem təşkil edir.

Xarici cinsiyyət üzvlərinə (vulva, genitalia externa) qasıq və ya zöhrə dağcığı, böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları, klitor, uşaqlıq yolu dəhlizi, qızlıq pərdəsi və aralıq aiddir (şəkil:2-8).

Qasıq və ya zöhrə dağcığı (mons pubis) – qasıq bitişməsindən ön və yuxarıda yerləşmiş piy

təbəqəsi ilə zəngin, tüklə örtülmüş, üçbucaq şəkilli hündürlükdür. Tüklər və piy təbəqəsi cinsi yetiş-kənlikdən əvvəl olmur və menopauzadan sonra azalır. Normal cinsi yetişkənlik zamanı qasıq dağcığının tüklənməsi yaxşı olur. Aşağı və arxaya doğru qasıq dağcığı böyük cinsiyyət dodaqları ilə birləşir.

Böyük cinsiyyət dodaqları (labia pudenda mayora)-iki dəri büküşdən ibarət olub, qasıq dağcığından aralığa qədər uzanır və cinsiyyət yarığını hər iki tərəfdən əhatə edir. Onların əsasını birləşdirici toxuma təşkil edir, venoz şaxələrlə zəngin, çoxlu piy toxumasına malikdir, piy və tər vəziləri ilə zəngindir. Piy qatı ətraf dərialtı piy toxumasından fərqlənir. Uşaqlığın girdə bağı burada yelpikvari qurtarır. Böyük cinsiyyət dodaqları birləşərək öndə ön bitişməni (comissura labiorum anterior), arxada orta xətt üzrə arxa bitişməni (comissura labiorum posterior) əmələ gətirir.

Cinsi həyat sürməyən qadınlarda böyük cinsiyyət dodaqlarının ön səthi bir-birinə yapışır, doğan qadınlarda azca açıq qalır. Böyük cinsiyyət dodaqlarının aşağı 1/3-də böyük dəhliz vəziləri yerləşir. Bu vəzilərin qələvi sekreti uşaqlıq yolunu nəmləşdirir və toxum mayesini durulaşdırır, nəticədə spermatozoidlərin hərəkəti asanlaşır.

Kiçik cinsiyyət dodaqları (labia pudenda minora) böyük cinsiyyət dodaqlarından daxildə yerləşir və onlarla örtülür. Kiçik cinsiyyət dodaqları öndə ikiləşərək 2 cüt ayaqcıq əmələ gətirir. Ayaqcıqların ön cütü klitorun üstündə, orta xətdə birləşərək büküş-klitorun kənar qalınlaşmasını (praeputium clitoridis), ikinci cüt klitorun altında birləşərək klitorun üzəngisini əmələ gətirir. Arxada kiçik cinsiyyət dodaqları böyük cinsiyyət dodaqlarına qarışır. Kiçik cinsiyyət dodaqları birləşdirici toxumadan, saya əzələ liflərindən, sinir liflərindən təşkil olunub, venalarla zəngindir. Xaricdən çoxqatlı epitellə örtülüb, çəhrayı rəngdədir. Doğan və cinsi həyat sürən qadınlarda kiçik cinsiyyət dodaqları kəskin piqmentləşir. Onlarda çoxlu piy vəziləri vardır. Vəzilərin sekreti böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları arasındakı büküşə yığılır. Cinsi oyanma zamanı kiçik cinsiyyət dodaqları gərilir.

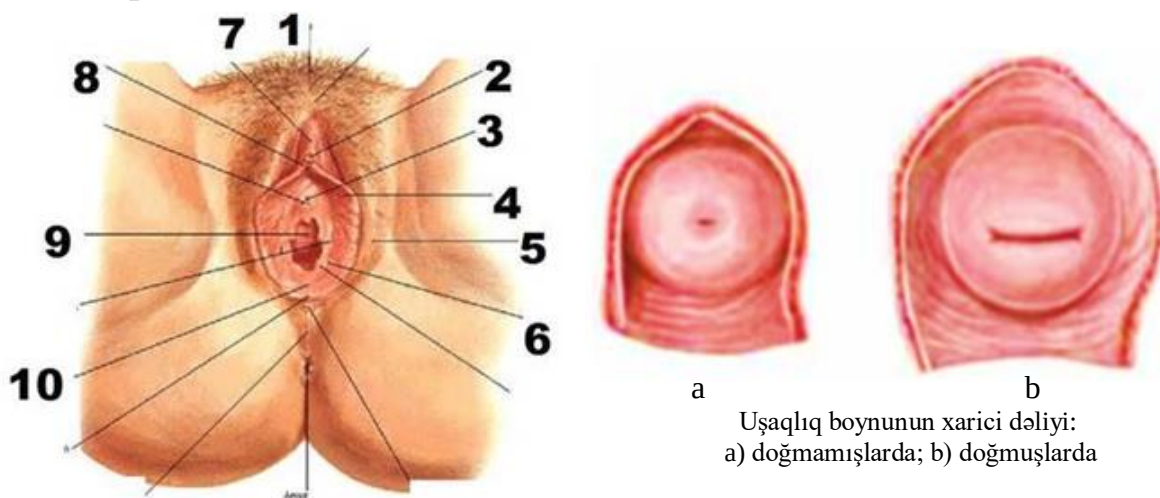
Klitor (Clitoris) – kişi cinsiyyət üzvünün analoqu olub, iki mağaralı cisimdən ibarətdir (corpus cavernosus clitoridis). Mağaralı cismin boşluqlarında qan dövr edir. Kiçik cinsiyyət dodaqlarının arasında yerləşir. Klitorda başcıq, cisim (mağaralı cisimdən əmələ gəlib) və ayaqcıqlar (oturaq və qasıq sümüklerinin sümüküstlüyünə birləşir) ayırd edilir. Klitor damar və sinirlərlə zəngindir. O, cinsi hissiyyət üzvüdür. Cinsi əlaqə zamanı klitor qanla dolur, böyüyür, gərginləşir və orqazma səbəb olur.

Uşaqlıq yolu dəhlizi (Vestibulum vaginae) – öndən klitor, arxadan cinsiyyət dodaqlarının arxa bitişməsi, kənarlardan kiçik cinsiyyət dodaqlarının daxili səthi ilə əhatə olunub. Dibini qızlıq pərdəsi təşkil edir. Dəhlizə sidik kanalının xarici dəliyi (klitorun başcığından aşağı), parauretral vəzilərin, böyük dəhliz vəzilərinin (Bartolin vəziləri) axacaqları açılır. Parauretral vəzilər sidik kanalının əzələ qatına keçir, onun mənfəzinə və ətrafına açılır (kiçik dəhliz vəziləri-Skine vəziləri). Uşaqlıq yolu dəhlizinin yan tərəflərində və uşaqlıq yolunun aşağı hissəsində dəhliz soğanağı yerləşir. Bu vəzilər bir-biri ilə birləşərək cinsi akt zamanı sidik axacağını və uşaqlıq yolunu manjet kimi əhatə edir. Soğanaq birləşdirici toxuma və əzələ toxumasından əmələ gəlir. Soğanaq və klitorun venoz damarları arasında anastomozlar var. Soğanağın aşağı qütbündə, böyük cinsiyyət dodaqlarının arxa hissəsində dərinlikdə böyük dəhliz vəziləri yerləşir. Onlar girdə noxud boyda olur, nöqtəvari axacaqları vasitəsi ilə qızlıq pərdəsi ilə kiçik cinsiyyət dodaqlarının sərhəddinə açılır. Böyük dəhliz vəzilərinin axacaqlarının uzunluğu 2-2,5 sm-dir. Vəzilər selikli sekret ifraz edir, uşaqlıq yolunu (xüsusilə cinsi əlaqə zamanı) nəmləşdirir.

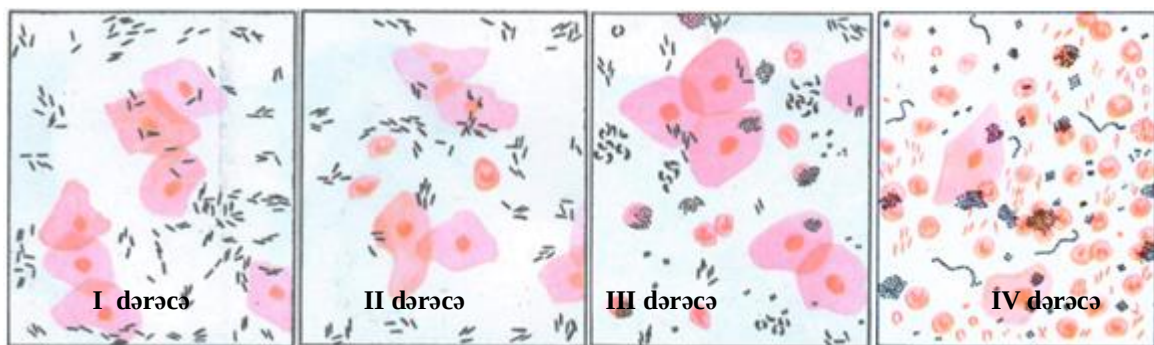
Qızlıq pərdəsi (Hymen) – birləşdirici toxumadan təşkil olunub, xarici cinsiyyət üzvləri ilə daxili cinsiyyət üzvləri arasında sərhəd təşkil edir. Qızlıq pərdəsinin mərkəzində bir barmaq keçə biləcək dəlik olur (hələqəvari, ayparaşəkili, dişli). Bu dəlik daxili cinsiyyət oqranlarının möhtəviyyatının və menstrual qanın axması üçündür. İlk cinsi əlaqə zamanı qızlıq pərdəsi pozulur (h. defiratus) və parçalar şəklində olur (caruncule humenalis). Doğuş zamanı qızlıq pərdəsinin pozulması başa çatır və onun qalıqları mitra yarpaqlarını xatırladır (corunculae mitriformis).

Bəzən qızlıq pərdəsi anomaliya nəticəsində tam olur (aplasia humenis) və ya keçirilmiş iltihabi xəstəliklər nəticəsində kənarları yapışır. Belə halda menstrual qan uşaqlıq yolunda (hematocolpos), uşaqlıqda (hematometra), uşaqlıq borularında (hematosalpinx) toplanma bilər.

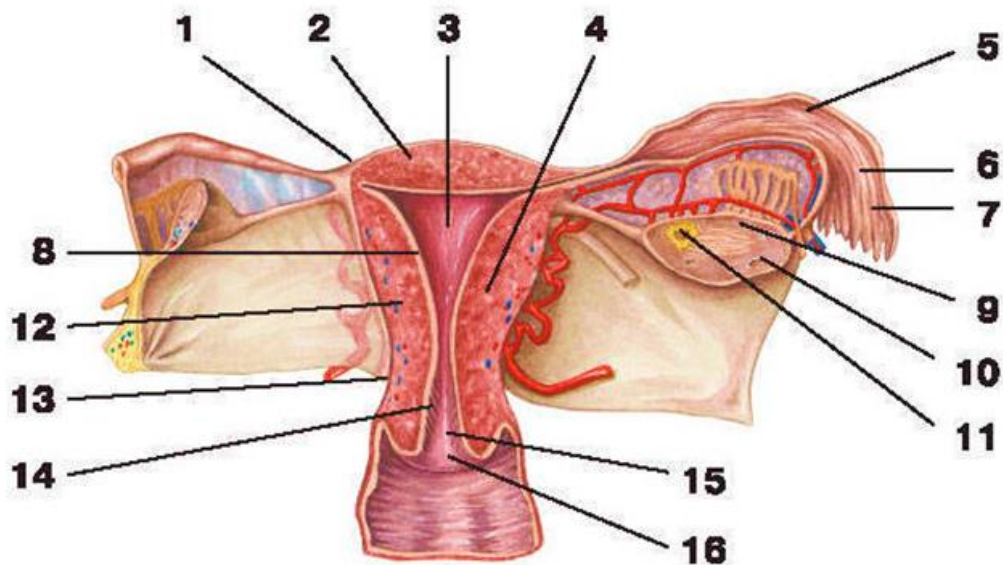
Repraduktiv sistem (şəkil:2-8)



Xarici cinsiyyət üzvləri: 1-qasıq dağcığı; 2-kli-torun başcığı; 3-uretra; 4-kiçik cinsiyyət dodaq-ları; 5-böyük cinsiyyət dodaqları; 6-qızlıq pər-dəsi; 7-kli-torun ayaqcığı; 8-kli-torun üzəngisi; 9-uşaqlıq yolu girəcəyi; 10-dəhliz vəzilər



Uşaqlıq yolunun təmizlik dərəcələri



Daxili cinsiyyət orqanları: 1-uşaqlığın seroz qışası (perimetrium); 2-uşaqlıq dibi; 3-uşaqlıq boşluğu; 4-uşaqlıq cismi; 5-uşaqlıq borusunun büküşləri; 6-uşaqlıq borusunun qıfı; 7-uşaqlıq borusunun saçqları; 8-uşaqlığın selikli qışası (endometrium); 9-yumurtalığın stroması; 10-yumurtalığın vezikulyar follikulları; 11-sarı cisim; 12-uşaqlığın əzələ qışası (miometrium); 13-uşaqlıq boynu; 14-uşaqlıq boynu kanalının palmayabənzər qırışları; 15-uşaqlıq boynu kanalı; 16- uşaqlıq boynunun xarici dəliyi.

Aralıq (perineum) – böyük cinsiyyət dodaqlarının arxa bitişməsi ilə büzdüm arasındakı məsafədir, əzələ və fasiya qatından ibarətdir. Arxa bitişmədən anusa qədər aralığın ortasından xətt keçir, bu **aralıq xəttidir**. Arxa bitişmə ilə anus arasında qalan hissə **ön aralıq**, büzdüm zirvəsi ilə anus arasında qalan hissə **arxa aralıq** adlanır. Arxa bitişmə ilə büzdüm arasındakı məsafə **aralıq hündürlüyü** adlanır, 3-5 sm-dir. Cinsi inkişafdən geri qalma zamanı aralıq təknəyəbənzər batıq olur.

Daxili cinsiyyət üzvləri. Daxili cinsiyyət üzvlərinə uşaqlıq yolu, uşaqlıq, uşaqlıq artımları-yumurtalıq, uşaqlıq boruları aiddir.

Uşaqlıq yolu (vaginae seu colpos) fibroz əzələvi, yaxşı gərilən, uzunluğu 8-10 sm olan borulu orqandır. Uşaqlıq dəhlizində qızlıq pərdəsindən başlayıb, uşaqlıq boynunda qurtarır. Kiçik çanaqda yerləşir və kiçik çanaq diafraqmasından keçir. Qadının vertikal vəziyyətində yuxarı və arxaya yönəlir. Uşaqlıq yolunun ön (6-7 sm) və daha uzun arxa (8-10 sm) divarı, aşağı və yuxarı şöbəsi var. Yuxarı şöbə uşaqlıq boynuna keçir və onun ətrafında (uşaqlıq boynu ilə uşaqlıq yolu arasında) **tağlar** əmələ gəlir: ön tağ (fornix vaginae anterior), daha dərin arxa tağ (fornix vaginae posterior) və iki yan tağlar (fornix vaginae sinister et dexter). Uşaqlıq yolunun ön divarı arxa divara toxunur, ona görə də köndələn en kəsiyində “H” hərfini xatırladır.

Uşaqlıq yolu öndən sidik kisəsinə, arxadan (yuxarı hissədə) düz bağırsağa söykənir. Onun aşağı hissəsi və düz bağırsaq arasında çanaq dibi əzələləri yerləşir. Uşaqlıq yolunun ön-yuxarı hissəsinə hər iki tərəfdən sidik kanalı toxunur. Arxa tağ qarın boşluğu tərəfdən uşaqlıq-düz bağırsaq cibinə (Duqlas boşluğuna) toxunur. Müxtəlif xəstəliklər zamanı bu boşluqda qan, irin, maye toplana bilər. Belə hallarda boşluq arxa tağdan müayinə olunur.

Uşaqlıq yolunun divarının qalınlığı 3-4 mm olub, üç qatdan ibarətdir: selikli qışa; əzələ qışası; birləşdirici toxuma (seroz) qışası.

Selikli qışa çoxqatlı yastı epitellə örtülüb (bu hüceyrələrdə qlikogen yoxdur), vəzilərə malik deyil. Uşaqlıq yolunun yuxarı 1/3-də embrional toxuma qalıqları – Qartnerov yolları – aşkar olunur. Burada kistalar əmələ gələ bilər. Uşaqlıq yolunun selikli qışası, xüsusilə ön və arxa divarında köndələn qırışlarla zəngindir.

Uşaqlıq yolunun **əzələ qışası** cinsi yetişkənlik dövründə, xüsusilə hamiləlik zamanı daha yaxşı inkişaf edir. Uşaqlıq yolunun əzələ qışası iki qatdan ibarətdir: daxili həlqəvi və xarici boylama. Bu əzələlər aşağıda uşaqlıq yolunu yığan (m.construktor cunni), yuxarıda uşaqlıq əzələsinə keçir.

Uşaqlıq yolunun **seroz qışası** birləşdirici toxumadan təşkil olunub. Uşaqlıq yolu uşaqlıq yolu ətrafı yumşaq toxuma ilə əhatə olunub hansı ki, yuxarıda parametral toxumaya, aşağıda çanaq divarlarına keçir.

Cinsi yetişkən qadının uşaqlıq yolunda, xüsusilə selikli qışasında tsiklik proseslər aydın görünür. Uşaqlıq yolunun selikli qışasında üç qat ayırd edilir: funksional-xarici qat; aralıq qat; bazal qat. Menstrual tsiklin müxtəlif fazalarında epitelin müxtəlif qatları qopur. Uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxmada qopmuş hüceyrələrin xarakterinə (səthi, aralıq, parabazal, bazal) əsasən menstrual tsiklin fazası müəyyənləşdirilir. Bunun da böyük diaqnostik əhəmiyyəti var. Uşaqlıq yolundakı tsiklik dəyişikliklər yumurtalıqda cinsi hormonların ifrazı (estrogenlər, gestogenlər, androgenlər) ilə əlaqədardır.

Uşaqlıq yolunun normal mikroflorasına laktobasillər, bifidobakteriyalar, müxtəlif streptokoklar, eşerixiyalar, peptokoklar, peptostreptokoklar və s. bakteriyalar (aerob və anaerob, qramm müsbət və qramm mənfi,) aiddir. Uşaqlıq yolu mikroflorası patogen və səthi patogen törədicilərə qarşı antoqonistdir. Onlar infeksiya xəstəliklərin qarşısının alınmasına səbəb olur. Bu işdə əsas rolu (90%) Dederleyn çöpləri (laktobasillər) oynayır. Laktobasillərin metabolizm prosesi nəticəsində əmələ gələn süd turşusu, hidrogen peroksidinin yüksək kontrasiyası (23%) reproduktiv yaş dövründə olan qadının uşaqlıq yolu möhtəviyyatına turş reaksiya verir.

Uşaqlıq yolu möhtəviyyatına qan və limfa damarlarından süzölmüş maye, qopmuş epitel, mikroorqanizmlər və epitel qarışır, cinsi yetişkənlik dövründə turş reaksiyalıdır (pH-4,0-4,6). Turş reaksiya süd turşusu hesabınadır. Süd turşusu, uşaqlıq yolu basillərinin həyat fəaliyyəti nəticəsində yaranan məhsulların epitel hüceyrələrində olan qlikogenə təsiri nəticəsində yaranır. Uşaqlıq yolu

möhtəviyyəti ağımtıl, xarakterik qoxulu və az miqdardadır, uşaqlıq yolunu nəmləşdirir.

Uşaqlıq yolunun mikroorqanizmlərlə çirklənməsi şərti olaraq 4 dərəcəyə bölünür (şəkil:2-8):

– **I dərəcə** – yaxmada Dederleyn çöpləri, yastı epitel hüceyrələri üstünlük təşkil edir. Turş reaksiyalıdır.

– **II dərəcə** – Dederleyn çöpləri azdır, yaxmada leykositlər çoxdur (görmə sahəsində 5-ə qədər) qramm müsbət diplokoklar, aerob və anaerob koklar (laktobasillər üstünlük təşkil edir). Reaksiya zəif turşdur.

– **III dərəcə** – uşaqlıq yolu mikroorqanizmləri başqa mikroorqanizmlərdən azdır (aerob və anaerob koklar çoxdur). Leykositlər görmə sahəsində 15-20-yə qədərdir. Reaksiya qələvidir.

– **IV dərəcə** – Dederleyn çöpləri demək olar ki, yoxdur, çoxlu epitel hüceyrələri (o cümlədən dərin qatların) leykositlər, müxtəlif mikroorqanizmlər (strepto və stafilokoklar, bağırsaqların çöpləri, trixomonadlar, xlamidiyalar və s.) reaksiya qələvidir.

Uşaqlıq yolunun funksiyaları: cinsi funksiya (cinsi akt zamanı spermanı qəbul edir və onu servikal kanalın xarici dəliyinə ötürür); doğum kanalı funksiyası; menstrual funksiya (qanın keçməsi üçün kanal); baryer funksiyası.

Bundan başqa qadın cinsiyyət orqanlarının müayinə və müalicəsində mühüm rol oynayır.

Uşaqlıq (uterus seu metra) – cinsi yetişkən qadınlarda armudabənzər formada olub, ön və arxa ölçüdə nisbətən sıxılmış, kiçik çanağın sağ və ya soluna yaxın, nadir hallarda mərkəzdə yerləşir. Çəkisi 40-60 qr, köndələn ölçüsü 40-50 mm, boyunla birlikdə uzunluğu 60-90 mm-dir. Uşaqlığın **dibi** (fundus uteri), **cisimi** (corpus uteri), **boynu** (cervix uteri) və onlar arasında **boğaz və ya boyunözü** (isthmus uteri) hissəsi ayırılmalıdır (şəkil:2-9).

Uşaqlıq adətən önə əyilmişdir (anteversio) cismi ilə boynu arasında açıq küt bucaq qalır. Nadir hallarda uşaqlıq arxaya əyilir (retroversio). Uşaqlığın cismi ilə boynu arasındakı nisbət 2:1-dir. Uşaqlıq borularından yuxarıda yerləşən uşaqlıq hissəsi **uşaqlığın dibi** (fundus uteri), sağda və solda **kənarları** (marco lateralis), yuxarı **uşaqlıq bucaqları** (anqulus uteri) adlanır. Uşaqlığın daxilində **boşluq** (cavum uteri), boynunun daxilində **kanal** (kanalis cervikalis) yerləşir. Uşaqlıq en kəsiyində üçbucaq şəklində olub, əsası dibə, zirvəsi kanala, bucaqları boru mənfəzinə açılır. Ön və arxa divarlar bir-birinə toxunur. Ona görə də uşaqlıq boşluğu yarıq şəklində olur.

Uşaqlığın divarının qalınlığı 3-10 mm arasında olub, 3 qatdan ibarətdir: daxili-selikli (endometrium), orta-əzələ (miometrium) və xarici-seroz (perimetrium) qışaları.

Endometrium stroması birləşdirici toxumadan təşkil olunmuş bitqatlı kiprikli epiteldən ibarətdir. Kiprikli epitel bütün endometriumda var, kipriklərin səyriməsi uşaqlıq dibindən servikal kanala doğru olur. Menstruasiyanın fazalarından asılı olaraq endometriumun qalınlığı 1-3 mm olur. Endometriumda sadə borulu vəzilər yerləşir. Onların sekreti seroz xarakterlidir. Bütün reproduktiv yaş dövründə menstruasiyanın fazalarından asılı olaraq, endometriumda tsiklik proseslər gedir: **regenerasiya, proliferasiya, sekresiya, deskvamasiya**.

Uşaqlığın selikli qışası hamardır, servikal kanal səviyyəsində palma yarpağını xatırladan qırıqlar (**plica palmata**) var. Uşaqlıq cisminin selikli qışası bir-birindən kəskin fərqlənməyən iki qatdan ibarətdir. Səthi-**funksional qat** uşaqlıq boşluğuna yönəlib, menstrual tsikllə əlaqədar olaraq, ritmik dəyişikliyə uğrayır. O, hər menstruasiya tsiklində qopub düşür. Əzələ qışasına yapışan **daxili-bazal qat** tsiklik dəyişikliyə **uğramır**, hər ay qopub düşən funksional qatı bərpa edir.

Əzələ qışası özünəməxsus arxitektonekaya və əzələ gücünə malik olub, 3 qatdan ibarətdir: daxili və xarici boylama, orta həlqəvi. Bu qatlar yarıqlarda boruların, aşağıda boynun əzələ qatına keçir. Uşaqlıq cismində həlqəvi əzələlər daha yaxşı inkişaf edib. Uşaqlığın əzələ lifləri bir-biri ilə çarpazlaşır, elə bil bağ aparatının davamını təşkil edir. Əzələ qatları arasında birləşdirici və elastiki liflər var.

Uşaqlığın xarici-**seroz qışası**, peritonun ikiləşməsidir. Bu qışa uşaqlığı ön və arxadan örtür, dib, ön və arxa divar nahiyələrinə zəif birləşir. Arxada **perimetrium** daha aşağı enir, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu tağına birləşdiyi yerə qədər davam edir. Öndə perimetrium uşaqlığın daxili dəliyinə qədər enir, oradan yuxarı qalxaraq sidik kisəsinə keçir. Yan tərəflərdə uşaqlıq sərbəstdir.

Burada seroz qışa yanlara doğru gedərək enli bağı əmələ gətirir.

Uşaqlıq boynu doğan qadınlarda silindrik, doğmayan qadınlarda konus şəklindədir. Onun 2/3 hissəsi uşaqlıq yolundan yuxarıda, 1/3 hissəsi uşaqlıq yolunda yerləşir. Uşaqlıq boynu boşluğunun daxilində kanal yerləşir (canalis cervicisuter seu canalis cervicalis). Bu kanal uşaqlıq boşluğu ilə uşaqlıq yolunu birləşdirir. Kanalin uşaqlıq boşluğu ilə birləşən hissəsi **daxili dəlik**, uşaqlıq yolu ilə birləşən hissəsi **xarici dəlik** adlanır. Servikal kanalın uşaqlıq yolu hissəsinin selikli qışası ekto-serviks, uşaqlıq hissəsinin selikli qışası endoserviks adlanır. Ektoserviksin selikli qışasının dirqatlı epitelinin endoserviksin çoxqatlı epitelinə keçən hissəsi “keçid zona”-sı adlanır. Bu zonadan çoxsalı neoplastik proseslər başlayır.

Xarici dəlik doğmayan qadınlarda iri nöqtə formasında, doğanlarda yarıq şəklindədir. Bu, doğuşdan sonra uşaqlıq boynunda yaranmış çatlar nəticəsində olur. Yan çatlar uşaqlıq boynunu ön və arxa divarlara ayırır, bunlar **ön və arxa dodaqlar** adlanır (şəkil: 2-8).

Uşaqlıq boynunun vəziləri silindrik epiteldən əmələ gəlib, maral buynuzu kimi şaxələnir. Uşaqlıq boynu sekreti qatı, şəfəf selikdir. Bu selik servikal kanalı **tıxac** kimi tutur.

Uşaqlıq boynu ilə cismi arasında kəməşəklində 1 sm hündürlüyündə **boğaz** yerləşir. Quru-luşuna görə uşaqlıq boynuna, selikli qışası isə uşaqlığın selikli qışasına bənzəyir. Boğaz boşluğu aşağıda servikal kanalın daxili dəliyi ilə qurtarır. Yuxarıda anatomik daxili dəlikdən uşaqlıq boş-luğuna keçir. Doğuş zamanı boğaz hissə aşağı seqment hesab olunur.

Uşaqlığın funksiyaları:

– **baryer funksiyası** – servikal selik vasitəsi ilə (selikli tıxac) infeksiyanın yuxarı cinsiyyət üzvlərinə və qarın boşluğuna keçməsinin qarşısını alır;

– **öz-özünü təmizləmə funksiyası** – menstruasiya zamanı requlyar olaraq özünü təmizləyir, uşaqlıq boşluğuna düşmüş infeksiya yayılmağa fürsət tapmamış qopmuş endometriumla xaric olur;

– **ötürücü funksiya** – spermatoizidlərin uşaqlıq yolundan uşaqlığa və uşaqlıq borularına keç-məsində iştirak edir;

– **implantasiya funksiyası** – mayalanmış döl yumurtasını implantasiya edir;

– **döl yatağı funksiyası** – hamiləlik dövründə embrion və dölün inkişafı üçün şərait yaradır;

– doğuş zamanı **dölün qovulmasına** səbəb olur;

– **bərkidici funksiya** – bağ aparatı ilə birlikdə çanaq dibini bərkidir.

Uşaqlıq boruları (tubae uterina seu tubae Fallopii) uşaqlıq cismindən ayrılıb, uşaqlığın girdə bağlarından yuxarıya və arxaya gedir. Sonra uşaqlığın enli bağının yuxarı şöbəsinin daxili ilə ke-çərək yumurtalıqları örtür və çanaq divarına doğru yönəlir. Borunun uzunluğu 8-20 sm (otraq 10-12 sm)-dir. Borunun bir dəliyi uşaqlıq boşluğuna açılır, diametri 0,5-1,0 mm-dir. Getdikcə boru mən-fəzi genişlənir, qıf nahiyyəsində 20 mm-ə çatır. Boruların qıf hissəsi qarın boşluğuna açılır. Boruda 4 hissə ayrılaraq edilir:

1 – **interstisial və ya uşaqlıq** (pars interstitialis tubae) hissəsi ən dar hissədir;

2 – **boğaz** hissə (pars isthmica tubae) borunun uşaqlıqdan çıxan hissəsidir;

3 – **ampulyar** hissə (pars ampularis) ən uzun və qıvrılmış hissədir;

4 – **qıf** (infundibulum tubae) ən distal və ən geniş hissədir. Qıf hissə diametri 20 mm olan də-liklə qurtarır. Onun ətrafında çoxlu **saçaqlar** (fimbriae tubae) vardır. Onların uzunluğu 1-1,5 sm-dir. Ən uzun saçaq yumurtalıqqa doğru yönəlib və **yumurtalıq saçağı** (fimbria ovarica) adlanır.

Boru divarının qalınlığı 0,2 sm-dən (istmik hissədə) 0,5 sm-ə (ampulyar hissədə) qədər olub, 3 qatdan ibarətdir: daxili-selikli; orta-əzələ; xarici-seroz qışa.

Selikli qışa köndələn büküşlərdən ibarətdir. Büküşlərin hündürlüyü, qalınlığı və sıxlığı am-pulyar hissəyə doğru artır. Bu hissədə onların sayı 25-30-a çatır. Boru köndələn kəsiyində ulduz şəklindədir. Selikli qışa kiprikli və sekret ifraz edən birqatlı silindrik epiteldən təşkil olunub. Kip-riklərin ehtizası ampulyar hissədən uşaqlığa doğru yönəlib. Borunun selikli qışası da menstrual tsikl zamanı endometrium kimi dəyişikliyə uğrayır.

Əzələ qışası uşaqlıqda olduğu kimi 3 qatdan ibarətdir: xarici və daxili boylama, orta həlqəvi. Onlar dəqiq sərhəd olmadan bir-birinə qarışmış. Bu əzələlərin yığılması borunun peristaltik hərə-

kətinə səbəb olur.

Seroz qışa uşaqlığın enli bağının, peritonun bir hissəsidir. Borunun alt hissəsində dar zolaqdan və saçaqlardan başqa, seroz qışa borunu örtür. Borunun peritonsuz olan aşağı zolağı müsariqə adlanır. Boru hərəkətli orqandır. Daha çox boş toxumaya malik olan ampulyar hissədə bu hərəkət daha çoxdur.

Boru ilə yanaşı yumurtalıq və yumurtalıq ətrafı artım arteriyaları yerləşir.

Uşaqlıq borularının funksiyaları: spermatozoidlərin uşaqlıqdan boruya doğru; yumurta hüceyrəsinin qarın boşluğundan uşaqlığa doğru; mayalanmış yumurta hüceyrəsinin (ziqota) uşaqlığa doğru hərəkətini təmin edir, mayalanma üçün şərait yaradır.

Yumurtalıqlar (ovarium seu oophoron) enli bağlardan arxada və yanlarda, çanağın yan divarında xüsusi periton cibində yerləşir. Yumurtalığın xüsusi bağının (lig.ovari proprium) köməyi ilə uşaqlıq bucağına, boyun çanaq bağı (lig. infundibulo-pelvicum) vasitəsi ilə çanağın yan divarına bağlanır.

Yumurtalığın iki səthi var: daxili səthi qarın boşluğuna, xarici səthi çanaq divarına yönəlib.

Yumurtalığın müsariqəsi enli bağın arxa səhifəsinin iki qat peritonu ilə örtülüb, yumurtalıq qapısı adlanır.

Yumurtalıq göyümtül-ağ rəngdədir. Yetkin qadınlarda yumurtalığın uzunluğu – 25-50 mm, eni – 15-30 mm, qalınlığı – 10-15 mm, çəkisi 5-8 qr, həcmi 50-60 mm³-dir. Sağ yumurtalıq sol yumurtalığa nisbətən böyük və ağırdır. Yumurtalıq beyin (stroma) və qabıq (vəzili qat) maddədən ibarətdir. Qabıq maddə müxtəlif inkişaf mərhələsində olan follikul və sarı cisimlərdən ibarətdir. Beyin maddə boş birləşdirici toxumadan təşkil olunub, damarlarla zəngindir. Yumurtalığın səti kubvari epitellə örtülüb. İkinci qat şəffaf qatdır. Şəffaf qat birləşdirici toxumadan əmələ gəlib, qalınlığı 0,1mm-dir, sərhədsiz qabıq maddəyə keçir.

Yumurtalığın əsas funksiyaları: generativ – yumurta hüceyrəsini yetişdirir; hormonal-periferik endokrin vəzisi, cinsi hormonlar ifraz edir.

Kiçik çanaq orqanlarının bağ aparatı. Kiçik çanaq orqanlarının topoqrafo-anatomik münasibəti və fizioloji vəziyyəti cinsi orqanların bağ və dayaq aparatı vasitəsi ilə saxlanılır. Uşaqlıq və digər orqanların bağ aparatını bir qrup bağlar təşkil edir.

Uşaqlığın girdə bağı (liq.teres uteri) – uzunluğu 10-15 sm, diametri 3-5 mm olub, kəndir şəklindədir. Bir-biri ilə çarpazlaşmış sayə əzələ liflərindən və birləşdirici toxumadan əmələ gəlib. Uşaqlıq borusu bucaqlarından öndə və xaricdə uşaqlığın ön divarının əzələ qışasından başlayıb, qasıq kanalından keçir və yelpik şəklində böyük cinsiyyət dodaqlarına yayılır. Qasıq kanalına gərəkmə enli bağın səhifələri ilə örtülür.

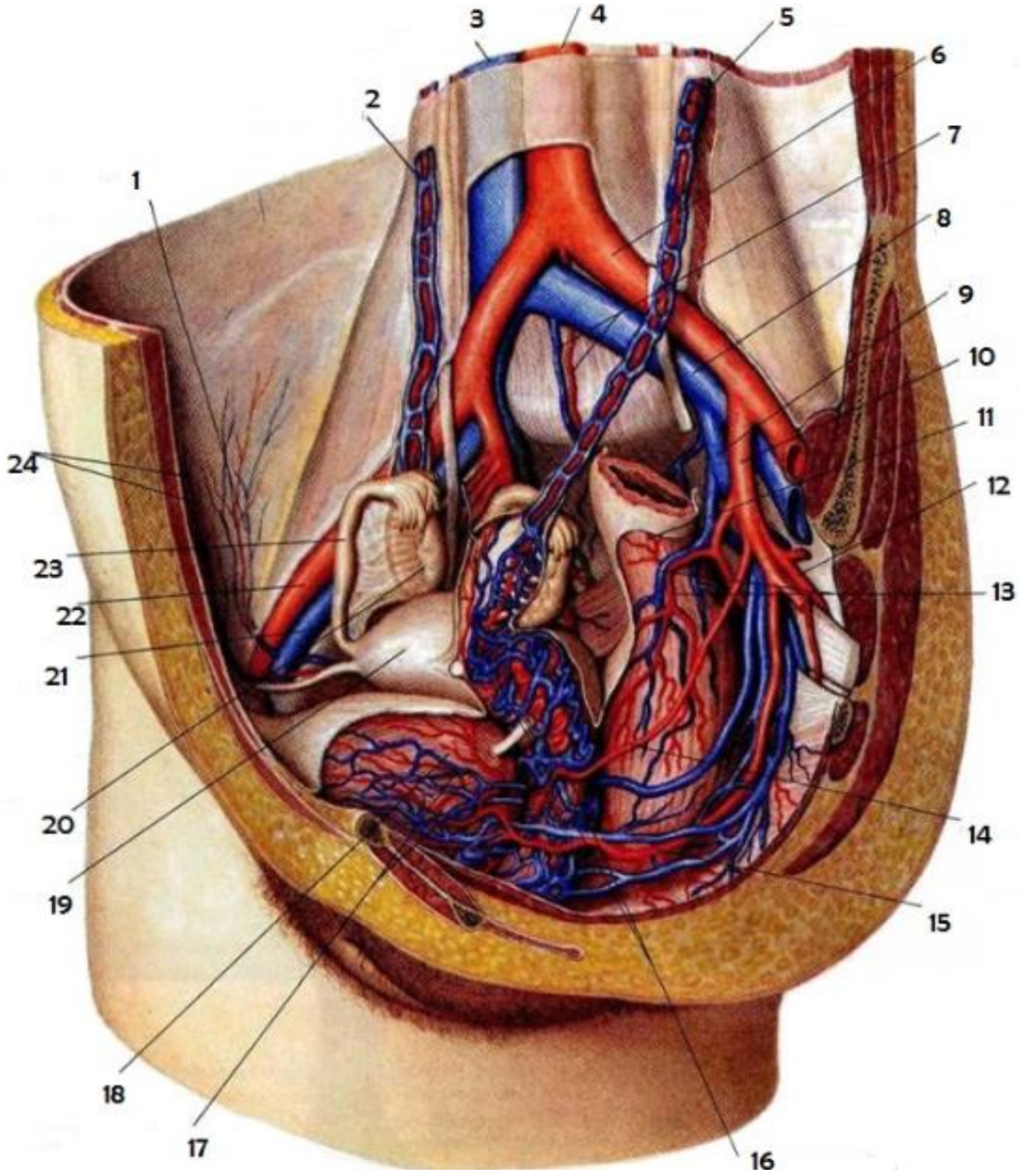
Oma-uşaqlıq bağı (liq.sacro-uterinum) – peritondan kənar yerləşir, sayə əzələ və fibroz liflərdən əmələ gəlib. Çanaq fasiyasından başlayıb, uşaqlıq boynunda qurtarır, sonra uşaqlıq cisminə yayılır.

Uşaqlığın enli bağı (liq. latum uteri) – iki periton səhifəsi olub, kiçik çanaqda köndələn yerləşir. Uşaqlıqdan çanağın yan divarlarına doğru gedir, davamı çanağın parietal peritonuna keçir. Onun ön və arxa səhifələri var. Ön səhifəsinin altından girdə bağlar keçir. Arxa səhifədə yumurtalıqlar yerləşir. Enli bağlar uşaqlıq və artımların kiçik çanaqda hərəkətli vəziyyətini təmin edir.

Uşaqlığın xüsusi bağı (liq. cordinali) – çarpazlaşmış birləşdirici toxuma və sayə əzələ liflərinin yığımindən ibarətdir. Daxili dəlik səviyyəsində uşaqlıqdan və çanaq fasiyasından başlayıb, kiçik çanaq divarında yelpikvari yayılır. Bu bərk fibroz-əzələ bağları sistemi bağ aparatının əsasını təşkil edir.

Qıf-çanaq və ya yumurtalıqların asıcı bağları (liq.infundulopelvicum seu suspensorium ovarii) uşaqlığın enli bağının xarici hissəsidir, çanağın yan divarına keçir.

Yumurtalığın xüsusi bağı (liq.ovari proprium) sayə əzələ liflərindən əmələ gəlib, yumurtalığın uşaqlıq qütbü ilə uşaqlığı birləşdirir. Onlar uşaqlığın enli bağının arxa səhifəsi ilə qarışır. Bu bağlar boru müsariqəsi ilə birlikdə uşaqlıq borularını müəyyən vəziyyətdə saxlayır.



Şəkil: 2-9. Kiçik çanağın qan dövrəsi: 1-qarın divarı arteriya və venaları; 2-sağ yumurtalıq venası; 3-aşağı boş vena; 4-qarın aortası; 5-sol yumurtalıq arteriyası; 6-sol ümumi qalça arteriyası; 7-orta oma arteriyası və venası; 8-sol ümumi qalça venası; 9-sol daxili qalça arteriyası; 10-sol daxili qalça venası; 11-düz bağırsaq; 12-sol-yuxarı qalça arteriyası; 13-orta düz bağırsaq arteriya və venası; 14-uşaqlıq arteriyası; 15-aşağı sidik kisəsi arteriyası; 16-uşaqlığın venoz kələfi; 17-sidik kisəsinin venoz kələfi; 18-sidik kisəsi; 19-uşaqlıq; 20-sağ yumurtalıq; 21-sağ xarici qalça venası; 22-sağ xarici qalça arteriyası; 23- uşaqlıq boruları; 24-aşağı epiqastral arteriya və vena.

Qan-damar sistemi (şəkil:2-9). Kiçik çanaq orqanlarının qan-damar sistemi yaxşı inkişaf edib. Uşaqlığın qanla təchizi daha güclüdür. Miometrium və endometriumu qanla təchiz edən arteriyalar miometriumun qatları arasında spiral şəkildə burulur. Bu da uşaqlığın yığılması zamanı həmin arteriyaların avtomatik olaraq sıxılmasına səbəb olur. Doğuş zamanı, xüsusilə, cift ayrılması zamanı qan damarlarının sıxılması qanaxmanın qarşısını alır. Uşaqlıq arteriyaları endometriuma daxil olaraq iki cür kiçik arteriyalara başlanğıc verir:

1 – endometriumdan kənara çıxmayan düz arteriyalar;

2 – funksional qatı qanla təchiz edən spiral arteriyaları.

Qadın cinsiyyət üzvləri iki mənbədən qanla təchiz olunur: daxili qalça arteriyası (a. iliaca interna) və yumurtalıq arteriyası (a. ovarica). Daxili qalça arteriyasından cinsiyyət üzvlərinə uşaqıq, aşağı sidik kisəsi, orta düz bağırsaq, daxili cinsiyyət və göbək arteriyaları ayrılır.

Uşaqıq arteriyası (a.uterina) daxili dəlik səviyyəsində, ondan 2-3 sm məsafədə daxili qalça arteriyasından ayrılır, uşaqıq ətrafı toxumadan keçir, öndən sidik axarları ilə çarpazlaşıb, daxili dəlik səviyyəsində iki şaxəyə bölünür. Enən şaxə uşaqıq boynunu və uşaqıq yolunun yuxarı hissəsini qidalandırır və əks tərəfin şaxələri ilə anastomozlaşır.

Aşağı sidik kisəsi arteriyası (a.vezikulis inferior) sidik kisəsinin əsasına və orta hissəsinə yönəlir.

Orta düz bağırsaq arteriyası (a.rektalis media) düz bağırsağı və uşaqıq yolunun aşağı hissəsini qidalandırır.

Daxili cinsiyyət arteriyası kiçik çanaqdan, böyük oturaq dəliyindən keçir, oturaq qabarlarını dolanıb kiçik oturaq dəliyindən yumşaq toxumaya keçir. Daxili qapayıcı əzələnin daxili səthində qasıq bitməsi səviyyəsində son şaxələrə ayrılır, klitoru, aralıq əzələlərini və uşaqıq yolunun aşağı şöbəsini qidalandırır.

Göbək arteriyası (a. umbilicalis) adətən doğuşdan sonra boşalır. Başlanğıc hissəsi müstəsnaqlıq təşkil edir və sidik kisəsinin yuxarı hissəsini qidalandırır (a. vezicularis superior).

Daxili toxum arteriyası qarın aortasından ayrılır, boru, yumurtalıq və uşaqıq arteriyalarının şaxələri ilə anastomozlaşır. Bu arteriya daxili cinsiyyət üzvlərini qanla təchiz edən ikinci mənbədir.

Uşaqıqlığın qanla təchizatı uşaqıq arteriyaları, uşaqıqlığın girdə bağlarının arteriyaları və yumurtalıq arteriyalarının şaxələri ilə təmin edilir.

Yumurtalıq, yumurtalıq arteriyası və uşaqıq arteriyasının yumurtalıq şaxəsi vasitəsi ilə qanla təchiz olunur.

Uşaqıq yolunun orta 1/3 hissəsi qarınaltı arteriyanın şaxəsi olan sidik kisəsi arteriyası, aşağı 1/3 hissəsi isə a. haemorrhoidalis media və a. pudenda interna vasitəsi ilə qidalandırılır.

Xarici cinsiyyət orqanları a. pudenda interna, a. pudenda externa və a. spermatica externa ilə qidalandırılır.

Cinsiyyət orqanlarından qan **uşaqıqlıq kələfi** (plexus uterinus) əmələ gətirən venalarla axır. Bu kələfdən qan üç ustiqamətdə axır:

1-V.ovarica (yumurtalıq venası)—yumurtalıqlardan, borulardan və uşaqıqlığın yuxarı hissəsindən;

2-V.uterina (uşaqıqlıq venası)—uşaqıqlıq cisminin aşağı hissəsindən və uşaqıqlıq boynunun yuxarı hissəsindən;

3-V.iliaca interna (daxili qalça venası)—uşaqıqlıq boynunun aşağı hissəsindən və uşaqıqlıq yolundan.

Uşaqıqlıq kələfi (plexus uterinus) sidik kisəsi venaları və plexus rectalis ilə anastomozlar yaradır. Yumurtalıqlardan venoz qan arteriyalarla paralel olan yumurtalıq venaları ilə axır. Onlar yumurtalıqların asıcı bağlarının tərkibində gedib, sağdan aşağı boş venaya, soldan isə sol böyrək venasına daxil olur. Uşaqıqlıq yolunun venaları onun yan divarlarında xarici cinsiyyət orqanlarının venaları və qonşu orqanların venoz kələfi ilə anastomozlaşan venoz kələflər əmələ gətirir. Bu kələflərdən qan daxili qalça venasına axır.

Limfa sistemi. Çanaq orqanlarının limfa sistemini limfa damarları və limfa düyünləri təşkil edir. Limfa damarları xarici cinsiyyət orqanlarından başlayıb, peritonun arxası ilə yuxarı bel nahiyəsinə qədər gedir. Limfa düyünləri arterial damarlar ətrafında paket şəklində yerləşərək iki qrupa bölünür: parietal və visseral. Bu düyünlər limfanı limfa damarlarından yığır.

Parietal limfa düyünlərindən qalçaaltı, qasıq, oma, bel düyünləri ayrılır.

Visseral limfa düyünlərindən isə yumurtalıq, uşaqıqlıqətrafı, hemmoroidal, qasıq, sidik kisəsi ətrafı, düz bağırsaq–anus limfa düyünləri ayrılır.

Limfa sisteminin çoxsaylı funksiyaları arasında əsas yeri onun baryer funksiyası tutur. Bu da

kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri zamanı çox əhəmiyyətlidir. Limfa düyünlərinin vəziyyətinə görə bəd xassəli törəmələr haqqında da fikir yürütmək olur.

Sinir sistemi. Cinsiyyət orqanları vegetativ sinir sisteminin simpatik və parasimpatik şöbələrinin sinir şaxələri ilə innervasiya olunur. Çanaq kəlfə vasitəsi ilə əsasən vegetativ innervasiya baş verir. Uşaqlıq cismi simpatik, uşaqlıq boynu parasimpatik sinirlərlə innervasiya olunur. Doğuş zamanı bunun böyük əhəmiyyəti var: uşaqlıq cismi əzələləri yığılan zaman uşaqlıq boynu əzələləri boşalır.

Yumurtalıqlar preaortal kəlfədən ayrılan **yumurtalıq sinirləri** (n. Ovarii) ilə innervasiya olunur. Yumurtalıq beyin maddəsi və qapısı çoxlu qanqlioz hüceyrələri olan sinir kəfləri ilə zəngindir.

Uşaqlıq boruları yumurtalıq sinirləri, yumurtalıq kəlfə ilə innervasiya olunur.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin innervasiyası **xarici cinsiyyət siniri** (n. pudendus externus), **xarici toxum siniri** (n. spermaticus externus), **daxili cinsiyyət siniri** (n. pudendus internus) və **budun arxa dəri sinirinin** (n. cutaneus femoralis posterior) şaxələri ilə yerinə yetirilir.

Uşaqlıq yolunun sinir sisteminə çanaq kəlfəfindən başlanğıc alan 3 kəlf aiddir: xarici, əzələ və daxili və ya dərin (uşaqlıq yolu qatlarına uyğun olaraq).

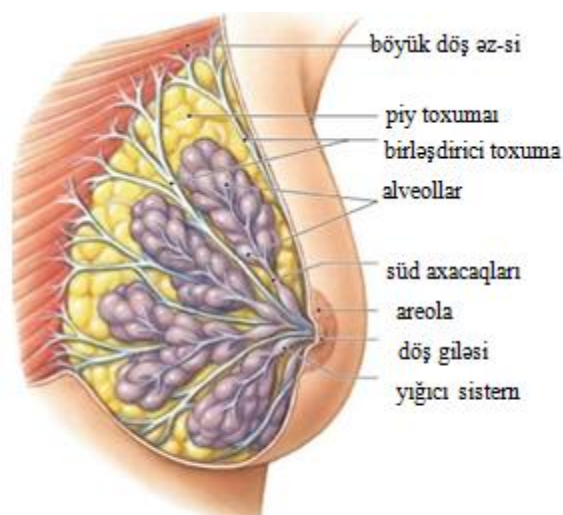
Cinsiyyət orqanlarının parasimpatik innervasiyası əsasən **bel-oma kəlfə** (plexus lumbosacralis) vasitəsi ilə həyata keçirilir.

Uşaqlığın, boruların və yumurtalıqların beyin qatında sıx sinir toru əmələ gəlir. Bu tordan ayrılan nazik sinir şaxələri əzələ liflərinə, epitel örtüyünə və bütün toxuma elementlərinə gedir. Sinir ucları kimyəvi, mexaniki, termiki və başqa qıcıqları qəbul edib, sinir sisteminin yuxarı şöbələrinə ötürür.

Cinsiyyət orqanlarını rəqulyasiya edən sinir mərkəzləri onurğa beyində, qabıqaltı şöbədə, həmçinin beyin qabığında yerləşir.

Cinsiyyət orqanlarının funksiyasına psixoloji momentlər də təsir edir. Güclü psixi sarsıntılar menstruasiyanın dayanmasına, uşaqsalmaya, doğum fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Əksinə müsbət amillərin psixikaya təsiri doğum fəaliyyətinin yaxşılaşmasına, az ağrılı olmasına səbəb olur. Ona görə də hamilə qadınlarla psixoprofilaktik dərslər aparılır.

§ 3. Süd vəziləri



Şəkil:2-10. Süd vəzisinin quruluşu

Süd vəziləri (mammae) – cüt orqan olub, cinsi yetişkənlik dövründə inkişaf edir, xarici sekresiya vəzisi. Yetkin qadınlarda döş qəfəsinin ön divarında 3-cü və 6-7-ci qabırğalar arasında yerləşir, yarımküre formasındadır. Əsasının çox hissəsi böyük döş əzələsinə birləşir. Zirvəsində təxminən 5-ci qabırğa səviyyəsində döş giləsi yerləşir. Doğmamış qadınlarda döş giləsi konus, doğmuşlarda silindrik formadadır. Süd vəzisi nazik dəri ilə örtülüb. Döş giləsi ətrafında dəri tünd rəngdədir. Diametri 3-5 sm olan bu sahə areola adlanır. Doğmamış qadınlarda açıq çəhrayı, doğmuşlarda daha tünd olur. Hamiləlik zamanı döş giləsi və areola pigmentləşir. Döş giləsinin zirvəsində kiçik dəlik var. Bura diametrləri 1,7-2,3 mm olan 8-15 süd axarı açılır. Vəzi parenxima, stroma və piy toxumasından ibarətdir. Parenxima vəzi

toxumasıdır, paylardan ibarətdir. Paylar paycılardan, paycılar isə alveollardan təşkil olunub. Stroma birləşdirici toxumadan təşkil olunub, vəzi toxumasını pay və paycılara ayırır. Parenxima və stroma piy toxumasında yerləşir.

Süd vəzisinin morfoloji vahidi diametrləri 0,05-0,07 mm olan alveollardır. Alveollar süd ifraz edən laktosid və alveolları sıxan, onların həcmi və süd ifrazını tənzimləyən miositlərdən təşkil olunub. Alveollar sinir ucları və kapilyarla sıx təmasda olan bazal membrana ilə əhatə olunub, (şəkil-2-10).

Süd vəzilərinin funksional vahidi paycıqlardır. 150-200 alveol birləşib bir paycıq əmələ gətirir. Sekretor epitellə örtülmüş xırda alveol axacaqları birləşərək paycıq axacağına əmələ gətirir. 30-80 paycıqdan bir pay əmələ gəlir. Süd vəzisi cəmi 15-20 konusvari paydan ibarət olur. Onların axacağı döş giləsinə açılır. Doğuşdan sonra payların axacaqlarında sinuslar əmələ gəlir. Bunlar süd yığıcı sisternlər və ya ampulalar adlanır. Onlar depo prolunu oynayır və hər birinin döş giləsinə sərbəst axarı var. Əmizdirmələrarası intervalda süd bu sisternlərə yığılır.

Süd vəzilərinin mayası bətdaxili həyatın 6-cı həftəsində qoyulur, yenidoğulmuşda rüdmentar şəkildə olur, cinsi yetişkənlik zamanı tam inkişafa çatır. Onlar yaşlı qadınlarda piylənməyə məruz qalır. Süd vəzilərinin funksiyası mürəkkəb reflektor və hormonal təsirlə tənzimlənir. Südün əmələ gəlməsi hipofizin ön payının hormonu olan prolaktinlə tənzimlənir. Fetoplasentar sistemin hormonal funksiyası dayanan kimi, bu hormon aktivləşir.

Hamiləlik dövründə estragenin təsirindən axacaqların inkişafı, progesteronun təsirindən alveolların proliferasiyası və sekresiyası baş verir. Bununla da süd vəziləri prolaktinin təsirinə hazırlanır. Döş giləsinin və döş giləsi ətrafı areolanın taktil reseptorlarının qıcıqlanması hipofizdən oksitosin ifrazına səbəb olur.

Oksitosin uşaqlığın saya əzələlərinin, süd vəzilərinin mioepitelial hüceyrələrinin yığılmasına, nəticədə böyük axacaqlara və yığıcı sisternə südün toplanmasına səbəb olur.

§ 4. Qadının reproduktiv sisteminin inkişaf mərhələləri

Mayalanma zamanı "X" cinsi xromosomu daşıyan spermatozoid yumurta hüceyrəsi ilə birləşirsə, qadın tipli reproduktiv sistem inkişaf edir. Rüşeymin nüvəsindəki "X" xromosomu yumurtalığın inkişafını təyin edir. Yumurtalığın formalaşması üçün rüşeymdə iki "X" xromosomunun mövcudluğu mütləqdir. Yumurtalığın inkişafını induksiya edən gen "X" xromosomunun uzun çiyində yerləşir. Onun təsiri altında birincili cinsi hüceyrələr (**qonositlər**) **ooqonlara**, sonra isə **oositlərə** çevrilir. Qadın tipli qonadın inkişafı bətdaxili həyatın 8-10-cu həftəsindən başlayır. İnkişafın 20-ci həftəsində döldə **primordial follikullar** əmələ gəlməyə başlayır. Bu zaman onların sayı 4,2 milyona çatır və doğulana yaxın 1 milyona qədər reduksiya olunur.

Daxili cinsiyyət orqanları mezonefral (Volf) və paramezonefral (Müller) axacaqlarından əmələ gəlir. Müller axacaqlarından uşaqlıq, uşaqlıq boynu, uşaqlıq yolunun yuxarı hissəsi, ilkin qonadlardan yumurtalıqlar, urogenital cibdən isə cinsiyyət dodaqları, uşaqlıq yolunun aşağı hissəsi əmələ gəlir. Volf axacaqlarından kişi cinsiyyət üzvləri inkişaf edir, qadınlarda bu axacaqlar degenerasiyaya uğrayır.

Xarici cinsiyyət üzvləri 4-7-ci həftəyə qədər indeferent xarakter daşıyır. Hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər qadın cinsli dölnün xarici cinsiyyət üzvləri indeferent inkişaf mərhələsindən az fərqlənir. 17-ci həftədən başlayaraq cinsiyyət dodaqları sürətlə inkişaf edir, 17-23-cü həftələrdə kiçik cinsiyyət dodaqları, 24-25-ci həftələrdə qızlıq pərdəsi əmələ gəlir.

Yenidoğulmuş dövrü. Reproaktiv sistemin morfo-funksional xüsusiyyətlərinə əsasən uşaq doğulduqdan sorakı ilk 10 gün yenidoğulmuş dövrü adlanır. Bu dövrdə yumurtalıqlar uzunsov formada olub, uzunluğu 15 mm, eni 5 mm, qalınlığı 1-3,5 mm təşkil edir; bunlar qarın boşluğunda qövsü xəttədən yuxarıda yerləşir, səthi hamardır. Yenidoğulmuşların yumurtalığında 700000-ə qədər primordial, çoxlu sayda atreziyaya uğramış follikullar və yetişməkdə (antral) olan follikullar qeyd olunur. **Antral follikulların** aşkarlanması yenidoğulmuş dövründə estragenlərin sintezinin mümkünliyünü göstərir. Yenidoğulmuş qızın cinsiyyət üzvlərində və süd vəzilərində estragen təsirinin əlamətləri aşkar olunur: uşaqlıq yolunda laktobasillər olduğu üçün onun möhtəviyyəti turş re-

aksiyalıdır, servikal kanal qatı seliklə doludur. Yenidoğulmuş qızın uşaqlığı qarın boşluğunda yerləşir, uzunluğu 3 sm-ə yaxın, uşaqlıq boynunun uzunluğunun uşaqlığa nisbəti 3:1, çəkisi-4 qr-dır. Endometriumdakı proliferativ və hətta sekretor dəyişikliklər qeyd olunur, bəzən (3%) deskvamasiyanı göstərən qanlı ifrazat müşahidə edilir. Yenidoğulmuş qızlarda çox vaxt süd vəzilərinin bir qədər böyüməsi qeyd olunur. Bu dəyişikliklərin səbəbi, doğuş zamanı yenidoğulmuşun orqanizmində ananın estragenlərinin kəskin azalmasına cavab olaraq, hipofizin FSH və LH-in sekresiyasının stimullaşdırılması və nəticədə yumurtalıqların hormonal funksiyasının qısa müddətli artmasıdır. Estragenlərin artması prolaktinin də səviyyəsinin qısa müddətli artmasına səbəb olur. Nəticədə süd vəziləri gərginləşir, hətta gilələrdən süd ifraz olunur. Yenidoğulmuş dövrünün 10-cu günü estragen təsirinin bütün təzahürləri yox olur.

Uşaqlıq dövrü. Bu dövr 8 yaşa qədər davam edir. Bu dövrdə reproduktiv sistemin funksional aktivliyi zəif olur. Birinci il uşaqlığın ölçüləri kiçilir, yalnız 6 yaşında yenidoğulmuş səviyyəsinə çatır. Bu dövrdə uşaqlıq boruları dəyişikliyə uğramır, uzun və qıvrılmış olur. Yumurtalıqlar 5-6 yaşa qədər az dəyişir.

Qız uşağı 8 yaşına çatanda requlyasiyanın 5 səviyyəsi formalaşmış olur və mənfi əks əlaqə ilə idarə olunur.

Cinsi yetişkənlik dövrü. Bu dövr 7-8 yaşdan 17-18 yaşa qədər davam edir. Bu dövr ərzində orqanizmin fiziki inkişafı da başa çatır: bədən uzununa böyüməsi, bədən quruluşunun, piy və əzələ toxumasının qadın tipi üzrə paylanması formalaşır.

Hipotalamus-hipofizar-yumurtalıq sisteminin inkişaf səviyyəsinə görə reproduktiv inkişafın 3 dövrü ayrılır.

I dövr – prepubert dövrü (7-9 yaş). Bu dövrdə qonadotropinlərin sekresiyası və ifrazı artır, bu təsadüfi xarakter daşıyır, 5-7 gündən bir baş verir. Estragenlərin sekresiyası aşağı səviyyədədir, buna baxmayaraq mənfi əks əlaqə mövcuddur.

II dövr – pubertat dövrünün I fazası (10-13 yaş). Hipotalamik strukturların yetişməsi güclənir, RH-LH (rilizinq hormon-lüteinləşdirici hormon) sekresiyası ritmik xarakter alır. Onların ifrazının sutkalıq (**sirkad**) ritmi formalaşır (əsasən gecə yuxusu vaxtı ifraz olunur). Nəticədə, qonadotropinlərin sekresiyası artır və ritmi formalaşır. Bu dövrdə süd vəzilərinin böyüməsi (**telarxe**), qasıq nahiyyəsinin tüklənməsi (**pubarxe**), uşaqlıq yolunun florasının dəyişməsi (laktobasillər əmələ gəlir) başlayır. **Menarxenin** (ilk aybaşı) baş verməsi ilə bu dövr sona çatır. 8 yaşdan böyüməyə başlayan uşaqlıq, 10-11 yaşda daha sürətlə böyüməyə başlayır, yumurtalıqların kütləsi artır, follikulların həcmi böyüyür. Bu dövrdə hipofiz və endokrin vəzilər də böyüyür və onların ifraz etdiyi hormonların təsirindən ikincili cinsi əlamətlərin inkişafı, bədən quruluşunun **feminizasiyası** – qadın tipli inkişafı (yumurtalıq hormonları və böyrəküstü vəzin androgenləri) boyun uzanması (androgenlər və estrogenlər) və s. baş verir.

III dövr – pubertat dövrünün II fazası (14-17 yaş). Hipotalamus strukturlarının yetişməsi başa çatır, RH-LH-in sekresiyasının ritmi stabilləşir, orta hesabla saatda bir dəfə (**sirxoral**). Nəticədə, qonadotropinlərin də ifrazı ritmik xarakter alır və yumurtalıqlarda estradiolun sintezi artır. Artıq mənfi əks əlaqə mexanizmi ilə bərabər, müsbət əks əlaqə mexanizmi də formalaşır, belə ki, qanda estradiolun müəyyən səviyyəyə çatması daimi sirxoral ritmdə sekresiya olunan FSH və LH-in zirvə (ovulyator) ifrazına təkan verir. Hipotalamusun, hipofizin, yumurtalıqların funksiyası ritmik xarakter alır. Bu dövrdə süd vəzisinin inkişafı və xarici cinsiyyət üzvlərinin tüklənməsi başa çatır, boyun uzanması dayanır, çanaq qadın tipli formalaşır. Menarxedən sonra 1-1,5 il ərzində ovulyator tsikl formalaşır. Menarxe və ilk ovulyasiya cinsi yetişkənlik dövrünün kulminasiyası olsa da hələ cinsi yetkinlik demək deyil.

Bir çox daxili və xarici amillər cinsi yetişkənlik dövrünün başlanmasına və gedişinə təsir göstərir. Daxili amillərə irsi, konstitusional faktorlar, xəstəliklər (ürək-qan damar, mədə-bağırsaq, böyrək, qara ciyər xəstəlikləri, tonzillit və s.) bədən çəkisi və s. aiddir. Xarici amillərə iqlim (dəniz səviyyəsinə görə hündürlük, günəşin təsiri, coğrafi şərait), qidalanma və s. aiddir.

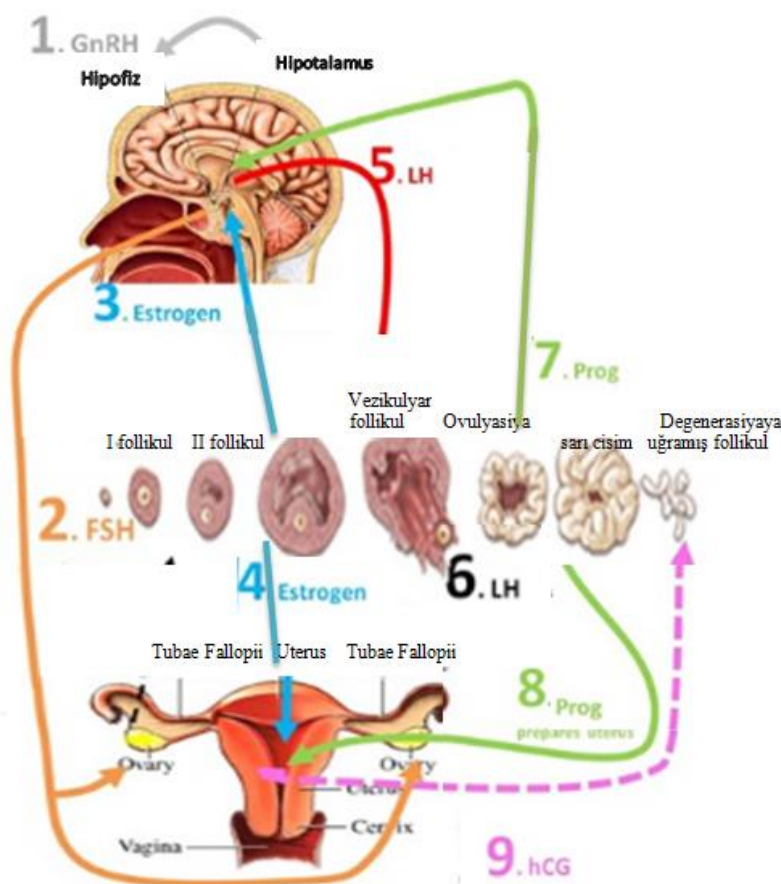
Cinsi yetkinlik dövrü və ya reproduktiv dövr 16-18 yaşdan başlayıb, 49 yaşa qədər davam edir.

Bu dövrdə reproduktiv sistem və onun funksiyasını tənzimləyən 5 səviyyə tam formalaşmış, rəqulyar, ritmik fəaliyyət göstərir, qadının həm reproduktiv sistemi, həm də bütün orqanizmi formalaşmış olur. O, mayalanmaya, hamiləliyi daşımağa, doğuşa və yenidoğulmuşu əmizdirməyə hazır olur.

Menopauza dövrü 45-47 yaşlarda başlayır. Bu dövrdən əvvəl **premenopauzal** dövr olur, menopauzanın xəbərdaredici əlamətləri ilə müşayiət olunur, təxminən 1-2 il davam edir. Bu dövrdə yumurtalıqların funksiyası tədricən sönür və menstrual funksiya pozulmağa başlayır. Adətən menst-ruasiya gecikir, bəzən gur və uzunmüddətli olur, nəhayət tamamilə kəsilir. Çox zaman bu dövrdə damar pozğunluqları: başa istilik axması, qəflətən istilik hiss etmə, arterial təzyiqin artması, başgicəllənmə və s. baş verir. Qadınlar tez yorulma, oyanıqlıq, yuxunun pozulması və s.-dən şikayətlənirlər. Adətən sağlam və əsəbləri sakit olan qadınlarda bu dövr olmur. Menopauzadan sonra **postmenopauzal dövr** başlayır və ömrün sonuna qədər davam edir.

§ 5. Reproduktiv dövrün rəqulyasiyası

Reproduktiv funksiyanın rəqulyasiyası vahid funksional sistemlə idarə olunur. XX əsrin 30-cu illərində P.K.Anoxin orqanizmdə funksional sistemlərin rəqulyasiyası haqqında nəzəriyyəni irəli sürmüşdür. Funksional sistem özündə mərkəzi və periferik (effektor və icraedici) orqanları birləşdirir. Reproduktiv funksiyanı idarə edən neyroendokrin sistemin 5 bəndi ayırılabilir. Bəndlər arasında qarşılıqlı düz və əks, mənfi və müsbət əlaqə var. Bu əlaqə bəndlərin siqnallarını müəyyənləşdirir (şəkil:2-11).



Şəkil:2-11. Menstrual tsiklin rəqulyasiyası (hormonlar və onların təsiri eyni rəngli rəqəm və oxlarla göstərilir):

1-qonodotrop rilizinq hormon, hipotalamusdan ifraz olunur, hipofizə təsir edir.; 2-FSH follikulların yetişməsini təmin edir; 3-estrogen, FSH-ın sintezini tormozlayır, LH-ın sintezinə start verir; 4-estrogen, uşaqlığı hazırlayır; 5-LH dalğası, ovulyasiyaya səbəb olur; 6-ovulyasiyanın baş verməsi; 7-progesteron, LH-ın sintezini tormozlayır; 8-progesteron, uşaqlığı hazırlayır; 9- İnsan qonodotrop hormonu

Ali səviyyə (I bənd) sinir sisteminin ali şöbəsinə, badamabənzər törəmələr (kompleks), hipokamp və başqa hipotalamik törəmələr aiddir. Onlar hipofizin və hipotalamusun funksiyasına təsir edir. Göstərilən törəmələr qonadolibərinlərin və qonadotropinlərin sekresiyasını ya stimula edir, ya da tormozlayır, ovulyasiyanı ya sürətləndirir, ya da azaldır. Ali mərhələ strukturlarının fizioloji effekti sinir və humoral tənzimlə həyata keçirilir. Bu qarşılıqlı əlaqədə ekstragenital törəmələrdə olan beyin transmitterləri (katexolaminlər, serotonin, asetilxolin, QAMK, qlütamin turşusu, enkefalinlər) əsas rol oynayır. Serebral transmitterlər reproduktiv funksiyanın hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sistemini rəqlə edirlər. Belə ki, onlar sirkad və sirxoral ritmləri müəyyənləşdirir. Bu da bütün reproduktiv sistemin funksiya göstərməsində əsasdır.

Orqanizmin hemostazı hipotalamo-hipofizar sistemin rəqliyasiyası ilə saxlanılır. Onlardan əsasları biogen amillər və enkefalinlərdir.

Reproduktiv funksiyanın ali təbəqəsi rolu oynayan faktorlardan biri də **epifizdir** (əsas endokrin ötürücü – cinsi inkişafın ingibitoru). Rəqliyasiyada epifizin rolu: cinsi inkişafın, hipotalamo-hipofizar sistemin, yumurtalıqların funksional vəziyyətinin, hamiləliyin, laktasiyanın və bəzi ginekoloji xəstəliklərin inkişafının rəqliyasiyasıdır.

Reproduktiv funksiyanın rəqliyasiyasının **II bəndi, hipotalamus**, xüsusilə onun hipofizar zonasıdır, hansı ki, ventro və dorsomedial arkuat nüvələrdən ibarətdir və libərinlərin və statinlərin neyrosekretor aktivliyinə malikdir. Hipotalamusun ifraz etdiyi 10 libərin və statinlərin hamısı reproduktiv funksiyanın rəqliyasiyasında iştirak edir. Burada əsas rolu lülibərin, folibərin, prolaktostatin–prolaktini ingibirləşdirən faktor (PIF), triolibərin və kortikolibərin oynayır.

Reproduktiv funksiyanın rəqliyasiyasının **III bəndini hipofiz** təşkil edir. Ondan periferik endokrin vəzilərinin trop hormonları ifraz olunur. (FSH, LH, PKD, TTH, AKTH və s.). Qonadotropinlər qarşılıqlı təsir göstərərək yumurtalığa təsir edir. FSH (follikulu stimulaedici hormon) follikulun böyüməsini, yetişməsinə, onların estrogen ifrazını tənzimləyir. Sarı cismin əmələ gəlməsinə, onun fəaliyyətinə LH və PRL nəzarət edir. PRL (prolaktin) həm də süd vəzilərinin böyüməsini və laktasiyanı nəzarətdə saxlayır. Eyni zamanda estragenlər FSH-in, progesteron isə LH və PRL-in sintezi və ifrazına təsir edir. Beləliklə cinsi steroid hormonların konsentrasiya və səviyyəsindən asılı olaraq, hipofizin uyğun trop hormonlarının sintezi aktivləşir və ya tormozlanır.

Reproduktiv funksiyanın **IV bəndini** periferik endokrin vəzilər təşkil edir. Əsas rolu yumurtalıqlar oynayır. Yumurtalıqda steroidlərin biosintezi və follikulların yetişməsi prosesi gedir. Follikulogez antenatal dövrdə başlayır, postmenopauzal dövrdə qurtarır. Primordial follikullardan preovarial follikula qədər tam inkişaf mərhələsi keçir və ovulyasiyadan sonra sarı cisimə çevrilir. Dominant follikulun diametri, menstrual tsiklin ilk günləri 2 mm, ovulyasiya anında 20-25 mm olur. Ovulyasiya zamanı follikulyar mayenin həcmi 100 dəfə, qranulyoz hüceyrələrin sayı isə 10 dəfəyə qədər artır. Ovulyasiya prosesi, prostoqlandinlərin ($F_{2\alpha}$ və E_2), proteolitik fermentlərin, oksitosin və relaksinin iştirakı ilə başa çatır. Ovulyasiya prosesinə xarici faktorlar da təsir edir (qidalanma, stress, işıq və temperatur və s.), amma əsas təsiri hormonlar göstərir (cinsi). Lülibərinlərin səviyyəsi artır, sonra FSH, estradiolun artması və LH-in (lüteinləşdirici və ya lütropin) ən yüksək səviyyəsi fonunda ovulyasiya baş verir – dominant follikulun bazal membranı yırtılır və teka-hüceyrələrin kapillyarlarından qanaxma baş verir. Bu ərafədə PRL-in səviyyəsi enir. Bundan sonra tsiklin sonrakı fazası başlayır. Bəzən ovulyasiya qarının aşağı hissəsində ağrılarla özünü göstərir. Tezliklə, uşaqlıq yolundan selikli ifrazat artır, progesronun və endometriumun sekretor transformasiyası artır, həmçinin müxtəlif orqan və sistemlərdə dəyişiklik baş verir.

Follikulun inkişafı, yumurta hüceyrəsinin yetişməsi və sonradan sarı cismin əmələ gəlməsi, cinsi steroid hormonların (estrogen, progesteron, androgenlərin) intensiv biosintezi prosesi ilə eyni vaxtda baş verir. Tsiklin I fazasında yumurtalıqda estradiol 50-100 mq/sut, progesteron 2-5 mq/sut, II fazada estradiol 200-300 mq/sut, progesteron 20-25 mq/sut, ovulyasiya anında estradiol 400-900 mq/sut, progesteron 10-15 mq/sut ifraz olunur. Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsindən çoxlu miqdarda testesteron ifraz olunur. Follikulun qranilyoz hüceyrələrində, hipofizdə FSH-in sintezini tormozlayan ingibin, yerli təsirə malik zülali maddələr–oksitosin, relaksin, həmçinin prostoqlandinlər əmələ

gəlir. Oksitosin sarı cismə lüteolitik, relaksin miometriuma tokolitik təsir göstərir.

Periovulyator dövrə (ovulyasiyadan əvvəl, ovulyasiya vaxtı və ya ovulyasiyadan sonra), reproduktiv funksiyanın requlyasiyasının **IV bəndinin** strukturlarının hamısında maksimal hormonal aktivlik olur.

Reproduktiv funksiyanın requlyasiyasına **böyrəküstü vəzin** öz beyin və qabıq maddələrinin hormonları ilə təsir edir.

Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsi ilə yumurtalığın qabıq maddəsi arasında oxşarlıq vardır. Onların hər ikisi mezodermadan əmələ gəlib, hormonlarının tsiklik biosintezi və kimyəvi oxşarlığı bununla izah edilir. Məlumdur ki, kortikosteroidlərin metabolizminin və biosintezinin pozulması, yumurtalıqların hormonal funksiyanın pozulmasına, ginekoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Eyni zamanda generativ funksiyanın müxtəlif pozğunluqları böyrəküstü vəzin qabıq maddəsində patomorfoloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Reproduktiv funksiyanın ümumi neyroendokrin requlyasiyasında simpatoadrenalin sistemin də rolu az deyil. Katexolaminlərin köməyi ilə follikulların yetişməsi, sarı cisim və ovulyasiyanın gedişinə təsir etmək olar.

Reproduktiv funksiyanın requlyasında **qalxanabənzər vəzin** də rolu var (xüsusilə, hipotrioz zamanı) T_3 və T_4 -ün artması LH-in artmasına, ovulyator hormonların tormozlanmasına, lütein fazasının çatışmazlığına, menstrual tsiklin pozulmasına, sonsuzluğa səbəb olur. Tireoid hormonların defisiti zamanı FSH və LH-in biosintezi azalır, yumurtalığın funksiyası zəifləyir.

Hipofizar-tireoid sisteminin patologiyası, hamiləlikdə, xüsusilə dölnün inkişafında özünü göstərir. Qalxanabənzər vəzin kəskin klinik formalı xəstəlikləri zamanı menstrual tsiklin müxtəlif pozğunluqları və sonsuzluq, subklinik formalı xəstəliklərində uşaqsalma və hamiləliyin gedişində, dölnün inkişafında başqa ağırlaşmalar müşahidə olunur.

Reproduktiv funksiyanın requlyasiyanın **V bəndini, qadın cinsiyyət üzvləri, süd vəziləri, həmçinin dəri, sümüklər və piy toxuması** təşkil edir. Onlarda cinsi steroidlərin hormonlarının bütün təsirləri biruzə verir. Ona görə bu orqanlar "hədəf" orqanları adlanır. "Hədəf orqanlarına" uşaqlıq, uşaqlıq yolunun selikli qışası, uşaqlıq boruları, süd vəziləri, dəri, sümüklər və s. aiddir. Bu, orqan və toxumaların hüceyrələrində cinsi hormonların reseptorları var. Sitoplazma reseptorları estrogenlər, progesteron, testosteron üçün spesifikdir, nüvə reseptorları aminorpeptidlər, insulin və qlikogenin akseptoru ola bilər (steroid hormonlarla yanaşı).

Cinsi hormonların reseptorları reproduktiv sistemin, mərkəzi sinir sisteminin strukturlarında var. Cinsiyyət orqanlarında, endometriumdə, steroid hormonların miqdarı, onların aktivliyi tsiklin fazalarından asılı olaraq dəyişir, yəni qanda hormonların səviyyəsindən asılıdır. Progesteronun antoqonistləri qlükokortikoidlər hesab olunur.

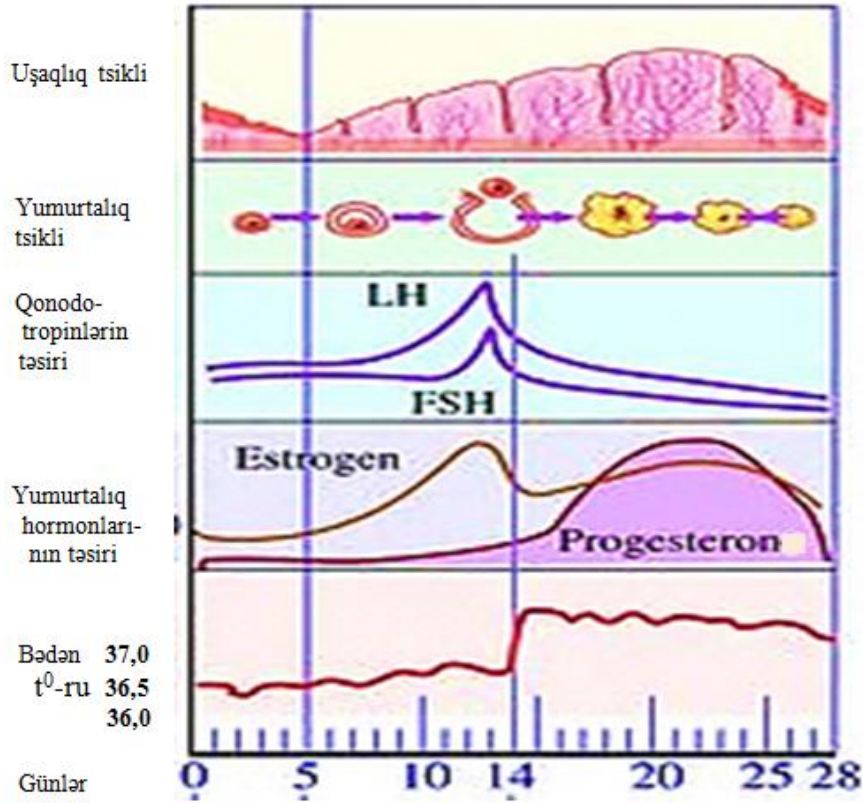
§ 6. Normal menstrual tsikl

Menstruasiya—qadın həyatının bütün reproduktiv dövrü boyu müəyyən intervalla, tsiklik baş verən, periodik təkrarlanan uşaqlıq qanaxmasıdır. İlk menstruasiya cinsi yetişkinlik dövründə, 12-15 yaşlar arası baş verir. 1-1,5 il sonra formalaşır və requlyar xarakter alır. Menstrual tsikl zamanı, hamiləlik və laktasiya dövründən başqa, repraduktiv dövr boyu qadın orqanizminin bütün səviyyələrində requlyar təkrarlanan kompleks dəyişikliklər baş verir. Bu qadın orqanizmini nəslərtirməyə hazırlayır: yumurta hüceyrəsini yetişdirir, onu mayalanmaya hazırlayır; uşaqlıqda dölnün inkişafı üçün əlverişli şərait yaradır. Tsikl boyu yaranan yumurta hüceyrəsi mayalanmadıqda menstrual tsikl menstrual qanaxma ilə nəticələnir. Endometriyumun funksional qatı qopur və uşaqlıq qanaxması baş verir.

Normal menstrual tsiklin zahiri parametrləri:

- davamiyyəti 20-36 gün;
- qanlı ifrazatın davamiyyəti 3-7 gün;
- ümumi qan itkisi 50-150 ml.

80% qadınlarda menstrual tsikl 28 gün (4 həftə) davam edir, qanaxma 3-7 gün olur, qan itgisi 50-150 ml olur. Bəzi qadınlarda 21 günlük (3 həftəlik), bəzilərində 35 günlük (5 həftəlik) menstrual tsikl müşahidə edilir. Menstrual qan laxtalanmır (tərkibindəki fermentlərin hesabına) tünd rənglidir. Onun tərkibi selikli qışanın qopması nəticəsində qırılan damarlardan axan qan, qopmuş selikli qışa və selikli qışadakı vəzilərin fermentlərindən ibarətdir.

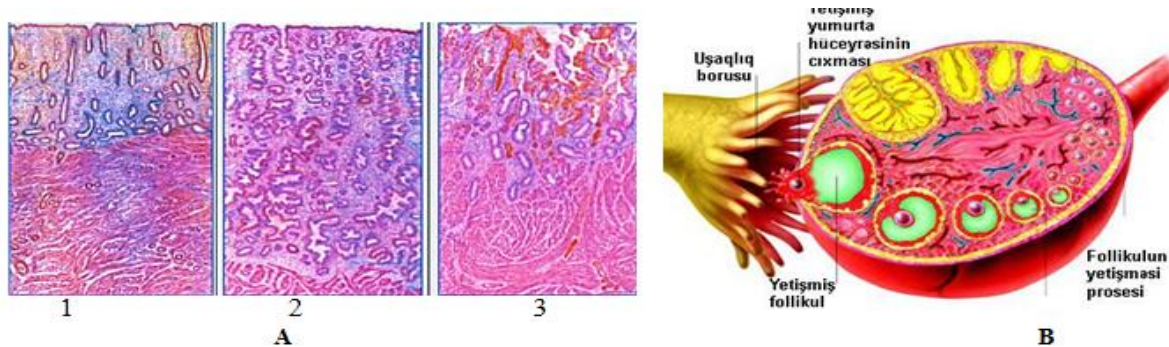


Şəkil:2-12. Normal menstruasiya tsikli

Subyektiv əlamətlər: ümumi vəziyyət pisləşmir, iş qabiliyyəti itmir. Bəzən qarının aşağı hissəsində ağrı, qarının köpməsi, süd vəzilərinin şişkinləşməsi müşahidə edilir. Qadınlarda bəzilərində yuxululuq, əsəbilik qetd edilir.

Aybaşı estragenlərin səviyyəsinin enməsi fonunda baş verir. Cinsi yetişkənlik və premenopauzal dövrlərdə bu qanunauyğunluq pozulur.

Menstrual tsikl zamanı endometriumda tsiklik proseslər gedir. Bu proseslərin morfolojiyasına görə yumurtalıqların funksional vəziyyətini müəyyənləşdirmək olar. Menstrual tsiklin uşaqlıq və yumurtalıq tsikilləri ayırd edilir.



Şəkil: 2-13. Menstrual tsikl: A) uşaqlıq tsikli: 1-proliferasiya fəzası; 2-sekresiya fəzası; 3-deskvamasiya fəzası; B) yumurtalıq tsikli

Yumurtalıq tsikli—qonadotropinlərin təsirindən yumurtalıqda ritmik təkrarlanan proseslər baş verir. Bu proseslər 3 fazada gedir :

- follikulyar faza—follikulun yetişməsi;
- ovulyasiya fazası—yetişmiş follikulun partlaması
- lütein fazası (sarı cisim fazası)—sarı cismin inkişafı.

Follikulun yetişməsi. (şəkil:2-13 B) Follikulun yetişməsi menstrual tsiklin I yarısını əhatə edir. Follikul yetişərkən onun bütün hissələri dəyişikliyə uğrayır: yumurta hüceyrəsi, dənəli qat, birləşdirici toxuma qatı. Yumurta hüceyrəsi 5-6 dəfə böyüyür. Onun ətrafında şüşəvari qat (zona pellucida) əmələ gəlir, sitoplazmada mürəkkəb dəyişikliklər baş verir.

Yumurta hüceyrəsi 2 dəfə bölündükdən sonra tam inkişafa çatır. Bölünmədən sonra iki qeyri-bərabər hüceyrə əmələ gəlir. Əsas böyük hüceyrə yerində qalır (kiçik–polyar cisim atılır) və tezliklə ikinci dəfə bölünür, xromosomların yarısını atır. Bu reduksion bölünmədən sonra yumurta hüceyrəsi yetişmiş hesab edilir.

Follikul epitelı (dənəli qat) proliferasiyaya uğrayır, birqatlıdan çoxqatlıya çevrilərək follikulun dənəli qatını (membrana granuloza folliculi) əmələ gətirir. Əvvəlcə dənəli qat yumurta hüceyrəsi ilə birləşdirici toxuma arasındakı bütün sahəni tutur (II-li follikul). Sonra mərkəzdə maye dolu boşluq əmələ gəlir (III-li follikul). Tezliklə maye bütün follikul boşluğunu tutur. Follikul boşluğu yarandığı andan follikul **Qraaf qovuqucuğu** adlanır. Follikul boşluğunu dolduran maye, dənəli qatı və yumurta hüceyrəsini divara doğru sıxır. Yumurta hüceyrəsini əhatə edən dənəli qat **şualı tac** adlanır. Şualı tac əhatə olunmuş yumurta hüceyrəsi, divara yaxın yerləşmiş dənəli qat hüceyrələrinin üzərində yerləşir. Bu, hüceyrə yığını **yumurta daşıyıcı təpəcik** (cumulus ovigenus) adlanır. Follikul yetişməyə yaxın yumurta hüceyrəsi bu təpədən ayrılır və follikulyar mayenin içərisinə düşür (preovulyator follikul).

Follikulda hormon əmələ gəlir. Follikul inkişaf etdikcə ondan estragen ifraz olunur. Estragenin aşağıdakı funksiyaları var.

1.Cinsi yetişkənlik dövründə cinsiyyət orqanlarının və ikincili cinsi əlamətlərinin inkişafını tənzimləyir.

2.Uşaqlığın selikli qişasının proliferasiyasına səbəb olur.

3.Uşaqlıq əzələlərinin tonusunu artırır, onun uşaqlıq əzələrini yığan maddələrə qarşı həssaslığını artırır.

4. Süd vəzilərinin inkişafını və funksiyasını tənzimləyir, cinsi hissiyyatı artırır.

Follikul inkişaf etdikcə onun iki qatdan ubarət birləşdirici toxuma qatı əmələ gəlir: hüceyrə elementləri və kapillyarlarla zəngin daxili qat (thecae interna) və daha böyük damarları olan xarici qat (thecae externa).

Follikul yetişdikcə böyüyür, qütbü yumurtanın üzərindən qabarıq, bu yerdə yumurtalıq toxuması nazıqlaşır.

Ovulyasiya fazası. Yetişmiş, mayalanmaya qadir, yumurta hüceyrəsinin follikul boşluğundan çıxması ovulyasiya adlanır. Şualı tac əhatə olunmuş yumurta hüceyrəsi follikulyar maye ilə birlikdə qarın boşluğuna atılır. Oradan uşaqlıq borusuna düşür. Bu, mayalanma üçün əlverişli zamandır.

Sarı cismin inkişafı (lütein fazası). Partlamış follikulun yerində, yeni mühüm əhəmiyyətli, progesteron ifraz edən, daxili sekresiya vəzisi, sarı cisim (corpus luteum) əmələ gəlir. Sarı cismin əmələ gəlməsi menstrual tsiklin II yarısına uyğun gəlir. Follikul mayesindən və yumurta hüceyrəsindən azad olmuş follikulun partlamış sahəsi bitişir, onun daxilində qan laxtası əmələ gəlir, follikulun divarları qırışmış halda bir-birinin üzərinə yatır. Follikul boşluğunu tutmuş dənəli qatın hüceyrələri sürətlə çoxalır, ölçüləri böyüyür, protoplazmasında lipoid maddə (lütein) yığılır. Bu, yeni yaranmış daxili sekresiya vəzisinə sarı rəng verir. Dənəli qatın hüceyrələri lütein hüceyrələrinə çevrilir. Dənəli qatın inkişafı ilə yanaşı güclü damar toru inkişaf edir. Birləşdirici toxumadan keçən damarlar, lütein hüceyrələrini əhatə edərək, onların ətrafında zəngin kapillyar toru əmələ gətirir. Sarı cisim, inkişafının ən yüksək mərhələsində meşə qozu boyda olub, yumurtalıq səthinin bir qütbündən qaba-

rır. Əgər yumurta hüceyrəsi mayalanıbsa, sarı cisim hamiləliyin ilk aylarında böyüməkdə və funksiyaya göstərməkdə davam edir və hamiləlik sarı cismi (corpus luteum graviditatis) adlanır. Əgər hamiləlik baş verməyibsə, tsiklin sonuncu günündən sarı cismin geri inkişafı başlayır. Bu zaman lütein hüceyrələri məhv olur. Damarlar boşalır, birləşdirici toxuma inkişaf edir. Sarı cismin yerində çapıq toxuması, ağ cisim yaranır. Əgər hamiləlik baş verməyibsə, bu zaman sarı cisim, aybaşı sarı cismi (corpus luteum menstruationis) adlanır və tezliklə reqresiyaya uğrayır.

Sarı cisimdən progesteron hormonu ifraz olunur və onun aşağıdakı funksiyaları var:

– progesteronun təsirindən uşaqlığın selikli qişasında mürəkkəb proseslər gedir, onu hamiləliyə hazırlayır;

– uşaqlığın oyanıqlığını və yığılma qabiliyyətini azaldır, hamiləliyi qoruyur;

– estragenlə birlikdə süd vəzilərini süd ifrazına hazırlayır.

Sarı cismin geri inkişafı ilə progesteronun sekresiyası da dayanır və yeni tsikl başlayır.

Uşaqlıq tsikli 4 fazadan ibarətdir; a) deskvamasiya; b) regenerasiya; c) proliferasiya; ç) sekresiya (şəkil:2-13 A).

Deskvamasiya fazası aybaşı qanaxması ilə başlayır və bu qanaxma 3-7 gün davam edir. Arteriyaların spazmı ilə başlanan işemiya və endometriumun kompakt və süngəri qatında (bazal qatda yox) dəyişikliklərə səbəb olur. Nəticədə nekroz və hemorragiya ocaqları yaranır. Bu da endometriumun qopmasına və qanlı ifrazatın gəlməsinə səbəb olur. Deskvamasiya fazası yumurtalıqda sarı cismin məhvi ilə üst-üstə düşür.

Endometriumun qopması davam edə-edə, qopmuş endometrium hissələrinin **regenerasiyası** başlayır. Ona görə də növbəti menstruasiyanın ilk günü qanaxmanın ilk günündən hesablanır. Qopmuş sahələrin üzəri epitel ilə örtülür. 3-4 gündən sonra bərpa tam başa çatır. Selikli qişanın funksional qatının bərpası, vəzi epitelinin, stroma, damar və sinir qalıqlarının artması hesabına olur.

Proliferasiya fazası yumurtalıqda follikulun yetişməsi ilə eyni vaxta düşür. Follikulyar hormonun (estrogen) təsirindən stroma və selikli vəzilərin proliferasiyası baş verir. Vəzilər uzununa dartılır, qıvrılır (sekret olmur). Bu dövrdə selikli qişa 4-5 dəfə qalınlaşır.

Sekresiya fazası sarı cismin yetişməsi ilə eyni vaxta düşür. Vəzi epitelində sekret yığılması nəticəsində vakuollar əmələ gəlir. Sarı cisim hormonunun (progesteron) yüksək səviyyəsində endometriumda proliferativ proses, vəzi və stroma hüceyrələrinin mitozu dayanır. Stroma şişkinləşir, hüceyrələrarası sahə maye ilə dolur və endometrium implantasiyaya hazır olur. Stromal hüceyrələrdə desidual reaksiya baş verir. Progesteronun yüksək səviyyəsində hüceyrə elementlərinin hiperplaziyası və differensiasiyası, sonra isə yayılmış desidual transformasiya baş verir. Hamiləlik baş vermədikdə stromanın leykosit infiltrasiyası əmələ gəlir.

Menstruasiyadan qabaq endometriumda qıvrılmış arteriolarla əhatə olunmuş çoxlu ayrı-ayrı elementlər olur (stromal, vəzi hüceyrələri).

Menstrual dövrün gigiyenası. Normal menstruasiya 3-5, bəzən 7 gün davam edir, bu zaman 50-150 ml qan itirilir.

Menstruasiya zamanı qadın adi işləri yerinə yetirə bilər. O, yorulmadan, fiziki gərginlikdən, soyuqdan və istidən qorunmalıdır. Daxili orqanlara və çanaq orqanlarına qan axını olmasın deyə kəskin yeməklər, ədviyyat, spirtli içkilər qəbul etmək olmaz. Əks halda qanitirmə çox ola bilər.

Menstruasiya zamanı funksional qat qopduğu üçün yara səthi əmələ gəlir, yara səthinə patogen mikroorqanizmlərin düşməsi uşaqlığın, uşaqlıq borularının, yumurtalıqların və çanaq peritonunun iltihabına səbəb olur. Ona görə də xarici cinsiyyət orqanlarının təmizliyinə xüsusi diqqət yetirilməlidir.

Menstrual qan sərbəst axmalıdır. Ona görə xüsusi gigiyenik bezlərdən istifadə olunmalıdır. Xarici cinsiyyət üzvləri gündə 2-3 dəfə ılıq qaynanmış su və sabunla yuyulmalıdır.

Menstruasiya müddətində cinsi əlaqə qadağandır. Şırıncı, vanna və s. proseduralar da olmaz. Əks halda infeksiya yuxarı şöbələrə qalxa bilər. Menstruasiya zamanı duş qəbul etmək lazımdır.

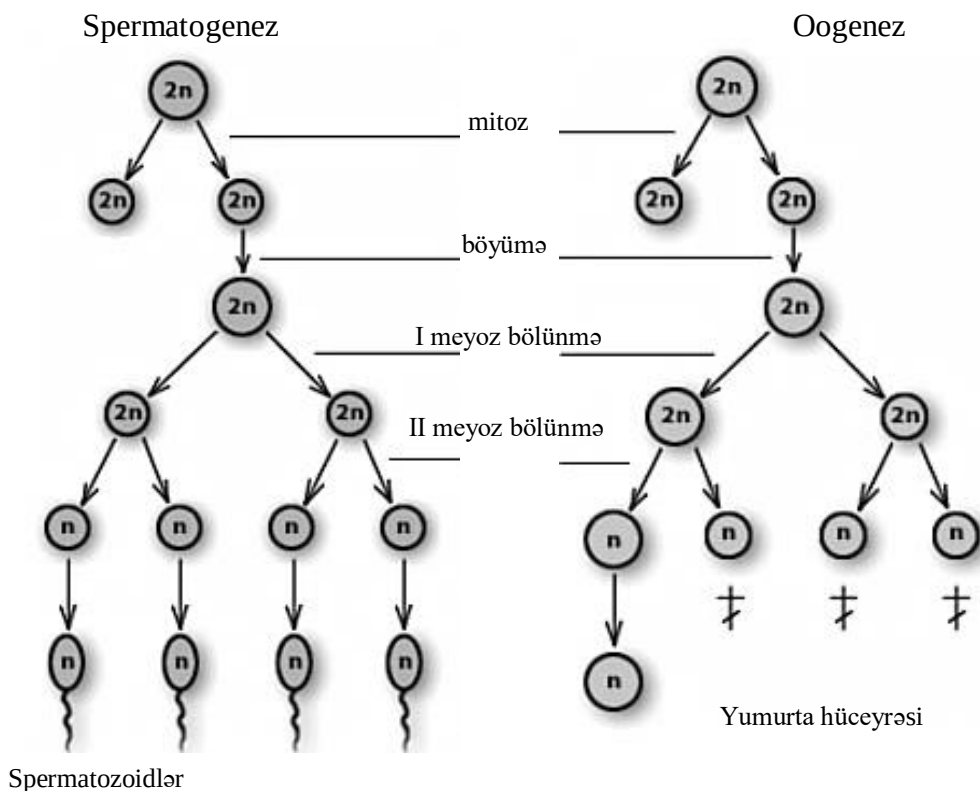
III FƏSİL

HAMİLƏLİYİN FİZİOLOGİYASI

İnsan üçün cinsi yolla artım xarakterikdir. Bu proses zamanı ana və ata orqanizmindən cinsi hüceyrələrin (yumurta hüceyrəsi və spermatozoid) ayrılması, onların birləşməsi (mayalanma) və birhüceyrəli törəmənin–rüşeyimin (ziqota) yeni orqanizmin əmələ gəlməsi baş verir ki, gələcəkdə o, embrional inkişaf edəcək.

§ 1. Spermatogenez, oogenez, mayalanma

Spermatogenez embrionun toxumluqlarında, hormonal aktivlik nəticəsində başlayır. Demək olar ki, spermatogenez kömək hüceyrələrinin əmələ gəlməsi və onların embrionun toxumluğuna miqrasiyası ilə başlayır. Orada mitotik bölünməyə məruz qalır, sonra uzun müddətli rezervuar (ehtiyat) təşkil edir (şəkil:3-1).



Şəkil: 3-1. Spermatogenez və oogenez

Spermatogenez toxum kanalının müxtəlif yerlərində, streiogenez kanallar arasındakı interstisial toxumada baş verir. Spermatozoidlərin tam olaraq anatomik və funksional yetişməsi xaya artımlarında (epididimus) başa çatır. Spermatozoidlər ejakulyasiya zamanı toxum kisələrinin, prostat və əlavə (kuper) vəzilərin sekreti ilə (toxum plazması) qarışdıqdan sonra hərəkətlik qazanır və mayalan-

maya qadir olur. Bu **sperma** adlanır. Spermatogenez 64-75 günə başa çatır. Yetişmiş spermatozoid baş, boyun, orta hissə və quyruqdan ibarətdir (şəkil:3-2). Nüvə başın bütün hissəsini tutur. O akrosomla əhatə olunub. Akrosom, spermatozoidin yumurta hüceyrəsinin qışasından keçməsinə təmin edən hialirunidaza fermenti ifraz edir. Orta hissədə spiral mitoxondri ilə əhatə olunmuş qaytancıq var, bu hərəkətli quyruğu enerji ilə təmin edir.

Spermatozoidin uzunluğu 50-60 mkm-dir. O, qadın cinsiyyət traktında 2-3 mm/dəq sürətlə hərəkət edərək, yumurta hüceyrəsinə doğru 20 sm yol qət edir. Onun hərəkəti qaytancığın yığılması və şaquli oxu ətrafında əlavə dönmələri (çoxoxlu yerdəyişmə) hesabına baş verir.

Toxum plazması mürəkkəb tərkibə malikdir. O, zülallar, fruktoza, limon turşusu, proteaza və bioloji aktiv maddələrlə – prostoglandinlərlə zəngindir. Toxum mayesi yüksək antigen aktivliyinə malikdir; həm spermatozoidlərdə, həm də toxum mayəsində antigenlər aşkar edilmişdir. Toxum mayəsində antigen komponentlərinin 12-yə qədər növü olduğu hesab edilir.

Mayalanma prosesində spermatozoidlərin antigenləri neytrallaşdırılır. Uşaqılıq və uşaqılıq yolunda spermatozoidlərin fertilliyi 2-2,5 saat, uşaqılıq borularında isə 4-5 günə qədərdir. Cinsi əlaqə zamanı qadının uşaqılıq yoluna 3-5 ml sperma tökülür və onun tərkibində 300-500 mln spermatozoid olur.

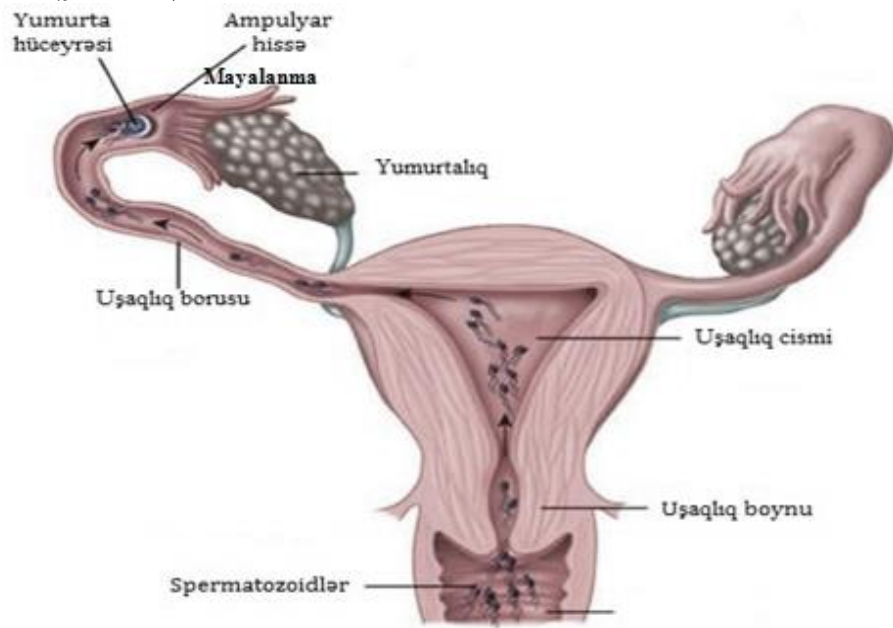
Normospermiya: ejakulatın həcmi 2-5 ml;
 konsentrasiyası 1 ml-də 60 mln;
 hərəkətliliyi 60%;
 patoloji formalar 40%-dən az;
 aqqlütinasiya yoxdur;
 leykositlər görmə sahəsində10-dan az

Oogenezi prosesi (şəkil:3-1) də spermatogenez kimi kötük hüceyrələrdən başlayır. Qadın embrionunun kötük hüceyrələri mitoz yolu ilə bölünərək **ooqonlara** çevrilir. Onların sayı hestasion yaşın ortasına qədər 5-7 mln-a çatır. Sonra ooqonlar mitotik profazaya daxil olur və **I dərəcəli oositlər**, promordial follikullar, doğuşdan sonra I-li follikullar, yetişkənlik dövründə II-li follikullar, ovulyasiya dövründə III-lü follikullar kimi özünü göstərir. Oogenezdə ooqonlar spermatogeneza nisbətən zəif mitotik aktivliyə malikdir. Spermatogenez embrionda başlayır və bütün ömür boyu davam edir. Oogenezi embrionda başlayır, menopauzada başa çatır. Oositlər ooqonlardan böyükdür, spermasitlər isə spermatoqonlardan kiçikdir. Yumurta hüceyrəsi oositlərdən böyükdür. Bu sitoplazmada yığılan qida maddələrinin, RNT ehtiyatı hesabınadır. Bu ehtiyat gələcəkdə rüşeymə lazım olur. Tsikl başlayanda 15-20 follikul yetişir, yalnız bir neçəsi böyük ölçüyə çatır (diametri 7-8 mm) və yalnız biri III-lü follikul kimi yetişir (diametri 20-25 mm) **Qraaf qovuqucuğuna** çevrilir. Follikulun yetişməsi 1-20 gün əksər qadınlarda 14 gün davam edir. Neyrohumoral komponentlərin təsirindən follikulda maye toplanır, qabarmış follikul qütbündə yumurta qışası nazikləşir, hormonların təsirindən və follikulyar mayenin təzyiqindən follikul partlayır, ovulyasiya baş verir. Ovulyasiya ərəfəsində birincili oosit II-li oositə çevrilir. Bu çevrilmə ovulyasiyaönü və ya miqrasiya zamanı boruda baş verir. Oositin inkişafı mayalanmaya qədər davam edir. Mayalanma zamanı III-lü oosit və 3 polyar cisim yaranır. Hüceyrələrin diametri 100-150 mkm arasında olur. Yumurta hüceyrəsinin ətrafında follikulyar hüceyrə qatı (corona radiata) ovulyasiyadan sonra da saxlanılır və onun mayalanma şansını artırır (şəkil:3-2)

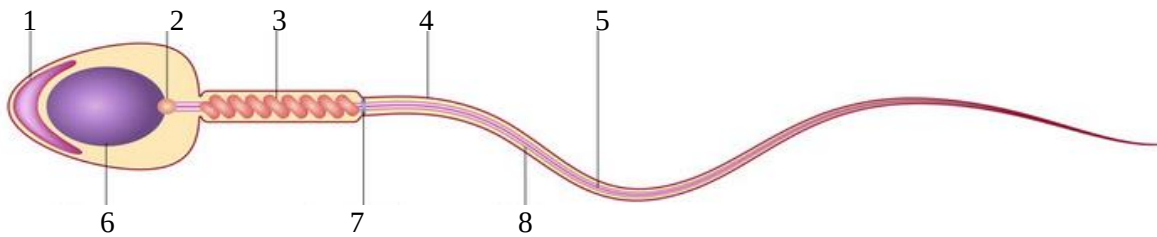
Yetişib partlamış follikulun yerində sarı cisim əmələ gəlir. Sarı cismin əmələ gəlməsi aşağıdakı stadiyalı keçir: qansızma (hemorragik cismin əmələ gəlməsi), proliferasiya, vaskulyarizasiya, çiçəklənmə və geriye inkişaf.

Yumurta hüceyrəsinin quruluşu. Yumurta hüceyrəsi ən böyük, hərəkətsiz, girdə və ya oval formaya malik hüceyrədir. Diametri 100-170 mkm-dir. Başqa hüceyrələr kimi sitoplazma və nüvədən ibarətdir. Sitoplazma yumurta sarısı adlanır, tərkibində çoxlu ribosom, mitoxondri, ferment ifraz edən retikulumun endoplazmatik elementləri vardır. Yumurta sarısı lipidlər, zülallar, minerallar, vitaminlərlə zəngindir. Yumurta sarısının mühüm funksional əhəmiyyəti vardır O, zülalların biosintezi üçün lazım olan komponentdir, rüşeymi qidalı maddələrlə təmin edir, hüceyrədə gedən bütün prosesləri tənzimləyir.

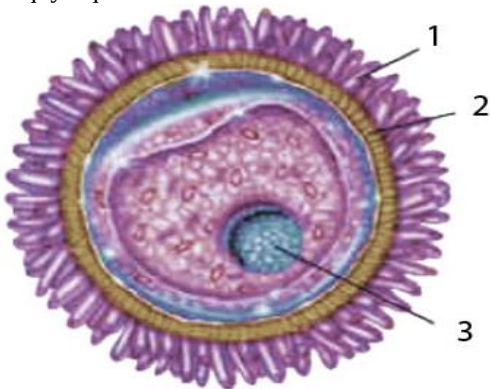
Mayalanma (şəkil:3-2)



Spermatozoidlərin yumurta hüceyrəsinə doğru hərəkəti



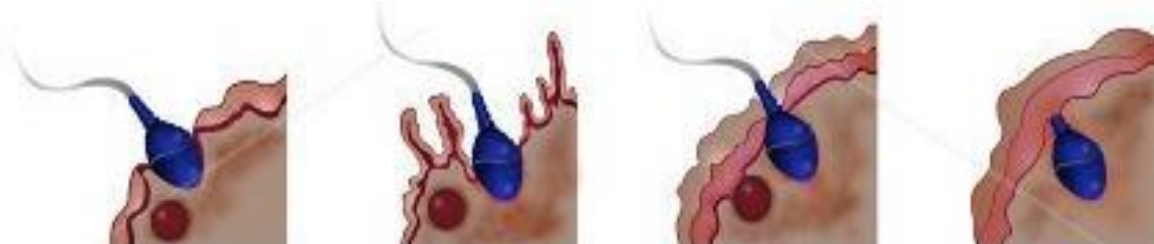
Spermatozoidin quruluşu: 1-akrosom; 2-sentrol; 3-mitoxondri; 4-membran plazması; 5-qaytan; 6-nüvə; 7-terminal disk; 8-quyruq



Yumurta hüceyrəsi: 1-folikulyar hüceyrələr; 2-zona pellucida; 3- nüvə



Akrosomdan hialirunidaza fermentinin ifraz olunması



Spermatozoidin yumurta hüceyrəsinə daxil olması

Yumurta sarı bərabər paylanmışdır, ona görə də nüvə mərkəzdə yerləşir. Başqa hüceyrələrdən fərqli olaraq yumurta hüceyrəsinin nüvəsində 23 (haploid yığım) xromosom var.

Yumurta hüceyrəsi xaricdən plazmatik membran, şəffaf qışa və sualı tacı ilə əhatə olunub. Şəffaf zona mukopolisaxaridlərdən təşkil olunub. Sualı tacı follikulyar hüceyrələr əmələ gətirir.

Yumurta hüceyrəsinin qışaları qoruyucu funksiya yerinə yetirir: yumurta hüceyrəsinə birdən artıq spermatozoidin daxil olmasının qarşısını alır; yumurta hüceyrəsinin implantasiyasını təmin edir; rüşeymin ilkin formasını müəyyənləşdirir.

Mayalanma. Yetişmiş kişi cinsiyyət hüceyrəsi ilə (spermatozoid) qadın cinsiyyət hüceyrəsinin (yumurta hüceyrəsi) birləşməsi mayalanma adlanır. Nəticədə ata və ananın genetik informasiyasının daşıyıcısı olan ziqota əmələ gəlir.

Qadın və kişi cinsi hüceyrələrinin yetişməsi çox mürəkkəb bir prosesdir: bu proses meyoza reduktiv bölünmə ilə başa çatır, hər iki hüceyrənin nüvəsində xromosomların sayı 2 dəfə azalır.

Yəni haploid xromosom yığını əmələ gəlir (23 ədəd). Mayalanma nəticəsində əmələ gələn yeni hüceyrənin nüvəsi isə tam (diploid) xromosom yığına (46 ədəd) malik olur (23 ata+23 ana xromosomları). Spermatozoidlərdə olan cinsi xromosomlar bir-brindən fərqlənir: 50%-də "X", 50% də "Y" xromosomu olur. Yumurta hüceyrəsində isə bir növ cinsi xromosom iki ("X") vardır. "X" xromosomu daşıyan spermatozoidlə yumurta hüceyrəsinin birləşməsindən qadın cinsli embrion, "Y" xromosom daşıyan spermatozoidlə yumurta hüceyrəsinin birləşməsindən isə kişi cinsli embrion yaranır.

Cinsi akt zamanı uşaqılıq yoluna, xüsusilə arxa tağa 3-5 ml sperma tökülür. Uşaqılıq boynu kanalının xarici dəliyi arxa tağa yönəlib. Bu dəlik vasitəsi ilə spermatozoidlər uşaqılıq boynu kanalına oradan uşaqılığa düşür. Spermatozoidlərin uşaqılığa düşməsində servikal kanaldakı selikli tıxacın da böyük rolu var: cinsi aktda orqazm zamanı uşaqılıq əzələlərinin yığılması hesabına selikli tıxac xaricə – arxa tağa atılır; burada spermaya bürünür və uşaqılıq əzələləri boşalan zaman uşaqılıq boynu kanalına qaydır, özü ilə spermatozoidləri də aparır.

Sağlam qadınların uşaqılıq yolu turş mühitə malik olur. Selikli tıxac zəif qələvi reaksiyalıdır. Selikli tıxaca bürünmüş spermatozoidlər uşaqılıq yolunun turş mühitindən qorunmuş olur. Turş mühit spermatozoidlərin həyat fəaliyyəti üçün əlverişsizdir. Spermatozoidlərin özləri də turş mühitdən xilas olmaq üçün uşaqılıq boynuna can atırlar (şəkil:3-2).

Yumurta hüceyrəsini mayalandırmaq üçün yalnız bir spermatozoid kifayət edir. Normal eyakulasiya zamanı uşaqılıq yoluna orta hesabla 300 mln spermatozoid tökülür, onların bir hissəsi uşaqılıq yolundan xaric olur, bir hissəsi uşaqılıq yolunun turş mühitində məhv olur, bir hissəsi immunoloji prosesə məruz qalır və funksional cəhətdən yararsız olur. Spermatozoidlərin bir hissəsi, o cümlədən yararsızlar uşaqılıq yolunda qalır və faqasitoza uğrayır. Spermatozoidlərin bir hissəsi boş uşaqılıq borusuna düşür və 1000-ə qədər spermatozoid yumurta hüceyrəsinə çatır. Spermatozoidlərlə birlikdə uşaqılıq yoluna spermanın digər tərkib hissələri–prostoglandinlər də daxil olur. Prostoglandinlərin təsirindən uşaqılıq və uşaqılıq borularının hərəkəti artır; bu spermatozoidlərin normal hərəkəti üçün vacibdir.

Müasir elmi tədqiqatlar göstərir ki, uşaqılıq borularında spermatozoidlərin hərəkəti ikifazlı prosesdir. Birinci (qısa) fazada spermatozoidlər borunun ampulyar hissəsinə daxil olmağa başlayır. Bu faza cəmi bir neçə dəqiqə davam edir, uşaqılığın və boruların yığılma aktivliyi ilə tənzimlənir. Bundan sonra daha uzun ikinci faza başlayır: bu fazada spermatozoidlər kifayət qədər kiçik sürətlə mayalanma yerinə qədər hərəkət edirlər. Cinsi əlaqədən 1,5-2 saat sonra spermatozoidlər uşaqılıq boşluğuna, bundan 3-4 saat sonra uşaqılıq borularına düşür.

Yumurta hüceyrəsi praktik olaraq sərbəst hərəkət etmir. Follikul partladıqdan sonra sualı tacı ilə əhatə olunmuş yumurta hüceyrəsi qarın boşluğuna düşür. Boruların saçaqları, xüsusilə yumurtalıq saçağı yumurta hüceyrəsini əhatə edir və onun uşaqılıq borusuna ötürülməsini asanlaşdırır. Yumurta hüceyrəsinin uşaqılıq borusuna düşməsində boruların sorucu peristaltik hərəkəti və kiprikli epitelin ehtizasının böyük əhəmiyyəti var. Bu faktorlar maye cərəyanının qıfıdan uşaqılığa doğru hərəkətini təmin edir. Yumurta hüceyrəsinin boruya düşməsində ovulyasiya zamanı qarın presinin reflektori yığılmasının da rolu böyükdür. Uşaqılıq borusunun ampulyar hissəsinə düşmüş yumurta hü-

ceyrəsinə spermatozoidlər hücum edir. Yalnız bir spermatozoid akrosomundan hialurinidaza fermenti ifraz edərək şəffaf qışanı əridir və yumurta hüceyrəsinin daxilinə keçir. Bundan sonra şəffaf qışa sərtləşir və digər spermatozoidlərin yumurta hüceyrəsinə keçməsinin qarşısını alır. Spermatozoid yumurta hüceyrəsinə daxil olduqdan sonra yumurta hüceyrəsinin yetişməsi başa çatır. O, III-lü ositə çevrilir. Yumurta hüceyrəsinin mayalanma qabiliyyəti 24 saatdır (şəkil: 3-2).

Kapasitasiya və aktivliyinin hesabına spermatozoid quyruğunu itirir və **kişi pronukleusuna** çevrilir. Yetişmiş yumurta hüceyrəsinin nüvəsindən **qadın pronukleusu** formalaşır.

Yumurta hüceyrəsinə düşməyən spermatozoidlər məhv olur və faqasitoza uğrayır. Yuxarıda göstəriləyi kimi spermatozoidlərin 50%-i “X”, 50%-i “Y” xromosomu daşıyır, “Y” xromosomu daşıyıcıları nisbətən böyük ölçülüdür, hərəkət sürəti azdır və turş mühitə davamsızdır. “X” xromosomu daşıyıcıları daha kiçik, daha aktiv hərəkətlidir və turş mühitdə aktivliyini saxlayırlar.

İki haploid (yarımçıq) xromosom yığımlı pronukleus yaxınlaşır, ata və ana xromosomları diploid (tam yığım) nüvədə birləşir. Pronukleusların birləşməsi hüceyrədə DNT-nin sintezi, yeni orqanizm – ziqotanın birinci genetik bölünməsi üçün siqnaldir. Bu, mayalanmanın (fertilizasiyanın) sonudur. Hamiləlik başlayır. Ovulyasiya ilə mayalanma arasındakı vaxt 12-24 saatdır.

§2. Döl yumurtasının inkişafı

Mayalanmış yumurta hüceyrəsi **ziqota** adlanır. Mayalanmadan 24 saat sonra ziqota bölünməyə başlayır. İlk bölünmə sinxron xarakter daşıyır. Bölünmə nəticəsində yaranan 2 blastomerdən 12 saat sonra 4 blastomer əmələ gəlir. Mayalanmadan 96 saat sonra ziqota 16-32 blastomerdən (morula mərhələsi) ibarət olur (şəkil:3-3). Yumurta hüceyrəsi bölünə-bölünə uşaqlığa doğru miqrasiya edir. Yumurta hüceyrəsi sərbəst hərəkət edə bilmir. Onun uşaqlığa doğru hərəkətini əsasən borunun ritmik peristaltikası təmin edir.

Boruların kinetikasi isə estragenlərin və progesteronun hesabına baş verir. Boruların selikli qışasının kiprikli epiteldən təşkil olunması, bu kipriklərin borudan uşaqlığa doğru ehtizası, boruların selikli qışa büküşlərinin köndələn yerləşməsi, borularda olan qədəhəbənzər hüceyrələrin ifraz etdiyi şirənin morulanı əhatə etməsi, selikli qışanı nəmləşdirməsi, bu şirənin uşaqlığa doğru kapillyar cərəyanının təsiri yumurta hüceyrəsinin boruda aktiv hərəkətinə yardımçı olur. 4-5 gün davam edən miqrasiyadan sonra morula mərhələsində olan yumurta hüceyrəsi uşaqlığa düşür, orada blastosistaya çevrilərək uşaqlığın selikli qışasına implantasiya olur.

İmplantasiya – mürəkkəb proses olub, inkişaf edən döl yumurtasının endometriumun epitelinə peyvənd olunması və selikli qışanın daxilinə keçməsidir. Mayalanmadan sonrakı ilk 2-3 gündə döl yumurtası asılmış vəziyyətdə olur. Boru vəzilərinin ifraz etdiyi zülallarla və minerallarla zəngin maye ilə və öz ehtiyatı hesabına qidalanır.

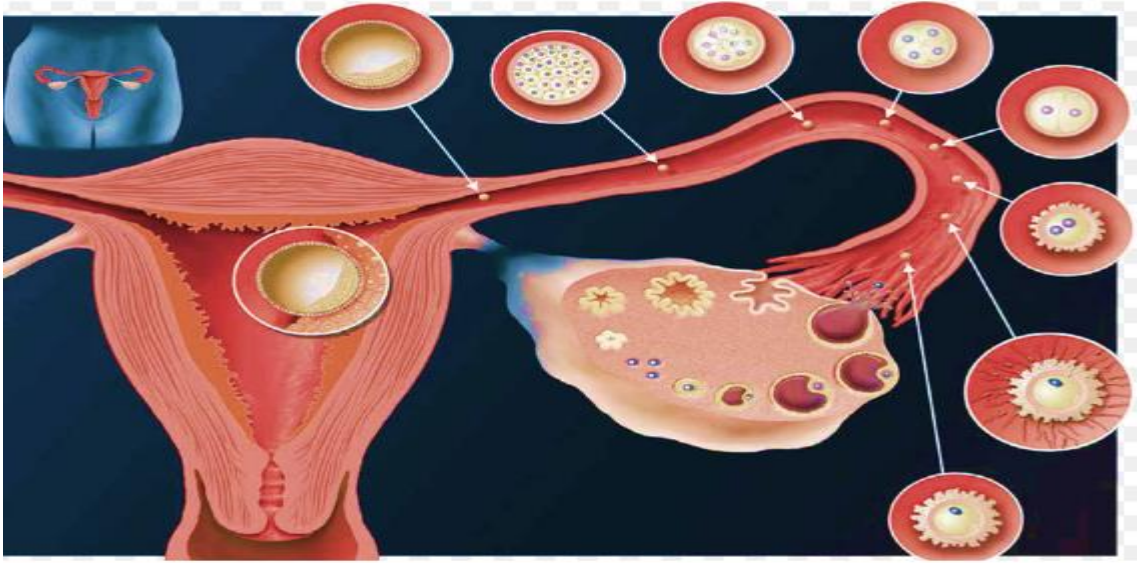
Uşaqlıq boşluğunda blastosistaya çevrilən yumurta hüceyrəsinin iri ölçülü blastomerlərindən embrioblastlar əmələ gəlir və ondan rüşeym inkişaf edir. Döl yumurtasının periferik hissəsində yerləşən digər hüceyrələrdən qidalandırıcı qışa--trofoblast əmələ gətirir. Trofoblastlar uşaqlığın selikli qışasının toxumalarını əridən proteolitik, qlikolitik və digər fermentlər hasil edir. Bu fermentlər selikli qışanın epitel qatını, vəziləri, stroma hüceyrələrini, damarları əridərək, endometriumun funksional qatına nüfuz edir və bundan sonra implantasiya baş verir. Uşaqlıq vəzilərinin ifraz etdiyi fermentlər də implantasiyanı asanlaşdırır.

İmplantasiyanın gedişində 3 mərhələ ayırd edilir: appazisiya--blastosistin uşaqlıq divarına yapışması; adeziya--blastosistlə uşaqlıq epitelini arasına fiziki təmasın artması; invaziya--sitotrofoblastlar və sinsitotrofoblastların endometriumuna daxil olması.

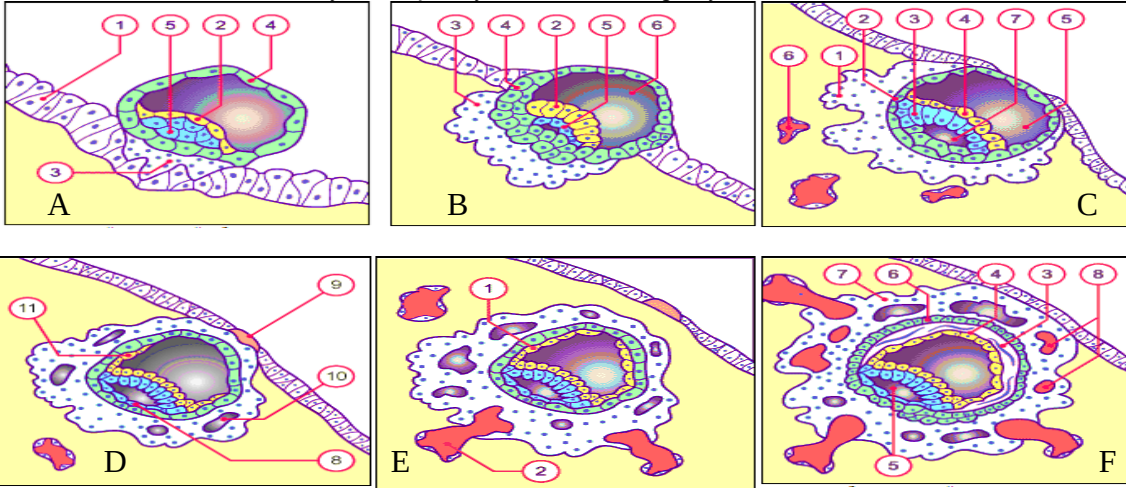
İmplantasiya 4-5 gün davam edir.

I sutkada embrion uşaqlığın selikli qışasına yarıya qədər keçir. II sutkanın sonuna o, bütövlüklə selikli qışanın dərinliyinə sirayət edir. 4-5-ci sutkaya onun üzərindəki defekt tamamilə qapınır, implantasiya prosesi bitir. Bu hamiləliyin III həftəsinə təsadüf edir (şəkil:3-3)

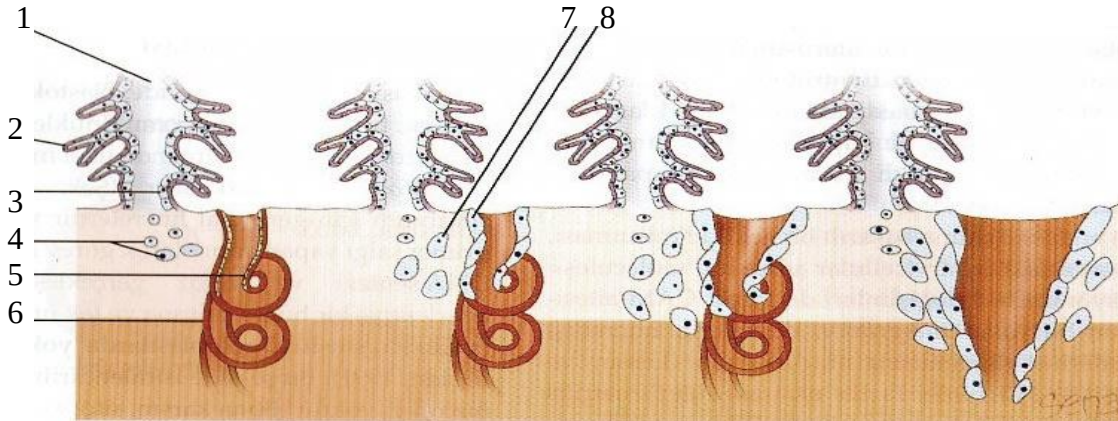
İmplantasiya (şəkil:3-3)



Mayalanmış döl yumurtasının miqrasiyası



İmplantasiya (A-B) 1-uşaqlığın selikli qişasının epiteli; 2-hipoblastlar; 3-sinsitiotrofoblastlar; 4-sitotrofoblastlar; 5-epiblastlar; 6-blastosist boşluğu; (C-D) 1-sinsitiotrofoblastlar; 2-sitotrofoblastlar; 3-epiblastlar; 4-hipoblastlar; 5-blastosist boşluğu; 6-ana kapilyarları; 7-amniotik boşluq; 8-amnioblastlar; 9-fibrin plaqin; 10-trofoblast lakunaları; 11-çoxalmış hipoblastlar; (E-F) 1-hipoblastlar; 2-eroziyaya uğramış ana kapilyarları; 3-ekstraembrional retikulum; 4-Heuser membranı; 5-amniotik boşluq; 6-sitotrofoblastlar; 7-sinsitiotrofoblastlar; 8-qanla dolmuş boşluqlar.



Hamiləliyin
erken vaxtları

I trimestr

II trimestr

III trimestr

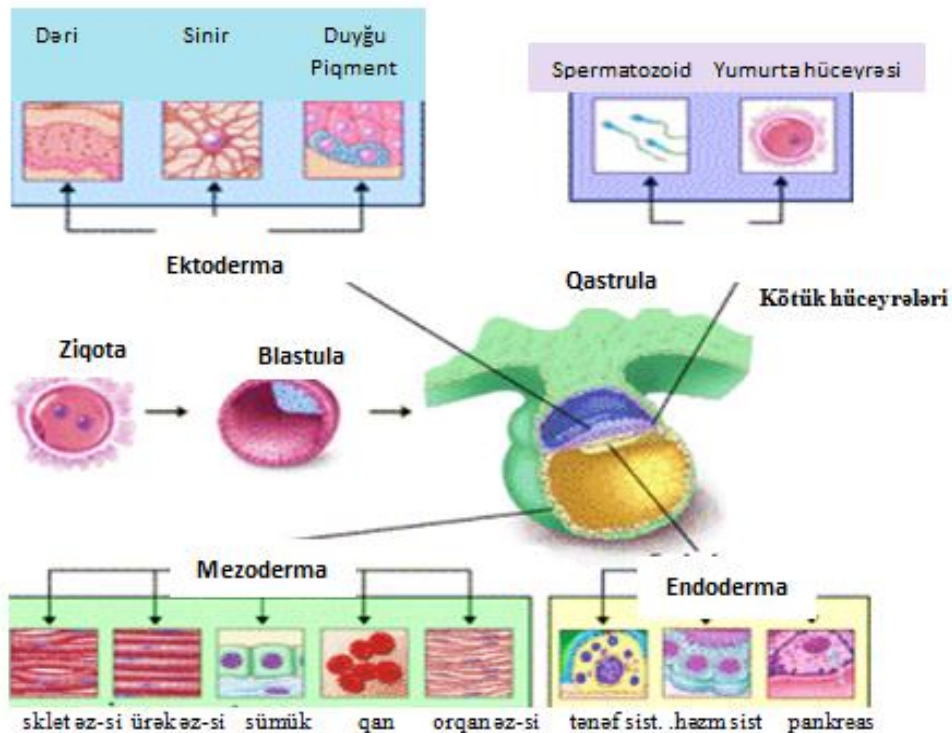
Trofoblastların endometriuma invaziyası: 1-xov; 2-sinsitiotrofoblast; 3-sitotrofoblast; 4-ekstravillyoz trofoblast; 5-endo-
tel; 6-spiral arteriyalar; 7-interstisial ekstravillyoz trofoblastlar; 8-endovaskulyar ekstravillyoz trofoblastlar

Blastosista selikli qışaya girərkən ətraf toxumalarda vaskulyarizasiya güclənir, birləşdirici toxuma hüceyrələri böyüyür və qlikogenlə zənginləşir. İmplantasiyaya hazır olan endometriumda (sekresiya fazası) rüşeymin qidalanması üçün zəruri maddələr olur. Selikli qışanın trofoblastla təmasda olan hissəsi əriyir, yumurta hüceyrəsi ətrafında olan toxumalar parçalanır və rüşeyim üçün qidalı mühit əmələ gətirir. Bu embriotrof və ya “uşaqlıq südü” adlanır. İmplantasiya mərhələsindən sonra rüşeyim və onun qışaları sürətlə inkişaf etməyə başlayır.

İmplantasiya başa çatdıqdan sonra trofoblastlar villiyoz və ekstravilliyoz olmaqla iki qrupa bölünür (şəkil:3-3). Villiyoz trofoblastlar çift xovlarını əmələ gətirir (ilkin xovlar). Ekstravilliyoz trofoblastlar da öz növbəsində iki yerə ayrılır: interstisial və endovaskulyar. Interstisial hüceyrələr endometriuma keçir (implantasion sinsitium) və uşaqlığın spiral arteriyalarını əhatə edir. Endovaskulyar trofoblastlar spiral arteriyalarının divarını penetrasiya edərək ora daxil olur (rezorbsion sinsitium).

Döl yumurtasının xarici qatına xovlu qışa (xorion) deyilir: xovlarla uşaqlığın selikli qışası arasındakı toxuma parçalanır və zədələnmiş damarlardan buraya keçən ana qanı sirkulyasiya edir. Rüşeym oksigen və qida maddələrini məhz bu sahədən alır. Birincili xovlararsı sahə adlanan bu boşluq mayalanmış yumurtanı hər tərəfdən əhatə edir. Rüşeym inkişafının sonrakı mərhələlərində boşluq yalnız çift sahəsində qalır: buna ikincili xovlararası boşluq deyilir.

Trofoblastla birgə embrioblast da inkişaf edir. Onun inkişafı hələ fallop boşluğunda olarkən başlayır. Uşaqlığa düşdükdən sonra embrioblastın inkişafı daha da sürətlənir. İmplantasiyadan sonra blastosist boşluğunu əhatə edən hüceyrələr **mezoblasta** çevrilir. Blastosistin bir segmentində əmələ gələn, hüceyrə toplanışından iki embrional düyüncük əmələ gəlir: **ektoblast və endoblast**. Ektoblastın və endoblastın daxili sonradan qovuquğa çevrilir. Ektoblast qovuquğundan su boşluğu—**amnion boşluğu**, endoblast qovuquğu ayaqciqla trofoblasta birləşir və ondan **yumurta sarısı boşluğu** əmələ gəlir. Amnion və yumurta sarısı qovuğunun arasına toplanmış endoblast və ektoblast hüceyrələri gələcək dölün mayasını təşkil edir. Ektoblast, endoblast və mezoblast hüceyrələrindən 3 rüşeym vərəqi əmələ gəlir – ektoderma, endoderma və mezoderma. Bu üç rüşeym vərəqi dölün bütün toxuma və orqanlarının inkişafına başlanğıc verir: ektodermada – sinir toxuması və epidermis; mezodermadan – sklet əzələləri, birləşdirici toxuma və qan dövrəni; endodermadan–həzm və zülal, həzm traktının və tənəffüs yollarının epitelləri, kötük hüceyrələrindən cinsi hüceyrələr və qan hüceyrələri əmələ gəlir (şəkil: 3-4).



Şəkil: 3-4. Rüşeym qışaları

Şəffaf mayenin yığılması nəticəsində tezliklə amnion qovuğu böyüyür, xovlu qışaya yaxınlaşır, nəhayət ona sıx birləşir. Bu zaman blastosist boşluğu yox olur. Beləliklə, rüşeym yumurta sarısı qovuğu ilə amnion arasında yerləşir, tədricən tamamilə amnion boşluğuna daxil olur. Amnion boşluğu böyüdükcə, yumurta sarısı qovuğu tədricən kiçilir, divarları atrofiyalaşır.

Qışaların əmələ gəlməsi ilə eyni vaxtda rüşeymin ilkin bağırsağının arxa ucundan bir çıxıntı əmələ gəlir. Qan damarları ilə zəngin olan bu çıxıntıya **rüşeym sidikliyi** və ya **allantois** deyilir. Trofoblastı amnion qovuqucuğu ilə birləşdirən ayaqcıq allantoisi də xovlu qışa ilə birləşdirir. Allantois vasitəsi ilə rüşeymdən xovlu qışaya damarlar gedir, xorionun bütün xovlarına damarlar daxil olur və rüşeymi qanla təmin edilir. Bu rüşeymin **allantois qan dövrəni** adlanır və ananın orqanizmi ilə rüşeym arasında mövcud olan mübadiləni intensiv təmin edir. Rüşeymin inkişaf mərhələsi başa çatdıqdan sonra döl amnion mayesi və 3 qışa ilə əhatə edilir: **Desidual, xovlu (xorion) və su (amnion) qışası**.

§ 3. Döl qışaları, cift və göbək ciyəsi

Desidual (decidua) və ya düşücü qışa. Hamiləlik başladıqdan sonra, uşaqlığın selikli qışasının funksional qatı xeyli şişib qanla dolur, döl doğulduqdan sonra bu qışa uşaqlıq divarından qopub ciftlə birlikdə düşür ona görə, **düşücü qışa** adlanır. Mayalanmış yumurta hüceyrəsi uşaqlıq boşluğuna düşdükdə uşaqlığın selikli qışası sekresiya fazasında olur: orada olan vəzilər sekretlə dolur, qlikogen, lipidlər, qlikoproteinlər, neytral mikrosaxaridlər, fosfor, kalsium və digər mikroelementlərlə zəngin olur; bu rüşeyimin normal qidalanmasını və inkişafını təmin edir. Desidual qışada bioloji aktiv maddələr – prostoqlandinlər də tapılmışdır. Onun iki qatı vardır: uşaqlıq boşluğuna baxan sıx və ya **kompakt qat**, uşaqlığın əzələ qışasına baxan **süngər (spongioz) qat**.

Hamiləlik zamanı uşaqlıq boşluğunun selikli qışası qalınlaşdığına görə süngəri qatla kompakt qat arasında fərq çox bilinmir. Kompakt qatda olan iri və dairəvi hüceyrələr qlikogen, zülal və mukopolisaxaridlərlə zəngindir. Güman olunur ki, onlar faqasitar qabiliyyətə malikdir və hormonlar (prolaktin və s.) ifraz edirlər.

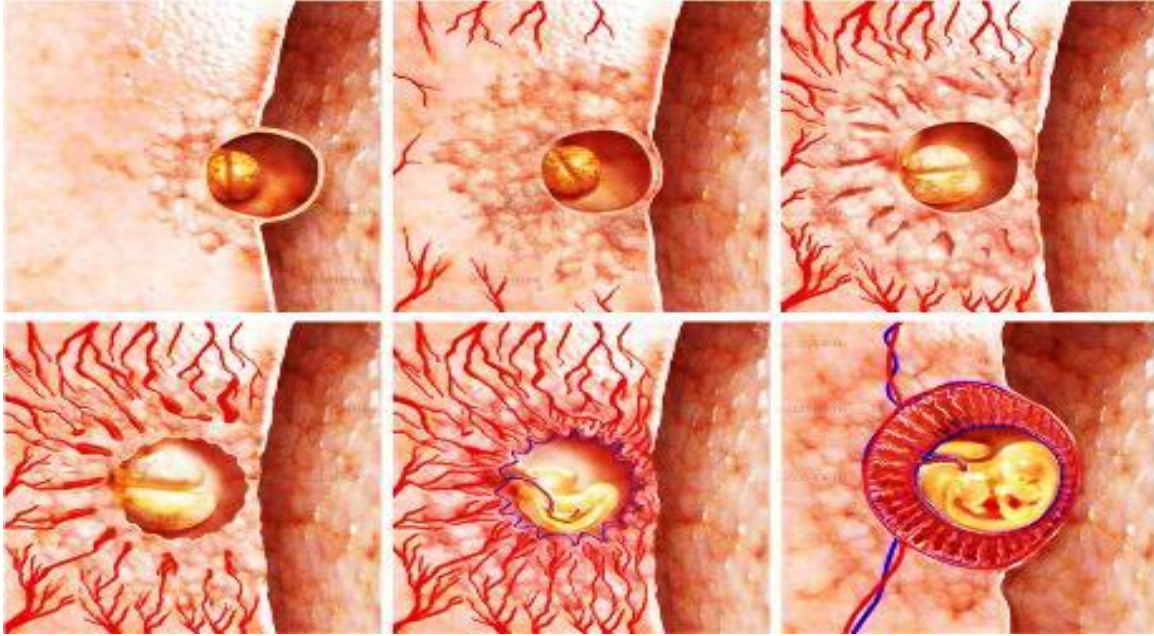
Süngəri qat qan damarları və vəzilərlə zəngindir. Mayalanmış yumurta hüceyrəsi düşücü qışanın dərinliyinə sirayət edir və bu qışa ilə əhatə olunur. Yumurta hüceyrəsi ilə uşaqlıq divarı arasında olan hissə **bazal desidual qışa**, döl yumurtasını digər tərəflərdən əhatə edən hissə **kapsulyar desidual qışa** adlanır. Uşaqlıq boşluğu divarlarında olan hissə isə divaryanı və ya **parietal desidual qışa** adlanır (şəkil:3-5).

Döl qışası inkişaf etdikcə yalnız bazal desidual qışa qalınlaşır və ciftin hissəsinə çevrilir. Bu hissəyə çoxlu xovlar daxil olur, onların ətrafında xovlararası sahə əmələ gəlir, bura ananın qan damarlarından qan daxil olur və xovların üzərini yuyur. Hamiləliyin IV–V aylarında kapsulyar desidual qışa və parietal desidual qışa xeyli dartılır və nazıqlaşır və nəhayət atrofiyalaşır.

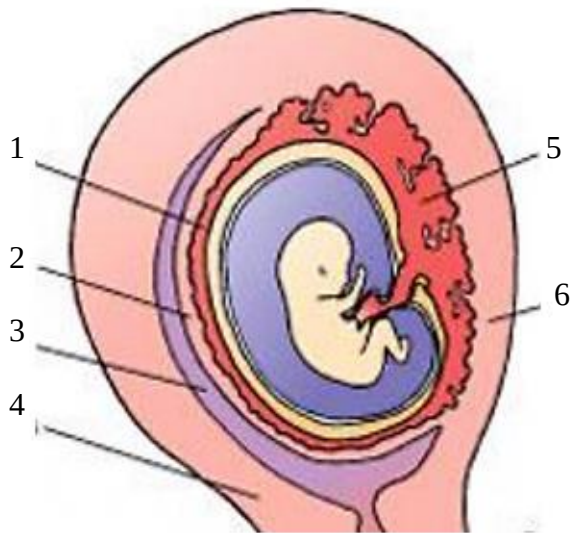
Xovlu qışa və ya xorion (chorion) – trofoblastlardan və mezoblastlardan əmələ gəlir. I-li xovlarda qan damarları olmur, onlara ekstraembrionik mezoderma daxil olduqdan sonra II-li xovlara, hamiləliyin I ayının sonunda (4 cü həftədə) allantoisdən qan damarları daxil olduqdan sonra III-lü xovlara çevrilirlər. İlk vaxtlar döl yumurtası xovlarla hər tərəfdən bərabər örtülür. Hamiləliyin II ayının sonundan başlayaraq, xovların kapsulyar desidual qışaya birləşən hissəsi atrofiyalaşır, III ayda isə xovlu qışanın bir hissəsində xovlar tamamilə itir, xorion qışa hamarlaşır. Bu sahəyə **hamar xovlu qışa** (chorion laeve) deyilir. Bu qışanın xarici tərəfi uşaqlığın həqiqi desidual qışasına sıx yapışır, daxili tərəfi isə su qışası ilə sıx təmasda olur. Xovların bazal desidual qışaya birləşən əks tərəfi inkişaf edərək şaxələnir, xovlar artıb, çoxalır. Buna **yumşaq xorion** (chorion fundosum) deyilir. Sonradan bu hissə ciftin döl hissəsinə çevrilir.

Su qışası və ya amnion qışa dölü və dölyanı mayeni əhatə edən qapalı kisəyə bənzəyir. Amnion nazik bir qışadır: epitel, birləşdirici toxuma və mezenxima qatlarından ibarətdir. Hamiləlik inkişaf etdikcə amnion boşluğu da böyüyür, amnion xoriona yapışır.

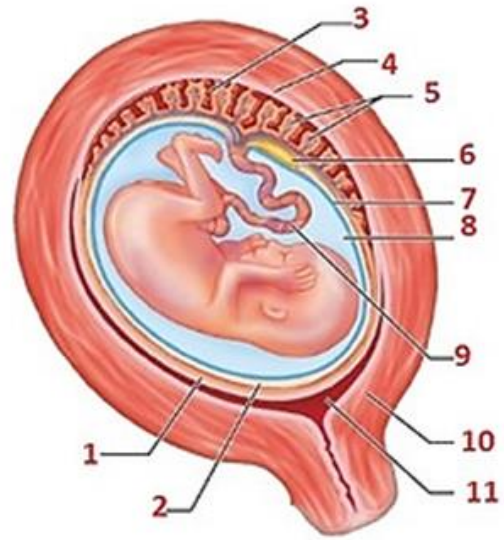
Cift və döl qışaları(şəkil:3-5)



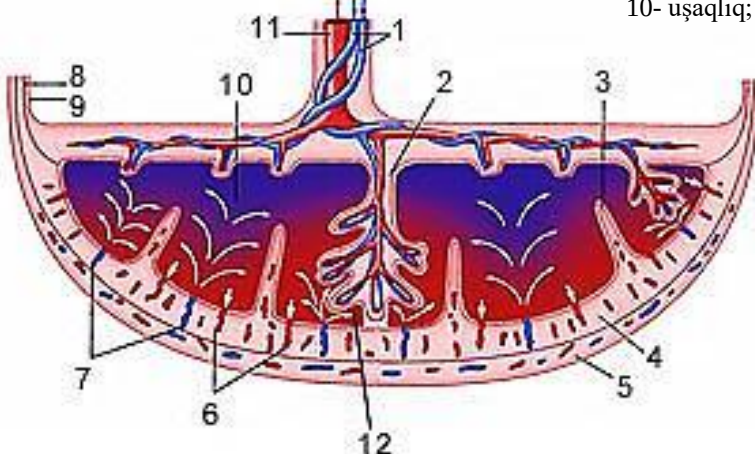
Implantasiya, ziqotanın inkişafı və ciftin formalaşması



Desidual qışanın süngəri qatının hissələri:
1-hamar xorion;2-kapsulyar desidual qışa;
3-uşaqlıq boşluğu;4-parietal desidual qışa;
5-yumşaq xorion; 6-bazal desidual qışa



Cift, embrionik və ekstraembrionik törəmələr (13 həftə):
1- parietal desidual qışa; 2-ekstraembrionik sərhəd; 3-cift;
4-kapsulyar desidual qışa; 5-xorion xovları; 6-yumurta sarısı;
7-amnion qışa; 8-amnion maye; 9-göbək ciyəsi;
10- uşaqlıq; 11- uşaqlıq boşluğu



Ciftin quruluşu: 1-göbə arteriyası;
2-sutun xovları; 3-desidual arakəsmə;
4-desidual qat; 5-miometrium; 6- vena-
lar; 7-spiral arteriyalar; 8- xorion;
9- amnion; 10-xovlararası sahə; 11-gö-

bək venası; 12-kotiledon

O, ciftin daxili səthini örtür, göbək ciyəsinə keçərək onu futlyar kimi əhatə edir, göbək nahiyəsində rüşeymin xarici qışası ilə birləşir. Amnion qışanı örtən epitel hüceyrələri silindrik və kub formasındadır. Onlar dölyanı mayenin əmələ gəlməsində iştirak edirlər. Su qışası xoriona möhkəm yapışır, lakin onu xoriondan küt üsulla ayırmaq olur. Amnion boşluğunda dölyanı maye toplanır. Dölyanı maye mürəkkəb tərkibli maye olub, döl və ana arasındakı mübadilədə iştirak edir. Hamiləliyin müddətindən asılı olaraq, dölyanı mayenin əmələ gəlməsində müxtəlif mənbələr iştirak edir: embrional dövrdə – trofoblastlar; hamiləliyin II trimestrinə – xorion xovları, amnion epiteli, ana qanının plazması; hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra dölün böyrəkləri və ağ ciyərləri.

Dölyanı maye amnion boşluğunu tutur, onun miqdarı 0,5-1,5 l-dir. Dölyanı mayenin fizioloji aktivliyi çoxdur. Onun Ph–6,98–7,23-dir, yəni mühit zəif qələvidir. Dölyanı mayenin tərkibində zülallar, yağlar, lipidlər, karbohidratlar, kalsium, kalium, natrium, mikroelementlər, fermentlər, hormonlar, uşaqlığın tonusunu artıran bioloji aktiv maddələr (oksitosin), qanın laxtalanmasında iştirak edən amilər (prostoqlandinlər), qan qrupuna aid olan agentlər, lizosim, süd və başqa turşular və döl hüceyrələri var. Hamiləliyin birinci yarısında, ilk aylarda dölyanı maye intensiv yaranır, sonrakı aylarda bu intensivlik azalır.

Dölyanı mayenin fizioloji əhəmiyyəti böyükdür:

1-dölün bətdaxili sərbəst hərəkətini və inkişafını təmin edir;

2-dölü xarici mühitin mənfi təsirlərindən (zədələnmədən) müdafiə edir;

3-dölün maddələr mübadiləsində iştirak edir, göbək ciyəsinin döllə uşaqlıq divarı arasında sıxılmasının qarşısını alır;

4-doğuş zamanı əmələ gələn döl qovuğu uşaqlıq boynunun açılmasına yardım edir.

Beləliklə, dölə yaxın qışa su (amnion) qışadır, ona xovlu (xorion) qışa yapışır, xarici düşüncü (desidual) qışadır.

Cift (plasenta) hamiləliyin vacib orqanıdır. O, ana ilə döl arasında maddələr mübadiləsini təmin edir, onu infeksiya və digər zərərli faktorlardan, ananın immun sistemindən qoruyur.

Cift həm də hormonal funksiya yerinə yetirir, hamiləlik zamanı hemostazı müəyyənləşdirir, ananı doğuşa və laktasiyaya hazırlayır. Cift döl üçün ağ ciyərləri, böyrəkləri, dərini, həzm sistemi orqanlarını və digər orqanları əvəz edir.

Cift desidual qışanın bazal hissəsindən və kəskin surətdə şaxələnməmiş xovlu qışadan ibarətdir. Onun əsas kütləsini bir neçə dəfə şaxələnməmiş ağcabənzər xovlu qışa təşkil edir.

İri xovlar kiçik xovlara şaxələndiyi kimi onların daxilindən keçən qan damarları kiçik damarlara bölünür, hətta son xovlarda xırda kapilyarlara çevrilir. Hamiləlik inkişaf etdikcə xovların sayı artır, ana döl arasında təmas səthi artıq üçün, ana ilə döl arasında olan qan dövrəni də artır.

Yetişmiş ciftə təmas səthi yaşlı insan bədəninin səthindən və ağ ciyər alveollarının səthindən xeyli çoxdur. Bütün xovların səthi 10-16 m²-ə qədərdir. Xovların bəzisi desidua bazalis vasitəsi ilə ana toxumalarına keçir, bunlar **bərkidici, təsbitedici və ya lövbər xovları** adlanır. Xovların əksəriyyəti sərbəstdir, xovlararası sahədə sirkulyasiya edən qanla əhatə olunur, ikiqat epitellə örtülüb. Xarici qatın əsas kütləsini hüceyrəsiz, protoplazmatik, lakin nüvəli qışa təşkil edir, buna **sinsiti və ya plazmoidotrofoblast** deyilir.

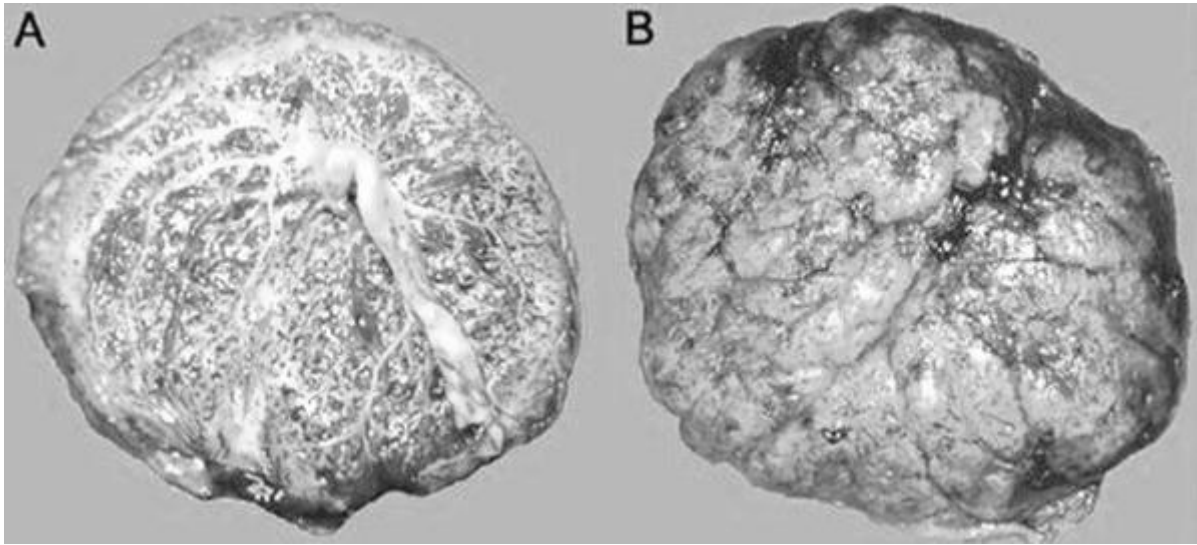
Sinsitilərin səthində mikroxovlar yerləşir, onları ancaq elektron mikroskopu altında görmək olar. Sinsiti ana qanından döl orqanizminə daxil olan qida maddələrinin dəyişikliyə uğramasında və dölün mübadilə məhsullarının xaric edilməsində mühüm rol oynayır. Sinsitilərdə lipaza, diastaza, amillaza və digər fermentlər vardır; onlarda zülallar və digər iri molekullu birləşmələr sintez olunur. Sinsitilərin alt hissəsində sitotrofoblast hüceyrələrindən və xovlu epiteldən ibarət qışa var. Sitotrofoblastda mürəkkəb fermentativ proseslər, hormon sintezi, maddələr mübadiləsi baş verir. Hamiləliyin II yarısında xovlarda sitotrofoblastlar tamamilə yox olur.

Ciftin ana hissəsi qalınlaşmış desidua bazalisdən ibarətdir. Bu hissədə olan çökəkliklər daim ana qanı ilə təmasda olur və sanki ana qanı ilə “yuyulur”. Çökəkliklərdə desidual çıxıntılar vardır. Onlara lövbər xovlar birləşir. Çıxıntıların daxilində xovlararası sahədə arteriyalar vasitəsi ilə ana

qanı axır. Xovların daxilindəki qan damarlarından axan ana qanı döl qanına qarışmır və laxtalanmır, çünki xovların sinsitial hüceyrələrinin ifraz etdiyi maddələr buna mane olur. Ananın qanından dölün qanına oksigen, qida maddələri və digər maddələr daxil olur dölün normal inkişafını təmin edir. Eyni zamanda döl qanından ana qanına karbon qazı və mübadilə məhsulları daxil olur.

Cift toxuması həm də daxili sekresiya vəzisi funksiyasına malikdir. Sitotrofoblastlar xorion qonadotropin ifraz edir. Hamiləliyin I yarısında qanda bu hormonun konsentrasiyası çox olur. Qonadotropinin ifrazı bir neçə ay davam edir: xorial qonadotropini (XQ) prolaktinlə (PRL) birlikdə sarı cismnin aktiv fəaliyyətini təmin edir. Bununla bərabər, plasental laktogen (PL), estragen hormonları ifraz olunur. Hamiləliyin II yarısında estragenin sintezi kəskin sürətlənir. Hamiləliyin sonunda ciftə estradiolun və estronun fraksiyası artır, bu da uşaqlığın qıcıqlanma və yığılma qabiliyyətini artırır.

Hamiləliyin III–IV aylarından başlayaraq ciftə progesteronun da sintezi artır. Bu dövrdə sarı cismnin daxili sekresiya vəzisi funksiyası bitir, ciftin fəaliyyəti başlayır. Cift toxumasında oksitosin, histamin, vazopressin, asetilxolin və prostoqlondinlər müəyyən olunmuşdur. Ciftə dölün qan qrupuna uyğun gələn antigenlər tapılmışdır. Burada qanın laxtalanmasına təsir edən amillər olur: onlar xovlararası sahədə qanın düzgün sirkulyasiyasını təmin edir və doğuşdan sonra qanaxmanın qarşısını alır (bu ciftədən ifraz olunan trofoblastinin hesabına baş verir). Cift döl orqanizmini zərərli amillərin təsirindən qoruyur. Lakin bəzi zərərli maddələri, virusları, bakteriyaları, dərman preparatlarını çox asanlıqla keçirir və onların dölə mənfi təsirinin qarşısını ala bilmir. Antibiotiklər, sulfanilamidlər, salisilatlar, nikotin və digər formokoloji preparatlar ciftədən dölə keçir.



Şəkil:3-6. Cift. A- döl səthi; B-ana səthi

Yetişmiş cift girdə, qalın və yumşaqdır. Hamiləliyin sonuna diametri 15-20 sm, qalınlı 2-3 sm, çəkisi 400-600 qr olur. Ciftə döl və ana səthi vardır. Ciftin döl səthi hamardır. Göbək ciyəsi burada birləşir və onun kökündən ciftin hər tərəfinə doğru qan damarları gedir (şəkil:3-6). Ciftin ana səthi nahamar bozuntul qırmızı rəngdədir və dərin şırımlar vasitəsi ilə paycıqlara bölünür. Cift 20-dən çox paycıqdan ibarətdir. Bu paycıqlara **kotiledonlar** deyilir. Cift toxuması uşaqlığın ön və ya arxa divarının yuxarı hissəsinə yapışır. Nadir hallarda o, uşaqlığın dibinə və yaxud boru küncünə yapışır.

Göbək ciyəsi (funikulis umbilicalis) rüşeymi amnion və xorionla əlaqələndirən amniotik ayaqcıqdan formalaşır. Göbək ciyəsinin tərkibinə yumurta sarısı kisəsinin qalıqları da daxildir. Göbək ciyəsi xaricdən amnionla örtülür, onun əsas kütləsini həlməşik maddə təşkil edir, ona Vartan həlməşiyi deyilir. **Vartan həlməşiyində** göbək damarları – iki arteriya, bir vena vardır. Damarlar

boyunca sinir kötüyü və hüceyrələri yerləşir.

Vena iki arteriya arasında yerləşir. Bu arteriyalar vasitəsi ilə döldən ciftə venoz qan gəlir, göbək venası ilə anadan gəlmiş arterial qan ciftədən dölə keçir. Göbək ciyəsinə 1 dəqiqədə 0,5 l-ə qədər qan axır. Arteriyada sistolik təzyiq 60 mm C st, diastolik təzyiq 30 mm C st. olur.

Damarlar qıvrım şəkildə keçdiyi üçün göbək ciyəsi uzunluğu boyu spiral şəkildə burulur. Göbək ciyəsinin bir ucu ciftə, digər ucu dölün göbək nahıyyəsinə birləşir. Nadir hallarda göbək ciyəsi qışalara birləşir. Bu zaman qan damarları qışaların arasından ciftə keçir. Göbək ciyəsinin uzunluğu, qalınlığı hamiləliyin müddətindən asılıdır. Yetişmiş dölün göbək ciyəsinin uzunluğu təxminən 50-52 sm, diametri 1,5 sm olur. Bəzən göbək ciyəsi çox uzun, 70-80 sm və yaxud da əksinə qısa, 35-40 sm olur.

Son. Göbək ciyəsi, cift və qışalar (su qışası, xovlu qışa və desidual qışa) birlikdə son adlanır. Döl doğulduqdan 10-15 dəqiqə sonra son uşaqlıq divarından soyulub, doğulur.

§ 4. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində baş verən fizioloji dəyişikliklər

Hamilə qadın orqanizminin həyat fəaliyyəti dölün inkişafının təmin edilməsinə və bundan ötürü optimal şəraitin yaradılmasına yönəlmişdir. Mayalanmış döl yumurtasının implantasiyasından döl doğulana qədər, (embrionun və dölün) təlabatı daim artır və ana orqanizmi bu təlabatı ödəmək üçün adaptasion–kompensator mexanizmi təkmilləşdirir. Yeni bir sistem **ana-döl sistemi** yaranır. Bu funksional sistem iki müstəqil orqanizm arasında yaranır və dölün düzgün, fizioloji inkişafını təmin edir. Hamiləlik zamanı ana orqanizminin bütün orqan və sistemlərində müəyyən dəyişikliklər baş verir.

Endokrin sistem. Ana və döl orqanizmini birləşdirən əsas orqan ciftədir. Ciftin və döl hormonlarının təsiri nəticəsində ananın endokrin sistemində mürəkkəb dəyişikliklər baş verir.

Hamiləlik zamanı **hipofizin** ön payı (adenohipofiz) 2-3 dəfə böyüyür, hamiləliyin sonuna çəkisi 100 qr-a çatır. Histoloji müayinə zamanı hipofizin ön payında iri, asidofil hüceyrələr müşahidə olunur ki, bunlar da **“hamiləlik hüceyrələri”** adlanır. Bazofil hüceyrələr demək olar ki, dəyişmir. Güman olunur ki, “hamiləlik hüceyrələri” ciftin cinsi steroid hormonlarının təsirindən əmələ gəlir. “Hamiləlik hüceyrələri” prolaktin ifraz edir. Hamiləliyin əvvəlində prolaktin lüteotropinlə birlikdə sarı cismin funksiyasını stimulyasiya edərək, follikulogenezi dayandırır. Hamiləlik inkişaf etdikcə prolaktinin sintezi artır və süd vəzilərini laktasiyaya hazırlayır.

Hipofizin arxa payı (neyrohipofiz) hamiləlik zamanı böyümür, burada hipotalamusun neyrohormonları – oksitosin və vazopressin toplanır. Oksitosinin toplanması və təsiri ciftə oksitosinazanı blokada edən estrogenin və serotoninin olmasından asılıdır. Oksitosinaza hamiləlik hormonu olub, trofoblastlarda əmələ gəlir və hamilə qadının qanında oksitosini inaktivasiya edir.

Hamiləliyin başlanması və inkişafında **sarı cismin** rolu böyükdür. Sarı cisim yalnız hamiləlik dövründə mövcud olan endokrin vəzidir. Hamiləlik sarı cisminə implantasiyada və hamiləliyin sonrakı inkişafında böyük rol oynayan cinsi hormonlar (progesteron və estragenlər) ifraz olunur. Estragenlər uşaqlıq əzələsində kontraktil zülalların (aktivigen və mizin) sintezini artırır, uşaqlıq əzələlərinin hipertrofiya və hiperplaziyasına səbəb olur. Progesteron döl yumurtasına və uşaqlığa müdafiə təsiri göstərir. Onun təsiri altında əzələ liflərində sinir oyanıqlığının ötürülməsi zəifləyir, nəticədə uşaqlığın sinir-əzələ aparatının aktivliyi azalır. Progesteronun təsirindən süd vəzilərinin vəzi toxuması inkişaf edir.

Sarı cisim hamiləliyin 10-12-ci həftəsinə qədər inkişaf edir, aktiv olur, hamiləliyin inkişafını təmin edir. Sonra tədricən reqresiyaya uğrayır. Hamiləliyin 16-cı həftəsindən hormonal funksiya tamamilə fetoplasentar kompleksə keçir.

Bir çox qadınlarda hamiləlik zamanı **qalxanabənzər** vəzi böyüyür. Bu onun funksiyasına da təsir edir (zülallarla birləşmiş T₄ və T₃-un konsentrasiyası artır). Zərdab qlobinlərinin trioksinlə bir-

ləşməsi fetoplasentar hormonların təsirindəndir.

Hamiləlik zamanı **qalxanabənzərətəraf** vəzilərinin funksiyası bir qədər azalır. Bu da kalsium mübadiləsinin pozulması ilə müşayiət olunur. Nəticədə bəzi qadınların baldır və digər əzələlərində qıcolmalar olur.

Hamiləlik zamanı **böyrəküstü** vəzilərin dəyişikliyə uğraması müşahidə edilir. Onun qabıq maddəsinin qan təchizatı artır və o, hiperplaziyaya uğrayır. Nəticədə qlukokortikoid və mineralokortikoidlərin sintezi artır, spesifik transkordin zülalının sintezi artır. Böyrəküstü vəzin beyin maddəsində morfoloji dəyişikliklər baş vermir.

Cift–ana ilə döl arasında yaranan yeni orqandır. O çoxsaylı mühüm funksiyalar yerinə yetirir. Bunlardan biri də endokrin funksiyasıdır. Ciftə həm steroid, həm də zülal təbiətli hormonlar sintez edilir. Zülal təbiətli hormon–**insan xorial qonadotropini** (İXQ) öz bioloji xüsusiyyəti ilə hipofizin ön payının hormonu olan lüteinləşdirici hormona çox yaxındır. Hamiləliyin 3-cü həftəsindən sidikdə XQ təyin edilir. Onun səviyyəsi 7-ci həftəyə qədər artır, 12-13-cü həftədə azalır, hamiləliyin sonuna qədər sabit qalır.

Plasentar laktogen (PL)–xorion somatotrop hormonu–zülal təbiətlidir. Bu hormonun antiinsulin təsiri nəticəsində qara ciyərdə qlikogeneiz prosesi güclənir, orqanizmin qlükozaya tolerantlığı azalır, lipoliz sürətlənir. PL hamiləliyin 4-cü həftəsindən başlayaraq hamiləliyin sonuna qədər ciftə sintez olunur.

Ciftə peptid təbiətli başqa hormonlar da sintez edilir: melanostimulyasiyaedici (MSH), ade-nokortikotrop (AKTH), treotrop (TTH), oksitosin, vazopressin, həmçinin bioloji aktiv maddələr – relaksin.

Cift steroid mənşəli hormonlar da sintez edir. Hamiləlik zamanı estragenlərin əmələ gəlməsində həm cift toxuması, həm də döl toxumaları iştirak edir. Feto-plasentar sistemin əsas estrageni **estrioldur**. Hamiləlik zamanı estriolun səviyyəsi qanda 5-10 dəfə, sidikdə 100 dəfələrlə artır. Estrogenlərin yüksək səviyyəsi uşaqlığın böyüməsini stimulyasiya edir.

Ciftin ifraz etdiyi hormonlardan biri də **progesterondur**. Bu prosesdə döl toxumaları iştirak etmir. Progesteron dölün böyrəküstü vəzisində kortizola çevrilir. Hamiləlik zamanı progesteronun miqdarı tədricən artır, hamiləliyin sonunda sutkada 250 mq-a qədər progesteron sintez edilir.

Fetoplasentar sistemdən **alfa- fetoprotein** də ifraz olunur.

Bütün bu hormonlar ananın qanına və amniotik mayeyə keçir. Onlar hamiləliyin normal gedişini və dölün inkişafını tənzimləyir. Ananın qanında bu hormonların səviyyəsinə görə dölün vəziyyəti və ciftin funksiyası qiymətləndirilir. Hamiləlik zamanı cift laktogeni və cinsi steroidlərin səviyyəsi kəskin, progressiv artır, doğuşdan əvvəl azalır. Hamiləliyin 31-34-cü həftəsində AFP-nin ən yüksək artımı müşahidə edilir. Onun səviyyəsinə görə dölün inkişaf qüsurları aşkar olunur. Cift qonadotropinləri hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər progressiv artır.

Hamiləlik zamanı bəzi qadınlarda subfebril hərarət müşahidə olunur. Hərətə hamiləliyin 16-20-ci həftəsinə qədər davam edir və hormonal dəyişikliklərlə əlaqədardır. Bazal hərarətin artması hamiləliyin ilkin əlamətlərindən biridir. Sarı cismin degenerasiyası və ciftin progesteron ifrazı başladığından sonra hərarət enir.

İmmun sistem. Hamiləlik zamanı kortizolun, estragenlərin, İXQ–nin, progesteronun miqdarının artması hüceyrə immunitetinin zəifləməsinə səbəb olur, **fizioloji immunsupressiya vəziyyəti** yaranır. Bu bir tərəfdən dölün immün sisteminin yetişməməsi ilə əlaqədardır, digər tərəfdən isə cift, döl qışaları və dölyanı maye immunoloji bəyər rolunu oynayır, dölün düşməsinin qarşısını alır.

İmmunoloji proseslər cinsi hüceyrələrin yetişməsini, mayalanma, implantasiya, embrion və dölün sonrakı inkişafını müşayiət edir.

Maddələr mübadiləsi. Hamiləlik zamanı maddələr mübadiləsindəki dəyişikliklər dölün intensiv böyüməsi, neyro-humoral mexanizmlərin yenidənqurulması və oksigenə tələbatın artması ilə əlaqədardır. Hamiləlik zamanı fermentlərin və ferment sistemlərinin aktivliyi artır, mübadilədə assimilyasiya dissimilyasiyadan üstün olur, həmçinin ifraz olunmalı mübadilə məhsulları artır.

Əsas mübadilə: əsas mübadilə sürətlənir və oksigenə tələbat artır. Bu, hamiləliyin II yarısın-

da və doğuş zamanı daha da artır. Oksigenə tələbatın artması tənəffüsün tezləşməsi, ağ ciyər ventilyasiyasının və bronx keçiriciliyinin artması hesabına kompensasiya olunur.

Zülal mübadiləsi: hamilə qadının orqanizmində azot balansı müsbət olur. Yəni qidanın tərkibində qəbul olunan azot birləşmələrinin çox hissəsi orqanizmdə qalır. Bu zülal sintezinin artması ilə əlaqədardır. Sintez olunan zülalların əsas hissəsi uşaqlığın, süd vəzilərinin və dölnün böyüməsinə sərf edilir, bir hissəsi isə ehtiyat şəklinə doğuşdan sonra süd verərkən sərf olunmaq üçün saxlanılır.

Karbohidrat mübadiləsi: qlükoza ana və dölnün əsas enerji mənbəyidir. Hamiləlik artdıqca qlükozaya olan tələbat da artır, bu da requlyasiya sisteminin daim yenidən qurulmasını tələb edir. Həm hiperqlikemik hormonların (qlikogen, estragenlər, kortizol, hipofizar prolaktin, plasentar laktogen, somatotropin), həm də hipopqlikemik təsirli insulin hormonunun sekresiyasının artması, şəkər mübadiləsinin tənzimində tarazlıq yaradır.

Qlikogen üçün tək-cə qara ciyər və əzələlər deyil, uşaqlıq və cift də depo rolunu oynayır. Hamiləlik zamanı şəkərli diabetin gizli forması aşkar edilir.

Lipid mübadiləsi: hamilə qadının qanında neytral yağların, yağ turşularının, xolesterinin, fosfolipidlərin və digər lipidlərin miqdarı artır. Böyrəküstü vəzilərdə ciftə və süd vəzilərdə də lipidlərin toplanması baş verir. Bundan başqa ana orqanizmində intensiv yağ ehtiyatı toplanır. Bu proses 30-cu həftəyə qədər davam edir, sonra zəifləyir. Son 10 həftədə dölnün orqanizmində piylərin toplanması sürətlənir.

Lipidlər ana və dölnün orqanizminin toxumalarının qurulmasına sərf olunur, həmçinin enerji mənbəyi rolunu oynayır.

Mineral və su mübadiləsi: hamilə qadının orqanizmində bir çox mineral maddələr toplanır. Dölnün sinir sisteminin və skletin inkişafı üçün vacib olan fosforun mənimsənilməsi artır. Qidanın tərkibindən adi hallara nisbətən daha çox dəmir mənimsənilir. Dəmirin artıq hissəsi həm hamilənin sürətlənən qanyaranma prosesində istifadə olunur, həm də dölnün ehtiyacları üçün sərf edilir, bir hissəsi də ciftə və uşaqlıqda toplanır, laktasiya zamanı sərf edilir. Hamilə orqanizmində digər qeyri-üzvü maddələr də (K, Na, Mg, Cl, Cu) toplanır. Bunlar da dölə keçərək, onun normal inkişafını təmin edir. Hamilə qadının Ca, P, Fe-ə tələbatı xüsusilə artır.

Qeyri-üzvü maddələrin orqanizmdə toplanması su mübadiləsinə təsir göstərir. Mübadilə lən-giyir, damardaxili və toxumadaxili maye artır. Toxumalarda suyun miqdarının artması əsasən natrium xloridin orqanizmdən xaric olmasının azalması hesabınadır. Bunun nəticəsində hamiləlik zamanı toxumaların elastikliyi, dartılma qabiliyyəti artır. Hamiləlik zamanı su mübadiləsinin tənzimlənməsində mineralokortikoidlərin (aldesteron), progesteronun və atrial natrium-uretik amilin rolu var.

Vitaminlər: hamiləlik zamanı vitaminlərə olan tələbat kəskin artır. Vitamin "A" dölnün böyüməsində, vitamin "B" fermentativ proseslərdə, sinir sisteminin yaranmasında, vitamin "D" dölnün skletin yaranmasında iştirak edir. Hamiləliyin düzgün inkişafı üçün rəasional qidalanma vacibdir. Əks təqdirdə hamiləliyin inkişafını təmin edən proseslər pozulur: bunun əsas səbəblərindən biri vitamin çatışmazlığıdır. Hipovitaminoz zamanı ciftin inkişafı pozulur. Bəzi vitaminlər orqanizmin özündə istehsal olunur.

Ürək-damar sistemi. Hamiləlik zamanı ürək-damar sisteminin işi artır. Bu dölnün böyüməsi və inkişafı, qadının çəkisinin artması, yeni cift qan dövranının yaranması və qadın orqanizmində gədən bir çox başqa dəyişikliklərlə izah olunur. Hamilənin ürəyi tədricən gərgin vəziyyətə uyğunlaşır: sol mədəcikin fizioloji hipertrofiyası baş verir, ürəyin funksional aktivliyi, dəqiqəlik həcmi artır, nəbz sürətlənir. Ürəyin dəqiqəlik yükü 10-12-ci həftədən sonra daha da artaraq 32-39-cu həftələrə maksimuma çatır və 25-45 % təşkil edir. Dövr edən qanın miqdarı 26-32-ci həftəyə 30-50% artır. Ürək döyüntülərinin tezliyi artaraq hamiləliyin ortalarına dəqiqədə 84-86 vuruq, aşağı boş vena sıxılarda isə daha çox (90 vuruq) olur. Hamiləliyin I yarısında arterial təzyiq azalmağa, II yarısında (xüsusilə 24-26-cı həftələrdə) artmağa meyillidir.

Sol mədəcik və sol qulaqcığın işi həm sistola, həm də diastola zamanı artıq üçün onların dilatasiyası (həqiqi hipotrofiyasız) baş verir. Ürək oxunun yerdəyişməsi, ağ ciyər arteriyasının bükülməsi, qan cərəyanının artması ürəyin dilatasiyasına və 30% qadınlarda sistolik küynün eşidilməsinə

səbəb olur.

EKG-da aşağıdakı dəyişikliklər baş verir: S-T segmentinin azalması, T-dişinin inversiyası, S-dişinin artması və R-dişinin artması, 4-6-cı aparmalarda PQ intervalının qısalması.

Hemodinamika və endokrin sistemdəki dəyişikliklər ürəyin oyanıqlıq və keçiriciliyini artırır, bu da tez-tez aritmiya və ekstrasistoliya ilə müşayiət olunur. Nəticədə fiziki yükə dözümlülük azalır.

Hamiləliyin II yarısında fizioloji taxikardiya müşahidə edilir.

Hemotoloji göstəricilər. Hamiləlik zamanı qanyaranma sürətlənir, qanda eritrositlərin sayı və hemoqlobinin miqdarı artır. Hemoqlobinin səviyyəsinin, eritrositlərin sayının, dövr edən qanın həcmnin artması hamiləliyin ilk aylarından başlayır və 7-8-ci aylarına qədər davam edir, doğuşdan əvvəl qanyaranmanın intensivliyi azalır. Qan kütləsinin, eritrositlərin və hemoqlobinin artmasının dövlün və hamilənin toxumalarına oksigen və qida maddələri daşınmasında böyük əhəmiyyətə malikdir.

Hamiləlik zamanı normal hemotoloji göstəricilər

Cədvəl 3-1

Göstəricilər	Müayinə olunan kontingent			
	Hamilə olmayanlar	Hamilə qadınlar (trimestrlər)		
		I	II	III
Hb	139(115-160)	131 (112-165)	120 (108-144)	112 (110-140)
Hemokritik say b/l				
arterial qan	0,35	0,33	0,36	0,34
venoz qan	0,40	0,36	0,33	0,32
eritrositlər $\times 10^{12}/L$	4,2-5,4	4,2-5,4	3,5-4,8	3,7-5,0
leykositlər $\times 10^9/l$	7,4	10,2	10,5	10,4
neytrofillər (%)	55	66	69	69,9
bazofillər (%)	0,5	0,2	0,2	0,1
eozinofillər (%)	2,0	1,7	1,5	1,5
limfositlər (%)	38,0	27,9	25,2	25,3
monositlər (%)	4,0	3,9	4,0	4,5
EŞR (mm/saat)	22	24	45	52

Qanın laxtalanma sistemindəki dəyişikliklər laxtalanmanın artmasına və antikoagulant və fibrinolitik aktivliyin azalmasına meyilliliklə xarakterikdir. Bu dəyişiklik hamiləliyin sonunda da çox olur. Bu da doğuş və zahılıq dövründə patoloji qanaxmanın qarşısını alır. Normal hemostazı təmin edir.

Sinir sistemi. Hamiləlik zamanı sinir sistemində fizioloji xarakter daşıyan dəyişiklik baş verir. Beyin qabığında neyrodinamik proseslərin intensivliyinin periodik tərəddüdləri (artması və azalması) müşahidə olunur. Hamiləliyin ilk aylarında beyin qabığının oyanıqlığı azalır, doğuşun başladığı anda isə oyanma proseslərinin qüvvə və intensivliyi ən yüksək həddə çatır. Eyni zamanda beyin kötüyündə olan retikulyar formasıyanın və onurğa beynindəki sinir hüceyrələrinin oyanma qabiliyyəti artır. Bu zaman onurğa beynində yerləşən qabıqaltı nüvələrin və hamilə uşaqlıqda olan reseptorların da oyanma qabiliyyəti artır. Bu dəyişikliklər doğum fəaliyyətinin başlanmasına səbəb olur. Bütün hamiləlik müddətində (38-39-cu həftəyə qədər) uşaqlıq reseptorlarının və onurğa beyninin oyanıqlığı aşağı olur, bu isə uşaqlığın inertliyini (sakitliyini) təmin edərək, hamiləliyin normal inkişafına şərait yaradır. Fizioloji keçən hamiləlik zamanı vegetativ sinir sisteminin tonusu dəyişir. Bu səbəbdən hamilələrdə yuxululuq, oyanıqlıq, əsəbilik, bəzən başgicəllənmə və s. vegetativ dəyişikliklər müşahidə olunur.

Tənəffüs sistemi. Hamiləlik zamanı tənəffüs orqanlarında adaptasiya xarakterli dəyişikliklər baş verir. Xarici tənəffüsdə baş verən dəyişikliklər: 50-60% hamilə qadınlarda hiperventilyasiya, təngnəfəslik (1,3-1,4 dəfə artır) müşahidə olunur. Hamiləlik dövründə oksigenə tələbat artır. Hamiləliyin sonuna bu tələbat 30-40%, doğuş zamanı isə 120-150% artır. Bu, dövlün, ciftin oksigenə tələbatının artması, qadının çoxlu enerji itirməsi ilə izah olunur. Bütün bunlar ağ ciyərlərin və ürək-da-

mar sisteminin fəaliyyətini gücləndirir. Hamiləliyin sonunda diafraqma ağ ciyərləri sıxır. Buna baxmayaraq ağ ciyərlərin həyat tutumu və tənəffüs səthi döş qəfəsinin genişlənməsi hesabına normal səviyyədə qalır, bronxların keçiriciliyi və oksigenin mənimsənilməsi artır. Hamiləliyin son aylarında tənəffüs tezləşir, dərinləşir. Qaz mübadiləsi artır. Tənəffüs tezliyi 10% artır. Ana və döl arasında kə qaz mübadiləsində həlledici rolu uşaqlıq-cift qan dövrənı oynayır. Hamiləlik müddətində bu qan dövrənı sürətlənir, hamiləliyin sonuna feto-plasental qan dövrənından 2 dəfə artıq olur. Bu dölün oksigenlə zəngin qan almasına şərait yaradır.

Həzm sistemi və qara ciyər. Bir çox qadınlarda hamiləliyin ilk aylarında ürəkbulanma, qusma, bəzi qidalara qarşı meyillilik, bəzilərinə qarşı ikrax hissinin yaranması müşahidə edilir. Hamiləlik böyüdükcə bunlar da keçib gedir. Hamiləlik mədə sekresiyasının və turşuluğunun artmasına səbəb olur. Hamiləlik zamanı uşaqlığın böyüməsinin yaratdığı topoqrofo-anatomik dəyişikliklər mədə-bağırsaq traktının bütün hissələrində hipotoniya vəziyyətinin yaranmasına səbəb olur. Bu bağırsaqların aşağı şöbələrində daha çox müşahidə olunur, qəbzliyə və babasilin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Qara ciyər bütün mübadilə proseslərində və mübadilənin toksik məhsullarının zərərsizləşdirilməsində iştirak edir. Hamiləliyin son aylarında qara ciyər yuxarı və arxaya doğru sıxılır. Bu onun qan təchizatını və strukturunu dəyişmir. Qara ciyər həm ana, həm də dölün metabolism məhsullarını zərərsizləşdirir. Hamiləlik zamanı onun işi xeyli artır, ona görə ölçüləri bir qədər böyüyür, lakin heç bir histoloji dəyişikliklər baş vermir. Ümumiyyətlə, fizioloji keçən hamiləlik zamanı sağlam qadınlarda qara ciyərin funksiyası pozumur.

Sidik-ifrazat sistemi. Hamiləlik zamanı sidik-ifrazat sistemi də dəyişikliyə uğrayır. Bu onun nəinki ana, həm də dölün mübadilə məhsullarını ifraz etməsi ilə əlaqədardır. Böyrək qan dövrənı artır, qlomerulyar filtrasiya çoxalır və hamiləliyin ortalarında maksimuma (40%-ə qədər artır) çatır. Sonra göstəricilər azalır və hamiləliyin sonuna normaya düşür. Proteinyuriya və qlukozuriyaya meyillilik olur. Hamiləliyin sonunda sidikdə zülal və qlukoza tapılır. Hamilə qadınlarda qanında kreatinin və sidik cövhərinin səviyyəsi, hamilə olmayanlara nisbətən aşağıdır.

Hormonal (progesteronun yüksək səviyyəsi) və mexaniki (böyüyən uşaqlığın sidik yollarına təzyiqi) təsirlər urokinetikanın aşağı düşməsinə və sidik yollarının iltihabına səbəb olur. Bütün bunlara baxmayaraq böyrəklərdə patomorfoloji dəyişikliklər baş vermir.

Hamiləliyin ilk aylarında qadınlar sidik ifrazının tezləşdiyini qeyd edirlər. Bu uşaqlığın sidik kisəsinə etdiyi təzyiqin nəticəsidir. Hamiləliyin sonunda da dölün başı kiçik çanağa sıxıldığı üçün sidik kisəsinə təzyiq edir və sidik ifrazı çağırışları tezləşir.

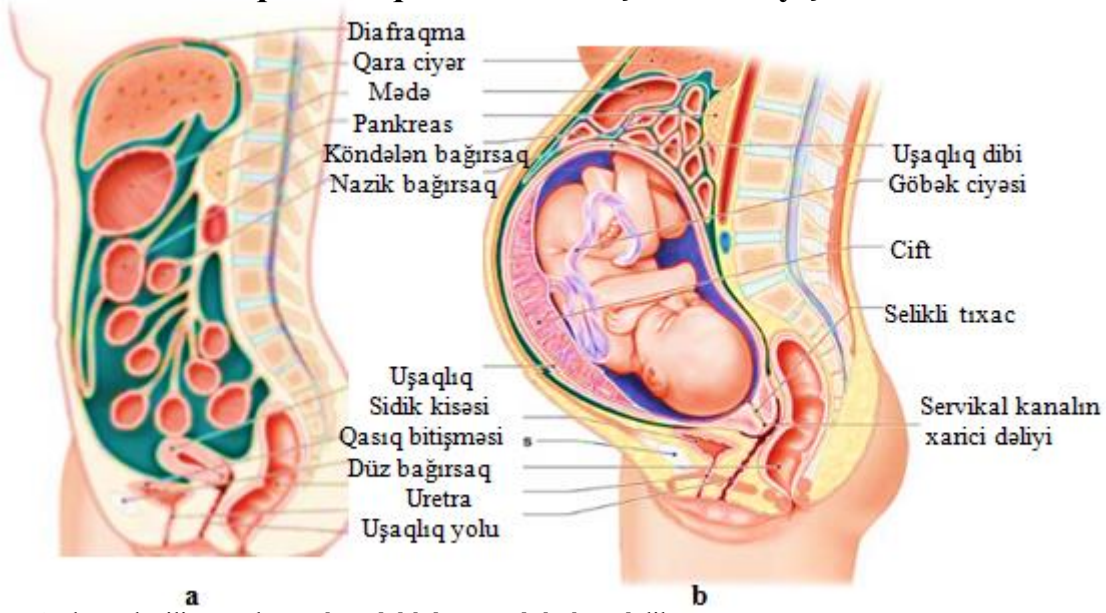
İstinad-hərəkət sistemi. Hamiləlik zamanı ciftə əmələ gələn relaksinin təsirindən qasıq və oma-qalça birləşmələrinin sinoval qışaları, qığırdaqları və oynaq bağları kövrəkləşir. Bu dəyişikliklər ən çox simfizdə nəzərə çarpır; belə ki bu dəyişikliklər nəticəsində simfiz nahiyəsində qasıq sümükləri 0,5-0,6 sm aralanır. 1-2 sm və daha çox aralanma patoloji sayılır.

Döş qəfəsi genişlənir, qabırğa qövsələri qalxır, döş sümüyünün aşağı kənarı onurğadan uzaqlaşır (şəkil:3-7). Uşaqlığın böyüməsi nəticəsində hamilə qadının qaməti dəyişir, onurğa düzlənir, çiyinlər və baş arxaya yönəlir, onurğanın bel lordozu artır (hamilənin məğrur yerisi).

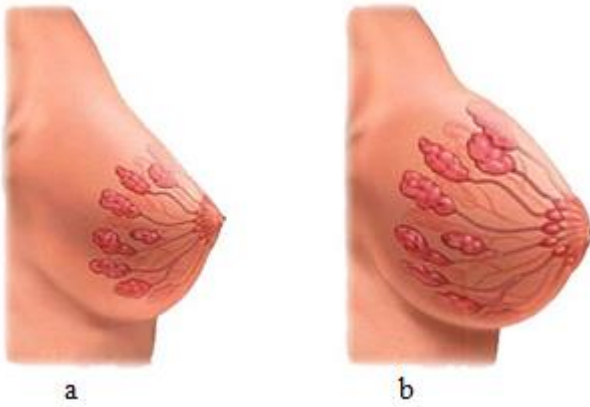
Dəri. Hamilənin dərisində müəyyən dəyişikliklər əmələ gəlir. Qarının ağ xətti üzrə, döş gilələri və giləətrafi sahələrdə tünd qəhvəyi rəngli piqmentasiya yaranır. Alında, burunda, onun ətrafında, üst dodağın üstündə piqment ləkələri--**xlaozma** əmələ gəlir. Hamilənin dəri örtüyünün güclənmiş piqmentasiyası böyrəküstü vəzilərin qabığının torlu zonasında melaninəbənzər qəhvəyi piqmentin əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır. Mexaniki dartılma və hiperkortisizmin təsiri nəticəsində qarının, süd vəzilərinin və budların dərisində çəhrayı-qırmızımtıl zolaqlar əmələ gəlir. Bu zolaqlar doğuşdan sonra gümüşü-ağ rəngə çalır və hamiləlik çatları-**striae gravidarum** adlanr.

Süd vəziləri. Hamiləlik zamanı süd vəzilərini laktasiyaya hazırlayan əhəmiyyətli dəyişikliklər baş verir. Vəzilərin həcmi artır, qan təchizatı güclənir, dərialtı venalar genişlənir, gilələr böyüyür, giləətrafi dairənin rudmentar vəziləri (Monthomeri) daha aydın nəzərə çarpır, gilələrdə ağız südü (colostrum) əmələ gəlir. Bütün bu dəyişikliklər ciftə əmələ gələn hormonların (estrogen, progesteron) təsirinin nəticəsidir. Sekresiya isə prolaktinin təsirindən baş verir (şəkil:3-7).

Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində baş verən dəyişikliklər (şəkil:3-7)



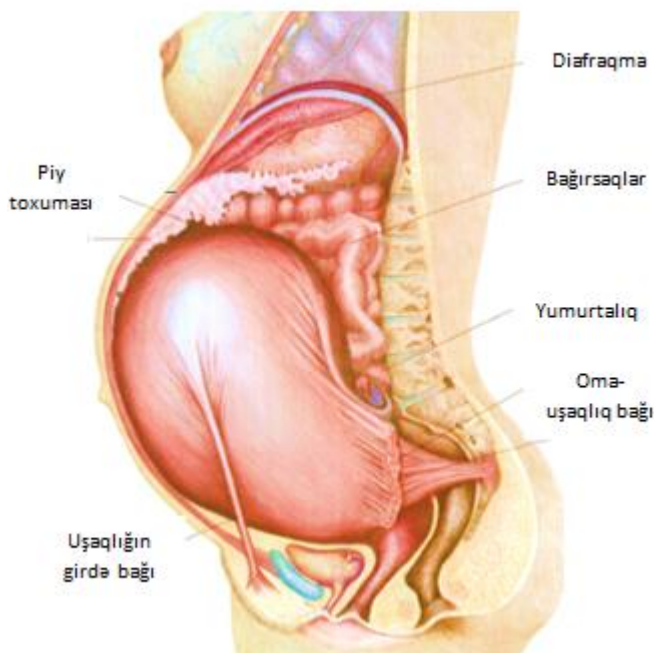
Qadının daxili orqanları: a-hamiləlikdən əvvəl; b- hamiləlik zamanı



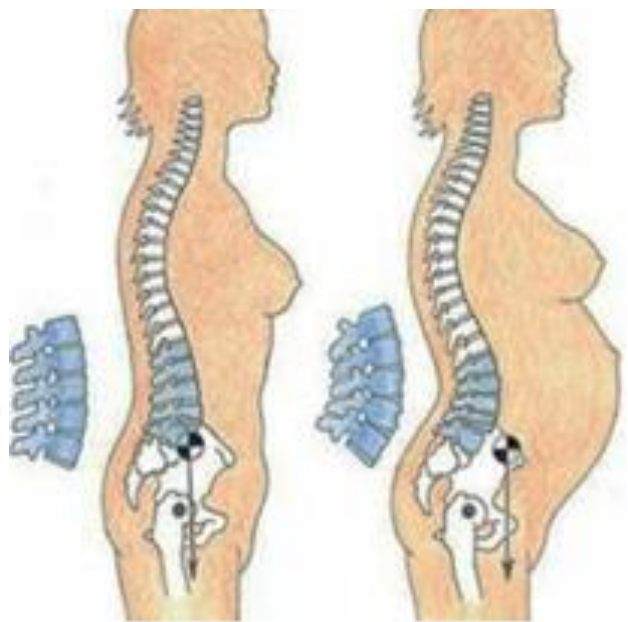
Süd vəziləri: a) doğuşdan əvvəl; b) doğuşdan sonra



Hamiləlik çatları



Hamiləlik zamanı uşaqlığın böyüməsi



Hamilənin məğrur duruşu

Bədən kütləsi. Hamiləlik zamanı bədən kütləsi sürətlə artır. Bu həm dölnün böyüməsi, həm də qadın orqanizmində gedən metabolik proseslərlə izah olunur. Hamilənin çəkisi ilk 20 həftədə hər həftə 250-300 qr, 21-30-cu həftələrdə 330-350 qr, 31-40-cı həftələrdə 340-370 qr artır. Hamiləliyin sonuna çəki artımı 10-12 kq təşkil edir: təxminən 3300 qr dölnün, 650 qr ciftin, 800 qr dölyanı maye-nin, 900 qr uşaqlığın, 400 qr süd vəzilərinin, 1250 ml qan dövrəninin, 2500 ml toxuma mayesinin, 2-3 kq piy yığımının kütləsi.

Cinsiyyət orqanları. Hamiləlik, bütün orqan və sistemlərin dəyişikliklə uğramasına səbəb olur, lakin uşaqlıq daha böyük dəyişikliyə məruz qalır. Onun ölçüləri, forması, vəziyyəti, konsisten-siyası, reaktivliyi (oyanıqlığı) dəyişir. Bütün hamiləlik müddətində uşaqlığın ölçüləri böyüyür (şə-kil:3-7). Bu əzələ liflərinin hipertrofiyası və hiperplaziyası, həmçinin yeni əmələ gələn əzələ lifləri hesabına baş verir.

Hamilə olmayan uşaqlığın uzunluğu 7-8 sm-dir, hamiləliyin sonuna bu ölçü 37-38 sm-ə çatır. Köndələn ölçüsü 4-5 sm-dən 25-26 sm-ə qədər artır. Uşaqlığın çəkisi 50 qr-dan 1-1,5 kq-a yüksəlir. Hər əzələ lifi 10-12 dəfədən çox uzanır, 4-5 dəfə qalınlaşır.

Uşaqlıq divarının ən çox qalınlaşdığı dövr hamiləliyin I dövrünün sonunda (3-4 sm) olur. Sonrakı dövrlərdə uşaqlığın ölçüləri onun divarlarının döl, dölyanı maye, ciftlə dartılması hesabına böyüyür. Uşaqlığın forması da dəyişir, tonusu artır və qıcıqlara cavab vermə qabiliyyəti yaranır. Se-likli qışası müəyyən dəyişikliklərə məruz qalır, nəticədə desidual qışa formalaşır.

Hamiləlik zamanı uşaqlığın damar şəbəkəsi inkişaf edir: arteriyalar, venalar, limfa damarları genəlir və uzanır, yeni damarlar əmələ gəlir. Sinir elementlərinin strukturu dəyişir, onların sayı artır, hipertrofiyaya uğrayır, dölnün impulslarını ananın mərkəzi sinir sisteminə ötürən yeni reseptorlar əmələ gəlir.

Uşaqlıq boynunda əzələ elementləri cisminə nisbətən azdır. Burada hipertrofiya prosesi nis-bətən zəif olur. Elastik liflərin miqdarı artır, birləşdirici toxuma kövrəkləşir. Uşaqlıq boynu kaver-noz toxumanı xatırladır. Durgunluq əlamətləri olduğuna görə şişkinləşir və sionozlaşır.

Uşaqlıq boynu kanalı qatı seliklə (selikli tıxac) dolur. Hamiləlik inkişaf etdikcə əsasən uşaq-lıq cisminin əzələlərində aktomiozinin miqdarı 2 dəfədən çox artır. Uşaqlıq əzələlərində fosfor bir-ləşmələrin də miqdarı artır. Əzələlərdə həmçinin qlikogen və kreatin fosfat, serotonin və katexola-minlər toplanır.

Uşaqlıq bağları uzanıb qalınlaşaraq, onun həm hamiləlik zamanı, həm də doğuş vaxtı düzgün vəziyyətdə saxlanmasına yardım edir. Uşaqlığın girdə bağları və oma-uşaqlıq bağları daha çox hi-pertrofiyaya məruz qalır. Hamiləlik zamanı uşaqlığın girdə bağları qarının ön divarından qalın qay-tan kimi əllənir. Ciftin lokalizasiyasından asılı olaraq, uşaqlığın girdə bağlarının yeri dəyişir: cift uşaqlığın ön divarında olarsa, onlar ya paralel yerləşir ya da aşağıya doğru bir-birindən uzaqlaşır; cift arxa divarda yerləşərsə, girdə bağlar aşağıya doğru biribirinə yaxınlaşırlar.

Uşaqlıq boruları qalınlaşır, hiperemiya və toxumalara seroz mayenin hopması nəticəsində şişkinləşir. Hamiləlik müddəti artdıqca borular yerini dəyişir, uşaqlığın yan divarları boyu aşağı doğru yerləşir.

Yumurtalıqlar yumşalır və ölçüləri bir qədər böyüyür. Onlardan birində hamiləlik sarı cismi olur. Hamiləlik müddəti artıqca və uşaqlıq böyüdükcə, yumurtalıqlar da kiçik çanaqdan yuxarı qal-xır və qarın boşluğuna keçir. Yumurtalıqlarda follikulun yetişməsi dayanır.

Uşaqlıq yolu genişlənir, uzanır, selikli qışanın qatları daha aydın nəzərə çarpır. Uşaqlıq yolu mühiti turş reaksiyalı olur, Dederleyn çöpləri üstünlük təşkil edir (I-II təmizlik dərəcəsi). Hamiləlik zamanı xarici cinsiyyət üzvləri kövrəkləşir, selikli qışalar sianozlaşır.

Digər daxili orqanlar. Hamiləlik zamanı qarın boşluğu orqanları böyüyən uşaqlığın təzyiqinə məruz qalır: nazik, qalça və kor bağırsaqlar yuxarı və sağa yerini dəyişir; qarın aortası, aşağı boş vena uşaqlıq tərəfdən sıxılır, bu da çox vaxt aşağı ətrafların və düz bağırsağın venalarının varikoz genəlmə-sinə səbəb olur, bəzən qadın arxası üstə uzandıqda "aşağı boş vena" sindromu müşahidə edilir.

Qadının **xarici görünüşündə** də dəyişikliklər baş verir: ətrafların, burun, çənə, dodaqların bir az böyüməsi (xüsusilə hamiləliyin II yarısında) baş verir. Gövdənin ağırlıq mərkəzi yerini dəyişir,

çanaq oynaqlarının hərəkətliliyi artır, əksinə bud-çanaq oynaqının hərəkətliliyi azalır. Nəticədə qadının yerişi və duruşu “məğrur” olur.

§ 6. Hamilə qadının şəxsi gigiyenası

Hamiləlik zamanı qadın orqanizminə düşən yük artığı üçün onun gigiyenasına ciddi diqqət etmək lazımdır. Gigiyenik tədbirlər onun sağlamlığının qorunmasına və möhkəmləndirilməsinə, dö-lün antenatal müdafiəsinə, qadın orqanizmini normal gedişli doğuş, zahılıq və laktasiyaya hazırlanmasna yönəlməlidir.

Normal gedişli hamiləlik zamanı adi işlərlə məşğul olmaq olar. Yüngül fiziki və əqli iş orqanizmə müsbət təsir göstərir, piylənmənin, əzələ zəifliyinin (doğum gücünün zəifləməsinə səbəb olur) qarşısını alır. Hamiləlik zamanı ağır yük, yorulma, zərərli faktorların təsiri (radiasiya, kimyəvi maddələr, yüksək temperatur və s.) hamilə qadının orqanizminə mənfi təsir göstərir. Hamilə qadın mümkün qədər çox təmiz havada olmalı və hava vannaları qəbul etməlidir. Hava vannaları 20-22°C temperaturda qəbul edilməli, 5 dəq-dən başlayaraq tədricən artırılmalı 20-25 dəq-yə çatdırılmalıdır. Yayda qısa müddətli günəş vannaları qəbul etmək olar. Hamiləlik normal keçdikdə dənizdə çimmək də olar (qısa müddətli). Hamilə qadın yaxşı istirahət etməlidir. Gecə yuxusu ən az 8 saat, çarpayı rahat olmalıdır. Hamilə qadının ya arxası, ya da sağ böyrü üstə uzanması məsləhətdir.

Hamiləliyin ilk və son 2 ayında cinsi əlaqə qadağandır. O, biri aylarda da az olmalıdır. Çünkü bu uşaqlığın qıcıqlanmasına (yığılmasına) və hamiləliyin özbaşına pozulmasına səbəb ola bilər, həmçinin doğuş yollarının infeksiyalaşması mümkündür. Hamilə qadının infeksiyon xəstələrlə kontaktı qadağandır. Bu, həm ana, həm də döl üçün təhlükəlidir.

Nəzərə almaq lazımdır ki, nikotin, alkohol, narkotiklər dölə çox pis təsir göstərir. Ona görə də hamiləlik zamanı bu pis vərdislərdən əl çəkmək lazımdır.

Hamilə qadının təmizliyə riayət etməsinin böyük əhəmiyyəti var. Bədənə qulluq, dərini təmiz saxlamaq dəri tənəffüsünü yaxşılaşdırır, bu da maddələr mübadiləsinə müsbət təsir göstərir, böyrəklərin işini asanlaşdırır, xəstəliklərin profilaktikasına səbəb olur. Duş qəbul etmək məsləhətdir. Vanna qəbul etmək olmaz (xüsusilə, hamiləliyin II yarısında). Bundan başqa gündə 2 dəfə cinsiyyət orqanları sabunla yuyulmalıdır. Uşaqlıq yolunun şırıncası göstəriş deyil.

Mastitlərin profilaktikası üçün süd vəzilərinə qulluğun böyük əhəmiyyəti var. Onlar hər gün sabunla yuyulmalı və pambıq parçadan alt paltar geyilməlidir. Əgər döş gilələri yastı və ya daxilə dartılmış olarsa, sonuncu 2 ayda masaj edilməlidir: hər gün onlara bor vazelinini çəkilməli, baş və şəhə-dət barmaqların arasında tutulub 3-4 dəqiqə müddə-tində (2-3 dəfə) dartma hərəkətləri edilməlidir.

Hamilə qadının ayaqqabısı ayağın ölçüsünə uyğun, geniş dabanlı olmalıdır. Geyimi rahat və sərbəst olmalı döş qəfəsi və qarını sıxmamalıdır. Hamiləliyin II yarısında, 7-8-ci aydan hamilə qadın bandaj geyməlidir (şəkil:3-8). O, qarını aşağıdan tutaraq, qarın divarının güclü gərilməsinin qarşısını alır; bəldə ağırlıq hissini azaldır. Ayaqlarda varikoz genəlmələr olduqda hamilə xüsusi corab geyməli və ya elastik bintlə ayağını bağlamalıdır. Hamiləlik zamanı ağız boşluğunun təmizliyinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Hamilə qadınlarla sanitar–maarif işi aparmaq, şəxsi gigiyena qaydalarına əməl etməyin əhəmiyyətini onların başa düşəcəyi dildə izah etmək lazımdır. Hamiləliyin ilk və son həftələrində gigiyenik qaydalara əməl etməmək uşaqlıq yolunun in-



Şəkil: 3-8. Hamiləlik bandajı

feksiyalaşmasına, özbaşına düşüklərə, vaxtınddan əvvəl doğuşa, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasına və s. səbəb ola bilər.

§ 5. Hamilə qadının rejimi və qidalanması

Hamiləlik zamanı qadının bütün orqan və sistemləri artıq fiziki yükə məruz qalır (ürək-damar, sidik-iftazat, tənəffüs və s.). Xüsusilə, maddələr mübadiləsində ciddi dəyişikliklər olur. Bu dölnün, uşaqlığın ölçülərinin intensiv böyüməsi, hormonal dəyişikliklər və s. ilə izah olunur. Ona görə də hamilə qadın üçün rasional qidalanmanın böyük əhəmiyyəti var. Bundan hamiləliyin, doğuşun normal gedişi və nəticəsi, dölnün və gələcək uşağın inkişafı asılıdır. Bu, anemiya, hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, dölnün bətn daxili hipoksiyası, doğum gücünün anomaliyaları və başqa ağırlaşmaların qarşısını alır.

Rasionallıq qidalanma dedikdə, hamiləlik müddətinə uyğun, gün ərzində düzgün bölüşdürülən müxtəlif qida məhsullarının tam komplekti nəzərdə tutulur. Çəkisi artıq olan qadınlarda rasionu elə tərtib etmək lazımdır ki, arzuolunmaz çəki artımı olmasın, yəni kalori karbohidratların və yağların hesabına azaldılır. Çəkisi az olan qadınlarda rasionu tərtib edərkən inqredientlər arasındakı mütənəsiblik saxlanmalı və rasionun kaloriliyi artırılmalıdır. Hamiləliyin ikinci yarısında hamilə qadının çəki artımı həftədə 300 qr-dan artıq olmamalıdır.

Hamiləliyin birinci yarısında hamilə qadının qidalanması, hamiləliyə qədər qidalanmadan çox fərqlənir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, hamiləliyin birinci trimestrinə dölnün orqanizminin əsası qoyulur (**orqanogeneza dövrü**). Ona görə də hamilə qadın zülallar, vitaminlər, mineral maddələrlə zəngin qidalar qəbul etməlidir.

Hamiləliyin ikinci yarısında gün ərzində 5-6 dəfə qida qəbul etmək lazımdır. Ümumi rasionun 30 %-ni birinci səhər yeməyi, 15%-ni, ikinci səhər yeməyi, 40%-ni nahar, 5%-ni günorta, 10%-ni axşam yeməyi təşkil etməlidir. Rasion tərtib edilərkən fəsil nəzərə alınmalıdır.

Hamiləliyin I yarısında zülallara tələbat 1 kq çəkiyə 1,5qr, hamiləliyin II yarısında 2 qr təşkil edir. Zülalların keyfiyyətinin də əhəmiyyəti var. Rasiona 25% balıq, 20% süd, 5% yumurta, 50% bitki mənşəli zülallar daxil edilməlidir. Hamilə qadın sutkada 100-110 qr yağ qəbul etməlidir. Yağlar əsasən kərə yağı, xama, qaymaq və bitki yağları (40%) şəklində qəbul edilməlidir. Yağlar həm energetik həm də plastik materialdır. Hamiləliyin II yarısında yağların miqdarı bir qədər azaldılmalıdır.

Karbohidratlar yağın əmələ gəlməsi üçün əsas mənbədir. Onların zülallarla nisbəti 5:1-dir, yəni sutkada 500 qr karbohidrat qəbul edilməlidir. Çəkisi artıq olan qadınlarda onların miqdarı sutkada 300-400 qr-a qədər azaldılır. Şirələr, çörək, meyvə-tərəvəz məsləhət görülür.

Hamiləliyin II yarısında yemək duzunun miqdarı 8 qr-a qədər azaldılır (normada 12-15 qr-dır). Hamiləliyin I yarısında maye (su, duru yeməklər, kəpənək, çay, şirələr və s.) qəbuluna məhdudiyyət qoyulmur. Sutkada 1,5 l maye qəbul etmək olar. Hamiləliyin II yarısında maye qəbulu 1-1,2 l/sut, son aylarda isə 0,7-0,8 l/sut-ya qədər azaldılır. Bulyon, şorpalər, kəskin qidalar, ədviyyat məsləhət deyil.

Kalsiumun sutkalıq dozası, hamiləliyin I yarısında 1 qr, sonralar 1,5 qr, hamiləliyin sonunda 2,5 qr-dır. Kalsium pəndirdə, yumurta sarısında və süddə zəngindir. Gün ərzində 0,8-1,2 l süd qəbul etdikdə orqanizmin kalsium və fosfor olan tələbatı tam ödənilir. Fosfor dölnün skletin və sinir toxumasının formalaşmasına sərf olunur. O, qozun, çörəyin, südün, ətin, qurabiyyənin, balığın və s. qida məhsullarının tərkibində zəngindir. Fosforun sutkalıq dozası 2 qr-dır. Hamilə qadının dəmirə olan sutkalıq tələbatı 15-20 mq, maqneziuma 0,3-0,5 mq, kobalt 5 mq-dır. Kobalt Vit. B₁₂-nin tərkibinə daxildir, o çuğundur, çiyələk, qırmızı qarağatda boldur. Magnezium ürək-damar və başqa sistemlərin normal fəaliyyəti üçün vacibdir. O, qarabaşaq, arpa və dəniz balığında çoxdur.

Hamiləlik zamanı vitaminlərə olan tələbat 2 dəfə artır. Vit. A (karotin) qara ciyərdə, böyrəkdə, kərə yağında, süddə, yumurtada, kökdə, balıq yağında, ərəkdə, pəndirdə vardır. Onun sutkalıq dozası 5000 BV-15 mq-a qədərdir. Hamiləliyin son iki ayında doza 10000-20000 BV/sut artırıla bilər.

Vit C (askorbin turşusu) meyvə, giləmeyvə və tərəvəzin tərkibində vardır. O, itburnu, qarağat, limon və göy soğanda daha çoxdur. Hamilə və əmizdirən qadının Vit C-yə sutkalıq tələbatı 100-200 mq-dır. Hamiləliyin II yarısında bu tələbat daha da çox olduğu üçün onu tablet və ya draje şəklində təyin etmək olar.

Vit. B₁ (tiamin) qara ciyər, böyrək, süd, yumurta sarısı, çörək və pivə mayasında vardır. Bu, vitaminə sutkalıq tələbat 10-20 mq-dır.

Vit B₂ (riboflavin) mayanın, qara ciyərin, böyrəyin, ətin, yumurtanın və süd məhsullarının tərkibinə daxildir. Sutkalıq doza 2-3 mq-dir. Hamiləliyin və doğuşun normal gedişində böyük əhəmiyyətə malikdir.

Vit B₆ (piridoksin) maddələr mübadiləsinin normal keçməsi üçün vacibdir. Kobud üyüdülmüş unda vardır. Sutkalıq doza 5 mq-dan az olmamalıdır.

Vit B₁₂ (siankobalamin) nikatin turşusunun əmələ gəlməsində iştirak edir, qara ciyəre, sinir sisteminə müsbət təsir göstərir. Qarabaşaq yarmasında, mayalarda, qara ciyərdə boldur. Sutkalıq dozası 0,003 mq-dır.

Vit PP (nikatin turşusu) mayaların, ətin, qara ciyərin, ağ ciyərin, buğdanın, qara çörəyin, kartofun tərkibində çoxdur. Hamilə və əmizdirən qadının bu vitaminə tələbatı 18-23 mq/sut-dır.

Hamiləliyin II yarısında məsləhət görülən qida rasionu: 100-200 qr buğda çörəyi, 100-120 qr qara çörək, 500 ml süd, 30 qr heyvan mənşəli yağ, 40 qr bitki yağı, 1 yumurta, 200 qr ət və ya balıq, 150-200 qr təzə meyvə, 50 qr quru meyvələr, 200 qr kartof, 400-500 qr başqa tərəvəzlər, 50 qr yarma, 30 qr un.

§ 7. Hamilə qadının doğuşa hazırlanması

Doğuş, qadın orqanizmi üçün kifayət qədər ağır fiziki və psixi yüküdür. Ona görə də hamilə qadını həm fiziki, həm də psixoprofilaktik doğuşa hazırlamaq lazımdır.

Fiziki hazırlıq hamiləliyin ilk aylarından başlayır və bütün hamiləlik boyu davam edir. Fiziki hazırlığa səhər gimnastikası və xüsusi tapşırıqlar aiddir (şəkil:3-9). Bütün bunlar əzələ sisteminin möhkəmlənməsinə səbəb olur. Səhər gimnastikası ilə bütün sağlam qadınlar məşğul olmalıdır. Amma hamiləlik zamanı qaçma, tullanma, ağırlıq qaldırma kimi hərəkətlər etmək olmaz. Hərəkətlər qarın və aralıq əzələlərinin möhkəmləndirilməsinə yönəlməlidir.

Hamilə qadının gimnastika ilə məşğul olmasına əks göstərişlər – qan dövranının dekompenzasıya əlamətləri ilə keçən ürək-damar xəstəlikləri; xroniki appendisit, qara ciyər və böyrək xəstəlikləri; hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, uşaqlıq qanaxmaları, ciftin öndə yerləşməsi, çoxmayelilik, müxtəlif lokalizasiyalı irinli xəstəliklər (proseslər).

Gimnastika dərsləri keçmək üçün instruksiyanı qadın məsləhətxanasından almaq lazımdır. Gimnastikanın vacib hissələrinə hava vannaları, hidroproseduralar (vanna, duş, nəm silinmə) daxildir.

Hamilələr psixoprofilaktik olaraq da doğuşa hazırlanılır. Bu hamilə qadının qadın məsləhətxanasına ilk gəlişindən başlanır. Hamiləliyin 15-16-cı həftəsindən başlayaraq xüsusi dərslər aparılır. Dərslər ixtisalaşmış mama tərəfindən, cəmi 3 dəfə, xüsusi təchizatlı otaqda aparılır. Dərslər üçün xüsusi plan hazırlanılır.

Birinci dərstdə ananın orqanizmində baş verən anatomik-fizioloji dəyişikliklər haqqında məlumat verilir: bu dərstdə qadının cinsiyyət orqanlarının quruluşu, dölün bətn daxili inkişafı (mayalanma, hamiləliyin ilk əlamətləri, hamiləliyin aylarına görə dölün bətn daxili inkişafı, cift və amniotik mayenin rolu, hamiləliyin dövrləri); hamiləliyin risk faktorlarının (gələcək uşağın sağlamlığına, valideynlərin sağlamlığının, irsi xəstəliklərinin, zərərli vərdişlərinin, zərərli istehsalat faktorlarının, qohum nığahların) təsiri; hamiləlik müddətində hamilə qadının mütəmadi müayinəsinin vacibliyi haqqında məlumat verilir.

İkinci dərstdə qadının həyat tərzinin dəyişdirilməsinin, onun düzgün qidalanmasının, şəxsi

gigiyena qaydalarına ciddi əməl etməsinin, hamiləlik müddətindən asılı olaraq gimnastika ilə məşğul olmasının əhəmiyyəti izah edilir. Hamiləlik, doğuş və zahılıq zamanı qadına psixoloji və fiziki dəstəyin rolu qeyd edilir.



Şəkil:3-9. Hamiləlik zamanı gimnastik hərəkətlər

Üçüncü (sonuncu) dərsdə doğum evinə hazırlıq, doğuşun əlamətləri və təxmini vaxtı, doğuşun dövrləri və onların müddəti haqqında məlumat verilir; doğuş zamanı davranış qaydaları (doğuş zamanı düzgün və sakit davranışın, tibbi heyətə inamın, doğuş zamanı əməkdaşlığın əhəmiyyəti qeyd edilir), qadına doğuşun rahat getməsi üçün müxtəlif tənəffüs hərəkətləri, doğuşun ağrısızlaşdırılması üsulları (autotreninq və nöqtəli özünə massaj) öyrədilir, doğuşdan sonra ilk saatlarda uşağın döşə qoyulmasının əhəmiyyəti, doğuşdan sonra müalicəvi gimnastika, kontrasepsiya və analıq hüquqları haqqında məlumat verilir. Psixoprofilaktik dərslərin məqsədi doğuşda qorxu hissi aradan qaldırmaqdır.

Dərslərdə qadın doğuşu ağrısızlaşdırmaq üsulları ilə yanaşı, doğuş zamanı özünü necə aparmalı olmasını da öyrənir: tibb personalının bütün tapşırıqlarını yerinə yetirmək, gücünü idarə etməyi bacarmaq, doğuş yollarına həkimin baxmasının vacibliyini bilmək və s.

Bütün bunlar doğuş aktının normal və ağırlaşmasız keçməsinə səbəb olur. Hamilələrin doğuşa hazırlanması “ailə doğuşu” proqramı əsasında aparılır. Dərslərdə qadının əri və ya yaxın qohumları iştirak edir. Bu inamı daha da artırır.

IV FƏSİL

HAMILƏLİYİN DIAQNOSTİKASI

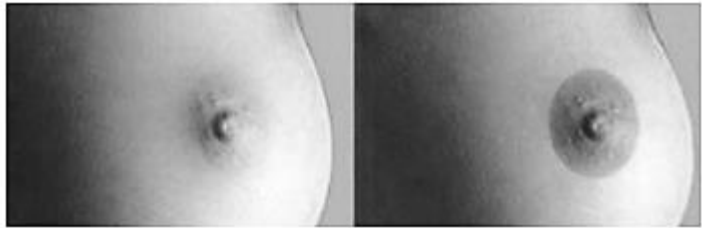
§ 1. Hamiləliyin əlamətləri

Hamiləliklə əlaqədar olaraq qadın orqanizminin bütün orqan və sistemlərində dəyişikliklər baş verir: bu da bir sıra subyektiv və obyektiv əlamətlərlə müşayət olunur.

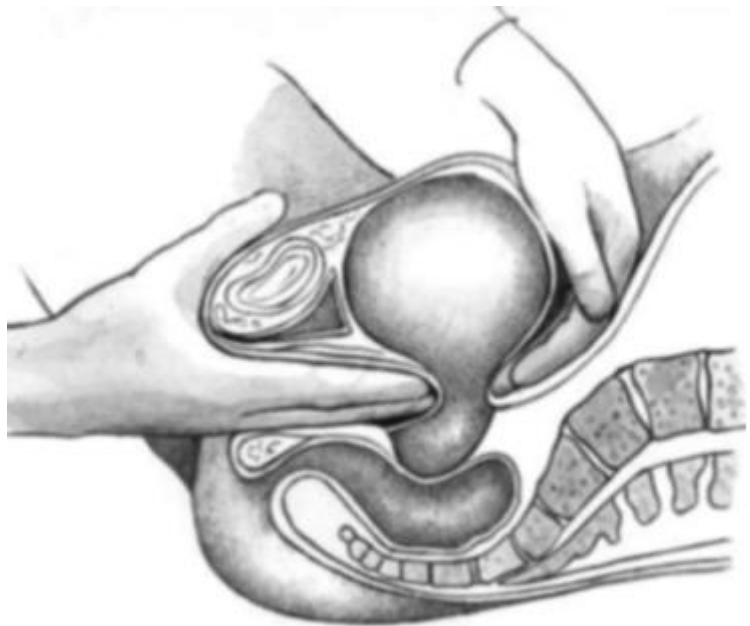
Hamiləliyə xas olan diaqnostik əhəmiyyətə malik əlamətlər 3 qrupa bölünür: şübhəli, ehtimal olunan və şübhəsiz və ya həqiqi (doğru).

Hamiləliyin şübhəli əlamətləri. Bu əlamətlər hamiləlik zamanı meydana çıxır, cinsiyyət orqanlarında və süd vəzilərində baş verən dəyişikliklərlə əlaqəli deyil, müxtəlif subyektiv hissiyyatlardır. Bu simptomlara dad və qoxu hissindəki dəyişikliklər, iştahanın dəyişməsi, dispeptik əlamətlər; sinir sistemindəki funksional dəyişikliklər (yüngül qıcolmalar, özünə qapanma, kövrəlmə, baş ağrıları, başgicəllənmə, yuxululuq, əhval-ruhiyyənin dəyişməsi və s.); qarının aşağı hissəsində dolğunluq və dartılma hissəsinin olması və s; qarının ön divarında hamiləlik çatlarının əmələ gəlməsi; (striae gravidarum) sidik ifrazının tezləşməsi aiddir.

Ehtimal (güman) olunan əlamətlər: bu qrupa cinsiyyət orqanlarında və süd vəzilərində bir sıra obyektiv əlamətlərin aşkar olunması, immunoloji və bioloji testlərin müsbət olması aiddir. Bu əlamətlər cəmi halda hamiləliyin olmasına dəlil edir, digər tərəfdən bir çox ginekoloji xəstəliklərdə də təsadüf oluna bilər. Ehtimal (güman) olunan əlamətlərə aybaşının kəsilməsi; süd vəzilərində böyüməsi, gərgin olması, hissiyyatının artması, təzyiq edərkən şəffaf mayenin ifrazı, döş giləsi və ətrafının pigmentasiyası, Monthomer qabarcıqlarının görünməsi; uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun sianozu; uşaqlığın həcmi, formasının və konsistensiyasının dəyişməsi, bazal hərarətin yüksək qalması, uşaqlıq yolu ifrazatının artması, bəzən qanlı ifrazatın olması aiddir.



Şəkil:4-1. Döş giləsi ətrafında pigmentasiya



Şəkil:4-2. Horviç-Heqar əlaməti

Uşaqlığın formasının, konsistensiyasının dəyişməsinə əsaslanaraq bir çox alimlər hamiləliyin ehtimal olunan əlamətlərini təsvir etmişlər. Bimanual müayinə zamanı aşkar edilən bu əlamətlər mamalıq praktikasına həmin alimlərin adı ilə daxil olmuşdur.

Horviç-Heqar əlaməti – uşaqlıq, xüsusilə cisminin boynuna keçən (boğaz) hissəsində yumşaqdır. Bimanual müayinə zamanı əllər bir-birinə asanlıqla yaxınlaşır (şəkil:4-2).

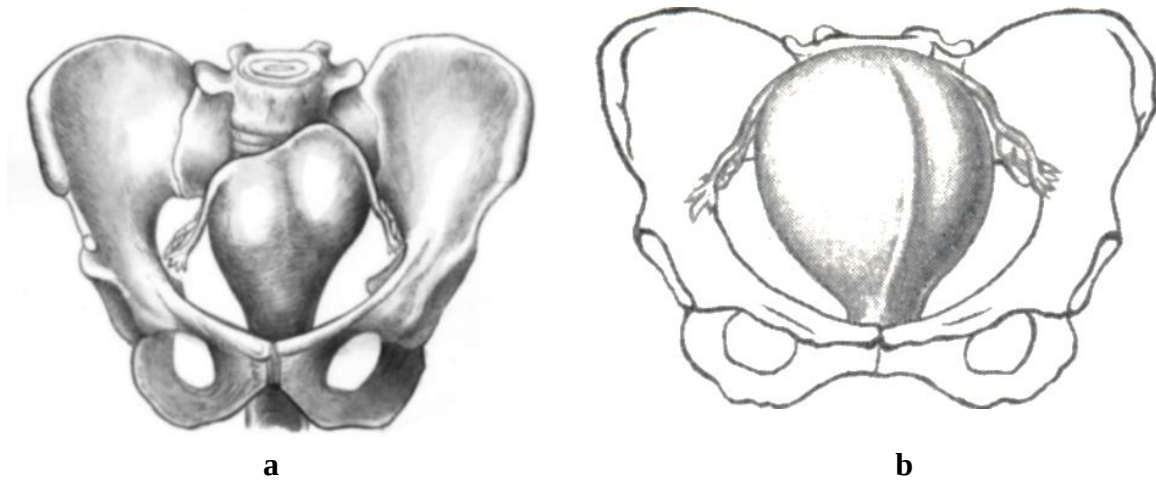
Sinegirov əlaməti – yumşalmış uşaqlıq xarici qıcıqların təsirindən yığılır, konsistensiyası bərkiyir, qıcıq aradan qalxdıqdan sonra yenidən boşalır və yumşalır.

Piskaçək əlaməti – hamiləliyin erkən vaxtlarında uşaqlığın forması assimetrik olur. Yumurta hüceyrəsinin implantasiya olunduğu yer gümbəz kimi qabarıq və uşaqlığın formasının dəyişməsinə səbəb olur. Döl yumurtası böyüdükcə assimetriya aradan qalxır (şəkil:4-3 a).

I Henter əlaməti – hamiləliyin erkən dövründə istmik (boğaz) hissə yumşaqdır, ona görə uşaqlıq önə doğru bükülür və onun ön səthində orta xətt boyu qalınlaşma (darağabənzər) əmələ gəlir (şəkil:4-3 b). Qeyd etmək lazımdır ki, bu həmişə olmur.

Henter əlaməti – boğaz yumşaq olduğu üçün uşaqlıq öz ağırlığı hesabına hiperantefleksiya vəziyyəti alır.

Qubarev və Qaus əlaməti – boğaz yumşaq olduğu üçün uşaqlıq boynu hərəkətlidir.



Şəkil:4-3.a) Piskaçək əlaməti; b) Henter əlaməti

Şübhəsiz əlamətlər. Bu əlamətlər hamiləliyin olması faktını dəqiq təsdiq etməyə imkan verir. Bunlar aşağıdakılardır:

- USM-ilə döl yumurtasının görünməsi;
- qanda və sidikdə xorial qonadotropinin tapılması (İXQ);
- dölün və onun hissələrinin əllənməsi;
- dölün ürək döyüntülərinin eşidilməsi;
- dölün hərəkətlərinin təyin edilməsi.

USM-ilə dölü hamiləliyin 5-ci həftəsində görmək, 6-cı həftəsində ürək döyüntülərini görmək və eşitmək olur. İXQ-nin (insan xorial qonadotropini) səviyyəsinə görə hamiləliyin mövcudluğu, onun normal və ya patoloji olması aydınlaşdırılır.

Hamiləliyin II yarısında obyektiv xarici müayinə metodlarından istifadə etməklə dölün iri və xırda hissələrini əlləmək olur. Artıq 16-cı həftədən daxili müayinə ilə uşaqlıq yolunun ön tağından dölün öndə gələn hissəsini təyin etmək (əlləmək) mümkündür.

Hamiləliyin II yarısında ilk doğanlarda 20-ci, təkrar doğanlarda 18-19-cu həftələrdən stetoskopun köməyi ilə dölün ürək döyüntülərini eşitmək olur. Dölün ürək döyüntüsü bir dəqiqədə 110-160 vur/dəq olur və gəliş hissədən, mövqedən asılı olaraq müxtəlif yerlərdə eşidilir.

Şübhəsiz (həqiqi) əlamət olan dölün hərəkəti hamiləliyin II yarısında ilk doğanlarda 20-ci, təkrar doğanlarda 18-ci həftələrdə hiss edilir.

§ 2. Hamilələrin müayinəsi

Hamilə qadının müayinəsi feldşer-mama məntəqəsində, qadın məsləhətxanasında mama-ginekoloq, terapevt, stomatoloq, otolaringoloq, okulist, endokrinoloq, lazım gəldikdə başqa ixtisaslı həkimlər tərəfindən ararılır.

Hamilə qadının erkən (12 həftəyə qədər) müşahidəyə götürülməsi, ekstragenital xəstəliklərin vaxtında aşkar olunmasını, hamiləlik müddətinin düzgün təyin olunmasını, göstəriş oduqda qadına sağlamlaşdırıcı tədbirlərin aparılmasını təmin edir. Hamilə qadının müayinəsindən əvvəl onu tibb müəsisəsinə müraciət etməyə vadar edən səbəblər araşdırılmalıdır. Bunun üçün pasiyentdən anamnez toplamaq lazımdır. Anamnez iki hissədən ibarətdir: ümumi və mama-ginekoloji.

Ümumi anamnezə aşağıdakılar daxildir.

Pasport məlumatları. Hamilə qadının adı, atasının adı, soyadı, yaşayış yeri, iş yeri, məişət şəraiti aydınlaşdırılır. Əlverişsiz xarci faktorlar hamiləliyin inkişafına və dölə mənfi təsir göstərir. Hamilə qadının yaşının böyük əhəmiyyəti var. 30 yaşdan gec və 18 yaşdan tez baş verən hamiləliyin gedişində və doğuş zamanı bir çox ağırlaşmalar müşahidə edilir. İlk hamiləlik üçün ən əlverişli yaş 18-25 yaşlar arasındır. Təkrar doğuşlar birincidən asan olur, amma dölün çəkisi artıq olur.

Əmək və məişət şəraiti. Sənayenin və kənd təsərrüfatının zərərli amillərinin dölə mənfi təsirini nəzərə alaraq, qadının əmək və məişət şəraiti çox dəqiq araşdırılmalıdır. Bəzi hallarda qadının işi vibrasiya, kompyuter, ayaq üstə çox durmaqla əlaqədar olur, bəziləri siqaret, alkohol, narkotik maddələrə meyilli olur. Bütün bunlar hamiləyə və dölə öz mənfi təsirini göstərir. Ona görə də hamilə qadının əmək və məişət şəraitinin yaxşılaşdırılması əsas və vacibdir.

Şikayətlər. Hamilələr adətən birinci dəfə aybaşının kəsilməsinə görə və hamiləliyə şübhə olduqda qadın məsləhətxanasına müraciət edirlər. Çox vaxt onlar dad hissiyyətinin dəyişməsi, ürəkbulanmanın, qusmanın, iştahanın pisləşməsi və s. əlamətlərin olmasını qeyd edirlər. Bəzən də bir çox ağırlaşmaların əsas simptomu olan qanaxmaya görə həkimə müraciət edirlər. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin, ekstragenital xəstəliklərin əlamətləri də hamilə qadının həkimə müraciət etməsinə səbəb olur.

İrsiyyət və keçirilən xəstəliklər. İrsi xəstəliklər dölün inkişafına mənfi təsir göstərir. İlk növbədə qadının və onun həyat yoldaşının ailəsində irsi yolla verilən psixi xəstəlik, qan xəstəliyi, maddələr mübadiləsi pozulması və irsi inkişaf anomaliyaları olub-olmadığını aydınlaşmaq lazımdır.

Əvvəllər keçirilən xəstəliklər haqqında məlumat toplamaq lazımdır. Uşaq yaşlarında keçirilmiş xəstəliklərə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Məsələn, uşaq yaşlarında keçirilmiş raxit xəstəliyi çanağın deformasiyasına səbəb olur, bu da öz növbəsində doğuşun normal gedişinə təsir edir. Ona görə də raxitin keçirilib-keçirilməməsi (dişlərin gec çıxması, gec yeriməsi, sklet deformasiyasının olması və s.) aydınlaşdırılmalıdır.

Uşaq yaşlarında keçirilmiş kəskin və xroniki infeksiya xəstəlikləri (qızılca, məxmərək, vərəm, revmatizm, tonzillit) qızların cinsi inkişafına mənfi təsir göstərir, infantilizmə səbəb olur. Infantilizm nəticəsində uşaqsalma, doğum fəaliyyətinin anomaliyaları baş verir. Difteriya vulva və uşaqlıq yolunda çapıq əmələ gətirir və bununla da uşaqlıq yolunun daralmasına; skarlatina, tez-tez təkrarlanan angina, böyrək xəstəliklərinə səbəb ola bilər. Bu da hamiləliyin gedişinə mənfi təsir göstərir, çox vaxt onun süni pozulmasına göstəriş olur.

Yeniyyətə yaşlarında keçirilən infeksiya və qeyri-infeksiya xəstəliklərin, o cümlədən ginekoloji xəstəliklərin olmasına da diqqət yetirilməlidir.

Əvvəllər keçirilmiş ürək-damar sistemi, qara ciyər, böyrək, ağ ciyər və digər orqanların xəstəlikləri hamiləliyin, doğuşun gedişinə təsir edərək onu ağırlaşdırır. Hamiləlik də öz növbəsində bu xəstəliklərin kəskinləşməsinə səbəb ola bilər.

Xüsusi mamalıq anamnezi toplanarkən aybaşı, sekretor, cinsi və reproduktiv funksiyalar öyrənilməli, hamiləliyin gedişi aydınlaşdırılmalıdır.

Aybaşı funksiyası. Aybaşı funksiyası qadının sağlamlıq vəziyyətinin güzgüsüdür. Ona görə yaxşı öyrənilməlidir. Menarxenin 12-14 yaşda olması normal, 16 yaşdan gec və 10 yaşdan tez ol-

ması patologiyadır. Qanitirmə hər dəfə 50-150 ml olmalıdır. Aybaşı requlyar olmalı, 3-7 gün davam etməli, hər 20-36 gündən bir təkrarlanmalıdır. Menstruasiyanın 16 yaşdan gec olması, onun formalaşmasının ləngimisdən, menstruasiya zamanı ağrıların olması ümumi, xüsusilə cinsi infantilizmdən xəbər verir. Cinsi həyata başlayan sonra menstrual funksiyanın pozulması daxili cinsiyyət orqanlarında iltihabi xəstəliklərin olduğunu göstərir. Sonuncu menstruasiyanın ilk günü hamiləliyin müddətinin təyininə əsas göstəricidir. Bütün bunları nəzərə alaraq sorğu zamanı aşağıdakılar aydınlaşdırılmalıdır:

- ilk aybaşı (menarxe) hansı yaşda olmuş, neçə müddətdən sonra müntəzəm xarakter almışdır;
- aybaşının xarakteri və növü – aybaşı tsiklinin davamiyyəti, qanlı ifrazatın davamiyyəti, itirilən qanın miqdarı, ağrılı olub-olmaması;
- cinsi həyatdan, abortdan, doğuşdan sonra aybaşının xarakterində dəyişikliyin olub-olmaması;
- sonuncu aybaşının nə vaxt olması.

Sekretor funksiya. Uşaqlıq yolundan ifrazatın gəlib-gəlməməsi aydınlaşdırılır. Patoloji ifrazat (çoxlu miqdarda irinli, selikli, irin qarışıq sulu və s.) iltihabi prosesin olduğunu göstərir. Qanlı ifrazat (xüs, cinsi əlaqə zamanı) uşaqlıq yolunun polipləri, eroziyası, xərçəngi olduqda müşahidə olunur.

Cinsi funksiya. (libido, orqazm) Cinsi həyata hansı yaşda başlaması, nigahın neçənci olması, cinsi əlaqə zamanı ağrının, qanın olub-olmaması aydınlaşdırılır. Vacib məsələ müntəzəm cinsi həyatdan sonra hamiləliyin nə vaxt baş verməsini müəyyən etməkdir. Hamiləliyin qarşısını almaq üçün kontraseptivlərdən istifadə edilib-edilməməsi, edilibsə kontrasepsiyanın növü dəqiqləşdirilməlidir.

Reproduktiv funksiya. Bu funksiyanı öyrənmək üçün hamiləliyin neçənci olması, əvvəlki hamiləliklərin sayı, gedişi və nəticəsi aydınlaşdırılmalıdır. Bu məqsədlə GTPAL sistemindən istifadə olunur:

- G (qravida) – hazırki hamiləlik də daxil olmaqla hamiləliklərin sayı;
- T (term – 37-ci həftədən sonra baş verən doğuşların sayı;
- P (preterm) – vaxtından əvvəl doğulmuşların sayı;
- A (abortus) – düşüklə və ya süni abortla nəticələnmiş hamiləlikləri sayı;
- L (living) – diri doğulmuş uşaqların sayı. Məsələn qadının 4-cü hamiləliyi. Bir uşağı 40 həftə 4gündə, bir uşağı 36 həftə 2 gündə, əkiz uşaqları 35 həftədə doğulub, bir düşüklə və ya bir dəfə küretay olunub. Bu belə qeyd edilir: G6T1P3A2L4 və ya G41224.

Əvvəlki hamiləliklərdə hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin, ekstragenital xəstəliklərin olub-olmaması müəyyən edilməlidir. Bu patologiyalar olubsa, hazırki hamiləliyə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Əvvəlki hamiləliklərin, doğuşun və zahılıq dövrünün gedişi haqqında mütləq məlumat toplamaq lazımdır. Əgər əvvəlki hamiləlik düşüklə nəticələnibsə, onun xarakterini (süni və ya özbaşına), hamiləliyin hansı müddətində baş verməsini, düşükdən sonra xəstəliyin baş verib verməməsi ni aydınlaşdırmaq vacibdir.

Əvvəlki doğuşların xarakteri, onun gedişi və nəticəsi öyrənilir. Əvvəlki doğuşların normal gedişi qadının sağlam və doğuş yollarının normal olmasını təsdiq edir. Əksinə əvvəlki doğuşlar zamanı hər hansı bir fəsadın, cərrahi əməliyyatın olması, dölün ölü doğulması və ya doğuşdan sonra ölmesi qadının sağlam olmadığını və ya doğuş yollarında anomaliyanın olduğunu göstərir.

Zahılıq dövrünün normal keçib-keçməməsini də aydınlaşdırmaq lazımdır. Çünki zahılıq dövründə hər hansı bir ağırlaşmanın olması sonrakı hamiləliklərin, doğuşların gedişinə mənfi təsir göstərir: doğum fəaliyyəti anomaliyası, cift bitməsi, qanaxmalar, doğuşun Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatması və fəsadlaşması, köhnə çapıq üzrə uşaqlığın cırılması və s. Əvvəllər olan patoloji doğuşlar (ağırlaşmış mamalıq anamnezi) sonrakı hamiləlik və doğuşların ağırlaşmalarla keçə biləcəyini gözləməyə və vaxtında tədbir görməyə əsas verir.

Hamilə qadın – **gravida**; heç vaxt hamilə olmayan – **nulligravida**; ilk dəfə hamilə olan – **primaqravida**; təkrar doğan – **multiqravida** adlanır. Heç vaxt hamiləliyi başa çatmayan qadın – **nullipara**; bir hamiləliyi başa çatan – **primapara**; bir neçə doğuşu olan – **multipara** adlanır.

§ 2.1. Hamiləliyin I yarısının diaqnostikası

Anamnez topladıqdan sonra hamilə qadın obyektiv müayinə olunur. Obyektiv müayinə ümumi baxışla başlayır.

Baxış. Baxış zamanı hamilənin boyuna, bədən quruluşuna, dərialtı piy təbəqəsinin inkişafına, dəri örtüyünün, selikli qışaların vəziyyətinə, qarının ölçüsünə və formasına diqqət yetirilir. Qadının yaşı ilə inkişafının nisbətində fikir verilir.

Boy və bədən quruluşuna görə çanaq haqqında mühakimə yürədülür. Belə ki, boyu 150 sm-dən az olan qadınlarda infantilizm, dar çanaq və s. əlamətlər müşahidə edilir. Boyu 180 sm-dən çox olanlarda enli, kişi tipli çanaq olur (sümüklər qalın olur). Qeyri-düzgün bədən quruluşu, onurğa və aşağı ətrafların deformasiyası, oynaqaların ankilozu və sümük sisteminin digər dəyişiklikləri olan qadınlarda bir qayda olaraq çanağın qeyri-düzgün formaları və daralması müşahidə olunur. Müayinə zamanı infantilizmin digər əlamətləri aşkarlanan (süd vəzilərinin ölçülərinin kiçik olması, xarici cinsiyyət orqanlarında tüklərin kifayət qədər inkişaf etməməsi), cinsi differensiasiyası kifayət dərəcədə olmayan (enli çiynlər, dar çanaq, kişi tipli tüklənmə və s.) qadınlarda hamiləlik və doğuş ağrılılaşma ilə keçir. Aydın nəzərə çarpan kaxeksiya və piylənmə maddələr mübadiləsinin pozulması, endokrin və digər xəstəliklərin əlamətidir, bu dəyişikliklər rəşional qida rejiminin pozulması ilə də əlaqədar ola bilər. Belə qadınlarda hamiləliyin və doğuşun normal gedişinin pozulması halları daha çox müşahidə olunur.

Dəri örtüyü. Üzdə piqmentasiya, qarının ağ xəttinin, döş gilələrinin və onun ətrafının tündləşməsi, çatlar hamiləliyin güman olunan əlamətləridir. Dərinin və görünən selikli qışaların avazıması, dodaqların göyərmeəsi, dəri və sklerada sarılıq, ödem bir çox ciddi xəstəliklərin əlamətidir.

Qarının forması və ölçüsü. Hamiləliyin IV ayından başlayaraq qarının forması və ölçüsü dəyişir. Hamiləliyin II yarısında qarının müayinəsinin əhəmiyyəti böyükdür. Bu zaman xüsusilə, son aylarda qarının müayinəsi ilə mühüm informasiya almaq olar. Belə ki, dölün normal vəziyyətində-ovoid (yumurta), çoxdöllü hamiləlikdə--kürə, dölün köndələn vəziyyətində--köndələn ovoid (qurbağa qarını), dar çanaqlarda asılmış və ya iti uclu qarın müşahidə edilir.

Bədən çəkisinə və boyun ölçülməsi. Baxışdan sonra qadının boyu və bədən çəkisi ölçülür. Bədən çəkisinin indeksi (BÇİ) təyin edilir. $BÇİ = \frac{\text{çəki(kq-la)}}{\{\text{boy (m)}\}^2}$

Süd vəzilərinin müayinəsi vertikal və horizontal vəziyyətdə aparılır. Vertikal vəziyyətdə süd vəzilərinin quruluşu, onun simmetrikliliyi, deformasiyaların olub-olmaması, dərisinin rəngi, hipermiyanın, ödem olub-olmaması, areola, döş giləsinin vəziyyəti vizual müayinə olunur. Qadına əllərini belinə qoymaq, öndə birləşdirib gərmək, başından yuxarı qaldırmaq təklif olunur. Bu zaman süd vəzisində hər hansı deformasiyanın olub-olmaması aydınlaşdırılır. Sonra hər iki qoltuqaltında limfa düyünləri diqqətlə müayinə olunur. Bundan sonra qadın horizontal vəziyyət alır. Əvvəl bir sonra digər süd vəzisi palpasiya olunur. Qadın arxası üstə uzanır. Müayinə olan tərəfdə kürəyin altına balaca yastıq qoyulur. Həmin tərəfin əli başdan yuxarı qaldırılır. Palpasiya döş giləsinin ətrafından başlayaraq süd vəzisi toxumasını döş qəfəsinə sıxmaqla sirkulyar hərəkətlərlə kənara doğru aparılır, təzyiq nisbətən artırılaraq orta qat toxumaları və nəhayət güclü təzyiq etməklə dərin qat toxumaları müayinə olunur. Sonra süd vəzisinin kənarlarından döş giləsinə doğru paylar palpasiya olunur. Areola və döş giləsi vizual müayinə olunduqdan sonra döş giləsi baş və şəhadət barmaqları arasında sıxılır, molozivanın olub-olmaması aydınlaşdırılır.

Sonra ürək-damar sisteminin, ağ ciyərlərin, həzm, sidik-ifrazat və digər sistemlərin vəziyyəti ümumi qəbul olunmuş obyektiv müayinə üsulları ilə (auskultasiya, perkusiyə, palpasiya) yoxlanılır. Onlarda olan hər hansı bir patologiyanın aşkar edilməsi, vaxtında müalicə aparmağa və ya bu xəstəlik zamanı hamiləlik əks göstərişdirsə, hamiləliyi vaxtında pozmağa imkan verir. Hamilə qadının arterial təzyiqi, hərərəti ölçülür, sidiyi, qanı müayinə olunur, qan qrupu, Rh (rezus faktoru) təyin edilir, latent infeksiyaları (virus hepatiti, sifilis, immun çatışmazlığı sindromu, toksoplazmoz, herpes, xlamidium, mikoplazma, uroplazma, insan papilloması virusu, sitomeqalovirus, kandidoz, qonokoklar, B qrupu streptokokları, qızılı stafillakoklar) təyin etmək üçün material götürülür və müa-

yinə olunur. Bütün hamilələrin uşaqlıq yolundan, servikal kanaldan trixomonias, süzənək, xlomidiya, mikoplazma infeksiyalarını, bakterial floranı təyin etmək üçün yaxma götürülür.

Baxışdan və ümumi müayinədən sonra mamalıq müayinələri aparılır.

Güzgülərlə müayinə. Müayinə ginekoloji kreslodə steril əlcəklə aparılır: qadın arxası üstə, ayaqları bud-çanaq və diz oynağından bükülmüş və yanlara açılmış vəziyyətdə kresloya uzanır. Xarici cinsiyyət üzvləri kalium permanqanatın zəif (1:6000) məhlulu ilə və ya digər dezinfeksiyaedicilərlə yuyulur, steril tamponla ilə qurudulur. Sol əlin I və II barmaqları ilə cinsiyyət dodaqları aralanır, vulva, uşaqlıq yolu girəcəyi, dəhlizin selikli qışası, sidik axarının xarici dəliyi, böyük Bartolin vəzilərinin axacaqları, aralıq yoxlanılır.



Şəkil:4-4.Uşaqlıq yolu güzgüləri

Güzgülərlə müayinə üsulu hamiləliyin güman edilən əlamətlərindən biri olan uşaqlıq yolunun siənozunu, eləcə də uşaqlıq yolunda, uşaqlıq boynunda olan patoloji prosesləri (eroziya, xərçəng, polip) aşkar etməyə imkan verir.

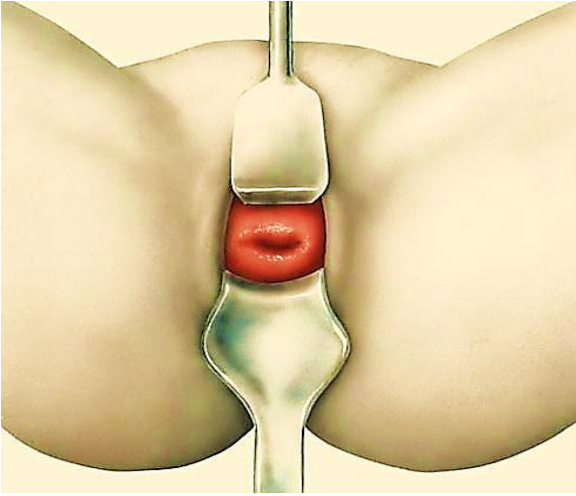
Güzgülərlə müayinə məqsədi ilə qaşığabənzər güzgü və qaldırıcıdan və laylı güzgülərdən istifadə edilir (şəkil:4-5). Baş və şəhadət barmaqları ilə cinsiyyət yarığı aralandıqdan sonra laylı güzgü bağlı vəziyyətdə, cinsiyyət yarığına paralel, uşaqlıq yolunun arxa tağına qədər yeridilir, daxildə perpendikulyar vəziyyətə keçirilir və açılır. Uşaqlıq boynu müayinə olunur, sonra güzgünü tədricən çıxarmaqla uşaqlıq yolu, onun tağları müayinə olunur. Uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolu qaşığabənzər güzgü və qaldırıcı

ilə daha yaxşı müayinə olunur. Cinsiyyət dodaqları barmaqlarla aralandıqdan sonra qaşığabənzər güzgü cinsiyyət yarığına paralel, uşaqlıq yoluna salınır, uşaqlıq yolunda perpendikulyar vəziyyətə gətirilir və arxa divara söykənir. Güzgünün dəstəyi köməkçiyə verilir. O, yüngülcə aralığa təzyiq etməklə güzgünü aşağı doğru çəkir. Sonra qaldırıcı eyni qayda ilə uşaqlıq yoluna salınır və ön divarı yuxarı doğru çəkir. Uşaqlıq yolu açılır, uşaqlıq yolu, boynu aydın görünür. Sonra güzgü və qaldırıcı salındığı kimi növbə ilə cinsiyyət yarığına paralel çıxarılır və daxili müayinə aparılır.

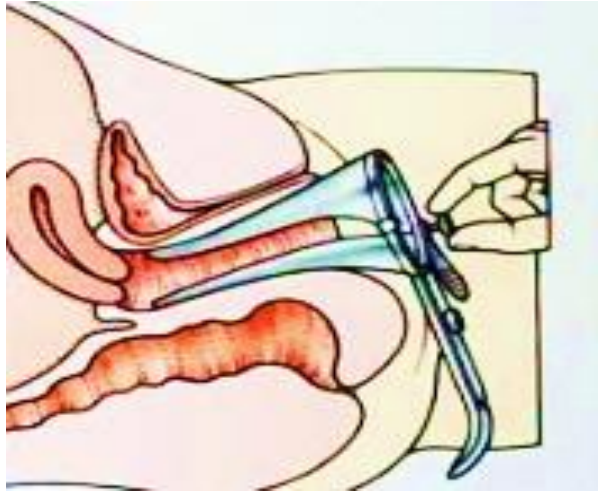
Daxili müayinə. Bu müayinə zamanı aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi əməl olunmalıdır, steril əlcəklərdən istifadə olunmalıdır. Sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə cinsiyyət yarığı aralandıqdan sonra, sağ əlin II və III barmaqları açılmış vəziyyətdə uşaqlıq yoluna salınır. Bu zaman baş barmaq onlara perpendikulyar açılır, IV və V barmaqlar ovuca bükülmüş olur. Müayinə zamanı baş barmaq simfizə, IV və V barmaqların xarici səthi aralığa söykənir. Bu müayinə ilə çanaq dibi əzələlərinin vəziyyəti, uşaqlıq yolunun divarları (büküşlər, çapıqları, genəlməsi, yumşalması), uşaqlıq tağları, uşaqlıq boynu (formas, konsistensiyası), uşaqlıq boynu kanalının xarici dəliyinin (bağlıdır, açıqdır, dairəvi və ya yarıq şəklindədir) vəziyyəti aydınlaşdırılır. Sonra bimanual müayinə aparılır (şəkil:4-5).

Bimanual müayinə. (iki əllə müayinə). Daxili müayinədə uşaqlıq yolunda olan sağ əlin şəhadət və orta barmaqları ön tağda yerləşdirilir. Sol əllə qarının ön divarından ehtiyatla kiçik çanaq boşluğuna, uşaqlıq yolunun ön tağına doğru sağ əlin barmaqları ilə təmasda olana qədər təzyiq edilir. Sonra hər iki əlin barmaqları ilə uşaqlıq cismi tapılır, onun forması, konsistensiyası təyin olunur. Uşaqlığın bimanual palpasiyası qurtardıqdan sonra hər iki əlin istiqamətini eyni səmtə yönəltməklə borular və yumurtalıqlar müayinə olunur. Hər iki əllərin barmaqları ehtiyatla uşaqlığın küncündən çanağın yan divarlarına doğru hərəkət etdirilir. Bimanual müayinə ilə uşaqlığın ölçüsü, konsistensiyası, divarlarının vəziyyəti (hamar, düyünlü) öyrənilir. Müayinənin sonunda çanaq sümüklərinin daxili səthi, çanağın yan divarları, oma burnu (barmaqlar ona çatırsa) əllənir (şəkil:4-5). Bununla çanağın tutumu, forması, oma burnu, diaqonal konyuqata müəyyən olunur.

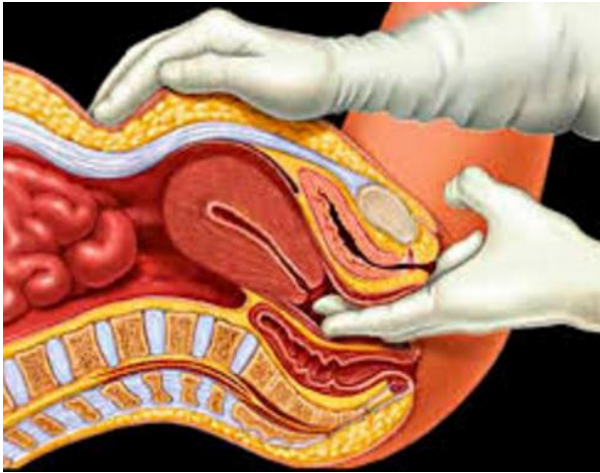
Hamiləliyin I yarısının müayinə üsulları (şəkil:4-5)



Qasıqabənzər güzgü ilə müayinə



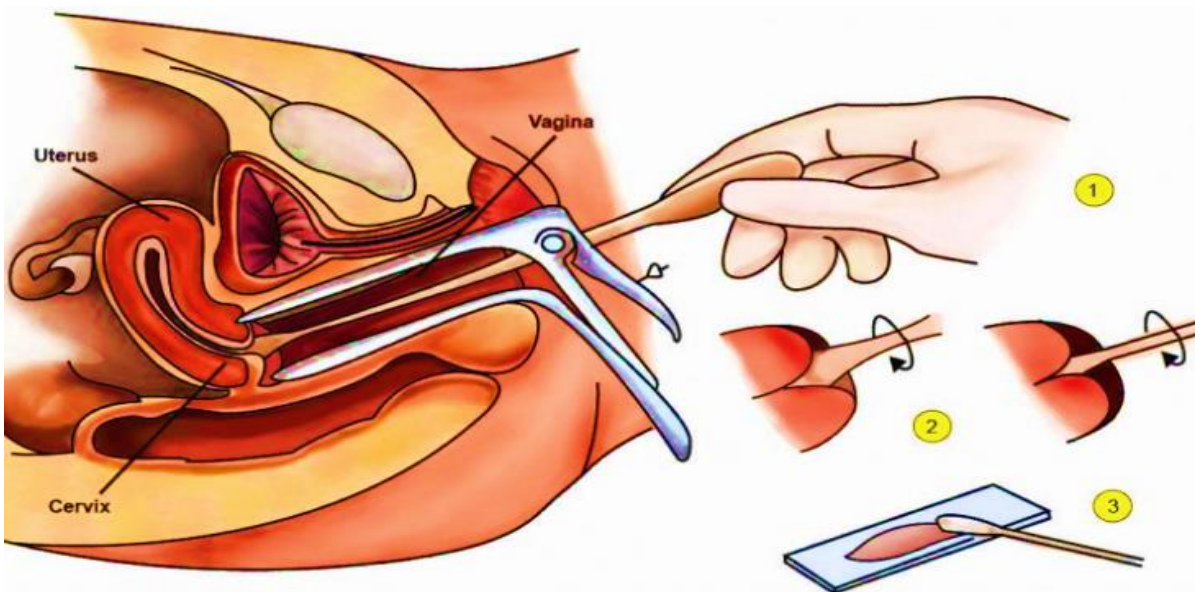
Laylı güzgü ilə müayinə



Daxili müayinə



Bimanual müayinə



Uşaqlıq boynundan yaxma götürülməsi

Müayinə zamanı hamiləlik aşkar olunduqda uşaqlığın böyüməsi, formasının dəyişməsi, Horviç-Heqar, Snegirov, Piskaçek, Henter, Qubarev-Qaus əlamətləri aşkar edilir.

Uşaqlığın böyüməsi və onun formasının dəyişməsi əsas əlamətlərdən biridir. Bunu bimanual müayinədə aşkar etmək olur. Hamilə olmayan uşaqlıq armud formasındadır. Hamiləliyin 5-6-cı həftələrində uşaqlığın ön və arxa ölçüləri böyüyür, o kürə formasını alır. Hamiləliyin 7-8-ci həftələrində isə uşaqlığın köndələn ölçüsü böyüyür və uşaqlıq assimetrik olur. Hamiləlik inkişaf etdikcə, uşaqlığın böyüməsi daha aydın nəzərə çarpır. Təxminən hamiləliyin 10-cu həftəliyinə yaxın uşaqlıq yenidən kürə, sonunda isə oval forma alır.

§ 2.2. Laborator diaqnostika üsulları

Hamiləliyin diaqnostikası klinik müayinələrə əsasən aparılır. Bəzi hallarda hamiləliyin diaqnostikası və differensiasiyası üçün laborator diaqnostik metodlardan istifadə olunur.

Bu üsullar hamiləliyin ehtimal olunan əlamətlərinin aşkar edilməsinə kömək edir. Bunlara bioloji, kolpositoloji müayinə, qanda və ya sidikdə XQ və ya onun subvahidinin (β -XQ) eyni zamanda təyin edilməsi aiddir. Bunlara bioloji, immunoloji, radioimmunoloji və s. üsullar aiddir.

Bioloji müayinə üsulları (Aşqeym-Tsondek, Fridman, qurbağada hormonal reaksiya) öz diaqnostik əhəmiyyətini itirmişdir.

Kolpositoloji müayinə. Bu müayinə üsulu nisbi əhəmiyyətə malikdir və müəyyən edilmiş ciddi şəraitdə aparılır. Belə ki, uşaqlıq yolu I və II təmizlik dərəcəsində olmalıdır. Uşaqlıq yolunun yan və arxa tağından götürülmüş yaxmada keçid və səthi epitel hüceyrələri tapılır. Onlar bir-birindən qatlanmış kənarları və eksentrik (mərkəzdən kənar) yerləşmiş, qayıqabənzər nüvələri ilə fərqlənilir. Hüceyrələr qrup-qrup yerləşir: bu navikulyar tip yaxma hesab edilir. Belə kolpositoloji şəkil hamiləliyin 8-9-cu həftələrində progesteronun təsiri altında baş verir. Bu üsulun diaqnostik dəqiqliyi 65% -dir.

Radioimmunoloji üsul. Bu üsulla mayalanmadan 5-7 gün sonra qanda XQ-nin qatılığını təyin etmək olur. Bu zaman onun qatılığı 0,12--0,50 BV/l olur. Yeni radioimmunoloji üsul isə XQ hormonunun β subvahidini 1,5--2,5 dəqiqə ərzində təyin etməyə imkan verir. Bu zaman hormonların qatılığı 0,003 BV/L olur.

XQ hamiləliyin I yarısının əsas spesifik hormonudur. O, yalnız hamiləlik zamanı qanda, sidikdə olur və doğuşdan sonra yox olur. XQ sinsitotrofoblastlarda–əvvəl trofoblastlarda, sonra xorionda və ciftə sintez edilir. XQ hamiləliyin ilk günlərində sintez olunur, implantasiyadan 60-70 gün sonra ən yüksək həddə çatır, sonra səviyyəsi enir və hamiləliyin sonuna qədər stabil qalır. Molekulyar strukturu həmcins olmayan qlikoproteinlərdən ibarətdir və tərkibində kovalent olmayan iki subvahid (α və β) vardır. α - subvahidi bütün qlikokortikoidlər–lütropin, follitropin, tireotropin üçün, β - subvahid isə yalnız XQ üçün spesifikdir. Bütün müasir hamiləlik testlərinin əksəriyyətində nativ XQ–yə qarşı deyil, onun β -subvahidinə qarşı antitellərdən istifadə olunur. Bu aşağıdakı motivlərə əsaslanır:

- testlərin səhvən müsbət olması faktı inkar edilir;
- sidikdə məhz β -subvahid üstünlük təşkil edir.

XQ-nin titrini mayalanmadan 6-7 gün sonra qanda, 8 gün sonra sidikdə aşağıdakı məqsədlə təyin etmək olar:

- hamiləliyin erkən vaxtlarda laborator diaqnostikası;
- uşaqlıqdaxili və uşaqlıqdankənar hamiləliklərin differansiasiyası;
- reprodaktiv yaş dövründə aybaşı funksiyasının pozulması və hamiləliklə bağlı olmayan ağrıları olan qadınlarda hamiləliyin inkar edilməsi.
- döldə xromosom qüsurlarının aşkarlanması (Daun, Edvards);

Hamiləliyin immunoloji diaqnostika üsulları. Qanda və sidikdə XQ-nin təyininə əsaslanır.



Şəkil:4-6. Hamiləlik testi

Müasir immunoloji müayinə üsulları dövşən anti-zərdabı ilə aparılır. Ampulaya qadının eritrositləri və iki damcı filtrasiya olunmuş təzə sidiyi əlavə edilir. Otaq temperaturunda 2 saat saxlanılır. Əgər ampulada eritrositlər bərabər paylanıbsa, hamiləlik yoxdur, eritrositlər çökübsə hamiləlik var.

Sidikdə XQ-nin immunoferment üsulla təyini. Bu üsul sidikdə XQ-ni və β -XQ-ni təyin edilməsinə və bununla da mayalanmadan 1-2 həftə sonra (növbəti aybaşıya qədər) hamiləliyin diaqnozunu qoyulmasına imkan verir.

Həmçinin, sidikdə XQ-nin, eritrositlərin aqqlütinasiyasının tormozlanması və ya lateks hissə-

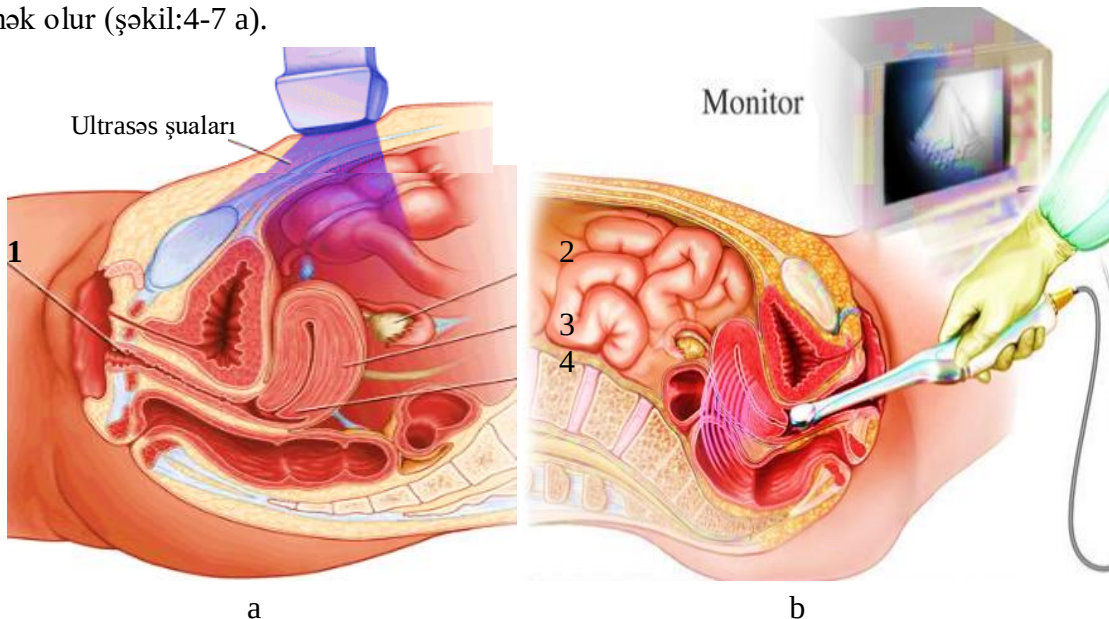
ciklərinin çökməsinə əsaslanan **seroloji üsullar** geniş istifadə edilir.

Yuxarıdakı reaksiyaları qoymaq üçün müxtəlif adlı zərdablardan—qravimin, qravida diaqnostikum və s. istifadə edilir. XQ və β -XQ-ni təyin etmək üçün istifadə olunan laborator üsullar yüksək spesifikliyə malikdir və onların dürüstlük əmsalı mayalanmadan 9-12 gün sonra 92-100% təşkil edir. Bu üsullar yalnız hamiləliyin mövcud olma faktını müəyyənləşdirir, onun lokalizasiyasını dəqiqləşdirməyə imkan vermir. Ona görə də uşaqlıq və ektopik hamiləliyin differensiasiyası üçün istifadə edilə bilməz.

Hal-hazırda hamiləliyin olub-olmamasını tez təyin etmək üçün ekspress testlərdən ev şəraitində (şəkil:4-6) istifadə etməklə, hamiləliyin olub-olmamasını aydınlaşdırmaqla bilirlər.

§ 2.3. Ultrasəs müayinəsi

Müasir mamalıqda hamiləliyin diaqnozunu dəqiq təyin edən ən ehtibarlı üsul Ultrasəs müayinəsidir. Müasir ultrasəs aparatlarının köməyi ilə hamiləliyin 2-3 həftəliyində diaqnoz qoymaq, 4-5 həftəliyində ürək fəaliyyətini qeydə almaq, 7-8 həftəliyində dölün hərəkəti aktivliyini aşkar etmək, 8-9 həftəliyində başını aydın görmək mümkündür. 5-6-cı həftələrdə çoxdöllü hamiləliyi aşkar etmək olur (şəkil:4-7 a).



Şəkil:4-7.a) Ultrasəs müayinəsi: transabdominal: 1-uşaqlıq yolu; 2-yumurtalıq; 3-uşaqlıq; 4-uşaqlıq boynu; b) transvaginal.

Transabdominal müayinədən fərqli olaraq, transvaginal exoqrafiya zamanı hamiləliyin olması faktını 1-1,5 həftə əvvəl təyin etmək olur (şəkil:4-7 b)

Ultrasəs müayinəsi hamiləliyin müddətini, dölnün daxili orqanlarını, onun inkişaf anomaliyalarını, hərəkəti aktivliyini, ciftin yerləşdiyi yeri, onun vaxtından əvvəl ayrılmasını təyin etməyə imkan verir. Ultrasəs müayinəsi ilə hamiləlik boyu dölnün inkişafı nəzarətdə saxlanılır, onun ölçüləri, çəkisi təyin edilir. Ultrasəs müayinəsi ana və dölə mənfi təsir göstərmir. Hamiləlik müddətində 3-5 dəfə aparılmalıdır. Bu metod ultrasəs enerjisinin müxtəlif sıxlıqlı toxumalar tərəfindən müxtəlif qəbul edilməsinə əsaslanır. Son zamanlar 3D və 4D Ultrasəs aparatlarından istifadə olunur. 3 və ya 4 istiqamətdə ultrasəs dalğaları verilir, dölnün vəziyyəti, inkişaf səviyyəsi, inkişaf qüsurları, cift, dölyanı mayenin miqdarı və s haqqında daha informativ məlumat alınır.

§ 2.4. Çanağın müayinəsi

Çanağın quruluşu və ölçüləri doğuşun gedişinə mühüm təsir göstərir. Doğuşun normal gətməsi üçün çanağın normal olması şərtidir. Çanaq sümükləri yumşaq toxumalarla örtülərək **“doğum yolunu”** əmələ gətirir.

Doğum kanalının yumşaq toxumalarını uşaqlıq, uşaqlıq yolu, çanaq dibi əzələləri, fasiyaları və xarici cinsiyyət üzvləri təşkil edir.

Çanağın müayinəsi baxış, palpasiya və ölçmə yolu ilə aparılır. Baxış zamanı bütün çanaq nahiyəsinə diqqət edilir, omanın rombuna (Mixaels rombu) xüsusi diqqət yetirilməlidir. O, omanın arxa səthini əhatə edib, yuxarıdan V bel fəqərəsinin sümük çıxıntısı ilə omanın sümüyünün orta darağının başlanğıcı, aşağıda omanın zirvəsi, yanlarda arxa üst qalça tinləri arasındakı sahəni tutur, normada romb kvadrata yaxınlaşır, boylama və köndələn ölçüləri 11 sm-dir. Mixaels rombunun forması çanağın patologiyaları zamanı dəyişir. Ümumbərabər daralmış çanaqda onun boylama ölçüsü, yastı raxitlik çanaqda köndələn ölçüsü uzanır. Çəpinə daralmış çanaqlarda o, formasını tamamilə itirir.

Çanaq iki hissədən ibarətdir: böyük və kiçik çanaq. Mamalıqda böyük çanaq əhəmiyyət kəsb etmir. Lakin o, kiçik çanağın forma və ölçüləri haqqında təsəvvür yaradır. Bu isə çox vacibdir.

Çanaq, xüsusi alət –pelviometrle (çanaqölçənlə) ölçülür. Bu alət pərgər şəkillidir, üzərində santimetr və yarım santimetr bölgüləri olan qövsvəri şkalası var. Pərgərin uclarında düyməciklər var.

Çanaq ölçülərkən qadın arxası üstə uzanmalı, həkim onun sağ tərəfində dayanmalıdır. Çanaq ölçənin düyməcikləri hər iki əlin baş və orta barmaqları arasında tutulur, şəhadət barmağı ilə aralarındakı məsafə ölçüləcək nöqtələr tapılır. Pelviometrin düyməcikləri həmin nöqtələrə qoyulur. Bu zaman pelviometrin şkalası yuxarıya baxmalıdır.

Böyük çanağın aşağıdakı ölçüləri vardır:

–**tınarası məsafə (distantia spinarum)** – ön üst qalça tinləri arasındakı məsafədir – 25-26 sm-dir;

–**daraqarası məsafə (distantia cristarum)** – qalça daraqları arasındakı ən uzaq məsafədir – 28-29 sm-dir;

–**burmalararası məsafə (distantia trochanterica)** – bud sümüyünün böyük burmaları arasındakı məsafə – 31-32 sm-dir;

–**xarici konyuqata (conyuqata externa)** – simfizin yuxarı kənarı ilə omanın üstü çuxur arasındakı məsafədir – 20-21 sm-dir.

Xarici konyuqatanı ölçmək üçün qadın böyrü üstə uzanmalı, altdakı ayağını bud-çanaq və diz oynaqından bükməli üstdəki ayağını isə düz uzatmalıdır. Pelviometrin bir düyməsi simfizin yuxarı kənarına, digəri omanın üstü çuxura qoyulur.

Xarici konyuqatanın ölçüsünə əsasən, həqiqi konyuqata (conyuqata vera), başqa sözlə çanaq girəcəyinin düz ölçüsü haqqında məlumat əldə edilir.

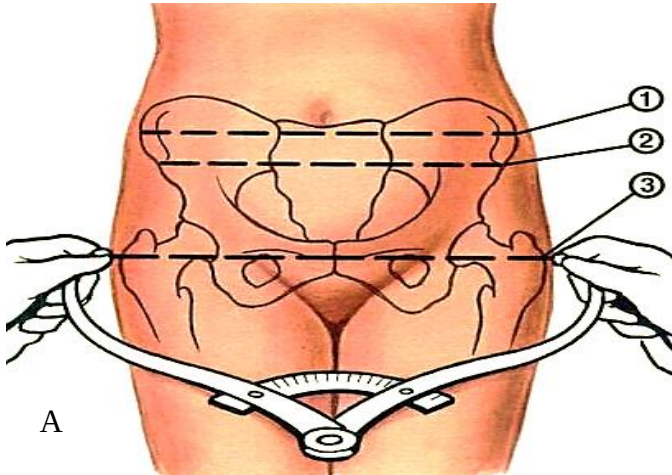
Çanağın müayinəsi (şəkil:4-8)



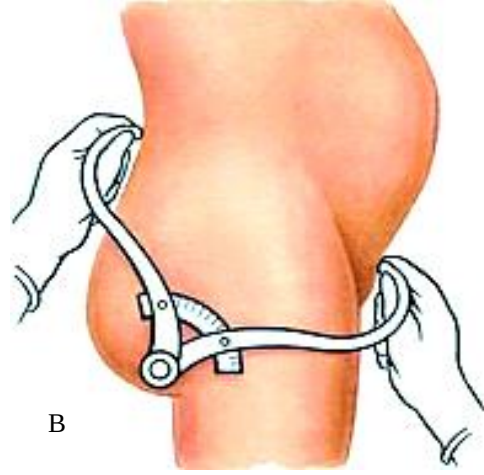
Pelviometr-çanaqölçən



Oma (Miaxaels) rombu



A

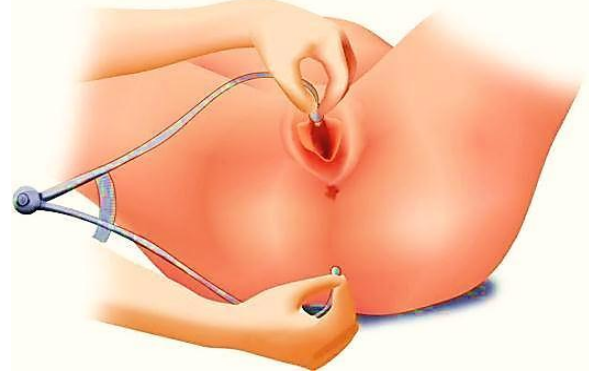


B

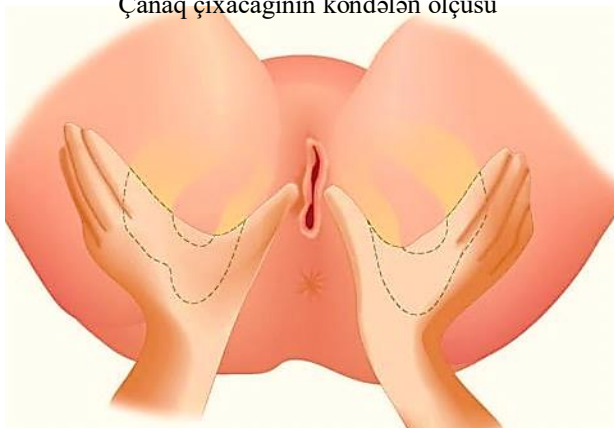
Çanağın ölçülməsi:A) 1-daraqarası məsafə;2-tınarası məsafə; 3-burmaarası məsafə; B) xarici konyuqata



Çanaq çıxacağıının köndələn ölçüsü



Çanaq çıxacağıının düz ölçüsü



Çanaq bucağıının təyini



Solovyov indeksi

Bunun üçün həqiqi konyuqatadan 9 sm çıxmaq lazımdır. 9 sm qadın çanağının sümüklərinin (oma sümüyünün cismi və simfiz) və yumşaq toxumalarının ölçüsüdür. Normada xarici konyuqata (kiçik çanaq girəcəyi) 11 sm-dir.

Qadınlarda bu ölçülər normaya uyğun gəlməsə, çanağın başqa ölçüləri də ölçülür:

– **yan konyuqata** – eyni tərəfin qalça sümüyünün ön-üst və arxa-üst qalça tinləri arasındakı məsafədir-14-15 sm;

– **çəp ölçülər** – qasıq birləşməsinin üst kənarının ortası ilə hər iki tərəfin arxa üst-qalça tinləri arasındakı məsafədir-17,5 sm;

– bir tərəfin ön-üst qalça tini ilə əks tərəfin arxa-üst qalça tini arasındakı məsafə – 21 sm;

– V bel fəqərisinin sümük çıxıntısı ilə hər iki qalça sümüyünün ön-üst qalça tinləri arasındakı məsafə-18 sm.

Bütün bu ölçülər cüt-cüt müqayisə edilir, onlar arasındakı fərq 1,5 sm-dən çox olarsa, çanaq çəpinə daralmışdır.

Çanaq çıxacağıının ölçüləri də ölçülür. Qadın arxası üstə, ayaqları diz və bud-çanaq oynaqından bükülmüş, yanlara açılmış və qarına sıxılmış vəziyyətdə uzanır.

Düz ölçü – büzdüm zirvəsi ilə qasıq bitişməsinin aşağı kənarı arasındakı məsafədir, pelviometrlə ölçülür. Alınmış rəqəmdən 2 sm çıxmaq lazımdır (sümük və yumşaq toxumaların qalınlığı) – 9 sm-dir;

Köndələn ölçü – santimetr lenti ilə ölçülür. Oturaq qabarlarının daxili səthi arasındakı məsafədir. Alınan nəticənin üzərinə 2 sm əlavə olunur (yumşaq toxumaların qalınlığı – 11 sm-dir.

Çanaq girəcəyinin düz ölçüsü–həqiqi konyuqata vacib ölçülərdəndir. Xarici konyuqatadan 9 sm çıxmaqla biz bu ölçü haqqında dəqiq məlumat almaya bilərik. Çünki bütün qadınlarda I oma fəqərəsinin cismi, simfiz və yumşaq toxumaların qalınlığı eyni deyil. Yəni bütün qadınlarda 9 sm deyil. Ona görə də başqa üsullarla da bu ölçü haqqında məlumat almaq lazımdır.

Ultrasəs müayinəsi kiçik çanaq girəcəyinin düz ölçüsü haqqında dəqiq məlumat verir. Bundan başqa daxili müayinə ilə diaqonal konyuqata ölçülür (12,5-13 sm) və alınan rəqəmdən 1,5-2 sm çıxılır. Çıxılacaq rəqəm Solovyov indeksi ilə hesablanır. Santimetr lenti ilə mil-bilək oynaqının çevrəsi ölçülür. Normada bu indeks 15 sm-dir. Əgər bilək oynaqının çevrəsi 15 sm və daha azdırsa, 1,5 sm (sümüklər nazikdir), 15 sm-dən çoxdursa 2 sm (sümüklər qalındır) çıxılır.

Diaqonal konyuqatadan həqiqi konyuqatanı hesablamağın başqa üsulu da var, qasıq bitişməsinin hündürlüyündən asılı olaraq 1,5-2 sm çıxılır.



Şəkil: 4-9. Diaqonal konyuqatanın ölçülməsi

Diaqonal konyuqata (conjuqata diaqonalis) oma burnu ilə simfizın aşağı kənarı arasındakı məsafədir, normada 12,5--13 sm-ə bərabərdir, daxili müayinə ilə təyin edilir. Aseptika və anti-septikanın bütün qaydalarına əməl etməklə sağ əlin II və III barmaqları uşaqlıq yoluna daxil edilir. Orta barmaq promontoriuma (oma burnuna) çatdırılır, əlin simfizə toxunan yeri sol əl ilə qeyd edilir. Sol əlin yerini dəyişmədən sağ əl uşaqlıq yolundan çıxarılır, pelviometr və ya santimetr lenti ilə orta barmağın ucu ilə sol əllə qeyd olunan nöqtə arasındakı məsafə ölçülür (şəkil:4-9).

Diaqonal konyuqatanı ölçmək həmişə mümkün olmur, çünki çanağın ölçüləri normal olduqda əl oma burnuna ya çatmır, ya da çətinliklə çatır.

Çanağın əyrilik bucağının ölçülməsi də əhəmiyyətlidir. Xüsusi çanaq bucaqölçənlə üfüqi müstəvi ilə kiçik çanaq müstəvisi arasındakı bucaq ölçülür. Normada 55-60⁰-dir.

Qasıq bucağının formasının da böyük əhəmiyyəti var. Çanaq ölçüləri normal olduqda, qasıq bucaq 90-100⁰-yə bərabərdir. Bu bucağı təyin etmək üçün, qadın arxası üstə uzanır. Ayaqlar bükülür, yanlara açılır və qarına sıxılır. Mama baş barmaqlarının ovuc səthini qasıq və oturaq sümüklərinin aşağı şaxələri üzərinə qoyur. Barmaqların ucları bir-birinə toxunaraq simfizın aşağı kənarına sıxılır. Barmaqlar arasında qalan bucaq qasıq bucağıdır.

§ 2.5.Hamiləliyin II yarısının diaqnostikası

Hamiləliyin II yarısında sistematik olaraq qadının arterial təzyiqi, bədən çəkisi ölçülməli, qanı, sidiyi analiz edilməlidir. Qadının ümumi müayinəsindən sonra xüsusi mamalıq müayinələri aparılır.

Ölçmə. Hamilənin boyunu, çanağını (quruluş və formasından əlavə) qarının çevrəsini və uşaqlıq dibinin hündürlüyünü ölçmək lazımdır. Bu zaman pelviometrdən və santimetr lentindən istifadə edilir.

Qarının ölçülməsi. Göbək səviyyəsində qarının ən böyük çevrəsi santimetr lenti ilə ölçülür. Hamiləliyin sonunda bu ölçü 90-100 sm-ə bərabər olur (şəkil:4-10 a). Qarının çevrəsinin bundan çox olması adətən çoxdöllü hamiləlik, iri döl, çoxmayelilik, dölün köndələn vəziyyəti, piylənmə, hamiləlik ödemi və s. zamanı müşahidə edilir.

Sonra qasıq bitişməsi ilə uşaqlığın dibi arasındakı məsafə (uşaqlıq dibinin hündürlüyü) ölçülür. Hamiləliyin son iki həftəsində bu məsafə 36-37 sm, doğuşa yaxın isə uşaqlıq dibi endiyinə görə 34-35 sm olur (şəkil:4-10 b)



Şəkil:4-10. a) qarının çevrəsinin ölçülməsi; b) uşaqlıq dibinin hündürlüyünün ölçülməsi

Qarının çevrəsinin və uşaqlıq dibi hündürlüyünün ölçülərinə əsaslanaraq dölün təqribi çəkisi hesablanır:

$$1. \text{QC(sm)} \times \text{UDH(sm)} = \text{DK(qr)} \text{ (Jordaniya) Məs: } 99(\text{sm}) \times 35(\text{sm}) = 3465(\text{qr})$$

$$2. \frac{QC(sm) + UDH(sm)}{4} \times 100 = DK(qr) \text{ (Yakubova); Məs: } \frac{99(sm) + 35(sm)}{4} \times 100 = 3350(qr)$$

QC-qarının (sm)-lə çevrəsinin uzunluğu; UDH-uşaqlıq dibinin (sm)-lə hündüryüyü; DK-dölün (qr)-la kütləsi

Palpasiya. Qarının palpasiyası əsas müayinə üsullarından biridir. Müayinə zamanı qadın arxası üstə uzanır, ayaqları bud-çanaq və diz oynaqından bükülmüş olur. Bu vəziyyətdə qarın divarının gərginliyi aradan qalxır və qarın boşluğu orqanlarının, xüsusilə uşaqlıq və dölün əllənməsi asanlaşır. Palpasiya qarın boşluğunun vəziyyətini, qarın divarının elastikliyini, qarının düz əzələlərinin vəziyyətini (aralanma, yırtıq qabarmalarının olub-olmaması) aydınlaşdırmaqla başlayır. Sonra uşaqlığın həcmi, onun funksional vəziyyəti (tonusu, müayinə zamanı gərginliyi və s.) və uşaqlıq boşluğunda dölün vəziyyəti müəyyənləşdirilir.

Hamiləni müayinə edərkən dölün vəziyyəti, görkəmi, mövqeyi, gəliş hissə, dölün ətraflarının başına və gövdəsinə münasibəti təyin edilir. Normal halda gövdə bükülmüş, baş döş qəfəsinə doğru əyilmiş, ayaqlar bud-çanaq və diz oynaqından bükülmüş və dölün qarına sıxılmış, əllər döş qəfəsində bir-biri ilə çarpazlanmış olur. Bu halda döl oval formada olur. Dölün sağrısı uşaqlıq dibində, ənsə hissəsi (ənsə gəlişi) isə kiçik çanağın girəcəyində yerləşir. Dölün hərəkəti zamanı ətrafların vəziyyəti müvəqqəti dəyişir.

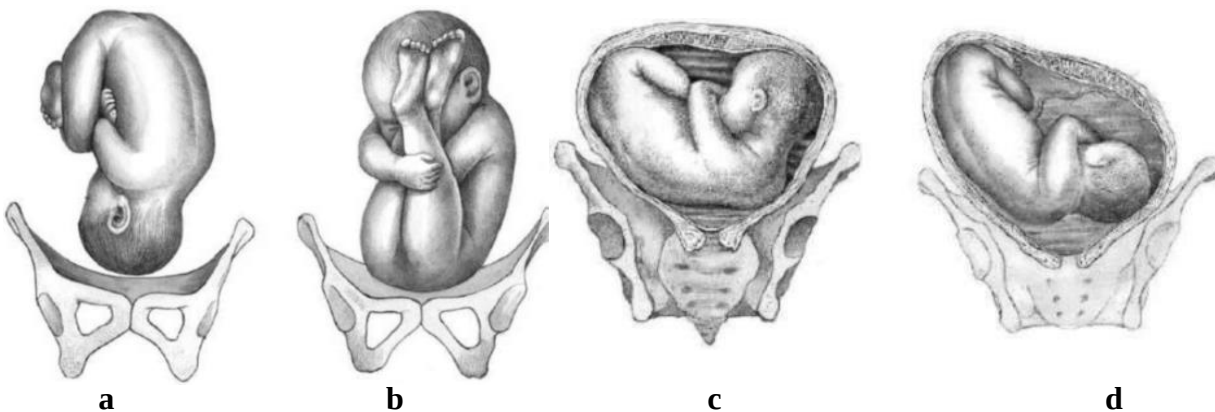
Dölün vəziyyəti. (situs) – dölün boylama oxunun uşaqlığın boylama oxuna olan münasibətidir. Dölün aşağıdakı vəziyyətləri aşkar edilir:

– boylama (situs longitudinalis) – dölün boylama oxu uşaqlığın boylama oxu ilə üst-üstə düşür. Dölün boylama oxu dedikdə, ənsədən sağrıya qədər olan xətt nəzərdə tutulur;

– köndələn (situs transversis) – dölün boylama oxu uşaqlığın boylama oxu ilə düz bucaq altında kəsişir;

– çəp (situs obliquus) – dölün boylama oxu uşaqlığın boylama oxu ilə iti bucaq əmələ gətirir.

Boylama vəziyyət normal hesab edilir, 99,5% təşkil edir. Köndələn və çəp vəziyyətlər patologiyadır.



Şəkil:4-11.

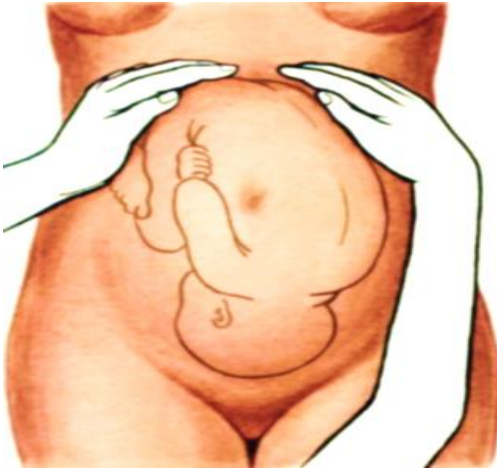
a) boylama vəziyyət baş gəlişi; b) boylama vəziyyət çanaq gəlişi;
c) köndələn vəziyyət; d) çəp vəziyyət

Dölün mövqeyi. (positio) – dölün kürəyinin istiqamətinə (sağa və ya sola) görə təyin edilir. Dölün arxası sola baxırsa birinci, sağa baxırsa ikinci mövqedir. Dölün kürəyi tam sağa və ya sola baxmır, o bir qədər önə və ya arxaya meyilli olur. Ona görə də görkəm anlayışı ortaya çıxır.

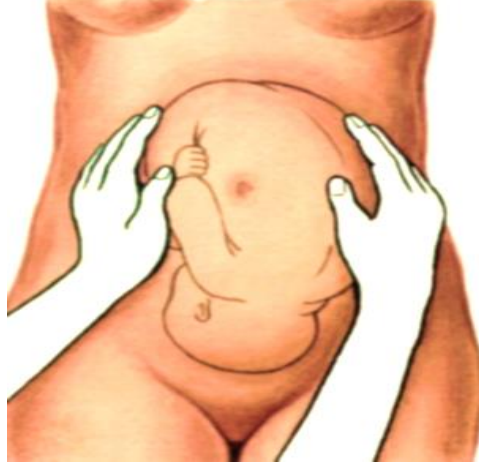
Dölün görkəmi. (vizus) – dölün kürəyi uşaqlığın ön və ya arxa divarına meyilli olur. O, önə baxırsa ön görkəm, arxaya baxırsa arxa görkəm hesab edilir. Köndələn və çəp vəziyyətlərdə mövqe dölün başına görə müəyyənləşdirilir. Baş sol tərəfdə olduqda I mövqe, sağ tərəfdə olduqda II mövqedir.

Dölün gəliş hissəsi. Dölün böyük hissəsinin (baş və ya çanaq) çanaq girəcəyinə münasibətidir. Çanaq girəcəyində başdırsa, bu baş gəlişi, çanaq hissəsidirsə çanaq gəlişidir. Baş gəlişi 96%, çanaq gəlişi 3,5% təşkil edir.

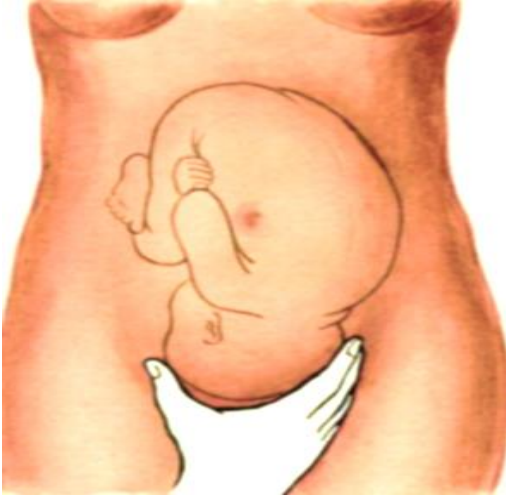
Hamiləliyin II yarısının müayinə metodları (şəkil:4-12)



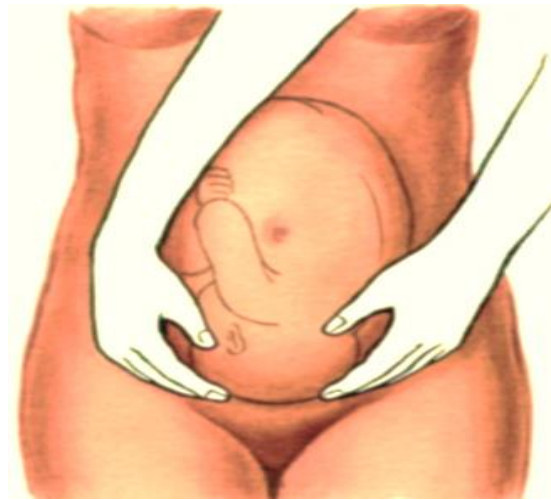
I üsul



II üsul

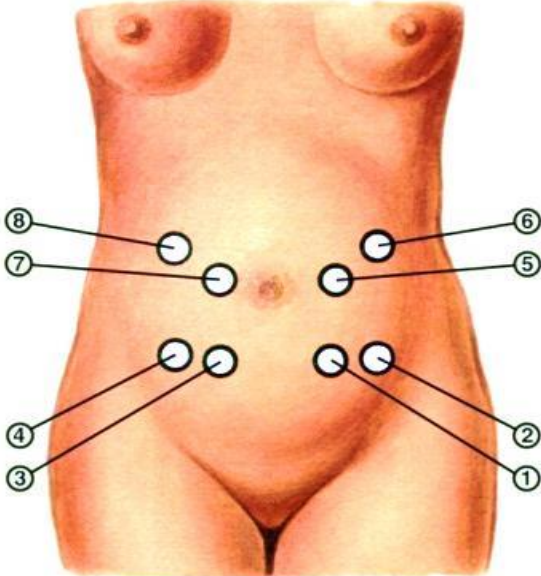


III üsul

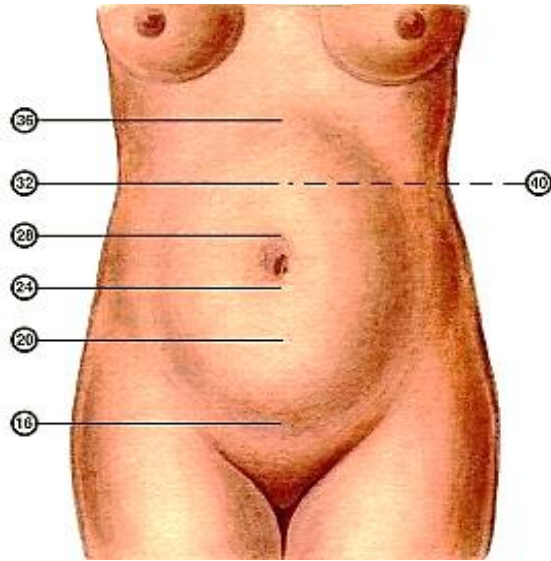


IV üsul

Xarici müayinə üsulları.(Leapold- Levitski-Lasapelli)



Dölün auskultasiyası: ənsə gəlişi:1-ön,2- arxa gör-
görmək I mövqe; 3-ön, 4-arxa görkəm II mövqe
Çanaq gəlişi; 5-ön,6-arxa görkəm I mövqe; 7-ön,
8-arxa görkəm II mövqe



Uşaqlıq dibinin hündürlüyünün təyini

Gəliş hissə (pars praevia). Kiçik çanaq girəcəyində yerləşən və doğuş yollarından birinci keçən, cinsiyyət yarığından birinci xaric olan hissə gəliş hissə və ya öndə gələn hissə adlanır. Baş gəlişlərində kiçik çanaq girəcəyinə birinci ənsə (ənsə gəlişlərində), təpə (ön baş gəlişində), alın (alın gəlişində), üz (üz gəlişində) daxil ola bilər. Ənsə gəlişi tipik (bükülmüş) gəlişdir. Başqa baş gəlişləri açılmış baş gəlişlərində, baş gəlişlərinin 1%-ni təşkil edir. Çanaq gəlişlərində kiçik çanaq girəcəyinə dölün sağrıları (xalis sağrı gəlişi), ayaqları (ayaq gəlişləri) sağrılarla birlikdə ayaqları (qarışıq sağrı gəlişi) birinci daxil ola bilər.

Mamalıqda Leopold, Levitski, Lasapelli tərəfindən təklif olunmuş palpasiya üsullarından istifadə olunur.

I üsulla uşaqlığın dibinin hündürlüyü və dölün uşaqlıq dibində olan hissəsi təyin edilir. Bu zaman mama qadının sağ tərəfində onunla üz-üzə dayanır. Qadın arxası üstə uzanır. Mama hər iki əlini uşaqlığın dibində yerləşdirir. Barmaqların ucları bir-birinə doğru yönəlir. Baş gəlişlərində uşaqlıq dibində sağrı əllənir: yumşaq, hamar, nisbətən kiçik. Bu üsulla əsasən **dölün vəziyyəti** təyin edilir. Uşaqlıq dibinin hündürlüyünə görə hamiləliyin müddətini, uşaqlıq dibindəki döl hissəsinə görə dölün gəlişini təxmin etmək olur.

II üsulla dölün kiçik hissələrinin (əl və ayaqların) və kürəyinin yerləşməsinə görə **dölün mövqeyi** müəyyən edilir. Mama uşaqlıq dibində olan əllərini qarının yan divarları ilə aşağıya, göbəyə doğru sürüşdürür. Əvvəl bir, sonra o biri əllə uşaqlığın yan divarı boyu palpasiya aparılır. Dölün kiçik hissələri və kürəyi müəyyən edilir. Bu zaman kürək enli əyilmiş səthi ilə özünü bəlli edir. Uşaqlıq dibində dölün böyük hissəsini sıxdıqda dölün gövdəsi daha çox əyilir. Əks tərəfdə dölün kiçik hissələri xırda və hərəkətli qabıqlar şəklində əllənir. Çox doğmuş qadınlarda qarının ön divarının və uşaqlığın əzələlərinin boşalması sayəsində dölün kiçik hissələri asanlıqla əllənir. Bəzən onların hərəkəti gözlə görünür. Xarici mamalıq müayinəsinin II üsulu uşaqlığın girdə bağlarını, onların ağırlıq olub-olmamasını, qalınlığını, gərginliyini, sol və sağ bağların mütənasibliyini, uşaqlığa nəzərən təyin etməyə imkan verir.

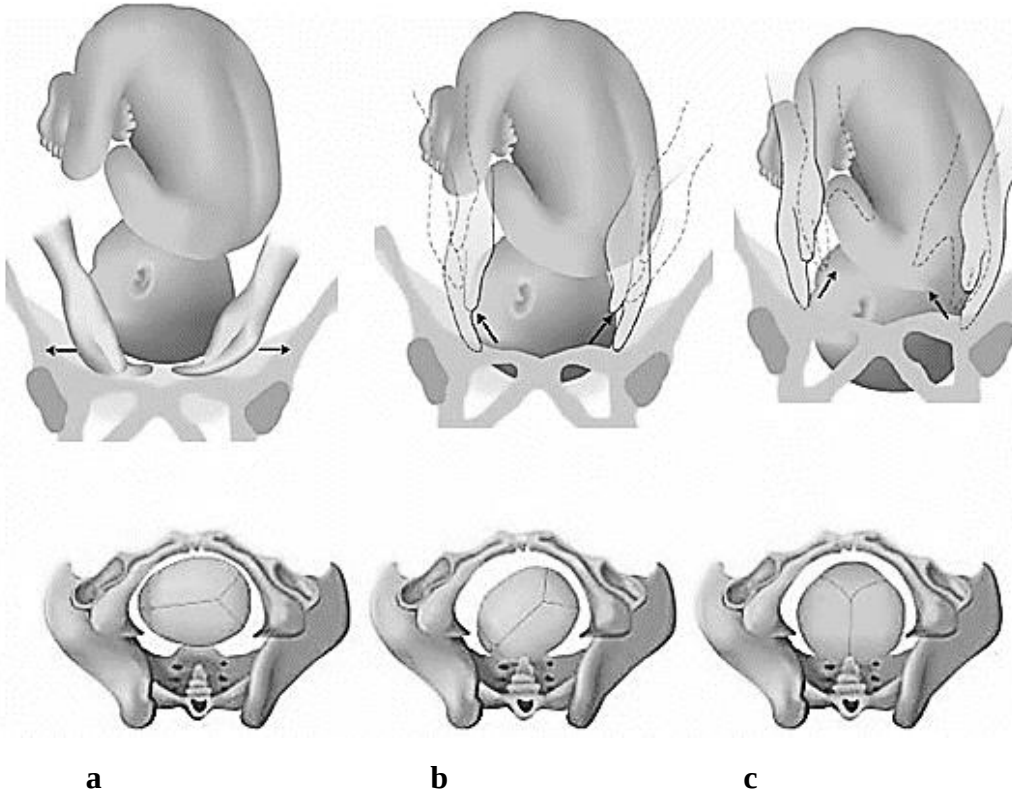
Sonra uşaqlığın (onun sağ və sol hissəsinin cismnin və aşağı seqmentinin) fiziki qıcıqlara qarşı reaksiyası müəyyən olunur: hər iki əlin barmaqları ilə ehtiyatla uşaqlığa təzyiq edərək uşaqlığın əzələsinə, onun yığılmasına, ağırlıq olub-olmamasına nəzarət edilir.

Qarının ölçüsü böyük olduqda, uşaqlıqda aşkar olunan flüktasiya dölyanı mayenin çoxluğundan xəbər verir. Müayinə zamanı kiçik hissələrin hərəkəti hiss olunursa, dölün diri olmasına işarədir.

Xarici mamalıq müayinəsinin **III üsulu** ilə **dölün gəliş hissəsi** və onun kiçik çanağa nisbəti təyin edilir. Bu müayinəni apararkən mama vəziyyətini dəyişmir. Sağ əlini qasıq birləşməsi üzərində elə qoyur ki, baş barmaq bir tərəfdə, digərləri əks tərəfdə olsun. Bu vəziyyətdə yavaş-yavaş əlini dərinə salır və gəliş hissəni tutur. Baş gəlişi zamanı böyük, bərk, konturları aydın, girdə hissə əllənir. Sağrı gəlişlərində nisbətən kiçik yumşaq, aydın konturları olmayan hissə əllənir. Mama gəliş hissəni ehtiyatla hərəkət etdirməyə çalışır. Əgər gəliş hissə hərəkətlidirsə, o hələ çanaq girəcəyi üzərindədir, hərəkətsizdirsə gəliş hissə kiçik çanağa daxil olub.

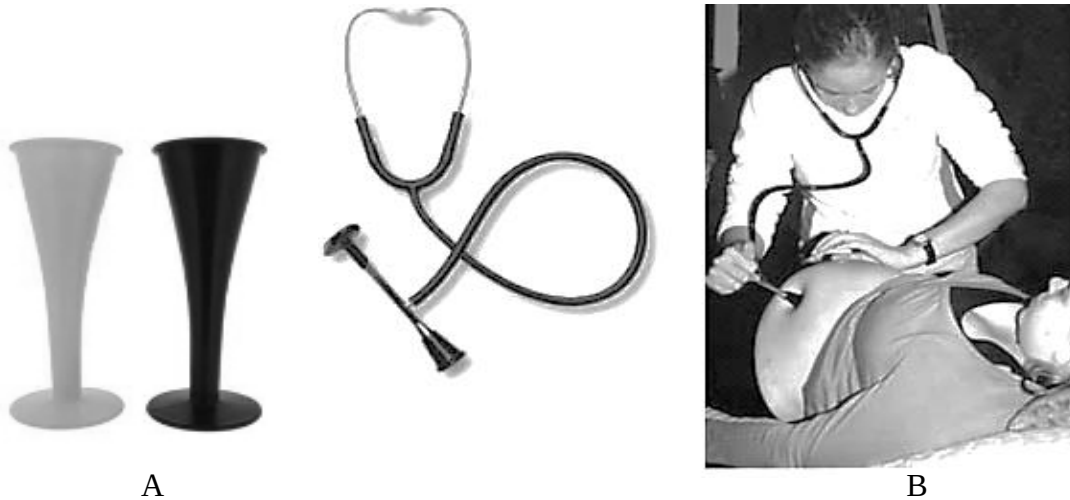
Xarici mamalıq müayinəsinin **IV üsulu** ilə **gəliş hissənin çanağa nisbəti** müəyyən edilir. Bu müayinəni apararkən mama vəziyyətini dəyişir, üzü qadının ayaqlarına baxır. O, əllərini hər iki tərəfdən uşaqlığın aşağı seqmentində yerləşdirir və barmaqlarını ehtiyatla gəliş hissənin üzəri ilə yavaş-yavaş çanaq girəcəyinə yeritməyə çalışır. Gəliş hissənin əl çatan yerini yoxlayır. Məqsəd gəliş hissənin çanaq girəcəyinə keçib-keçmədiyini, keçib-sə, hansı seqmentlə keçdiyini təyin etməkdir.

Döl başının kiçik çanağa daxil olma dərəcəsini aşağıda göstərilənlərlə təyin etmək olar. Baş çanaq üzərində hərəkətlidirsə, xarici müayinə zamanı hər iki əlin barmaqlarını onun altına keçirmək və hətta onu əks tərəfə itələmək mümkün olur. Əgər başın üzərində sürüşdürülən əllər bir-birindən uzaqlaşarsa baş böyük seqmentlə, əllər bir-birinə yaxınlaşarsa kiçik seqmentlə kiçik çanağa keçib və ya daha dərinə daxil olub. Döl başı kiçik çanaq boşluğuna, çox dərinə daxil olduqda onu itələmək mümkün olmur (şəkil:4-13).



Şəkil:4-13. Başın çanaq girəcəyinə nisbəti: a) baş çanaq girəcəyi üzərindədir, barmaqlar bir-birinə çatır, oxabənzər tikiş köndələn ölçüdədir; b) baş kiçik seqmentlə çanağa keçib, əllər bir-birindən uzaqlaşır, oxabənzər tikiş çəp ölçüdədir; c) baş böyük seqmentlə çanağa keçib, əllər bir-birinə yaxınlaşır, oxabənzər tikiş düz ölçüdədir.

Auskultasiya. Hamilə və doğanın qarnına auskultasiya mamalıq stetoskopu ilə aparılır. Stetoskopun qarına qoyulan ucu genişdir (şəkil:4-14). Qarnın auskultasiyası zamanı dölün ürək döyüntüləri müəyyən edilir. Bundan başqa ananın orqanizmindən gələn səsləri–qarın aortasının nəbzini, uşaqlığın yan divarlarından keçən böyük qan damarlarında yaranan, “üfürücü” səsləri ayırd etmək lazımdır. Döldən gələn səslərə dölün ürək tonları, göbək damarlarının səsləri, dölün səssiz qeyri-ritmik təkan şəkilli hərəkətləri aiddir.



Şəkil:4-14. A) mamalıq stetoskopları; B) dölün auskultasiyası

Dölün ürək döyüntüləri hamiləliyin II yarısından (ilk doğanlarda 20, təkrardoğanlarda 18 həftədən), qarının ön divarında, döl başına yaxın, onun kürəyində eşidilir. Yalnız üz gəlişində dölün ürək döyüntüləri onun döş qəfəsində eşidilir. Çünki, üz gəlişində dölün başı maksimal açılır, döş qəfəsi kürəyə nisbətən qarına daha yaxın olur. Baş gəlişlərində dölün ürək döyüntüləri göbəkdən aşağıda, I mövqedə solda, II mövqedə sağda eşidilir. Çanaq gəlişində mövqeyə uyğun olaraq göbəkdən yuxarıda eşidilir (baş göbəkdən yuxarıda olduğu üçün).

Köndələn gəlişlərdə dölün ürək döyüntüləri göbək səviyyəsində, başa yaxın yerdə, I mövqedə solda, II mövqedə sağda eşidilir. Çöxdöllü hamiləlikdə ürək tonları müxtəlif yerlərdə eşidilir.

Yetişmiş döldə ürək tonları aydın, ritmikdir, tezliyi 110-160 vur/dəq-dir.

Dölün ölçüləri. Pelviometrin köməyi ilə dölün uzunluğu və başının ölçüsü müəyyən edilir. Dölün gövdəsini ölçmək üçün Pelviometrin düyməciklərindən biri dölün başına, digəri sağrısına (uşaqlıq dibinə) qoyulur. Alınan nəticə 2-yə vurulur (şəkil:4-15).

Dölün başını ölçmək üçün pelviometrin düyməciklərindən biri dölün alın, ikincisi ənsə nahiyəsinə qoyulur. Yetişmiş dölün gövdəsinin uzunluğu (baş-sağrı ölçüsü) 35 sm, başının ölçüsü (alın-ənsə) 8-ci ayda 9,5-10 sm, 9-cu ayda 10,5-11 sm olur.



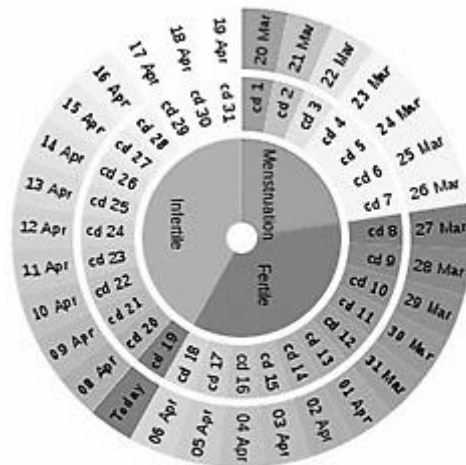
Şəkil:4-15.Dölün uzunluğunun təyini

§ 3. Hamiləlik müddətinin və doğuş vaxtının təyini. Hamilələrə və zahılara “Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilmə” vəərəqinin verilməsi

Hamiləlik müddətinin təyini. Hamiləlik müddəti anamnezə, qadın məsləhətxanasının məlumatlarına və obyektiv müayinələrə əsasən təyin edilir. Son menstruasiyanın ilk günü, dölün ilk tərpəndiyi tarix, ehtimal olunan ovulyasiya günü (menstruasiya tsiklinin davamiyyəti nəzərə alınmaqla), eləcə də ultrasəs müayinəsinin nəticələri əsas götürülür.

Hamiləlik müddətini təyin etmək üçün mayalanma gününü, yəni ovulyasiya gününü təyin etmək lazımdır. Bu vaxtı müəyyən etmək üçün sonuncu aybaşının ilk gününün üzərinə 14-15 gün əlavə olunur və ya gözlənilən menstruasiyanın ilk günündən 14-15 gün geriye hesablanır.

Dölün ilk tərpəndiyi günə nəzərən də hamiləlik müddətini təyin etmək olur. Bu primaqravidalarda (ilk hamilələrdə) 20-ci həftəyə, multiravidalarda (təkrar hamilələrdə) isə təxminən 2 həftə tez –18-ci həftədə hiss edilir. Dölün ilk tərpənişi subyektiv əlamətdir. Qadın çox vaxt dölün ilk tərpəndiyi günü unudur və ya dölün tərpənişini bağırsaq peristaltikası ilə səhv salır. Buna görə dölün tərpənişinə görə hamiləliyin müddətinin təyininin diaqnostik əhəmiyyəti azdır, bu kömək-



Şəkil:4-16. Mamalıq təqvimini

çi əlamət kimi nəzərə alın bilər.

Menstruasiya, ovulyasiya və dölün ilk hərəkətinə əsasən hamiləlik müddətinin hesablanması asanlaşdırın xüsusi mamaıq təqvimləri və xətkəşləri var (şəkil:4-16).

Obyektiv müayinədən alınan məlumatlar (uşaqlığın ölçüləri, qarının çevrəsi, uşaq dibi-nin hündürlüyü, dölün uzunluğu və döl başının ölçüləri) hamiləlik müddətinin təyin olunmasına böyük kömək edir.

I trimestrdə daxili müayinə ilə uşaq dibi ölçüsü təyin edilir. Sonrakı aylarda uşaq dibi-nin hündürlüyünün və qarının çevrəsinin ölçülməsi vacib informasiya verir:

--hamiləliyin I ayında uşaq dibi toyuq yumurtası boyda olur;

–II ayda (8 həftə) qaz yumurtası boydadır;

–III ayda (12 həftə) yenidöğulmuşun başı boydadır, uşaq dibi qasıq qövsünün üst kənarındadır;

– IV ayda (16 həftə) uşaq dibi qasıq bitişməsindən 3 sm yuxarıda yerləşir;

– V ayda (20 həftə) uşaq dibi göbəkdən 2 sm aşağıda yerləşir;

–VI ayda (24 həftə) uşaq dibi göbək səviyyəsindədir;

–VII ayda (28 həftə) uşaq dibi göbəkdən 2-3 sm yuxarıda yerləşir;

–VIII ayda (32 həftə) uşaq dibi göbək ilə qalxanvari çıxıntı arasındakı məsafənin ortasında-dır, qarının çevrəsi 80-85 sm-dir;

–IX ayda (36 həftə) uşaq dibi qalxanvari çıxıntı səviyyəsindədir (ən yüksək), qarının çevrəsi 90 sm-dir;

– X ayda (40 həftə) uşaq dibi VIII ay səviyyəsində enib, qarının çevrəsi 90-100 sm-dir.

Hamiləlik müddətini təyin etmək üçün Jordaniya formulasından istifadə edilir:

$$X = L + C$$

X-axtarılan hamiləlik müddəti; L-dölün uzunluğu (sm); C-alın ənsə ölçüsü (sm).

Məs: L = 22, C = 10, X = 22+ 10 = 32. Yəni döl 32 həftəlikdir. Hazırda ultrasəs müayinəsi ilə hamiləlik müddəti dəqiq təyin olunur.

Hamiləlik müddətinin exoqrafik təyini. Hamiləliyin ilk ayında döl yumurtasının orta daxili diametrini ölçməklə hamiləlik müddəti təyin edilir. Bu zaman hələ embrionu görmək mümkün olmur. Embriyon göründükdən sonra (hamiləliyin 5-6-ci həftələri) əsas parametrlər dölün büzdüm–təpə (BTÖ) ölçüsüdür. Hamiləliyin 2-ci və 3-cü aylarında hamiləlik müddəti müxtəlif fotometrik parametrlərin təyininə əsaslanır: başın parietal ölçüsü (BPÖ) və çevrəsi (BÇ), döş qəfəsinin və qarının orta diametri, qarının çevrəsi (QÇ), bud sümüyünün uzunluğu (FL). Bu ölçülərdən ən informativ olanı BPÖ və BÇ-dir. Bu ölçülər dölün hestasion yaşını daha dəqiq göstərir. Hamiləlik müddəti nə qədər çoxdursa, dölün ölçülərinin variabelliği nəticəsində onun hestasion yaşının təyini dəqiqliyi bir o qədər azdır. Hamiləlik müddətinin müəyyən edilməsi üçün hamiləliyin 24-cü həftəsinə qədərki ultrasəs müayinələri ən əlverişli hesab olunur.

Doğuş vaxtının təyini. Doğum tarixi bir neçə üsulla təyin edilir. Normal hamiləlik 280 gün, 40 həftə, 10 qəməri ay və ya 9 təqvim ayı davam edir (son menstruasiyanın ilk günündən), bəzi qadınlarda hamiləlik bundan çox (300 gündən çox – 310-320 gün – gecikmiş doğuş) və ya az (230-240 gün – vaxtıdan əvvəl doğuş) davam edir. Doğum gününü son menstruasiyanın ilk gününün üzərinə 280 gün (10 qəməri ay, 9 təqvim ayı və ya 40 həftə) əlavə etməklə təyin edilir. Daha rahat olsun deyə son menstruasiyanın ilk günündən geriye 3 ay çıxıb, üzərinə 7 gün əlavə edirlər. Doğuşun ehtimal olunan vaxtını ovulyasiyaya görə hesablamaq üçün gözlənilən, amma baş verməmiş menstruasiyanın birinci günündən 14-15 gün geriye hesablanır və alınmış tarixin üzərinə 273-274 gün əlavə olunur. Doğuş gününü dölün ilk tərpanişinə görə təyin etmək üçün ilk tərpaniş gününün üzərinə 5 qəməri ay və ya 140 gün ya da 20 həftə əlavə olunur (primaqravida). Miltiqravidalarda 154 gün və ya 22 həftə əlavə etmək lazımdır. Doğuş gününün təyin edilməsində obyektiv müayinənin əhəmiyyəti var: dölün uzunluğunun və başının ölçülməsi, hamilə qadının qarının çevrəsinin ölçülməsi, uşaq dibi-nin hündürlüyü, onun qıcıqlanma dərəcəsi və s. Yetişmiş hamiləlikdə palpasiya, oksitosinin kiçik dozalarının yeridilməsi zamanı və başqa qıcıqların təsirindən uşaq dibi

yığılması müşahidə edilir.

Hamilə qadınlara və zahırlara əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsi haqqında vərəqənin verilməsi ƏQMİV. Hamiləlik və doğuşdan sonrakı müddət ərzində verilən ƏQMİV hamiləliyin 30-cu həftəsində birdəfəlik 126 təqvim günü (doğuşdan əvvəl 70 və doğuşdan sonra 56 təqvim günü) müddətinə verilir. 22-29 həftəlik müddətində doğuş baş verdikdə və diri uşaq doğulduqda hamiləlik və doğuşa görə ƏQMİV doğuş baş vermiş müəssisə tərəfindən 140 təqvim günü verilir. Ölü uşaqla doğuş baş verdikdə və ya yenidə doğulmuş 7 gün (168 saat) ərzində öldüyü zaman xəstəlik vərəqəsi 126 təqvim günü verilir. Doğuş çətin olduqda xəstəlik vərəqəsinə 14 təqvim günü əlavə edilir. Kənd təsərrüfatında çalışan qadınlara hamiləliyə və doğuşa görə ƏQMİV normal doğuşda 140 təqvim günü (70 gün doğuşdan əvvəl, 70 gün sonra), çətin doğuşlarda 156 təqvim günü (70 gün doğuşdan əvvəl, 86 gün sonra), iki və daha çox uşaq doğulduqda 180 təqvim günü (doğuşdan əvvəl 70 gün, sonra 110 gün) müddətinə verilir. Yenidə doğulmuş uşağı övladlığa götürən qadınlara ƏQMİV uşaq doğulan müəssisə tərəfindən verilir. Qadına uşaq doğulduğu gündən etibarən 56 təqvim günü məzuniyyət verilir. İki aylıqadək uşağı övladlığa götürən qadına (müvafiq sənəd təqdim etdikdən sonra) uşağı götürdüyü gündən etibarən 56 təqvim günü verilir.

V FƏSİL

DOĞUŞUN FİZİOLOGİYASI

Doğuş-dölnün, ciftin, döl qışalarının və dölyanı mayenin doğuş yolları vasitəsi ilə uşaqlıqdan qovulmasını təmin edən fizioloji prosesdir. Fizioloji doğuş 10 qəməri ay (40 həftə, 280 gün) davam edən hamiləlikdən sonra başlayır və normal keçir.

§ 1. Doğuşun baş vermə səbəbləri və tənzim olunması

Doğuşun başlanması və başa çatması, əsasən uşaqlığın yığılma fəaliyyəti nəticəsində baş verir. Uşaqlığın yığılması bütün cinsi yetişkənlik dövründə müşahidə edilir, lakin hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Normal hamiləliyin gedişində uşaqlığın yığılması fizioloji haldır, dölün inkişafına və cift qan dövrünə mənfi təsir göstərmir. Doğuş zamanı bu yığılmalar elə həddə çatır ki, dölü doğuş yollarından qovur.

Doğuşun baş verməsini izah edən bir neçə nəzəriyyələr vardır. Bu nəzəriyyələrə mexaniki, immunoloji, cift, biokimyəvi, endokrin və s. nəzəriyyələr aiddir. Nəzəriyyələrin heç biri doğum fəaliyyətinin yaranma səbəbini tam izah etmir. Müasir dövrdə doğuş mürəkkəb, çoxmərhləli, reflektori proses kimi qəbul olunur. Sinir-humoral və fetoplasentar sistemin qarşılıqlı təsiri nəticəsində uşaqlıq əzələlərinin yığılması baş verir bu da doğuşun başlanmasına səbəb olur. Doğum fəaliyyətinin başlanmasına bir çox faktorlar təsir edir.

1.Sinir-reflektor – beyin qabığının oyanıqlığı azalır, onurğa beyninin oyanıqlığı artır, uşaqlığın əzələ liflərinin uşaqlığı yığan maddələrin (oksitosin) təsirinə həssaslığı artır.

2.Hormonal – hamiləliyin sonuna progesteronun sintezi azalır, estragen kompleksinin sintezi artır. Estragen uşaqlığın energetik potensialını artırır, uşaqlıq boynunda struktur dəyişikliklər yaradır.

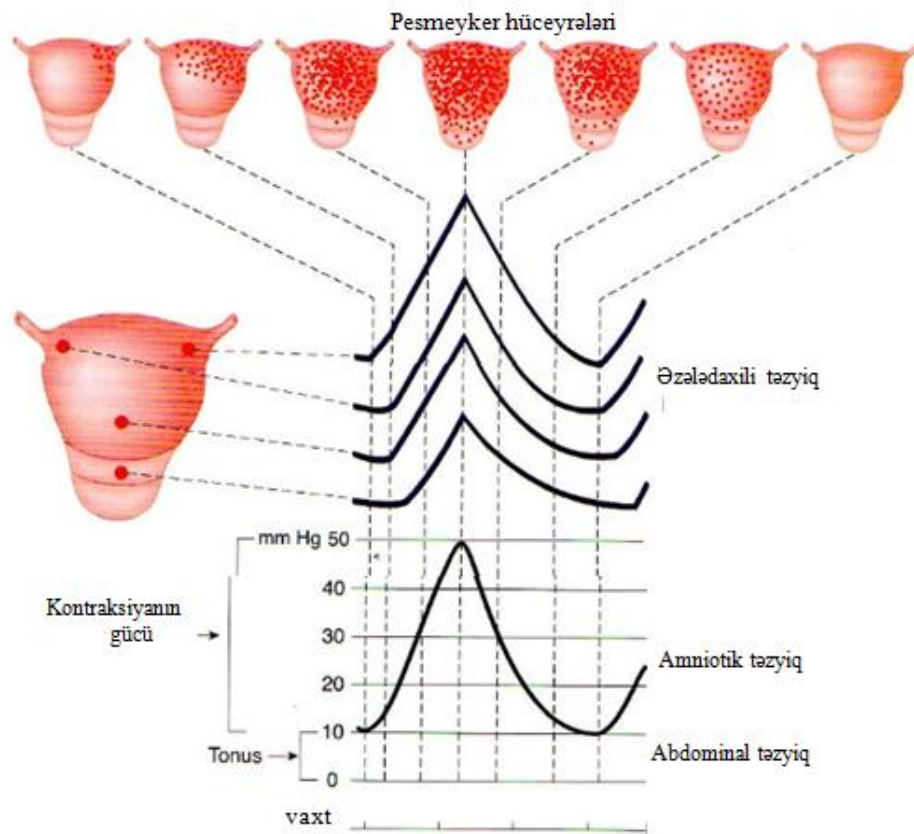
3.Neyro-humoral – hamiləliyin sonuna oksitosin, serotonin, noradrenalin, melotonin, asetilxolin, prostoglandinlər və s. bioloji aktiv maddələrin sintezi artır. Uşaqlığın oksitosinə həssaslığı hamiləliyin sonuncu həftələrində başlayır, doğuşun I dövrünün aktiv fazasında və II, III dövrlərində maksimuma çatır. **Oksitosin** uşaqlığın tonusunu artırmaqla sancıların amplitudasını stimula edir. **Serotonin** asetilxolinin təsirini artırır, oyanıqlığın hərəkəti sinirlərlə əzələ liflərinə ötürülməsini təmin edir. **Melotonin** estragenlərin təsirini artırır, immun reaksiyaları tormozlayır. **PQE** uşaqlıq boynunun yetişməsinə və doğuşun I dövrünün latent, **PQF_{2a}** isə həm latent, həm aktiv fazalarında uşaqlıq yığılmalarını təmin edir.

4.Bioenergetik – ana orqanizmində kifayət qədər maddələr (qlikogen, ATF, fosfor birləşmələri, elektrolitlər, mikroelementlər) yığılır. Bu maddələr uşaqlığın güclü yığılmasını təmin edir.

5.Mexaniki – yetişmiş uşaqlıq gərilmə qabiliyyətini itirir. Dölün aktiv hərəkətlərinə və hormonların oksitosinəbənzər təsirlərinə yığılma ilə cavab verir.

6.Trofik və metabolik – yetişmiş dölün həyat fəaliyyəti nəticəsində onun orqanizmində müxtəlif maddələr yığılır. Bu onun hərəkəti aktivliyinə səbəb olur. Ciftdəki degenerativ dəyişikliklər və uşaqlıq əzələlərinin tam yetişməsi doğum fəaliyyətinin yaranmasına səbəb olur.

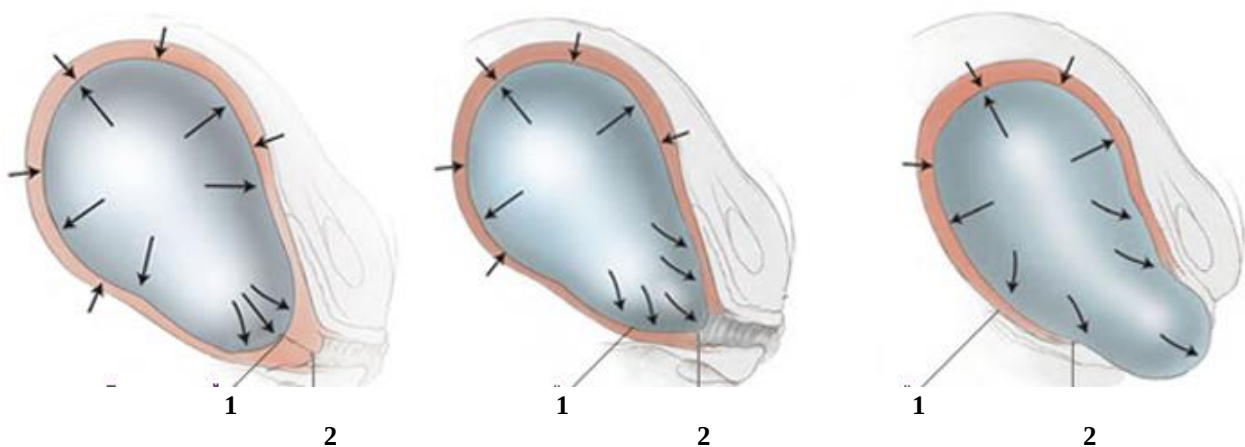
Uşaqlıq boynunun açılması: a) ancaq uşaqlıq üçün xarakterik olan əzələ yığılmaları; 2) döl qovuğunun uşaqlıq boynuna təzyiqi nəticəsində baş verir.



Şəkil:5-1. Üçlü enən qradientlər

Uşaqlığın cismində əzələlər köndələn və ya çəpinə, aşağı seqmentdə isə sirkulyar yerləşir. Uşaqlıq əzələlərinin yığılması uşaqlıq boyununun açılmasına, döl və sonun qovulmasına səbəb olur. Uşaqlıq yığılmalarını izah edən son nəzəriyyə, histeroqrafik müayinələrə əsaslanan “Üçlü enən qradientlər” nəzəriyyəsidir (şəkil: 5-1).

Caldeyro Barsio və Paseiro uşaqlıq divarına müxtəlif səviyyələrdə elastik mikrobalonlar (uşaqlıq yığılmalarını qeyd edən), uşaqlıq boşluğuna isə kateter (uşaqlıqdaxili təzyiqi qeyd edən) yerləşdirdilər və uşaqlığın ayrı-ayrı şöbələrində əzələ yığılmalarını qeyd etdilər. Məlum oldu ki, uşaqlığın yığılma dalğaları (deformasiyanın qaçıqı dalğaları) uşaqlıq dibindən aşağı seqmentə doğru istiqamətlənir (**I qradient**), dalğaların davamiyyəti (**II qradient**) və intensivliyi (**III qradient**) yuxarıdan aşağı doğru azalır.



Şəkil:5-2 Döl qovuğunun formalaşması və uşaqlıq boynunu açması:1-daxili dəlik;2-xarici dəlik.

Oyanma və yığılma peysmeyker zonasında yaranır və konsentrik yayılır. Bu zona uşaqlıq bucağında ciftin əks istiqamətində yerləşir. Sancı zamanı miometriumda yaranan deformasiyanın qaçı-cı dalğalarının yayılma sürəti 2-3 sm/saatdır. 15-20 saat ərzində bütün uşaqlığı əhatə edir. Bu dalğalar damar şəbəkəsində qanın, uşaqlıq boşluğunda dölün, döl doğulduqdan sonra sonun yerdəyişməsinə səbəb olur. Miometriumun damar şəbəkəsinə yığılan qan deformasiyanın qaçı-cı dalğası ilə uşaqlıq boynuna keçir və təzyiqlə onu doldurur. Nəticədə servikal toxuma şişkinləşir, ödemləşir, yumşalır, boyun elementləri dartılır. Bütün bunlar uşaqlıq boynunun açılmasına səbəb olur.

Uşaqlıq dibindən aşağı seqmentə doğru yığılmaların amplitudası azalaraq uşaqlıq cismində 50-120 mm C st, aşağı seqmentdə 25-60 mm C. st təzyiq yaradır. Uşaqlığın yuxarı hissələri aşağı hissələrinə nisbətən daha intensiv yığılır (**kontraksiya**). Nəticədə uşaqlıq əzələlərinin yerdəyişməsi baş verir (**retraksiya**). Sancılar zamanı uzununa dartılan köndələn əzələlər yığılır və bir-biri ilə çarpazlaşır. Pauzalarda əzələ lifləri əvvəlki vəziyyətinə qayıtmır. Nəticədə aşağı şöbənin əzələləri yuxarı doğru yerdəyişmiş olur. Uşaqlıq cisminin qalınlığı proqressiv artır və daha güclü yığılır. Köndələn yerləşmiş əzələ lifləri kontraksiya və retraksiya nəticəsində uşaqlıq boynunun yumşalmış sirkulyar əzələlərini öz arxası ilə yuxarı dartır (**distraksiya**) və uşaqlıq boynunun açılmasına səbəb olur.

Uşaqlıq boynunu açılmasına döl qovuğu da kömək edir. Sancılar zamanı amniotik təzyiqin artması nəticəsində döl qovuğu uşaqlıq boynu kanalına keçir, paz kimi təsir edərək uşaqlıq boynu dəliyi açır (şəkil: 5-2).

Dölün hərəkəti ilanın tikə udmasına bənzəyir. Miometral gərginlik, girdə bağların yığılması, qarındaxili təzyiqin artması nəticəsində uşaqlıq öz fiksasiya nöqtəsinə doğru yerdəyişir. Hərəkət dölə keçir, nəticədə vahid yerdəyişən kompleks (uşaqlıq-döl) yaranır. Miometrium yığılmasının zəifləməsi nəticəsində yenidən əmələ gələn **qaçı-cı dalğalar** uşaqlığı əvvəlki vəziyyətinə qaytarır, doğuş kanalının aşağı hissəsinin müqavimət gücü nəticəsində döl qət etdiyi məsafədə fiksasiya olunur. Sonrakı uşaqlıq yığılmalarında proses təkrarlanır.

Son dövrünə qədər cift, cift meydançası və onun altındakı miometrium vahid mühit təşkil edir və deformasiyanın dalğalarını ötürür.

Son dövründə cift döl kimi hərəkət edir. Fərq ondadır ki, döl bütün uşaqlıq boşluğunu tutur, cift isə yalnız onun bir səthini. Döl doğulduqda bütün uşaqlıq yerini dəyişir, cift doğulduqda ciftin bir hissəsi. Beləliklə, bu nəzəriyyəyə görə uşaqlıq boynunun açılması, dölün və ciftin irəliləməsi doğuş prosesinin elementləri olub bir-biri ilə təbii hərəkətedici qüvvə-deformasiyanın qaçı-cı dalğaları ilə birləşir.

§ 2. Xəbardaredici əlamətlər

Hamiləliyin 38-39-cu həftələrində qadın orqanizmində, uşaqlıqda, ana-döl münasibətində, orqanizmi doğuşa hazırlayan müəyyən dəyişikliklər baş verir. Bu dövr hazırlıq dövrü adlanır və bir çox əlamətlər kompleksi ilə özünü göstərən doğuş müjdələri ilə qurtarır.

1.Döl başı çanağın giriş müstəvisinə dirənir və ya onun üzərində az hərəkətlidir. İlk doğanlarda 38-ci həftədə, təkrar doğanlarda doğuş fəaliyyətinin başlanması ilə başlayır. Uşaqlıq dibi enir, qarın və göbək qabarıq. Diafraqmanın ekskursiysinin sərbəstləşməsi nəticəsində tənəffüs yüngülləşir (əvvəllər--IX ayda diafraqma uşaqlıq dibi tərəfindən yuxarıya döş qəfəsinə doğru sıxılırdı).

2.Döl qovuğunun aşağı hissəsi uşaqlıq divarından ayrılır. Servikal kanalın sekretor funksiyası artır.

3.Uşaqlıq boynu mərkəzdə, çanağın ötürücü xəttinə uyğun gəlir (bir barmağı sərbəst buraxır) daxili dəlik aşağı seqmentə keçir. Doğuşa qədər uşaqlıq boynu yetişmiş olur.

4.Servikal kanaldan “selikli tıxac” düşür bu da özünü uşaqlıq yolundan selikli, bəzən qan qarışıqlı ifrazatla göstərir.

5.Qadının çəkisi 0,8-1,5 kq azalır (maye itkisi hesabına).

6.Ağırliq mərkəzinin yerdəyişməsi hesabına qadının duruşu “vüqarlı” olur.

7.Uşaqlığın yığılma qabiliyyəti güclənir və qeyri-requlyar sancılar baş verir. Qadın bunu qarının aşağı hissəsində və omada ağır kimi hiss edir.

Hal-hazırda uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsini təyin etmək üçün müxtəlif üsullar var. Ən sadəsi E.N.Bişop şkalasıdır. Balların cəminə görə uşaqlıq boynunun “yetişkənlik” dərəcəsi müəyyən edilir: 0-2 bal-uşaqlıq boynu yetişməyib; 3-4 bal-uşaqlıq boynu kifayət qədər yetişməyib; 6 baldan yuxarı uşaqlıq boynu yetişib.

**Uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsinin qiymətləndirilməsi.
(E.N.Bişop)**

Cədvəl: 5-1

Əlamətlər.	0 bal	1 bal	2 bal	3bal
Açıqlıq (sm)	Bağlı	1-2 sm	3-4 sm	>5sm
Uşaqlıq boynunun uzunluğu (sm)	>4sm	3-4 sm	1-2 sm	<1sm
Uşaqlıq boynunun konsistensiyası	bərk	hissəvi yumşalmış	Yumşaq	
Uşaqlıq boynunun çanağın aparıcı oxuna olan münasibəti	Arxaya	orta	Ötürücü ox üzrə	
Gələcək hissənin oturaq qabarlarına nisbətən yerdəyişməsi (sm)	3 sm Yuxarıda	2 sm yuxarıda	1 sm yuxarıda və ya qabarlar səviyyəsində	1-2 sm Aşağıda

Hamilə qadın orqanizminin doğuşa hazırlığını təyin etmək üçün istifadə olunan testlər: uşaqlıq boynu seliyinin fiziki və kimyəvi xassələrinin öyrənilməsi; uşaqlığın yığılma fəaliyyətinin parametrlərinin öyrənilməsi; uşaqlıq yolu yaxmasının sitoloji müayinəsi.

Uşaqlıq boynu seliyinin fiziki və kimyəvi xassələrinin öyrənilməsi. Doğuşun müddəti yaxınlaşdıqca, uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsi artdıqca, uşaqlıq boynu seliyinin fiziki və kimyəvi xüsusiyyətləri dəyişir: seliyin miqdarı və şəffaflığı artır, seliyin kristallizasiyası baş verir; selikdə ümumi zülalın səviyyəsi artır və zəngin zülal spektri (albumin, transferin, immunoqlobulin və s.) aşkar olunur.

Uşaqlığın yığılma fəaliyyətinin parametrlərinin öyrənilməsi. Məlumdur ki, hamiləlik müddəti artıqca uşaqlığın oksitosinə reaksiyası tədricən güclənir və doğuşdan qabaq maksimal həddə çatır. Bunları nəzərə alaraq K.N.Smit xüsusi sınaq işləyib. Bu üsulun aparılma texnikası belədir: hər 1 ml-nə 0,01 TV oksitosin qarışdırılmış 10 ml izotonik natrium xlorid məhlulu sprisə yığılır və 1 ml vena daxilinə yeridilir, 1 dəqiqə fasilə verilir. Bundan sonra uşaqlıq yığılmaları əmələ gəldikdə məhlulun yeridilməsi dayandırılır və sınaq müsbət sayılır. Məhlulun yeridilməsindən 3 dəqiqə sonra uşaqlıq yığılmaları qeydə alınarsa, bu yaxın 1-2 gündə doğuşun başlayacağından xəbər verir.

Bəzi alimlər (Baumgarten və Xovxanski-1961 ci il) hesab edirlər ki, oksitosin “təkanşəkili” deyil, izotonik məhlulda 1 dəqiqə müddətində tədricən venaya yeridilməlidir.

V.V. Abramçenko və digər alimlər yuxarıdakı sınaqlardan istifadə etməklə yanaşı, eyni vaxtda uşaqlıq əzələsinin tonusunu qiymətləndirən histerotokoqrafiya tətbiq etmişdir.

Uşaqlığın tonusunu və yığılma qabiliyyətini öyrənmək üçün xarici və daxili histeroqrafiyadan istifadə olunur. Son zamanlar kardiotoqrafiyadan da geniş istifadə olunur. Bu üsulla uşaqlığın yığılma qabiliyyəti ilə yanaşı dölnün ürək fəaliyyəti haqqında da məlumat əldə edilir.

Uşaqlıq yolu yaxmalarının sitoloji müayinəsi. Hamiləlik zamanı doğuşdan qabaq uşaqlıq yolu yaxmalarının sitoloji müayinəsi vasitəsi ilə hormonal dəyişiklikləri təyin etmək olar. Doğuş vaxtı yaxınlaşdıqca hamiləlik müddəti üçün xarakterik olan qayıqabənzər hüceyrələrin sayı azalır,

səthi qat hüceyrələrinin sayı artır (estrogenlətin artmasına görə). Səthi hüceyrələr piknotik nüvələrə malik olur, yaxmada çoxlu leykositlər müşahidə edilir.

§ 3. Priliminar dövr

Qadın orqanizminin doğuşa hazırlanması dövrü preliminar dövr adlanır, bir neçə saatı (6 saat) əhatə edir və bir başa doğuş fəaliyyətinə keçir. Bu dövr **“doğuş dominantı”** nin formalaşması və uşaqlıq boynunun bioloji “yetişməliyi”nin başa çatması ilə xarakterizə olunur.

Bəzən preliminar dövr patoloji şəkildə keçir: uzanır (7 saatdan 24-48 saata qədər), uşaqlıq yığılmaları ağrılı olur, uşaqlıq boynu “yetişməsi” başa çatmır.

Normal preliminar dövrlə doğuşun I dövrünün differensiasiyası

Cədvəl:5-2

Əlamətlər	Normal preliminar dövr	Doğuşun I dövrünün latent fazası
Uşaqlıq yığılmaları arasındakı interval	Daimi olmur	Daimi olur, tədricən Qısalmır
Uşaqlıq yığılmalarının davam etmə müddəti	Daimi olmur.	Daimidir.
Uşaqlıq yığılmalarının intensivliyi	Artmır	Tədricən artır
Ağrının lokalizasiyası	Qarının aşağı nahiyyələrində, nadir hallarda omada	Adətən omada və qarın nahiyyəsində (beldən omaya yayılaraq)
Hərəkətin təsiri	Yeriş zamanı uşaqlıq yığılmaları güclənir	Yeriş zamanı uşaqlıq yığılmaları güclənir
Yüngül sedativ preparatların təsiri	Vəziyyəti yüngülləşdirir.	Uşaqlıq yığılmalarına təsir etmir.

Xarici histeroqrafiya ilə müəyyən olunmuşdur ki, normal preliminar dövrdə uşaqlığın yığılmalarının sayı, davamiyyəti uşaqlığın dibindən cisminə və aşağı seqmentə keçdikcə azalır. Patoloji preliminar dövrdə uşaqlığın aşağı seqmentində uşaqlıq yığılmaları 2-3 dəfə artıq olur. Bu da müvafiq tədbirlərin görülməsini tələb edir.

§ 4. Doğum aktının komponentləri

Doğuşun 3 komponenti var:

- 1.Doğuş obyektı – – – – – döl;
- 2.Doğum qüvvələri – – – – sancılar, gücvermə;
- 3.Doğum yolları – – – – – doğuş kanalı.

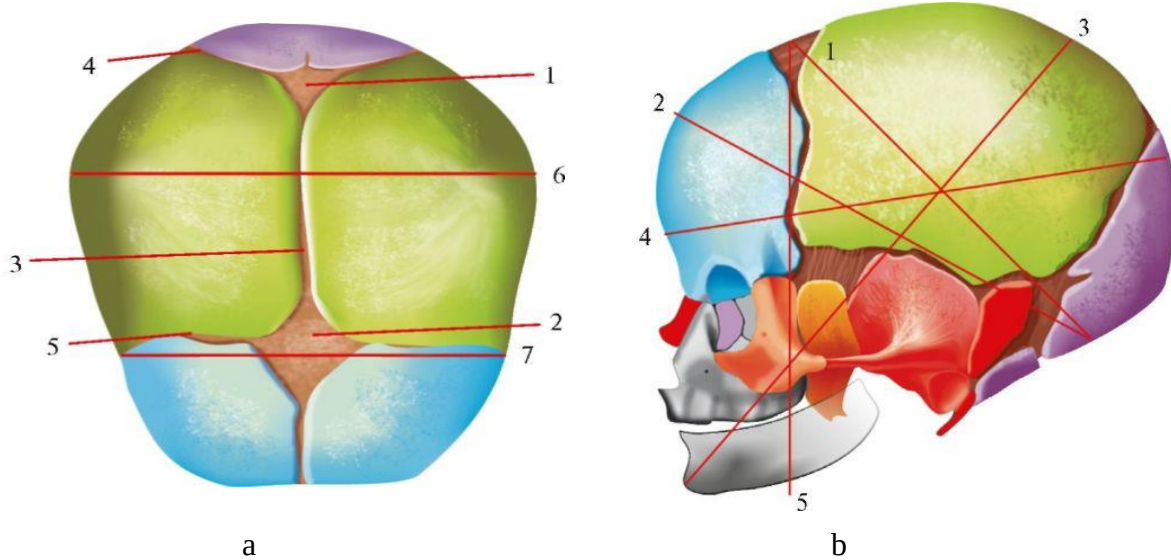
Doğum obyektı. Doğuş obyektı olan dölün əsasən başının ölçüləri öyrənilir. Baş doğuş yollarından keçərkən çətinliklərə rast gələn ən böyük və ən bərk hissədir.

Başın kəllə hissəsi 7 sümükdən təşkil olunub: – **2 alın, 2 gicgah, 2 təpə və 1 ənsə** (şəkil: 5-3). Bu sümüklər bir-biri ilə tikişlər və əmgəklər vasitəsi ilə birləşir. Doğuşun diaqnostikasında tikişlərin və əmgəklərin böyük əhəmiyyəti var: **alın tikişi** (sutura frontalis) sagital olaraq alın sümüklərini bir-birindən; **tac tikiş** (s.coronaria) alın sümüklərini təpə sümüklərindən; **oxabənzər tikiş** (s.sagitalis) təpə sümüklərini bir-birindən; **lamdoidal və ya peysər tikişi** (s.lamdoidea) təpə sümüklərini ənsə sümüyündən, **gicgah tikişi** (s.temporalis) gicgah sümüyünü təpə sümüklərindən ayırır.

Ön və ya böyük əmgək (fonticulus magnus) romb şəkilindədir, mərkəzdə 4 sümüyün arasında (2 alın və 2 təpə) yerləşir və 4 tikişlə (alın, oxabənzər, 2 tac) birləşir.

Arxa və ya kiçik əmgək üçbucaq şəkilli dərinlik olub, 3 tikişlə (oxabənzər, peysər tikişin hər iki ayağı) birləşir, ənsə və təpə sümükləri arasında yerləşir.

Baş doğuş yollarından keçərkən tikişlər və əmgəklər kəllə sümüklərinin bir-birinə yaxınlaşmasına, hətta bir-birinin üzərinə keçməsinə imkan yaradır. Kəllə sümükləri əyilir. Bütün bu xüsusiyyətlər kəllə sümüklərinə plastiklik verir, yəni o formasını dəyişir. Bu da onun doğuş yollarından keçməsinə asanlaşdırır.



Şəkil:5-3.a)1-kiçik əmgək; 2-böyük əmgək; 3-oxabənzər tikiş; 4-lamdoidal tikiş; 5-tac tikişi; 6-böyük köndələn ölçü; 7-kiçik köndələn ölçü. b)1-kiçik çəp ölçü; 2-orta çəp ölçü; 3- böyük çəp ölçü; 4-düz ölçü; 5-vertikal ölçü

Doğuşun bi mexanizmini bilmək üçün döl başının ölçülərini bilmək lazımdır (şəkil:5-3).

1.Böyük çəp ölçü (diametr mento-occipitalis) çənə ilə ənsənin ən uzaq nöqtələri arasındakı məsafədir – 13,5 sm-dir, başın çevrəsi – 40 sm-dir;

2.Kiçik çəp ölçü (d. suboccipito-bregmatica) ənsəaltı çuxurla böyük əmgəyin ön bucağı arasındakı məsafədir – 9,5 sm-dir, başın çevrəsi-32 sm-dir.

3.Orta çəp ölçü (d.suboccipito-frontalis) ənsəaltı çuxurdan alının tüklü hissəsi ilə sərhədə kimi olan məsafədir – 10,5 sm-dir, başın çevrəsi-33 sm-dir;

4.Düz ölçü (d.fronto-occipitalis) burunüstündən ənsə qabarına qədər olan məsafədir-12 sm, başın çevrəsi – 34 sm-dir;

5.Şaquli və ya vertikal ölçü (d. verticalis seu trachelo-bregmatica) təpə zirvəsindən dilaltı sümüyə qədər olan məsafədir-9,5 sm-dir, başın çevrəsi-33 sm-dir;

6.Böyük köndələn ölçü (d. biparietalis) təpə qabarları arasındakı məsafədir-9,5 sm-dir;

7.Kiçik köndələn ölçü (d. bitemporalis) tac tikişlərinin ən uzaq nöqtələri arasındakı məsafədir-8 sm-dir.

Gövdənin ölçüləri (şəkil:5-4) :

1.Ciyn qurşağının köndələn ölçüsü (d. biacromialis) – 12 sm-dir, ciyin çevrəsinin ölçüsü 52 sm-dir.



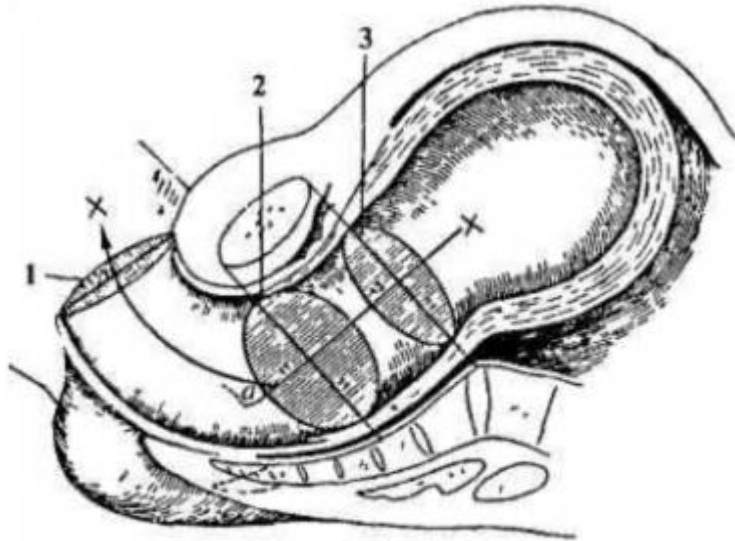
Şəkil:5-4.Gövdənin ölçüləri:
3-ciyinlərin köndələn ölçüsü;
4-sağrıların köndələn ölçüsü

2.Sağrıların köndələn ölçüsü (d. bisiliacus) 9-9,5 sm, böyük burmalar səviyyəsində çanağın çevrəsi 21-28 sm-dir.

Dölün vəziyyəti, mövqeyi, görkəmi, gəliş hissəsi, başın duruşu müəyyənlişdirilir. Doğuş zamanı bu göstəricilərin böyük əhəmiyyəti var.

Başın duruşu (inclinatio)—başın oxabənzər tikişinin çanaq girəcəyinə, yəni oma burnu ilə simfizə nisbətidir. Normada oxabənzər tikiş oma ilə simfizdən eyni məsafədə olur. Bu başın **sinkli-tik** duruşu adlanır.

Doğuş qüvvələri. Doğuş qüvvələri sancılar və gücvermələr şəklində özünü biruzə verir.



Şəkil:5-5. Doğum kanalının forması:1.çanaq çıxacağı-şaquli oval
2-çanaq boşluğu- dairəvi; 3-çanaq girəcəyi -köndələn oval;
XX-çanaq oxu; a-dogum kanalının „dizi“

Sancılar – periodik təkrarlanan, requlyar baş verən uşaqlıq əzələlərinin yığılmasıdır. Əksər doğanlarda qarının aşağı hissəsində, beldə ağrılarla müşayiət olunur. Sancıların davamiyyəti və tezliyi artdıqca ağrılar da güclənir. Onlar doğuş zamanı başlayır, uşaqlıq boyunun hamarlaşmasına, uşaqlığın aşağı seqmentinin formalaşmasına və uşaqlıq boyunun açılmasına səbəb olur. Bu sancılar **açıq sancılar** adlanır. Sancılar uşaqlıq dibindən cift meydançasının əks tərəfindən başlayır, bütün cisim boyu yayılır və uşaqlığın aşağı seqmentində qurtarır, dölün qovulmasına səbəb olur.

Dölün qovulmasına səbəb olan sancılar **qovucu sancılar** adlanır.

Uşaqlıq boynu tam açıldıqdan sonra sancılar davam edir və onlara

gücvermələr qoşulur.

Dölün qovulması sancılarla gücvermənin birlikdə təsiri nəticəsində baş verir. Sancılar ciftin ayrılıb qovulmasını da təmin edir. Bu sancılar **son sancıları** adlanır. Döl və son doğulduqdan sonra da uşaqlıq əzələlərinin requlyar yığılması bir müddət davam edir. Bu sancılar **zahılıq sancıları** adlanır və uşaqlığın yığılmasını təmin edir. Sancılar qeyri-iradi baş verir, doğan onları idarə edə bilmir. Periodik baş verən sancılar arasında fasilə olur. Bu fasilələr **pauza** adlanır. Hər sancı müəyyən ardıcılıqla inkişaf edir: uşaqlıq əzələlərinin yığılması tədricən artır, ən yüksək dərəcəyə çatır, sonra boşalır və pauza başlayır. Əl ilə yoxladıqda (əl qarının üzərinə qoyulur) uşaqlığın tədricən bərkiməsi və sonra tədricən boşalması hiss olunur.



Şəkil: 5-6. Döl qovucu qüvvələr

Doğuşun əvvəlində hər sancı 10-15 san. davam etdiyi halda, ortasında 30-40 san, sonunda 50-60 san davam edir. Əvvəlində sancılar zəif olur, getdikcə intensivləşir. Doğuşun əvvəlində pauza

15-20 dəq davam edir. Bu fasilə get-gedə qısaldır, açılma dövrünün sonunda 1-2 dəq-dən bir sancılar baş verir.

Doğuş zamanı uşaqlığın yığılma qabiliyyətini qiymətləndirmək üçün palpasiyadan və müxtəlif cihazlardan (xarici və daxili histeroqrafiya) istifadə edilir.

Sancılar adətən qarının aşağı hissəsində və oma nahiyyəsində başlayır. Sancılar zamanı ağrının intensivliyi sancının qüvvəsindən, qadının sinir sisteminin vəziyyətindən, həmçinin hamilə qadının doğuşa psixoprofilaktik hazırlığının keyfiyyətindən asılıdır.

Doğuşun qovucu qüvvələrindən biri də **gücvermədir**. Bu əzələ pressinin (qarın divarı, diafraqma, çanaq dibi) yığılmasıdır. Dölün gəliş hissəsinin oma kələfinin sinir elementlərini sıxması nəticəsində reflektori olaraq (uşaqlıq boynu, parametral toxuma, çanaq dibi əzələləri) gücvermə baş verir. Gücvermə qeyri-iradi baş verir, amma doğan müəyyən dərəcədə onu tənzimləyə bilir. Mamanın təklifi ilə doğan gücverməni gücləndirir və ya dayandırır. Gücvermələr 1-2 dəq-dən bir baş verir və 50-60 san. davam edir. Gəliş hissə çanaq dibinə çatdıqda gücvermə hissi yaranır. Gücvermə zamanı doğan qadının üzü qızarır, boyun venaları şişir, nəbz tezləşir, arterial təzyiq bir qədər artır.

Gücvermələr zamanı qarındaxili (gücvermə) və uşaqlıqdaxili (sancılar) təzyiqlərinin artması, uşaqlıqdan döl və sonun təzyiq çox olan yerdən, təzyiq az olan yerə – xaricə cəhd etməsinə səbəb olur.

Doğum yolları – doğum kanalı–sümük və yumşaq toxumalardan ibarətdir. Sümük hissəni kiçik çanaq təşkil edir. Yumşaq toxumalara uşaqlığın aşağı seqmenti, servikal kanal, uşaqlıq yolu, vulvar həlqə və əzələlər aiddir.

Mayalanma baş verən gündən sancılar başlayana qədər qadın **hamilə**, sancılar başlayandan döl və son doğulana qədər **doğan**, döl və son doğulandan sonra 6-8 həftə müddətində **zahi** adlanır.

§ 5. Doğuşun gedişi

Doğuş uşaqlıq əzələlərinin yığılması ilə xəbərdaredici əlamətlər dövründə başlayır. Requlyar sancıların başlanması, 10-15 dəqiqəlik intervalla baş verməsi, getdikcə güclənməsi doğuşun başlanmasından xəbər verir.

Doğuşun davamiyyəti müxtəlif səbəblərdən asılıdır. Əsas yeri gücvermə və sancıların intensivliyi tutur. Bundan başqa dölün və gəliş hissənin ölçüsü, çanağın ölçüsü və suların axma vaxtının da əhəmiyyəti var.

İlk doğanlarda doğuş daha uzun çəkir. Yaşlı ilk doğanlarda (30 yaşdan çox), infantil və artıq çəkili qadınlarda da doğuş uzana bilir. Doğuş, ilk doğanlarda təxminən 12-24 saat, təkrar doğanlarda 8-12 saat davam edir.

Doğuş 3 dövrdə baş verir: açılma, qovulma və son.

Açılma dövrü daha çox davam edir: ilk doğanlarda 10-12 saat, təkrar doğanlarda 6-9 saat.

Qovulma dövrü ilk doğanlarda 2-3 saat, təkrardoğanlarda 30-60-dəq davam edir.

Son dövrü 15-60 dəq, təxminən 30 dəq davam edir.

Davametmə müddətinə görə normal, sürətli və ildırımvari doğuşlar ayırd edilir. Sürətli doğuş ilk doğanlarda 4 saat, təkrar doğanlarda 2 saatdan az müddət davam edir.

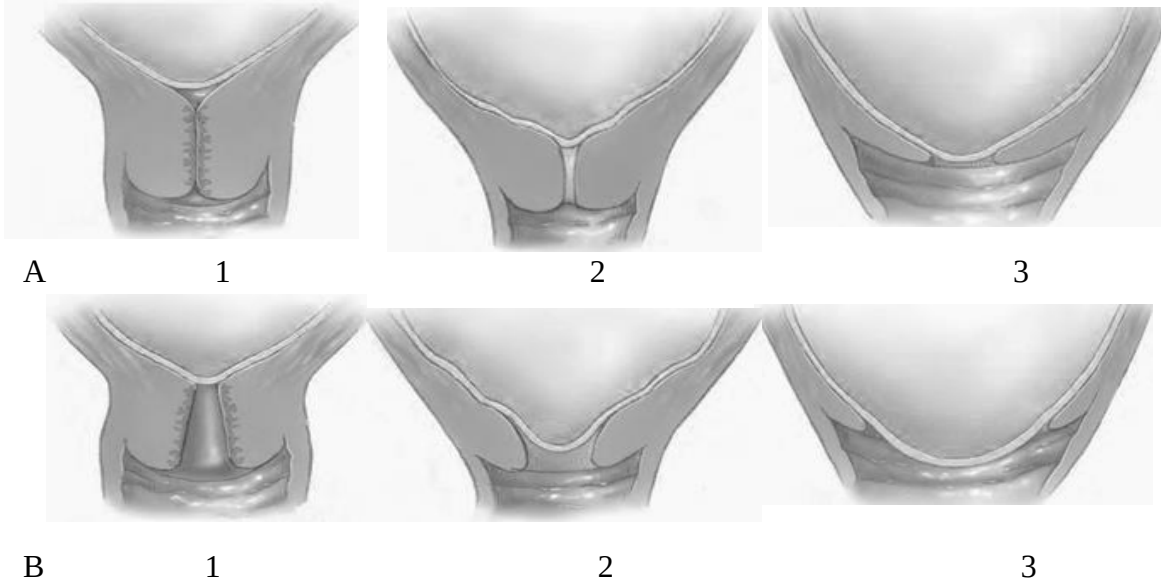
§ 5.1. Açılma dövrü

Açılma dövrü ilk doğuş sancılarında başlayıb, uşaqlıq boynunun tam açılması ilə başa çatır. Bu dövrdə doğum yolları dölü bütün törəmələri ilə keçirməyə hazırlanır.

Uşaqlıq boynunun açılması sancılar hesabına başa çatır. İlk doğanlarda və təkrar doğanlarda uşaqlıq boynunun açılmasının öz xüsusiyyətləri var: ilk doğanlarda əvvəlcə daxili dəlik açılır, sonra

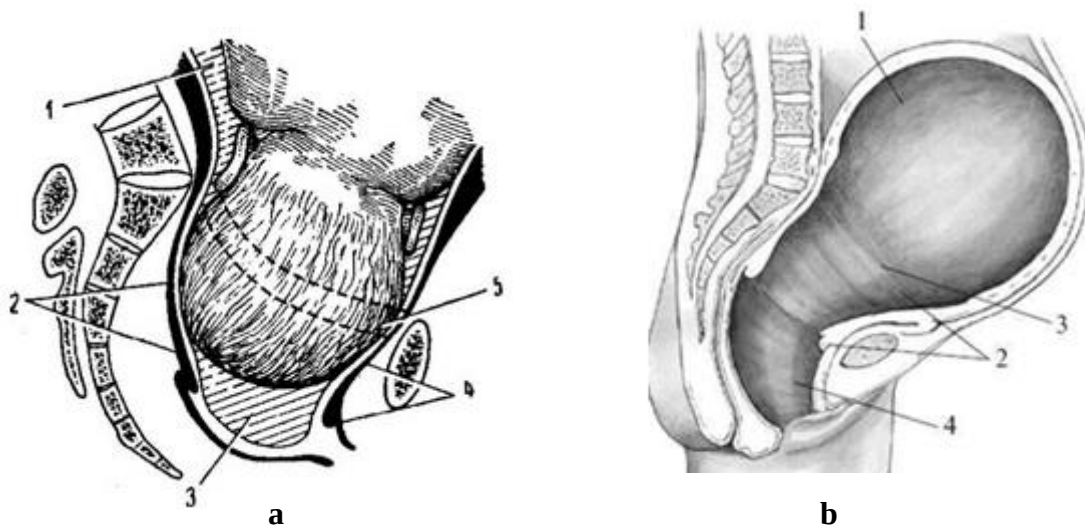
uşaqlıq boynunun hamarlaşması, qısalması və xarici dəliyin açılması baş verir; təkrar doğanlarda xarici və daxili dəlik eyni zamanda açılır, uşaqlıq boynu paralel hamarlaşır, qısalır, nazikləşir (şəkil: 5-7).

Hər sancı zamanı uşaqlıq boynu daha da açılır. Uşaqlıq boynunun açılması nəticəsində dölyanı mayenin uşaqlıq boynuna doğru yerdəyişməsi baş verir. Uşaqlıq dibi və uşaqlıq divarından eyni qüvvəli təzyiqin olması suların xarici dəliyə doğru yönəlməsinə səbəb olur. Suyun təzyiqi altında döl yumurtasının aşağı qütbü uşaqlıq divarından ayrılır və uşaqlıq boynu kanalında yerləşir. Döl yumurtasının aşağı qütbündəki bu hissə dölyanı maye ilə birlikdə **döl qovluğu** adlanır. Hər sancı zamanı döl qovluğu daha çox servikal kanala keçir və onu genişləndirir. Sancılar dölyanı mayenin aşağı qütbə axmasına döl qovluğunun gərginləşməsinə səbəb olur. Pauzalarda mayenin bir hissəsi geri qayıdır və döl qovluğunun gərginliyi azalır. Bu döl başı kiçik çanaq girəcəyinə dirənənə qədər davam edir.



Şəkil: 5-7. Uşaqlıq boynunun açılması :A-ilk doğanda; B-təkrar doğanda
1-doğuşdan əvvəl; 2-açılma dövrünün əvvəlində ;3-açılma dövrünün sonunda

Baş kiçik çanaq girəcəyinə pərçim olduqdan sonra onların arasında **təmas kəməri** yaranır (şəkil:5-8). Təmas kəməri dölyanı mayeni ön və arxa sulara ayırır. Sancılar gücləndikcə döl qovluğuna daha çox dölyanı maye axır, amma daha geri qayıda bilmir (təmas kəməri qoymur). Çanaqla döl başı arasında uşaqlığın aşağı seqmenti yerləşir.



Şəkil:5-8.a) təmas kəməri: 1-arxa sular; 2-4 uşaqlıq boynu; 3 təmas kəməri;
b) kontraksion həlqə:1-uşaqlıq cismi; 2-aşağı seqment;3 kontraksion həlqə;4-uşaqlıq boynu

Uşaqlıq boynunun açılması tədricən baş verir: əvvəl boyun hamarlaşır, sonra 3-4 sm-ə qədər açılır. I dövrün sonuna açılış 10-12 sm olur. Bu zaman döl qovduğu gərgin olur, sancıların birində yırtılır və ön sular (100-120 ml) xaricə axır.

Qadınların əksəriyyətində sancılar qarının aşağı hissəsində, bəldə ağrılarla müşayiət olunur. Sancıların tezliyi və davamiyyəti artıqca ağrılar da güclənir. Açılma dövrünün sonuna sancılar hər 2-3 dəqiqədən bir baş verir və 60-80 saniyə davam edir. Sancıların inkişafı uşaqlıqda bir çox dəyişikliklər yaradır. Sancılar zamanı uşaqlığın yuxarı hissəsi–cismi (aktiv hissə) ilə aşağı segment (passiv hissə) arasında sərhəd yaranır. Bu **kontraksion** həlqə adlanır. Xarici mamalıq müayinəsi zamanı kontraksion həlqə köndələn istiqamətdə yerləşmiş zolaq kimi əllənir. Uşaqlıq boynu açıldıqca kontraksion həlqə də qasıq qövsündən yuxarı qalxır (şəkil:5-8 b).

Kontraksion həlqənin yerləşməsinə əsasən uşaqlıq boynunun açılması haqqında fikir yürütmək olar: kontraksion həlqə qasıq qövsündən neçə santimetr yuxarıda yerləşirsə, uşaqlıq boynunun açılmaşı da bir o qədər olur. Uşaqlıq boynu 4-5 sm açıldıqda, kontraksion həlqə qasıq qövsündən 4-5 sm yuxarıda yerləşir. Açılma dövrünün sonunda kontraksion həlqə qasıq qövsündən 10 sm yuxarıda yerləşir (**Şats-Unterberger- Zancenko əlaməti**).

Sancılardan sonra uşaqlıq əzələləri boşalır, bu da uşaqlıq–cift qan dövrünün bərpası üçün vacibdir.

Açılma dövrünün normal gedişində dölün vəziyyətində dəyişiklik olmur. Uşaqlıq yığılmaları zamanı və ondan dərhal sonra dölün ürək döyüntülərinin dəqiqədə 10-15 vur. artması müşahidə olunur. Bu dövrdə uşaqlığın yığılma qabiliyyəti subyektiv əlamətlərlə (palpasiyada uşaqlığın gərgin, ağrılı olması), obyektiv müayinələrlə (xarici histeroqrafiya və daxili tokoqrafiya) əsasən qiymətləndirilir.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini qiymətləndirmək üçün aparılan obyektiv müayinələrə (20-yə qədər göstərici): uşaqlığın tonusu–8-10 mm C/sut; sancıların davamiyyəti – açılma dövrünün əvvəlində 30-40 san, sonunda 60-80 san; pauzalar müvafiq olaraq 5-7 dəq-dən 1-2 dəq yə qədər; sancıların intensivliyi uşaqlıqdaxili təzyiqə görə təyin edilir – 30-50 mm C/sut arasında olur.

Uşaqlıq boynunun açılma tempi miometriumun yığılma xüsusiyyətlərindən və uşaqlıq boynunun rezistentliyindən asılıdır. Y.A.Çernuxa və həmfikiriləri doğuşun birinci dövrünü sancıların intensivliyinə, davam etmə müddətinə, uşaqlıq boynunun açılış sürətinə əsaslanaraq, latent və aktiv fazalara bölürlər. **Latent faza** müntəzəm sancılardan başlayır və uşaqlıq boynunun 4 sm açılmasına qədər davam edir. İlk doğanlarda 6-8 saat, təkrar doğanlarda 4-6 saat davam edir. Nisbətən az ağrılıdır, sancılar az amma requlyardır. **Aktiv faza** uşaqlıq boynunun 3-4 sm açılmasından tam açılmasına qədər davam edir: ilk doğanlarda 4-5 saat, təkrar doğanlarda 2-3 saat davam edir. Aktiv faza doğuş fəaliyyətinin güclənməsi ilə xarakterizə olunur, sancılar daha tez-tez baş verir. Bu zaman uşaqlıq əzələləri: şaquli əzələlər aktiv yığılır; eyni zamanda sirkulyar əzələlər zəifləyir. Bu dövrdə uşaqlıq boynunun açılma qrafiki qeyd edilir və bu **partoqram** adlanır.

Uşaqlıq boynunun açılış tempi latent fazada 0,3-0,4 sm/saat, aktiv fazada 1,5-2,5 sm/saat təşkil edir. Uşaqlıq boynu 8-9 sm açıldıqda döl başı doğuş yollarında ilk doğanlarda 1sm/saat, təkrar doğanlarda 2 sm/saat sürətlə irəliləyir

Doğuşun aktiv fazasında aşağıdakı fazalar ayırd edilir: – başlanğıc aksellerasiya fazası; maksimal yüklənmə fazası; ləngimə fazası. Ləngimə fazası doğuşun I dövrünün sonuna uyğun gəlir. və uşaqlıq boynu 8-10 sm açılmış olur.

§ 5.2. Qovulma dövrü

Qovulma dövrü uşaqlıq boynunun tam açılması ilə başlayır, dölün doğulması ilə qurtarır. Qovulma dövrü iki fazadan ibarətdir: uşaqlıq boynunun tam açılmasından gücvermələrin başlanmasına qədər olan dövr və gücvermələrin başlanmasından dölün doğulmasına qədər olan dövr. İlk doğan qadınlarda qovulma dövrü 1 saatdan 2 saata qədər, təkrar doğanlarda 15 dəqiqədən 1 saata qədər da-

vam edir.

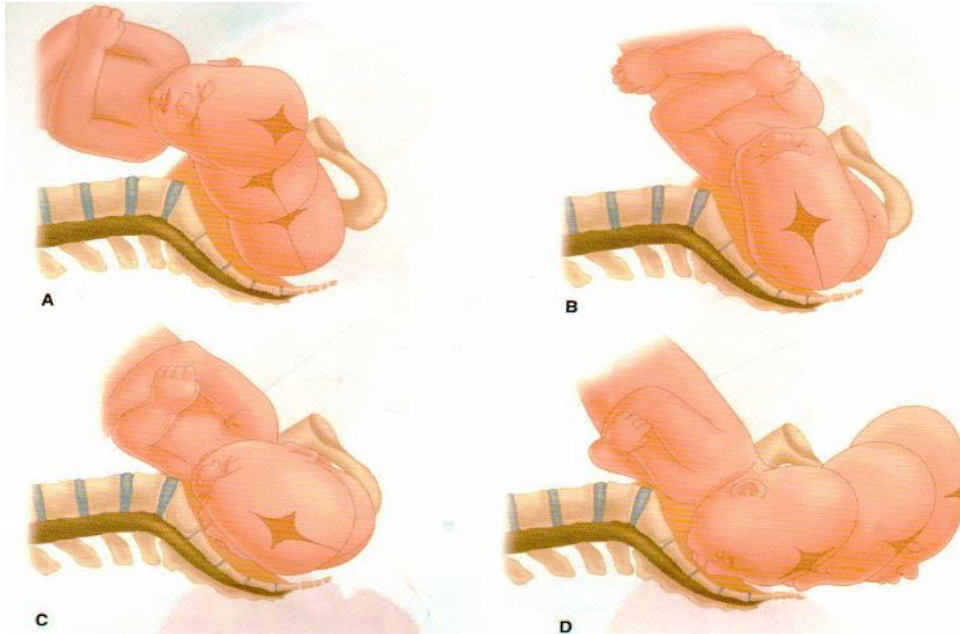
Dölyanı maye axdıqdan sonra sancılar müvəqqəti dayanır. Uşaqlıq boşluğunun həcmi kiçilir. Onun divarları dölə kip yapışır, uşaqlıq və uşaqlıq yolu doğum kanalı şəklində birləşir, uşaqlıq əzələləri yeni həcmə uyğunlaşır və 10-15 dəq. sonra sancılar yenidən başlayır.

Sular axdıqdan sonra uşaqlığın divarı qalınlaşır və əzələlərin yığılma gücü artır. Döl başı, döl qovuşuna nisbətən sinir elementlərinə daha güclü təzyiq edir, ona görə də qovucu sancılar daha intensiv olur, pauzalar qısalmır, sancılar zamanı uşaqlıq güclü gərilir, bərkiyir, qarın divarını qabardır. Uşaqlıq daxili təzyiq I dövrə nisbətən 2 dəfə artır, 70-80 mm C/sut, əzələarası təzyiq 250-300 mm C/sut olur.

Sancılara gücvermə də qoşulur. Gücəvermənin və sancının gücü dölün qovulmasına yönəlir. Sancılar və gücvermələr zamanı uşaqlıqla birlikdə onu fiksə edən bütün bağlar da gərilir. Gücvermə və sancılar getdikcə artır. Enmiş baş oma kələfinə təzyiq edir. Qadında dölü doğuş yollarından çıxarmaq hissi güclənir. O, əlləri və ayaqları üçün dayaq axtarır ki, daha güclü güc versin.

Qovulma dövrü böyük gərginliklə keçir, ürək-damar sisteminin fəaliyyəti artır, maddələr mübadiləsi güclənir. Gücvermə zamanı doğanın üzü qızarır, boyun venaları şişir, nəbzi tezləşir, arterial təzyiqi bir qədər artır. Güclü gücvermə zamanı üz və dodaqlar göyərir, dəri tərlə örtülür, ayaqlarda qıcolmalar olur.

Gücvermə və sancıların birlikdə təsirindən döl başı kiçik çanağa enir (şəkil:5-10). Çanaq boşluğunda vintvari dönmə hərəkətləri edərək irəliləyir və kiçik çanaq çıxacağına gəlir. Baş çanaq dibinə çatıb, ona təzyiq etdikcə gücvermə idarə olunmaz xarakter alır: onlar tezləşir, güclənir, pauzalar 3-2-1 dəqiqəyədək qısalmır. Baş çanaq çıxacağına yaxınlaşdıqca aralıq qabarıq (əvvəl ancaq gücvermələr zamanı, sonralar pauzalarda da). Bu zaman anus açılır. Başın sonrakı irəliləmələrində cinsiyyət yarığı açılır, başın kiçik bir hissəsi görünür. Pauzalarda baş gizlənir. Gücvermələr zamanı başın cinsiyyət yarığından görünüb, pauzalarda gizlənməsinə başın cinsiyyət yarığını **oyması** deyilir. Bu başın daxili dönüşünün sona yetdiyini və çanaq çıxacağına yerləşdiyini göstərir. Növbəti gücvermələrdə baş daha çox görünür və pauzalarda daha gizlənmir. Buna başın cinsiyyət yarığını **yarması** deyilir. Sonrakı mərhələlərdə başın ənsə hissəsi doğulur, başın açılması baş verir, nəticədə ardıcıl olaraq cinsiyyət yarığından dölün təpə qabarıqları, alın və üz doğulur. Baş doğulduqdan sonra doğuşun biomekanizminə uyğun olaraq, qısa müddətli pauzadan sonra, gövdənin daxili, başın xarici dönüşü baş verir, bir çiyin simfizə altına keçir, digəri omaya baxır. Arxaya baxan üz ananın buduna tərəf döndür, birinci mövqedə sağ buda, ikinci mövqedə əksinə. Ön çiyin simfizə altında ləngiyir, arxa çiyin doğulur. Sonra arxa sular axır (sular pəndirvari maddənin hesabına bulanıq olur) və bütün gövdə doğulur.



Şəkil:5-10. Ön ənsə gəlişi I mövqedə doğuşun mexanizmi: A-baş büküşmüş vəziyyətdə çanaq girəcəyi üzərindədir; B-və C başın daxili dönüşü; D-ənsənin qasıq qövsü altında fiksasiyası və başın açılması

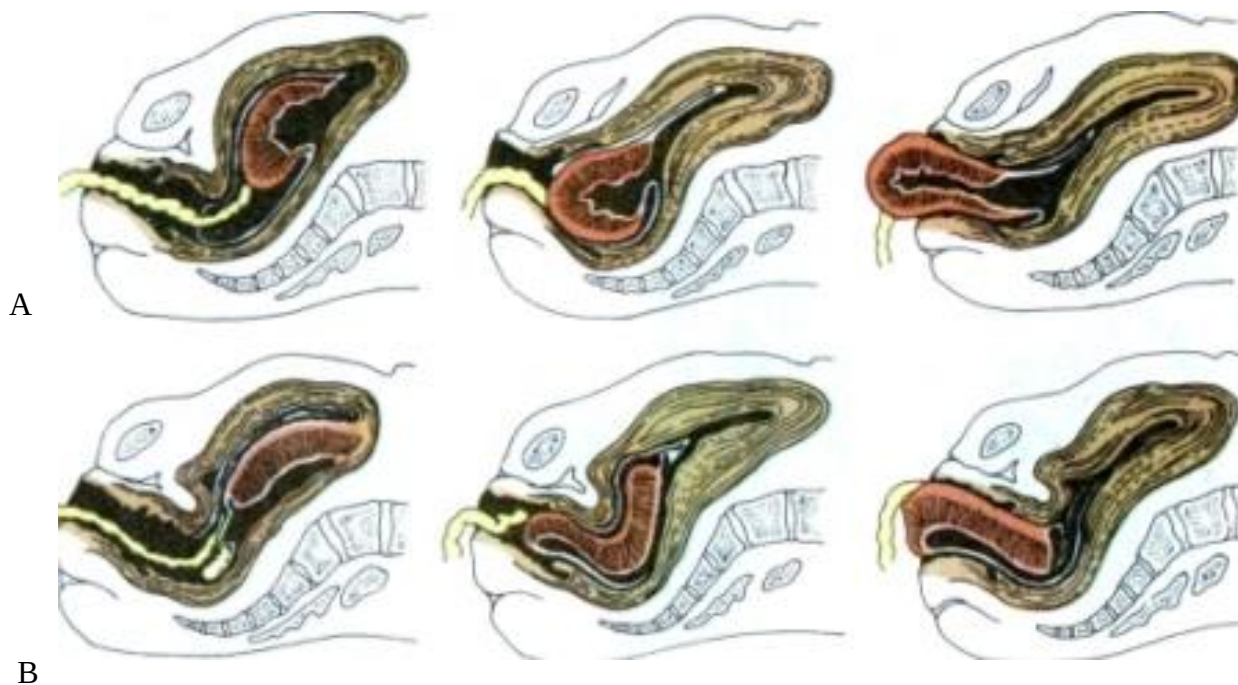
Yenidoğulmuş doğulan kimi qışqırır, ilk dəfə nəfəs alır, dərisi çəhrayılaşır, ətraflarını aktiv hərəkət etdirir.

Doğan qadın intensiv əzələ işindən sonra dincəlir. Doğuşdan sonra qadın üşütmə hiss edir. Bu qüvvətli gücvermələr zamanı böyük enerji itkisi ilə əlaqədardır.

§ 5.3. Son dövrü

Son dövrü, döl doğulduqdan son doğulana qədər olan dövrüdür. Bu dövrdə: cift və döl qışalarının uşaqlıq divarından ayrılması; sonun doğum yollarından qovulması baş verir.

Döl doğulduqdan sonra uşaqlıq bir müddət tonik gərginlik vəziyyətində olur (**nisbi sakitlik dövrü**). Sonra uşaqlıq yığılmağa başlayır (**son sancıları**). Bu zaman uşaqlığın bütün sahəsi, cift meydançası da yığılır. Cift yığılma qabiliyyətinə malik deyil, ona görə də uşaqlıq əzələləri yığıldıqda o, büzüşür, yerini dəyişir. Hər yığılmada cift sahəsi kiçilir, onda qırışlar əmələ gəlir, uşaqlıq boşluğuna doğru qabarıq və nəhayət uşaqlıq divarından qopur. Cift uşaqlıq divarından qopan zaman uşaqlıq dibi göbəkədən yuxarı, qarın boşluğunun bir tərəfinə qalxır.



Şəkil:5-11. Ciftin ayrılması: A- mərkəzdən(Şults üsulu); B- kənardan(Dünkan üsulu)

Ciftin uşaqlıq divarından qopması iki üsulla olur: mərkəzdən; kənardan. Birinci üsulda (**Şults üsulu**) əvvəlcə ciftin mərkəzi hissəsi ayrılır. Uşaqlıq ilə cift arasında əlaqə pozulduğundan qırılmış damarlardan axan qan, ciftlə uşaqlıq divarı arasına yığılır. Nəticədə ciftlə uşaqlıq divarı arasında **retroplasental hematoma** əmələ gəlir (şəkil:5-11 A). Hematoma böyüdükcə cifti itələyir, uşaqlıq boşluğuna doğru qabardır və nəhayət cift ayrılır, qışalarla birlikdə doğulur. Cift xaricə döl səthi ilə xaric olur. Qışalar çevrilib: xaricdə su, daxildə desidual qışa. Çevrilmiş qışalar ciftin ana səthində olur. İkinci üsulda (**Dünkan üsulu**) ciftin ayrılması periferiyadan başlayır (adətən aşağı kənardan). Bu zaman hematoma əmələ gəlmir, qan ciftlə uşaqlıq divarı arasından aşağı süzülür (şəkil:5-11 B). Hər sancı zamanı ciftin daha böyük hissəsi ayrılır. Nəhayət o qopur, qışaları da ayırır və onlarla birlikdə doğulur. Cift aşağı kənarı ilə doğulur, qışalar ana bətnindəki sırasını saxlayır (daxildə su, xaricdə desidual qışa).

Uşaqlıq-cift damarları zədələndiyi üçün, cift ayrılması müəyyən qan itkisi ilə nəticələnir. Normada itirilən qanın miqdarı 100-250 ml olur və qadının ümumi vəziyyətinə mənfi təsir göstərmir.

Qan itkisi maksimal 400 ml olur. Ümumiyyətlə, qan itkisinin həcmi düzgün hesablamaq lazımdır. Doğuş zamanı itirilən qanın həcmi qadının bədən kütləsinin 0,5%-dən çox olmamalıdır.

Son doğulduqdan sonra uşaqlıq uzunmüddətli yığılma vəziyyətində olur. Yığılmış əzələ lifləri damar mənfəzini sıxır, bu da qanaxmanı dayandırır. Yığılmış uşaqlıq bərk olur və onun dibi qasıqla göbək arasında yerləşir. Bu dövrdə qadının nəbzi, tənəffüsü normallaşır, qadın sakitləşir, bəzən üşütmə müşahidə edilir.

§ 6. Doğuşun biomexanizmi

Qovulma dövründə döl doğum yollarında hərəkət edir. Bu hərəkət çanağın ötürücü xətti boyu olur. Çanağın divarları hamar deyil. Ona simfizdən böyükdür, kiçik çanaq müstəviləri müxtəlif formadadır: giriş-böyrəybənzər (kəndələn dartılmış); boşluq-girdə; çıxış-ön və arxa ölçüdə dartılmış oval formadadır. Döl başı bu müstəvilərdən müxtəlif ölçü ilə keçir.

Çanağın və başın formasından asılı olaraq, baş doğum yollarından düz ölçü ilə xaric ola bilmir. Ona görə çanaq oxu boyu irəliləyən döl başı bir sıra hərəkətlər: boylama oxu ətrafında dönmə, kəndələn oxu ətrafında fırlanma (bükülmə-açılma) hərəkətləri edir. Dölün doğum yollarından (kiçik çanaq və yumşaq toxumalar) keçərkən etdiyi hərəkətlər kompleksi **doğum mexanizmi** adlanır. Döl doğum yollarından elə qovulur ki, onun başı ən kiçik ölçüsü ilə çanağın ən böyük ölçüsündən keçir. Doğuşun biomexanizmində başın hərəkətləri gövdənin müəyyən hərəkətləri ilə müşayiət olunur. Döl başının hərəkəti (irəliləmə, dönmə, bükülmə-açılma), başın oxabənzər tikişinin çanağın bir ölçüsündən digər ölçüsünə keçməsi, böyük və kiçik əmgəklərin yerdəyişməsi ilə qiymətləndirilir.

Normal doğuşlarda başın sinklitik və ya cüzi ön asinklitik duruşu olur. Fizioloji doğuşlarda bu asinklitizm aradan qalxır (oxabənzər tikiş oma burnu ilə simfizdən eyni məsafədə olur – sinklitik duruş).

Ön ənsə gəlişində doğuşun biomexanizmi. Doğuş, 95-96% hallarda ənsə gəlişi, ön görkəmdə baş verir. Ənsə gəlişi zamanı, bükülmüş döl başı doğuş yollarından keçərkən, onun ən aşağı hissəsi (öndə gələn hissəsi) ənsə nahiyəsi olur. Dölün arxası qarının ön divarına meyilli olur. Ön görkəm ənsə gəlişində 4 mərhələ ayırd edilir.

I mərhələ (şəkil:5-12) **başın bükülməsi** (flexio capitis) – baş öz kəndələn oxu ətrafında dönmür. Açılma dövründə baş öz oxabənzər tikişi ilə çanaq girəcəyinin kəndələn, qismən çəp ölçüsündə yerləşir və ya ona dirənir. Uşaqlığın və qarın pressinin yuxarıdan təzyiqi dölün onurğasına oradan da başa ötürülür. Onurğa başa mərkəzdən deyil, ənsəyə yaxın yerdən birləşdiyi üçün təzyiq bir başa ənsəyə ötürülür. Bu mancalağı xatırladır. Mancalağın uzun qolunda alın, qısa qolunda ənsə yerləşir. Ənsə enir, çənə döş qəfəsinə yaxınlaşır. Kiçik əmgək böyük əmgəkdən aşağıda yerləşir. Sonradan kiçik əmgək nahiyəsi çanaq oxu boyu irəliləyir və cinsiyyət yarığından görünür. Ön ənsə gəlişində kiçik əmgək ötürücü nöqtədir. Gəliş hissədə yerləşən, çanaq girəcəyinə ilk enən, daxili dönüşdə öndə gələn və cinsiyyət yarığından ilk görünən hissə **ötürücü nöqtə** adlanır. Başın bükülməsi nəticəsində baş çanağın giriş müstəvisində, ən kiçik ölçüsü ilə (9,5 sm) – **kiçik çəp ölçüsü** ilə yerləşir. Bu doğuşun birinci dövründə sancılar nəticəsində baş verir. Təkrar doğanlarda baş az bükülərək düz ölçüsü ilə (12 sm) kiçik çanaq girəcəyi üzərində hərəkətlidir və ya dirənib. Ötürücü nöqtə təpədir. Təkrar doğanlarda başın bükülməsi ön sular axdıqdan sonra baş verir.

II mərhələ (şəkil:5-11) **başın daxili dönüşü** (rotatio capitis interna normalis), baş kiçik çanağa keçdikdən sonra başlayır. Baş irəliləmə hərəkətləri ilə eyni zamanda, öz şaquli oxu ətrafında dönmür. Bu zaman ənsə önə, alın və böyük əmgək arxaya çevrilir. Çanaq boşluğunda oxabənzər tikiş çəp ölçüdə olur: I mövqedə sağ, II mövqedə sol çəp ölçüdə. Çanaq çıxacağında oxabənzər tikiş düz ölçüyə uyğun gəlir. Bu zaman kiçik əmgək simfizə baxır.

Başın daxili dönməsi kiçik çanaq boşluğunda, enli müstəvinin dar müstəviyə keçdiyi yerdə başlayır və çanaq dibində (çıxacağında) başa çatır. Dönmə nəticəsində başın oxabənzər tikişi çəp ölçüdə düz ölçüyə, çiyinlər kəndələn ölçüsü ilə çanağın kəndələn ölçüsünə keçirlər. Əgər çanaq girəcəyində oxabənzər tikiş kəndələn ölçüyə uyğun gəlirdisə, onda baş 90^0 , əgər oxabənzər tikiş çəp ölçülərin birinə uyğun gəlirdisə və ənsə qismən önə yönəlmişdisə (ön görkəm) onda baş 45^0 dönmür. Əgər oxabənzər tikiş çəp ölçülərin birinə uyğun gəlir və ənsə arxaya baxırsa (arxa görkəm), onda baş

135⁰ dönür (soldan sağa – I mövqe, sağdan sola II mövqe) (şəkil:5-12). Bu zaman gövdə də daxili dönüşünü edir, arxa görkəmdən ön görkəmə keçir. Daxili dönmə zamanı döl başının hərəkəti vintvari olur. Döl başının daxili dönməsi müxtəlif səbəblərlə əlaqədardır. Ən geniş yayılmış nəzəriyyəyə görə, irəliləyən baş çanağın ölçülərinə uyğunlaşır. Baş ən kiçik en dairəsi ilə (kiçik çəp ölçü) çanağın böyük ölçülərindən keçir. Çanaq girəcəyində ən böyük ölçü-köndələn, boşluqda-çəp, çıxacaqda-düz ölçü olduğundan, dölün başı əvvəlcə köndələn ölçüdə çəp ölçüyə və sonra düz ölçüyə keçir. Başın ənsə nahiyyəsi ilə önə dönməsində bir neçə amilin rolu var:

1.Çanağın quruluşu. Çanağın ön divarı (qasıq birləşməsi) arxa divardan (oma) alçaq olduğundan irəliləyən başa az müqavimət göstərir;

2.Çanaq dibi əzələləri. Bu əzələlərin xüsusilə levotorların yığılması ənsənin önə dönməsinə səbəb olur. Dönmə nəticəsində başın həcmli hissəsi omaönü sahəyə istiqamətlənir.

III mərhələ (şəkil:5-12) başın açılması (deflexio s. extensio capitis) kiçik çanaq çıxacağı müstəvisində baş verir. Baş köndələn və ya alın oxu ətrafında fırlanıb, açılır. Başın açılma dərəcəsi 120-130⁰-li bucağa uyğun gəlir. Başın açılması iki qarşılıqlı perpendikulyar qüvvələrin təsirindən baş verir. Bir tərəfdən dölün onurğası ilə ötürülən qovucu qüvvələr (uşaqlıq və qarın pressinin yığılması) dölü oma zirvəsinə və büzdümə tərəf qovur. Digər tərəfdən çanaq dibi əzələləri başın hərəkətinə müqavimət göstərir, onu önə vulvar həlqəyə doğru itələyir. Beləliklə, çanaq dibi sərhəddindən başlayaraq vulvar həlqəyə doğru çanaq oxu boyu hərəkət edən ötürücü nöqtə vulvar həlqəyə çatanda başın açılması nəticəsində parabola cızır. Nəticədə baş bükülmüş vəziyyətdən açılmış vəziyyətə keçir.

Vulvar həlqəyə çatanda, başın açılması maksimuma çatır. Bu ənsəaltı çuxur qasıq qövsünün altına keçib istinad nöqtəsi əmələ gətirdikdən sonra baş verir. İstinad (fiksasiya) nöqtəsi ətrafında baş açıldıqca əvvəlcə alın, sonra üz, çənə, yəni bütün baş doğrulur. Ənsəaltı çuxur dayaq nöqtəsi, istinad nöqtəsi, fiksasiya nöqtəsi və ya hipomoxlin adlanır. Açılma prosesində başın doğrulması tədricən baş verir: əvvəlcə başın cinsiyyət yarığını oyması, sonra yarması və nəhayət gücvermələrin birində vulvar həlqənin maksimal genəlməsində (anus da açılır) başın doğrulması. Ön ənsə gəlişində baş kiçik çəp ölçüsü ilə (9,5 sm, çevrəsi 32 sm) vulva müstəvisindən xaric olur.

IV mərhələ gövdənin daxili, başın xarici dönüşü (rotatio trunci interna et rotatio capitis externa). Baş açıldıqdan sonra dölün çiyinləri çanağın enli müstəvisindən dar müstəvisinə keçməyə və bu müstəvilərin maksimal ölçülərində yerləşməyə çalışır və dönmə hərəkətləri edir. Çiyinlər dönmə hərəkəti edərkən ardıcıl şəkildə köndələn ölçüdə çəp ölçüyə, sonradan kiçik çanaq çıxacağının düz ölçüsünə keçirlər (şəkil:5-12). Çiyinlərin daxilə dönməsi doğrulan başa ötürülür, nəticədə baş xarici dönüşünü edir. Döl başının xarici dönüşü dölün mövqeyinə uyğun baş verir: belə ki, I mövqedə başın ənsə nahiyyəsi ananın sol, üzü sağ tərəfinə dönür, II mövqedə əksinə. Başın xarici dönüşü başa çatdıqdan sonra dölün çiyini simfizin altına keçir və yeni (II) istinad nöqtəsi əmələ gəlir (şəkil: 5-12). Dölün gövdəsi bu nöqtə ətrafında bükülür (döş nahiyyəsində) ilk növbədə arxa çiyin, arxa qol azad olur. Sonra qasığın altından ön çiyin, ön qol və dölün bütün bədənini doğrulur (şəkil:5-12). Beləliklə, döl ön ənsə gəlişində doğrularkən 4 fırlanma hərəkəti edir: I mərhələdə baş öz köndələn oxu ətrafında fırlanıb bükülür; II mərhələdə öz şaquli oxu ətrafında fırlanıb daxili dönüş edir, bu çanaq ölçülərinə uyğunlaşması hesabına baş verir; III mərhələdə baş köndələn oxu ətrafında fırlanıb açılır, bu maili müstəviyə malik olan çanaq dibinin ənsəni itələməsi hesabına olur; IV mərhələdə baş və gövdə öz şaquli oxu ətrafında fırlanır, baş xarici, çiyinlər daxili dönüşünü edir, bu da çiyinlərin çanaq müstəvilərinə uyğunlaşmasıdır.

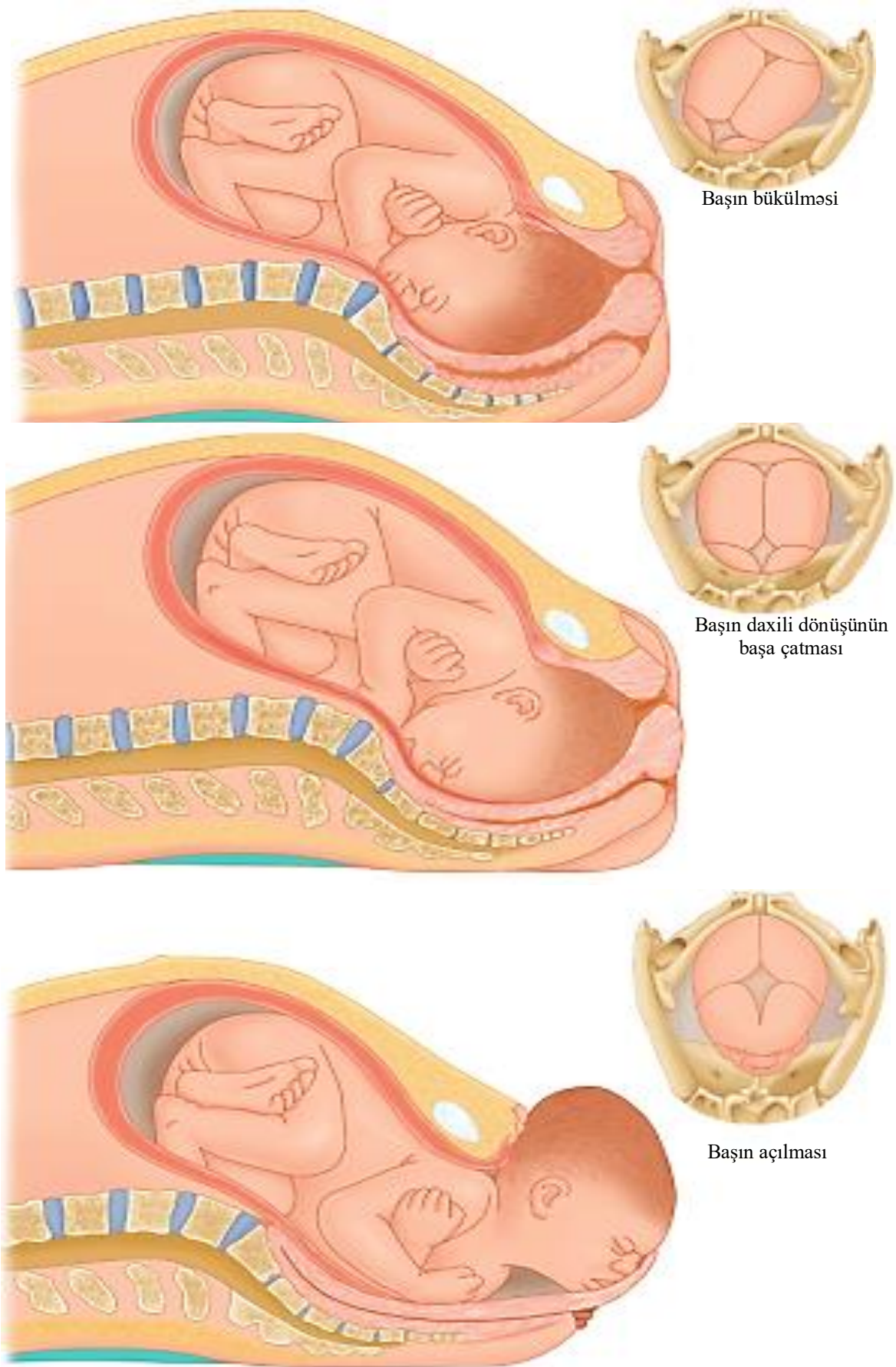
Arxa ənsə gəlişində doğuşun biomexanizmi (şəkil: 5-13). Arxa görkəmdə ənsə gəlişi bütün doğuşların 1-2%-ni təşkil edir. Arxa ənsə gəlişinin əmələ gəlməsində ana və döldə olan bəzi səbəblər rol oynayır.

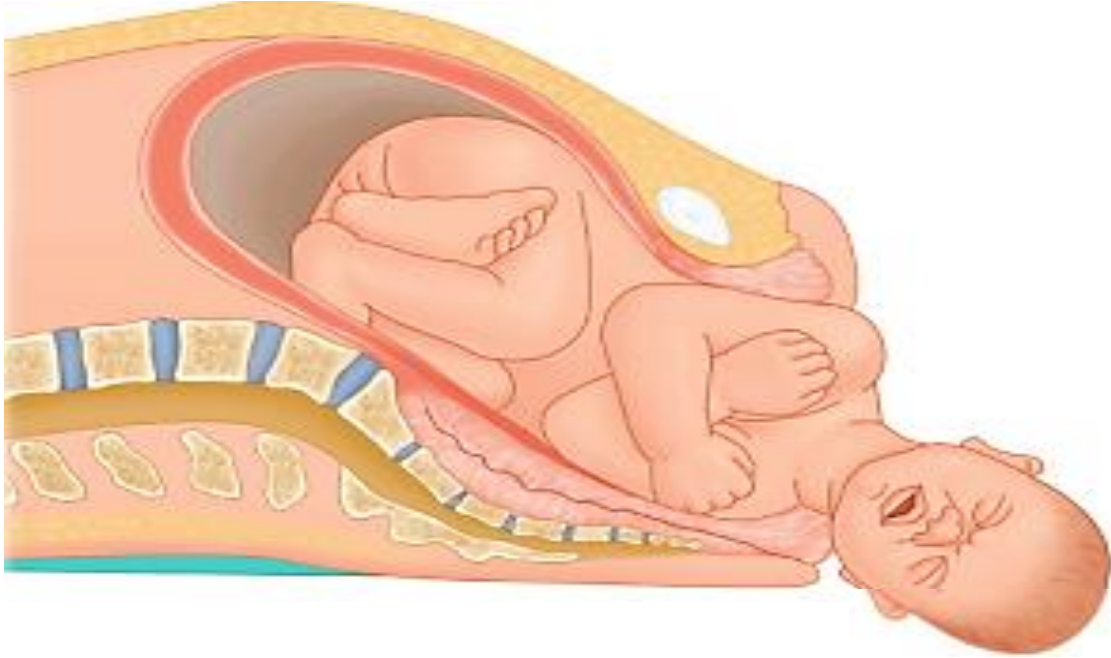
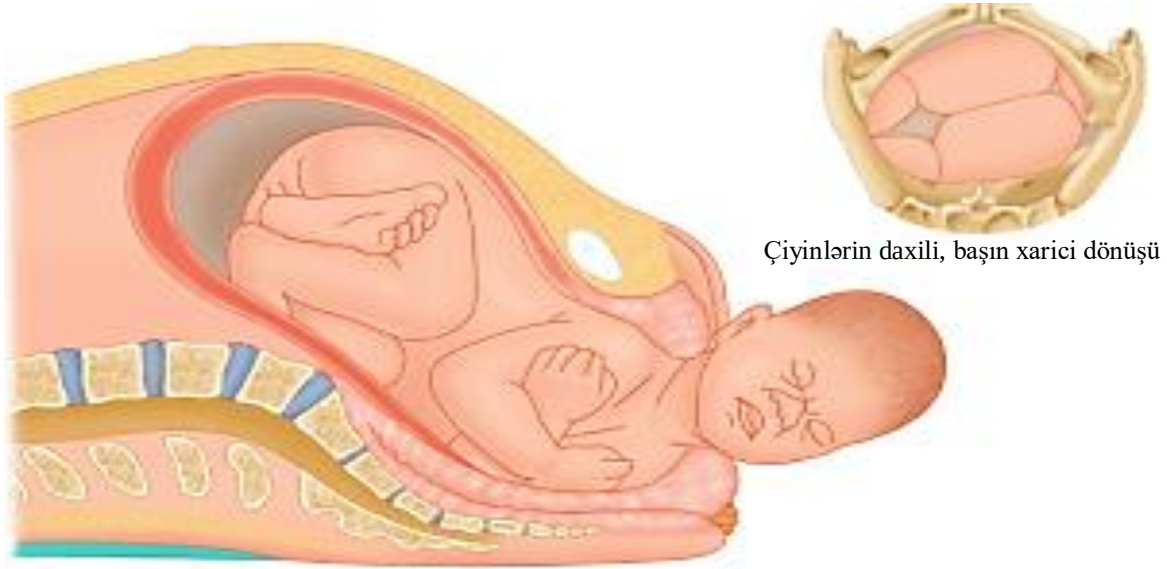
Döl tərəfdən olan səbəblərə başın ölçülərinin kiçik olması, yetişməmiş döl, boyun fəqərələrinin çətin bükülməsi, döldə qalxanabənzər vəzi şışləri və s. aiddir.

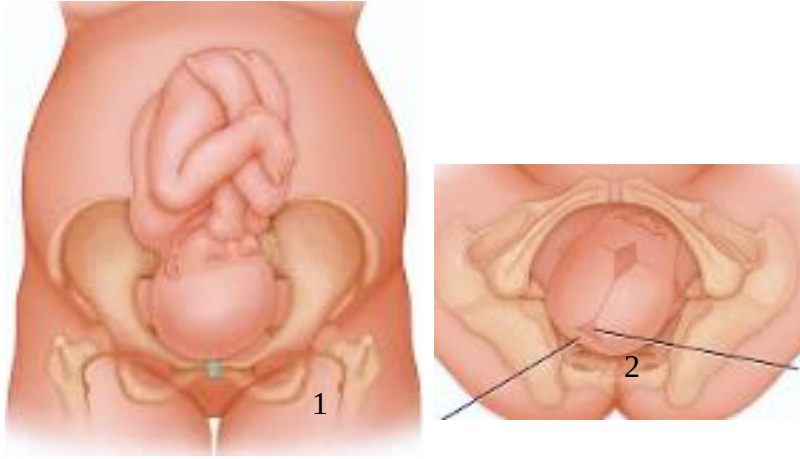
Ana tərəfindən olan səbəblərə doğuş yollarının xüsusilə, çanaq sümüklərinin quruluş anomaliyaları, çanaq dibi əzələlərinin patologiyaları, doğum gücü zəifliyi və s. aiddir.

Doğuşun əvvəlində ənsənin öndə və ya arxada olmasından asılı olmayaraq çox vaxt doğuş ön görkəmdə başa çatır. Baş 135⁰ dönərək ön görkəmə keçir (şəkil:5-13). 1% hallarda doğuş arxa görkəmdə başa çatır.

Ön ənsə gəlişində doğuşun mexanizmi (şəkil:5-12)





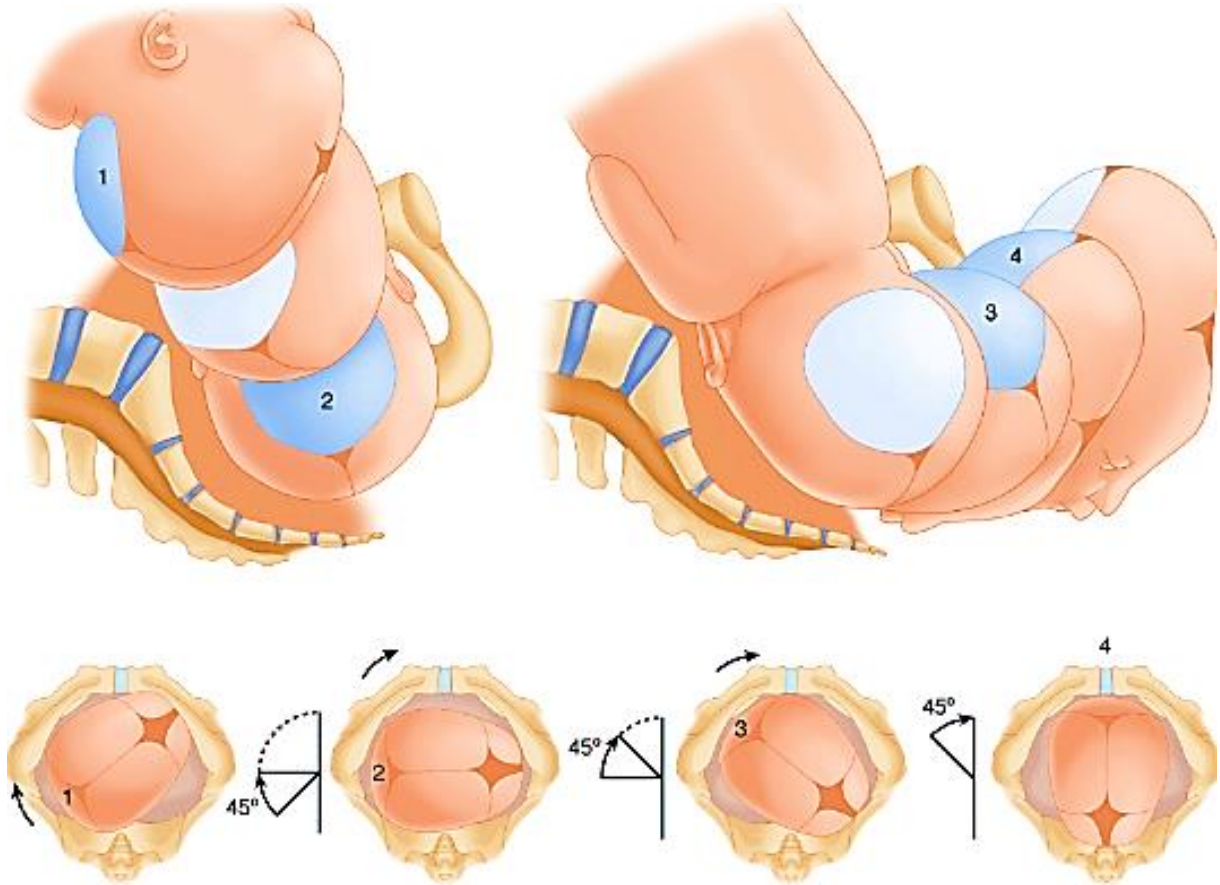


Şəkil:5-13. Arxa ənsə gəlişi: 1-ənsə; 2- kiçik əmgək

Arxa ənsə gəlişi zamanı doğuşun biomexanizmində 5 mərhələ ayırd edilir (şəkil:5-15).

I mərhələ başın bükülməsi və kiçik çanaq girəcəyinə daxil olması. Ön ənsə gəlişində olduğu kimi olur: başın oxabənzər tikişi çəp ölçüyə uyğun gəlir, kiçik əmgək arxaya yönəlir, ötürücü nöqtədir.

II mərhələ başın daxili (düzgün olmayan) dönüşü. Bu mərhələdə döl başının dönməsi sayəsində ənsə nahiyyəsi omaya, böyük əmgək simfizə yönəlir. Böyük əmgəklə kiçik əmgək arasında yerləşən təpə ötürücü nöqtədir. Bu zaman baş çanaq müstəvisindən orta çəp ölçü (10,5 sm) ilə hərəkət edir. Bu da arxa ənsə gəlişində doğuşu nisbətən ağırlaşdırır. Döl başının dönməsi çanaq çıxacağında başa çatır. Oxabənzər tikiş çanaq çıxacağına düz ölçüsünə uyğun gəlir.



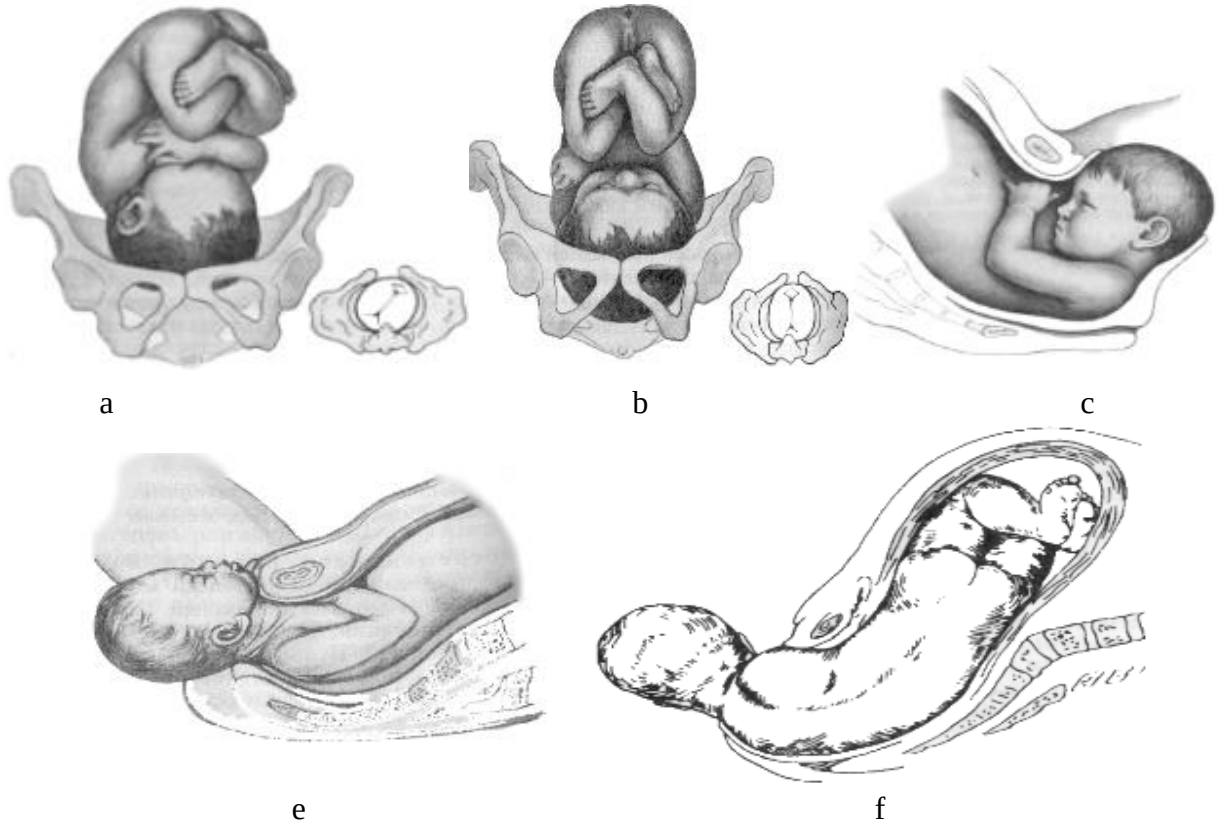
Şəkil:5-14. Arxa ənsə gəlişində ənsənin ön görkəmə keçməsi

III mərhələ başın maksimal bükülməsi. Alının tüklü hissəsinin sərhəddi qasıq birləşməsinin aşağı kənarına çatdıqda (birinci istinad nöqtəsi) başın əlavə maksimal bükülməsi baş verir.

IV mərhələ başın açılması. Ənsəaltı çuxur büzdümün zirvəsinə dirənir və ikinci istinad nöqtəsinə çevrilir. Baş doğularkən cinsiyyət yarığından dölün üzü görünür.

V mərhələ gövdənin daxili, başın xarici dönməsi. Ön ənsə gəlişində olduğu kimidir.

Arxa ənsə gəlişində döl başının düzgün olmayan dönüşü doğuş yollarından keçərkən döl başı ayrılığının çanağın ötürücü oxuna uyğun gəlməməsinə səbəb olur, nəticədə baş maksimal bükülməyə məruz qalır. Bu vəziyyət uşaqlığın və qarın divarı əzələlərinin əlavə yığılmalarını tələb edir. Nəticədə qovulma dövrü uzanır, doğan qadın yorulur, doğum fəaliyyəti pozulur. Bundan əlavə döl başının çanaq ölçülərindən orta çəp ölçü ilə keçməsi (ön ənsə gəlişində kiçik çəp ölçü ilə keçir) doğuş travmatizminə, dölün hipoksiyasına, yenidoğulmuşun travmatizminə səbəb ola bilər.



Şəkil:5-15. a) başın bükülməsi, kiçik çanağa daxil olması; b) başın daxili dönüşü; c) başın maksimal bükülməsi, simfizə altına fiksasiyası; e) başın açılması; f) gövdənin daxili, başın xarici dönüşü

§ 7. Doğuşun döl başına təsiri

Döl başının doğum kanalının forma və ölçülərinə uyğunlaşma qabiliyyəti var. Bu, kəllə sümükləri arasındakı əmgəklər və hələ sümükləşməmiş tikişlər hesabına baş verir. Doğum kanalının təzyiqi nəticəsində kəllə sümükləri tikişlər və əmgəklər nəhiyyəsinə bir-birinə yaxınlaşır, hətta bir-birinin üzərinə keçir. Nəticədə başın forması dəyişir və doğum kanalının ölçülərinə uyğunlaşır, **konfigurasiyaya** uğrayır.

Başın konfigurasiyası döl başının və doğum yollarının xüsusiyyətlərindən asılıdır. Kəllə sümükləri nə qədər yumşaq, tikişlər enli olsa, başın konfigurasiyası bir o qədər güclü olur. Bundan başqa ağırlaşmış doğuşlarda (dar çanaqlarda) baş daha çox konfigurasiyaya uğrayır. Doğuş mexanizmindən asılı olaraq başın forması dəyişir. Ənsə gəlişində (xüsusilə arxa ənsə gəlişində baş ənsə istiqamətində dartılır-**dolixosefalik** forma alır. Ön baş gəlişində (təpə gəlişində) baş təpə istiqamətində dartılır-**braxisefalik** forma alır (şəkil: 5-16).



Şəkil:5-16.a) dolixosefaliya; b) braxisefaliya

Normal doğuşda başın konfigurasiyası kəskin olmur, yenidoğulmuşun sağlamlığına və inkişafına təsir etmir.



Şəkil:5-17.Baş şişi

Döl qovluğu tam olduqda döl başı və gövdəsi sancılar zamanı eyni təzyiqə məruz qalır. Dölyanı maye axdıqdan sonra təmas kəməmindən aşağıda yerləşən geniş hissə atmosfer təzyiqinə, yuxarıda yerləşən hissəsi və gövdə sancılar zamanı yaranan daha böyük təzyiqə məruz qalır. Nəticədə başın aşağı hissəsindən venoz qanın axması çətinləşir, qanın maye hissəsi damar divarlarından ətraf toxumalara süzülür və ödem əmələ gətirir. **Bu doğum şişi** adlanır.

Baş gəlişlərində doğum mexanizmindən asılı olaraq doğum şişi başın müxtəlif hissələrində əmələ gəlir və **baş şişi** adlanır (şəkil:5-17). Susuz dövr (dölyanı mayenin axması ilə doğuşun qurtarması arasındakı vaxt) nə qədər uzun olarsa doğum şişi bir o qədər böyük olur. Ön ənsə gəlişində doğum şişi kiçik əmgək nahiyyəsində əmələ gəlir və təpə sümüklərinə yayılır. I mövqedə doğum şişi ən çox sağ, II mövqedə sol təpə sümüyünə yayılır. Üz gəlişində doğum şişi üzdə, çanaq gəlişlərində sağrıda olur. Normal doğuşlarda şiş böyük ölçülərə çatmır və doğuşdan bir neçə gün sonra

özbaşına keçib-gedir. Sürətli doğuşlarda, döl kiçik olduqda doğum şişi əmələ gəlməyə bilər.

Baş doğum yollarından çətinliklə keçdikdə, operativ doğuşlarda başda qanlı şiş – **kefalohe-matoma** əmələ gəlir. Kefalohematoma sümüküstlüyünün altına qansizma nəticəsində yaranır. Bu yumşaq qeyri-düzgün formalı şişkinlikdir və ancaq bir sümüyün sərhəddini əhatə edir. Baş şişindən fərqli olaraq tikiş və əmgəklərin xəttini keçmir. Kefalohematoma flüktasiya edir, doğuşdan sonra bir həftə və daha artıq qalır.

§ 8. Doğuşun idarə olunması

Adətən normal hamiləliklərdə doğan qadın doğum fəaliyyəti başladıqdan sonra doğum evinə qəbul olunur. Patoloji hamiləliklər zamanı isə hamilə doğuşa 1-2 həftə qalmış hospitalizə edilir.

Qəbul şöbəsinə daxil olmuş qadınlar üçün doğum tarixi açılır. Diqqətli ümumi və mama-ginekoloji anamnez toplandıqdan sonra, baxış, ümumi klinik və xarici mamalıq müayinələri aparılır.

Alınan məlumatlar doğum tarixinə qeyd edilir. Uşaqlıq boynunun açılma dərəcəsi, döl başının vəziyyəti, sancıların xarakteri, doğanın temperaturu, A/T-i partoqramma qeyd edilir.

Qadın məsləhətxanasının göndərdiyi dəyişmə vərəqindəki məlumatlar araşdırılır və müayinələrin nəticələri ilə birlikdə analiz edilərək, doğanın ümumi vəziyyəti (orqan və sistemlərin funksional vəziyyəti) qiymətləndirilir, infeksiyalarla kontaktı öyrənilir, yanaşı gedən ekstragenital xəstəliklər, cinsi orqanların infeksiyaları, dəri xəstəlikləri, araşdırılır, nəbzi sayılır, arterial təzyiqi, temperaturu ölçülür. Eləcə də dölün vəziyyəti, mamalq statusu müəyyənləşdirilir. Doğum yollarının və doğum fəaliyyətinin vəziyyəti araşdırılır. Vacib olan labotator müayinələr aparılır (sidikdə zülalın təyini, bakterterioloji yaxmaların götürülməsi və s.). Bütün bunlardan sonra doğanın hansı şöbəyə göndəriləcəyinə qərar verilir (I və ya II mamalıq şöbəsi).

Doğanın paltarları dəyişdirilir, mama və kiçik tibb işçisinin müşayəti ilə doğuşa qədər palataya keçirilir. Əgər gücvermələr başlayıbsa, doğan təkərli xərəkdə doğuş zalına aparılır. Qəbul şöbə-sində doğuşa yardım üçün bütün vəsaitlər olmalıdır. Doğana sonrakı yardım doğuşa qədər palatalatarda aparılır.

§ 8.1. Doğuşun ağrısızlaşdırılması

Doğuş – qadın orqanizmi üçün ağrı hissi ilə müşayət olunan fiziki və psixi yüküdür. Hələ qədim zamanlardan müxtəlif üsullarla doğuşu ağrısızlaşdırmağa çalışmışlar (ağac kömürünün tüstüsü, məstedici içkilər, dualar, qurban verilməsi və s.). İlk dəfə 1849-cu ildə N.İ.Piraqov mamalıq məşaları qoyarkən efir narkozundan istifadə etmişdir. D.Simpson dölü ayaq gəlişinə gətirmək üçün qadına narkoz vermişdir.

Doğuş zamanı sinir uclarının, uşaqlığın əzələ liflərinin və sinir kəməflərinin (xüsusilə uşaqlıq boynunun daxili dəliyi nahiyəsində) girdə, oma–uşaqlıq, xüsusi bağların və parametriumun qıcıqlanması baş verir. Qovulma dövründə çanaq dibi, xarici cinsiyyət orqanlarının toxumaları qıcıqlanır. Doğuş ağrıların yaranma səbəblərindən biri divarları sinir elementləri ilə zəngin qan damarlarının sancılar zamanı sıxılmaya məruz qalmasıdır. Doğuş ağrıların yaranmasında uşaqlıq boynunun hamarlaşması və xarici dəliyin açılması zamanı uşaqlıq boynunun sinir elementlərinin qıcıqlanması əhəmiyyətli rol oynayır. Uşaqlıqdan gələn qıcıqlar MSS-nə daxil olur, orada beyin qabığının sinir hüceyrələri bu impulsları qəbul edir və qıcıqları ağrıya çevirən oyanma mərkəzi yaranır. Beləliklə ağrı hissi beyin qabığının fəaliyyəti nəticəsində meydana çıxır. Müəyyən edilmişdir ki, doğuş ağrıların formalaşmasında şərti refleks komponenti mühüm rol oynayır. Söz qıcığının da böyük əhəmiyyəti vardır. Doğuş zamanı ağrıların qaçılmazlığı haqqında söz qıcığı qadınlarda qorxu hissi yaradır. Ağrı qorxusu baş beyin qabığının oyanmasını kəskin surətdə azaldır, qabıqaltı törəmələrin fəaliyyəti güclənir, bu da baş beyinin ali şöbəsi ilə qabıqaltı mərkəzlər arasındakı qarşılıqlı əlaqənin pozulmasına səbəb olur.

Hamiləliyin I və II trimestrlərinə nisbətən, onun sonunda sinir liflərinin müəyyən hissəsi dağılır, uşaqlığın hissəvi denevrasiyası baş verir. Bu ağrıya qarşı orqanizmin müdafiə reaksiyasıdır. Doğuş zamanı ağrılar psixoemosional gərginliyə, yorğunluğa, yorğunluq da öz növbəsində uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulmasına və dölün bətdaxili narahatlığına səbəb olur.

Ağrı reaksiyası ağırlaşmış və ekstragenital patologiyalar zamanı xüsusilə təhlükəlidir. Doğuş ağrıları hipertenziv vəziyyətlər zamanı eklampsianın inkişafına təkan verir, ürək qüsürlü qadınlarda kəskin ürək çatışmazlığına, ağır ağ ciyər patologiyası olanlarda isə ağ ciyər ödeminə səbəb olur. Bütün bunlara görə doğuşun ağrısızlaşdırılmasının əhəmiyyəti böyükdür.

Doğuşun ağrısızlaşdırılması iki üsulla aparılır: medikamentoz və qeyri-medikamentoz.

Ağrısızlaşdırma metodları aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir: mənfi emosiyaların, qorxu hissinin aradan götürülməsi; ağrıkəsici effektin kifayət dərəcədə təmin edilməsi; doğuş prosesinə (fəaliyyətinə) mənfi təsir etməməsi; qadının ayıq olması (huşu aydın olmalı) və doğuş prosesində fəal iştirak etməsi; laktasiya və zahılıq dövrünün gedişinə mənfi təsir etməməsi; tətbiqinin sadə və əlçatan olması.

Qeyri-medikamentoz ağrısızlaşdırma metodları. Qeyri-medikamentoz metodlara psixo-profilaktik hazırlıq, autogen və heterogen məşqlər, hipnoterapiya, akkupunktura və akupressura, elektroanalgeziya, doğuş zamanı massaj, hidroterapiya, audioanalgeziya və s. aiddir.

Psixoprofilaktika. Doğuşa psixoprofilaktik hazırlıq metodu 1940–ci ildə İ.Z.Velkovski və K.İ.Platonov tərəfindən hazırlanmışdır.

Doğuş ağrısı–uşaqlıq boynunun açılması, uşaqlığın yığılması zamanı xüsusi sinir reseptolarına malik olan damarların sıxılması və dartılması, uşaqlıq toxumalarının işemiyası, dölün gəliş hissəsinin sinir ucları ilə zəngin olan aşağı seqmentə təzyiqi, uşaqlığın yığılması zamanı əzələ qatlarının sıxılması və yerdəyişməsi nəticəsində yaranır. Ağrını yaradan bu səbəbləri aradan qaldırmaq mümkün deyil, lakin ağrını dəfələrlə artıran amilləri (qorxu, mənfi emosiyalar, baş beyin qabığının tormozlanması) aradan qaldırmaq olar. Ona görə də qadını doğuşa psixoprofilaktik hazırlamaq lazımdır: qadında hamiləliyə şüurlu münasibətin formalaşması, doğuşun fizioloji olduğunun aşılması; yaxşı emosional fon, hamiləliyin və doğuşun müvəffəqiyyətlə başa çatacağına inandırılması; öz güvvəsinin səfərbər etmək bacarığının aşılması.

Bu metodun əsasını doğuş aktının mahiyyətini açıqlamaq, doğuş zamanı ağrı hissəsinin meydana çıxmasının vacib olmadığını aşılamaqdır. Ağrının intensivliyi sinir sisteminin vəziyyətindən asılıdır. Sakit təmkinli qadınlarda doğuş az ağrılı, hətta bəzən ağrısız keçir, sinir sistemi zəif olan qadınlarda sancılar və gücvermə nəticəsində interoreseptorların qıcıqlanması güclü ağrılar kimi qəbul olunur.

Hamilə qadının doğuşa psixoprofilaktik hazırlanması qadın məsləhətxanasında aparılan məşğələlərlə başlayır. Sonuncu (3–cü) məşğələdə qadına doğuşu ağrısızlaşdırma üsulları: psixoemosional vəziyyətin möhkəmləndirilməsi üçün autotreninq və nöqtəli massaj öyrədilir. Bu tədbirlər doğum evində davam etdirilir.

Doğuşa psixoprofilaktik hazırlığın növlərindən biri autogen və heterogen məşqlər metodudur. Bu metod emosional gərginliyin azaldılmasına kömək edir. Autotreninq kursu hər məşğələ 25–30 dəqiqə olmaqla 9–10 məşğələdən ibarətdir. Autotreninqin tətbiqi ağrı qıcıqlarına tolerantlığı artırır, ağrı hissəsinin intensivliyini və davamlılığını azaltmağa imkan verir, ağrı ilə bağlı nəzərə çarpan hərəkəti oyanıqlığı aradan qaldırmağa kömək edir.

Doğuşun ağrısızlaşdırılmasında hipnozun da əhəmiyyəti var. Hipnoterapiya bu metoda yaxşı yiyələnmiş mütəxəssis tərəfindən aparılmalıdır.

İynərefleksoterapiya (akupunktura-AP və akupressura). Bu metodda təsir nöqtələri seçərkən klassik Çin akupunkturasının tövsiyələri və orqanların seqmentar innervasiya prinsipi nəzərə alınır. Akupressura ağrısızlaşdırma effektinə nail olan “iynəsiz akupunktura”dır. Akupunktura və akupressura sancılar zamanı ağrıların aradan götürülməsinə yardım edir, doğuş fəaliyyətini normallaşdırır, dölə mənfi təsir göstərmir. Bu metod doğanın hərəkəti aktivliyini məhdudlaşdırır və diqqətli nəzarət tələb edir. İynərefleksoterapiya az sayda (2–3 iynə) mikroiyələrin uzun müddətə (30 dəqiqədən 12–18 saatadək) yeridilməsini nəzərdə tutur.

Hazırda elektroakupunkturaya (EAP) üstünlük verilir. Bu zaman impuls generatorlarının köməyi ilə iynələrə elektrik təsiri verilir. EAP akupunkturanın təkmilləşmiş formasıdır, daha sabitdir. Belə ki, EAP ilə qadına əlavə təsir göstərilir.

Ağrısızlaşdırma məqsədi ilə elektroanalgeziyadan istifadə edilir. 130 hers və yuxarı tezliklə 1 mA gücündə dəyişən cərəyan verən elektrodlar alına və boyunun arxasına qoyulur. Seansın müddəti 1–2,5 saatdır. 40–60 dəqiqədən sonra sancılar arasındakı mürgüləmə halı, doğuş zamanı isə ağrı reaksiyasının azalması baş verir. Bir çox ölkələrdə massajdan istifadə olunur. Bu zaman müxtəlif massaj növləri dəri reseptorlarını stimullaşdırır, çox saylı mielin liflərinin nevrall aktivliyini artırır. Bu stimullar ağrılardan daha tez ötürülür. MSS-nin “bombardman edilmə”si ağrıları azaldır.

Hidroterapiya metodunun da əhəmiyyəti vardır. Ilıq vannaların təsiri altında dərinin temperatur və taktill reseptorları fəallaşır, bu da ağrı impulslarının beyin qabığına ötürülməsini ləngidir. Hidroterapiya ağrıları azaldır, relaksiyanı təmin edir, fizioloji gərginliyi və abdominal əzələlərə təzyiqi azaldır, uşaqlığa daha effektiv yığılma imkanı verir, oksigenləşməni yaxşılaşdırır. Aseptika təmina-

tının çətinliyi, uşaqlığın yığılma fəaliyyətinin xarakterinin, dölün və dölünü suların açılma vaxtının izlənilməsi və s. bu metodun çatışmazlığıdır.

Bəzi ölkələrdə audioanalgeziyadan istifadə olunur. Doğuşun ağrısızlaşdırılması üçün şələlə, dəniz və s. səslərdən istifadə edilir. Sancılar zamanı səs gücləndirilir bu da diqqəti yayındırır. Diqqəti yayındırmaq və fokuslaşdırmaq məqsədi ilə musiqi, televiziya və digər vasitələrdən istifadə edilir. Doğuş zamanı musiqini ilk dəfə Goldştein (1980) istifadə etmişdir. Onun fikrincə musiqi diqqətin yayınmasına, relaksiyaya, tənəffüsün ritmikliyinə kömək etməklə, endorfinin ifrazını təmin edir, ağrının azalmasına səbəb olur.

Medikamentoz ağrısızlaşdırma metodları. Doğuşun medikamentoz ağrısızlaşdırılması zamanı dərman preparatı seçərkən çox diqqətli olmaq lazımdır. Çünki elə bir sedativ və ya yuxugətirici analgetik yoxdur ki, ciftədən dölə keçməsin və ona təsir etməsin. Dərman preparatı yeridilərkən doğuşun dövrü də nəzərə alınmalıdır. Doğuş zamanı ağrıların ən çox ehtimal olunan səbəbi – uşaqlıq boynunun açılmasıdır: odur ki, ağrıkəsici vasitələri uşaqlıq boynu 3-4 sm açıldıqda təyin edilir, ehtimal olunan doğuş anına 2-3 saat qalmış dayandırılır. Ən kəskin ağrılar uşaqlıq boynu 9-10 sm açıldıqda baş verir, lakin bu vaxt hər preparatdan istifadə etmək olmaz, çünki bu preparatlar döl doğulduqdan sonra ona təsir edə bilər.

Dölün yetişkənlik dərəcəsi nəzərə alınmalıdır: dölün və yenidoğulmuşun qara ciyəri yetişkən olmadıqda narkotik vasitələr onlara daha uzun müddət təsir göstərir. Bu onu göstərir ki, analgetiklərin tətbiqinin vahid sxemi ola bilməz.

Mamalıq təcrübəsində sedativ, yuxugətirici vasitələrdən, trankvilizatorlardan, narkotiklərdən və analgetiklərdən istifadə edilir. Preparatlar daha tez sorulsun deyə əzələ daxilinə yeridilir.

Aşağıdakı sxemdə ağrısızlaşma aparmaq olar:

- doğuş fəaliyyətinin başlanğıcında, açılma dövrünün latent fazasında (uşaqlıq boynu 3-4 sm açıqdır) ağrılar nisbətən az olur. Bu zaman gərginliyi və qorxunu götürmək üçün trankvilizatorlar tətbiq edilir (trioksazin 0,3-0,6 və ya elenium 0,01-0,015 və s.);

- müntəzəm doğuş fəaliyyətinin inkişafında, sancılar çox ağrılı olduqda inhalasion və ya qeyri-inhalasion analgetiklərin sedativ və ya spazmolitiklərlə qarışığı təyin edilir. Zəif iradəli qadınlara akupunktura, elektroanalgeziya tətbiq etmək olar;

- ağrısızlaşdırmanın bu metodları effekt vermədikdə, ekstragenital patologiya, hipertenziv vəziyyət, disskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti zamanı epidural (peridural) anesteziya tətbiq edilə bilər.

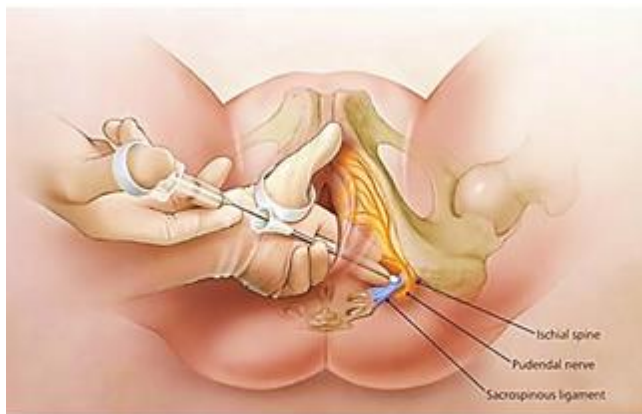
Bundan başqa praktik fəaliyyətdə ağrıkəsicilərin müxtəlif kombinasiyalarından (sedativ və spazmolitiklər) istifadə olunur: promedol (20-40 mq) + papaverin (40 mq); promedol (20-40 mq) + seduksen (10 mq) + papaverin (50 mq); maradol (1-2 mq) + seduksen (10 mq) + no-şpa (40 mq); tramol (100 mq) + dimedrol (20 mq) + no-şpa (40 mq).

Daha tez effekt almaq üçün bu preparatlar vena daxilinə yeridilməlidir. Preparatların təsiri 10-20 dəqiqə sonra başlayır və 2 saat davam edir, preparatların yuxarıdakı kombinasiyaları yeridildikdən sonra dölün ürək ritminin monotonluğu müşahidə edilir, doğuş fəaliyyəti davam edir. 30-60% doğanlarda ağrılar xeyli azalır.

Analgetiklərin dozasının artırılması və ya inyeksiyalar arası intervalın azaldılması hesabına ağrısızlaşdırmaya nail olmaq cəhdləri doğum fəaliyyəti zəifliyi, doğuş zamanı artıq qan itkisi, dölün narkotik depressiyası ilə üzləşmə təhlükəsi yaradır. Ağrısızlaşdırma zamanı analgetik və spazmolitiklərlə birlikdə müxtəlif trankvilizatorların tətbiqi geniş yayılmışdır. Trankvilizatorlar qorxu və mənfi emosiyalar fonunda dəyişən ağrı qıcıqları zamanı beyin qabığının funksional vəziyyətini normalaşdırır. Doğan qadınlarda ətraf qıcıqlara qarşı reaksiyanın itiliyi zəifləyir, narahatlıq və həyəcan azalır.

Doğuş aktı normal getdikdə doğan qadınlara trankvilizatorlar (trioksazin, meprobumat) təyin edilir, eyni zamanda əzələ daxilinə spazmolitiklər yeridilir (qanqleron, no-şpa).

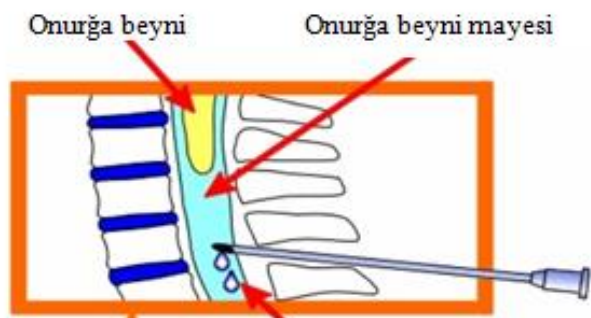
Yüksək psixi reaksiyaları olan qadınlara trankvilizatorların dozasını iki dəfə artırırırlar (trioksazin-0,6 qr, meprobumat-0,4 qr), əzələ daxilinə promedol, pipolfen və ya dimedrol yeridilir. Analgeziyanın qüvvətləndirilməsi üçün ağrıkəsiciləri 3-4 saatdan tez olmamaq şərtilə, yarı dozada tək-



Şəkil:5-18. Pudendal anesteziya

Pudendal anesteziya aparmaq üçün oturaq qabarlarından 2 sm medial istiqamətdə sol və sağ tərəfdə yerləşən cinsiyyət sinirinin olduğu nöqtəyə yuxarıda qeyd olunan məhlullardan 10 ml yeridilir. Əlavə olaraq, cinsiyyət dodaqlarının əsasına və qasıq bucağı nahiyəsinə 50-60 ml, 0,5%-li novakain məhlulu yeridilir (şəkil:5-17).

Peridural anesteziya ağrısızlaşdırmanın müasir metodlarından (şəkil:5-18). Uzunmüddətli peridural anesteziya (UPA) bir sıra üstünlüklərə malikdir, belə ki, buna ağrısızlaşdırmanın yüksək effektivliyi (92-95%), istifadə edilən alətlərin sadəliyi, xəstənin ayıq saxlanması imkanı, uşaqlığın və böyrəklərin qan dövranını yaxşılaşdıran simpatik blokadanın mövcudluğu, doğuş fəaliyyətinə, ana və dölün vəziyyətinə zəiflədici təsirin olmaması aiddir.



Şəkil:5-18. Epidural anesteziya

Peridural boşluğun I-IV bel fəqərələri səviyyəsində kateterizasiyası uzunmüddətli, yüksək effektivliyə malik və idarə olunan analgeziya imkanı yaradır. Əksər hallarda anestetik kimi trimekain və lidakaindən istifadə edilir. Doğuş zamanı güclü ağrıları, doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası, uşaqlıq boynunun distasiyası olan, hipertenziv vəziyyətlər, ürək-damar və tənəffüs sisteminin ağır xəstəliklərdən, yüksək dərəcəli miopiyadan əziyyət çəkən qadınlara UPA təyin edilir (başqa üsullar nəticə vermədikdə).

Bir sıra mamalıq əməliyyatlarında, Kesar kəsiyində UPA aparılır. UPA-nın tətbiqi üçün əsas əks göstəriş uşaqlıqda çapıqın olmasıdır. Bundan başqa punksiya yerində infeksiya zədələnməsi, qanaxma, nevroloji xəstəliklər, trombositlərin miqdarının 100 mindən aşağı olması, antikoagulyantların tətbiqi, şok və s. UPA üçün əks göstərişdir.

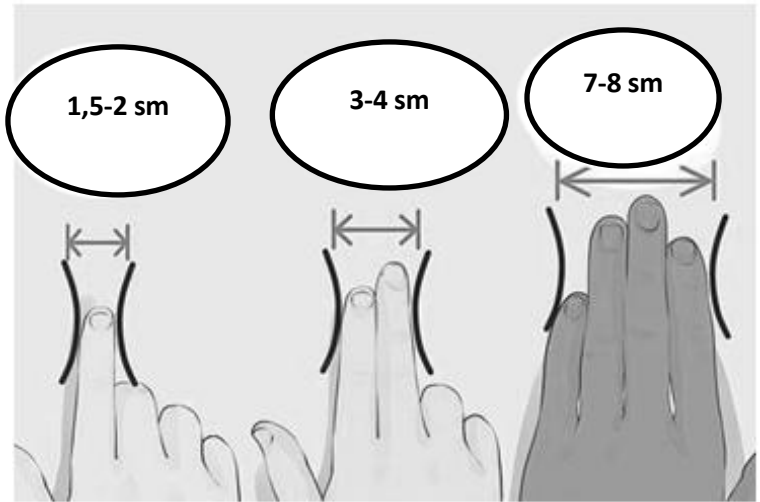
Bir qayda olaraq UPA-ya artıq formalaşmış müntəzəm doğuş fəaliyyətində və uşaqlıq boynu 3-4 sm açıldıqda başlayırlar. UPA çox ciddi müdaxilədir. Əməliyyatı bu metoda mükəmməl yiyələnmiş anestezioloq apara bilər. Psixoprofilaktik və medikamentoz ağrısızlaşdırma ilə birlikdə tətbiq edildikdə daha güclü effekt almağa və normal doğuş fəaliyyətinə nail olmağa imkan verir.

§ 8.2. Doğuşun I dövrünün (açılma) idarə olunması

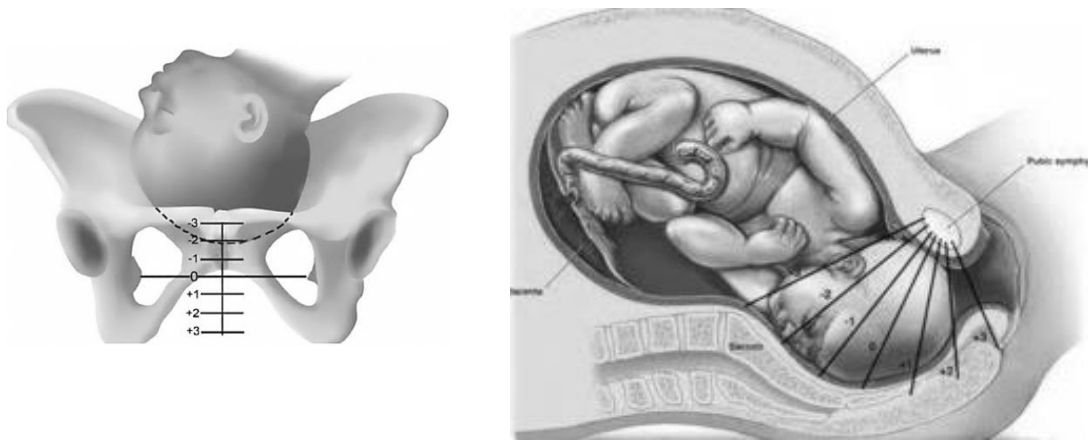
Doğuşa qədər palatalarda həkim doğanı nəzarətdə saxlayır və müayinələr aparır. Doğum fəaliyyətinin dinamikada izləmək üçün xarici və daxili mamalıq müayinələri aparır. Xarici mamalıq müayinəsi ilə dölün vəziyyəti, mövqeyi və görkəmi, gəliş hissə və onun kiçik çanaq ölçülərinə münasibəti müəyyənəndirilir. Bu zaman dölün ölçüləri, qarın pressinin, xarici cinsiyyət üzvlərinin, aralığın vəziyyəti qiymətləndirilir. Açılma dövründə xarici mamalıq müayinələri ən azı 2 saatdan bir aparılır. Doğum yollarında döl başının hərəkət xarakteri, uşaqlığın aşağı seqmenti və kontraksiyon həlqənin vəziyyəti dinamikada öyrənilir. Dinamikada döl başının hərəkətini izləmək üçün əlin bütün barmaqları simfizinin üstündən qarın divarında yerləşdirilir və palpasiya aparılır: barmaqların hamısı baş üzərindədirsə, baş kiçik çanağa enməyib, giriş müstəvisinin üzərindədir; başın üzərində 4 barmaq yerləşdikdə baş çanaq girəcəyinə keçib; 3 barmaq yerləşdikdə baş kiçik çanağın enli hissəsindədir; 2 barmaq yerləşdikdə kiçik çanağın dar hissəsindədir; 1 barmaq yerləşdikdə baş çanağa keçib.

Avropa və amerika mamaları başın doğum yollarındakı hərəkətini oturaq qabarlarından keçən müstəviyə nəzərən təyin edir. Oturaq qabarlarından keçən müstəvi "0", ondan yuxarıda yerləşən müstəvilər (-1,-2,-3), aşağıda yerləşən müstəvilər (+1,+2,+3) götürülür.

Uşaqlıq boynunun açılmasından asılı olaraq, aşağı seqment nazikləşir, kontraksiyon həlqə getdikcə qasıq qöv-sündən yuxarı qalxır. Uşaqlıq dibi hamiləliyin 39-cu həftəsində olduğu kimi xəncərvarı çıxıntı səviyyəsinə qalxır. Bütün bunlar palpasiya ilə təyin olunur. Sancıların sayı, intensivliyi pauzalarda uşaqlığın boşalmasının xarakteri və davamiyyəti də palpasiya ilə qiymətləndirilir. Bunun üçün mama əlini doğanın qarınının üzərinə qoyur, 10 dəq müddətində sancıların sayını və hər sancını davamiyyətini təyin edir. Sancıların davamiyyəti 20 san. və daha az olarsa sancılar zəif, 20-40 san. davam edərsə orta intensivlikdə, 40 san-dən çox davam edərsə güclü kimi qiymətləndirilir. Sancılar hər 30 saniyədən bir sayılır.



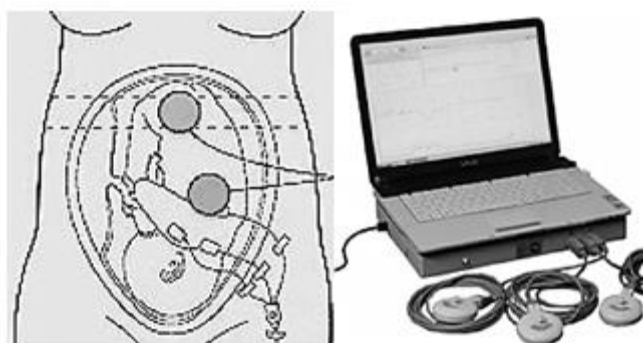
Şəkil:5-19. Uşaqlıq boynuna açılışının (sm) ilə ifadəsi



Şəkil:5-20. Başın çanaq müstəvilərinə münasibəti: (-3) döl başı kiçik çanaq girəcəyi üzərindədir; (-2) baş girəcəyə sıxılıb; (-1) baş kiçik seqmentlə kiçik çanağa keçib; (0) baş böyük seqmentlə kiçik çanağa keçib; (+1) baş çanaq boşluğunun geniş hissəsindədir; (+2) baş çanaq boşluğunun dar hissəsindədir; (+3) baş çanaq çıxacağındadır.

Uşaqlıq yolu müayinəsi doğan stasionara daxil olduqda və hər 3-4 saatdan bir aparılır. Bundan başqa dölyanı maye axdıqdan sonra, doğuş fəaliyyəti başladıqda, dinamikasında dəyişiklik baş verdikdə, ağrısızlaşdırmadan əvvəl, qanlı ifrazat müşahidə edildikdə daxili müayinənin aparılması göstərişdir. Uşaqlıq yolu müayinəsi zamanı infeksiyaləşmə riski böyük olduğundan, müayinə aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi əməl olunmaqla və tezliyi maksimal məhdud olmaqla aparılmalıdır. Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə doğum yollarının və çanaq dibinin vəziyyəti, uşaqlıq yolunun (doğmuş, doğmamış, yumşalmış, çapıqların olub-olmaması), uşaqlıq boynunun (uzunluğu, konsistensiyası, açıqlıq dərəcəsi, yetişkənliyi) döl qovuğu və gəliş hissənin vəziyyəti aydınlaşdırılır.

Təkrari vaginal müayinələrdə uşaqlıq boynunun açılma tempi öyrənilir. Servikal kanaldan bir barmaq keçirsə kanal 1,5-2 sm açılmışdır. Açılma dövrünün latent fazasıdır. Latent faza 8 saatdan çox davam etməməlidir. 2 barmaq keçirsə artıq aktiv fazanın başlanğıcıdır. Daxili müayinə ilə döl qovuğunun vəziyyəti də nəzarətdə saxlanılır. Döl qovuğu tamdırsa onun gərginliyi, yırtılmışsa dölyanı mayenin səffaflığı, qan və ya mekoniumun qarışb-qarışmaması aydınlaşdırılır.



Şəkil: 5-21. Kardiotokoqrafiya

Doğuşun birinci dövründə mühüm məsələlərdən biri dölün ürək döyüntülərinin adi auskultasiya və ya mürəkkəb cihazların köməyi ilə izlənməsidir. Hər 30 dəqiqədən bir dölün ürək döyüntülərinə qulaq asmaq lazımdır. Ürək vurğularının normal sayı dəqiqədə 110-160 vurğu hesab edilir. Dölün ürək döyüntülərinin bir dəqiqədə 110 vurğudan az və ya 160 vurğudan çox olması dölün hipoksiyasından xəbər verir. Dölün ürək ritminin pozulması aritmiya adlanır.

Qeyd etmək lazımdır ki, sancılar zamanı ana və döl arasındakı qan dövranında müvəqqəti dəyişikliklər baş verir: dölün oksigenlə təchizatı pisləşir, carbon qazının miqdarı artır, döl qanının PH-7,2-dən aşağı olur. Bu da dölün ürək döyüntülərinin artmasına və ya azalmasına səbəb olur. Sancılardan bir dəqiqə sonra dölün ürək döyüntüləri əvvəlki ritminə qaydır. Ona görə də dölün ürək döyüntüsünü düzgün qiymətləndirmək üçün ürək vurğularına sancı zirvəsindən sonra qulaq asmaq və vurğuları dir dəqiqə müddətində saymaq lazımdır.

Hal-hazırda doğuş zamanı dölün ürək fəaliyyətinə manitor nəzarətə və eyni zamanda uşaqlıq yığılmalarını qeydə alınmasına imkan verən üsullardan istifadə edilir. Bu üsullardan biri kardiotokoqrafiyadır. Kardiotokoqrafiya zamanı iki xarici ötürücüdən istifadə olunur. Onlardan biri uşaqlığın dibinə (əzələ yığılmalarının başladığı yerə), ikincisi dölün ürək döyüntüsü eşidilən yerə qoyulur. KTQ zamanı eyni vaxtda dölün ürək döyüntüləri və uşaqlıq yığılmaları qeydə alınır.

Cədvəl: 5-3

KTQ ilə dölün ürək fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası

əlamətlər	0 bal	1 bal	2 bal
Bazal ritm (vur/dəq)	100-80	100-120 160-180	120-160
Ossilyasiyaların amplitudası (vur/dəq)	3	3-5	6-25
Ossilyasiyanın sayı	3	3-6	6-dan çox
30 dəq. ərzində aksellerasiyaların sayı	0	1-4 sporadik və ya periodik	5 və daha çox sporadik
Dessellerasiyalar	gec və ya variabelli (ağır atipik)	erkən (ağır) yaxud variabelli (yüngül)	yoxdur yaxud erkən (yüngül)

Müasir mamalıqda KREBS şkalasından istifadə edilir. Bu şkalaya əsasən ürəyin bazal ritmi, vurğuların ossillasiyası, variabelliği, aksellerasiyası və dessellerasiyası kimi parametrlər qiymətləndirilir. Dölün ürək fəaliyyətini əks etdirən hər bir əlamət ballarla qiymətləndirilir. Balların cəmi 8-10 olarsa, dölün vəziyyəti normal hesab edilir, 6-5 bal yüngül, 5 baldan aşağı ağır hipoksiyanı göstərir.

Doğuş zamanı dölün ürək fəaliyyətini qiymətləndirmək üçün elektrokardiografiyadan-EKQ (birbaşa və ya dolay), fonokardiografiyadan-FKQ, dopplerografiyadan və s. istifadə olunur.

Bütün bu müayinələrdən sonra klinik diaqnoz və doğuşun planı müəyyənləşdirilir. Beləliklə, doğuşun birinci dövründə həkim doğan qadının ümumi vəziyyətinə, doğum fəaliyyətinə, dölün ürək döyüntülərinə, gələcək hissənin doğuş yollarında irəliləməsinə, cinsiyyət yolundan ifrazata, sidik kisəsi və bağırsaqların fəaliyyətinə fikir verməlidir. Doğanın ümumi vəziyyətini qiymətləndirmək üçün requlyar olaraq, onun nəbzi sayılmalı, arterial təzyiqi, bədən temperaturu ölçülməli, şikayətləri araşdırılmalıdır. Sidik kisəsinin və düz bağırsağın dolu olması doğuşun normal keçməsinə mane olur. Hər sidik ifrazından və defekasiyadan sonra mütləq xarici cinsiyyət üzvləri və aralığın gigiyenik tualeti aparılmalıdır. Doğan qadının ümumi vəziyyəti (yorğunluq, baş ağrısı, baş gicəllənməsi, xarici görkəminin dəyişməsi, epigastral nahiyyədə ağrı) nəzarət altında saxlanılmalıdır. Açıqla dövründə doğum fəaliyyəti nəzarətdə saxlanılır. Bu məqsədlə sancılar, onların qüvvəsi, tezliyi, ağrıların intensivliyi qiymətləndirilir. Bunun üçün sancıların sayılması, qarının palpasiyası, xarici histeroqrafiya, daxili tokoqrafiya aparılır, partoqramma tərtib etməklə doğum fəaliyyəti qiymətləndirilir.

Açıqla dövründə doğan qadının rejimi müəyyənləşdirilir. Dölün başı kiçik çanağa daxil olana qədər qadına yataq rejimi təklif olunur (döl I mövqedə olarsa—sol böyrü üstə, II mövqedə sağ böyrü üstə). Dölyanı maye axmayıb, amma döl başı kiçik çanağa daxil olubsa doğan qadına ayağa qalxmağa icazə verilir.

Doğanın qidalanması haqqında müxtəlif fikirlər var (qidanı azaltmaqdan qadağan etməyə qədər). Lakin doğan asan həzm olunan qida məhsullarından (şirin çay, şirələr, bulyon, meyvələr) az porsiyalarla qəbul etməlidir. I dövrün sonunda yemək məsləhət deyil.

Hamiləliyin 37-40-cı həftələrində spontan başlayan (hamiləlik və doğuş zamanı az risk faktorları və ya onlarsız) ananın yaxşı vəziyyətində, sağlam dölün doğulması **normal doğuş** adlanır.

§ 8.3. Doğuşun II dövrünün (qovulma) idarə olunması

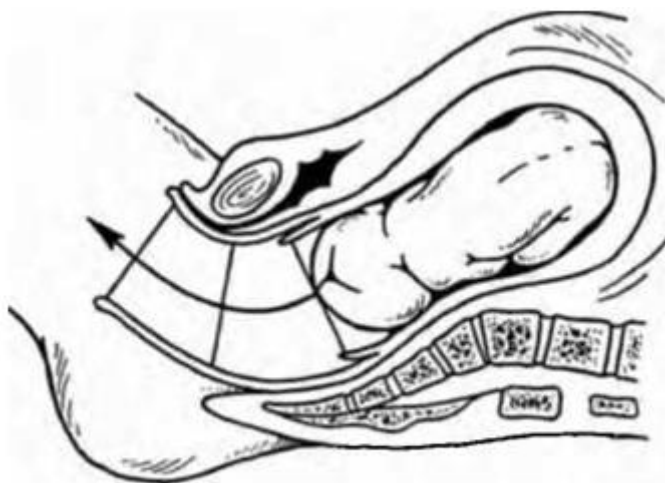
Qovulma dövründə qadın orqanizmi böyük gərginliyə məruz qalır: sinir, ürək-damar, əzələ sistemləri, tənəffüs orqanları və başqa sistemlər artıq yüklə işləyir. Ona görə ürək–damar, ağ ciyər və s. xəstəlikləri olan qadınlarda doğuşun II dövründə ürək fəaliyyətində, qaz mübadiləsində pozğunluqlar ola bilər. Qovulma dövrü uzandıqda, güclü sancılar və gücvermələr uşaqlıq-cift qan dövrünün pozulmasına və dölün asfiksiyasına səbəb olur. Ona görə bu dövrdə həm doğan, həm də döl ciddi müşahidə altında olmalıdır.

Mama doğanın ümumi vəziyyətini, dəri və selikli qişalarını, nəbzini, arterial təzyiqini sistemlik nəzarətdə saxlayır. Tez-tez doğanın əhvalını (başgicəllənmə, baş ağrıları, görmə pozğunluqları və s.) soruşur. Doğum fəaliyyətinin xarakterini, gücünü, davamiyyətini (gücvermələrin tezliyini), uşaqlığın vəziyyətini nəzarətdə saxlamaq vacibdir.

Palpasiya ilə uşaqlığın yığılma və boşalması, girdə bağların gərilmə dərəcəsi, kontraksion həlqənin hündürlüyü müəyyənləşdirilir. Aşağı seqmentin vəziyyətinə (nazıqlaşma, ağrı) fikir verilir.

Qovulma dövründə təkrari xarici mamalıq və uşaqlıq yolu müayinələri aparılır və doğum yollarında gəliş hissənin irəliləməsi izlənilir. III və IV palpasiya üsulları ilə gəliş hissənin çanaq müstəvilərinə nisbəti müəyyənləşdirilir. Bu nisbət uşaqlıq yolu müayinəsi ilə daha dəqiq təyin edilir:

1. Baş çanaq girəcəyindədir, hərəkətlidir və ya kiçik çanaq girəcəyinə dirənib. Simfizinin üstündən palpasiya aparan əlin bütün barmaqları başın üzərindədir. Uşaqlıq yolu müayinəsində çanaq boşluğu sərbəstdir, baş hündürdədir, oxabənzər tikiş köndələn ölçüyə uyğun gəlir, böyük və kiçik əmgəklər eyni səviyyədədir (ənsə gəlişi).



Şəkil:5-22. Dölün çanaq oxu boyu irəliyəməsi

barları asanlıqla əllənir. Baş bükülmüşdür kiçik əmgək aşağıda yerləşir, oxabənzər tikiş köndələn qismən çəp ölçüyə uyğun gəlir.

4.Baş çanağın enli hissəsindədir. Xarici müayinədə başın üzərində bir barmaq yerləşir. Daxili müayinədə başın böyük hissəsi çanağın enli hissəsindədir. Simfizin yuxarı 2/3-i, oma çökəkliyinin yuxarı hissəsi başla tutulub. Oturaq qabarları və IV və V oma fəqərələri əllənir. Oxabənzər tikiş çəp ölçülərin birindədir.

5.Baş çanağın dar hissəsindədir. Xarici müayinədə baş əllənmir. Uşaqlıq yolu müayinəsində omanın yuxarı 2/3-i, simfizin bütün səthi baş ilə tutulub, oturaq qabarları çətinliklə əllənir, baş çanaq dibinə yaxındır, onun daxili dönüşü hələ başa çatmayıb. Oxabənzər tikiş çəp ölçülərin birinə uyğun gəlir (düz ölçüyə yaxın).

6.Baş çanaq çıxacağındadır. Xarici müayinədə baş əllənmir. Daxili müayinədə oma çökəkliyi başla tutulub, oturaq qabarları əllənmir. Oxabənzər tikiş çanağın düz ölçüsündədir.

Normal çanaqda başın hərəkəti ardıcıl olur, onun müstəvilərdən birində yubanması (2 saat-dan çox), dölün qovulmasında hər hansı maneənin olduğunu və ya doğum fəaliyyətinin zəiflədiyini göstərir.

Doğuşun II dövründə hər gücvermədən sonra dölün ürək döyüntülərinə qulaq asmaq və saymaq lazımdır. Ürək döyüntüləri 5 dəqiqədən bir və hər gücvermədən sonra sayılmalı və doğum tarixinə qeyd olunmalıdır.

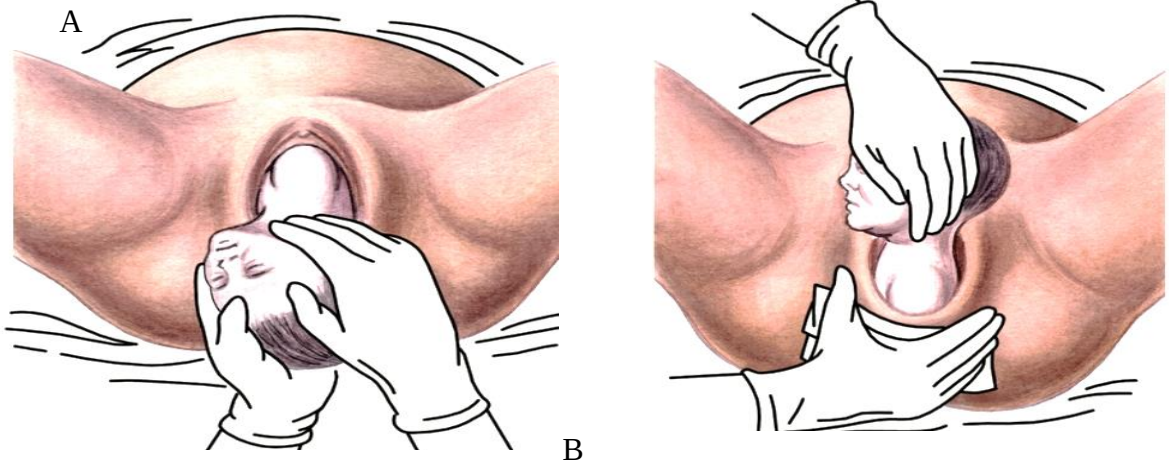
Doğuşun II dövründə xarici cinsiyyət üzvlərinin vəziyyəti və uşaqlıq yolu ifrazatının xarakteri nəzarətdə olmalıdır. Xarici cinsiyyət üzvlərində ödemənin olması yumşaq toxumaların döl başı ilə çanaq arasında sıxılmasından xəbər verir. Uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın gəlməsi, ciftin ayrılmağa başladığını və ya yumşaq toxumaların zədələndiyini (cırıqlar, çatlar) göstərir. Dölyanı mayeyə mikoniumun qarışması dölün asfiksiyası əlamətidir. Uşaqlıq yolundan irinli ifrazatın gəlməsi infeksiyanın olduğunu göstərir.

Qovulma dövründə doğan, Raxmaninov çarpayısında ona rahat olan vəziyyətdə, adətən arxası üstə ayaqları bud-çanaq və diz oynağından bükülmüş, yarı oturaq vəziyyətdə uzanır. Çarpayının baş tərəfinin bir qədər yüksəkdə olması, gecvermələri asanlaşdırır, gəliş hissənin doğum yollarından rahat keçməsinə səbəb olur.

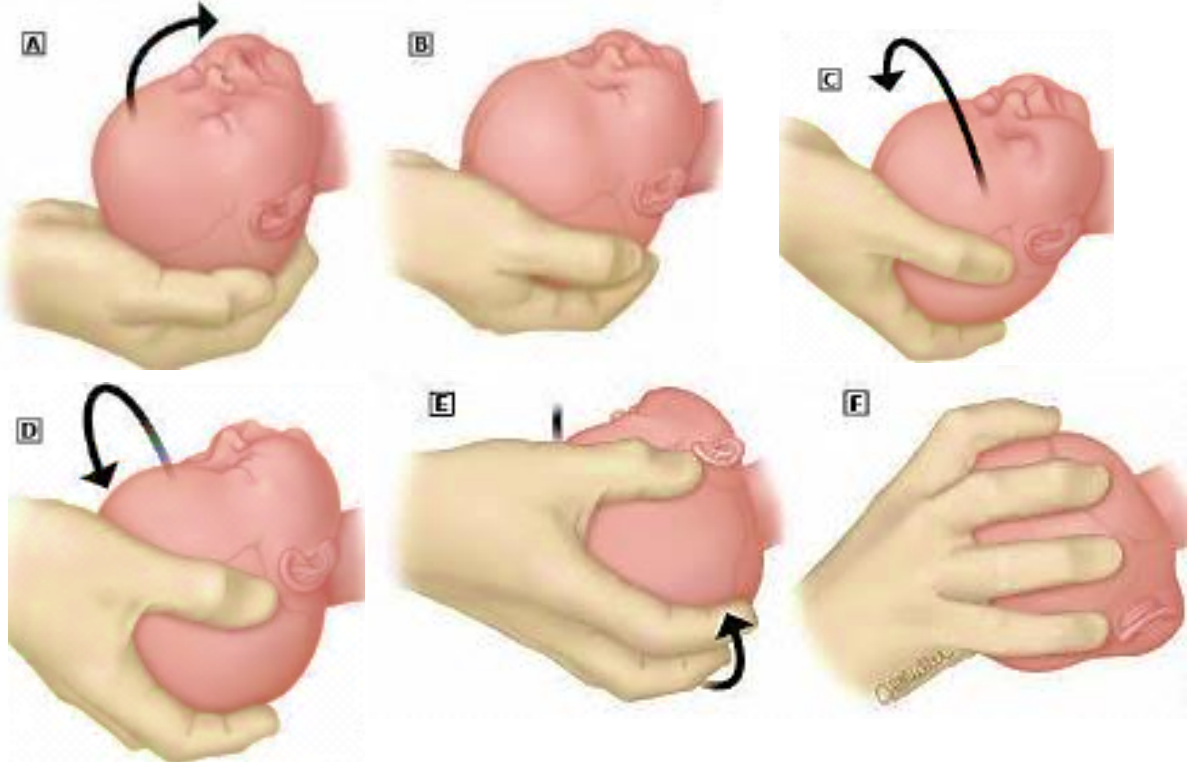
Baş cinsiyyət yarığını yardıqdan sonra mama doğuşu qəbul etməyə hazır olmalıdır. O, əllərini dezinfeksiya edir. Sonra doğanın xarici cinsiyyət üzvlərini, budun daxili səthini, oturaq və anus nahiyələrini zəif kalium permanqanat məhlulu ilə yuyur, sərtil tənziqlə qurulayır və 5%-li yodun spirtli məhlulu ilə silir. Anal nahiyəni steril tənziqlə və ya iri salfet ilə örtür. Omanın altına steril mələfə salır. Doğanı hazırladıqdan sonra mama yenidən əllərini spirtlə silir, steril xalat və əlcək geyir.



Şəkil:5-24. Ənsə çuxurunun simfizə altına keçməsi, başın tutulması



Şəkil:5-25. A) ön çiyinin simfizə altına keçməsi; B) arxa çiyinin doğulması



Şəkil:5-26. Arxa ənsə gəlişində başın ön ənsə gəlişinə gətirilməsi

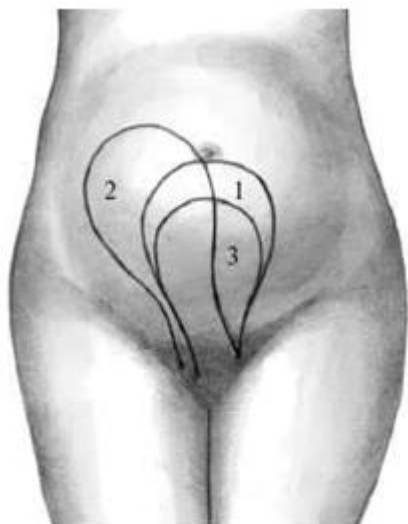
Baş cinsiyyət yarığını oyanda mama doğanın vəziyyətini, başın irəliləməsini müşahidə edir. Baş cinsiyyət yarığını yarana və ənsə çuxuru simfizin altında fiksə olunana qədər mama vilvar həlqəni başdan kənarlaşdırmaqla kifayətlənir. Ənsə çuxuru simfizin altında fiksə olunduqdan sonra sağ əli ilə aralığı dölnün üzündən arxaya çəkir, sol əli ilə başı yuxarı qaldırır. Baş açılır və ardıcılıqla ənsə, təpə və nəhayət bütün baş doğulur. Baş doğulduqdan sonra mama gücvermənin təzyiqi altında dölnün başının xaricdə, çiyinlərin daxilində dönməsini gözləyir. Göbək ciyəsinin başa dolanıb-dolanmadığını yoxlayır. Göbək ciyəsi dölnün boynuna sıx dolanıbsa iki sıxac arasından onu kəsir.

Dölnün başının xarici dönüşü başa çatdıqdan sonra mama çiyinləri azad etmək üçün hər iki əli ilə başı tutaraq, aşağı istiqamətə o vaxta qədər çəkər ki, ön çiyin simfizin altına çatsın. Ön çiyin simfizin altına fiksə olunduqdan sonra başı önə və yuxarı qaldırır. Nəticədə əvvəlcə arxa çiyin, sonra ön çiyin azad edilir. Çiyin qurşağı doğulduqdan sonra mama orta və şəhadət barmaqları ilə dölnün kürəyi tərəfdən qoltuqaltı çuxurdan tutaraq dölnün bədənini önə qaldırır, nəticədə bədən qalan hissələri asanlıqla doğulur.

Arxa ənsə gəlişi zamanı doğuşun idarə olunmasında mama yardımı ön ənsə gəlişində olduğu kimi, baş cinsiyyət yarığını yardıqdan sonra başlayır. Arxa ənsə gəlişində doğuş ağır və uzun keçir, qadının daha çox qüvvə sərf etməsi tələb olunur. Çanaq dibi və aralıq daha çox gərilir və çox vaxt cırılır. Uzunmüddətli doğuş və başın maksimal bükülməsi zamanı doğum yollarının güclü təzyiqi çox vaxt dölnün hipoksiyasına, beyindəxili qan dövranı pozğunluqlarına, serebral zədələnmələrə səbəb olur. Ona görə arxa ənsə gəlişində doğuşu Kesar əməliyyatı ilə başa çatdırmaq daha məqsədəuyğundur.

Amerika mamaları dölnün başını fırladaraq ön ənsə gəlişinə gətirilməsinə üstünlük verirlər. Bu zaman mama əlini omanın önündən doğum yoluna salır. Dölnün ənsəsini barmaqları və ya əli ilə tutaraq başı döndərir. (şəkil:5-26)

§ 8.4. Doğuşun III dövrünün (son) idarə olunması



Şəkil:5-27.Şreder əlaməti:1-dölnün doğulduqdan

sonra; 2-cift ayrıldıqdan sonra;

3-cift doğulduqdan sonra

Dölnün doğulmasından ciftin doğulmasına qədər olan dövr **son dövrü** adlanır. Bu dövrdə həm ana, həm də yeni doğulmuş ciddi nəzarətdə olmalıdır. Dölnün doğulduqdan 30 san sonra mama dölnün vəziyyətini Apqar şkalası ilə qiymətləndirir, onu isti dəsmalla qurulayır və ananın sinəsinə qoyur. Nəm dəsmal qurusu ilə əvəzlənir, uşağın başına papaq, ayağına corab geyindirilir və üzəri yorğanla örtülür. Bu **dəri-dəriyə kontakt** adlanır və böyük əhəmiyyətə malikdir. Ehtiyac olmadıqda uşağın ağız və burun boşluğunun aspirasiyası aparılır. Göbək ciyəsində pulsasiya kəsildikdən sonra uşağı anadan ayırmadan göbək ciyəsi iki sıxac arasından kəsilir. Göbək ciyəsinin dezinfeksiyaedici məhlullarla işlənməsinə lüzüm yoxdur.

Doğuşun III dövründə cift ayrılır, qışalar və göbək ciyəsi ilə birlikdə doğulur. Bu dövr dölnün doğulduqdan dərhal sonra baş verir. Ciftin ayrılması adətən qanitirmə ilə keçir və bu qanitirmə fizioloji hal hesab edilir. Ciftin ayrılması və qovulması prosesi pozulduqda qan itkisi çox olur. Qanaxma doğum yollarının cırılması zamanı da ala bilər. Bu

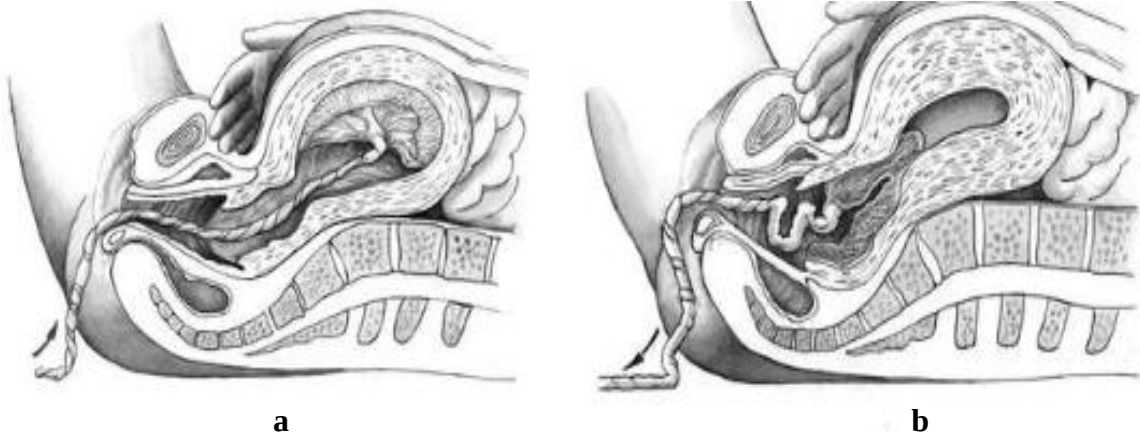
na görə də son dövründə doğan ciddi nəzarət altında olmalıdır. Mama onun yanında da oturmalı, ümumi vəziyyətinə, dəri və selikli qışaların rənginə nəbzə, arterial təzyiqə nəzarət etməlidir.

Fizioloji gedişli son dövründə doğanın ümumi vəziyyəti yaxşıdır, nəbzi ritmik və dolğundur, arterial təzyiqi normaldır. Ümumi vəziyyətinin dəyişməsi (süslük, başgicəllənmə), dəri və selikli qışanın rənginin dəyişməsi (avazıması), nəbzın sürətlənməsi, arterial təzyiqin azalması, təcili yardım tələb edən qanaxmadan xəbər verir.

Doğanın itirdiyi qanın miqdarına nəzarət olunmalıdır. Bunun üçün qadının altına yastı emallı qab və ya qaynadılmış sudno qoyulur. Bunu da yadda saxlamaq lazımdır ki, ifraz olunan qan həqiqi qanitirməni göstərmir. Onun bir hissəsi ciftlə uşaqlıq arasına yığılır (retroplasental hematoma).

İtilən qanın miqdarı 250 ml-ə qədərdirsə, bu **fizioloji qanaxmadır**. Qan itkisi qadının çəkisinin 0,5%-ni təşkil edirsə (400-500 ml) bu **sərhəd və ya yol verilən qanaxmadır**, 400-500 ml-dən çox olarsa bu **patoloji qanaxmadır**.

III dövrün idarə olunmasında əsas məqsəd fizioloji qanaxmadan çox qan itkisinə yol verməməkdir.



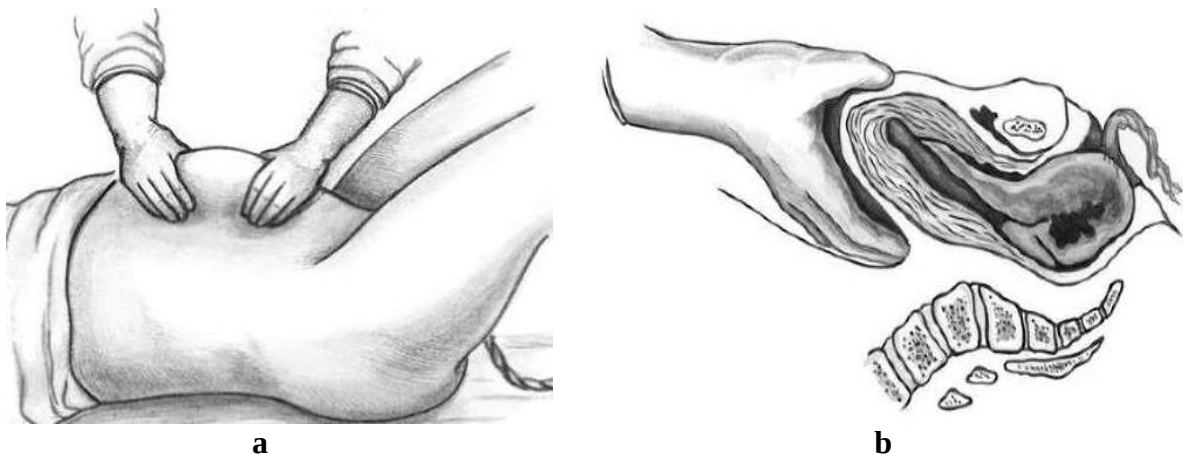
Şəkil:5-28. Kustner-Çkalov əlaməti:a) cift ayrılmayıb; b) cift ayrılıb

Müasir dövrdə son dövrü aktiv idarə olunur. Normal doğuşlarda mütləq ciftin özbaşına ayrılmasını gözləmək lazımdır. Adətən ciftin ayrılması 30 dəqiqə müddətində baş verir. Cifti ayırmaq üçün cəhd etmək olmaz (uşaqlığın massajı, göbək ciyəsinin dartılması və s.). Bu ciftin fizioloji ayrılmasını pozur, uşaqlığın yığılma ritmi dəyişir, bu da qanaxmaya səbəb olur.

Qanaxma 250-300 ml-dən çox olduqda, qadının vəziyyəti pisləşdikdə, ciftin ayrılması gecikdikdə, cifti ayırmaq üçün aktiv tədbirlərə əl atmaq lazımdır.

Son dövrünü idarə etmək üçün ciftin ayrılmasını göstərən əlamətləri bilmək lazımdır.

Şreder əlaməti. Uşaqlıq dibinin hündürlüyünün və fəlməsinin dəyişməsi. Döl doğulduqdan sonra uşaqlıq dibi göbəkdən yuxarıda olur, girdədir, cift ayrıldıqdan sonra qabırğaaltı nahiyyəyə qədər dartılır (adətən cift meydançasının əks tərəfinə, birtərəfli). Son doğulduqdan sonra yenə girdələşir, qasıq qövsü ilə göbək arasında yerləşir (şəkil: 5-27)



Şəkil: 5-29.a) Abuladze üsulu; b) Krede-lazareviç üsulu

Kustner-Çkalov əlaməti. Əlin kənarı ilə qasıq qövsünün üzərindən qarına təzyiq etdikdə göbək ciyəsi daxilə dartılırsa, cift ayrılmayıb, yerində qalır və ya aşağı enirsə ayrılıb (şəkil:5-28 a)

Alfeld əlaməti. Cift ayrılıbsa, göbək ciyəsinin xarici hissəsi uzanır (10-12 sm) aşağı enir.

Mikoliç-Radetski əlaməti. Cift ayrılıbsa uşaqlığın aşağı seqmentinə enir, düz bağırsağa təz-

yiqlikdir, gücvermə hissi yaradır. Bu əlamətə **Kalman əlaməti** də deyilir.

Davjenko əlaməti. Doğan dərindən nəfəs aldıqda göbək ciyəsi daxilə dartılırsa, cift ayrılıb.

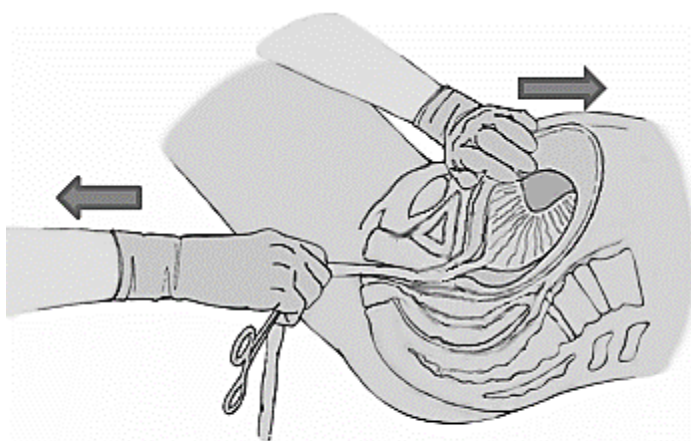
Simfizin üstündən qabarmanın əmələ gəlməsi. Cift ayrılıb uşaqlığın aşağı seqmentinə düşür. Bu, aşağı seqmentin divarını, qarın divarı ilə birlikdə qabardır.

Ştrassman əlaməti. Göbək ciyəsi sol əllə sıxacdan yuxarıda tutulur, sağ əllə qarının ön divarında perkusiya aparılır. Əgər cift uşaqlıq divarından ayrılmayıbsa, hər perkutor hərəkət zamanı (döyücləmə) göbək ciyəsində dalğavari hərəkət (fluktasiya) hiss olunur. Cift ayrılıbsa fluktasiya olmur.

Kleyn əlaməti. Əgər cift ayrılıbsa göbək ciyəsi xaricə sürüşür və geri qayıtmır.

Qodenbixer əlaməti. Cift ayrılmayıbsa, gücvermə zamanı göbək ciyəsinin xarici ucu öz oxu ətrafında fırlanır. Bu göbək ciyəsi venasının qanla dolması hesabına baş verir.

Adətən ayrılmış cift 1-2 gücvermədən sonra qışalar və göbək ciyəsi ilə birlikdə doğulur.



Şəkil:5-30. Göbək ciyəsinin nəzarət olunan traksiyası

alır. 30-40 san. ərzində cift doğulmasa traksiya dayandırılır. Göbək ciyəsi yenə tarım vəziyyətdə saxlanılır. Uşaqlığın növbəti yığılması zamanı uşaqlığa əks təzyiq göstərməklə göbək ciyəsinin nəzarət olunan traksiyası təkrarlanır (şəkil:5-30). Yaxşı yığılmış uşaqlığa əks təzyiq etmədən göbək ciyəsini dartmaq olmaz.

Doğulan cift iki əllə tutulur və bir istiqamətdə fırladılır. Bu döl qışalarının zədələnmədən, tam doğulmasına imkan yaradır (şəkil:5-32 a).

Cift doğulan kimi qarının ön divarından uşaqlığın massajı aparılmalıdır. Zahılıq dövrünün birinci saatında massaj hər 15 dəqiqədən, ikinci saatında hər 30 dəqiqədən bir təkrarlanır.

Əvvəllər ciftin doğulması ləngidiyi hallarda yuxarıdakı əlamətlərlə ciftin ayrılması təsdiqlənir və onun doğulması üçün tədbirlər görüldü. Bu məqsədlə bir neçə üsuldən istifadə olundu.

Abuladze üsulu. Sidik kisəsi boşaldılır, qarın divarı iki əllə orta xətt boyu şaquli tutulur ki, qarının düz əzələləri bir-birinə yaxınlaşsın. Qarın boşluğunun həcmi azaldığından son doğulur (şəkil:5-29 a).

Krede-Lazareviç üsulu. Uşaqlıq orta vəziyyətə gətirilir, yüngül massajla onda yığılma yaradılır. Sonra dörd barmaq arxada, baş barmaq öndə olmaqla uşaqlıq dibi tutulur, ön-arxa istiqamətdə sıxılır, eyni zamanda ovucun daxili səthi ilə yuxarıdan aşağı təzyiq edilir (şəkil:5-29 b)

Henter üsulu. Uşaqlıq dibi orta vəziyyətə gətirilir. Hə-



Şəkil:5-31. Ciftin uşaqlığın sol

bucağında boşulması

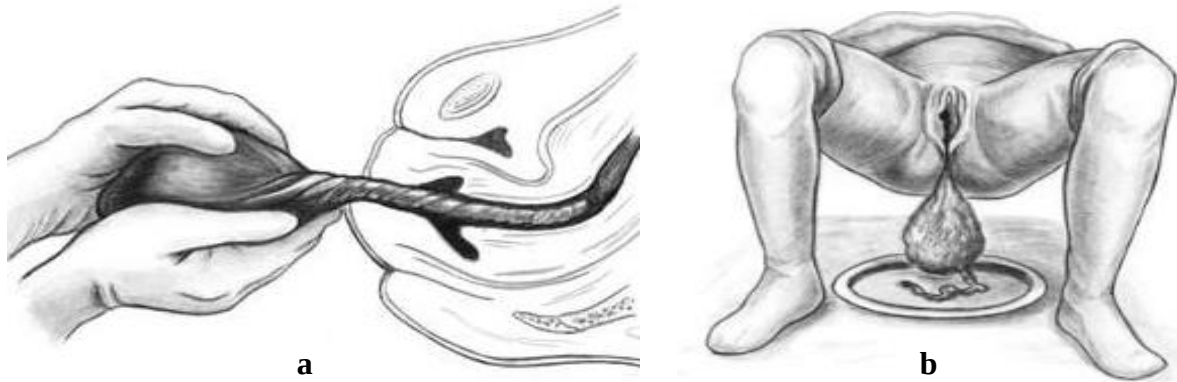
kim üzü qadının ayaqları istiqamətdə olmaqla onun yanında durur: bükülmüş əllərin arxa səthini uşaqlıq dibinin küncləri nahiyyəsinə qoyur, aşağı və daxilə doğru təzyiq edir. Bu zaman qadın gücverməlidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu üsullar müasir mamalıqda istifadə olunmur.

Bəzən uşaqlıq boynun spazmı nəticəsində ciftin doğulması ləngiyir. Bu ciftin **boğulması** adlanır. Belə halda doğana azotla oksigen qarışığı (2:1 və ya 3:1) verilir, uşaqlıq boynunun spazmı götürülür, cift doğulur (şəkil:5-31).

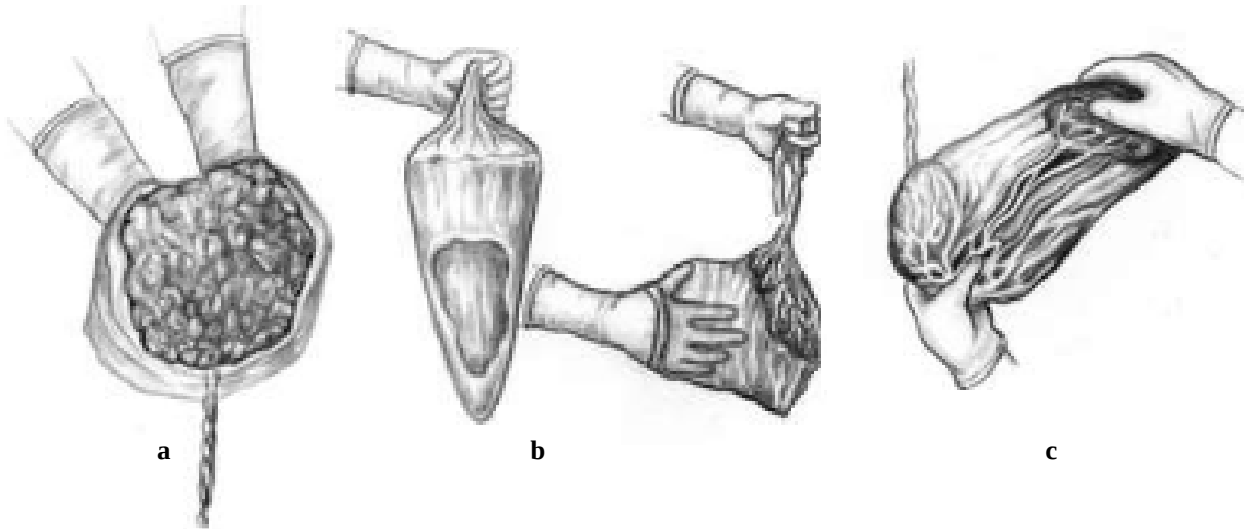
Ciftin ayrılması yubandıqda və ya cift bitişməsi olduqda əl yardımı və ya cərrahi müdaxilə edilir. Cift birləşməsi və həqiqi cift bitişməsi kimi ağır patologiyalara əvvəllər uşaqlığın iltihabı olan qadınlarda rast gəlinir.

Cift birləşməsi zamanı xorion qişanın xovları selikli qişanın bazal qatına da keçir, bazal və desidual qişanı nazıqlaşdırır. Cift birləşməsi əl yardımı ilə ayrılır (Bax “Operativ mamalıq”)



Şəkil:5-32. Döl qişalarının ayrılması:a) göbək ciyəsininburulması:b) Henter üsulu.

Qişaların doğulması ləngidikdə (Henter üsulu) cift doğulduqdan sonra doğana ayaqlarını yerə dirəyib, çanağını qaldırmaq təklif olunur. Bu zaman cift sallanır və öz ağırlığı ilə qişaları qoparır (şəkil:5-32 b).



Şəkil: 5-32. Ciftin və qişaların tamığının yoxlanılması:a) ciftin yoxlanması;
b) döl qişasının tamlığının yoxlanması; c) əlavə paycıq

Cift və qişaların tamlığına əmin olmaq üçün həkim sonu müayinə edir. Bundan ötrü cift ana səthi yuxarı olmaqla, hamar siniyə qoyulur və cift toxumasının tamlığı diqqətlə öyrənilir. Ciftin paycıqları tam olmalı, paycıqlar arası şırımlar aydın bilinməlidir. Ciftin səthi hamar, bozuntul rəngdə nazik desidual qişa ilə örtülü olur. Ciftin kənarları diqqətlə müayinə olunmalıdır. Bütöv ciftin kə-

narları hamar olmalı onlarda şaxələnən qırılmış damarlar olmamalıdır. Ciftə baxış zamanı onun toxumasında olan dəyişikliklərə fikir vermək lazımdır: kalsifikatların, piy törəmələrinin, köhnə qan laxtalarının olub-olmaması aydınlaşdırılmalıdır. Sonra cift qışaları müayinə olunmalıdır. Bunun üçün cift ana səthi ilə aşağı, döl səthi ilə yuxarı olmaqla çevrilir. Döl qovuşunun yırtılmış kənarları barmaqlar arasında tutulur və bir-birinə yaxınlaşdırılır, döl yumurtasının əvvəlki kamerasını bərpa etməyə çalışılır. Su qışasının və xovlu qışanın tamlığı yoxlanılır, qışalar arasında cift kənarlarından gələn damar qırıqlarının olub-olmaması aydınlaşdırılır. Belə damarların olması əlavə paycığın olduğuna və onun uşaqlıq boşluğunda qaldığına şübhə yaradır.

Qışalar müayinə olunarkən yırtıldığı yer də müəyyənləşdirilir. Bu yer ciftə nə qədər yaxın olarsa bir o qədər cift aşağıda yerləşibmiş.

Ciftin tamlığının yoxlanmasının böyük əhəmiyyəti vardır (şəkil:5-29). Cift tikəsinin uşaqlıq boşluğunda ləngiməsi təhlükəli ağırlaşmadır. Belə halda uşaqlıq qanaxmaları olur, hətta bu qanaxmalar qadının həyatı üçün təhlükə yaradır. Uşaqlıqda qalmış cift tikəsi zahılıq septik xəstəliklərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Ona görə cift defekti aşkar olunan kimi, əl yardımı ilə cift tikəsi kənar edilməlidir. Əgər uşaqlıq boşluğunda qısa tikəsi qalıbsa, onu əllə çıxarmağa ehtiyac yoxdur o, uşaqlıq ifrazatı ilə xaric olacaq.

Müayinə olunan ciftin çəkisi, ölçüləri müəyyən edilir. Alınan nəticələr doğum tarixinə qeyd edilir. Cift müayinə olunduqdan sonra son dövründə itirilən qanın miqdarı ölçülür.

Son doğulduqdan sonra xarici cinsiyyət üzvləri, aralıq, budların daxili səthi ilıq zəif dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyulur, steril salftlə silinir. Sonra doğuş yollarına baxış keçirilir. Əvvəl xarici cinsiyyət üzvləri və aralıq yoxlanılır, sonra cinsiyyət dodaqları steril tamponla aralanaraq, uşaqlıq yolu girəcəyi müayinə olunur. Güzgülər vasitəsi ilə uşaqlıq boynu (xüsusilə ilk doğanlarda və cərrahi müdaxilə olunanlarda) yoxlanılır.

Doğuş yollarındakı yumşaq toxuma cırıqları infeksiya qapısıdır. Aralıq cırıqları cinsiyyət orqanlarının enməsinə və sallanmasına səbəb olur. Uşaqlıq boynu cırıqları isə uşaqlıq boynunun çevrilməsi, xroniki endoservisit, eroziya və s. səbəb olur. Bundan başqa uşaqlıq boynunda əmələ gəlmiş çapıq gələcək doğuşlarda uşaqlıq boynu çatışmazlığına səbəb olur. Uşaqlıq boynu kanalı normal açılmaz. Uşaqlıq boynundakı bütün bu proseslər gələcəkdə uşaqlıq boynu xərçənginə səbəb ola bilər. Ona görə də bütün cırıqlar aşkarlanıb tikilməlidir.

Hal-hazırda ÜST-nin tövsiyələrinə əsasən doğuşdan sonrakı ilk saat ərzində kafi vəziyyətdə olan yenidoğulmuşlar döşə qoyulmalıdır və “ağız südü” ilə qidalanmalıdır. Erkən döşə qoyulma süd vəzisi giləsinin stimullaşmasına, uşaqlığın yığılmasına, qan itkisinin azalmasına səbəb olur. Ana ilə yenidoğulmuş arasında yaranan “dəri kontaktı”nın bir sıra üstünlükləri vardır: bu ana ilə döl arasında psixoloji mühiti yaxşılaşdırır, yenidoğulmuşun bədən hərarətini tənzimləyir, yenidoğulmuşu xəstəxanadaxili bakteriyalarla deyil ana orqanizmi bakteriyaları ilə kolonizasiya edir.

Zahı və yenidoğulmuş doğuşdan sonra 2 saat ərzində doğuş zalında mamanın nəzarəti altında saxlanılır. Əgər hər hansı ağırlaşma qeyd olunmursa, qadın zahılıq şöbəsinə, yenidoğulmuş neonatoloji şöbəyə köçürülür.

VI FƏSİL

ZAHILIQ DÖVRÜNÜN FİZİOLOGİYASI

Zahılıq (pureperal) dövrü – orta hesabla 6-8 həftə davam edir. O, ciftin doğulması ilə başlayır, hamiləlik və doğuşla əlaqəli, reproduktiv, endokrin, sinir, ürək-damar və orqanizmin başqa sistemlərində baş vermiş dəyişikliklərin geriye inkişafı başa çatana qədər davam edir. Bu dövrdə qadın **zahi** adlanır. Zahılıq dövrünün ilk 24 saatı **erkən zahılıq** dövrüdür. Zahılıq dövrü ağırlaşmaları (doğum yolu yumşaq toxumalarının cırıqları nəticəsində qanaxmalar, hemodinamikanın pozulması) bu dövrdə daha çox rast gəlinir.

Əmizdirməyən qadınlarda zahılıq dövrü qurtaran kimi menstrual funksiya bərpa olunur. Əmizdirən qadınlarda bu funksiya gec bərpa olunur: bir hissəsində əmizdirdiyi müddətdə bərpa olunmur, bir hissəsində isə doğuşdan 6-8 həftə sonra bərpa olunur.

§ 1. Hormonal hemostazın vəziyyəti

Zahılıq dövründə endokrin sistemdə baş verən dəyişikliklər cift hormonlarının səviyyəsinin azalması, daxili sekresiya vəzilərinin funksiyasının bərpa olunması ilə xarakterizə olunur. Hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sisteminin və aybaşı funksiyasının bərpası əsasən laktasiyadan asılıdır. Əmizdirməyən qadınlarda təxminən 49 gün, əmizdirən qadınlarda 112 gün sonra ovulyator aybaşı tsikli başlayır.

Laktasiya süd vəzilərinə estragenlərin, progesteronun və prolaktinin (PRL) yüksək səviyyədə təsiri nəticəsində baş verir. Südün əmələ gəlməsi və sekresiyası hipotalamo-hipofizar sistem ilə tənzimlənir. Bu iki qarşılıqlı proses – südün əmələ gəlməsi və xaric olması, əsasən iki hormonla – prolaktin və oksitosinlə təmin olunur.

Doğuşdan dərhal sonra prolaktinin səviyyəsi artır, 48 saatdan sonra aşağı düşür, 2-cı həftənin sonuna yaxın yenə artır və bütün laktasiya dövründə yüksək səviyyədə qalır.

Döş giləsinin qıcıqlanması prolaktin və oksitosinin ifrazını artırır. Ona görə də yeni doğulmuşun doğuşdan sonrakı ilk saatlarda döşə qoyulması çox əhəmiyyətlidir. Bu laktasiyanı yaxşılaşdırdığı kimi uşaqlığın yığılmasına da müsbət təsir göstərir.

Döşlə əmizdirmə zamanı yenidoğulmuş gilədəki sinir uclarını qıcıqlandırır. Həmin qıcıqlar hipofizin arxa payına təsir edərək, oksitosinin ifraz olunmasına səbəb olur. Oksitosin süd sekresiya edən hüceyrələrin əzələ təbəqəsini yığaraq südün süd axarlarına və oradan giləyə axmasını tənzimləyir. Süd gilələrdə yerləşən 10-15 dar südçixarıcı axarlar vasitəsi ilə xaric olur.

Döşlə əmizdirməyə cavab olaraq, 30 dəqiqə sonra prolaktinin səviyyəsi artır. Prolaktinin səviyyəsi süd vəzilərinin nə dərəcədə boşalmasından asılıdır.

Zahılıq dövründə digər daxili sekresiya vəzilərinin funksiyası tədricən bərpa olunur. Qanda insulinin, qliko və mineralokortikoidlərin səviyyəsi əvvəlki səviyyəsinə düşür. Bu da hamiləlik və doğuşla əlaqəli orqanizmdə baş vermiş dəyişikliklərin geriye inkişaf etməsinə təsir göstərir.

§ 2. Cinsiyyət orqanları və süd vəziləri

Uşaqlıq. Zahılıq dövrünün ilk saatlarından uşaqlıq əzələsinin sürətli yığılması baş verir, nəticədə onun həcmi kiçilir. Uşaqlıq cismi ön və arxa istiqamətdə bir qədər yastılaşmış kürə şəklində olur. Uşaqlığın konsistensiyası bərk olur, divarları 3-4 sm-ə qədər (dibi 4-5 sm, boğaz və boyun hissəsi 0,5 sm) qalınlaşır, uzunluğu 13-16 sm, çəkisi 1000 qr olur. Bu dövrdə uşaqlıq çox hərəkətlidir. Bu, onun fiksasiya və bağ aparatının, çanaq dibi əzələlərinin əvvəlcə (hamiləlik zamanı) gərilməsi, sonra isə (doğuşdan sonra) boşalması ilə izah olunur.

Uşaqlığın yığılma dərəcəsi uşaqlıq dibinin vəziyyətinə görə qiymətləndirilir. Uşaqlıq dibinin hündürlüyü sutkada təxminən 1,5-2 sm (bir köndələn barmaq) enir. Doğuşdan sonrakı sutkanın sonunda uşaqlıq dibi göbək səviyyəsində olur (qasıq qövsündən 13-15 sm yuxarı); 3-cü gün göbəkdən 1-3 sm; 4-cü gün 3-4 sm aşağı; 5-ci gün göbəklə qasıq qövsü arasındakı məsafənin ortasında; 6-cı gün qasıq qövsündən 3-4 sm; 8-cı gün 2-2,5 sm yuxarı yerləşir, 12-14-cü gün uşaqlıq qasıq qövsünün arxasında gizlənir. Uşaqlığın uzunluğu ilə bərabər eni və çəkisi də azalır. Uşaqlığın çəkisi doğuşdan sonrakı birinci həftə ərzində 1000 qr-dan 500 qr-a qədər, 2-ci həftənin sonunda 350 qr, 3-cü həftənin sonunda 250 qr-a qədər azalır. Zahılıq dövrünün sonunda uşaqlığın çəkisi 50-70 qr, uzunluğu 8-9 sm, eni (dibi nahıyyəsində) 5 sm olur.

Cift ayrıldıqdan sonra onun yerləşdiyi və ən çox destruktiv dəyişikliyə uğramış nahıyyə (cift meydançası), eləcə də uşaqlığın bütün daxili səthi geniş yara səthini xatırladır. Burada desidual qişanın hissələri, qan laxtaları, damarların mənfəzini tutmuş çoxsaylı tromblar, eləcə də endometriumda yerləşən vəzi qalıqları tapılır. Uşaqlıq yığıldıqda bu damarlar sıxılır, nəticədə orada tromblar əmələ gəlir ki, bu da qanaxmanın dayanmasına xidmət edir.

Doğuşdan sonrakı ilk saatlarda uşaqlıqda baş verən bütün dəyişikliklər qanaxmanın dayanmasına səbəb olur.

Zahılıq dövründə uşaqlıq əzələsinin yığılması nəticəsində qan və limfa damarlarının divarları sıxılır ki, bu da əzələ elementlərinin, birləşdirici toxumanın qidalanmasını zəiflədir, damarların mənfəzini tutur, onların çox hissəsi obliterasiyaya uğrayır. Damarların mənfəzinin tutulması nəticəsində əmələ gələn anemiya uşaqlığın əzələ elementlərinin və birləşdirici toxumasının qidalanmasını pozur. Nəticədə əzələ hüceyrəsinin protoplazma və nüvəsində mürəkkəb dəyişikliklər baş verir, onlar reqresiyaya uğrayır. Bununla əlaqədar olaraq, hamiləlik zamanı əmələ gələn elementlərin hipertrofiya və hiperplaziyası yox olur.

Zahılıq dövrünün fizioloji gedişində uşaqlıq boşluğu 3-4 gün steril qalır. Eyni zamanda uşaqlığın daxili səthinin sağlması, endometriumun bazal qatının stroması və vəzilərin dib hissələrinin hesabına selikli qişanın regenerasiyası baş verir. Zahılıq dövrünün 3-4-cü sutkasında yara səthində **leykositar val (qranulasion val)** əmələ gəlir. Bu val baryer funksiyasını daşıyır, infeksiyanın uşaqlığın dərin qatlarına və parametriuma keçməsinin qarşısını alır. Uşaqlığın selikli qişasının cift yapışmayan hissələri 10-cu sutkaya epitelləşir, onun selikli qişasının tam bərpası (yara səthi də daxil olmaqla) 6-8-ci həftəyə başa çatır. Ona görə də 8-ci həftəyə qədər cinsi əlaqə qadağandır (infeksiya düşməsin deyə).

Uşaqlıqda ləngimiş desidual toxuma fraqmentləri, su qişası qalıqları, qan laxtaları faqasitoza və aktiv proteolizə məruz qalaraq uşaqlığın yara sekretini – **loxiyanı** əmələ gətirir. Loxiyanın mikrob florasını streptokok, stafilokok və başqa mikroorqanizmlər təşkil edir. Zahılıq dövrünün 4-cü günü bu mikroorqanizmlər daha da artır. Birinci 2-3 gündə loxiya qanlı xarakter daşıyır və **qırmızı loxiya (lochia rubra)** adlanır. 3-cü gündən başlayaraq **qanlı-seroz** xarakter alır və leykositoz müşahidə (**lochia rubra-seroza**) olunur. Doğuşdan sonrakı 7-9-cu günlərdə **loxiya seroz** xarakterli (**lochia seroza**) olur. İlk 8 gündə loxiyanın həcmi 500-1500 ml olur. O, neytral və ya qələvi reaksiyalı olub, xüsusi qoxuya malikdir. Zahılıq dövrünün 10-cu günü loxiya **seroz-selikli** xarakter alır (**lochia alba**) və **ağ loxiya** adlanır. 5-6-cı həftəyə uşaqlıqdan ifrazat kəsilir. Uzun müddət qanlı ifrazatın olması zahılıq dövrünün ağırlaşmasından xəbər verir.

Uşaqlığın zəif involyusiyası zamanı loxiyanın ifrazı uzanır, uzun müddət tərkibində qan qalır.

Uşaqlıq boynu dəliyi bağlandıqda, uşaqlıq əyildikdə loxiyanın uşaqlıq boşluğunda ləngiməsi – **loxi-metra** (lochimetra) baş verir. Bu prosesə infeksiya da qoşularsa, onda selikli qişasının iltihabı – endometrit baş verə bilər.

Uşaqlıq boynun involyusiyası cismə nisbətən ləng gedir. Doğuşdan sonrakı ilk günlər uşaqlığın dibi və cismi qarının ön divarına söykənir, uşaqlığın cismi ilə boynu arasında önə doğru açıq bucaq (anteflexio uteri) əmələ gəlir. Sonrakı günlər uşaqlığın dibi, bağ aparatının boşalması və zahı qadının arxası üstə uzanması hesabına yerini bir qədər arxaya dəyişir. Doğuşdan sonrakı ilk günlər uşaqlıq bağ aparatının dartılması və tonusunun kifayət qədər olmaması nəticəsində hərəkətli olur. Sidik kisəsi düz bağırsaq dolu olduqda uşaqlıq öz yerini yuxarı və yana doğru dəyişir.

Cift doğulduqdan sonra cinsiyyət yarığı açıq qalır. Uşaqlıq yolu geniş, yumşaq, xarici cinsiyyət üzvləri ödəmli olur. Xarici cinsiyyət üzvlərində uşaqlıq yolu divarında çox vaxt çatlar və cızıqlar olur. Uşaqlıq boynu nazıqlaşmış, parça şəklində uşaqlıq yoluna sallanmış olur. Uşaqlıq boynu kanalından əl sərbəst keçir. Doğuşdan bir sutka sonra dairəvi əzələlərin yığılması nəticəsində uşaqlıq boynu daxildən xaricə doğru formalaşmağa başlayır. Doğuşdan bir sutka sonra daxili dəlikdən 2 barmaq, 3-cü sutkadan sonra bir barmaq keçir. Doğuşdan dərhal sonra uşaqlıq boynu kanalının daxili dəliyin diametri 10-12 sm, 10-12 saat sonra 5-6 sm, 24 saat sonra 4 sm, 3 gündən sonra 2 sm olur. Servikal kanal qıfəbənzər formada olur. Servikal kanalın formalaşması 10-cu gündə, xarici dəliyin bağlanması doğuşdan 3 həftə sonra başa çatır. Uşaqlıq boynu silindrik forma alır, xarici dəlik köndələn istiqamətdə yarıq şəklində olur (doğmamışlarda dairəvidir). Doğuş zamanı uşaqlıq boynunun yan divarında çatlar meydana çıxdığına görə xarici dəliyin ilkin forması bərpa olunmur və o, köndələn yarıq şəkli, uşaqlıq boynu isə silindrik forma alır.

Uşaqlıq yolu. İlk doğanlarda uşaqlıq yolu əvvəlki vəziyyətinə qayıtmır, geniş gəlir və divarındakı selikli qişə büküşləri azalır. Zahılıq dövrünün ilk həftəsində uşaqlıq yolunun həcmi kiçilir, ödem, hiperemiya, sıyrıntılar, aradan qalxır. Qızlıq pərdəsinin ancaq qalıqları nəzərə çarpır. Cinsiyyət yarığı daralır, ancaq tamamilə qapanmır. Çanaq dibi əzələlərinin tonusu tədricən bərpa olunur. Uşaqlığın bağ aparatı əsasən doğuşdan 3 həftə sonra bərpa olunur. Əgər doğuş zamanı cırıqlar olmayıbsa, zahılıq dövrünün 10-12-ci günü əzələlərin tonusu bərpa olunur. Qarının ön divarının əzələlərinin tonusu doğuşdan 6 həftə sonra bərpa olunur.

Uşaqlıq boruları. Hamiləlik və doğuş zamanı qanla yaxşı təchiz olunduğuna və ödəmləşdiyinə görə qalınlaşmış və uzanmış olur. Zahılıq dövründə hiperemiya və ödem tədricən azalır. Borular uşaqlıqla birlikdə çanağa enir və zahılıq dövrünün 10-cu günündə, hamiləlikdən əvvəlki kimi horizontal vəziyyətdə yerləşir.

Yumurtalıqlar. Hamiləliyin sonunda yumurtalıqlarda yetişmiş follikul ola bilər. Lakin ovulyasiya baş vermir, çünki plasental kompleksin hormonları, doğuşdan sonra isə süd vəziləri hipotalamo-hipofizar sistemə tormozlayıcı təsir göstərir. Adətən döşlə əmizdirmə kəsildikdən sonra aybaşı bərpa olunur. Zahılıq dövründə sarı cismin reqresiyası başa çatır və follikul yetişməyə başlayır. Adətən doğuşdan sonrakı ilk aybaşı anovulyator olur. Follikul yetişir, lakin ovulyasiya baş vermir, sarı cisim əmələ gəlmir. Uşaqlığın selikli qişasında proliferasiya prosesi gedir. Follikulların atreziyası və estragenlərin titrinin aşağı enməsi nəticəsində uşaqlığın selikli qişası qopub ayrılır, yəni aybaşı baş verir. Bəzi qadınlarda hətta əmizdirsələr belə doğuşdan sonrakı ilk aylarda ovulyasiya və hamiləlik baş verir.

Süd vəzirəri. Zahılıq dövründə süd vəzilərinin laktasiya funksiyası başlayır və tam inkişafa çatır. Hamiləlik dövründə estragenlərin təsiri nəticəsində süd vəzilərdə dəyişikliklər baş verir. Bu dəyişikliklər süd vəzilərdə sekresiyanı təmin edir.

Hamiləliyin sonunda və doğuşdan sonrakı 3 gün ərzində süd vəziləri südə yaxın ekskret – **moloziya** ifraz edir. Moloziya--qatı, sarı rəngli, qələvi reaksiyalı məhluldur, qaynadıqda laxtalanmır. Tərkibində zülal, piy damcıları, vəzi qovuqları, süd axarlarının epitel heceyrələri, moloziv cisimcikləri (piylənmə stadiyasında olan leykositlər) vardır. Moloziya zülallar və duzlarla zəngindir, yetkin südə nisbətən karbohidratlar azdır, tərkibində vitaminlər, fermentlər, antitellər vardır.

Zahılıq dövrünün 3-4-cü günündən 15-ci gününə qədər süd vəziləri keçid (ara) südü ifraz edir.

lər. Yalnız bundan sonra nisbətən stabil tərkibli süd ifraz olunur. Südün tərkibində damcılar şəklində yağların olması ona emulyasiya xarakteri verir. O, ağ rəngli, qələvi reaksiyalı mayedir. Xüsusi çəkisi 1026-1036-dır. Qaynadıqda laxtalanmır, çöküntü vermır. Südün tərkibi: 87-88% su, 1,5% zülal (albumin, qlabulin, kozein), 3,5-4,5% yağ, 6,5-7%-ə qədər karbohidrat (laktoza), 0,18-0,2% duzlar, vitaminlər, fermentlər, antitellər.

Ağız südü və yetkin südün tərkibi

Cədvəl:6-1

Laktasiya günü	Q/üzvü mad-lər	Züllalar	Yağlar	K/h
2 ci sutkanın sonu (moloziva)	0,48	5,8-8,1	4,08	4,09
3 cü sutkanın sonu (aralıq süd)	0,41	2,3-3,17	3,92	5,48
1 ci ayın sonu (yetkin süd)	0,3	1,1-1,5	3,5-3,8	7,5

Südün ifrazı mürəkkəb reflektor və hormonal təsirlərin nəticəsində baş verir.

Zahılıq dövründə süd vəzilərində mürəkkəb proseslər gedir: **mammogenez** – süd vəzisinin inkişaf etməsi; **laktogenez** – südün sekresiyasına hazırlıq; **qalaktogenez** – südün sekresiyasına dəstək verilməsi; **laktokinez** – südün ifraz olunması.

Hamiləlik eləcə də zahılıq dövründə süd vəzilərinə qan axını artır. Qanın sürəti ilə laktasiyanın sürəti arasında mütənasiblik var. Alveollarda yığılmış südün süd axarlarına keçməsi aktiv prosesdir. Bu zaman alveolları əhatə edən əzələlər yığılır, alveollarda təzyiq artır, süd axarlara qovulur. Süd vəzilərinin əzələ hüceyrələri miometrium kimi oksitosinə çox həsas olurlar.

Südün aktiv xaric olması vacibdir. Bu zaman uşaq alveol südünü qəbul edir və südün xaric olması laktasiyanın davam etməsinə şərait yaradır. Tez-tez əmizdirmə və qalıq südün boşaldılması laktasiyanı artırır. Süd vəzilərində süd çox olduqda ağrılı olur, ağrı qoltuqaltına irrodiasiya edir. Qoltuqaltı nahiyyədə şişkinliklər əllənir. Bunlar süd vəzilərinin şişmiş rudmentar qalıqlarıdır.

Laktasiya başa çatdıqdan sonra süd vəziləri kiçilir, lakin vəzi toxuması tam reqresiyaya uğramır.

§ 3. Maddələr mübadiləsi və daxili orqanlarda baş verən dəyişikliklər

Zahıların ümumi vəziyyəti. Doğuş prosesi normal keçdikdə zahının əhval-ruhiyyəsi yaxşı olur. Lakin doğuşdan sonra yorğunluq, yuxululuq hiss edir. Doğuş zamanı yumşaq toxumaların o, cümlədən aralığın cırılması zamanı **perineorafiya** (aralığın tikilməsi) əməliyyatı aparıldıqda zahı həmin nahiyyələrdə ağrı hiss edir. Bəzən isə (xüsusilə uşağı əmizdirən zaman) qarının aşağı hissəsində ağrı hiss edir. Bu hal çox vaxt təkrar doğanlarda olur.

Zahılıq dövründə temperatur normal olmalıdır. Bədən temperaturu sinir-psixi gərginlik fonunda cəmi bir dəfə yüksələ bilər. Temperaturun bir neçə dəfə artması infeksiyadan xəbər verir.

Maddələr mübadiləsi. Zahılıq dövrünün ilk həftələrində maddələr mübadiləsi sürətlənir, sonradan normal vəziyyətə qaydır. Doğuşdan sonra ilk günlərdə bədən çəkisi azalır, sonradan piy yığılması hesabına yenidən artır. Əsas mübadilə doğuşun 3-4-cü həftəsində normallaşır.

Ürək-damar sistemi. Doğuşdan sonra ana-cift qan dövrünün fəaliyyəti dayanır, orqanizmdə mayenin miqdarı azalır. Bu da hemodinamik dəyişikliklərə səbəb olur. Diafraqmanın aşağı enməsi nəticəsində ürək əvvəlki vəziyyətinə qaydır. Adətən arterial təzyiq normal olur. Bəzi hallarda isə zahılıq dövrünün 4-cü gününə qədər sistolik və diastolik təzyiq tranzitor olaraq yüksəlir, nəbz rit-

mik, dəqiqədə 70-75 vuruğu olur. Bəzi qadınlarda bradikardiya (66-67 vur/dəq) müşahidə edilir.

Doğuşdan sonra dövr edən qanın həcmi 13,1%, plazmanın həcmi 13%, eritrositlərin sayı 13,6% azalır. Dövr edən qanın həcmi itirilən qanın həcmindən 2-2,5 dəfə çox azalır. Bunun səbəbi, doğuşdan sonra qarındaxili təzyiqin aşağı düşməsi və qanın qarın boşluğu orqanlarında toplanmasıdır. Sonralar hüceyrədən kənar mayenin damarlara keçməsi nəticəsində dövr edən qanın və plazmanın həcmi artır.

Trombositlərin sayı doğuşdan sonrakı 2 həftə müddətində artır. Doğuşdan sonra ilk 1-4-cü günlər arası fibrinolitik aktivlik artır, bir həftə sonra normal səviyyəyə qaydır. 2-cı həftə ərzində fibrinogenin səviyyəsi tədricən azalır.

Doğuş zamanı damarların travmatizmi və zahının az hərəkətli olması ilə əlaqədar olaraq, xüsusilə cərrahi yolla aparılmış doğuşlar zamanı, tromboembolik ağırlaşmaların baş verməsi riski artır.

Doğuşdan sonra diafraqmanın enməsi ilə əlaqədar olaraq **ağ ciyərlər** genişlənir, tutumu artır, tənəffüs normallaşır.

Sidik-ifrazat sistemi. Diurez artır. Lakin bəzi qadınlarda sidik ifrazı pozulur. Buna səbəb doğuş zamanı sinir uclarının sıxılması, sidik kisəsi boynuna qansızma və onun ödemi və qarının ön divarının tonusunun zəifləməsi, doğuş zamanı ağrısızlaşdırmanın tətbiqi və s. ola bilər. Zahı qadın ya sidik ifraz etməni hiss etmir, ya da bu çox ağrılı olur. Nadir hallarda doğuşdan 2-3 gün sonra orqanizmdə mayenin ləngiməsi, aşağı ətrafların ödemi müşahidə edilir. Sidik ifrazı zamanı aralıqdakı və xarici cinsiyyət orqanlarındakı zədələrdə ağrı müşahidə edilir. Bəzi qadınlar uzanmış vəziyyətdə sidik ifraz edə bilmir, ona görə də sidik ifrazı pozulur. Doğuşdan sonra sidik kisəsinin tonusunun və tutumunun azalması (uzanmış qovulma dövrü, anesteziya, və s. səbəblərdən) da sidik ifrazını pozur.

Adətən hamiləlik zamanı qanda kreatinin qatılığı artır və bu göstərici zahılıq dövrünün 8-ci həftəsinin əvvəlində normal səviyyəsinə qaydır.

Zahılıq dövrü ərzində böyrəklərdə qan dövrənə azalır, doğuşdan 5-6 həftə sonra onun normal səviyyəsi bərpa olunur.

Həzm sistemi. Çox vaxt zahılarda qəbzlik müşahidə olunur. Bu mədə-bağırsaq traktının sayə əzələlərinin atoniyası ilə əlaqədardır. Bağırsaq tonusunun azalmasının səbəbi qarın divarının zəifləməsi (boşalması), zahının az hərəkət etməsi və qeyri-rasional qidalanmasıdır. Bəzən hemoroidal düyünlərin əmələ gəlməsi müşahidə edilir. Bu hemoroidal düyünlər venalarda qan durğunluğu və venaların genəlməsi nəticəsində baş verir. Düyünlər boğulmayıbsa zahını az narahat edir, boğulubsa böyüyür, şişkənləşir, gərginləşir və ağrılı olur.

Sinir sistemi. Zahılıq dövründə beyin qabığı, qabıqaltı nüvələr və onurğa beyni arasındakı əlaqələr bərpa olunur, onların oyanıqlığı azalır.

Daxili sekresiya vəzilərinin funksiyası tədricən normallaşır. Zahılıq dövrünün ilk həftəsinin sonuna artıq qanda xorial qonodotropini olmur.

§ 4. Zahılıq dövrünün gedişi, idarə olunması və zahı qadına qulluq

Doğuşdan sonrakı ilk 24 saat **erkən zahılıq dövrü** adlanır. Bu müstəsna məhsuliyyət tələb edən, ana orqanizmində yeni mühitə uyğunlaşma prosesləri gedən keçid dövrüdür.

Erkən zahılıq dövründə ciftin ayrıldığı nahiyyədə qırılmış qan damarlarının olması, uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin azalması, yumşaq toxumaların travması qanaxma təhlükəsi yaradır. Ona görə zahı doğuşdan sonra 2 saat doğuş zalında saxlanılır və nəzarət olunur. Cift xaric olan kimi qarının ön divarından uşaqlığın massajı aparılır. Erkən zahılıq dövründə hər 15 dəqiqədən bir massaj təkrarlanır. Massajdan sonra uşaqlığın tonusu yoxlanılır. Həkim–mama zahının ümumi vəziyyətini, nəbzini, arterial təzyiqini, bədən temperaturunu nəzarətdə saxlayır, uşaqlığın yığılmasını, konsistensiyasını, onun dibinin göbəyə, qasıq bitişməsinə görə hansı səviyyədə yerləşməsinə, qan itkisinin dərəcəsini müəyyən edir. Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının vəziyyəti, aralıq, xarici cinsiyyət or-

qanları, budun daxili səthi dezinfeksiya edildikdən sonra yoxlanılır. Uşaqlıq yolu, uşaqlıq boynu güzgülərlə müayinə olunur. Zədələnmə (cırıq) aşkar edilərsə tikiş qoyulur. Çünki bu zədələr qanaxmaya və infeksiyanın daxil olmasına şərait yaradır. Tikilməmiş uşaqlıq boynu cırıqları sonralar ektopiyanın, eroziyanın, endoservisitinin, uşaqlıq boynu çatışmazlığının əmələ gəlməsinə, aralığın tikilməmiş cırıqları cinsiyyət orqanlarının sallanmasına və enməsinə səbəb olur.

Son və zahılıq dövründə uşaqlıq boşluğundan xaric olan qanın miqdarı müəyyənləşdirilir. Bunun üçün qadının altındakı qaba yığılmış qan ölçülü qaba tökülür, 400 qr-dan çox itki varsa bu patologiyadır.

Erkən zahılıq qanaxmalarının qarşısını almaq üçün sidik kisəsi kateterlə boşaldılır, uşaqlığın xarici reflektori massajı aparılır.

Çoxdöllü, çoxmayeli doğuşlarda, çox doğan, yaşlı ilk doğan zahılara uşaqlıq hipotoniyasının medikamentoz profilaktikası aparılır. Bu məqsədlə uterotonik dərmanlar (oksitosin və analoqları, metilerqometrin, erqotal, erqotamin), vena daxilinə 10%-li calsium qlukonat və ya 10% li kalsium xlorid məhlulu təyin edilir.

Normal gedişli doğuşlarda, zahı və yenidoğulmuşun vəziyyəti kafi olduqda, doğuş zalında körpə döşə qoyulmalıdır. Bu uşaqlığın yığılmasını və laktasiyanı tənzimləyir. Laktasiya analıq hissinin formalaşmasına, yenidoğulmuşun vəziyyətinə müsbət təsir göstərir.

2 saatdan sonra zahı təkərli xərəklə fizioloji zahılıq palatasına köçürülür. Doğum tarixində, köçürülmə epikrizində zahının ümumi vəziyyəti, şikayəti, nəbzi, arterial təzyiq, uşaqlığın necə yığılması, dibinin hündürlüyü, yumşaq toxumaların zədələlib-zədələnməməsi, tikişlər, son və zahılıq dövründə itirilən qanın həcmi, təyinatlar və s. qeyd olunur.

Normal gedişli zahılıq dövrü keçirən zahı sağlam hesab edilir. Amma onun ciddi rejim və qulluğa ehtiyacı var. Bu cinsiyyət orqanların involyusiyasına, yara səthinin sağlamlasına kömək edir.

Zahıya qulluğun təşkilində aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi riayət olunmalıdır. Uşaqlığın yara səthi, çatlar, cızıqlar, doğum yollarının yumşaq toxumasının cırıqları infeksiya qapısıdır, zahının cinsiyyət yollarına infeksiyanın salınması, zahılıq septik infeksiyasına təhlükə yaradır. Zahının süd vəzilərinin giləsindəki çatlara infeksiyanın düşməsi də təhlükəlidir. Bu süd vəzilərinin iltihabına, **mastitə** səbəb olar. Ona görə zahılıq dövründə palatalar, yataq və zahının cinsiyyət orqanlarına, süd vəzilərinə toxunan bütün alətlər, qulluq əşyaları və materialları steril olmalıdır. Tibbi personalın şəxsi gigiyena qaydalarına ciddi əməl etməsi vacibdir.

Zahılıq dövrünün normal keçməsi üçün zahının rahatlığının böyük əhəmiyyəti var. Ona görə zahı üçün normal yuxu şəraiti yaratmaq, onu həyacən, stress və mənfi emosiyalardan qorumaq lazımdır.

Zahılar palatası işıqlı, geniş olmalı, vaxtaşırı təmizləmə və dezinfeksiya işləri aparılmalıdır. Zahılar palataları ciddi tsiklik doldurulmalıdır.

Zahı hər gün həkim–mama tərəfindən müayinə və müşahidə edilir. Onun ümumi vəziyyəti: əhvalı aydınlaşdırılır (yuxu, iştahası); nəbzi sayılır; gündə 2 dəfədən az olmayaraq bədən temperaturu ölçülür; süd vəzilərinin kobudlaşma dərəcəsi, çatların olub-olmaması, varsa ağrılı olub-olmaması və s. dəqiqləşdirilir. Uşaqlığın dibinin hündürlüyü, uşaqlığın konsistensiyası, palpasiyada ağrılı olub-olmaması müəyyənləşdirilir. Xarici cinsiyyət üzvləri vizual müayinə olunur: loxiyanın miqdarı və xarakteri təyin edilir. Sidik kisəsi və bağırsaqların funksiyası qiymətləndirilir. Alınan məlumatlar doğum tarixinə qeyd edilir. Mama zahı ilə “Zahılıq dövrünün gigiyenası”, “Təbii qidalanmanın prinsipləri”, “Mastitlərin profilaktikası”, “Yenidoğulmuşlara qulluq” mövzuları üzrə söhbət aparır.

Doğuşdan dərhal sonra zahıya böyrü üstə çevrilməyə icazə verilir. 2-3 saatdan sonra qidalana bilər. Normal doğuşdan 4-5 saat sonra mamanın müşayəti ilə ayağa durmaq olar. Bu, uşaqlıq və sidik kisəsi hipotoniyası və qəbzliyin profilaktikasıdır. I və II dərəcəli aralıq cırıqlarına tikiş qoyulması zamanı erkən ayağa durmaq əks göstərişdir. Bu zaman ayaqları açma hərəkətləri etmək və oturmaq olmaz.

Zahılıq dövrünün normal keçməsi üçün ilk sutkalardan (Kesar kəsiyi zamanı da) başlayaraq fiziki hərəkətlər təyin edilir. İlk sutkada tənəffüs gimnastikası və yataqda dönmə hərəkətləri kifayət-

dir. 2-ci gündən başlayaraq oynaq hərəkətləri də əlavə olunur (arxası üstə uzanmış halda), 4-cü gündən qarının ön divarı və bel üçün hərəkətlər edilir. Zəhının ümumi vəziyyətini nəbzini və arterial təzyiqini nəzarətdə saxlamaqla, ona yataqdan tez durmağa və fiziki hərəkətlər etməyə icazə verilir. Gimnastika dərsləri 15-20 dəqiqə davam etməlidir.

Gümnastikaya əks göstərişlər: doğuşda çoxlu qanitirmə, bədən temperaturunun 37°C -dən yüksək olması, anamnezdə ağır dərəcəli preeklampsiya və ya eklampsianın olması, aralığın III dərəcəli cırıqları, ürək-damar sistemi xəstəliklərinin dekompensasiyası, zahılıq dövrünün ağırlaşmaları (metroendometrit, tromboflebit və s.).

II sutkadan başlayaraq zahı hər gün duş qəbul etməli alt paltarlarını dəyişməlidir. Bezlər ən azı 4 dəfə dəyişdirilməlidir. Kesar kəsiyindən sonra 3-4-cü sutkada duş qəbul etmək olar. Doğuş zədələri infeksiyadan ciddi qorunmalıdır. Bu məqsədlə qadının xarici cinsiyyət üzvləri zəif dezinfeksiyaedici məhlul olan kalium permanqanatın zəif məhlulu ilə 3 gün, gündə 2 dəfə yuyulur. Bu zaman steril alət və materiallardan istifadə olunmalıdır. Tikiş yerləri yodla və ya brilyant yaşılının spirtli tinkurası ilə işlənir.

Yaraların tez sağalmasında və infeksiyanın qarşısının alınmasında ultrabənövşəyi şuaların rolu var.

Sidik kisisi və bağırsaqların vaxtında boşalması, uşaqlığın düzgün involyusiyasını təmin edir. Sidik ifrazı ləngidikdə zahının altına isidilmiş sudno qoyulur. Əgər zahı uzanmış vəziyyətdə sidiyə gedə bilmirsə, bəzən onu qaldırmaq kifayət edir. Bəzən kateterizasiya aparmaq və ya saya əzələlərin tonusunu artıran dərmanlardan (prozerin, aseklidin, pitiutrin) istifadə etmək lazım gəlir. Qəbzlik zamanı 2-3-cü sutkada işlədici duzlar təyin edilir. Aralığın III dərəcəli cırıqları zamanı (anal dəliyin xarici sfinkteru zədələndikdə) ağrıkəsici preparatlar və defekasiyanı 5 sutka ləngitmək üçün yüngül qidalar təyin edilir. Ağrılı sancılar zamanı aspirin, analgin, spazmolitik tərkibli şamlar təyin edilir.

Zahılıq dövrü normal keçdikdə və zahı uşağı reqlulyar əmizdirdikdə uşaqlığın involyusiyası normal keçir, heç bir medikamentoz müdaxilə lazım gəlmir.

Zahılıq dövründə uşaqlıq əzələsi tonik yığılma halında olur. Qan axının azalması nəticəsində əzələ hüceyrələrində piy distrofiyası və rezorbsiyası baş verir. Nəticədə hamiləlik zamanı hipertrofiyaya uğramış əzələ hüceyrələri atrofiyaya uğrayır. Geriyə inkişaf əzələlərarası birləşdirici toxumada və uşaqlıq damarlarında da baş verir. Onların bir hissəsi obliterasiyaya uğrayır və birləşdirici toxumaya çevrilir. Uşaqlığın geriye doğru yığılması baş verir.

Involysianın dərəcəsi haqqında uşaqlıq dibinin hündürlüyünə və USM-nin nəicələrinə (bu zaman uşaqlığın uzunluğuna, ön-arxa ölçüsünə diqqət edilir) görə rəy söyləmək olar. Uşaqlığın yığılmasının ləngiməsi **subinvolyusiya** adlanır.

Zahılıq dövrünün ilk günlərində uşaqlığın ayrı-ayrı ölçülərinin yığılma tempi müxtəlifdir. Belə ki, zahılıq dövrünün 8-ci sutkasında involysiya əsasən uşaqlığın uzunluğunun, eninin, nisbətən az dərəcədə arxa ölçüsünün qısalması hesabına olur. Uşaqlığın uzunluq ölçüsünün qısalması zahılıq dövrünün 2-4-cü sutkalarında baş verir.

Uşaqlıq boşluğunu yoxlarkən onun ölçülərinə və orada olan möhtəviyyata fikir verilir. Exografiya zamanı doğuşdan sonrakı ilk 3 saat müddətində uşaqlıq boşluğu yarıqvari formada, konturları aydın olur. Normal keçən zahılıq dövrünün 5-7-ci sutkasında uşaqlıq boşluğu təbii yolla doğanların 66,7%-də, doğuşu Kesar kəsiyi ilə başa çatdıranların isə 77,8%-də identifikasiya olur.

Uşaqlığın normal yığılması pozulduqda uşaqlıq dibinin zəif enməsi, çoxlu qanlı loxiyanın gəlməsi müşahidə edilir. Başqa klinik əlamətlər olmur. Obyektiv müayinə zamanı zahının vəziyyətində dəyişikliklər yoxdur, laborator analizlərin göstəriciləri norma daxilindədir, palpasiya zamanı uşaqlıq ağrısızdır. Subinvolyusiya uşaqlıqdaxili infeksiyanın inkişafına səbəb olur və eyni zamanda onun ilk əlamətidir. Ona görə belə hallarda uşaqlığı yığan (oksitosin, erqometrin, erqotal, su bibəri ekstraktı), mübadilə proseslərini və laktasiyanı yaxşılaşdıran, orqanizmin infeksiyaya qarşı rezistentliyini artıran dərman maddələri təyin edilir.

Süd vəzilərinin qulluğuna xüsusi diqqət verilməlidir. Hər gün duş qəbul etmək və ya ilıq su ilə süd vəzilərini yumaq kifayətdir. Uşağı oturmış və ya uzanmış vəziyyətdə əmizdirmək lazımdır.

Uşağın lazımı qədər süd almasını onun yaxşı halı, sakit yuxusu, həmçinin kontrol çəkiyə görə təyin etmək olar.

Döşlə əmizdirmə zamanı süd çətinliklə xaric olursa əmizdirmədən 40 dəqiqə əvvəl no-şpa (həb) verilir və 15 dəqiqə əvvəl oksitosin (0,25ml) veridilir.

Hər əmizdirmədən sonra döş giləsi təmiz tamponla silinməlidir. Süd vəzilərində qan dövrənini yaxşılaşdırmaq və onların böyüməsinin qarşısını almaq üçün pambıq parçadan hazırlanmış alt paltar rı geymək lazımdır. Süd vəziləri çox kobudlaşdıqda maye qəbulunu azaltmaq lazımdır. Əgər əmmə zamanı süd vəzisi tam boşalmırsa, qalan südü sağmaq lazımdır. Süd vəzilərində durğunluq onun infeksiyalaşmasına və laktasiyanın azalmasına səbəb olur. Düzgün gigiyenik qulluq zamanı kiçik çatlar özbaşına sağalır. Onların sağalmasını sürətləndirmək və infeksiyanın profilaktikası məqsədi ilə ultrabənövşəyi şüalanmadan, helium-lazer, infraqırmızı, maqnit-lazer terapiyadan, antibakterial, epitelizasiyanı təmin edən preparatlardan (metilurasil, salkoseril, çaytikanı, itburnu yağı, sintomisin linimenti, brilyant yaşılı məhlulu və s.) istifadə olunur.

Laktasiya zəif olduqda, bir sıra tədbirlər aparılır. Qarağat və ya itburnu suyu, kartof şirəsi, pi və mayası, yunan qozu, prolaktin, apilak, nikatin turşusu, süd vəziləri nahiyyəsinə ultra-bənövşəyi şüalar və ultrasəs verilməsi və s. laktasiyanı artırır. Təbii qidalanmanı həyata keçirmək üçün ana və yenidoğulmuş arasında sıx kontaktın yaranması üçün “ana və uşaq palataları” yaradılır. Belə hallarda bir çox müsbət nəticələr əldə olunur: uşaq demək olar ki, çəki itirmir, sakit olur, ana evə yazılarkən daha təcrübəli olur.

Əmizdirən ananın qidalanmasına xüsusi diqqət verilməlidir. Onun qidalanması balanslaşdırılmalıdır. Qida maddələri optimal nisbətdə və lazımı miqdarda olmalıdır. Normal laktasiya zamanı, laktasiya əlavə enerji tələb etdiyi üçün ümumi qida rasionu 1/3 dəfə artırılmalıdır. Əsas rol zülalların üzərinə düşür. Qadın gün ərzində 120 qr zülal almalıdır. Bu zülalın 67 qr-dan çoxu heyvan mənşəli olmalıdır. Rasiona 90 qr yağ daxil edilməlidir, onun 30 %-ni bitki yağları təşkil etməlidir. Sutkada 310-330 qr-dan çox karbohidrat tələb olunur. Çoxlu miqdarda karbohidrat (şəkər, şirin qidalar) qəbulu piylənmənin artmasına, laktasiyanın azalmasına səbəb olur. Sutkada 2000 ml-ə qədər maye qəbul olunmalıdır. A (1,5 mq), E (15 BV), B₁₂ (4 mq), fol turşusu (20 mq), askorbin turşusu (80 mq), nikotin turşusu (21 mq), tiamin (1,9 mq), riboflavin (2,2 mq), piridoksin (2,2 mq), kalsiferol (500 BV) vitaminlərinin qəbulu vacibdir. Mineral maddələrə tələbat belədir: kalsium düzləri-- 1 qr, fosfor-1,5 qr, maqnezium-0,45 qr, dəmir-25 mq. Anemiyanın profilaktikası üçün sutkada 60 mq dəmir təyin etməklə bərabər əmizdirən ananın rasionuna tərkibi bu mikroelementlərlə zəngin olan ərzaqlar daxil edilməlidir (qara ciyər, yaşıl salat, ispanaq, şüyüd, cəfəri). Qadın gün ərzində 5-6 dəfə qidalanmalıdır. Əmizdirməyə 20-30 dəq. qalmış qadın qida qəbul etməlidir. Kəskin yeməklər, konservlər, gec həzm olunan qida maddələri (yağlı ət, noxud), alkohollu içkilər qəbul etmək məsləhət görülmür.

Zahılıq dövrünün ağırlaşmalarının qarşısını almaq üçün doğuş rasional aparılmalı, uşaqılıq yolu müayinləri az aparılmalıdır. Doğum fəaliyyəti anomaliyaları aradan qaldırılmalı, doğuş zamanı patoloji qanaxmaların qarşısı alınmalı, vaxtında və adekvat olaraq itirilən qan əvəzlənməli (qan köçürülməli), zahılıq dövrü düzgün idarə olunmalı, qadın rasional qidalanmalıdır.

Zahılıq dövrü normal keçərsə, İlk doğanlar 5-6-cı, təkrardoğanlar 3-4-cü, Kesar kəsiyindən sonra 8-10-cü gün zahı evə yazılır. Qadın evə yazılarkən ona təlimat verilir: uşağa qulluq; zahılıq dövrünün gigiyenası; iki ay ərzində cinsi əlaqə və vanna qəbulundan imtina; alt paltarları hər gün dəyişmə. Qadına 2 il müddətində kontrasepsiya məsləhət görülmür.

Zahı evə yazılarkən ona dəyişmə vərəqi verilir. Dəyişmə vərəqi iki hissədən ibarət olur: birinci hissədə doğuşun və zahılıq dövrünün gediş xüsusiyyətləri qeyd edilir, bu vərəqə qadın evə yazıldıqdan sonra, iki həftədən gec olmayaraq qadın məsləhətxanasına verilir; II hissədə uşaq haqqında məlumat: uşaq doğularkən antropometrik göstəriciləri, doğum evində aldığı müalicə və peyvəndlər (BCJ, hepatit, poliomielit) qeyd edilir və uşaq poliklinikasına təqdim edilir. Qadına VAAQ şöbəsinə təqdim etmək və uşağı qeydiyyatı götürmək üçün arayış verilir.

VII FƏSİL

MAMALIQDA SƏRHƏD VƏZİYYƏTLƏRİ

Çanaq gəlişləri və çoxdöllü hamiləlik zamanı həm ana, həm də döl tərəfindən ağırlaşmalar çox rast gəldiyinə görə bu gəlişləri patoloji doğuşlarla fizioloji doğuşlar arasında sərhəd vəziyyəti kimi qəbul edirlər.

§ 1. Çanaq gəlişləri

Çanaq gəlişləri boylama vəziyyətlərdən biridir. Bu zaman çanaq girəcəyində dölün çanaq hissəsi yerləşir. Çanaq gəlişlərinin rast gəlmə tezliyi 3-5% təşkil edir.

Etiologiyası. Çanaq gəlişlərinin səbəbi tam öyrənilməyib, lakin çanaq gəlişlərinin əmələ gəlməsində bir sıra faktorların rol oynadığı müəyyənləşdirilmişdir:

– Ana tərəfindən – uşaqlığın inkişaf anomaliyaları, uşaqlığın şişləri, cift gəlişləri, dölyanı mayenin çox olması, dar çanaq, uşaqlıqda çapıq, sallanmış qarın və s.;

– Döl tərəfindən – çoxdöllülük, dölün bətn daxili inkişafının ləngiməsi və anomaliyaları, yetişməmiş döl və s.

Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliyin 32-ci həftəsinə qədər döl ana bətnində vəziyyətini tez-tez dəyişir, davamlı çanaq gəlişi hamiləliyin 32-34-cü həftələrində formalaşır.

Təsnifatı. Çanaq gəlişlərinin növləri: 1) sağrı gəlişi (bükülmüş); 2) ayaq gəlişi (açılmış).

Sağrı gəlişi də öz növbəsində iki yerə bölünür (şəkil:7-1a, b):

– **xalis və ya tam sağrı gəlişi** – çanaq girəcəyində ancaq sağrılar yerləşir. Çarpazlaşmış və ya yan-yan yerləşmiş ayaqlar bud-çanaq oynaqından bükülmüş, diz oynaqından açılmış vəziyyətdə, pəncələr başa çatmaqla uzanır və sinədə çarpazlaşmış qolları saxlayır. Çanaq girəcəyinə yalnız sağrılar yönəlir;

– **qarışıq sağrı və ya natamam sağrı gəlişi** – çanaq girəcəyində sağrılarla birlikdə, çarpazlaşmış və ya yan-yan yerləşmiş bir və ya hər iki ayağın pəncələri yerləşir. Bu zaman ayaqlar bud-çanaq və diz oynaqlarından bükülmüş və ya biri diz oynaqından açılmış vəziyyətdə olur.

Ayaq gəlişləri də iki yerə bölünür (şəkil:7-1 c;d):

– **tam ayaq gəlişi** – çanaq girəcəyində bud-çanaq və diz oynaqından açılmış hər iki ayaq yerləşir;

– **natamam ayaq gəlişi** – çanaq girəcəyində bir ayaq yerləşir, ikinci ayaq diz oynaqından açılmış vəziyyətdə gövdə boyu uzanır.

Nadir hallarda diz gəlişi rast gəlir. Bu zaman çanaq girəcəyində dizlər yerləşir, doğuş zamanı ayaq gəlişinə keçir.

Çanaq gəlişlərində dölün vəziyyəti, mövqeyi, görkəmi baş gəlişlərində olduğu kimi, dölün kürəyinin qarının ön və yan divarlarına münasibətinə görə təyin edilir.

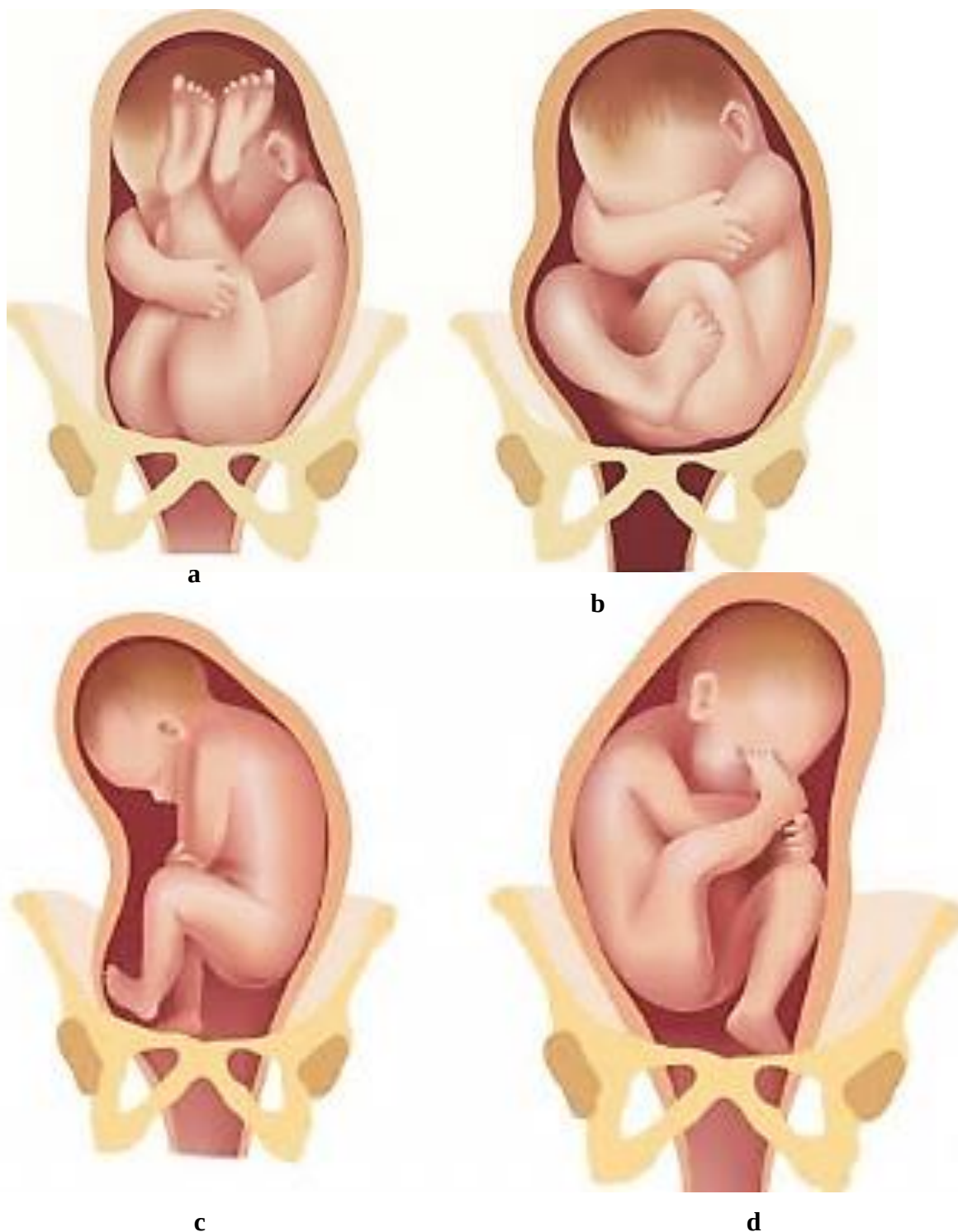
Sağrı gəlişləri ayaq gəlişlərinə nisbətən çox rast gəlir. Ayaq gəlişləri doğuş zamanı meydana çıxır. Natamam ayaq gəlişləri daha çox rast gəlir.

Diagnozika. Çanaq gəlişlərini təyin etmək üçün xarici müayinə üsullarından və vaginal müayinədən istifadə olunur. Leopoldun I müayinə üsulu ilə uşaqlığın dibində sərt, konturları aydın olan, hərəkətli baş təyin edilir. II müayinə üsulu ilə dölün kürəyi təyin edilir: baş gəlişlərində olduğu kimi mövqeyə uyğun olaraq I mövqedə solda, II mövqedə sağda yerləşir. III üsul ilə çanaq girəcəyi üzərində və ya çanaq girəcəyində dölün yumşaq iri hissəsi əllənilir. O, hərəkətsizdir.

Baş gəlişlərindən fərqli olaraq dölün ürək döyüntüləri göbəkdən yuxarıda, mövqedən asılı olaraq solda (I) və sağda (II) eşidilir.

Çanaq gəlişlərində adətən uşaqlıq dibi yüksəkdə olur.

Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə xarici müayinənin nəticələri təsdiqlənir. Əgər uşaqlıq boynu kanalı bağlıdırsa, ön tağdan yumşaq konsistansiyalı, hərəkətsiz hissə əllənir. Doğuş zamanı ön sular axdıqdan və uşaqlıq boynu 5-6 sm açıldıqdan sonra dölün sağrıları və ayaqları əllənir. Sağrılararası şırım, dölün cinsiyyət orqanları asanlıqla təyin edilir.

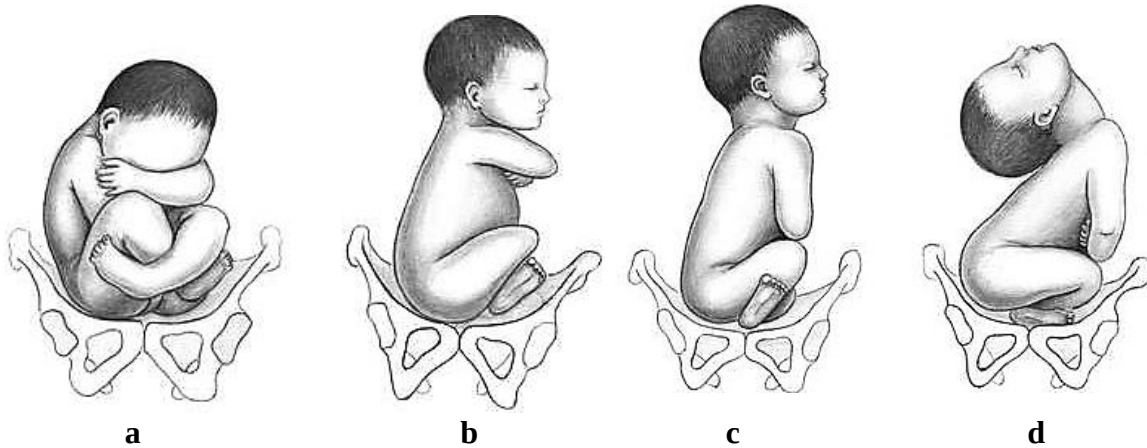


Şəkil:7-1. Çanaq gəlişləri: a) tam sağrı gəlişi;b) natamam sağrı gəlişi;
c) tam ayaq gəlişləri: d) natamam ayaq gəlişi

Omaya nəzərən mövqe müəyyənləşdirilir. I mövqe, ön görkəmdə oma sola və önə, II mövqe arxa görkəmdə oma sağa və arxaya baxır. Daxili müayinə ilə çanaq gəlişinin növü, (tam və ya natamam sağrı gəlişi və ya ayaq gəlişi) təyin edilir. Cinsiyyət orqanlarını (xüsusilə qızlarda) zədələnməmək üçün daxili müayinə çox ehtiyatla aparılmalıdır. Böyük doğum şışı olduqda sağrı gəlişi üz gəlişi ilə qarışdırıla bilər. Üz gəlişində çənə və uzun başqa hissələri əllənir (bəzən məmənin barmağı uşağın ağzına girdikdə o, sorma hərəkətləri edir). Sağrı gəlişlərində sağrılararası şırım, oma, büzdüm, pəncə, daban, qasıq büküşü təyin edilir. Ayaq gəlişini baş gəlişlərində dölnün əlinin enməsi ilə qarışdırmaq olur. Ayaq gəlişini təyin etmək çətinlik törətmir. Ayaqlarda daban sümüyü əllənir, barmaqlar eyni ölçüdədir, baş barmağın hərəkəti məhduddur, bükülmür. Əlin baş barmağı asanlıqla ovuca bükülür. Dizaltı çuxuru tapmaqla dizi də ovucdan ayırmaq lazımdır. Ayaq gəlişlərində dizaltı çuxurun yerləşməsinə görə (sağda, solda, öndə, arxada) dölnün mövqeyi (I və ya II), görkəmi (ön və ya arxa) təyin edilir.

Çanaq gəlişlərinə diaqnoz qoymaqla yanaşı onun bütün variantları, mövqeyi, görkəmi və dölnün başqa xarakterlərini də təyin etməkdə USM-nin əhəmiyyəti böyükdür. USM-sı ilə döl başının 4 variantını ayırd etmək mümkündür. (onurğa sütunu ilə ənsə sümüyü arasındakı bucaq ölçülür):

- başın bükülmüş vəziyyəti (bucaq 110^0 -dən böyükdür);
- başın I dərəcəli açılması (bucaq 110^0 - 100^0);
- başın II dərəcəli açılması (bucaq 90^0 - 100^0);
- başın III dərəcəli açılması (həddən artıq), açılması (bucaq 90^0 - kiçik) (şəkil:7-2)



Şəkil:7-2. Döl başının variantları: a) bükülmüş vəziyyət; b) I dərəcəli açılma; c) II dərəcəli açılma; d) III dərəcəli açılma.

Başın açılmasının kliniki əlamətləri başın ölçülərinin dölnün güman olunan çəkisinə uyğun gəlməməsidir. Bundan başqa ürək döyüntülərinin ən yaxşı eşidildiyi yerə görə kardiomanitor müayinə ilə çanaq gəlişlərində dölnün vəziyyəti qiymətləndirilir.

§ 1.1. Çanaq gəlişlərində doğuşun biomexanizmi

Çanaq gəlişi ilə doğulan döl doğum yollarından keçərkən, baş gəlişində olduğu kimi bir sıra fırlanma və irəliləmə hərəkətləri edir. Çanaq gəlişlərində əsas oriyentir burmalararası xəttidir (linea intertrochanterica). Baş gəlişlərində bu rolu oxabənzər tikiş oynayır.

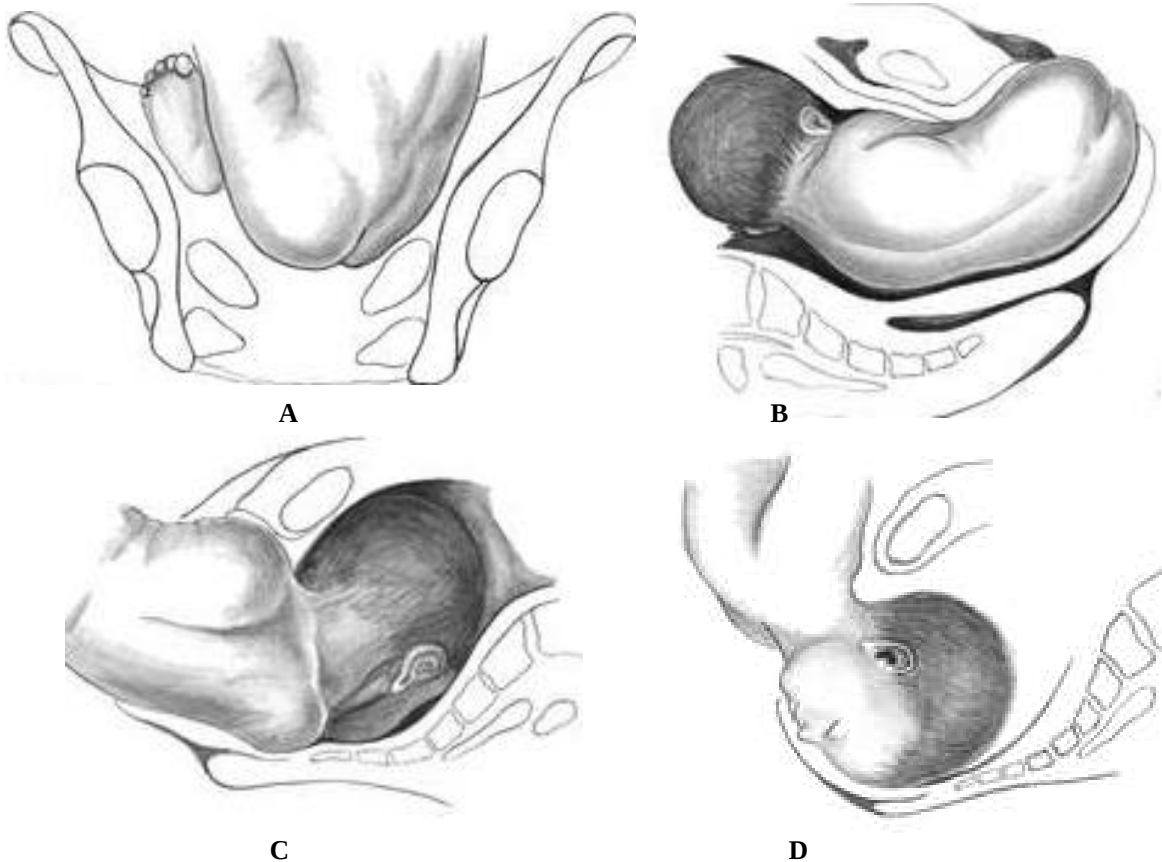
Çanaq gəlişlərində doğuşun biomexanizmi aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir.

I mərhələ-sağrıların kiçik çanağa keçməsi və doğuş yollarında hərəkəti. Bu zaman sağrı xətti (burmalararası xətt) çanaq girəcəyinin köndələn və ya çəp ölçülərindən birinə daxil olur. Doğuş qüvvələrinin təsiri altında sağrılar çanaq boşluğuna enir. Bu zaman ön sağrı daha aşağı enir və ötürücü nöqtə rolunu oynayır, sonradan onda doğum şışı əmələ gəlir.

II mərhələ-sağrıların daxili dönüşü. Sağrılar çanaq boşluğunda fırlanma və eyni zamanda irəliləmə hərəkətləri edir və çanaq çıxacağında sağrı xətti düz ölçüyə uyğun gəlir. Ön sağrı qasıq qövsünə, arxa sağrı omaya baxır (şəkil:7-3 A).

III mərhələ-sağrının cinsiyyət yarığını oyması və yarması. (şəkil:7-3 B) İlk olaraq ön sağrı cinsiyyət yarığından görünür və onu yarıır, qalça sümüyü nahiyyəsi (böyük burma ilə qalça sümüyü aras) qasıq qövsünün altına keçir və fiksasiya nöqtəsi yaradır. Bu nöqtə ətrafında gövdənin güclü bükülməsi (yana) baş verir. Nəticədə əvvəl arxa sağrı doğulur. Arxa sağrı doğulduqdan sonra gövdə düzlənir və ön sağrının qalan hissəsi də doğulur.

Qarışıq sağrı gəlişində sağrılar doğulduqdan sonra ayaqlar da doğulur. Tam sağrı gəlişində gövdə doğulduqdan sonra ayaqlar doğulur. Dölün çanaq ucu doğulduqdan sonra gövdə düzlənir və bir necə gücvermədən sonra göbəyə qədər doğulur. Bu zaman sağrı xətti çəp ölçüyə keçir (I mövqedə sol, II mövqedə sağ) və sonra köndələn ölçüdə yerləşir. Döl kürək sümüyünün aşağı bucağına qədər doğulur və yenidən mövqedən asılı olaraq, çəp ölçülərin birinə keçir. Döş qəfəsi ilə birlikdə əllər də doğulur.



Şəkil:7-3. Çanaq gəlişində doğuşun mexanizmi: A) sağrıların daxili dönüşü; B) sağrıların cinsiyyət yarığını yarması; C) çiyin qurşağının doğulması; D) başın daxili dönüşü

IV mərhələ – çiyin qurşağının doğulması, başın daxili dönüşü və bükülməsi eyni zamanda baş verir (şəkil: 7-3 C). Çiyin qurşağı baş gəlişində olduğu kimi hərəkət edir, öz köndələn ölçüsü ilə çanaq girəcəyinin köndələn ölçüsünə keçir (sağrılar keçən yolu keçir). Çanaq boşluğunda çəp ölçülərdən birinə keçir və çanaq çıxacağında onun düz ölçüsündə yerləşir. Simfizin altından ön çiyin görünür. O, qasıq qövsünün altına keçir (fiksasiya nöqtəsi). Bu nöqtə ətrafında onurğanın boyun və döş nahiyyəsi önə tərəf bükülür, nəticədə arxa çiyin doğulur. Döş qəfəsi üzərində çarpazlaşmış qollar özləri enir və ya əl yardımı ilə azad edilir

V mərhələ – başın daxili dönüşü. Ənsə önə doğru olmaqla başın daxili dönüşü baş verir. Baş bükülərək öz kiçik çəp ölçüsü ilə çanaq girəcəyinin çəp ölçüsünə (sağrı və çiyin keçən ölçünün ək-

sinə) daxil olur. Sonra çanaq boşluğunda daxili dönüşünü edərək, çanaq dibinə enir və öz kiçik çəp ölçüsü ilə çanaq çıxacağına düz ölçüsünə keçir: ənsəaltı çuxur simfizə sıxılaraq fiksasiya nöqtəsi əmələ gətirir (şəkil:7-3 D).

VI mərhələ – başın doğulması. Çanaq çıxacağına düz ölçüsündə yerləşən baş fiksasiya nöqtəsi ətrafında cinsiyyət yarığını yarmağa başlayır. Tədricən üz, alın, təpələr, ənsə doğulur. Baş tez doğulduğu üçün onda doğum şişi olmur o, konfigurasiyaya uğramır və girdə formasını saxlayır.

Çanaq gəlişlərində doğum şişi sağrılardan birinin üzərində (I mövqedə sol, II mövqedə sağ) və cinsiyyət orqanlarında, ayaq gəlişlərində ayaqların birində (ilk doğulan ayaqda) olur.

Ayaq gəlişlərində doğumun biomexanizmi sağrı gəlişlərində olduğu kimidir. Fərq ondadır ki, cinsiyyət yarığından ilk görünən bir və ya hər iki ayaq olur. Öndə gələn ayaq simfizə yönəlir və ön ayaq adlanır. Uşaqlıq boynu tam açıq olduqda ayaqlar dizə qədər doğulur və sonra sağrılar kiçik çanağa daxil olur. Sonrakı proseslər sağrı gəlişində olduğu kimi davam edir.

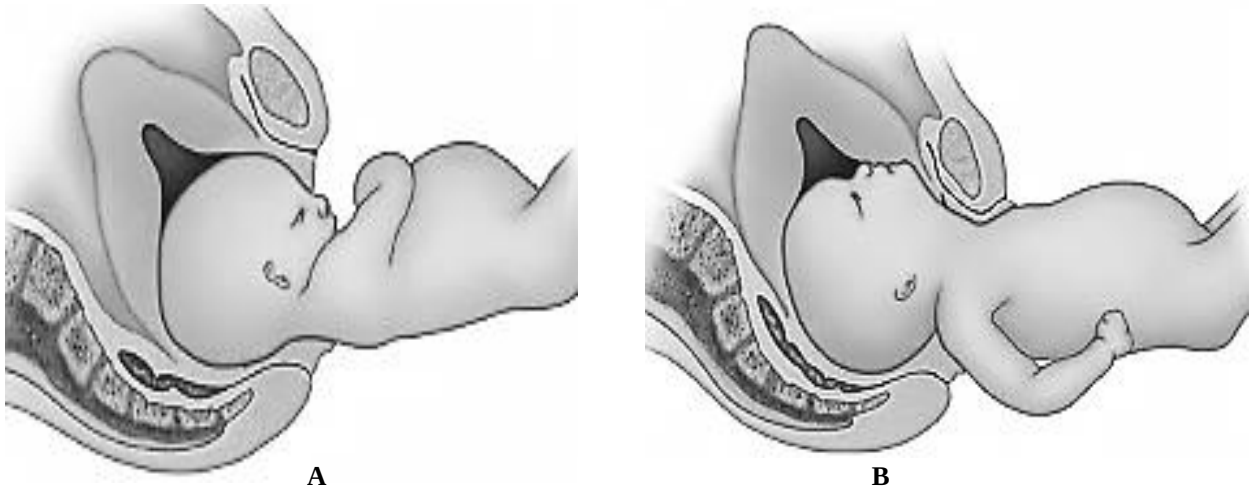
Çanaq gəlişlərində bir çox ağırlaşmalar olur və bunlar dölə təsir edir.

1.Əlin arxaya qatlanması (açılması). Qollar döş qəfəsindən ayrılır, başla yanaşı yerləşir. Qollarla birlikdə başın ölçüsü o qədər artır ki, doğuş mümkün olmur. Təcili yardım göstərilməsə döl asfiksiyadan tələf olur (şəkil:7-4). Əlin arxaya qatlanmasının 3 dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcədə əl üzdədir; II dərəcədə əl qulağın yanındadır; III dərəcədə əl ənsənin arxasındadır.



Şəkil:7-4. Əlin qatlanması

2.Arxa görkəm. Normal doğum mexanizmində gövdə doğularkən dölün kürəyi önə çevrilir (ön görkəm). Bəzi hallarda dölün kürəyi arxaya çevrilir və arxa görkəm meydana çıxır. Doğuş zamanı adətən arxa görkəm ön görkəmə keçir. Əgər bu baş vermirsə doğuşun gedişi ləngiyir.



Şəkil:7-5. A) Arxa görkəm çanaq gəlişi: baş bükülmüş vəziyyətdədir; B) Baş açılmış vəziyyətdədir.

Döl бүkülmüş vəziyyətdə olduqda, onda burunüstü nahiyyə simfizə sıxılır, aralığın üzərindən ənsə doğulur (şəkil:7-5 a).

Bəzən baş açılır, çənə simfizin üzərində ləngiyir (şəkil:7-5 b). Bu halda başın tam açılmış vəziyyətdə doğulması gecikir və döl asfiksiyadan tələf olur.

§ 1.2. Çanaq gəlişlərində hamiləlik və doğuşun gedişi

Döldə çanaq gəlişini formalaşdıran çoxsaylı patogenetik faktorlar hamiləliyin ağırlaşma hallarını artırır. Çanaq gəlişində doğan qadınları 20 %-də istmikoservikal çatışmazlıq müşahidə edilir, bu da hamiləliyin pozulması təhlükəsi yaradır, vaxtından əvvəl doğuşlara və düşüklərə səbəb olur. Çanaq gəlişində hamiləlik zamanı aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlir: hamiləliyin I yarısında hamiləliyin pozulması təhlükəsi və hamiləlik toksikozları; hamiləliyin II yarısında hipertenziv vəziyyətlər, hamiləliyin pozulması təhlükəsi, göbək ciyəsinin dolanması, azmayelilik və s.

Çanaq gəlişlərində doğuş zamanı da ağırlaşmalar meydana çıxır. Doğuşun I dövründə ən çox rast gələn ağırlaşma dölyanı mayenin vaxtından qabaq axmasıdır: sağrıların ölçüsü başdan kiçik olduğuna görə çanağa girərkən onun girəcəyinə kip yerləşə bilmir, təmas kəməri əmələ gəlmir, dölyanı mayenin ön və arxa sulara ayrılması baş vermir. Sancılar nəticəsində dölyanı mayələrin hamısı uşaqlığın aşağı qütbünə yığılır, döl qovugunu doldurur. Nəticədə döl qışaları bu gərginliyə tab gətirməyib yırtılır. Sular axan zaman göbək ciyəsinin enməsi baş verə bilər. Çanaq gəlişlərində göbək ciyəsinin enməsi daha az təhlükə yaradır. Lakin çanaq gəlişlərində də göbək ciyəsinin sıxılması zamanı, dölün asfiksiyası və ölümü mümkündür.

Dölün gəliş hissəsi uzun müddət çanaq girəcəyi üzərində dayanır. Dölyanı mayələrin vaxtından əvvəl axması doğum fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb olur, bu isə uşaqlıq boynunun açılmasını və dölün çanaq hissəsinin doğum yollarında irəliləməsini ləngidir. Açılma dövründə doğuşun belə patoloji gedişi uşaqlıq-cift qan dövranının pozulmasına, dölün hipoksiyasına, uzunmüddətli susuz dövr isə uşaqlığın, dölün və qışaların infeksiyalanmasına səbəb olur.

Döl üçün ən böyük təhlükə doğuşun II dövründə yaranır. Qovulma dövrü doğum gücünün ikincili zəifləməsi ilə ağırlaşır.

Dölün ən böyük hissəsi olan başın birinci deyil, sonuncu doğulması ilə əlaqədar olaraq qovulma dövrünün öz xüsusiyyətləri var. Belə ki, doğum yollarından ilk olaraq, başa nisbətən kiçik olan çanaq keçir. Belə halda doğum yolları başın və çiynlərin keçməsi üçün kifayət qədər açılır. Buna görə də döl üçün təhlükəli ağırlaşmalar baş verir: əllərin geri qatlanması, başın açılması, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və s. Bu ağırlaşmalar dölün asfiksiyasına və ölümünə səbəb ola bilər.

Başın sonda doğulması göbək ciyəsinin başla çanaq arasında sıxılmasına və onda qan dövranının dayanmasına səbəb olur. Doğuşun bu etapu bir neçə dəqiqəyə başa çatmalıdır. Bu vaxtın 5 dəqiqədən çox uzanması dölün asfiksiyasına səbəb olur. Başın doğulması 10 dəqiqə və daha çox ləngidikdə dölün ölümü baş verir.

Qovulma dövrünün ən ağır ağırlaşması dölün arxa görkəmdə doğulmasıdır. Bu zaman baş ön görkəmdə olduğu kimi kiçik çəp ölçüsü (9,5 sm) ilə deyil, öz düz ölçüsü ilə (12 sm) doğulur, çənəsi simfizin altına keçir. Belə olduqda dölün kəllədaxili travmadan ölməsi təhlükəsi yaranır. Anada isə uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun, aralığın dərin cırıqları ola bilər.

Ayaq gəlişlərində tam açılmamış uşaqlıq boynu kanalından dölün qovulması zamanı doğuş ağırlaşır. Ayaqlar, sağrılar, gövdə doğum yollarından sürətlə irəliləyir, baş böyük və sərt olduğu üçün ləngiyir, bu da dölün hipoksiyasına və ölümünə səbəb olur. Başın zorla çıxarılması isə uşaqlıq boynunun, hətta uşaqlığın aşağı seqmentinin cırılmasına səbəb olur.

Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, çanaq gəlişində doğulmuş uşaqlarda daha çox bud-çanaq oynaq çıxığı və displaziyası, ensefalopatiya, hidrosefaliya və psixomotor inkişafın gerikəlməsi halları rast gəlinir.

§ 1.3. Çanaq gəlişlərində hamiləlik və doğuşun idarə olunması

Hamiləliyin idarə olunması. Çanaq gəlişləri ilə hamilə olan qadınların dispanserizasiyasının bir çox xüsusiyyətləri var. Qadın həftədə bir dəfə, lazım gəldikdə daha tez-tez həkimin qəbuluna gəlməlidir. Müxtəlif gimnastik hərəkətlərlə çanaq gəlişini baş gəlişinə gətirməyə cəhd edirlər. Hamiləliyin 29-30-cu həftələrində korreksiyaedici gimnastika təyin edilir. Bunun üçün hamilə qadın taxt üzərində uzanaraq, hər 10 dəqiqədən bir sağ və sol böyrü üstə dönmür. Bu hərəkətlər gün ərzində 3 dəfə olmaqla 10 gün yerinə yetirilir. Adətən ilk həftədə dölnün vəziyyəti düzəlir. Belə gimnastik hərəkətləri uşaqlığın şişlərində, inkişaf anomaliyalarında aparmaq olmaz. Əgər döl baş gəlişinə gəlmərsə, onda hamilə dölnün kürəyi olan tərəfə yatmalı, uşaqlığın ölçüsünü şaquli böyüdən bandaj geyinməlidir. Bu kompleksin effektivliyi 76%-dir. Bir çox başqa gimnastik hərəkətlər də təklif olunur. Hamilə qadının üzməsi də dölnün dönməsinə səbəb olur.

B.A. Arxangelski dölnün xarici döndərilməsini təklif edir. Hamiləliyin 36-37-ci həftələrindən sonra dölnün hərəkətliliyini təmin edəcək qədər dölyanı maye olduqda, yüksək ixtisaslı həkim tərəfindən USM-nin nəzarəti və adrenomimetiklərin təsiri altında, dölnün baş gəlişinə döndərilməsi həyata keçirilir (XVIII fəsil). Son zamanlar demək olar ki, bu üsuldən az istifadə olunur.

Çanaq gəlişi ilə hamilə olan qadınlar doğuşa 10-15 gün qalmış hospitallaşdırılır. Bu zaman doğuşun aparılma üsulu seçilir və perinatal vəziyyəti qiymətləndirmək üçün tez-tez kardiomanitor, histerokardioqrafiya, ultrasəs müayinəsi aparılır.

Doğuşun idarə olunması. Çanaq gəlişində doğuşun idarə olunması, hamiləlik zamanı tərtib olunmuş plan üzrə aparılır. Bu zaman hamilənin müayinəsinin nəticələri (həm ana, həm döl) əsas götürülür. Doğuşun təbii, yoxsa operativ yolla aparılacağı qərarı alınır.

Çanaq gəlişlərində doğuşun aparılma taktikası bir sıra şərtlərdən asılıdır. Bunların arasında qadının yaşını, hamiləlik müddətini, dölnün çəkisi və vəziyyətini, döl başının açılma dərəcəsini, uşaqlıq boynunun yetişkənliyini, çanağın ölçülərini, yanaşı gedən ekstragenital patologiyaları, hamiləliyin gedişindəki ağırlaşmaları, əvvəlki hamiləliklərin nəticələrini nəzərə almaq lazımdır. Çanaq gəlişlərində çəkisi 3600 qr-dan çox olan döl **iri döl** hesab edilir. Çəkisi 1500-2000 qr olan döl doğum yollarından keçərkən travma ala bilər.

Çanaq gəlişlərində əl yardımları ilə doğuşun idarə olunması zamanı ağırlaşmalar çox olduğu üçün əksər hallarda Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır. Çanaq gəlişlərində aşağıdakı hallarda planlı Kesar əməliyyatı aparılır:

- anatomik dar çanaq, iri döl, kiçik döl, doğanın yaşının 30-dan çox olması, uşaqlıqda çapıq, yetişmiş hamiləlikdə doğuş yollarının doğuşa hazır olmaması, başın III dərəcəli açılması, dölnün xroniki hipoksiyası, ağırlaşmış mamalıq anamnezi (ölüdoğma, uşaqsalma, doğum gücü zəifliyi, qanaxma ilə gedən doğuşlar), çoxdöllü hamiləlikdə birinci dölnün çanaq gəlişində olması, uşaqlığın inkişaf anomaliyaları, şişləri, ekstragenital patologiyalar;

- cift gəlişləri, cift çatışmazlığı, dölnün inkişafdan qalması, uşaqsalma (dölnün çəkisi 2000 qr-a qədər), vaxtı ötmüş hamiləlik, sonsuzluq.

- dölnün cinsi – oğlan uşaqlarında cinsiyət orqanlarında doğum şişinin əmələ gəlməsi generativ funksiyaya mənfi təsir göstərir; daxili müayinə apararkən xayalara toxunduqda və ya hər hansı başqa qıcıq təsirindən döl vaxtından əvvəl nəfəs alır, mekonium qarışmış dölyanı mayenin aspirasiyasına səbəb olur.

Hamilənin və dölnün kafi vəziyyətində, çanağın normal ölçüləri, yetişmiş uşaqlıq boynu və intensiv doğum fəaliyyəti olarsa, doğuşu manitor nəzarəti altında təbii doğuş yollarından aparmaq olar. Lakin ağırlaşmalar baş verdikdə aparılma planı dəyişdirilməlidir, yəni doğuş cərrahi yolla aparılmalıdır.

Çanaq gəlişlərində doğuşun idarə olunmasında aşağıdakı qaydalara əməl olunur:

- ana və dölnün vəziyyətini və doğuşun gedişini nəzarətdə saxlamaq;
- gözləmə mövqeyinə ciddi əməl etmək;
- ağırlaşmalar zamanı vaxtında yardım göstərmək.

Açılma dövründə dölyanı mayenin vaxtından qabaq açılmasının qarşısını almaq üçün doğan qadın dölün mövqeyinə uyğun (I mövqedə sol, II mövqedə sağ) böyrü üstə uzanmalıdır. Doğana yataqdan durmağa icazə verilmir. Bu dölün gəliş hissəsinin çanaq girəcəyinə sıxılmasının, sancıların güclənməsinin və göbək ciyəsinin enməsinin qarşısını alınmasına yardım edir. Dölün ürək döyüntülərinə və uşaqlıq yığılmalarına manitor nəzarəti lazımdır. Bununla meydana çıxan ağırlaşmaların vaxtında aşkar edilməsi, onların vaxtında korreksiyası və ya doğuş taktikasının dəyişdirilməsi mümkün olur.

Doğuş zamanı bətdaxili hipoksiyanın əsas simptomu dölün ürək döyüntülərinin dəyişməsidir. Bəzən çanaq gəlişlərində mexaniki təsirdən mekonium ifraz olunur. Dölün ürək döyüntüləri normaldırsa, bu asfiksiya əlaməti deyil.

Çanaq gəlişləri zamanı dölün hipoksiyasının profilaktikası aparılmalıdır. Bu məqsədlə oksigenoterapiya aparılır, vena daxilinə 20 ml 40% li qlükoza, 100 mq kokarboksillaza, 4 ml aktovigen, 4 ml 1% li sigetin məhlulu yeridilir.

Çanaq gəlişlərində intensiv doğum fəaliyyəti olduqda, aktiv fazada uşaqlıq boynunun açılması 1 sm/saat təşkil edir.



Şəkil:7-6. Sağrıların cinsiyyət yarığını yarması

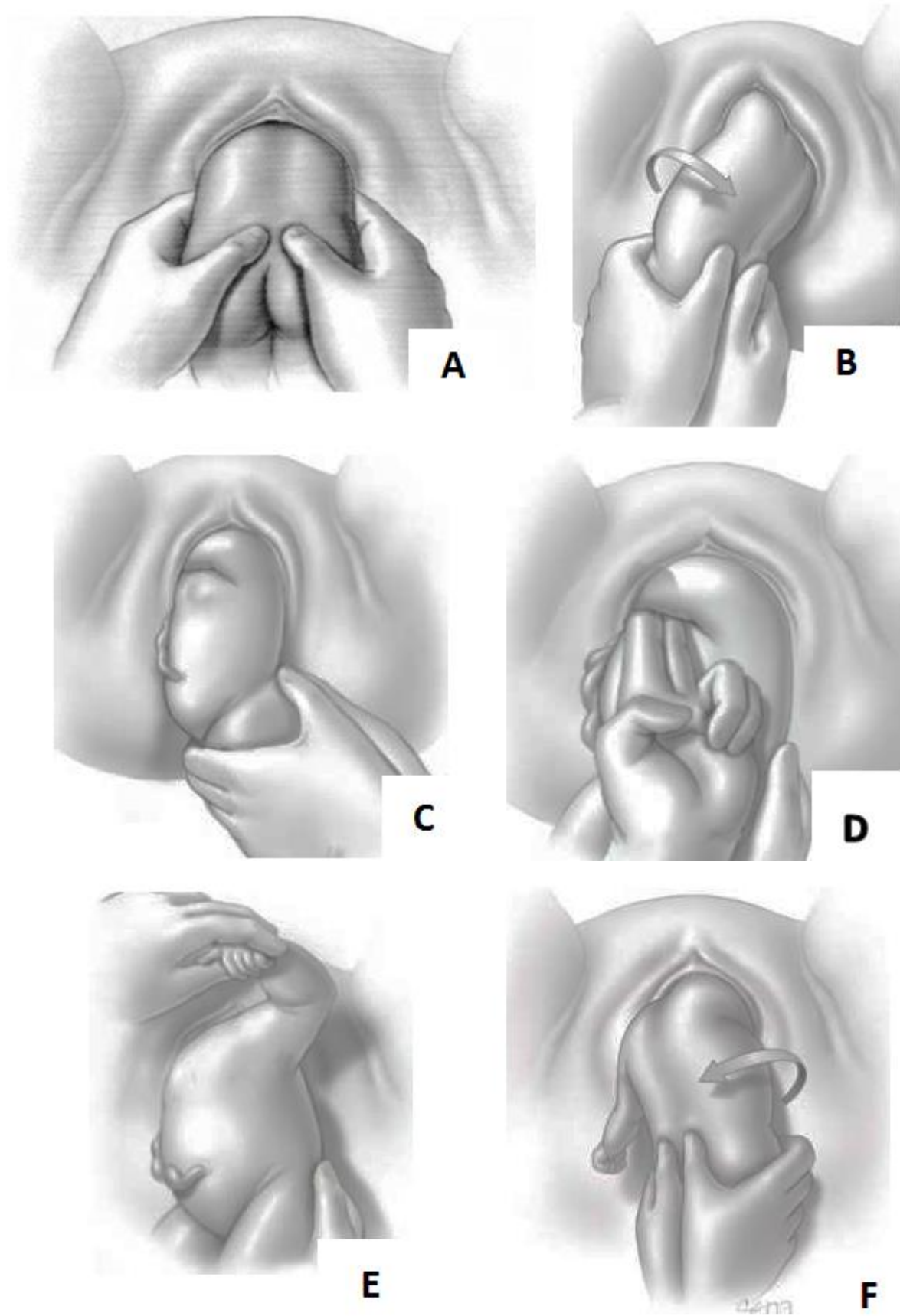
Doğuş fəaliyyəti zəifliyinin profilaktikası məqsədi ilə doğuşun II dövründə vena daxilinə uterotonik maddələr (5 V oksitosin + 500 ml, 5% li qlükoza məhlulu) yeridilir, hər gücvermədən sonra ürək döyüntülərinə qulaq asılır, vaxtaşırı (2 saatdan bir) dölün hipoksiyasının profilaktikası aparılır, baş doğularkən uşaqlıq boynunun spazmının qarşısını almaq üçün spazmolitiklər vurulur. Spazmolitiklərin istifadəsi (skopinal, no-şpa, atropin sulfat, papaverin hidroxlorid və s.) aktiv fazada müntəzəm doğuş fəaliyyəti zamanı uşaqlıq boynu 4 sm-dən çox açıq olduqda məsləhət görülür. Müasir dövrdə effektiv ağrısızlaşdırma – doğum fəaliyyətinin tənzimlənməsinə, uşaqlıq boynunun tez açılmasına, çanaq dibi əzələlərinin relaksiyasına səbəb olan – epidural anesteziyaya üstünlük verilir.

Doğan qadına manitor nəzarəti doğum fəaliyyəti zəifliyi diaqnozunun vaxtında qoyulmasına və müalicənin aparılmasına imkan yaradır, müalicə effekt vermədikdə Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Doğuşun I dövründə dölyanı maye axdıqdan 2 saat sonra doğum fəaliyyəti başlamaz və göbək ciyəsi enərsə Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Sağrıların cinsiyyət yarığını oyması (şəkil:7-6) və yarması zamanı mama gözləmə mövqeyində durur. Ayaqdan və ya çanaq ucundan çəkmək əks göstərişdir. Bu dölün üzvlərinin düzülüşünün pozulmasına əllərin qatlanmasına, başının açılmasına səbəb olar.

Döl göbəyə qədər doğulduqdan sonra mama sağrıları ehtiyatla tutur ki, sallanmasın. Bu zaman hər iki əlin baş barmaqları omadan qalan barmaqlar buddan tutur. Qarın orqanlarını, xüsusilə qara ciyəri əzməmək üçün qarından tutmaq olmaz (şəkil:7-7 A). Döl kürək sümüyünün aşağı bücağına qədər doğulduqdan sonra gövdə saat əqrəbi istiqamətində 90° dönür (şəkil:7-8 B)



Şəkil:7-7. A-doğulan sağrıların tutulması; B-gövdənin saat əqrəbi istiqamətində döndərilməsi;
C-gövdənin dönməsi başa çatıb; D-ön qolun tutulması; E- ön qolunun azad edilməsi;
F-arxa qolun azad edilməsi üçün gövdənin saat əqrəbinin əksi istiqamətində döndərilməsi



Şəkil:7-8 ayaq gəlişində ayağın tutulması

Sonra qollar azad edilir. Mama iki barmağını qasıq qövsünün altından salaraq dölün ön qolunu tutur və onu azad edir (şəkil:7- 7 D,E).

Sonra dölün gövdəsi saat əqrəbinin əksi istiqamətində fırladılır və yüngül aşağı doğru traksiya aparılır və ikinci qol da azad edilir (şəkil:7-7 F) .

Dölün başı spontan doğulmazsa **Moriso-Levre** üsulu ilə azad edilir. Dölün gövdəsi doğulduqdan sonra istilik itkisinin qarşısını almaq üçün onu bükmək təklif olunur.

Ayaq gəlişlərində dölün ayaqlarından tutulur və yuxarıya doğru traksiya edilir (şəkil:7-8). Dölün sağrıları doğulduqdan sonra doğuş sağrı gəlişlərində olduğu kimi davam edir. Döl kürək sümüyünün aşağı bücağına qədər doğulduqdan sonra mama iki barmağını omanın altından salaraq arxa qolu azad edir. Sonra dölün gövdəsini 90° dərəcə döndərilərək ikinci qol azad edilir

§ 1.4. Çanaq gəlişlərində əl yardımı

Normal doğuşlarda dölün başı və gövdəsi tez doğulur. Bəzən onların doğulması ləngiyir, göbək ciyəsi gövdə və ya başla çanaq arasında sıxılır, dölün asfiksiyasına səbəb olur. Belə halda mama əl yardımı göstərir. Çanaq gəlişlərində aşağıdakı əl yardımları göstərilir:

- Tsovyanov üsulları ilə əl yardımları – I və II üsullar;
- klassik əl yardımı;
- dölün çanaq ucundan ekstraksiyası.

Tsovyanovun I üsulu. Xalis (Tam) sağrı gəlişində əl yardımı (şəkil:7-9). Bu üsulun əsas mahiyyəti dölün bədən üzvlərinin (ayaqların, əllərin, başın) normal qarşılıqlı münasibətinin (düzülüşünün) saxlanmasıdır. Normal halda dölün ayaqları gövdə boyu uzanır, çarpazlaşmış qolları döş qəfəsinə sıxır. Gövdə boyu uzanmış ayaqların pəncələri üzə qədər çatır, çənəni (baş bükülmüş vəziyyətdədir) döş qəfəsinə sıxır. Yəni ayaqlar qolların geri qatlanmasına və başın açılmasına mane olur. Həmçinin döş qəfəsində çarpazlaşmış qollar bu çevrəni genişləndirir (42 sm) və doğularkən doğum yollarının kifayət qədər açılmasına səbəb olur, daha kiçik çevrəli (32 sm) başın daha asan doğulmasına şərait yaradır. Döl hissələrinin belə düzülüşünü saxlamaq vacibdir.

I Tsovyanov üsulunda sağrılar doğulana qədər mama gözləmə mövqeyində olur. Sağrılar doğulduqdan sonra perineotomiya etməklə, dölün göbək həlqəsinə qədər doğulmasını gözləyir. Bundan sonra mama hər iki əli ilə dölü tutur. Bu zaman baş barmaqlar gövdə boyu uzanan ayaqları dölün gövdəsinə sıxır, digər dörd barmaq oma üzərinə qoyulur. Əllərin belə qoyulması ayaqların açılmasının və gövdənin asılmasının qarşısını alır. Doğulan gövdə çanağın ötürücü oxunun davamı ilə yuxarı yönəlir (parabola cızır). Gövdə doğulduqca mama əlini yuxarı cinsiyyət yarığına doğru sürür, ayaqları ehtiyatla gövdəyə sıxmaqda davam edir. Çiyin qurşağı doğulana qədər ayaqlar açılmamalıdır. Çiyin qurşağı doğulduqdan sonra əllər özbaşına doğulur. Əgər əllər özbaşına doğulmursa, mama əllərinin vəziyyətini dəyişmədən çiyin qurşağını çanaq çıxacağına düz ölçüsünə gətirir, gövdəni aşağı, omaya doğru əyir. Bu zaman ön qol doğulur. Sonra dölün gövdəsi yuxarıya (önə) əyilir. Arxa qol doğulur. Arxa qolla birlikdə ayaqlar da düşür, bundan sonra cinsiyyət yarığından çənə görünür, güclü gücvermə ilə döl başı doğulur. Bu zaman gövdəni yuxarı yönəltmək lazımdır.



Şəkil:7-9. Tsovyanovun I üsulu

Əgər baş özbaşına doğulmursa, Moriso–Levre–Lasapelli üsulundan istifadə olunur.

II Tsovyanov üsulu. Ayaq gəlişlərində əl yardımı. (şəkil:7-10) Ayaq gəlişlərində doğuş ağırlaşmaları və ölü doğulma halları daha çox rast gəlinir. Ağırlaşmaların səbəbi doğulan ayaqların doğuş yollarını lazımı qədər genişləndirməməsi, daha böyük çiyin qurşağının və başın keçməsi üçün şərait yaratmamasıdır. Ona görə də ayaq gəlişlərində qolun geriye qatlanması, başın açılması, tetanik yığılan uşaqlığın başı sıxması çox rast gəlinir. Əgər çiyin qurşağı doğulana qədər servikal kanal tam açılsaysa, bu fəsadlardan qaçmaq olar. Bu məqsədlə Tsovyanov servikal kanal tam açılana qədər ayaqları doğum yollarında ləngitməyi təklif edir.

Daxili müayinə ilə ayaq gəlişi müəyyənəndirildikdən sonra, xarici cinsiyyət üzvlərinin üzərinə steril salfet salınır və mama əlinin övuc səthi ilə vulvaya təzyiq edilir, ayaqların enməsinə mane olur. Bu təzyiqin nəticəsində uşaqlıq boynu tam açılır, çünki bu müddətdə sağrılar çanaq dibinə



Şəkil:7-10. Tsovyanovun II üsulu

enir, döl dizlərini qarına sıxaraq (bardaş qurub oturur), ayaq gəlişi qarışıq sağrı gəlişinə (daha böyük ölçü) keçir. Enən sağrıların təzyiqi altında cinsiyyət yarığı açılır, aralıq maksimal gərilir, anus açılır, ovucun əks təzyiqinə baxmayaraq, ayaqlar ovucun kənarlarından görünməyə başlayır. Bu əlamət uşaqlıq boynunun tam açıldığını göstərir. Döl doğum kanalında hərəkət edərkən oma kələfinin sinirlərinə təsir edir, sancılar və gücvermələr güclənir.

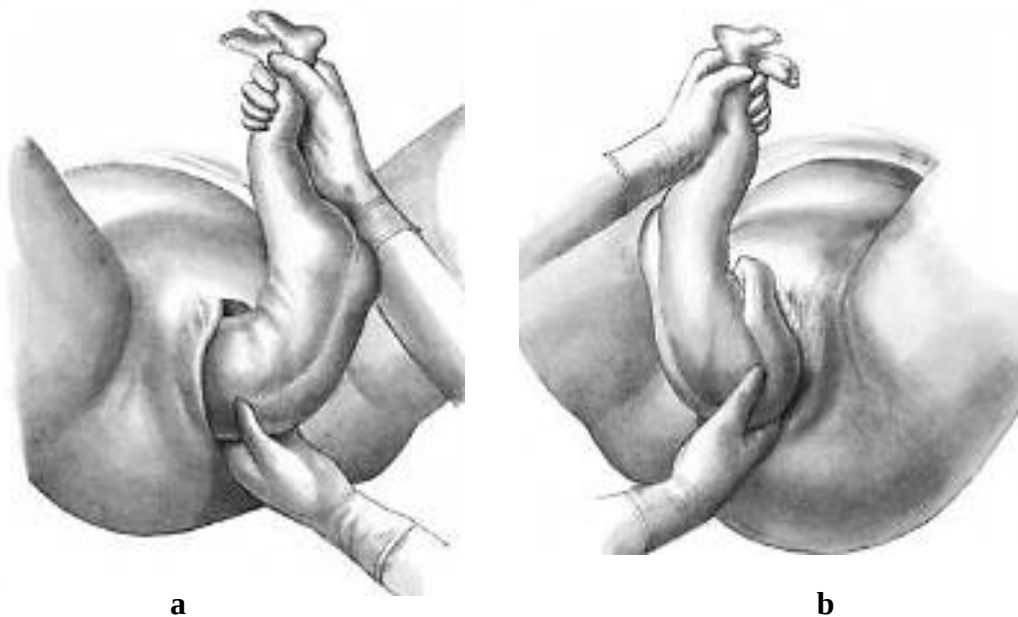
Aşağıdakı əlamətlər servikal kanalın tam açıldığını göstərir: aralığın güclü qabarması, anusun açılması, tez-tez və güclü gücvermələrin olması, kontraksiyon həlqənin simfizdən 4-5 köndələn barmaq yuxarı olması. Bu əlamətlər meydana çıxdıqdan sonra aralığa əks təzyiq dayandırılır. Doğuş sağrı gəlişi kimi qəbul edilir. Tsovyanov üsulu tətbiq edilərkən mütləq uterotonik

və spazmolitik dərmanlardan istifadə olunmalıdır. Hər gücvermədən sonra dölün ürək döyüntülərinə qulaq asmaq lazımdır. Ayaq gəlişləri zamanı çox vaxt doğuş Kesar əməliyyatı ilə başa çatdırılır.

Çanaq gəlişlərində klassik əl yardımı. (şəkil:7-11) Çanaq gəlişlərində dölün başının və qollarının azad olunmasına yönələn hərəkətlər kompleksi **klassik əl yardımı** adlanır. Dölün əlləri açıldıqda və geri qatlandıqda, kürəyin aşağı bucağına qədər doğulduqdan sonra onun irəliləməsi dayanır. Bu zaman göbək ciyəsi döl ilə çanaq arasında qalıb sıxıla bilər. Belə olduqda mamanın doğuşu başa çatdırmaq üçün 5-7 dəqiqə vaxtı var. Əks halda döl tələf olur. Ümumiyyətlə çanaq gəlişlərində doğuşu idarə edərkən, döl göbəyə qədər doğulduqdan sonra, göbək ciyəsinin dartılıb-dartılmadığını

yoxlamaq lazımdır. Dartılma varsa ehtiyatla çəkməklə dartılmanı azaltmaq lazımdır. Əgər dartılma zəifləmirsə, göbək ciyəsi kəsilməli və doğuş sürətləndirilməlidir. Əgər göbək ciyəsi ayaqların arasındadırsa, onu arxa sağrıdan ehtiyatla keçirərək azad etmək lazımdır.

Qolların doğulması ləngidikdə, əllər başın üzərinə qatlandıqda, təcili əl yardımı lazımdır. Həkim dölün ayaqlarını tutaraq, maksimal şəkildə onun əksi istiqamətində (ananın buduna tərəf, I mövqedə sağ, II mövqedə sol buda tərəf) yönəldir, bununla barmaqların doğum kanalına salınmasına şərait yaradır. Şəhadət və orta barmaqlar açılmış vəziyyətdə dölün arxasından oma çuxuruna salınır, dölün qolunun dirsək çuxuru tapılır, bazunun yuxarı 1/3-dən tutulur və qol gövdədən ayrılmağa aşağı sürüşdürülür. Əgər qatlanıbsa əl üzdən və döş qəfəsindən aşağı sürüşür və azad olur. Bundan sonra dölün gövdəsi 180° fırladılaraq ön qol aralığının altına gətirilir. Bunun üçün mama iki əllə dölün azad edilmiş əli ilə birlikdə dölün döş qəfəsindən tutur. Bu zaman baş barmaq onurğa boyu, digər barmaqlar döş qəfəsi üzərində olur. Döndərməni elə etmək lazımdır ki, dölün arxası simfizindən altından keçsin, üzü ananın digər (əks) buduna baxsın. Döndərmə zamanı dölü dartmaq olmaz. Döndərmədən sonra ayaqlar tutulub əks qasıq qövsünə doğru çəkilir və II qol analoji qaydada azad edilir.



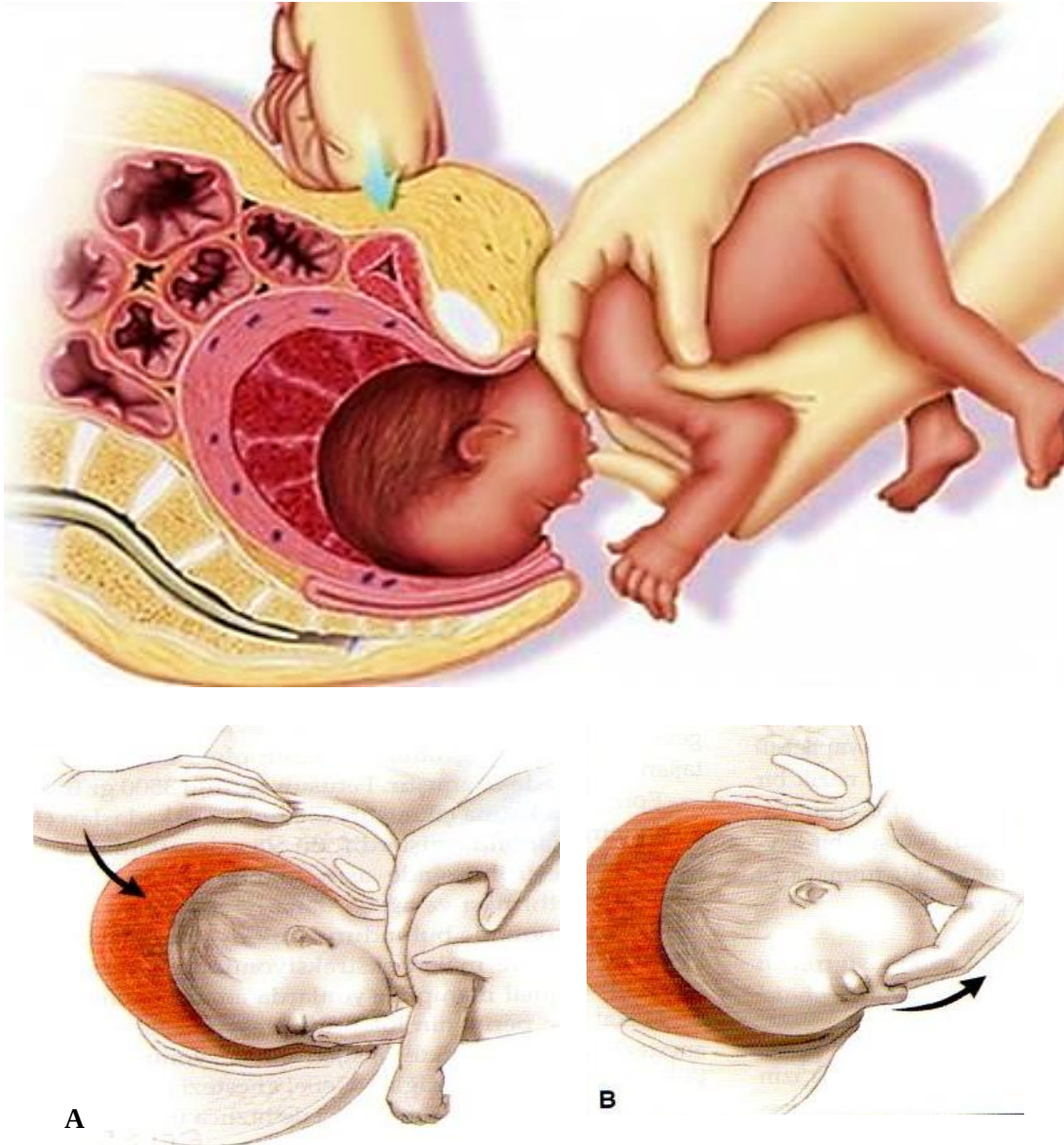
Şəkil:7-11. Klassik əl yardımı:a) arxa qolun azad edilməsi; b) ön qolun azad edilməsi

Qolları azad etdikdən sonra baş azad edilir. Bu məqsədlə Morisio-Levre-Lasapelli üsulundan istifadə edilir.

Morisio-Levre-Lasapelli üsulu (şəkil:7-12). Mamanın dölün II qolunu azad edən əli uşaqlıq boşluğunda qalır, döl bu əlin üzərində ayaqları yarlardan sallanmış vəziyyətdə (at üzərində oturmuş kimi) oturur. Daxildəki əlin şəhadət barmağı dölün ağzına salınır, başın bükülməsini və daxili dönüşünü təmin edir. Mama xaricdəki əlin şəhadət və orta barmaqları ilə dölün boyununu yarlardan tutur (bu zaman barmaqlar körpücük sümüyünə və körpücükaltı çuxura dəyməməlidir), ənsəaltı çuxur simfizə çatana qədər dölü özünə və aşağıya tərəf traksiya edir. Ənsəaltı çuxur simfizdən aşağı kənarının altına fiksasiya olunduqdan sonra traksiyalar yuxarıya doğru istiqamətləndirilir. Baş bükülmüş vəziyyətdə simfizə dirənərək doğulur: aralığın üzərindən əvvəl ağzı, sonra üz, alın, təpə qabarıqları görünür. Sonralar bu üsul təkmilləşdirilmiş, şəhadət və orta barmaqların üst çənənin üzərinə qoyulub təzyiq edilməsi təklif olunub.

Başın doğulmasını asanlaşdırmaq üçün qarın divarından təzyiq edilir. Bütün bu manipulyasiyaları ehtiyatla aparmaq lazımdır, belə ki, baş çox açılsa boyun fəqərələrinin köndələn çıxıntıları arasında yerləşən və beyini qidalandıran onurğa arteriyaları zədələnməyə bilər. Həkimin kobud hərəkətləri beyincik çadırının çırılmasına, onurğanın və onurğa beyninin zədələnməsinə səbəb ola bilər və nə-

hayət qovulma dövründə arxa görkəm yarana bilər. Arxa görkəm təyin olunan kimi doğulan ayaqlar əl ilə tutulur, aşağı dartılaraq, ayağın baş barmağı istiqamətində öz oxu ətrafında o vaxta qədər döndərilir ki, dölün kürəyi önə, simfizin altına keçsin. Əgər bu mümkün olmursa başın azad edilməsi çətinləşir və ağır travmadan döl tələf olur.



Şəkil:7-12.A) Morisio-Levre üsulu I üsul; şəhadət barmağı döcün ağzına salınır.
B) Morisio-Levre üsulu II üsul: şəhadət və orta barmaq üst çənəyə qoyulur

Kesar kəsiyi əməliyyatı zamanı döl ayaqlarından və ya qasıq büküşündən tutularaq çıxarılır.

Dölün çanaq ucundan ekstraksiyası. Çanaq gəlişlərində ana və döl həyatı üçün təhlükəli ağırlaşmalar yarandıqda dölün çanaq ucundan ekstraksiyası ilə doğuş başa çatdırılır. Bu zaman döl ayaqdan başlayaraq azad edilir. Əməliyyat alətsiz aparılır və göstərişlər aşağıdakılardır:

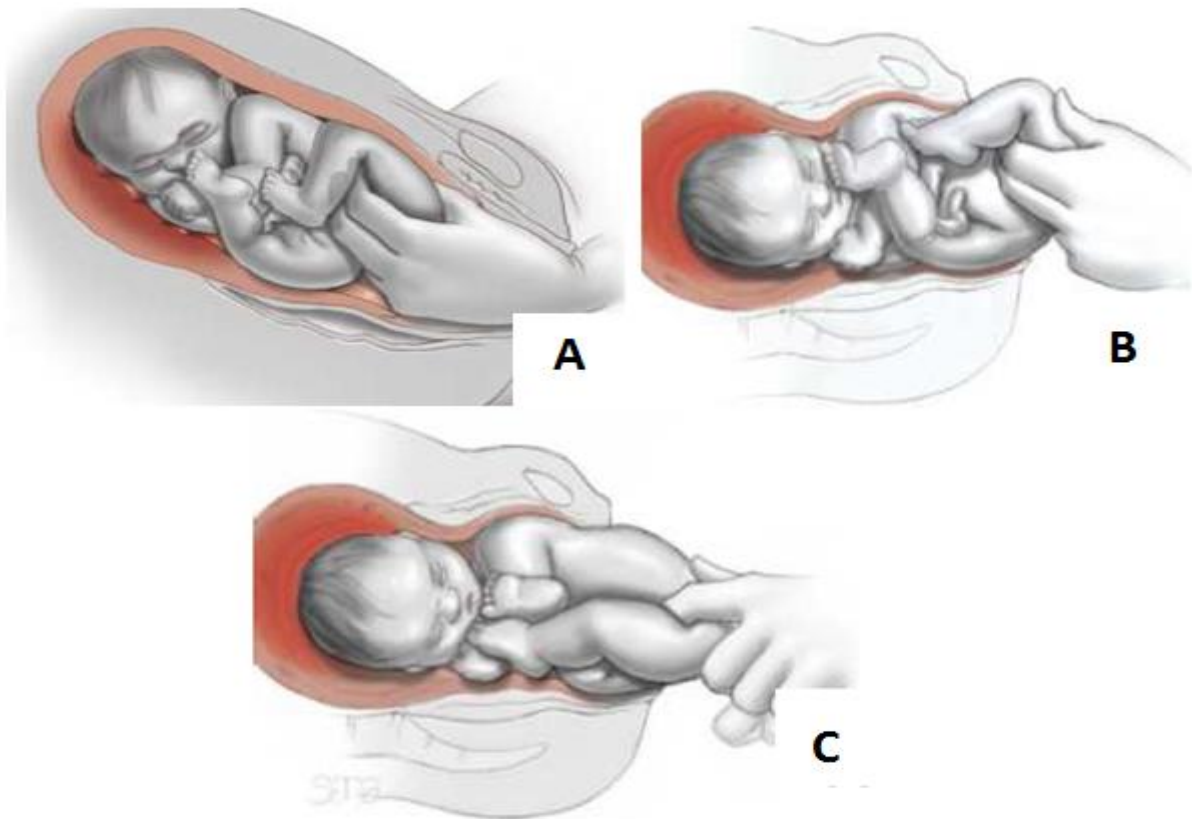
- doğuşu təcili başa çatdırmağı tələb edən doğanın xəstəlikləri (eklampsiya, ürək xəstəlikləri);
- dölün əl yardımı ilə ayaq gəlişinə gətirilməsi;
- döldə hipoksiyanın başlanması.

Əməliyyatı aparmaq üçün müəyyən şərait olmalıdır: uşaqlıq boynu dəliyi tam açıq olmalıdır; döl qovuğu tam olmalıdır; döl ilə ana çanağı uyğun olmalıdır.

Natamam ayaq gəlişlərində bir, tam ayaq gəlişlərində hər iki ayaqdan tutub çıxarırlar. Sağrı gəlişində dölün qasıq бүкüşündən tutulur, qarışıq sağrı gəlişində ön ayaq aşağı çəkilib natamam ayaq gəlişinə gətirilir və ekstraksiya edilir.

Dölün ayaqdan ekstraksiyası. Əməliyyat 3 etapda aparılır. I etapda ayaq tutulur. Ayağın iki üsulla tutulması təklif olunub: şəhadət və orta barmaqlarla topuq nahiyyəsindən ayaq tutulur; baş barmaq dizaltı çuxurdan qalan barmaqlar baldırı öndən tutur. Ayağı iki əllə də tutmaq olar: hər iki baş barmaqlar baldır əzələsinin üzərinə qoyulur. Ayağın bu cür tutulması onu sınmaqdan qoruyur. Yaxşı olar ki, diz oynaqından tutulsun (gərilməsin deyə). Sonra gücvermələr zamanı ehtiyatla aşağı (özünə tərəf) çəkmə hərəkətləri (traksiya) edilir. Ayaq xaric olduqca mama əlini yuxarıya, cinsiyyət yarığına doğru sürüşdürür. Traksiya horizontal istiqamətdə, qasıq бүкüşü və ön qalça qanadı doğulana qədər davam edilir. Sonra ön bud tutulur və yuxarı çəkilir, bu zaman gövdənin yana бүкүlməsi baş verir, aralığın üzərindən II ayaq görünür. II ayağı (arxa) azad etmək olmaz (sınmaq təhlükəsi) sonrakı traksiyalarda o, özü doğulacaq. Pinard şəhadət və orta barmaqları budun önündən, baş barmağı (şəkil:7-13A,B) arxasından tutaraq traksiya etməyi təklif edir.

Sağrılar doğulduqdan sonra hər iki əllə baş barmaq omadan, digər barmaqlar qasıq бүкüşü səviyyəsində qalça və buddan tutur. Bu vəziyyətdə çanaq tutulduqdan sonra traksiya horizontal istiqamətdə davam etdirilir. Arxa ayaq doğulduqdan sonra o da ön ayaq kimi tutulur və gövdəyə qədər traksiya edilir. Göbək ciyəsinin gərilib-gərilmədiyi yoxlanılır, traksiya dölün kürək sümüyünün aşağı bucağı doğulana qədər davam etdirilir. II etapda klassik əl yardımını ilə dölün əlləri azad edilir. III etapda baş azad edilir. Tam ayaq gəlişində ekstraksiya hər iki ayaqdan tutmaqla aparılır. Ayaqlar uşaqlıq yolunda olduqda hər əllə bir ayaq tutulur (baş barmaq baldırdan, digərləri dizdən). Ayaqlar xaric olduqca barmaqlar yuxarı sürüşdürülür. Ekstraksiyanın sonrakı etaplari natamam sağrı gəlişində olduğu kimidir.



Şəkil:7-13. A- B.dölün ayaqdan traksiyası; C- dölün çanaq ucundan traksiyası

Dölün qasıq büküşündən ekstraksiyası (şəkil:7-13 B). Xalis sağrı gəlişində dölün ekstraksiyasına şəhadət barmağı ilə başlanılır. Barmaq ilgək şəklində dölün ön qasıq büküşünə salınır. Traksiya ön sağrı doğulana və ön qalça sümüyü simfizinin altına keçənə qədər davam etdirilir. Traksiya gücvermələr zamanı aparılır. Mama ikinci əlini əməliyyat aparan əlin biləyinin üzərinə qoyub, çəkmə hərəkətlərini gücləndirə bilər. Ön qalça sümüyü qasıq qövsünün altına keçəndə traksiya yuxarı doğru aparılır. Bu zaman gövdə yana bükülür və arxa sağrı doğulur. Sonra mamanın ikinci əlinin şəhadət barmağı ilgək şəklində bükülür və arxa qasıq büküşünə salınır. Döl kürək sümüyünün aşağı bucağına qədər doğulana qədər traksiya aparılır. Ayaqlar özləri düşür, qollar və baş əl yardımında olduğu kimi azad edilir. Dölün qasıq büküşündən ekstraksiyası çətin əməliyyatlardan hesab edilir. Sağrılar yavaş-yavaş irəliləyir, əməliyyat aparan əl yorulur. Sağrı yuxarıda yerləşəndə bu daha da çətinləşir. Təklif olunur ki, küt metal ilgəkdən və ya bint ilgəkdən istifadə edilsin. Lakin bu halda döldə müxtəlif travmalar (cırıq, sınıq) əmələ gəlir, ona görə müasir dövrdə bu əməliyyatlardan ölü döldə istifadə olunur.

Dölün ekstraksiyası zamanı baş verən ağrılaşmalar. Əl yardımında və dölün ekstraksiyası zamanı bir çox ağrılaşmalar mümkündür: servikal dəliyin spazmı, əlin açılması, arxa görkəm.

Uşaqlıq boynu spazmını aradan qaldırmaq üçün əməliyyat narkoz altında aparılır. Spazmın profilaktikası üçün əməliyyatdan əvvəl 0,1% li 1ml atropin və ya 1% li 1ml papaverin vurulur.

Açılmış qolu azad etmək üçün dörd barmaq uşaqlıq yoluna salınır, dirsək oynaqından tutulub ehtiyatla onu elə çəkirlər ki, əl üzdən və döş qəfəsindən aşağı sürüşsün. (əl üzü yuyurmuş kimi).

Arxa görkəmdə dölün ekstraksiyası zamanı da ağrılaşmalar olur. Arxa görkəmdə başı azad etmək üçün mama şəhadət barmağını dölün ağzına salır və başı bükür. Xarici əllə burunüstü qasıq qövsünün altına keçənə qədər çəkilir (fiksasiya nöqtəsi). Bundan sonra dölün gövdəsi yuxarı ananın qarnına doğru yönəldilir və baş aralığın üzərinə gətirilir. Əgər baş açılmış vəziyyətdədirsə və ağza əl çatmırsa onda bir əllə gövdə ananın qarnına doğru çəkilir, çiyin qurşağından tutub başın çıxmasına yardım edilir (şəkil:7-14) Baş vertikal ölçü ilə doğulur. Fiksasiya nöqtəsi dilaltı sümükdür.



Şəkil:7-14.Arxa görkəm başın açılması zamanı başın azad edilməsi

§ 2. Çoxdöllü hamiləlik

İki və daha artıq döl ilə olan hamiləlik çoxdöllü hamiləlik adlanır. Çoxdöllü hamiləlikdən doğulan uşaqlar əkizlər, çoxdöllülüüyü öyrənən elm isə **Hemollogiya** adlanır. Çoxdöllülüüyün rast gəlmə tezliyi Xeylin düsturu ilə ifadə olunur: əkizlər – 80-100, üçəmlər – 80-100² dördəmlər – 80-100³ və s. doğuşlardan bir olur.

Son illərdə əkizlərin doğulma tezliyi artıb. Fertil yaşda çox hormonal dərman qəbul edən, sonsuzluğa görə müalicə alan, ekstrakorparal mayalanan, və ovulyasiyası stimulyasiya olan qadınlarda çoxdöllü hamiləlik daha çox rast gəlir. Stimulyasiyadan sonra bir neçə follikul, nəticədə bir neçə yumurta hüceyrəsi yetişir. Onların da mayalanması çoxdöllü hamiləliyə səbəb olur.

Çoxdöllü hamiləliyin əmələ gəlməsində irsiyyətin də rolu böyükdür. FSH-in çoxluğu nəticə-



Şəkil:7-15. Əkizlərin yaranması

sində bir neçə follikulun yetişməsi mühüm rol oynayır.

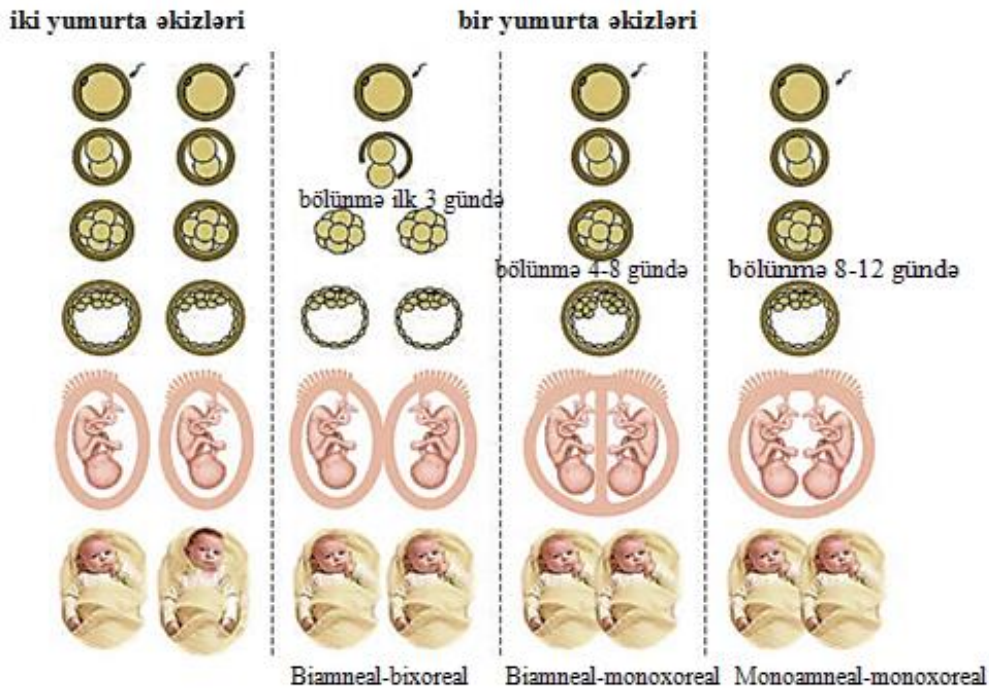
Çoxdöllü hamiləliyin yaranması iki mexanizm ilə baş verir: iki yumurta hüceyrəsinin iki spermatozoid tərəfindən mayalanması nəticəsində iki yumurta əkizləri; ziqotanın iki və daha çox bölünməsi nəticəsində bir yumurta əkizləri yaranır.

Bir neçə yumurta hüceyrəsinin mayalanması – **poliovulyasiya**; bir mayalanmış yumurta hüceyrəsindən bir neçə embrionun əmələ gəlməsi – **poliembrioniya** adlanır. Poliovulyasiya nəticəsində yaranan əkizlər – **iki yumurta əkizləri, diziqot və ya qeyri-identik əkizlər**; poliembrioniya nəticəsində yaranan əkizlər – **bir yumurta, monoziqot və ya identik əkizlər** adlanır (şəkil:7-15). Son zamanlar identik əkizlər termini ehtiyatla işlədilir. Çünki monoziqot əkizlərin də bir-birin-

dən fərqli əlamətləri olur.

Bir yumurta əkizləri. Monoziqot əkizlər identik informasiyaya malikdir, bu da onların bir yumurta hüceyrəsinin bir spermatozoidlə mayalanması nəticəsində əmələ gəldiyini göstərir. Hüceyrə bölünməsinin erkən vaxtlarında eyni genetik kompozisiyalı iki hüceyrə kütləsi əmələ gəlir. Onlar həmişə eyni cinsli olur. Ziqotanın bölünmə vaxtının böyük əhəmiyyəti var. Bölünmə nə qədər tez baş verərsə, əkizlər bir-birindən daha çox təcrid olmur.

Ziqotanın bölünməsi ilk 3 gün ərzində baş verdikdə, hər iki əkizin öz çifti və döl qışaları olur (biamneal-bixoreal). Bölünmə bir az gec (4-8 ci günlər) baş verdikdə əkizlər ümumi çiftə malik olurlar. Amnion boşluğu arakəsmə ilə və ya arakəsməsiz (8-12-ci günlər) ola bilər. Bölünmə daha gec 13-15-cü günlərdə baş verərsə bitişmiş əkizlər doğulur (şəkil:7-16).



Şəkil:7-16. Əkizlərin formalaşması

İki yumurta əkizləri. İki yumurta əkizləri bir follikulda və ya iki follikulda, bir yumurtalıqda və ya iki yumurtalıqda yetişmiş iki yumurta hüceyrəsinin mayalanmasından əmələ gəlir. Üçəm, dördəm və daha böyük çoxdöllülükdə döllərin əmələ gəlməsi müxtəlif cür olur: hamısı bir yumurtalıqda, hamısı ayrı-ayrı yumurtalıqda, biri bir digərləri başqa yumurtalıqda və s.

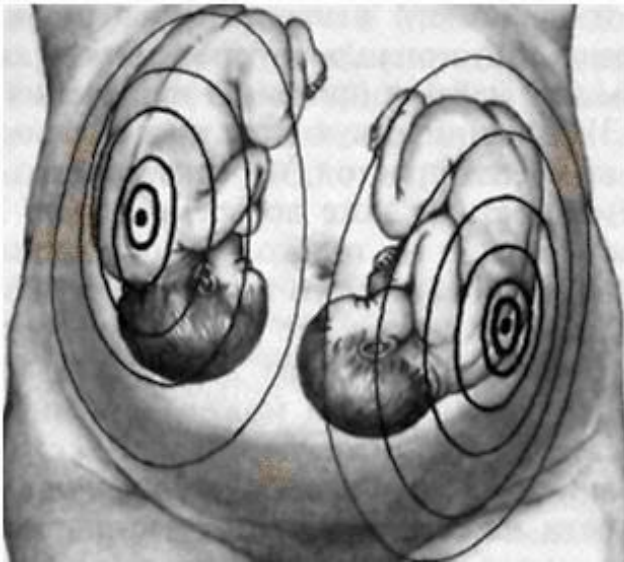
İki yumurta əkizləri (75%-90%) bir yumurta əkizlərinə (25%-10%) nisbətən daha çox rast gəlinir.

Mayalanmış yumurta hüceyrələri sərbəst inkişaf edir: uşaqlığın selikli qişasına peyvənd olunduqdan sonra, hər birinin öz su və xovlu qişası inkişaf edir; gələcəkdə hər bir əkinin sərbəst damar şəbəkəsi olan ciftləri inkişaf edir. Əgər yumurta hüceyrələri bir-birindən uzaqda implantasiya olunubsa, ciftlər tamamilə ayrı-ayrı olur, bir-birinə yaxın implantasiya oldunarsa, ciftin kənarları bir-birinə yapışır, bir cifti xatırladır. Bu zahirən belə görünür, əslində hər ciftin öz damar toru var, ciftin müayinəsində hər ciftin özünün amnion və xorion qişası (biamnial-bixorial) aşkar olunur. Ciftlər arasındakı arakəsmə iki amnion və iki xorion qişadan ibarət olur. Bu qişalar bir-birindən sərbəst ayrılır.

Patomorfoloji olaraq ciftlərin aşağıdakı tipləri var: bixorial–biamnial (ayrı-ayrı, qarışıq), monoamnial (monoamnial-monoxorial, monoxorial-biamnial). Monoxorial ciftin aşkar olunması əkizlərin monoziqot olduğunu göstərir. Bixorial-biamnial cift həm diziqot, həm də ayrı-ayrı implantasiya olunmuş monoziqot əkizlərdə rast gəlinir.

Əkizlərin ziqluğunu başqa müayinə metodları ilə də təyin etmək olur (qan qruplarının, RH-faktoru, başqa faktorların Kell-Doffi, Kuqq və s.). Ziqluğun təyininə, genetik göstəricilərin əhəmiyyəti böyükdür (oxşar əlamətlər) gözün, saçın rəngi, dişlərin, burun və qulaqların forma və düzülüşü və s. Bir yumurta əkizlərində bu əlamətlər hamısı, eləcə də qan qrupu, RH-faktoru və başqa faktorlar eynidir. İki yumurta əkizlərində bu əlamətlərin oxşarlığı, başqa bacı-qardaşlarda olduğu kimidir.

§ 2.1. Çoxdöllü hamiləliyin diaqnostikası



Şəkil:7-17.Əkizlərin ürək döyüntüləri

Birinci trimestrdə yalnız USM-sı ilə hamiləliyin çoxdöllü olduğunu təyin etmək olur. İkinci trimestrdə uşaqlığın ölçüləri müddətinə uyğun gəlmir, daha böyük olur. Bu da çoxdöllü hamiləlikdən şübhələnməyə əsas verir. Diaqnozu USM-si təsdiqləyir. Üçüncü trimestrdən başlayaraq, uşaqlığın hamiləliyin müddətini qabaqlayan ölçüləri təyin edilir. Uşaqlığın dibinin hündürlüyü və qarının çevrəsi əllənlən başın ölçüləri ilə uyğun gəlmədiyindən həkim digər iri hissələri də axtarmağa məcbur olur. Hamiləliyin müddəti nə qədər böyük olarsa, diaqnoz bir o qədər asanlaşır. Uşaqlıq dibinin hündürlüyü 40 sm, qarının çevrəsi 100 sm-dən çox olarsa, xarici müayinə metodları ilə üç və daha artıq iri hissənin və xeyli xırda hissələrin olması aşkar olunur. Uşaqlığın müxtəlif nöqtələrində hər iki dölnün ürək döyüntüləri eşidilir. Bu əlamət aşağıdakı hallarda dəqiqdir:

1.Ürək döyüntüləri eşidilən nöqtələr arasında məsafə var (şəkil:7-17);

2.Bu nöqtələrdə eşidilən ürək döyüntülərinin tezliyi müxtəlifdir. Bunu aydınlaşdırmaq üçün ürək döyüntülərinin auskultasiyası və vurğuların sayılması ayrı-ayrı şəxslər tərəfindən aparılır. Hər iki dölnün ürək fəaliyyətini eyni vaxtda xüsusi kardiomanitorla tədqiq etmək olar.

Çoxdöllü hamiləliyin digər əlaməti uşaqlıq dibinin ortasında çuxurun əmələ gəlməsidir. Bu çuxur döllərin uşaqlıq dibinin yan tərəflərini iri hissələri ilə qabartmaları nəticəsində əmələ gəlir.

Çoxdöllü hamiləlik zamanı qanda xorial qonodotropinin və plasentar laktogenin qatılığı təkdöllü hamiləliklərə nisbətən çox olur (fetoproteinin də səviyyəsi yüksək olur).

USM-si nəinki çoxdöllü hamiləliyin diaqnozunu və döllərin sayını (2,3,4) dəqiqləşdirir, həmçinin döllərin çəkirlərini müəyyənləşdirir. USM-si döllərdə anadan gəlmə qüsurların, birləşmiş əkilərin və s. olub-olmamasını müəyyən edir. Çoxdöllü hamiləliyi çoxmayelilikdən, iri döllü hamiləlikdən, beçəxordan differensasiya etməyə imkan verir. EKQ və KTQ çoxdöllü hamiləliyin diaqnozunu təsdiqləyir və döllərin vəziyyətini qiymətləndirir.

§ 2.2. Çoxdöllü hamiləliyin və doğuşun gedişi

Çoxdöllü hamiləlikdə hamiləlik zamanı qadın orqanizminə düşən tələbat daha da artır. Birdöllü hamiləlikdə müşahidə edilən və kəskin biruzə verməyən simptomlar (yorulma, təngnəfəslik, ürəkbulanma, qusma və s.) çoxdöllü hamiləlikdə kəskin proqressivləşir və çox vaxt patoloji əlamətlər meydana çıxır.

Çoxdöllü hamiləliklərdə ana və döl ölümü və xəstəlikləri birdöllü hamiləliklərə nisbətən 3-5 dəfə çox olur.

Çoxdöllü hamiləliklərdə aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlinir: vaxtından əvvəl doğuş, dölyanı mayenin erkən və vaxtından əvvəl axması, əkilərin transfuzion sindromu və digər inkişaf anomaliyaları, göbək ciyəsinin dartılması, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, bətn daxili infeksiyalaşma, dölün hipoksiyası, döllərdən birində çoxmayeliliyin, xüsusilə hipertenziv vəziyyətlərdə, anemiyanın olması və s. hamiləlik ağırlaşmaları.

Çoxdöllü hamiləliklərdə hamiləlik toksikozları və hipertenziv vəziyyətlər birdöllü hamiləliyə nisbətən 2-3 dəfə artıq rast gəlinir.

Plazmanın hesabına DQH (dövr edən qanın) həcmi artır, bu da yumaq filtrasiyasının artmasına və ödemlərin yaranmasına səbəb olur. DQH-nin çox artması həmçinin hipertenziya yaradır. Çoxdöllü hamiləlikdə damar spazmı və proteinemiya ilə keçən hipertenziv vəziyyətlər əmələ gələ bilər.

Çoxdöllü hamiləlikdə anemiya ən çox rast gəlinən haldır. DQH-nin artması hidremiya və anemiyanın inkişafına səbəb olur. Qanyaranmanın aktivləşməsi nəticəsində çoxlu eritrositlər əmələ gəlir. Eritropoezin artması dəmir ehtiyatlarının tükənməsinə və dəmir defisitli anemiyanın yaranmasına səbəb olur. Beləliklə, çoxdöllü hamiləlikdə anemiya fizioloji hidremiya fonunda inkişaf etdiyi kimi dəmirin defisiti hesabına da əmələ gəlir.

Çoxdöllü hamiləlikdə döl qışalarının, amniotik mayenin və ciftin (amnionit, xorionit, plasentit) və dölün infeksiyalaşması, birdöllü hamiləliyə nisbətən daha çox rast gəlinir. Spesifik və qeyri-spesifik müdafiə faktorlarının azalması infeksiyanın yuxarı qalxmasına imkan yaradır. Uşaqlıq dibinin həddən artıq gərilməsi nəticəsində servikal kanal açılır. Bu vəziyyət həm də döl qışalarının yırtılmasına və dölyanı mayenin vaxtından qabaq açılmasına səbəb olur.

Çoxdöllü hamiləlikdə iki ciftin və ya bir böyük ciftin olması, ciftin aşağıda yerləşməsinə və vaxtından əvvəl ayrılmasına səbəb olur.

Çoxdöllü hamiləlikdə perinatal patologiyanın əsas faktorları uşaqsalma və vaxtından əvvəl doğuşdur.

Bir uşaqlıqda bir neçə dölün inkişafı mikrosomiyaya şərait yaradır. Çoxdöllü hamiləliklərin 70-80%-də uşaqlar 2500 qr və daha az çəki ilə doğulur. Bu halların əksəriyyətində yenidoğulmuşun az çəki ilə doğulması, vaxtından əvvəl doğuşla izah olunur. Çoxdöllü hamiləlikdə doğuşun vaxtından əvvəl baş verməsinin səbəbləri aşağıdakılardır: uşaqlıq əzələlərinin həddən artıq gərilməsi, uşaqlıq-cift qan dövranının pozulması (zəifləməsi), bətn daxili infeksiyalar və infeksiyalaşmalar. Sonuncu halda vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olduqda tokolitiklərdən istifadə edib, hamiləliyi saxlamağa lüzum yoxdur.

Çoxdöllü hamiləlik zamanı rast gəlinən patologiyalar (şəkil:7- 18)

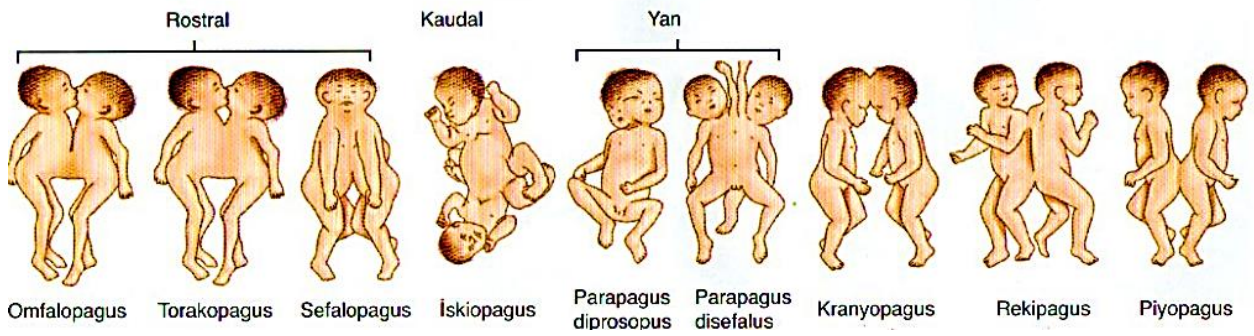


a



b

a) əkilərin qeyri-bərabər inkişafı; b) əkilərin transfuzion sindromu



Əkilərin bitişmə variantları



Əkilərin ilişməsi

Bəzən çoxdöllü hamiləliklərdə döllərin patoloji inkişaf variantları və döllərin yerləşmə ağırlaşmaları rast gəlir. Vahid fetopləntar sistemdən (qan dövranından) qida maddələrinin bərabər paylanmasına baxmayaraq, əkilər eyni inkişaf etmir (şəkil:7-18 a). Biryumurtalı əkilərdə nəinki bir əkinin inkişafdan qalması, hətta tələf olması da müşahidə olunur. Onun dölyanı mayesi və cifti sorulur, reqresiyaya uğrayır. Döl mymyalaşmış halda diri döllə birlikdə doğulur.

Əkilərin transfuzion sindromu haqqında mühakimələr var (şəkil:7-18 b). Bu ağırlaşma ancaq monoxorial tip əkilərdə rast gəlir. Bunun məgzi ondan ibarətdir ki, əkilər arasındakı anastomozlar nəticəsində hemosirkulyasiya pozulur. Nəticədə bir döldə anemiya, digər döldə polisitemiya inkişaf edir. Bu hemotoloji pozğunluğun dərəcəsi damar anastomozların çoxluğundan asılıdır. Belə hallarda çox vaxt bir və ya hər iki döl tələf olur. Doğuş zamanı dölyanı mayenin miqdarına (anemiyalıda-azmayelilik, polisitemiyalıda-çoxmayelilik olur) və yenidoğulmuşların hemoqlobinlərinin səviyyəsinə görə diaqnoz qoyulur. Anaemiyalı uşağa qan, polisitemiyalı uşağa plazma köçürmək lazımdır.

Əkilərdə inkişaf qüsurları daha çox rast gəlir (3-5 dəfə çox olur). Çox vaxt polimultifaktorial qüsurlar (dovşandodaqlılıq, qurdağızlılıq, sinir və ürək-damar sistemi) müşahidə edilir.

Monoxorial əkilər üçün çoxsaylı və letal qüsurların olması xarakterikdir.

Təbabətdə birləşmiş əkilər əlaməti məlumdur. Bitişmə baş (kranioapaqlar), döş qəfəsi (torokopaqlar), çanaq (işioapaqlar), qarın (ksifopaqlar) nahiyələrində ola bilər. Belə bitişmələr çox vaxt qadın cinsli, bir yumurta əkilərində rast gəlir. Belə halların diaqnostikasında USM-si böyük rol oynayır. Bəzən cərrahi korreksiya mümkündür (şəkil:7-18).

Əksər hallarda əkilər boylama vəziyyətdə yerləşir. Belə vəziyyətdə aşağıdakı variantlar mümkündür: hər iki döl baş gəlişində (şəkil:7-19 c), hər iki döl çanaq gəlişində (şəkil:7-19 a), bir döl baş, ikinci döl çanaq gəlişində (şəkil:7-19 b)

Bəzi hallarda bir döl boylama, digəri köndələn yerləşir. Nadir halda hər iki döl köndələn yerləşir (şəkil:7-19 d).

Çoxdöllü hamiləlikdə doğuş normal keçə bilər. Servikal dəlik açılır, birinci döl doğulur, sonra fasilə (bəzən daha çox) yaranır. Bu müddət ərzində uşaqlıq yeni həcminə uyğunlaşır, doğum fəaliyyəti yenidən bərpa olunur, II döl qovuğu yırtılır və II döl doğulur. II döl doğulduqdan sonra hər iki cift uşaqlıq divarından ayrılır və eyni zamanda doğulur.

Çoxdöllü hamiləliklərdə həmişə doğuş belə keçmir, ağırlaşmalar çox rast gəlir. Ən çox rast gələn (60%) ağırlaşma dölyanı mayenin vaxtından əvvəl açılmasıdır. Əgər köndələn və ya sağrı gəlişi və kiçik ölçülü döl olarsa, dölyanı mayələr axanda göbək ciyəsi və kiçik hissələri də endirə bilər.

20-30 % hallarda uşaqlıq əzələlərinin həddən artıq gərilməsi, onun energik yığılmasına mane olur. Bu da doğum fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb olur. Nəticədə sancılar zəif olur, açılma dövrü, bəzən qovulma dövrü də uzanır.

Birinci döl doğulduqdan sonra, doğulan dölün cifti ilə birlikdə ikinci dölün də cifti (və ya ümumi cift) ayrılır. Bu zaman güclü qanaxma baş verir, ananın vəziyyətinin ağırlaşmasına, ikinci dölün bətn daxili asfiksiyasına səbəb olur.

Bəzi hallarda ikinci döl qovuğunun yırtılması ləngiyir. Döl qovuğu süni sürətdə yırtılmasa, II dölün doğulması saatlarla gecikə bilər. Birinci döl doğulduqdan sonra, II döl köndələn vəziyyətə keçə bilər. Belə hallarda doğuş mümkün deyil.

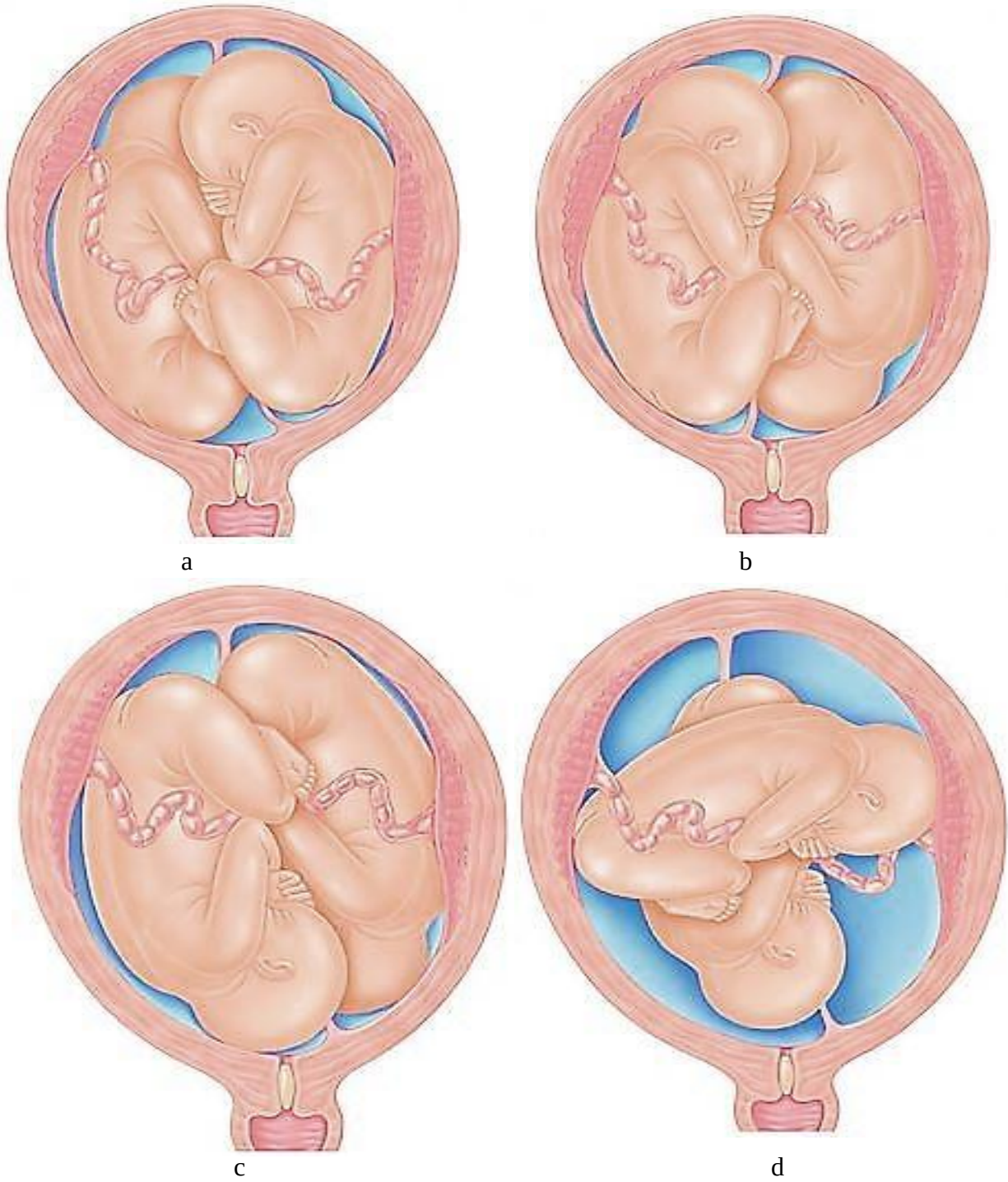
Çox nadir hallarda rast gələn və ən ağır ağırlaşma əkilərin başlarının çanaq girəcəyi üzərində ilişməsi, kolluziyasıdır (şəkil:7-18). Bu ağırlaşma I döl sağrı, II döl baş gəlişində doğularkən baş verir, başqa variantlarda da ilişmə mümkündür. Döllərin ilişməsi zamanı təcili cərrahi əməliyyat aparılmalıdır.

Son dövründə çox vaxt ciftin natamam ayrılması və yaxud ayrılmış ciftin uşaqlıqda ləngiməsi nəticəsində qanaxma baş verir.

Uşaqlıq əzələlərinin həttən çox gərilməsi onların yığılma qabiliyyətini zəiflədir. Nəticədə erkən zahılıq dövründə qanaxmalar ola bilər.

Zahılıq dövründə uşaqlığın involyusiyası zəif olur.

Çoxdöllü hamiləliyin gedişində çoxlu ağırlaşmalar müşahidə olunduğu üçün çoxdöllü hamiləlik fizioloji və patoloji doğuşlar arasında sərhəd kimi qiymətləndirilir.



Şəkil: 7-19. Əkizlərin yerləşmə variantları

§ 2.3. Çoxdöllü hamiləlikdə hamiləliyin və doğuşun idarə olunması

Çoxdöllü hamiləlikdə hamiləlik və doğuşun öz xüsusiyyətləri var. Belə hamiləliklərdə ana və döl tərəfindən ağırlaşma riskləri böyükdür. Çoxdöllü hamiləlik diaqnozu qoyulan kimi dispanserizasiyanın istiqaməti uşaqsalmanın profilaktikasına, döl vəziyyətinin və inkişafının qiymətləndirilməsinə, infeksiyaların aradan qaldırılmasına, daha təhlükəsiz doğuş taktikasının seçilməsinə yönəlməlidir.

Əkiz uşaqlara hamilə olan qadın gündə 2-3 dəfə, 1-2 saat müddətinə yataqda dincəlməlidir. Ona görə belə qadınlar işdən tez çıxmalı, analıq məzuniyyətinə tez buraxılmalıdır.

Çoxdöllü hamiləlikdə qadın daha intensiv müayinə və müşahidə olunmalıdır: hamiləlik başlayandan ayda 2 dəfədən az olmayaraq qadın məsləhətxanasına gəlməli və ya patronaj olunmalıdır; uşaqsalmanın profilaktikası üçün 20 həftəlikdən başlayaraq vaginal müayinə aparılmamalıdır; döllərin biofiziki parametrlərini dinamikada izləmək üçün USM-si aparılmalıdır.

Normal gedişli hamiləlikdə belə vaxtından qabaq doğuşların profilaktikası, dölün və bütövlükdə feto-plasental sistemin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, qarşıya çıxan ağırlaşmaların korreksiyası məqsədi ilə 34-cü həftədən sonra srasionar müalicəsi məsləhət görülür. Normadan kənaraçıxma olarsa, hamilə hospitalaşdırılmalıdır. Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olduqda həm hamiləliyin qorunması, həm də döllərin yetişməsinə tezləşdirən (ağ ciyərlər və beyin) müalicə aparılmalıdır: kortikosteroidlər, fosfolipidlər, antioksidantlar, reoloji aktiv maddələr, hiperbarik oksigenizasiya təyin edilir.

Müasir dövrdə yalnız ikidöllü hamiləlikdə doğuş təbii doğum yollarından aparılır. Üç və daha artıq döl ilə olan hamiləliklərdə döllərin təhlükəsizliyi baxımından cərrahi doğuşa üstünlük verilir. İkidöllü hamiləlik zamanı da doğuş həmişə təbii yolla aparılır, bəzi hallarda doğuş Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırılır. Operativ doğuşlar aşağıdakı hallarda aparılır: döllərin köndələn vəziyyəti və ya çanaq gəlişi; monoamniyal döllər; döllərin birində hipoksiya; bitişmiş döllər; uşaqsalma təhlükəsi, başqa mamalıq anomaliyaları və s.

II döl köndələn vəziyyətdə olduqda o, daxili döndərmə ilə ayaq gəlişinə gətirilir və ayaqla çıxarılır. Müasir dövrdə belə hallarda II dölü Kesar kəsiyi ilə azad etmək məsləhət görülür.

Doğuşun idarə olunması böyük diqqət və səbr tələb edir. Doğuşun dinamikasında ananın və döllərin vəziyyətinə, sidik kisəsi və bağırsaqların funksiyasına, doğuşun gedişinə nəzarət olunur. Doğum gücü zəifliyində uterotonik maddələr (oksitosin, prostoglandinlər, β -adrenoblokatorlar) vurulur. Çoxmayelilik zamanı döl qovuğunun vaxtından əvvəl yırtmaq lazımdır. Bu zaman uşaqlıq boynu 4-5 sm açıq olmalıdır. Artıq maye axdıqdan sonra uşaqlığın gərginliyi azalır, yığılma qabiliyyəti yaxşılaşır. Dölyanı mayeni ehtiyatla buraxmaq lazımdır. Əks halda göbək ciyəsinin və əllərin enməsi, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması kimi ağırlaşmalar ola bilər. Döl qovuğu mərkəzdən deyil, yandan yırtılmalı və əl uşaqlıq yolunda saxlanmalıdır. Bununla axan mayenin sürəti azaldılır.

Əkizlərlə doğuş manitor nəzarəti altında aparılır. Kardiotokoqrafiya ilə həm dölün ürək döyüntüləri, həm də doğum fəaliyyəti nəzarət olunur.

Qovulma dövrü təbii gedişinə buraxılır, ağırlaşma olduqda müdaxilə edilir.

Birinci döl doğulduqdan sonra təcili olaraq göbək ciyəsi bağlanır. Göbək ciyəsinin həm döl, həm ana ucu bağlanmalıdır. Əgər göbək ciyəsinin ana ucu bağlanmazsa, bir yumurta əkizlərində II döl qanaxmadan tələf ola bilər. Birinci və ikinci dölün doğulması arasındakı vaxt fasiləsinə diqqət etmək lazımdır, birinci döl doğulduqdan sonra, xarici müayinə metodları ilə ikinci dölün vəziyyəti müəyyənəldirilir. Dölün vəziyyəti yaxşı olarsa, asfiksiya və başqa ağırlaşmalar yoxsa, doğuş gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Əvvəllər birinci döl doğulduqdan 30 dəqiqə sonra ikinci dölü azad etmək üçün müdaxilə olunurdu. Müşahidələr göstərir ki, birinci döl doğulduqdan 15-20 dəqiqə sonra ikinci döldə ağırlaşmalar başlayır. Ona görə birinci döl doğulduqdan 10-15 dəqiqə sonra döl qovuğunu yırtmaq məsləhət görülür (spontan amniotomiya yoxsa). Sancılar yoxdursa, birinci döl doğulduqdan 10-15 dəqiqə sonra uterotonik maddələr vurmaq lazımdır. Doğuşu stimulyasiya edən maddələrdən istifadə olunmasına baxmayaraq, ikinci dölün irəliləməsi zəifləyər və ya dayana bilər. Belə halda sağrı gəlişi olarsa, döl ya ayağından ya da çanaq ucundan tutularaq xaric edilir, baş gəliş-

lərində əgər şərait varsa ya vakuum ekstraksiyadan ya da mamalıq maşalarından istifadə edilir. İkinci döl köndələn olduqda, döl daxili döndərmə ilə ayaq gəlişinə gətirilir.

Birinci dölün doğulmasından sonra cift ayrılırsa, ikinci döl üçün normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının klinik şəkli meydana çıxır. Bunu uşaqlıq yolundan gələn ifrazat və dölün vəziyyətinin pisləşməsi təsdiq edir. Onu şəraitdən asılı olaraq, təcili şəkildə mamalıq maşaları, vakuum ekstraktor və ya ayaqdan ekstraksiya ilə xaric etmək lazımdır.

Doğuşun III dövrü xüsusi diqqət tələb edir. Erkən zahılıq dövründə uşaqlığın hipoaktivliyi nəticəsində hipo- və atonik qanaxmaların klinik şəkli meydana çıxa bilər. Buna görə doğuşun II dövründə (əgər doğuş zamanı oksitosindən istifadə olunmayıbsa), son və erkən zahılıq dövründə uterotonik (metilerqometrin və ya oksitosin) preparatlardan istifadə olunur. Bu preparatlar ya bir mərhələli və ya 5%-li qlükoza məhlulunda 5 TV oksitosin vena daxilinə 2 saat müddətində yeridilir. Zahı qadının vəziyyətinə və itirilən qanın miqdarına nəzarət vacibdir. Doğulmuş son diqqətlə müayinə olunur, tamlığı və monoxorial və ya bixorial olması aydınlaşdırılır.

Doğuşdan sonra uşaqlığın yığılması zəif olduqda təkrar uterotonik maddələr vurulur, uşaqlığın massajı aparılır və qanaxmanı saxlayan digər üsullardan istifadə olunur.

Zahılıq dövründə uşaqlığın involyusiyası birdövlü hamiləliyə nisbətən yavaş gedir. Ona görə loxiyanın xarakteri, uşaqlığın yığılması, zahının ümumi vəziyyəti nəzarətdə saxlanılmalıdır. Belə zahılara qarın divarını və çanaq dibini möhkəmləndirən gimnastika təyin edilməlidir.

Yenidoğulmuşların, xüsusilə yarımçıq doğulmuşların ciddi qulluğa ehtiyacı var.

VIII FƏSİL

AİLƏ PLANLAŞDIRILMASI

§ 1. Kontrasepsiyanın metodları

İnsanın nəsl artırma funksiyasının müxtəlif üsullarla idarə olunmasına **ailə planlaşdırılması** deyilir. Bizim ölkəmizdə ana və perinatal ölüm səviyyəsi yüksəkdir. Bunun səbəbi hamiləliklər arasında fasilələrin gözlənilməməsi və arzuolunmaz hamiləliklərin qarşısının abort vasitəsi ilə alınmasıdır. Hamiləliklər arasındakı fasilə ən az 2 il olmalıdır. İki ildən az fasilə ilə olan hamiləliklər qadın orqanizminin özünü bərpa etməsinə imkan vermir. Bu da ana və perinatal ölümə, yaxşı halda uşağın az çəki ilə doğulmasına səbəb olur.

Hamiləliyin qarşısının abortlarla alınması: kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinə; sonsuzluğa; uşaqlığın perforasiyasına; qanaxmaya; ölümə; gələcək hamiləliklərin düşük və vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnməsinə səbəb olur.

Hamiləliyin baş verməsi üçün aşağıdakı şərtlər lazımdır:

1. Tərkibində həyat qabiliyyətli spermatozoidlər olan kişi toxum mayesinin uşaqlıq yoluna düşməsi;
2. Uşaqlıq yolunda spermatozoidlər üçün əlverişli şəraitin olması;
3. Spermatozoidlərin uşaqlığa, oradan da uşaqlıq borusuna düşməsi;
4. Uşaqlıq borularında spermatozoidlərin yumurta hüceyrəsi ilə görüşməsi;
5. Mayalanmış yumurta hüceyrəsinin uşaqlığa düşməsi və oraya implantasiya olması.

Kontrasepsiya bu şərtlərdən birini və ya bir neçəsini aradan qaldırır, bir ailənin hamiləlikdən qorunmasına və ya ara verməsinə imkan yaradır.

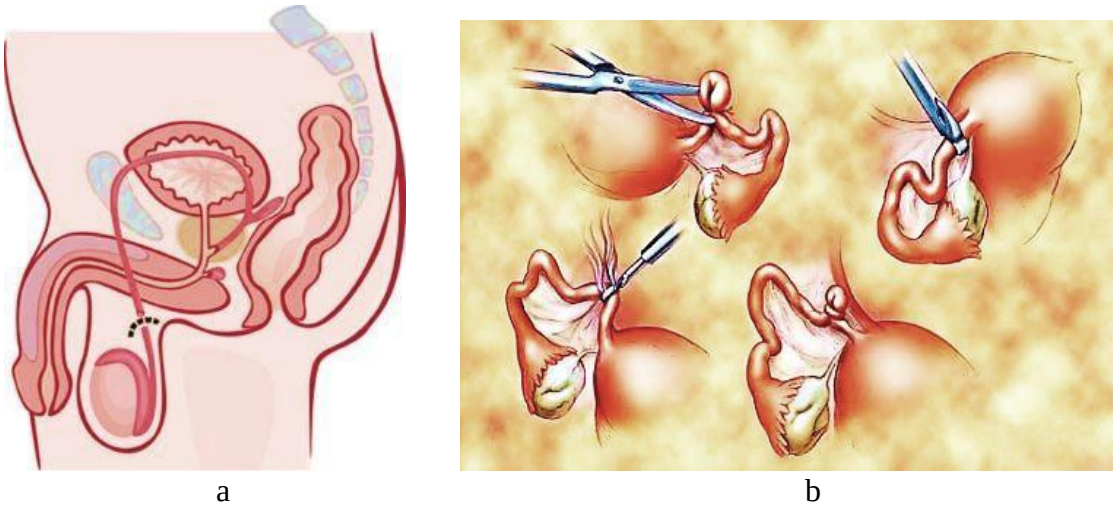
Kontrasepsiya müxtəlif üsullarla arzuolunmaz hamiləliyin qarşısının alınmasına deyilir. İstifadə olunan kontraseptiv metodlar 100% effektiv olmalı, geriye dönməli, əlavə təsir və ağrılaşmaları olmamalıdır.

Kontrasepsiya metodlarından istifadə edərkən aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır: kişi cinsiyyət üzvü uşaqlıq yoluna salınmasa belə sperma (dəhlizə tökülsə) uşaqlıq yoluna düşə bilər; spermatozoidlər turş mühitli uşaqlıq yolunda belə 6 saat yaşaya bilər (spermatozoidlər turş mühitdə məhv olur); spermatozoidlər uşaqlıqda 4-5 gün həyat qabiliyyətini saxlayır.

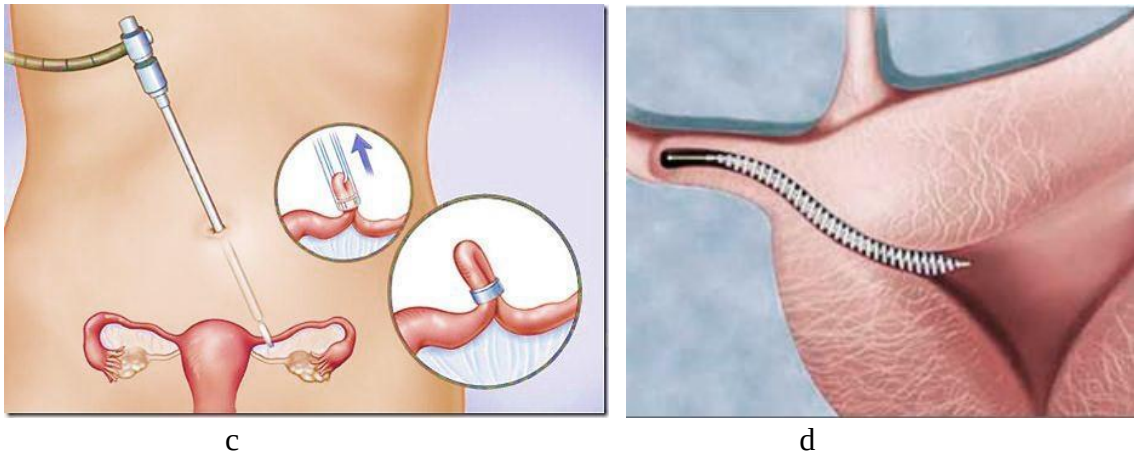
Kontraseptiv metodları **daimi və müvəqqəti** olmaqla iki yerə bölünür. Daimi kontrasepsiya **sterilizasiya**dır. Müvəqqəti kontrasepsiya metodlarına: fizioloji metod; baryer metodu; kimyəvi metod (hormonal); uşaqlıq daxili kontrasepsiya aiddir.

Daimi kontrasepsiyaya kişilərdə aparılan **vazektomiya**-toxumdaşıyıcı axacaqların kəsilməsi, qadınlarda aparılan uşaqlıq **borularının bağlanması** aiddir. Tibbi sterilizasiya ciddi məsələdir, bu əməliyyat vətəndaşın yazılı razılığından sonra, 35 yaşı keçmişlərə və ən azı iki uşağı olanlara aparılır. Müasir dövrdə təbabətin inkişafı “daimi kontrasepsiya” anlayışını, “nisbi daimi kontrasepsiya” ilə əvəzləməyi təklif edir. Çünki həm vazektomiya, həm də boru sterilizasiyası əməliyyatları geri döndərir. Borunun nə qədər az yeri zədələnsə və distal hissə saxlanılsa, plastik əməliyyatlarla boruları bərpa etmək şansı bir o qədər çox olar.

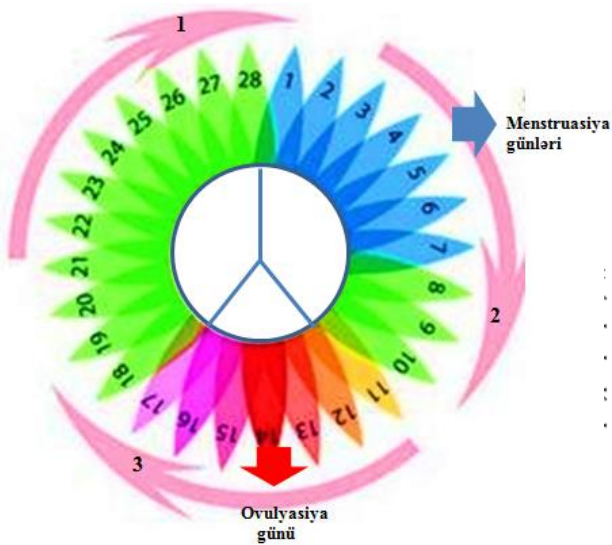
Kontrasepsiya (şəkil:8-1)



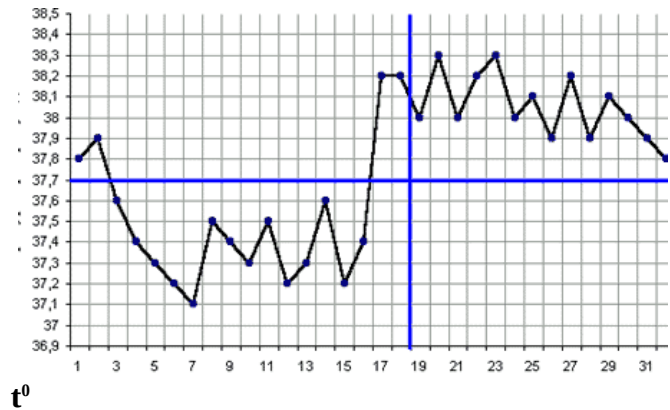
Daimi kontrasepsiya- sterilizasiya: a) vazoektomiya; b) boruların bağlanması



c) laparoskopik yolla boruya sıxacın qoyulması; b) uşaqlıq borusuna Essure mikro-spiralının qoyulması



Təqvim üsulu: 1-nisbi steril faza;
2- feril faza; 3-steril faza



Bazal temperatur qrafiki

Sterilizasiyaya əks göstərişlər: kişilərdə toxumdaşıyıcı kanallarda, qadınlarda uşaqlıq borularında iltihabi proseslərin olmasıdır.

Vazektomiya zamanı Vaz deferens cərrahi yolla kəsilir (şəkil:8-1 a). Müasir dövrdə plastik əməliyyatla vaz deferens bərpa olunur.

Boruların bağlanması müxtəlif üsullarla aparılır (şəkil:8-1 b):

1.Laparoskopik görüntülər altında halqa və kliplərin (sıxac) yerləşdirilməsi, boruların kiçik hissəsi zədələndiyi üçün geriye dönmə əməliyyatı müffəqiyyətlə aparılır (şəkil:8-1 c);

2.Boruların istmik (ən kiçik) hissəsinin elektrokoagulyasiyası;

3.Laparotomiya:a) Pomeqoy-əvvəl uşaqlıq borusunun boyun hissəsinə liqatura qoyulur, sonra bağlanan segmentin bir hissəsi kəsilib atılır; b) fimbrioektomiya – borunun distal hissəsi bağlanılır və kəsilir.

4.Minilaparotomiya ilə Pomeqoy və fimbrioektomiya – vaginal olaraq kolpotomiya aparılır, bu əməliyyat infeksiyanın çanaq peritonuna və yumşaq toxumasına keçməsi və boruların çətin tapılması cəhətdən risklidir. Sağalma uzun sürür.

5.Bir sıra yeni tubal sterilizasiya metodları işlənib hazırlanır. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

– transvaginal silikon inyeksiyalar;

– histeroskopiya ilə təkrar çıxarıla bilən tıxacların qoyulması. Tıxaclar çıxarıldıqdan sonra borunun funksiyası tezliklə bərpa olunur. Essure mikro-spiralları bu implantların bir növüdür. Yumşaq elastiki spiral vaginal yolla uşaqlıq borularına yerləşdirilir (şəkil:8-1d).

§ 2 Fizioloji metodlar

Fizioloji metodlar qadının fertil əlamətlərinə, aybaşı dövrünün müxtəlif günlərində baş verən fizioloji dəyişikliklərə əsaslanır. Bu metodlara: təqvim üsulu; temperatur üsulu; selik üsulu; lak-tasi-on amenoreya üsulu; cinsi əlaqənin kəsilməsi üsulu; simptotermal üsul aiddir.

Menstruasiya tsikli 3 fazaya bölünür:

I faza – **nisbi steril** faza-menstruasiyanın son günündən ovulyasiyaya qədər;

II faza – **fertil faza**-ovulyasiya ilə başlayır, 48 saat gəvəm edir. Yumurta hüceyrəsi 24 saat ərzində mayalanma qabiliyyətlidir. İkinci 24 saat ehtimala görə gözlənilir. Bəlkə ovulyasiya günü düzgün təyin olunmayıb. Servikal seliyə düşmüş spermatozoid 5 gün öz aktivliyini saxlaya bilər. Ona görə fertil fazanın davamiyyəti 6-8 gün götürülür (5+2).

III faza–**steril faza**-ovulyasiyadan 2 gün sonra başlayır, aybaşının son gününə qədər davam edir. Bu günlərdə qadın mayalanmaya qadir deyil.

Təqvim üsulu (şəkil:8-1). Bu üsulla fertil günləri təyin etmək üçün qadın ən azı 6 ay menstrual tsiklin davamiyyətini (keçmiş menstruasiyanın ilk günündən, növbəti menstruasiyanın ilk gününə qədər) qeyd etməlidir. Sonra mayalanma üçün əlverişli günlər tapılır. Hesablama iki üsulla aparılır.

I üsul – qadında hər ay aybaşı tsikli eyni olur, məsələn hər ay 30 gün davam edir. Ovulyasiyadan 14 gün sonra aybaşı qanaxması baş verdiyini əsas götürərək, $30-14=16$ tapırıq, yəni bu qadının ovulyasiya günü aybaşı tsiklinin 16-cı günüdür. Ovulyasiyadan əvvəl 5 gün (spermatozoidlərin qadın cinsiyyət orqanlarında yaşama müddəti) və ovulyasiyadan 2 gün sonrakı müddətdə (yumurta hüceyrəsinin yaşama müddəti) qadında mayalanma baş verə bilər. $16-5=11$; $16+2=18$. Menstruasiyanın 11-ci günündən 18-ci gününə kimi qadın mayalanma qabiliyyətinə malikdir, bu günlərdə cinsi əlaqədən çəkinməlidir.

II üsul – qadının aybaşı tsikli müddətləri bir-birindən bir qədər fərqlənir, məsələn 24, 26, 27, 30, 24, 27. Bu zaman “11” rəqəmi ən uzun aybaşı tsiklində fertil fazanın sonuncu gününü, “18” rəqəmi ən qısa aybaşı tsiklində fertil fazanın ilk gününü kimi götürülür. Bu qadında: ən qısa aybaşı tsikli 24 gündür, $24-18=6$; ən uzun aybaşı tsikli 30 gündür, $30-11=19$. Deməli, bu qadın aybaşı tsiklinin 6-cı günündən 19-cu gününə qədər mayalanma qabiliyyətlidir, cinsi əlaqədən çəkinməlidir.

Bu üsul temperatur üsulu ilə birlikdə istifadə edilə bilər.

Temperatur üsulu (şəkil: 8-1). Aybaşı dövrünün müxtəlif günlərində qadının bədən temperaturu dəyişir:

- follikulyar fazada (aybaşından sonra) bədən temperaturu 37°C -dən aşağı olur;
- ovulyasiyadan əvvəl $0,1-0,2^{\circ}\text{C}$ enir;
- ovulyasiya vaxtı bədən temperaturu təxminən $0,2-0,4^{\circ}\text{C}$ qalxır;
- bütün lutein fazası müddətində progesteronun səviyyəsi yüksək olur, ona görə də növbəti aybaşıya qədər (8-10 gün) bədən temperaturu 37°C -dən yüksək səviyyədə qalır.

Bazal hərarəti ölçmək üçün qadın hər səhər eyni vaxtda, eyni termometrlə, heç bir hərəkət etmədən düz bağırsaqda (uşaqlıq yolunda və ağızda da ola bilər) temperaturu ölçməlidir. Bu bütün menstrual tsikl boyu aparılmalıdır. Qadın gecə növbəsində çalışırsa, 3-4 saat sakit yuxudan sonra axşamlar temperaturu ölçə bilər.

Temperatur bütün tsikl boyu ölçülməli, qrafik çəkilməli və alınan məlumatlar hər gün ora qeyd edilməlidir. Temperaturun yüksəldiyi ilk gün qrafikdə "1" rəqəmi ilə qeyd edilməlidir. Sonrakı iki günü də qeyd etmək lazımdır. Qadın qrafikdə qeyd edilən bu günlərdə cinsi əlaqədən çəkinməlidir və ya kondomdan istifadə etməlidir. 4-cü gündən növbəti aybaşıya qədər hamiləlikdən qorunmağa ehtiyac yoxdur.

Selik üsulu. Aybaşı tsikli zamanı estragen və progesteronun konsentrasiyasının dəyişməsi servikal seliyn keyfiyyətinə təsir edir. Selik üsulu ilə hamiləlikdən qorunmaq üçün qadın gün ərzində bir neçə dəfə uşaqlıq yolundan ifraz olunan seliyi müşahidə etməlidir. Bunun üçün qadın cinsiyyət üzvlərinin üzərində olan seliyə baxmalı və onu barmaqları ilə yoxlamalıdır. Əgər selik barmaqları arasında yumurta ağı kimi dartılırsa, qadın mayalanmaya qadirdir, hamiləlikdən qorunmalıdır (şəkil: 8-2 a). Gün ərzində aparılan müşahidələrin nəticəsi hər axşam xüsusi cədvəldə qeyd edilməlidir. Aybaşı günləri cədvəldə "A" hərfi ilə qeyd edilir. I fazada aybaşı qanaxmasından dərhal sonra selik əmələ gəlmir və ya çox az miqdarda əmələ gəlir, qatı, yapışqanvari və bu-lanıq olur. Selik olmayanda uşaqlıq yolunda quruluq, olanda yapışqanlıq hiss olunur. "Quru" günlər cədvəldə "Q" ilə qeyd edilir və bu günlərdə mayalanma mümkün deyil. Hamiləlikdən qorunmağa ehtiyac yoxdur. II fazada follikullarda estrogenin sintezinin artması ilə seliyn miqdarı artır. Selik çoxlu, duru, dartılan, şəffaf, sulu olur. Bu dövrdə "qıjı" simptomu aşkar olunur. Əşya şüşəsinə çəkilmiş selik quruduqda qıjı yarpağını xatırladır. Bu zaman vulvanın selikli qişası nəm olur. Selik ifraz olunan gündən başlayaraq qadın cinsi əlaqədən çəkinməli və ya başqa kontraseptiv üsullardan istifadə etməlidir. Bu günlər cədvəldə "S" hərfi ilə qeyd edilir. Ovul-yasiyaya 3 gün qalmış seliyn miqdarı maksimal olur. Selikli ifrazat çox miqdarda, sürüşkən, ya-pışqan olur. Bu gündən etibarən qadın cədvələ "X" işarəsi qeyd edir. Üç "X" işarəsi ilə qeyd edilmiş günlərdən sonra, 4-cü gündən başlayaraq hamiləlikdən qorunmağa ehtiyac yoxdur.

Simptotermal üsul. Bu üsul selik və temperatur üsulunun birlikdə tətbiqinə əsaslanır. Bu zaman qadın selik ifraz olunan gündən başlayaraq, temperatur yüksəlməsindən sonrakı 4-cü günə qədər cinsi əlaqədən çəkinməlidir.

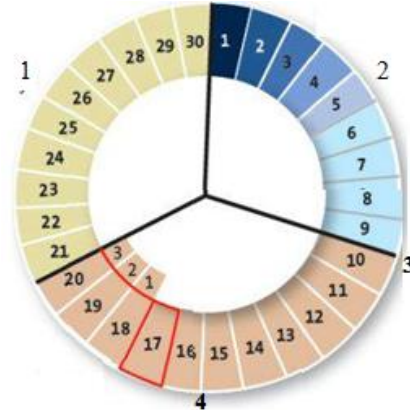
Laktasion amennoreya üsulu. 1988-ci ildə İtaliyada (Belacio) beynəlxalq yığıncaqda bu metod kontrasepsiya metodu kimi tanınıb. Əmizdirən analarda bir müddət menstrual funksiya formalaşmır. Bəzən də anovulyator olur. Bunun üçün qadın uşağını 6 ay müddətində, gecə və gündüz ancaq ana südü ilə qidalandırmalı, qidalandırmalar arası fasilə gündüz 4 saat, gecə 6 saatdan çox olmamalı, aybaşı olmamalıdır.

Cinsi əlaqənin kəsilməsi üsulu. Kişi ejakulyasiyadan bilavasitə əvvəl cinsi əlaqəni kəsir. Spermanın atılması baş verməmiş cinsi əlaqə kəsilməlidir. Bu metodun bir çox mənfə cəhətləri var: kişinin üzərinə psixoloji tələbat düşür; hər iki partnyor üçün böyük stressdir; uzun müddət bu metodla qorunan cütlüklərdə seksual ləzətin tam olmamasına və anorqazma səbəb olur; ejakulyasiyadan əvvəl, kuper vəzilərinin sekreti ilə sperma uşaqlıq yoluna düşə bilər; vaxt keçdikcə qadınlarda çanaq orqanlarının qanla dolması nəticəsində qarının aşağı hissəsində, beldə, ağrıların yaranması, ifrazatın olması müşahidə edilir; qan durğunluğu uşaqlığın böyüməsinə, menstruasiyanın pozulmasına, kişilərdə cinsi aktın qısalması, tez ejakulyasiyaya səbəb olur.

Kontrasepsiya (şəkil: 8-2)



a



b

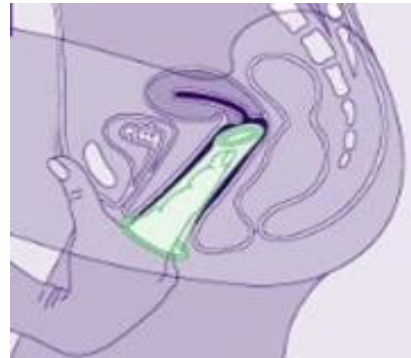
Servikal seliyn yoxlanması: a) barmaqların arasında; b) 1-quru günlər; 2-menstruasiya günləri; 3-birinci yaş gün; 4-sulu günlər



Kontraseptiv implantantın yerləşdirilməsi.



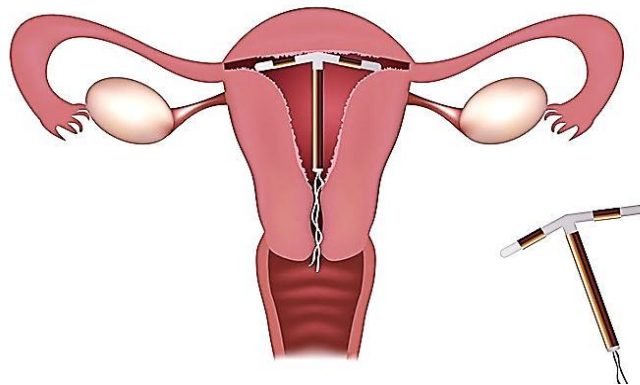
Dəri plastırları



Qadın kondomlarının qoyulması



a



b

Uşaqlıqdaxili kontrasepsiya: a) plastik spiral; b) mis spiral

§ 3. Kontrasepsiyanın baryer metodları

Baryer metodları daha əlverişli və daha təhlükəsizdir, o həm hamiləlikdən, həm də cinsi yolla yoluxan infeksiyalardan qoruyur. Güman olunur ki, uşaqlıq yolu karsinomasının qarşısını alır. Bu metodlar cinsi əlaqə zamanı spermanı uşaqlıq yoluna düşməsinə mexaniki maneə yaradır və ya onun inaktivasiyasına (spermisidlər) səbəb olur. Baryer kontrasepsiyanın aşağıdakı növləri var:

1. Kişi kondomları

2. Qadın kondomları, diafraqmaları, qapaqcıqları, vaginal süngərləri, spermisidləri.

Kondomlar effektiv, təhlükəsiz və ucuzdur. Effektivlik 90-95%-dir. Perl indeksi (bir il ərzində müşahidə olunan 100 qadıncı hamilə qalanların sayı) 4-12-dir. Effektivlik partnyorun yaşından, hamiləliyin olmaması üçün maraqlı olmasından və mədəni səviyyəsindən asılıdır. Plastik və lateks kondomlar var. Lateks kondomlar hava, su və mikroorqanizmləri keçirmir, ona görə də cinsi yolla keçən infeksiyaların qarşısını alır.

Kişi kondomu torba şəklində olub, ereksiya vəziyyətində olan cinsiyyət üzvünə keçirilir. Sperma onun daxilinə ifraz olunur, uşaqlıq yoluna düşmür (şəkil:8-3a). Kondoma krem, vazelin və s. sürtmək olmaz.

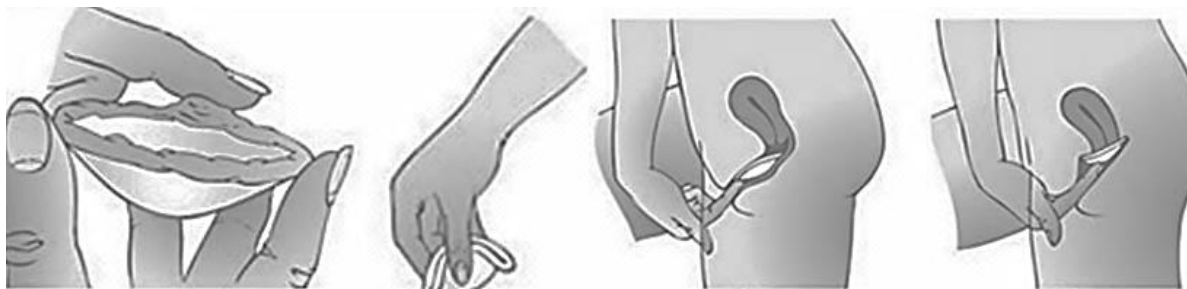


Şəkil:8-3. a) kişi kondomları; b) diafraqma və qapaqcıqlar

Qadın baryer kontraseptivləri çoxdur. Onların təsir mexanizmi spermatozoidlərin uşaqlıq yoluna və servikal kanala düşməsinə mane olmaqdan və ya onun inaktivasiyasında (spermisidlər) ibarətdir.

Qadın kondomları bir ucu dar, digər ucu enli olan lateks torbadır (şəkil:8-2). Onun dar hissəsi uşaqlıq yoluna salınır, enli hissəsi kiçik cinsiyyət dodaqlarına yapışır.

Diafraqma gümbəzvaridir, diametri 50-150 mm-dir. Gümbəzin əsasında rezin ilə örtülmüş yastı, spiral və qövsvari formada olan metal yay var. Diafraqma simfizə arxası ilə arxa tağ arasında yerləşdirilir (şəkil: 8-3 b). O, uşaqlıq yolunu və uşaqlıq boynunu ön tərəfdən örtür. Uşaqlıq boynunu qapayan diafraqma sperma üçün mexaniki baryerdir, spermisidlərlə birlikdə daha effektivdir. Servikal selik tərəfindən uşaqlıq yolu möhtəviyyatının neytrallaşmasının qarşısını alır. Turş mühit spermatozoidlər üçün əlverişli deyil. Diafraqma cinsi əlaqədən sonra 6 saat yerində qalmalıdır. Bu müddət ərzində yenidən cinsi əlaqə olarsa, spermisidlərdən istifadə edilməlidir. Diafraqma da infeksiyanın qarşısını alır.



Şəkil: 8-4. Diafraqmanın yerləşdirilməsi

Qapaqcıqlar rezindən, metaldan (aluminium, gümüş) sümükdən hazırlanır. Cinsi əlaqədən əvvəl uşaqlıq boynuna keçirilir. Qapaqcıqlar müxtəlif ölçüdə hazırlanır. Onları 3 gündən artıq saxlamaq olmaz. Bu pis qoxunun gəlməsinə və infeksiyalanmaya səbəb olar (şəkil: 8-3 b).

Bakaleynikov topu rezindən hazırlanır, çox elastikdir, onun 2/3 hissəsi qazla doldurulub. Uşaqlıq yolunda yüksək temperatur təsirindən qaz genişlənir və uşaqlıq boynunun xarici dəliyi qapayır. Yuxarıda göstərilən kontraseptivlərdən uzun müddət istifadə etdikdə uşaqlıq boynunun eroziyasının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Qadın kondomlarının, diafraqmalarının, qapaqcıqlarının istifadəsi rahat olmadığı üçün az istifadə olunur.

Spermisidlər krem, gel, aerosol köpükləri, köpüklü və köpüksüz şamlar şəklində olur. Adətən spermisidlər diafraqma, kondomlar və qapaqcıqlarla birlikdə işlədilir. Geniş istifadə edilməsinin səbəbləri: aktiv komponent tez təsir edir; bütün uşaqlıq yoluna və uşaqlıq boynuna yayılır; fiziki bəyər rolunu da oynayır, spermisidlərin təsirinə məruz qalmış spermatozoidlərin fertilliyi zəifləyir, servikal selikdən keçə bilmir; aktiv inqredientlər spermatozoidləri məhv edir, onların hərəkətliliyini azaldır.

Effektivlik 75-90%-dir. Spermisidlər təhlükəsizdir. Heç bir ağırlaşması və əlavə təsiri qeyd olunmayıb.

Vaginal süngərlər. Bu süngərlər spermisid ifraz edir. Eyakulatı özünə çəkir və servikal kanalı blokada alır. Onları 24 saat müddətində işlətmək olar. Müəyyən olunub ki, bu metoddan istifadə edən bəzi qadınlarda toksik şok sindromu baş verir. Bu ağır xəstəlikdir. Qəfləti temperaturun artması, qusma, diareya, səpgi ilə müşayiət olunur. Səbəbi qızılı stafilyokokların ifraz etdiyi toksinlərdir. Effektivlik 85-90%-dir.

§ 4. Kimyəvi metod-Hormonal kontraseptivlər

Hormonal preparatlarla hamiləliyin qarşısı alınır. Hormonal kontraseptivlər qadının qanında estragen və progesperonun miqdarını qaldırır. Bu hormonların qanda səviyyəsi normadan yüksək olur, hipotalamusda qonodotropinin rilizinq-hormonun sekresiyasının tormozlanması nəticəsində hipofizdə follikulustimulə edən və lüteiləşdirici hormonun əmələ gəlməsi azalır. FSH kifayət qədər olmadığından yumurtalıqda follikul yetişmir və oviyasiya olmur. Hormonal kontraseptivlərin digər təsirləri də var ki, bunlar da qadını hamiləlikdən qoruyur: servikal seliyi qatılaşdırır, spermatozoidlərin uşaqlığa keçməsinə çətinləşdirir; uşaqlıq borularının peristaltikasını zəiflədir, spermatozoid ilə yumurta hüceyrəsinin hərəkətini ləngidir; endometriumdə mayalanmış yumurta hüceyrəsinin implantasiyası üçün əlverişsiz şərait yaradır.

Hormonal kontraseptivlərə aiddir:

1. Kombinə edilmiş – estragen və progesteron tərkibli kontraseptivlər: inyeksion kontraseptivlər oral kontraseptivlər – KOK-lar; vaginal həlqə.

2. Yalnız hestogen (progesteron) tərkibli kontraseptivlər: oral kontraseptivlərini həblər; inyeksion kontraseptivlər; implantasion kontraseptivlər;

Oral kontraseptivlər. Müasir dövrdə oral kontraseptivlər daha geniş istifadə edilir. Perl indeksi – 0,05-1,0 təşkil edir (şəkil:8-5). Onların tərkibi qadın cinsi hormonlarının analoqlarıdır – estragen və progesteron. Bu kontraseptivlər ovulyasiyanı tormozlayır, servikal seliyi qatılaşdırır, endometriumdə dəyişikliklər yaradaraq implantasiyanı çətinləşdirir. Kokların müxtəlif növləri 21 və ya 28 tableti bağlamalarda buraxılır. 21 həb hormon tərkibli, digər 7 həb isə dəmir düzləri və ya vitamin tərkibli. Kok-ların üç növü var:

– birfazlı (monofazlı) – tərkibində eyni miqdarda estragen və progesteron var. Bunlara Ri-ge-vidon, Femoden, Marvelon, Novinet, Diane-35, Miniziston, Mikriginam-28, Mersilon, Sulest və s. aiddir.

– ikifazlı – tərkibində estragenin dozası sabitdir, progesteronun dozası menstrual tsiklin faza-

sı-na uyğun dəyişir. Bunlara Anteovin, Klimen, Divin və s. aiddir;

– üçfazlı – tərkibində olan həm estragenin, həm də progesteronun dozası dəyişir, müxtəlif rəng-li, 3 növ həblərdən ibarətdir. Bunlara Trireqol, Trikvilar, Triziston və s. aiddir.

Bir fazlı həblər reproduktiv yaşda (18-35) olan qadınlara, iki və üç fazlı KOK-lar 18 yaşadək və yaşı 35-dən yuxarı olan qadınlara təyin edilir.

Əks göstərişlər: süd vəzisinin bəd xassəli xəstəlikləri, cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri, beyin damarlarının pozğunluqları, ürək damarlarının zədələnmələri olanlar, siqaretdən istifadə edənlər, ağır formalı hipertoniya xəstəliyindən, piylənmədən, epilepsiyadan əziyyət çəkənlər, ağır diabeti olanlar, keçmişdə depressiyası olanlar, yeniyetmə qızlar və yaşı 35-dən yuxarı olanlar. Bu qadınlara konyasepsiya ehtiyatla təyin edilməlidir.

Bir çox dərman preparatları Kok-ların təsirini azaldır. Bu preparatlara Rifampisin, Fenobarbital və başqa barbituratlar, Fenitoin, Qrizeofulvin, Penisillin qrupu antibiotikləri, Tetrasiklinlər, sefalosporinlər (Kefzol, Klaforan), Karbamazepin, Primidon (Qeksamedin), Dikloralfenozon aiddir. Qadın bu dərman preparatlarından müalicə üçün istifadə etdikdə kondomdan da istifadə etməlidir.

Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər yüksək dərəcədə effektivdir, istifadəsi asandır, qadın reproduktiv sisteminə və bütövlükdə orqanizminə müsbət təsir göstərir. Kokların müntəzəm və uzunmüddətli qəbulu endometriumun və yumurtalığın xərçənginin, yumurtalığın xoş xassəli şişlərinin, uşaqlığın miomasının, endometriozunun, kiçik çanaq orqanlarının kəskin iltihabi xəstəliklərinin, fibrokistoz mastopatiyanın, revmotoid artiritin, mədənin peptik xorasının və postmenopauzal osteoporozun əmələ gəlmə riskini azaldır.

KOK-lar müalicə məqsədi ilə disfunksional uşaqlıq qanaxmalarında, gur və ağrılı aybaşı-larda, aybaşıönü sindrom, dəmirdefisitli anemiya zamanı istifadə edilir.

KOK-ların qəbul qaydası: aybaşı tsiklinin ilk 5 günündə; abort və düşükdən 7 gün sonra; əmizdirən qadınlar doğuşdan 6 ay sonra; əmizdirməyən qadınlar doğuşdan 21 gün sonra həbləri qəbul etməyə başlayır.

Adətən həblər hər gün eyni vaxtda qəbul olunur. 28 həblük bağlama qurtaran kimi yeni bağlama açılır və qəbul edilir, 21 həblük bağlama qurtardıqdan sonra 7 gün fasilə verilir və yeni bağlama açılır.

Əgər qadına hər hansı bir əməliyyat olunacaqsə, 2 həftə əvvəl KOK qəbulu dayandırılır və xəstə məcburi yataq rejimində olduğu müddətdə qəbul edlimir.

Həb qəbul etmək yaddan çıxıbsə:

– əgər 12 saatdan az vaxt keçibsə, tez həb qəbul edilir, əlavə qorunma tədbirlərinə ehtiyac yoxdur;

– əgər 12 saatdan çox vaxt keçibsə sonuncu yaddan çıxmış həb qəbul edilir, sonrakı həb öz vaxtında qəbul edilir, sonrakı 7 gün ərzində əlavə qorunma tədbirləri aparılır.

OKP – bu müasir oral kontraseptivlərdir. Tərkibində ancaq progesteron (gestogen) vardır. OKP-lərə: Ekslyuton, Mikrolyut, Mikronor Continuim, Charozetta və s. aiddir. Tərkibində estragen olmayan bu həblərdə 1 mq və daha az progesteron var. PERL indeksi 0,3-dür. OKP-lərin təsir mexanizmi: LH-in zirvə sekresiyasını tormozlayır, anovulyasiyaya səbəb olur (60%); servikal seliye qatılaşdırır, spermatozoidlərin keçməsinə çətinləşdirir; endometriumu nazıqlaşdırır, implantasiya mümkün olmur; uşaqlıq borularının yığılma qabiliyyətinə təsir edir.

OPK-nın qəbuluna əks göstərişlər: süd vəzilərinin bəd xassəli şişləri, qara ciyər, koronor damarların, beyin damarlarının zədələnmələri, aktiv siqaret istifadəçiləri, tromboflebit xəstəliyi.

OPK qəbul edən pasientlərin spektri: hipertoniya xəstəliyi, piylənməsi, şəkərli diabeti olan



Şəkil:8-5. Oral kontraseptivlər

xəstələr, oraqvaqrı hüceyrəli anemiyası olan, 35 yaşdan yuxarı siqaret çəkən qadınlar, estragen qəbul edə bilməyən qadınlar və əmizdirən analar (onlar „mini” həblər qəbul edir, onlar laktasiyaya təsir etmir).

Həb qəbul etmək yaddan çıxıbsa, sonrakı həb adi qaydada qəbul olunur. Əlavə kontraseptivlərdən istifadə etmək lazım deyil.

Əlavə təsirləri: kiçik dozalarda uşaqlıq qanaxmaları və ya amenoreya baş verir; bəzən ürəkbulanma, baş ağrıları, süd vəzilərinin ağrılı olması, çəkinin artması müşahidə olunur.

Ağırlaşmalar: tromboemboliya-OK-lar laxtalanmada iştirak edən faktorlara (VII) təsir edir və laxtalanmanı artırır; ürək-damar və serebrovaskulyar xəstəlikləri olan qadınlarda OK-lərin ölüm riskini 4 dəfə artırır; hormonların təsirindən A/T yüksəlir; 0,2-3% uzun müddət OK-lər qəbul edən qadınlarda amenoreya başlayır.

OPK-ların bir sıra üstünlükləri var: karbohidrat və lipid mübadiləsinə minimal təsir edir; ürək-damar xəstəliklərinin yaranma riskini artırmır; laktasiya dövründə də qəbul etmək olur; ağrılı və gur aybaşılar, mastalgiya, aybaşıönu sindrom, dəmirdefisitli anemiya zamanı müalicə məqsədi ilə istifadə olunur.

İnyeksion kontraseptiv. Kombinə edilmiş və progesteron tərkibli olur. Kombinə olunmuş inyeksion kontraseptivlərin göstərişləri və əks göstərişləri KOK-larda olduğu kimidir. Bu kontraseptivlər şprislədə buraxılır. Bunlara Cyclofem, Mesigyna və s. aiddir. Preparat ayda bir dəfə eyni gündə əzələ daxilinə dərinə vurulur.

Progesteron tərkibli inyeksion kontraseptivlərə Depo-Provera – Arcan, NET-EN, Medoksi-progesteron və s. aiddir. Perl indeksi-1,0-dir. Depo-Provera tərkibində süni progesteron olan mikrokristallik məhluldur. Bir ampulda 150 mq progesteron var. O, əzələ daxilinə dərinə yeridilir (inyeksiya yerini masaj etmək olmaz depo yaranmaz) inyeksiyadan sonra əzələ daxilində yığılır, depo əmələ gətirir və bu depodan tədricən hormon ifraz olunur. Prosesin başlanğıcında progesteronun səviyyəsi yüksəlir, sonra azalır. İnyeksiya anından preparat təsir göstərməyə başlayır və bu təsir 3 ay və daha artıq müddət qüvvədə qalır.

Əks göstərişlər: yaşı 45-dən yuxarı, aybaşıarası qanaxma, süd vəzisinin şişi, trombozu, stenokardiyası, yüksək qan təzyiqi, qara ciyər xəstəlikləri olan qadınlar.

Depo-Proveranın son inyeksiyasından sonra 1 il hamilə qalmaq olmaz.

Depo-Proveranın təyini: aybaşı başlayandan sonra 1-7 gün ərzində; əmizdirən qadınlara doğuşdan 6 ay sonra; abort və düşükdən 7 gün sonra;

NET-EN 2 aydan bir əzələ daxilinə vurulur.



Şəkil:8-6. Uşaqlıq yolu həlqələri

Kombinə edilmiş uşaqlıq yolu həlqələri. (Nova Ring). Tərkibində 15 mqq etinilestradiol və 120 mqq etinogestrel var. Hər menstrual tsikl zamanı uşaqlıq yoluna bir həlqə yeridilir, 3 həftə sonra kənar edilib atılır, bir həftəlik fasilədən sonra yeni vaginal həlqə yeridilir (şəkil:8-6). Perl indeksi-0,4 təşkil edir. Əks göstərişləri KOK-larda olduğu kimidir. Üstünlüyü ondan ibarətdir ki, preparat mədə bağırsaqdan və qara ciyərdən keçmir.

Kontraseptiv implantatlar. Hestogen tərkibli çöp və kapsul şəkilli uzunmüddətli kontraseptivlərdir. Hal-hazırda Jadelle (2 çöp,5 illik), İmplanon (1 çöp,3 illik), Norplant(6 çöp, 3 illik), Sinoplant (2 çöp, 5 illik) istifadə

edilir (şəkil:8-2). Uzunmüddətli, yüksək effektiv, geriye dönməyən kontrasepsiyadır, hamiləliklər arasında fasilə vermək istəyən oral və uşaqlıq daxili kontrasepsiya əks göstəriş olanlar üçün əlverişlidir.

İmplantat bazunun yuxarı-daxili səthinə, dəri altına kiçik cərrahi əməliyyatla yerləşdirilir. İstifadə olunan implantatdan asılı olaraq 1; 2; 3; 5 il ərzində hormonun kiçik dozaları rəqulyar olaraq qadının qan dövrünə daxil olur.

Təsir mexanizmi: yumurta hüceyrəsinin inkişafına təzyiq edir; servikai seliyi qatılaşıdırır; en-

dometriumun inkişafını ləngidir; menstruasiyanın II fazasında progesteronun səviyyəsini azaldır.

Əks göstərişlər: cinsiyyət orqanlarının bədən xassəli xəstəlikləri, qara ciyərin, koronar və be-yin damarlarının zədələnmələri, siqaret çəkmə.

Kontraseptiv dəri plastırı – Evra. Bu plastirlər vasitəsi ilə hormonlar qadın orqanizminə transdermal verilir (şəkil: 8-2). 3 nazik plastirdən ibarətdir. Hər həftə bir plastir dərinin müxtəlif yerlərinə yapışdırılır. Sonuncu plastirdən sonra 1 həftə fasilə verilir. Aybaşının ilk günündən yeni plastir yapışdırılır.

Posrkoutal kontrasepsiya. Postkoutal kontrasepsiyada Postinordan geniş istifadə olunur. Rəqulyar cinsi əlaqədə olmayan qadınlar daimi kontraseptivlər qəbul etmək istəmir. Postinorun tərkibində 0,75 mq levonorgestrel vardır. Maksimal doza 4 tabletdir. Preparat koutusdan 72 sa-at gec olmadan qəbul edilməlidir.

Digər kontraseptiv üsullar. Superaqolin, buserilin, uerilin-qonodoliberinlərin analoqudur. Intranazal qəbul edilir. 400-600 mkq buserilin qəbul edən qadında 3-6 ay müddətində hamiləlik baş verməyib.

§5. Uşaqlıq daxili kontrasepsiya (UDS)

Plastik, mis, gümüş və hormonal tərkibli uşaqlıq daxili spirallar vardır. Bu spirallar xüsusi vasitələrin köməyi ilə uşaqlıq boşluğuna yeridilir. Effektivliyi yüksəkdir. Perl indeksi 2,0 təşkil edir. Hazırda mis tərkibli və hormonal UDS-dən istifadə olunur. Bunlardan ən çox yayılmışı “T” şəkilli UDS-lərdir (şəkil: 8-1 b). Onlardan T Cu-380 A-12 il, Nova-T-5il təsir edir. Hormon ha-sil edən UDS-dən “Mirena” istifadə olunur. 5 il müddətinə təsir edir və sutkada 20 mkq levo-norgestrel hasil edir.

Təsir mexanizmi: qeyri-medikamentoz UDS-in (uşaqlıq daxili spirallar) kontraseptiv təsiri uşaqlıqda aseptik iltihab yaratmasına əsaslanır, bu implantasiyanı çətinləşdirir; yad cisim kimi UDS-lər miometriumun yığılmasına səbəb olur, uşaqlıq boşluğuna ziqota düşsə belə onu da yad cisim kimi uşaqlıq boşluğundan qovur; uşaqlıq borularının peristaltikası artır, mayalanmış yumurta hüceyrəsi sürətlə hərəkət edir, implantasiyaya hazır olmayan ziqota implantasiyaya hazır olmayan uşaqlığa düşür; UDS-nin tərkibində olan mis spermatozoidlərə və ziqotaya toksiki təsir göstərir.

Plastik spiralların sınıma qorxusu olduğu üçün az istifadə olunur (şəkil 2 a).

Medikamentoz UDS-nin tərkibində progesteron olur. Progesteron lokal olaraq öz kontraseptiv təsirini göstərir. Progesteronun təsirindən endometriumda gedən proseslər implantasiyanın, servikal selikdə törətdiyi dəyişikliklər spermatozoidlərin hərəkətinin qarşısını alır.

Əks göstərişlər: hamiləlik və ya ona şübhə, aybaşı tsikli pozğunluğu, uşaqlıq boynu və endometriumun xərçəngi, kiçik çanaq orqanlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri, trofoblastik xəstəliklər, cinsiyyət orqanlarının vərəmi və inkişaf anomaliyaları.

Aybaşının gür, uzunmüddətli və ağrılı olması, endometrioza nisbətən əks göstərişlərdir. Qadında anemiya, endometrioza, mioma olduqda progesteron mənsəli UDS qoymaq məqsədəuyğundur.

UDS-in qoyulması üçün münasib vaxt:

- menstrual tsiklin ilk 12 günü ərzində, hamiləlik yoxsa istənilən gün;
- doğuşdan sonrakı ilk 48 saat ərzində xüsusi təlim görmüş həkim tərəfindən qoyula bilər və ya doğuşdan sonrakı 4-6-cı həftələr arası; laktasiya dövründə;
- spontan və süni abortdan sonra ilk 12 gün ərzində; qorunmamış cinsi əlaqədən sonra təcili kontrasepsiya məqsədi ilə UDS ilk 5 gün ərzində qoyula bilər;
- təcili kontrasepsiya həblərinin qəbulundan sonra; Kesar kəsiyindən 3 ay sonra.

UDS-in uşaqlığa qoyulması onun zondla müayinəsindən sonra ciddi aseptik şəraitdə xüsusi applikator vasitəsi ilə aparılır. UDS qoyulduqdan 3-5 gün müddətində müəyyən qədər qanaxma ola bilər. UDS qoyulduqdan sonra 2 gün müddətinə uşaqlıq yoluna heç bir şey yeridilməməlidir (şırıncı, tampon, cinsi əlaqə). Qadın hər aybaşından sonra sapları yoxlamalıdır. O, şəhadət və orta

barmaqlarını uşaqlıq yoluna salır, uşaqlıq boynuna doğru yeridir: barmaqların arasında iki sap əllənərsə, UDS öz yerindədir; barmaqların arasında kibrit çöpü kimi bir şey əllənirsə, UDS düşüb; uşaqlıq yolunda heç nə aşkarlanmasa, qadın ya hamilədir, ya da UDS yerini dəyişib.

UDS-nin bir çox çatışmayan cəhətləri var: Uşaqlıq dibinin perforasiyası, həmçinin bağırsaq və sidik kisəsinin penetrasiyası (deşib-keçməsi) baş verə bilər. Bəzən UDS-nin bitməsi baş verir və sapı daxilə çəkir. UDS-nin yerini müəyyənləşdirmək üçün rentgenoqrafiya, USM-si aparılır. Rentgenoqrafiyadan əvvəl uşaqlıq boşluğuna kontrast maddə yeridilir. UDS uşaqlıqda deyilsə, demək düşüb, uşaqlıqdadırsa onu çıxarmaq lazımdır.

– UDS qoylduqdan 24 saat sonra steril uşaqlıq bakteriyalarla infeksiyalaşır, adətən təbii müdafiə gücü hesabına bakteriyalar məhv olur.

– bəzi qadınlarda aybaşı ağrılı, gür və uzunmüddətli olur. Aybaşılar arası dövrdə qanlı ifrazat müşahidə edilir.

UDS-nin xaric edilməsi onun istifadə müddəti bitdikdən sonra, çanaq orqanlarının kəskin və ya xroniki iltihabi prosesləri kəskinləşdikdə, menstrual tsiklin pozulmasında, yerini dəyişdikdə menopauzadan 1 il sonra aparılır.

IX FƏSİL

HAMILƏLİK ZAMANI QADIN ORQANİZMİNDƏ YARANAN PATOLOJİ VƏZİYYƏTLƏR

§ 1. Hamiləliyin I yarısında yaranan vəziyyətlər (toksikozlar)

Döl yumurtasının uşaqlığa düşməsi nəticəsində yaranan yeni endokrin sistemin (sarı cisim və cift) fəaliyyəti və bir çox başqa amillərin təsirindən hamilə qadın orqanizmində bir çox dəyişikliklər baş verir. Qadın orqanizmi yeni şəraitə uyğunlaşmağa çalışır. Hamilə qadın orqanizmində baş verən bu dəyişikliklər fizioloji haldır. Lakin bir çox hallarda hamilə qadın orqanizmində funksional, bəzən ağır morfoloji dəyişikliklər yaradan toksikozlar baş verir. Toksikozlar hamiləliyin I yarısında (13-16 həftəyə qədər) rast gəlinir. Maddələr mübadiləsinin pozulması, autointoksikasiya, bədənə susuzlaşması ilə xarakterikdir. Hamiləliyin gedişini ağırlaşdırır, dölün inkişafına mənfi təsir edir.

Yaranma səbəbləri tam öyrənilməyib. Lakin bir sıra fərziyyələr var. Bəzi alimlər belə güman edirlər ki, hamiləlik zamanı “hamiləlik mərkəzi” yaranır və bu bir çox başqa mərkəzlərin oyanıqlığını artırır (tüpürcək ifrazı, qusma, vomitor və s.). Başqa alimlər toksikozun genetik olduğunu və hamilə orqanizmində yaranan XQ-yə qarşı yarandığını göstərirlər.

§ 1.1. Hamiləlik qusması

Hamiləlik qusması – hamiləliyin birinci yarısında rast gəlinir. Yüngül, orta ağır və ağır formaları ayırd edilir.

Yüngül dərəcəli qusma adətən səhərlər və yeməkdən sonra baş verir. Gündə 3-5 dəfəyə qədər təkrarlanır. Adətən qadının ümumi vəziyyətinə təsir etmir, nəbz azca artır (90-ə qədər).

Orta ağır dərəcəli qusma zamanı, qida qəbulundan asılı olmayaraq qusma sutkada 10-12 dəfə təkrarlanır. Xəstə qəbul etdiyi qidaları orqanizmdə saxlaya bilmir. Ağız suyu axması da qoşulur. Orqanizmin susuzlaşması baş verir, qadın çəksini itirir. Nəbz 100-120 vur/dəq-ə qədər artır, subfebril temperatur müşahidə edilir, hipotenziya inkişaf edir, dəridə quruluq aşkar olunur, diurez azalır. Xəstələr proqressivləşdikdə, karbohidrat, yağ, su-duz və elektrolit mübadiləsi pozulur. Xəstələr zəiflikdən, adinamiyadan və apatiyadan şikayətlənirlər. Xəstələrin 5-8%-də sarılıq, 20-30%-də hiperbilirubinemiya (40 mk mol/l) və 20-30%-də asetinuriya müşahidə edilir.

Ağır dərəcəli qusmalarda, qusma sutkada 20 dəfədən çox təkrarlanır və orqanizmin ağır intoksikasiyasına səbəb olur. Bədən temperaturu 38°C və daha artıq olur. Taxikardiya inkişaf edir. Nəbz dəqiqədə 120 vuruş və daha çox, zəif gərginlikdə və durğunluqda olur, ürək tonları karlaşır, A/T-80 mm/c st-a qədər enir. Xəstələr həftədə 2-5 kq çəki itirir, apatiya və adinamiya proqressivləşir.

Qadının müayinəsi zamanı dəri örtüyünün kəskin quruluğu “kül izləri” simptomu (barmaqda dəriyə sürtdükdə qopmuş epidermis kəpəklərinin qoyduğu ağ iz), turqorun azalması aşkarlanır. Dəri və skleranın saralması ağızdan aseton iynin gəlməsi, qlössit, gingivit baş verir. Epiqastral, sağ qarın və qasıq nahiyyəsində ağrı ola bilər. Diurez sutkada 300-400 ml-ə qədər azalır. Qanda qalıq azotun, sidik cövhərinin, bilirubinin çoxalması, hematokritinin artması, leykositoz, albuminin, xolesteronun, kaliumun və xloridlərin azalması müşahidə edilir. Sidikdə proteinuriya və silindriuriya,

urobilin, öd pigmentləri, formalı elementlər aşkar olunur, aseton reaksiyası kəskin müsbətdir. MSS-nin zədələnməsi əlamətləri sayıqlama, eyforiya, koma müşahidə olunur.

Müalicəsi. Xəstələrin müalicəsi kompleks aparılmalıdır. Əsas məqsəd – MSS-dəki oyanma və tormozlanma prosesləri arasındakı mütənəsnibliyi bərpa etməkdir. Hamiləlik qusmalarının yüngül formalarında ambulator müalicə aparmaq olar. Orta və ağır dərəcəli qusmalarda müalicə stasionarda aparılmalıdır. Müalicəvi-müdafie tədbirlərinin düzgün təşkili, ciddi qulluq və mənfi emosiyaların aradan qaldırılması böyük əhəmiyyətə malikdir. Eyni diaqnozlu iki xəstənin bir palataya yerləşdirilməsi düzgün deyil (həmrəylik qusmasının və sağalmış xəstələrdə residivlərin qarşısını almaq üçün).

Psixoterapiya müalicənin əsas komponentidir, xəstə ilə söhbət şəklində aparılır. Pasiyenti inandırmaq lazımdır ki, xəstəlik sağalandır, aparılan müalicə effektivdir, xəstəliyin aradan qaldırılması hamiləliyin və dölnün normal inkişafını təmin edir.

MSS-nin funksiyasını normallaşdırmaq üçün elektroyuxu və elektroanalgeziyadan müvəffəqiyyətlə istifadə olunur.

İştahanın enməsinə nəzərə alaraq çeşidli (arzulanan) qidalar təyin edilir, yəni dieta individual olmalıdır (alkoqol, kəskin yeməklər olmaz). Tez həzm olunan vitaminlərlə zəngin kifayət qədər kalorisi olan qidalar vacibdir. Qida, uzanmış vəziyyətdə, soyuq halda, hər 2–3 saatdan bir qəbul olunmalıdır. Minerallarla zəngin qələvi sular göstərişdir. Yaxşı olar ki, qida, qusma əleyhinə dərmanlar və antihistaminlər vurulduqdan, elektroanalgeziya, refleksoterapiyadan sonra, yuxudan əvvəl qəbul edilsin. Qusma dayandırıldıqdan sonra qidaların çeşidi genişləndirilir.

Mama qadına müalicəvi idman hərəkətləri kompleksini öyrədir. Hamilə bu hərəkətləri sərbəst olaraq, gündə 2–3 dəfə təkrarlayır. Kompleks hərəkətlərə gəzinti, gövdə və ətraf əzələlərini dartmaqla (gərməklə) dərin nəfəs almaq və gövdənin yuxarı hissəsinin massajı (hamilə özü edir) daxildir.

Qusma mərkəzinə tormozlayan preparatlardan (etaperazin, droperidol, serukal) geniş istifadə olunur. “B” qrupu və “C” vitaminləri, dimedrol, suprastin, sedativ preparatlar təyin edilir.

Hipoproteinemiya və hipovolemiya ilə mübarizə məqsədi ilə infuzion terapiya aparılır. Vena daxilinə damcı üsulu ilə plazma, albumin, 5%-li qlükoza məhlulu (insulinlə), Ringer-Lök məhlulu, natrium hidrokarbonatın 5%-li məhlulu və s. vurulması məqsədəuyğundur. Ali sinir mərkəzlərinin fəaliyyət pozğunluqlarını korreksiya etmək üçün vena daxilinə 0,25%-li novakain məhlulu vurulur. Xəstəliyin ağır formalarında, kəskin intoksikasiyalarda hemodez, poliamin, poliqlükünlə dezintoksikasion terapiya aparılır. Xəstə, sutka ərzində 2,0–2,5 l maye qəbul etməlidir. Hematokritinin, dəri turqorunun artması, diurezin çoxalması, əhvalın yaxşılaşması infuzion terapiyanın kifayət olduğunu göstərir.

Fizioterapevtik müalicə üsullarından, günəş kələfi nahiyyəsinə induktotermiyadan və intranasal elektrofarezdən (novakainlə, dimedrolla) istifadə olunur.

Qəbul olunan qida, qusma nəticəsində mədədə qalmırsa xəstəyə gündə 2–3 dəfə qida imalələri şəklində süd, yumurta sarısı, qlükoza, bulyon və s. təyin edilir.

Aparılan bütün müalicəvi tədbirlər effekt vermədikdə və müalicə fonunda xəstəlik proqressivləşdikdə hamiləliyin pozulması göstərişdir.

§ 1.2. Hipersalivasiya (Ağız suyu axması)

Hipersalivasiya (ağız suya axması) – həm sərbəst, həm də hamiləlik qusmaları ilə birlikdə təsadüf edir. Sutkalıq salivasiya müxtəlif olur, bəzən 1 l-ə çatır. Ağız suyunun ifrazının həddən artıq çoxalması hamilə qadının orqanizmini susuzlaşdırır və nəticədə orqanizm çoxlu miqdarda zülallar, sulu karbonlar, vitaminlər, duzlar və s. maddələr itirir. Ağız suyunun axması dodaqların selikli qişasının masserasiyası ilə yanaşı, psixi pozğunluqlar da törədə bilər.

Müalicəsi – fizioterapevtik üsullardan (qalvanizasiyadan, böyük simpatik düynlərinin dia-termiyasından və s.) istifadə olunur. Hamilə qadına həftədə 1–2 dəfə hər dəfə 100–150 ml donor qanı köçürülür. Qusmada olduğu kimi, hipoproteinemiya və hipovolemiya ilə mübarizə tədbirləri aparılır.

§ 2. Hamiləlik zamanı nadir hallarda rast gəlinən patoloji vəziyyətlər

Hamiləlik dermatozları. Hamilə qadınlarda dəri qaşınmaları (Pruritus gravidarum) ən çox rast gəlinən əlamətlərdəndir (şəkil: 9-1). Hamiləliklə başlayır və hamiləlikdən sonra itir. Qaşınma bütün bədənə əhatə edir və ya ancaq xarici cinsiyyət üzvlərində məhdudlaşır. Yuxusuzluq və narahatlıq (oyanıqlıq) yaradır. Hamiləlik qaşınmasını şəkərli diabet, qurd invaziyası və allergiya ilə differensiasiya etmək lazımdır.

Hamilə qadınlarda təsadüf olunan dermatozların nadir formalarından biri ekzemaadır. O, qarının, döş vəzilərinin, ayaqların və qolların dərisində müşahidə edilir.

Dermatozları müalicə etmək üçün MSS-ni sakitləşdirən maddələr, trankvilizator və desen-sibilizasiyaedici preparatları (bromidlər, meprostan, trioksazin, diprazin, kalsium xlorid, dəmir birləşmələri, vitaminlər və s.) təyin edilir. Dərinin xəstə nəhiyyəsinə hidrokortizon, prednizolon məlhəmi sürtülür.

Osteomalyasiya. Xəstəlik hamiləliyin müxtəlif dövrlərində təsadüf edir, fosfor-kalsium mübadiləsinin pozulması nəticəsində, kalsiumun itməsi və sümüklərin yumşalması ilə xarakterikdir. Ən çox çanaq (simfizopatiya və sakroilepiya) və onurğa sümükləri zədələnir. Xəstə bud-çanaq oynaqında, onurğa, simfiz nəhiyyəsində ağrılardan şikayətlənir. Yeriş zamanı ağrılar güclənir. Hərəkət çətinləşir „ördək yeriyişi " baş verir. Palpasiya zamanı qasıq bitişməsinin ay-rıldığı müşahidə edilir.

Osteomalyasiyanın müalicəsində əsas yeri müalicəvi-mühafizə rejimi tutur. Beyin qabığı və qabıqaltı strukturların funksiyasını normallaşdırmaq üçün psixoterapiya, elektroyuxu, elektro-analgeziya, sedativ preparatlar (valerian ekstraktı, tinktura leanuri) geniş tətbiq edilir. Vit D, bəliq yağı, Ca preparatları, Vit E ilə və patogenetik müalicə təsdiqini tapıb. Bundan başqa proges-teron (gündə 5–10 mq) və kvarts təyin olunur.

Hamiləlik tetaniyası. Hamilə qadınlarda qalxanabənzərətəraf vəzilərinin funksiyasının zəifləməsi və ya dayanması nəticəsində hamiləliyin tetaniyası baş verir. Kalsium mübadiləsi pozulur, hipokalsemiya inkişaf edir. Kliniki olaraq xəstəlik, əzələlərin qıcolması ilə özünü göstərir. Yuxarı ətrafların əzələlərinin (akuşer əli), bəzən də aşağı ətraf əzələlərinin (balerina ayağı), nadir hallarda da üz əzələlərinin qıclığı, mədə və qırtlaq əzələlərinin spazmı törənir.

Xəstəliyin gedişi ağırlaşdıqda hamiləliyi pozmaq məsləhət görülür.

Müalicəsi. Xəstəyə paratireoidin, „D " vitamini və „Ca " duzları təyin edilir.

Hamiləlik bronxial astması. (Asthma bronchiale gravidarum). Hamiləlik zamanı çox nadir rast gəlinən patologiyadır.. Allergik xəstəlik olub, ekspirator tipli boğulma tutmaları formasında baş verir, bronxiospazm, hipersekresiya və bronxların selikli qişasının ödemi ilə müşayiət olunur.

Müalicəsi. Xəstələrə kalsium duzları, B vitamini kompleksi, kofeinsə brom və ultrabənövşəyi şüalanma təyin edilir. Xəstəliyin yüngül formalarında bronxogenəldici preparatlar (izordin tabletləri, 0,005 dozada dilin altına qoyulur, onun 1%-li məhlulundan 0,5–1 ml inhalyasiya edilir, alupend tabletləri 0,02 dozada dilin altına qoyulur, 2%-li məhlulundan 0,5–1 ml inhalyasiya edilir, teofedrin, yaxud antasman tabletləri gündə 2–3 dəfə daxilə qəbul olunur). Bu preparatlar effektiv vermədikdə (20–30 dəq müddətində) əzələ daxilə 0,5–1 ml, 0,1% adrenalin və ya 1 ml 5% -li efedrin məhlulu yeridilir.

Bronxial astmanın orta və ağır formalarında 10 ml eufillinin 2,4%-li məhlulu 20 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən venaya yeridilir. Effekt olmasa 2,4%-li eufillin məhlulundan 10 ml, 5%-li efedrin məhlulundan 1 ml, adrenalinin 0,1%-li məhlulundan 1 ml, götürüb 5%-li qlü-



Şəkil:9-1. Hamiləlik dermatozu

koza məhlulunun 200–300 ml–də damcı üsulu ilə venaya yeritmək lazımdır. Bronxial astma tutmaları ürək fəaliyyəti çatışmazlığı ilə müşayət etdikdə həmin qarışığa 1 ml 0,06%-li korqlukon yaxud 0,5 ml 0,05%-li strofantin məhlulu əlavə edilir və 20–30 dəqiqə ərzində xəstəyə nəmləşdirilmiş oksigen verilir.

Bu tədbirlər nəticə vermədikdə süni doğuş keçirilir.

Hamiləlik sarılığı. (Ecterus gravidarum). Hamilə qadınlarda sarılıq sərbəst xəstəlik kimi nadir hallarda rast gəlinir. Sarılıq, adətən Botkin, Veyl-Vasilyev, (leptospiroz) öd daşı xəstəliyinin, orqanizmin intoksikasiyasının əlaməti kimi meydana çıxır. Qara ciyərin zədələnməsi, dərinin qaşınması və bəzən qusma ilə müşayət olunur.

Müalicəsi. Sarılığa qarşı intensiv dezintoksikasion müalicə aparılır. Arası kəsilməyən qusma və iştahsızlıq zamanı venaya 10–20 ml 40%-li qlükoza məhlulu, natrium xloridin izotonik məhlulu ilə qarışdırılıb düz bağırısağa, yaxud dəri altına yeridilir.

Xəstəyə yataq rejimi və 5 Nəli pəhriz təyin edilir. Qara ciyərdə mübadilə proseslərini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə, eləcə də virus mənşəli hepatitdə B₁, B₆, B₁₂, C vitaminləri, kokarboksil-laza, lipoy turşusu ilə müalicə kompleksi aparılır. Şiddətli hemorragik diatez zamanı və zülal mübadiləsinin pozulması baş verdikdə orqanizmə albumin, plazma, yaxud donor qanı yeridilir. Belə hamilə qadınlarda qanaxma təhlükəsi var. Qara ciyərin ciddi zədələnməsində, hamiləlik təcili pozulmalıdır. Qara ciyər fəaliyyətinin kəskin çatışmazlığı zamanı kortikosteroid hormonları ilə müalicə aparılır.

Qara ciyərin kəskin sarı distrofiyası. (Distrophia hepatis akuta). Hamiləlik toksikozlarının ən nadir və ən ağır formalarından biridir. Şiddətli arasıkəsilməz qusma, eləcə də qusma olma-dan baş verir. Qara ciyər hüceyrələrində yağ və zülal mübadiləsinin pozulması nəticəsində, qara ciyərin həcmi kiçilir, şiddətli sarılıq, qaşınma, qısqıma, tutma şəklində qıcolmalar və koma baş verir və nəhayət ölüm törənir.

Belə hallarda hamiləlik təcili pozulmalıdır.

§ 3. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər

Hamilə qadınların təxminən 5-10% də hipertenziv vəziyyətlər müşahidə edilir. Hipertenziv vəziyyətlər hamiləliyin gedişini ağırlaşdırır, ana ölümünə səbəb olur. UST təşkilatının araşdır-malarına görə hər il hamilə qadınların 16%-i bu patologiyadan dünyasını dəyişir.

Təsnifat. Hamiləlik zamanı yaranan hipertenziv vəziyyətlərə – hestasion hipertenziya, preeklampsiya, eklampsiya, xroniki hipertenziya (essensial və ya ikincili-böyrək, endokrin və ya digər etiologiyalı) aiddir.

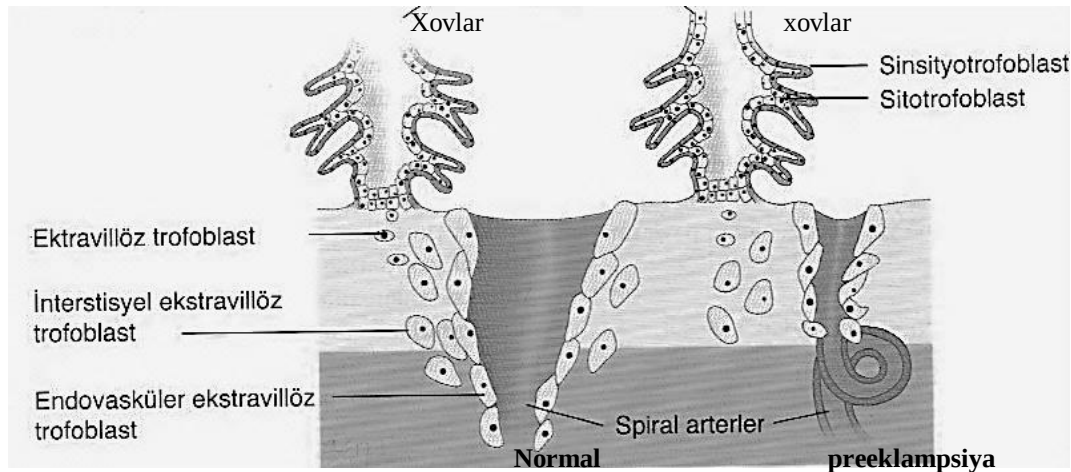
Etiologiya. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin yaranma səbəbi tam aydınlaşdırılma-yıb. Ancaq bir çox fərziyyələr var. Bu fərziyyələrə görə bu patologiyanın yaranmasında aşağıdakı faktorlar rol oynayır.

1. Trofoblastların anormal invaziyası.
2. Ana, cift və döl toxumaları arasında immunoloji uyğunsuzluq.
3. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində baş verən kardiovaskulyar və başqa dəyişikliklərə qarşı ana orqanizmində baş verən dəyişikliklər.
4. Genetik faktorlar.

Son zamanlar belə güman olunur ki, normal implantasiya zamanı dölün trofoblast heceyrələrinin bir hissəsi uşaqlığın spiral arteriyalarını əhatə edir, bir hissəsi damarların divarına keçir. Preeklampsiya zamanı trofoblastların anormal invaziyası nəticəsində spiral arteriyalar daralır (damar divarlarının eksudasiyası, miometral heceyrələrin proliferasiyaya uğraması və medial nekroz), plasenta qan axını azalır (şəkil: 9-2).

İmmunoloji faktorlar-ciftə və döldə olan antigenlərə qarşı anada immun reaksiya yaranır. Ana qanında leykositlərin aktivləşməsi endotelial hüceyrələrin funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Bir çox sitokinlər (TN Fα, IL) reaktiv oksigen və oksigen radikallarının əmələ gəlməsinə, bu

da lipid peroksidlərinin çoxalmasına gətirib çıxarır. Bu endotel hüceyrələrinin zədələnməsinə, prostoglandinlərin tarazlığının pozulmasına, azot birləşmələrinin dəyişikliyə uğramasına səbəb olur. Nəticədə, trombositopeniya, mikrosirkulyar koagulyasiyanın aktivləşməsi, ödem, proteinuriya meydana çıxır. Bundan başqa aparılan müşahidələr göstərmişdir ki, antioksidant təsirə malik olan meyvə və tərəvəzdən az istifadə edən hamilələrdə preeklampsiya iki dəfə artıq olur.



Səkil:9-2. Preeklampsiya zamanı trofoblastların anormal invaziyası

Ward, Lindheimer, Nilsson apardıqları araşdırmalarda hestasion hipertenziya və preeklampsiyanın genetik olduğu nəticəsinə gəlmişlər.

Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin yaranmasında aşağıdakı risk faktorlarının rolu var: ilk hamiləlik; anamnezdə preeklampsiya və eklampsiyanın olması; doğuşlar arasında 2 ildən az, 10 ildən çox intervalın olması; hamilənin yaşının 18-dən az, 30-dan çox olması; ailədə (ana, bacı) eklampsiyanın olması; diastolik təzyiqin 80 mm C st-dan çox olması; proteinuriyanın 1 q/l-dən çox olması; çoxdöllü hamiləlik; ekstragenital xəstəliklər (hipertoniya, böyrək xəstəlikləri, ürək-damar xəstəlikləri, şəkərli diabet və s.)

Hestasion hipertenziya zamanı hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra arterial təzyiq birdən artır. Sistolik təzyiq 140 mm C st-nu, diastolik təzyiq 90 mm C st-nu keçirsə bu hipertenziya kimi qiymətləndirilir. Sistolik təzyiq 30 mm C st, diastolik təzyiq 15 mm C st. artıqda hamilə qadın nəzarətə götürülməlidir. Hestasion hipertenziya zamanı proteinuriya müşahidə olunmur. Əgər hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra arterial təzyiqin səviyyəsi normallaşarsa bu tranzitor hipertenziya hesab olunur. Çox vaxt hestasion hipertenziya fonunda preeklampsiya inkişaf edir.

Preeklampsiya özündən əvvəl gələn, əvəllər hestozlar adlandırılan bütün vəziyyətləri özündə birləşdirir. Bu sindrom zamanı hipertenziv sindroma proteinuriya da qoşulur.

Preeklampsiyanın 3 dərəcəsi ayırd edilir:

I dərəcə-yüngül forma zamanı A/T – 150/90 mm C st, proteinuriya 1 q/l, qanda trombositlərin səviyyəsi $180 \times 10^9/l$, kreatinin 100 mkmol/l-ə qədər olur. Ödem ancaq aşağı ətraflarda müşahidə edilir. Yüngül preeklampsiya simptomuz da keçə bilər.

II dərəcə-orta ağır formada A/T-170/110 mm C st, sidikdə zülal 5 q/l, trombositlərin sayı $150-180 \times 10^9/l$, kreatinin 100-300 mkmol/l olur. Ödem ətraflarda və qarında müşahidə edilir.

III dərəcə-ağır formada A/T-170/110 mm C st-dan çox, proteinuriya 5 q/l-dən çox, kreatinin 300 mkmol/l və çox olur. Bu simptomlara beyin əlamətləri (baş ağrıları xüs. ənsə nahiyyəsində, görmə pozğunluqları) epiqastal və sağ qabırğaltı nahiyyədə ağrı (qara ciyər ödemi), ürək bulanma və ya qusma, qəflətən meydana çıxan ödemlər (xüs. üz və omada), hiperrefleksiya, progressivləşən proteinuriya və hipoproteinemiya, diurezin azalması, sidinin rənginin tündləşməsi, hemoliz, sarılıq, ağ ciyər ödemi, trombositopeniya ($100 \times 10^9/l$), dölün bətn daxili inkişafdan qalması və s. qoşulur.

Preeklampsiyada, bir çox poliorqan dəyişikliklər də rast gəlir, xüsusilə aşağıdakı əlamətlər

kəskin olur: hipovolemiya və onunla əlaqədar olaraq hemodinamik dəyişikliklər (A/T–in, ürək yıqılmalarının artması, mərkəzi venoz təzyiqin azalması), mikrosirkulyasiya və qanın reoloji xüsusiyyətlərindəki dəyişikliklər (hemoqlobulin və hematokritin konsentrasiyanın artması, trombositlərin və eritrositlərin aqreqasiyasının güclənməsi, damar divarlarının keçiriciliyinin artması, disproteine-miya, xroniki damardaxili laxtalanma sindromu), böyrək və qara ciyərin funksiyasının pozulması (oliquoriya, proteinuriya, kreatinin, qalıq azotun, sidik cövhərinin artması, AST–nin, qələvi fosfotazanın artması), dölün hipoksiyası və hipotrofiyası. Bütün bu əlamətlər eklampsiyanın inkişaf edə biləcəyini göstərir.

Xroniki hipertenziya hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər mövcud olur və doğuşdan 6 həftə sonra saxlanılır. Xroniki hipertenziya fonunda preeklampsiya inkişaf edə bilər.

Eklampsiya adətən, preeklampsiya fonunda inkişaf edir, serebral pozğunluqlarla əlaqəli olmayan qıcolma və koma ilə təzahür edir. Eklampsiya poliorqan çatışmazlıqları ilə xarakterikdir. O, mürəkkəb proses olub, əsas xüsusiyyəti kortikovisseral münasibətin pozulmasından ibarətdir. Bunun nəticəsində damar–kapillyar dəyişikliklər, endokrin vəzilərin funksiyasının pozulması, mədələr mübadiləsinin pozğunluqları (xüs. su–duz mübadiləsi və oksidləşmə prosesləri pozulur) meydana çıxır.

Eklampsiyanın patogenezinə tənəffüs çatışmazlığı əsas yer tutur. Tənəffüs əzələlərinin spazmı nəticəsində (apnoe, dilin qatlanması, tənəffüs yollarının obstruksiyası) hipoksiya və hiperkapniya inkişaf edir. Vəzilərin sekretor funksiyası artır. Bu da mədə–bağırsaq möhtəviyyatının, tüpürcəyin, bronxial sekretin artmasına səbəb olur. Böyük və kiçik qan dövrənində qan təzyiqi yüksəlir. Ürəyin yükü artdığı üçün, ürək boşluğu böyüyür, ritm pozulur, taxikardiya baş verir. Periferik və mərkəzi sirkulyar çatışmazlıq inkişaf edir.

Eklampsiya əsasən hamiləliyin III trimestrində və doğuşdan sonra 48 saat ərzində inkişaf edir, lakin eklampsiyanın hamiləliyin 20 həftəsindən və ya doğuşdan 23 gün sonra da meydana çıxması faktları var.

Təsnifatı: hamiləlik, doğuş, doğuşdan sonra, zahılıq dövrü və müddəti məlum olmayan eklampsiyalar ayırd edilir.

Klinikası. Eklampsiya tutmalarından əvvəl, çox vaxt baş ağrıların güclənməsi, görmənin pisləşməsi, yuxusuzluq, narahatlıq, A/T–in artması, sidikdə zülalın artması müşahidə edilir. Sonra tutmalar başlayır. Orta hesabla 1–2 dəqiqə davam edir. Eklampsiya tutmaları 4 dövrdə keçir.

I mərhələ – xəbərdaredici tutmalar. Tutmanın müddəti 15–30 san davam edir. Göz qapaqlarının titrəməsi, mimiki əzələlərin, sonra yuxarı ətraf əzələlərinin fibrilyar dartılması başlayır, xəstənin baxışı süstləşir, müəyyən bir nöqtəyə yönəlir, bəbəklər genişlənir və göz qapaqlarının altına keçir, göz ağı görünür, boyun gərgindir, vidaci venalar şişir, trizm baş verir (dilin dişləyə bilər), tənəffüs dəyişir.

II mərhələ – tonik qıcolmalar. 15–25 saniyə davam edir. Sklet əzələlərində tonik (tetanik) qıclıq başlayır. Onlar başdan başlayıb, boyuna, yuxarı ətrafa, gövdəyə, ayaqlara yayılır. Baş arxaya və yana dartılır, gövdə gərgin vəziyyət alır, üz avazıyır, onurğa sütunu əyilir, çənələr gərilir, bəbəklər genişlənir, gözlər batır (ancaq sklera görünür), dəri və selikli qişalar sianozlaşır, dil dişlənir. Bu zaman xəstənin tənəffüsünün və nəbzinin itməsi müşahidə edilir ki, bu da ana və döl həyatı üçün təhlükəlidir.

III mərhələ – klonik qıcolmalar. 30–90 san davam edir. Bu tutmalar da yuxarıdan aşağıya doğru yayılır. Yuxarı və aşağı ətrafların, gövdə əzələlərinin klonik qıclığı, tənəffüsün səthiləşməsi və ritminin pozulması dilin dişlənməsi nəticəsində ağızdan qanlı köpüyün gəlməsi müşahidə olunur. Tədricən qıcıqlar seyrəlir və zəifləyir, nəhayət kəsilir.

IV mərhələ – bərpa mərhələsi. Tutmadan sonra, xəstə bir müddət komatoz vəziyyətdə olur. Bu vəziyyət qısa və uzun müddət davam edə bilər. Qıcolmalar azalır və sona yetir, nəfəsalma dərin, xırıltılı və küylüdür, ağızdan köpük (çox vaxt qanlı) gəlir, tənəffüz müntəzəm olmağa başlayır, sianoz azalır, nəbz bərpa olur, bəbəklər yavaş–yavaş daralır. Qıcolmadan sonra koma vəziyyəti gəlir. Xəstənin şüuru tədricən bərpa olur, lakin retroqrad amneziya baş verdiyindən başına gələn hadisəni

xatırlamır, baş ağrısından, ümumi zəiflikdən, əzginlikdən şikayət edir. Bə-zən komada olan xəstədə yeni qıcolma tutmaları başlayır. Tutmaların sayı 1-10-a qədər olur. Ko-motoz vəziyyət fonunda bir neçə tutmanın baş verməsi **eklampitik status** adlanır. Bu eklamp-siyanın klassik formasıdır.

Eklampsianın atipik formaları da var. Atipik eklampsiya zamanı, klinik əlamətləri ya kəskin olmur, ya da eklampitik tutmalar simptomlar olmayan fonda baş verir. Ödemsiz keçən eklampsiyada baş verən eklampitik tutmalar „**quru eklampsiya**“ adlanır. Nadir hallarda tutmasız eklampsiya rast gəlinir. Bu da MSS-nin güclü iflicinə səbəb olur.

Diagnoz. Hamiləlik zamanı hipertonik vəziyyətlərin diaqnostikasında 3 simptom əsas götürülür.

– **Hipertenziya.** Sistolik təzyiq ≥ 140 mm C st, diastolik təzyiq ≥ 110 mm C st olduqda hipertenziya diaqnozu qoyulur. Sistolik təzyiq ≥ 160 mm C st, diastolik təzyiq ≥ 120 mm C st olarsa bu ağır hipertenziyadır.

– **Proteinuriya.** Fizioloji hamiləlik zamanı böyrəklər vasitəsi ilə zülal xaric olur. Sidikdə zülalın miqdarı 300 mq və ya 1 q/l-dən çox olarsa bu patoloji hal sayılır.

– **Ödemlər.** Orta dərəcəli ödemlər fizioloji hamiləlikdə müşahidə edilir. Ödemlə müşayiət olunmayan preeklampsiya daha təhlükəlidir. Sürətlə inkişaf edən ödemlər (xüs. bel və üz nahiyələrində) proqnostik cəhətdən qənaətbəxş hesab edilmir. Hamiləliklə bağlı fizioloji ödemlər zamanı müalicəyə ehtiyac yoxdur.

Fəsadlar. Ağır preeklampsiya və eklampsianın çox ağır fəsadları ola bilər. Bu fəsadlara ağ ciyər ventilyasiyasının pozulması; YDL sindromu; HELLP sindromu; böyrək çatışmazlığı; ağ ciyər ödemi; ananın kəskin RDS; serebrovaskulyar ağrılar; ürəkdayanma; ölüm aiddir.

Serebral təzahürlər beyin arteriyalarının trombozu, fibrinoid nekrozu, diffuz mikroinfarkt, beyində petexial hemorragiya ilə müşayiət olunur və hipertonik ensefalopatiyaya bənzəyir.

Güclü damar spazmı nəticəsində qanın damardaxili həcmi azalır. Belə qadınlarda az qan itkisi belə hipovolemiyaya səbəb olur. Kapillyar keçiriciliyin artması, kolloid-osmotik təzyiqin aşağı olması və ağ ciyər epitelinin zədələnməsi **ağ ciyər ödeminə** səbəb olur.

Qlomerulyar damarların endoteliozu nəticəsində qlomerulyar ödem və fibrin çökməsi baş verir. Bu da **böyrək** tərəfindən ağrılarla səbəb olur. Oligouriya, kəskin tubulyar nekroz baş verir.

Periportal qara ciyər nekrozu, subkapsulyar hemorragiya və qara ciyər sinuslarında fibrin yığılması **qara ciyər disfunksiyasına** səbəb ola bilər. Bəzən qara ciyərin cırılması baş verir.

Qara ciyərin disfunksiyası **HELLP sindromunun** təzahürü ola bilər. HELLP sindromu zamanı trombositopeniya, qara ciyər disfunksiyası, hemoliz müşahidə edilir. Bu sindromun ağırlıq dərəcəsi trombositopeniyanın dərinliyi ilə müəyyən edilir. Trombositlərin sayı $50 \times 10^9/l$ olduqda HELLP sindromu ağır, $50-100 \times 10^9/l$ orta ağır, $100-150 \times 10^9/l$ yüngüldür. HELLP sindromu zamanı qaraciyərin fermentativ funksiyası kəskin pozulur. Eritrositlər hemolizə və fermentasiyaya uğrayır. HELLP sindromu həyat üçün çox təhlükəlidir. Bu sindrom inkişaf etdikdə hamiləlik təcili sonlandırılmalıdır.

YDL sindromu dölün bətn daxili ölümünə, BDİL-ə, perinatal ölümə səbəb olur.

Müalicə. Müasir dövrdə preeklampsiya və eklampsiya zamanı doğuşyardım taktikası dəyişib. Belə vəziyyətlərdə intensiv müalicə aparılır, xəstə təcili doğuşa, xüsusi cərrahi müdaxiləyə hazırlanır. Əvvəllər diuretiklərlə aparılan müalicə, hazırda məqsədəuyğun sayılmır. Çünki, uşaqlıq-cift qan dövranını, böyrəklərin, qaraciyərin və digər orqanların qan təchizatını pisləşdirir.

Müalicə aşağıdakıları əsas tutaraq aparılır.

– hipertenziv vəziyyətin medikamentoz idarə olunması;

– mamalıq vəziyyətinin idarə olunması.

Medikamentoz müalicənin məqsədi: A/T-i 140(150)/90(100) mm C st səviyyəsində saxlamaq; ağrılarla qarşısını almaq. Müalicə əsasən iki istiqmətdə aparılır: qıcolmalarla və hiperenziv vəziyyətlə mübarizə.

Mamalıq taktikası isə doğuş vaxtının və aparılma üsulunun seçilməsinə əsaslanır.

Müalicə stasionarda, intensiv-terapiya şöbəsində anestezioloq-reanimatoloqun iştirakı ilə

aparılır. Hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq, intensiv terapiya aparmaq və doğuşu tezləşdirmək lazımdır. Poliorqan pozğunluqların korreksiyası üçün orqan və sistemlərin funksional vəziyyətinə manitor nəzarəti aparılmalıdır (ifrazat orqanları, ürək–damar, tənəffüs sistemi və s.)

Qıcılma zamanı ilk yardım mama tərəfindən göstərilir: qadın tutulur, yıxılmadan və əzilmədən qorunur, ağzı açılır, ağızgenəldicilər salınır (dil dişlənməsin və qatlanmasın), tənəffüs yolları selikdən təmizlənir, maksimal təcili infuzion terapiya başlanılır (yaxşı olar ki, iki venada), həkim çağırılır. Vena daxilinə 20 ml 25%-li $MgSO_4$, 200–300 ml reopolikliukin, 0,25%-li droperidol 3–4 ml, 0,005%-li 1ml fentanil məhlulu, 0,02 qr diazepam, 1%-li 200–300 mq heksenal məhlulu, sedativ və hipotenziv maddələr yeridilir. Hemodinamik göstəricilərin nəzarəti altında (A/T, nəbz və s.) xəstə süni tənəffüs aparatına qoşulmağa hazırlanılır və s.

Xəstənin nəql edilməsi əks göstərişdir.

Hipotenziv (Hidrolazin, Labetalol, Nifedipin), spazmolitik, infuzion terapiya aparılır. Qanlı-oblakatorlar (pentamin, qiqronüm, benzoheksonium) yaxşı hipotenziv effekt verir.

Hamilə qadının tənəffüs funksiyası, (ağciyərlərin köməkçi ventilyasiyası, süni ventilyasiya-sı) və temperaturu normallaşdırılır.

Prosesin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün tam klinik müayinə: qanın ümumi və biokimyəvi analizi, koaquloqramma, 3 gündən bir sidiyin ümumi analizi, sidiyin Neçiperinko və Zimnitski sınaqları ilə analizi, sidiyin bakterioloji əkilməsi, göz dibini yoxlamaqla oftalmoloqun, nevro-potoloqun, terapevtin müayinəsi aparılmalıdır.

Differensial diaqnostika üçün huşun pozulması zamanı lumbal punksiya aparılır (subaraxnoidal qansızmanı aşkarlamaq üçün).

Əsas terapevtik metod çox vaxt doğuş olur. Ağır preeklamsiya və eklampsiyanın bütün ağırlaşmalarında doğuşu tezləşdirmək göstərişdir. Eləcə preeklampsiyanın yüngül və orta ağır formalarında 10–15 gün müddətində aparılan terapiya effekt vermədikdə, dölün hipoksiyası və hipotrofiyası artırsa doğuşu tezləşdirmək vacibdir. Bütün bu hallarda hamiləliyin müddəti nəzərə alınmır.

Doğum yolları doğuşa hazır olduqda, erkən amniotomiyaya imkan olduqda, doğuşun doğum yollarından təbii yolla başa çatdırılması məqsədəuyğundur.

Doğum yolları doğuşa hazır olmadıqda, uşaqlıq boynu „yetişməmiş" olduqda qıcıqlandırmaq məqsədi ilə prostotandirlərdən, okitosindən istifadə olunur. Oksitosinlə qıcıqlandırmanı ehtiyatla aparmaq lazımdır. Əvvəl hipovolemiya və damar spazmını aradan qaldıran intensiv terapiya aparmaq lazımdır: bundan 30 dəqiqə əvvəl dölyanı maye emboliyasının qarşısını almaq üçün əzələ daxilinə 1 ml 1–2%-li promedol və ya diprazin vurulur. Doğuş zamanı, adətən hipertenziv vəziyyətlərin gedişi dərinləşir, ağır fəsadlar mümkündür. Ona görə müalicənin bütün prinsiplərinə əməl etmək və maksimal ağrısızlaşdırma aparmaq vacibdir.

Qalan hallarda doğuş Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılır.

Doğuş hipertenziv vəziyyətin simptomlarının tam itməsinin qarantı deyil. Doğuşdan sonra zahılıq eklampsiyası da rast gəlinir ki, onun yaranmasına şəraiti, doğuşa qədər və ya doğuş zamanı diaqnozun qoyulmaması, müalicə tədbirlərinin lazımı həcmdə olmaması yaradır. Doğuşdan sonra ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə, patogenetik müalicəni klinik simptomlar tam itənə və laborator göstəricilər, normallaşana qədər davam etdirmək lazımdır.

Qadının stasionardan evə yazılma kriteriyaları: qanın və sidiyin bütün analizlərinin normallaşması; A/T–in 130–80 mm C st, nəbz 90 vur/dəq və daha aşağı səviyyədə stabilləşməsi; poliorqan dəyişikliklərin korreksiyası. Qadın evə hipertenziv vəziyyət diaqnozu ilə yazılır və o, məsləhətxanasında risk qrupunda müşahidəyə götürülür.

Hamiləlik hipertenziyasının profilaktikası. Profilaktik tədbirlərə aşağıdakılar aiddir: qadınlarda ekstragenital xəstəliklərin aşkarlanması; hamiləliyə əks göstəriş olan ekstragenital xəstəliklərə görə risk qrupunun formalaşdırılması; hamiləlik zamanı risk qrupunun formalaşdırılması; optimal dispanserizasiya.

Reabilitasiya 3 mərhələdə aparılır:

1. Zahının müayinəsi və zahılıq şöbəsində ağırlaşmaların müalicəsi. Müalicə 10 gün müddə-

tində effekt vermirə, xəstə ixtisaslaşdırılmış xəstəxanalara köçürülür. (kardioloji, uroloji, nevroloji və s.)

2.Xəstə 1 il müddətində mama–ginekoloq və terapevt tərəfindən müştərək müşahidə edilir (ürək–damar sistemi, qaraciyər və böyrəklərin funksiyası, EKG, göz dibi).

3.Mama–ginekoloq və terapevt qadını növbəti hamiləliyə müştərək hazırlayırlar.

Kəskin və xroniki hipoksiya, bətdaxili inkişafın ləngiməsi, dölün ölməsi hipertenziv vəziyyət zamanı baş verən poliorqan pozğunluqlar və uşaqlıq–cift qan dövranının pozulması nəticəsində baş verir. Ona görə də erkən diaqnostika, qadının adekvat müalicəsi gələcəkdə, doğuş zamanı döldə və yenidoğulmuşlarda baş verəcək ağırlaşmaların profilaktikasıdır.

Hipertenziyası olan anadan doğulmuş uşaqlar doğum evində neonotoloq tərəfindən ciddi müayinə olunmalı, sonra sahə pediatri və ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən dispanser müşahidəsinə götürülməlidir.

X FƏSİL

MÜXTƏLİF XƏSTƏLİKLƏRİN HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞUN GEDİŞİNƏ TƏSİRİ

Müasir dövrdə hamilə qadınlar arasında xəstəlik halları xeyli çoxalıb (50-60%). Bu həm xəstəliklərin çoxalması, həm də təbabətin inkişafı ilə bağlıdır. Təbabətin inkişafı əvvəllər ölümə məhkum olanların nəinki yaşamasına, hətta generativ funksiyanı yerinə yetirməsinə imkan verir.

§ 1. Ürək-damar sistemi xəstəlikləri və hamiləlik

Ürək-damar sistemi xəstəlikləri ən çox rast gəlinən ekstragenital patologiyalardır. Həm ana, həm perinatal ölümün səbəbi kimi bu patologiyalar birinci yeri tutur. 1991 ci ildə L.V.Vanın ürək qüsurları olan (başqa patologiyaları olmayan) qadınlarda hamiləlik və doğuş riskini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı sxemi təklif etmişdir:

I dərəcəli risk-çatışmazlıq əlaməti olmayan ürək qüsurları və kəskinləşməsiz revmatik proses zamanı hamiləlik;

II dərəcəli risk-ürək çatışmazlığının ilk əlamətləri ilə ürək qüsurları (təngnəfəslik, taxikardiya) və ya aktiv fazalı revmatik proseslər zamanı hamiləlik;

III dərəcəli risk-dekompensasiyalı ürək qüsurları (sağ mədəciyin çatışmazlığı ilə), aktiv fazalı revmatizm (yeni əmələ gəlmiş səyrici aritmiya və ağ ciyər hipertenziyası) ilə hamiləlik;

IV dərəcəli risk-sol mədəciyin və total ürək çatışmazlığı ilə ürək qüsurları, aktiv fazalı revmatizm, artromeqaliya, kardiomeqaliya, uzunmüddətli səyrici aritmiya (tromboembolik əlamətlərlə) ağ ciyər hipertenziyası ilə hamiləlik.

I və II dərəcəli risklər zamanı ambulator müşahidə və kardioloji stasionarlarda müalicə altında hamiləliyi davam etdirmək olar. II dərəcəli risklərdə adətən doğuş Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırılır. III və IV dərəcəli risklərdə hamiləlik əks göstərişdir.

Bütün ürək-damar sistemi xəstəlikləri aşağıdakı qruplara bölünür:

1. Anadangəlmə ürək qüsurları
2. Rевmatizm və revmatik ürək qüsurları;
3. Ürək əməliyyatlarından sonrakı ürək „əməliyyatlı ürək”;
4. Miokardın, endokardın və perikardın xəstəlikləri;
5. Qırmızı qurd eşənəyi;
6. Hipertoniya xəstəliyi;
7. Hipotoniya xəstəliyi.

Anadangəlmə ürək qüsurları. 50-yə qədər ürək qüsuru məlumdur. Bu qüsurların əmələ gəlmə səbəbləri, əsasən genetik, nadir hallarda xarici faktorlardır. Xarici faktorlara hamiləlik zamanı nəzarətsiz dərman qəbulu, siqaret çəkmək, alkoqolizm, kəskin və xroniki infeksiyalar, peşə ilə bağlı zərərli təsirlər və s. aiddir. Anadangəlmə ürək qüsurları, ürək xəstəliklərinin 5-7%-ni təşkil edir. Belə xəstələrdə hamiləlik və doğuşun proqnozu ağ ciyər hipertenziyası və hipoksiyanın dərəcəsindən asılıdır. Anadangəlmə ürək qüsurları olan analardan doğulan uşaqlarda adətən bu patologiya rast gəlinir.

Anadangəlmə ürək qüsurları 3 qrupa bölünür.

I qrup. Anadangəlmə ürək qüsurlu hamilələrin 50%-dən çoxunda, qüsür **qanın soldan sağa atılması** ilə müşayiət olunur. Belə xəstələrdə hamiləlik müvəffəqiyyətlə başa çatır (əgər ağ ciyər hipertenziyası və qan dövrəni pozğunluqları qoşulmursa).

– **Qulaqcıqlararası çəpərin defekti.** Hamiləlik və doğuş zamanı xəstədə qan dövrəni çatışmazlığı yaranmırsa, zahılıq dövründə yaranır. Bu qüsuru olan xəstələrə cərrahi müalicə aparılır.

– **Mədəciklərarası çəpərin defekti.** Ağırlaşmış halda hamiləlik əks göstərişdir, əgər hamiləlik saxlanılıbsa, ağır ürək ağırlaşması ilə müşayiət olunur.

– **Arterial (Botal) axacağın açıq olması.** Hamiləlik və doğuş müvəffəqiyyətlə başa çatır. Ağırlaşmış halda hamiləlik əks göstərişdir.

II qrup. **Qanın sağdan sola atılması** ilə olan anadangəlmə ürək qüsurları. Ağır qüsurlardır (təsnifatə görə göy qüsurlardır), xəstələrin müəyyən hissəsi yetkinlik yaşına çatır və doğur.

– **Fallo tetradası.** Hamiləlik zamanı ağırlaşmalar baş verir (ürək çatışmazlığı, hipoksiya, beynin trombozu, infeksiyon endokardit və s.). Bu da ana və döl həyatı üçün risk yaradır. Doğuş Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatır.

– **Eyzenmenger sindromu.** Bu patologiya zamanı hamiləlik və doğuş yüksək (50%) ana və döl ölümü ilə nəticələnir.

– **Magistral qamarların transpozisiyası.** Bu patologiya başqa ürək qüsurları ilə birlikdə ola bilər. Hamiləlik əks göstərişdir.

– **Ebşteyn anomaliyası.** Bu qüsür hamiləlik üçün böyük riskdir.

III qrup. Qan dövrəsinə mane olan anadangəlmə ürək qüsurları.

– **Aortanın kontraksiyası.** Hamiləlikdən əvvəl xəstə əməliyyat olunmalıdır. Əks halda hamiləlik və doğuş daralmanı artıracaq

– **Ağ ciyər arteriyasının stenozu.** Cərrahi əməliyyat effektivdir. Əməliyyatdan sonra hamiləlik və doğuş müvəffəqiyyətlə başa çatır.

– **Mitral qapaqların enməsi (prolapsus).** Anadangəlmə və qazanılma ola bilər (endokarditlərdə, miokarditlərdə, qırmızı qurd eşənəyində və s.). Bu patologiya çox vaxt hamiləlik vaxtı tapılır. Hamiləlik və doğuşa əks göstəriş deyil.

Qazanılmış ürək qüsurları və hamiləlik. Çox vaxt revmatik mənşəli olur. Revmatizm infeksiyonallergik xəstəlikdir, streptokoklar tərəfindən törədilir, birləşdirici toxumanın zədələnməsi-nə səbəb olur. Qazanılmış ürək qüsurları hamiləliyin 1-5%-də rast gəlinir. Qazanılmış ürək qüsurlarında doğuşun proqnozu xəstəliyin nazoloji növündən, ginekoloji pozğunluqların xarakterindən, revmatik prosesin aktivliyindən, miokardın və başqa orqan və sistemlərin vəziyyətindən, hamiləliyin gedişindən və bir çox xarici faktorlardan asılıdır.

Mitral qüsür. Daha çox rast gəlinir. Revmatizm (ən çox), qırmızı qurd eşənəyi, septik endokardit, sklerodermiya, miokardit, kardioskleroz və s.-dən sonra inkişaf edir. Əksər hallarda hamiləlik və doğuş müvəffəqiyyətlə başa çatır. Nadir hallarda ağ ciyər ödemi, qanhayxırma, qulaqcığının səyriməsi, qulaqcığının paroksizmal taxikardiyası kimi ağırlaşmalar rast gəlinir.

Mitral stenoz. Qazanılmış ürək qüsurlarının ən çox rast gəlinən formasıdır. Hamilələrdə, doğanlarda, zahılarda mitral stenozun ən tez-tez rast gəlinən əlamətləri aşağıdakılardır: ürək çatışmazlığı, ağ ciyər ödemi, qulaqcıq səyriməsi, sistem emboliyaları, ağ ciyər infarktı əmələ gətirən ağ ciyər arteriyasının emboliyası. Mitral stenozlu qadınlarda hamiləlik və doğuş ağırlaşmalarla keçir: hipertenziv vəziyyətlər, hamiləliyin erkən pozulması təhlükəsi, anemiya, dölün hipoksiyası və s. Mitral stenoz zamanı həm ana, həm perinatal ölüm yüksəkdir. Ona görə hamiləliyin gedişi yaxşı öyrənilməli, hamiləliyin saxlanıb-saxlanmayacağı, saxlanılıbsa, doğuşun idarə olunması planlaşdırılmalıdır. Çox vaxt doğuş Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə aparılır. Hamiləlik zamanı qüsurun cərrahi aradan qaldırılması məqsədəuyğundur.

Aortal qüsurlar. Mitral qüsurlara nisbətən az (0,7-3%) rast gəlinir. Amma ürək çatışmazlığı riski, xüsusilə aortal stenozda çox böyükdür. Aortal qüsurlar çox vaxt başqa qüsurlarla birlikdə olur. Mitral qüsurlarla birlikdə olduqda ilk stadiyalarda hamiləlik müvəffəqiyyətlə keçir, amma ürək ça-

tıxmazlığı üçün böyük risk yaradır. Aortal stenoz zamanı aşağıdakı ağırlaşmalar müşahidə olunur: bakterial endokardit, ağ ciyərlərdə durğunluq, stenokardiya tutmaları, ürək çatışmazlığı. Bu qüsurlar zamanı ana və perinatal ölüm riski böyükdür.

Üçtaylı qapaqların qüsurları və ürəyin başqa qüsurları az rast gəlinir. Bu qüsurlar zamanı ürək çatışmazlığı sürətlə inkişaf edir. Ona görə hamiləlik və doğuş üçün proqnoz yaxşı deyil.

Hamilələrdə miokardın, endokardın və perikardın xəstəlikləri. Miokardın iltihab və qeyriiltihab mənşəli xəstəliklərinə miokarditlər, miokardiodistrofiyalar, kardioskleroz, miokardiopatiyalar aiddir.

Miokardit. Ürək əzələsinin infeksiyon, infeksiyon allergik, infeksiyon toksik mənşəli iltihabi xəstəliyidir. Miokarditlər viruslar, bakteriyalar, irinli-septik infeksiyalar, həmçinin parazitlər və protozoqlar tərəfindən törənir. Hamiləlik xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır. Ona görə hamiləliyin ilk aylarında miokardit hamiləliyin pozulmasına göstərişdir. Ağırlaşmamış miokarditdə, yanaşı gedən xəstəlik olmadıqda hamiləlik müvəffəqiyyətlə keçir.

Miokardiodistrofiya zamanı ürək əzələlərində biokimyəvi və metabolik dəyişikliklər baş verir. Səbəb endokrin xəstəliklər, intoksikasiya, həmçinin maddələr mübadiləsi pozğunluqlarıdır. Miokardın distrofiyasının aydın klinik əlaməti yoxdur. Əsas xəstəliyin əlaməti kimi biruzə verir. Ağır səyirici aritmiya ilə olan kardiodistrofiyada hamiləlik əks göstərişdir. Anemiya miokardiodistrofiyası anemiyanın müalicəsi ilə müvəffəqiyyətlə sağalır.

Kardiodistrofiyalar. Müxtəlif ümumi xəstəliklər fonunda inkişaf edir. I-li və II –li olur. I- li formasına miokardın idiopatik hipertrofiyası aiddir. O, obstruktiv və qeyri-obstruktiv olur. Ağır olmayan obstruksiyalarda hamiləlik müvəffəqiyyətlə keçir, amma bu patologiyanın genetik determinasiyasını unutmaq olmaz, belə ki, xəstə uşağın doğulma ehtimalı çoxdur.

Endokarditlər. Kəskin, yarımkəskin və xroniki endokarditlər vardır. Xəstəlik infeksiyon mənşəlidir (ən çox strepto və stafilokoklar). Endokardın divarlarında, təyli qapaqlarda, vətərlərdə müxtəlif ölçülü və formalı törəmələrin (fibrin, trombosit və polimorf hüceyrəli leykositlərdən ibarət) əmələ gəlməsi ilə xarakterikdir. Çox vaxt mitral və ya aortal, bəzən isə hər iki qapaq zədələnir. Hamiləlik müxtəlif qüsurlar fonunda endokarditlərin (xüs. infeksiya olduqda) inkişafına səbəb olur. Bakterial endokarditlərdə hamiləliyi pozmaq təhlükəli olsa da (tromboembolik ağırlaşmalar və ürək çatışmazlığı ilə müşayiət olunur) o, pozulmalıdır. Müasir dövrdə xəstəliyin nəticəsi yaxşı olduqda bir ildən sonra hamiləlik mümkündür.

Perikardın xəstəlikləri. Xəstəliyin əmələ gəlmə səbəbi infeksiyalardır: virus, bakteriya, göbələk, parazitlər, allergik vəziyyətlər, metabolik pozğunluqlar, şua zədələnmələri, həmçinin cərrahi əməliyyatlardan sonra inkişaf edə bilər. Konstruktiv perikardit hamiləliyə əks göstərişdir.

Hamiləlik və qırmızı qurd eşənəyi. Birləşdirici toxumanın autoimmun xəstəliyidir. Çox vaxt qadınlarda reproduktiv dövrdə rast gəlinir. Hamiləlikdən, doğuşdan, abortlardan, bəzən dərman qəbulundan (sufanilamidlərə, antibiotiklərə individual həssaslıq), həmçinin stresslərdən (əməliyyat, soyuqdəymə xəstəlikləri, psixi travma) sonra inkişaf edir.

Diagnoz qanda qurd eşənəyi hüceyrələrinin və antitellərin tapılması ilə qoyulur. Xəstəliyin klinik gedişi **yavaş (tədricən) və sürətlə progressivləşən** ola bilər. Qırmızı qurd eşənəyinin aşağıdakı formaları var: visseral, endokardik, poliartritik, böyrək, anemik, sinir-psixiki. Onun üçün simptomların polimorfluğu xarakterikdir: dəri əlamətləri, kardial dəyişikliklər, ağ ciyərlərin, dalağın və limfa düyünlərinin zədələnməsi, vaskulitlər və tromboembolik ağırlaşmalar. Böyrəklərin zədələnməsi xəstəliyin progressivləşməsindən xəbər verir, geriye inkişaf çətinləşir və təcili letal nəticəyə gətirib çıxarır. Hamiləlik vəziyyəti ağırlaşdırır. Əksər hallarda əks göstərişdir.

Ürək əməliyyatları keçirmiş qadınlarda hamiləlik. Belə qadınlara (müvəffəqiyyətli əməliyyatdan sonra belə) ürək xəstələri kimi baxılmalıdır. Bu kateqoriyalı qadınlara hamiləliyə icazə verildiyi zaman, mümkün ola biləcək ağırlaşmalar nəzərə alınmalıdır. Hamiləlik zamanı da ürək əməliyyatları aparılır (16-26 -cı həftələrdə).

Ürək xəstəliyi olan hamilələrin müalicəsi və hamiləliyin idarə olunması. Ürək xəstəliyi olan qadınlara hamiləliyə icazəni kardioloq və mama-ginekoloq birlikdə verir. Əgər hamiləlik baş

veribse onun idarə olunması birlikdə təşkil edilir. Əgər hamiləliyin pozulması vacibdirsə, onda onu erkən vaxtlarda (12 həftəyə qədər) pozmaq lazımdır.

Hamiləliyə əks göstərişlər və ya 12 həftəliyə qədər hamiləliyin pozulmasına göstərişlər: qan dövranı pozğunluğu əlaməti ilə istənilən anatomic pozğunluq və ya aktiv revmatik proses; bakterial endokardit; kəskin mitral stenoz və mitral stenozla mitral çatışmazlığın kombinasiyası; kəskin aortal stenoz; kombinasiyalı aortal qüsurları; aortanın koarktasiyası və ağ ciyər arteriyası dəliyinin qüsuru; üçtəyli qapaqların qüsuru; ürəyin hər hansı bir qüsurlu ağ ciyər hipertenziyası; arterial hipertoniya və ya xroniki qlomerulonefritlə yanaşı ürək qüsurları; kəskin ağ ciyər hipertenziyası əlamətləri ilə „ağ” anadangəlmə qüsurları; ürəyin bütün „göy” qüsurları; qulaqcıqlararası və mədəciklərarası çəpərin defekti, həmçinin qanın geri axmasının kəskin simptomları, sağ ürəyin böyüməsi dekompensasiya əlamətləri və arterial axacağın açıq qalması; miokarditlərin kəskin və yarımkəskin formaları; ötürücü sistemin pozulması və aritmiya ilə miokardiodistrofiya və miokardioskleroz; qan dövranı pozğunluğu ilə müşayiət olunan miokardın xəstəlikləri; anadangəlmə və qazanmış qüsurların natamam korreksiyası və ya residivlərin əmələ gəlməsi.

Dispanser müşahidəsi. Xəstələrin dispanserizasiyası həkim mama-ginekoloq, terapevt və kardioloq tərəfindən aparılır. İki həftədən bir (lazım gələrsə daha tez-tez) ürək-damar və başqa vacib orqan və sistemlərin müayinəsi aparılır. Ürək-damar xəstəliyi olan hamilələr, hamiləlik müddətində ən azı 3 dəfə hospitallaşdırılır:

– **12-ci həftəyə qədər**–diaqnozu dəqiqləşdirmək, hamiləliyin davamiyyəti məsələsini həll etmək məqsədi ilə;

– **28-32-ci həftəlikdə** – bu dövr hemodinamika üçün ən çətin dövrdür və ürəyə maksimal güc düşür. Məqsəd lazımı terapiya aparmaqdır;

– **doğuşa 2-3 həftə qalmış.** Məqsəd–doğuşa hazırlıq, lazımı terapiya aparmaq, doğuşun aparılma taktikasını seçməkdir.

Bundan başqa xəstəliyin proqressivləşdiyi, aparılan müalicənin effektsizliyi və ya ürək tərəfindən ağırlaşmaların (aritmia, ürək çatışmazlığı, tromboemboliya, revmatik prosesin aktivləşməsi) və hamiləlik ağırlaşmaları (preeklamsiya, dölün hipoksiyası, uşaqsalma təhlükəsi) olduğu zaman hamilə təcili hospitallaşdırılır.

Hamiləliyin II yarısında hamiləliyi pozmaq vacibdirsə, Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə aparılır.

Laktasiya məsələsi individual həll olunur. O, bütün dekompensasiya, qan dövranı pozğunluqları hallarında, aktiv revmatik proseslərdə əks göstərişdir. Laktasiyanı tormozlamaq üçün 2 həftə müddətində, gündə 2 dəfə 1 həb parladılaraq təyin edilir. Zəhərlilik dövründə qadının dispanser müşahidəsi mama-ginekoloq, terapevt və kardioloq tərəfindən davam etdirilir. Sonra o, kardioloqun müşahidəsinə verilir.

Kompleks müalicə. Ürək-damar xəstəlikləri olan hamilələrin müalicəsinə aşağıdakılar daxildir: profilaktik-qoruyucu rejim, müalicəvi qidalanma; qan dövranı pozğunluqlarının müalicəsi və profilaktikası; ana və döl orqanizminin reaktivliyinin artırılması; əsas və yanaşı gedən xəstəliklərin patogenetik və simptomatik müalicəsi; ana və döldə hipoksiya və asidozun müalicəsi və profilaktikası.

Bütün dekompensasiya hallarında, ürək çatışmazlığında ciddi yataq rejimi göstərilir.

Medikamentoz müalicə dölə təsiri nəzərə alınmaqla kardioloq tərəfindən aparılır. Dərman müalicəsi zamanı hamiləliyin müddəti nəzərə alınmalıdır. Döl ürəyi üçün kritik dövr 8-ci həftəyə qədər hesab edilir. Bu dövrdən sonra dərmanların embriotoksik təsiri biruzə verir. Təcili yardım üçün hipotenziv dərmanlardan nitroqliserinə üstünlük verilir (bir həb dil altına). Antikoagulant dərmanlardan ilk 10-12 həftədə və son 2-4 həftədə heparin təyin edilir. Ana və dölün hipoksiyasının qarşısını almaq üçün riboksin, polivitaminlər, metionin, askorbin turşusu, unitol, 20-40%-li qlükoza, trental təyin edilir. Oksigenoterapiya həmişə göstərilir. Yanaşı xəstəliklərin müalicəsi vacibdir.

Ürək xəstəlikləri zamanı doğuş. Ürək xəstəliyi olan hamilələr vaxtından əvvəl hospitallaşdırılır. Doğuş təbii yolla və Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırıla bilər. Doğuş anestezioloq-reaktolog və kardioloqun iştirakı ilə aparılmalıdır. Ana və dölün ürək-damar sisteminin vəziyyəti

manitor nəzarəti altında olmalıdır. Preliminar dövrdə orqanizmin fiziki yükə dözümlülüyünü artırmaq, miokardda gedən metabolik prosesləri yaxşılaşdırmaq üçün terapiya aparılmalıdır: B₁, B₆, C vitaminləri, kokarboksillaza, riboksin və s.

Doğuşun sol böyrü üstə aparılması məsləhətdir. Bu zaman ürəyin fiziki yükü azalır. Doğuş hiperbarik oksigenizasiya şəraitində aparılır.

Ürək çatışmazlığı olan qadınlarda doğuşa yardım üsullarından (maşalardan) istifadə olunmalıdır. Doğuşu asanlaşdırmaq üçün perinotomiya və epizotomiya aparılmalıdır. Son və zahılıq dövründə qanaxmanın qarşısını almaq üçün metilerqotamin və ya oksitosin vurulması göstərilir.

Zahılıq dövrünün 2-ci sutkasında hemodinamika bərpa olunur. Bu müddət ərzində ürək-damar sisteminin funksiyası ciddi nəzarətdə olmalı, müvafiq müalicəvi və profilaktik tədbirlər aparılmalıdır.

Feto-plasental kompleks olmadan qan dövrünün yeni şəraitə uyğunlaşması üçün qadının qarına ağırlıq (500-700qr) qoyulur. Qan dövrünü pozğunluqları olmasa, qadının 1 həftə yataq rejimində olması kifayətdir. Dekompensasiya zamanı yataq rejimi 2-3 həftə davam etdirilir. Davamlı qan dövrünü çatışmazlığı olduqda zahı 3-4-cü həftədə kardioloji stasionara köçürülür.

Adətən qadına ürək qlikoizidləri və antikoagulantlar təyin edilir.

Kəskin damar çatışmazlığı (kollaps). Hamilələrdə, doğanlarda və zahılarda, xüsusilə ürək qüsurları və hipotoniya zamanı çox rast gəlinir. Səbəbləri müxtəlifdir: ağrı, infeksiya, intoksikasiya, qanaxma, psixi travma, allergik reaksiya və s.

Kəskin damar çatışmazlığı A/T-in kəskin enməsi zamanı baş verir. Tonometrlə A/T-i təyin etmək olmur. Xəstənin dəri örtüyü avazıyır, tərlə örtülür, sianoz olmur, nəbz sapvaridir, tənəffüs tezləşir və səthi olur, suor qarışıqdır ya da yoxdur.

Kəskin ürək çatışmazlığından fərqli olaraq, həkim gələcə qədər belə xəstəyə horizontal vəziyyət vermək (beyin qanla təchiz olunsun deyər), palataya təmiz hava axını təmin etmək, oksigen inhalyasiyası vermək lazımdır. Tibb bacısı həkimi çağırmalı, xəstənin A/T-ni ölçməli, xəstəyə yardım üçün lazım olan dərman preparatlarını və ləvazimatları hazırlamalıdır (steril sistem, kofein, kordiamin, prednizalon, qan və qanəvəzedicilər). Qanaxma nəticəsində baş verən kollapsı qanaxmanı dayandırmadan aradan qaldırmaq mümkün deyil.

Kəskin damar çatışmazlığının səbəbi aşağı boş vena sindromu ola bilər. Bu sindrom aşağı boş venanın böyümüş uşaqlıq vasitəsi ilə sıxılması hesabına yaranır. Çox vaxt qadın arxası üstə uzandıqda, xüsusilə bərk yerdə (əməliyyat masası) baş verir. Sindrom A/T-in enməsi, nəbz zəifləməsi, huşun itməsi ilə özünü göstərir. Bu sindrom sağlam hamilələrdə də baş verə bilər. Qadını böyrü üstə çevirdikdə onun vəziyyəti tez yaxşılaşır.

Müalicə. Ürək fəaliyyəti çatışmazlığının I mərhələsində üskükotu və xoruzgülü preparatları (digitalis, adonis vernalis), II və III mərhələlərində üsgükotu (xüsusilə onun təmiz qlikoizidləri) təyin edilir. Ürək fəaliyyətinin ağır dekompenasiya fazasında tez və səmərəli effekt almaq üçün venaya qlükoza məhlulunda strofantin və ya korqlikon yeridilir. Diuretik maddələr (hipotiazid, furasemid, veraspiron) təyin edilir. Hipotiazid və furasemid kaliuretik xassəyə malik olduğu üçün onlarla birlikdə kalium duzları da təyin etmək lazımdır.

Ağır formalı revmatizm zamanı ürək fəaliyyəti çatışmazlığını müalicə edərkən antirevmatik müalicə də təyin edilməlidir.

Hipertoniya və hamiləlik. Hamiləlik zamanı müxtəlif təsirlərdən arterial təziq artır və bu xəstəliklər 3 qrupa bölünür:

1. Hamilək hipertenziyası.

2. Hipertenziya simptomu ilə keçən xəstəliklər – x. qomerulonefrit, x. pielonefrit, revmatizm xəstəliyi, böyrək polikistozu, diabetik qlomeruloskleroz, renovaskulyar hipertenziya bir və ya hər iki böyrək areriyasının obstruksiyası), böyrəküstü vəzin şişləri, İtsenko-Kuşenko sindromu və s.

3. Xroniki hipertenziya.

Hamiləlik zamanı arterial qan təzyiqi dalğavarı şəkildə dəyişir: hamiləliyin əvvəlində bir qədər yüksəlir, 14-28-ci həftələr arasında aşağı düşür və doğuşa yaxın yenidən yüksəlir. Əgər hamiləlik

ləl dövrünün ortalarında A/T yüksək səviyyədə qalarsa bu gələcəkdə proqnozun təhlükəli olmasından xəbər verir.

Hipertenziya zamanı damar spazmı nəticəsində toxumaların qidalanması və oksigenlə təmini pisləşir, mühüm orqanların funksiyası pozulur orqanlarda distrofik dəyişikliklər baş verir. Bu pozğunluqlar nəticəsində baş ağrısı, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, ürəkdöyülmə, görmənin pozulması, tez yorulma, fiziki zəiflik, baş verir. Böyrək qan dövranındakı dəyişikliklər – böyrək damarlarının spazmı və keçiriciliyinin pozulması nəticəsində albuminuriya, sidikdə silindrlərin olması və s. müşahidə edilir. Uşaqlıq–cift damarlarının spazmı nəticəsində dölə lazımı miqdarda qida maddələri və oksigen çatmır. Ona görə ağır formalı hipertoniya zamanı dölün inkişafdan qalması, düşüklər və vaxtından əvvəl doğuşlar müşahidə edilir. Ölüdoğulma halları da olur.

Qovulma dövründə qadının orqanlarına, həmçinin beyninə qansızma baş verir.

Hipertoniya xəstəliyi zamanı A/T-in artması əsas, bəzən yeganə simptom olur. Ona görə də düzgün qiymətləndirmək lazımdır. ÜST-nın göstəricilərinə əsasən normal A/T-in ən yüksək həddi 140/90 mm C /süt qəbul edilir. Sistolik təzyiqin 15 mm C/süt, diastolik təzyiqin 10 mm C/süt yüksəlməsi, hipertenziya hesab edilir. Arterial təzyiqin qiymətləndirilməsi, A/T-in 3 dəfədən az olmayaraq ölçülməsindən sonra aparılır. Minimal göstərici əsas götürülür. Hamiləlik zamanı hipertenziya aşkar olunduqda, diaqnozu dəqiqləşdirmək, hamiləliyin saxlanıb saxlanmamasını müəyyənləşdirmək, hamiləliyin idarə olunması və adekvat müalicə taktikası seçmək üçün qadını hospitalaşdırmaq lazımdır.

Hamiləliyin, doğuşun və zəhiliq dövrünün gedişində mümkün ola biləcək ağırlaşmalara (ana və döl üçün) görə hipertoniya xəstəliyi olan hamilə qadınlar risk qruplarına ayrılır. Riskin dərəcəsi ana və döl üçün uğursuz nəticələrin tezliyinə görə təyin edilir.

Risk qrupunun 3 dərəcəsi ayırd edilir. (M. M. Şextman)

I dərəcə – minimal, hamiləliyin və xəstəliyin ağırlaşması 20%-ə qədər qadınlarda rast gəlinir. Bu hal hipertoniyanın I stadiyasına uyğun gəlir. Hamiləlik mümkündür. Hamiləlik aşkarlanan kimi və doğuşa 2 həftə qalmış qadın hospitalaşdırılmalıdır.

II dərəcə – aydın, hamiləlik ağırlaşmaları 50% hamilələrdə, xəstəliyin ağırlaşması 20%-ə qədər hamilələrdə rast gəlinir. Bu hipertoniya xəstəliyinin II-A stadiyasına uyğun gəlir. Hamiləlik əks göstərişdir. Əgər hamiləlik baş veribse, qadın bütün hamiləlik müddətində stasionarda olur (qısamüddətli evə yazılmaqla), doğuşa 3-4 həftə qalmış doğuş üçün hospitalaşdırılır.

III dərəcə – maksimal, 50%-dən çox hamilələrdə hamiləlik və doğuşun ağır fəsadları müşahidə olunur. Çox nadir hallarda hamiləlik başa çatır və sağlam uşaq doğulur. Hipertoniya xəstəliyinin II-B və III stadiyasına uyğun gəlir. Hamiləlik qəti qadağandır və hamiləliyin ilk vaxtlarında hamiləlik pozulur.

Müalicəsi individual aparılır. Bu zaman hipertoniya xəstəliyinin stadiyası, A/T-in səviyyəsi, hemodinamik pozğunluqlar nəzərə alınır. Hipertoniya xəstəliyinin I dərəcəsinə medikamentoz, farmakoloji—monoterapiya tipində müalicə aparılır. II dərəcədə sol böyrü üstə uzanmaqla yataq rejimi və medikamentoz terapiya təyin edilir (monoterapiya və ya bir neçə preparatın kombinasiyası).

Terapiya kompleks aparılır. Hipertoniya xəstəliyi olan hamilələrin müalicəsində dietoterapiya, psixoterapiya və fizioterapiya vacib faktorlardır. Dietoterapiyada zülal və vitaminlərin artırılması, yağ və karbohidratların, eləcə də düzün (5 qr/sut) azaldılması nəzərdə tutulur. Hipertoniya xəstəliyi olan hamilələrin əmək və istirahətinin düzgün reqlulyasiyasına, stress və profesional zərərlərin aradan qaldırılmasına, gecə və gündüz yuxusuna ehtiyacı var.

Fizioproseduralardan ciddi dozalaşmış müalicə idmanı, axşam və gündüz gəzintisi, duş, oksigenoterapiya, lazeroterapiya və vibromassaj təyin edilir.

Medikamentoz müalicə dölün inkişafı və hamiləliyin gedişi nəzərə alınmaqla seçilir. Hamilələrdə proteinuriya, qanda qalıq azot və sidik cövhərinin artması, əvvəlki hamiləliklərə nisbətən A/T-in yüksəlməsi, hazırki hamiləlikdə piylənmə, mülayim hipertoniya (150/90 mm C/süt) zamanı medikamentoz müalicə başlanır. A/T-in kəskin aşağı düşməsi uşaqlıq-cift qan dövranını pozur, bu da dölə öz təsirini göstərir. Diuretiklər hipokalemiya və hipernatremiyaya səbəb olur. Ona görə belə

preparatlar çox nadir hallarda və çox ehtiyatla təyin edilir.

Hipertonik krizlərin müalicəsi xüsusi diqqət tələb edir. Kriz zamanı xəstə oturaq vəziyyətdə, ayaqları sallanmış, kürəyi oturacağa söykənmiş halda olmalıdır. Hipertonik krizlər müxtəlif farmakoloji dərmanlar vasitəsi ilə aradan qadılır. Fizioloji məhlulda və ya 5%-li qlükoza məhlulunda həll edilmiş 50 mq Natrium nitroprussit vena daxilinə yeridilir. Hidrolazin hidrixlorid 10-20 mq, 5-10 dəqiqə müddətində vena daxilinə və ya 10-50 mq əzələ daxilinə yeridildikdə dərhal və uzunmüddətli (3-4 saat) təsir edir, rezerpin, metildof, adelfan, klofelin, anaprilin və s. nisbətən gec təsir edir. Qeyd edilən bütün preparatlar hamiləlik zamanı ancaq təcili yardım məqsədi ilə işlədilir. Onların uzunmüddətli təyini hamiləliyin gedişinə və dölnün inkişafına mənfi təsir göstərir.

Hipertoniya xəstəliyi olan hamilələr doğuşa 3-4 həftə qalmış hospitalaşdırılmalıdır.

I dərəcəli hipertoniya zamanı doğuş təbii yolla, gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Bu zaman anestoloji vasitələrdən, yardımçı terapiyadan, lazım gəldikdə doğuşun II və ya gücvermə dövründə mamalıq məşallarından istifadə etmək lazımdır. II dərəcəli hipertoniya doğuşun Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırılması məqsədəuyğundur. Hipertoniya xəstəliyinin III stadiyasında, tibbi göstərişə əsasən hamiləliyin istənilən dövründə hamiləlik pozulmalıdır. Erkən vaxtlarda süni abortla, gecikmiş dövrlərdə Kesar kəsiyi ilə. Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə yanaşı sterilizasiya da (boruların bağlanması) aparılır.

Zahılıq dövründə hipotenziv terapiya göstərişdir. Bu zaman hemodinamika nəzarətdə saxlanılmalıdır. Laktasiya məsələsinə individual yanaşılır. Zahi, mama-ginekoloq və terapevt tərəfindən dispanser müşahidəsinə götürülür.

Arterial hipotoniya. Arterial hipotoniya A/T-in 100/60 mm C/süt-dan az olması və uyğun simptomlarla xarakterikdir. Bu xəstəlik həmçinin arterial “hipotenziya” və “hipotoniya” xəstəliyi də adlanır.

Patoloji hipotoniyanın klinik şəkli müxtəlif, şikayətləri çoxsaylı və polimorfdur: sütlük, apatiya, zəiflik və səhərlər yorğunluq yaddaşın zəifləməsi, baş ağrıları, ürək döyünmə, ürək nahiyyəsində ağrı və s.

Ortostatik əlamətlər də yer tutur: baş gicəllənmə, gözlərə qaranlıq çökmə (xüs. duranda), vəziyyəti yaxşı olduğu halda ürəkgetmələr və s. Bundan başqa ürəkbulanma, qusma, soyuq tər, dəri örtüklərinin avazıması müşahidə edilir. Oyanıqlıq, emisional labillik və pis əhval nevroloji pozğunluqların olduğunu göstərir. Ürək-damar sistemi tərəfindən aşağıdakı əlamətlər meydana çıxır: EKQ-da dəyişikliklər olmadığı halda labil nəbz, bradikardiya zirvədə sistolik küy və s.

İlk dəfə hamiləlik zamanı baş verən hipotoniya ağır keçir. Bu zaman tez-tez hipotonik krizlərlə müşayiət olunur, xəstəliyin dekompensasiya forması əmələ gəlir.

Müalicə. Simptomsuz keçən arterial hipotoniya müalicə tələb olunmur. Dekompensasiyalı formada stasionar müalicəsi lazımdır.

Hamilələrdə arterial hipotoniyanın müalicəsi dərmansız metodla başlanılır: əməklə istirahətin reqlyasiyası, gün rejiminə əməl olunması (6 saatdan az olmayan gecə yuxusu və 2-3 saat gündüz yuxusu), tonuslaşdırıcı və su proseduraları ilə müalicə idmanın təyin olunması, zərərli təsirlərin, psixoemosional və fiziki yükün aradan qaldırılması, səhər və günorta çay və kofe daxil olmaqla (axşam olmaz) gündə 4 dəfə tam çeşidli qidanın təyin edilməsi, aeroterapiya, fizioterapiya (UBŞ, Ca ilə elektrifarez – yaxalıq), psixoterapiya, massaj və özünü massaj, elektroyuxunun təyin edilməsi.

Mövcud xəstəliklərin terapiyası və infeksiyaların sanasiyası vacibdir.

Medikamentoz müalicə xəstəliyin əlamətləri nəzərə alınmaqla individual aparılır. Gündə 2 dəfə yeməkdən əvvəl və ya dərhal sonra biogen stimulyatorlar (pantokrin, jənşen köklərinin ekstraktı, eleuterekok) təyin edilir, 0,005-0,1 qr kofein, 5-10 mq gündə 3 dəfə fetanil təyin etmək olar. Bu preparatları gecələr 50 mq dimedrol və ya 5 mq seduksenlə birlikdə istifadə etmək olar.

Hipotonik krizlərdə kofein, kordiamin inyeksiyaları, həmçinin 40%-li qlükoza məhlulunda efedrin, mezaton təyin edilir. Uşaqlıq-cift qan dövrənini yaxşılaşdırmaq üçün kurantil, tokoferol, riboksin, askorbin turşusu, kalium oratat, B₁, B₆ vitaminləri, həmçinin pentoksisillin işlədir.

Hipotoniya xəstəliyi hamiləlik və doğuş üçün əks göstəriş hesab edilmir. Aparılan lazımı

müalicəvi-profilaktik tədbirlərdən sonra, hamiləlik və doğuş müvəffəqiyyətlə başa çatır.

Arterial hipotoniya perinatal və ana ölümünün artmasına görə risk qrupuna aiddir. Doğuş zamanı ağrısızlaşdırma və qanaxma əleyhinə tədbirlər aparılmalıdır.

§ 2. Həzm sisteminin xəstəlikləri zamanı hamiləlik və doğuş

Hamiləlik zamanı maddələr mübadiləsində, neyroendokrin və immun sistemində çoxsaylı dəyişikliklər olur. Bu da həzm sistemi orqanlarının funksiyasını pozur. Nəticədə, həzm sistemində xroniki proseslərin kəskinləşməsinə və ya yeni xəstəliklərin əmələ gəlməsinə şərait yaranır.

Xəstəliyin özünəməxsus gedişi, müayinənin çətinləşməsi, hamilənin öz vəziyyəti həzm sistemi xəstəliklərinin diaqnostikasının gecikməsinə və xəstəliklərin dölün vəziyyətinə və inkişafına göstərdiyi neqativ təsirin lazımı qiymətləndirilməsinə gətirib çıxarır.

Xroniki qastrit. Mədənin selikli qişasının xroniki iltihabıdır. Bu zaman mədənin sekretor, motor və hissəvi inkretor funksiyası pozulur. Xəstəlik çox vaxt öd kisəsinin, bağırsaqların, mədəaltı vəzin xəstəlikləri ilə müşayiət olunur. Hamilə qadınlarda xroniki qastritin kəskinləşməsi, adətən 25-ci həftədən sonra müşahidə olunur.

Hamilələrdə xəstəliyin diaqnozu anamnezə, klinik göstəricilərə, endoskopiya (diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün hamiləliyin I yarısında aparıla bilər). USM-nə əsasən qoyulur.

Müalicə. Hamilələrin müalicəsində dietoterapiya (5-6 dəfə qida qəbulu, qidanı yaxşı çeynəmək), plantaqlussid, pomazulon, dərman bitkilərinin dəmləmələri (nanəcövher, şüyüd toxumları, çobanyastığı, minillik və s.) mikroelementlərlə vitaminlər, spazmolitiklər (no-şpa), tətbiq etməklə aparılır. Mədə turşuluğu artdıqda və ya davamlı çox olduqda müalicə mədə yarısında olduğu kimi aparılır. Kəskin sekretor çatışmazlıq olduqda asidin-pepsin, pepsidil, mineral sular (Yesentuki № 4, 17). Davamlı remissiya dövründə hamilə özünü yaxşı hiss etdiyi zaman ciddi gigiyena və diyetə riayət etməlidir. Hamilə qadın terapevt və gastroenteroloq tərəfindən dispanser müşahidəsinə götürülür.

Xroniki duodenit. 12 barmaq bağırsağın selikli qişasının xroniki iltihabıdır. Adətən xəstəlik ikincili patologiyadır, mədə-bağırsaq traktının başqa şöbələrinin, ağ ciyər, böyrək, ürək-damar sistemi xəstəliklərini müşayiət edir. Hamiləlik zamanı yaz-payız aylarında, I trimestrdə, doğuşa 4-5 həftə qalmış və zahılıq dövründə xəstəliyin kəskinləşməsi riski artır.

Diaqnoz anamnezə, duodenofibroskopiya və USM-nə əsasən qoyulur.

Müalicə 12 barmaq bağırsağın yarısının müalicəsi kimi aparılır.

Mədə və 12 barmaq bağırsaq xorası. Xroniki residiv verən xəstəlikdir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində aşağıdakı faktorlar rol oynayır: yerli həzmin və gastroduodenal sisteminin trofikasının pozulması ilə yanaşı neyrohumoral rəqulyasiyanın pozulması, irsi meyillilik, zərərli xarici təsirlərin olması (qidalanma, həyacan, alkohol, siqaret çəkmə, dərman preparatları), pilorik xelinobakteriyalarla infeksiyalaşma. Hamiləlik xəstəliyin inkişafına təkan verir. Xora xəstəliyinin kəskinləşməsi yaz-payız aylarında, hamiləliyin I trimestrində, doğuşa 2-3 həftə qalmış və zahılıq dövründə baş verir. Xəstəlik hamiləlik toksikozları və dəmirdefisitli anemiya ilə fəsadlaşır.

Diaqnoz anamnez və klinik əlamətlərlə görə qoyulur. Diaqnoz aydın olmadıqda, hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq qanaxma və perforasiyanı inkar etmək üçün mədə və 12 barmaq bağırsağın endoskopik müayinəsi aparılır.

Müalicəyə tam dəyərli, balanslaşdırılmış 1a və 16 № li dieta daxil edilir. Hər 10-12 gündən bir qələvi mineral sular, antiassitlər (almagel, almagel-4, fosfagel), Burje qarışığı, maqnezium oksidi, kalsium karbonat, natrium bikarbonat adi dozalarda təyin edilir. Ağrı sindromu zamanı spazmolitik və xolinolitik (metosin, tropasin və s.), dərmanlar, polivitaminlər, E və U vitaminləri, salkoseril, trixopol, təyin edilir. Çobanyastığı, minillik otlarının dəmləmələri ilə fitoterapiya aparılır.

Xəstələr gastroenteroloq tərəfindən müşahidə olunur. Hamiləlik müddətində mütəmadi olaraq nəcis gizli qana görə yoxlanılır. Hər trimestrdə, doğuşa 2-3 həftə qalmış və zahılıq dövründə po-

livitaminlər və mineral elementlərlə residiv əleyhinə müalicə aparılır. Hamiləliyin 38-ci həftəsində qadın hospitalaşdırılır.

Appendisit. Kor bağırsağın soxulcanabənzər çıxıntısının iltihabıdır. Hamiləlik üçün çox təhlükəlidir. Hamiləliyin erkən vaxtlarında kəskin appendisit klinikası hamilə olmayan qadınlarda olduğu kimi keçir. Çox vaxt epigastral nahiyyədə, göbək nahiyyəsində, bütün qarında kəskin ağrılar başlayır. Hamiləni qusma, (bir dəfə və ya təkrari), subfebril hərarət, taxikardiya narahat edir. Dil quru və ərplidir. Qarın müəyyən qədər köpdür, sağ qalçaltı çuxur ağrılıdır. Qarının tənəffüs aktında iştirakı məhduddur. Şetkin-Blumberq, Bortolomey-Mixaelson, Obrazçov, Rovzinq, Vaskresenski, Sitkovski, Promptov simptomları müsbətdir. Kataral appendisit fleqmonoz və ya qanqrenoz appendisitə keçdikdə xəstənin vəziyyəti proqressiv pisləşir: ağrılar, lokal dəyişikliklər, intoksikasiya simptomları artır; hipertermiya (39°C -ə qədər), neytrofilyoz meyilli leykositoz müşahidə edilir. Xəstəliyin ikinci sutkasında çıxıntının perforasiyası baş verir, peritonit və ya appendikulyar infiltrat inkişaf edir.

Hamiləliyin II və III trimestrlərində kəskin appendisit destruktiv formaları və ya peritonit aşkar olunur. Appendiksin topoqrafiyası dəyişir. O, hamilə uşaqlıq tərəfindən böyrəklər, sidik axarları, öd kisəsi, onurğa səmtinə itələnərək yerini dəyişir. İltihablı çıxıntının parietal peritonla kontaktı azalır. Müvafiq olaraq peritonda iltihabi prosesin yayılması da azalır. İnfeksiyanın çıxıntıdan uşaqlıqda və döl yumurtasına yayılma ehtimalı artır. Belə hallarda kəskin appendisitlə yanaşı, uşaqlığın yığılması, vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi və ya dölün antenatal ölümü müşahidə edilir.

Ağrı bel nahiyyəsində, sağ qabırğaltı nahiyyəyə yerini dəyişir. Əzələ gərginliyi (müdafiə reaksiyası), peritonun qıcıqlanması və başqa lokal əlamətlər olmaya bilər. Böyük hamiləliklərdə Koxer-Volkoviç, Bortolom-Mixaelson, Sitovskinin qayıdan sindromu, intoksikasiyanın sürətli inkişafı, neytrofil leykositoz, xəstəliyin II sutkasında EÇR-in artması xarakterikdir.

Diaqnoz anamnezə, klinik əlamətlərə və laborator göstəricilərə əsasən qoyulur.

Əməliyyatdan sonra hamilə qadınlarda ağırlaşmalar daha çox rast gəlinir. Bu əlamətlər həm erkən, həm də gecikmiş əməliyyatlardan sonrakı dövrdə inkişaf edir. Hamiləlik ağırlaşmaları adətən (uşaqsalma, hipoxrom anemiya) xəstə evə yazıldıqdan sonra baş verir.

Kəskin və xroniki appendisit ağırlaşması zamanı təcili cərrahi əməliyyat göstərişdir.

Babasil. Anus ətrafı venaların varikoz genəlməsidir. Çanaq və düz bağırsaqda qan durğunluğu nəticəsində əmələ gəlir. Hamilələrdə qəbzlik, hipodinamiya, uşaqlığın düz bağırsağa təzyiqi, qapı venaları sistemində klapanların olmaması, venoz təzyiqin artması və venaların tonusunun azalması babasilin yaranmasına şərait yaradır. Hamiləlik və doğuş babasili yaradan səbəblərdən biridir. O, 33-24 yaşlarda adətən birinci və ikinci doğuşlarda, hamiləliyin bütün dövrlərində (I, II, III trimestrlərdə) və doğuşdan sonra əmələ gəlir. Babasil düynləri xarici, daxili, bir və çoxsaylı ola bilər.

Müalicə zamanı dietanın köməyi ilə bağırsaq funksiyası tənzimlənir. Dieta meyvə-tərəvəz və süd məhsulları ilə zənginləşdirilir. Çuğundur, qara gavalı, balqabaq, kök, kələm, qarpız, qovun, qara çörək, təzə qatıq məsləhət görülür. Hamilə qadına müalicə idmanı təyin edilir. Defekasiyadan sonra anusun tualeti soyuq su ilə aparılır. Kəskin dövrlərdə şamlar, isti vannalar, troksevazin, butadion, heparin mazları ilə aplikasiya edilir.

Qara ciyər xəstəlikləri. Fizioloji hamiləlik zamanı qara ciyərin funksiyası gərgin vəziyyətdə olur. Bu təkcə ananın deyil, dölün həyat fəaliyyəti məhsullarının zərərsizləşdirilməsi, cift və fetoplazental sistem hormonlarının (konsentrasiyası çox olur), inaktivasiyası ilə izah olunur. Öd yollarında baş verən dəyişikliklərin səbəbi həm mexaniki, həm də neyroendokrin faktorlardır. Mexaniki faktorlara qarındaxili təzyiqin artması, diafraqmanın ekskursiyasının azalması aiddir. Öd kisəsinin və öd yollarının hərəkətinin və tonusunun azalması, öd turşularının, fosfolipidlərin, xolesterinin səviyyəsinin azalması, ödün qatılığının artması neyroendokrin faktorlardır. Bütün bunlar iltihabın inkişafına xolestaza səbəb olur.

Hamiləlik zamanı rast gəlinən qara ciyər xəstəlikləri aşağıdakı qruplara bölünür:

– **hamiləliklə əlaqəli qara ciyərin funksiya pozğunluqları.** Ağır preeklampsiya və eklampsiya zamanı müşahidə edilir. Bura HELLP sindromu da aiddir. Hamiləlik qara ciyər piylənməsi, an-

caq hamiləlik zamanı rast gəlir.

– **hamiləlik üçün spesifik olmayan xəstəliklər.** Onlar hamiləliyə qədər ola bilər və ilk dəfə əmələ gəlir. Bunlara virus hepatiti, kəskin və xroniki xolesistit, öd daşı xəstəliyi, öd yollarının diskineziyası aiddir.

Hamilənin kəskin qara ciyər piylənməsi. Klinik olaraq az simptomlu, yüngül formadan ağır fulminant qara ciyər çatışmazlığına qədər formalar rast gəlir. Bu zaman qarında ağrı, sarılıq, ödemlər, assit, ürəkbulanma və qusma müşahidə edilir. Qara ciyər ensefalopatiyası inkişaf edir. Qələvi fosfotaza, transaminaza, sidik cövhəri artır, hiperbilirubinemiya, hipoqlikemiya inkişaf edir. Çox vaxt leykositozun yüksək səviyyəsi fonunda trombositopeniya müşahidə edilir. Qanaxma olduqda anemiya inkişaf edir.

Xəstəliyin diaqnozu klinik əlamətlərə, laborator göstəricilərə və xüsusi müayinə (kompyuter tomoqrafiyası, USM-sı) metodlarına əsaslanır.

Müalicə başqa genezli qara ciyər xəstəlikləri kimi aparılır. Kəskin xəstəliyi əməliyyatı ilə hamiləliyi dərhal pozmaq göstərişdir.

Öd yollarının diskineziyası. Bu xəstəlik zamanı öd kisəsinin və öd yollarının hərəkəti pozulur, onlarda heç bir orqanik pozğunluq olmur. Səbəb neyroendokrin pozğunluqlardır. Adətən, hamiləliyin I yarısında diskineziyanın hiperkinetik, II yarısında hipokinetik forması müşahidə edilir.

Hiperkinetik forma sağ qabırğaltında qısamüddətli, təkrarlanan tutmalarla xarakterikdir. Ağrı sağ kürəyə, körpücüyə, çiyinə irrodiasiya edir. Bəzən neyrovegetativ simptomlarla (taxikardiya, hipotoniya, tərləmə, zəiflik, baş ağrıları, oyanıqlıq və s.) müşayiət olunur. Hipokinetik formada sağ qabırğaltında küt deşici ağrılar, ağırlıq hissi, iştahanın azalması, qəbzlik, ürəkbulanma, hıçqırma (ödlə), ağızda acılıq hissi, qarının köpməsi, öd kisəsi nahiyyəsində azacıq ağrı hissi hamiləni narahat edir.

Diaqnoz klinik əlamətlərə, USM-nin, ümumi klinik müayinələrin, duodenal zondlanmanın (hamiləliyin I yarısında aparılır) nəticələrinə əsasən qoyulur.

Müalicə ambulator və stasionar şəraitində aparılır. Stasionar müalicə hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər gastroenteroloji şöbədə, 20-ci həftədən sonra patoloji hamiləlik şöbəsində aparılır. Öd yollarının diskineziyası zamanı hamilələrə xolesitokinetik məhsulları azaltmaqla, 5№-li dieta, sedativ dərmanlar trankvilizatorlar, (elenium, seduksen, natrium bromid), spazmolitik preparatlar (metasin, tropasin, no-şpa, papaverin, platifillin, eufillin), xolerqik dərmanlarla (xoloqol, xolenzim və s.) birlikdə öd kisəsi nahiyyəsində isti, isti halda zəif mineral sular (Yesentuki № 4,20, Narzan №7, Smirnovski, Slavyanski) təyin edilir. Hipokinetik diskineziya zamanı xolesitokinetik məhsullar əlavə etməklə 5№ –li dieta, öd qovucu maddələr (maqnezium sulfat, zeytun yağı, sorbit, ksilit) biostimulyatorlar (pantokrin, eleuterokok ekstraktı, jənşen dəmləməsi və s), isti halda çoxminerallı qələvi sularla (Yesentuki №17, Morsinskaya № 6, Arzni) tübaj təyin edilir.

Öd yollarının diskineziyası olan hamilələr, Qadın məsləhətxanasında terapevt tərəfindən dispanser qeydiyyatına götürülür. Patologiyanın profilaktikasi üçün hamilələr gigiyena və dietikanın bütün komplekslərinə riayət etməlidirlər.

Kəskin xolesistit. Öd kisəsi divarının iltihabıdır. İnfeksiya hemotogen və limfogen yolla öd kisəsinə düşür. Kəskin xolesistitdən sonra hamiləlik uşaqsalma, anemiya, xoriamnionit, preeklampsiya, dölün xroniki hipoksiyası və s. ilə ağırlaşır.

Müalicə üçün xəstə cərrahi şöbədə hospitalaşdırılır. Kataral xolesistit 2-3 sutka ərzində geniş spektrli antibiotiklərlə (böyük dozalarda) parenteral müalicə olunur. Spazmolitik, dezintoksikasiyadici, analgetik preparatlar, yataq rejimi, isti maye qəbulu (çay, mineral sular), 5№ li dieta, daimi müşahidə göstərişdir. Konservativ müalicə effekt vermədikdə, kataral xolesistit fleqmanoz və qanqrenoz xolesistitə keçdikdə, perforasiyaya şübhə olduqda, pankreatit qoşulduqda hamiləliyin müddətindən asılı olaraq cərrahi müalicə göstərişdir.

Öd daşı xəstəliyi (xolelitiaz, kalkulyoz xolesisit). Öd kisəsində və öd yollarında öd daşlarının əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Öd kisəsi sancıları, hamiləliyin II və III trimestrində daha çox rast gəlir. Bəzi hallarda hamiləlik zamanı gizli ilkin xolelitiaz əmələ gəlir. Tutmaların tezliyi və

intensivliyi müxtəlifdir.

Öd kisəsi tutmaları adətən axşamlar və gecələr, dietanı pozduqda, həyacandan və döl tərpənişindən sonra başlayır. Ağrılar qəflətən, sağ qabırğa altında başlayır, sağ kürəyə, çiyinə, körpücüyə və boyuna irrodiasiya edir. Ağrı və onunla başlayan ürəkbulanma və bəzən qusma bir neçə dəqiqədən 10-12 saata qədər davam edir. Arada sakitləşməklə əvəz olunur. Tutmaların intensivliyi və tezliyi müxtəlifdir. Onlar ya tək-tək qısamüddətli, ya da tez-tez və uzunmüddətli olur. Tutma zamanı qarın azacıq köpdür, gərgindir, ağrılıdır, öd kisəsi simptomları müsbətdir. Bəzən tutmalar qısamüddətli sarılıq, sidiyin tündləşməsi, nəcisin rəngsizləşməsi ilə müşayiət olunur. Infeksiya düşməsi nəticəsində kəskin kataral və ya destruktiv xolesistit inkişaf edir. Öd kisəsi axacağı qapalı olduqda mexaniki sarılıq əmələ gəlir.

Hamilələrdə xolelitiəzin diaqnozu klinik, laborator və USM-nin nəticələrinə görə qoyulur.

Müalicə. Xəstələr cərrahi şöbəyə yerləşdirilir. Öd sancıları zamanı spazmolitik (no-şpa, papaverin) və analgetik (baralgin) dərmanlar təyin edilir. Maqnezium, bitki mənşəli qidalar, 5№ li dieta məsləhətdir. Göstəriş olduqda antibiotik təyin edilir. Öd daşlarını əridən metodlar (ekstrokorparal təkandalğalı lipotripsiya, xenodezoksixol preparatlar və urodezoksixol turşusu) hamilələrə əks göstərişdir. Ağrı və təkrarlanan tutmalar olduqda, prosesə mədəaltı vəzi qoşulduqda, obturasion sarılıq zamanı cərrahi əməliyyat göstərişdir. Hamiləliyin III trimestrində doğuşu vaxtından əvvəl çağırmaqla doğuşu başa çatdırmaq məsləhətdir.

Tutmalar arası dövrlərdə hamilə qadına konservativ müalicə aparılır: ödün axması yaxşılaşdırılır, iltihabi proses müalicə olunur, müalicəvi qida, spazmolitiklər, ağrıkəsicilər təyin edilir.

§ 3. Böyrək xəstəlikləri zamanı hamiləlik və doğuş

Son zamanlar böyrək xəstəlikləri, xüsusilə hamilələrdə çox rast gəlinir. Hamilələrdə bu xəstəliklərin gedişinin öz xüsusiyyətləri var. Bu, qadın sidik cinsiyyət orqanlarının anatom-funksional xüsusiyyətləri və hamiləlik zamanı uğradığı dəyişikliklərlə əlaqədardır. Böyrək xəstəlikləri hamiləliyin gedişinə və dölə mənfi təsir göstərir.

Pielonefrit. Böyrəyin interstisial toxumasının, kanal aparatının və ləyən sisteminin infeksiyon-iltihabi xəstəliyidir. Müxtəlif törədicilər (bakteriyalar, viruslar, göbələklər, ibtidailər) xüsusilə bağırsaq çöpləri, enterokoklar, stafilokoklar və streptokoklar tərəfindən törədilir. Infeksiya hematoqen və qalxan yolla yayılır. Qalxan yolla infeksiya sidik kisəsindən sidik axarları vasitəsi ilə böyrək ləyənlərinə düşür. Buna sidik kisəsi-sidik axarları və ləyən-renal reflüks şərait yaradır. Şerti patogen mikroblar da mühüm rol oynayır. Hamilələrdə pielonefritin risk faktoru mövcud olan bakteriuriyalar və əvvəllər keçirilmiş pielonefritdir.

Klinik gedişinə görə kəskin və xroniki pielonefrit ayrılmalıdır. Kəskin pielonefrit hamilələrin 2-10 %-də müşahidə edilir. İlk hamilələrdə daha çox (80%) rast gəlinir. İlk hamilələrdə xəstəlik hamiləliyin 4-5-ci, təkrar hamilələrdə 6-8-ci aylarda özünü göstərir.

Pielonefritin diaqnostikası ümumi klinik, laborator və başqa müayinələrin nəticələrinə əsaslanır. Leykosituriya və bakteriuriya xarakterik əlamətdir. Bəzən qanda sidik cövhərinin və qalıq azotun artması müşahidə edilir. Sidik yollarının yuxarı şöbələrindən irinli sidik ifraz olunur. Xromositoskopiya zamanı prosesə qoşulmuş böyrəkdən indiqokarmin ifraz olunmur. Sidik kanalının kateterizasiyası həm diaqnostik, həm də müalicəvi əhəmiyyətə malikdir. O, böyrək blokadasını aradan qaldırır. Retroqrad pielogrammada „böyük ağ böyrək” simptomu aşkar olunur. Kontrast maddə ondan ifraz olunmur.

Müalicə. Kəskin pielonefritli hamilələr stasionar şəraitində müalicə olunur. İlk növbədə böyrəkdən sidiyin axmasını bərpa etmək lazımdır. Bu məqsədlə xəstə sağlam böyrü üstə uzandırılır və ya ona diz-dirsək vəziyyəti verilir. Effekt olmadıqda kateterizasiya aparılır. Böyrəkdə ağrılar, böyrək sancıları, titrətmə, oliqouriya və ya anuriya bu manipulyasiyaya göstərişdir. Kateter sidik kanalında bir neçə gün saxlana bilər.

Diagnoz qoyulan kimi iltihab əleyhinə müalicə başlanır. Bu zaman sidikdəki mikroflora və onun antibiotikə həssaslığı öyrənilir. Farmokoloji dərman müalicəsi böyrəklərin funksional vəziyyəti, patoloji prosesin ağırlığı və davamiyyəti, müşayət edən xəstəliklər, allergik anamnez, dərman preparatlarının dölə və hamiləyə göstərə biləcəyi neqativ təsirlər nəzərə alınmaqla aparılmalıdır. Böyrəklərin funksiyası azaldıqda, dərman preparatlarının dozasını 2-3 dəfə azaltmaq lazımdır. Hamiləliyin I trimestrində penisillin və polisintetik penisillinlərdən (ampisillin) II və III trimestrlərdə və doğuşdan sonra daha geniş spektrli antibakterial dərmanlardan, (kimyəvi-terapevtik uroantiseptiklər, aminosqlukozidlər, sefalosporinlər) istifadə oluna bilər. Doğuşdan sonra müalicə aparılarkən uşağın əmizdirilməsi müvəqqəti dayandırılır.

Kəskin irinli-iltihabi proseslərdə təcili cərrahi yardım (dekapsulasiya, böyrəyə drenaj qoyulması, nefrostomiya və ya nefroektomiya, absesin açılması və drenaj qoyulması) göstərilməlidir. Fəsadlar zamanı (bakterial şok) və ya böyrək çatışmazlığı inkişaf etdikdə hamiləliyin pozulması göstərilir.

Xroniki pielonefrit 5-7% hamilələrdə müşahidə edilir. Bu bakterial-iltihabi xəstəlikdir. Əsasən interstisial toxuma, böyrək kanalları və ləyən sistemi zədələnilir.

Xroniki pielonefrit bakteriyalar (bağırsaqların çöpləri, stafilokoklar, enterokoklar, klebsillalar və s) bəzən viruslar tərəfindən törədilir. Xroniki pielonefritli xəstələrin əksəriyyətində bakteriuriya müşahidə olunur. Həmçinin tranzitor və ya simptomuz bakteriuriya da rast gəlinir.

Klinik olaraq xroniki pielonefritin 3 stadiyası ayrılmalıdır: aktiv, latent və remissiya stadiyaları. Xarakterik əlamətləri: böyrək nahiyyəsində küt ağrılar, ümumi zəiflik dizuriya, tez yorulma, baş ağrıları, susuzluq, ağızda quruluq, subfebril temperatur. Əvvəllər poliuriya müşahidə edilir. Sonradan o, olqouriya ilə əvəz olunur. Xəstəliyin gecikmiş stadiyaları üçün arterial hipertenziya və uremik sindrom xarakterikdir. Xroniki prosesin kəskinləşməsi klinik olaraq kəskin pielonefrit kimi gedir.

Xroniki pielonefritin, xüsusilə latent gedişli xəstəliyin erkən stadiyalarının diaqnostikasının, müəyyən çətinlikləri var. Leykosituriya və bakteriuriya göstəricilərinin böyük əhəmiyyəti var. Sidiyin müayinəsi zamanı zülal izləri, silindruriya bəzən hemotouriya aşkar olunur.

Müalicə. Xroniki pielonefritin müalicəsi uzun müddət və tsikllərlə aparılır. Böyrəklərdən sidiyin normal axmasının təmini və antibakterial maddələrin (uroantiseptiklər, antibiotiklər) tətbiqi müalicənin əsasını təşkil edir. Çoxlu maye qəbulu göstərilir. Bu zaman diuretiklər və vitaminlər təyin olunmalıdır. Doğuşdan sonra müalicə daha geniş spektrli antibakterial maddələrdən (biseptol, hamiləlik zamanı əks göstərilir) istifadə olunur. Zülal preparatları dezintoksikasion və desensibilizə edici maddələr təyin edilir.

Pielonefritli olan qadınlarda doğuş təbii yolla aparılır. Kəsar əməliyyatı lazım gəldikdə ekstrapertoneal yola üstünlük verilməlidir.

Pielonefritli olan hamilə stasionardan çıxdıqdan sonra qadın məsləhətxanasında sahə mama-ginekoloqu tərəfindən nəzarətə götürülür.

Pielonefritli törədən faktorların çox olması, hamilələrdə bu patologiyanın profilaktikası üçün çətinlik törədir. Bir çox hallarda, əvvəllər sidik yollarının iltihabı və bakteriuriya müşahidə olunmuş hamilələrdə pielonefritin profilaktikası aparılır. Hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə sidiyin instrumental yolla axıdılması ciddi göstəriş olduqda və bütün qaydalara ciddi əməl etməklə aparılmalıdır.

Pielonefrit keçirdikdən sonra 1-2 il müddətində sidikdə patoloji dəyişikliklər aşkarlanmırsa, yeni hamiləliyi planlaşdırmaq olar (xəstəliyin residiv və ya reinfeksiyası təhlükəsi hələ də var).

Qlomerulonefrit. Hamilə qadınlarda az (0,1-0,15 %) rast gəlinir. Amma çox təhlükəlidir. Bu infeksiya-allergik xəstəlik olub, A-qrupundan olan β-hemolitik streptokoklar, eləcə də başqa törədicilər (bakteriyalar, viruslar) tərəfindən törədilir. Adətən, angina, piodermiya və başqa xəstəliklərdən sonra baş verir. Ondan sonra autoimmun proses tipində allergik qlomerulonefrit inkişaf edir. Soyuqlama, stress vəziyyəti və başqa ağırlaşmalar xəstəliyin əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Klinik gedişinə görə kəskin və xroniki qlomerulonefrit ayrılmalıdır.

Müalicə. Əgər hamiləlik zamanı **kəskin qlomerulonefrit** diaqnozu qoyulubsa müvafiq müa-

licə aparılmalıdır: su balansının bərpası, (böyük dozada furasemid 100-400 mq/ sut.) diurezin stimulyasiyası, zülalların azaldılması və kifayət qədər karbohidratlı dieta, tez təsir edən ürək qlikozidlərinin, hipotenziv preparatların (dihidrolazin, rauvolfin və s.) təyin edilməsi. Böyrək çatışmazlığı proqressivləşdikdə hemodializ aparılır və paralel olaraq antibakterial terapiya təyin edilir.

Xroniki qlomerulonefrit. Hamiləlik zamanı müxtəlif formalarda (nefrotik, hipertonik, latent və qarışıq) keçir. Kəskin və xroniki qlomerulonefitin bütün formalarında hamiləliyi saxlamaq məsləhət deyil.

Xroniki qlomerulonefritin müalicəsində dietoterapiyaya xüsusi əhəmiyyət verilir: nefrotik formada zülalın miqdarı artırılır (2qr/kq), yemək duzu (5qr/sut) və su (1 l/sut) azaldılır. Hipertonik formada ancaq duzun miqdarı azaldılır. Xəstəliyin latent gedişində dietada dəyişikliklər tələb olunmur. Ancaq infeksiya olduqda antibakterial müalicə tələb olunur. Hamiləlik zamanı immundepressantlar və qlukokortikosteroidlərlə müalicə əks göstərişdir.

Böyrək daşı xəstəliyi. Hamilə qadınlarda böyrək daşı xəstəliyi 0,5-0,8% hallarda rast gəlinir. Xəstəliyin inkişafında, qida, su, klimatik və digər səbəblər rol oynayır. Xəstəliyin əsas patogenetik faktoru pielonefrit və orqanizmdəki metabolik pozğunluqlardır. Bəzi hallarda hamiləliyə qədər xəstəlik latent gedişli olur, hamiləliyin başlanması ilə kəskin klinik əlamətlər meydana çıxır.

Xəstəliyin diaqnozu çətinlik törətmir və klinik əlamətlərə əsaslanır. Sidik kanalının sitoskopiya və kateterizasiyası diaqnostik və müalicəvi əhəmiyyətə malikdir. Böyrək funksiyasını qiymətləndirmək üçün bəzi hallarda rentgenoloji müayinələr aparılır. Sidik çöküntüsünün mikroskopik müayinəsi, mineral mübadiləsi pozğunluğunun xarakterini, dolayısı ilə daşların tərkibi (ən çox oksalat, kalsium-fosfat və sidik turşusu duzları) və quruluşu haqqında məlumat verir.

Müalicə. Böyrək sancıları zamanı spazmolitik və analgetik preparatlar: (papaverin hidroxlorid, platiffilin hidrotartrat, no-şpa, baralgin), effekt olmadıqda narkotik analgetiklər istifadə olunur. Medikamentoz müalicə effekt vermədikdə sidik kanalının kateterizasiyası aparılır. Bu, blokada olmuş böyrəkdən sidinin axmasını və onda qan dövrəsinin yaxşılaşmasını təmin edir. Böyrək sancıları zamanı daşlar spontan düşmürsə, cərrahi müdaxilə tələb olunur. Daşların vaxtında çıxarılması, böyrək funksiyasının sürətlə bərpa olunmasına və hamiləliyin qorunmasına səbəb olur. Böyrək toxumasının yayılmış destruktiv dəyişiklikləri və kəskin intoksikasiya zamanı nefroektomiya göstərişdir. Cərrahi müalicə üçün optimal müddət 15-18-ci həftələrdir. Bu müddətdə hamiləliyi qorumaq mümkündür. Əməliyyatdan əvvəl və sonra infeksiya əleyhinə müalicə aparılmalıdır. Çünki böyrək daşı xəstəliyi bir qayda olaraq pielonefritlə müşayiət olunur. Kəskin iltihabi proses hamiləliyin pozulmasına göstərişdir. Daşlar çıxarıldıqdan və iltihabi proses aradan götürüldükdən sonra, hamiləlik və doğuş təhlükəli deyil. Son zamanlar (M.M. Şextman) təklif olunur ki, hamiləliyin erkən vaxtlarında süni abortdan sonra, hamiləliyin gecikmiş vaxtlarında vaxtından əvvəl doğuşu çağırıdıqdan sonra, xəstəni əməliyyat etmək lazımdır.

Daşların əmələ gəlməsinin profilaktikasında, dietanın böyük əhəmiyyəti var. Sidik turşusu diatezi zamanı (urat duzları) rasionda süd məhsulları və tərəvəz üstünlük təşkil etməli, pirinlər azaldılmalıdır. Fosfor-turşu diatezi zamanı daha çox ət, meyvə, şirniyyat, A vitamini zəngin olan ərzaqlar (kök, qara ciyər, balıq yağı) məsləhət görülür, tərkibində çoxlu miqdarda kalsium olan ərzaqlar (yumurta, süd məhsulları, paxlalı bitkilər, karof, göyerti) rasiondan çıxarılır və ya azaldılır. Oksalat daşları zamanı suda bişmiş ət, balıq, süd məhsulları, kələm, xiyar dietaya daxil edilir. Yumurta, paxlalı bitkilər və ispanağın qəbulu azaldılır.

Qadın daim nefroloqun nəzarəti altında olmalıdır.

Bir böyrəkli qadında hamiləlik. Ya anadan gəlmə bir böyrək olmur, ya da hər hansı xəstəlik (böyrək daşı xəstəliyi, vərəm, hidronefroz və s.) nəicəsində bir böyrək funksiyasını itirir. Anadangəlmə tək böyrək təsadüfi müayinə zamanı aşkarlanır və hamiləlik üçün əks göstəriş deyil.

Adətən bir böyrəyi çıxarılmış qadınlar daha çox rast gəlinir. Hamiləlik zamanı vahid böyrəyə daha çox yük düşür. Müasir dövrdə bir böyrəklə hamiləlik və doğuşa yol verilir. Bu zaman individual yanaşma olmalı və böyrəyin çıxarılmasından 1,5-2 il keçməlidir. Əgər böyrək çıxarıldıqdan sonra 2 il müddətində qadının ifrazat sistemində heç bir xəstəlik müşahidə olunmayıbsa ana və döl

üçün proqnoz yaxşıdır. Belə qadınlar periodik olaraq stasionar şəraitində uroloq və mama-qinekoloq tərəfindən ciddi müayinə olunmalıdır. Hər hansı xəstəlik zamanı bir böyrəkli qadınlara hamiləlik və doğuş əks göstərişdir.

Uroloji xəstəlikləri olan qadınlarda hamiləlik və doğuşun idarə olunmasının əsas prinsipləri. Bütün ekstragenital xəstəliklərdə olduğu kimi hamiləliyin saxlanması qadının vəziyyəti nəzərə alınmalı, hamiləliyin normal gedişi, qadının sağlamlığının qorunması təmin olunmalıdır.

Müasir dövrdə yüksək informativ müayinə metodları hamiləliyin gedişini, ana və döl üçün onun nəticələrini real proqnozlaşdırmağa imkan verir. Hər bir halda problem, böyrəyin funksiyası və fəsadlar nəzərə alınmaqla fərdi həll olunmalıdır. İfrazat sistemində xəstəliklər zamanı yaxşı olar ki, hamiləlikdən əvvəl ciddi müayinə, müalicə, (o cümlədən cərrahi) aparılsın.

Ana və döl həyatı üçün risk olduqda hamiləlik pozulmalıdır. Hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq: proqressivləşən böyrək çatışmazlığı, artan hipertoniya, azotemiya, və ya başqa ağırlaşmaların meydana çıxması hamiləliyin pozulması üçün göstərişdir.

§ 4. Cinsiyyət orqanlarının qeyri-düzgün vəziyyətləri və xəstəlikləri zamanı hamiləlik

Qadın cinsiyyət orqanlarının anomaliyalarına: cinsiyyət orqanlarının qeyri-düzgün anotomik quruluşu; düzgün quruluşa malik orqanın inkişafdan qalması aiddir.

Cinsiyyət orqanlarının inkişaf qüsurlarının əksəriyyətində menstruasiya və uşaqlıq doğma funksiyası pozulur. Cinsiyyət orqanlarının bəzi formalı anomaliyalarında hamiləlik və hətta doğuş mümkündür.

Cinsiyyət orqanlarının inkişafdan qalması. Bu aşağıdakı əlamətlərlə xarakterikdir: qasıqda tükənmənin az olması, dartılmış aralıq, qısa uşaqlıq yolu, qısa konusvari uşaqlıq boynu, kiçik uşaqlıq cismi (bəzən uşaqlıq boynundan qısa olur), uşaqlıq boynu ilə uşaqlıq cismi arasındakı bucağın iti olması. Cinsiyyət orqanlarının inkişafdan qalması zamanı (infantilizm) menstrual funksiya gec başlayır və adətən qeyri-düzgün olur (ağrılı, az və ya çox gur), çox vaxt sonsuzluq müşahidə edilir. Hamiləlik baş veribse çox vaxt düşüklü və ya vaxtından əvvəl doğuşla bitir. Əgər hamiləlik sona qədər inkişaf edibse, onda doğum gücü zəifliyi müşahidə edilir: uşaqlıq əzələləri zəif yığılır; doğum gücü zəifliyi ya doğuşun əvvəlində ya da qovulma dövründə müşahidə edilir. Son dövründə adətən qanaxma olur, bu uşaqlığın subinvolyusiyası ilə əlaqədardır.

Uşaqlığın və uşaqlıq yolunun ikiləşməsi. Qadın daxili cinsiyyət üzvləri antenatal dövrün əvvəllərində bir cüt Müller axacaqlarından əmələ gəlir. İnkişafın sonrakı mərhələlərində bu axacaqlar birləşib, orta hissədə uşaqlığı, aşağı hissədə uşaqlıq yolunu əmələ gətirir. Yuxarı hissə birləşmir və iki uşaqlıq borusunu əmələ gətirir. Müller axacaqlarının birləşmə prosesi pozulduqda uşaqlıq və uşaqlıq yolunun müxtəlif variantlı ikiləşməsi əmələ gəlir: iki ayrı-ayrı uşaqlıq və uşaqlıq yolu; uşaqlığın ikiləşməsi; iki buynuzlu uşaqlıq; yəhərəbənzər uşaqlıq (uşaqlıq ancaq dib nahiyəsində birləşmir); uşaqlıqda və uşaqlıq yolunda arakəsmə və s.

Bəzən uşaqlıq bir buynuzlu olur, ikinci hissə inkişafdan qalır. Bu zaman inkişaf edən hissə bir buynuzlu uşaqlıq, inkişaf etməyən hissə rudmentar uşaqlıq adlanır.

Uşaqlığın ikiləşməsi hamiləlik üçün maneə deyil. Bir uşaqlıqda, nadir hallarda hər iki uşaqlıqda hamiləlik baş verir.

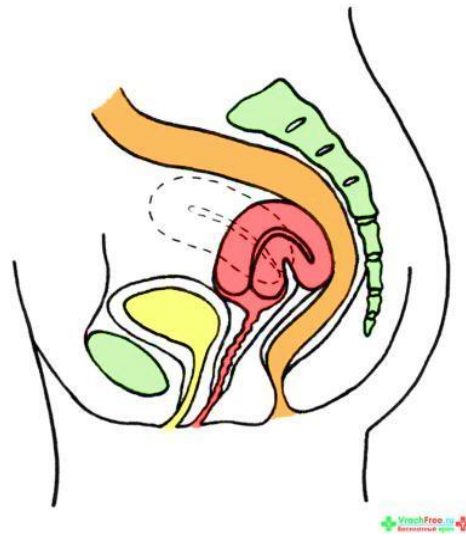
Çox vaxt vaxtından əvvəl hamiləliyin pozulması, doğuş zamanı doğum gücü zəifliyi, son və zahılıq dövründə qanaxmalar müşahidə edilir. Əgər uşaqlıq yaxşı inkişaf edibse, onda vaxtında və normal doğuş gözləmək olar.

Yəhərəbənzər uşaqlıq köndələn və çəp vəziyyətlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur, hamiləlik normal inkişaf edir.

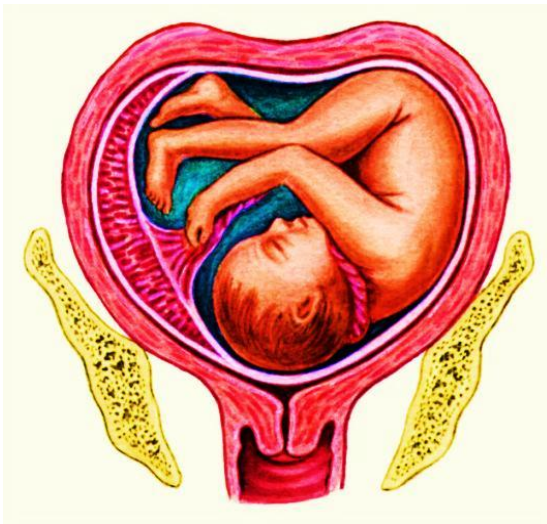
Cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri zamanı hamiləlik (şəkil:10-1)



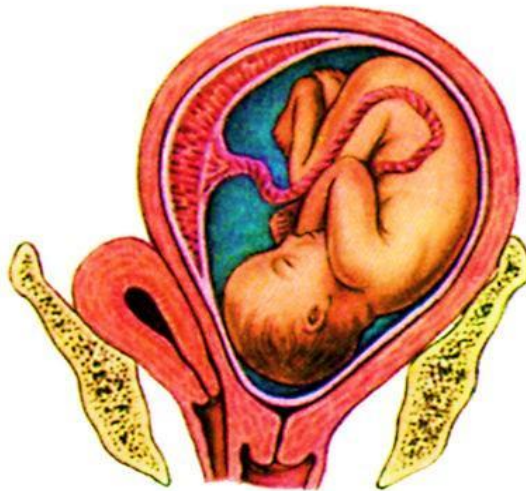
Cinsiyyət orqanlarının inkişaf qüsurları



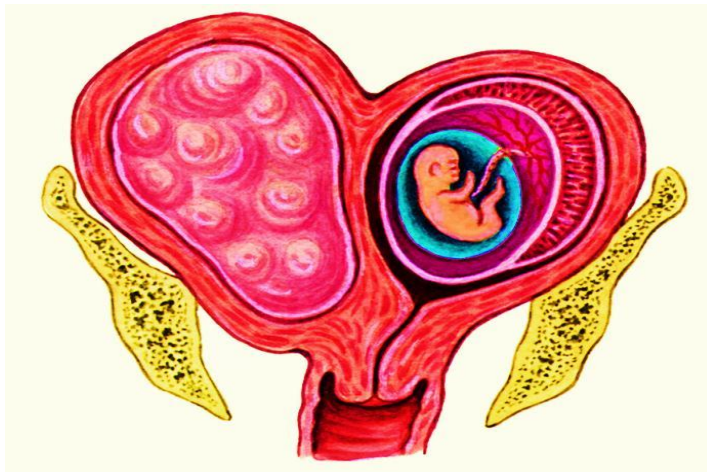
Retrofleksiya



Yəhərəbənzər uşaqlıqda hamiləlik



Birbuynuzlu uşaqlıqda hamiləlik



Uşaqlıqda fibromotoz düyün və hamiləlik

Çox nadir hallarda rudmentar buynuzda hamiləlik baş verir. Bu, uşaqlığın inkişaf etmiş buynuzu ilə əlaqəsi olan rudmentar buynuzda mümkündür. Əlaqəsi olmayan rudmentar buynuzda da hamiləlik halları qeyd edilib. Bu belə baş verir: inkişaf etmiş buynuzda hamiləlik baş verir; mayalanmış yumurta hüceyrəsi qarın boşluğuna atılır; rudmentar uşaqlığın borusu tərəfindən çəkilir; rudmentar uşaqlığa düşür və implantasiya edir.

Rudmentar buynuz zəif inkişaf etdiyi üçün xorion xovları selikli və əzələ qatına keçir və divarın deşilməsinə səbəb olur. Bu zaman ektopik hamiləliyin klinikası inkişaf edir. Qadının həyatını xilas etmək üçün cərrahi əməliyyatla rudmentar uşaqlıq çıxarılmalıdır.

Çox nadir hallarda rudmentar uşaqlıqda hamiləlik inkişaf edir, belə halda doğuş mümkün deyil. Mütləq cərrahi müdaxilə lazımdır.

Uşaqlığın geyri-düzgün vəziyyətlərində çox vaxt sonsuzluq müşahidə edilir.

Enmiş və sallanmış uşaqlıqda hamiləlik baş veribsə, bu vəziyyəti müvəqqəti düzəldir. Böyümüş uşaqlıq yuxarı qalxdıqca sallanma və enmə vəziyyəti aradan qalxır. Lakin doğuşdan sonra uşaqlıq yenə əvvəlki vəziyyətinə qaydır, bəzən sallanma və enmə daha da çoxalır.

Uşaqlığın geyri-düzgün vəziyyəti olan retrofleksiya xüsusi diqqət etmək lazımdır.

Retrofleksiya sərbəst, hərəkətli və iltihabi proseslər nəticəsində yaranmış bitişmələrlə qonşu orqanlara fiksə olunmuş vəziyyətdə ola bilər. Sərbəst, hərəkətli retrofleksiya zamanı hamiləliyin IV ayında uşaqlığın vəziyyəti düzəlir və hamiləlik normal inkişaf edir.

Bəzi hallarda bitişmələr zəif və yumşaq olur. Belə halda hamiləlik zamanı onlar daha da yumşalır, bəzən itir və hamiləlik normal inkişaf edir. Bitişmələr bərk, qalın olduqda hamilə uşaqlıq kiçik çanaqdan çıxa bilmir. Hamiləlik kiçik çanaqda inkişaf etdikcə qonşu orqanlara təzyiq edir. Sidik ifrazının və defekasiyanın pozulmasına səbəb olur. Bəzən hamilə uşaqlıq kiçik çanaqda sıxılır və uşaqsalma baş verir. Əgər bu baş vermirsə hamiləlik süni surətdə pozulur. Təhlükəli əlamətlər olmadıqda, narkoz altında əməliyyat aparmaqla bitişmələr kəsilir və uşaqlığın vəziyyəti düzəldilir.

Cinsiyyət orqanlarının şişləri. Ən çox fibromioma rast gəlinir. Fibromioma düyünləri uşaqlıq boşluğuna (sibmukoz) doğru inkişaf etdikdə sonsuzluq və uşaqsalmaya səbəb olur. Uşaqlıq divarında (interstisial) və ya qarın boşluğuna doğru (subseroz) inkişaf edən düyünlər hamiləliyə mane olmaya bilər. Lakin doğuş zamanı uşaqlıq yığılamalarının zəif olması nəticəsində son və zahılıq dövründə qanaxmalar müşahidə edilir.

Kiçik çanaqda və ya çanaq çıxacağına yaxın yerləşən düyünlər doğuşa mane olur. Yumurtalıq kistomasi zamanı hamiləlik baş verə bilər. Kiçik kistomalar hamiləliyin inkişafına mane olmur. Böyük kistomalar uşaqlığı sıxır və uşaqsalmaya səbəb olur. Böyük kistomalar özü də hamilə uşaqlıq tərəfindən sıxılır, onun divarında nekrozlaşma baş verir. Kiçik çanaqda hərəkətsiz yerləşən kistomalar doğuşa mane olur. Kiçik, hərəkətli kistomalar doğuşa mane olmasalar da, adətən doğuşdan sonra onun ayaqcığının burulması, kistomanın nekrozlaşması baş verir. Ona görə kistomanın ehtiyatla çıxarılması məqsədəuyğundur.

Uşaqlıq boynu xərçəngi zamanı hamiləlik baş verə bilər. Lakin hamiləlik xərçəngin inkişafını sürətləndirir o, parametral toxumaya, qonşu orqanlara keçir. Ona görə hamilə qadının uşaqlıq boynu güzgülərlə müayinə olunmalıdır.

Uşaqlıq boynu xərçəngi aşkar olunarkən uşaqlıq boynu, hamilə uşaqlıq, parametral toxuma, uşaqlıq yolunun yuxarı hissəsi ilə birlikdə çıxarılmalıdır.

Uşaqlığın xərçəngi zamanı da hamiləlik baş verə bilər. Hamiləliyin başa çatması halları da qeyd edilib. Lakin hamiləlik xəstəliyi progressivləşdirir. Uşaqlığın xərçəngi zamanı da uşaqlıq, uşaqlıq boynu, parametral toxuma, ətraf limfa düyünləri çıxarılmalı, xəstəyə rentgen, kimyaterapiya yazılmalıdır.

§ 5. Qan xəstəliklərində hamiləlik və doğuş

Fizioloji hamiləlik zamanı da qan sistemində dəyişikliklər müşahidə olunur. Normal gedişli hamiləlikdə bu, tranzitor xarakter daşıyır, bəzən patoloji hala keçir.

Dəmirdefisitli anemiya. Orqanizmdə dəmir çatışmazlığı nəticəsində, qanın vahid həcmində hemoglobinin və eritrositlərin səviyyəsi azalır. Hamilə orqanizmində dəmirin defisiti, onun çoxlu itirilməsi (qanaxmalarda), sorulmanın pozulması (mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri zamanı), qida çatışmazlığı və hestasiya zamanı ona tələbatın atılması nəticəsində yaranır. Hamiləlik zamanı dəmirə olan tələbat, orta hesabla 1200-1500 mq-a çatır. Bu ciftə, dölnün inkişafına, hamilənin orqanizmində dövr edən qanın həcmnin artmasına, laktasiyaya sərf olunur. Doğuş zamanı və doğuşdan sonra (lo-xiya) itirilir.

Dəmir defisitli anemiya hamiləliyin ən çox rast gəlinən ağırlaşmasıdır. Güman olunur ki, hamilə qadınların 49-88%-də orqanizmdən gizli dəmir itkisi və dəmirdefisitli anemiya müşahidə olunur.

Klinik şəkli anemik sindromla xarakterizə olunur: zəiflik, tez yorulma, yuxululuq, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, təngnəfəslik, dəri və selikli qışaların solğunluğu, ürəkdöyünmə, bayılma, hipotoniya, ürək zirvəsində və ağ ciyər arteriyası üzərində sistolik küy. Sonra sideropenik sindrom qoşulur: dırnaqların sınması, əyilməsi, saçların tökülməsi və qırılması, anqulyar stomatit, dad (kəmə, gil, təbaşir yeməyə tələbat) və qoxu pozğunluqları, qəbzlik, quru və sərt qidanın udma çətinliyi, ağızda göynəmə, laklanmış dil və s.

Dəmirdefisitli anemiya adətən, hamiləliyin II və III trimestrlərində inkişaf edir. Xroniki dəmirdefisitli anemiya hestasiyanın ilk vaxtlarından özünü biruzə verir.

Dəmirdefisitli anemiya zamanı çox vaxt hamiləlik, doğuş və zahılıq dövrünün ağırlaşmaları olur: vaxtından əvvəl doğuş, hipertenziv vəziyyətlər, doğum gücünün zəifləməsi, qanaxmalar (hemorragik şok və YDL sindromu) sonralar hipoxalaktiya və zahılıq infeksiyaları, proqressivləşən anemiya. Çox vaxt döldə xroniki hipoksiya müşahidə olunur. Bəzən uşaqlarda həyatın ilk aylarından anemiya inkişaf edir.

Diagnoz klinik və laborator göstəricilərə əsasən qoyulur: hemoglobinin, rəng göstəricisinin, eritrositlərin, zərdab dəmirinin, ferritinin, ümumi dəmirin birləşdirmə qabiliyyətinin enməsi və plazmada protoporfirin və sərbəst transferrinin miqdarının artması. Sonralar hipoxromiya, mikro, poykilo, və anizositoz inkişaf edir.

Hemoglobinin səviyyəsinə görə dəmir defisitli anemiyanın ağırlıq dərəcəsi belə qiymətləndirilir: 115-91 qr/l-yüngül; 90-81 qr/l – orta; 80 qr/l ağır forma.

Yüngül formalı anemiyası olan hamilə qadınlar ambulator müalicə oluna bilər. Orta və ağır anemiyası olan hamilələr ancaq stasionar şəraitində müalicə olunmalıdır.

Dəmirdefisitli anemiyanın müalicə prinsipləri: rəşional qidalanma və dəmir preparatlarının qəbulu. Dəmirə zəngin qidalar məsləhət görülür: dana əti, qoyun əti, balıq, qara ciyər, tərəvəz yeməkləri, meyvə şirələri. Kəhraba, piroüzüm və askorbin turşusu dəmirin sorulmasını artırır, tanin, oksalatlar, fosfatlar isə azaldır. Hamilə qadınlara çoxlu alma və nar yemək məsləhət deyil, bunlardan dəmirin sorulması çox deyil.

İkivalentli dəmir preparatlarından (ferropleks, konferon, mardiferon, ferramid, dəmir sulfat və s.) dəmirin sorulması, qidalara nisbətən dəfələrlə çoxdur. Sutkalıq doza (160-200 mq) 3-4 qəbula bölünür. Uzunmüddətli təsirə malik dərmanlar sutkada bir dəfə qəbul olunur (ferroqramudent, feospan və s.). Preparata qarşı dözümsüzlük olduqda sutkalıq doza 80-120 mq-a qədər azaldılır və preparat yemək zamanı və yeməkdən sonra təyin edilir. Hemoqlobinin və eritrositlərin miqdarı normallaşdıqdan sonra, müalicə az dozalarla (60-80 mq/sut) 2-3 ay davam etdirilir. Sonra isə profilaktik dozada (30 mq/sut) bütün hestasiya və laktasiya dövrü təyin edilir.

Hamilə qadının aloe siropunda dəmir xlorid, hemostimulin və 3 valentli dəmir preparatları daxilə qəbul etməsi məsləhət deyil. Dəmir preparatlarına həssaslıq olduqda, dəmirin sorulmasının pozulması ilə gedən mədə-bağırsaq xəstəliklərində və qanda dəmirin səviyyəsini tez qaldırmaq lazım olduqda dəmir preparatları parenteral yeridilir. Dəmirə həssaslıq yoxlandıqdan sonra preparatlar (ferrum-lek, ferbitol, venofer, ferroven və s.) vena daxilinə və ya əzələ daxilinə yeyidilir. Ağır anemiyalarda doğuşdan qabaq hematransfuziya göstərilir.

Anemiyanın əmələ gəlməsi üçün risk qrupuna çoxdoğən qadınlar, donorlar, tez-tez düşük sa-lanlar, meno və metroragiyası, zahılıq qanaxmaları, uşaqlığın fibromioması, nazik bağırsağın xəstə-

likləri olanlar, qurd invaziyasından əziyyət çəkənlər, həmçinin uşaqlıqdan kənar hamiləlik keçirmiş qadınlar aiddir. Belə qadınlara hamiləliyin 16-cı həftəsindən sonra 30 mq/sut dəmir preparatları təyin edilir.

Tromboplastik və trombositopatik hemorragik hemostaziopatiya. Trombositlərin miqdarının 100×10^9 və daha az olması ilə xarakterikdir.

Bu, trombositlərin sürətlə parçalanması və ya natamamlığı (olmaması, adgenizyanın və aqreqasiyanın azalması) nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin anadangəlmə və qazanılmış formaları ayırd edilir. Trombositopeniya və trombositopatiyanın gedişi kəskin və residivləşən xroniki ola bilər.

Bəzi qadınlarda bu xəstəlik, ilk dəfə hamiləlik zamanı təzahür edir. Xəstəliyin kəskin forması özünü qanaxma ilə göstərir. Xroniki formada xəstəliyin ağırlaşması 66,7% hallarda hamiləliyin II və III trimestrlərində və ya zahılıq dövründə baş verir.

Xəstəliyin klinik şəkli yayılmış kapillyar qanaxma ilə xarakterikdir: burun, qara ciyər, uşaqlıq, bağırsaq qanaxmaları, ən kiçik travmalarda belə çoxsaylı petexial səpgilər (iynə, turna və manjet yerində); çoxsaylı dərialtı qansızma və hətta beyinə qansızma.

Diagnoz klinik əlamətlər və laborator göstəricilərə əsasən qoyulur. Trombositlərin sayı, qan laxtasının retraksiyası, trombositlərin adgeziya və aqreqasiyası azalır, turna, çimdik sinaqları müsbətdir, qanaxma müddəti artır.

Hemorroqik diatezi olan qadınların müalicəsi zamanı askorutin, vitamin C, androksan, prednezolon sutkada 1 mq/kq və s. uzun müddətə təyin edilir. Anemiya olduqda eritrositlərin transfuziyası aparılır. Aparılan terapiya effekt vermədikdə vaxtından əvvəl doğuş çağırılır. Doğuş adətən təbii yolla aparılır. Hamiləlik zamanı immunodepressantlarla müalicə əks göstərişdir.

Hamiləliyin dispanserizasiyası mama-ginekoloq, terapevt və hematoloq tərəfinfən aparılır.

Hamiləliyin I trimestrində, residuev zamanı və hamiləliyin 37-ci həftəsində hospitalizasiya göstərilir. Həmçinin trombositlərin miqdarı, hemostaziogramma daimi nəzarətdə (4-6 həftədən bir) olmalıdır. Bütün hemorroqik diatezi olan hamilələrə doğuşa 1-1,5 həftə qalmış damar möhkəmləndirici, hemostatik müalicə və 10-15 mq dozada prednizolonla qoruyucu terapiya aparılır.

Müalicə fonunda xəstəliyin tez-tez baş verən residivləri, beynə qansızma, trombositlərin sayının kritik azlığı (60×10^9 və az) zamanı hamiləlik əks göstərişdir.

§ 6. Endokrin patologiyalar zamanı hamiləlik və doğuş

Hamiləlik zamanı endokrin sistemin funksional aktivliyi artır. Ona görə endokrin orqanların hər hansı patologiyası hamiləliyin gedişinə öz təsirini göstərir. Hamilələrdə ən çox rast gəlinən endokrin patologiyalar şəkərli diabet və qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləridir.

Şəkərli diabet. Hamilə qadınlar arasında şəkərli diabet xəstəliyi artmaqdadır. Bu da ana və perinatal xəstəliklərin və ölümün tezliyinin artmasına, dölün anadangəlmə inkişaf qüsurlarının artmasına, doğuş zamanı ağırlaşmaların meydana çıxmasına səbəb olur. Son zamanlar bu problemin həllində böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir.

Şəkərli diabet insulinin nisbi və mütləq çatışmazlığı və ya karbohidratların parçalanmasında onun effektivliyinin kifayət qədər olmaması ilə xarakterikdir. Bu da maddələr mübadiləsinin pozulmasına, nəticədə müxtəlif orqan və toxumalarda pozğunluqlara səbəb olur.

Şəkərli diabetin klinik əlamətləri susuzluq, poliuriya, qaşınma, arıqlama, görmənin keçici pozulmasıdır.

Şəkərli diabetin diaqnozu sutka ərzində ac qarına şəkərin qanda və sidikdə (kəmiyyət və keyfiyyət) təyini, qlükozaya qarşı tolerantlığın, qanda və sidikdə keton cisimciklərinin, ferritinin və transferritinlə birlikdə hemoqlobinin qlükozalaşmasının təyininə, həmçinin klinik əlamətlərə əsasən qoyulur. Xəstəliyin diaqnostikasında ən dəqiq metod qanda və komponentlərində ac qarına və sutkanın istənilən vaxtında qlükozanın səviyyəsinin öyrənilməsidir. Ac qarına qlükozanın səviyyəsinin

qanda 7 mmol/l (120 mq%), sutkanın başqa vaxlarında 11 mmol/l (200mq%) və daha çox olması şəkərli diabetin mütləq əlamətidir.

Müasir dövrdə sadələşdirilmiş ekspress metodlarla qanda şəkərin səviyyəsi müəyyənəşdirilir.

Eritrositlərdə qlükozalaşmış hemoqlobinin, qan zərdabında ferritin və transferritin səviyyəsinə nəzarət diaqnozun erkən və dəqiq qoyulmasına imkan yaradır. Anada qlükoza ilə birləşmiş hemoqlobinin səviyyəsinə görə döldəki inkişaf qüsurlarını proqnozlaşdırmaq olar: 6% – norma; 6-8% – risk; 8-10% – orta dərəcəli risk; 10% -dən çox yüksək riskdir.

Hamiləliyin müəyyən fizioloji xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla, şəkərli diabetin diaqnostikası fərqli aparılır.

Hamiləlikdən əvvəl qadında şəkərli diabet olubsa, bu zaman xəstəliyi təsdiqləməyə ehtiyac yoxdur. Diabetə genetik meyillilik olduqda çox vaxt xəstəliyin ilk simptomları hamiləlik zamanı meydana çıxır. Bu „**hamiləlik diabeti**” adlanır. Ona görə bütün gələcək analarda karbohidrat mübadiləsinin vəziyyəti öyrənilməlidir. Bu, pasientin ilk müraciəti zamanı və III trimestrdə aparılır. Bunun üçün pasientə yeməkdən 2 saat sonra 50 qr qlükoza verilir və bundan 1 saat sonra qanda qlükozanın səviyyəsi təyin edilir (şəkərli diabetin streninqi). Qanda qlükozanın səviyyəsi 7,15 mmol/l, plazmada 8,25 mmol/l olarsa test müsbətdir. Belə halda diaqnozu təsdiqləmək üçün 3 saatlıq qlükozaya peroral tolerantlıq testi aparılır. Streninq testi mənfi olduqda hamiləliyin 30-cu həftəsində (şəkərli diabet əmələ gəlmə ehtimalı maksimaldır) təkrarlanır. Başqa testlər də aparmaq olar: qanda ac qarına və yeməkdən 2 saat sonra şəkərin təyini. Normada qanda şəkərin miqdarı 5,5 mmol/l-dən və plazmada 7,7 mmol/l-dən az olmalıdır. Risk qrupuna aid olan hamilələrdə mütləq qlükozaya qarşı tolerantlıq sınağı (QTS) aparılmalıdır. Risk qrupuna aiddir: hamiləliyə qədər bədən kütləsini 15%-ə qədər artıranlar; anamnezində (valideynlərində) diabetli xəstələrin, ölüdoğmanın, neonatal ölümün, uşaqsalmanın, nəhəng dölün, anadangəlmə ürək qüsurlarının, və eklampsiyalı doğuşun olması. Bundan başqa anamnezində qlükozuriya, müxtəlif genezli hipertenziya, sidik yollarının infeksiyaları, yaşı 30-dan çox olan və əvvəlki hamiləlikdə diabeti olan hamilələr də risk qrupuna aid edilir.

Göstəricilər yüksək olduqda və ya sərhəd nəticələrdə təkrari müayinə aparılır. Karbohidrat mübadiləsi pozğunluqları olmadıqda belə müayinələrin nəticəsinə görə “hamiləlik diabeti” diaqnozu qoyulur. Hamilələrdə böyrək qlükozuriyasının qiymətləndirilməsinin öz xüsusiyyətləri var. Hamiləlik zamanı onun fizioloji gedişində belə 10% qadınlarda qlükozuriya müşahidə edilir. Qlükozuriya ən çox pielonefritlər və simptomuz bakteriyuriya zamanı rast gəlinir. Qlükozuriya zamanı 30-cu həftədə təkrari müayinə məsləhətdir.

Hamiləlik zamanı diabetin gedişi və onun xüsusiyyətləri, hamiləliyin idarə olunması.

I tip-insulinasılılığı şəkərli diabet, gənclik və yuviril tip şəkərli diabetə uyğun gəlir. Uşaq və gənc yaşlarında kəskin başlayır. Kəskin mübadilə pozğunluqları ilə müşayiət olunur, insulin çatışmazlığı ilə xarakterikdir. Bu xəstəliyin irsi (genetik) formasıdır. Bu zaman qanda mədəaltı vəzin Langerhans adacıqlarının hüceyrələrinə qarşı antitellər əmələ gəlir. Xəstələr ancaq insulin vurulduqda yaşaya bilir.

II-tip-insulin asılı olmayan diabet-yaşlıların diabeti 30-40 yaşdan sonra başlayır. Maddələr mübadiləsi pozğunluqları az olur. Xəstələr insulinsiz keçinə bilir. Dieta və şəkərin səviyyəsini azaldan preparatlar qəbul etməklə kifayətlənir. Bu forma da əsasən genetikdir. Xəstəlik autosom –dominant tipində ötürülür. Qanda antitellər olmur.

Bəzən hamiləlik zamanı və başqa hallarda qlükozaya qarşı tolerantlığın pozulması dietoterapiya ilə və ya özbaşına keçir.

Klinik gedişinə görə xəstəliyin yüngül, orta ağır və ağır dərəcələri təyin edilir.

Xəstəliyin **yüngül formasında** (insulin asılılıqlı olmayan) kəskin ağırlaşmalar və mübadilə pozğunluqları olmur. Karbohidrat mübadiləsi pozğunluğu dietoterapiya ilə kompensasiya olunur.

Orta ağır formada, ağırlaşmalar olmadıqda və xəstə əmək qabiliyyətini saxladığı zaman (hamiləlik zamanı yox) mübadilə pozğunluqlarının korreksiyası şəkərin səviyyəsini azaldan preparatlarla və ya insulinlə (60 v/sut-ya qədər) aparılır.

Xəstəliyin **ağır forması** müxtəlif ağırlaşmaların olması, əmək qabiliyyətinin azalması ilə xa-

rakterikdir. Mübadilə pozğunluqlarının korreksiyasında yüksək dozada (60 v/sut–dan çox) insulin-dən istifadə olunur.

Şəkərli diabetlə müşayət olunan hamiləliyin idarə olunmasında aşağıdakı qaydalara əməl olunmalıdır: mübadilə pozğunluğunun tam korreksiyası (sağlam hamilədə olduğu kimi); dölnün vəziyyətinə ciddi nəzarət, uşaqsalmanın profilaktikası; ananın yanaşı gedən xəstəliklərinin vaxtında, adekvat terapiyası və infeksiyon ağrılaşmaların qarşısının alınması.

Hamiləlik zamanı inkişaf edən infeksiyon xəstəlik zamanı maddələr mübadiləsi dietoterapiya ilə normallaşdırılır. Qida rasionunun 40-45%-ni karbohidratlar, 20-25%-ni yağlar (50-60 qr/sut) və 30-40%-ni zülallar (150-200 qr/sut) təşkil etməlidir. Piylənmə varsa 1800 kal, piylənmə yoxdursa 2200 kal sərf olunmalıdır.

Hamiləlik zamanı çəki artımı 10-12 kq olmalıdır. Bədən kütləsini tez azaldan, kəskin dietik məhdudiyyətdən qaçmaq lazımdır. Bu keton cisimciklərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Hamilə sutkada 6 dəfə qidalanmalıdır. Qida vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Zərərli vərdislərdən əl çəkmək lazımdır. Rəqulyar olaraq, həftədə 1-2 dəfə ac qarına, sutka ərzində qanda şəkərin səviyyəsi təyin olunmalıdır.

Qlükozuriya, ac qarına qanda qlükozanın 5,5 mmol/l və yeməkdən 1 saat sonra 7,7 mmol/l olduğu zaman insulin təyin olunmalıdır.

Stabil insulin asılılıqlı diabeti olan qadınlarda karbohidrat mübadiləsi fizioloji normaya uyğun saxlanılmalıdır (ac qarına qanda şəkərin səviyyəsi 5,5 mmol/l). Buna nail olmaq üçün əvvəlcədən təyin olunmuş kurs əsasında dieta və insulinoterapiya kompleks şəkildə aparılır. Hamiləliyin birinci yarısında insulinə olan tələbat hamilə olmayan qadına nisbətən 1/3 dəfə az ola bilər. Hamiləliyin II yarısında isə (20-24 həftə) insulinrezistentliyin artması nəticəsində insulinə tələbat 40-80% (endogen hormon ehtiyatından asılı olaraq) artır.

Qısa təsirə malik insulinlərin birlikdə istifadəsi məqsədəuyğun sayılır. Səhər 1:2. Günorta 1:1 nisbətində təyin olunmaqla səhər dozasını 2/3–nin, günorta dozasının 1/3–nin verilməsi təmin edilməlidir. Sadə insulinin təsiri 10-15 dəqiqədən sonra başlayır, 4-6 saatdan sonra ən yüksək həddə çatır və 6-8 saat davam edir. Uzunmüddətli təsirə malik insulinin təsiri 3 saatdan sonra başlayır, 8-12 saatdan sonra ən yüksək həddə çatır, 18-24 saatdan çox davam edir.

Labil insulinasılılıqlı diabetli hamilələr, hamiləliyin ilk vaxtlarında stasionar şəraitində müayinə olunmalıdır. Hər iki saatdan bir qanda qlükozanın səviyyəsi təyin edilməlidir. Ayrı-ayrı orqanların zədələnməsi nəticəsində ağrılaşmalarla keçən insulinasılılıqlı diabeti olan hamilələr xüsusi diqqət tələb edir. Şəkərli diabet zamanı hamilələrdə ketoasidoz hipoglukemik vəziyyət və həmçinin diabet üçün spesifik olmayan, başqa hamiləlik ağrılaşmaları (hipertenziv vəziyyətlər, sidik yollarının xəstəlikləri, çoxsululuq, uşaqsalma) inkişaf edir.

Şəkərli diabeti olan anadan doğulmuş uşaqlarda bir çox ağrılaşmalar olur. Bu, yarımçıq doğulma, bəzindəxili inkişaf və doğuşun xüsusiyyətlərindən asılıdır. Belə yenidoğulmuşlarda tənəffüs çatışmazlığı sindromunun inkişaf riski böyükdür. Yenidoğulmuşda hiperinsulinemiya olur və hipoglukemiya inkişaf edir. Ona görə belə uşaqlara, qanda qlükozanın səviyyəsi (2.75-5.5 mmol/l) öyrənilməklə qlükoza vurulmalıdır. Qanda qlükozanın səviyyəsi 1,5 mmol/l-dən az olduqda beyinin zədələnməsi müşahidə edilir. Başqa neonatal ağrılaşmalardan polisitemiya, qanın qatılığının artması, trombların əmələ gəlməsinə meyillilik, hipokalsemiya, hipomagnemiya rast gəlir. Başqa uşaqlara nisbətən, şəkərli diabetli anadan doğulmuş uşaqlarda baş beyin, ürək-damar sistemi, mədə-bağırsaq traktı və sidik-ifrazat sistemi inkişaf anomaliyalarına daha çox rast gəlir. Bütün bu anomaliyaların rast gəlmə tezliyi anada şəkərli diabetin gedişindən asılıdır. Ona görə dölnün və yeni doğulmuşun vəziyyətini qiymətləndirmək üçün dinamik kompleks müayinələr aparılmalıdır.

Şəkərli diabetli xəstələrin hamiləliyi və doğuşu ixtisaslaşmış məmalıq müəssisələrində idarə olunmalıdır: qadın məsləhətxanası – doğum evi – uşaq poliklinikası. Belə yardımın vəzifəsi şəkərli diabetli xəstələrin dispanserizasiyası, hamiləliyin optimal idarə olunması, şəkərli diabetin müxtəlif formalarında hamiləliyin aşkarlanmasıdır. Şəkərli diabetli xəstə aşkar olunan kimi, hamiləliyin əks göstəriş olub-olmaması müəyyənləşdirilir. Hamiləliyə və onun saxlanılmasına əks göstərişdir: dia-

betik progressivləşən damar ağırqlaşmaları (retinopatiya, qlomeruloskleroz, hipertenziya); şəkərli diabetin labil və insulinəresistent formaları; hər iki valideyinin diabet olması; şəkərli diabetin başqa mamalıq ağırqlaşmaları ilə birlikdə olması (anamnezində tez-tez anadangəlmə inkişaf qüsurlarının olması, ekstragenital patologiyalar).

Belə qadınlarda konservativ tədbirlər aparılmalıdır. Bu məqsədlə uşaqlıqdaxili kontasepsiya-dan, fizioloji və baryer metodlarından istifadə etmək olar. Oral hormonların qəbulu məsləhət deyil. Şəkərli diabet zamanı abort çox təhlükəlidir. Abortdan sonrakı hamiləlik daha böyük riskdir.

Şəkərli diabetli xəstələrin hamiləliyi mama-ginekoloq, endokrinoloq, oftalmoloq, nevro-poto-loq və başqa ixtisaslı həkimlər tərəfindən idarə olunur. Tibbi genetik konsultasiya göstərişdir. Ha-milə ayda 2-4 dəfə müayinə olunmalıdır. Müayinə zamanı, yanaşı gedən xəstəliklər və hamiləlik ağırqlaşmaları aşkarlanmalı, ciddi müşahidə aparılmalı və müalicə olunmalıdır. Bütün diabetli xəstə-lər hamiləlik müddətində 3 dəfə hospitallaşdırılır: hamiləlik aşkar olunan kimi; hamiləliyin 20-24-cü və 34-36-cı həftələrində.

Stasionarda aşağıdakı məsələlər həll olunmalıdır.

– I hospitalaşdırma – klinik müayinə aparmaq, tam mamalıq diaqnozu qoymaq, şəkərli diabe-tin formasını, ağırqlaşmalarını, yanaşı gedən xəstəlikləri müəyyən etmək, ana və döl üçün yaranmış riskin dərəcəsini və proqnozunu qiymətləndirmək, insulin və başqa preparatların sxemini və dozası-nı təyin etmək;

– II hospitalaşdırmada həmin tədbirlər aparılır, təkrari insulinin dozası və sxemi işlənir. Həm-çinin hamiləliyin müddəti, doğuşa hazırlıq metodları müəyyənləşdirilir.

– III hospitalaşdırma hamiləliyin 34-36-cı həftələrində aparılır. Təkrar kompleks müayinə aparılır, ana və dölün vəziyyəti qiymətləndirilir. Doğuşun aparılma vaxtı və metodu dəqiqləşdirilir.

Döldə hipoksiya və başqa ağırqlaşmalar olduqda, anadakı metabolik prosesin pozğunluqları korreksiya olunur (sigetin, kokarboksillaza, ATF, vit E). Oksigenoterapiya təyin edilir, hamiləlik ağırqlaşmaları müalicə olunur, göstəriş olduqda vaxtından əvvəl doğuş çağırılır. Şəkərli diabetli xə-s-tələrin doğuşu təbii yolla və ya Kesar əməliyyatı ilə aparılır. Ana çanağı ilə (normal) döl başı (dölün çəkisi 4000 qr-dan çox olmamalıdır) arasında uyğunluq olduqda, baş gəlişlərində, döldə distres-sindrom olmadıqda, monitor müşahidə altında təbii yolla doğuşu idarə etmək olar.

Qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri və hamiləlik. Qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri zamanı 15-40% qadınlarda menstrual tsikl pozğunluqları, sonsuzluq və düşük – uşaqsalma müşahidə edilir. İnsanın normal inkişafı üçün qalxanabənzər vəzin hormonları vacibdir. Ona görə döldə və yenido-ğulmuşda onların çatışmazlığı müxtəlif anadangəlmə pozğunluqlara kretinizmin formalaşmasına və ağır ağıl zəifliyinə səbəb olur.

Ur – qalxanabənzər vəzin hormonunun biosintezinin azalması zamanı, kompensator olaraq vəzin böyüməsidir. Bu adətən qalxanabənzər vəzin funksiyasının atması ilə müşayət olunur. Səbəb yodid az və ya həddən artıq olmasıdır. Sonradan sadə ur hipotriozla müşayət olunur. Müalicəsi yodun qəbulunun artması və ya azaldılmasıdır.

Hipotrioz. Sərbəst T₃ və T₄-ün defisiti ilə yaranır. Bu, qalxanabənzər vəzin çatışmazlığı, hi-pofiz və hipotalamusun patologiyaları nəticəsində əmələ gəlir. Xəstəliyin müalicəsi zamanı tireoid hormonları (əvəzedici) təyin edilir.

Hipertrioz. Qalxanabənzər vəzi hormonlarının çox ifraz olunması nəticəsində yaranır. Vəzi-nin diffuz böyüməsi ilə müşayət olunur. Bu patologiyayı korreksiya etmək üçün antitireoid dər-manlarla qalxanabənzər vəzinin funksiyasına təzyiq edilir, radioaktiv yodla onun funksiyası blokada edilir və cərrahi əməliyyat aparılır.

Tireoiditlər. Qalxanabənzər vəzin iltihabıdır (həmçinin autoimmun mənşəli). Tireoiditlər za-manı iltihab əlamətləri (temperaturun artması, qanda dəyişikliklər, leykositoz, EÇS-in artması) qal-xanabənzər vəzi nahiyyəsində və bütün boyunda ağrı müşahidə olunur. Yarımkəskin tireoiditlər qripp, anginadan sonra yaranır. Bu zaman spesifik virus antitelləri yaranır və orqanizmin autoim-mun prosesləri ilə birləşir.

Müalicəsində kortikosteroid preparatlar, antibakterial dərmanlar, tireoid hormonlar göstəriş-

dir.

Hamiləlik zamanı qalxanabənzər vəzin subklinik formalı patologiyaları müşahidə olunur. I-li və II-li hipotireoz (qalxanabənzər vəzin funksiyasının azalması) və tireotoksikoz (T_3 və T_4 -ün artması) ayırd edilir. Hamilələrdə nadir hallarda xroniki autoimmun tireoidlər rast gəlinir.

Qalxanabənzər vəzi patologiyası olan qadınların hamiləliyini idarə edərkən, aşağıdakılar nəzərə alınır.

1. Hamiləliyin erkən vaxtlarında onun saxlanıb-saxlanılmaması məsələsi həll olunmalıdır. Hipotireoz və hipertireozun ağır və orta ağır formalarında, kəskin klinik əlamətlər olduqda tireoiditlərin bütün formalarında hamiləlik əks göstərişdir.

2. Mama – ginekoloq və endokrinoloq tərəfindən hamiləliyin dispanserizasiyası.

3. Tibbi genetik konsultasiyanın təşkili. Çox vaxt dölnün anadangəlmə inkişaf qüsurlarını aşkar etmək üçün amniosentez aparılır, dölyanı maye müayinə olunur.

4. Xəstəliyin yüngül və subklinik formalarının vaxtında aşkar olunması və adekvat müalicəsi.

5. Tireoid sistemin funksiyasının dinamikada müayinəsi və qiymətləndirilməsi. Xüsusi ilə hormonların (T_3 , T_4 , TSH, TTH, TRH) qanda səviyyəsi öyrənilir.

6. Optimal doğuş üçün xəstənin erkən hospitallaşdırılması.

7. Dinamikada immunsistemin vəziyyətinin öyrənilməsi.

8. Vaxtında doğuşun aparılması. Dölnün inkişaf dərəcəsi nəzərə alınmaqla, çox vaxt doğuş vaxtından əvvəl aparılır.

9. Doğuş zamanı qanaxmanın profilaktikasının aparılması.

10. Laktasiya məsələsinin individual həll olunması.

11. Yenidoğulmuşlarda tireoid sisteminin patologiyasının olub-olmamasının öyrənilməsi. (ixtisaslaşdırılmış müəssisələrdə müayinəsi). Əgər hipotireoz və başqa pozğunluqlar aşkar edilərsə, dərhal müalicə başlanılır.

12. Yenidoğulmuşun tibbi-genetik müayinəsinin aparılması.

§ 7. İnfeksion xəstəliklər və hamiləlik

Hamilə qadınlar infeksiion xəstəliklərdən sığortalanmayıb. Adətən, onlarda infeksiion xəstəliklər ağır keçir. Bütün infeksiyalar, xüsusi ilə kəskin infeksiyalar dölnün üçün təhlükə yaradır. Hamilə qadının infeksiyaları perinatal xəstəlik və ölümün artmasına səbəb olur. Ana vasitəsi ilə dölnə keçən infeksiyalar, **bətdaxili infeksiyalar** adlanır. Əgər infeksiya dölnə keçib, amma xəstəlik törətməyibsə, yəni xəstəliyin klinik şəklində yoxdursa, bu **dölnün infeksiyalaşması** adlanır. Ananın infeksiion xəstəliyi həmişə dölnü zədələmir. Birincili yoluxma və ya latent infeksiyanın hamiləlik zamanı reaktivasiyası nəticəsində bəzi funksiyalar pozulur və bətdaxili infeksiion xəstəlik inkişaf edir. İnfeksiya dölnə və yenidoğulmuşu 2 yolla keçir: bilavasitə infeksiion agentlə və anadan.

Hamiləliyin müddəti, ciftin yetişkənlik dərəcəsi, törədici virulentliyi, ana və dölnün infeksiyaya qarşı həssaslığı infeksiyanın inkişafına təsir edir.

Ana orqanizminin immun müdafiəsi dəri və selikli qişalardan başlayır, immunitetin **humoral və hüceyrə komponentləri** ilə güclənir.

İnkişaf edən dölnün, qişalarla (xorion, desidual) və xorionun xovları ilə əhatə olunub. Servikal selikdə bakteriosid maddə var. Cift güclü bəzi funksiyaların rolu oynayır, dölyanı maye antibakterial aktivliyə malikdir. Doğuşa yaxın dölnün infeksiya əleyhinə nisbətən güclü müdafiə mexanizmi formalaşır. Əgər doğuş yollarında çox miqdarda törədici yoxdursa, uşaq sağlam doğulur. Ona görə də çoxsaylı uşaqlıq müayinələri, xüsusi ilə, dölnün qovuğu yırtıldıqdan sonra, dölnün bətdaxili yoluxma riskini artırır. Dölnün inkişafı ləngidildikdə, vaxtından əvvəl doğuşlarda ana orqanizmi zəiflədikdə (pis qidalanma) və başqa xəstəliklərə risk dərəcəsi artır.

Dölnün yoluxması hematogen, transplasental, qalxan (uşaqlıq yolu-servikal kanal-dölnün qişaları-cift və dölnün) yollarla və dölyanı maye ilə baş verir. Dölyanı maye ilə infeksiya dölnün tənəffüs yolları-

na, dərisinə, qulaqlarına, gözlərinə, göbək ciyəsinə, mədə-bağırsaq traktına keçir.

Perinatal infeksiyanın nəticəsi müxtəlif olur: spontan abortlar və ya vaxtından əvvəl doğuş; dölün ölümü; onun inkişaf anomaliyaları; kəskin və xroniki infeksiyalar. Dölün ölümü və vaxtından əvvəl doğuş ana və döl orqanizmində intoksikasiya, bədən temperaturunun artması, hamilənin vacib orqanlarının funksiyasının pozulması nəticəsində baş verir. İnfeksion xəstəliklər zamanı ciftə destruktiv dəyişikliklər və qansızmalar olur. Ciftədəki bu dəyişikliklər nəticəsində bir çox törədicilər ana qanından dölə keçmə imkanı qazanır və dölü yoluxdurur. Belə halda adətən, döl tələf olur. Çünki, onun orqanizmində müdafiə reaksiyası ya yoxdur, ya da çox zəif inkişaf edib.

Düşük və vaxtından əvvəl doğuş öz növbəsində infeksiion xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır. Ağırlaşmanın səbəbi qanitirmə, maddələr mübadiləsindəki dəyişikliklər, zahılıq (abortedən sonrakı) septik infeksiyaları olur.

Məxmərək (alman qızılcası). Toqavirus ailəsinin RNT tərkibli bir zəncirli virusudur. Hamiləlik zamanı çoxsaylı anadangəlmə qüsurlara səbəb olan yüksək dərəcədə yoluxucu virusdur. Hava-damcı, birbaşa kontakt və anadan-dölə yolu ilə yoluxur. İnkubasiya dövrü 2-4 həftədir. Virusun ifraz olunması uzun müddət davam edir.

Klinika. Yoluxma yolundan asılı olaraq xəstəliyin 2 forması ayırd edilir: anadangəlmə və qazanılma məxmərək.

50% uşaqlarda və böyüklərdə məxmərək əlamətləri çox zəif təzahür edir və ya xəstəlik simptomuz keçir. İnfeksiya daşıyıcısı səpgilər əmələ gəldikdən 7 gün əvvəl və səpgidən sonra 2 həftə ərzində virusu yoluxdurur.

Əlamətləri: ümumi zəiflik, mülayim ümumi intoksikasiya, baş ağrıları, oynaq ağrıları, konyuktivit, oynaqların iltihabı, qulaqdibi, ənsə, boyun-arxa limfa düyünlərinin böyüməsi, üzdən başlayaraq bütün bədənə yayılan (ovucdan başqa) diffuz ləkəli-papulyoz səpgilər. Hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər infeksiya aşkarlandıqda hamiləliyin pozulması məsləhətdir.

Diaqnoz spesifik İgM və İgG anticisimlərinin seroloji təyininə əsasən qoyulur.

Rutin skrininq. Naməlum peyvənd edilmə tarixçəsi olan hamilələrə xidmət müəsisəsinə ilk gəlişdə məxmərəyə qarşı İgG anticisimlərinin skrininqi təklif olunmalıdır. Mənfi nəticə alındıqda İgM anticisimlərinin təyini üçün əlavə testlər aparılmalıdır.

Profilaktika. Əsas profilaktik tədbir peyvəndin edilməsidir. Hamiləliyi planlaşdıran qadınlar mütləq məsləhət almalı və onların anticisim statusu təyin olunmalı, lazım gələrsə peyvənd olunmalıdır. Hamilələrə peyvənd etmək olmaz.

Müalicə simptomatik aparılır. Çünki xəstəliyin spesifik müalicəsi yoxdur. Məxmərəkli hamilə təcrid olunmalıdır. Döşlə əmizdirmə əks göstərişdir.

Qripp və respirator virus infeksiyası. Qripp və respirator virus infeksiyası dölə plasental yolla keçir. Bətdaxili yoluxma zamanı xüsusilə erkən stadiyalarda çox vaxt hamiləliyin pozulması, yüksək perinatal ölüm, anadangəlmə inkişaf qüsurları (hipospadiya, klitorun anomaliyası, dovşandodaqlıq və s) müşahidə olunur.

Su çiçəyi və epidemik parotit. Hamiləliyin erkən vaxtlarında terotogen effekt əmələ gəlir. Xəstə analardan doğulmuş yenidoğulmuşlar, dəri xəstəlikləri ilə və başqa əlamətlərlə doğulur.

Hepatit virusları. Hamilələrdə ana və döl həyatı üçün təhlükədir. Virus hepatiti A, B, C, D, E, F və başqa viruslar tərəfindən törədilir. Hamilələrdə xəstəlik ağır keçir və çoxlu fəsadlar müşahidə edilir.

Virus hepatit A – qara ciyərin kəskin xəstəliyidir, enteral yolla yoluxur. Xolestazın klinik əlamətləri ilə özünü göstərir. Çox nadir hallarda fulminant forma rast gəlir.

Fulminant hepatit kəskin qara ciyər çatışmazlığıdır. Qara ciyər hüceyrələrinin kəskin nekrozu və qara ciyər ensefalopatiyasının klinik əlamətləri (huşun, intellektin pozğunluqları, koma, ölüm də mümkündür) ilə keçir. Adətən bu forma hamilələrdə rast gəlir, öz-özünə sağalır, xroniki stadiyaya keçmir.

Hepatit B. B virusu hepadnavirus ailəsinə aiddir. İnfeksiyalı insanların qanı, tüpürcəyi, təri, göz yaşı mayesi, sperması və ana südü ilə yoluxma mümkündür.

İnfeksiyanın ötürülmə yolları: infeksiya anadan uşağa (antenatal, intranatal, postnatal); cinsi yolla; infeksiyalı qanın və ya qan preparatlarının transfuziyası; steril olmayan iynə və şprislərin istifadəsi, iynə sancılması, tatuyaj və c. Qadınların əksəriyyəti virusa hamiləlikdən əvvəl yoluxur. Hamiləlik zamanı virusu dölə ötürür.

Klinika. HBV kəskin və xroniki infeksiya yaradır. Virusla ilk kontaktda kəskin hepatit inkişaf edir. Kəskin infeksiyanın ilkin mərhələsində qara ciyər xəstəliyinin simptomları olmur, zərdabda HbeAg, HbsAg və HBV DNT yüksək səviyyədə olur. Sonradan HBeAg və HBV DNT zərdabda azalır, lakin ALT-nin miqdarı yüksəlir və qara ciyərin iltihabi dəyişiklikləri artır. Qanda HbcAg-yə və HbeAg-yə qarşı anticisimlər əmələ gəlir, HBV DNT-nin səviyyəsi azalır və zərdabda təyin olunmur. Anti-HBs-in əmələ gəlməsi kəskin fazanın başa çatdığını göstərir. Kəskin HBV infeksiyası müalicə tələb etmir və böyüklərin 90-95%-də spontan sağalma ilə nəticələnir. Kəskin infeksiyadan sonra immun sistem hepatit B virusunu tam eliminasiya edə bilmirsə, bu halda 6 ay ərzində xroniki hepatit B infeksiyası yaranır. İltihab və nekroz nəticəsində qara ciyərin hepatositləri fibroz toxuma ilə əvəz olunur. Fibroz kompensə olunmuş qara ciyər sirrozu ilə nəticələnir. Dekompensasiya zamanı klinik əlamətlər: sarılıq, anoreksiya, halsızlıq, ürəkbulanma və qarında ağrı müşahidə edilir. Terminal mərhələdə assit, qida borusu venalarının varikoz genişləməsi, qara ciyər çatışmazlığı, hepatosellyulyar karsinoma müşahidə edilə bilər.

Hamilədə hepatit B virusunun olması Kəskin kəsiyinə göstəriş deyil. Doğuş vaxtı dölün biofizik profili nəzərə alınmaqla mama-ginekoloq, infeksiyoz və neonatoloq tərəfindən təyin edilir.

Hepatit B-nin kəskin dövrü hamiləliyin pozulması üçün göstəriş deyil.

Diagnoz. HBV infeksiyasının diaqnozu virus zülallarının və anticisimlərin seroloji identifikasiyasına əsaslanır.

Rutin skrininq. Bütün hamilələrin xidmət müəssisəsinə ilk gəlişində HbsAg-yə rutin skriningin aparılması təklif olunur. Hamilənin ilk müraciətində və hamiləliyin 34-36-cı həftələrində qan plazmasında ekspress testlə HbsAg təyin olunmalıdır. Testlər müsbət olduqda müvafiq olaraq HbeAg-nin ekspress testi aparılır. Nəticə müsbət olarsa, plazma Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinə göndərilir. Hamilənin doğum evinə və ya müalicə müəssisəsinə müraciəti zamanı HbsAg statusu məlum deyilsə, onun təxirəsalınmaz təyini mütləqdir.

Profilaktika. Anada hepatit virusu olduqda, doğuşdan sonra 12 saat ərzində yenidə doğulmuş 200 İU/ əzələ daxili immunoqlobulin və hepatit B əleyhinə vaksinin istifadəsi ilə kombinə olunmuş immunoprofilaktikanın aparılması zəruridir. Bu vertikal transmissiyanı 90% azaldır. HbsAg statusu məlum olmayan anadan doğulan yenidə doğulmuşlara doğuşdan sonra 12 saat ərzində hepatit B əleyhinə vaksin vurulmalıdır.

Qadına xüsusi məsləhətlər verilməlidir: infeksiyanın cinsi partnyora yoluxmasının profilaktikası; peyvənd almış uşaqların ana südü ilə qidalanmasının təhlükəsiz olması.

Virus hepatit C – kəskin hepatitdir. Əvvəllər nə A, nə də B adlandırılırdı. Virus parenteral (90%-ə qədər) az hallarda (10%) cinsi yolla, həmçinin anadan dölə (perinatal) keçir. Xəstəliyin gedişi yüngül keçir, çox vaxt xroniki formaya keçir.

Virus hepatit D-kəskin xəstəlikdir, natamam „D-virus HD” ilə törənir. Hepatit B ilə yanaşı gedir. Yoluxma virus hepatit B-də olduğu kimidir.

Virus hepatit E – Avropa ölkələrində nadir hallarda rast gəlir (subtrofik və trofik). Fekal-oral yolla ötürülür. Xəstəlik yüngül keçir. Amma hamilələrdə çox vaxt fulminant forma inkişaf edir.

Hamilələrdə hepatitlər yüngül, orta ağır, ağır və fulminant formalarda keçir. Hamilə və döl üçün daha təhlükəli “C” və “E”-dir. Aşağıdakı faktorlar virus hepatitinin gedişini ağırlaşdırır: doğuş fəaliyyətinin inkişafı (özbaşına düşüklər, vaxtından əvvəl və sürətli doğuşlar); hamilələyin süni pozulması; doğuş; cərrahi əməliyyatlar.

Hamilələrdə virus hepatitinin nəticələri müxtəlifdir: sağalma; xroniki hepatitin inkişafı və qara ciyər sirrozu; ölüm. Virus hepatiti immunitetin azalması ilə müşayiət olunur. Bu da müxtəlif infeksiya xəstəliklərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur (xorioamnionit, pielonefrit, zahılıq, irinli septik ağırlaşmaları və s.) çox vaxt hamiləlik uşaqsalma ilə nəticələnir. Doğuş və abort isə qanaxma ilə

müşayət olunur. Bu, iltihab nəticəsində uşaqlıq divarının dəyişikliyə uğraması, qanın laxtalanma faktorlarının defisiti və damardaxili laxtalanma sindromunun inkişafı nəticəsində baş verir.

Ciftə iltihabi proseslərin baş verməsi dölnün hipoksiyasına, bətdaxili yoluxmasına və yeni-doğulmuşun infeksiyon xəstəliklərinə səbəb olur. Hepatit virusları, həmçinin xəstəlik nəticəsində ana orqanizmində inkişaf edən maddələr mübadiləsi pozğunluqları döle terotogen təsir göstərir. Bu patologiya nəticəsində ölüdoğulma (10-12%), anadangəlmə inkişaf qüsurları (10-15%) daha çox rast gəlinir. Uşaqlar hipotrofiya ilə, hepatit, sarılıq və ya sirroz simptomları ilə doğulur. Sağ qalan uşaqlarda gələcəkdə fiziki və əqli inkişafdan geri qalma müşahidə edilir.

Hamilələrdə viruslu hepatit diaqnozu xarakterik klinik, epidemioloji əlamətlərə, biokimləvi müayinələrə, həmçinin qan zərdabında spesifik HBV, HCV antigenlərinin toplanmasına əsasən qoyulur.

Müalicəsi. Viruslu hepatitli hamilələr infeksiyon xəstəxanalarda müalicə olunur. Xəstəyə ciddi rejim və dieta təyin edilir. Rəqulyar olaraq bağırsaq boşaldılır, sutkada 2-3 l-ə qədər maye (şirələr və qələvi mineral sular) verilir. Xəstəliyin orta ağır gedişində vena daxilinə 5-10% qlükoza, hemo-dez, albumin və s. göstərilir. Ağır formalarda kompleks müalicəyə hiperbarik oksigenizasiya, koa-quloqramma göstəricilərinə əsasən heparin, kontrikal, laziks, qlükokortikoidlər əlavə edilir. Uşaq-salmanın profilaktikası və müalicəsi aparılır. Xəstəliyin yüngül formalarında daxilə spazmolitiklər təyin edilir. Ağır və orta ağır formalarda no-şpa, papaverin, metasin, maqnezium sulfat verilir. Xəstəliyin kəskin dövründə, doğuş fəaliyyəti başladıqda, doğum gücü zəifliyinin, qanaxmaların (disi-non, vikasol, krioplazma) profilaktikası, doğuşu ağrısızlaşdırma (spazmolitiklər, transkvilizatorlar, analgetiklər) aparılır. Müayinə və müalicə planı infeksiyolist və mama tərəfindən hazırlanır. Qara ci-yəri dərmanlarla daha çox yükləməmək üçün və ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün optimal terapi-ya seçilir. Doğuş observasiya şöbəsində aparılır. Xəstəliyin ağır formasında, qara ciyər ensefalopati-yasında hamiləliyi pozmaq göstərilir. Hamiləliyin I trimestrində xəstəliyin yüngül, orta ağır for-malarında hamiləliyi saxlamaq məsləhətdir. Doğuşa qədər sağalma mümkündür. Lakin qadının ha-miləliyə neqativ münasibəti olduğu halda hamiləlik 22-ci həftəyə qədər pozulmalıdır. Əgər xəstəlik hamiləliyin II trimestrində baş veribsə, başqa xəstəliklər və ya hamiləlik ağırlaşmaları olduqda, ha-miləlik pozulmalıdır. Hamiləliyin pozulması, viruslu hepatitin rekonvalessensiya dövründə, müm-kün qədər təbii doğuş yolları ilə aparılır.

Hamilələrdə viruslu hepatitin (A, B, C) profilaktikasını sanitar-epidemioloji nəzarət təmin edir. Suyun və qida məhsullarının keyfiyyəti, şəxsi gigiyena qaydalarına riayət olunması ciddi nəza-rətdə saxlanılır, həmçinin hepatitli xəstələrlə kontaktda olan bütün hamilələrə standart qamma-qlo-bulin (1 doza-3 ml) vurulur. Hepatit B virusunun profilaktikasına bütün tibbi alətlərin sterilizasiyası və donorların ciddi müayinəsi daxildir. Yenidoğulmuşlar HVC, HVA, HVE ilə anadan, qulluq və qidalanma zamanı yoluxur. HVB ilə yoluxma intranatal və postnatal (dəri və selikli qişaların zədə-lənməsi zamanı) olur. Yenidoğulmuşlarda HVA, HVC, HVE-nin prifilaktikası, bütün bağırsaq in-feksiyalarında olduğu kimi ciddi sanitar-epidemioloji tədbirlərin aparılmasıdır. HVB-nin profilakti-kası hiperimmun qammaqlobulin vurulması ilə aparılır.

Bütün hamilələr HBs antitelinə görə yoxlanmalıdır.

Toksoplazmoz. Xəstəlik ibtidailərə aid olan Toksoplazma qondi tərəfindən törənir. Ötürülmə yolları: – alimentar (kifayət qədər bişməmiş ət, yuyulmamış meyvə-tərəvəz), torpaqla təmas, xəstə pişiklərin nəcisində olan oositlərlə çirklənmiş su və torpaq; vertikal.

Yalnız hamiləlik zamanı birincili infeksiya hallarında toksoplazma qondi anadan döle yoluxa bilər.

Klinika. Anadangəlmə və qazanılma toksoplazmoz ayırd edilir. Hamiləlik zamanı ancaq bi-rincili toksoplazmoz əhəmiyyət kəsb edir. Birincili toksoplazmoz adətən simptomuz keçir, nadir hallarda qeyri-spesifik qripəbənzər əlamətlər müşahidə olunur. Birincili infeksiya epizodundan son-ra parazit orqanizmdə latent sistlər şəklində qalır. Hamiləlik vaxtı xəstəlik cift vasitəsi ilə döle keçir.

I trimestrdə anadangəlmə toksoplazmozun inkişaf riskinin az olmasına baxmayaraq, dölnün ağır zədələnmə ehtimalı hamiləliyin pozulmasına göstərilir. Doğuş təbii doğuş yolları ilə aparılır.

Diagnoz. Seroloji müayinələrə əsaslanır.

Rutin skrining tövsiyyə olunmur.

Müalicə. Hamiləlik zamanı baş verən toksoplazmozun müalicəsinin spiramisin ilə aparılması tövsiyyə olunur. Qadın hamiləliyin III trimestrində yoluxarsa və ya dölnün yoluxması hamiləliyin 18-ci həftəsindən sonrakı müddətə təsadüf edərsə, müalicənin primetamin, sulfadiazin və spiramisin kombinasiyası ilə aparılması tövsiyyə olunur. Hamiləliyin 18-ci həftəsinə qədər pirimetaminin istifadəsi məsləhət deyil. Döşlə əmizdirmə əks göstəriş deyil. Anada xəstəliyin progressivləşməsi hamiləliyin pozulmasına göstərişdir.

Listerioz. Bu xəstəlik tipik bətdaxili zoonoz xəstəlikdir. Listeriyalar tərəfindən törədilir. Yoluxma yolları: -alimantar (yoluxmuş qida); şaquli transmissiya (hamiləlik dövründə-cift və dölyanı maye vasitəsilə, doğuş zamanı-ananın qanı və uşaqlıq yolu ifrazatı ilə).

Ananın sidik-cinsiyyət sisteminin (xüsusilə uşaqlıq, cift) embrion və döl toxumalarının bu yoluxucuya qarşı yüksək həssaslığı müşahidə edilib. Inkubasiya dövrü 3-70 gündür.

Klinika. Anada listerioz infeksiyası, adətən, retrospektiv olaraq müəyyən edilir. Belə ki, bir çox hallarda listerioz yüngül qripp əlamətləri və sidik yollarının infeksiyası əlamətləri ilə təzahür edir. İmmunitetin zəifliyi fonunda meningit, pnevmoniya və ensefalit inkişaf edir.

Diagnoz laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Bakterioloji müayinə üçün material burun-udlaqdan və əsnəkdən selik, gözdən ifrazat, uşaqlıq yolundan ifrazat və qan götürülür və xüsusi mühitlərdə əkilir.

Müalicə. Amoksisillin, eritromisin, penisillin və s. preparatlardan istifadə olunur. Sefalosporinlər effektiv deyil.

Spesifik profilaktikası yoxdur.

Vərəm. Xəstəliyin törədiciləri (mikobakteriyalar) xəstəliyin aktiv gedişində hematogen və ya transplasental yolla anadan dölə keçir. Döldə ilkin vərəm ocağı əvvəl qara ciyərdə, sonra ağ ciyərdə əmələ gəlir. Bətdaxili yoluxma zamanı uşaqsalma, perinatal xəstəliklər və dölnün ölümü baş verir. Uşaq doğulduqdan sonra ana südü ilə yoluxma ehtimalı çoxdur. Ona görə aktiv vərəmdə əmizdirmə əks göstərişdir. Hamiləliyin idarə olunması ananın vəziyyətindən asılıdır.

Septik infeksiyalar. Bu qrupa aid olan törədicilər (streptokoklar, stafilokoklar, bağırsaq çöpləri, göy-yaşıl irin çöpləri, proteyalar, enterobakteriyalar) müxtəlif ekstragenital xəstəliklər və ya gizli infeksiya ocaqları olan (sidik yollarının, ağız boşluğunun) anadan müxtəlif yollarla dölə keçir. Dölnün bətdaxili yoluxması (yayılmış formalarda) onun tələf olmasına, ayrı-ayrı orqanların zədələnməsinə (fetopatiyalar) səbəb olur. Ölüdoğulma və uşaqsalma göstəriciləri yüksəkdir. İnkişaf anomaliyaları müşahidə olunmayıb. Yenidoğulmuşlarda sepsis, (yayılmış formada) omfalit, otit, pnevmoniya və s. (lokal formada) inkişaf edir.

Herpes infeksiyası. Törədicisi I və II DNT tərkibli sadə herpes virusudur (SHV). SHV-II orqanizmdə insanın bütün həyatı boyu persistensiya edir.

Yayılma yolları:

– cinsi yol (partnyorda genital herpesin klinik əlamətlərinin olub-olmamasından asılı deyil);

– kontakt yolu (zədələnmiş dəri və zədələnməmiş selikli qişa);

--vertikal yol (anadan uşağa--antenatal (transplasental)-5%, intranatal (doğum yolları ilə)-85%, postnatal (hava-damcı, təmas, ana südü)-10%.

Hamilə qadın genital herpesə doğuşdan bir qədər əvvəl yoluxarsa, yenidoğulmuşun yoluxma təhlükəsi daha yüksək olur.

Klinika. Herpeslə xəstə olan partnyorla cinsi əlaqədən 3-9 gün sonra uşaqlıq yolu dəhlizində, uretranın xarici dəliyi nahiyəsində, cinsiyyət dodaqlarında, aralıqda, perianal nahiyədə, baldır və sağrıda quruplaşmış ağrılı qovuqcucqlar yaranır. Yanaşı olaraq, qızdırma, baş ağrıları, ümumi halsızlıq, intoksikasiya əlamətləri, mialqiylar, ağrı, qaşınma, paresteziyalar, uretradan ifrazat, qasıq limfadeniti müşahidə edilir. Müalicə aparılmadığı halda xəstəlik 2-3 həftə davam edir. Hamiləlik zamanı genital herpes əsasən subklinik və ya simptomuz gedişatə malik olur. Nadir hallarda fizioloji immunosupressiya fonunda genital herpesin birincili epizodu ağır gedişli ola bilər. Hamilədə mövcud

genital herpesin birincili epizodu zamanı herpes virusunun hər hansı tipinə qarşı anticisimlər qeyd olunur. Residivli gedişə malik olan genital herpes zədələnmiş tərəfdə vezikulyar səpgilər, onların erkən açılması və nəmlənən eroziyaların əmələ gəlməsi, güclü ağrıların olması, qasıq limfadeniti, ümumi intoksikasya və s. əlamətlərlə xarakterizə olunur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, genital herpesin residivi zamanı neonatal herpesin rast gəlmə ehtimalı çox azdır. (1-3%) Bu halda neonatal herpes ehtimalının aşağı olmasını və Kesar kəsiyi əməliyyatının ana üçün təhlükəsini nəzərə almaqla doğuşun aparılmasına fərdi yanaşmaq lazımdır.

Simptomsuz genital herpes – xəstəliyin klinik əlamətləri müşahidə edilmədən genital herpes virusunun reaktivasiyası ilə səciyyələnir.

Doğuşa hazırlaşan bütün qadınlarda aralığın, uşaqlıq boynunun və uşaqlıq yolunun SHV-yə görə müayinəsi aparılmalıdır.

Müalicəsi asiklovirlə aparılır. Səpgilərlə müşayət olunan residivləşmiş genital herpes və ya doğuşun başlanğıcında infeksiyanın promordial əlamətləri olan qadınlarda Kesar əməliyyatı mütləq göstərişdir.

Xlamidium. Chlamydia trachomatis tərəfindən törədilir. Əsasən cinsi yolla və hamiləlik və doğuş zamanı anadan dölə keçir. Məişət yolu ilə yoluxma nadir hallarda və əsasən uşaqlarda rast gəlinir.

Klinika. Xəstəlik çox vaxt simptomsuz keçir. Qadınlarda urogenital sistemin aşağı şöbələrində xlamidiya infeksiyası selikli və ya selikli-irinli servikal (vaginal) ifrazat, qarının aşağı nahiyyələrində ağrılarla təzahür edir. Chlamydia trachomatis düz bağırsağın, ağız-udlaq və göz strukturlarının selikli qişasını zədələyə bilər. Bu halda xəstəlik simptomsuz keçir.

Diagnoz. Chlamydia trachomatisi identifikasiya etmək üçün klinik material uretradan və servikal kanaldan götürülür. Material sidik ifrazından 3 saat sonra götürülməlidir. Aşağıdakı müayinələr diaqnozu əsaslandırmağa imkan verir:

- İmmunoferment analiz İgA-nın aşkarlanması diaqnozun təsdiqlənməsinə əsas verir, İgC – nin yüksək titri belə diaqnoz qoymağa əsas vermir;
- ZPR-nın müsbət olması, diaqnoz qoymağa kifayətdir;
- İmmunofluoressensiya metodunun müsbət nəticəsi digər metodlarla təsdiq olunmalıdır;
- Kultral metod dəqiq hesab olunur, lakin bu metod texniki cəhətdən mürəkkəb və bahalıdır.

Testlərdən heç biri 100% həssaslığa malik deyil. Xlamidiya infeksiyası olanlar başqa CYYİ – lara görə müayinə olunmalıdır.

Müalicə eritromisin, amoksisillin, azitromisin ilə aparılır. Döşlə əmizdirməyən zahılara azitromisin (per os), doksasillin təyin edilir. Xlamidiya hamiləliyin pozulmasına göstəriş deyil. Doğuş təbii yolla aparılır.

Süzənək. Neisseria gonorrhoea tərəfindən törədilir. Qram mənfi diplokoklardır. İnkubasiya dövrü 3-14 gündür. Cinsi və şaquli transmissiya yolu ilə yayılır. 80% hallarda xəstəlik simptomsuz keçir. 20%-də uşaqlıq yolundan ifrazat, sidik ifrazının ağrılı olması qarının aşağı nahiyyəsində ağrı, yüksək hərarət müşahidə edilir. Neisseria gonorrhoea kəskin servisit, proktit, farinqit səbəbi ola bilər. Qadınlarda xəstəlik hamiləliyə qədər və hamiləlik dövründə başlayır. Cinsiyyət orqanlarının süzənəyi qadın sonsuzluğuna səbəb olur. Xüsusilə, uşaqlıq borularının süzənəyi zamanı sonsuzluq daha çox rast gəlinir. Xəstəlik nəticəsində boru mənfəzi daralır və onun keçiriciliyi pozulur. Uşaqlığın süzənəyi müvəqqəti sonsuzluğa səbəb olur. Bu zaman hamiləlik baş veribsə, uşaqsalma ilə nəticələnir. Əgər süzənək infeksiyası uşaqlıq yolunda və sidik kanalında məhdudlaşarsa, proses söndükdən sonra normal hamiləlik inkişaf edir. Əgər süzənək infeksiyasının yoluxması hamiləlik zamanı baş veribsə, onda uretra, uşaqlıq boynu zədələnir. Doğuşdan sonra infeksiya yuxarı qalxır, uşaqlığa keçir, sonradan proses uşaqlıq borularına, yumurtalıqlara, çanaq peritonuna keçə bilər.

Döl doğuş zamanı yoluxur. Süzənək infeksiyası dölün gözünü (blennoreya), düz bağırsağını, qız uşaqlarında vulva və uşaqlıq yolunu zədələyir.

Süzənək diaqnozu qoymaq üçün klinik əlamətlər və laborator göstəricilər nəzərə alınmalıdır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün uretra və uşaqlıq yolundan yaxma götürülüb laborator müayinə olu-

nur. Mikroskopik və bakterioloji laborator diaqnostika aparılır. Qram üsulu ilə boyanmış yaxmanın mikroskopik müayinəsində hüceyrə daxili yerləşmiş diplokokların aşkarlanması əsasında diaqnoz qoyulur. Lakin diaqnozu təsdiqləmək üçün götürülən materialı Teyer-martin mühitinə əkməklə bakterioloji müayinə aparmaq lazımdır. Uretra, uşaqlıq yolu, uşaqlıq boynundan götürülmüş materialda DNT-hibridləşmə müayinəsi ilə qonokoku aşkar etmək olur. Bu üsul eyni zamanda Chlamidia trochomatisi aşkar etməyə imkan verir. Sepsis zamanı qonokokları qanda, sinovial mayedə (irinli artritis zamanı), əsnəkdən, düz bağırsaqdan götürülmüş yaxmada, pustula möhtəviyyatında aşkar etmək mümkündür. Qonoreyanın diaqnostikasında seroloji reaksiyalardan istifadə olunmur.

Müalicə. Hamiləlik zamanı qonoreya aşkar olunarsa, mütləq müalicə olunmalıdır. Qonoreyanın fəsadlaşmış formasında sefiksime per os bir dəfə və ya seftraksion əzələ daxilinə bir dəfə təyin olunur. Alternativ müalicə məqsədi ilə spektinomisin, penisillin, amoksisillin təyin edilir. Çox vaxt süzənək xloridiazol ilə birlikdə rast gəldiyinə görə yuxarıda sadalanan antibiotiklərlə yanaşı azitromisin də təyin edilir.

Doğuş təbii doğuş yolları ilə aparılır. Döşlə əmizdirməyə əks göstəriş yoxdur.

Vulvovaginal kandidoz. Vulvovaginal kandidoz zamanı pasinetərin 85-90%-də Candida albicans, 5-10%-də Candida non-albicans (Candida parapsilosis, tropicalis, glabrata, krusei) aşkar olunur. Candida albicans uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının tərkibindədir. Vulvo-vaginal kandidoz cinsi yolla ötürülmür. Uşaqlıq yolunun mikroflorası dəyişdikdə xəstəlik inkişaf edir. Risk faktorları şəkərli diabet, antibiotikoterapiya, hamiləlik, piylənmə, uzunmüddətli kortikosteroid qəbulu, oral kontraseptivlərin qəbulu, immunosupressiya və s.-dir.

Klinika. Vulvovaginal kandidozun klinik gedişatının aşağıdakı variantları ayırd edilir. Qeyd olunma tezliyinə görə: epizodik kandidoz; residivli kandidoz (il ərzində 4-5 vulvovaginal kandidoz epizodu).

Gedişinin ağırlığına görə:

– fəsadlaşmamış vulvovaginal kandidoz: dizuruya, vulvada qaşınma, xarici cinsiyyət üzvlərində ödem, hiperemiya, çatlarla səciyyələnir, bir çox hallarda uşaqlıq yolundan kəsmiyəbənzər ifrazat aşkar olunur. Uşaqlıq yolunda pH bir qayda olaraq normaldır.

– fəsadlaşmış vulvovaginal kandidoz: bir neçə epizodik vulvovaginal kandidoz, persistensiya edən non-albicans infeksiya, hamilələrdə şəkərli diabetli qadınlarda qeyd olunan vulvovaginal kandidoz.

Diaqnoz mikroskopik və bakterioloji (fəsadlaşmış) müayinələrin nəticələrinə görə qoyulur.

Müalicə. Vaginal yaxmada Candida aşkar olunan, vaginal kandidozun klinik simptomları müəyyən olunan qadınlara müalicə təyin olunur. Simptomlar olmayan, lakin yaxmada Candida tapılan qadınlara müalicə aparılmır. Müalicədə antifungal preparatların qəbulu məsləhət görülmür, antimikotiklərin yerli istifadəsinə (uşaqlıq yolu) üstünlük verilməlidir. Hamiləlik zamanı azol qrupundan olan preparatların uşaqlıq yoluna yeridilməsi məsləhətdir. Müalicə müddəti 7 gündən artıq ola bilər. Müalicə məqsədi ilə Natamiysin (100 mq 6 gün), 1% li Klotrimazol (5 qr uşaqlıq yoluna 7-14 gün), Omokonazol (150 mq 6 gün, 300 mq 3 gün, 900 mq bir dəfə), mikonazol (100 mq 7-14 gün, 1,2q bir dəfə), İsoniazol (600 mq 1-3 gün), Ekonazol (50 mq 14 gün, 150 mq 3 gün) preparatlarından istifadə edilir. Bu preparatlar lateks kondomlarını zədələyir. Xarici cinsiyyət üzvləri nahiyyəsinin təmiz və quru olması vacibdir. Sabundan istifadə etmək lazım deyil.

Vulvovaginal kandidoz hamiləliyin gedişini ağırlaşdırmır, dölnün və yenidoğulmuşun sağlamlığına mənfi təsir göstərmir. Doğuş, təbii doğum yolları ilə aparılır.

Sifilis. Treponema pallidum tərəfindən törədilir, cinsi, məişət, transmisiv yolla yoluxur. Risk faktorları cinsi partnyorun sayının bir neçə olması, təzə qanın köçürülməsi, sifilitik şankrli insanla öpüşmək və s.-dir. İnkubasiya dövrü 3-90 (orta 21 gün) gündür.

Klinika. Birincili sifilis üçün orqanizmə solğun treponemaların daxil olduğu yerdə meydana çıxan, aydın nəzərə çarpan kənarı ağrısız xora (bərk şankr) səciyyəvidir. 3-6 həftəyə izsiz itir.

İkincili sifilis bərk şankr itdikdən 6-8 həftə sonra meydana çıxır. İkincili sifilis üçün ətraflarda ləkəli papulyoz səpgi (ovuc və dabanlar da daxil olmaqla) limfadenopatiya, baş ağrıları, zəiflik, çə-

ki itkisi səciyyəvidir. 75% hallarda dövl infeksiyalaşır.

Diagnoz. Anamnestik məlumatlara, klinik əlamətlərə və laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən diaqnoz qoyulur. Laborator müayinələrə törədicinin aşkar edilməsi və seroloji müayinələr aiddir.

Rutin skrining hamilələrin ilk müraciətində və hamiləliyin 34-36-cı həftəsində aparılmalıdır. Müalicə olunmayan və profilaktik müalicə almayan qadınların körpələri sifilisə görə müayinə olunmalıdır.

Müalicə əsasən penisillin preparatları ilə aparılır. Əsasən, ekstenisillin və ya retarpen, bisillin-1, 3, 5, prokain penisillin və s.-dən istifadə olunur. Hamiləliyin 18-ci həftəsindən sonra profilaktik məqsədlə prokain-penisillin, penisillinin natrium duzu, novakain duzu təyin olunur.

Doğuş təbii doğum yolları ilə aparılır. Döşlə əmizdirməyə əks göstəriş yoxdur.

İnsan immun çatışmazlığı virusu. Bu virus immunitetin, xüsusilə hüceyrə sistemi səviyyəsində kəskin çatışmazlığını yaradır. Nəticədə, opportunist xəstəliklər və şişlər inkişaf edir. Son stadiya qazanılmış immun çatışmazlığı sindromudur (QİÇS).

Xəstəlik cinsi, parenteral, vertikal, (transplasental), horizontal (doğuş zamanı) yoluxur. Xəstəliyin inkubasiya dövrü, hamiləlik müddətindən çoxdur. Xəstəliyin qeyri-terminal stadiyaları qadına, hamilə qalmağa və uşaq doğmağa mane olmur. Lakin, bu halda qadın bilməlidir ki, hamiləlik müddətində xəstəlik simptomuz keçə bilər. Bu halda 50-70% hallarda virusa yoluxmuş uşaq doğulacaq. Hamiləlik müddətində xəstəliyin klinik əlamətləri müşahidə olunarsa, sağlam uşağın doğulmasına imkan yoxdur. Qadın hamiləliyin taleyini özü həll etməlidir.

İnsan immun çatışmazlığı virusuna yoluxmuş hamilənin müayinə və müşahidəsi QİÇS-ə görə ixtisaslaşmış həkimlərlə birlikdə aparılır. Hələlik hamiləliyin, xəstəliyin gedişinə təsiri öyrənilməyib. Virus əleyhinə və kimyəvi preparatlar təyin olunmur. Hamiləlik üçün əks göstəriş olmayan preparatlarla simptomatik müalicə aparılır. Yoluxmuş hamilələr, zahılar, yenidoğulmuşlar ixtisaslaşmış palatalarda izolyasiya olunmalıdır. Onlara təlim almış personal qulluq etməli, tibb alətləri və başqa qulluq materialları ayrı olmalıdır. Yaxşı olar ki, birdəfəlik yataq ağlarından, bezlərdən istifadə olunsun və istifadədən sonra yandırılınsın. Doğuşun idarə olunması ümumi qaydalarda aparılır. Zahıya izah olunmalıdır ki, onun südündə virus var. Hətta bir dəfə əmizdirmə, uşağın yoluxmasına səbəb olur. İmmun çatışmazlığı olan anadan doğulan uşaqlar risk qrupuna aiddir. İxtisaslaşmış mərkəzlərdə müayinə və müşahidə olunurlar. İnfeksiyaya yoluxma haqqında məlumat yaymaq qadağandır.

Doğuş yardım və əməliyyatlar xüsusi ehtiyatla aparılmalıdır (ikiqat əlcəklər, düşünülmüş texnika, personalın dəri və selikli qışalarının bioloji məhlullardan qorunması, material və alətlərin yığılıb işlənməsi və s.). Personalın yoluxmasının qarşısını almaq üçün doğuş və əməliyyatlar zamanı pasiyentdən virusa yoluxma mümkünlüyünün olması nəzərə alınmalıdır.

Dölə və yenidoğulmuşlara diaqnoz anamnestik məlumatlara, klinik əlamətlərə və xüsusi seroloji, bakterioloji və virusoloji müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur. Klinik əlamətlər hətta dövl doğulduqdan sonra da aydın olmaya bilər.

Müalicə. Əsasən bətdaxili yoluxma hallarında müalicə effektivdir. Çünki, virusa spesifik təsir edən preparat yoxdur. Əgər törədici məlumdursa, onda hamiləlik müddəti, dölə təsiri nəzərə alınmaqla preparatlar təyin edilir.

Profilaktikası. Problemin həllində profilaktika böyük əhəmiyyətə malikdir. Çünki, əksər hallarda nəticəni aradan qaldırmaq çətin olur ya da mümkün olmur. Profilaktikaya əhali arasında sanitar-maarifi işinin aparılması, risk qrupuna aid olanların və donorların ciddi müayinəsi, sterilizasiya qaydalarına ciddi əməl olunması, müalicə müəssisələrinə, bərbərxanalara sanitar-epidemioloji nəzarət və s. aiddir. Hamilə qadın ciddi müayinə olunmalıdır. Döl üçün təhlükə yaradan bətdaxili yoluxma zamanı hamiləlik pozulmalıdır. Doğum evlərində ciddi-sanitar epidemioloji rejimin yaradılması profilaktikanın əsasını təşkil edir.

Trixomoniaz. Xəstəlik *Trichomonas vaginalis* tərəfindən törənir. Yoluxma əksər hallarda cinsi yolla olur, anadan uşağa keçə bilər.

Klinika. *Trichomonas vaginalis*-lə yoluxmuş qadınların 25-50% -də xəstəliyin subyektiv əla-

mətləri qeyd olunmur. Bu qadınlarda vaginal mikrofloranın tərkibində və uşaqlıq yolu eksudatının pH-nın səviyyəsində də dəyişiklik olur.

Kəskin triximonad vaginit-vulvovaginiti zamanı sarı-yaşıl vaginal ifrazat, uşaqlıq yolu selikli qişasının hiperemiyası, ödemi, bəzi hallarda aralıq nahiyyəsində eroziv elementlər, qaşınma, dizuriya, dispareuniya, bəzi hallarda qarının aşağı nahiyyələrində ağrılar müşahidə edilir.

Xroniki trixonomad vaginit-vulvovaginiti zamanı selikli qişanın mülayim hiperemiyası, xarici cinsiyyət üzvləri nahiyyəsində qaşınma, dispareuniya, cinsiyyət üzvlərindən cüzi selikli ifrazat müşahidə edilir. Epidemioloji cəhətdən xroniki trixomoniaz daha təhlükəlidir.

Diagnoz. Boyanmış yaxmanın mikroskopik müayinəsi ilə qoyulur. Yaxma arxa tağdan götürülür.

Müalicə. Əsasən metronidazol ya 2 qr bir dəfəlik, ya 400-500 mq gündə iki dəfə 7 gün per os təyin olunur, effektivlik 95 %-dir. Birinci kurs müalicəyə cavab verməyən qadınlarda standart kurs təkrar olunur. Doğuş təbii doğum yolları ilə aparılır. Metronidazol ana südünə keçir və onun dadını dəyişir. Ona görə əmizdirən qadınlara yüksək dozada təyin etmək məsləhət deyil.

Bakterial vaginoz. Bakterial vaginozun spesifik törədici mövcud deyil, anaerob və fakultativ-anaerob mikroorqanizmlər assosiasiyası (*Mobiluncus* spp, *Bakteroides* spp, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Mikoplazma* və s.) tərəfindən törənir.

Klinika. 50% hallarda bakterial vaginoz simptomuz keçir. Bakterial vaginoz zamanı homogen, ağımtıl boz vaginal ifrazat müşahidə olunur. Çox vaxt bu ifrazat „balıq” iyi (cinsi əlaqədən sonra kəskinləşir) verir. Bəzi qadınlarda xarici cinsiyyət üzvləri nahiyyəsində qaşınma və ya göynəmə, dizuriya, dispareuniya müşahidə olunur.

Diagnoz 4 diaqnostik meyardan (Amsel meyarları) üçün müəyyən olunmasına əsasən qoyulur:

- xoşagəlməz qoxulu ağımtıl-boz homogen ifrazat;
- uşaqlıq yolu möhtəviyyatının pH-nın 4,5-dən çox olması;
- müsbət amin-test (uşaqlıq yolu möhtəviyyatının üzərinə KOH məhlulu əlavə edildə „balıq” qoxusunun meydana çıxması);
- „açar hüceyrələr”(səthində qram variabel kokobasilyar mikroflora adgeziya olunmuş epitel hüceyrələri).

Mikroskopik müayinə üçün material uşaqlıq yolunun ön və yan tağlarından götürülür.

Müalicə. Hamiləliyin II yarısında (20-ci həftədən sonra) Metronidazol (500 mq gündə 2 dəfə 7 gün) və Klindamisin (300 mq gündə 2 dəfə 7 gün) per os təyin edilir. 20-ci həftəyə qədər bu preparatlar yerli istifadə edilə bilər. Doğuş təbii yolla aparılır, döşlə əmizdirmə əks göstəriş deyil.

Sitomeqalavirus. Herpes ailəsinə mənsub olan DNT tərkibli virusdur. Sitomeqalavirus (SMV) qan, tüpürcək, sidik, likvor, uşaqlıq yolu möhtəviyyatı, sperma, amniotik maye, ana südü vasitəsi ilə yoluxur. İnfeksiyaya yoluxmuş 6 yaşa qədər uşaqların sidik və tüpürcəyi daha təhlükəlidir. İnfeksiya cinsi, hava-damcı, kontakt, qanköçürmə yolu və vertikal transmissiya: antenatal (trans-plasental), intranatal (doğuş yollarından) postnatal (ana südü ilə) ilə yayılır.

Klinika. SMV infeksiyası anadangəlmə və qazanılmış olur. Birincili infeksiya adətən az simptomlu və ya simptomuz olur. Latent və subklinik formalı SMV infeksiyası zamanı qeyri-spesifik qripəbənzər əlamətlər müşahidə edilir. Qazanılmış SMV infeksiyası MSS-ni zədələmir və bir çox hallarda qızdırma, kataral əlamətlər, faringit, poliartrit, boyun və çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi, qulaqdibi, tüpürcək vəzilərinin ödemi və ağrılı olması, hepatosplenomeqaliya ilə müşayiət olunur.

Diagnoz. Hal-hazırda dölün bətn daxili yoluxmasının müəyyən edilməsi, infeksiyanın anadan dölə yoluxmasının qarşısının alınması, anada infeksiyanın effektiv müalicə üsullarının mövcud olmadığından laborator diaqnostikanın rutin şəkildə aparılması tövsiyyə edilmir. Zəruri hallarda İgG anticisimləri təyin edilir.

Müalicəsi yoxdur, doğuş təbii yolla aparılır, döşlə əmizdirməyə əks göstəriş yoxdur.

“B”qrup streptokoklar. Şərti patogen mikroorqanizm *Streptococcus agalactiae* tərəfindən

törənir. “B” qrup streptokok uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının tərkibinə daxildir. Streptokok infeksiyasının əsas mənbəyi mədə-bağırsaq traktı, aralıq, uşaqlıq yolu və uretradır. Infeksiya doğuş zamanı anadan dölə keçir. Doğum evinin tibbi personalı da potensial infeksiya mənbəyi ola bilər.

Klinika. “B” qrup streptokokları yaşlılarda sidik yolları xəstəliklərinə səbəb olur. Klinik əlamətlər qeyri-spesifikdir: qızdırma, üşümə, qarının aşağı nahiyyəsində ağrı, palpasiyada uşaqlığın ağrılı olması.

Diagnoz. Əsasən laborator müayinələrlə qoyulur: uşaqlıq yolu, servikal kanal ifrazatının bakterioloji müayinəsi; uşaqlıq yolu, aralıq nahiyyəsi və düz bağırsaqdan yaxmanın götürülməsi və bakterioloji müayinəsi; dölyanı mayenin bakterioloji müayinəsi. ZPR daha dəqiq diaqnostik üsuldur.

Hamiləliyin 35-37-ci həftələrində uşaqlıq yolundan, aralıqdan və düz bağırsaqdan götürülən yaxmanın bakterioloji müayinəsini aparmaqla **rutin skrining** tövsiyə olunur. 35-37-ci həftələrdə doğuş fəaliyyəti başladıqda yaxmanın bakterioloji müayinəsi aparılır.

Müalicə. Hamiləliyin 35-37-ci həftəsindən başlayaraq müalicə aparılır. Mamalıq patologiyası (hamiləliyin pozulma təhlükəsi), bakteriuriya və ya pielonefrit qeyd olunduqda hamiləliyin daha erkən vaxtlarında (12 həftədən sonra) müalicə təyin edilir. Müalicə əsasən antibiotiklərlə aparılır.

Malyariya. Birlüceyrəli ibtidai orqanizmlər: Plasmodium vivax, Pl. malarie, Pl. falciparum, Pl. ovale parazitləri tərəfindən törənir. Pl. falciparum daha təhlükəlidir. Anopheles ağcaqanadlarının dişləməsi ilə ötürülür. Nadir hallarda çiftlə ötürülür.

Klinika. Hamiləlik dövründə malyariya daha ağır keçir. Xəstəliyin səciyyəvi əlamətləri qızdırma və üşütmə, profuz tərləmə və baş ağrılarıdır.

Diagnoz. Gimza üsulu ilə boyanmış qan preparatlarında parazitə cinssiz erotrositar formalarının aşkar olunması malyariya diaqnozunu təsdiqləməyə imkan verir. Yaxmanın və qalın qan damlasının müayinəsi aparılır. Qızdırmalı hamilələrdə 12-24 saat ərzində 3 dəfə qanın malyariya görə müayinəsi mənfəətli nəticə verərsə, malyariya diaqnozu inkar edilir.

Müalicə. Kəskin malyariya simptomları qeyd edilən qadınlar risk qrupuna aid edilir. Hamiləlik dövründə mütləq malyariyanın müalicəsi aparılmalıdır. Müalicə zamanı plazmodiumun növü, dərman preparatına qarşı mümkün rezistentliyi, xəstəliyin ağırlığı nəzərə alınmalıdır. Xinin ən effektiv malyariya əleyhinə preparatdır. Hamiləliyin bütün dövrlərində verilə bilər. Lakin hamiləliyin I trimestrindən sonra tətbiqi daha məqsədəuyğundur. Hamilələrə 1 qr-dan artıq xinin verilməsi məsləhət deyil. Xlorxin təhlükəsiz preparat olub, qanında plazmodium olan hamilələrin xemoprofilaktikasında istifadə oluna bilər. Hamilələrdə fəsadlaşmamış tropik malyariyanın müalicəsində I trimestr istisna olmaqla mefloksin istifadə oluna bilər. Hamiləliyin II və III trimestrlərində Artemizin derivatlarından istifadə etmək olar. Qızdırma, anemiya, zamanı müvafiq müalicə aparılmalıdır. Müalicə alan hamilələrin qanında şəkərin və hemiqlobinin səviyyəsi nəzarətdə saxlanılmalıdır.

XI FƏSİL

DOĞUM YOLLARININ ANOMALİYALARI

§ 1. Sümük çanağın anomaliyaları

Doğum kanalı sümük çanaq və doğum yollarının yumşaq toxumasından ibarətdir.

Çanağın xarici ölçülərindən biri normal ölçüdən 2 sm fərqlənirsə, bu çanağın anomaliyası hesab edilir.

M.S. Malinovskiyə görə sümük skletində dəyişiklik olan, yetişmiş dölün, xüsusilə döl başının ondan keçməsinə maneə yaradan çanaq **dar çanaq** adlanır. Dar çanaqlarda maneə və çətinlik müxtəlif dərəcədə olur. Daralma az olduqda, baş bu mexaniki maneəni dəf edir, daralma çox olduqda doğuş mümkün olmur. Dar çanaqlarda bütün ölçülər darala bilər: düz, köndələn, çəp ölçülər. Ola bilər ki, yalnız bir ölçü və ya bir neçə ölçü azalsın (məs: düz, düz və köndələn və ya köndələn). Bu haqda A.Y. Krassovski demişdir: dar çanaq o çanaqdır ki, bütün ölçüləri və ya bir neçə ölçüsü və ya əsas ölçülərindən biri azalmış olsun.

Dar çanaqlarda daralmanın əsas göstəricisi həqiqi konyuqata hesab olunur. Əgər həqiqi konyuqata 11 sm–dən azdırsa bu, dar çanaqdır. Həqiqi konyuqataya görə diaqonal və xarici konyuqata haqqında mühakimə yürütmək olar. Xarici konyuqata 19 sm–dən azdırsa, bu dar çanaqdır. Dar çanaqlar anatomik və funksional olmaqla iki yerə bölünrlər.

Çanağın ölçülməsi nəticəsində onun ölçülərinin hamısının, bir neçəsinin və ya birinin qısalması, normal ölçüdən 0,1-0,5 sm az olması aşkarlanırsa, bu **anatomik dar** çanaqdır. Anatomik dar çanaq həmişə doğuş üçün maneə deyil. Daralma dərəcəsi az olan çanaqlarda doğuşun gedişi, çanağın ölçülərindən başqa, doğum fəaliyyətinin xarakterindən, dölün ölçülərindən və döl başının konfigurasiya qabiliyyətindən asılıdır. Əgər doğuş fəaliyyəti yaxşı, döl kiçik, baş yaxşı konfigurasiya edirsə doğuş normal keçir. Doğum fəaliyyəti zəif, döl başı böyük və pis konfigurasiya edirsə, eyni ölçülü çanaqda doğuş mümkün deyil. Eyni dərəcəli dar çanaqda bir qadında doğuş normal keçir, başqasında ağırlaşmalarla keçir və ya mümkün olmur. Döl başı ilə çanaq ölçüləri uyğun gəlmirsə bu **funksional dar çanaqdır**. Belə çanaqlar doğuş zamanı aşkar olunur. Çanaq anatomik olaraq normal, funksional olaraq dardırsa, **klinik dar çanaq** terminindən istifadə olunur. Yəni, klinik dar çanaq hazırkı doğuş üçün dar çanaqdır. Çanağın darlıq dərəcəsi çoxdursa o, bütün doğuşlar üçün klinik dar çanaqdır.

Etiologiyası. Dar çanaqların əmələ gəlmə səbəbləri müxtəlifdir. Əsas səbəblərdən biri infantilizmdir. Bu, əlverişsiz həyat şəraiti, uşaqlıq və cinsi yetişkənlik dövründə keçirilmiş ağır xəstəliklər nəticəsində əmələ gəlir.

Uşaq yaşlarında keçirilən raxitin böyük əhəmiyyəti var. Raxit zamanı bütün sümüklər o cümlədən çanaq sümükləri yumşalır. Ona görə raxit zamanı kəllə, onurğa, döş sümüyü, aşağı ətraflar və çanaq deformasiyaya uğrayır. Çanağın raxitik deformasiyaları onun daralmasına səbəb olur. Uşaq yaşlarında keçirilmiş vərəm, xüsusilə bud–çanaq, diz oynaqlarının və onurğanın vərəmi çanağın deformasiyasına səbəb olur.

Çanaq və aşağı ətraf sümüklərinin sınıqları və çıxıqları, onların düzgün birləşdirilməməsi (axsama və başqa hərəkət pozğunluğu) çanağın daralmasına səbəb olur.

Çox nadir hallarda çanaq şişləri çanağın daralmasına səbəb olur. Nadir rast gəlinən səbəblərdən

biri də V bel fəqərəsinin önə sürüşməsi və başqa proseslərdir.

Dar çanaqların təsnifatı. Hal-hazırda dar çanaqların təsnifatı onların formasına və daralma dərəcəsinə görə aparılır.

Formasına görə:

1.Çox rast gələn: (ümumibərabər daralmış; yastı çanaqlar; köndələnində daralmış)

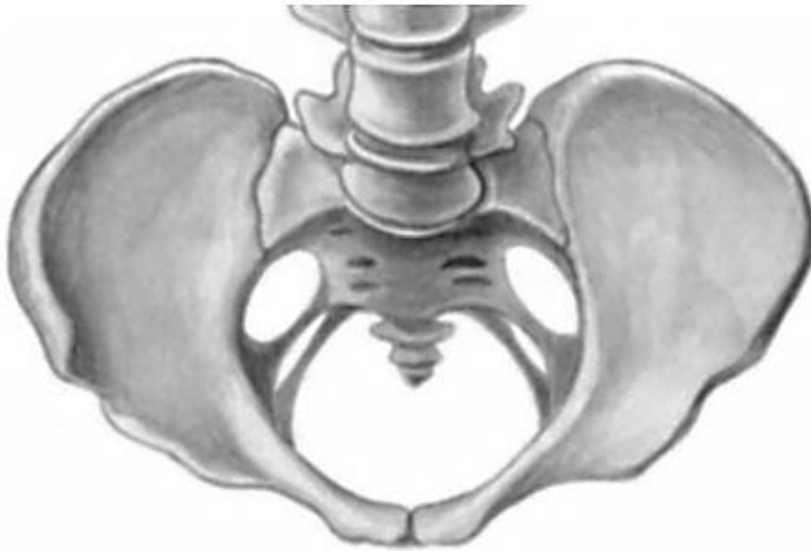
2.Nadir rast gələn:

– çəpinə sıxılmış çanaqlar: ankiotik, konsalik, skalirozaxitik, kifoskalirozaxitik, budun birtərəfli çıxığı;

– köndələnində sıxılmış çanaqlar: ankiotik, kifotik, spandilolistetik, qıfabənzər;

– çökmüş çanaq: osteomielitik, raxitik; haçalanmış və ya öndən açıq çanaq; çıxıntılı çanaq; törəməli çanaq (şişlərlə); qapalı çanaq.

Ümumibərabərdaralmış çanaq. Belə çanağın bütün ölçüləri eyni qısalıb (şəkil:11-1). Çox



Şəkil:11-1.Ümumibərabər daralmış çanaq

vaxt 1–2 sm. Bu cür çanaq qısa boylu, zərif bədənli, infantil qadınlarda olur. Bu qrupa uşaq çanağı, çırtan çanağı olanlar da aiddir. Bəzən umumibərabər daralmış çanaq uca boylu, əzələli qadınlarda (sklet sümüyünün qalın olması hesabına) da rast gəlir. Belə qadınlarda çanağın bir çox xüsusiyyətləri aşkar olunur: dar oma, dar çanaq qövsü, klinvari giriş hissə (normada girdədir), qasıq sümüyünün enən şaxələrinin arasında iti bucağın olması (normada düzdür), sümüklərin qalın olması (kişi tipli)

İ.F.Jordaniya ümumibərabər daralmış çanaqları: hipoplastik, uşaq, kişi və karlık çanaqlara ayırır.

Yastı çanaqlarda ancaq düz

ölçü qısalır. Köndələn ölçülər normal qalır. İki növ yastı çanaqlar ayırd edilir: **yastı raxitik çanaq** və **sadə yastı çanaq**.

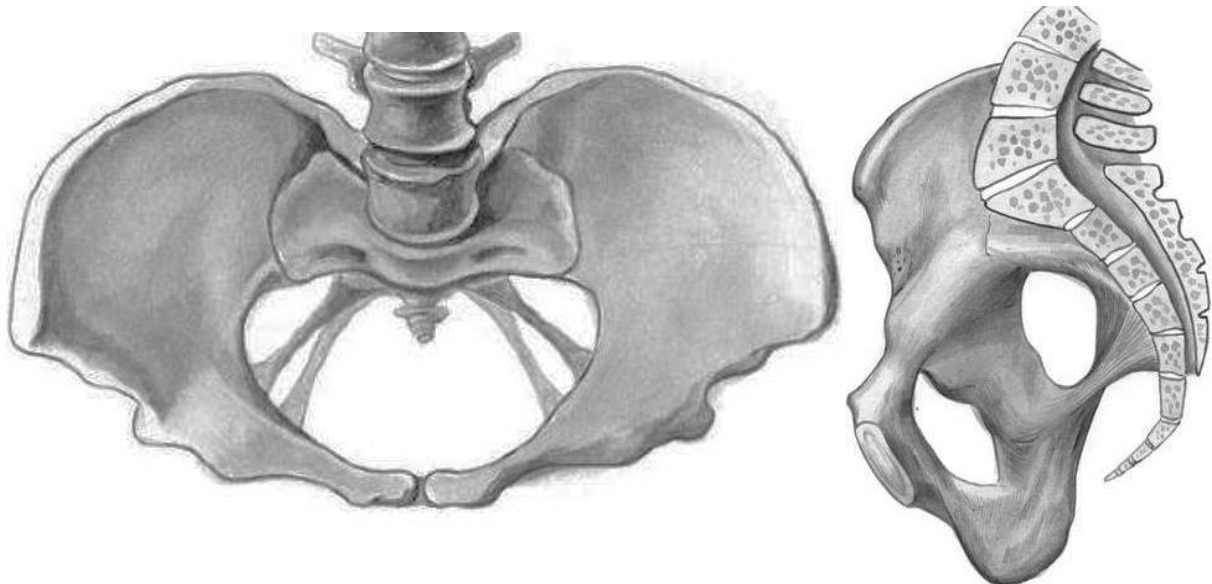
Sadə yastı çanaqda bütün düz ölçülər qısalır, oma bütünlüklə simfizə yaxınlaşır. Sümüklərdə deformasiya yoxdur. Qadın adı bədən quruluşuna malikdir (şəkil:11-2).

Yastı raxitik çanaqlarda yalnız çanaq girəcəyinin düz ölçüsü qısalır və bir sıra deformasiyalar olur: qalça sümüyünün qanadları açılmış olur, ön-üst qalça tinləri arasındakı məsafə böyüyür, distansiya spinarumun ölçüsü distansiya kristaruma yaxınlaşır. Raxitik deformasiya çox olduqda bu ölçülər bərabər olur və ya distansiya spinarum daha böyük olur (şəkil:11-3) (normada distansiya kristarum distansiya spinarumdan 3 sm böyükdür). Oma qısalıb, qalınlaşıb, horizontal ox ətrafında döndür. Nəticədə, oma burnu simfizə yaxınlaşır, oma zir-



Şəkil:11-2.Sadə yastı çanaq

vəsi və büzdüm arxaya yerdəyişir. Omanın dönməsi, oma burnunun önə keçməsi hesabına çanaq girəcəyi böyrəyəbənzər forma alır: girəcəyin düz ölçüsü qısalmır, köndələn və çəp ölçüləri normaldır. Oma burnu nə qədər önə keçsə, həqiqi konyuqata bir o qədər qısalmır, çanaq çıxacağının ölçüləri böyüyür. Çanaq çıxacağının köndələn ölçüsü böyüyür, çünki oturaq qabarları normal çanağa nisbətən daha uzaq məsafədə yerləşir; yastı raxitik çanaqda qasıq bucağı genişdir. Yastı raxitik çanağın boşluğunun ölçüləri normaldır və ya bir qədər böyükdür. Beləliklə, yastı raxitik çanaqda əsas ölçü, girəcəyin düz ölçüsü-həqiqi konyuqata kiçilib. Raxit keçirmiş qadınlarda başqa sümük dəyişiklikləri də aşkar olunur: kvadrat baş, S–vari körpücük sümüyü, onurğanın, ayaqların, döş sümüyünün və s. əyilməsi.



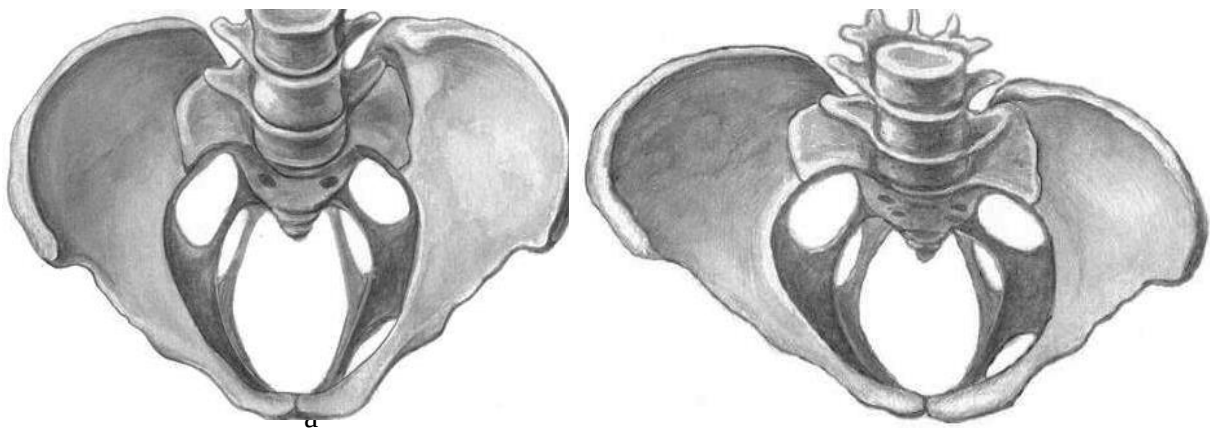
Şəkil:11- 3.Yastı raxitik dar çanaq.

Müntəzəm (ümumi) daralmış yastı çanaqda bütün ölçülər qısalmır. Belə çanaq iki patologiyanın birləşməsindən yaranır: uşaqlıqda keçirilmiş raxit və infantilizm. Bu çanaqların xüsusiyyətləri də bununla izah edilir: çanaq ümumiyyətlə dardır, düz ölçü, xüsusilə girəcəyin düz ölçüsü daha çox qısalıb.

Çəpinəsıxılmış çanaq nadir rast gəlinir, bud–çanaq və diz oynaqının iltihabi xəstəlikləri hesabına əmələ gəlir. Xəstə həmişə sağlam ayağa dayaq edib yeriir. Tədricən sağlam bud–çanaq oynaqı daxilə basılır; çanağın yarısı (sağlam oynaq tərəf) daralır.

Çəpinədaralmış çanaq oma sümüyünün bir qanadının inkişafdan qalması nəticəsində əmələ gəlir (şəkil:11-4 b).

Oma sümüyünün hər iki qanadı inkişafdan qaldıqda, **köndələninə daralmış çanaq** əmələ gəlir (şəkil:11-4 a). Bu zaman düz ölçülər normal olduğu halda köndələn ölçülər daralır.



Şəkil: 11-4. a) köndələninə daralmış çanaq; b) çəpinə daralmış çanaq

Dar çanağın nadir formalarından biri də **spondilolistetik dar** çanaqdır. Belə çanaq V bel fəqərəsinin I oma fəqərəsi üzərindən sürüşməsi nəticəsində əmələ gəlir: omanın üzərindən sallanan fəqərə çanağı daraldır.

Çox nadir hallarda **osteomielitik çanaq** rast gəlir.

Çanağın darlıq dərəcəsinə görə təsnifatı. (Krassovski) Həqiqi konyuqatanın ölçülməsinə əsaslanaraq, çanağın darlığı haqqında mühakimə yürüdüldür. Çanağın 4 darlıq dərəcəsi var.

I dərəcəli dar çanaq – həqiqi konyuqata **11–9 sm**–dir. I dərəcəli dar çanaqlarda adətən doğuş mümkündür.

II dərəcəli dar çanaq – həqiqi konyuqata **9–7,5 sm**–dir. Yetişmiş dölün doğulması mümkündür. Amma ağırlaşmalar çox rast gəlir.

III dərəcəli dar çanaq – həqiqi konyuqata **7,5–6 sm**–dir. Yetişmiş dölün doğulması mümkün deyil. Hətta döl pozucu əməliyyatlar mümkün deyil. Doğuş Kesar kəsiyi ilə aparılmalıdır.

IV dərəcəli dar çanaq – mütləq dar çanaqlardır. Həqiqi konyuqata **6 sm**–dən azdır.

Bu təsnifat anatomik darlığı müəyyən edir. Anatomik darlığı öyrənməklə, klinik darlıq haqqında mühakimə yürütmək olar.

III və IV dərəcəli dar çanaqlar həm də kliniki dar çanaqlardır. Belə hallarda diri dölün doğulması qeyri–mümkündür. Dölün ölçüsündən, doğum gücündən, başın konfigurabelliyindən və s. asılı olaraq I və II dərəcəli dar çanaqlar klinik dar çanaq olmaya bilər.

Müxtəlif formalı çanaqların müvafiq ölçüləri.

Cədvəl: 11-1

Çanağın formaları.	Dist. spinarum. (sm)	Dist. cristarum. (sm)	Dist. trochanterica. (sm)	Conyuqata externa. (sm)	Conyuqata diaqonalis. (sm)	Conyuqata vera. (sm)
Nomal	25 – 26	28 – 29	30 – 31	20	12,5 – 13	11
Müntəzəm daralmış	24	26	28	18	11	9
Sadə yastı	26	29	31	18	11	9
Yastı raxitik	26	26	31	17	10	8
Müntəzəm daralmış yastı	24	25	27	16	9	7

Litsman təsnifatında uyğun olaraq həqiqi konyuqata I dərəcədə – 9 sm-ə qədər; II dərəcədə – 7,5 sm-ə qədər; III dərəcədə – 5,5 sm-ə qədər; IV dərəcədə 5,5 sm-dan az götürülür.

Çanaq girəcəyinin rentgenoloji şəklinə görə Kolduel və Mol çanaqları: ginekoid; android; antropoid; platipelloid tiplərinə ayırır. Çanağın ən böyük köndələn ölçüsü çanaq girəcəyini iki seqmentə bölür: ön-A (anterior); arxa-P (posrerior).

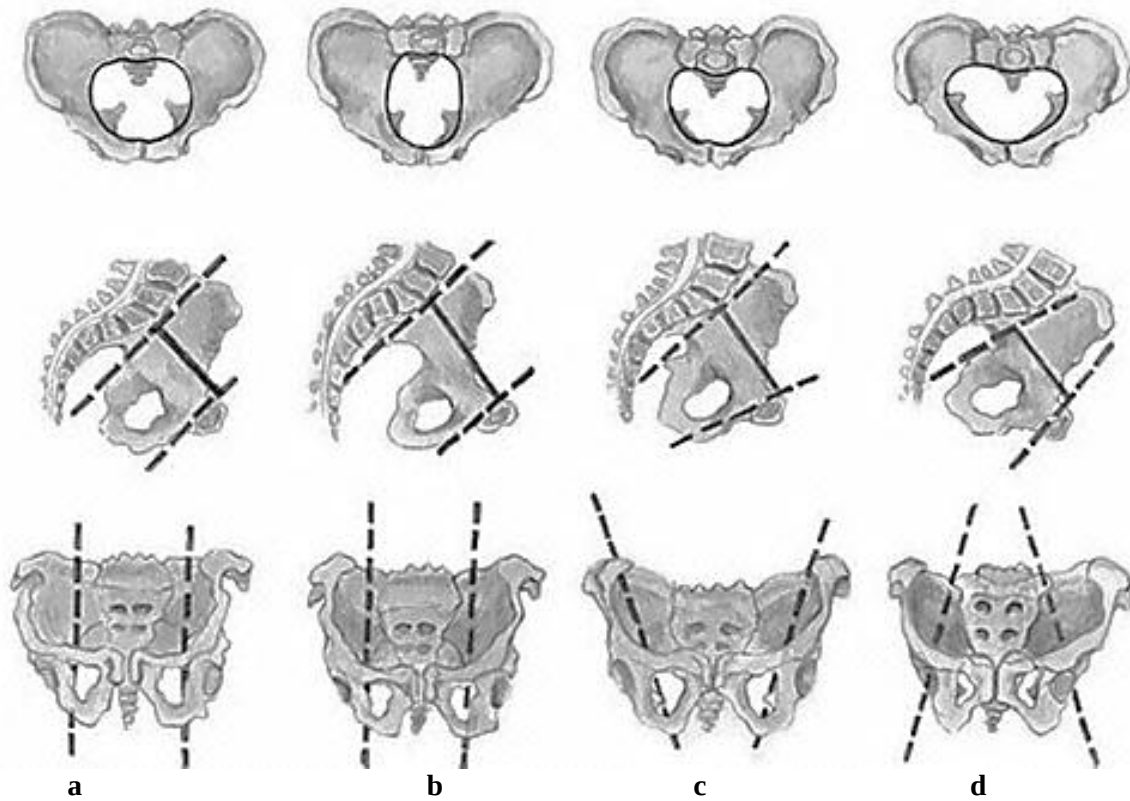
1.Ginekoid tip – 55% rast gəlir (nomal qadın çanağı). Bu, qısa enli və həcmli çanaqdır. Çanaq girəcəyi girdə və ya köndələn ovaldır. Arxa və ön seqmentlər girdədir. Böyük oturaq oyması orta ölçüdədir. Çanaq divarları düzdür. Sümükarası və qabarlararası diametrlər genişdir. Omanın istiqaməti və ayrılığı nomaldır. Qasıq qövsü genişdir (şəkil:11-5a). Belə çanaq sahibinin bədən quruluşu qadın tiplidir, boyun və bel nazikdir, çanaq hissə enlidir, çəkisi və boyu ortadır.

2.Android tip – 20% rast gəlir (kişi tipli çanaq). Giriş müstəvisi üçbucağa yaxınlaşır, ön seqment dar olduğu üçün qasıq arxası bucaq dardır (şəkil:11-5 c). Arxa seqment yastı, enlidir. Böyük oturaq oyması dardır, sümükarası və qabararası diametrlər qısadır. Qasıq qövsü dardır. Belə çanaq sahibləri kişi tipli bədən quruluşuna malik olur: çiyinlər enli, boyun yoğunur, bel bilinmir. Bu cür çanaqlarda patoloji hallar daha çox rast gəlir.

3.Antropoid tip – 21-22% rast gəlir. İnsanabənzər meymun çanağını xatırladır (şəkil:11-5 b). Giriş müstəvisi uzanmış ovaldır. Düz ölçülər uzanıb, köndələn ölçülər qısalıb. Çanaq divarları düzdür, omanın əyilməsi və istiqaməti ortadır. Böyük oturaq oyması orta böyüklükdədir. Oma dar və uzun, qasıq qövsü, daralmışdır. Belə çanaq sahibləri uca boylu, arıq, enli çiyinli, bel və çanaq

hissələri dar, ayaqları uzun və nazik olur.

4. Platipelloid tip—3% təşkil edir. Sadə yastı çanağı xatırladır (şəkil:11-5 d). Çanaq girəcəyi köndələn ovaldır, qasıq arxası qövs enlidir, girdədir. Arxa seqment yastı, enlidir. Böyük oturaq oyması dar, çanaq divarları düzdür. Düz ölçülər qısalıb. Omanın ayrılığı və istiqaməti ortadır. Qasıq qövsü enlidir. Belə çanaq sahibləri arıqdır, əzələləri zəif inkişaf edib, dəri turqoru azalıb.



Şəkil:11-5. a) ginekoid; b) antropoid; c) android; d) platipelloid

Williams Obstetrics dar çanaqları aşağıdakı qruplara bölür: çanaq girəcəyinin daralması; çanaq boşluğunun daralması; çanaq çıxacağının daralması; ümumi daralmış çanaqlar.

Diagnoz. Dar çanağın diaqnozu çətin deyil. Darlığın forma və dərəcəsini müəyyənləşdirmək çətinlik törədir. Hamiləliyin və doğuşun gedişi, onların idarə olunmasından, seçilən taktika çanağın formasından və darlıq dərəcəsindən asılıdır.

Funksional dar çanaqların diaqnostikası bilavasitə doğuş zamanı aparılır.

Anatomik dar çanaq hamiləliyin erkən vaxtlarında, qadın məsləhətxanasında müəyyənləşdirilir. Dar çanağın diaqnostikası anamnezə, ümumi baxışa, çanağın ölçülməsinə əsaslanır.

Anamnezdə uşaqlıqda raxitin (gec yerimək, gec diş çıxarmaq) sümüklərin və oynaqların və rəminin keçirilməsi, infantilizmin, çanaq və aşağı ətraf sümüklərinin çıxıq və sınıqlarının olub-olmaması aydınlaşdırılır. Təkrar doğanlarda mamalıq anamnezinin əhəmiyyəti böyükdür. Əgər dar çanağı olan qadının əvvəlki doğuşu normal keçibsə, hazırki hamiləliyin də müvəffəqiyyətlə keçəcəyinə ümid etmək olar. Adətən, ikinci dölün kütləsi birincidən böyük olur. Bu nəzərə alınmalıdır. Ağır mamalıq anamnezi (keçmişdə ağır doğuşlar, mamalıq əməliyyatları, ölü doğma) nəinki anatomik, klinik dar çanağın olmasına da şübhə yaradır.

Baxış zamanı kiçik boy (150 sm-dən az), infantilizm əlamətləri, skeletdə raxitik dəyişikliklər, ankilozlar, bud-çanaq oynaqının çıxığı aşkar olunarsa, bunlar dar çanağa işarədir.

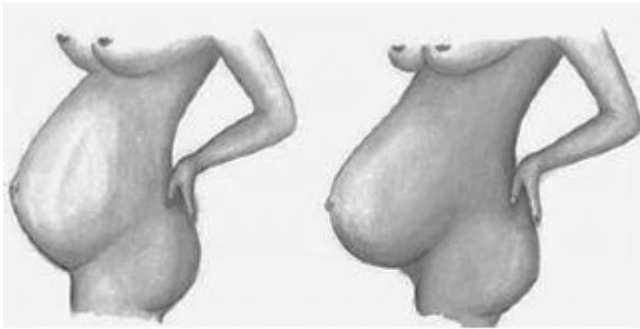
Dar çanağın diaqnostikasında Mixael's rombunun əhəmiyyəti böyükdür. Normal çanaqda romb düzgün formada olur, yastı raxitik dar çanaqda rombun yuxarı hissəsi aşağı hissəsindən kiçikdir. Çanaqda dəyişiklik çox olduqda Mixael's rombu hətta üçbucaq şəklində olur. Müntəzəm

daralmış dar çanaqlarda romb uzununa dartılmış vəziyyətdədir: yuxarı və aşağı bucaqları iti, yan bucaqları kütdür (şəkil:11-6). Darlıq dərəcəsi kəskin olan çanaqlarda qarının forması da dəyişir.



Şəkil: 11-6. Mixael's rombu: a) normal çanaq; b) yastı raxitik çanaq; c) ümumi bərabər daralmış çanaq; d) çəpinədaralmış çanaq.

Hamiləliyin sonunda döl başı kiçik çanağa girə bilmir və doğuşa qədər onun üzərində dayanır. Böyüən uşaqlıq qabırğa gövsündən önə və yuxarı çıxır, nəticədə ilk doğanlarda, qarın elastiki olduğu üçün itiüclu, təkrar doğanlarda asılmış forma alır (şəkil:11-7).

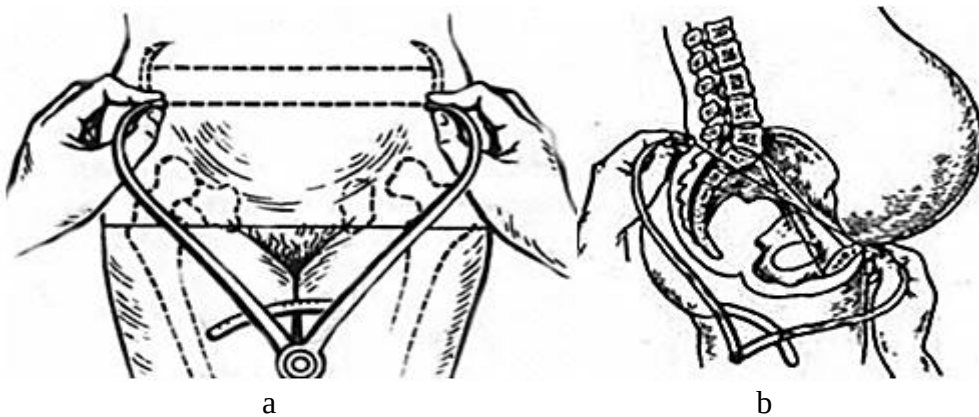


Şəkil: 11-7. Dar çanaqlarda qarını forması: a) ilk doğanlarda (itiüclu); b) təkrar doğanlarda (asılmış)

Müayinə zamanı sümüklərin qalınlığı da nəzərə alınır. Bunun üçün Soloviyov indeksi--biləyin çevrəsi ölçülür (IV FƏCİL). Bu ölçü normada 14–15 sm-dir. Ondan böyük olması sümüklərin qalın olmasını (çanaq sümükləri də qalın olduğu üçün çanaq dardır), az olması isə çanağın böyük həcmli olmasını göstərir.

Çanağın ölçülməsinin böyük əhəmiyyəti var. Çanağın daxili və xarici ölçüləri, xüsusilə həqiqi konyuqata ölçülür. Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə diaqonal konyuqata təyin olunur. Ondan 1,5-2 sm çıxdıqda (simfizin qalınlığı) həqiqi konyuqatanın ölçüsü alınır.

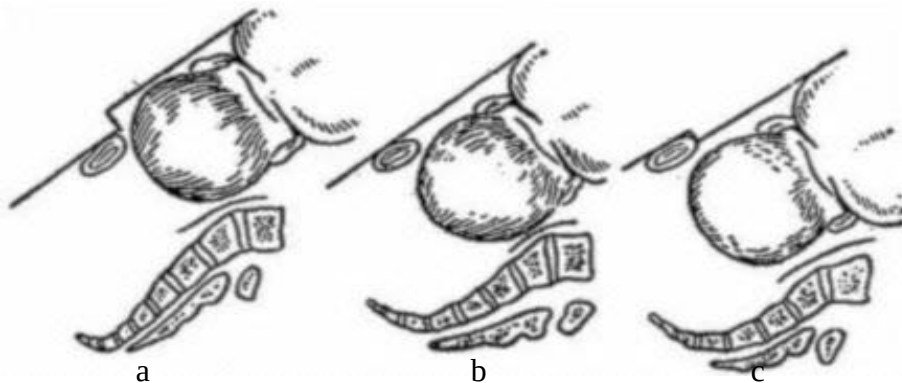
Çanağın xarici ölçüləri pelviometrlə ölçülür. Bu ölçülərə nəzərən çanağın daxili ölçüləri haqqında mühakimə yürədülür (şəkil:11-8).



Şəkil:11-8. Çanağın xarici ölçülərinin ölçülməsi: a) köndələn ölçülər: tınarası məsafə; daraqarası məsafə; burmalarası məsafə; b) xarici konyuqata

Çanağın funksional dar olub–olmamasını Vasten və Sangeymestr əlamətləri ilə müəyyənləşdirirlər. Vasten əlaməti ilə döl başı ilə kiçik çanaq girəcəyinin ölçüləri arasındakı münasibət öyrənilir (şəkil:11-9). Bunun üçün arxası üstə uzanmış qadının sağ tərəfində oturub, sağ əlin ovuc hissəsini simfizin üzərindən qarının üzərinə sürüşdürmək lazımdır. Əgər döl başı simfizin müstəvisindən kənara çıxırsa–Vasten əlaməti müsbətdir. Yəni başın ölçüləri, çanağın ölçülərinə uyğun gəl-

mir. Belə halda doğum yolları ilə doğuş mümkün deyil. Döl başı ilə simfiz eyni müstəvidə olduqda Vasten əlaməti şübhəlidir. Bu halda doğuşun gedişinin iki variantı var: 1) doğum gücü energetik, baş yaxşı konfigurasiyaya uğrayırsa doğuş doğum yolları ilə başa çatır. 2) doğum gücü zəifdir, baş böyük və bərkdir, doğum yolları ilə doğuş mümkün deyil. Döl başının ön səthi simfiz müstəvisindən aşağıda yerləşirsə, Vasten əlaməti mənfidir, doğum yolları ilə doğuş mümkündür.



Şəkil: 11-9. Vasten əlaməti: a) müsbətdir; b) şübhəlidir; c) mənfidir

Buna oxşar məlumatları Sangeymestr əlamətini yoxlamaqla almaq olar: qadın böyrü üstə uzandırılır. Pelviometrin düyməciyinin biri simfizin xarici–yuxarı kənarına, ikincisi omaüstü çökkəliyə qoyulur. Sonra simfizin üzərindəki düyməcik (ölçü götürüldükdən sonra) döl başının ən qabarıq nöqtəsinə keçirilir. Arxa düyməcik yerində qalır. Əgər ikinci ölçü xarici konyuqatadan ən azı 3 sm kiçikdirsə, Sangeymestr əlaməti mənfidir–döl başı ilə çanaq arasında uyğunluq var, doğum yolları ilə doğuş mümkündür. İkinci ölçü böyükdürsə Sangeymestr əlaməti müsbətdir–uyğunluq yoxdur, doğuş mümkün deyil, əgər bərabərdirsə – Sangeymestr əlaməti şübhəlidir. Bu əlamətlər ancaq baş gəlişlərində yoxlanılır.

§ 2. Dar çanaqlarda hamiləliyin gedişi

Hamiləliyin I yarısı normal keçir. Hamiləliyin sonunda baş kiçik çanaq girəcəyinə dirənmir, uşaqlıq dibi hündürdə dayanır, diafraqmanı sıxır. Nəticədə, hamilələrdə tənqənəfəslik, taxikardiya, tez yorulma müşahidə olunur.

Baş çanaq girəcəyinə fiksasiya olunmadığına görə çox hərəkətli olur. Ona görə də dar çanaqlarda köndələn və çəp gəlişlər daha çox rast gəlinir. Başın hərəkətli olması başın açılış gəlişlərinə də səbəb olur: ön baş gəlişi, alın və üz gəlişləri. Başın asinklitik duruşları da çox rast gəlinir.

Baş hərəkətli olduğu və kiçik çanaq girəcəyinə dirənmədiyi üçün təmas həlqəsi yaranmır. Ön və arxa sular bir-birindən ayrılmır. Bütün sular döl qovuğunun aşağı qütbünə doğru yönəlir. Ona görə dölyanı mayelərin vaxtından əvvəl (doğuş fəaliyyəti başlamadan) açılması baş verir.

Dar çanaqlı qadınlar, qadın məsləhətxanasında dispanser müşahidəsinə götürülür. Hamiləliyin II yarısında hamilə qadın mütləq bandaj geyməlidir. Doğuşa 2–3 həftə qalmış hamilə hospitalaşdırılmalıdır.

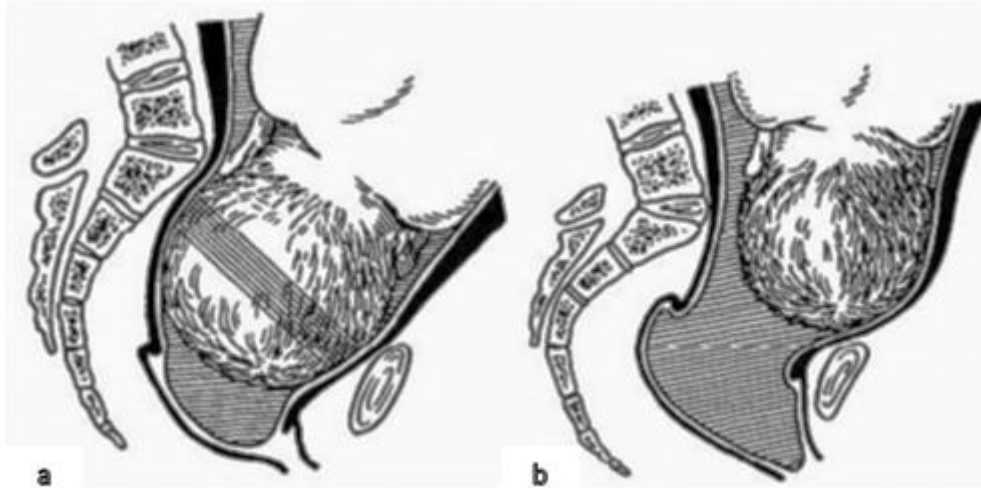
§ 3. Dar çanaqlarda doğuşun gedişi

III–IV dərəcəli dar çanaqlarda yetişmiş döllə doğuş mümkün deyil. Vaxtında müdaxilə edilməsə ana və döl uşaqlığın cırılması nəticəsində tələf olur.

I və II dərəcəli dar çanaqlarda doğuşun gedişi dölün ölçüsündən, vəziyyətindən, gəlişindən, başın konfigurabelliyindən və duruşundan, doğum gücünün intensivliyindən asılıdır. Göstərilən səbəblərin əlverişli vəziyyətlərində doğuş normal keçir. Döl başı çanağa uyğun gəlmədikdə, başın

duruşu və gəlişi düzgün olmadıqda, ana və döl həyatı üçün təhlükə yaradan ağırlaşmalar baş verir. Çanağın II darlıq dərəcəsində ağırlaşmalar I darlıq dərəcəsinə nisbətən daha çox rast gəlir.

Dar çanaqlarda başın yüksək duruşu, ön və arxa sular arasında sərhəddin olmaması nəticəsində dölyanı mayelərin erkən açılması tez-tez rast gəlir (şəkil:11-10). Sular axarkən əl və ya göbək ciyəsinə də uşaqlıq yoluna endirə bilər. Vaxtında yardım edilməsə, göbək ciyəsi döl başı ilə ana çanağı arasında sıxılır, dölün asfiksiyası baş verir. Enmiş əl dar çanağın dar mənfəzini daha da daraldır və dölün qovulması üçün əlavə maneə yaradır.



Şəkil: 11-10. a) normal çanaqda təmas həlqəsi dölyanı mayeni ön və arxa sulara ayırır;
b) dar çanaqda təmas həlqəsi yoxdur.

Dölyanı mayelərin erkən və vaxtından əvvəl açılması zamanı uşaqlıq boynunun açılması zəifləyir. Sancılar ağırlı, doğuşun I dövrü uzanmış olur (quru doğuş). Uzunmüddətli və susuz fasilə (pauza) uşaqlıq yolundan uşaqlığa mikrobların qalxmasına, desidual qişanın (doğuş zamanı endometrit) və başqa döl qişalarının iltihabına səbəb olur. Doğanın hərarəti artır, nəbzi sürətlənir, uşaqlıq yolundan bulanıq, pis iyli ifrazat gəlir.

Dar çanaqlarda çox vaxt doğum gücü anomaliyaları baş verir. Doğuş gücü anomaliyaları, infantilizmdə, keçmişdə ağır doğuş, zahılıq xəstəlikləri keçirmişlərdə daha çox rast gəlir: I-li və ya II-li doğuş gücü zəifliyi.

Dar çanaqlarda qovulma dövründə də çətinliklər meydana çıxır. Baş uzun müddət kiçik çanaq girəcəyi üzərində dayanır: əvvəllər hərəkətli olub, sonra girəcəyə dirənir və bundan sonra döl başı ilə çanaq arasında uyğunluq varsa, kiçik seqmentlə tədricən kiçik çanağa girir. İntensiv doğum fəaliyyətinin təsirindən baş güclü konfigurasiyaya uğrayaraq, kiçik çanağa enir. Konfigurasiya prosesində baş çanaq boşluğuna uyğunlaşır və doğum yollarından keçir.

Qovulma dövrü adətən uzanmış olur: dar həlqədən dölü qovmaq üçün böyük doğum gücü lazımdır. Çanaq tərəfindən maneə olduqda, doğum gücü şiddətlənir, uşaqlığın aşağı seqmenti gərilir. Döl başı ilə çanaq arasında uyğunsuzluq olduqda uşaqlığın cırılması baş verir. Bəzi qadınlarda şiddətli doğum fəaliyyətindən sonra doğum gücünün ikincili zəifləməsi baş verir: gücvermələr dayanır, döl tələf olur, endometrit, sonradan isə ağır septik xəstəlik inkişaf edir.

Qovulma çətinləşdikdə ana və döl həyatı üçün təhlükəli başqa ağırlaşmalar da meydana çıxır. Başın uzun müddət çanaq girəcəyi üzərində və ya kiçik çanaqda durması nəticəsində baş ilə çanaq arasında qalan yumşaq toxumalar sıxılır. Uşaqlıq və uşaqlıq yolundan başqa, öndən sidik kisəsi və uretra arxadan düz bağırsaq da sıxılır. Yumşaq toxumaların sıxılması, onlarda qan dövranının pozulmasına səbəb olur. Uşaqlıq boynunda, sidik kisəsi divarında, sonradan uşaqlıq boynu və xarici cinsiyyət üzvlərində sianoz və ödem əmələ gəlir. Sidik kisəsi və uretranın sıxılması nəticəsində sidik ifrazı dayanır. Qan dövranının uzun müddətli pozulması toxumaların nekrozuna səbəb olur. Doğuşdan 5–7 gün sonra, ölmüş sahələr qopur, sidik-cinsiyyət və ya düz bağırsaq–uşaqlıq yolu svişləri əmələ gəlir. Uşaqlıq boynunun ödemi və sidik ifrazının dayanması yumşaq toxumaların sıxılmasına

işarədir. Sinir elementlərinin də sıxılması mümkündür. Sonradan ayaqlarda parez əmələ gəlir. Döl başı çox çətinliklə çanaqdan keçdikdə qasıq bitişməsinə zədələyir, sümüklər bir-birindən aralanır. Bu zaman ayaqların hərəkəti ağrılıdır, yerləş pozulur (ördək yerışı). Simfizin palpasiyası ağrılıdır, bitişmə nahiyyəsində yarıq (şırım) var. Bu simptom hamiləlik zamanı da rast gəlir. Səbəb, maddələr mübadiləsinin pozulması nəticəsində qasıq bitişməsinin bağlarının, qığırdaqlarının yumşalmasıdır.

Dar çanaqlarda döl tərəfindən də bir çox ağırlaşmalar baş verir. Uzunmuş doğuş, çox rast gəlinən doğum gücü zəifliyinə, uşaqlıq–cift qan dövranının pozulmasına, nəticədə dölün asfiksiyasına səbəb olur. Asfiksiya nəticəsində beyinə və başqa orqanlara qansızmalar olur. Kəllə sümüklərinin hətdən artıq yerdəyişməsi nəticəsində, kəllə sümüklərinin tikiş nahiyyələrində beyinə qansızma mümkündür. Damar partlaması nəticəsində təpə sümüklərinin (bir və ya hər ikisinin) sümüküstlüyünün altına qansızma (kefalohematoma) baş verir. Adətən böyük doğum şişləri əmələ gəlir. Bəzən kəllə sümüklərinin basılması, çatları da rast gəlir. Çiyin qurşağını azad edərkən körpücük sümüyünün və ya qolun sınması baş verir.

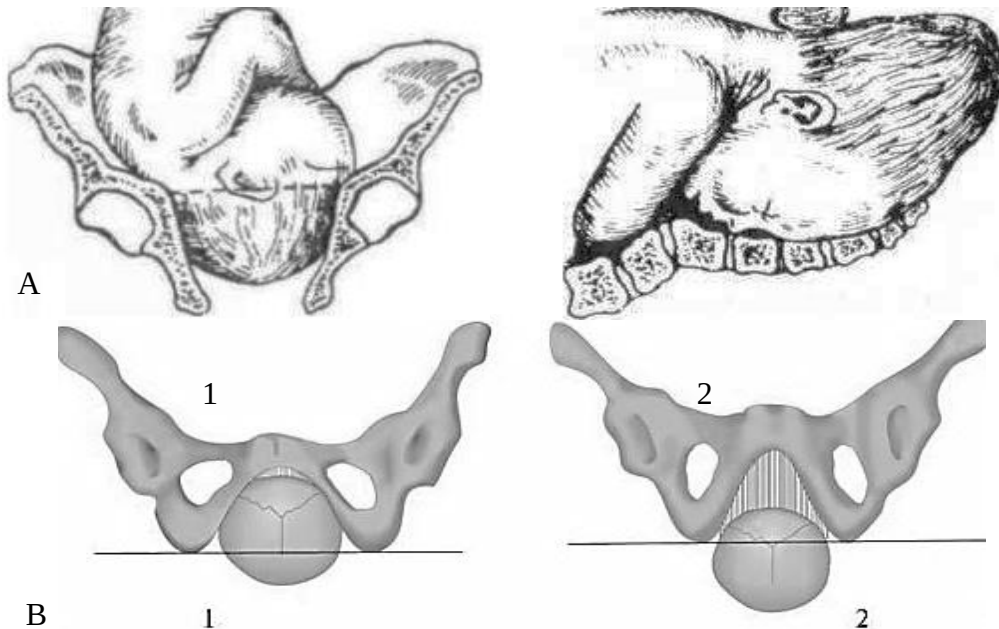
Ümumiyyətlə dar çanaqlarda ölüdoğma, erkən uşaq ölümü və zahılıq xəstəlikləri və s. rast gəlmə tezliyi normal çanaqlara nisbətən yüksəkdir.

§ 4. Dar çanaqlarda doğuşun biomexanizmi

Dar çanaqlarda doğuşun mexanizmi normal çanaqdakı doğuşlardan fərqlidir. Dar çanaqların formasından asılı olaraq doğuş xüsusi mexanizmlə keçir.

Müntəzəm daralmış dar çanaqlarda doğuşun mexanizmi. Belə çanaqlarda döl başı hər tərəfdən eyni müqavimətə rast gəlir. Baş güclü bükülməklə bu müqaviməti dəf edir və ən kiçik ölçü ilə (təpədən ənsəaltı çökəkliyə qədər) çanağa keçir. Bu ölçü–*distantia suboccipito parietalis*–kiçik çəp ölçüdən kiçikdir (normal doğuşda baş kiçik çəp ölçü ilə çanağa daxil olur).

Beləliklə, müntəzəm daralmış dar çanaqlarda doğuş mexanizminin birinci xüsusiyyəti **başın güclü bükülməsidir** (şəkil:11-11). Bu zaman kiçik əmgək çanağın geometrik mərkəzinə yaxınlaşır.



Şəkil:11-11. A) 1- başın maksimal bükülməsi; 2- başın kiçik çanağa klinvari daxil olması (dolixosefaliya)
B) ənsə nahiyyəsinin simfizin altına keçməsi: 1-normal çanaq; 2-ümumidaralmış dar çanaqda

İkinci xüsusiyyət ondan ibarətdir ki, başın oxabənzər tikişi həmişə çanağın **çəp ölçülərindən birinə** uyğun gəlir. Başın böyük köndələn ölçüsü çanağın çəp ölçülərindən keçir (düz ölçüdən

böyükdür). Güclü bükülmüş baş çanaq boşluğuna enir və sonradan normal doğuş mexanizmindəki hərəkətləri edir: başın daxili dönüşü, açılması və xarici dönüşü. Fərq ondadır ki, bütün dönüşlər çox yavaş olur və doğanın böyük gücü hesabına başa gəlir. Çanaq çıxacağından keçərkən ənsəaltı çuxur simfizin altına keçir, fiksasiya ola bilmir (qasıq qövsü dar olduğu üçün). Ona görə baş aralığa doğru daha çox meyl edir (normal çanağa nisbətən), aralığın toxumaları çox gərilir, yardım olmasa dərin cırılır. Doğulmuş baş ənsəyə doğru dartılır, kiçik əmgək nahiyyəsində böyük doğum şişi əmələ gəlir.

Yastı raxitik çanaqda doğuşun biomexanizmi. Doğuş mexanizmindəki xüsusiyyətlər çanaq girəcəyinin düz ölçüsünün kiçilməsi ilə əlaqədardır.

I xüsusiyyət – başın öz oxabənzər tikişi ilə uzun müddət çanağın köndələn ölçüsünün üzərində durması. Yaxşı doğum fəaliyyəti olsa belə, baş uzun müddət (saatlarla) bu vəziyyətdə qala bilər.

II xüsusiyyət – başın azca açılması. Nəticədə, böyük əmgək, kiçik əmgəkdən aşağıda yerləşir. Belə açılmış vəziyyətdə baş ən kiçik ölçüdə–həqiqi konyuqatadan–kiçik köndələn ölçüsü ilə keçəcək. (8,5 sm)

III xüsusiyyət – başın asinklitik duruşudur. Adətən ön nadir hallarda arxa asinklitizm müşahidə edilir. Ön asinklitizmdə arxa təpə sümüyü önə çıxmış oma burnuna söykənir və orada ləngiyir. Ön təpə sümüyü çanaq boşluğuna enir. Oxabənzər tikiş oma burnuna yaxınlaşır. Baş lazımı qədər konfigurasiyaya uğrayana qədər bu vəziyyətdə (oxabənzər tikiş köndələn ölçüdə oma burnuna yaxın; böyük əmgək, kiçik əmgəkdən aşağı) çanaq girəcəyində durur. Bundan sonra arxa təpə sümüyü oma burnundan enir, asinklitizm itir, baş bükülür, doğuş normal çanaqlarda olduğu kimi davam edir (daxili dönüş, başın açılması, xarici dönüş). Baş daralmış çanaq girəcəyindən keçəndən sonra onun qovulması sürətlə başa çatır (şəkil:11-12). Çünki çanaq boşluğu və çıxacağı normal, bəzən bir az geniş olur. Bəzən başın uzun müddət çanaq girəcəyi üzərində duruşundan sonra, onun çanaq boşluğundan və çıxacağından hətdən artıq sürətlə keçməsi müşahidə olunur (şiddətli doğuş). Mama doğuşu vaxtında qəbul edə bilməsə, baş vulvar həlqədən sürətlə keçdiyi üçün aralığın cırılması baş verir. Öndə gələn təpə sümüyündə böyük doğum şişi əmələ gəlir. Baş çəpinə əyilmiş olur, uzun müddət oma burnu ilə sıxıldığına görə arxa təpə sümüyünün üzərində çökəklik əmələ gəlir.



Şəkil:11-12. Yastı raxitik çanaqda doğuşun mexanizmi: a) ön təpə duruşu; b) arxa təpənin omaya dirənməsi; c) ənsənin önə dönməsi

Sadə yastı çanaqda doğuşun biomexanizmi. Baş çanaq girəcəyinə yastı raxitik çanaqlarda olduğu kimi daxil olur. Çanaq boşluğuna daxil olaraq, ənsə gəlişi tipində doğulur. Lakin son məqamda başın daxili dönüşü baş vermir. Ona görə ki, çanağın bütün düz ölçüləri qısalıb. Çanaq boşluğunda, bəzən hətta çanaq çıxacağında başın oxabənzər tikişi çanağın köndələn ölçüsünə uyğun gəlir. Doğuş mexanizminin bu xüsusiyyəti başın aşağı köndələn duruşu adlanır. Bəzi hallarda çanaq çıxacağında ənsə önə keçir və doğuş özbaşına başa çatır. Əgər dönmə baş vermirsə cərrahi əməliyyata göstəriş olan ağırlaşmalar (doğum gücünün ikincili zəifləməsi, dölün asfiksiyası və s) baş verir.

Müntəzəm daralmış yastı çanaqlarda doğuşun mexanizmi. Belə çanaqlarda doğuş ya müntəzəm daralmış, ya da yastı çanaqlarda olduğu kimi başa çatır. Bu hansı əlamətlərin üstünlük təşkil etməsindən asılıdır. Onu qeyd etmək lazımdır ki, ümumiyyətlə daralmış yastı çanaqlarda bir qayda olaraq doğuş ağır keçir.

Köndələnə daralmış çanaqlarda doğuşun mexanizmi. Belə çanaqlarda doğuş mexanizminin aşağıdakı xüsusiyyətləri var: baş oxabənzər tikişi ilə çəp ölçülərin birində durur. Çanağa girərkən baş güclü bükülür. Ümumiyyətlə doğuş biomexanizmi uzanmış olur.

Dar çanaqların bütün növlərində aşağıdakı ağırlaşmalar müşahidə olunur: oxabənzər tikişin yüksək düz, orta və aşağı köndələn duruşu.

Dar çanaqlarda baş xiyarabənzər forma alır və çox vaxt kefalohematoma əmələ gəlir.

§ 5. Dar çanaqlarda doğuşun idarə olunması

Əvvəllər dar çanaqlarda doğuşu idarə etmək çox çətin idi. Qədim zamanlarda belə doğuşlarda çanaq sümükləri (çox vaxt qasıq) kəsilirdi.

Müasir dövrdə dar çanaqlarda hamiləlik və doğuşun idarə olunmasının əsas prinsipi, onun vaxtında diaqnostikası və hamilənin vaxtında, doğuşdan 7–5 gün əvvəl hospitalaşdırılmasıdır. Bu, doğuşun hansı metodla başa çatdırılacağını təyin etmək üçün əhəmiyyətlidir.

III dərəcəli və daha dar çanaqlarda doğuş Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılır. Sümük çanağın ana və döl həyatı üçün risk yarada bilən bir çox anomaliyaları zamanı da bu metod seçilir. Aşağıdakı hallarda çanağın darlıq dərəcəsindən və çanağın formasından aslı olmayaraq doğuş Kesar əməliyyatı ilə aparılır: ekstragenital xəstəliklər, yaşlı ilk doğanlar, çanaq gəlişləri, vaxtı ötmüş və gecikmiş hamiləliklər, nəhəng döllü hamiləlik.

II dərəcəli dar çanaqlarda, sağlam qadınlarda, dölün çəkisi az olduqda (2500 qr-dan az) təbii yolla doğuş başa çatdırıla bilər.

Yalnız sağlam qadınlarda çanağın I darlıq dərəcəsində doğuşun təbii yolla idarə olunmasına icazə verilir. Dar çanaqlarda mama doğuşun idarə olunma qaydalarına riayət etməlidir. Yəni doğuş gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Doğuşun dinamikası ana və dölün vəziyyəti ciddi nəzarətdə saxlanılmalıdır. Hər hansı ağırlaşma meydana çıxdıqda, doğuş operativ başa çatdırılmalıdır. Bu prinsiplə doğuşun idarə olunması özünü doğruldur. Çünki, doğuşun nəticəsi təkcə çanağın ölçülərindən deyil, sancı və gücvermələrin intensivliyindən, dölün ölçülərindən, başın konfiqurabelliindən və s. asılıdır.

Qəbul zamanı doğan ciddi müayinə olunur: ümumi və mamalıq anamnezi toplanır; baxış aparılır; daxili orqanları müayinə olunur; çanaq ölçülür; Mixaels rombu müayinə olunur; uşaqlıq yolu müayinəsi aparılır.

B.A.Arxağelski müayinə apararkən aşağıdakıları aydınlaşdırmağı məsləhət görür:

- çanağın vəziyyətini: diaqonal konyuqatanın ölçüsü; oma burnunun təyini, onun vəziyyəti; çanağın düz ölçülərinin ölçüsü; assimetriyanın olub-olmaması;
- uşaqlıq boynunun vəziyyəti: kənarlarının qalınlığı; gərilməsi; ödemi;
- döl qovuğunun vəziyyəti: funksional vəziyyəti; tamlığı;
- başın duruşu: onun hərəkətliliyi; oxabənzər tikişin vəziyyəti; asinklitzmin olub-olmaması; böyük və kiçik əmgəklərin yeri; başın konfiqurabelliği; kəllə sümüklərinin bərkliyi; başın kiçik çanağa hansı seqmentlə keçməsi; çanaq müstəvilərinin vəziyyəti; baş şişinin olub-olmaması.

Belə hərtərəfli müayinə mamaya düzgün nəticə çıxarmağa imkan verir. Xüsusilə diaqonal konyuqatanı, uşaqlıq boynunun vəziyyətini (ödem) və başın duruş vəziyyətini qiymətləndirmək vacibdir. Oxabənzər tikişin vəziyyətinin təyin etməklə asinklitzmi aşkar etmək olur. Arxa asinklitzm doğuşun gedişini kəskin ağırlaşdırır və Kesar kəsiyinə göstərişdir.

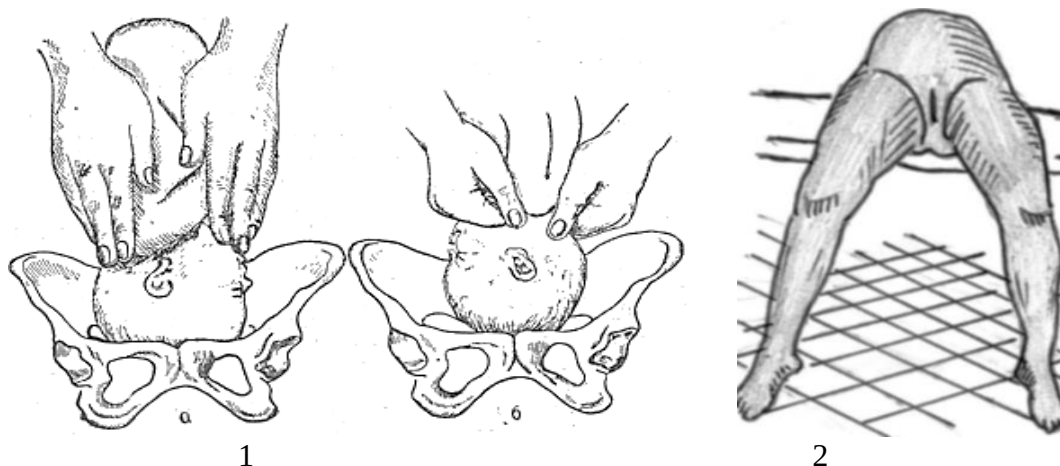
Dölyanı mayenin erkən axmasının qarşısını almaq üçün qadın böyrü üstə uzandırılır: ümumi daralmış çanaqlarda dölün ənsəsi və arxası yönələn böyrü, yastı çanaqlarda əks böyrü üstə. Bu döl

başının enməsinə şərait yaradır, dölyanı mayenin erkən axmasının qarşısı alınır.

Dölyanı mayelər açılan kimi uşaqlıq yolu müayinəsi aparılır, dölnün kiçik hissələrinin və göbək ciyəsinin enib-enməməsi aydınlaşdırılır. Belə doğuşun gedişi uzanır, doğan yorulur, orqanizmin müqaviməti azalır. Ona görə doğanı yüngül, tez həzm olunan qidalarla qidalandırmaq lazımdır. Qadın yorulubsa ona, dəri altına promedol (1%-li 1–2 ml) və ya pantopon (1%-li 1–1,5 ml) vurulur və ya səthi efir narkozu verilir (25–30 dəq). Bu maddələrin təsirindən doğan yatır (dincəlir). Ayılanda doğum gücü bərpa olunur. Sidik ifrazına diqqət etmək lazımdır. Xarici cinsiyyət üzvləri yuyulmalıdır. Sidik ifrazı ləngidikdə rezin kateterlə sidiyi buraxmaq lazımdır (aseptika qaydalarına əməl olunmaqla).

Doğuş zamanı Vasten və Sangeymestr əlamətləri yoxlanılmalıdır. Bəzən Vasten əlaməti doğuşdan əvvəl müsbət olur. Yaxşı doğum fəaliyyəti və başın konfiqurasiyası hesabına bərabərləsir və sonra mənfi olur. Bu ən çox yastı çanaqlarda baş verir. Başla çanaq arasında uyğunluğun olmasını təyin etmək üçün başa xaricdən yüngül təzyiq edilir və başın hərəkəti düz bağırsaqdan nəzarət olunur. Ənsə hissənin əllənməsi yaxşı əlamətdir.

Doğum yollarından döl başının hərəkətini yaxşılaşdırmaq üçün qadına Velxerovski vəziyyəti verilir (şəkil:11-13). Bu zaman həqiqi konyuqata 0,3-0,5 sm artır. Velxorovski vəziyyətində başa yüngül təzyiq edildikdə nəticə yaxşı olur. Henter təklif edir ki, uşaqlıq boynu tam açıldıqdan sonra qadının omasının altına 30 dəqiqə müddətinə bərk yastıq qoyulsun.



Səkil: 11-13. 1-başa xaricdən təzviq: a) I üsul; b) II üsul; 2-Velxorovski vəziyyəti.

Mümkün olan bütün metodlarla ana və dölün vəziyyəti, doğum gücünün xarakteri qiymətləndirilməlidir, ola biləcək ağırlaşmalar (dölün hipoksiyası, doğum gücü zəifliyi və s.) vaxtında aşkar olunmalıdır. Doğum gücünü tənzimləmək üçün ənənəvi metodlardan istifadə etməyə icazə verilir (doğum gücü zəifliyi zamanı doğuşu aktivləşdirmək, intensiv və şiddətli doğum fəaliyyəti zamanı doğum fəaliyyətini tormozlamaq). Şiddətli doğum fəaliyyəti zamanı, aşağı seqmentin nazikləşməsi və gərilməsi, kontraksion həlqənin yuxarıda olması hallarında dərin efir narkozu verilir və ya 1 ml, 1%-li morfin vurulur. Əks halda uşaqlığın cırılması baş verir. Narkozun təsirindən qıcolmalarla olan doğum fəaliyyəti dayanır, uşaqlığın cırılması təhlükəsi aradan qalxır. Doğuş Kesar əməliyyatı ilə basə catdırılır.

Əgər asılmış qarın və qarın divarının nazikləşməsi hesabına güc vermələr zəifdirsə, döl başı ilə çanaq arasında uyğunsuzluq yoxdursa, Verbov bintindən istifadə etmək məsləhətdir. Doğum prosesində klinik dar çanaq aşkar olunduqda təcili Kesar əməliyyatı aparılmalıdır.

Beləliklə, müasir məmaliqda dar çanaqlarda əksər hallarda doğuş Kesar əməliyyatı ilə başa çatdırılır. Dar çanağa görə ana və döl tərəfindən ağırlaşmalar olmamalıdır.

§ 6. Yumşaq doğum yollarının anomaliyaları

Doğum yollarının yumşaq toxumalarının anomaliya halları da təbii doğuşa mane ola bilər. Yumşaq doğum yollarının anomaliyalarının təsnifatı:

1.Etiologiyasına görə: a) anadangəlmə; b) qazanılma.

2.Lokalizasiyasına görə: a) vulvar həlqə; b) uşaqlıq yolu; c) uşaqlıq boynu.

Vulvar həlqənin və qızlıq pərdəsinin anomaliyaları. Yaşlı ilk doğanlarda vulvar həlqənin rigidliyi daha çox rast gəlinir. Belə hallarda doğuş prosesində **perineo və epiziotomiyaya** əl atılır. Qızlıq pərdəsi nahiyəsində çapıqlaşmanın olması yaxud qızlıq pərdəsinin tam olması (deflorasiya yoxdur), doğum zamanı doğum kanalında böyük cırıqların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Belə hallarda çapıq toxumasının kəsilməsi, qızlıq pərdəsi qalıbsa, onun üzərində xaçvari kəsiyin aparılması göstərişdir.

Uşaqlıq yolunun anadangəlmə və qazanılma anomaliyaları stenozlar və atreziyalar formasında olur. Anadangəlmə stenozları zamanı uşaqlıq yolunda bir və ya bir neçə arakəsmə olur (kəndələn). Bu kəndələn arakəsmələrdə bir və ya bir neçə dəlik olur. Bəzən uşaqlıq yolu divarları arasında anadangəlmə bağlar olur. Anadangəlmə anomaliyalara uşaqlıq yolunun boylama arakəsmələri (tam, natamam), uşaqlığın ikiləşməsi də aiddir.

Uşaqlıq yolunun qazanılma stenozu, uşaqlıq yolunun və uşaqlıq yolu ətrafı yumşaq toxumaların iltihabı və həmçinin travmaları nəticəsində (doğuş, əməliyyat) əmələ gəlir.

Uşaqlıq yolunun atreziyası və stenozu bəzən birlikdə rast gəlinir. Bu cərrahi əməliyyat nəticəsində yaranmış patologiyadır.

Uşaqlıq yolu atreziyası və stenozu zamanı doğuş həm təbii yolla, həm də Kesar kəsiyi ilə mümkündür. Doğuş zamanı uşaqlıq yolunun nazik, zərif arakəsmələri kəsilir və onlar doğuşun təbii doğum yolları ilə keçməsinə mane olmur. Uşaqlıq yolunun atreziyası və stenozu zamanı massiv, qalın törəmələrin olması doğuşun Kesar kəsiyi ilə aparılmasına göstərişdir.

Uşaqlıq boynunun rigidliyi və çapıqlaşması, servikal kanalın açılmasına və oradan döl başının keçməsinə mane olur. Bu patologiyalar doğum travmaları ilə əlaqəli operativ müdaxilələr, uşaqlıq boynunun hiperplastik və distrofik dəyişiklikləri (çapıqların tikilməsi, uşaqlıq boynunun amputasiyası, diotermo və krioekskiziyası) nəticəsində əmələ gəlir. Bu halların hər birində doğuş individual metodlarla başa çatdırılır.

Uşaqlıq boynunu rigidliyi çox vaxt funksional olur. Uşaqlıq boynundakı patoloji dəyişikliklərə vaxtında diaqnoz qoyulmadıqda və vaxtında lazımı tədbir görülmədikdə, doğuş uşaqlıq boynundakı daralmış dəlikdən keçər. Bu da gələcəkdə uşaqlıq boynu–uşaqlıq yolu svişlərinin əmələ gəlməsinə səbəb olar. Servikal çatışmazlıq zamanı uşaqlıq boynuna qoyulmuş həlqəvi tikiş vaxtında sökülməli, pessarium götürülməlidir.

Mamalıq svişləri və əvvəllər aralığın III dərəcəli cırıqları olan qadınlarda doğuş Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılmalıdır.

XII FƏSİL

ERKƏN VƏ GECİKMİŞ DOĞUŞLAR

Erkən və gecikmiş doğuşlar, ana və perinatal xəstəliklərin ölümün əsas səbəblərindən biridir. Mamalığın və perinatalogiyanın aktual problemdir.

§ 1.Erkən doğuşlar

Hamiləliyin 21-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər doğum əlamətlərinin olmasına **erkən doğum təhlükəsi**, doğumun reallaşmasına **erkən doğumlar** deyilir. Bəzən hamiləlik müddətini dəqiq təyin etmək olmur. O halda dölün yetişkənlik dərəcəsi çəkiyə görə təyin edilir. 2500 qr-dan az çəki ilə doğulanlar, **yarımçıq doğulmuşlar (preterm, primatur)** hesab edilir. Çəkisi 1500 qr-dan az olan uşaqlarda yetişməzlik əlaməti daha kəskin olur. Müasir dövrdə 22 həftədən sonra doğulan uşaqların yaşaya bildiyi faktları olduğu üçün ÜST-öz normativlərinə yenidən bax-mış, 22 həftədən sonra 500 qr-dan çox çəki ilə doğulmuş uşaqları yaşama qabiliyyətli hesab etmişdir.

Erkən doğuma səbəb olan faktorlar aşağıdakılardır;

– sosial-ekonomik faktorlar-sosial-ekonomik vəziyyətin pozğunluğu, tənha hamilə, psixi-sosial-somatik yorğunluq, yaşı 18-dən az, 35-dən çox olması, aşağı çəki və boyun olması; piylənmə, stresslər, zərərli vərdişlər;

– ananın xəstəlikləri– ürək xəstəlikləri, anemiya, ifrazat sistemi xəstəlikləri, diabet, hipertrioz, miomalar, genital anomaliyalar, qlomerulonefrit, ağ ciyər və qara ciyər xəstəlikləri;

– hamiləlik patologiyaları– hamiləlik qanaxmaları, hipertoniya, hipotoniya, çoxdöllü hamiləlik, polihidroamnion (çoxmayelik), dölün vəziyyət anomaliyaları, cift gəlişiləri, vaxtından əvvəl cift ayrılması və s.

Hestasiya yaşından asılı olaraq vaxtından əvvəl doğuşların təsnifatı:

– 22-27 həftədə– 10%-ə yaxın uşaq doğulur—**dərin vaxtından əvvəl doğulma** adlanır. Belə uşaqlarda bədən kütləsi ekstremal az (500-1000qr) və kəskin ağ ciyər yetişməzliyi (bəzən RDS profilaktikası effektiv olur) olur. Proqnoz son dərəcə əlverişsizdir;

– 28-33 həftədə– 20%-ə yaxın uşaqlar doğulur—**ağır vaxtından əvvəl doğulma** adlanır. Bu uşaqlar üçün bədən kütləsinin çox aşağı olması (1500 qr-a qədər), ağ ciyərin yetişməzliyi xarakterikdir. Kortikosteroidlərin köməyi ilə RSD profilaktikası effektivdir. Proqnoz nisbətən yaxşıdır;

– 34-37 həftədə– 70% uşaq doğulur—**doğuş müddətinə yaxın doğulma** adlanır. Dölün ağ ciyərləri praktik olaraq yetişkəndir.

Diaqnoz. Hamiləliyin antenatal müalicəsi zamanı cift çatışmazlığı, servikal çatışmazlıq, xorioamnionit və s. aşkarlandıqda, erkən doğuma şübhə yaranır. Uteroplasental çatışmazlıq zamanı dölün uşaqlıqda qalması böyük riskdir. Uşaqlıq daxilində ölməmək üçün döl xaricə can atır.

Aktiv vaxtından əvvəl doğuşların diaqnostikasında 2 göstərici əsas götürülür: müntəzəm sancılar (20 dəqiqə müşahidə müddətində 4 dəfədən çox) və uşaqlıq boynunun dinamikada qısalması və hamarlaşması. Spesifik əlamətləri olmadığı üçün transvaginal USM vasitəsi ilə uşaqlıq boynunun uzunluğu (2,5 və aşağı) və ya serviko-vaginal möhtəviyyatda fibronektin təyin edilir.

Klinik müayinələr zamanı aşağıdakı parametrlər müəyyən edilir:

- hamiləliyin müddəti: hamiləliyin güman edilən 22-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər;
- mamalıq vəziyyəti: müntəzəm doğuş fəaliyyətinin olması (20 dəqiqə müşahidə ərzində 4 yığılma və ya 60 dəqiqə ərzində 8 yığılma); döl qışasının yırtılması; su kisəsi tam olduğu halda uşaqlıq boynunun 80% hamarlaşması, servikal dəliyin 2 sm açıq olması; cinsiyyət orqanlarından selikli-qanlı ifrazatın gəlməsi.

- dölün vəziyyətinin monitorinqi: hamiləlik müddətində USM ilə dölün vəziyyətinin, gəliş his-sənin, ürək yığılmalarının tezliyinin, çəkisinin təyini; hamiləliyin 28-ci həftəsindən dölün KTQ, imkan olsa hamiləliyin 20-24-cü həftələrində dopplerometriya.

Laborator müayinələr zamanı iki gündən bir qanın ümumi analizi, sidinin ümumi analizi, bakterioloji müayinəsi, uşaqlıq yolu yaxmasının müayinəsi, AmniSur testi (98-100% həssaslıq, vaginal mütəviyyat müayinə olunur, döl qovuğunun yırtılıb-yırtılmadığı aşkar olunur) aparılır.

Erkən doğumun səbələrindən biri **servikal çatışmazlıqdır**. Anadangəlmə və qazanılma olur.

Qazanılma servikal çatışmazlıq doğum və ya küretaj zamanı servikal kanalın daxili (dəliyin) sfinkterunun zədələnməsi nəticəsində yarana bilər. İstmiko-servikal çatışmazlıq zamanı böyüməkdə olan dölün təzyiqi nəticəsində uşaqlıq boynu açılır. Daxili müayinədə uşaqlıq boynu qısal-mış, yumşalmış və omaya doğru yerini dəyişmişdir. USM-si ilə diaqnoz təstiqlənir. Servikal çatış-mazlıq zamanı çox vaxt hamiləliyin II trimestrində, ağrısız, spontan düşük və ya erkən doğum baş verir.

Servikal çatışmazlıq nadir hallarda anadangəlmə olur və bu da düşüyə və erkən doğuma sə-bəb olur.

Bəzən servikal çatışmazlıq androgenlərin çoxluğu nəticəsində baş verir.

Servikal çatışmazlıq zamanı hamiləliyi uzatmaq üçün uşaqlıq boynuna tikiş qoyulur və ya uşaqlıq boynuna pessarium yerləşdirilir. Tikiş hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra qoyulur, doğuş-dan əvvəl sökülür. Pessarium qoymaq üçün optimal müddət hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonradır. Nadir hallarda istisna edilir. Çox vaxt pessarium 28-33-cü həftələrdə, vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olduqda qoyulur. Prosedura ağrısızdır, həssas qadınlara yerli anestetik spreylər və ya gellərdən istifadə olunur. Hələqəyə (başqa formalarda da olur: kub, göbək, fincan və s.) qliserin sürülür və uşaqlıq boynuna keçirilir. Pessarium 35-ci həftədə xaric edilir. Bu zaman uşaqlıq boşalır və doğuş başlayır. Əgər pessarium uşaqlıq boynunda olduğu zaman dölyanı maye axarsa pessarium təcili çıxarılmalıdır.

Erkən doğum səbəblərindən biri də **xorioamnionitdir**. Döl qovuğu yırtılmazdan əvvəl, uşaqlıq yolu və serviksdən bakteriyaların düşməsi nəticəsində yaranan iltihabi prosesdir. Xorio-amnionit zamanı qışalar öz müqavimətini itirir və döl qışalarının vaxtından əvvəl yırtılmasına səbəb olur.

Uşaqlığın infeksiya-iltihabi xəstəlikləri də vaxtından əvvəl doğuşların baş verməsinə səbəb olur. Döl böyüdükcə uşaqlıq əzələsi gərilməlidir. Buna maneə olduqda uşaqlıq dölü qovmağa çalışır.

Çoxdöllülük və çoxmayelilik zamanı uşaqlığın həddən artıq gərilməsi vaxtından əvvəl doğuşa səbəb olur. Bundan başqa infantilizm, yəhərəbənzər, ikibuynuzlu uşaqlıq hamiləliyi və s. qüsurlar vaxtından əvvəl doğuşların baş verməsinə səbəb olur. Hamilənin şəkərli diabet, qalxanabənzər vəzi xəstəlikləri, ağır iş şəraiti, zərərli vərdişləri və s. də vaxtından əvvəl doğuşlara səbəb olur.

Bütün hallarda vaxtından əvvəl doğum təhlükəsi olan hamilələr hospitalaşdırılır. Hamiləliyi uzatmaq üçün tədbirlər aparılır. Vaxtından əvvəl anadan olan uşaqların əsas problemi RDS–dur. Erkən doğumlarda tənəffüs çatışmazlığı ölümün əsas səbəblərindən biridir. Ağ ciyərləri tam formalaşmamış uşaqlarda surfaktant adlanan fosfolipid kifayət qədər olmur. Bu fosfolipidlər alveolların açılmasını və onlara hava dolmasını təmin edir. Amnion suyunda surfaktantı təyin etməklə, ağ ciyərin yetişkənliyi və doğulacaq körpədə tənəffüs çatışmazlığının olub-olmayacağı haqqında mühakimə yürüdülmür. Fosfolipidlərin lesitin-sfinqomeqalin nisbəti 2:1 və daha artıq olduqda, belə uşaqlarda tənəffüs çatışmazlığı gözlənilmir. Onlarda ağ ciyər kifayət qədər yetkindir. Amnion suyunda lesitin-sfinqomeqalinin miqdarını təyin etmək çətin olduqda, amniotik maye etil spirti və fizioloji serumla qarışdırılır. Əmələ gələn köpüyün miqdarına görə mühakimə yürüdülmür (Klemens metodu).

Dölün respirator distress sindromunun profilaktikası hamiləliyin 24-34-cü həftələri arası aparılır. Profilaktika kortikosteroidlərlə aparılır. Bu, RDS–nın inkişafının, mədəcikdaxili qansızmaların və neonatal ölümün qarşısını alır.

Kortikosteroidlər surfaktant sintezini sürətləndirir. Bu məqsədlə 12 saatdan bir 4 dəfə, 6 mq deksametozon (24 mq) və ya 24 saatdan bir, 2 dəfə 12 mq betametozon əzələ daxilinə yeridilir.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini azaltmaq məqsədi ilə profilaktik tokoliz aparılır. Tokoliz 48 saatdan artıq müddətə təyin edilmir. Bu məqsədlə Ca kanallarının blokatorları (nifedipin) təyin edilir. Preparat birinci saat ərzində sancılar bitənə qədər hər 15 dəqiqədən bir 10 mq sublingval, daha sonra uşaqlıq yığılmalarının aktivliyindən asılı olaraq gündə 60-160 mq təyin edilir.

Tokoliz məqsədi ilə β -adrenergik preparatlardan (Hexoprenaline–Ginipral) da istifadə olunur: müalicənin əvvəlində bolyusla (şırıncı) 10 mq dozada, sonra isə çox yavaş sürətlə, 500 ml fizioloji məhlulda dəqiqədə 0,3 mkq (6-8 damcı), infuziya şəklində yeridilir.

Maqnezium sulfat vaxtından əvvəl doğuşların qarşısının alınmasında effektivdir, neonatal ölümü artırır.

Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi zamanı antibiotiklər də təyin edilir. Antibiotiklərin profilaktik təyini doğuş prosesinin ləngiməsinə, ana və neonatal infeksiyon xəstəliklərin azalmasına kömək edir. Bu məqsədlə ampicid, ampisillin, klindomisin və s. istifadə edilir. Antibiotikoterapiya doğuş fəaliyyəti başlayan kimi başlanır, doğuş başa çatana qədər müəyyən fasilələrlə təkrarlanır. Döl qovuşu tam olduqda antibiotiklərin təyini səmərəsizdir.

Doğuşun idarə olunması. Erkən doğulan, tam yetişməmiş uşaqlar travmalara, infeksiyalara, hipoksiyaya çox həssasdırlar. Ona görə mama erkən doğuşun gedişini və idarə dinamikasının əsas xüsusiyyətlərini yaxşı bilməlidir. Erkən doğumlarda aşağıdakı tədbirlər aparılmalıdır.

1. Doğuş zamanı yarana biləcək risk faktorunun qarşısı alınmalıdır.
2. Doğum, yarımçıq doğulmuşlara yardım üçün ixtisaslaşmış doğum evlərində aparılmalıdır.
3. Doğum vaxtı ciddi nəzarət olmalıdır.

Erkən doğulan uşaqlarda hipoksiya və asidoz, travmalar, infeksiyalasma və yenidoğulmuşun sepsisi tez-tez rast gəlinir. Doğum zamanı KTQ aparılması məqsədəuyğundur. Dölün kiçik olması, bir çox anomaliyaların əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Bunlara vəziyyət, duruş və gəliş anomaliyaları aiddir. Erkən doğuşlar həkim tərəfindən idarə olunur. Neonotoloqun iştirakı vacibdir.

Erkən doğuşun I dövründə doğuş fəaliyyəti aktiv deyilsə, tutmalar hər 6-10 dəqiqədən bir baş verib, 20-30 saniyə davam edirsə və uşaqlıq boynu kanalı 3-4 sm açılıbsa, döl qovuşu tamdırsa doğuş fəaliyyətini tormozlamaq, hamiləliyi uzatmaq, dölün hipoksiyası və tənəffüs çətinləşməsi sindromunun profilaktikasını aparmaq lazımdır. Bu taktika ilə çox vaxt hamiləliyi 2-3 sutka uzatmaq olur.

Aktiv doğum fəaliyyəti zamanı dölün intranatal müdafiəsi və anada ola biləcək ağırlaşmaların profilaktikası aparılmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, erkən doğuşların gedişi sürətli, doğum fəaliyyəti diskoordinasiyalı olur. Doğuşu ağrısızlaşdırmaq və korreksiya etmək üçün β -adrenomimetiklərin, analgetiklərin, spazmolitiklərin, trankvilizatorların istifadəsi effekt verir.

Doğum gücü zəifliyi zamanı Obzidan (5 mq), Oksitosin (5 V), prostoqlandin F₂ (5 mq) və ya onların kiçik dozaları ilə birlikdə müalicə aparılır. Bu preparatlar əvvəlcə 5-8 damcı ilə başlanaraq damcı üsulu ilə vena daxilinə vurulur. Sonra sürət artırılır. Bir dəqiqədə 40 damcıdan artıq sürətlə vurmaq olmaz.

Döl qışaları cırılmaları zamanı doğuş taktikası seçərkən hestasiya müddəti nəzərə alınır. 24-27-ci və 28-33-cü həftələrdə döl qovuşunun vaxtından əvvəl yırtılması zamanı və vaxtından əvvəl doğum təhlükəsi zamanı gözləmə taktikası seçilir. RDS–nin profilaktikası, profilaktik və müalicəvi tokoliz, infeksiyaların profilaktikası aparılır. 34-37-ci həftələrdə isə doğuşa hazırlıq taktikası seçilir, antibakterial terapiya aparılır. Kəsar kəsiyi əməliyyatına göstəriş olmasa, doğuşun induksiyası aparılır.

Doğuşu idarə edərkən yaxşı olar ki, epidural anesteziya aparılsın. Erkən epiziotomiya aparılmasının faydası var. Vakuüm ekstrasiyadan qaçmaq lazımdır. Doğum ləngidikdə və dölün asfik-si-

yası meydana çıxdıqda uyğun mamalıq məşələrindən istifadə etmək olar. Erkən doğuşlarda Kesar kəsiyi əməliyyatı geniş istifadə olunur. Kesar kəsiyinə aşağıdakılar göstərir: cift gəlişləri, vaxtından əvvəl cift ayrılımları, ağır preeklamsiya və eklampsiya, uşaqlığın cırılma təhlükəsi, uzanmış doğuş fəaliyyəti və s.

§ 2. Gecikmiş doğuşlar

Normal hamiləlik mayalanmadan sonra 267-270 gün, sonuncu menstruasiyanın ilk günündən 280 gün, 40 həftə və ya 10 qəməri ay (28 günlük) davam edir. Dölün bu müddətdə 2 həftə tez və ya gec yetişməsi patologiya hesab edilmir.

42 həftədən çox davam edən hamiləlik **uzanmış hamiləlik, postterm, postmatur**, baş verən doğuş isə **gecikmiş doğuş** adlanır. Ciftin və yenidoğulmuşun gec yetişməsi və vaxt ötürməsi “**bioloji uzanmış hamiləlik**” adlanır. Gecikmiş doğuşlar çox vaxt ana və döl tərəfindən müxtəlif fəsadlarla müşayiət olunur, perinatal xəstəliklərin və ölümün səviyyəsi yüksək olur.

Etiologiya və patogeneza. Gecikmiş doğuşların əmələ gəlmə səbəbləri müxtəlifdir: miometri-umda neqativ dəyişikliklər və uşaqlıq boynunun yetişməməsi; endokrin xəstəliklər, steriodogenezin pozulması və estagenlərlə hestogenlərin, kateoxolaninlərin androgeneoreseptorların arasındakı nisbətənin pozulması; mübadilə pozğunluqları, irsiyyət, dölün immun sisteminin yetişməməsi, dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri, ananın fiziki və psixoloji olaraq doğuma hazır olmaması və s.

Uzanmış hamiləliyin patogenezinə uşaqlıqda və ciftə metabolik proseslərin intensivliyinin azalması əsas rol oynayır (zülalların və qlükozanın sintezinin, turşulaşdırıcı fermentlərin aktivliyi azalması). Nəticədə, ciftin funksiyası pozulur. Bu özünü kəskin, yarımkəskin, xroniki cift çatışmazlığı kimi göstərir. Dölyanı mayədə kəmiyyət və keyfiyyət dəyişiklikləri olur, dölün maddələr mübadiləsi pozulur. Döldə “distress sindromu”nın əlamətləri inkişaf edir. Bu dölün ölümünə səbəb ola bilər. Beləliklə, həqiqi uzanmış hamiləliklərdə patoloji proseslərin qapalı dairəsi əmələ gəlir ki, bu da hamiləlik uzandıqca progressivləşir.

Hamiləliyin 38-ci həftəsindən sonra amnion suyu azalmağa başlayır. Ona görə də uzanmış hamiləlikdə azmayelilik müşahidə edilir.

Pendirvari maddə də hamiləliyin sonuna qədər sorulur, uzanmış hamiləlikdə demək olar ki, olmur. Bu da vaxtından gec doğulmuşun dərisinin qırışmasına səbəb olur.

Dölün inkişafını ləngidən səbəblər də hamiləliyin uzanmasına səbəb olur. Belə hallarda hamiləliyin uzanmasına kompensator reaksiya kimi baxılır, bu, dölün inkişafını təmin edir. Bəzi qadınların bütün doğuşları uzanmış olur bu genetik hal kimi qiymətləndirilir.

Diagnoz. Müasir müayinə metodları uşaqlıqda dölün və ciftin qiymətləndirilməsini, uzanmış hamiləliklərin diaqnostikasını asanlaşdırır. Diaqnoz qoyularkən anamnestik məlumatlar nəzərə alınır: sonuncu menstruasiyanın ilk günü, ovulyasiya, mayalanma, dölün ilk tərpənməsi, qadın məsləhətxanasına ilk gəliş.

Obyektiv müayinələrdə aşağıdakılara diqqət yetirilməlidir: uşaqlıq dibinin yüksək səviyyəsində qarının çevrəsinin az olması, azmayelilik, ciftin qocalması, ön suların olmaması, dəri turqorunun azalması, döl başı sümükərinin bərk olması, onun hərəkətliyinin azalması, dölün tərpənmə tezliyinin dəyişməsi (artır və ya azalır).

Hormonal müayinə zamanı məlum olur ki, hamiləliyin dinamikasında progesteronun və kortikosteroidlərin səviyyəsinin nisbi artması fonunda esterogen birləşmələrinin, xüsusilə xorioqo-nodotropinin və plasental laktogenin səviyyəsi azalıb.

Kolpositoloji müayinə ilə səthi və ya ara hüceyrələrinin üstünlük təşkil etməsi (30-80%), böyük qayıqvari hüceyrələrin olmaması və ya azalması, eozinofil indeksinin artması (8-20%), selik və leykositlərin artması aşkarlanır.

Amnioskopiya zamanı dölyanı mayenin azalması, rənginin dəyişməsi (yaşılımtıl, bulanıq) müəyyən edilir.

Fono və elektrokardiografiyada ürək tonlarının karlaşması, dəyişmiş və monoton ritm, funksional sınaqlara patoloji reaksiya aşkar olunur.

USM-si ilə ciftə dəyişikliklər (nazikləşməsi, petrifikatlar, piy degenerasiyası, boşluqlar), dölyanı mayenin azalması, döl başı sümüklərinin qalınlaşması, əmgəklərin kiçilməsi, tikişlərin bərki-məsi, dölün hərəkətlərinin və ürək döyüntülərinin dəyişməsi müəyyən edilir. Uzanmış hamiləliyin son diaqnozu doğuşdan sonra ciftə və yenidoğulmuşda olan spesifik dəyişikliklərə əsasən qoyulur. Cift ciddi dəyişikliyə uğrayır. Çox vaxt ciftin müəyyən sahələri nekrozlaşır, de-generativ dəyişikli-yə uğrayır, qan damarları xüsusi ilə xovcuq damarları genəlir və qanla dolur.

Yenidoğulmuş üçün aşağıdakı əlamətlər xarakterikdir: quru və kəpəklənən dəri, dəri qırıq və masserasiyaya uğrayıb, pendirvari maddə yoxdur, kəllə sümükləri bərkdir, tikişlər və əmgəklər da-ralıb, dırnaqlar uzanıb, dərialtı piy təbəqəsi və dəri turqoru azalıb bədən uzun və nazik, əllər və dır-naqlar uzun. Uşağın gözləri açıq olur, üzündə qorxu ifadəsi var. O, həyacanlı və "qoca" görünür. Gec doğulmuş uşaqların çəkisi, normal doğulmuşlara nisbətən çox olur. Adətən uzanmış doğuş za-manı doğulmuş uşağın çəkisi 4000 qr-dan, uzunluğu 52-54 sm-dən artıq olur. Dölyanı maye yaşıl rəngdədir (ilk defakasiya ana bətnində olub). Bu uşaqlar **çox yetişmiş və ya vaxt ötürmüş (post-matur)** uşaqlardır. Belə uşaqlar arasında neonatal ölüm və ölüdoğulma halları çox olur.

Uzanmış hamiləliklərin hamısında çox yetişmiş uşaqlar doğulmur, yetişməsi gecikən uşaqlar normal çəki və habitusla doğulurlar, vaxtında doğulan uşaqlardan fərqlənmirlər (bioloji uzanmış ha-miləlik).

Hamiləliyin, doğuşun və zahılıq dövrünün gedişi və idarə olunması. Hamiləliyin uzan-ma-sı çox vaxt menstrual tsikl pozğunluğu, endokrin pozğunluğu olan və yaşlı ilk doğanlarda (prima-par) rast gəlinir. Hamiləlik zamanı çox vaxt ağırlaşmalar, anemiya, uşaqsalma təhlükəsi rast gəlinir.

Uzanmış hamiləliyin əsas ağırlaşması dölün bətn daxili ölümüdür. Hamiləlik dölün doğulması ilə nəticələndikdə, döl toxumalarının parçalanması nəticəsində yaranan məhsullar qana keçir və in-toksikasiya əlamətləri baş verir.

Gecikmiş doğuşların əsas fəsadları aşağıdakılardır: dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, doğum gücünün müxtəlif növ anomaliyaları (çox vaxt zəifliyi və diskoordinasiya), uzanmış doğuş-lar, dölün və yenidoğulmuşun hipoksiyası, ana çanağı ilə döl başının klinik uyuşmazlığı, yüksək pe-rinatal ölüm və xəstəlik, son və ilkin zahılıq dövrünün qanaxmaları, doğuş yollarının cırılması, zahı-lıq ağırlaşmaları.

Gecikmiş doğuşlarda qadın 41-ci həftədən gec olmayaraq hospitallaşdırılır, müayinələr aparı-lır və doğuş taktikası seçilir. Həqiqi gecikmiş doğuş mamalıq patologiyası hesab edilir. Ana və döl intensiv müşahidə edilir. Spontan doğuşlar mümkündür. Amma əksər hallarda doğuş medikamen-toz, qeyri-medikamentoz maddələrlə induksiya edilir və ya cərrahi əməliyyat aparılır.

Doğuşu çağırmaqdan əvvəl, uşaqlığın doğuş prosesinə bioloji fəallığı yoxlanılır. Bu məqsəd-lə 0,1 TV oksitosin destillə olunmuş suda həll olunur və hər dəqiqədən bir 0,01 TV venaya vurulur. Bu, uşaqlıq əzələsinin ilk yığılmasına qədər davam etdirilir. Uşaqlıq əzələsinin yığılması palpasiya və ya tokoqrafiya ilə müəyyən edilir. Əgər uşaqlıq əzələsinin yığılması 1-2-3 dəqiqədən sonra törə-nərsə (venaya 0.01-0.02-0.03 TV oksitosin yeridildikdə) doğuş həmin gün çağrıla bilər. Əgər vena-ya oksitosin yeridildikdən 4-10 dəqiqə sonra uşaqlıq yığılması başlayarsa, doğuş induksiya edilir. Uşaqlıq boununun yetişməlik dərəcəsi də qiymətləndirilməlidir.

Uşaqlıq boynunun yetişməlik dərəcəsi "Bişop" şkalası ilə qiymətləndirilir. Qiymətləndirmə: 6 bala qədər **yetişməmiş**, öncədən hazırlıq tələb olunur; 6 bal və daha artıq **yetişmiş**, öncədən hazırlıq lazım deyil.

Uşaqlıq boynunun doğuşa bioloji hazırlığını müəyyən etmək üçün uşaqlıq yolu müayinəsi aparılır. "Yetişmiş serviks" yumşaq, əllənən və 0,5-1 sm qısalmış olur. Servikal kanaldan 1 barmaq keçməlidir. Yetişməmiş uşaqlıq boynunu doğuşa hazırlamaq üçün medikamentoz, mexaniki və cər-rahi üsullardan istifadə olunur.

Medikamentoz üsulda əsasən prostoqlandinlərdən istifadə edilir: prostoqlandin PGE₁ (mi-zoprostol) intravaginal (4 saatdan bir 25 mkq) sublingval (6 saatdan bir 50 mkq) təyin edilir. Mak-

simal doza 200 mq-dır. Prostoqlandin E₂ (dinoproston) intraservikal katetrlə servikal kanala və intravaginal (dölyanı mayenin axması zamanı istifadə oluna bilər) 1-2 mq yeridilir. Effekt olmasa 6 saatdan sonra təkrarlana bilər. Prostoqlandin PGE₂ vaginal istifadə üçün (arxa tağa qoyulur) məqsədəuyğundur. Effekt olmadıqda estragenlər, relaksin, qlukokortikoidlər, nitroqliserin (uzun müddətli təsirə malik – izosorbid mononitrat) təyin edilir.

Mexaniki üsullara Foley kateteri (18 №-servikal kanala daxil edilir, 30-60 ml su və ya fizioloji məhlulla doldurulur və 24 saat müddətinə və ya düşənə qədər saxlanılır) və laminariyalar (servikal kanala daxil edilir) aiddir.

Cərrahi üsullara amniotomiya aiddir.

Induksiyanın alqoritmi:

- uşaqlıq boynu “Bişop” şkalası ilə qiymətləndirilir.
- açılış 4 sm olduqda amniotomiya edilir.
- amniotomiyadan 2 saat sonra doğuş fəaliyyəti başlamazsa vena daxilinə oksitosin vurulur.

Doğuşun medikamentoz aktivləşdirilməsindən sonra effekt olursa, həmçinin mamalıq patologiyaları baş verdikdə, dölün hipoksiyasında doğuş Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılır.

Yaşlı primaparlar (ilk doğanlar), sonsuzluğa görə müalicə alanlar, feto-pelvik (döl başı və çanaq) uyğunsuzluğa şübhə olanlar, əvvəllər ölü uşaq doğmuş hamilələrlə risk etmək olmaz. Onlarda da Kesar əməliyyatı ilə doğuş başa çatdırılmalıdır.

XII FƏSİL

NORMADAN KƏNAR VƏZİYYƏT VƏ GƏLİŞLƏR

Dölün vəziyyət və gəliş anomaliyalarına aşağıdakılar aiddir.

1. Dölün vəziyyət anomaliyaları: köndələn, çəp, dayanıqsız (qeyri-sabit, dəyişkən);
2. Kiçik hissələrin və göbək ciyəsinin öndə gəlməsi və ya enməsi;
3. Açılmış baş gəlişləri;
4. Döl başının asinklitik duruşları;
5. Döl başının (oxabənzər tikişin) yuxarı düz, aşağı köndələn duruşu;

Göstərilən bu patologiyaların demək olar ki, hamısının identik səbəbləri var.

1. Dölün və döl başı ölçülərinin, uşaqlığın həcmi və çanağın ölçüləri ilə uyğun gəlməməsi (dar və ya geniş çanaq, böyük və ya nisbi kiçik döl başı), kiçik çanaq orqanlarının şişləri, azmayelilik və ya çoxmayelilik, dölün inkişaf anomaliyaları.

2. Qarın pressinin və uşaqlıq divarının zəifliyi: çoxdoğan qadınlarda qarın pressinin sütlüyü, zəifliyi, uşaqlığın inkişafdan qalması, onun divarlarının degenerativ dəyişiklikləri, cərrahi əməliyyatların nəticələri.

3. Cift gəlişi, uşaqlığın qeyri-düzgün yığılmaları, amniotomiyada buraxılan xətlər və s.

Bu patologiyaları hamiləlik və doğuşun ağırlaşmalarla getməsi, doğuş zamanı təcili yardım tələb etməsi, perinatal patologiyaların çox olması da birləşdirir.

§ 1. Dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri

Uşaqlığın şaquli oxu ilə (uzunluğu) dölün şaquli oxu üst-üstə düşürsə, bu dölün düzgün (boylama) vəziyyətidir. Əgər uşaqlığın və dölün boylama oxları bucaq altında kəsişərsə, onda döl qeyri-düzgün vəziyyətdədir (şəkil:13-1).

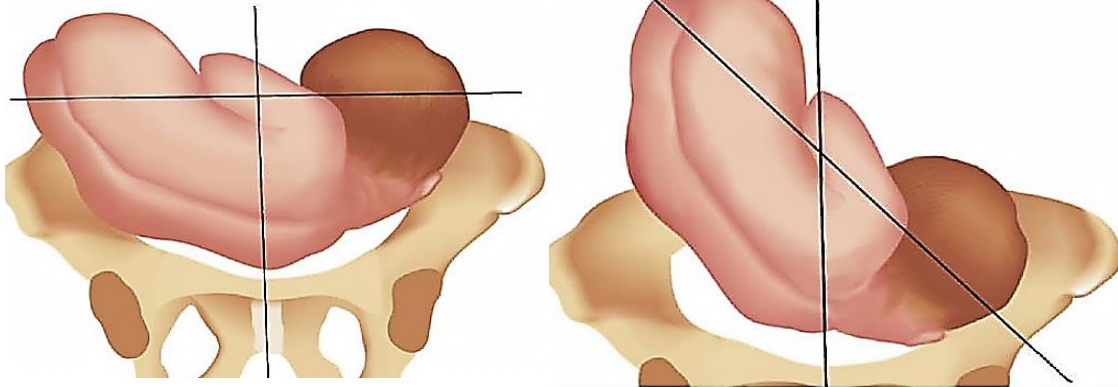
Dölün boylama (şaquli) oxu uşaqlığın boylama oxu ilə 45-90°-li bucaq altında kəsişərsə və bu zaman baş qalça darağından yuxarıda yerləşərsə – **dölün köndələn** gəlişidir. Dölün və uşaqlığın boylama oxları iti bucaq altında kəsişərsə – bu dölün **çəp** vəziyyətidir.

Döl çox hərəkətli olduqda müəyyən zaman fasiləsində (saatlarla, sutkalarla) vəziyyətini bir neçə dəfə dəyişərsə (köndələn-şaquli-çəp) belə vəziyyət dölün qeyri-sabit-**dayanıqsız** vəziyyəti adlanır. Dölün dayanıqsız vəziyyətlərində doğuş çox vaxt köndələn və çəp vəziyyətlərdə olduğu kimi aparılır.

Diagnoz. Dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərini xarici müayinə metodları ilə təyin etmək olar: qarın köndələn və ya çəp ovarial vəziyyətdədir, dölün böyük hissələri yuxarı və aşağıda deyil, yan tərəflərdə yerləşir, dölün gəliş hissəsi yoxdur, uşaqlıq dibi boylama vəziyyətdə yerləşən döldə olduğundan aşağıda yerləşir (şəkil:13-1). Döl başının qalça darağına nisbətində görə dölün çəp və ya köndələn olması aydınlaşdırılır.

Daxili müayinə çox ehtiyatla aparılmalıdır. Dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində döl qovğunun yırtılması çox təhlükəlidir. Dölyanı maye axdıqdan sonra dölün kiçik hissələri (əlləri, ayaqları, göbək ilgəyi) enə bilər.

Dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri (şəkil:13-1)



a

b

Dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri:a) kəndələn; b) çəp



A



B



C



D

Kəndələn vəziyyət: I mövqe: A-arxa görkəm; B-ön görkəm
II mövqe:C-ön görkəm;D-arxa görkəm



I üsul



II üsul



III üsul



IV üsul

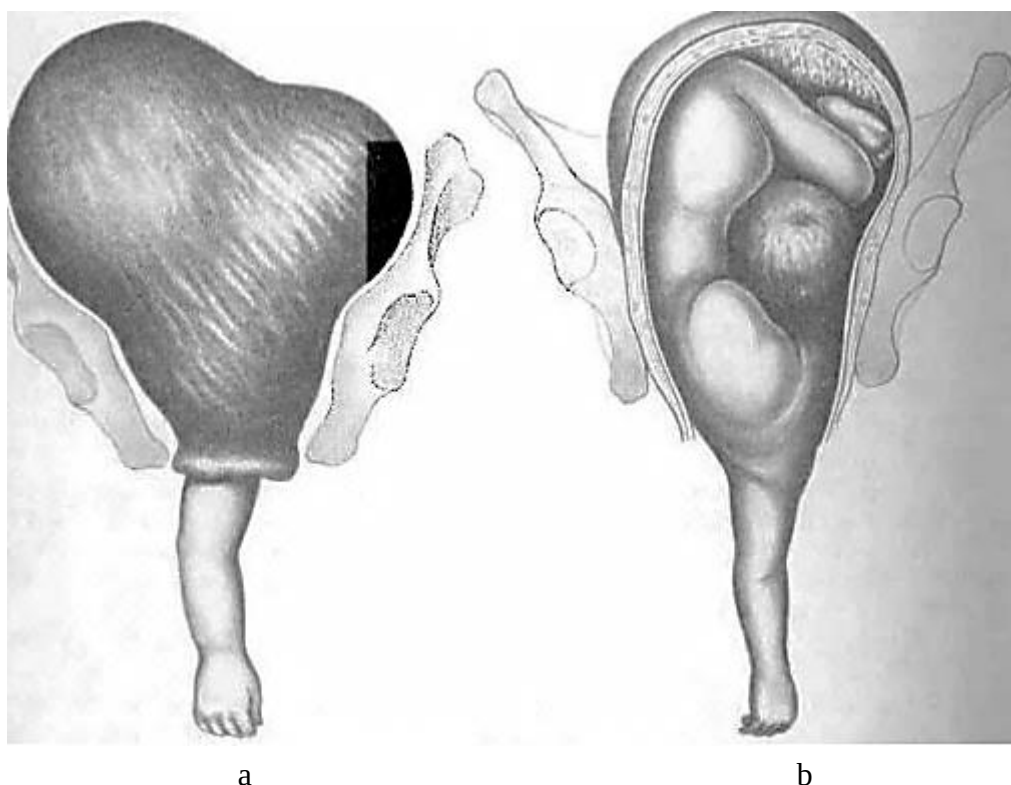
Xarici müayinə metodu .

Döl qovuğu yırtıldıqdan sonra, uşaqılıq yolu müayinəsi ilə uşaqılıq boynu dəliyindən dölün çi-yinləri, qabırğaları, arxa görkəmdə körpücük sümüyü, ön görkəmdə kürək sümüyü və fəqərələri əl-lənir. Daxili müayinə ilə dölün kiçik hissələrinin və ya göbək ilgəyinin enməsi də aşkar olunur. Əl enərsə, qoltuqaltı çuxur asanlıqla əllənir. Qoltuqaltı çuxura nəzərən başın hansı tərəfdə olduğu və dölün mövqeyi təyin edilir. Qoltuqaltı çuxur hansı tərəfdədirsə, döl başı da o, tərəfdədir.

Enən kiçik hissənin əl və ya ayaq olması mütləq aydınlaşdırılmalıdır. Ayaq üçün xarakterik əla-mətlər aşağıdakılardır: barmaqlar qısa və eyni ölçüdədir, baş barmaq başqa barmaqlardan ayrılır, diz qapağı və topuq əllənir. Əl üçün xarakterik əlamətlər aşağıdakılardır: bilək saidə çıxıntısız keçir, bar-maqlar uzundur, baş barmaq kənara açılır, ovuca bükülür. Sağ və ya sol əlin enməsinə də aydınlaşdır-maq lazımdır. Enən əl ilə xəyalən görüşmək lazımdır. Bu mümkün olarsa, enən sağ əldir, mümkün ol-mazsa enən sol əldir. Hansı əlin endiyini başqa üsulla da təyin etmək olar. Enmiş əlin ovucunu üzü yuxarı çevirərək baş barmağın istiqamətinə görə hansı əlin endiyi təyin edilir; baş barmaq sağa baxırsa, enən sağ əldir, sola baxırsa, enən sol əldir. I mövqedə sağ əl enibsə, ön görkəmdir, sol əl enibsə, arxa görkəmdir. II mövqedə sağ əl enibsə arxa görkəmdir, sol əl enibsə ön görkəmdir.

Doğuşun və hamiləliyin gedişi. Bütün qeyri-düzgün vəziyyətlərdə doğuşun və hamiləliyin gedişi ana və döl həyatı üçün təhlükə yaradan ağırlaşmalarla keçir. Döl başı ilə uşaqılıq divarı ara-sında təmas həlqəsi olmadığına görə (gəliş hissə yoxdur) dölyanı mayələr erkən açılır. Bu zaman təkcə ön sular deyil, arxa sular da axır.

Sular axdıqdan sonra uşaqılıq yığılır, yeni həcmə uyğunlaşır. Bu halda dölə kip yapışır, onu sı-xır, döl hərəkətsiz olur, uşaqılıq əzələlərinin güclü yığılması nəticəsində plasentar qan dövranının pozulması və dölün asfiksiyası baş verir.



Şəkil:13-2. a) gecikmiş köndələn gəliş; b) ikiləşmiş gövdə ilə dölün doğulması

Sularla birlikdə kiçik hissələr və göbək ciyəsi də enir. Vaxtında yardım olunmursa, dölyanı mayələrin axması və uşaqılıq divarının dölü sıxması nəticəsinə dölün **gecikmiş köndələn gəlişi** əmə-lə gəlir. Bu zaman döl böyrü üstə kiçik çanaq girəcəyinə sıxılır, çiynilərdən biri çanağa keçir (enmiş əlin), döl boyun fəqərələrinin hesabına bucaq altında bükülür (şəkil:13-2). Dölün doğum kanalında hərəkəti dayanır. Enmiş əl ödəmləşir və sianozlaşır. Dölü qovmaq üçün uşaqlığın sonrakı cəhətləri

faydasız olur. Uşaqlıq divarı nazikləşir, uşaqlıq divarının cırılma təhlükəsi yaranır. Vaxtında yardım olmasa, dölün tələf olması və güclü qanaxma ilə müşayiət olunan uşaqlıq cırılması baş verir. İnfeksiya qoşulur, endometrit və perimetrit inkişaf edir, ölüm baş verir. Müasir dövrdə doğuşun belə gedişi demək olar ki, rast gəlmir. Dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində spontan doğuş mümkün deyil. Nadir hallarda yarımçıq (az çəki), döl köndələn gəlişlərdə özbaşına dönüşü nəticəsində doğula bilər. Asan sıxılan dölün çiyini çanağa daxil olur, qasıq qövsü altında görünür, onurğa güclü bükülür, çiyinin yanından dölün gövdəsi, sağrıları, ayaqları irəliləyir. İkinci çiyin doğulduqdan sonra baş doğulur.

Eləcə də ölmüş yarımçıq dölün ikiləşmiş gövdə ilə doğulması mümkündür. Çiyin doğulduqdan sonra dölün gövdəsi, döş qəfəsi nahiyyəsindən kəskin bükülür, baş qarına sıxılır, bu vəziyyətdə döl doğum yollarından xaric olur.

Hamiləliyin idarə olunması. Hamilə vaxtında hospitalaşdırılmalıdır. Mama onu başa salmalıdır ki, ağrılar başlayan və ya sular axan kimi xəbər versin. Mama hamiləni uzandırmalı və həkimi çağırmalıdır. Qadın xəstəxanada deyilsə, uzanmış vəziyyətdə, xərəkdə doğum evinə çatdırılmalıdır.

Doğuşun idarə olunması. Müasir dövrdə müstəsna hallarda köndələn və çəp gəlişlər, təbii doğum yolları ilə idarə olunur. Əkizlərdə II döl köndələndirsə, I döl doğulduqdan sonra klassik döndərmə ilə döl ayaq gəlişinə gətirilir. Kesar kəsiyi aparmaq üçün şərait olmadıqda, döl ölü olduqda (döl pozucu əməliyyatlar aparılır).

Əvvəllər dölün deyri-düzgün vəziyyətlərində, dölün **xarici döndərilməsi** və doğuşun təbii doğum yolları ilə başa çatdırılması əməliyyatı daha çox aparılırdır. Hamilə qadın hamiləliyin 34-35-ci həftələrində hospitalaşdırılır. Xarici döndərmə ilə döl şaquli vəziyyətə, baş gəlişinə gətirilir (XVIII Fəsil). Son zamanlar bu üsuldan çox az istifadə olunur. Ona görə ki, döndərilmiş döl çox vaxt öz əvvəlki vəziyyətinə qayıdır və döndərmə zamanı ağırlaşmalar baş verir. Döndərmə hamiləliyin 35-ci həftəsində aparılır. Köndələn gəlişlərdə çox vaxt baş gəlişinə gətirilir. Çəp gəlişlərində dölün hansı böyük hissəsi çanaq girəcəyinə yaxındırsa, döndərmə həmin istiqamətdə aparılır.

Doğuş zamanı dölün daxili döndərilməsi aparılır. Daxili döndərmə, Kesar kəsiyinə əks göstəriş olduqda və doğuşu təcili başa çatdırmaq göstəriş olduqda aparılır.

Daxili döndərmə zamanı uşaqlıq boynu 4 sm-dən çox açılmalıdır, döl qovuğu ya tam olmalı, ya da əməliyyatdan öncə açılmalıdır, döl başı ilə ana çanağı uyğun gəlməlidir.

Əks göstərişlər: uşaqlığın cırılması və ya cırılma təhlükəsinin olması, gecikmiş köndələn gəliş (hərəkətsiz döl), hidrosefaliya və dölün doğum yollarında hərəkətini çətinləşdirən başqa anomaliyalar. (XVIII Fəsil)

Dölün daxili döndərilməsi zamanı ana (infeksiya, doğum yollarının zədələnmələri) və döl (asfiksiya, travmalar) tərəfindən ağırlaşmalar baş verir.

Dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində hamiləliyin 29-31-ci həftəsindən başlayaraq, gimnastik hərəkətlər təyin edilir:

– çəp gəlişlərdə hamiləliyin VIII-ayından qadına dölün böyük hissəsi olan böyrü üstə uzanmaq təklif edilir. Məs: əgər dölün başı sol qalçaaltı çuxurdadırsa, hamiləyə sol böyrü üstə uzanmalıdır. Bu zaman uşaqlıq dibi və dölün çanağı sola meyl edir, nəticədə baş sağa yerdəyişir və döl şaquli vəziyyətə keçir.

–31-ci həftədən başlayaraq gündə 3-4 dəfə hər 10 dəqiqədən bir dəyişməklə bərk yerdə böyrü üstə uzanmaq;

–2-3 dəfə 15 dəqiqə olmaqla çanağı qaldırmaq, bu zaman ayaqlar başdan 20 sm yüksəkdə olmalıdır;

–gündə 2-3 dəfə 15 dəqiqə olmaqla düz-dirsək vəziyyətində durmaq;

–bacardıqca çox üzmək.

Müasir dövrdə dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində ən əlverişli metod Kesar kəsiyidir. Bu əməliyyat ağırlaşmaların qarşısını alır. Gecikmiş köndələn gəlişlərdə döl ölü olduqda döl pozucu əməliyyatlar aparılır.

§ 2. Kiçik hissələrin və göbək ciyəsinin enməsi və gəlişi

Kiçik hissələrin enməsi və gəlişi ayırd edilir. Döl qovuğu tam olduqda kiçik hissələr və göbək ciyəsi qışaların arxasında, gəliş hissədən aşağıda əllənilsə, bu **kiçik hissələrin və ya göbək ciyəsinin gəlişi** adlanır.

Sular axdıqdan sonra, kiçik hissələr və ya göbək ciyəsi gəliş hissədən önə keçərsə, bu həmin hissələrin **enməsidir**.

Ayağın enməsinə və gəlişinə çanaq gəlişlərinin bir növü kimi baxılır, uyğun taktika ilə hamlıq və doğuş idarə olunur. Ayağın başla birlikdə kiçik çanağa dirənməsi müstəsnaqlıq təşkil edir. Belə hallarda baş hərəkətli olduqda, ayaq başın arxasına itələnilir və ya Kesar kəsiyi aparılır.

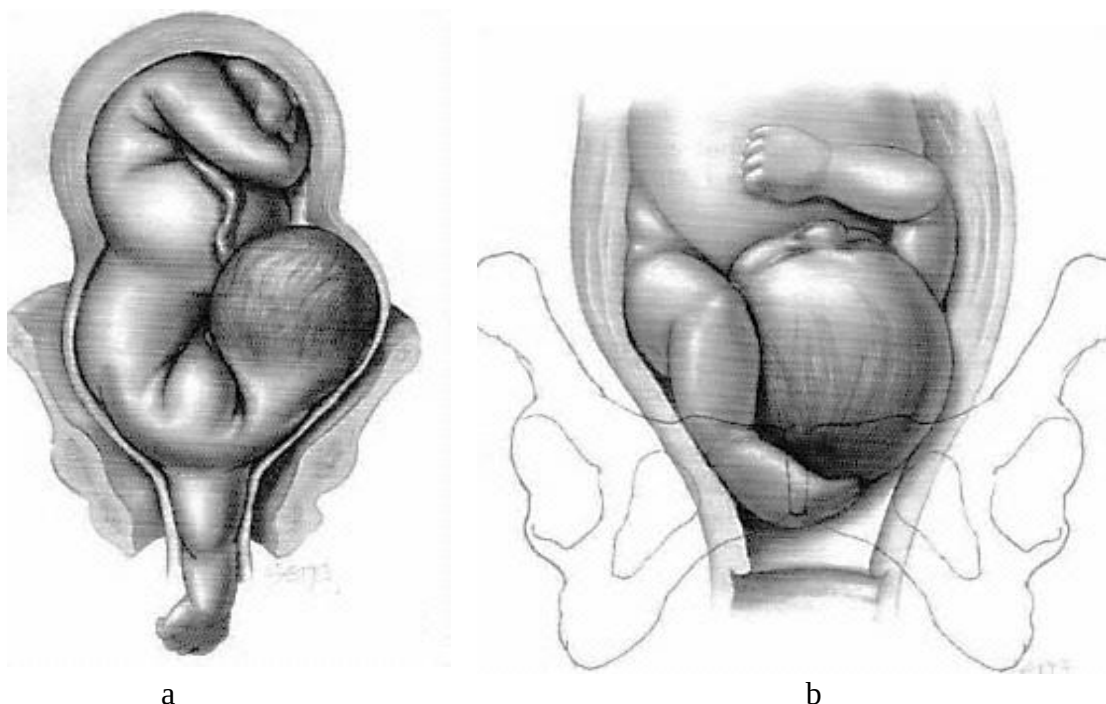
Əlin enməsi və ya gəlişi çox vaxt dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində və çanaq gəlişlərində rast gəilir. Baş gəlişlərində də əlin enməsi və ya gəlişi rast gəilir (Şəkil:13-3).

Əlin tam və ya natamam enməsi ayırd edilir. **Natamam** enmə zamanı dölün biləyi başı ilə eyni səviyyədə olur, **tam** enməsi zamanı bilək başdan aşağıda yerləşir.

Köndələn gəlişlərdə əlin enməsi sərbəst patoloji əhəmiyyət kəsb etmir. Daxili döndərmə zamanı əl uşaqlıq yoluna dartılır. Gecikmiş köndələn gəlişlərdə, döl pozucu əməliyyatlar apararkən qoldan tutacaq kimi istifadə olunur və döl aşağı çəkilir (dekapitasiya zamanı).

Baş gəlişlərində əlin enməsi daha təhlükəli ağırlaşmadır. Başla yanaşı yerləşən əl gəliş hissənin ölçüsünü artırır, keçid müstəvisini daraldır və başın irəliləməsinə mane olur. Bununla əlaqədar olaraq, dölün qovulması çətinləşir, hətta imkansız olur.

Əlin enməsi zamanı müxtəlif ağırlaşmalar olur: qovulma dövrünün uzanması, doğuş zamanı endometrit, dölün asfiksiyası. Çox vaxt doğum gücünün ikincili zəifləməsi və ya qıcolma şəkilli sancılar, doğum yollarının yumşaq toxumasının cırılması müşahidə edilir. Uşaqlığın cırılması da mümkündür.

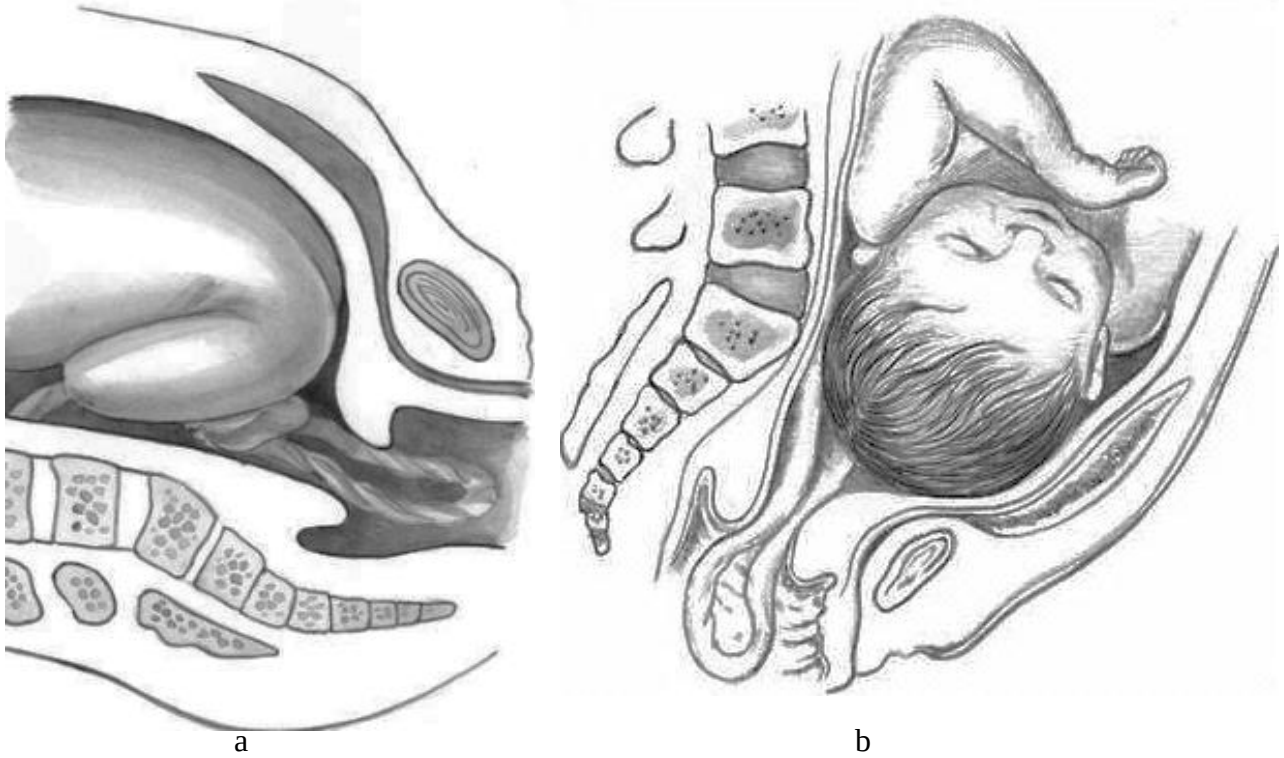


Şəkil:13-3. Əlin tenməsi;a) tam; b) natamam

Əlin enməsi və ya gəlişi uşaqlıq yolu müayinəsi ilə aşkarlanır. Əl gəlişləri zamanı qadın, öndə gələn əlin əks böyrü üstə uzanır. Bu zaman uşaqlıq dibi orada yerləşən sağrı ilə birlikdə həmin tərəfə yerini dəyişir, uşaqlıq yoluna enən əl yuxarı qalxır. Sular açıldıqdan sonra baş kiçik çanağa enir və əlin təkrar enməsi üçün şərait olmur.

Adətən əl enəndə qadını böyrü üstə uzandırmaq effekt vermir. Baş hərəkətlidirsə, belə hallarda əli ehtiyatla yuxarı itələyib, başın arxasına keçirirlər. Bu mümkün olursa, əl yenidən enirsə, sular açılan kimi daxili döndərmə ilə döl ayaq gəlişinə gətirilir və ya Kesar əməliyyatı aparılır.

Göbək ciyəsinin enməsi və ya gəlişi çox vaxt göbək ciyəsi uzun (60-70 sm-dən çox) olduqda və dölün gəliş hissəsi ilə çanaq arasında təmas xətti olmadıqda baş verir (şəkil:13-4).



Şəkil: 13-4. Göbək ciyəsinin enməsi: a) çanaq gəlişində; b) baş gəlişində

Göbək ciyəsinin enməsi köndələn və çəp vəziyyətlərdə daha çox rast gəlir (uşaqlığın aşağı seqmenti gəliş hissə ilə dolmur), əkilərdə (kiçik baş) eləcə də çanaq gəlişlərində baş verir. Çoxmayelilikdə, sular təzyiqə axarkən göbək ciyəsi gəliş hissənin yanından uşaqlıq yoluna sürüşür.

Enmiş göbək ciyəsi doğuşun biomexanizminə təsir etmir. Amma göbək damarları sıxıldığı üçün xüsusilə baş gəlişlərində, tezliklə dölün hipoksiyası və asfiksiyadan ölümü baş verir. Vaxtında diaqnoz qoyulub, taktika seçildikdə dölün ölümünün qarşısını almaq olar. Adətən göbəyin enməsi dölə maye axarkən baş verir. Ona görə sular axan kimi uşaqlıq yolu müayinəsi aparmaq lazımdır. Uşaqlıq yoluna enmiş göbək ciyəsi çox ehtiyatla müayinə olunmalıdır. Çünki, göbək ciyəsi damarlarının qıcıqlanması, onların spazmına və döl qan dövranının pozulmasına səbəb olur. Göbək ciyəsi divarlarında pulsasiya varsa, döl diridir, təkcə sancılar zamanı deyil, pauzalarda da pulsasiya yoxdursa, döl tələf olub.

Göbək ciyəsi gəlişləri zamanı aşağıdakı tədbirlər aparılır: daxili müayinə ilə göbək gəlişi təyin olunan kimi müayinə aparan barmaqlarla gəliş hissəyə təzyiq edilir və onun göbək ciyəsinə təzyiqi azaldılır; doğan böyrü üstə (göbək ciyəsinin əksi tərəfdə) uzandırılır (şəkil:13-5), belə vəziyyətdə göbək ciyəsi yuxarı qalxır, sular axandan sonra baş enir, çanaq girəcəyini doldurur; doğana diz-dirsək vəziyyəti verilir, bu zaman göbək ciyəsi geri qayır. Döl diri olduqda göbək ciyəsinin enməsi zamanı təcili yardım edilməlidir. Köndələn gəlişlərdə daxili döndərmə ilə döl ayaq gəlişinə gətirilir və çıxarılır.

Baş gəlişlərində göbək ciyəsi enibsə, (baş hərəkətlidir) sular açılan kimi döl ayaq gəlişinə gətirilir və çıxarılır. Çanaq gəlişlərində göbək ciyəsi enərkən, dölün asfiksiya əlamətləri olarsa, döl ayaq gəlişinə gətirilir və ya çanaq büküşlərindən tutmaqla çıxarılır.

Döl böyük olmadıqda ayaq və sağrı kiçik çanağa enibsə, çox zaman göbək ciyəsi sıxılmaz, ona

görə belə hallarda doğuşu gözləmə mövqeyindən idarə edirlər. Belə doğuşlarda kardiomonitor nəzarəti lazımdır. Dölün ürək döyüntüləri nəzarətdə saxlanılmalıdır. USM-si aparılır, doğuşun aparılma taktikası seçilir: göbək ciyəsinin yuxarı yerdəyişməsi, başın çanağa sıxılması doğuşun təbii yolla idarə etməyə göstərişdir.



Şəkil: 13-5. Göbək gəlişində aparılan tədbirlər: A) baş gəlişində və B) çanaq gəlişində gəliş hissəyə təzyiq edərək onun göbəyə təzyiqinin azaldılması; C) böyrü üstə uzanaraq çanağın yuxarı qaldırılması (göbək geri qaydır); D) dirsək-diz vəziyyətində çanağın qaldırılması.

Göbək ciyəsinin enməsinin profilaktikasına aşağıdakılar aiddir.

1.Döl başı çanaq girəcəyi üzərində hərəkətli olduğu zaman, baş kiçik çanaq girəcəyinə dirənənə qədər ciddi yataq rejimi.

2.Su qışasının ehtiyatla yırtılması (suların sürətlə axmasının və göbək ciyəsinin enməsinin qarşısını almaq).

3.Amniotomiya apararkən doğanın çanağını yuxarı qaldırmaq.

Göbək ciyəsi gəlişində Kesar kəsiyi planlaşdırılır. Müasir dövrdə göbək ciyəsi enəndə dölün vəziyyətindən (köndələn, şaquli) və gəliş hissədən (baş, çanaq) asılı olmayaraq Kesar kəsiyi aparılır. Qadının çanağı yuxarı qaldırılır, doğuş fəaliyyətini dayandıran tədbirlər aparılır. Əməliyyatı maksimal tez aparmaq lazımdır.

§ 3. Açılmış baş gəlişləri

Normal doğuşlarda baş bükülmüş vəziyyətdə kiçik çanaq girəcəyinə daxil olur. Baş çanaq girəcəyinə açılmış vəziyyətdə daxil olursa, başın **açılmış gəlişləri** meydana çıxır. Başın açılma dərəcəsindən asılı olaraq, açılmış baş gəlişlərinin 3 növü qeyd edilir (şəkil:13-6).

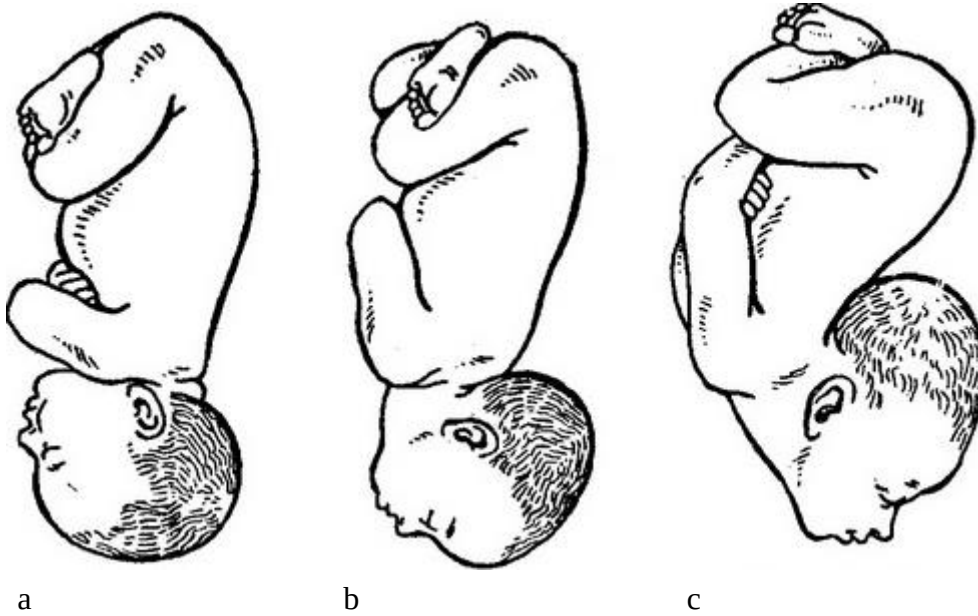
– I dərəcəli – **ön baş gəlişi və ya təpə gəlişi**. Başın nisbətən yüngül dərəcəli açılmış gəlişidir. Bu zaman çənə döş qəfəsindən ayrılır, təpə önə keçir, ötürücü nöqtə böyük əmək olur.

– II dərəcəli – **alın gəlişi**. Baş daha çox açılır. Ən aşağıda yerləşən hissə alındır.

– III dərəcəli – **üz gəlişi**. Başın maksimal açılışı baş verir. Ötürücü nöqtə çənədir. Bəzən bunlar bir-birinə keçir. Çox vaxt I dərəcəli açılma II dərəcəliyə, II dərəcəli açılma III dərəcəliyə, nadir hallarda əksinə keçir.

Açılmış baş gəlişlərinin səbəbləri müxtəlifdir. Bu səbəblərə başın bükülməsinə mane olan bütün faktorlar aiddir. Açılmış baş gəlişləri çox vaxt dar çanaqlarda rast gəlir. Döl başı ilə çanaq uyğun gəlmədikdə başın daha enli hissəsi olan ənsənin enməsi ləngiyir, nəticədə başın açılması baş verir. Döl başı böyük olduqda da eyni mexanizm baş verir. Kiçik baş da maneəsiz açılmış vəziyyətdə kiçik çanağa daxil ola bilər. Bəzən dölyanı mayelər erkən açıldıqda, açılmış vəziyyətdə olan baş elə o vəziyyətdə çanaq girəcəyinə daxil olur (fiksasiya olur). Açılmış baş gəlişlərinə səbəb olan digər faktorlara uşaqlıq boynu şişləri (bükülməni çətinləşdirir) başın dolixosefalik (öndən arxaya darılmış) forması (əmgəyin enməsinə ləngidir) aiddir.

Başın bükülmüş vəziyyətində doğum başın bükülməsi ilə başlayıb, açılması ilə başa çatır. Başın açılmış gəlişlərində əksinə doğuş açılma ilə başlayır, bükülmə ilə başa çatır. Bu zaman baş çox vaxt arxa ənsə gəlişi ilə doğulur. Ənsənin önə çevrilməsi çox nadir hallarda baş verir. Belə hallarda doğuş mümkün deyil.



Şəkil: 13-6. Açılmış baş gəlişləri: a) təpə gəlişi; b) alın gəlişi; c) üz gəlişi

Açılmış baş gəlişləri ağır mamalıq patologiyalarıdır. Ağır doğuşla, ana (infeksiya və travma) və döl (hipoksiya və travma) tərəfindən ağırlaşmalarla müşayiət olunur.

Ön baş gəlişi və ya təpə gəlişi. Xarici mamalıq müayinələri ilə diaqnoz qoymaq mümkün deyil. Diaqnoz uşaqlıq yolu müayinələrinin nəticələrinə görə qoyulur: ötürücü nöqtə böyük əmgəkdir, böyük əmgək öndə yerləşir (arxa görkəm), ən aşağıda təpə və böyük əmgək yerləşir.

Doğuşun biomexanizmi. Baş oxabənzər tikişi və alın tikişinin bir hissəsi ilə çanaq girəcəyinin köndələn və ya çəp ölçülərinin biri üzərində durur. Böyük və kiçik əmgəklər eyni səviyyədədir.

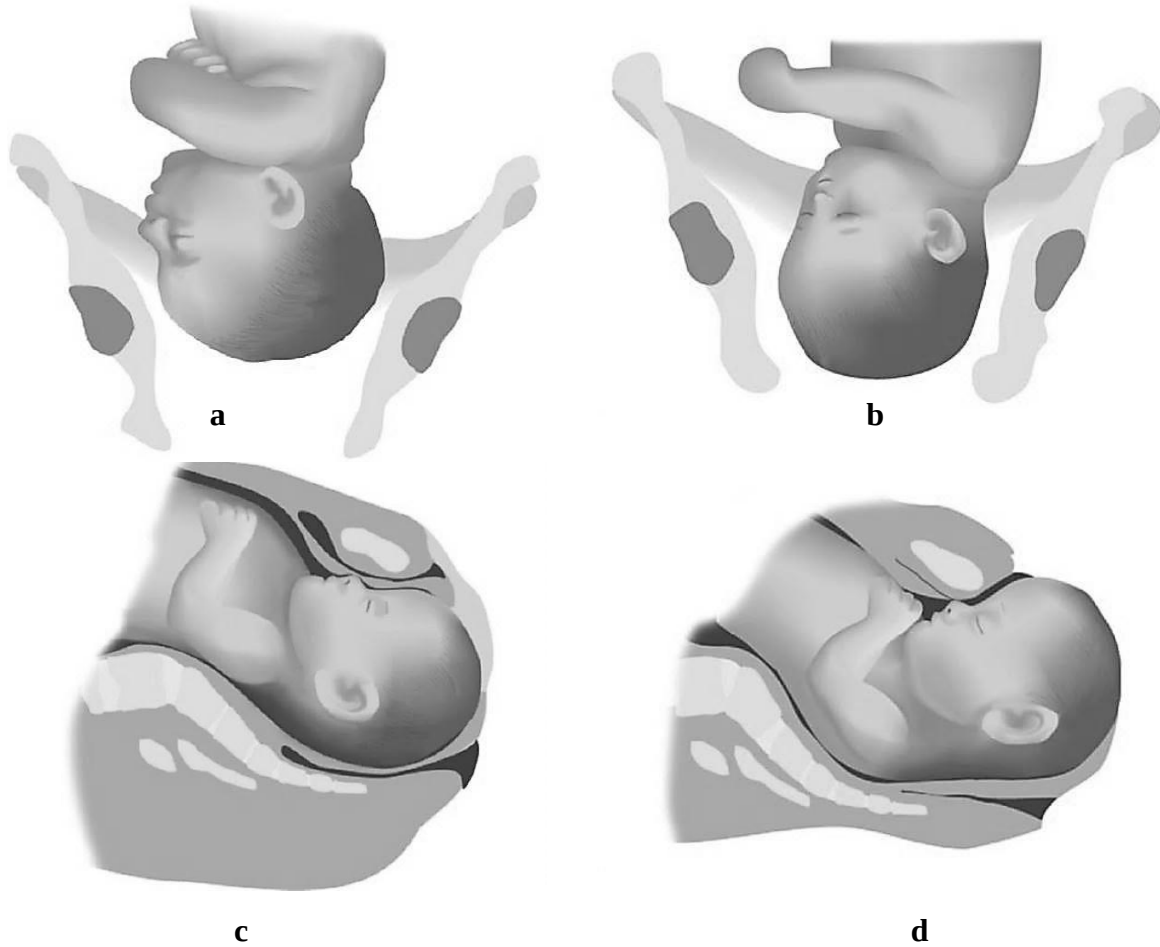
I mərhələ – baş az açılıb, təpələr enib, böyük əmgəkdən aşağıda yerləşib, ötürücü nöqtədir. Bu vəziyyətdə baş çanaq girəcəyinə daxil olur (şəkil:13-7 a).

II mərhələ – başın daxili dönməsi baş verir. Ənsə arxaya, oxabənzər tikiş köndələn ölçüdən çəp ölçüyə, böyük əmgək qasıq qövsünün altına keçir, kiçik əmgək omaya yönəlir (arxa görkəm yaranır) (şəkil:13-7 b).

III mərhələ – a) boyun fəqərələrinin bükülməsi hesabına başın bükülməsi baş verir. Nəticədə baş burunüstü (qlabella) nahiyyəsi ilə qasıq qövsü altına keçib, fiksasiya olunur. Cinsiyyət yarığından təpə sonra isə ənsə görünür (şəkil:13-7 c). b) sonra II fiksasiya nöqtəsi ətrafında başın açılması

baş verir. II fiksasiya nöqtəsi ənsəaltı çuxur və ya ənsə qabarıdır. Ənsə oma-büzdüm bitişməsinin altına keçir. Bu fiksasiya nöqtəsi ətrafında baş açılır və üz doğulur (şəkil:13-7 d)

IV mərhələ – başın xarici, çiyinlərin daxili dönüşü baş verir (ənsə gəlişində olduğu kimi). Baş doğum yollarından öz düz ölçüsü ilə keçir (12 sm, çevrəsi 34 sm). Doğum şişi böyük əmgək nahiyyəsində olur. Baş təpə nahiyyəsindən uzanmış (braxisefaliya) şəkildədir, gümbəzi xatırladır. Ön baş gəlişlərində doğuş mexanizmi, arxa ənsə gəlişində doğuşun mexanizminə oxşayır. Oxşarlıq ondan ibarətdir ki, hər iki halda doğuş arxa görkəmdə keçir. Əslində bu oxşarlıq zahiridir, doğuş mexanizmləri bir-birindən fərqlidir. Ön baş gəlişində baş açılmış vəziyyətdə öz düz ölçüsü ilə çanağa keçir. Ötürücü nöqtə böyük əmgəkdir. I fiksasiya nöqtəsi burunüstü, II fiksasiya nöqtəsi ənsəaltı çuxurdur və ya ənsəaltı qabardır .



Şəkil:13-7. Ön baş (təpə) gəlişində doğuşun mexanizmi: a) başın açılması; b) daxili dönüşü; c) bükülməsi; d) açılması.

Arxa ənsə gəlişində baş bükülmüş vəziyyətdə öz orta çəp ölçüsü ilə (çevrəsi 33 sm) çanaqdan keçir, ötürücü nöqtə böyük və kiçik əmgəklərin sərhəddidir. I fiksasiya nöqtəsi alının tüklü hissəsinin sərhəddi, II fiksasiya nöqtəsi ənsəaltı çuxurdur.

Doğuşun gedişi uzanmışdır. Çünki, baş nisbətən böyük ölçü ilə çanağa daxil olur və doğum yolları tərəfindən nisbətən artıq təzyiqə məruz qalır.

Dar çanaqlarda və ya iri döllərdə qıcolmalarla müşayiət olunan doğum fəaliyyəti aşağı seqmentin gərilməsi, doğum gücünün ikincili zəifləməsi, başın irəliləmə hərəkətinin dayanması, doğum yollarının yumşaq toxumasının və sidik kisəsinin sıxılması, dölün bətdaxili asfiksiyası müşahidə edilir.

Normal çanaqlarda döl az çəkili olduqda, normal doğuş fəaliyyətində doğuş özbaşına təbii doğum yolları ilə başa çatır.

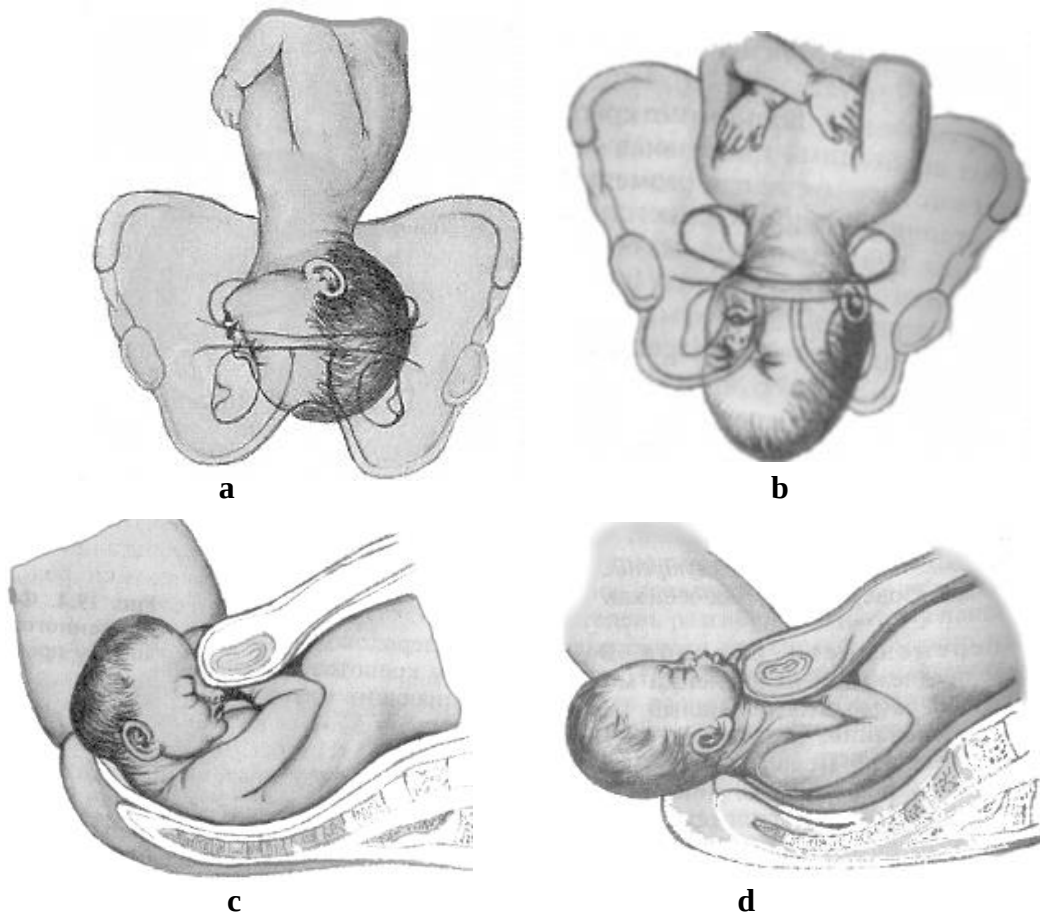
Doğuş gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Mama doğanın vəziyyətini, doğum fəaliyyətinin

xarakterini, başın hərəkətini nəzarətdə saxlamalı, rəqulyar olaraq dölün ürək döyüntülərinə qulaq asmalı və saymalıdır. Dölün asfiksiyasının profilaktikası aparılmalıdır.

Baş cinsiyyət yarığını yaran kimi o, önə bükülməlidir (qasığa doğru). Ənsə yarılan kimi baş əllə tutulur, arxaya doğru yavaş-yavaş açılır. Ağırlaşmalar baş verdikdə (doğum fəaliyyətinin II-li zəifləməsi, dölün asfiksiyası) Kesar əməliyyatı aparılır.

Alın gəlişi. Doğuş prosesində, doğuşun sonunda yaranır. Çox zaman doğuş prosesində başın açılması zamanı müvəqqəti yaranır və sonra üz gəlişinə keçir. Əgər maksimal açılış baş vermirsə, alın gəlişi möhkəmlənir.

Diagnoz. Xarici müayinə metodları ilə müayinə apararkən, dölün ənsəsi ilə arxası arasında dərinliyin əmələ gəlməsi aşkar olunur. Baş çanaq girəcəyinə kip dirənəndə, alın tikişi əllənərkən daxili müayinə ilə diaqnoz qoymaq olur. Belə ki, daxili müayinədə alın tikişinin bir tərəfində burun kökü və qaş qövsləri, əks tərəfdə böyük əmgəyin ön bucağı əllənir.



Şəkil:13-8 Alın gəlişində doğuşun mexanizmi: a) başın orta dərəcədə açılması; b) başın daxili dönüşü; c) başın bükülməsi; d) başın açılması

Baş hərəkətlidirsə, alın gəlişi üz gəlişinə çevrilə bilər. Nadir hallarda döl başı çox kiçik olduqda doğuş təbii yolla başa çatır. Belə halda doğuşun aşağıdakı etapları baş verir.

I mərhələ – başın açılması (şəkil:13-8 a). Baş öz böyük çəp ölçüsü ilə çanaq girəcəyinə daxil olur. Ötürücü nöqtə burun köküdür. O, ən aşağıda yerləşir. Alın tikişi çanağın köndələn ölçüsünə uyğun gəlir. Baş kiçik çanaqda olduqda, doğum fəaliyyəti yaxşı olarsa, baş bu vəziyyətdə çanaq çıxacağına qədər enir.

II mərhələ – başın daxili dönməsi (şəkil:13-8 b). Bu zaman ənsə arxaya, gözlər önə (simfiza doğru) keçir. Alın tikişi əvvəl çanağın çəp, sonra isə düz ölçüsünə keçir.

III mərhələ – a) başın bükülməsi (şəkil:13-8 c). Güclü gücvermələr zamanı, cinsiyyət yarığın-
dan alın, gözlər, burun görünür. Sonra üst çənə (I fiksasiya nöqtəsi) simfizin altına keçir, baş bükülür,

bu zaman aralığın üstündən təpə, ənsə görünür. b) ənsəaltı qabar (II fiksasiya nöqtəsi) oma-büzdüm bitişməsinin altına keçir, ona dirənir, başın bu nöqtə ətrafında açılması baş verir, ağız, çənə doğulur.

IV mərhələ – başın xarici, çiyinlərin daxili dönüşü baş verir. Baş güclü konfigurasiyaya uğrayır. O, alın tərəfə dartılmış olur. Adətən, doğum şisi böyük olur (alında). Baş 35 sm-ə bərabər olan çevrə ilə doğulur (başın böyük və kiçik çəp ölçüləri arasında orta ölçü).

Doğuşun gedişi uzanmış, adətən patolojidir. Nadir hallarda doğuşun özbaşına başa çatması baş verir (kiçik döl, güclü doğum fəaliyyəti, geniş çanaq). Qovulma dövrü, çox vaxt uzanmış olur. Ona görə də bir çox ağırlaşmalara da səbəb olur: doğum gücünün II-li zəifləməsi, başın irəliləmə hərəkətinin dayanması, doğum yollarının yumşaq toxumalarının və sidik kisəsinin sıxılması, dölün asfiksiyası və s. Yumşaq toxumaların uzun müddət sıxılması (baş və çanaq arasında) nəticəsində çox vaxt sidik-cinsiyyət svışləri əmələ gəlir. Bəzən şiddətli doğum fəaliyyəti, aşağı seqmentin gərilməsi və uşaqlığın cırılması müşahidə edilir. Aralığın dərin cırıqları baş verir. Çox vaxt uşaq ölü doğulur. Əgər diri doğulubsa, beyndaxili travma ilə doğulur.

Doğuşun idarə olunması. Alın gəlişi ilə doğuş həkim tərəfindən idarə olunmalıdır. Əgər baş hələ dirənməyibsə, doğuş gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Çünki başın açılışı zamanı baş alın gəlişindən üz gəlişinə keçə bilər. Bəzən mama barmağını dölün ağzına salaraq, alın gəlişini üz gəlişinə gətirir. Döl özü üz gəlişinə keçmirsə, uşaqlıq boynu tam açıqdırsa, döl hərəkətlidirsə, o, ayaq gəlişinə gətirilir və çıxarılır.

Yetişmiş döl alın gəlişlərində Kesar kəsiyi ilə azad edilir.

Əgər baş çanağa keçibsə, onda doğuş yenə gözləmə mövqeyində idarə olunur. Ana və dölün vəziyyətinə ciddi nəzarət olunur. Ağırlaşmalar olan kimi doğuş cərarhi yolla başa çatdırılır. Adətən belə hallarda döl tələf olur, kronitomiya aparılır.

Üz gəlişi. Açılmış baş gəlişlərindən ən çox rast gəlen variantdır. Üz gəlişi doğuşun əvvəlində və doğuş zamanı (alın gəlişi üz gəlişinə çevrilir) əmələ gəlir (şəkil:13-10).

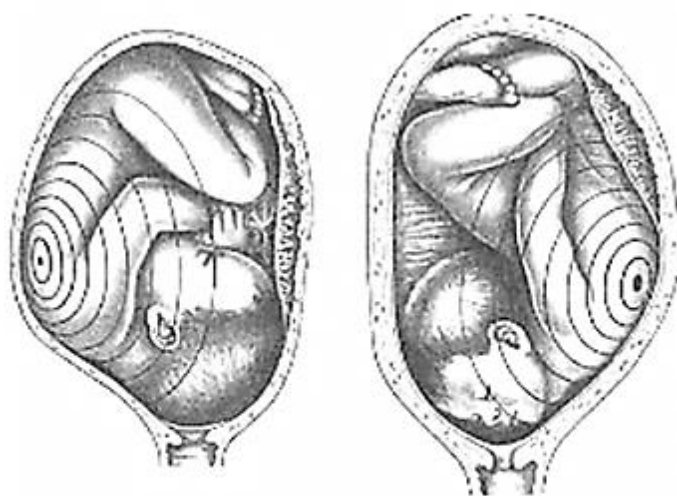
Diaqnoz xarici, daxili müayinələrə və USM-nə görə aparılır. Maksimal açılmış baş geri atılır, dölün arxası uşaqlıq divarından ayrılıb önə əyilir, əksinə döş qəfəsi uşaqlıq divarına yaxınlaşır. Dölün arxası ilə başı arasında dərinlik yaranır. (şəkil:13-9).

Xarici müayinə ilə üz gəlişinin xarakterik xüsusiyyətləri aşkar olunur: palpasiyada döl başı ilə kürəyi arasında dərinlik aşkar olunur; auskultasiyada dölün ürək döyüntüləri döş qəfəsi üzərində (kiçik hissələr əllənən tərəfdə eşidilir).

Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə alın, qaşüstü qövsələr, burun, ağız və çənə əllənir.

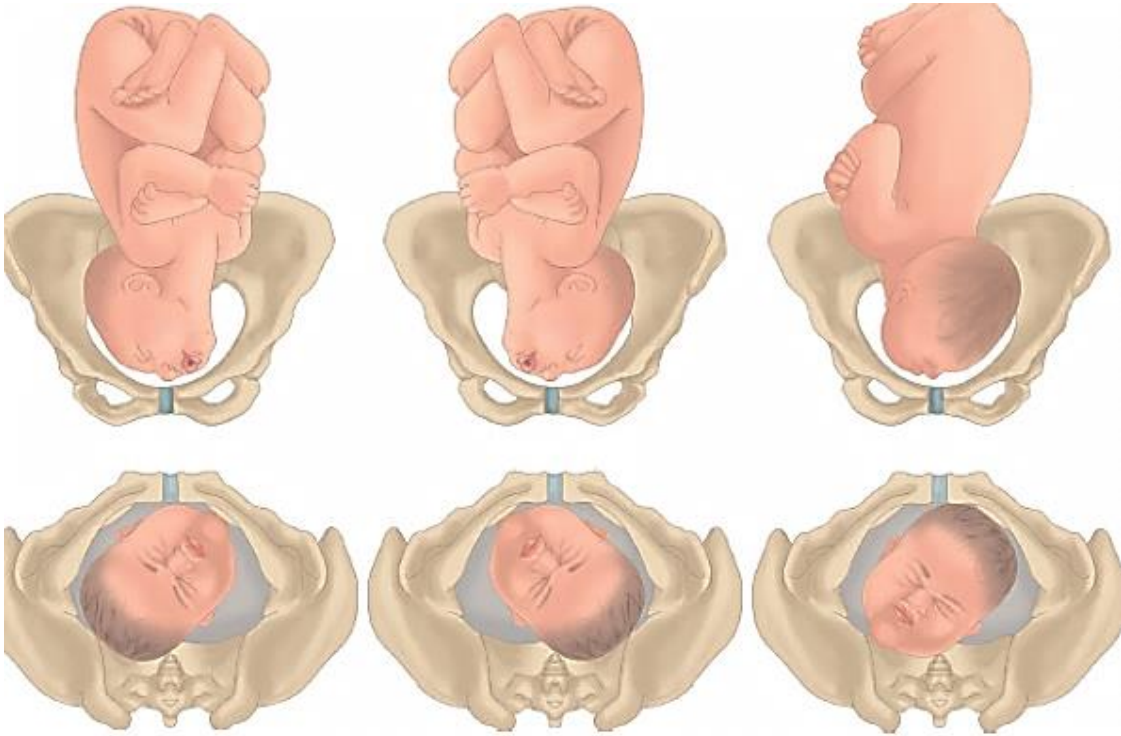
Sular axdıqdan sonra üzdə doğum şisi əmələ gəlir və bu diaqnostikanı çətinləşdirir. Üz gəlişi sağrı gəlişi ilə qarışdırılır. Ona görə bu iki gəliş arasında differensasiya aparmaq lazımdır.

Bunun üçün yadda saxlamaq lazımdır ki, sağrı gəlişlərində oma, dölün cinsiyyət orqanları, qasıq büküşləri, üz gəlişində isə qaşüstü qövsələr, burun, ağız, çənə əllənir. Doğum şisi böyük olduqda, dölün ağzını anusla səhv salmaq olur. Barmaq anusa salındıqda sfinkterin müqaviməti ilə rastlaşır. Amma barmaqla müayinə məsləhət görülmür. Xüsusi ilə qız uşaqlarında cinsiyyət orqanları, üz gəlişlərində isə uşağın gözləri zədələne bilər. Ümumyyətlə, üz gəlişlərində uşaqlıq yolu müayinəsi çox ehtiyatla aparılmalıdır. Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə dölün mövqeyi və görkəmi təyin edilir. Çənə sağa baxırsa I mövqe, sola baxırsa II mövqedir. Üz gəlişində dölün görkəmi onun arxasına, ənsəsinə nəzərən deyil, çənəsinin istiqamətinə görə təyin edilir. Əgər çənə önə yönəlibsə, arxa görkəmdir.

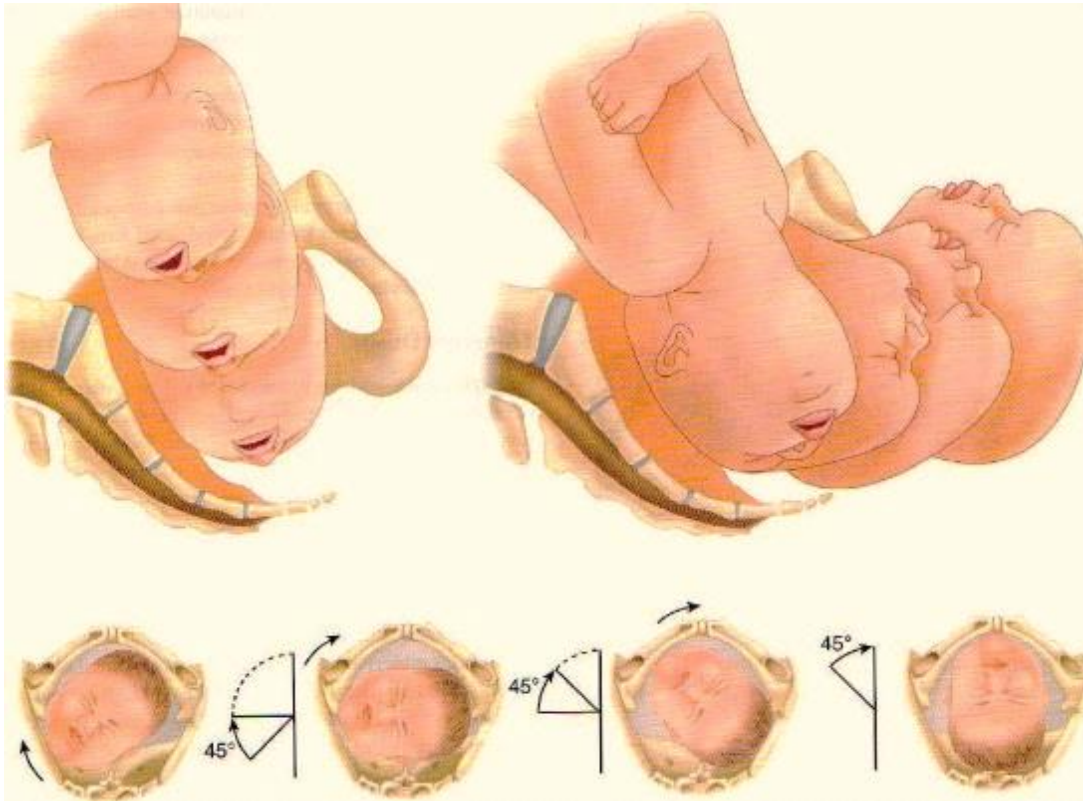


a
b
Şəkil:13-9. Dölün auskultasiyası:a) ənsə gəlişi
b) üz gəlişi

Üz gəlişi. (şəkil:13-10)



Üz gəlişi: a) arxa görkəm II mövqe; b) arxa görkən I mövqe; c) ön görkəm I mövqe



Üz gəlişində doğuşun biomexanizmi

Doğuşun biomexanizmi. Qovulma dövründə baş üz xətti (alın tikişindən başlayıb, burunüstü ilə çənəyə qədər) ilə çanağın köndələn və ya çəp ölçülərinə dirənir və ya daxil olur.

I mərhələ – başın açılmasıdır. Başın açılması nəticəsində çənə aşağı enir (ötürücü nöqtə). Bu vəziyyətdə baş çanaq dibinə çatır (şəkil:13-10).

II mərhələ – çanaq dibində başın daxili dönüşü baş verir (şəkil:13-10). Dönmə zamanı adətən çənə önə, üz xətti əvvəl çanağın çəp, sonra düz ölçüsünə keçir. Güclü gücvermədən sonra dilaltı sümük qasıq qövsünün altına sıxılır (I fiksasiya nöqtəsi).

III mərhələ – I fiksasiya nöqtəsi ətrafında baş bükülür. Başın bükülməsi nəticəsində aralığın üzərində üz, təpə, ənsə azad olur (şəkil:13-10).

IV mərhələ – başın xarici, çiyinlərin daxili dönüşü. Doğum şisi üzə yerləşir. Üz ödəmli və sianozludur. Xüsusilə dodaqlar, göz qapaqları şişkinləşir. Bəzən dil də şişkinləşir. Bununla əlaqədar olaraq, ilk günlərdə yenidoğulmuşun əmməsi çətinləşir.

Doğuşun gedişi. Üz gəlişində baş öz vertikal ölçüsü ilə (9,5sm) və çox böyük olmayan çevrə ilə (32-33 sm) çanaqdan və vulvar həlqədən keçir. Ona görə çanaq normal və doğum fəaliyyəti yaxşı olarsa özbaşına doğuş mümkündür. Döl böyük doğum gücü zəif, çanaq dar olduqda doğuş uzanır və ağırlaşmalar meydana çıxır (dölyanı mayenin erkən açılması, yumşaq toxumaların sıxılması, infeksiyalasma, dölün asfiksiyası).

Nadir hallarda arxa görkəm üz gəlişi rast gəlir: çənə büzdümə, alın sinfizə yönəlir. Bu çox ciddi ağırlaşmadır. Belə halda başın hərəkəti dayanır. Çünki baş döş qəfəsi ilə birlikdə doğum yollarından keçməlidir. Baş ilə döş qəfəsinin birlikdə həcmi çanağın ölçüləri ilə uyğun gəlmir. Ona görə doğuşun təbii yolla getməsi mümkün deyil (şəkil:13-11). Cərrahi müdaxilə tələb olunur.

Doğuşun idarə olunması. Ön üz gəlişində doğuş təbii yolla özbaşına mümkündür. Ona görə doğuş gözləmə mövqeyində idarə olunmalıdır.

Doğuşun I dövründə doğana böyrü üstə uzanmaq təklif olunur (çənə olan tərəfə). Bu, dölyanı mayelərin erkən axmasının qarşısını alır, çənənin aşağı enməsinə səbəb olur və doğuşun mexanizmini asanlaşdırır.

Qovulma dövründə doğuşun və dölün vəziyyəti, doğum fəaliyyətinin xarakteri, başın irəliləməsi nəzarətdə saxlanılır. Ön üz gəlişində səbrlə çənənin yarmasını gözləmək lazımdır. Bundan sonra doğuş qəbul edilir.

Cinsiyyət yarığını yaran üzü zədələməmək üçün çox ehtiyatla tutmaq lazımdır. Baş sol əllə tutulur, ehtiyatla və yavaş-yavaş simfizə tərəf bükülür. Sağ əllə doğulan baş yumşaq toxumalardan azad edilir (yumşaq toxumalar arxaya sürüşdürülür). Üz gəlişində aralığın cırılması hallarına çox rast gəlinir. Buna görə aralığın qorunması tədbirləri, onun cırılma təhlükəsi olduqda, perineotomiya aparılmalıdır.

Arxa üz gəlişində doğuş cərrahi yolla başa çatdırılır.



Şəkil:13-11.Arxa üz gəlişi

§ 4. Döl başının dirənmə anomaliyaları. Asinklitizm

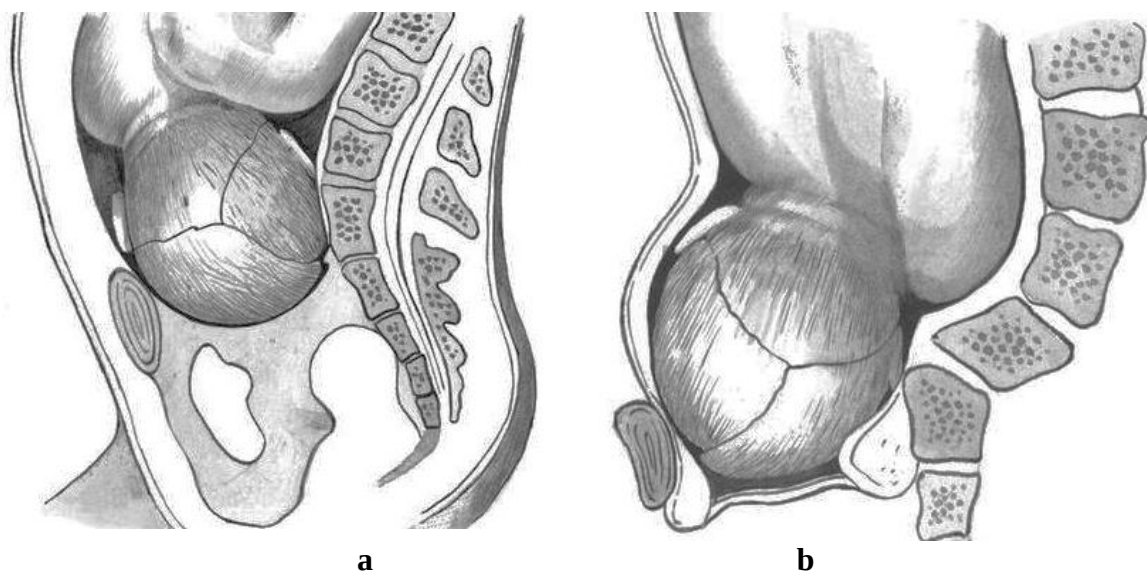
Normal döl başı çanağa girərkən, oxabənzər tikiş, çanaq oxuna uyğun gəlir, promontorium və simfizdən eyni məsafədə olur (**sinklitik duruş**). Bəzən oxabənzər tikiş çanaq oxundan kənara çıxır, bu **asinklitizm** adlanır.

I dərəcəli asinklitizm (az dərəcəli) normal doğuşlarda olur. Baş çanağa keçən kimi asinklitizm itir. Bu **fizioloji asinklitizm** adlanır.

II dərəcəli asinklitizm (nisbətən çox). Dar, xüsusi ilə yastı dar çanaqlarda doğuş zamanı rast gəlir. Adətən ön asinklitizm müşahidə edilir, **uyğunlaşma asinklitizmi** adlanır.

III dərəcəli asinklitizm (güclü) doğuşu çətinləşdirir və pozur. Ona görə də **patoloji asinklitizm** adlanır (şəkil:13-12).

Patoloji asinklitizm də öz növbəsində **ön (Neqelevski) asinklitizm** və ya ön təpə gəlişi və **arxa (Litsmanovski) asinklitizm** və ya arxa təpə gəlişi olaraq iki yerə bölünür.



Şəkil:13-12. a) ön asinklitizm; b) arxa asinklitizm.

Ön asinklitizmdə döl başının oxabənzər tikişi oma burnuna yaxın yerləşir, arxa təpə promontoriumda ilişir, ön təpə enir, baş arxa tərəfə əyilir.

Arxa asinklitizm zamanı oxabənzər tikiş simfizə yaxınlaşır, ön təpə simfizə dirənir, arxa təpə enir, baş ön çiyinə tərəf əyilir. Kəskin arxa asinklitizm zamanı daxili müayinədə dölün qulağı əl-lənir.

Patoloji asinklitizmin əmələ gəlməsinə səbəb olan amillər: dar çanaq, süst qarın divarı, (asılmış qarın), başla yanaşı əlin enməsi və s.

Asinklitik dirənməyə diaqnoz, uşaqlıq yolu müayinəsi ilə qoyulur. Müayinə zamanı oxabənzər tikişin çanaq oxundan kənara çıxdığı oma burnuna və ya simfizə yaxınlaşdığı və vəziyyətini möhkəm saxladığı aşkarlanır.

Patoloji asinklitizm başın irəliləməsini çətinləşdirir. Ancaq güclü doğum fəaliyyəti zamanı döl başı kiçik, çanağın darlıq dərəcəsi az olduqda özbaşına doğuş mümkündür. Bu zaman baş güclü konfigurasiyaya uğrayır, çəp forma alır. Güclü doğum fəaliyyəti təsirindən öndə gələn təpə sümüyü çanağın dərinliyinə enir və bundan sonra digər təpə sümüyü oma burnundan və ya simfizdən ayrılır.

Doğuşun gedişi uzanır, çox vaxt yumşaq toxumaların və sidik kisəsinin sıxılması, doğum gücünün II-li zəifliyi, dölün beyində travmaları və s. ağırlaşmalar baş verir. Patoloji arxa asinklitizmdə proqnoz daha pisdır. Ön təpənin güclü dirənməsi doğuş üçün maneə yaradır.

Doğuşun idarə olunması. Patoloji asinklitizmdə doğuşu həkim idarə edir. I və II dərəcəli asinklitizmlərdə, xüsusi ilə ön asinklitizmdə doğuş gözləmə mövqeyində idarə olunur. Ana və döl

həyatı üçün təhlükəli ağırlaşmalar meydana çıxdıqda müdaxilə olunur. Kəskin arxa asinklitizmdə doğuş aktiv idarə olunur.

Döl hərəkətli olduqda təcrübəli həkim daxili döndərmə ilə dölü ayaq gəlişinə gətirir və çıxarır. Döl hərəkətsiz (diri döl) olduqda Kesar kəsiyi aparılmalıdır. Döl tələf olubsa, döl pozucu əməliyyatlar aparılır.

§ 5. Döl başının duruş anomaliyaları

Başın yüksək düz duruşu. Normal ənsə gəlişlərində başın oxabənzər tikişi çanaq girəcəyinin köndələn və ya çəp ölçülərinin birinin üzərində durur və bu ölçüdən kiçik çanağa daxil olur.

Nadir hallarda baş çanağa girərkən onun oxabənzər tikişi çanağın düz ölçüsünə uyğun gəlir. Bu normadan kənar doğuş mexanizmidir və **başın yüksək düz duruşu** adlanır. (şəkil:13-13).

Əgər başın yüksək düz duruşu zamanı ənsə önə, simfizə doğru yönəlibsə bu **başın ön görkəm yüksək düz duruşudur** (positi occipitalis sacralis).



Şəkil:13-13. Başın yüksək düz duruşu. a) ön görkəm; b) arxa görkəm.

Başın yüksək düz duruşunun əmələ gəlməsinə aşağıdakı səbəblər təsir edir: dar çanaq, başın formasının dəyişməsi (böyük köndələn ölçü, kiçik çəp ölçüdən kiçikdir), uşaqlığın və qarın divarının tonusunun azalması və s.

Başın yüksək düz duruşu doğuşun gedişini ağırlaşdırır. Doğuşun qovulma dövrü uzanır. Çox vaxt doğum fəaliyyətinin II-li zəifləməsi, döl başının hərəkətinin dayanması, doğum yollarının yumşaq toxumalarının sıxılması, dölün asfiksiyası, beyindəxili travmalar və s. ağırlaşmalar müşahidə edilir. Bu ağırlaşmalar doğuşun cərrahi başa çatdırılmasına göstərişdir.

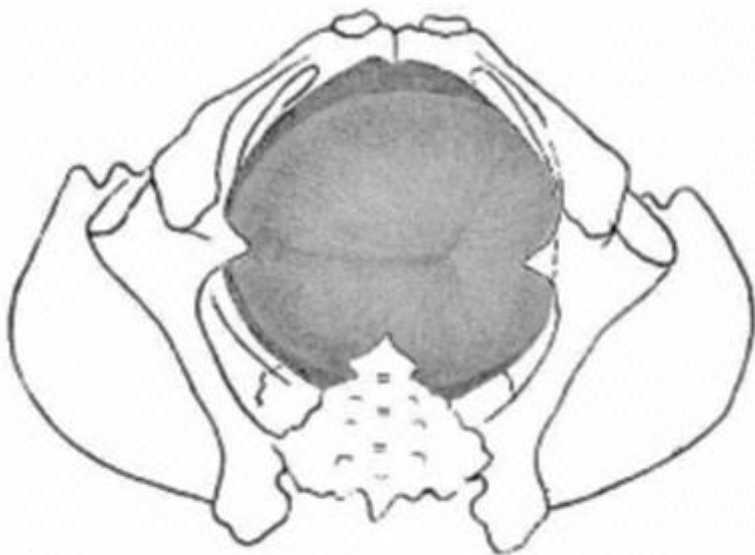
Çanaq normal, doğum fəaliyyəti yaxşı, döl kiçik olduğu hallarda təbii yolla doğuş mümkündür.

Ön görkəmdə proqnoz nisbətən yaxşıdır. Baş güclü bükülür və belə vəziyyətdə bütün çanaq müstəvisini keçir (oxabənzər tikiş çanağın düz ölçüsündədir). Baş çanaq dibinə çatdıqdan sonra ənsəaltı nahiyyəyə simfizə söykənir (fiksasiya nöqtəsi) və baş açılır (cinsiyyət yarığını yarıır).

Arxa görkəmdə baş güclü konfigurasiya edir və bükülür. Baş kiçik, doğum fəaliyyəti energik çanaq normal olduğu halda baş çanağa enir. Çanaq boşluğunda 180° dönüb, ön görkəmə keçir. Əgər dönmə baş vermirsə, baş arxa görkəmdə cinsiyyət yarığını yarıır. Arxa görkəmdə nadir hallarda doğuş təbii yolla başa çatır. Əksər hallarda cərrahi müdaxilə lazımdır (dölün ayaq gəlişinə gətirilməsi,

maşaların qoyulması, Kesar əməliyyatı)

Başın aşağı köndələn duruşu. Normal doğuşlarda baş çanaq boşluğunda daxili dönmə edir və çanaq çıxacağında onun oxabənzər tikişi çanaq çıxacağının düz ölçüsünə uyğun gəlir. Başın aşağı köndələn duruşu zamanı başın daxili dönüşü baş vermir. Çanaq boşluğunda, hətta çanaq çıxacağında başın oxabənzər tikişi çanağın köndələn ölçüsünə uyğun gəlir (şəkil:13-14).



Şəkil: 13-14. Başın aşağı köndələn duruşu

Aşağıdakı amillər başın aşağı köndələn duruşunun əmələ gəlməsinə səbəb olur: dar çanaq, xüsusi ilə dar yastı çanaq, çanaq dibi əzələlərinin süstlüyü və s.

Başın aşağı köndələn duruşunda dölün qovulma prosesi pozulur. Oxabənzər tikişi ilə çanaq çıxacağının köndələn ölçüsündə duran baş yarıla bilmir. Çünki oturaq qabları başın açılmasına mane olur. Yalnız baş dönüb oxabənzər tikişi ilə çanaq çıxacağının düz ölçüsünə keçərsə, başın yarması mümkündür. Darlıq dərəcəsi az olan çanaqlarda, doğum fəaliyyəti yaxşı olduqda, başın daxili dönüşü mümkün olur. Bu baş vermirə, həm ana həm döl həyatı üçün təhlükə yaradan fəsadlar baş verir (doğum yollarının yumşaq

toxumalarının və sidik kisəsinin sıxılması və nekrozu, qalxan infeksiya, dölün asfiksiyası və s.).

Doğuş gözləmə mövqeyindən idarə olunur. Doğan böyrü üstə, dölün ənsəsi yerləşdiyi tərəfə uzanır. Dölün asfiksiyasının profilaktikası aparılır. Ana və dölün vəziyyətinə ciddi nəzarət olunur. Döl diridirsə, mamalıq maşaları qoyulur, ölüdürsə kraniotomiya aparılır.

XIV FƏSİL

DOĞUM FƏALİYYƏTİNİN ANOMALİYALARI

§1. Doğum fəaliyyəti anomaliyalarının klinik formaları, müalicə və profilaktikası

Normal doğum fəaliyyəti üçün ana çanağı ilə döl başının uyğunluğu və normal doğum fəaliyyəti lazımdır. Doğum fəaliyyətinin əsas kriteriyaları aşağıdakılardır:

- tutmaların xarakteri (requlyar, kifayət qədər güclü və ağrılı);
- uşaqlıq boynunun açılma dinamikası;
- döl başının doğum kanalında irəliləməsi.
- üçlü enən qradiəntlər. Bu qanunun pozulması diskoordinasiyalı doğum fəaliyyətinin yaranmasına səbəb olur. Uşaqlıq boynu açılmaz.

Müasir dövrdə uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması ana və perinatal xəstəliklərin və ölümün əsas səbəblərindən biridir.

Doğum patologiyaları yaranan səbəblər müxtəlifdir. Onlar aşağıdakı qruplarda birləşdirilir:

- hamiləliyə qədər yaranan risk faktorları;
- hamiləlik müddətində yaranan risk faktorları;
- doğuş zamanı yaranan risk faktorları.

Hamiləliyə qədər yaranan risk faktorlarına somatik və infeksiyon mənşili genital və ekstragenital xəstəliklər, neyroendokrin pozğunluqlar, anamnezində reproduktiv pozğunluqların olması (ölüdoğma, doğuş zamanı qanaxmalar, düşüklər və s.), bioloji və konstitusional xüsusiyyətlər (dar çanağı olan; 18 yaşdan kiçik, 30 yaşdan böyük ilk doğan, 150 sm–dan aşağı boyu olan qadınlar), peşə zərərləri, məişət çətinlikləri və s. aiddir.

Hamiləlik zamanı meydana çıxan risk faktorlarına çoxdöllülük, çoxmayelilik, iri döl və s. aiddir.

Doğuş zamanı meydana çıxan səbəblər uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulmasını dərinləşdirir. Bunlara preliminar dövrün uzanması, ciftin ayrılma patologiyaları, lazımsız və əsassız dərman preparatlarının təyin edilməsi aiddir.

Patogenezi. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin patologiyalarının patogenezinin əsasını MSS–nin ali şöbələri, qabıqaltı strukturlar, endokrin vəzilər və uşaqlıq arasındakı münasibətin pozulması təşkil edir. Bu da doğuşa bioloji hazırlığın çatışmazlığına, steroidogenezin və prostoqlandinogenezin pozulmasına, uşaqlıqda patomorfoloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə, müxtəlif endokrin pozğunluqlara səbəb olur. Uşaqlıq yığılmaları zəifliyin patogenezinin əsas bəndləri aşağıdakılardır:

- uşaqlıqda xolinergik və serotoninergik aktivliyin azalması;
- ana–döl vahid sistemində steroidogenezin və prostoqlandinogenezin pozulması;
- uşaqlıqda metabolik proseslərin pozulması.

Bütün bunlar uşaqlığın yığılma qabiliyyətini aktivləşdirən və tormozlayan mexanizmlərin vəziyyətini və onların nisbətini təyin edir.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin aktivatorları asetilxolin, serotonin, aktivləşdirici α -adrenoreaktiv strukturlar və prostoqlandinlərdir.

β -adrenoreaktiv strukturlar, asetilxolin və serotoninin sintezini tormozlayan inhibitorlardır. Cinsi hormonlar (estrogen, progesteron) uşaqlığın yığılma qabiliyyətinə inotrop (yığılmaların gücünü artırır) təsir göstərir. Doğuşa hazırlıq dövründə bunun əhəmiyyəti daha böyükdür.

Təsnifatı.

1. Patoloji preliminar dövr.
2. Hipokinetik–doğum fəaliyyətinin zəifləməsi;
 - a) I–li doğum fəaliyyəti zəifliyi,
 - b) II–li doğum fəaliyyəti zəifliyi.
3. Hiperkinetik–şiddətli doğum fəaliyyəti;
4. Diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti;
 - a) ümumi diskoordinasiya;
 - b) uşaqlığın qıcolma şəklində yığılması – uşaqlığın tetanik yığılması,
 - c) aşağı seqmentin hipertonusu.
5. Servikal distosiya.

Patoloji preliminar dövr. Normal preliminar dövr zamanı estrogen progesteron nisbəti dəyişir (estrogenlər artır). Simpatik sinir sisteminin tonusu artır. Uşaqlıq boynu „yetişir” (ötürücü ox boynu yerləşir, 1,5-2 sm-ə qədər qısalmır, servikal kanal bir barmağı sərbəst buraxır, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi servikal kanalın uzunluğuna uyğundur), sancılar koordinasiyalıdır, dölün gəliş hissəsi çanağa dirənir, müjdəçi ağrılar 6 saatdan çox davam etmir.

Patoloji preliminar dövr 6 saatdan çox davam edir. Uşaqlığın, xüsusilə aşağı seqmentin hipertonusu fonunda çox ağır sancılar müşahidə edilir. Uşaqlıq yığılmaları qeyri-requlyardır və uşaqlıq boynunun açılmasına səbəb olmur. Dölün gəliş hissəsi hündürdədir, uşaqlıq dölə kip yapışıb, uşaqlıq boynu yetişməyib, uzundur, bərkdir, arxaya doğru yerini dəyişib. Xarici dəlik bağlıdır.

Beləliklə, patoloji preliminar dövr uşaqlıq əzələlərinin ağır yığılması və uşaqlıq boynunda struktur dəyişikliklərin olmaması ilə xarakterikdir. Sancılar arası interval qeyri-requlyardır. Sancılar arası fasilədə miometriumun hipertonusu aşkarlanır.

Xarici müayinə zamanı uşaqlığın xüsusilə aşağı seqmentin tonusunun artması aşkarlanır. Daxili müayinə çox vaxt aralıq əzələlərinin hipertonusu səbəbindən mümkün olmur. Belə qadınlarda uşaqlıq yolu daralır, uşaqlıq boynu yetişməyib. Əgər uşaqlıq boynundan barmaq keçərsə, döl qovğunun gərgin və yastı olduğu aşkar olunur.

Doğum fəaliyyətinin monitorinqi zamanı üçlü enən qradiyentlər qanununun pozulması müşahidə olunur. Sancılar müxtəlif gücə və davamiyyətə malikdir. İnterval eyni deyil. Uşaqlığın dibinə və cisminə nisbətən aşağı seqment daha gərgindir.

Patoloji preliminar dövr çox vaxt cinsi infantil, sinir sistemi labil, artıq çəkisi olan qadınlarda rast gəlinir.

Patoloji preliminar dövrün ağırlaşmalarından biri dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasıdır. Bu çox vaxt uşaqlığın qeyri-bərarər yığılması, uşaqlıqdaxili təzyiqin təkanvarı artması nəticəsində baş verir.

Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasına adaptasiya reaksiyası kimi də baxmaq olar: suların axması uşaqlığın və miometriumun tonusunu azaldır. Bu da uşaqlıq yığılmalarının amplitudunu artırır.

Patoloji preliminar dövrdə uşaqlıq boynunun, dölün, dölyanı mayenin vəziyyəti və klinik əlamətlər əsas götürülərək taktika seçilir. Müalicə aşağıdakı kimi aparılır:

- medikamentoz yuxu və ağrısızlaşdırma–(diazepam) sinir-psixi reaksiya normallaşır, nəticədə uşaqlıq əzələlərinin boşalması baş verir. Ağrısızlaşdırma promedol+seduksen, dimedrol və ya pipolfen, natrium oksibutiratla aparılır (vena və ya əzələ daxilinə);
- β -adrenomimetiklər – (partusisten, alupent, brikanil vena daxilinə damcı üsulu ilə 2-3 saat ərzində) – tormozlayıcı təsir göstərir. B – adrenoreseptorları oyadır, nəticədə uşaqlıq tonusu azalır.
- spazmolitiklər;
- amniotomiya.

Doğum yolları „yetişmiş” və ya „yetişən” olduqda amniotomiya effektivdir. Bəzi alimlər amniotomiyanın medikamentoz yuxu zamanı aparılmasını məsləhət görürlər. Susuz dövrü qısaltmaq üçün amniotomiyanı yuxudan sonra aparmaq daha məqsədəuyğundur.

Amniotomiya mütləq amnioskopiyaadan sonra aparılmalıdır. Patoloji preliminar dövrdə dölün bətdaxili hipoksiyası inkişaf edir (mekonium dölyanı mayeyə qarışa bilər). Belə halda Kesar əməliyyatı göstəridir.

Hipokinetik doğum fəaliyyəti zamanı döl başı ilə ana çanağı uyğun gəlir. Sancıların gücü, müddəti və periodikliyi kifayət qədər olmur. Doğum yollarındaki proseslər (uşaqlıq boynunun hamarlaşması və servikal kanalın açılması) və dölün doğum yollarında hərəkəti ləng olur.

Birincili doğum fəaliyyəti zəifliyi ümumi hipokinetik doğum fəaliyyətinin 70–80 %-ni təşkil edir. Uşaqlıq ritmin sürücüsü (peysmeyker) tərəfindən olan normal impulslara uşaqlıq lazımı cavab vermir. Bu ya impulsların çatışmazlığı, ya da reseptorların çatışmazlığı nəticəsində baş verir.

Doğum fəaliyyəti başladıqdan 3–5 saat sonra və ya daha erkən uşaqlığın aşağı seqmentinin formalaşmasında və uşaqlıq boynu kanalının açılmasında müsbət dinamika yoxdursa, bu **I–li doğum fəaliyyəti zəifliyi** adlanır. Birincili doğum fəaliyyəti zəifliyi zamanı sancılar tək-tək, zəif və qısa olur, onlar requlyardır, oyanmanın yayılması və üçlü enən qradientlər saxlanılıb. Uşaqlıq boynunun hamarlaşması və açılması yavaş tempə gedir. Döl başı uzun müddət çanaq girəcəyi üzərində durur və ya çanaq girəcəyinə dirənir.

Birincili doğum fəaliyyəti zəifliyi aşağıdakı səbəblərdən yaranır; sedativ və analgetiklərin tez və çox qəbul edilməsi; uşaqlıq boynunun bioloji yetişkənliyinin çatışmazlığı; reseptor aparatın və endokrin pozğunluqların nəticəsində uşaqlığın inertliyi; miometriumun dartılması; klinik dar çanaqlar.

Birincili doğum fəaliyyəti zəifliyi qadının yorulmasına, dölyanı mayelərin vaxtından əvvəl axmasına, dölün RDS-na, infeksiyalasmaya (uzun sürən susuz dövr), svişlərin yaranmasına (döl başı uzun müddət bir müstəvidə durduqda) zahılıq qanaxmalarına səbəb ola bilər.

Diagnoz:

- sancıların xarakterinə: zəif, qısa;
- uşaqlıq boynunun dinamikada açılmasına (normada ilk doğanlarda 1 sm/saat, təkrar doğanlarda 2-3 sm/saat sürəti ilə açılır) əsasən qoyulur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün USM-i və KTQ aparılır.

Müalicə:

- səbəblərin aradan qaldırılması – yastı döl qovluğu və çoxmayelilik zamanı amniotomiya;
- medikamentoz yuxu;
- doğuşun induksiyası.

Doğuşun induksiyası aparılarkən göstərişlər və əks göstərişlər, dölün vəziyyəti, uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsi Bişop şkalasına əsasən qiymətləndirilir. Bu şkalada uşaqlıq boynunun yetişkənlik əlamətləri: uşaqlıq boynunun uzunluğu; konsistensiyası; ötürücü oxa nisbəti və gələcək hissənin oturaq qabarlarına nisbəti balla qiymətləndirilir. **6 bala qədər** uşaqlıq boynu **yetişməyib**, **6 baldan çox** uşaqlıq boynu **yetişib**.

Doğuşun induksiyasında aşağıdakı preparatlardan istifadə olunur.

1.Prostoqlandinlər: PQE₁ (mizoprostol) intravaginal və sublingval; PQE₂ (dinoprostan) intra-servikal, intravaginal; PQE₂ və PQE_{2α} damcı üsulu ilə vena daxilinə təyin edilir.

2.Oksitosin.

3.Oksitosinin prostoqlandinlərlə kombinasiyası. PQE₂-nin son dozasından 6 saat sonra oksitosin yeridilir.

Ana çanağı ilə döl başı arasında uyuşmazlıq; dölün qeyri-düzgün vəziyyətləri; diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti: şiddətli doğum fəaliyyəti; anamnezdə uşaqlıq əməliyyatları; dölün RDS sindromu; doğuşun induksiyasına əks göstərişdir. Belə hallarda doğuş Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırılır.

II–li doğum fəaliyyəti zəifliyi. İkincili doğum fəaliyyəti zəifliyi uzun sürən doğum fəaliyyətindən sonra, adətən I dövrün sonundan, uşaqlıq boynu 6 sm açıldıqdan sonra başlayır. Dölün do-

ğum kanalında irəliləməsi yavaşdır. Doğuş uzanmış xarakter alır bu da doğanın yorulmasına, dölnün hipoksiyasına, doğuş zamanı endometritin inkişafına səbəb olur. İkincili doğum fəaliyyəti zəifliyi dölnün başı ilə ana çanağı arasında uyğunsuzluq, dölnün qeyri-düzgün duruşu, analgetiklərin və sedativlərin çox qəbulu və s. səbəblərdən yarana bilər.

Müalicə zamanı ilk növbədə ikincili doğum fəaliyyəti zəifliyi yaradan səbəb aydınlaşdırılmalıdır. Səbəb qadının yorulmasıdırsa medikamentoz yuxu təyin olunur. Çox vaxt yuxudan sonra doğum fəaliyyəti bərpa olunur. Əgər bərpa olunmursa doğuş induksiya olunur. Effekt olmasa və 2-3 saat ərzində doğuş baş verməsə mamalıq maşaları, vakuum ekstraksiya və mamalıq döndərmələri ilə dölnü azad edilir.

Əgər doğum fəaliyyəti doğuşun II-ci dövründə zəifləyirsə bu **gücvermə zəifliyidir**. II-li doğum fəaliyyəti zəifliyi, I-li doğum fəaliyyəti zəifliyinin davamı da ola bilər və ya normal doğum fəaliyyətinin zəifləməsi və dayanması nəticəsində yarana bilər. Adətən yaşlı ilk doğanlarda qarın pressnin zəifliyi, çoxdoğanlarda, çoxdöllü hamiləliklərdə, çoxmayelilikdə, dölnü iri olduqda qarın əzələlərinin həddən artıq gərilməsi, infantilizm, miosteniya, onurğa zədələnmələri zamanı yaranır.

Müalicəsi oksitosinlə doğuşun induksiya edilməsidir. Effekt olmadıqda, doğuşun II dövrü 2 saatdan çox davam etdikdə mamalıq maşaları və ya vakuum ekstraksiya ilə doğuş başa çatdırılır və ya dölnü döndərilərək traksiya edilir.

Hiperkinetik – şiddətli doğum fəaliyyəti. Şiddətli doğum fəaliyyəti zamanı tez-tez və güclü sancılar olur.

Etiologiyası. Şiddətli doğum fəaliyyəti əsasən sinir sisteminin oyanıqlığı çox olan qadınlarda rast gəlinir. Bu kortiko-visseral pozğunluqlar nəticəsində uşaqlıqdan qabıqaltı mərkəzlərə gələn impulslar beyin qabığı tərəfindən lazımı dərəcədə rəqulyasiya olunmur. Belə hal çox vaxt uterotoniklərin qeyri-rasional vurulması zamanı baş verir.

Klinika. Doğum fəaliyyətinin qəflətən və şiddətli başlaması xarakterikdir. Şiddətli doğum fəaliyyəti zamanı uşaqlıq-cift qan dövrəni pozulur, nəticədə döldə hipoksiya inkişaf edir.

Dölyanı mayələr axdıqdan sonra güclü gücvermələr başlayır. Bir-iki gücvermədən sonra dölnü, ardınca son doğulur.

Doğuş, ilk doğanlarda 6, təkrar doğanlarda 4 saat davam edərsə, bu **sürətli doğuş**, ilk doğanlarda 4, təkrar doğanlarda 2 saat davam edərsə **ıldırımvari doğuş** adlanır.

Şiddətli doğum fəaliyyəti zamanı ana tərəfindən ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun, aralığın cırılması, qanaxma kimi ağışmalar müşahidə edilir. Doğum yollarından sürətlə keçən dölnün başı konfiqurasiyaya uğramağa vaxt tapmır, sürətlə və güclü sıxılır. Nəticədə müxtəlif travmalar, beyindəxili qansızma baş verir. Belə halda ölüdoğulma və erkən neonatal ölüm faizi yüksək olur.

Müalicə. Şiddətli doğum fəaliyyətində tokolitiklər effektivdir (salqim, partusisten, terbutalin, brikanil, ritodrin). 0,5 mq 400-500 ml fizioloji məhlulda damcı üsulu ilə, 5-8 damcıdan başlanır, doğum fəaliyyəti normallaşana qədər tədricən doza artırılır. β -adrenomimetiklər ağrıların daha yumşaq və mülayim olmasına səbəb olur. Bəzən azot oksidindən istifadə olunur. Bundan başqa maqnezium sulfat, relanium da effektivdir. Doğuşun II dövründə peridural anesteziya məqsədəuyğundur. Doğana dölnün mövqeyinin əks böyrü üstə uzanmaq təklif olunur.

Doğuşdan sonra doğum yolları diqqətlə müayinə olunmalı, əgər cırıqlar varsa, tikilməlidir.

Şiddətli doğuşlar doğum evindən kənarda da baş verə bilər. Belə hallarda körpə və anaya tetanus əleyhinə zərər vurulmalıdır.

Diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti çox vaxt doğum gücü zəifliyi ilə birlikdə rast gəlinir. Əsasən, sinir sistemi labil, uşaqlığın inkişaf qüsuru, uşaqlıq boynunun anatomik dəyişiklikləri olan qadınlarda rast gəlinir. „Üçlü enən qradientlər“ qanunu pozulur. Ritmin sürücüsünün uşaqlıq bucağından uşaqlıq cisminə və ya aşağı seqmentə yerdəyişməsi baş verir. Oyanma dalğaları nəinki yuxarıdan aşağı hətta aşağıdan yuxarı yayılır (əks qradient), hətta bir neçə oyanma ocağı yarana bilər. Uşaqlığın müxtəlif hissələrinin yığılması eyni zamanda baş vermir. Uşaqlığın maksimal gərginləşməsi və boşalması (sütləşməsi) yoxdur. I-li və II-li diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti ayırd edilir:

I-li diskoordinasiya hamiləliyin sonu və doğuşun əvvəlində yaranır; II-li diskoordinasiya doğuş zamanı yaranır.

II-li diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti I-li diskoordinasiyanın davamı və ya doğuşun qeyri-rasional idarə olunması (doğuşa bioloji hazırlıq olmadan doğuşun aktivləşdirilməsi) və ya maneənin olması (yastı döl qovluğu, dar çanaq, uşaqlıq boynu mioması və s.) nəticəsində inkişaf edir.

Klinika. Gücünə, davamiyyətinə, intensivliyinə görə fərqlənən kəskin ağrılı sancılar müşahidə olunur. Sancıların biri 2-3 dəqiqədən, digəri 5-6 dəqiqədən bir baş verir, bir sancı 20-25 san, digəri 40-45 san. davam edir. Bu uşaqlığın, xüsusilə aşağı seqmentin tonusunun artmasına, uşaqlıq boynunun rigidliyinə səbəb olur. Aşağı seqmentin hipertonusu nəticəsində dölün doğum kanalında irəliləməsi yavaşır. Bu səbəbdən sidik ifrazı da çətinləşir.

Müayinə zamanı patoloji preliminar dövr, orqanizmin doğuşa bioloji hazır olmaması, „yetişməmiş” uşaqlıq boynu, uşaqlıq boynunun distosiyası, yastı döl qovluğu, miometriumun bazal tonusunun artması, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl açılması aşkar olunur. Diaqnoz tokografiya ilə təsdiqlənir.

Uşaqlıq boynunun distosiyası uşaqlıq boynunun və aşağı seqmentin sirkulyator əzələlərinin aktiv boşalması nəticəsində yaranır. Uşaqlıq boynu qalındır, rigiddir və pis gərilir. Toxumalar qeyri-bərabər qalınlaşmış və bərkdir. Sancılar zamanı sirkulyator əzələlərin spastik yığılması hesabına uşaqlıq boynu daha da bərkiyir.

Diskoordinasiyalı doğum fəaliyyətinin 3 stadiyası ayırd edilir.

I stadiya diskoordinasiyada sinir sisteminin parasimpatik şöbəsinin həddən artıq **oyanması** baş verir. Bu boylama və sirkulyar əzələlərin eyni zamanda yığılmasına səbəb olur. Sirkulyar əzələlər hipertonus vəziyyətində olduğu üçün boylama əzələlərin **tonik** yığılması uşaqlıq boynunun zəif açılmasına səbəb olur. Uşaqlığın bazal tonusu yüksəkdir.

II stadiya diskoordinasiya **spastik** adlanır. I stadiya müalicə olunmadığı və ya uterotoniklərin qeyri-rasional tətbiqi zamanı inkişaf edir. Boylama və sirkulyar əzələlərin tonusu kəskin artır. Uşaqlığın xüsusilə, aşağı seqmentin bazal tonusu artır. Sancılar spastik xarakter alır və çox ağrılıdır. Doğan həyacanlı və narahatdır. Yığılma aşağı seqmentdən başlayır (əks qradient). Dölün ürək fəaliyyəti pozula bilər.

Daxili müayinədə xarici dəliyin kənarları nahamardır və gərilir. Sancılar zamanı uşaqlıq boynu dəliyinin kənarları yığılır (**Şikkəl simptomu**).

III stadiya diskoordinasiya **tetanik** adlanır. Uşaqlığın yığılma aktivliyində ağır pozğunluqlar, uşaqlığın bütün şöbələrinin tetanik yığılmaları, miometriumun hipertonusu, uşaqlıq boynunun distosiyası ilə xarakterikdir. Ayrı-ayrı şöbələrin yığılması qısa, aritmik, tez-tez və kiçik amplitudalı olur. Bunlar fibrilyar kimi qiymətləndirilir. Uşaqlıq tonusu artdıqca yığılmalar itir, sirkulyar və boylama əzələlərin tetanik vəziyyəti inkişaf edir. Doğan belində və qarının aşağı hissəsində daimi küt ağrıları hiss edir.

Dölün ürək tonları karlaşıb, aritmikdir.

Daxili müayinədə xarici dəliyin kənarları bərk, qalın, rigiddir.

Müalicə. Diskoordinasiyanın I stadiyası zamanı psixoterapiya, elektroanalgeziya, iynərefleksoterapiya ilə müalicə başlanır. Effekt alınmazsa, ağrıkəsicilər, spazmolitiklər və antihistamin preparatlar birlikdə təyin edilir. Lazım gələrsə, spazmolitiklər hər 2-3 saatdan bir vurulur. Uşaqlıq boynu „yetişmiş” olduqda amniotomoya aparılır.

Endogen prostoglandinlərin yaranmasını artırmaq üçün Linetol 10 ml və ya 10 damcı Araxiden təyin edilir.

Diskoordinasiyanın II stadiyası təcili korreksiya tələb edir. I stadiyada aparılan müalicəyə (analgetiklər, spazmolitiklər, antihistamin preparatlar, amniotomoya) ilə yanaşı medikamentoz yuxu (viadril, QOMK) və promedol və seduksen adi dozalarda təyin olunur.

Diskoordinasiyanın III stadiyasında I və II stadiyada aparılan müalicəyə adrenomimetiklər əlavə olunur. Adrenomimetiklər damcı üsulu ilə vena daxilinə yeridilir. Ağır hallarda Kesar əməliyyatı aparılır.

Doğum fəaliyyəti anomaliyalarının profilaktikası. Doğum fəaliyyəti anomaliyalarının profilaktikası qadın məsləhətxanasından başlanır. Hamilələrin ciddi müayinəsi aparılır və risk qrupu ayrılır. Risk qrupuna yaşlı ilk doğanlar, cinsi və ümumi infantilizmi, çoxdöllü hamiləliyi, çoxmayeliliyi, endokrinopatiyası, dar çanağı, uşaqlığın inkişaf qüsuru və s. olan qadınlar daxildir. Bundan başqa sinir sistemi labil olanlar da nəzarətə götürülür. Risk qrupuna daxil olan hamilələrə psixoprofilaktik dərslər və lazımı müalicələr aparılır.

Doğum fəaliyyəti anomaliyalarına görə risk qrupuna daxil olan hamilələr erkən, 38-ci həftədə hospitalaşdırılır. Məqsəd: kardiomonitor nəzarət üçün hormonal energetik fon yaratmaq; döl başı ilə ana çanağı arasındakı nisbəti qiymətləndirmək, (pelveometriya, dölün çəkisi, başın duruşu); profilaktik medikamentoz müalicələrin – endogen prostoqlandinlərin sintezini artıran preparatlarla (linetol, araxiden) – aparılmasıdır.

§2. Doğuşun induksiyası və stimulyasiyası

Doğum fəaliyyəti spontan başlamadığı zaman doğuşun süni yaradılması **doğuşun induksiyası** adlanır. Doğuşun induksiyası həm döl qovluğu tam olduqda, həm də vaxtından əvvəl yırtıldıqda, hamiləliyin davam etdirilməsi ana və ya döl həyatı üçün riskli olduğu zaman aparılır.

Doğuşun induksiyasına göstərişlər həm ana, həm də döl tərəfindən ola bilər.

Ana tərəfindən olan göstərişlərə uzanmış doğuş və dölyanı mayenin vaxtından əvvəl açılması (24 saat susuz dövr); xorioamnionit və ya ona şübhə; hamiləliyin pozulmasını tələb edən ananın ekstragenital xəstəlikləri; mamalıq ağrılaşmaları (preeklampsiya) aiddir.

Döl tərəfindən olan göstərişlərə preeklampsiya, dölün hemolitik xəstəliyi, azmayelilik, dölün antenatal ölümü və həyatla uzlaşmayan qüsurları aiddir.

Vaginal doğuma əks göstərişlər və prostoqlandinlərə yüksək həssaslıq doğuşun induksiyasına əks göstərişlərdir.

Doğuşun induksiyası aparılmazdan əvvəl göstəriş və əks göstərişlər diqqətlə öyrənilməlidir. Ana çanağı ilə döl başı arasındakı münasibət, dölün və uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsi nəzərə alınmalıdır.

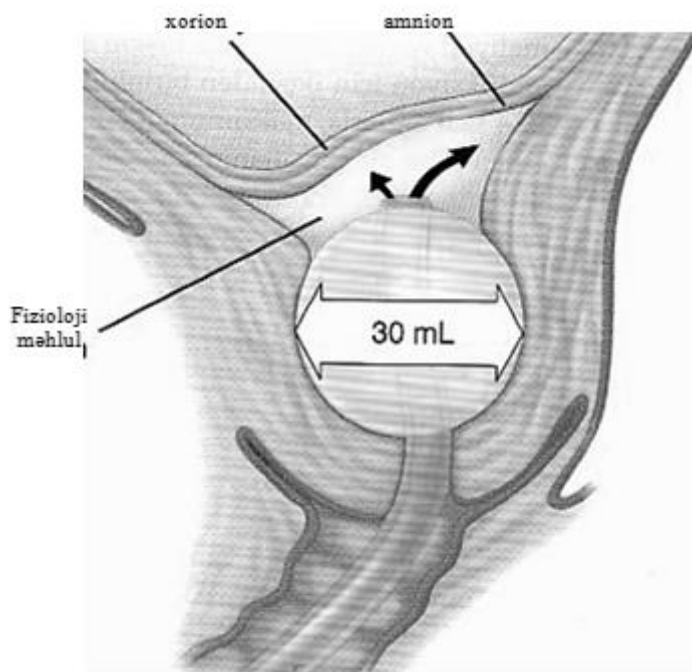
Uşaqlıq boynunun yetişkənlik dərəcəsi daxili müayinə ilə təyin olunur və Bişop şkalası ilə qiymətləndirilir. Bişop şkalası üzrə 6 baldan yuxarı uşaqlıq boynu „yetişmiş“, 6 baldan aşağı olduqda uşaqlıq boynu „yetişməmiş“ hesab edilir. Belə halda uşaqlıq boynunu induksiyaya hazırlamaq lazımdır. Bunun üçün aşağıdakı üsullardan istifadə olunur: medikamentoz, mexaniki və cərrahi.

Medikamentoz üsulda prostoqlandin E və onun analoqlarından (PQE₁, PQE₂) intravaginal intraservikal, sublingval istifadə olunur.

Mexaniki üsulla Foley kateteri servikal kanala daxil edilir, 30-60 ml su və fizioloji məhlulla doldurulur. 24 saat müddətinə və ya düşənə qədər saxlanılır (şəkil:14-1).

Cərrahi üsula amniotomiya aiddir.

Uşaqlıq boynu hazır olduqda (4 sm)



Şəkil:14-1.Foley kateteri

açıq olduqda amnitomiyadan 2 saat sonra vena daxilinə oksitosin vurulur. Vena daxilinə oksitosin vurmaq üçün, 1ml (5v) oksitosin 500 ml fizioloji və ya Ringer məhlulunda həll edilir. Oksitosin aşağıdakı sxemlə təyin edilir:

- 1.1 mTV/dəq (6 ml və 2 damcı/dəqiqə) sürətlə başlamaq;
- 2.dozanı hər 30 dəqiqədən bir 2 dəfə artırmaq: 1; 2; 4; 8; 16; 24; 32 mTV (maksimal doza);
- 3.əffekt alındıqda (10 dəqiqə ərzində davamiyyəti 1 dəqiqə olan 3-4 sancı) dozanı fiksə etmək və həmin doza ilə oksitosin yeridilməsini davam etdirmək;
- 4.doğuşa qədər oksitosin yeridilməsini davam etdirmək;
- 5.uşaq doğulduqdan sonra 30 dəqiqədən az olmayaraq oksitosin yeridilməsini davam etdirmək.

Doğuşun induksiysı aparılan zaman dölün və qadının vəziyyəti KTQ nəzarətində olmalıdır.

Unduksiya effektsiz olduqda Kesar əməliyyatı aparılır.

Doğuşun stimulyasiyası. Doğuş fəaliyyətinin I və II zəifləməsi zamanı doğuşu sürətləndirmək üçün doğuş stimulyasiya edilir. Döl qışaları tam olduqda amniotomiya aparılır. Əgər ehtiyac olarsa oksitosin vurulur. Dölyanı mayelər vaxtından əvvəl axıbsa doğuş oksitosinlə stimulyasiya edilir. Oksitosin (5 TV) 500 ml fizioloji məhlulda həll olunur və aşağıdakı sxemlə təyin edilir.

Aktiv fazanın başlanğıcında (uşaqlıq 4-8 sm açıqdır) başlanğıc doza-2-5 damcı, yəni 1-1,25 mTV/ml görürülür.

Aktiv fazanın sonundan başlanğıc doza 4mTV/dəq götürülür. Çünki, uşaqıq boynu açıldıqca oksitosinə tələbat artır. Hər hər iki halda 15-30 dəq-dən bir doğum fəaliyyəti qiymətləndirilir, effekt olmadıqda doza 2 dəfə artırılır (maksimal doza 32 mTV/dəq). Doğuş fəaliyyəti yaranan doza doğuşun axırına qədər davam etdirilir. Doğuşdan 30 dəq sonra da oksitosin yeridilməsi davam etdirilir.

Oksitosinlə stimulyasiya zamanı dölün vəziyyəti fasiləsiz KTQ nəzarəti altında olmalıdır. Oksitosinlə stimulyasiyanı 6-8 saatdan çox aparmaq olmaz. Stimulyasiya zamanı dölün vəziyyətində pisləşmə qeyd edilərsə və ya oksitosin yeridildikdən sonra döl başının irəliləməsi qeyd edilməzsə, baş aşağıda yerləşdikdə mamalıq məşalarından istifadə olunur. Döl başı yuxarıda yerləşdikdə Kesar əməliyyatı aparılır.

§ 3. Doğuşda çiyinlərin distosiyası

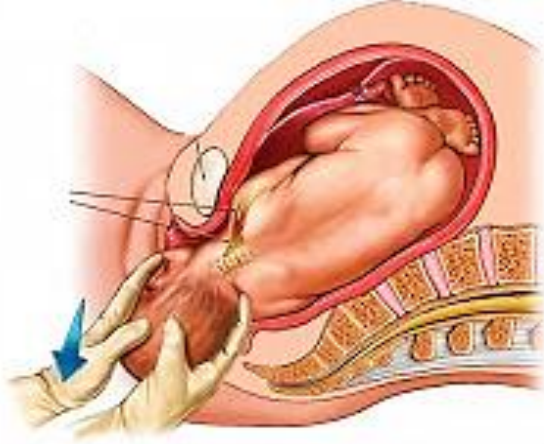
Baş gəlişlərində vaginal doğuş ağırlaşmasıdır. Dölün çiyin qurşağı ilə kiçik çanaq çıxacağıının ölçülərinin uyğun gəlməməsi nəticəsində yaranır. Bu zaman ön çiyin qasıq qövsü altında ilişir (şəkil:14-2). Bu vəziyyətin əmələ gəlməsində iştirak edən faktorlar antenatal və intranatal olmaqla iki yerə bölünür.

Antenatal faktorlar: iri döl; anada şəkərli diabetin, piylənmənin, dar çanağın olması; vaxtı ötmüş hamiləlik; dölün kişi cinsli olması.

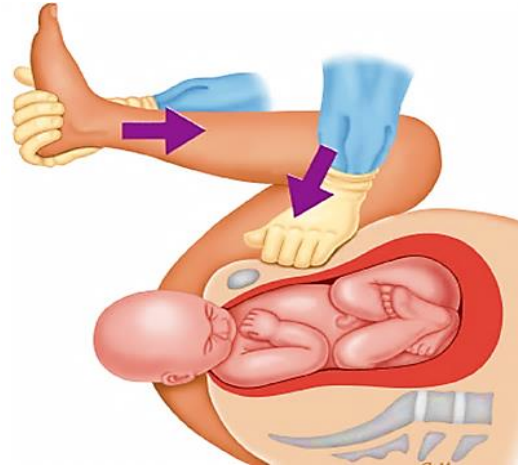
İntranatal faktorlar: doğuşun II dövrünün uzanması; gücvermənin zəifləməsi; doğuşun induksiya; oksitosinlə doğuşun stimulyasiyası; ildırımvari doğuş; doğuş zamanı vaxtından tez gücvermə; böyük qüvvə ilə başın traksiyası; döl başının mövqeyinin əksinə fırladılması; vaginal operativ əməliyyatlar və s.

Patogenez. Fizioloji doğuşlarda başın xarici dönüşü zamanı çiyinlər çanaq girəcəyinin çəp ölçüsünə keçir. Bu ön çiyinin qasıq qövsü altından özbaşına və ya yüngül traksiya ilə doğulmasına şərait yaradır. Çiyinlər çanaq girəcəyinin düz ölçüsünə keçdikdə çiyinlərin distosiyası yaranır, ön çiyin qasıq qövsü altında ilişir.

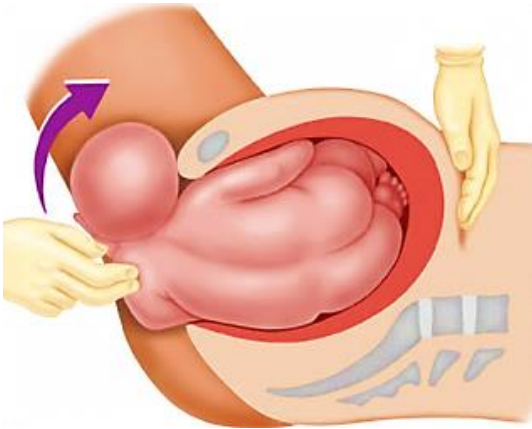
Çiyinlərin distosiyası (şəkil:14-2)



Çiyinlərin distosiyası



Mak-Roberts üsulu



Rubin üsulu



Rubin və Vuds üsulları birlikdə



Əks-Vuds üsulu



Arxa qolun azad edilməsi

Çiyinlərin distosiyası zamanı üz və çənə çətinliklə doğulur, baş doğulduqdan sonra boyun vulvar həlqə ilə kip sıxılır, çənə arxaya, aralığa doğru dartılır („tısbağa” simptomu), zəif traksiyalar çiyinlərin doğulmasına səbəb olmur.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün çanaq oxu istiqamətində rutin traksiyalar icra olunur, yəni normal doğuş zamanı ön çiyinin başla birlikdə doğulması üçün icra olunan standart güclü traksiya aparılır. Çiyinlərin zorla çıxarılmasına çalışmaq, uşaqlıq dibinə təzyiq etmək olmaz. Bu ağır neonatal ağırlaşmalara və uşaqlığın cırılmasına səbəb olar.

İngilis mamalıqında **dartma** (traksiya), **itələmə** (qarın divarından təzyiq) və **bükmə** (başın lateral bükülməsi) prinsipinə əməl olunur. Çiyinlərin distosiyasının idarə etmək üçün HELPERR abbreviaturasını əsas tuturlar.

- H-(help) kömək çağır;
- E-(evaluate for episiotomy) epiziotomiya haq-qında düşün;
- L-(leqs) ayaqlar (Mak-Roberts metodu);
- P-(pressure) qasıq üstünə təzyiq;
- E-(enter) əlin daxilə salınması (daxili dönüş üçün);
- R-(remove) çıxart (arxa qolun sıxarılması);
- R-(roll) döndər (doğan qadının diz –dirsək vəziyyətinə döndərilməsi).

Çiyinlərin distosiyasının idarə olunması. Diaqnoz təsdiq olunan kimi lazımı avadanlıqla bərabər təcrübəli mütəxəssisləri köməyə çağırmaq lazımdır. Sonra geniş epiziotomiya aparılır. İlk növbədə **Mak-Roberts üsülü** tətbiq edilir (şəkil:14-2). Doğanın ayaqları bud çanaq və diz oynaq-larından bükülür və döş qəfəsinə doğru maksimal sıxılır. Bu zaman fizioloji bel-oma lordozu düzlənir, çanaq çıxacağının düz ölçüsü artır. Dölün onurğa sütununun əlavə bükülməsi baş verir. Rutin traksiya aparılır. Bu üsulun effektini artırmaq üçün qasıqın üstündən təzyiq edilir. Gah sağ, gah da sol qasığa növbə ilə təzyiq etmək olar. Eyni zamanda rutin traksiyalar davam etdirilir. Qasıqüstü təzyiq biakromial diametri genişləndirir və çiyinlərin daha geniş çəp ölçüyə keçməsinə səbəb olur. Çiyinin döş qəfəsinə doğru sıxılması, azca önə dönməsi və simfizin altına itələnməsi baş verir. Bu üsullar effekt vermədikdə digər üsullara keçmək lazımdır.

Rubin üsulu. Həkim bir əlin barmaqlarını ön çiyinin arxa tərəfindən uşaqlıq yoluna salır və çiyini döş qəfəsinə doğru itələməyə çalışır (şəkil:14-2). Məqsəd çiyin qurşağının diametrini kiçiltməkdir. Rubin üsulunu Mak-Roberts üsulu ilə birlikdə aparmaq lazımdır. Bu üsul da efektli olmasa o, **Vuds „vinti” üsulu** ilə birlikdə aparılır. Həkim ikinci əlinin barmaqlarını arxa çiyinin ön tərəfindən uşaqlıq yoluna salır (şəkil:14-2). Beləliklə, bir əlin barmaqları ön çiyinin arxasında ikinci əlin barmaqları arxa çiyinin önündə olur. Nəticədə çiyinlər „vint” kimi fırlanaraq doğulur. Rubin üsulu ilə Vuds „vinti” effekt vermədikdə **Əks Vuds „vintini”** istifadə etmək olar (şəkil:14-2). Həkimin əli arxa çiyinin arxa tərəfindən Vuds „vintinə” əks istiqamətdə təzyiq etməyə çalışır. Pərçim olmuş çiyinlər düz ölçüdə çəp ölçüyə keçir, çiyinlərin ilişməsi aradan qalxır.

Arxa əlin çıxarılması. (şəkil:14-2). Həkim əllərini doğum yollarına dərinə salır. Dölün arxa əlini tutur. Əvvəlcə arxa əl sonra bazu çıxarılır. Bazudan tutub dartmaq olmaz. Bu onun sınmasına səbəb olar. Bütün bu üsullar effekt vermədikdə qadın **diz-dirsək vəziyyətinə döndərilir**. Bu zaman kiçik çanağın düz ölçüsü 10 mm, çıxacağın ölçüsü 20 mm artır. Çox vaxt qadın bu vəziyyəti alan kimi çiyin doğulur. Cazibə qüvvəsi də çanağın ölçülərinin artmasına səbəb olur. Aşağıya doğru yüngül traksiyalarla əvvəl arxa çiyin azad edilir. Bütün bu üsullar effekt verməsə dölün körpücük sümüyü kəsilir.

XV FƏSİL

ZAHILIQ DÖVRÜNÜN PATOLOGİYALARI

Doğuş anından VI həftənin sonuna qədər olan dövr **zahılıq dövrü** adlanır. Bu dövrdə doğuş və hamiləliklə əlaqədar baş verən xəstəliklər **zahılıq xəstəlikləridir**.

Son yüzillikdə mamalıq elmi çox inkişaf etmiş və ana ölümü nəzərə cərpacaq dərəcədə azalmışdır. Buna baxmayaraq doğuşdan sonra, xüsusilə ilk günlərdə, zahı bir çox problemlərlə üzləşir. Bu problemlərin çoxu hamiləlik və doğuş zamanı başlayır. Məsələn: döl qovluğu vaxtından əvvəl yırtıldıqda infeksiyanın yuxarı qalxması və ya hipertenziv xəstəliklərlə əlaqədar olan eklampsiya hamiləlikdə başlayır, zahılıq dövründə həyat üçün təhlükə yaradır. Hətta normal doğuşdan bir neçə saat sonra qanaxma başlaya bilər. Gözləmədiyimiz halda tromboemboliya, endometrit kimi patologiyalarla qarşılaşa bilərik.

Zahılıq xəstəlikləri iki qrupa bölünür:

1. Qeyri-infeksiyon zahılıq xəstəlikləri.
2. Zahılıq infeksiyaları.

§ 1. Qeyri-infeksiyon zahılıq xəstəlikləri

Bu xəstəliklərə zahılıq preeklampsiyası, eklampsiyası, zahılıq qanaxmaları, zahılıq psixozları, tromboz, emboliya, sidik yolları xəstəlikləri, yumurtalıq funksiyasının pozulması, çanaq sümüklərinin aralanması, laktasiya pozğunluqları aiddir.

Uşaqlığın involyusiya pozğunluqları. Uşaqlıq dibinin yüksəkdə durması və loxiyanın miqdarının çox olması uşaqlığın involyusiyasının yetərli olmadığını göstərir.

Uşaqlığın subinvolyusiyası. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin zəifliyi, çoxdöllü hamiləlik, çoxmayelilik, iri döllülük və s. doğum prosesinin uzanmasına və uşaqlığın çox gərilməsinə səbəb olur. Bu da subinvolyusiyaya gətirib çıxarır. Belə halda uşaqlıq dibi yüksəkdədir, amma uşaqlıq həssas deyil. Çoxlu loxiya ifraz olunur. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini artırmaq üçün oksitosin, lazım gəldikdə meterjin təyin edilir.

Loximetra. Servikal kanalın qan laxtası və ya döl qışaları ilə tıxanması nəticəsində loxiyanın axması çətinləşir və o, uşaqlıqda yığılır. Müalicəsində oksitosin və meterjindən istifadə olunur.

Uşaqlığın subinvolyusiyası və loximetra uşaqlıqda loxiyanın ləngiməsinə, bakteriyaların inkişafına imkan yaradır və zahılıq sepsisinə səbəb olur.

Tromboz və emboliya. Hamiləlik zamanı tromboz riski artır. Normal halda hamilələrin qanında tromboplastik maddələr olur. Bud və çanaq qan dövrünü zəiflədiyi zaman tromboza şərait yaranır. Patoloji doğuşlarda çanaq venalarında meydana çıxan endotel qüsurları nəticəsində tromb əmələ gəlir. Trombozun əmələ gəlməsində venoz durğunluq önəmli faktordur.

Trombozun ən qorxulu fəsadı ağ ciyər emboliyasıdır. Qəflətən döş qəfəsinin bir tərəfində ağrının başlaması, nəfəsəlmənin çətinləşməsi, tərləmə, ölüm qorxusu, kollaps və şok xarakterikdir. Qısa müddətdə xəstə ölür. Ölüm baş vermədikdə rentgen müayinəsi ilə diaqnoz qoymaq olar. Ümumiyyətlə, bir deyil bir neçə emboliya ola bilər. Nəbz tezliyi, təbəffüsün çətinləşməsi, gö-

zə qaranlıq çökməsi, qanlı bəlgəm ifrazı və ümumi vəziyyətin pisləşməsi ağ ciyər emboliyasının ağırlığından xəbər verir. Belə xəstəni təcili nəzarətə götürmək, heparinlə müalicə başlamaq lazımdır. Xəstənin gövdəsi nisbətən yuxarı qaldırılmalı və ona oksigen verilməlidir.

Beynin və sinusların, ovarial və mezenteral venaların trombozu az rast gəlinir. Beyin və sinuslarının trombozu 2500 doğuşdan birində rast gəlinir. Bu zaman baş ağrısı, baş gicəllənmə, şüurun itməsi, hərarətin yüksəlməsi müşahidə edilir.

Ovarial venaların trombozu zamanı qarının bir tərəfində ağrılar baş verir. Bəzən appendisitlə qarışdırılır. Laparotomiya zamanı təsadüfən aşkar olunur.

Mezenteral venaların trombozu çox nadir hallarda rast gəlinir. Çox təhlükəlidir. Qarında başlayan qəflətli ağrıdan dərhal sonra „kəskin qarın” müşahidə edilir. Təcili əməliyyat olunmazsa, xəstə tələf olur.

Sidik yolları xəstəlikləri. İlk doğanlarda doğuşdan sonrakı birinci gündə sidik ifrazının ləngiməsi baş verir. Bunun əsas səbəbi sidik kisəsi və uretranın zədələnməsidir. Çox vaxt uzun sürən, müdaxiləli doğuşlardan sonra baş verir.

Zahılardan tez-tez sidik ifraz edib-etməməsi soruşulmalıdır. Bəzi qadınlar uzanmış vəziyyətdə sidik ifraz edə bilmir. Onlara yataqdan qalxmaq sudno və ya tualetdə sidiyə getmək təklif olunmalıdır. Bu da mümkün olmadıqda sidik kisəsinin tonusunu artıran simpatikomimetiklər və oksitosin təyin edilməlidir. Bu da effekt verməsə sidik kateterlə boşaldılmalıdır.

Sidik ifrazının ləngiməsi zahılarda sistitə, bəzən isə infeksiyanın yuxarı qalxması nəticəsində pielonefritə səbəb olur.

Bəzi zahılar sidik saxlaya bilməməkdən (inkontinens) şikayətlənirlər. Doğum travması nəticəsində çanaq dibinin aşağı doğru yerdəyişməsi sidik kisəsi boynunun funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Bundan başqa laktasiya ilə əlaqədar olaraq yumurtalıq hormonlarının çatışmazlığı da bu patologiyaya səbəb olan müvəqqəti faktordur. Ovulyasiyanın bərpası və zahılıq gimnastikaları ilə bu vəziyyət aradan qalxır.

Çanaq bitişmələrinin zədələnməsi. Hamiləlik zamanı artmış hormonların təsirindən simfiz və oma-qalça bitişmələri yumşalır və aralanır. Döl başı ilə ana çanağı uyğunsuzluğu olduqda aralanma daha çox olur. Əvvəllər belə hallar çox rast gəlirdi. Müasir dövrdə diaqnostik metodların inkişafı dəqiq diaqnostikaya və lazımı taktika seçməyə imkan verir. Ona görə belə travmalı doğuşlar azalıb. Simfiz zədələnmələri isə bəzən rast gəlinir.

Simfiz və oma-qalça bitişmələrinin aralanmaları zamanı rast gəlinən əsas simptom ağrıdır. Bu nahiyyələrə və qalça darağına təzyiq etdikdə şiddətli ağrı meydana çıxır. Bəzən zahı yeriyə bilmir.

Müalicəsi istirahət etmək, ağır iş görməmək, kalsium və vitamin D qəbul etməkdir. Çanaq sümüklərinə sarğı qoymaq da yaxşı nəticə verir.

Yumurtalıq funksiyasının pozulması. Hamiləlik və əmizdirmə zamanı baş verən yumurtalıq pozğunluqları zahılıq dövründə də davam edir. Bəzən bu hal zahılıqdan sonra da müşahidə edilir. Tipik simptomları aybaşı pozğunluqları və amenoreyadır. Yumurtalıq hormonları verməklə müalicə aparılır.

Nadir hallarda hipofizin ön payının nekrozu müşahidə edilir. Bu **Şeehan (Şixan) sindromu** adlanır. Xəstəlik zamanı güclü qanaxmalar, hətta şok ola bilər. Bu patologiya zamanı qonadotropinlər və hipofiz hormonları ifraz olunmur. Ona görə xəstəlik zamanı hipofiz hormonları xaricdən verilməlidir.

Zahılıq psixozları. Zahılıq psixozları hamiləlik psixozlarına nisbətən 10-20 dəfə çox rast gəlinir. Hamiləlik zamanı ciddi nəzarət və doğum hazırlığı psixozların qarşısını ala bilər. Doğuşdan 3-4 gün sonra zahı məntiqsiz danışmağa, ətrafdakıları tanımamağa başlayır və həddən artıq aktiv və təşviş içərisində olur. Bu psixozlar qandakı hormon dəyişikliyi ilə əlaqədardır və bir neçə aydan sonra keçib gedir.

Zahılığın II həftəsində, zahı evə getdikdən sonra endogen depressiya meydana çıxmağa bilər. Bu zaman qadın fiziki iş görmək, uşağa baxmaq istəmir. Çox təlaşlı, yuxusuz və qaşqabaqlı olur. Belə depressiya vəziyyəti də izsiz keçir.

Zahılıq psixozları ixtisaslı həkimlər tərəfindən müalicə olunmalıdır.

Laktasiya pozğunluqları. Sütün az olmasına **hipoqalaktiya**, olmamasına **aqalaktiya** deyilir. Süd vəzilərindəki pozğunluqlarla yanaşı (infantilizm, quruluş anomaliyaları) zahının ümumi vəziyyətini pozan, çətin və uzun sürən operativ doğuşlar, yüksək hərarət, ağrı və stress bu patologiyaların yaranmasına zəmin yaradır. Zahı əmizdirməyə hazırlanmadıqda və ya düzgün əmizdirmə texnikası seçmədikdə də süd ifrazı azala bilər. Nadir hallarda süd vəzisinin hipoplaziyası (vəzin inkişafdan qalması) və ya aplaziyası (vəzin yoxluğu) hipo və aqalaktiyaya səbəb olur.

Süd vəzisinin anidən dolması, ağrılı bir şəkildə gərilməsi çox rast gəlinir. Belə halda nəm ilıq kompress qoymaq və süd vəzilərini boşaltmaq lazımdır (əllə, pompa ilə). Oksitosin vurmaq olar.

Döş giləsinin çatları, adətən ilk doğanlarda rast gəlinir və əmizdirmə işgəncəyə çevrilir. Süd vəzilərində qalan əmilməyən süd ağrıya və iltihaba səbəb olur. Yaxşı gigiyenik qulluq döş giləsi çatlarının qarşısını alır.

Süd vəzisi və döş giləsi yaxşı yuyulub, qurulanıb, kremlənməlidir.

Bəzən qoltuqaltında ağrılı şişkinliklər olur. Bunlar **aksesual süd vəziləri** adlanır. Süd vəziləri toxumalarında olduğu kimi bunlar süd ilə dolub gərilir. Bir neçə gündən sonra özbaşına yox olur.

Bəzən müxtəlif səbəblərdən laktasiyanın qarşısını almaq lazım gəlir. Bu birincili – laktasiya başlanmamış və ikincili – laktasiya başladıqdan sonra onu dayandırmaq məqsədi ilə aparılır.

Laktasiyanın birincili dayandırılması anada vərəm, digər xroniki infeksiyalar və xəstəliklər olduqda, ölü doğumlarda, uşağın əmməsini əngəlləyən anomaliyalarda aparılır.

Laktasiyanın ikincili saxlanması süd vəzisinin mastitində, abseslərində, psixozlarda və uzun müddət dərman qəbul etmək lazım olan hallarda aparılır.

Bu məqsədlə əvvəllər estragen-androgen hormonları istifadə edilirdi. Müasir dövrdə prolaktin hormonunun inhibitoru-**parlel** istifadə olunur. Dərman qəbulundan sonra ilk günlərdə baş ağrısı, ürəkbulanma, başgicəllənmə ola bilər. Bu preparatın əlavə təsiridir.

§ 2. Zahılıq infeksiyaları

Zahılıq dövrünün septik xəstəlikləri doğuş zamanı yaranan yara səthinə mikrobların düşməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Zahılıq dövrünün septik xəstəlikləri endobakteriyalar, stafilokoklar, streptokoklar, sporəmələgətirməyən anaerob mikroblar tərəfindən törədilir.

Son illərdə qram mənfi (eşerixiyalar, ibtidailər, klebsillalar,) mikrobların rolu artır.

İnsanın dərisində, açıq selikli qişalarında və s. həmişə mikroblar olur. Amma adi halda onlar xəstəlik törətmir, orqanizmin müqavimət qüvvəsi zəiflədikdə, mikroblar aktivləşir və xəstəlik törədir. Zahılıq zamanı da orqanizmin müqaviməti zəifləyir.

Törədicilər ekzogen və endogen yolla orqanizmə daxil olur.

İnfeksiya qapısı rolunu normal doğuşlarda uşaqlığın daxili səthi (cift meydançası), uşaqlıq boynu, uşaqlıq yolu və aralığın cırıqları, çatları, cızıqları və s. oynayır.

Patoloji doğuşlarda, xüsusilə operativ əməliyyatlar nəticəsində daha geniş yara səthi yaranır və septik infeksiyanın keçməsi təhlükəsi daha böyük olur.

Endogen infeksiyalar (infeksiya qapısı yaranana qədər orqanizmdə var idi) yaraya uşaqlıq yolundan, xarici cinsiyyət orqanlarından, bəzi hallarda metastatik yolla başqa orqanlardan (məs. əsnəkdən) düşür.

Ekzogen infeksiyalar steril olmayan əllərdən, alətlərdən, gulluq əşyalarından, yataq ağlarından və yara səthi ilə təmasda olan başqa əşyalardan yara səthinə düşür. Dəmcə infeksiyası daha təhlükəlidir.

Beləliklə, zahılıq septik xəstəlikləri həm mikrobdan, həm də zahı orqanizmindən asılıdır. Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, uzanmış doğuşlar, doğuş zamanı qanitirmə, operativ doğuşlar, yumşaq toxumaların zədələnməsi ilə keçən doğuşlar, həmçinin keçirilmiş xəstəliklər, infeksiya-

lar, qeyri-düzgün qidalanma ilə əlaqədar olaraq zahının arıqlaması və zəifləməsi zahılıq infeksiyalarının inkişafına şərait yaradır.

Zahılıq infeksiyalarının başlanğıcı patogen mikroblar düşən yara səthinin iltihablaşması ilə xarakterikdir.

Orqanizmin müqaviməti yüksək olduqda, düzgün müalicə şəraitində infeksiyalaşmış yara səthi sağalır. Orqanizmin müqaviməti tükəndikdə və mikrobu virulentliyi yüksək olduqda, infeksiya ilkin yoluxma ocağından kənara çıxır.

Mikroblar limfogen (limfa damarları ilə); hemotogen (qan damarları ilə); yolla yayılır. Mikrobu eyni zamanda həm limfogen, həm də hemotogen yolla yayılması mümkündür.

Yayılmış mikroorqanizmlər miometriummun dərin qatlarını, parametral toxumanı, çanaq peritonunu, uşaqlıq, çanaq, bud venalarını zədələyir. Orqanizmin müqaviməti zəif, törədici virulentliyi yüksək olduqda infeksiya bütün orqanizmə yayılır, ümumi septik xəstəlik əmələ gətirir.

Təsnifatı. S.V.Sazonov və A.V.Bartels zahılıq septik xəstəliklərinin təsnifatını işləyib. Təsnifat zahılıq septik xəstəliklərinin ayrı-ayrı formalarını bir septik prosesin mərhələləri kimi qəbul edir, 4 mərhələ ayırd edilir.

I mərhələ – infeksiya yara nahiyəsində məhdudlaşır: aralıqda, uşaqlıq yolu divarında, uşaqlıq boynunda zahılıq yarası, loximetra və endometrit.

II mərhələ – infeksiya yara nahiyəsindən çıxır, amma lokal qalır: metrit, parametrit, məhdud tromboflebit, çanaq tromboflebiti, andeksit, pelveoperitonit.

III mərhələ – infeksiya diffuz yayılır: yayılmış peritonit, septik şok, progressivləşən tromboflebit

IV mərhələ – yayılmış infeksiya: metastazsız sepsis, metastazlı sepsis, septikosemiya, septikopiemiya.

Mastit də zahılıq infeksiyası hesab olunur.

§ 2.1. I mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri

Zahılıq yaraları. (Ulcus puerperali) Aralığın, uşaqlıq yolu divarının, uşaqlıq boynu cırıqları nahiyəsinin irinli iltihabi, **zahılıq yaraları** adlanır. Yaraların sərhədləri aydındır, azca ödəmlidir, ətraf toxumalar hiperemiyalı və ödəmlidir. Yara dibi çirkli-boz və ya boz-sarı ərplə örtülür, nekroz sahələri var. Zahılıq yaraları, adətən doğuşdan 3-4 gün sonra başlayır. Hərərət yüksəlir, nəbz tezləşir, halsızlıq, baş ağrıları müşahidə edilir. Yerli əlamətlər üstünlük təşkil edir: lokal ağrı, yara dərisinin qıcıqlanması nəticəsində qaşınma, göynəmə; 4-5 gündən sonra temperatur enir, xəstənin halı yaxşılaşır, yara ikincili sağalır. Əlverişsiz şəraitdə mikroblar yarıdan toxumalara dərinə keçir. İnfeksiyanın yayılması baş verir.

Müalicə. Yerli olaraq antiseptik və iltihab əleyhinə dərmanlar təyin edilir. Yara səthi 3% li hidrogen peroksidi və 10% li natrium xlorid məhlulu ilə işlənir. Nekrotik və fibrinoz ərpləri təmizləmək, regenerasiya və epitelizasiyanı sürətləndirmək üçün fermentlərdən (tripsin, ximotripsin) istifadə olunur.

Loximetra. Loxiyanın uşaqlıqda ləngiməsi nəticəsində yaranır. Bu xəstəlik doğuşdan 5-9 gün sonra başlayır. Xəstəliyin səbəbi servikal kanalın döl qışaları, qan laxtaları ilə tutulması və ya uşaqlığın kəskin əyilməsidir.

Xəstəlik kəskin başlayır, hərərin 39-40⁰ C-yə qədər yüksəlməsi, taxikardiya, bəzən üşütmə ilə müşayiət olunur. Uşaqlıqdan ifrazat kəsilir. Yüksək hərərət 1-3 gün davam edir. Bimanual müayinədə uşaqlıq qeyri-bərabər qalınlaşıb.

Diagnoz USM-nə əsasən qoyulur.

Müalicə. Spazmolitiklər (no-şpa, papaverin və s.) təyin edilir. 15-20 dəqiqədən sonra uşaqlığı yığan maddələr vurulur. Medikamentoz müalicə effekt vermədikdə uşaqlıq möhtəviyyatı küretlə və ya vakuum-aspirasiya ilə boşaldılır. Paralel olaraq dezintoksikasion müalicə aparılır.

Proqnoz yaxşıdır. Vaxtında müalicə başlamadıqda endometrit inkişaf edir.

Zahılıq endometriti (metroendometrit, endometriometrit). Uşaqlığın selikli qişasının iltihabıdır (şəkil:15-1). Adətən müəyyən dərəcədə əzələ qişası da prosesə qoşulur. Əsas törədici qramm mənfi mikroflora və anerob mikroblardır.

Klinik formasına görə endometritlərin 4 forması ayırd edilir: klassik və ya tipik, abortiv, silinmiş formalı endometrit və Kesar kəsiyi əməliyyatından sonrakı endometrit.

Tipik və ya klassik endometrit doğuşdan 3-5 sutka sonra, ümumi intoksikasiya əlamətləri ilə başlayır. Müayinə zamanı uşaqlığın ölçülərinin böyüməsi, palpasiyada ağrılı olması, servikal kanaldan pis qoxulu ifrazatın gəlməsi aşkar olunur. Anaerob mikroblarla törənən endometritlər erkən başlaması, ağır keçməsi, kəskin intoksikasiya ilə xarakterikdir.

Endometritin abortiv forması doğuşdan 2-4 sutka sonra başlayır, uzun sürür, aydın klinik əlamətləri olmur. Bu forma üçün residivlərin olması, diaqnostika və müalicənin gecikməsi və nəticədə infeksiyanın yayılması xarakterikdir.

Kesar kəsiyindən sonrakı endometrit əməliyyatdan 1-5 gün sonra başlayır, ümumi intoksikasiya və yerli əlamətlərlə xarakterikdir.

Vaxtında başlanmış intensiv terapiya patoloji prosesin sonrakı inkişafının qarşısını alır, prosesin yayılmasına imkan vermir.

Zahılıq endometritli xəstələrin qanında EÇR-in və leykositlərin (sola meyilli) artması aşkar olunur. Ciftin təcili histoloji müayinəsinin böyük əhəmiyyəti var. Onda iltihabi dəyişikliklərin tapılması, endometritin inkişafından xəbər verir. Koaquloqramma göstəriciləri orqanizmin YDL sindromunun inkişafına hazırlığının artdığını göstərir.

Zahılıq endometritlərinin vaxtında və kompleks **müalicəsi** patoloji prosesin yayılmasının qarşısını alır. Intensiv terapiya ümumi və yerli aparılır.

Adekvat yerli müalicə infeksiya ocağının ləğv edilməsinə və imkan dairəsində uşaqlığın saxlanmasına zəmin yaradır. Uşaqlıqda iltihab yaranan cift hissəsi (əksər hallarda), desidual qişa uşaqlıqdan xaric edilməlidir. Uşaqlıq ehtiyatla küretaj və ya vakuum aspirasiya edildikdən sonra, uşaqlıq möhtəviyyatının axması üçün şərait yaradılmalıdır.

Yerli müalicə metodlarından biri də uşaqlığın drenaj yuyulmasıdır. Bu metodun əsasını uşaqlıq boşluğunun katetrizasiyası və antiseptik məhlullar və antibiotiklərlə yuyulması təşkil edir. Lazım gəldikdə uşaqlıq boşluğunun aspirasion-yuyulma drenajı aparılır. Bu zaman uşaqlıq boşluğuna iki mənfəzli kateter və ya iki kateter salınır. Birinci kateter uşaqlığın dibinə qədər, ikinci kateter daxili dəlikdən 6-7 sm dərinə salınır. Birinci kateterlə 4°C –yə qədər soyudulmuş məhlul 10 ml/dəq sürəti ilə uşaqlıq boşluğuna vurulur.

İnfeksiya ocağının yerli müalicəsindən başqa, ümumi intensiv terapiya da aparılır. Ümumi müalicənin əsas komponenti antibakterial terapiyadır. Uşaqlıq möhtəviyyatından törədici tapıldıqdan və onun həssaslığı öyrənildikdən sonra antibakterial terapiya təyin edilir. Son illərdə endometritlər polimikrob (aerob və anaerob) mənşəli olduğu üçün geniş spektrli antibiotiklərdən istifadə olunur. Nəzərə almaq lazımdır ki, hətta eyni xəstədə həssaslıq dəyişə bilər. Buna görə də hər 7-8 gündən bir, müalicə effektiv olmadıqda 3-4 gündən sonra antibiotik dəyişdirilir. Kompleks antibakterial terapiya zamanı antibiotiklərlə yanaşı başqa preparatlardan da (metranidazol, biseptol, sulfametoksin, sulfalen) istifadə olunur. Antibiotiklərə orqanizmin həssaslığı olduğu hallarda və prosesə sidik–ifrazat sistemi də qoşulduqda furangin, furadonin, furazalidon, təyin edilir.

Adekvat dezintoksikasion-infuzion terapiyanın böyük əhəmiyyəti var. Kompleks müalicədə desensibilizəedici preparatların (dimedrol, supastin, pipolfen, tavegil, fenkorol və s.) və vitaminlərin (A, C, K və B qrupu) əhəmiyyəti böyükdür.

Zahılıq endometriti (metroendometrit) təkcə septik deyil, həm də süzənək etiologiyalı olur.

Uşaqlıq boynunun süzənəyi olan qadınlarda, doğuşdan sonra infeksiya uşaqlığa keçir, metroendometrit əmələ gətirir. Sonralar qonokoklar borulara, yumurtalıqlara və çanaq peritonuna keçir.

Süzənək metroendometriti doğuşdan 6-8 gün sonra temperaturun yüksəlməsi, uşaqlığın subinvalyusiyası və onun ağrılı olması, irinli və ya selikli-irinli ifrazat əlamətləri ilə başlayır. Diaqnoz

möhtəviyyatın (ifrazatın) mikroskopik müayinəsi ilə qoyulur.

Süzənəkli xəstələrə qulluğu elə təşkil etmək lazımdır ki, yenidoğulmuş və başqa zahılar yoxluxmasın. Qadın individual sudno ilə təmin edilməlidir, hər əmizdirmədən əvvəl əlləri sabunla yaxşıca yumalıdır.

Müalicəsində antibiotiklərdən (penisillin, doksasillin) və sulfanilamidlərdən istifadə olunur.

§ 2.2. II mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri

Metrit (metritis). Metroendometritlərdən fərqli olaraq miometriumun daha dərin qatları zədələnir. Qan və limfa damarları ilə mikroblar iltihablı endometriumdan miometriuma keçir.

Xəstəlik doğuşdan 4-7 gün sonra başlayır, 3-4 həftə sürür. Xəstəliyin əvvəlində üşütmə, temperaturun $39-40^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəlməsi, sonradan subfebril olması müşahidə edilir. Xəstənin ümumi vəziyyəti, yuxusu, iştahası dəyişir, baş ağrıları olur. Uşaqlığın involyusiyası ləngiyir, palpasiyada ağrıdır. Ağrı əsasən uşaqlığın yan tərəfində (damar boyu) müşahidə olunur. Loxiya seroz-irinli və ya qatı irinlidir.

Salpingit və oofarit. İnfeksiya uşaqlıqdan çıxdıqda kiçik çanaqda yerli iltihabı proseslər əmələ gəlir. Bunlar infiltratlar və iltihab genezli şişlər şəklində olur. İnfeksiyanın uşaqlıq borularında yayılması **salpingit**, yumurtalıqlarda yayılması **oofarit** adlanır. Zahılıq salpingoofariti adətən birtərəfli olur. Uşaqlıq borusunun hər iki ucu bağlı olduqda möhtəviyyat boru mənfəzinə yığılır, hidro-salpink (maye) və piosalpink (irin) əmələ gətirir (şəkil:15-1).

Patoloji proses uşaqlıq artımlarına (andeksit) keçdikdə xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir, hərarət yüksəlir, qarının aşağı hissəsində ağrı artır, peritonun qıcıqlanma əlamətləri meydana çıxır (xüs. piosalpink zamanı).

Pelveoperitonit. Bəzən iltihabi proses çanaq peritonuna keçir və zahılıq pelveoperitoniti inkişaf edir. Bu zaman periton boşluğuna seroz, seroz-fibro, əksər hallarda isə irinli maye yığılır.

Pelveoperitonit üçün kəskin klinik şəkil xarakterikdir. Yüksək hərarət, qəfləti taxikardiya, ürəkbulanma, qusma, qaz və nəcis ləngiməsi, peritonun qıcıqlanma əlamətlərinin müsbət olması müşahidə edilir. Peritonun quruluşu, bitişmələrin əmələ gəlməsi, iltihabi prosesin yayılmasının qarşısını alır. Proses tədricən lokallaşır. İntoksikasiya əlamətləri azalır, bağırsaqların funksiyası normallaşır. Vaginal müayinə zamanı periton boşluğuna maye yığılması aşkar olunur.

Parametrit (parametrius) (şəkil:15-1). İltihabi proses uşaqlıqətrafı yumşaq toxumaya (parametrium) yayıldıqda parametrit inkişaf edir. Törədiciləri bağırsaq çöpləri, klebsiellalar, ibtidailər, az hallarda streptokoklar, qızılı stafilokoklar, sporəmələgətməyən anaeroblar (peptostreptokoklar, peptokoklar, bakteroidlər) və s.-dir.

Parametritin üç stadiyası ayırd edilir: **infiltrasiya, eksudasiya və eksudatın qatılaşması**. Topografiyasına görə **ön, arxa və yan** parametritlərə bölünür. Bütün çanaq boşluğunun yumşaq toxumasının iltihabı **pelviosellulit** adlanır.

Klinik gedişinə görə **kəskin, yarımkəskin və xroniki** parametritlər var.

Parametrit doğuşdan 10-12 gün sonra titrətmə, hərarətin $38-39^{\circ}\text{C}$ və daha çox artması, zəiflik, baş ağrıları ilə başlayır. Tədricən qarının aşağı hissəsində, lokalizasiyasından asılı olaraq, sağ və sol qalça çuxurunda ağrılar başlayır. Ağrı daimi xarakter daşıyır, omaya və belə irrodiasiya edir. Bəzən qarının aşağı hissəsində ağrılar daha tez başlayır. Bu infiltratın əmələ gəlməsindən xəbər verir.

Əvvəlcə yerli əlamətlər zəif biruzə verir: uşaqlıq yolu müayinəsində iltihab nahiyyəsində postozluq aşkar olunur. 2-3 gün sonra xəmirəbənzər konsistensiyalı infiltrat əllənir. İnfiltrat az ağrılı və hərəkətsizdir. Bu stadiya 5-10 gün davam edir. Sonra kiçik temperatur remissiyaları ilə keçən qızdırmalı dövr başlayır. Bu dövr 1-2 həftə davam edir. İnfiltrat tədricən sorulur. Sorulma baş vermirsə, infiltratın irinləməsi baş verir, abses əmələ gəlir. Bu, 3-4 həftə davam edir. Temperatur 39°C -yə qədər yüksəlir, səhər və axşam temperaturları arasında kəskin fərq olur. Təkrari titrətmələr xarakte-

rikdir. Kəskin intoksikasiya əlamətləri müşahidə edilir.

Uşaqlıq yolu müayinələrində infiltratda yumşalma ocaqları aşkar olunur. Bu da irinləmədən xəbər verir. Əmələ gəlmiş abses özbaşına uşaqlıq yoluna, düz bağırsağa, sidik kisəsinə, nadir hallarda uşaqlıq boşuğuna və qarın boşluğuna açılır.

Diagnoz. Diaqnoz şikayətlərə, anamnestik məlumatlara və laborator məlumatlara əsasən qoyulur. Ciddi uşaqlıq yolu və rektal müayinə aparılmalıdır. İrinli parameriti təsdiqləmək üçün arxa tağın punksiyası aparılır. Yüksəkdə yerləşən punksiya üçün əlçatmaz olan parametritlər USM-si ilə aşkarlanır.

Müalicə. Stasionar şəraitində müalicə aparılır. Müalicənin əsasını ümumimöhkəmləndirici, antibakterial, dezintoksikasion, desensibilizəedici və simptomatik müalicə, həmçinin fizioterapevtik proseduralar təşkil edir. Parametral abseslərdə müalicə cərrahi yolla aparılır. Aşağı nahiyyələrdə yerləşən abseslər arxa tağdan punksiya etməklə müalicə olunur.

Proqnoz. Erkən diaqnostika və rəasional müalicə zamanı proqnoz yaxşıdır. Xroniki parametrit inkişaf etdikdə çanaq orqanlarının funksiyası və lokal hemodinamika pozğunluqları müşahidə edilir.

Profilaktika. Doğuşdan, abortdan, həmçinin ginekoloji xəstəliklərdən sonra infeksiya-iltihabi fəsadların qarşısını almaq lazımdır. Kriminal abortlar və doğuşun zahılıq dövrünün qeyri-rasional idarə olunması ilə mübarizə aparmaq lazımdır. Doğuşdan və abortlardan sonra yaranan endometritlər vaxtında müalicə olunmalıdır.

Tromboflebit. Venaların xəstəliyidir, vena divarlarının iltihabi və trombozu ilə xarakterikdir. Əvvəl iltihabi prosesin, sonra trombozun inkişafı mümkündür (şəkil:15-1).

Zahılıq tromboflebitləri (tromboflebitis puerperalis) iki yerə bölünür: **dərin və səthi venaların tromboflebiti.**

Dərin tromboflebitlər də öz növbəsində uşaqlıq venalarının (metrotromboflebit), çanaq və ayaq venalarının tromboflebitlərinə (qalça-bud, diz venalarının və s.) bölünür.

Klinik gedişinə görə tromboflebitlərin **kəskin, yarımkəskin və xroniki** formaları ayırd edilir.

Tromboflebitlər çox vaxt doğuşdan 2-3 həftə, nadir hallarda 5-6 gün sonra başlayır. Əksər hallarda tromboflebitlərdən əvvəl uzun müddət subfebrilitet müşahidə edilir. Nəbz pilləvari artır və bu artım davamlı olur. Aşağı ətraf ağrılı olur. Durarkən, gəzərkən baldır əzələlərində ağrı, vena boyu spontan ağrılar müşahidə edilir. Baldır əzələlərinə, topuğa, pəncəyə, axillis vətərinin hər iki tərəfinə təzyiq edərkən ağrı meydana çıxır. Manjet simptomu müsbətdir.

Tromboflebitlərin müxtəlif formalarının ümumi simptomları var: xəstənin vəziyyəti adətən kafidir, temperatur 37-38° C-dir, nəbz artmışdır, (bəzən 100 vur/ dəq və daha çox) xəstəliyin əvvəlində bir dəfəlik üşütmə olur. Qanın analizində sola meyilli leykositoz, EÇR-in bir qədər artması müşahidə edilir.

Səthi venaların tromboflebitinin aydın klinik simptomatikası var və bu diaqnostikamı asanlaşdırır. O, adətən aşağı ətraf venalarının varikoz genəlməsi fonunda inkişaf edir. Çox vaxt topuq venalarına dərman yeritdikdə bu xəstəlik inkişaf edir. Səthi tromboflebit zamanı dərialtı vena boyu qaytanvari hiperemiya zonası, palpasiya zamanı kəskin ağrı müşahidə edilir. Proses çox vaxt böyük dərialtı venalarda inkişaf edir. Xəstəlik 2-3 həftə davam edir. Bəzən ayaq altında, yumşaq toxumaların ödəmi müşahidə edilir. Ödem çox olduqda dizə, buda, qədər yayıldıqda dərin venaların trombozundan şübhələnmək lazımdır.

Metrotromboflebit. Endometritin poqressivləşməsi nəticəsində əmələ gəlir. Çox vaxt diaqnostika çətinləşir. Nəbzın sürətlənməsi, uşaqlığın subinvalyusiyası və cinsiyyət yollarından çoxlu qanlı ifrazatın gəlməsi və s. diqqətdə saxlanılmalıdır. Bəzən bimanual müayinədə uşaqlığın səthində qıvrılmış kəmərebənzər qalınlaşma əllənir.

Qalça-bud (ilio-femoral) venalarının trombozu zamanı palpasiyada aşağı ətrafların damarları boyu ağrı müşahidə edilir. Topuqdan qasıq büküşünə qədər aşağı ətrafın ödəmi inkişaf edir. Zədələnmiş sahələrin dərisi sianozludur. Sianoz sağrılarına, qarının aşağı hissəsinə yayıla bilər. Bəzən ancaq diz nahiyyəsində məhdudlaşır. Budun, xüsusilə qasıq nahiyyəsinin dərialtı venalarının şəklinin güclənməsi iliofemoral venoz trombozun ən tez-tez rast gəlinən simptomudur.

Budun dərin venalarının kəskin tromboflebiti zamanı, xəstəliyin ilk günlərindən güclü ağrı meydana çıxır. Temperatur $39-40^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəlir. Ətraflarda sürətlə ödem inkişaf edir. Budda damar şaxəsi boyu kəskin ağrı müşahidə edilir. Dərin venaların proyeksiyası boyu dizdə ağrılar baş verir. Xəstə budun çevrəsi sağlam budun çevrəsindən 8-15 sm çox olur. Xəstə ətrafın dərisi parıltılı, çox vaxt mərmərvari sianotikdir. Dizin ön hissəsinə barmaqla təzyiq etdikdə çuxur qalır. Xəstə ətraf sağlam ətrafa nisbətən soyuqdur. Topuq və barmaqlar nahiyəsində temperatur $1,5-2^{\circ}\text{C}$ aşağıdır. Zədələnmiş ətrafın arteriyalarında nəbz yoxdur, ya da çox zəifdir. Xəstəlik 3 həftədən 2,5 aya qədər davam edir (daha çox). Prosesə bud venası və qalçaaltı segment də qoşulduqda iliofemoral trombozun bütün simptomokompleksi inkişaf edir.

Səthi və dərin venaların tromboflebiti irinli xarakter ala bilər. Bu zaman zədələnmiş vena boyu çoxlu abses və fleqmonalar əmələ gəlir. Bu hal üçün hərərin yüksəlməsi, titrətmə, ümumi vəziyyətin pisləşməsi, zədələnmiş vena boyu dərinin hiperemiyalaşması, ağrılı olması xarakterikdir. Ocaqlar yumşalır (fluktasiya). Tam sağalma baş vermədikdə tromboflebit kəskin stadiyadan yarımkəskin və ya xroniki stadiyaya keçir.

Diagnoz. Zəhinin şikayətlərinə, anamnezə və ciddi klinik müayinələrə (baxış, palpasiya, periferik damarlarda pulsasiyanın təyini, ətrafların müqayisəli ölçülməsi və s.) əsasən diaqnoz qoyulur. Lazım gəldikdə fleboqrafiya, termoqrafiya, radioizotop müayinəsi aparılır.

Müalicə. Tromboflebitlərin bütün stadiyalarında kompleks müalicə təyin edilir. Cərrahi və konservativ müalicə metodlarından istifadə edilir. Trombozun lokalizasiyasından, embolun olub-olmamasından və trombozun davamiyyətindən asılı olaraq müalicə metodu seçilir.

Kəskin tromboz və tromboflebitlərdə müalicə konservativ aparılır. Magistral damarların segmentar trombozunda embolu tapmaq üçün cərrahi müdaxilə göstərilir. Antikoagulantlar (dikumarin, fendin, sinkumar, heparin və s.) trombolitiklər, (tripsin, ximotripsin, streptokinaza, trombolitin, fibrinolizin) və qanın formalı elementlərinin aqresiyasını dəyişdirən maddələr (reopliqlukin, hemo-dez) müştərək istifadə edildikdə müalicənin effekti yaxşı olur. Terapiya hemokoaquloqramma nəzarəti altında aparılmalıdır. Bu fəsadların qarşısını alır.

Kəskin səthi tromboflebitlərin müalicəsi zamanı, aşağı ətraf elastik kompressiya olunur, ayağa qaldırılmış vəziyyət verilir. Yerli olaraq soyuq qoyulur, troksevazin və ya heparin mazı çəkilir. Vena daxilinə 5 gün, 5 ml troksavazin vurulur. Sonra həmin preparat (1 kap x 3 dəfə) və butadion ($0,15\text{qr} \times 3 \text{ dəfə } 10 \text{ gün}$) daxilə təyin edilir. Müalicə müddətində səthi venalar ciddi nəzarətdə saxlanılmalıdır. Aparılan konservativ müalicəyə baxmayaraq tromboflebit yayılarsa, müalicə cərrahi yolla davam etdirilir.

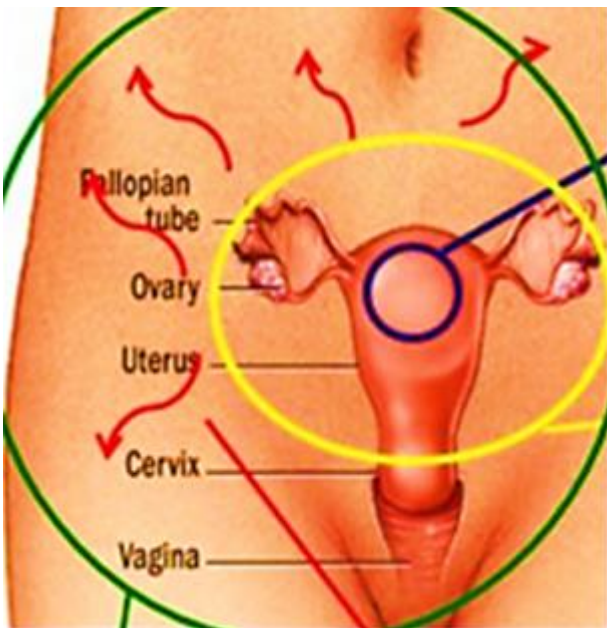
Tromboflebitli xəstələrin aktivləşdirilməsi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır. Yerli iltihabı reaksiya azaldıqda, bədən temperaturu aşağı düşdükdə, ağrı olmadıqda, səthi tromboflebitlərdə 5-10-cu gündən müalicə idmanı təyin edilir. İdman məşğələləri əvvəl sağlam ayaqda aparılır, 1-3 gündən sonra xəstə ayaq üçün hərəkətlər verilir.

Cərrahi müalicə üsullarına aşağıdakılar aiddir: venaların uzunluğu boyu bağlanması, vena ya tağı boyu kəsik aparıb zədələnmiş venanın açılması (venoektomiya, emboloektomiya, venaköçürmə və plastik vena).

Proqnoz. Səthi tromboflebitlərdə proqnoz yaxşıdır. Venoz qan dövrəni bərpa olunmadıqda proqnoz nisbətən pisdır. Onlarda kəskin ödem-ağrı sindromu və trofik yaralarla müşayiət olunan xroniki venoz çatışmazlığı inkişaf edir. Bu hal əmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb olur. Tromboflebitin ağır fəsadı ağ ciyər emboliyasıdır. Kiçik şaxələrin emboliyası zamanı vaxtında və düzgün müalicə aparıldıqda proqnoz yaxşıdır.

Profilaktika. Tromboflebitin qeyri-spesifik profilaktikası zamanı tromboflebitlərlə fəsadlaşa bilən xəstəliklərin vaxtında və düzgün müalicəsi aparılmalıdır. Əməliyyatdan əvvəl və sonra su balansı pozğunluğu düzgün korreksiya olunmalıdır. Əməliyyat zamanı toxumalarla ehtiyatla davranmaq lazımdır. Tənəffüs pozğunluqlarının profilaktikası aparılmalı, metabolik pozğunluqlarla mübarizə aparılmalıdır. Müalicə idmanı və xəstələrin erkən aktivizasiyası vacibdir. Risk qrupuna aid olan qadınlarla xüsusi iş aparılmalıdır.

Zahılıq septik xəstəlikləri (şəkil:15-1)



Zahılıq endomeriti
diffuz cift qalıqları



Zahılıq metroendometriti
qanqrenoz cift qalıqları

Zahılıq septik xəstəliklərinin yayılma mərhələləri



Salpingit, piosalpink

Hidrosalpink

Parametrit



Tromboflebit

Bu qrupa kəskin tromboz keçirənlər, aşağı ətrafın varikoz genəlməsindən əziyyət çəkənlər aiddir. Venoz durğunluğu aradan qaldırmaq üçün aşağı ətraf elastik bint və ya corabla kompressiya olunur. Yataqda ayağa qaldırılmış vəziyyət verilir. Hemostaza və qanın reoloji xüsusiyyətlərinə təsir edən dərmanlar (reopoliqlukin, heparin, nikotin turşusu, aspirin) təyin edilir.

§ 2.3. III mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri

Peritonit. Zahılıq və əməliyyatdan sonrakı dövrün ən ağır fəsadıdır. Mamalıq təcrübəsində çox vaxt xəstəliyin səbəbi uşaqlıq olur. Uşaqlığın daxilində ləngiyən qan laxtaları, desidual toxuma mikroorqanizmlər üçün əlverişli qidalı mühitdir. Bundan başqa uşaqlıq bakterial və toxuma toksinlərini rezorbsiya etmək üçün böyük səthə malikdir. Onun qan dövrünün xüsusiyyətləri bakterial floranın və toksinlərin qana keçməsinə təmin edir. Bu xüsusiyyətlər infeksiya qapısı kimi uşaqlığın əhəmiyyətini artırır.

Hamiləlik immunodefisit vəziyyət, allerqizasiya, hormonal hemostaz dəyişiklikləri ilə müşayiət olunduqda peritonitin inkişafı üçün şərait yaranır. Peritonitlər zamanı çox vaxt qarışıq mikroflo-
ra aşkar edilir. Bağırsağ çöpləri, göy-yaşıl irin çöpləri, stafilokoklar və ibtidailər aparıcı rol oynayır. Son zamanlar spor əmələgətirməyən anaerob mikrobların rolu artıb. Bu mikroblar endogen, şərti patogen mikroorqanizmlər olub, selikli qışada vegetasiya edir, antibiotiklərə və antibakterial preparatlara polirezistentdirlər.

Aşağıdakı xüsusiyyətlərinə görə peritonitlər təsnif olunur:

- etioloji əlamətlərinə görə (törədiciyin növündən asılı olaraq);
- klinik gedişinə görə: erkən (infeksiya nəticəsində 2-3-cü gündən); aralıq (bağırsağın pə-
zi nəticəsində 3-4-cü gündən); gecikmiş (uşaqlıqda və aralıqda keyfiyyətsiz qoyulmuş tikişdən sonra 5-6-cı gündən).
- eksudatın xarakterinə görə – seoz; seroz–fibrinoz; irinli; hemorragik və s.
- yayılmasına görə – cərrahi; mamalıq; ginekoloji.

Mamalıq peritonitləri Kesar kəsiyi əməliyyatından və təbii doğuşdan sonra yaranır.

Xəstəliyin gedişində 3 faza ayırd edilir: reaktiv, toksiki, terminal.

Reaktiv fazada 2-3-cü sutkada temperaturun $37,8-38^{\circ}\text{C}$ və daha çox artması, periodik titrətmə, taxikardiya (120-140 vur/dəq) ilə xarakterikdir. Bəzən nəbz temperatur artımına uyğun gəlmir. Arterial təzyiq demək olar ki həmişə normaldır. Dil ərpli olub, qusma olmaya bilər. Əsas simptom bağırsaqların pərezidir. Bağırsaqların funksiyasını normalaşdırmaq üçün aparılan tədbirlər hissəvi və müvəqqəti effekt verir. 2 saatdan sonra peristaltika itir, qarın köpür. Qarın tənəffüs aktında iştirak edir. Palpasiya zamanı az ağrılıdır. Qarının ön divarının gərginliyi və peritonun qıcıqlanma simptomları zəifdir.

Perkusiya zamanı qarın boşluğunda möhtəviyyət aşkar edilir. Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə uşaqlığı və artımları əlləmək çətinləşir. Arxa tağ gərgin və ağrılıdır, uşaqlıqdan qanlı ifrazat gəlir. Rektal müayinədə düz bağırsağın ön divarının sallanması və ağrılı olması aşkar olunur. Bəzən qoyulmuş sarğının islanması müşahidə edilir. Bu çox vaxt eventerasiya zamanı rast gəlir. Peritonitin bu stadiyası 2-3 sutka davam edir.

Toksik faza. Bu fazada intoksikasiya artır. Xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir, mübadilə prosesləri pozulur, elektrolit balansı dəyişir, hiperproteinemiya inkişaf edir, ferment sisteminin fəaliyyəti pozulur, leykositoz artır. Nəbz 130-140 vur/dəq-yə qədər artır; arterial təzyiq enir; təngnəfəslik, sianoz artır; oyanıqlıq ardınca adinamiya inkişaf edir.

Terminal faza. Daha dərin dəyişikliklərlə xarakterikdir. MSS-nin zədələnməsi simptomları meydana çıxır: tormozlanma, adinamiya. Xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır, o süstdür. Bağırsağın motor funksiyası pozulur, peritonun qıcıqlanma simptomları zəifdir. Fermentlərin aktivliyinin azalması müşahidə edilir. İfraz olunan sidiyin miqdarı sutkada 300-400 ml-ə qədər azalır. Bütün mübadilə proseslərində kəskin dəyişikliklər baş verir. Beləliklə, xəstəliyin başlanmasından nə qədər çox

vaxt keçərsə, periton boşluğunda bir o qədər ağır əlamətlər meydana çıxar. Ona görə peritonitin erkən diaqnostikasının böyük əhəmiyyəti var. Reativ fazada başlanan erkən və adekvat müalicə müsbət nəticə verə bilər.

Klinik gedişi. Peritonitin klinik gedişi müxtəlifdir. Bu onu törədən səbəblərdən asılıdır. Müasir dövrdə peritonitin klinik gedişində 3 variant ayırd edilir.

Birinci forma erkən peritonit adlanır. Cərrahi əməliyyat zamanı peritonun infeksiyalaşması nəticəsində əmələ gəlir. Bu, adətən uzun, susuz, fasiləli və xorioamnionitli doğuşlarda əməliyyat apardıqda baş verir. Uşaqlıq tikişləri öz germetikliyini saxladığı halda, artıq 1-2 sutkada klinik əlamətlər meydana çıxır. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri kəskin deyil. Bağırsaqların parezi və kəskin intoksikasiya əlamətləri (qızdırma, taxikardiya, taxipnoe, selikli qışaların quruluğu) müşahidə edilir.

İkinci klinik forma – əməliyyatdan sonra əmələ gələn endometritlər, bağırsağın uzunmüddətli parezi nəticəsində yaranan peritonitdir. Bu zaman peritonun infeksiyalaşması bağırsaqların bəzi funksiyasının pozulması nəticəsində yaranır. Bağırsaqların bəzi funksiyasının pozulması onun davamlı parezi və dinamik keçməməzliyi nəticəsində meydana çıxır. Xəstənin vəziyyəti nisbi kəfidir. Bədən temperaturu $37,4-37,6^{\circ}\text{C}$ -dir. Taxikardiya 90-100 vur/dəq-dir. Bağırsaq parezi əlamətləri erkən meydana çıxır. Qarında ağrı olmaya bilər. Periodik olaraq ürəkbulanma və qusma olur. Qarın yumşaqdır, peritonun qıcıqlanma əlamətləri yoxdur.

Aparılan müalicədən sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır, qusma dayanır, qaz və nəcis kütlələri xaric olmağa başlayır. Lakin 3-4-cü sutkadan sonra situasiya dəyişir. Qarın yenidən köpür, qusma başlayır. Qusma daha güclü və yaşılmıtlı olur.

Qanın analizində leykoformulanın sola meyilliliyi ilə leykositoz müşahidə edilir. Proses progressivləşir. Aparılan konservativ müalicəyə baxmayaraq 4-cü gündən başlayaraq xəstənin vəziyyəti pisləşir. İntoksikasiya simptomları artır.

Üçüncü klinik forma. Uşaqlığa qoyulmuş tikişlərin keyfiyyətsizliyi üzündən peritonit əmələ gəlir. Bu bəzən infeksiya, bəzən isə əməliyyat zamanı buraxılan səhlər nəticəsində baş verir. Beləliklə, infeksiya substrakt qarın boşluğuna düşür və yeni simptomlar meydana çıxır. İlk günlərdən peritonit əlamətləri meydana çıxır, xəstənin vəziyyəti pisləşir. O, qarının aşağı hissəsindəki ağrılardan şikayətlənir. Palpasiyada bu ağrılar daha da güclənir. Uşaqlıqdan gələn ifrazatın azalması xarakterikdir. Kəskin intoksikasiya əlamətləri meydana çıxır: qusma, taxikardiya, qızdırma, taxipnoe. Perkutor olaraq qarında eksudatın olduğu aşkarlanır. Eksudatın miqdarı tədricən artır.

Tikişlərin infeksiyalaşması və onun davamsızlığı zamanı xəstəlik daha gec, cərrahi əməliyyatdan 4-9 sutka sonra başlayır. Peritonitin klinik əlamətlərinin meydana çıxmasında orqanizmin immun və endokrin vəziyyətinin də əhəmiyyəti böyükdür. Xəstənin vəziyyəti kəfi qala bilər. Nəbz 90-100 vur/dəq olur. Aparılan müalicəyə baxmayaraq temperatur $38-39^{\circ}\text{C}$ səviyyəsində qalır. İlk dövrlərdə bağırsaq parezi zəifdir, peritonun qıcıqlanma əlamətləri yoxdur.

Müalicə. Xəstəliyin stadiyasından, gedişindən asılı olmayaraq müalicə cərrahidir. Eyni zamanda həyati vacib orqan və sistemlərin funksiyasını bərpa etmək üçün kompleks müalicə aparılmalıdır.

İlk 2-4 saat əməliyyata hazırlığa sərf olunur, dezintoksikasion preparatlar, zülallar vurulur. Dövr edən qanın həcmi, su-elektrolit mübadiləsi pozğunluqları korreksiya olunur, energetik defisit bərpa olunur, ürək dərmanları vurulur.

Cərrahi müdaxilə ümumi anesteziya ilə aparılır. Şaquli kəsiklə qarın boşluğu açılır. Bu, sonrakı sanasiya və drenaj üçün vacibdir. Əməliyyatın məqsədi infeksiya ocağının götürülməsidir. Bu da çox vaxt infeksiyalaşmış uşaqlığın və artımların ekstripasiyası ilə qurtarır. Əməliyyat ərəfəsində və əməliyyat zamanı mədə-bağırsaq sisteminin funksional vəziyyətinə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Çünki, əməliyyatdan sonra baş verən peritonit, əməliyyatdan sonrakı fəsadlara aiddir və bağırsaq atoniyası ilə keçir. Bağırsaqların funksiyasını bərpa etmək üçün mədəyə, sonra isə bağırsağa zond salınır onların möhtəviyyəti sorulur.

Müalicənin əsasını infuzion-transfuzion terapiya təşkil edir. Su-duz mübadiləsi pozğunluqlarını korreksiya etmək üçün kalsium, kalium preparatları, Ringer-Lokk məhlulu, bikarbonat məhlul-

ları vurulur. Zülal preparatlarından 5-10%-li albumin məhlulu 500 ml-ə qədər, protein, plazma yeridilir.

Antibakterial müalicə 2-3 preparatla eyni zamanda aparılır. Hər 10 gündən bir antibiotiklər dəyişdirilir (onlara qarşı mikrobların həssaslığı öyrənilməlidir).

Qarın boşluğuna yeritmək üçün kanamissindən geniş istifadə olunur (sutkada 2 dəfə 1 qr). Vena və əzələ daxilinə vurmaq üçün geniş spektrli antibiotiklərdən istifadə edilir (1qr x 6 dəfə, ampisillin, separin sutkada 8 qr-a qədər, doksasillin 1qr x 6 dəfə).

Yalnız kompleks intensiv terapiya peritonitin sağlmasına səbəb olur.

Proqressivləşən tromboflebit. Bu xəstəlik zamanı vena divarlarının iltihabı və trombozlaşma məhdudlaşmır, venalar boyu davam edir. Əmələ gəlmiş tromb çox vaxt yumşalır və irinləyir. Infeksiyalanmış tromb hissələri ümumi qan dövrünə keçir, bütün orqanizmə yayılır, orqan və toxumalara çökür və həmin yerlərdə yeni septik infeksiya ocaqları əmələ gətirir.

Bəzi hallarda irinliklər inkapsulyasiya olunur və başqa orqanlara yayılır.

Müalicəsi peritonitin və septik infeksiyaların müalicəsi kimidir.

Septik şok. Septik şok klinik sindrom olub, infeksiya xəstəliklərin gedişini ağırlaşdırır, orqan və toxumaların funksiyasını və strukturunu pozan mikrosirkulyasiya pozğunluqları yaradaraq, mədələr mübadiləsinin, enerji yaranmasının kəskin azalmasına səbəb olur.

Mamalıq təcrübəsində o, əməliyyatdan sonra yaranan septik xəstəliklərin, xorioamnionitin, kiçik çanaq əməliyyatlarının, mastitin, pielonefritin və s. gedişini ağırlaşdırır. Abortdan və doğuşdan sonra baş verən septik xəstəliklərin 3-15%-də septik şok rast gəlinir. Septik şok keçirən xəstələrin 20-80 %-i ölür. Rast gəlmə tezliyinə görə septik şok, hemorragik və kardial şokdan sonra üçüncü yeri tutur.

Septik şok çox vaxt qramm mənfi mikroorqanizmlər (bağırsaq çöpləri, klebsiellalar, göy-yasıl irin çöpləri) tərəfindən törədilir.

Klinik gedişi. Septik şokun klinik gedişini şərti olaraq iki fazaya ayırırlar: erkən və ia „isti” və gecikmiş və ya „soyuq”.

Septik şok kəskin başlayır. Adətən mikroorqanizmlərin və onların toksinlərinin qana keçməsinə şərait yaradan infeksiya ocaqlarında əməliyyat və manipulyasiyalardan sonra yaranır.

Septik şokun ən çox rast gəlinən xarakterik əlamətləri aşağıdakılardır:

– septik ocaqdakı yerli dəyişikliklərlə ümumi vəziyyətin ağırlığının mütənəssib olması;

– kəskin yüksək hərarət və titrətmə (bədənin temperaturunun qəflətən dəyişməsi) şokun yaranmasından xəbər verir;

– qanıtirmə olmadığı və ya az olduğu halda arterial təzyiqin enməsi;

– A/T-in enməsi fonunda taxikardiya (120-140v/dəq), hiperdinamik sindrom zamanı (isti hipotenziya) akrosianozla müşayiət olunan quru və isti dəri və ya hipodinamik sindrom zamanı (soyuq hipotenziya) soyuq və nəm dəri;

– oligouriya və ya anuriya, erkən kəskin tənqəfəsliyin yaranması (dəqiqədə 30-60 tənəffüs);

– qanın laxtalanmasının pozulması (YDL sindromunun inkişafı ilə) MSS tərəfindən başlanan əlamətlər (eyforiya, oyanıqlıq, dezorientasiya, sayıqlama, hallusinasiya, süstlük, adinamiya və s.) müxtəlif xarakterli daimi xarakter daşımayan ağrılar (epiqastral nahiyədə, qarının aşağı hissəsində, ətraflarda, bəldə, döş qəfəsində), baş ağrıları, qara ciyər funksiyasının pozulması. Qara ciyər çatışmazlığı qoşulduqda dəri sarı rəng alır. Daha gecikmiş vaxtlarda akrosianoz, döş qəfəsində, qarında, ətrafların bükücü səthində petexial qansızmalar müşahidə edilir.

Effektsiz terapiya və ağır orqan zədələnmələri şokun refrakter fazasının inkişafına və ölümə səbəb olur. Əvvəlki illərdə ilk 24 saatda ölüm baş verirdi. Müasir dövrdə xəstələr kəskin dövrü keçir, onların bir hissəsi bir neçə gün sonra yanaşı gedən ağırlaşmalardan və ya superinfeksiyadan ölürlər.

Şokun qiymətləndirilməsində onun ağırlıq dərəcəsinin təyini vacibdir.

Yüngül – I dərəcəli şokda xəstənin vəziyyəti kafiyyə yaxındır. Huşu pozulmayıb, az kontaktlıdır. Dəri və selikli qişaları solğundur. Bədənin temperaturu normaldır və ya azca enib. Bəbəklərin

işığa reaksiyası saxlanılıb. Nəbz ritmikdir, tezləşib. Təngnəffəslik müşahidə edilir. Reflekslər zəifdir. Sistolik A/T 100-90 mm C st, diastolik 60 mm C st-a yaxındır.

Orta ağır-II dərəcəli şokda huş saxlanılıb, azca dumanlıdır. Bəbəklərin işığa reaksiyası zəifdir. Dəri solğun və soyuqdur. Xəstənin baxışları bir nöqtəyə zillənib. Tənəffüs zəifdir, tezləşib. Sistolik A/T 85-75 mm C st, diastolik 50 mm C st-a yaxındır.

Ağır-III dərəcəli şokda Şuur qarışıb, bəbəklərin işığa reaksiyası yoxdur. Nəbz tezləşib, sapvaridir. Dəri solğun və sianozludur, yapışqanvarı tərlə örtülüb. Sistolik A/T 70 mm C st-a yaxındır. Tənəffüs zəifləyib və ya periodikdir.

Şokun ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün əlavə metod kimi Alqoverin „Şok indeksi” təyin edilir., Şok indeksi” nəbz tezliyinin sistolik A/T-ə olan nisbətidir, normada 0,5-0,6-dır. I dərəcəli şokda 0,7-0,8; II dərəcədə 0,9-1,2; III dərəcədə 1,3 və daha çoxdur.

Septik şok xəstə üçün ölüm təhlükəsi yaradır. Ona görə onun erkən diaqnostikasının əhəmiyyəti böyükdür. Şokun bu növündə zaman faktoru həlledici rol oynayır. Belə ki, orqanizmdə geridönməz proseslər tez yaranır. Xəstəliyin diaqnozu klinik əlamətlərə görə qoyulur.

İntensiv terapiya. Septik şokun intensiv terapiyası mama-ginekoloq reanimatoloqla, lazım gəldikdə nefroloq, uroloq, hematoloq-koagulyasiya ilə birlikdə aparılır. Septik şok zamanı aşağıdakı tədbirlər aparılmalıdır:

- venadaxili katetrizasiya—təcili infuzion terapiya aparmaq üçün;
- burun və ya endotraxeal kateterin qoyulması—traxeobronxial ağacın ciddi tualeti üçün;
- sidik kisəsinin kateterizasiyası – diurezə nəzarət üçün.

Xəstəni şok vəziyyətindən çıxarmaq üçün yüksək dozada kortikosteroidlərin verilməsi effekt verir. Birdəfəlik 500 mq hidrokortizon və ya 120 mq prednizalon və ya 16 mq deksametazon vurulur.

Septik şokun reanimasiyasında infuzion terapiya mühüm komponentdir (reopoliqlukin, poliqlukin, hemodez, Ringer, qlukoza, natrium bikarbonat, laktosol məhlulları). İnfuzion terapiyanın rolu dövr edən qanın həcmnin bərpası, qanın reoloji xüsusiyyətlərinin, mikrosirkulyasiyanın normalaşdırılması, dezintoksikasiya və metabolik pozğunluqların korreksiyasıdır. İnfuzion terapiyanın effektivliyindən və xəstə orqanizminin reaksiyasından asılı olaraq, infuzion terapiyanın həcmi və sürəti təyin edilir.

I dərəcəli şokda infuzion terapiyanın həcmi 1000-1500 ml, sürəti 200 ml/saat;

II dərəcəli şokda infuzion terapiyanın həcmi 2000-2500 ml, sürəti 350 ml/saat;

III dərəcəli şokda infuzion terapiyanın həcmi 3500-5000 ml, sürəti 500-600 ml/saat.

Ürək (korqlukon və ya strofantin) və desensibilizəedici dərmanların (dimedrol, suprastin, kalium qlukonat), heparin, daxili orqanların funksiyasını yaxşılaşdıran (vitaminlər, essensial, trasilol) preparatlarının təyini vacibdir.

Müalicənin əsas tərkib hissələrindən biri antibiotikoterapiyadır. Antibiotiklərin başlanğıc dozaları yüksək olmalıdır. Bu zaman qanda onların yüksək konsentrasiyasına nail olmaq olur. Müalicənin əvvəlində şoku törədən səbəb məlum olmur. Ona görə də müalicə 2-3 antibiotiklə aparılır. Bu şərtlə ki, antibiotiklər həm qram mənfi, həm qram müsbət, həm aerob, həm anaerob mikrofloraya təsir etsin. Antibiotiklərdən ən azı ikisi vena daxilinə vurulur.

Mübadilə prosesini yaxşılaşdırmaq, regenerativ prosesləri stimula etmək üçün İzolda aparatı ilə qanın ekstrakorporal (UBŞ) ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırılması, ekstrakorporal hemosorbsiya və hiperborik oksigenizasiya aparılır.

İnfeksiya ilə mübarizəyə infeksiya ocaqlarının aradan qaldırılması da daxildir. Uşaqlıq irin ocaqlarından təmizlənilir və drenaj qoyulur.

Bəzi alimlər 4-6 saat ərzində intensiv konservativ müalicə effekt vermədikdə və ya damar kolapsını aradan qaldıran kimi cərrahi müdaxilənin lazım olduğunu qeyd edirlər. Cərrahi müdaxilə xəstənin vəziyyətindən asılı olmayaraq aparılmalıdır. O, nə qədər tez aparılsa, nəticə bir o qədər yaxşı olar. Cərrahi müdaxilənin 24 saat gecikdirilməsi əksər hallarda ölümə nəticələnir.

Kompleks müalicə nəticəsində septik şokun sağalma kriteriyası xəstənin şuurunun aydınlaş-

ması, sianozun itməsi, dəri örtüklərinin çəhrayı rəng alması, diurezin artması, A/T-in normallaşması, tromboemboliyanın aradan qalxması və qanın laxtalanma sisteminin normallaşmasıdır.

Məqsədyönlü antibakterial, dezintoksikasion, hemostimulyasiya terapiyası enerji resurslarının bərpası, orqanizmin müqavimətinin artması və s. tədbirlər infeksiya prosesini tam ləğv olunana qədər davam etdirilməlidir.

Xəstəxanadan yazıldıqdan sonra xəstə, 5 il müddətində dispanser müşahidəsində olmalıdır. Bu, septik şokdan sonra baş verə biləcək fəsadların qarşısını almaq üçün vacibdir: xroniki böyrək çatışmazlığı, Şıxan sindromu, diensefal sindrom (İtsenko-Kuşinko tipində), diabet, böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin nekrozu sindromu və s.)

§ 2.4. IV mərhələ septik zahılıq xəstəlikləri

Sepsis. Sepsis-yunan sözü olub, irinləmə, çürümə mənasında işlənir. Sepsis orqanizmin özbaşına geridönməyən, yayılmış qeyri-spesifik infeksiyasıdır. Sepsisin patogenezi 3 faktorun rolu önəmlidir:

– **mikrob faktoru:** orqanizmə düşən mikrobların növü, miqdarı, virulentliyi, həmçinin mono, poli və qarışıq infeksiyanın olması;

– **giriş qapısının xarakteri:** infeksiya qapısının lokalizasiyası, həmin nahiyənin qanla təchizat dərəcəsi, toxumaların zədələnməsinin xarakteri yaxud irinli ocaqların ölçüsü;

– **orqanizmin reaktivliyi:** immunitet və qeyri-spesifik müdafiə faktorlarının səviyyəsi.

İnfeksiyanın giriş qapısında yerli immunobioloji mexanizmlərin kəskin pozulması nəticəsində orqanizm yerli müdafiə səddləri yarada bilmir və daxil olmuş mikrobları məhv edə bilmir. Bütövlükdə orqanizmdə immun hemostazın və bioloji müdafiə qabiliyyətinin enməsi səbəbindən qana daxil olmuş mikroorqanizmlər, onların toksinləri parçalanmır. Beləliklə sepsis inkişaf edir.

Zahılıq sepsisinin etiologiyasında qızılı stafilokoklar mühüm rol oynayır. Sonrakı yerləri müvafiq olaraq qram mənfi mikroorqanizmlər, anaerob bakteriyalar və streptokoklar tutur. Sepsis hallarının 1/3 hissəsi iki və daha artıq mikroblar tərəfindən törənir. Son zamanlar qram mənfi (bağırsaq çöpləri) anaerob (bakteroidlər, peptokoklar, peptostreptokoklar) mikroorqanizmlərin rolu artmışdır (hospital ştammlar hesabına).

Sepsisin təsnifatı.

1. Infeksiya ocağına görə: birincili və ikincili;
2. Klinik gedişinə görə: ildırımvari, kəskin septik şok, yarımkəskin, xroniki, residivli sepsis;
3. Törədicinin növünə görə: qram müsbət (stafilokok, streptokok və s.), qram mənfi (klebsiellələr, göy-yaşıl irin çöpləri, ibtidailər və s.), qonokoklar, anaerob, qarışıq və s.;
4. Infeksiya mənbəyinə görə: yara, daxili orqanların xəstəlikləri (angina, pnevmoniya, mastit), əməliyyatdan sonra və mənşəyi məlum olmayan;
5. Lokalizasiyasına görə: mama-ginekoloji, otogen və başqa lokalizasiyalı;
6. Sepsisin inkişaf vaxtına görə: erkən – zədələnmədən sonra 10-15 gün ərzində inkişaf edən sepsis və gecikmiş–zədələnmədən 2 həftə sonra inkişaf edən sepsis;
7. Başlanğıc formasına görə: septik başlanğıc fazası–toksemiya; septisemiya–bakteriemiya; septikopiemiya – irinli metastatik, ocaqlı sepsis.
8. Orqan və sistemlərdə baş verən dəyişikliklərə görə: kompensasiya fazası; sərbəst kompensasiya fazası; dekompensasiya fazası.

İnfeksiyanın daxil olduğu yer **infeksiya qapısı** adlanır. Infeksiya qapısında inkişaf edən iltihabi proses **ilkin ocaq** adlanır. İlkin ocaqdan hematogen yolla mikrob və irin embolları başqa nahiyələrə daşınır. Nəticədə müxtəlif orqan və sistemlərdə piemik (metastatik) ocaqlar meydana çıxır. Belə infeksiya ocaqları **ikincili infeksiya ocaqları** adlanır.

Sepsis ilkin olaraq sərbəst xəstəlik kimi meydana çıxarsa, bu **birincili sepsisdir**. Hər hansı yerli irinli prosesin ağırlaşması kimi meydana çıxarsa, **ikincili sepsis** adlanır.

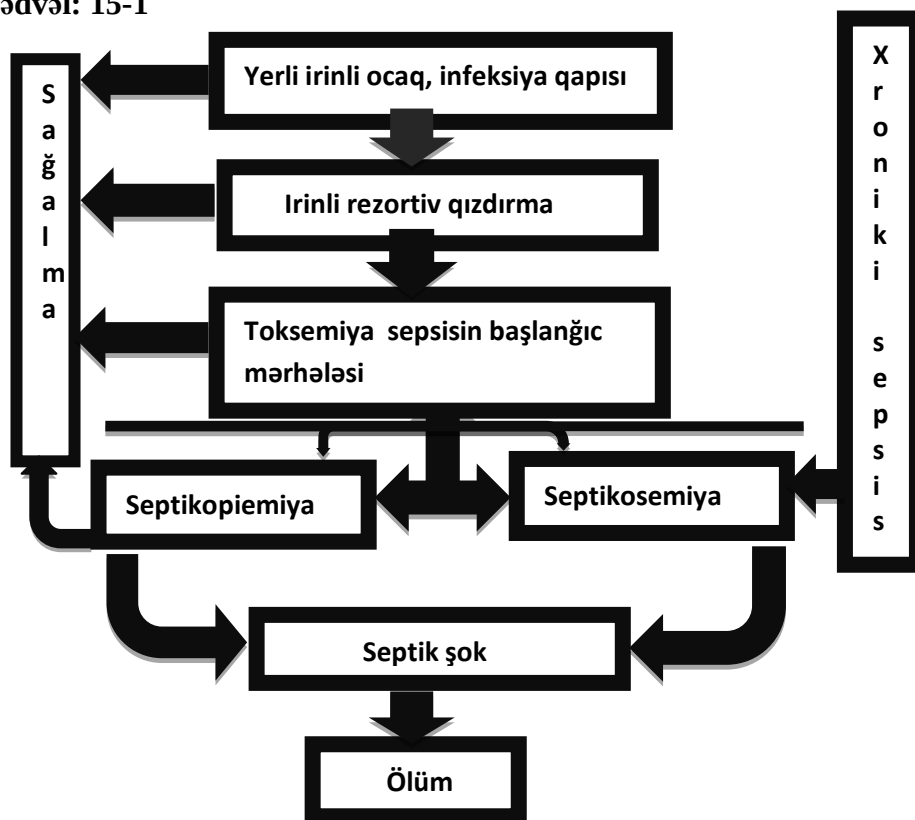
Sepsisi törədən mikrobların növü, patogenliyi, toksikliyi və digər xüsusiyyətləri əksər halda sepsisin klinik gedişini müəyyənləşdirir.

Stafilokoklar fibrini laxtalandıraraq toxumalarda çökməklə 95% hallarda ikincili metastatik irin ocaqları yaradır. Streptokoklar isə fibrinolitik xüsusiyyətə malikdir, 35% hallarda piemiya yaradır. Buna görə də qram müsbət bakteriyalı sepsislər septikopiemiya, qram mənfi floralı sepsislər isə septikosemiya tipli olur. Qram mənfi floralı sepsislər 20% hallarda septik şok verir.

İnfeksiya ocağında mikrobu miqdarı kritik səviyyəni keçdikdə (infeksiya qapısında toxumaların $1\text{qr} - 10^5$), infeksiyanın yayılmasına və sepsisin inkişafına şərait yaranır.

İlkin ocaqdan, məhdudlaşmış infeksiyanın, yayılaraq orqanizmin ümumi infeksiyasına-sepsisə keçməsinə sxematik olaraq belə təsvir etmək olar:

Cədvəl: 15-1



Əvvəlcə yerli irinli proses şəklində olan infeksiya, orqanizmin müqaviməti az olduqda, toxumalarda mikrobu miqdarı və virulentliyi çox olduqda irinli-rezorbktiv qızdırma şəklində özünü bildirir. Hərərət 38°C -dən artıq olur, titrətmə, intoksikasiya, leykoformulanın sola meyilliliyi müşahidə edilir. Qanda hemokulturanın (sterilliyə görə yoxlamaq üçün qanın əkilməsi) cavabı mənfi olur. İrinli rezorbktiv qızdırma zamanı əmələ gələn bu əlamətin səbəbi infeksiya ocağından toxumaların parçalanma məhsullarının və mikrob toksinlərinin qana sorulmasıdır. Adətən irinli ocağın ləğvindən, onun radikal işlənməsindən və irinin xaric edilməsindən bir neçə gün sonra ümumi əlamətlər səngiyir, xəstənin halı yaxşılaşır. Aparılan yerli və ümumi müalicəyə baxmayaraq 7-10 gündən sonra ümumi əlamətlər keçmirsə və qanda bakteriemiya qeyd olunursa bu sepsisin başlanğıc fazasından xəbər verir. Bakteriemiya (mikrobların qana keçməsi) hələ sepsis demək deyil. Belə ki, orqanizmin müqaviməti yüksək olduqda mikroflora məhv edilir. Əks halda qanda dövr edən mikroblar müxtəlif orqan və toxumalara çökərək ikincili irin ocaqları əmələ gətirir. Əksər halda intensiv terapiya 10-15 gün ərzində sağalma ilə nəticələnir.

Aparılan intensiv terapiya effekt vermədikdə sepsisin iki klinik variantlarından biri inkişaf edir: vahid septik prosesin fazaları (variantları) septisemiya, septikopiemiya və qarışıq forma. Çox

vaxt bu fazalar bir-birini əvəzləyir.

Septisemiya. Bütün orqanizmdə və qan damarlarında bakteriya və onun toksinlərinin olmasıdır. Bakteriyalar və toksinlər periodik olaraq (dalğavari) infeksiya ocağından (orada qan dövrənə zəifləyir) qan dövrənə daxil olur.

Septikopiemiya. Periodik olaraq mikroblar qana keçir, müxtəlif orqan və toxumalarda yeni irin ocaqları əmələ gətirir. Septikopiemiya sepsisin toksik fazasıdır. Əsasını toksinlərin, mikrobların dağılmasından əmələ gələn məhsulların qana keçməsi nəticəsində əmələ gələn intoksikasiya təşkil edir.

Doğuşdan və abortdan sonra əmələ gələn sepsis klinik olaraq, septisemiya və septikopiemiya kimi meydana çıxır. Son zamanlar ən çox septikopiemiya tipində keçir. Sepsis ildırımvari və ya tədricən inkişaf edir. Onun simptomları ümumi (bütün orqanizmin reaksiyası) və yerli olaraq (ilkin ocaqda meydana çıxır) iki yerə bölünür.

Klinika. Septisemiya erkən, doğuşdan sonrakı ilk 2-3-cü sutkada başlayır. Septikopiemiya, çox vaxt yayılmış, infeksiyanın sonrakı etapu kimi meydana çıxır. Sepsis metastazlarının əmələ gəlməsi üçün əvvəlcə ilkin infeksiya ocağı yaranmalı, sonra septisemiya və daha sonra septikopiemiya inkişaf etməlidir. Septisemiya və septikopiemianın klinikasında ümumi əlamətlər çoxdur. Bu əlamətlər müxtəlif orqan və sistemlər tərəfindən biruzə verir.

Baş ağrıları, oyanıqlıq, yuxusuzluq, şüurun qaralması və ya (ağır hallarda) itməsi və s. sinir sisteminin fəaliyyətinin pozğunluqlarını göstərən əlamətlərdir. Bədən temperaturu daim artır, 39-41°C səviyyəsində olur. Metastazlar zamanı temperatur daha yüksək və dəyişkən olur. Əsas simptomlardan biri üşütmə və titrətmədir. Adekvat müalicə aparılmadıqda, xəstənin arıqlaması və vəziyyətinin getdikcə pisləşməsi xarakterikdir. Bəzən dəridə hemorragik səpgilər, dərinin sarımtıl-avazı-mış olması, dodaq və dırnaqların sianozlu olması müşahidə olunur.

Ürək-damar sistemi tərəfindən, nəbzın kəskin tezləşməsi (120-130v/dəq), onun dolğunluğunun azalması, arterial və venoz qan təzyiqinin enməsi, ürək fəaliyyətinin pisləşməsi, trofik və damar pozğunluqları (yataq yaraları, tromboflebitlər, ödemlər, trombozlar və s.) aşkarlanır.

Sürətlə anemiya inkişaf edir, EÇR yüksəlir, (40-65 mm/saat), leykositoz, leykoformulanın solameyilliliyi müşahidə edilir. Parenximatöz orqanların funksiyası pozulur. Sidiyin xüsusi çəkisi azalır, çöküntüdə zülal və formalı elementlər aşkar olunur.

Tənəffüs zəifləyir, taxipnoe (dəqiqədə 28-30 tənəffüs) müşahidə edilir.

Qara ciyərin funksiyası pozulur. Çox vaxt sarılıq və hepatit əlamətləri inkişaf edir. Splenomeqaliya əmələ gəlir. İştaha pisləşir və ya itir, dil ərplidir, davamlı septik ishal, ürəkbulanma, qusma müşahidə edilir. Septik qanaxma mümkündür.

Septisemiya və septikopiemianın ümumi əlamətlərindən başqa, onları fərqləndirən əlamətlər də var.

Septisemiyanın bəzi formaları yüksək temperatur (39-40° C) və tez-tez təkrarlanan üşütmə tutmaları ilə, bəzi formaları isə tədricən artan temperatur və tək-tək üşütmə tutmaları ilə keçir və sutka ərzində bədən temperaturunun fərqi çox olur. Septisemiya zamanı intensiv adekvat terapiyadan sonra bədən temperaturu sürətlə düşür, ümumi vəziyyət yaxşılaşır.

Septikopiemianın əsas klinik əlamətləri aşağıdakılardır (şəkil:15-4): eyni zamanda orqan və sistemlərdə çoxlu zədələnmələr; xəstədə bir neçə irinli ocağın olması; yüksək dərəcəli intoksikasiya; uzun davamlı intoksikasiya ilə birlikdə poliorqan, polisistem çatışmazlıqlar (uşaqlıq, ağ ciyərlər, qara ciyər, böyrəklər, ürək, beyin qışaları, beyin və s.). Çoxsaylı zədələnmələr septiko-piemianın xarakterik xüsusiyyətidir. Yeni metastaz ocaqları yarandıqda qan göstəriciləri pisləşir, prosesin remissiyalarında yaxşılaşır (şəkil:15-2)

Diagnoz. Diaqnoz klinik əlamətlərə, xəstənin ciddi müayinəsinə və laborator analizlərin nəticələrinə əsasən qoyulur. Sepsis üçün xarakterik laborator test yoxdur. Antibakterioterapiya fonunda xəstələrin 10-15%-də bakteriemiya aşkar olunur.

Müalicə. Sepsisin intensiv terapiyasının prinsipləri:

– antibiotikogramma nəzərə alınmaqla antibakterial terapiya. Rasional antibiotikoterapiya

üçün qanda və yaralarda olan mikroflora müəyyənləşdirilməlidir;

- hemostazdakı pozğunluqların tənzimi;
- dezintoksikasion terapiya;
- paralel qidalanma;
- immunoterapiya-orqanizmin müdafiə gücünün aktivləşdirilməsi;
- simptomatik müalicə;
- ağırlaşmaların müalicə və profilaktikası.



Şəkil:15-2. Zahılıq sepsisi, Septikopiemiya

Sepsisin kompleks terapiyasının əsasını infeksiya ocağının ləğvi təşkil edir. Septikopiemiya zamanı uşaqlıqda ilkin ocaq mövcud olduqda, 2-3 sutka ərzində aparılan kompleks müalicə effekt vermirse, uşaqlıq, uşaqlıq artımları ilə birlikdə histeroektomiya edilməlidir. Kesar kəsiyindən sonrakı peritonitlər, septik şok və nekrotik endometrit zamanı konservativ müalicə effekt vermədikdə uşaqlığın ekstirpasiyası göstərişdir. Uşaqlıq qanaxmaları olsa, təcili histeroektomiya aparılmalıdır. Septikopiemiya stadiyasında uşaqlığın çıxarılması həmişə effekt vermir. İkincili ocaqlar prosesi davam etdirir. Lakin sepsisin bu növündə uşaqlıq çıxarılmadan sağalma mümkün deyil. Əgər ilkin ocaq mastit, aralığın irinliyi, inyeksiyadan sonrakı absesdirsə, cərrahi yolla irin evakuasiya edilir. Nekrotik toxumalar kəsilib təmizlənilir.

Antibiotikoterapiya təcili, bakterioloji diaqnoz qoyulana qədər başlanmalıdır. Sonradan o, bakterianın həssaslığı öyrənməklə davam etdirilir. Bunun üçün hər 5-7 gündən bir qanın əkilməsi təkrarlanır. Yerli (uşaqlıq daxili, peritondaxili) və ümumi (vena daxilinə, arteriya daxilinə və əzələ daxilinə) antibiotikoterapiya həmişə müştərək aparılmalıdır. Antibiotikoterapiya kursunun davamiyyəti xəstənin vəziyyətindən asılıdır. Müalicə tam klinik sağalma və qanın əkilməsindən 2 dəfə mənfi cavab alana qədər davam etdirilir. Kimyəvi antiseptik maddələrdən xlorofillipt, urotropin istifadə olunur. Antibiotiklərin effektivliyini artırmaq üçün onlar, sulfanilamid və nitrofuran (furazolidon, furazolin) preparatları ilə birlikdə təyin edilir.

Sepsis zamanı infuzion-transfuzion müalicənin xüsusi əhəmiyyəti var. Sutka ərzində vurulan mayenin həcmi 3250 ml, sonra 2150 ml təşkil etməlidir. Diurezi stimule etməklə izovolemik hemodulyasiya aparılır. Kolloid və kristalloid məhlulların nisbəti birinci 6 gündə 1:1, ikinci 6 gündə 1:1,5 olmalıdır.

Kompleks müalicəyə ürək qlukozidləri, heparin, antipiretiklər (aspirin, analgin) antiaqreqatlar (dipiridamol, ksantinol), sidikqovucular da daxildir. Ağ ciyər çatışmazlığı zamanı hiperbarik oksigenizasiya seansları, ağ ciyərin periodik köməkçi ventilyasiyası, oksigenoterapiya, lazım gəldikdə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası effekt verir.

Orqanizmin reaktivliyini artırmaq məqsədi ilə plazma, eritrositar kütlə, 10%-li etil spirti vena daxilinə yeridilir, qanın ultrabənövşəyi şualandırılması aparılır. Kəskin sepsis zamanı passiv immunizasiya preparatlarından istifadə edilir (antistafilokok, antiklebsiellyar plazma, antistafilokok qam-

maqlobulin, leykositlər kütlə). Böyrəküstü vəzi çatışmazlığında, allergik reaksiya əmələ gəldikdə, hipertenziyaya meyillilik olduqda və septik şokun profilaktikası məqsədi ilə qlukortikoidlərdən istifadə olunur.

Kompleks müalicəyə desensibilizəedici, antihistamin preparatları mütləq daxil edilməlidir. Onlar sirkulyar kollapsın, septik və anafilaktik şokun qarşısını alır. Sedativ dərmanların təyini məsləhətdir. Simptomatik müalicəyə ağrıkəsicilər, spazmolitiklər də daxil edilməlidir. Ümumi möhkəmləndirici müalicəyə yaxşı qulluq, vitaminlərlə zəngin tam dəyərli qidalanma, anabolik steroidlərin (retobolil) təyini, əlavə vitaminoterapiya, parenteral qidalanma da daxildir.

Proqnoz. Aparılan müalicəyə baxmayaraq sepsis zamanı proqnoz həmişə ciddidir.

Septik şok, poliorqan və polisistem çatışmazlıqlar kimi ağırlaşmalar inkişaf etdikdə proqnoz daha da pisdır.

Profilaktika. Mama-ginekoloji sepsisin profilaktikası üçün zahılıq xəstəliklərinin və kriminal abortların qarşısı alınmamalıdır. Zahılıq infeksiyalarına görə risk qrupuna daxil olan qadınlar, həmçinin zahılıq infeksiyaları keçirmiş qadınlar, qadın məsləhətxanalarında dispanser müşahidəsinə götürülür. Onlarla lazımi müalicəvi-profilaktik tədbirlər aparılır. Doğuş zamanı dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasının, uzunmüddətli susuz dövrün yaranmasının qarşısı alınmalıdır. Doğum yollarının yumşaq toxumalarının zədələri vaxtında işlənməlidir. Mamalıq əməliyyatlarından sonra infeksiyalanmaya yüksək risk olduqda antibakterial terapiya aparılır. İrin ocaqlarının vaxtında cərrahi müalicəsi effektiv profilaktik tədbirdir.

Anaerob sepsis. Anaerob sepsis üçün iltihabi reaksiyanın olmaması, ödemin, qaz əmələgəlmənin, toxuma nekrozunun progressiv inkişafı xarakterikdir. Bakterial toksinlər və toxumaların parçalanma məhsulları tərəfindən törənən ağır intoksikasiya xarakterik deyil. Bu xəstəlik əsasən həmi-ləlik dövründə aparılan kriminal əməliyyatlar zamanı rast gəlir. Törədicisi klostridiumdur, aşağıdakı növləri var: Clostridium perfringens, Cl. septicum, Cl. histolyticus. Bu törədiciyə toxumalara təsiri iki fazaya bölünür: toksiki ödem, qazəmələgətmə; əzələlərin və birləşdirici toxumaların qanqrenası.

Xəstəliyin inkubasiya dövrü 1-7 gündür. Anaerob infeksiya nə qədər tez inkişaf edərsə, onun gedişi bir o qədər ağır keçir.

Klinik gedişinə görə xəstəliyin iki forması ayırd edilir.

- ildırımvari—bir neçə saat ərzində inkişaf edir, şiddətli keçir və ölümə nəticələnir;
- kəskin anaerob infeksiyanın qalan bütün növləri aiddir.

Klinika. Klinikası yerli və ümumi əlamətlərin əmələ gəlməsi ilə xarakterikdir. Anaerob infeksiyanın ən erkən meydana çıxan simptomları—infeksiya ocağı ətrafında ağrı, ödem (uşaqlığın həcmində böyüməsi), bədən temperaturunun artması, xəstənin psixikasının pozulması (narahatlıq, oyanıqlıq və ya əksinə tormozlanma) və s.-dir. Xəstəliyin yerli formasında infeksiya uşaqlıqda və uşaqlıq möhtəviyyatında məhdudlaşır. Bu zaman qızdırma və zahılıq infeksiyalarının başqa əlamətləri müşahidə edilir. Uşaqlıqdan iysiz qazın, qaz hopmuş toxuma tullantılarının xaric olması, palpasiya zamanı uşaqlığın ağrılı olması, krepitasiyanın hiss olunması və rentgen müayinəsində uşaqlıqda qazın aşkar edilməsi xarakterik əlamətlərdir.

Xəstəliyin başlanğıc stadiyası ağır intoksikasiya və septik şok əlamətləri ilə keçir. Eritrositlərin parçalanması və hemolitik anemiyanın inkişaf etməsi nəticəsində simptomlar triadası müşahidə edilir: **hemoqlobinemiya, hiperbilirubinemiya, hemoqlobinuriya**. Xəstəlik 2-3 gündən bir neçə həftəyə qədər davam edir. Ölüm faizi yüksəkdir.

Klostridial infeksiyanın yüksək kontagiozluğunu nəzərə alaraq, anaerob infeksiyalı xəstələr və ya bu infeksiyaya şübhəlilər ciddi epidemiya əleyhinə rejimi olan palatalarda izolyasiya olunmalıdırlar.

Müalicə. Kompleks müalicə aşağıdakı prinsiplərə əsaslanır: prosesin yayılmasının qarşısını almaq; toksinlərin sorulmasının qarşısını almaq və mövcud intoksikasiyanı ləğv etmək; orqan və sistemlərin pozulmuş funksiyalarını bərpa etmək; immunoloji gücü aktivləşdirmək.

Anaerob infeksiyanın müalicəsi zamanı aparılan tədbirlər 3 qrupa bölünür: spesifik; cərrahi;

qeyri-spesifik.

Spesifik müalicə antiqanqrenoz zərdablarla aparılır. Zərdabın 1 müalicəvi dozası 10 profilaktik dozaya (150000BV antiperfunges, antiseptikum, antiepidemiens) bərabərdir. Narkoz altında (anafilaktik şokun qarşısını almaq üçün) 100-150 ml eritrositar kütlə yeridilir və vena daxilinə natrium xloridin izotonik məhlulunda həll olmuş antiqanqrenoz zərdab vurulur. Orqanizmdə antitel deposu yaratmaq üçün eyni zamanda əzələ daxilinə də 5-8 doz antiqanqrenoz zərdab vurulur. Törədici məlum olduqda eyniadlı zərdabdan istifadə olunur. Bundan əvvəl mütləq zülalə qarşı həssaslıq sınağı qoyulmalıdır. Dərialtı sınaq mənfi olduqda (0,1 ml zərdab dəri altına vurulur) 30 dəqiqə sonra müalicəvi doza vena və ya əzələ daxilinə yeridilir.

Cərrahi müalicənin əsasını erkən, təcili, radikal əməliyyat təşkil edir. Əməliyyatın maksimal həcmi uşaqlığın borularla birlikdə ekstripiyasıdır. İnfeksiya uşaqlıq möhtəviyyatında məhdudlaşsarsa, uşaqlığın qaşınması və ya vakuum aspirasiyası aparılır. Belə halda septik şok ehtimalı böyükdür.

Qeyri-spesifik müalicə zamanı güclü dezintoksikasion terapiya aparılır (poliion məhlullar, qlükoza məhlulları və s.), dezintoksikasion və mikrosirkulyasiyanı normallaşdırma xüsusiyyətinə malik olan qanəvəzedicilər vurulur və daxilə çoxlu maye verilir. Antibiotiklər (polisintetik penisillinlər, tetrasiklin) təyin edilir. Hiperbarik oksigenizasiya yaxşı effekt verir.

Profilaktika. Profilaktik mübarizə hamiləliyə kriminal müdaxilələrə qarşı yönəlməlidir. Məməliq təcrübəsində spesifik profilaktik metodlar (antiqanqrenoz zərdabın və antiqanqrenoz bakteriofaqların vurulması) tətbiq olunmur.

§ 3. Mastit

Mastit süd vəzisinin parenximasının və interstisial toxumasının iltihabıdır. Zahılıq dövrünün ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biridir. Son zamanlar daha çox rast gəlinir. Bu törədicilərin quruluş və xüsusiyyətlərindəki dəyişikliklər və onların antibiotikorezistentliyi ilə izah olunur.

Mastitin törədicisi stafilokoklar (əksər hallarda qızılı stafilokoklar), E. Coli ilə streptokok assosiasiyasıdır. İnfeksiya mənbəyi „bakteriyadaşıyıcılar” və yerli irinli xəstəliklərin silinmiş formasını keçirənlərdir. Onlardan quluq əşyaları və camaşırılar vasitəsi ilə yayılır. Mastitlərin əmələ gəlməsində hospital infeksiyanın da rolu böyükdür.

Döş giləsindəki çatlar infeksiya qapısı rolunu oynayır. Nadir halda infeksiya hemotogen və limfogen yolla yayılır. İltihabi proses süd vəzisi axarlarının tutulmasına səbəb olur. Belə hal ilk doğanlarda və süd axarları çatışmazlığı olanlarda daha çox rast gəlinir.

İltihabi prosesin lokalizasiyasına görə mastitin təsnifatı:

- parenximatov – əsasən parenximanın zədələnməsi ilə xarakterikdir;
- interstisial – interstisial toxumanın zədələnməsi üstünlük təşkil edir;
- qalaktoforit – süd axarlarının iltihabı;
- aerolit – döş giləsi ətrafı dairənin iltihabı.

Kəskin və xroniki mastitlər ayırd edilir.

Xroniki mastit nadir hallarda rast gəlinir. Kəskin mastitin düzgün müalicə olunmaması nəticəsində inkişaf edir.

Klinik gedişinə görə: seroz; infiltrativ; absesli; fleqmanoz; qanqrenoz mastitlər ayırd edilir.

Klinika. Fazalarından asılı olaraq kəskin mastitin klinikası müxtəlifdir.

Seroz mastit zahılıq dövrünün 2-3-4-cü həftəsində kəskin başlayır, üşütmə ilə müşayiət olunur. Ümumi zəiflik, əzginlik, baş ağrıları müşahidə edilir. Süd vəzində ağrı başlayır. Müayinə zamanı süd vəzisinin konturları saxlanıldığı halda nisbətən böyüməsi, diffuz ağrılı olması aşkar olunur. Adekvat müalicə aparılmadıqda 2-3 gün ərzində **infiltrativ mastit** inkişaf edir, üşütmə başlayır. Süd vəzisi kəskin ağrılıdır, bütün vəzi böyüyür, sərhədləri aydın olmayan infiltrat əmələ gəlir, üzərindəki dəri hiperemiyalaşır. ECR 30-40 mm/saat-a qədər yüksəlir. Süd vəzində ağrı, gərginlik

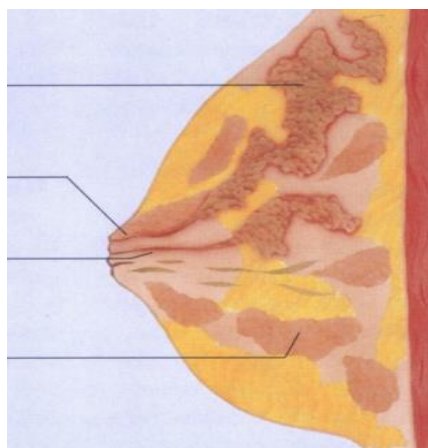
hissi artır. Baş ağrıları, yuxusuzluq, zəiflik, iştahanın itməsi müşahidə edilir.

Qoltuqaltı limfa vəziləri böyüyür və ağrılı olur. İnfiltratın palpasiyası zamanı yumşalma və flüktasiya hiss olunur.

Aparılan ümumi və yerli müalicə prosesi dayandırmır və onun geri inkişafı baş vermirsə, **mastitin abses forması** inkişaf edir (şəkil:15-3). Bütün klinik əlamətlər proqressivləşir. Leykositlərin sayı $15-16 \times 10^9/l$ -ə, EÇR-50 60 mm/saata çatır. Hemoqlobin 80-90 qr/l-ə qədər azalır. Üşütmə güclənir, qızdırma davam edir. İnfiltrat irinlədikdə flüktasiya müşahidə edilir.

Fleqmanoz mastit üçün ümumi vəziyyətin kəskin pisləşməsi, temperaturun $38-40^{\circ}C$ -yə qədər yüksəlməsi, üşütmə xarakterikdir. İntoksikasiya əlamətləri artır. Dodaq və dil quruyur, yuxusuzluq və baş ağrıları müşahidə edilir. Süd vəziləri böyüyür, dərisi hiperemiyalı, bəzi sahələri sianozludur. Dərialtı venaların genəlməsi, limfadenit aşkar olunur. Palpasiyada süd vəzisi pastozdur, bəzi yerlərdə flüktasiya hiss olunur. Leykositoz $17-18 \times 10^9/l$ -ə çatır, hemoqlobin 70 qr/l-ə qədər azalır, EÇR-70 mm/saat-a qədər yüksəlir. Leykositlər formula sola meyillidir, eozinofiliya, limfopeniya müşahidə edilir (şəkil:15-3).

Mastitlərin növləri (şəkil:15-3)



Mastit: 1- infeksiyalanmış vəzi paycıq; 2-zədələnmə; 3- infeksiyalanmış süd axarları; 4- sağlam süd vəzisi paycıqları

İnfiltrativ mastit



Absesli mastit



Fleqmanoz mastit



Qanqrenoz mastit

Qanqrenoz forma zamanı ümumi vəziyyət çox ağırdır (şəkil:15-3). Temperatur $40^{\circ}C$, nəbz 110-120 vur/dəq-dir, dolğunluğu zəifdir. Dəri avazı, dil və dodaq qurudur. Xəstə zəiflikdən, baş ağrılarından, yuxusuzluqdan, iştahanın itməsindən şikayətlənir. Süd vəzisi böyüyür, ağrılı və ödemli olur. Dərisinin rəngi açıq yaşıl tünd göy qədər dəyişir. Bəzi yerlərdə suluqlar və nekroz sahələri var. Döş gilləsi daxilə dartılır, süd yoxdur. Regional limfa düyünləri böyüyür, palpasiyada ağrılıdır. Leykositoz $20-25 \times 10^9/l$ təşkil edir, leykoformula kəskin sola meyillidir, neytrofillər toksiki dənəvərdirlər. Hemoqlobin 40-50 qr/l-ə qədər azalıb, EÇR 70 mm/saat-a qədər artır.

Diagnoz. Diaqnoz xəstənin şikayətlərinə, klinik əlamətlərə və laborator məlumatlara əsasən qoyulur. Qanın ümumi analizində leykositoz (neytrofil meyilli), EÇR-in sürətlənməsi, anemiya müşahidə edilir. Sütün və irinin bakterioloji müayinəsi aparılır. Sitoloji müayinədə sütün vahid miqdarında leykositlərin artması (görmə sahəsində 20 dən çox) aşkar edilir. USM və elektrotermometriyadan da istifadə edilir.

Müalicə. Mastitin forması nəzərə alınmaqla müalicə aparılır. Erkən əlamətlər görünən kimi müalicəni başlamaq lazımdır. İrinli iltihab olmadıqda konservativ, olduqda cərrahi müalicə məsləhətdir. Laktostaz olduqda süd vəzisinə qaldırılmış vəziyyət verilməlidir. Süd vəzilərini boşaltmaq üçün südsorucu pompalardan istifadə edilir, 1ml (5v) oksitosin təyin edilir. Oksitosin inyeksiyasından 20-30 dəqiqə əvvəl əzələ daxilinə 2% li 1-2 ml no-şpa məhlulu vurulur.

Mastit zamanı müvəqqəti olaraq əmizdirmə dayandırılır. Ağır keçən mastitlər zamanı laktasiyanı saxlamaq üçün göstərişlər:

- sürətlə proqressivləşən proses--adekvat müalicə fonunda 1-3 gün ərzində seroz prosesin infiltrativ prosesə keçməsi;

- cərrahi əməliyyatdan sonra yeni irinli ocaqların əmələ gəlməsi;

- cərrahi müalicədən sonra, terapiyaya rezistent zəif keçən irinli mastitlər;

- başqa orqan və sistemlərin xəstəlikləri zamanı mastit.

Laktasiyanı dayandırmaq məqsədi ilə parlodel (bromkritin) təyin edilir. Bundan başqa sidik-qovucular (hipotiazid, uregit) və kamfora məhlulundan istifadə edilir.

Zahılıq mastitlərinin kompleks müalicəsində əsas komponent antibiotiklərdir. İrinli mastitlərdə antibiotiklərlə yanaşı cərrahi müalicə də aparılır. Müalicədə orqanizmin reaktivliyini və qeyri-spesifik müqavimətini artıran dərmanların (antistafilakok-qammaqlobulin, antistafilakok plazması) antihistamin preparatların təyini vacibdir. İntoksikasiya zamanı infuzion terapiya aparılır.

Mastitlərin fazasından asılı olaraq müxtəlif fiziki metodlardan istifadə olunur. Seroz mastitlərdə mikrodalğalı (desimetr, santimetr diapazonlu) ultrasəs, ultrabənövşəyi şüalanma (UBŞ) terapiyası tətbiq edilir.

İnfiltrativ mastitlərdə yuxarıdakı fiziki faktorlardan istifadə olunur, lakin istilik yükü artırılır. İrinli mastitlərin cərrahi müalicəsindən sonra damardaxili UBŞ və lazerterapiya aparılır.

Seroz və irinli mastitlərdə yağlı-məlhəm kompressləri istifadə olunur. Bu məqsədlə vazelin və komfora yağlarından, butadiondan və Vişnevski məlhəmindən istifadə edilir.

İrinli mastitlərdə cərrahi müalicə göstərişdir. Əməliyyat cərrahi stasionarlarda aparılır. Əməliyyat zamanı irin ocağı geniş açılmalıdır. (süd axarları minimal zədələnilir).

Profilaktika. Mamalıq stasionarlarında sanitar-epidemioloji qaydalara ciddi riayət edilməlidir. Zahılıq dövründə aşağıdakılar vacibdir: hər gün duş qəbul etmək; camaşırları dəyişmək; gimnastika etmək; tez ayağa durmaq; əmizdirmədən əvvəl əlləri və süd vəzilərini yumaq; hər əmizdirmədən sonra 10-15 dəqiqə hava vannası qəbul etmək; süd vəzilərini qaldıran alt paltar geyinmək; risk qrupuna aid olan qadınlarla profilaktik iş aparmaq; qadınlara əmizdirmə qaydaları və texnikasını öyrətmək; döş gilələrindəki çatları və laktostazı vaxtında aşkar etmək və rəasional müalicə etmək. Mama mastitin qarşısını almaq üçün bütün tədbirləri bilməlidir.

XVI FƏSİL

MAMALIQ QANAXMALARI

Uşaqdoğma funksiyası ilə bağlı, uşaqlıqdan və reproduktiv sistemin başqa orqanlarından olan qanaxmalar **mamalıq qanaxmaları** adlanır. Mamalıq qanaxmaları ana və perinatal ölüm törədən səbəblərdən birincisidir.

Təsnifatı.

Erkən və gecikmiş mamalıq qanaxmaları ayırd edilir.

I.Səbəbinə görə:

1.Hamiləliyin I yarısının qanaxmaları: hamiləliyin pozulma variantları (düşüklər, beçəxor, ek-topik hamiləlik), poliplər, uşaqlıq boynunun eroziyası və uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun vari-koz genəlməsi:

2.Hamiləliyin II yarısının qanaxmaları: yuxarıda sayılanlardan başqa, cift gəlişləri və ciftin vaxtından əvvəl ayrılması;

3.Doğuşun I dövrünün qanaxmaları: cift gəlişləri, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, uşaqlıq boynunun və cisminin zədələri;

4.Doğuşun II dövrünün qanaxmaları: uşaqlıq və başqa cinsiyyət orqanlarının cırıqları;

5.Doğuşun III dövrünün qanaxmaları: ciftin birləşmə və ayrılma patologiyaları, ciftin doğul-masının pozulması, doğum yollarının və uşaqlığın cırıqları:

6.Erkən zahılıq dövrünün qanaxmaları: uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması, qanın lax-talanma pozğunluqları, uşaqlığın cırılması, doğum yollarının zədələnmələri;

7.Gecikmiş zahılıq qanaxmaları: cift hissəsinin uşaqlıqda qalması.

II .Qanitirmənin həcminə görə aşağıdakı stadiyalar ayırd edilir:

1. Kəskin qanitirmə;

2.Massiv qanitirmə sindromu;

3.Hemorragik şok

Bəzən mamalıq qanaxmaları YDL sindromu (yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu) adlanan koagulopatiya nəticəsində baş verir.

§ 1. Hamiləliyin I yarısının və ya erkən mamalıq qanaxmaları

Hamiləliyin erkən dövründə baş verən qanaxmalar aşağıdakı səbəblərdən yaranır.

1.Implantasion qanaxmalar;

2.Servikal patologiyalar;

3.Düşüklər;

4.Ektopik (uşaqlıqdan kənar) hamiləlik;

5.Beçəxor və xorionepitelioma.

§ 1.1. İmplantasion qanaxmalar

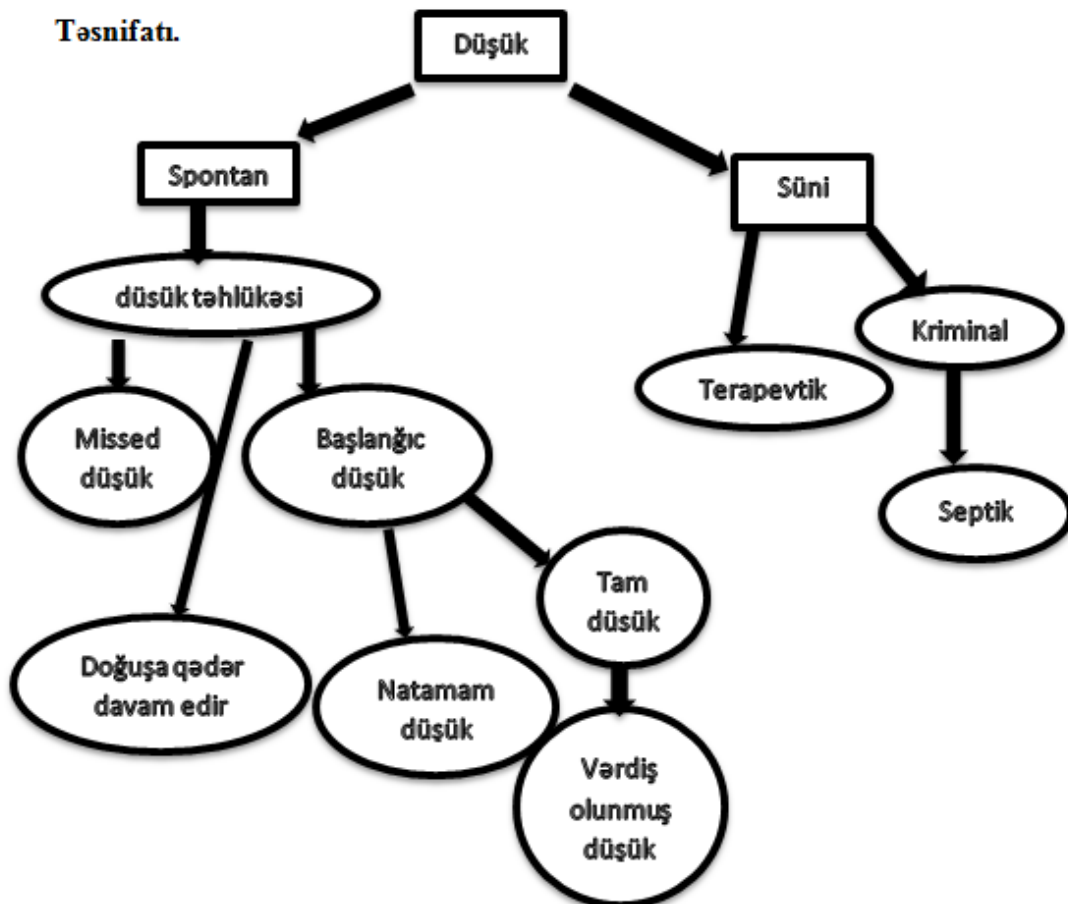
İmplantasion qanaxmalar. Döl yumurtası uşaqlığın endometriumuna implantasiya edərkən, orada trofoblastlar erroziya əmələ gətirir. Bu da uşaqlıq yolundan zəif qanaxmaya səbəb olur. Qanaxma həmin günlər gözlənilən menstruasiya ilə eyni vaxta düşür, ona bənzəyir. Ona görə də bəzən menstruasiya ilə qarışdırılır. Bu da doğum vaxtının səhv hesablanmasına səbəb olur.

§ 1.2. Servikal patologiyalar

Bu patologiyalara erroziyalar, poliplər, uşaqlıq boynu xərçəngi aiddir.

§ 1.3. Düşük

Erkən hamiləlik dövründə rast gələn qanaxmaların çoxu düşük nəticəsində baş verir.



Hamiləliyin 21-ci həftəsinə qədər hamiləliyin pozulması **düşük** adlanır. Dölün çəkisi 500 qr-dan az olarsa bu **düşükdür**. 12 həftəyə qədər olan uşaqsalma **erkən**, 12 həftədən sonra baş verən uşaqsalma **gecikmiş düşük** və ya **spontan düşük** adlanır. Tibb müəssisələrində planlı surətdə hamiləliyin pozulması **süni abort, küretaj** adlanır (abortus artificialis).

Spontan düşük törədən səbəblər 2 qrupa bölünür: ana (maternal) və döl (fetal) tərəfindən olan səbəblər.

Fetal səbəblərə mayalanmış döl yumurtasının inkişafındakı qüsurlar və əsasən xromosom qüsurları (30%) aiddir.

Ana tərəfindən olan səbəblər 2 yerə bölünür: yerli və ümumi səbəblər.

Yerli səbəblərə implantasiya yerinin yanlış olması (məs: servikal kanal), uşaqlıq deformasiyaları, servikal yetşməzlik, travmalar və s. aiddir. Məsələn, uşaqlıq boynu və daxili dəlik səviyyəsində dairəvi əzələlərin zədələnməsi (abortedan və ya doğuşdan sonra) nəticəsində servikal kanal açıq qalır, döl yumurtası uşaqlıq divarından ayrılır.

Ümumi səbəblərə aiddir: infeksiyon xəstəliklər – qripp, toksoplazmoz, uroplazmoz, infeksiyon hepatit, malyariya, dizenteriya və s; pnevmoniya, plevrit, appendisit və yüksək hərarət, intoksikasiya ilə keçən başqa xəstəliklər; sifilis, QİÇS və cinsi yolla keçən başqa infeksiyalar; cinsi orqanların infantilizmi və iltihabi xəstəlikləri (endometrit, metrit); qan dövranı pozğunluqlarına səbəb olan ürək-damar sistemi xəstəlikləri; endokrin xəstəliklər (hipotrioz, diabet); travmalar; zəhərlənmələr (civə, dəm qazı, alkohol, anilin birləşmələri, narkotiklər); şüalanma (rentgen, radium) güclü psixi sarsıntılar (qorxu, kədər).

Spontan düşük zamanı döl yumurtası tədricən uşaqlıq divarından ayrılır. Uşaqlığın desidual qişasının qan damarları zədələnir. Ayrılmış döl yumurtası tələf olur. Uşaqlıq divarının yığılması (sancılar) nəticəsində uşaqlıq boynu kanalı açılır və döl yumurtası **tam** (bir mərhələli düşük) və ya **natamam** (iki mərhələli düşük) xaricə qovulur. Uşaqlığın yığılması nəticəsində qadın qarının aşağı hissəsində tutmaşəkili ağrılar hiss edir. Gecikmiş düşüklərdə sancılar daha intensiv olur. Erkən düşüklərdə sancılar zəif olur, bəzən olmur. Düşük adətən qanaxma ilə müşayət olunur. Qanaxmanın intensivliyi hamiləliyin müddətindən və prosesin gedişindən asılıdır. Əksər hallarda erkən düşüklərdə qanaxma daha güclü olur. Gecikmiş düşüklər doğuş kimi keçir: uşaqlıq boynu kanalı açılır; hamarlaşır; sular açılır; döl ilə son doğulur. Sonun ayrılma və doğulma prosesi pozulduqda qanaxma baş verir.

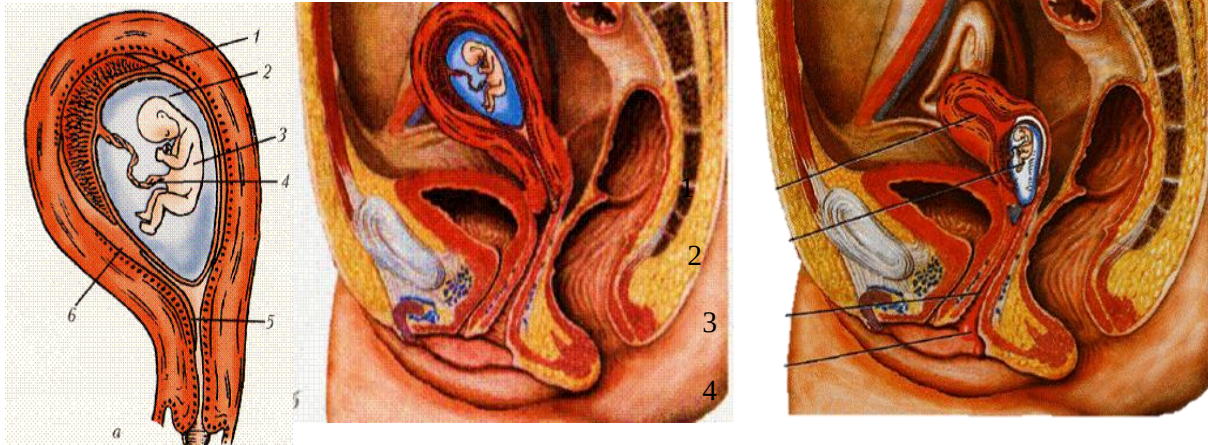
Düşüyün gedişində aşağıdakı stadiyalar ayırd edilir: 1) düşük təhlükəsi (abortus imminens) 2) başlanğıc düşük (abortus incipiens); 3) yollarda düşük (abortus proqrediens); 4) natamam düşük (abortus incompletus); 5) tam düşük (abortus completus).

Düşük təhlükəsi. Bu zaman döl yumurtası uşaqlığın selikli qişası ilə birləşib, yalnız kiçik bir hissədə bu əlaqə pozulur (şəkil:16-1). Qanlı ifrazat azdır, ya da yoxdur. Uşaqlıq boynu kanalı bağlıdır, uşaqlığın ölçüsü hamiləlik müddətinə uyğun gəlir. Hamilə, qarının aşağı hissəsində ağrılardan şikayət edir. Gecikmiş düşüklərdə ağrılar tutmaşəkili olur. Düzgün müalicə və rejim ilə hamiləliyi qorumaq olar. Bunun üçün 2-3 həftə yataq rejimi təyin edilir. Bu müddət ərzində cinsi əlaqə qadağandır. 10 gün müddətində hər gün 5-10 mq progesteron məsləhətdir. Bundan başqa gündə 1-2 dəfə (0,02-0,0015qr) papaverin şamı, vit. E təyin edilir. Qandayandırıcı preparatlar, isitqac, buz qovluğu və s. təyin etmək olmaz. Düşük təhlükəsi doğuşa qədər davam edə və ya sonrakı stadiyaya keçə bilər. Bəzən embrion tələf olub uşaqlıq boşluğunda qalır, xaricə qovulmur. Bu **mised düşük** adlanır.

Başlanğıc düşük. Başlanğıc düşükdə ağrı və qanaxma sindromu güclü deyil, amma düşük təhlükəsində olduğundan çoxdur. Döl yumurtasının az hissəsi uşaqlıq divarından ayrılıb, hələ uşaqlıqdadır (şəkil:16-1). Ona görə uşaqlığın həcmi hamiləliyin müddətinə uyğun gəlir. Servikal kanal bağlıdır ya da az açıqdır. Düşüyün bu stadiyasında da düşük təhlükəsində olduğu kimi müalicə aparılır. Əgər qanaxma güclənir və düşük sonrakı stadiyaya keçirsə uşaqlıq qaşınır.

Yolda düşük və ya progressivləşən düşük. Bu stadiyada döl yumurtası uşaqlıq divarından ayrılır və açılmış servikal kanaldan xaricə qovulur. Uşaqlıq yolu müayinəsində servikal kanalın açılması aşkar olunur və döl yumurtası əllənir. Döl yumurtasının aşağı qütbü uşaqlıq yoluna keçmiş olur (şəkil:16-1). Yolda düşük (xüs, erkən) adətən güclü qanaxma ilə müşayət olunur. Ayrılmış döl yumurtası instrumental yolla xaric edilir. Gecikmiş düşüklərdə döl yumurtasının sərbəst doğulmasını gözləmək lazımdır. Lakin güclü qanaxmalar zamanı döl qovluğu süni surətdə yırtılır, döl doğulduqdan sonra son əllə və ya alətlə kənar edilir.

Düşük (şəkil:16-1)

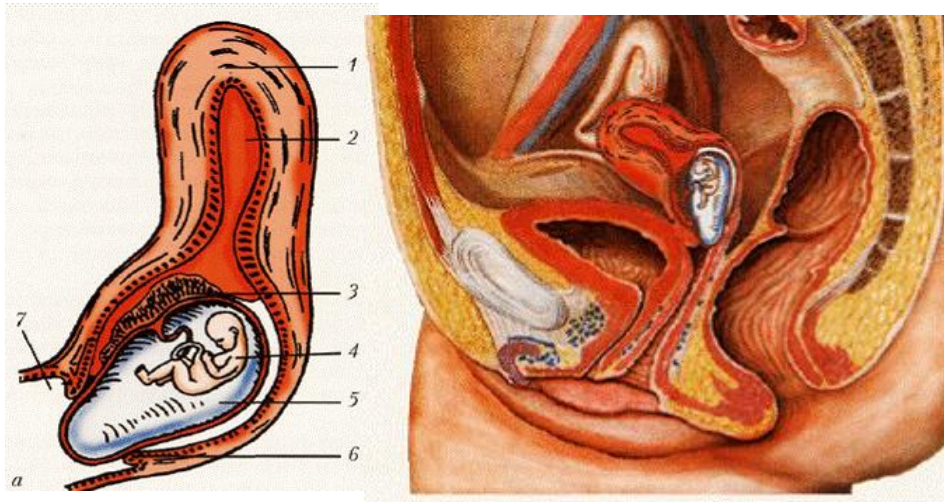


A

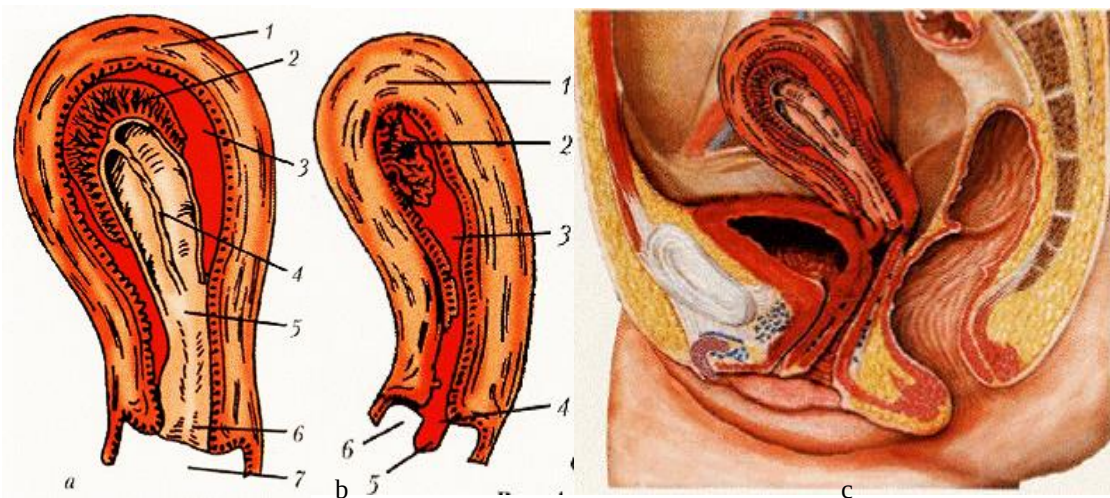
B

Düşük təhlükəsi: A)1-cift; 2-dölyanı maye; 3-döl; 4-göbək ciyəsi; 5-uşaqlıq boynu; 6-uşaqlıq boşluğundan qanaxma; B) sagital kəsik

Başlanmış düşük:1- uşaqlıq boşluğu 2-döl yumurtası; 3-uşaqlıq yolu; 4-qan



Proqressivləşən (yolda) düşük: 1-uşaqlıq cismi; 2-uşaqlıq boşluğu; 3- ayrılmış cift; 4-döl; 5-dölyanı maye; 6-uşaqlıq boynu; 7- uşaqlıq yoluna keçmiş döl qovuğu. b) sagital kəsik



Natamam düşük: a) cift uşaqlıqdadır: 1-uşaqlıq cismi; 2-ayrılmış cift; 3-qan; 4-göbək ciyəsi; 5-döl qışaları; 6-uşaqlıq boynu; 7-uşaqlıq yolu. b) uşaqlıqda ciftin bir hissəsi qalıb:1-uşaqlıq cismi;2-cift hissəsi; 3-qan; 4-uşaqlıq boynu; 5-uşaqlıqdan qanaxma; 6-uşaqlıq yolu. c) sagital kəsik.

Natamam düşük. Bu zaman döl yumurtasının bir hissəsi xaric olduğu halda bir hissəsi uşaqlıq boşluğunda qalır. Adətən amnion, xovlu, desidual qışalar və ya cift və ya onun bir hissəsi uşaqlıq boşluğunda ləngiyir (şəkil:16-1). Natamam düşük qanaxma ilə müşayət olunur. Qanaxma davamlı, zəif və güclü ola bilər. Bəzən qan laxtaları ilə uşaqlıqda ləngiyən döl qışaları da xaric olur. Servikal kanaldan bir barmaq keçir. Bu zaman həm xarici, həm də daxili dəlik açılmış olur. Uşaqlığın həcmi hamiləliyin müddətinə uyğun gəlmir. O, hissəvi boşaldığına görə həcmi kiçilir, konsistensiyası yumşaqdır. Uşaqlıqda qalmış döl yumurtası qalıqları həyat üçün təhlükəli qanaxmaya və infeksiyon xəstəliklərə səbəb olur. Ona görə döl yumurtası qalıqları təcili instrumental yolla xaric edilməlidir.

Tam düşük və ya başa çatmış düşük. Döl yumurtası uşaqlıq boşluğundan tam xaric olursa, bu tam düşük adlanır. Bu zaman uşaqlıq yığılır, uşaqlıq boynu bağlanır, qanaxma dayanır. Erkən tam düşüklərdə, adətən desidual qışa uşaqlıqda qalır. Ona görə də erkən düşüklərdə döl yumurtası tam xaric olsa belə uşaqlıq boşluğu qaşınmalıdır. Əkc halda uşaqlıqda ləngiyən desidual qışa uzunmüddətli qanaxmaya və infeksiyalanmaya (desidual endometrit) səbəb olur.

Gecikmiş tam düşüklərdə uşaqlığın qaşınmasına ehtiyac yoxdur.

Septik düşük və ya infeksiyalanmış düşük. Uzunsürən özbaşına düşüklərdə mikroblar uşaqlıq yolundan uşaqlığa qalxır. Xüsusilə tibb müəssisələrindən kənarda hamiləliyin qadağan olunmuş üsullarla pozulması zamanı infeksiyanın yuxarı qalxması daha çox təsadüf edir. Uşaqlığa düşmüş mikrob orada artıb-çoxalmaq üçün əlverişli mühit tapır. Bu mühit rolunu qan, qopmuş döl yumurtası hissələri uşaqlıqdakı yara səthi oynayır. Uşaqlığa düşmüş mikroblar döl yumurtasını yoluxdurur, sonra proses uşaqlığa, borulara, yumurtalıqlara, çanaq peritonuna, yumşaq toxumaya keçir. İnfeksiyalanmış düşük qadın həyatı üçün təhlükə yaradan ümumi septik xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur. Qadın orqanizminin müqavimətindən və mikrobun virulentliyindən asılı olaraq proses döl yumurtasında məhdudlaşa bilər və ya uşaqlığa və ondan kənara yayıla bilər.

İnfeksiyanın yayılma dərəcəsindən asılı olaraq septik düşüyün aşağıdakı formaları var:

- 1.fəsadlaşmamış qızdırmalı düşük;
- 2.fəsadlaşmış qızdırmalı düşük;
- 3.septik düşük.

Fəsadlaşmamış qızdırmalı düşük zamanı infeksiya uşaqlıqdan kənara çıxmır. Xəstələr hərarət, birdəfəlik üşütmə, baş ağrıları, qanlı vaginal ifrazatdan şikayət edirlər. Xəstənin ümumi vəziyyəti kafi və ya orta ağırdır. Qanaxma güclü deyil, amma uzunmüddətlidir. Müayinə zamanı uşaqlıq böyüyüb, ağrılıdır, uşaqlıqdan qanlı-irinli ifrazat gəlir. İfrazat bəzən pis iyli olur. Diurez və sidiyin analizində dəyişiklik yoxdur. A/T normaldır. Taxikardiya temperatur artımı ilə uyğun gəlir. Təngnəfəslik aşkar olunmur.

Fəsadlaşmış qızdırmalı düşüklərdə infeksiya uşaqlıqdan çıxır. Xəstə ümumi zəiflikdən, baş ağrılarından, iştahanın azalmasından, yuxunun pozulmasından, ürəkbulanmadan, bəzən qusmadan, qarının aşağı hissəsində ağrıdan və qanlı-irinli ifrazatdan şikayətlənirlər. Xəstənin ümumi vəziyyəti intoksikasion sindrom nəticəsində orta ağır və ya ağırdır, bədən temperaturu 39-40°C-dir. Xəstədə tərləmə və kəskin zəifliklə müşayət olunan üşütmə müşahidə edilir. Dəri avazı, üz hiperemiya olmuşdur. Nəbz 100 vur/dəq, tənəffüs dəqiqədə 22-26-dir. Xəstədə tormozlanma, ya da eyforiya müşahidə edilir. Toksik anemiya aşkar olunur.

İnfeksiyalanmış döl uşaqlıqda olduqda mikrobların artıb-çoxalması toksinlərinin və parçalanma məhsullarının rezorbsiyası davam edir. Bu vəziyyəti daha da pisləşdirir.

Müayinədə uşaqlıq yumşaqdır, servikal dəlik 1-2 barmağı buraxır, bəzən döl hissələri əllənir. Sular axmış olur. Uşaqlıq böyüyüb, yumşaqdır, ağrılıdır, palpasiya zamanı yığılır. Artımlar ağrılı ödəmlidir, peritonun qıcıqlanma əlamətləri müsbətdir. Kiçik çanaqda maye toplanması hesabına bəzən arxa tağ hamarlaşır. Uşaqlığın hərəkəti ağrılıdır.

A/T normaldır və ya azca artıb, kəskin taxikardiya (100-120 vur/dəq), taxipnoe (dəqiqədə 22-30 tənəffüs) müşahidə edilir. Ürək tonları karlaşıb, bəzən zirvədə zəif sistolik küy eşidilir. Qaraciyər və dalaq böyüyüb. Qarında köp var.

Qanda toksik xarakterli hipoxrom anemiya, leykositoz, ($12-18 \times 10^9/l$), mülayim limfopeniya, sola meyilli leykositoz müşahidə edilir.

Sutkalıq diurez azalır. Sidikdə zülal, tək-tək eritrosit, leykosituriya, hialin silindrlər aşkar olunur.

Septik düşük yayılmış prosesdir. Orqanizmin mikrob aqresiyasına verdiyi cavab reaksiyasıdır. O, septicemiya, septikopiyemiya və septik şok kimi keçə bilər. Septik düşüyün 3 fazası ayrılır.

– gərginlik fazası – törədicinin aqresiyasına makroorqanizmin kompensator – müdafiə reaksiyası;

--katobolik faza – ferment və struktur sistemlərin progressiv parçalanması, sonrakı dekompenasiya ilə;

– anobolik faza – orqanizmin itirilmiş ehtiyat resurslarının tədricən bərpası.

Xəstə yüksək hərarətdən ($40-41^0$ C), kəskin zəiflik və tərləmə ilə müşayiət olunan təkrarlanan üşütmədən, kəskin baş ağrılarından, yuxusuzluqdan, iştahsızlıqdan, bəzən oynaqalarda ağrılardan, yerişin çətinləşməsindən, irinli ifrazatdan şikayət edir.

Xəstənin ümumi vəziyyəti çox ağırdır. Xəstədə sayıqlama, hallusinasiya, eyforiya və adinamiya, yuxululuq və ya oyanıqlıq müşahidə edilir. Dəri örtüyü avazıyır, sarımtıl və ya bozuntul-torpaq rəngdədir. Dırnaq falanqları və dodaqlar göyərir. Bəzən üzdə kəpənək şəkilli, konyuktivada, döş qəfəsində, qulaq arxasında, ətraflarda kapillyarların zədələnməsi nəticəsində petexial qansızmalar müşahidə edilir. Bu cür damar pozğunluqları daxili orqanlarda: beyində, sidik kisəsində, bağırsaqalarda və s. aşkar olunur, bəzən üzdə, ayaqlarda, pastozluq olur.

A/T bəzi xəstələrdə enib, taxikardiya ($120-140$ vur/dəq), taxipnoe (dəqiqədə 30 tənəffüs) müşahidə edilir. Dili quru, qəhvəyi ərplə örtülür. Dodaqlar qurudur, çox vaxt herpetik səpgilər olur. Qara ciyər böyüyüb, kəskin ağrıdır. Bəzən toksik dispepsiya və ya sfinkterlərin zədələnməsi nəticəsində qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı müşahidə edilir.

Qanda toksik anemiya, EÇR-in 70 mm/saat – a qədər yüksəlməsi, C reaktiv zülalın səviyyəsinin artması aşkar olunur.

Müalicə. Müalicə intensiv və çoxkomponentli olmalıdır. Müalicə taktikası aşağıdakı kimi seçilir: kompleks reanimatoloji tədbirlər və ya əməliyyata hazırlıq; cərrahi yolla infeksiya ocağının ləğv edilməsi; əməliyyatdan sonrakı intensiv müalicə; reabilitasiya.

Kompleks reanimatoloji tədbirlərə aiddir: hipovolemia və hipovolemik şoku aradan qaldırmaq üçün kolloid və kristalloid məhlulların vurulması; hemodinamikanı stabiləşdirmək üçün böyük dozalarda kortikosteroidlər, vazopressorlar, kardiotonik maddələr, vitaminlər və s. təyini; antibakterial terapiya: geniş spektrli, həssaslığı yoxlanmış 2-3 antibiotiklər; anaerob sepsisə şübhə olduqda polivalent qanqrena əleyhinə zərdabın vurulması; orqanizmin oksigenlə təmini; diureza nəzarət.

Müalicə stasionarda aparılmalıdır. Fəsadlaşmamış qızdırmalı düşüklərdə 5-6 gün müddətində antibiotikoterapiya aparılır. Hərarət normallaşdıqdan sonra ehtiyatla uşaqlığın qaşınması aparılır. Bəzi həkimlər qadın xəstəxanaya daxil olan kimi uşaqlığın qaşınmasını məsləhət görürlər.

Fəsadlaşmış və septik düşüklərdə kompleks konservativ müalicə təyin edilir: antibiotiklər, sulfanilamidlər, ümumi möhkəmləndiricilər, ağrıkəsicilər, düzgün rejim və qulluq. Belə vəziyyətlərdə uşaqlıqda qalmış döl qışaları hissələrinin özbaşına doğulmasını gözləmək lazımdır. İnfeksiyalaşmış döl qışalarının uşaqlıqdan xaric olmasını sürətləndirmək üçün uşaqlığı yığan dərmanlar təyin edilir. Həyati təhlükə olduqda uşaqlığın qaşınması aparılır. Konservativ müalicə effekt vermədikdə uşaqlığın ekstripiyası aparılır.

Vərdiş olunmuş düşük. Üç və daha artıq uşaqsalma vərdiş olunmuş düşük adlanır. Səbəbi servikal çatışmazlıq, uşaqlığın forma və vəziyyət anomaliyaları, miomalar, hipotriodizm, diabet, nefrit və s. ola bilər. Ən çox servikal çatışmazlıq rast gəlinir. Bu patologiya çox vaxt ginekoloji müdaxilələrdən sonra yaranır. Bəzi qadınlarda uşaqlıq boynunun tonusu zəif olur. Hamiləliyin II trimestrində artan uşaqlıq daxili təzyiq nəticəsində uşaqlıq boynu açılır. Beləliklə ağrısız, qanaxmasız tam düşük baş verir. Bunun qarşısını almaq üçün hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra daxili dəliyə tikiş qoyulur (VIII Fəsil) (torba ağzı büzən kimi). Bu tikiş doğuşdan əvvəl sökülməlidir. Əks halda uşaqlıq boynu ciddi zədələyə bilər.

Son zamanlar servikal çatışmazlığı zamanı pessariumlardan istifadə olunur. Xüsusi pessarium uşaqlıq boyuna keçirilir (şəkil;16-2). Pessariumlar müxtəlif formada olur

Missed düşük. Döl uşaqlıq boşluğunda tələf olur, amma xaricə qovulmur. Əvvəl düşük əlamətləri olur, sonra itir. Uşaqlığın böyüməsi dayanır, süd vəziləri yumşalır, hamiləliyin bütün əlamətləri itə bilər. Qəhvə rəngli vaginal ifrazat müşahidə olunur, qanaxma yoxdur (şəkil:16-3).

Müayinə zamanı dölün ürək döyüntüləri eşidilmir. USM-si ilə dölün tələf olduğu aşkarlanır. Bəzən ölmüş döl uzun müddət uşaqlıq boşluğunda qalır. Belə hamiləlikdə laxtalanma sistemində pozğunluqlar əmələ gəlir. Ona görə də qanın analizi zamanı trombositlərin miqdarının və fibrinogenin təyini vacibdir.



Şəkil:16-2. Pessariumun qoyulması



Şəkil:16-3. Missed düşük

Missed düşüklərdə aşağıdakı müalicələr aparılır: vena daxilinə oksitosin vurulur; spontan düşük gözlənilir; yerli oksitosin reaksiyasından sonra uşaqlığın dilatasiyasına nail olunur. Dilatasiya üçün son zamanlar prostoglandinlərdən geniş istifadə olunur. Böyük hamiləliklərdə süni doğuş çağırılır.

§ 1.4. Trofoblastik xəstəliklər

Trofoblastik xəstəliklərə bir-biri ilə əlaqəsi olan 3 xəstəlik aiddir.

1. Beçəxor-Mol hidatiform : tam və hissəvi və ya natamam beçəxor.
2. İnvaziv və ya destruktiv və ya dağıdıcı beçəxor.
3. Xoriokarsinoma və ya xorionepitelioma.

Beçəxorun yaranmasını izah edən bir çox nəzəriyyələr var. Bu nəzəriyyələrə görə beçəxorun yaranmasına səbəb mayalanma zamanı baş verən pozğunluqlardır. Bu nəzəriyyələrdən birinə görə **tam beçəxor** zamanı xromosom yığına malik olmayan „boş” yumurta hüceyrəsi haploid xromosom yığına malik olan bir spermatozoid ilə mayalanır. (şəkil:16-4). Sonradan mayalanma məhsulu bölünərək diploid yığına malik olur. Yəni əmələ gəlmiş ziqotada 46 xromosom (ata xromosomları) olur. Amma bu embrionun əmələ gəlməsinə kifayət etmir. Bütün mayalanma məhsulu anormal xorion hüceyrələrindən ibarət olur.

İkinci nəzəriyyəyə görə „boş” yumurta hüceyrəsi iki spermatozoid tərəfindən mayalanır (şəkil:16-4). Tam beçəxor zamanı 75-85% hallarda 46 (XX), qalan hallarda 46 (XY) xromosom yığını rast gəlir. Bütün xromosomlar ataya (paternal) aiddir.

Natamam beçəxor zamanı haploid xromosom yığına malik olan bir yumurta hüceyrəsi iki spermatozoidlə mayalanır. Nəticədə triploid xromosom yığına malik olan ziqota əmələ gəlir (şəkil:16-4). Bu ziqotadan embrion yaranır və onun xromosom yığını 69(XXX), 69(XXY), 69(XYY) variantlarından biri kimi olur. Natamam beçəxor zamanı xorion xovlarının bir hissəsi beçəxor toxuması ilə əvəz olunur. Beçəxor zamanı xorion xovları anormal bölünüb artmağa başlayır. Bu zaman xorion qiasının xovları içərisi maye ilə dolu vezikullara (qovuqcucqlara) çevrilir. Qovuqcucqlar qaytanvari gövdənin ətrafında toplanır. Ölçüləri 1 mm–dən 2 sm-ə qədər olur və bütövlükdə üzüm salxımını xatırladır.

Beçəxor zamanı xorion xovlarının epitelinin inkişafı (sinsitilər və sitotrofoblastlar), onların stromasının ödəmi baş verir. Qovuqlar desidual qışaya doğru inkişaf edir. Desidual qışa nazikləşir. Qovuqların ətrafında çox vaxt qansızmalar olur. Bu desidual qışa damarlarının dağılması hesabındadır.

Beçəxoru klinikası aşağıdakı əlamətlərlə xarakterikdir:

1. Uşaqlığın ölçüsü hamiləlik müddətinə uyğun gəlmir. O, daha böyükdür. 3 aylıq hamiləlikdə 4-5 aylıq hamiləliyə uyğun gəlir. Uşaqlığın konsistensiyası bərk və elastikidir.

2. Hamiləliyin şübhəsiz əlamətləri olmur: tam beçəxor zamanı döl hissələri əllənmir, ürək döyüntüləri eşidilmir. Natamam beçəxorda bu əlamətlər var.

3. Beçəxoru ən vacib əlaməti qanaxmadır. Qanaxma ilk aylardan başlayır. Beçəxor doğulana qədər qanaxma ya zəifləyir və ya daha da güclənərək davam edir. Qan duru, al qırmızı və ya tünd qəhvə rəngindədir, bəzən qanla beçəxor qovuqcucqları da ifraz olunur. Adətən qanaxma güclü olmur, lakin beçəxor doğularkən güclənir.

4. Uzunmüddətli qanaxma anemiyaya səbəb olur.

5. Qarının aşağı hissəsində ağrı və ya ağırlıq hissi.

6. Ürəkbulanma və qusma.

İnvaziv beçəxor. İnvaziv beçəxor desidual qışanı keçib əzələ qışasına, oradan da qarın boşluğuna keçir (şəkil:16-4). Beçəxoru bu forması adi beçəxorla xoriokarsinoma arasında keçid təşkil edir, maliqnezasiyaya meyillidir. Destruktiv beçəxor zamanı həyat üçün təhlükəli qanaxmalar müşahidə edilir. Beçəxoru bir hissəsi uşaqlıq divarından ayrılır və ayrılan yerdən qırılan damarlardan güclü qanaxma baş verir. Əgər güclü qanaxma yoxdursa, beçəxoru uşaqlıqdan qovmaq üçün müalicə aparılır. Beçəxoru uşaqlıq divarından ayrılmasını sürətləndirmək üçün uşaqlığı yığan preparatlar təyin edilir. Güclü qanaxma olduqda və uşaqlıq boynu kifayət qədər açıq olduqda beçəxor əl ilə (bir və ya iki barmaqla) xaric edilir. Güclü qanaxma zamanı uşaqlıq boynu bağlı olduqda Heqar genəldiciləri ilə uşaqlıq boynu genəldilir, sonra beçəxor xaric edilir. Son zamanlar beçəxor vakuum aspirasiya ilə xaric edilir. Beçəxor zamanı uşaqlığın küretajı təhlükəlidir. Çünki, uşaqlığın nazikləşmiş divarı deşilə bilər.

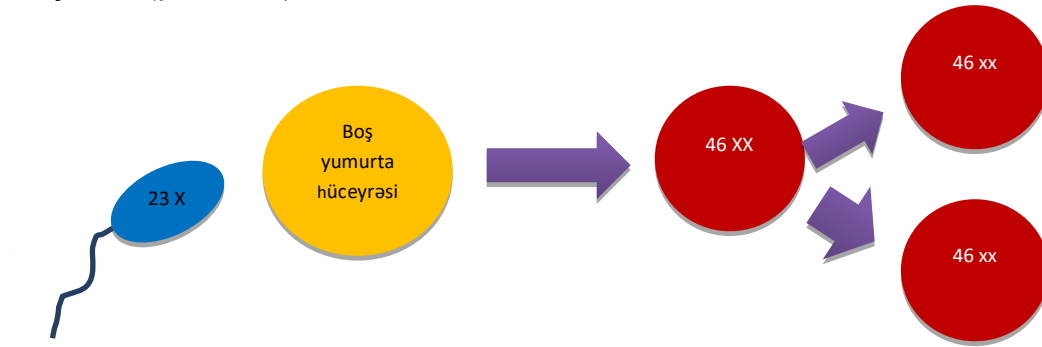
İnvaziv beçəxor cərrahi yolla uşaqlıqla birlikdə xaric edilir və kimyaterapiya təyin edilir.

Beçəxordan sonra qadın 1-1,5 il dispanser müşahidəsində saxlanılır. İlk 3 ayda hər 2 həftədən bir, sonralar ayda bir dəfə hormonal müayinə aparılır.

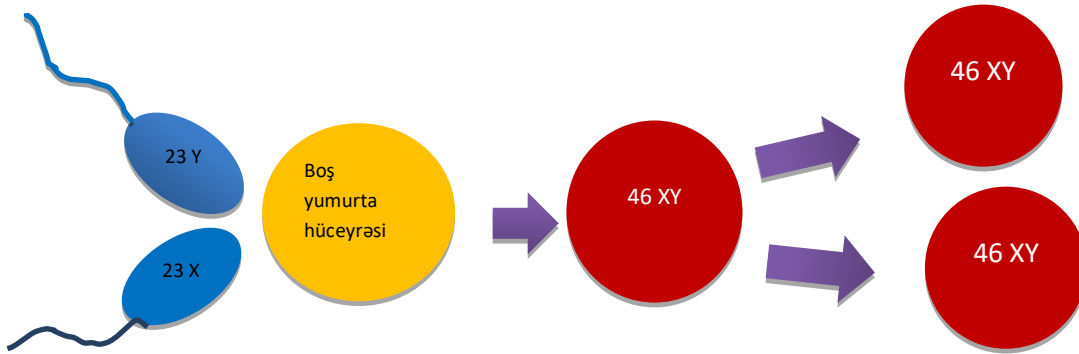
Xoriokarsinoma. Xəstəlik əksər hallarda beçəxordan, bəzən isə ektopik hamiləlikdən, düşükdən və hətta normal doğuşdan sonra da rast gəlir. Xorion hüceyrələrindən inkişaf edir, damarların üzərində yerləşir. Ona görə də hematogen yolla yayılaraq başqa orqanlara – əsasən ağ ciyərlərə, beyinə, qaraciyərə və s. tez metastaz verir. Klinik olaraq atsiklik irinli-qanlı ifrazatla özünü büruzə verir. İfrazat uşaqlıq boşaldıqdan dərhal sonra və ya nisbətən gec başlayır. Uşaqlıq böyüyür, düyünlü olur. Sonra anemiya inkişaf edir, hərərət yüksəlir, qanlı öskürək başlayır (ağ ciyərlərə metastaz) və metastazın yerləşdiyi orqana məxsus simptomlar meydana çıxır.

Xorionepiteliomanın proqnozu pisdır. Çünki çox sürətlə inkişaf edir və bütün orqanizmə yayılır. Müalicəsində kimyaterapiyadan istifadə edilir.

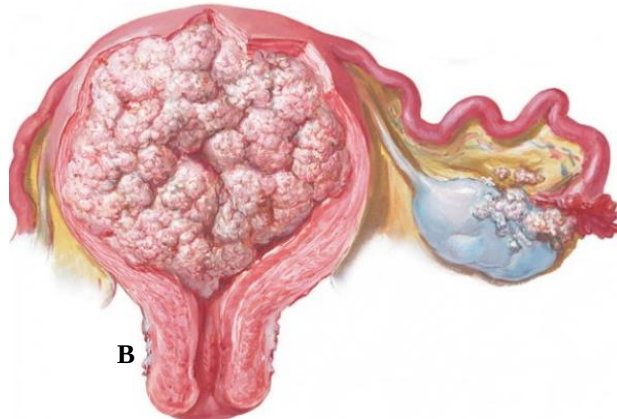
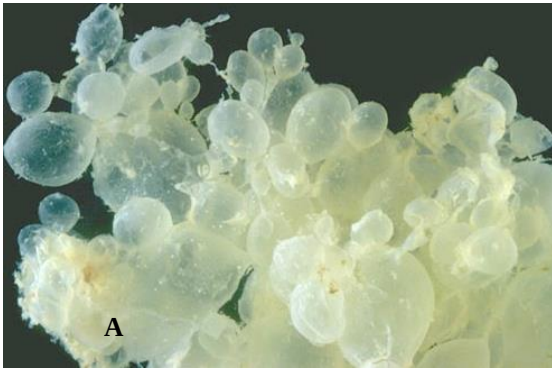
Beçəxor (şəkil:16-4)



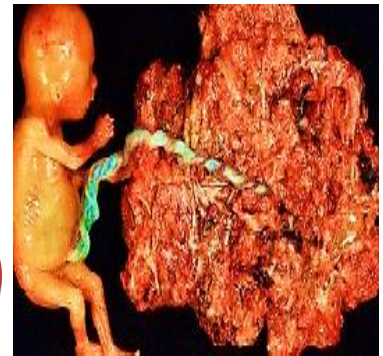
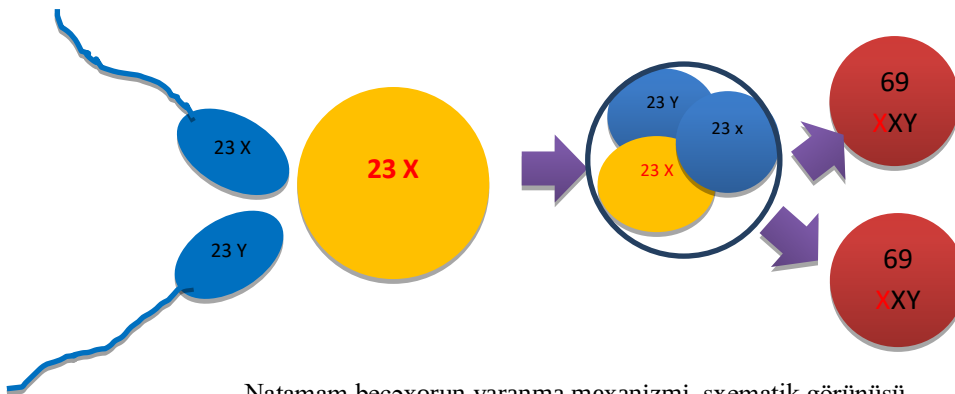
I nəzəriyyə: Tam beçəxorun yaranması: boş yumurta hüceyrəsi bir spermatozoidlə mayalanır



II nəzəriyyə: Tam beçəxorun yaranma mexanizmi: bir boş yumurta hüceyrəsi iki spermatozoidlə mayalanır.



Tam beçəxor: A- USM-i zamanı; B-sxematik təsviri.



Natamam beçəxorun yaranma mexanizmi, sxematik görünüşü- bir yumurta hüceyrəsi 2 spermatozoidlə mayalanır.

§ 1.5. Ektopik və ya uşaqlıqdan kənar hamiləlik. (Qraviditas ektopika extrauterina)

Normal halda mayalanmış döl yumurtası uşaqlığın selikli qişasına implantasiya olunur. Döl yumurtasının, onun doğulması üçün təbii çıxış yolu olmayan başqa yerdə implantasiya olması **ektopik və ya uşaqlıqdan kənar hamiləlik** adlanır. Uşaqlıqdan kənar implantasiya 98% hallarda fallop borularında, nadir hallarda başqa yerlərdə baş verir. Beynəlxalq təsnifata görə uşaqlıqdan kənar hamiləliyin aşağıdakı formaları ayırd edilir (şəkil:16-5):

1. Abdominal forma (I li və II li);
2. Boru hamiləliyi (interstisial-intermural, istmik, ampulyar, infundibulyar-fimbrial): progressivləşən; boru partlaması; boru abortu;
3. Yumurtalıq hamiləliyi;
4. Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin başqa formaları: boyun (servikal); kombinə olunmuş; uşaqlığın rudimentar buynuzunda; bağdaxili; uşaqlığın müsaricəsində; yeri dəqiqləşməmiş.

Etiologiyası. Çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri olan qadınlarda ektopik hamiləliyin əmələ gəlmə ehtimalı daha çoxdur. Xroniki salpingitin 30-40 %-i ektopik hamiləliyə səbəb olur. Uşaqlıq borusunun selikli qişasında gedən iltihabi proseslər borunun fibrozuna və çapıq toxumasının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu da boruların transport funksiyasını pozur, boru mənfəzinin daralmasına, yalançı yolun əmələ gəlməsinə, kiprikli epitelin dəyişikliyə uğramasına, boru peristaltikasının pozulmasına səbəb olur. Uşaqlıq borularının daralma səbəbləri:

- uşaqlıq borularının anadangəlmə qüsurları (divertikullar, ciblər);
- infantilizm;
- boru ucunda yerləşən miomalar;
- borunun xoş xassəli şişləri və kistaları;
- boruətrafi bitişmələr—qarın boşluğunda aparılmış cərrahi əməliyyatlardan sonra;
- boruların endometriozu;
- borularda aparılmış cərrahi əməliyyatlar.

Bütün bunlar döl yumurtasının hərəkətini zəiflədir. Hərəkəti zəifləmiş döl yumurtası uşaqlıq borusunda daha çox qalır və müəyyən həddə qədər böyüyür. Ölçüsü böyüyən yumurta hüceyrəsi borunun boyun hissəsindən keçə bilmir, məcburi uşaqlıq borusunda implantasiya edir. Bəzi qadınlarda, ektopik hamiləlik zamanı sarı cisim əks yumurtalıqda rast gəlinir. Bu yumurta hüceyrəsinin miqrasiyası ilə izah olunur. Güman olunur ki, yumurta hüceyrəsi iki cür miqrasiya edir:

- xarici miqrasiyada blastosist o qədər böyüyür ki, borunun dar boyununu hissəsindən keçmir, qarın boşluğuna atılır və əks boruya keçir;
- daxili miqrasiyada döl yumurtası uşaqlığa düşür və oradan əks boruya keçir.

Uşaqlıq daxili kontraseptivlərdən istifadə edən qadınlarda da ektopik hamiləliyin əmələ gəlmə tezliyi çoxdur.

Klinika. Yerləşdiyi yerdən asılı olaraq ektopik hamiləliyin hər formasının öz əlamətləri var. Bununla yanaşı onların ümumi əlamətləri də var. Bu ilk növbədə hamiləliyin şübhəli və şübhəsiz əlamətləridir: menstruasianın ləngiməsi, qusma, qida ərköynlüyü (kəskin və duzlu qidalara meyillilik, dad hissəsinin itməsi, bəzi qidalara qarşı ikrax hissi və s.), süd vəzisində kobudlaşması və s. Ginekoloji müayinədə uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun selikli qişası sianozludur, uşaqlıq cismi nisbətən böyüyüb və yumşalıb. 50% hallarda ilk 7-10-cu günlərdə hamiləlik testləri müsbətdir.

20 həftəlikdən böyük ektopik hamiləliklər, artıq boru hamiləliyi deyil, II-li abdominal hamiləlikdir. Belə hamiləlikdə qadın uşağın tərpənməsini hiss edir. Mama dölnün ürək döyüntülərini, hərəkətini, bəzən kiçik hissələrini müəyyənləşdirir.

Beləliklə, bir çox əlamətlər həm uşaqlıq, həm də uşaqlıqdankənar hamiləlik üçün eynidir. Lakin dəqiq müayinə ilə ektopik hamiləliyə aid olan əlamətləri aşkar etmək olur. 15-20% hallarda ektopik hamiləlik zamanı aybaşı dayanmır. Obyektiv müayinədə uşaqlıq cismi və boynunun lazımı dərəcədə yumşalmaması, uşaqlığın ölçülərinin aybaşının kəsildiyi müddətə uyğun gəlməməsi (kiçik olur) aşkar olunur.

Abdominal hamiləlik (0,1-0,4%) I-li və II-li olur. I-li abdominal hamiləlikdə mayalanmış yumurta hüceyrəsi bilavasitə qarın boşluğu orqanlarına implantasiya olunur. Bu halda nə boru, nə enli bağ, nə də yumurtalıq dəyəşikliyə uğramır.

II-li abdominal hamiləlik boru abortundan sonra əmələ gəlir. Bu halda döl yumurtası çox vaxt boruya yaxın yerdə enli bağda implantasiya edir. Döl yatağı rolunu amnion qışa, piylik və bağırsaqlar oynayır.

Əgər döl hamiləliyin II yarısına qədər inkişaf edərsə hamiləliyin şübhəsiz əlamətləri: dölün hərəkəti, ürək döyüntüləri, bəzən kiçik hissələri aşkar olunur. Dölün hərəkəti adətən çox ağrılıdır. Qarın böyüyür, ölçüsü güman olunan hamiləliyin ölçüsünə uyğun gəlir (şəkil:16-5). Palpasiya zamanı şişəbənzər törəmə əllənir. Belə hamiləliyin proqnozu pisdır. İstənilən vaxt döl yatağı yırtılıb, güclü qanaxma baş verə bilər. Bu zaman bir qayda olaraq döl tələf olur. Ana həyatı üçün ölümcül təhlükə yaranır.

Bəzi hallarda qanaxma güclü olmur və xəstə tədricən sağalır. Döl ya mumyalaşır, ya da daşlaşır. Bəzən isə infeksiyalaşır və peritonit əmələ gəlir.

Proqressivləşən boru hamiləliyi. Bu stadiyada ektopikpik hamiləliyi aşkar etmək çətindir. Obyektiv müayinədə uşaqlığın yan tərəfində şişkinlik əllənir. Sonrakı müayinələr zamanı uşaqlığın ölçüsünün dəyişmədiyi, amma onun yanındakı şişkinliyin artması müşahidə edilir. Xəstə qarının aşağı hissəsində tutmaşəkili ağrılardan şikayətlənir. Adətən boru hamiləliyi 5-6 həftədən gec olamayaraq partlayır. Bu onunla izah olunur ki, borunun selikli qışası və onun desidual çevrilməsi çox zəifdir. Borunun selikli qışası funksional və bazal qatdan ibarət deyil, əzələ qatı zəif inkişaf edib. Ona görə də döl qışasının trofoblast hüceyrələri tezliklə əzələ qatının dərinliyinə keçir, qan damarlarını açır, borunun seroz qatı da daxil olmaqla bütün qatları dağıdır. Başqa hallarda infundibulyar və ya ampulyar hissədə implantasiya olunmuş döl yumurtası, boru yığılmaları nəticəsində onun divarından ayrılır, ya məhv olur, ya da qarın boşluğuna atılır.

Belə ki, döl yumurtasının implantasiya olunduğu yerdən asılı olaraq boru hamiləliyinin iki forması ayırd edilir: boru partlaması (rupture tubae uterinae) və boru abortu (abortus tubarius).

Boru partlaması borunun yuxarı yarım dairəsində baş verdikdə döl yumurtasının qarın boşluğuna atılmasına və qanaxmaya səbəb olur. Partlama aşağı yarım dairədə baş verdikdə döl yumurtası və hemotoma enli bağın daxilində yerləşir.

Döl yumurtasının qarın boşluğuna sərbəst atılması zamanı qarının aşağı hissəsində, qasıqda, qəfləti, kəskin ağrılar başlayır. Ağrı düz bağırsağa, çiyinə, kürəyə irradiasiya edir. Ağrı ilə bərabər başqa simptomlar meydana çıxır: kəskin anemizasiya, bayılma, baş gicəllənmə; həmçinin şok əlamətləri: kəskin zəiflik, soyuq tər, huşun itməsi A/T-in kəskin enməsi və s. Qan qarın boşluğunda, xüsusilə uşaqlıqdüz bağırsaq dərinliyinə toplanır (haematoma petrouterina). Boru partlaması zamanı qan enli bağda hematoma əmələ gətirdikdə, anemiya, ağrı və şok simptomları kəskin olmur. Qarın boşluğuna, boru mənfəzinə axmış qan hissəvi sorulur, laxtalar əmələ gətirir. Bunlar da gələcəkdə daxili cinsiyyət orqanları ilə qarın boşluğu orqanları (bağırsaq, piylik, sidik kisəsi) arasında bitişmələr əmələ gətirir. Bu anatomik dəyişikliklər funksional və subyektiv əlamətlər: qarında ağrı, alqomenoreya, sonsuzluq əmələ gətirir.

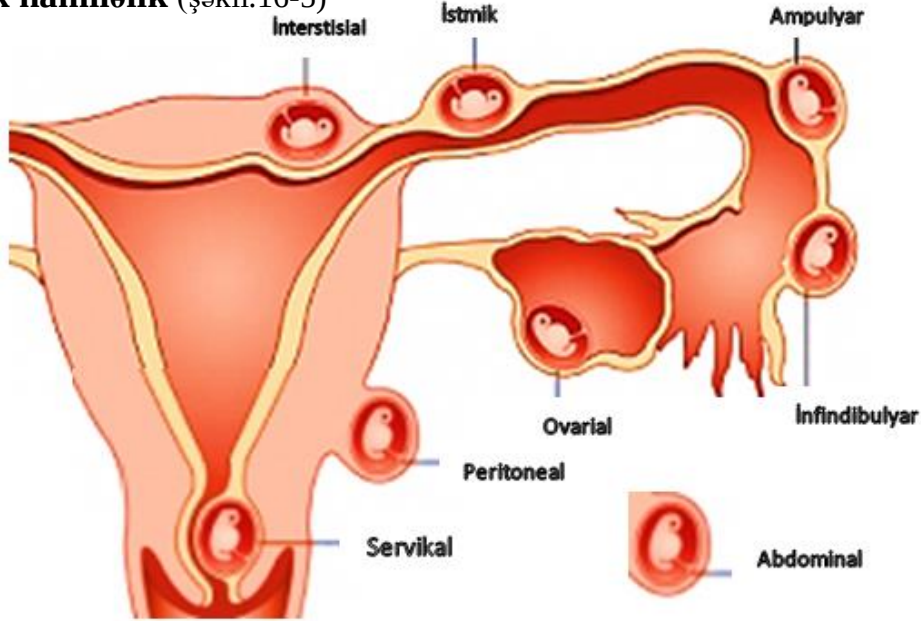
Bəzən xorionepitelioma inkişaf edir. Boru partlaması zamanı döl məhv olur. Çox nadir hallarda amnionun tamlığı və ciftlə əlaqənin saxlandığı halda hamiləlik inkişaf edir. Obyektiv olaraq: A/T enir, nəbz zəifdir, dəri və selikli qışalar solğundur, palpasiyada qarın boru partlayan tərəfdə ağrılıdır. Şetkin-Blumberq simptomu zəif müsbətdir. Perkutor olaraq qarında sərbəst maye olduğu aşkar olunur.

Uşaqlıq yolu müayinəsində uşaqlıq nisbətən böyüyüb və yumşalıb, əvvəlkindən hərəkətlidir (üzən uşaqlıq). Uşaqlıq artımları pastozdur, uşaqlıq yolunun arxa tağı hamarlaşıb, ya da qabarıb. Palpasiyada çox ağrılıdır (Duqlas qışqırtısı). Uşaqlığı önə çəkməyə çalışdıqda güclü ağrı olur.

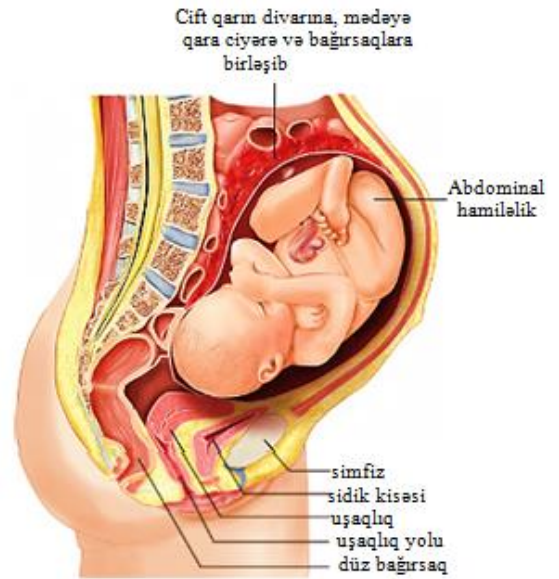
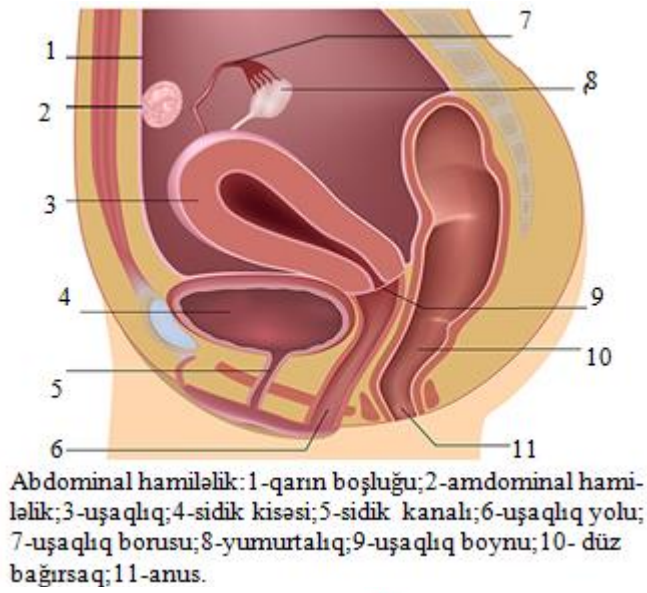
Boru abortu adətən döl yumurtası ampulyar və ya infundibulyar hissədə implantasiya olduqda baş verir. Döl qovluğu boru mənfəzinə doğru yırtılır. Buna döl yumurtasının daxili yırtılması da deyilir. Nəticə müxtəlif olur:

1. Döl yumurtası onu əhatə edən qan laxtaları ilə boru divarından ayrılır, borunun antiperistaltikası nəticəsində ampulyar hissəyə keçir və adi peritubar hematoma əmələ gətirməklə boru abortu baş verir (haematoma peritubaria).

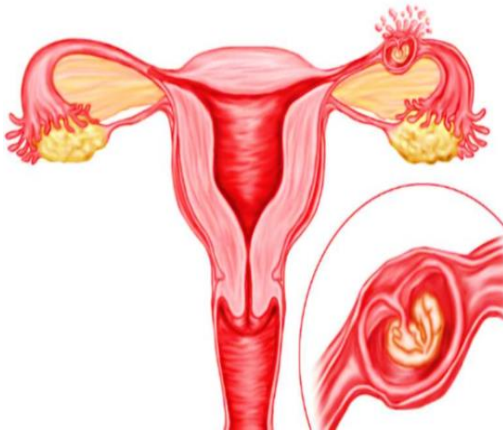
Ektopik hamiləlik (şəkil:16-5)



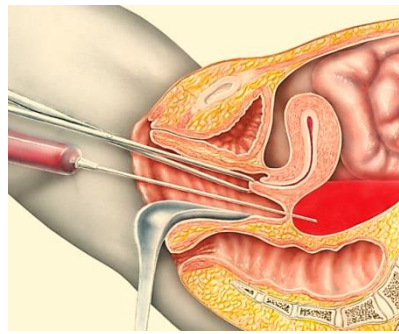
Ektopik hamiləliyin növləri



İnkişaf etmiş abdominal hamiləlik



Boru partlaması



Arxa tağdan uşaqlıq-düz bağırsaq cibinin punksiyası



Boru hamiləliyi zamanı lapo-raskopik əməliyyatla döl yumurtasının xaric edilməsi

2.Döl yumurtası boru mənfəzində məhv olur. Qan laxtaları ilə əhatə olunur, Mola carnosı (ətli yığıntı) beçəxor əmələ gətirir.

Döl yumurtasının ampulyar hissəyə hərəkəti zamanı xəstə tutmaşəkili, birtərəfli ağrılar hiss edir. Qanaxma çox olduqda qan qarın boşluğuna, xüsusilə Duqlas boşluğuna yığılır və uşaqlıq arxası hematoma (haematoma retrouterina) əmələ gətirir. Bu, anemiya və şok əlamətləri ilə müşayiət olunur.

Qanitirmə az olduqda xəstədə başgicəllənmə, ümumi zəiflik, bəzən qısamüddətli bayılma müşahidə edilir. Uşaqlıq yolundan qanlı ifrazat gəlir.

Uşaqlıq yolu müayinəsində uşaqlıq yumşalıb, azca böyüyüb. Uşaqlıq artımlarının birində şişəbənzər törəmə əllənir. Palpasiyada ağrılıdır, az hərəkətlidir, uşaqlığı önə çəkəndə və arxa tağın palpasiyası boru partlamasına nisbətən az ağrılıdır. Bəzən uşaqlıqdan desidual qışa xaric olur. Xaric olan və ya uşaqlığın qaşınması zamanı götürülən desidual qışanın histoloji müayinəsində xorion elementləri aşkar olunmur, yalnız desidual qışa elementləri aşkar olunur. 50% hallarda sidikdə hamiləlik testləri müsbət olur. Bəzən ektopik hamiləliyin pozulması səhvən düşük təhlükəsi kimi qiymətləndirilir.

Yumurtalıq hamiləliyi (Qraviditas ovarica). 0,1-0,2% hallarda rast gəlinir. Həqiqi və yalançı olur. Həqiqi yumurtalıq hamiləliyində döl yumurtası follikulun daxilində, yalançı yumurtalıq hamiləliyi zamanı isə follikulun səthində implantasiya olunur.

Diaqnoz. Ektopik hamiləliyə xəstələrin şikayətləri (patoloji qanaxmalar, qarının aşağı hissəsində ağrılar və s.) və anamnezi (çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri və cərrahi əməliyyatlar) şübhə yaradır.

Ektopik hamiləliyin diaqnostikası üçün bir sıra testlər aparılır:

1.XQT (xorial qoadotropinin) səviyyəsinin təyini—ektopik hamiləlik zamanı XQT sınağı sidikdə 50% halarda, qan zərdabında həmişə müsbət olur:

a) XQT-nin qanda artma sürətinin təyini. Normal və patoloji hamiləliklər differensasiya olunur.

b) XQT-nin qanda səviyyəsi 6000 mMV/ml olduqda USM-i ilə uşaqlıqda embrionu aşkar etmək olur. Əgər XQT-nin bu səviyyəsində uşaqlıqda embrion yoxdursa, ektopik hamiləlik haqqında düşünmək olar.

2.USM-i. Menstruasiya kəsildikdən 7 həftə sonra uşaqlıqda embrion aşkar olunarsa, ektopik hamiləlik inkar edilir. XQT-nin səviyyəsi 5000-6000 mMV/ml.

3.Transvaginal USM-i. Transvaginal ötürücünün köməyi ilə vizual olaraq, embrionu abdominal exoqrafiyaya nisbətən daha tez, XQT-nin səviyyəsi 1500-2000 mMV olduqda aşkar etmək olur. Bu üsulla ektopik hamiləliyi 4-6 gün tez inkar etmək olur.

4.Kuldosentez. Düz bağırsaq-uşaqlıq cibinin punksiyası – qarın boşluğunda sərbəst qanı aşkar etmək üçün aparılır. 18 №-li iynə arxa tağdan düz bağırsaq-uşaqlıq cibinə salınır, iynənin uzunluğu 12 sm olur. Punksiya arxa tağın mərkəzindən aparılır (şəkil 16-5).

– düz bağırsaq—uşaqlıq cibinin punksiyası zamanı mütləq maye almaq lazımdır.

– normal möhtəviyyət 3-5 ml, şəffaf sarı rəngli olur. Qarın boşluğunda qan olduqda şprisə tünd qan dolur. Düz bağırsaq-uşaqlıq cibinə axan qan laxtalandıqda və ya bitişmələr olduğu üçün boşluğa axmadıqda, şprisə qan dolmaya bilər. Bu ektopik hamiləliyi inkar etmir.

5.Laparoskopiya və ya kuldoskopiya. Diaqnoza şübhə olduqda aparılır. Laparoskopiya qarından, kuldoskopiya arxa tağdan aparılır.

6.Endometriumun histoloji müayinəsi. Uşaqlıq boşluğunun qaşınması zamanı histoloji müayinədə (qanaxmalarda, düşükdə, şübhə olduqda) desidual toxuma ilə birlikdə xorion elementləri tapılmazsa, bu ektopik hamiləliyə işarədir.

Müalicə. Müalicə əsasən cərrahi üsullarla aparılır. Amma əgər ektopik hamiləlik erkən aşkar olunub və daxili qanaxma yoxdursa, onda metotreksat və ya quinacrine ilə kimyaterapiya aparılır. Müalicə hormonal (XQT-nin) nəzarət altında aparılır. Əgər XQT-nin səviyyəsi getdikcə azalırsa müalicə davam etdirilir. Bəzən müalicə ikinci dəfə təkrarlanır. Bu preparatlar hüceyrələrin prolifere

rasiyasının qarşısını alır (o cümlədən trofoblastların). Yumurta hüceyrəsi məhv olur, ya orqanizm tərəfindən adsorbsiya olunur, ya da vaginal yolla xaricə atılır. Bəzən müalicə başladıqdan bir–iki həftə sonra yumurta hüceyrəsinin implantasiya olunduğu yerdən daxili qanaxma kimi ağırlaşma müşahidə edilir.

Əksər hallarda problem cərrahi yolla həll olunur. Əgər qanıtirma varsa ilk növbədə anemiya və hemorragik şok əleyhinə müalicə aparılır. Xəstəyə qan və qanəvəzedicilər vurulur. Cərrahi müdaxilə ya açıq qarın əməliyyatları, ya da laporaskopik əməliyyatlarla həyata keçirilir. Mayalanma məhsulu xaric edilir. Çox vaxt hamilə boru döl yumurtası ilə birlikdə xaric edilir. Ektopik hamiləlikdə salpinqiovariektomiya, salpinqoektomiya, salpinqostomiya (döl yumurtası borunun ortasında yerləşirsə boru boyu şaquli kəsik aparılır blastosit xaric edilir), laporatomiya və s. cərrahi əməliyyatlar aparılır.

Əməliyyatdan sonra müalicəvi və diaqnostik tədbirlər davam etdirilir. 4-5 gündən qeyri-spessifik müalicə: hemostimulyasiya, desensibilizasiya və fizioterapiya.

§ 2. Hamiləliyin ikinci yarısının mamalıq qanaxmaları

Fizioloji hamiləlik və doğuşun I və II dövrlərində cinsiyyət yollarından qanaxma müşahidə edilmir. Bu dövrlərdə baş verən qanaxmaların əsas səbəbi–implantasiya, sonradan ciftin birləşmə patologiyalarıdır.

§ 2.1. Cift gəlişləri

Normal halda cift uşaqlıq cisminin yuxarı hissəsində, dibində, ön və arxa divarında yerləşir. Ciftin uşaqlığın aşağı seqmentində yerləşməsi ağır patologiyadır və cift gəlişi (placenta praevia) adlanır. Bu zaman aşağı seqmentdə yerləşən cift uşaqlıq boynunu tam və ya hissəvi örtür. Cift dölün gəliş hissəsindən aşağıda yerləşir.

Patomorfoloji olaraq cift gəlişlərinin aşağıdakı növləri var (şəkil:16-6).

1.Mərkəzi cift gəlişi (placenta praevia centralis). Ciftin mərkəzi daxili dəliyin üzərində yerləşir. Daxili dəlik 3-4 sm açıldıqda belə ancaq cift toxuması əllənir, döl qışaları əllənmir.

2.Yan cift gəlişi (placenta praevia lateralis). Ciftin aşağı sərhəddi daxili dəliyin kənarı olur, cift öz yan tərəfi ilə daxili dəliyin bir hissəsini örtür. Servikal kanal 2-4 sm açıq olduqda ciftin bir hissəsi və döl qışaları əllənir.

3.Kənar cift gəlişi (placenta praevia marginalis). Daxili dəliyə ciftin kənarı çatır və onun çox hissəsini örtür.

Mərkəzi cift gəlişi–**tam**, kənar və yan cift gəlişləri–**natamam** cift gəlişləri adlanır.

Başqa variantlar da rast gəlir.

– **ciftin aşağıda yerləşməsi**. Cift aşağı seqmentdə yerləşir, kənarı daxili dəliyə yaxınlaşır. Tam açılış olduqda uşaqlıq yolu müayinəsində bəzən ciftin kənarını əlləmək olur.

– **ciftin boyunda yerləşməsi**. Cift servikal kanalda yerləşir.

– **boyunönü-boyun cift gəlişi**. Cift həm boyunda, həm də boyunönündə yerləşir.

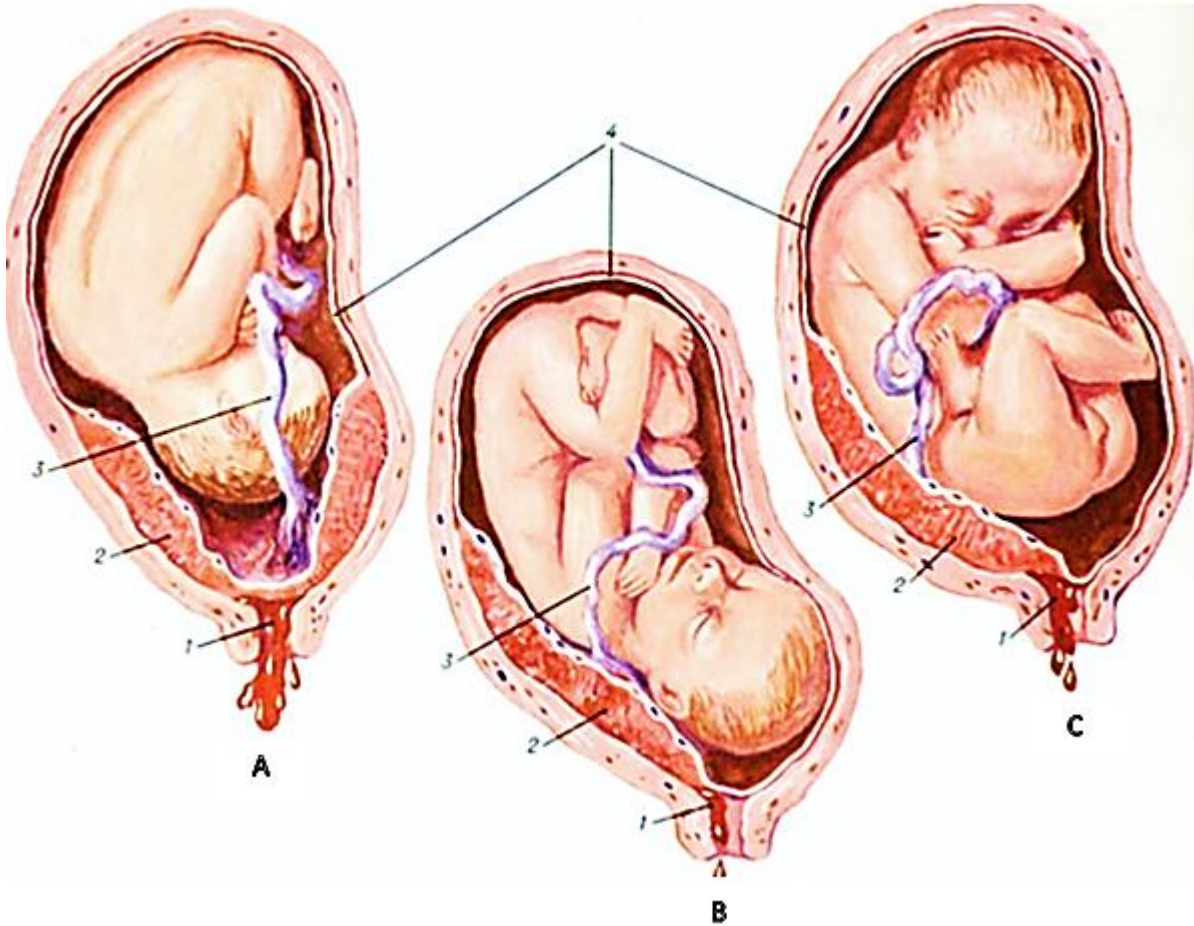
Bəzən cift gəlişlərinin bir növü başqasına keçir. Məs. uşaqlıq boynu dəliyi açıq olduqda döl qışaları ilə birlikdə cift kənarı da əllənir (kənar cift gəlişi). Uşaqlıq boynu açıldıqca ciftin daha çox hissəsi əllənir (yan cift gəlişi). Bunun əksi də mümkündür. Yəni yan cift gəlişi kənar cift gəlişinə keçə bilər. Uşaqlıq boynu açıldıqca daha çox hissədə döl qışaları əllənir.

Etiologiya və patogenezi. Hamiləliyin ilk vaxtlarında cift uşaqlığa nisbətən daha sürətlə böyüyür. Hamiləliyin II trimestrində əksinə uşaqlıq daha temple böyüməyə başlayır. Nəticədə hamiləliyin əvvəlində aşağıda yerləşən cift, aşağı seqment formalaşdıqda yuxarıya miqrasiya edir. Ona görə cift gəlişi diaqnozunu hamiləliyin 22-23-cü həftəsindən sonra qoymaq düzgündür.

Cift gəlişlərinin əmələ gəlməsinə təsir edən faktorlar: uşaqlıqda aparılmış cərrahi əməliyyat nəticəsində uşaqlıq divarının zədələnməsi; çoxsaylı doğuşlar və düşüklər; anamnezdə iltihabi xəstəliyin olması; hamiləliklər arası intervalın qısa olması; uşaqlığın şişləri və inkişaf anomaliyaları.

Tədqiqatlar göstərir ki, cift gəlişləri çox doğanlarda, çoxdöllü hamiləlikdə, döl kişi cinsli olduqda daha çox rast gəlinir. Bu və ya digər səbəblərdən döl yumurtasının uşaqlığın selikli qişasına implanyasiyası pozulur, döl yumurtası aşağı sürüşür, aşağı seqmentdə daxili dəlik səviyyəsində dayanır və implantasiya olur.

Cift gəlişləri ana və döl həyatı üçün təhlükəlidir. Mərkəzi cift gəlişi daha təhlükəlidir.



Şəkil: 16-6. Cift gəlişləri: A- mərkəzi; B- kənar; C- yan. 1-qan; 2-cift; 3-göbək ciyəsi

Cift gəlişləri zamanı uşaqlığın aşağı seqmentində və boyunda qan damarları kəskin genəlir, uzanır, qanla dolur. Uşaqlıq boynu qan damarları ilə zəngindir, (mağaralı toxumanı xatırladır) yumşaqdır. Ehtiyatsız müdaxilə asanlıqla onun cırılmasına səbəb olur. Qırılmış damarlardan qanın həyatı üçün təhlükəli, güclü qanaxma baş verir.

Cift gəlişlərində qanaxma hamiləliyin son aylarında başlayıb, doğuş zamanı güclənə bilər. Bəzən qanaxma doğuş fəaliyyəti ilə birlikdə başlayır. Uşaqlıq əzələlərinin retraksiyası zamanı aşağı seqment və daxili dəliyin kənarı cift səthindən ayrılır, nəticədə cift uşaqlıq divarından ayrılır. Uşaqlıq əzələlərinin retraksiyası və daxili dəliyin açılması nə qədər güclü olsa, ciftin ayrılması bir o qədər çox olur və qanaxma təhlükəli xarakter alır. Ciftin qan damarları zədələndiyi üçün qanıtırmə ana tərəfindən olur. Lakin döl asfiksiyadan əziyyət çəkir. Çünki, ciftin ayrılmış hissələri qaz mübadiləsində iştirak etmir.

Klinika. Cift gəlişlərinin əsas əlaməti cinsiyyət yollarından qanaxmadır. Bu ciftin uşaqlıq divarından ayrılması nəticəsində baş verir. Qanaxmaya qədər bir çox əlamətlər müşahidə edilir. Bunlara dölün gəliş hissəsinin kiçik çanaq girəcəyindən yuxarıda yerləşməsi, başın açılış gəlişləri dölün

vəziyyət anomaliyaları (kəndələn, çəp, dəyişkən), dölün inkişafdan qalması və s. aiddir.

Qanaxma nə qədər tez başlasa, cift gəlişi bir o qədər ağırdır. Mərkəzi cift gəlişində qanaxma hamiləliyin son 2-3 ayında, yan cift gəlişində hamiləliyin sonunda və ya doğuşun əvvəlində, kənar cift gəlişində doğuşun I dövründə başlayır. Ciftin aşağıda yerləşməsi zamanı da qanaxma açılma dövründə başlayır, amma çox olmur. Hamiləliyin sonuncu aylarında qanaxma səbəbsiz, ağrısız, çox vaxt gecələr başlayır. Qanaxma bir dəfə və ya təkrari ola bilər. İntensivliyi müxtəlif olur. Boyun hamiləliyində qanaxma uzunmüddətli və intensiv olur.

Mərkəzi cift gəlişlərində doğum fəaliyyəti başlayanda qanaxma güclənir; qan duru, al qırmızı (bəzən laxtalarla), böyük porsiyalarla və fasiləsiz olur. Az müddət ərzində 1 l-ə qədər qan itirilə bilər. Vaxtında yardım göstərilməzsə, qadın qanazlığından tələf olur.

Yan cift gəlişlərində hamiləlik zamanı qanaxma olubsa, doğuş zamanı daha da güclənir və təhlükəli xarakter alır. Döl qovuğu yırtıldıqdan sonra baş enir, cifti uşaqlığın aşağı seqmentinə sixir və adətən qanaxma dayanır. Qanaxma ilə yanaşı döldə respirator distres sindromu müşahidə olunur.

Qanazlığı cift gəlişlərinin mühüm simptomudur. Qanazlığının dərəcəsi itirilən qanın miqdarından asılıdır. Qan azlığı zamanı dəri və selikli qişalar avazıyır, nəbz tezləşir, A/T enir, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, gözlərə qaranlıq çökmə müşahidə edilir. Yardım gecikərsə qadın tələf olar.

Öndə gələn cift, döl başının uşaqlığın aşağı seqmentinə enməsinə mane olur. Ona görə hamiləliyin sonuna qədər baş çanaq girəcəyi üzərində, yüksəkdə durur və ya yanlara meyl edir. Cift gəlişlərində çox vaxt kəndələn və çəp vəziyyətlər, çanaq gəlişləri rast gəlir. Çox vaxt vaxtından əvvəl doğum və ya doğum gücü zəifliyi müşahidə edilir.

Diagnoz. Hamiləliyin sonu və doğuşun birinci dövründə olan bütün qanaxmalar cift gəlişinə şübhə yaradır. Ağrısız və qəflətən başlayan qanaxma adətən bu patologiyadan xəbər verir. Nor-mal çanaqlarda döl başının yüksəkdə durması da cift gəlişlərinin əlamətidir. Diaqnoz anamnezə, klinik əlamətlərə, yardımçı müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur. Mamalıq təcrübəsində USM-nin geniş tətbiqi cift gəlişlərinin diaqnostikasını daha da asanlaşdırır (98-99%). Bundan başqa dopplerografiya (xüs, rəngli dopplerografiya), vezografiya (sidik kisəsinə rəngli maddə yeridilir və rentgenoqrafiya aparılır) və s. müayinə metodlarından istifadə olunur. Uşaqlıq yolu müayinəsi ilə diaqnoz təsdiqlənir (həkim tərəfindən stasionarda aparılır). Müayinə çox ehtiyatla və aseptika qaydalarına ciddi riayət etməklə aparılmalıdır: uşaqlıq boynu dəliyinə kənarlarına toxunmaq olmaz. Bu zaman ciftin ayrılması və qanaxma daha da güclənir.

Uşaqlıq yolu müayinəsində (uşaqlıq boynu dəliyi 4-6 sm açıq olduqda) döl qişaları və ciftin dar hissəsi əllənilsə, bu kənar, bütün sahə cift toxuması az yerdə döl qişaları əllənərsə yan, ancaq cift toxuması əllənərsə mərkəzi cift gəlişidir.

Proqnoz. Hamiləliyin müddətinə, cift gəlişinin növünə və klinik əlamətlərə görə proqnoz müəyyənləşdirilir. Qanaxma nə qədər erkən başlasa və tez-tez təkrarlansa mərkəzi cift gəlişi ehtimalı bir o qədər böyükdür. 35-40% hallarda hamiləliyin erkən pozulması baş verir. Cift gəlişlərində çox vaxt cərrahi müdaxiləyə əl atılır.

Ciftin boyunda və ya boyunönündə yerləşməsi daha təhlükəlidir: adətən hamiləlik erkən vaxtlarda pozulur və güclü qanaxma ilə müşayiət olunur. Belə hallarda bütün diqqət ananın həyatını xilas etməyə yönəlməlidir. Cift gəlişləri infeksiya xəstəliklərinin inkişafına səbəb olur. Cift ayrılan yerdə qırılmış qan damarları uşaqlıq yolundan qalxan mikrobların inkişafı üçün yaxşı qidalı mühitdir. Qanıtirmə nəticəsində orqanizmin müdafiə qabiliyyəti də zəiflədiyi üçün infeksiyanın inkişafı üçün əlverişli şərait yaranır.

Dölün qanıtirməsi zamanı döl həyatı üçün təhlükə yaranır. Ciftin kənarında yerləşən və döl qişalarından keçən göbək damarlarının qırılması, mövcud əlavə cift paycığının damarlarının qırılması döl həyatı üçün daha böyük təhlükədir.

Hamiləliyin idarə olunması. Cift gəlişi diaqnozunun qoyulması və ya bu patologiyaya şübhənin olması qadının hospitalizasiyası üçün göstərişdir. Bu zaman qanaxmanın şiddəti və ya artıq dayanması nəzərə alınmır. Qadın xəstəxanaya xərəkdə və məmənin müşayiəti ilə aparılmalıdır. Çünki istənilən vaxt qanaxma şiddətlənib, təhlükəli xarakter ala bilər. Qanaxma az olduqda ciddi mani-

tor müayinə və müşahidə altında hamiləliyi qorumaq olar. Bu zaman təkrari USM-i, hemodinamik göstəricilərin qiymətləndirilməsi, qanın müayinəsi və s. aparılır. Kardiomanitor müayinə, dopplero-metriya, hərəkəti aktivliyə əsasən dölnün vəziyyəti qiymətləndirilir. Vaxtından əvvəl doğuş ehtimalı olduqda surfaktant sisteminin yetişməsini sürətləndirmək üçün müalicə aparılmalıdır. Ciddi yataq rejimi, vitaminlərlə zəngin qida təyin edilməlidir. Hamiləlik müddətini uzatmaq üçün qadına tokolitiklər və spazmolitiklər (Ginipral, No-şpa, Papaverin), dəmir preparatları (Sorbufer, Durules, Ferrum-Lek, Totema və s.) və s. təyin edilir. Qadın bu dərmanları bütün hamiləlik boyu qəbul etməlidir. Həmçinin bütün hamiləlik müddətində kürslərlə dölnün hipoksiyası əleyhinə müalicə aparılmalıdır. Bu məqsədlə Trental, Kurantil, vit C, B, Kokarboksillaza, Fol turşusu, Aktovigen, vena daxilinə qlükoza məhlulu təyin edilir.

Hamiləliyin idarə olunmasında qanaxmanın ağır dərəcəsi ilə yanaşı cift gəlişinin variantı da nəzərə alınmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, mərkəzi cift gəlişində başlanan qanaxma doğuşa qədər dayanmayacaq. Bu zaman ana və döl həyatı üçün təhlükə ola biləcək massiv qanaxma ehtimalı böyükdür. Belə hallarda yataq rejimi vacibdir. Başlanmış qanaxmanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq, hamiləliyi uzatmaq məqsəduyğun deyil. Kənar cift gəlişlərində və ciftin aşağıda yerləşməsi zamanı hamiləliyin saxlanması qanıtırmənin dərəcəsindən asılıdır. Ürək-damar xəstəlikləri, hamiləlik anemiyası və başqa patologiyalar zamanı cift gəlişlərinin variantlarından asılı olmayaraq, hamiləliyi uzatmaq əks göstərişdir.

Doğuşun idarə olunması. Cift gəlişlərinin növündən asılı olaraq doğuş təbii doğuş yollarından və ya Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə aparılır. Kənar, yan cift gəlişlərində və ciftin aşağıda yerləşməsi zamanı qaitirmə olmadıqda hamiləliyin başa çatdırılması və doğuşun spontan baş verməsi mümkündür. Bu zaman qanaxma olmamalı və ya dayanmalıdır; uşaqlıq boynu doğuşa hazır olmalıdır; rəqulyar sancıların gücü kifayət qədər olmalıdır; döl baş gəlişində olmalıdır. Cift gəlişlərində 70-80% hallarda doğuş Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılır.

Hamiləlik və doğuş zamanı qanıtırmənin həcmindən asılı olmayaraq döldə hipoksiyanın başlanması və ya onun inkişafdan qalması Kesar əməliyyatına göstərişdir.

Güclü qanaxmalarda əməliyyat təcili aparılır. Cift gəlişi dölnün qeyr-düzgün vəziyyətləri ilə müşayiət olunduqda Kesar kəsiyi əməliyyatı aparmaq vacibdir. Cift gəlişi yaşlı ilk doğanlarda müşahidə olunduqda diri uşaq almaq üçün mütləq Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Qanaxmanın intensivliyindən, cift gəlişinin növündən, qadının vəziyyətindən və şəraitdən asılı olaraq aşağıdakı tədbirlər aparılır

Kənar cift gəlişlərində, uşaqlıq boynu 2-4 sm açıq olduqda, dölnün boylama vəziyyətində döl qovuğunu yırtmaq məsləhət görülür. Bəzən yan cift gəlişlərində güclü qanaxma və doğuşu sürətləndirmək üçün əks göstəriş olmadıqda döl qovuğunu yırtmaq olar. Döl qovluğu yırtıldıqdan sonra baş aşağı enir, cifti uşaqlıq divarına sıxır, qanaxma dayanır və doğuş özbaşına başa çatır.

Boyun və boyuönü hamiləliklərində qanaxmanın olub-omamasından asılı olmayaraq uşaqlıq boynu ilə birlikdə amputasiya edilməlidir.

Cift gəlişlərində doğuş zamanı və doğuşdan sonra anemiya ilə mübarizə aparılır və ürək dərmanları verilir.

Cift gəlişlərində son dövrü çox vaxt ağırlaşmalarla keçir. Ciftin ayrılması ləngiyir. Bu cift yerləşən aşağı seqmentin yığılma qabiliyyətinin pis olması ilə izah olunur. Bəzən hissəvi cift bitişməsi müşahidə edilir. Cift ayrılmasının pozulması həyat üçün təhlükəli olan əlavə qanaxmaya səbəb olur. Ona görə doğuşdan sonra zahının ümumi vəziyyəti, nəbzi, arterial təzyiqi və cinsiyyət yollarından ifraz olunan qanın miqdarı ciddi nəzarət olunmalıdır. Qanazlığı əlamətləri olduqda və ifraz olunan qanın miqdarı nöpmadan artıq olduqda, cift təcili olaraq əllə xaric edilməlidir. Cift xaric edildikdən sonra güzgülər vasitəsi ilə uşaqlıq boynu müayinə olunmalı, cırıqlar varsa tikiş qoyulmalıdır.

Zahılıq dövründə infeksiya xəstəliklərinin inkişafı mümkündür. Cift sahəsinin aşağıda, uşaqlıq yoluna yaxın yerləşməsi və qanıtırmə nəticəsində orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin azalması infeksiyanın düşməsinə və inkişafına şərait yaradır. Ona görə zahının ciddi müayinə və qulluğa ehtiyacı var. Lazım gəldikdə ümumi möhkəmləndirici müalicə təyin edilir, təkrari qan köçürülür. Infeksiya əleyhinə müalicə təyin edilir.

§ 2.2. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması

Hamiləlik və doğuş zamanı baş verən mamalıq qanaxmalarının səbəblərindən biri də normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasıdır. Normal yerləşmiş cift vaxtından əvvəl ayrıldıqda yaranan qanaxma hamilə, zahı və döl həyatı üçün təhlükə yaradır. Normal gedişli hamiləlik zamanı cift doğuşun III dövrünə qədər uşaqlığın yuxarı segmentində birləşmiş qalır. Yalnız döl doğulduqdan sonra uşaqlığın yığılması və uşaqlıqdaxili təzyiqin enməsi hesabına uşaqlıq divarından ayrılır. Yerləşdiyi yerdən asılı olmayaraq hamiləlik və doğuşun I və II dövründə ciftin ayrılması, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması adlanır. Cift gəlişlərindən fərqli olaraq normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması hamiləliyin sonunda və doğuş zamanı baş verir.

Etiologiya və patogenezi. Ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına bir çox faktorlar təsir edir. O, çox vaxt hipertenziv sindromla müşayiət olunan xəstəliklər zamanı baş verir: hamiləlik hipertenziyası, hiperoniya xəstəliyi, xroniki pielonefrit, endokrin pozğunluqlar və s. Qarının travması da həlledici rol oynayır.

Hamiləlikdən əvvəl keçirilmiş endometritlər ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına şərait yaradır. Qısa göbək ciyəsi qovulma dövründə cifti aşağı dartaraq onun ayrılmasına səbəb olur. Döl qışaları qalın olduqda doğulmağa çalışan döl qovuğu özü ilə birlikdə döl qışalarını və cifti də aşağı doğru çəkir, nəticədə cift ayrılır. Əkizlərdə birinci döl doğulduqdan sonra (bir yumurta əkizləri) cift ayrılma bilər.

Ciftin ayrılması **kənardan** və **mərkəzdən** ola bilər (şəkil:16-7). Ayrılma hissəvi və tam olur. Hissəvi cift ayrılması kiçik sahədə olduqda qadın orqanizmində nəzərə cərpacaq dəyişikliklər yaratmır. Əgər bu kiçik ayrılma doğuşa qədər baş veribsə, hamiləlik başa çatma bilər. Belə halda cift doğulduqdan sonra diaqnoz qoyulur: ciftin ana səthində köhnə qan laxtaları olur.

Cift tam və ya böyük sahədə mərkəzdən ayrıldıqda uşaqlığın divarı ilə cift arasında böyük hematoma əmələ gəlir. Hematoma böyüdükcə, cift daha çox ayrılır. Cift ayrılan hissədə uşaqlıq qabırır. Yığılmış qan uşaqlığın bütün qatlarına hopur. Bu **uşaqlıq-cift apopleksiyası və ya Küvelər uşaqlığı** adlanır. Adətən bu zaman qanaxma uşaqlıqdaxili olur. Ciftarxası hematoma böyük olduqda qan ciftlə uşaqlıq divarı arasından özünə yol açaraq aşağı doğru axır. Daxili qanaxmaya xarici qanaxma (kombinə olunmuş) da qoşulur. Ciftarxası hematoma böyük, anemiya kəskin olduqda belə xarici qanaxma güclü olmur. Tam, total və ya böyük hissədə cift ayrılması ana və döl həyatı üçün böyük təhlükə yaradır. Ana qanıtırmə və şokdan (uşaqlığın həddən artıq gərilməsi), döl isə asfiksiyadan tələf olur. Ciftin 1/3 hissəsi ayrıldıqda dölün asfiksiyası təhlükəsi yaranır. Onun yarısının və tam ayrılması zamanı döl tələf olur.

Klinika. Qanaxma daxili, xarici və kombinə olunmuş ola bilər. Xarici qanaxma adətən cift kənardan ayrıldıqda və uşaqlıq boynu açıq olduqda müşahidə edilir. Mərkəzi cift ayrılması zamanı retroplasentar hematoma yaranır və bu zaman daxili qanaxma olur. Kombinə olunmuş qanaxma uşaqlıq boynu açıq olduqda kənar cift ayrılması və retroplasentar hematoma zamanı qan uşaqlıqla qışalar arasından süzüləndə müşahidə edilir. Qanaxma az və massiv ola bilər. Bəzən hemorragik şokla müşayiət olunur. Qanıtırmənin dərəcəsiindən asılı olaraq aşağıdakı simptomlar müşahidə edilir.

1. Ağrı–yerli və yayılmış olur, uşaqlıq tonusunun artması ilə müşayiət olunur, „Küvelər” uşaqlığı əmələ gəlir.

2. Ciftarxası hematoma uşaqlıq daxili təzyiqin artmasına və uşaqlıq divarının gərilməsinə səbəb olur. Ona görə uşaqlıq böyüyür, konsistensiyası bərkiyir, ovoid və ya qeyri-düzgün forma alır. Tam cift ayrılması zamanı hematoma sahəsi qabardığı üçün uşaqlıq assimetrik olur.

3. Uşaqlıq divarı gərgin olduğu üçün döl hissələri çətinliklə əllənir və ya əllənmir, dölün ürək döyüntüləri eşidilmir və ya çətinliklə eşidilir.

4. Döl qovuğu həm sancılar, həm də pauzalar vaxtı gərgindir.

5. Qanaxmanın həcmindən asılı olaraq müxtəlif dərəcəli hemodinamik dəyişikliklər inkişaf edir: ürək-damar sistemi pozğunluqları əlamətləri (taxikardiya, A/T-in enməsi və s.) və anemiya

əlamətləri (dəri örtüklərinin avazıması, hemotokritinin, eritrositlərin, hemoqlobinin azalması) müşahidə edilir. Koaqulopatiya simptomları (YDL sindromuna qədər) inkişaf edir.

6. Ananın qan itirməsi ilə proporsional olaraq dölün RDS inkişaf edir.

Döl doğulduqdan dərhal sonra cift doğulur: ciftlə birlikdə cinsiyyət yollarından çoxlu miqdarda duru qan və qan laxtaları xaric olur.

Uşaqlıq çox gərildiyi üçün pis yığılır. Ona görə uşaqlıq atoniyası nəticəsində doğuşdan sonrakı ilk saatlarda qanaxma davam edir.

Diaqnoz. Klinik əlamətlərə, xüsusi müayinə metodlarına və laborator müayinələrə əsaslanaraq diaqnoz qoyulur. Massiv qanaxmalarda xəstənin vəziyyəti ağır olduqda USM-i aparmaq məqsəddəyigün deyil.

Laborator müayinələr: qanın ümumi analizi, trombositlərin miqdarının və qanın laxtalanma müddətinin təyini; qan qrupunun və Rh-in təyini; Kumbs sınağı.

Xüsusi laborator müayinələr:

– Kleyxauer-Betke sınağı—dölün qanaxmasını təyin etmək üçün;

– Ananın qanının laxtalanmaya görə yoxlanmsı: əgər laxtalanma müddəti 7-10 dəq-dən çoxdursa, koaqulopatiya inkişaf edir;

– Döl qanının yoxlanılması: uşaqlıq yolundan axan qandan götürüb, az miqdarda kran cuyu ilə qarışdırılır (hemoliz üçün), bir neçə dəqiqə sentrafuqada fırlatdıqdan sonra, çöküntünün üzərindəki çəhrayı (tərkibində hemoqlobin olduğu üçün) mayedən götürüb üzərinə 1 ml NaON əlavə edib, qarışdırılır. 1 dəqiqə sonra qiymətləndirilir: maye çəhrayıdırsa, döl qanıdır; maye sarı-qəhvəyidirsə ana qanıdır.

– Uşaqlıq yolundan axan qanda nüvəli eritrositlər tapılırsa bu döl qanıdır;

– Dölyanı mayədə lesitin-sfinqomelin nisbətini təyin etməklə vaxtından əvvəl cift ayrılmasını müəyyən etmək olar.

Ağırliq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi:

I dərəcəli – yüngül forma vaxtından əvvəl cift ayrılması zamanı klinik əlamətlər kəskin olmur: qadın qarının aşağı hissəsində diskomfort hiss edir. Qanitirmə 500 ml-ə qədərdir, ciftin 25%-i ayrılıb. Qanın laxtalanma müddəti artıb, hiperfibrinonemiya müşahidə edilir. Döldə RDS əlamətləri yoxdur. Çox hallarda diaqnoz retrospektiv olaraq ciftin müayinəsi zamanı qoyulur. Doğulmuş ciftə köhnə qan laxtaları olur.

II dərəcəli – otra ağır forma vaxtından əvvəl cift ayrılması bütün klinik əlamətlərlə keçir: qarında davamlı ağrı, güclü sancılar, hipovolemik, hemodinamik, erkən koaqulopatik pozğunluqlar. Döl diridir, amma RDS sindrom inkişaf edir. Daxili və xarici qanitirmə 500-1000 ml-dir, ciftin 25-50% i ayrılıb.

III dərəcəli – ağır formalı vaxtından əvvəl cift ayrılması, bütün klinik əlamətlərin olması ilə xarakterikdir: qadının vəziyyəti ağırdır, qarında kəskin ağrılar var, uşaqlıq pauzalarda da gərgindir, koaqulopatiya, çox vaxt YDL sindromu, hemorragik şok, oliqouriya inkişaf edir. Dölün ölümü və ya ağır RDS baş verir. Qanitirmə 1000 ml-dən çoxdur, ciftin 50%-dən çox hissəsi ayrılıb.

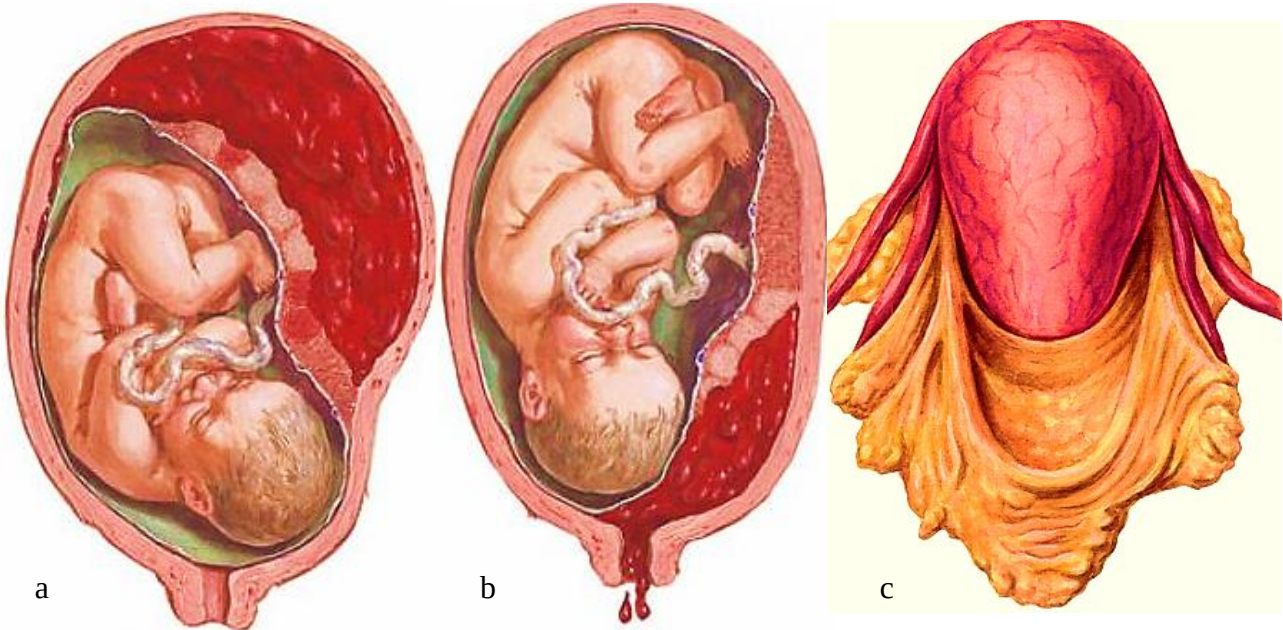
Gedişinə görə vaxtından əvvəl cift ayrılmasını hissəvi proqressivləşməyən, hissəvi proqressivləşən və tam və ya total formalara ayırırlar.

Hamiləlik və doğuşun idarə olunması. Vaxtından əvvəl cift ayrılması ilə doğuşu idarə edərkən məqsəd ana və döl ölümünün və xəstəliyinin qarşısını almaqdır.

Vaxtından əvvəl cift ayrılması zamanı hamilənin və dölün vəziyyəti, prosesin xarakteri nəzərə alınmaqla taktika seçilir: təcili Kesar əməliyyatı aparılır; təcili doğuş çağırılır və ya hamiləlik uzadılır.

Tam və ya total cift ayrılımları zamanı heç nədən asılı olmayaraq təcili Kesar əməliyyatı ilə doğuş başa çatdırılmalıdır. Eyni zamanda müəyyən tədbirlər də aparılmalıdır: itirilən qanın bərpası—qan, qan preparatları, qanəvəzedicilər; hemorragik şokla mübarizə: anemiya əleyhinə terapiya; qanın laxtalanmasının normallaşdırılması—fibrinogen, təzə dondurulmuş plazma, trombositlər.

Vaxtından əvvəl cift ayrılması (şəkil:16-7)



Vaxtından əvvəl cift ayrılması: a) mərkəzdən; b) kənardan; c) uşaqlıq-cift apopleksiyası



Daxili qanaxma ilə hissəvi cift ayrılması



Xarici qanaxma ilə hissəvi cift ayrılması



Daxili qanaxma ilə total cift ayrılması



Ciftin tam ayrılması

Hissəvi proqressivləşən cift ayrılması zamanı ana və dölün vəziyyətini nəzərə alaraq ya Kesar əməliyyatı aparılır, ya da təcili doğuş çağırılır və təbii yolla doğuş başa çatdırılır.

Hissəvi proqressivləməyən cift ayrılması zamanı hamiləliyi uzatmaq olar. Bunun üçün aşağıdakı şərtlərə əməl olunmalıdır: hamilə və dölün ümumi vəziyyəti yaxşı olmalıdır; hamiləlik 36 həftədən az olmalıdır; qanıtirmənin miqdarı az olmalıdır. Hamiləliyi uzatmaq üçün qadına stasionar şəraitində yataq və keyfiyyətli qida rejimi, tokolitiklər, spazmolitiklər, qandayandırıcılar (vikasol, askorbin turşusu, decinon), anemiya əleyhinə müalicə təyin olunur. Dölün və ananın vəziyyəti ciddi manitor nəzarəti altında olmalıdır.

Doğuşu konservativ yolla idarə etdikdə erkən amniotomiya aparılmalıdır. Hemodinamik göstəricilər bərpa olunana qədər uterotonik dərmanlar, β -adrenomimetiklər, heparin, fibrinolitik inhibitorlar həmçinin diuretiklər təyin etmək məsləhət deyil.

Doğuşdan sonra uşaqlığın vəziyyəti, qanın laxtalanma sistemi ciddi nəzarətdə saxlanmalıdır. Zahılıq septik xəstəliklərinin profilaktikası aparılmalıdır. Sonrakı hamiləliklərdə ciftin vaxtından əvvəl ayrılması riski böyükdür.

§ 3. Son dövrünün qanaxmaları

Açılma və qovulma dövrünə nisbətən son dövründə ağırlaşmalar daha çox rast gəlinir. Son dövrünün ən çox rast gəlinən ağırlaşması qanaxmalardır. Son dövrü həmişə qanaxma ilə müşayiət olunur. Ciftin fizioloji ayrılması və qovulması zamanı zahı 250 ml-ə qədər qan itirir. Cift uşaqlıq divarından ayrıldıqdan sonra uşaqlıq yığılır, nəticədə: a) ayrılmış cift uşaqlıqdan qovulur; b) qırılmış damarların mənəfəzi sıxılır və qanaxma dayanır.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyəti pozulduqda ciftin ayrılması da pozulur. Cift tam ayrılmadıqda, uşaqlıq yığılmır, cift ayrılan hissədə qırılmış damarların açıq qalmış mənzəfindən qan axır.

Cift ayrılıb uşaqlıq boşluğunda ləngiyirsə, yenə qanaxma davam edir. Bu zaman uşaqlıq əzələləri yaxşı yığılmır, uşaqlıq damarları kifayət qədər sıxılmır və qanaxma davam edir. Son dövründə uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun, aralığın travmaları da qanaxmaya səbəb olur.

İtilən qanın miqdarına görə son dövrünün qanaxmaları aşağıdakı qruplara bölünür:

– fizioloji qanaxma – itirilən qanın miqdarı 250 ml-ə qədərdir;

– yol verilən qanaxma – itirilən qan bədən çəkisinin 0,5%-ə qədərini təşkil edir (400-500 ml).

Kompensasiya olunur. Hematoloji və hemodinamik dəyişikliklər norma daxilindədir;

– patoloji qanaxma – itirilən qanın həcmi bədən çəkisinin 0,5%-dən çoxdur.

Son dövrünün qanaxmalarının səbəbləri: ciftin ayrılma mexanizminin pozulması (həqiqi cift bitməsi, ciftin möhkəm birləşməsi); ciftin qovulmasının pozulması (uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin kifayət qədər olmaması və ya onun spazmi); uşaqlığın və doğum yollarının yumşaq toxumalarının cırılması (uşaqlıq boynu, uşaqlıq yolu, aralıq).

Ciftin ayrılma və qovulma mexanizmi aşağıdakı səbəblərdən pozulur.

1. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin azalması – uşaqlığın hipotoniyası (şəkil:16-8).

Uşaqlığın hipotoniyası aşağıdakı səbəblərdən yaranır:

– sidik kisəsi və düz bağırsağın dolu olaması;

– uşaqlığın inkişafdan qalması (infantilizm), adətən uşaqlıq əzələlərinin tonusunun azalması ilə müşayiət edilir;

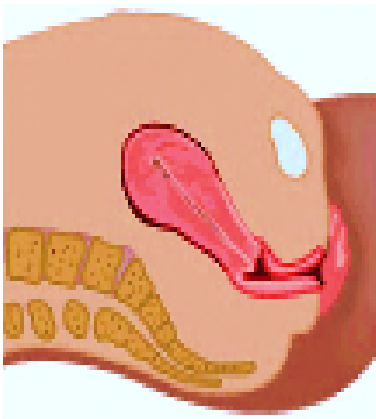
– çoxdöllülük, çoxmayelilik, nəhəng döl zamanı uşaqlığın həddən artıq gərilməsi;

– uşaqlıq divarındakı dəyişikliklər (fibromioma, iltihabi xəstəliklər) uşaqlığın yığılma qabiliyyətini azaldır;

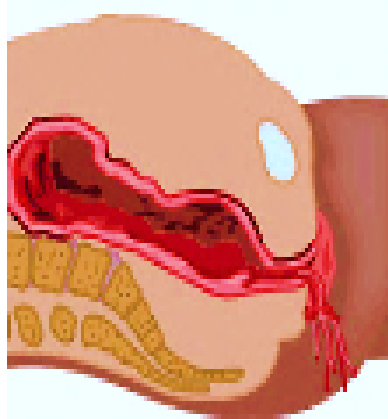
– güclü doğum fəaliyyəti – doğanın yorulmasına və uşaqlıq tonusunun azalmasına səbəb olur.

2. Son dövrünün düzgün idarə olunmaması – son dövrü gözləmə mövqeyindən idarə olunmalıdır. Cifti ayırmaq üçün edilən hər hansı bir cəhd (göbək ciyəsinin dartılması, uşaqlığın qıcıqlandırılması və s.) uşaqlıq yığılmalarının ritmini pozur və ciftin fizioloji ayrılması pozulur. Nəticədə ya hissəvi cift ayrılması, ya da uşaqlıq boynu spazmi üzündən ayrılmış ciftin boğulması baş verir.

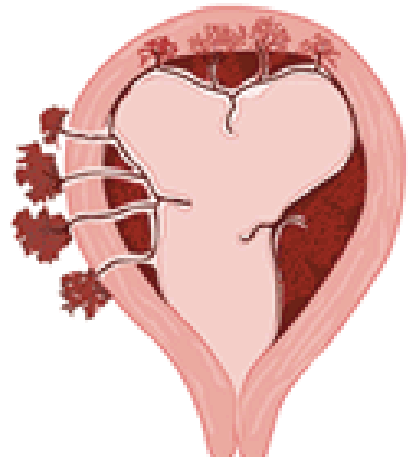
Son dövrün qanaxmaları (şəkil:16-8)



Normal uşaqlıq



Atonik uşaqlıq

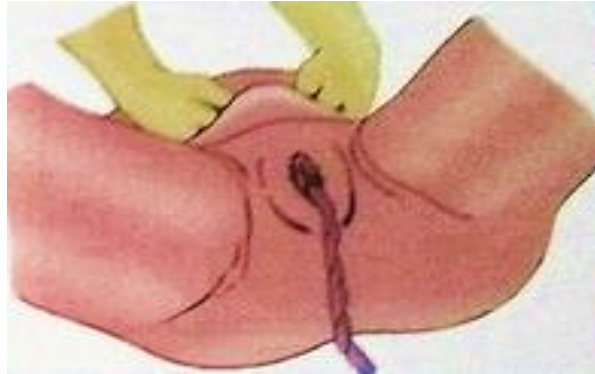


Cift bitişməsi

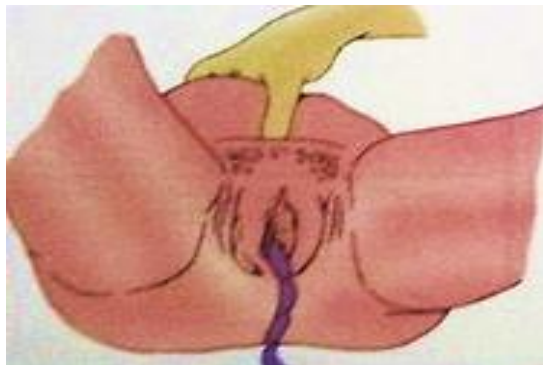
Xarici üsullarla ciftin ayrılması



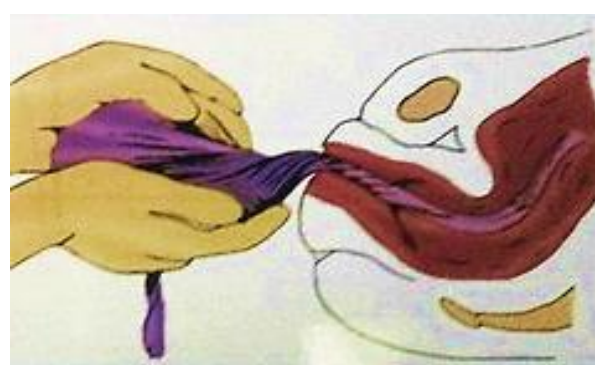
Abuladze üsulu



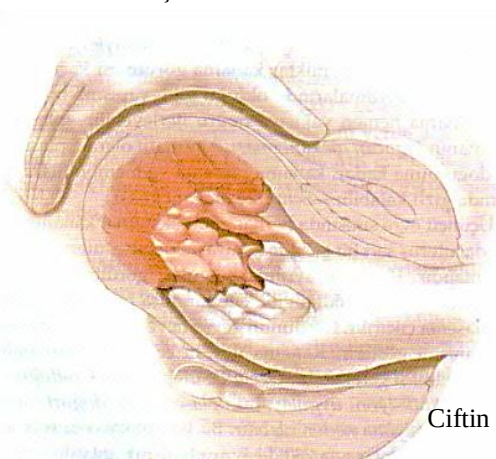
Henter üsulu



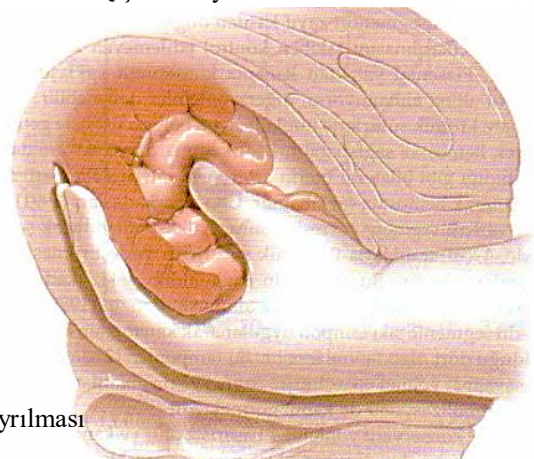
Krede-Lazareviç üsulu



Qışaların ayrılması



Ciftin əllə ayrılması



3. Ciftin aşağı seqmentdə və ya uşaqlıq borusu bucağında yerləşməsi çox vaxt son dövründə qanaxma ilə müşayiət olunur. Uşaqlığın bu nahiyyələri pis yığıldığı üçün ciftin ayrılması pozulur və qanaxma baş verir.

4. Ciftin möhkəm birləşməsi—bu zaman cift uşaqlıq divarına daha möhkəm qaynaq olur. Nəticədə uşaqlığın desidual qışasının bazal qatı kəskin nazıqlaşır. Xovlar bu qışada məhdudlaşır, uşaqlığın başqa qatlarına keçmir. Bu patologiya uşaqlığın hamiləlikdən əvvəl keçirdiyi iltihabi xəstəliklər, küretajlar və doğuşlarda aldığı travmalar nəticəsində əmələ gəlir. Belə halda doğuşun son dövründə uşaqlığın yığılması ciftin ayrılması üçün kifayət etmir, ciftin ayrılma əlamətləri olmadığı halda qanaxma müşahidə edilir.

5. Həqiqi cift bitişməsi. Nadir hallarda rast gəlir, amma çox təhlükəli ağırlaşmadır. Desidual qatın inkişaf etməməsi nəticəsində cift bazal qata birləşir, xorionun xovları əzələ, hətta seroz qata sirayət edir. Nəticədə həqiqi cift bitişməsi əmələ gəlir. Cift bitişməsinin aşağıdakı variantları var: bazal qatın maksimal nazıqlaşması və xorion xovlarının əzələ qışasına səthi keçməsi; xorion xovlarının dərinə keçməsi; xorion xovlarının əzələ qışasına, seroz qışaya qədər keçməsi. Həqiqi cift bitişməsi zamanı ola bilər ki, son dövründə qanaxma müşahidə edilməsin. Bu patologiya zamanı cifti əl ilə ayırmaq mümkün olmur.

Hissəvi həqiqi cift bitişməsi zamanı uşaqlıq yığılmaları başlayan kimi intensiv qanaxmalar başlayır (şəkil:16-8).

Ayrılmış ciftin qovulmasının pozulması, uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması ilə əlaqədardır. Uşaqlığın qeyri-bərabər yığılmaları zamanı cift boru bucağında, aşağı seqmentdə boğula bilər. Çox vaxt bu patologiyanın səbəbi yatrogen faktorlar (göbək ciyəsinin vaxtından tez dartılması, cift ayrılmamış onun sıxılması) olur.

Müalicə. Təcili olaraq qanaxma dayandırılmalı və qanazlığı ilə mübarizə aparılmalıdır. İlk növbədə uşaqlıq boşaldılmalıdır. Yalnız bundan sonra uşaqlıq yığılır və qanaxma dayanır. Bunun üçün cift ehtiyatla və bacarıqla uşaqlıq boşluğundan xaric edilməlidir. Cift ayrılıbsa, o xarici metodlarla xaric edilir. Cift ayrılmadıqda xarici metodlar effekt verməyə bilər. Ona görə də əl uşaqlığa salınır və cift xaric edilir.

Qanaxma baş verdikdə təcili ciftin ayrılma əlamətləri yoxlanılır. Əlamətlər müsbət olduqda (cift ayrılıb) göbək ciyəsinin kontrol əks traksiyası ilə cift xaric edilir (şəkil:16-8). Cift ayrılmadığı halda və ciftin möhkəm birləşməsi zamanı uşaqlığa salınmış əlin mişarvai hərəkəti ilə cift ayrılır və xaric edilir (şəkil:16-8) Həqiqi cift bitişməsi zamanı (tam və hissəvi) diaqnoz təsdiqlənən kimi təcili cərrahi əməliyyat aparılmalı, uşaqlıq ciftlə birlikdə ekstripasiya edilməlidir. Göstərilən əməliyyatlarla paralel olaraq, son dövrünün bütün patologiyalarında qanitirmənin həcmindən asılı olaraq infuzion terapiya aparılmalıdır. Qanitirmə az olduqda uterotonik maddələrin (oksitosin) yeridilməsi ilə kifayətlənmək olar. Güclü qanaxmalar zamanı isə hemotransfuziya və qanəvəzedici məhlulların yeridilməsi göstərişdir.

§ 4. Erkən zahılıq qanaxmaları

Normal gedişli doğuşlarda son uşaqlıq boşluğundan qovulduqdan sonra qanaxma dayanır. Son dövründə olduğu kimi zahılıq dövrünün də ən çox rast gəlinən patologiyası qanaxmadır. Doğuşdan sonrakı ilk 24 saat ərzində baş verən qanaxmalar erkən zahılıq qanaxmaları adlanır və əsasən dörd faktor (4 “T”) tərəfindən yaranır:

1. „T”-1 – Toxuma faktoru – uşaqlıqda son hissəsinin ləngiməsi (cift və ya döl qışaları hissələri).

2. „T”-2 – Tonus faktoru – uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması (hipotoniya, atoniya).

3. „T”-3 – Trombin faktoru—qanın laxtalanma sisteminin pozulması (anadangəlmə və qazanılma).

4. „T”-4 – Travma faktoru – uşaqlığın və yumşaq doğum yollarının cırıqları.

Son hissəsinin uşaqlıqda qalması, erkən zahılıq dövründə ən çox rast gəlinən ağırlaşmadır.



Şəkil:16-9. Uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi

Uşaqlıqda ləngimiş ən kiçik cift hissəsi belə uşaqlıq normal yığılmasına mane olur. Nəticədə cift tikəsi birləşmiş meydançanın ətrafındakı damarlardan qanaxma başlayır. Uşaqlıqda cift tikəsi, döl qışası hissələri və ya tam əlavə paycıq ləngiyə bilər. Son hissələrinin uşaqlıqda ləngiməsinin səbəblərindən biri son dövrünün düzgün idarə olunmamasıdır. Uşaqlığın massajı, ciftin ayrılma əlamətlərini yoxlarkən uşaqlığın qıcıqlanması və s. faktorlar uşaqlığın normal yığılmasını pozur. Bundan başqa nəhəng döl, uşaqlıq şişləri, mamalıq maşaları və s. uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Son hissəsinin uşaqlıqda qalıb-qalmadığını yoxlamaq üçün doğulmuş cift və döl qışaları ciddi müayinə olunur. Ciftə və ya qışalarda hər hansı defektin aşkarlanması, ciftin tamlığına hər hansı bir şübhənin olması belə uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsinə göstərişdir. Bu zaman ciftin əl ilə ayrılmasında olduğu kimi bütün qaydalara əməl olunmalıdır. Uşaqlığa salınmış əl ilə uşaqlıq dibi, boru bucaqları ciddi yoxlanılmalıdır. Uşaqlıqda qalmış cift hissəsi xaric edilməlidir (şəkil:16-9). Qanaxma güclü olmadıqda və uşaqlığın tonusu yaxşı olduqda, təcrübəli həkim uşaqlıq boşluğunu

böyük küretlə (istisna hallarda) təmizləyir.

Qanaxmadan başqa infeksiya da qadın həyatı üçün təhlükə yaradır. Ona görə cift tikəsi əllə xaric edildikdən sonra antibakterial müalicə təyin edilməlidir.

Döl qışalarının uşaqlıqda ləngiməsi ciddi fəsad yaratmır. O, loxiya ilə özü xaric olur.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması nəticəsində yaranan uşaqlıq qanaxmaları. Bu patologiya daha çox rast gəlinir (10-15 %), iki növü var:

- hipotoniya–uşaqlığın yığılmasının kifayət qədər olmaması;
- atoniya–uşaqlığın tonusu və yığılma qabiliyyətinin tam itməsi.

Uşaqlığın atoniyası nadir hallarda müşahidə edilir. Adətən doğuşdan dərhal sonra uşaqlığın hipotoniyası rast gəlinir. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini zəiflədən bütün səbəblər və faktorlar (infantilizm, çoxdöllü hamiləlik, güclü doğum fəaliyyəti nəticəsində yorulma, iltihabi xəstəliklər nəticəsində uşaqlıq divarında yaranmış dəyişikliklər və s.) zahılıq dövründə uşaqlığın hipotoniyasını törədir. Törənməsinə görə bu faktorlar aşağıdakı qruplara bölünür: hamiləliyə qədər; hamiləlik zamanı; doğuş zamanı. Bu təsnifat zahılıq qanaxmalarının vaxtında proqnozlaşdırılmasına və rəşional profilaktikasına imkan verir.

Hipotoniya zamanı uşaqlıq pis yığılır, qıcıqlara (soyuq, massaj) zəif reaksiya verir. Uşaqlıq kifayət qədər yığılmadığı üçün plasental meydançanın damarları açıq qalır və qanaxma baş verir.

Uşaqlığın hipotoniyası və atoniyası nəticəsində baş verən zahılıq qanaxmaları dalğavari gedişi ilə xarakterikdir. Qan toplanır, uşaqlığın süst divarını kəsə kimi gərir. Massajdan sonra böyük miqdarda qan, laxtalarla birlikdə xaric olur. Sonra yenə sürətlə qan toplanmağa başlayır. Qan müxtəlif intensivlikdə (az və massiv) ifraz olunur və sürətlə hemorragik şok əmələ gətirir. Uşaqlıq boyunu bağlı olduqda və ya qan laxtaları ilə tutulduqda qanın xaricə ifrazı azalır və ya olmur. Hemokoaqulyasiya sistemində pozğunluqlar patologiyani dərinləşdirir və müalicəni çətinləşdirilir. Müalicəvi tədbirlər ya ardıcılıqla aparılır, ya da təcili uşaqlıq çıxarılır.

Hemostaz sistemindəki pozğunluqlar nəticəsində erkən zahılıq dövründə baş verən zahılıq qanaxmaları. Belə qanaxmalar aşağıdakı hallarda ola bilər:

- hamiləliyə qədər qanın koagulyasiya xüsusiyyətindəki dəyişikliklər. (tromboplastik purpura, Villibrand xəstəliyi);

– hamiləlik zamanı baş vermiş patologiyalar (hipertenziv vəziyyətlər, endokrin pozğunluqlar);
– doğuş və zahılıq dövründə baş verən qanaxmalar (cift gəlişləri, vaxtından əvvəl cift ayrılması, uşaqlıqdaxili müdaxilələr, uşaqlığın hipotoniyası və atoniyası ilə bağlı qanaxmalar, yumşaq toxumaların cırıqları, ölü döl, dölyanı maye emboliası və s.)

Bütün bunlar YDL (yayılmış damardaxili laxtalanma) sindromunun inkişafına şərait yaradır.

Koaqulopatik qanaxmalar zamanı laxtalar yumşaq olur və ya olmur, bədəndə hemorragik səpgilər müşahidə edilir.

Profilaktika. Erkən zahılıq qanaxmalarının profilaktikası üçün ilk növbədə döl doğulan kimi uşaqlığa 10 TV oksitosin vurulur. Sonra göbək ciyəsinin nəzarəti ilə cift xaric edilir.

Göbək ciyəsindən nəzarət olunan traksiya ilə ciftin doğulması:

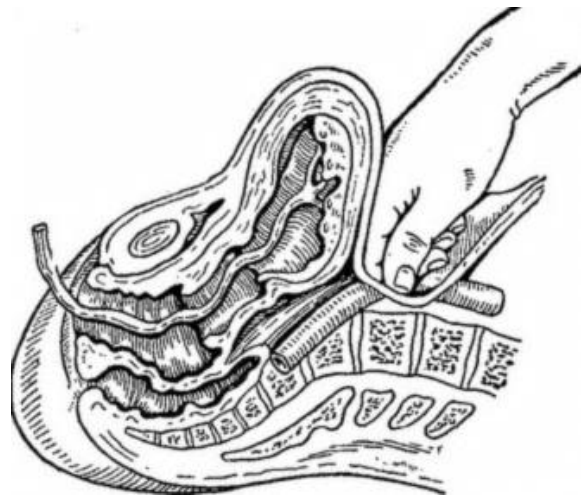
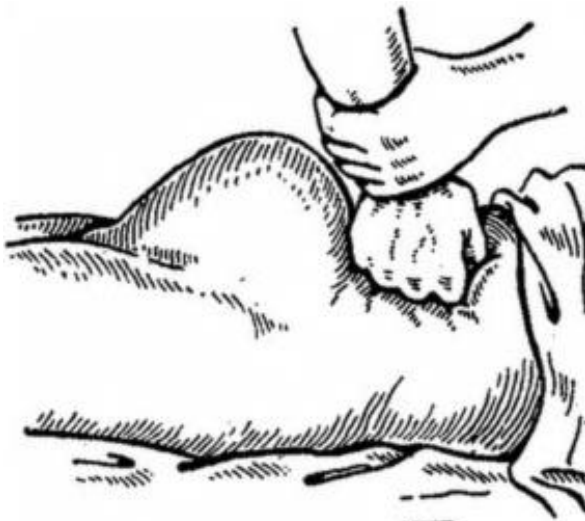
– göbək ciyəsində pulsasiya dayandıqdan sonra, göbək ciyəsinə, aralığa yaxın sıxac qoyulur;
– bir əllə sıxılmış göbək ciyəsi bir qədər dartılmış vəziyyətdə tutulur;
– digər əl qasıq üzərinə qoyulur və göbək ciyəsindən sınaq traksiya edilən zaman uşaqlıq qasıqdan geri çəkilir (uşaqlığın çevrilməsinin qarşısı alınır);

– uşaqlığın güclü yığılması zamanı (girdələşir, bərkiyir) və göbək ciyəsinin uzanması hiss edildikdə, ehtiyatla göbək ciyəsi, özünə və aşağı doğru traksiya edilir. Eyni zamanda digər əllə uşaqlığı traksiyanın əksi istiqamətdə (kontraksiya) saxlamaqda davam edir.

– 30-40 dəqiqə ərzində cift aşağı enmirsə traksiya dayandırılır, uşaqlığın növbəti yığılması gözlənilir və traksiya təkrarlanır;

– cift doğulduqda iki əllə tutulur və fırladılır ki, döl qışaları cırılmasın (şəkil:16-8);

– doğulan cift müayinə olunur, qarının ön divarından uşaqlığın xarici massaj aparılır.



Şəkil:16-10. Qarın aortasının sıxılması

Uşaqlığın xarici massajı qarının ön divarından aparılır: əl uşaqlığın dibinə qoyulur və yüngül dairəvi hərəkətlərlə massaj edilir (kəskin hərəkətlərlə məqsədə çatmaq olmaz). Massajın təsirində uşaqlıq yığılır və konsistensiyası bərkiyir. Uşaqlıqdan qan laxtaları xaric olur. Uşaqlıq yığılana qədər xarici massaj davam etdirilir: uşaq doğulduqdan sonrakı ilk saatda hər 15 dəq-dən bir; 2-ci saatda 30 dəq-dən bir; ilk sutka ərzində hər 4 saatdan bir.

Erkən zahılıq qanaxmalarının müalicəsi 5 mərhələdə aparılır.

I mərhələ – ilk yardım zamanı bir venaya infuzion terapiya:500 ml kristalloid məhlul +20 v oksitosin damcı üsusu ilə 60 dam/dəq sürəti ilə vurulur; digər venadan qan qrupu, Rh, Hb, Ht və Li-Uayt üsulu ilə laxtalanma müddətini təyin etmək üçün qan götürülür. Sidik kisəsi kateter ilə boşaldılır və qadın isidilir (adyalla örtülür).

II mərhələ – etiotrop müalicə 4“T” etioloji səbəblər nəzərə alınmaqla aparılır. Uşaqlıq ato-

niyasının müalicəsində uterotoniklərdən Oksitosin, Metilerqimetrimin və s. istifadə edilir.

“4” etioloji faktora görə erkən zahılıq qanaxmalarının müalicəsi.

Cədvəl: 16-1

“Tonus”	“Travma”	“Toxuma”	“Trombin”
Uşaqlığın xarici-daxili massajı. Uterotoniklərin vurulması. Uşaqlığın bimanual kompressiyası.	Güzgülərlə baxış, doğuş zamanı aşkar olunan cırıqların tikilməsi. 3 sm-dən böyük hematoma- maların drenajı. Çevrilmiş uşaqlığın yerinə salınması. Uşaqlığın cırılması zamanı lapototomiya.	Uşaqlıq boşluğunun əllə yoxlanması. Ləngimiş cift və ya onun qalıqlarının əllə çıxarılması. Küretaj (istisna hallarda).	Qanın laxtalanma faktorlarının köçürülməsi. Təzə donor plazması. Trombosotların transfuziyası. VIIa rekombinat faktorları eptocoq-alfa (novoseven) protrombin kompleksin, konsentratı laxtalanma faktorları II, VII, IX, X protein C və S (oktopleks)

Planlı Kesar əməliyyatları zamanı oksitosinin fasiləsiz transfuziyası əvəzinə 100 mq Carbtosin bir dəqiqə ərzində bolyus (şırıncı) üsulu ilə yeritdikdə uterotoniklərə ehtiyac qalmır. Kesar əməliyyatlarından sonra atonik qanaxmaların qarşısını almaq üçün Bakri balonu ilə tamponadadan istifadə olunur. Uşaqlıqda aparılmış kəsikdən uşaqlıq boşluğuna xüsusi balon salınır. Balonun borusu uşaqlıq yolundan xaricə çıxarılır. Bundan sonra histeroektopik kəsik tikilir. Boru vasitəsi ilə balon, uşaqlıq divarına toxunana qədər maye ilə doldurulur. Sonra qarın divarı tikilir. Balon uşaqlıq boşluğunda 2-3 saat saxlanılır, sonra boşaldılır və yenə 2-3 saat uşaqlıqda saxlanılır. Bu, atonik qanaxmaların, hematometranın, zahılıq endometritinin, peritonitin, sepsisin qarşısını alır.



Şəkil:16-11.Uşaqlığın bimanual kompressiyası

III mərhələ – intensiv terapiya: qadının vəziyyəti qiymətləndirilir. A/T-i, nəbzi, tənəffüs tezliyi, diurezi, huşu daimi monitoring olunur; daimi 3:1 nisbətində kristalloidlərin transfuziyası aparılır; maska vasitəsi ilə oksigen verilir; qan və qan əvəzedicilər vurulur. Qan və qan əvəzedicilər vurmaq üçün qadının qan itkisini hasablamaq lazımdır. Bu məqsədlə aşağıdakı düsturdan istifadə olunur.

DQH (dövr edən qanın həcmi) = bədən çəkisi x 70.

Bu düsturla qadının bədənində dövr edən qanın həcmi tapılır. Alınan rəqəmdən itirilən qanın miqdarı çıxılır. Hamilə qadının bədənində 30% artıq qan olmalıdır. O, da nəzərə alındıqdan sonra qadına vurulacaq qanın həcmi hesablanır.

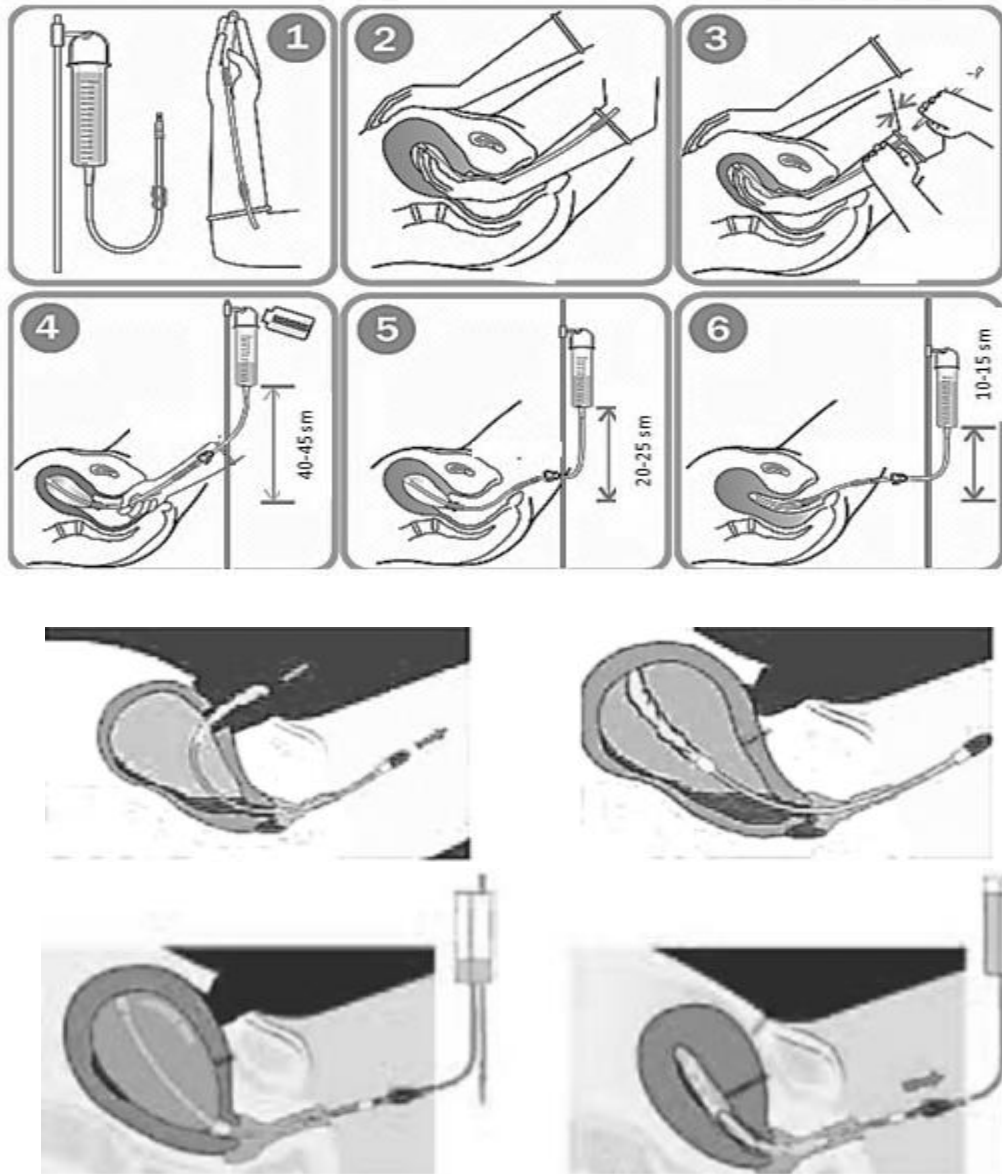
IV mərhələ – əməliyyat önü tədbirlər. Bu tədbirlərə qarın aortasının sıxılması, uşaqlığın bimanual kompressiya, uşaqlığın tomonadadı aiddir.

Qarın aortasının sıxılması. Erkən zahılıq dövründə qarın aortasının pulsasiyasını təyin etmək olur. Bu göbəyin bilavasitə üstündə, nisbətən sol tərəfdə olur. Bu nöqtədən qarın aortası aşağı doğru sıxılır. Digər əllə bud arteriyası palpasiya olunur. Əgər pulsasiya yoxdursa əməliyyat düzgün aparılır (və əksinə) Qanaxma dayanana qədər sıxılma davam etdirilməlidir (şəkil:16-10).

Uşaqlığın bimanual kompressiyası. Steril əlcək geyilmiş əl uşaqlıq yolunun ön tağında yerləşdirilir və uşaqlığın ön divarını sıxır. Digər (xaricdəki) əl uşaqlığın arxa divarında yerləşdirilir. İki

əl arasında uşaqlıq sıxılır. Bu qanaxma dayanana qədər davam etdirilir (şəkil:16-11)

Uşaqlığın tamponadası. Bu xüsusi Jukovski balonları vasitəsi ilə edilir. Konus şəklində bükülmüş balon əl ilə uşaqlıq boşluğuna salınır. Xaricdə yüksəkdən asılmış rezervuardan balona fizioloji məhlul vurulur (300-500 ml). Balonun divarları uşaqlığın divarlarına söykənərək qan damarlarının mənfəzini sıxır, qanaxmanın dayanmasına və uşaqlığın yığılmasına səbəb olur. Uşaqlıq yığıldıqca balondakı maye geri qayıtmağa başlayır. Balon uşaqlıq boşluğunda 12-24 saat saxlanılır (şəkil:16-12).



Şəkil:16-12. Jukovski balonları ilə tamponada: vaginal doğuşda (yuxarıda);
Kesar əməliyyatından sonra (aşağıda)

V mərhələ – cərrahi hemostaz.

1. Uşaqlıq arteriyalarının bilateral bağlanması: uşaqlıq arteriyalarının qalxan şaxələri və yumurtalıq arteriyaları bağlanır.
2. Bi-Linc üsulu ilə uşaqlığa cərrahi kompression tikişlərin qoyulması.
3. Daxili qalça arteriyasının bağlanması
4. Total və ya subtotal histeroektomiya. Uşaqlıq boynu zədələndikdə uşaqlığın amputasiyası aparılır.

§ 5. Gecikmiş zahılıq qanaxmaları

Doğuşdan bir sutka sonrakı 6 həftə müddətində baş verən qanaxmalar **gecikmiş zahılıq qanaxmaları** adlanır. Belə qanaxmalar ən çox 5-15-ci günlərdə rast gəlinir.

Gecikmiş zahılıq qanaxmalarının əsas səbəbləri uşaqlığın subinvolyusiyası, uşaqlıq boşluğunda cift və döş qışası hissələrinin qalması, zahılıq endometriti, doğum yolu travmaları ilə endometriumun funksiya pozğunluqları və s.–dir.

Hər 1000 doğan qadının 5-də küretaj aparılır. Bunların təxminən yarısında küretaj, uşaqlıqda cift hissəsi qalması nəticəsində yaranan plasental poliplər səbəbindəndir.

Bəzən zahılıq dövrünün sonuna yaxın şiddətli qanaxma müşahidə edilir. Bunun səbəbi ovulyasiyanın olmaması və estragenlərin çoxluğudur. Bu qanaxmalar disfunksional (anovulyator) uşaqlıq qanaxmaları adlanır.

Qanaxma uşaqlıqda cift tikəsi qalması hesabına baş verirsə, təcrübəli həkim tərəfindən uşaqlıq küretaj olunmalıdır.

İnfeksiya olduğu halda əsas diqqət zahılıq infeksiyalarının müalicəsinə yönəlir. Əsas xəstəliyin sağlması qanaxmanın dayanmasına səbəb olacaq.

§ 6. Doğumda şok

Bir çox hallarda doğuş zamanı şok əmələ gəlir. Şok termini 1737-ci ildə fransız alımı Le Dran tərəfindən irəli sürülüb, „sarsılmaq” və „zərbə” mənasını verir. Müxtəlif endogen və ekzogen ekstremal faktorların təsirindən orqanizmin mühüm həyatı əhəmiyyətə malik orqanlarının funksiyasının qəflətən, progressiv surətdə kəskin enməsinə **şok deyilir**. Bu faktorlara ağrı, kəskin qanıtırmə, toksiki maddələr və s. aiddir. Şoka səbəb olan faktorlar 50-yə qədərdir. Şok ölümə həyat arasındakı vəziyyətdir. Şok zamanı mərkəzi və vegetativ sinir sisteminin, qan dövrünün, tənəffüs, immun və endokrin sistemlərin, maddələr mübadiləsinin qara ciyər və böyrəklərin fəaliyyəti dinamik olaraq enir. Şok statik deyil, dinamik prosesdir.

Şok zamanı ürək döyüntüləri kəskin artır, toxumaların qanla təchizatı azalır və metabolik proseslər baş verir. Hamiləlik zamanı bir çox orqan və sistemlərdə baş verən dəyişikliklər şoka meyillilik yaradır.

Doğuş zamanı aşağıdakı səbəblərdən şok meydana çıxır.

1. Posthemorragik şok:

a) Hamiləlik zamanı: düşük; uşaqlıqdan kənar hamiləlik; cift gəlişləri; vaxtından əvvəl cift ayrılması;

b) Doğum zamanı: cift gəlişləri; vaxtından əvvəl cift ayrılması; uşaqlığın cırılması;

c) Son dövründə: doğum kanalının yumşaq toxumalarının cırıqları; cift ayrılması; cift hissəsinin uşaqlıqda ləngiməsi; uşaqlığın atoniyası; koagulopatiyalar.

2. Vazomotor şok: uzanmış doğuş prosesi; narkoz və dərman endotoksik şoku; damardaxili laxtalanma; peritoneal şok; intraperitoneal qanaxma; uşaqlığın cırılması; uşaqlığın çevrilməsi; appendiksin perforasiyası; yumurtalıq şişlərinin ayaqcığının burulması və s.

3. Kardiogen şok: miokard infarktı; ürək çatışmazlığı; ağ ciyər emboliyası; amnion və ya su emboliyası.

Bu səbəblər birlikdə müşahidə olunub bir-birinin gücünü artırabilir.

Doğumda ən çox rast gəlinən **hemorragik şokdur**. Hemorragik şok, kəskin qanıtırmə nəticəsində yaranan orqanizmin kritik vəziyyətidir. Bu zaman qanın makro və mikrosirkulyasiyası pozulur və poliorqan, polisistem pozğunluqlar əmələ gəlir. Mamalıq təcrübəsində hemorragik şok hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə baş verə bilər. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində baş verən dəyişikliklər onu doğum zamanı baş verə biləcək qanaxmalara hazırlayır. Bəzi hamiləlik ağırlaşmaları hipovolemiya və hipotoniya gətirib çıxarır. Bu ağırlaşmaları törədən faktorlar birincili (anemiya,

ürək-damar xəstəlikləri, çoxdöllülük və çoxmayelilik); ikincili (diuretik, qanqlioblatatorlar, hipotenziv maddələr qəbulundan sonra) ola bilər. Bundan başqa itirilən qan vaxtında və tam bərpa olunmadıqda, hemostaz düzgün korreksiya olunmadıqda (çoxlu antikoagulantların, ağrıkəsicilərin veilməsi) hemorragik şok əmələ gələ bilər.

İtirilən qanın həcminə görə hemorragik şokun 4 dərəcəsi ayırd edilir.

I dərəcə – itirilən qanın həcmi ümumi qanın 15%-ni təşkil edir, ancaq taxikardiya ilə müşayiət olunur.

II dərəcə – itirilən qanın həcmi ümumi qanın 25%-ni təşkil edir, taxikardiya ilə yanaşı ortostatik hipotoniya da müşahidə edilir.

III dərəcəli – itirilən qanın həcmi ümumi qanın 30-35%-i təşkil edir. Ürək döyüntülərinin tezliyi artır, arterial hipotoniya və oliqouriya müşahidə edilir.

IV dərəcə – itirilən qanın həcmi 40-45%–dir. Yuxarıda sayılan simptomlarla yanaşı kollaps (kəskin hipotenziya, huşun itməsi) da müşahidə olunur. Həyat üçün təhlükəlidir.

Patogenez. Hemorragik şok makro və mikrosirkulyasiya, metabolik və koagulopatik pozğunluqlarla xarakterikdir. Nəticədə şok zamanı orqanların ümumi hipoksiyası, poliorqan və polisistem pozğunluqları baş verir. Hemorragik şok zamanı böyrəklərin də sirkulyasiyası kəskin azalır. Onun funksiyası pozulur. İfraz olunan sidiyin miqdarı azalır, beyin və qabıq maddələri arasında qan paylaşması pozulur. Arteriyaların, arteriolların spazmi baş verir. Bu vəziyyət saxlanılırsa, kəskin böyrək çatışmazlığı inkişaf edir.

Şok zamanı portal qan dövrənı azalır. Qara ciyərin metabolizmi və funksiyası kəskin pozulur. Orqanik dəyişikliklərlə qara ciyər çatışmazlığı inkişaf edir. Ağ ciyər qan dövrənı azalır. Ağ ciyərlərin oksigen udma qabiliyyəti azalır, hipoksiya inkişaf edir. Ağır ağ ciyər çatışmazlığı zamanı mərkəzi sianoz inkişaf edir. Belə halda xəstə arterial hipoksiyadan ölə bilər. Qan dövrənının mərkəzləşməsi hesabına beyin qan dövrənı uzun müddət kompensasiya olunur. Beyin qan dövrənı 25-30% azaldıqda belə beyin öz həyat qabiliyyətini saxlayır. Ürəyin dayanması nəticəsində baş verən beyin işemiyası çox təhlükəlidir. Ürəyin işinin 6 dəqiqədən çox dayanması və reanimasiya tədbirlərinin 15 dəqiqə müddətində effekt verməməsi beyinin ölümünə səbəb olur (P.L., Morino 1998). Ürək çatışmazlığı zamanı ürəyin hər vuruğu zamanı qovduğu qanın həcmi azalır. Ürək döyüntülərinin tezliyi artır. Taxikardiya vuruğu qanın həcmi kompensasiya edir (ürəyin dəqiqəlik qan həcmi hesabına). Sonradan ürəyin həm vuruğu, həm də dəqiqəlik həcmi azalır. Bu ürəyin kompensasiya vəziyyətindən dekompensasiya vəziyyətinə keçməsinə səbəb olur. Bu andan başlayaraq periferik damar müqaviməti progressiv olaraq artır və qanın dəqiqəlik həcmi daha da azalır.

Şok cift və uşaqlığa təsir edir. Şok zamanı ana orqanizmində mikrosirkulyasiyanın pozulması feto-plasental qan dövrənində dəyişikliklər əmələ gətirir, dölün hipoksiyası baş verir. Ciftin işemiyası uşaqlıq funksiyasının pozulmasına səbəb olur. “**Şok uşaqlığı**”nin əsas klinik simptomu, hətta uterotonik dərmanlardan (oksitosin, prostoglandinlər) istifadə etdikdə belə **yığılma aktivliyinin** olmamasıdır.

Klinik olaraq hemorragik şokun 3 stadiyaları ayırd edilir: kompensator; dekompensator geri dönən; dekompensator geridönməyən.

Kompensator hemorragik şok zamanı dəri və selikli qişaların, xüsusilə ətrafların avazıması və soyuması, dırnaq yataqlarında qan dövrəninin yavaşması, narahatlıq (şüur aydındırsa), oliqouriya müşahidə edilir. Arterial təzyiq azalır, ürək yığılmalarının tezliyi 100-120 vur/dəq olur, tənəffüs tezləşir. Bu şokun **I stadiyasıdır**. Qanıtırmə ümumi qanın 15-20%-ni (800-1200 ml) təşkil edir. Hemodinamik dəyişikliklər qanın azalmasını kompensasiya edir. Orqan və sistemlərdəki dəyişikliklər funksional xarakter daşıyır.

Dekompensator geri dönən hemorragik şok **II stadiyaya** uyğun gəlir və aşağıdakı əlamətlərlə xarakterikdir: nəbz 120 vur/dəq, sistolik A/T 120 mm C st.-dan aşağıdır; dəri örtüyünün kəskin avazıması, soyuması, sianoz, soyuq tər və kəskin oliqouriya. Qanıtırmə 25-40% (1200-2000 ml) olduqda şokun bu stadiyası baş verir. Hemodinamik dəyişikliklər ürəyin işini kompensasiya etmir, mikrosirkulyasiya pozulur.

Cədvəl:16-2

Ağırliq dərəcəsi	Sistolik A/T (mm C st)	Nəbzın sayı	Tənəffüsün sayı	Şok indeksi
I –yüngül	100-90	90-100	24-26	1-dən az
II – orta ağır	90-70	100-120	30-32	1
III- ağır	70-50	130-150	36-40	2 və çox
IV- terminal	50-dən az	sapvari	seyrək	təyin olunmur

Geri dönməyən hemorragik şok, **III stadiyaya** uyğun gəlir. Qan itkisi ümumi DQ 45-50%-ni (2000 ml-dən çox) təşkil edir. Şokun bu stadiyasında sistolik təzyiq 60 mm C st–a qədər enir və uzun müddət bu səviyyədə qalır, nəbz 140 vür/dəq-dir. Kəskin dispnoe müşahidə edilir. Mikro-sirkulyasiya kəskin pozulur, hipoksiya, toxumalarda, hüceyrələrdə, orqanlarda anatomik dəyişikliklər yaranan metabolik asidoz inkişaf edir.

Doğum zamanı baş verən şoklar arasında **vazomotor şok** ikinci yeri tutur. Hamiləlik zamanı damar divarlarının tonusunun azalması, damarlarda qan durğunluğuna səbəb olur. Bu da vazomotor şoka zəmin yaradır.

Peritonun kəskin qıcıalanması da şok yaradır.

Nadir hallarda doğuş zamanı kardiogen şok baş verir.

Şokun dərəcələrə bölünməsində əsas meyar sistolik A/T-in səviyyəsi, nəbzın və tənəffüsün sayı və şok indeksidir.

Nəbz sayının sistolik arterial təzyiqə nisbəti olan **Alqoverin Şok indeksi** normada 0,5-0,6-ya bərabərdir. Şok indeksi ilə itirilən qanın miqdarı da təyin edilir.

Müalicə. Hemorragik şokun müalicəsi zamanı məqsəd: mərkəzi venoz və arterial qan təzyiqini normallaşdırmaq; ürək döyüntülərinin azalmasına nail olmaq; toxumaların oksigenlə təminatını yaxşılaşdırmaq, diurezin artmasına (30 ml/saat) nail olmaqdır. İlk növbədə xəstə isidilməlidir. Terapiya üçün işlədilən bütün məhlullar isti olmalıdır.

Intensiv terapiya aşağıdakı kimi aparılır: qanaxmanın təcili dayandırılması; DQH-nin bərpa-sı; adekvat qaz mübadiləsinin təmini; poliorqan pozğunluqlarının müalicəsi; metabolik pozğunluqların aradan qaldırılması.

Qanaxma konservativ və ya cərrahi yolla dayandırılır. DQH-ni bərpa etmək üçün infuzion terapiya aparılır. Infuzion terapiya qan itirmənin dərəcəsi nəzərə alınmaqla manitor nəzarəti altında aparılır. Hemorragik şok zamanı DQH-nin defisiti aşağıdakı düsturla hesablanır:

Defisit = qanitirmə (%) x normal ümumi qanın miqdarı

Qanitirmə 20% olduqda hemotransfuziyaya ehtiyac yoxdur. Infuzion terapiyada aşağıdakılar nəzərə alınır:

- ürəyin qovduğu qanın həcmi tez bərpa etmək üçün kolloid məhlullardan istifadə olunur;
- plazma, insan albumininin 5%-li məhlulu yaxşı effekt verir;
- əvvəl kolloid məhlul, sonra kristalloid məhlul və göstəriş olduqda hemotransfuziya aparılır;
- kristalloid məhlulları təyin edərkən “**defisit x 3**” düsturundan istifadə olunur. Çünki, damar sistemində bu məhlulların yalnız 20-30% ləngiyir.

Adekvat qaz mübadiləsinin təmin etmək üçün həm oksigen vermək, həm də qanın oksigen daşıma qabiliyyətini bərpa etmək lazımdır. Oksigenin verilməsi müxtəlif sistemlərin köməyi ilə aparılır (sadə maska, burun kateteri, ASV aparatı və s.), qanın oksigen daşıma funksiyasını bərpa etmək üçün eritrositar kütlə yeridilir. Qanın laxtalanma sisteminin işi də korreksiya olunmalıdır. Bu məqsədlə təzə dondurulmuş plazma, Kriopresipitat, Trombo-konsentrat, antifibrinolitiklər–Traneksam, antitrombin konsentrat, rekombinat faktor VII_a və s. təyin edilir.

Hemorragik şokun urgentoterapiyasında kortikosteoroidlər (0,5-1,0qr prednizalon və ya ekvivalent dozada deksametozon), metabolik asidozu aradan qaldırmaq üçün 4%-li natrium bikarbonat, orqanizmin su-duz, turşu-qələvi müvazinətinin bərpası və s tədbirlər aparılır.

§ 7. Doğumda koagulopatiyalar

Uşaqlıq tam boşaldıqdan sonra, orada cift və ya döl qışası hissələri qalmadıqda və doğum kanalı travmaları inkar edildikdən sonra uşaqlıq qanaxması varsa, bu zaman koagulopatiyalardan şübhələnmək lazımdır.

Ən çox rast gələn koagulopatiya **YDL (yayılmış damardaxili laxtalanma)** sindromudur, geniş yayılmış hemostaz pozğunluğudur. Bu patologiya qana laxtalanma sisteminin çoxlu substantları və bioloji aktivatorları daxil olduğu zaman yaranır. Nəticədə mikrosirkulyator şəbəkədə çoxlu mikrotromblar və qan hüceyrələri aqreqatları olur. Orqan və sistemlərdə qanın mikrosirkulyasiyası pozulur. Fibrinolitik sistemin aktivləşməsi nəticəsində massiv hemorragiyalar əmələ gəlir. Sonradan laxtalanma sistemi tamamilə zəifləyir və güclü qanaxma başlayır. Belə qanaxma ilə mübarizə çətin olur.

YDL sindromu aşağıdakı hallarda baş verir: massiv qanaxmalarda; düşükdən sonra və zahılıq dövrünün müxtəlif infeksiyalarında (xüs. yayılmış septik şok); travmatik cərrahi əməliyyatlarda; cift gəlişlərində, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı; dölün bətdaxili ölümündə; ağır preeklamsiya və eklampsiyada; dölyanı maye emboliasında; massiv hemotransfuziyada, uyuşmayan qan transfuziyasında; uzun sürən hipoksiyada (o cümlədən ağ ciyərlərin süni tənəffüsü davamlı aparıldıqda); fibrinolitiklərdən (plazmin, streptokinaza), antikoagulantlardan (heparin) qanın laxtalanma qabiliyyətini artıran (trombin) maddələrdən və fibrinoliz inhibitorlarından (epsilon-aminokapron turşusu) düzgün istifadə etmədikdə.

Təsnifat. YDL sindromunun 4 dərəcəsi var.

I dərəcə – hiperkoagulyasiya;

II dərəcə – hipokoagulyasiya, fibrinolizin yayılmış aktivləşməsi ilə;

III dərəcə – hiperkoagulyasiya, fibrinolizin yayılmış aktivləşməsi;

IV dərəcə – qanın tam laxtalanması–afibrinohemiya.

YDL sindromunun kəskin və xroniki forması ayırd edilir. **Xroniki forma** ekstragenital xəstəlikləri olan xəstələrdə (ürək-damar xəstəlikləri, qlomerulonefrit, qan xəstəlikləri və s.) inkişaf edir. Ağır hipertenziv vəziyyətlərdə hamiləliyin sonunda I dərəcəli YDL sindromu olur. Doğuş zamanı az qanıtirma belə YDL sindromunun sonrakı stadiyalarının inkişafına səbəb olur

Kəskin YDL sindromu qanaxmalarda (hipotonik, dölyanı maye emboliası) inkişaf edir.

Klinika. YDL sindromunun hər stadiyasının xüsusi simptomları var. Əsas xəstəliyin simptomları ilə yanaşı hemostazın bütün bəndlərində ciddi pozğunluqlar müşahidə edilir. Bunlar trombozlar, hemorragiyalar, şok əlamətləri (hemorragik, septik və s.) poliorqan və metabolik pozğunluqlardır.

Uşaqlıqdan güclü qanaxma başlayır. Qanaxma əvvəl yumşaq laxtalarla olur, sonra duru qan gəlməyə başlayır. Müxtəlif yerlərdə, həmçinin inyeksiya yerində hematoma, petexial səpgilər müşahidə edilir. Kofə çöküntüsü kimi qusma, sidik yollarından qanaxma, müxtəlif orqanlara qansızma mümkündür.

Kəskin YDL sindromu zamanı **I stadiya** bir neçə dəqiqədən bir neçə günə qədər davam edir. Xroniki formada isə bir həftə davam edir. Qanın laxtalanma aktivliyinin artması və ya azalması, fibrinolitik və antikoagulant aktivliyin azalması xarakterikdir. Çox vaxt qanın analizində dəyişiklik olmur, bəzən qan götürülmüş sınaq şüşəsində qan laxtalanır. Poliorqan pozğunluqların ilk simptomları meydana çıxır. Bu stadiyada müxtəlif orqanların damarlarında tıxanmalar və toxuma pozğunluqları baş verir. Damar tutulan orqana uyğun simptomlar müşahidə edilir. Ürək və beyin damarlarının trombla tıxanması zamanı ani ölüm baş verə bilər.

II stadiya – keçid stadiyasıdır. Trombositlərin sayı və protrombin indeksi, laxtalanma sistemi faktorlarının aktivliyi azalır, antikoagulant aktivlik artır. Ümumi koagulyasiya sınaqlarında müxtəlif dəyişikliklər var. 1-2 dəqiqə davam edir.

III stadiya – dərin hiperkoagulyasiya dəyişiklikləri olur. Klinik olaraq müxtəlif hemorragiyalar, hipovolemiya, anemiya ilə özünü göstərir. Bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir.

IV stadiya – bərpa və nəticə (kompensasiya və dekompensasiya). Özünü poliorqan dəyişikliklərlə göstərir. Saatlarla, günlərlə, həftələrlə davam edə bilər. Bundan sonra orqanların mikrosirkulyasiyasının blokadası baş verir. Onlarda destruktiv dəyişikliklər yaranır, funksiyaları pozulur. Adətən ağ ciyər, ürək, böyrəklər, qara ciyər, beyin, mədə-bağırsaqlar zədələnir. Bu orqanlar “**hədəf**” orqanları və ya “**Şok orqanları**” adlanırlar.

Qanın laxtalanma xüsusiyyətlərinə görə YDL sindromunun stadiyaları.

Cədvəl: 16-3

Qanın laxtalanma vəziyyəti	YDL sindromunun stadiyaları
Uşaqlıqdan axan qan 8-10 dəqiqə müddətində laxtalanır: venoz qanın laxtalanması normaldır	Koaqulyasiya pozğunluqları yoxdur.
Uşaqlıqdan axan qan 3 dəq. və daha tez laxtalanır: venoz qanın laxtalanması normaldır.	YDL sindromunun I stadiyasına şübhə, xüsusilə mamalıq patolo-giyaları qalıb
Uşaqlıqdan axan qan laxtalanmır və ya gec laxtalanır: venoz qan vaxtında və ya gec laxtalanır	YDL sindromunun II stadiyasına keçid, lokal forma
Uşaqlıqdan gələn qan laxtalanmır: venoz qan laxtalanmır	YDL sindromunun III stadiyası, yayılmış forma
Uşaqlıqdan qanaxma yoxdur: venoz qan vaxtında laxtalanır: trombozların, emboliyaların, infarktların, beyin ödeminin, böyrək çatışmazlığının olması	YDL sindromunun IV stadiyası

Diaqnoz. YDL sindromunun və koagulopatik qanaxmaların diaqnozu, klinik əlamətlərə, qanın laxtalanma sisteminin göstəricilərinə, uşaqlıqdan axan qanın laxtalanma xüsusiyyətlərinə görə qoyulur.

Kəskin YDL sindromunun diaqnozu əsasən klinik əlamətlərə əsasən qoyulur (xüsusilə III stadiya). İxtisaslaşmış laboratoriyalarda təcili laborator müayinələr aparılmalıdır.

Müalicə. YDL sindromu individual müalicə olunur. Onun genezi, klinik simptomları, ağırlıq dərəcəsi, qanın laxtalanma sisteminin göstəriciləri nəzərə alınır. YDL sindromunun müalicəsinin əsas prinsipləri: bütün müalicəvi tədbirlərin təcili aparılması; onların kompleks şəkildə olması; təcili yardımda bütün medikamentlərin və cərrahi müdaxilələrin göstəriş və əks göstərişlərinin qiymətləndirilməsi; müalicə tədbirlərinin mama-ginekoloq, anestezioloq-reanimatoloq və hematoloqla birlikdə aparılması.

YDL sindromunun müalicəsi ümumi qəbul edilmiş patogenetik dərmanla–Heparinlə aparılır. Bundan başqa: etiotrop müalicə – YDL sindromu yaradan əsas xəstəliyin müalicəsi; poliorqan pozğunluqların korreksiyası və aradan qaldırılması; mikrosirkulyasiya və hemostaz pozğunluqların korreksiyası ilə koagulopatik pozğunluqların aradan qaldırılması (lazım gələrsə, cərrahi) aparılır.

Koagulopatiyalardan biri də **hiperfibrinoz**dur. Lokal fibrinoliz şəklində də ola bilər. Bunun yaranmasında əsas rolunu cift və desidual qişa oynayır. Ciftin ayrıldığı yerdə davamlı laxtalanma və laxtanın parçalanması prosesi gedir. Yayılmış fibrinoz, YDL sindromunun nəticəsi kimi də meydana çıxıb, güclü uşaqlıq qanaxmasına səbəb ola bilər.

Müalicəsində YDL sindromunun müalicəsindəki prinsiplərə əməl etməklə yanaşı antifibrinolitiklər: Trasilol, Kontrikal, Qordoks, Epsilon–aminokapron turşusu və s. təyin edilir.

§ 8. Dölyanı maye emboliası

Dölyanı maye emboliası, dölyanı mayenin qadının qan damarlarına daxil olmasıdır. Dölyanı mayenin tərkibində plazmada olan bütün komponentlər, mekonium, döl dərisinin epitel, pendirvari maddə hüceyrələri və s. vardır. Onun ana qanına keçməsi emboliya yaradır və qanın laxtalanma

prosesini pozur. Əksər hallarda dölyanı maye emboliyasından əvvəl şiddətli doğum fəaliyyəti olur. Bu da amnion boşluğunda təzyiqin artmasına səbəb olur.

Güman olunur ki, dölyanı maye emboliyası: çoxmayelilik, çoxdöllülük, vaxtından əvvəl cift ayrılması, güclü doğum fəaliyyəti, doğuşun stimulyasiyası, diskordinasiyalı doğum fəaliyyəti, Kesar əməliyyatı, dölyanı mayenin erkən axması dölnün bətn daxili ölümü, çoxsaylı doğuşlar, qadının yaşının 34-dən çox olması və s. səbəblərdən yaranır. Dölyanı maye emboliyası nəinki doğuş zamanı, doğuşdan sonra da inkişaf edə bilər. Kesar əməliyyatından 20 saat sonra dölyanı maye emboliyası halı məlumdur.

Dölyanı maye qadın qanına aşağıdakı yollarla düşür: transplasentar (ciftin defektindən); transservikal (uşaqlıq boynu damarlarının zədələri); xovlararası sahədən: normal halda ana qanına amniotik maye düşür. Embolianın baş verməsi üçün 2 şərt lazımdır.

1. Amniotik təzyiqin venoz təzyiqdən yüksək olması.

2. Uşaqlığın venoz damarlarının tamlığının pozulması.

Amniotik maye emboliyası əsasən 2 formada biruzə verir: kardiopulmonar şok; koaqulopatiyalar. Bu proseslər 2 fazada inkişaf edir.

I faza – şokun və ürək-ağ ciyər çatışmazlığının inkişafı.

II faza – massiv profuz qanaxmalarla xarakterizə olunur, hipofibrinogenemiya, trombositopeniya, patoloji fibrinoz və qanın laxtalanma amillərinin çatışmazlığı səbəbindən inkişaf edir.

Klinika. Dölyanı maye emboliyasının klinik şəkli onun qan damarlarına hansı sürətlə və nə miqdarda keçməsindən və qadın orqanizminin vəziyyətindən asılıdır.

Simptomlar doğuşun I, II dövrlərində və nadir hallarda doğuşdan sonra biruzə verir. Xəstəliyin I stadiyasında kəskin tutmalar fonunda ürək-damar çatışmazlığı inkişaf edir. Üzün və ətrafların sianozu, A/T-in enməsi, taxikardiya, nəbzin dolğunluğunun zəifləməsi, ölüm qorxusu müşahidə edilir. Tənəffüs səthidir, bəzən Çeyn-Stoks tiplidir. Döş arxasında, epigastral nahiyyədə, ayaqlarda, başda ağrılar olur. Xəstədə narahatlıq, boğulma, soyuq tər müşahidə edilir. Beyinin hipoksiyası nəticəsində tonik və klonik qıcolmalar, huşun itməsi və koma baş verir. Paralel olaraq ağ ciyərin ödəmi, inkişaf edir. Tənəffüs boğucu və küylü olur. Köpüklü bəlgəmli öskürək müşahidə edilir. Auskultasiyada yaş xırıltılar eşidilir.

Sağ mədəcik çatışmazlığı əmələ gəlir. Ürək sərhədləri sağa doğru genişlənir. Ağ ciyər arteriyası üzərində II tonun aksenti („bildirçin ritmi“) eşidilir. Ağ ciyər çatışmazlığı əmələ gəlir. Bir neçə dəqiqədən 2-3 saata qədər ölüm baş verir. Əgər qadın bu şok vəziyyətindən çıxıb bilirsə xəstəliyin II stadiyası inkişaf edir. Bu, kəskin YDL sindromu formasında massiv qanaxmalarla müşayiət olunur.

Dölyanı maye emboliyasının aşağıdakı formaları var: koloptoid; hemorragik; qıcolma tutmaları ilə; ödemli; ildırımvari (sürətli, bəd xassəli).

Diaqnoz. EKG-da (sinus və parksizmal taxikardiya), P və T dişciyinin voltajının azalması; rentgenoloji olaraq ağ ciyərlərin interstisial ödəmi, infarkt zonası aşkar olunur. Laborator müayinələrdə: qanın laxtalanma müddəti və koaquloqramması aparılmalıdır.

Müalicə aşağıdakı plan üzrə aparılır: damar spazmının aradan qaldırılması: spazmolitiklər və hipertenziv dərmanlar; ağciyər ödəmi ilə mübarizə; oksigenoterapiya; patoloji kardiopulmonar simptomların aradan qaldırılması; mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması, detoksikasiya; təzyiqin normallaşdırılması; şokla mübarizə; qanıtirmə və qanın laxtalanmasının tənzimlənməsi.

§ 9. Mamalıq qanaxmalarının profilaktikası

Hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə uşaqlıq qanaxmalarının qarşısını almaq üçün aparılan profilaktik tədbirlər perinatal və ana ölümünün həmçinin gələcəkdə baş verə biləcək ağırlaşmaların qarşısını alır. Mamalıq qanaxmalarının profilaktikası antenatal dövrdən, gələcək ananın orqanları formalaşmağa başladığı vaxtlarda başlanmalıdır.

Hamiləlikdən əvvəl genital orqanların iltihabi xəstəliklərinin, menstrual tsikl pozğunluqları-

nın, sonsuzluğun qarşısını almaq, varsa tam, vaxtında müalicəsini təşkil etmək lazımdır. Hamiləlik, doğuş və zahılıq zamanı baş verə biləcək qanaxmaların qarşısını almaq üçün qadınlar risk qruplarına ayrılır, onların vaxtaşırı müayinə və müalicəsi aparılır.

Aşağıdakı xəstəlikləri olan qadınlar risk qruplarına daxil edilir:

- böyrəklərin, qara ciyərin, endokrin vəzilərin, ürək-damar sisteminin, (A/T, hipotoniya, ürək qüsurları) xəstəlikləri, həmçinin qanyaradıcı orqanların və piy mübadiləsinin pozğunluqları olanlar;

- anamnezində istənilən etiologiyalı sonsuzluq, yumurtalıq hipofunksiyası, ümumi və genital infantilizm əlamətləri, menstrual tsikl pozğunluqları, düşüklər, fəsadlı doğuşlar, qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri olanlar;

- hamiləlik zamanı kəskin və xroniki infeksiyaları, parazitar və allergik xəstəlikləri, uşaqlığın mioması, dar çanağı, çoxdöllü hamiləliyi, nəhəng döllü hamiləliyi, dölün düzgün olmayan vəziyyəti, hipertenziv vəziyyətləri, anemiyası, vaxtı ötmüş hamiləliyi (gecikmiş doğuş) olanlar.

Mamalıq qanaxmaları üzrə risk qrupuna daxil olan hamilə qadınların vaxtında aşkarlanması, onlardakı patologiyanın ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi və bunun əsasında vaxtında, doğuşun aparılma taktikasının seçilməsi ana və perinatal ölüm və xəstələnmə hallarının səviyyəsinin azlmasına imkan yaradır. Risk qrupuna daxil olan hamilələr doğuşdan 2-3 həftə tez hospitallaşdırılmalı, müayinə və lazımı müalicə almalı, doğuşa yardım taktikası müəyyənləşməlidir.

Doğuşdan əvvəlki hazırlıq dövründə qlükoza-vitamin-hormon-kalsium kompleksi, spazmolitiklər, ATF, B qrupu vitaminləri (B₁, B₂, B₆,) təyin edilir.

Qanaxmanın profilaktikasında doğuşun rəşional idarə olunmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Doğum zamanı doğuş prosesi, doğum fəaliyyətinin xarakteri, dölün bətdaxili vəziyyəti nəzarət olunmalıdır. Vaxtında, tam medikamentoz istirahət (ATF, spazmolitiklər, qlükoza ilə qalaskorbin və başqa vitaminlərlə) vaxtında və adekvat ağrısızlaşdırma vacibdir. Doğuşu çağırarkən və ya doğum fəaliyyətini stimula edərkən müalicə müasir adekvat dərmanlarla (oksitosin, prostoqlandinlər) başlanmalıdır. Son dövrünü idarə edərkən sidik kisəsinin boş olmasına, ciftin ayrılma əlamətlərinə ciddi diqqət etmək lazımdır. Son dövrü ehtiyatla idarə olunmalı, itirilən qanın miqdarı dəqiq təyin edilməlidir.

XVII FƏSİL

MAMALIQ TRAVMATİZMİ

Doğuş zamanı ana və dölün aldığı travmalar **mamalıq travmaları** adlanır. Doğum yollarının travmaları **ananın travmalarıdır**. Bu travmalar vulvadan uşaqlıq dibinə qədər istənilən yerdə baş verib, müxtəlif xarakterli ola bilər (kiçik zədədən ölümcül uşaqlıq cırılmasına qədər)

Doğuş zamanı dölün orqan və toxumalarının zədələri, **dölün travmalarıdır**. Bunlara yumşaq toxumalar və sümüklərin zədələnmələri (kefalohematoma, döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin travması, körpücük sümüyünün sınığı, üz sinirinin parezi, çiyin kələfinin zədələnmələri və s.) aiddir. Mərkəzi sinir sistemi zədələri də (beyindəxili doğuş travması, onurğa beyninin doğuş travması) döl travmalarına aiddir.

§ 1. Vulva və uşaqlıq yolu travmaları

Vulva və uşaqlıq yolu cırıqları. Doğuş zamanı vulvanın cırıqları nadir hallarda baş verir. Cırıqlar çox vaxt dəhlizdə uretranın yanlarında klitora yaxın yerdə lokalizasiya olunur. Mağaralı cismə yaxın olduğu üçün belə hallarda güclü qanaxmalar olur. Kiçik cinsiyyət dodaqlarının cırıqları daha təklükəsiz hesab edilir.

Uşaqlıq yolu cırıqları onun divarları kifayət qədər gərilmədiyi zaman (infantilizm, doğuş zamanı operativ müdaxilələrdə – maşalar qoyulduqda, başın açılış gəlişlərində, döl nəhəng olduqda) baş verir.

İlk doğanlarda təkrar doğanlara nisbətən travmalar daha çox rast gəlinir. Uşaqlıq yolunun zədələnməsi bütün hissələrdə: aşağı, orta, yuxarı mümkündür. Cırıqlar adətən onun aşağı 1/3 hissəsində baş verir. Uşaqlıq yolu çox vaxt uzununa cırılır və zədə bəzən paravaginal toxumanın dərinliyinə kimi uzanır. Uşaqlıq yolunun yuxarı hissəsinin cırıqları uşaqlıq boynu cırıqlarının davamı olur.

Yara güzgülərlə və ya sol əlin şəhadət və orta barmaqları arasında görmə sahəsinə gətirilir. Yaraya barmaqların arasından tikiş qoyulur. İlk tikiş yaranın yuxarı bucağından 0,5-1 sm yuxarıdan qoyulur, sonrakı tikişlər aralarında 1 sm məsafə qoymaqla fasiləli ketquqla qoyulur. Yara tikildikcə barmaqlar aşağı sürüşdürülür. Qanaxma və hematoma əmələ gəlməsinə deyərək tikişlər yara dibini əhatə etməlidir. Uşaqlıq yolunun arxa divarına tikiş qoyarkən düz bağırsağı, ön divarına tikiş qoyarkən uretrani tikmək qorxusu var. Bunun üçün çox ehtiyatlı olmaq lazımdır.

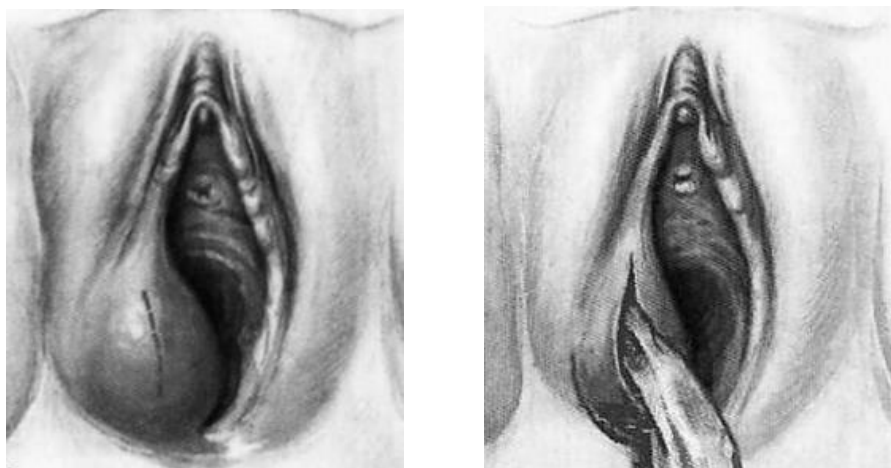
Klitorun tikilməsi zamanı uretraya kateter salmaq məsləhətdir.

Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun hematoması. Xarici cinsiyyət üzvlərinin və uşaqlıq yolunun hematoması doğuşdan sonra, bəzən isə hamiləlik və zəhiliq zamanı əmələ gəlir (şəkil:17-1). Qanın laxtalanmasının zəifləməsi, hipovitaminoz köməkçi faktor rolunu oynayır. Qovulma dövrünün uzanması, sürətli doğuş və mamalıq maşalarından istifadə edilməsi bilavasitə hematomaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu zaman qan damarlarının tamlığı pozulur. Xarici cinsiyyət orqanlarının dərisi, uşaqlıq yolunun selikli qişası altına qansızma olur. Dəri və selikli qişa gərginləşir çox vaxt hematoma bir cinsiyyət dodağında olur.

Vulvanın hematoması zamanı böyük və kiçik cinsiyyət dodaqları ödemləşir, gərginləşir gö-

yümtül rəngdə olur. Çox vaxt hematoma uşaqlıq yolunun aşağı hissəsində əmələ gəlir. Uşaqlıq yolunun yuxarı hissəsinin hematoması enli bağın hematomasının davamı olur.

Kiçik hematomaların müalicəsi səbrlə konservativ aparılır. Bu məqsədlə etamzillat-natrium, vikasol, kalsium preparatları, askorbin turşusu təyin edilir. İlk günlər hematoma nahiyyəsinə buz qovduğu sonradan ehtiyatla isti kompresslər qoyulur. Sürətlə böyüyən hematomalar operativ yolla müalicə olunur. Bu zaman hematoma üzərində kəsik aparılır, hematoma möhtəviyyatı (qan) boşaldılır. Hematoma yaradan qırılmış qan damarı bağlanılır. Qanaxma dayandıqdan sonra aparılmış kəsik tikilir.



Şəkil: 17-1. Vulvanın hematoması, onun açılması

§ 2. Aralığın travmaları

Qovulma dövründə uşaqlıq yolu, vulva kimi aralıq da güclü gərilir. Ona görə aralıq cırıqları daha çox rast gəlinir. Süni və özbaşına aralıq cırıqları ayırd edilir. Aralığın süni cırıqlarına perineotomiya və epiziotomiya aiddir. Bu zaman cırılma uşaqlıq yolunun selikli qişasından başlayır, əzələ və dəriyə keçir.

Aralığın özbaşına cırılmasına aşağıdakı faktorlar şərait yaradır: toxuma elastikliyinin itməsi rigidliyi (yaşlı ilkdoğarlarda, hündür aralıqda, əvvəlki doğuşlardan sonra qalan çapıqlarda və s.); başın əlverişsiz ölçü ilə cinsiyyət yarığını yarması (həddindən artıq böyük döş başı, başın açılış gəlişləri); operativ doğuşlar (maşa qoyulması); dar çanaq, xüsusilə yastı raxitik dar çanaq (sürətli yarıqla) və infantil çanaq (dar çanaq qövsü); doğuşun qeyri-düzgün idarə olunması (başın vaxtından əvvəl açılması və sürətlə yarıqlması).

Aralığın cırılması qəflətən baş vermir, əvvəlcə aralığın cırılma təhlükəsinə işarə edən əlamətlər meydana çıxır. Başın təzyiqi artdıqca aralıq gümbəzvari qabarıq, ödemləşir və sianozlaşır. Sonradan aralığın dərisi solğunlaşır və parıltılı olur, üzərində çatlar əmələ gəlir. Aralığın cırılması təhlükəsi yaranan kimi perineotomiya aparmaq lazımdır. Tikiş qoyulduqdan sonra kəsilmiş yaranın hamar kənarları, cırılmış yaranın kələ-kötür kənarlarına nisbətən daha tez sağalır və sağalmadan sonra daha zərif çapıq toxuması yaranır.

Aralıq cırıqlarının 3 dərəcəsi (bəzi ölkələrdə 4 dərəcə) ayırd edilir;

I dərəcə – uşaqlıq yolunun arxa bitişməsinin və aralıq dərisinin 2 sm-dən az cırılması. Aralıq əzələləri zədələnmir.

II dərəcə – aralığın dərisi, əzələləri zədələnmir. Cırıq uşaqlıq yolunun arxa divarında davam edir. Anal dəlik və düz bağırsaq zədələnmir.

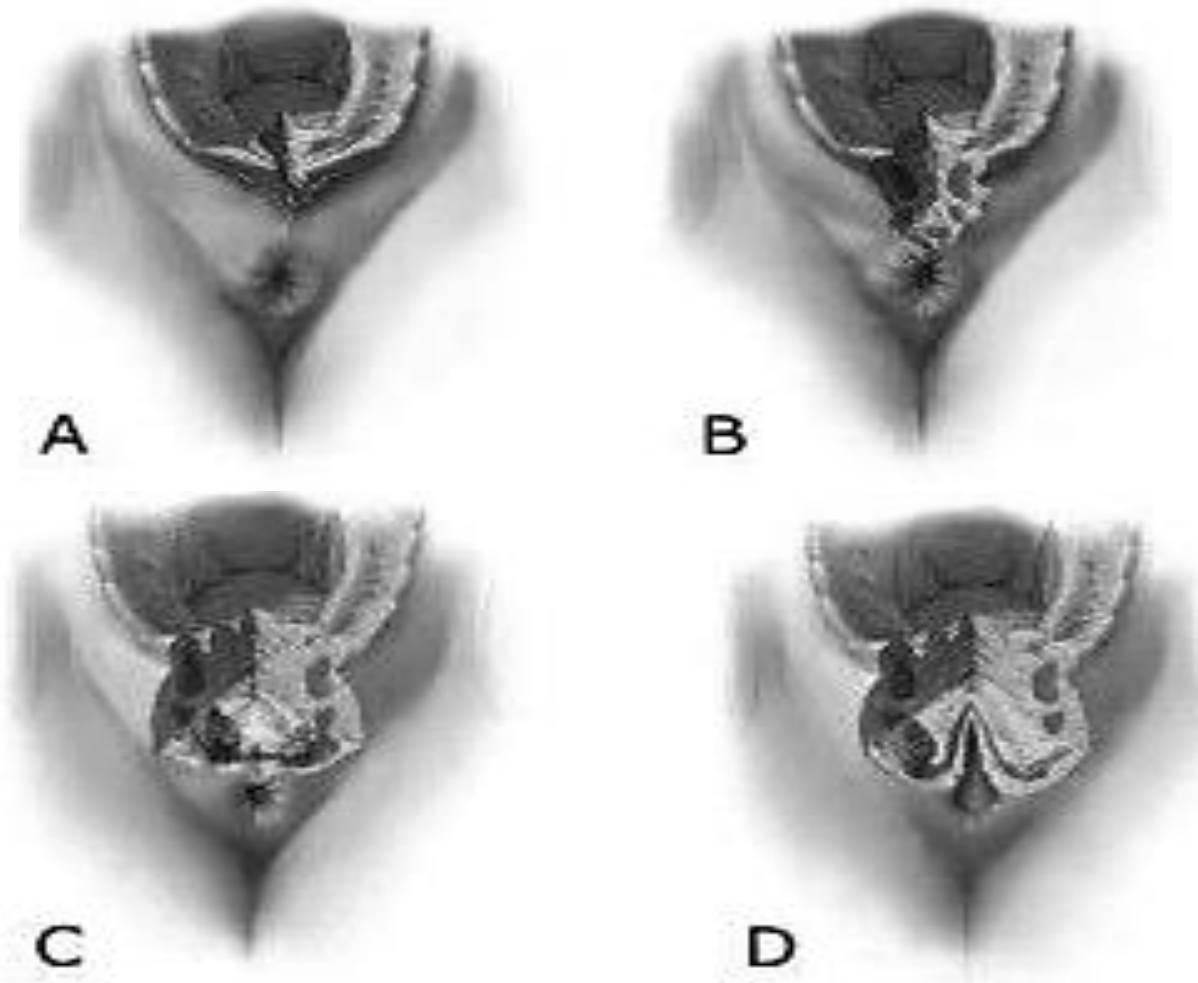
III dərəcə – aralığın və uşaqlıq yolunun arxa divarının toxumalarından (dəri, əzələ) başqa düz

bağırsaq və anal sfinkter da cırılır.

I və II dərəcəli cırıqlar **natamam**, III dərəcəli cırıqlar **tam** cırıqlar adlanır (şəkil:17-2).

Bəzən aralıq cırıqlarının nadir formaları rast gəlinir. Buna **mərkəzi aralıq cırığı** aiddir. Belə halda uşaqlıq yolunun arxa bitişməsi tam qaldığı halda aralığın mərkəzi cırılır. Döl cinsiyyət yarığından deyil, aralığın mərkəzində cırılma nəticəsində yaranmış dəlikdən doğulur.

Aralıq cırıqları patogen mikroblar üçün giriş qapısı ola bilər. Ona görə aralıq cırıqları aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi əməl olunmaqla qat-qat tikilməli, aralığın tamlığı bərpa olunmalıdır. Tikilməmiş və ya düzgün tikilməmiş aralıq cırıqları gələcəkdə uşaqlıq və uşaqlıq yolunun enməsinə şərait yaradır. Anal dəlik və düz bağırsaq bərpa olunmazsa, spontan qaz və nəcis ifraz olur.



Şəkil: 17-2. A) I dərəcəli; B və C II dərəcəli; D) III dərəcəli

Aralığın tikilməsi cift doğulduqdan sonra aparılmalıdır (cift əl yardımı ilə çıxarıla bilər).

Aralığa tikiş qoyarkən aralıq cırıqlarının dərəcəsi nəzərə alınır: I və II dərəcəli aralıq cırıqları zamanı tikiş doğum zamanı, III dərəcəli aralıq cırıqları zamanı narkoz altında əməliyyat otağında qoyulur.

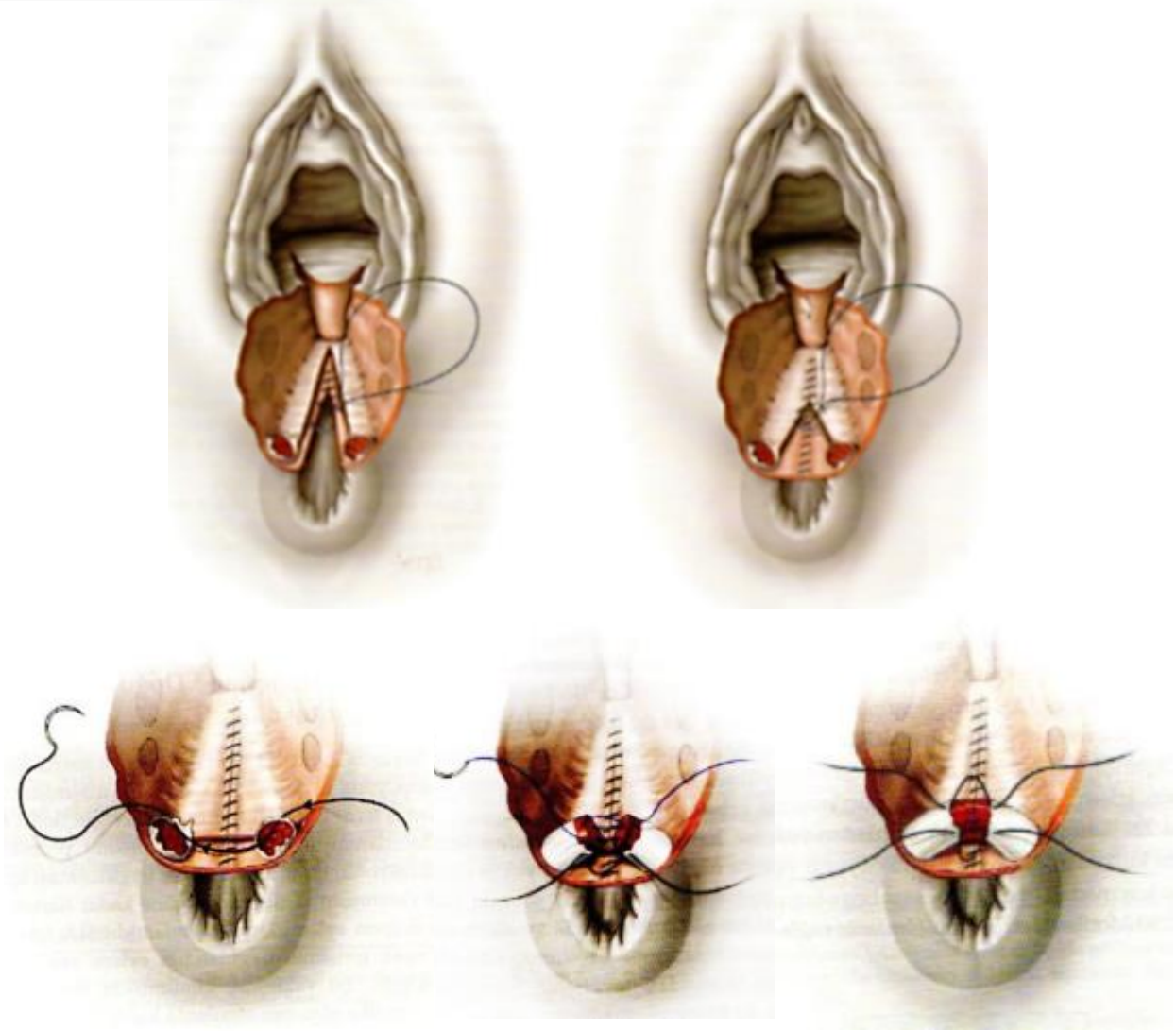
I və II dərəcəli aralıq cırıqlarında uşaqlıq yolu və yaranın yuxarı bucağı açılır. Yuxarı bucaqdan başlayaraq (bucaqdan 1 sm yuxarı) fasiləsiz ketqut tikişləri qoyulur (əzələ-əzələ). Aradan bir fasiləsiz tikiş dayandırılır. Fasiləli (düyünlü) əzələ-əzələ bərkidici tikişlər qoyulur. Sonra uşaqlıq yolunun arxa divarı arxa bitişməyə qədər tikilir. Bundan sonra dəriyə ipək sapla tikiş qoyulur.

Aralığın III dərəcəli cırıqlarının tikilməsi 3 mərhələdə aparılır:

– I mərhələdə düz bağırsağın cırılmış divarı lavsan, ipək və ya ketqut sapla, selikli qışadan başqa bütün qışalar bərpa olunmaqla tikilir. Tikişlər fasiləsiz qoyulur, düyünlər yara tərəfdən bağlanır.

– II mərhələdə xarici sfinkter bərpa olunur. Xüsusi, fasiləli, qat-qat, dairəvi tikişlə (torba ağzı kimi) anal dəlik bərpa olunur.

– III mərhələdə uşaqlıq yolu divarı və aralıq bərpa olunur. Bu mərhələdə personalın xalası, əlcəkləri dəyişdirilir, başqa alətlərlə əməliyyat davam etdirilir. Uşaqlıq yolunun arxa divarındakı yaranın yuxarı bucağından 1 sm yuxarı ilk tikiş qoymaqla fasiləsiz ketqut tikişləri qoyulur, vulvar həlqə, levatorların ayaqcıqları bərpa olunur. Aralığın toxumaları II dərəcəli cırıqlarda olduğu kimi bərpa edilir (şəkil: 17-3).



Şəkil: 17-3. III dərəcəli aralıq cırıqlarının tikilməsi

Aralığın cırıqları tikildikdən sonra zahıya ayağa durmağa icazə verilir. 2-3 həftə oturmağa, (xüsusilə yumşaq yerdə) icazə verilmir.

Qoyulmuş tikişlər təmiz saxlanılmalıdır. Tikiş yerləri yuyulmur, xüsusi steril tamponlarla qurudulur, yod və ya kalium permanqanat məhlulu ilə işlənir, streptosid tozu səpilir. Hər sidik və nəcis ifrazından sonra xarici cinsiyyət orqanları və tikişlər əlavə təmizlənməlidir. Tikiş yerlərinin civə-kvars lampaları ilə şualandırılması yaxşı effekt verir.

Defekasiyanı ləngitmək üçün 3-5 sutka duru yeməklər verilir. 5 gün ərzində yalnız şirələr, bulyonlar və çay verilir. III dərəcəli cırıqlarda imalə etmək olmaz. Tikişlər bağırsaqlar təmizləndikdən sonra sökülür.

§ 3. Uşaqlıq boynunun travmaları

Uşaqlıq boynu cırıqları. Doğuşun I dövründə uşaqlıq boynu hamarlaşır. Onun kənarları sirkulyar gərilir və nazıqlaşır. Bununla əlaqədar çox vaxt dəliyin kənarlarında dərin olmayan çatlar əmələ gəlir. Bu zaman güclü qanaxma olmur və ya qanaxma müşahidə olunmur. Bu kiçik cırıqlar 1 sm-dən böyük olmur və servikal dəliyin silikli qışasını əhatə edir. Əzələ qatına keçmir. Uşaqlığın yığılması ilə yaralar özbaşına sağalır (bitişir) və servikal dəliyin formasının dəyişməsinə səbəb olur. Servikal kanalın xarici dəliyinə köndələn yarıq görkəmi verir (doğmayanlarda bu dəlik dairəvidir).

Doğuş zamanı, xüsusilə patoloji doğuşlarda, çox vaxt qanaxma ilə müşayiət olunan uşaqlıq boynunun cırıqları əmələ gəlir. (şəkil:17-4). Uşaqlıq boynunun **özbaşına (spontan) və zorakı cırıqları** ayırd edilir.

Özbaşına cırıqlar aşağıdakı səbəblərdən baş verir:

- patoloji doğuşlar – sürətli, diskoordinasiyalı doğuş fəaliyyəti;
- servikal dəliyin kənarlarının çox gərilməsi – iri döl, başın açılış gəlişləri;
- uşaqlıq boynunun rigidliyi;
- yaşlı ilk doğanlar və s.;
- uşaqlıq boynunun patologiyaları-errosiya, servisit;

– dar çanaqlarda uşaqlıq boynunun döl başı ilə uzun müddət sıxılması (qidalanmanı pozur).

Uşaqlıq boynunun zorakı cırıqları operativ doğuşlarda əmələ gəlir (maşaların qoyulması, dölün daxili döndərilməsi, döl pozucu əməliyyatlar və s.)

Uşaqlıq boynu cırıqlarının təsnifatı:

I dərəcəli – uşaqlıq boynu cırıqları (bir və ya iki tərəfli) 2 sm-dən çox deyil.

II dərəcəli – uşaqlıq boynu cırıqları 2 sm-dən böyükdür, amma uşaqlıq tağlarına çatmır.

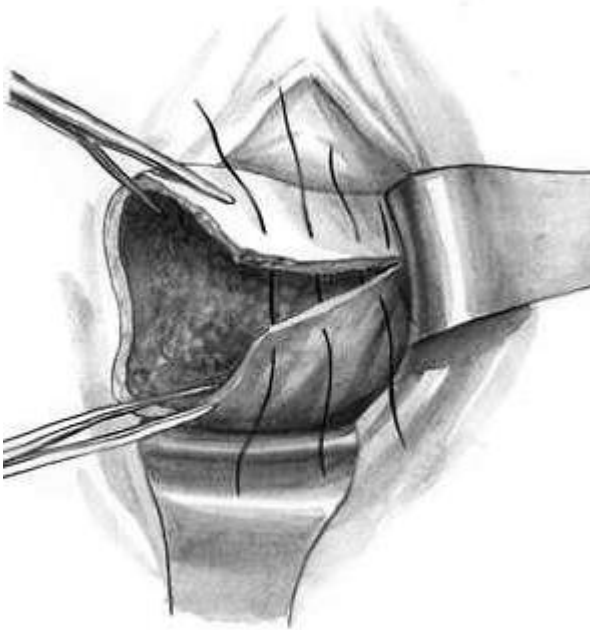
III dərəcəli – uşaqlıq boynu cırıqları uşaqlıq yolu

tağına çatır və onda davam edir.

Uşaqlıq boynu cırıqları qanaxma ilə müşayiət olunur. Bəzən qanaxma qovulma dövründə başlayır. Döl doğulduqdan sonra qanaxma fasiləsiz, sırınqa ilə davam edir və doğanın anemizasiyasına səbəb olur. Uşaqlıq boynu cırıqlarının III dərəcəsində qanaxma daha güclü olur və təhlükəli xarakter alır. Dərin cırıqlarda qan parametral toxumaya keçir və enli bağın hematomasını əmələ gətirir. Qanaxma adətən döl doğulan kimi başlayır. Dölün başında və gövdəsində təzə qan izləri olur.

Dəqiq diaqnoz qoymaq üçün sonun ayrılmasını və doğulmasını gözləmək lazımdır. Doğuşdan dərhal sonra qanaxmanın səbəbini araşdırmaq çətindir. Əgər uşaqlıq yaxşı yığılır, bərkdir, uşaqlıq yolu və aralıqda cırıq yoxdur, onda uşaqlıq boynu cırıqlarından şübhələnmək lazımdır. Diaqnoz güzgülərlə müayinədən sonra təsdiqlənir. Uşaqlıq boynunun kənarları abortsanqla tutulur, abortsanqın yeri uşaqlıq boynu kənarları boyu dəyişdirilərək cırıq yeri tapılır. Aşkar olunmuş cırıqlar tikilir. Tikilməmiş cırıqlar infeksiya qapısı ola bilər, həmçinin sağalarkən kobud çapıqlar əmələ gətirir. Bu da uşaqlıq boynunun çevrilməsinə (ektropion) səbəb olur. Çevrilmə nəticəsində xroniki endoservisitlər və uşaqlıq boynu eroziyaları əmələ gəlir.

Uşaqlıq boynunun tikilməsi narkoz altında, cift doğulduqdan və ya xaric edildikdən dərhal sonra aparılır (şəkil:17-4). Güzgülərlə uşaqlıq boynu görmə sahəsinə gətirilir, cırıq ucları hər iki tərəfdən gülləvari maşa ilə tutulur və aşağı çəkilir. Yaranın tikilməsi yuxarı bucaqdan başlanır. Birinci tikişi yara bucağından yuxarı qoymaq lazımdır. Uşaqlıq boynunun selikli qışasına iynə toxunma-



Şəkil:17-4. Uşaqlıq boynu cırığına birqatlı tikişin qoyulması

malıdır. Fasiləli (tək-tək) ketqut tikişi qoyulur. Tikişlərin düyünləri uşaqlıq yolu tərəfdən bağlanır. Yaranın kənarları qalındırsa əvvəl qoruyucu tikişlər, sonra əzələ-seroz tikişləri qoyulur. Uşaqlıq boynu cırığı uşaqlıq yolu tağına keçərsə, sonuncu da uşaqlıq boynu kimi tikilir. Lakin bu zaman çox ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, sidik axarları da tikilməsin. Tikiş ayrı-ayrı ketqutla qoyulur. Əməliyyatdan sonra 8-10 gün ərzində qadına oturmağa icazə verilmir.

Uşaqlıq yolu tağının qopması. Uşaqlığın aşağı seqmenti deyil uşaqlıq yolu gərilir (servikal dəlik yuxarı qalxır). Bu zaman ön və arxa tağların eyni hissəsi qopa bilər. Tağın qopması dölnün kondələn vəziyyətlərində, döl başının hidrosefaliyasında baş verir. Tağların qopmasının klinik şəkli dərin uşaqlıq boynu və ya uşaqlığın aşağı seqmentinin cırıqlarında olduğu kimidir, lakin qanaxma az olur. Müalicəsi yalnız cərrahdır.

§ 4. Uşaqlıq travmaları

Uşaqlığın cırılması. Uşaqlıq divarı tamlığının pozulması **uşaqlıq cırılması** adlanır. Doğuş düzgün aparılmadıqda, uşaqlığın cırılması təhlükəsi düzgün proqnozlaşdırılmadıqda bu patologiya baş verir (şəkil:17-6).

Uşaqlığın cırılması səbəbləri müxtəlifdir. Dar çanaq (çox vaxt ümumübarabər daralmış dar çanaq) dölnün kondələn vəziyyətləri, nəhəng döl, hidrosefaliya, başın asinklitik duruşu, alın və arxa görkəm üz gəlişi mexaniki səbəblərə aiddir. Bu zaman dölnün gəliş hissəsi ilə ana çanağı arasında uyğunsuzluq əmələ gəlir. Dölnün qovulmasına maneənin olması şiddətli doğum fəaliyyətinin inkişafına səbəb olur.

Uşaqlığın yuxarı seqmenti daha çox yığılır, döl nazik divarlı aşağı seqmentlə irəliləyir, kontraksion həlqə daha yuxarıya qalxır, göbək səviyyəsinə çatır. Bəzən çəp yerləşir. Doğum fəaliyyəti və gərilmə davam etdikcə aşağı seqmentin gərilməsi ən yüksək həddə çatır və onun cırılması baş verir. Uşaqlıq cırılmasının mexaniki nəzəriyyəsi 1875-ci ildə Bande tərəfindən irəli sürülüb.

1911-ci ildə Y.F. Verbov başqa nəzəriyyə irəli sürdü. Onun fikrincə sağlam uşaqlıq cırılmaz. Uşaqlığın cırılması onun əzələ qışasındakı anadangəlmə və qazanılma patologiyalardan asılıdır. Anadangəlmə patologiyalara uşaqlığın inkişaf anomaliyaları aiddir (iki buynuzlu, iki kamerəli, yəhərvari uşaqlıq). Qazanılma patologiyalara həqiqi cift bitişməsi, korporal Kesar kəsiyindən sonrakı doğuşlar, uşaqlıqdakı cərrahi əməliyyatlar və s. aiddir.

Müasir dövrdə hesab olunur ki, uşaqlıq cırılması həm onun divarlarındakı patoloji proseslərin, həm də mexaniki faktorların təsirindən baş verir. Hər iki faktor birlikdə olduqda uşaqlıq asanlıqla cırılır.

Uşaqlığın cırılması ən çox təkrar doğan və çox doğan qadınlarda rast gəlinir və adətən qovulma dövründə baş verir. Uşaqlıq divarı patologiyalarında açılma dövründə də uşaqlığın cırılması mümkündür.

Uşaqlıq cırıqları onun dibində, cismində, aşağı seqmentdə, uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu-üstü hissəsində lokalizasiya oluna bilər. **Spontan (özbaşına) və zorakı cırıqlar** ayırd edilir. Zorakı cırıqlar nadir hallarda operativ müdaxilələr zamanı baş verir. Əksər hallarda periton da daxil olmaqla uşaqlığın bütün qışaları cırılır. Uşaqlıq boşluğu ilə qarın boşluğu birləşir. Döl və qışalar qarın boşluğuna keçir. Uşaqlığın belə cırıqları **tam və ya perforativ cırıqlar** adlanır. Bəzən uşaqlığın ancaq əzələ qışası cırılır, peritonun visseral təbəqəsi zədələnmir. Bu uşaqlığın **natamam cırığı** adlanır. Belə cırıqlar peritonaltı və enli bağın hematoma ilə müşayiət olunur.

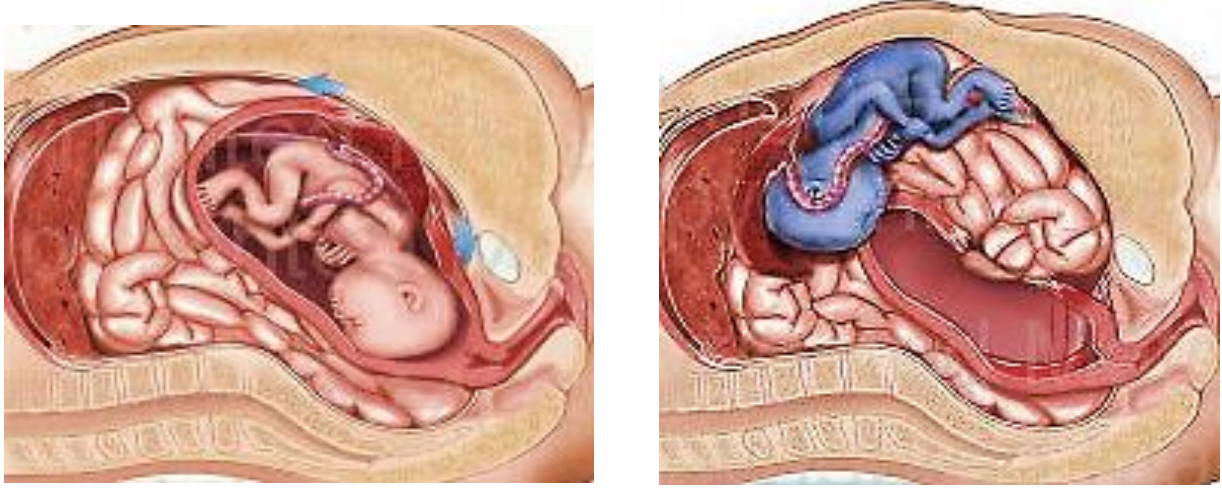
Uşaqlığın cırılmasının 3 stadiyası aşkar olunur:

- 1 – cırılma təhlükəsi;
- 2 – cırılmanın başlaması;
- 3 – tam cırılma.

Uşaqlığın cırılma təhlükəsi zamanı, hətta pauzalarda uşaqlığın aşağı seqmenti kəskin ağrıqlı olur. Çox vaxt diskoordinasiyalı doğum fəaliyyəti (qıcolmalarla) müşahidə olunur.

Müayinə zamanı tezləşmiş nəbz, quru dil, təngnəfəslik, bəzən yarıhuşsuz vəziyyət aşkar olu-

nur. Qıcolma şəklində olan sancılar tetanik vəziyyətə keçir. Uşaqlıq uzununa dartılmış forma alır. Kontraksion həlqədən yuxarı və aşağıda çəp vəziyyətdə yerləşir. Kontraksion həlqədən yuxarı uşaqlıq cismi əllənir. Uşaqlıq cisminin ölçüsü uşaqlığın gərilmiş, passiv aşağı seqmentindən kiçikdir. Palpasiyada uşaqlıq cismi az ağrılıdır və gərginliyi zəifdir. Uşaqlığın girdə bağları qalınlaşmış və ağrılıdır, uşaqlıq qum saatını xatırladır



a

b

Şəkil: 17-5. Uşaqlığın cırılması: a) natamam cırılması; b) tam cırılması-dölün qarın boşluğuna keçməsi

Vaginal müayinədə sıxılmış uşaqlıq boynunun ödemi aşkar olunur. Uşaqlıq boynu uşaqlıq yoluna doğru sallanıb, daxili cinsiyyət üzvlərinin yuxarı şöbələrinin müayinəsini çətinləşdirir. Uşaqlıq boynu sıxılması yoxdursa, uşaqlıq boynunun tam açılması zamanı, dölün gəliş hissəsi təyin edilir.

Uşaqlıq cırılması başlayanda yuxarıdakı simptomlara qan və irin qarışıq zərdab şəkilli ifrazatın gəlməsi və doğanın həyacanlı (panik) vəziyyəti də qoşulur. Doğən qışqırır əlləri ilə qarnını tutur, yataqda çapalayır.

Doğana vaxtında yardım göstərilməzsə, uşaqlıq cırılması baş verir. Uşaqlıq cırılması zamanı aşağıdakı klinik əlamətlər aşkar olunur:

- cırılma anında qarında çox kəskin ağrı olur;

- uşaqlıq cırılan kimi doğum fəaliyyəti tamamilə dayanır;

- tezliklə şok və qanazlığı əlamətləri meydana çıxır. Dəri və selikli qişalar avazıyır, üz cizgiləri itiləşir, nəbz tezleşir, A/ T enir. Çox vaxt ürəkbulanma və qusma müşahidə olunur;

- uşaqlıq cırılan kimi döl tam və ya natamam qarın boşluğuna keçir. Ona görə palpasiyada döl hissələri daha aydın əllənir. Əvvəl fiksasiya olunmuş döl başı yuxarı qalxır, hərəkətli olur. Döl ilə yanaşı yığılmış uşaqlıq əllənir. Dölün ürək döyüntüləri eşidilmir. Cırılma anına qədər diri olan döl, uşaqlıq cırılan kimi tərəf olur;

- xarici qanaxma güclü olmur. Bəzən qarın boşluğu qanla dolu olduğu halda, xarici qanaxma cuzi olur (natamam cırıqlarda yumşaq toxumanın hematoması əmələ gəlir).

Uşaqlıq divarının patologiyaları zamanı uşaqlığın cırılması tədricən, toxumaların sürüşməsi hesabına olur. Ona görə kəskin ağrı olmaya bilər. Sancılar da birdən deyil tədricən dayanır. Başqa əlamətlər aydın olur. Bəzən, uşaqlığın köhnə çapıqları zamanı uşaqlığın cırılması simptomuz keçir.



Şəkil: 17-6. Uşaqlığın cırılması təhlükəsi

Bu zaman qanaxma da cüzi olur. Dölün ürək döyüntülərinin itməsi cırılmanın baş verdiyindən xəbər verir.

Bu patologiya zamanı baş verən travmatik şokun xüsusiyyətləri vəziyyəti ağırlaşdıran faktorlardan asılıdır: bilavasitə toxuma və hüceyrələrin dağılması; qarındaxili təzyiqin qəflətən və kəskin dəyişməsi; döl və ciftin tam və ya hissəvi qarın boşluğuna keçməsi.

Uşaqlığın ağır mexaniki zədələnməsi massiv qanitmə ilə müşayət olunurşa, bu da hemorragik şokun inkişafına, anemizasiyanın artmasına səbəb olur. Periferik qan dövrəni çatışmazlığı, hemostazın pozulması, toxumaların hipoksiyası inkişaf edir. Reanimasion korreksiyası mümkün olmayan poliorqan zədələnmələri inkişaf edir.

Uşaqlığın natamam cırıqlarının diaqnostikası nisbətən çətindir. Çünki bu zaman şok əlamətləri olmur. Sancılar tədricən dayanır, kəskin anemiya əlamətləri gec inkişaf edir. Xarici müayinə zamanı uşaqlıq ətrafı hematomanın əmələ gəlməsi, cırıq tərəfdə ağrının olması xarakterikdir.

Müalicəsi. Uşaqlığın cırılma təhlükəsi zamanı aşağıdakı tədbirlər aparılmalıdır:

- doğum fəaliyyətini dayandırmaq və ya zəiflətmək;
- təcili doğuşu cərrahi yolla başa çatdırmaq.

Doğum fəaliyyətini dayandırmaq üçün narkozdan istifadə olunur.

Sərbəst işləyən mama doğana 1%-li 1,5 ml morfin vurur və təcili həkimə xəbərdarlıq edir.

Uşaqlığın cırılması təhlükəsi olduqda dölün daxili döndərilməsi, maşa qoyulması əks göstərişdir. Bu əməliyyatların aparılmasına cəhd edildikdə uşaqlığın cırılması baş verir. Başlanan və başa çatan uşaqlıq cırıqlarının bütün hallarında cərrahi əməliyyat aparılmalıdır. Bu zaman laporatoriya aparılır, döl qarın boşluğundan çıxarılır. Sonra qarın boşluğuna axan qan təmizlənir. Bəzi hallarda uşaqlığın tikilməsi ilə kifayətlənirlər (cavan qadın, infeksiyasının olmaması, uşaqlığın cırılmasından az vaxt keçməsi), bəzən də uşaqlıq amputasiya edilir.

Əməliyyatdan sonra şok və qanitmə ilə mübarizə aparılır. Mübarizə tədbirlərinə qan köçürmə, dəri altı fizioloji məhlulun yeridilməsi, xəstənin isidilməsi, ürək dərmanlarının verilməsi aiddir.

Uşaqlıq cırılmasının qarşısını almaq üçün doğuşa yardım düzgün təşkil olunmalıdır. Bu patologiyaya görə risk qrupunda olan qadınlar müəyyən olunmalıdır. Risk qrupuna dar çanaqları, vaxtı ötmüş hamiləliyi (nəhəng döl), süst uşaqlığı olan, çox doğan, anamnezində patoloji doğuşlar, abortlar, iltihabi xəstəliklər, Kesar kəsiyi və uşaqlığın başqa cərrahi əməliyyatları aparılan qadınlar aiddir.

Doğuşdan sonra uşaqlığın çevrilməsi. Çox nadir hallarda rast gəlinir. Uşaqlıq çevrilməsi zamanı uşaqlıq dibi uşaqlıq boşluğuna doğru qabarır, sonra açıq servikal kanaldan uşaqlıq yoluna keçir.

Uşaqlığın selikli qışası xarici, seroz qışası daxili qat olur. Uşaqlığın çevrilməsi **tam, natamam və hissəvi** olaraq üç yerə bölünür. Uşaqlığın tam çevrilməsi zamanı bütün uşaqlıq tərsinə çevrilir, əvvəl uşaqlıq yoluna sonra cinsiyyət yarığına enir. Uşaqlığın natamam çevrilməsi zamanı uşaqlıq, uşaqlıq yolundadır. Uşaqlığın hissəvi çevrilməsi zamanı uşaqlıq dibi daxili dəlikdən kənara çıxmıyıb.

Uşaqlığın çevrilməsi **özbaşına və zoraki** olur. Çox vaxt özbaşına çevrilmə rast gəlinir.

Uşaqlığın çevrilməsi üçün aşağıdakı şərait olmalıdır:

- servikal kanal açıq olmalı;
- uşaqlıq divarı zəif olmalı;

– uşaqlığın dibinə təzyiq olmalı (ciftin Krede-Lazarevic üsulu ilə sıxılması) və ya aşağıdan dartılmalı (cift ayrılmadığı halda göbək ciyəsinin dartılması)

Uşaqlığın kəskin çevrilməsi zamanı qarında qəflətən kəskin ağrıların baş verməsi xarakterikdir. Qanaxma və kollaps baş verir. Kollaps və ağrı uşaqlığı örtən peritonun, boruların, enli bağıın dartılması nəticəsində meydana çıxır. Xəstənin dəri və selikli qışaları avazıyır, nəbz tezleşir, A/T enir, ürəkbulanma, qusma və huşsuz vəziyyət müşahidə edilir. Cinsiyyət yarığından al qırmızı uşaqlıq görünür. Bəzən uşaqlıq ciftlə birlikdə çevrilir.

Xarici müayinə zamanı uşaqlıq nahiyəsində qıfəbənzər törəmə əllənir. Doğuşdan sonra uşaqlığın çevrilməsi doğanın ölümünə səbəb olur.



Şəkil:17- 7. Çevrilmiş uşaqlığın yerinə qaytarılması

Uşaqlıq çevrilməsi dərin narkoz altında, geniş açılmış servikal kanal vasitəsi ilə, əl ilə düzəldilir (şəkil:17-7). Düzəltmədən əvvəl cift əllə ayrılır (cift ayrılmayıbsa), sonra uşaqlıq yerinə qaytarılır. Uşaqlıq yolu steril tamponla tamponada edilir. İnfeksiya əleyhinə mübarizə aparılır.

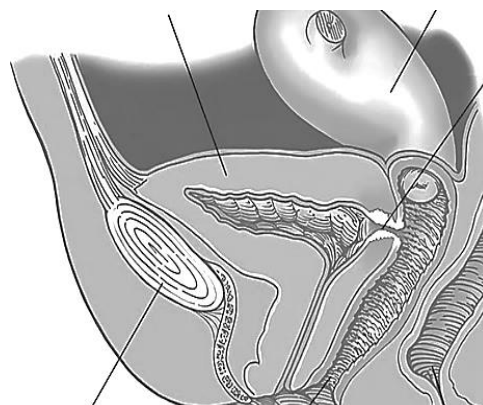
§ 5. Doğuşdan sonrakı svişlər

Patoloji doğuşlarda sidik-cinsiyyət və bağırsaq-uşaqlıq yolu svişləri əmələ gəlir. Bunlar **mamalıq svişləri** adlanır.

Mamalıq svişləri müxtəlif səbəblərdən əmələ gəlir; döl başının uzun müddət çanaq müstəvilərinin birində durması, doğum yollarının və qonşu orqanların travmaları, bir çox mamalıq əməliyyatları.



a



b

Şəkil:17-8. a) uşaqlıq yolu –düz bağırsaq svişi; b) sidik kisəsi-uşaqlıq yolu svişi.

Döl başı uzun müddət çanaq müstəvilərinin birində durarkən doğum yolları və qonşu orqanların divarları çanaq sümükləri ilə döl başı arasında sıxılır. Dar çanaq, dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, başın qeyri-düzgün duruşu, nəhəng döl buna şərait yaradır. Sıxılma zamanı qan dövranı pozulur, həmin nahiyyədə toxumalar nekrozlaşır, ölmüş toxumalar qopduqdan sonra iki qonşu orqan arasında siviş əmələ gəlir. Sidik və ya nəciz uşaqlıq yoluna keçir və ya əksinə uşaqlıq möhtəviyyatı düz bağırsağa və ya sidik kisəsinə keçir. Bu adətən, doğuşdan 5-7 gün sonra baş verir (şəkil:17-8).

Müxtəlif əməliyyatlar nəticəsində (maşaların qoyulması, döl başının perforasiyası zamanı perforatorun sürüşməsi, kranioklaziya zamanı kəllə sümüklərinin qırıntıları) doğum yollarının yumşaq toxumalarının və qonşu orqanların (sidik kisəsi, düz bağırsaq) zədələnməsi baş verir. Belə halda do-

ğuşdan dərhal sonra svişlər əmələ gəlir.

Svişlərin diaqnostikası çətinlik törətmir. Bu travmaların xarakterik əlamətləri sidik-cinsiyyət svişlərində sidiyin, uşaqlıq yolu-düz bağırsaq svişlərində nəcisin və qazın uşaqlıq yolu ilə xaric olmasıdır. Güzgülərlə müayinə zamanı svişləri asanlıqla aşkar etmək olur.

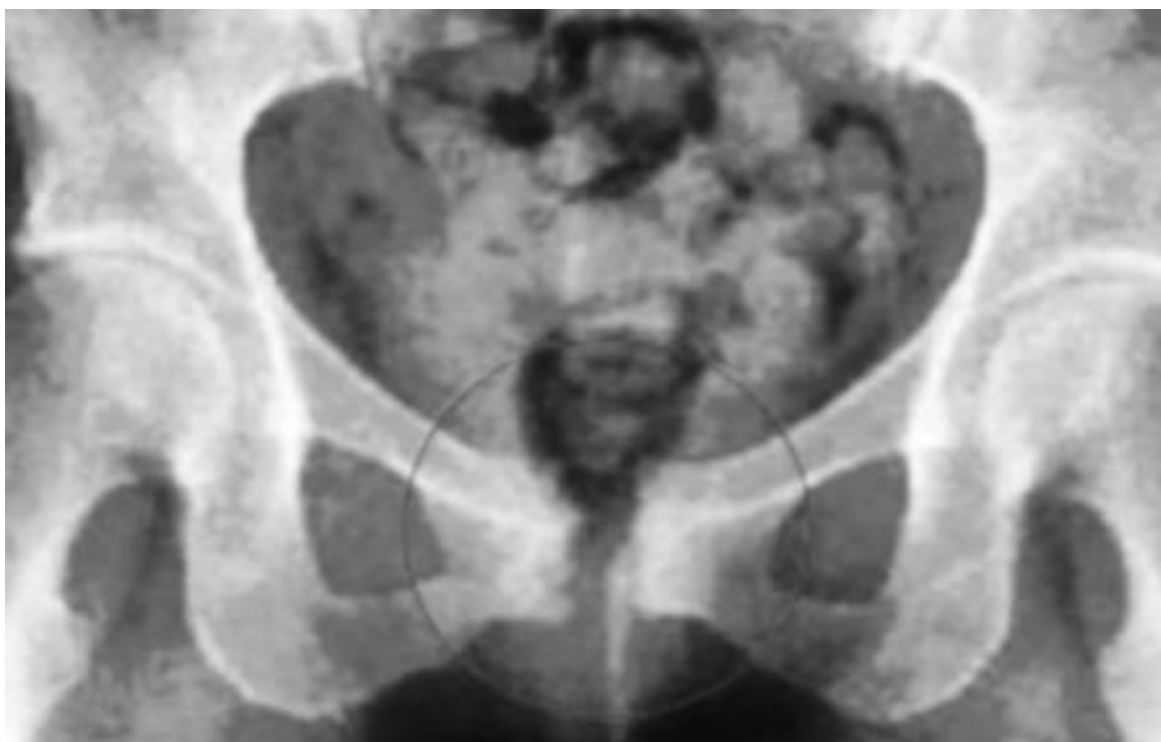
Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün sistoskopiya aparılır.

Mamalıq svişlərinin qarşısını almaq üçün doğuş düzgün idarə olunmalıdır. Sidik kisəsi hər 1-2 saatdan bir boşaldılır. Sidiyə qan qarışması svişin yaranması təhlükəsinin olduğuna işarədir. Bu zaman doğuş təcili Kesar kəsiyi ilə başa çatdırılmalıdır. Döl başının uzun müddət eyni müstəvidə durmasına imkan vermək olmaz. Döl başını 1 saatdan artıq bir müstəvidə durması vaginal müayinə üçün göstərişdir. Vaginal müayinə ilə diaqnoz dəqiqləşdirilir və doğuşu idarə etmək metodu seçilir.

Müalicə operativ yolla aparılır. Düzgün qulluq olunanda kiçik svişlər özbaşına bağlanır. Bunun üçün cinsiyyət orqanlarına gigiyenik qulluq olunmalıdır. Xarici cinsiyyət üzvlərinin dərisi və uşaqlıq yolunun selikli qışası vazelin və ya başqa yağlarla, sintomistin emulsiyası ilə işlənməlidir. Sviş spontan bağlanmasa 3-4 aydan sonra əməliyyat aparılır.

§ 6. Doğuş zamanı çanaq bitişmələrinin travmaları

Hamiləlik zamanı çanaq bitişmələrinə və bağ aparatına seroz maye hopur və onlar yumşalır. Belə dəyişikliklərə ən çox qasıq bitişmələri uğrayır. Bəzi hamilələlərdə bitişmələr daha çox yumşalır. Nəticədə doğuş zamanı doğulan baş tərəfinfən çanaq həlqəsinə edilən güclü təzyiq, qasıq bitişməsinin aralanmasına səbəb olur (şəkil:17-9)



Şəkil: 18-9. Qasıq bitişməsinin aralanması

Simfizin aralanmasının 3 dərəcəsi ayırd edilir:

- I dərəcə – aralanma 0,5-0,9 sm-dir;
- II dərəcə – aralanma 1-2 sm-dir;

– III dərəcə – aralanma 2 sm-dən çoxdur.

I dərəcələ aralanma fizoloji, II-III dərəcəli aralanma isə patoloji hesab edilir.

Belə zədələnmə patoloji doğuşlarda, operativ doğuşlarda (maşa qoyulması, dölün çanaq ucunan eksraksiyası, döl pozucu əməliyyatlar) müşahidə edilir. Bu ağırlaşma ən çox dar çanaqlı qadınlarda baş verir. Bəzi hallarda simfizin aralanması sidik kisəsinin, uretranın və klitorun zədələnməsi ilə müşayiət olunur. Ağır doğuşlarda oma-qalça bitişməsi də zədələnir.

Qasıq bitişməsinin aralanması zamanı, doğuşdan bir-iki gün sonra simfiz nahiyyəsində ağrılar başlayır. Bu ağrılar ayaqların hərəkəti zamanı artır (xüsusilə ayaqlar diz və bud-çanaq oynaqından bükülmüş yanlara açılmış vəziyyətdə olduqda). Qasıq bitişməsinin palpasiyası ağrılıdır. Aralanma dərəcəsi böyük olduqda ağrılar doğuş zamanı başlayır, qasıq bitişməsinin ödemi müşahidə edilir. Xəstə yataqda dönmə bilmir. Palpasiya zamanı qasıq bitişməsi nahiyyəsində çökəklik hiss olunur.

Diagnostika klinik müayinələrin nəticələrinə, hamiləlik və doğuşun gedişinə əsaslanır. Lazım gəldikdə çanağın USM-si və rentgenoqrafiyası aparılır. Müalicə zamanı xəstə üçün tam rahatlıq yaradılır. Çanaq elastik bintlə möhkəm sarılır. 3-5 həftə bərk yataqda yataq rejimi məshələtdir. Xüsusi ortopedik modellərdən istifadə etmək olar. Bu, zahını uzun müddət yataqda olmaqdan azad edir. Kalsium preparatlarının və vitaminlərin təyini göstərişdir.

Qasıq sümüklərinin aralanması təkcə dartılma hesabına deyil, qasıq bitişməsinin bağ aparatının cırılması hesabına da baş verir.

Travmadan sonra qalıq əlaməti kimi yerişin pozulması (ördək yerışı) və simfizdə ağır hissi qalır. Qadının kurslarla iynə refleksoterapiyası, masajla bərpa müalicəsinə ehtiyacı var.

XVIII FƏSİL

CƏRRAHİ MAMALIQ (Mamalıq əməliyyatları)

Mamalıq əməliyyatları həkim tərəfindən icra olunmalıdır. Lakin həkimin olmadığı yerlərdə, ana və döl həyatı üçün təhlükə olduğu hallarda mamalar da yardım etməyi bacarmalıdır. Bundan başqa həkim olduğu hallarda da onlara yardımçı olmaq üçün mamaların mamalıq əməliyyatları haqqında biliyi olmalıdır. Həmçinin cərrahi əməliyyatlar zamanı cərrahi alətlərin nəzarəti, sayımı, sterilizasiyası bilavasitə mamaların işidir.

Mamalar diaqnoz qoymağı da bacarmalıdır. Düzdür, diaqnoz qoymaq da həkimin işidir. Amma həkimin olmadığı yerdə, mamanın düzgün qərar verməsi üçün diaqnoz qoymağı bacarması, doğanın və dölün vəziyyətinin düzgün qiymətləndirməsi, vaxtında lazımı tibb müəsisəsinə yönəltməsi vacibdir.

Ümumi cərrahilikdə istifadə olunan aseptika və antiseptika, qanköçürmə, infuzion terapiya və s. məsələlər cərrahi mamalıq üçün də aktualdır. Əməliyyata hazırlıq, əməliyyatdan sonrakı qulluq, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikası fərqlidir.

Mamalıq əməliyyatları aparılma vaxtına görə qruplara bölünür: hamiləlik zamanı, doğuş zamanı və doğuşdan sonra aparılan cərrahi əməliyyatlar.

Kesar əməliyyatı müstəsnaq təşkil edir, o həm hamiləlik, həm də doğuş zamanı aparıla bilər.

§ 1. Əməliyyatözü dövr, mamalıq əməliyyatlarına hazırlıq

Xəstənin stasionara daxil olduğu andan əməliyyatın başlanmasına qədər olan dövr **əməliyyatözü dövr** adlanır. Bu dövr bir neçə dəqiqə, saat, gün davam edə bilər. Əməliyyatın aparılma müddəti diaqnoza, ana və dölün vəziyyətinə görə təyin edilir. Əməliyyatözü dövrdə diaqnoz qoyulur, əməliyyata göstərişlər və əks göstərişlər müəyyən edilir, əməliyyatın həcmi təyin edilir və cərrahi əməliyyata hazırlıq aparılır.

Aparılma vaxtına görə əməliyyatlar aşağıdakı qruplara bölünür:

- **təxirəsalınmaz** – xəstə stasionara daxil olduqdan bir neçə dəqiqə sonra aparılır;
- **təcili** – diaqnoz qoyulduqdan sonra bir neçə saat və ya gün ərzində aparılır;
- **planlı** – aparılması üçün vaxt məhdudiyyəti yoxdur.

Mamalıq əməliyyatlarının əksəriyyəti təxirəsalınmaz və ya təcili aparılır.

Əməliyyata göstərişlər – həyatı, mütəlak və nisbi olaraq qruplara ayrılır.

Hər bir halda ümumi klinik mamalıq müayinələri, çox vaxt əlavə müayinələr aparılır, hamilənin (doğanın) və dölün vəziyyəti qiymətləndirilir. Əməliyyat olunacaq xəstə başqa mütəxəssislər tərəfindən də müayinə olunur (anestezioloq-reanimatoloq, kardialoq, terapevt və s.)

Təxirəsalınmaz əməliyyatlarda hazırlıq üçün vaxt məhduddur, ekstremal hallarda isə demək olar ki, yoxdur. Bu hallarda əməliyyatın həcmi, müayinə metodları, əməliyyat və əməliyyatdan sonra aparılacaq intensiv terapiyanın həcmi mütəlak müəyyənləşdirilməlidir.

Mama-feldşer ilk yardım göstərməyi, qanaxma, hipovolemiya, hipertenziv vəziyyətlər, huşun

itməsi və başqa ekstremal hallarda, hamilə və ya doğan qəbul şöbəsinə daxil olan kimi infuzion terapiya aparmağı, sistem qoymağı bacarmalıdır.

Əməliyyata hazırlıq kompleks aparılır. Ürək-damar sistemi dərmanları və transfuzion terapiya (reopoliqlukin) ilə ürək-damar sistemi fəaliyyəti yaxşılaşdırılır və mikrosirkulyasiya pozğunluqları korreksiya olunur. Maye yeritmək və diurezi sürətləndirməklə, dezintoksikasion terapiya aparılır. Vacib olduqda xüsusi detoksikasion metodlarından (oksigenoterapiya, hemosorbsiya, qanın damar daxili lazer şualandırılması və s.) istifadə olunur. Nəticədə su-elektrolit və turşu-qələvi balans korreksiya olunur.

Qadının orqan və sistemlərini əməliyyata hazırlamaq üçün bir sıra proseduralar həyata keçirilir. Əgər əməliyyat ərəfəsində qadın qida qəbul edibsə, mədənin yuyulması göstərişdir. Bu narkoz zamanı qusmanın və qusuntu kütləsinin traxeyaya düşməsinin qarşısını almaq məqsədi güdür. Bağırsaqlar imalə vasitəsi ilə təmizlənir. Sidik kisəsini boşaltmaq və analiz üçün sidik götürmək məqsədi ilə kateterizasiya aparılır.

Planlı əməliyyat zamanı, qadın axşam yüngül qida qəbul edir, səhər nə su, nə də qida qəbul etmir. İki dəfə (səhər və axşam) təmizləyici imalə edilir. Əməliyyatdan bilavasitə əvvəl yuxu dərmanı verilir.

Əməliyyata hazırlıqdan sonra əməliyyatın dəqiq və son planını müəyyənləşdirmək üçün son müayinə aparılır. Bu zaman dölnün, doğum yollarının vəziyyəti, döl başının səviyyəsi qiymətləndirilir.

Böyük mamalıq əməliyyatlarında (Kesar kəsiyi, uşaqlıq cırıqları və s.) ağ ciyərin suni ventilyasiyası ilə (AVS) intubasion narkoz, spontan tənəffüsü saxlamaqla venadaxili, epudural anesteziya aparılır.

Kiçik mamalıq əməliyyatlarında novakain anesteziyası, azot oksidi, sambrevin, kollipsol, barbituratlar istifadə edilir. Mamalıq əməliyyatlarında pudental anesteziya (70-60 ml 25% li novakainin məhlulu işiorektal sahəyə yeridilir) və paraservikal anesteziya (paraservikal toxumaya hər iki tərəfdən 20-30 ml 0,25%- li novakain məhlulu yeridilir) geniş istifadə edilir.

Ağrısızlaşdırma metodu seçərkən aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır; ana və dölnün vəziyyəti, mövcud olan ekstragenital xəstəliklər, aparılacaq əməliyyatın həcmi, qadının individual (vəziyyəti) xüsusiyyətləri.

Bütün hallarda qadını psixo-profilaktik olaraq əməliyyata hazırlamaq lazımdır. Onu inandırmaq lazımdır ki, əməliyyat müvəffəqiyyətlə keçəcək.

Qadın mütləq əməliyyata razılıq verməlidir. Ağır hallarda bu razılığı konsilium verir.

Əməliyyat önü hazırlığın, aseptika və antiseptikanın, əməliyyatın texnikasının bütün qaydalarına əməl olunması cərrahi əməliyyatın uğurla başa çatmasına zəmin yaradır.

§ 2. Əməliyyatdan sonrakı dövr

Əməliyyat qurtardıqdan xəstənin sağlamlasına qədər olan dövr **əməliyyatdan sonrakı dövr** adlanır. Bu dövrün düzgün idarə olunması əməliyyatın uğurlu nəticələnməsinə şərait yaradır.

Bütün cərrahi əməliyyatlar stressdir. Qadının əməliyyatdan sonrakı vəziyyəti, onun əməliyyata qədər olan vəziyyətindən, əməliyyatın davamiyyəti və travmatikliyindən, ağrısızlaşdırmanın dərəcəsiindən asılıdır. Yeni doğulmuşun vəziyyəti xüsusi rol oynayır. Sağlam uşağın doğulması bu dövrün daha yaxşı keçməsinə səbəb olur. Əks halda bu əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinə mənfi təsir göstərir. Belə halda xəstə, uşaqlı analardan izolyasiya olunmalı, mama onunla xüsusi söhbətlər aparmalıdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövr də öz növbəsində iki yerə bölünür;

- əməliyyatın qurtarması ilə xəstənin evə yazılması arasındakı dövr;
- evə yazılması ilə tam sağlamlasına qədər olan dövr.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstənin əhvalı, ümumi vəziyyəti, ürək-damar sisteminin fəaliyyəti (nəbz, A/T), tənəffüs orqanları (auskultasiya, tənəffüs tezliyi), sidik ifrazat sisteminin funksiyası

yası (sidik ifrazı, diurez), mədə-bağırsaq traktı (iştaha, bağırsaqların peristaltikası, qaz və nəcis ifrazı), cərrahi yaranın vəziyyəti (ifrazat, sargının təmizliyi) ciddi və intensiv nəzarət olunmalıdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılan intensiv terapiyanın prinspləri;

- ağrıkəsicilərin istifadə olunması;
 - tənəffüs çatışmamazlığının profilaktika və müalicəsi (oksigenoterapiya, müalicə idmanı);
 - dezintoksikasion terapiya və metabolik pozğunluqların korreksiya (eritrositar kütlənin, plazmanın, qanəvəzedicilərin köçürülməsi);
 - ürək-damar sistemi və mikrosirkulyasiya pozğunluqlarının korreksiya (ürək qlikoizidləri, reopolikliyin);
 - mədə-bağırsaq və sidik -ifrazat sistemi pozğunluqlarının korreksiyası;
 - düzgün balanslaşdırılmış qidalanma;
 - tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikası (heparin, aspirin, nikotin turşusu)
 - infeksiyalara qarşı mübarizə (antibiotiklər)
- Kesar kəsiyi aparılmış qadınlarda aşağıdakılara nəzarət olunmalıdır.
- uşaqlığın ölçüsü;
 - 1-ci sutkada xəstənin ayağa qalxması;
 - dieta (1-ci gün №0, 0A , 2-ci gün №1, 3-cü gündən ümumi stol və ya yanaşı xəstəliklərə uyğun stol);
 - qidalanma rejimi (tez-tez, az porsiyalarla);
 - kifayət qədər maye qəbulu.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə sanitar-gigiyenik qaydalara ciddi əməl olunmalıdır. Xəstənin stasionarda qalma müddəti individualdır.

§ 3. Hamiləlik dövründə aparılan əməliyyatlar

§ 3.1 Hamiləliyin pozulması

Hamiləliyin 21-ci həftəsinə qədər pozulması **abort** adlanır. Abort tibb müəsisələrində (stasionar və ya ambulator) mama-ginekoloq tərəfindən icra olunmalı və lazımı tibbi sənədləşdirmə aparılmalıdır. Bu şərtlərə əməl olunmadıqda abort **kriminal** hesab edilir.

Süni abort medikamentoz və cərrahi olaraq iki yerə bölünür. Cərrahi süni abort hamiləlik müddətinə görə **mini** (2-8 həftə), **erkən** (12 həftəyə qədər), **gecikmiş** (21 həftəyə qədər) növləri var.

Əməliyyata hazırlıq dövründə ümumi və ginekoloji (hamiləliyin və müddətinin təyin edilməsi) müayinə, qanın ümumi, RW-yə görə analizi, sevikal kanaldan və uşaqlıq yolundan götürülən yaxmanın analizi, flüorografiya aparılır.

Gecikmiş abortlarda terapevtin müayinəsi, qanın biokimyəvi analizi, EKQ, USM-si və s. müayinələr təyin edilir.

Abort zamanı mama həkimə asistentlik edir. Qadının vəziyyətini nəzarətdə saxlayır. Qadının sonasiyasını, alətlərin yığılmasını təmin edir. Mama qadına abortun zərəri haqqında məlumat verir, ola biləcək fəsadlar haqqında xəbərdarlıq edir. Sağlam həyat tərzini haqqında maarifləndirici iş aparır, ailə planlaşdırması haqqında məlumat verir.

Erkən (süni) aborta göstəriş tibbi və digər səbəblərdən arzuolunmaz hamiləlikdir.

Əks göstərişlər: ümumi infeksiya xəstəlikləri, iltihabi xəstəliklər, qadın cinsiyyət orqanlarının kəskin və xroniki iltihabi xəstəlikləri, etiologiyası məlum olmayan yüksək hərarət, hamiləlik patologiyaları (uşaqlıqdan kənar hamiləlik).

Əməliyyatdan əvvəl qadının bağırsaqları imalə vasitəsi ilə təmizlənir, sidik kisəsi boşaldılır, qasıq və xarici cinsiyyət üzvləri tüklərdən təmizlənir, xarici cinsiyyət üzvləri yuyulur və şırıncı edilir (kalium permonqanat və ya 1:5000 nisbətində furasilin məhlulu ilə).

Əməliyyatdan əvvəl uşaqlıq yolu müayinəsi və bimanual müayinə aparılır. Hamiləliyin müddəti, uşaqlığın vəziyyəti dəqiqləşdirilir. Əməliyyat kiçik əməliyyat otağında keçirilir.

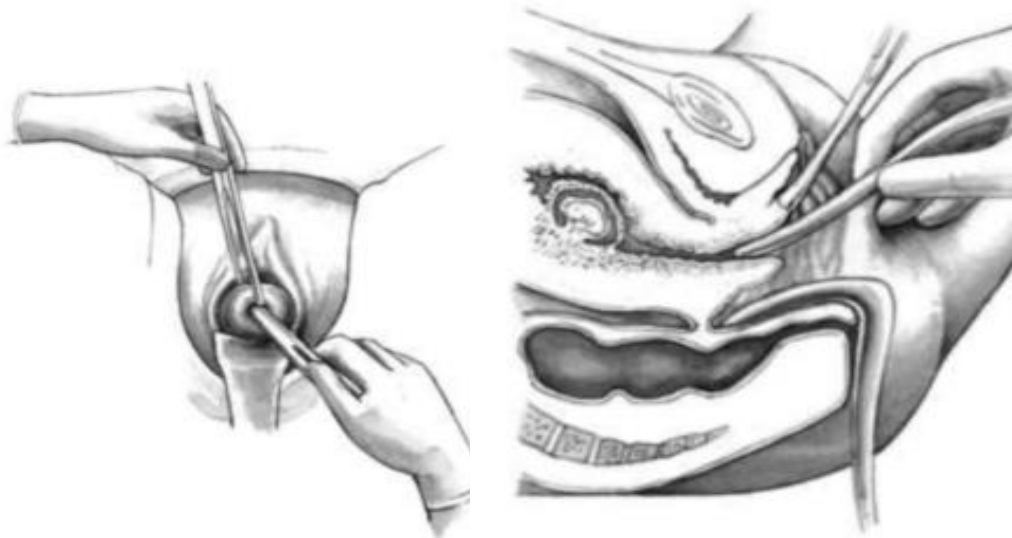
Əməliyyatın mərhələlərinə uyğun olaraq alətlər dəsti əməliyyat masasının üzərində sıralanır. Əməliyyat üçün iki steril bez və tənzip kürəciklər, üç pinset, güzgülər, qaldırcı, iki qülləvari maşa, uşaqlıq zondı, 4 №-dən 14 №-yə qədər Heqar genəldiciləri, 2-4-6 №-li küretlər, kornsanq, ləyən hazırlanır (şəkil:18- 1).



Şəkil:18-1.Süni abort üçün lazım olan alətlər

Əməliyyatın mərhələləri;

I mərhələ. Xarici cinsiyyət üzvləri spirt və yodla təmizləndikdən sonra uşaqlıq yolu güzgülərlə açılır. Uşaqlıq yolu və boynu spirtlə təmizlənir. Uşaqlıq boyununun ön dodağı qülləvari maşa ilə tutulur, uşaqlıq boynu kanalın düzlənməsi üçün uşaqlıq yolu girəcəyinə dartılır. Uşaqlığın antefleksiya vəziyyətində boyunun uşaqlıq yolu hissəsi arxaya, retroflexiya vəziyyətində əksinə önə-qasığa doğru çəkilir. Gülləvari maşanın dəstəyi köməkçiyə verilir. Ön güzgü çıxarılır, zondla müayinə aparılır, uşaqlığın daxili ölçüsü və vəziyyəti dəqiqləşdirilir.



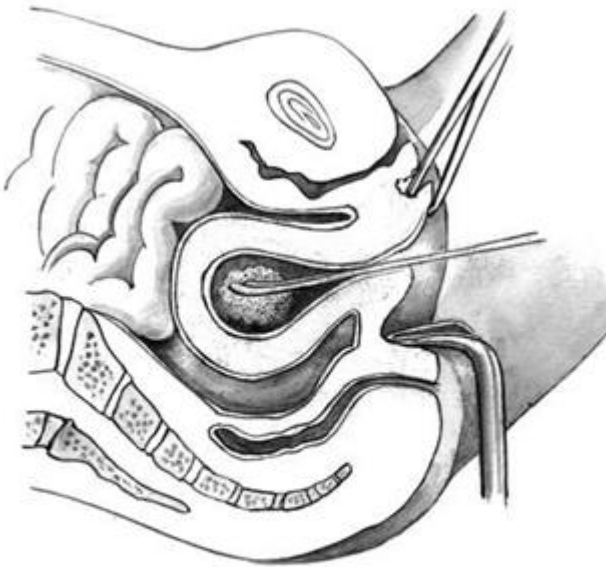
Şəkil:18-2. Heqar genəldiciləri ilə uşaqlıq boyununun genəldilməsi

II mərhələ. Bu mərhələdə Heqar genəldiciləri vasitəsi ilə uşaqlıq boynu kanalı açılır. Servikal kanala 4 №-dən 14№-yə qədər genəldicilər ardıcılıqla salınır. Genəldicilər bir-birindən 1-1,5 sm fərqlənir. Genəldicilər uşaqlıq boşluğuna yavaş-yavaş salınır (şəkil:18-2). Əgər genəldicilər çətinliklə daxil olursa, onda onu servikal kanalda bir qədər artıq saxlamaq lazımdır. Daha çox çətinlik olduqda uşaqlıq boyununun rigidliyini aradan qaldırmaq üçün spazmolitik dərmanlar yeridilir. Servikal

kanalın genişləndirilməsi zamanı daxili dəliyin travmatik zədələnməsi sonralar orada çapıq toxumasının yaranmasına, bu isə istmiko-servikal çatışmazlığa səbəb olar. Uşaqlıq boynu kanalının travmatik zədələnməsinin qarşısını almaq üçün servikal kanal vibrogenəldicilərlə genəldilir.

III mərhələ. Döl yumurtası xaric edilir. Bu məqsədlə küret və abortsanqdan istifadə edilir. 10 həftəlik hamiləlik zamanı uşaqlıq əvvəl böyük ölçülü (№ 6) küt küretlə, uşaqlıq yığıldığı və ölçüləri kiçildiyi halda iti uclu kiçik kürütlə təmizlənir.

Küretin dəstəyi sağ əlin, üç barmağı ilə tutulur, uşaqlığın dibinə qədər ehtiyatla daxil edilir, uşaqlığın dibindən daxili dəliyə doğru sürətli, hərəkətlərlə uşaqlıq boşluğu boşaldılır (şəkil:18-3). Bu hərəkətlər ardıcıl olaraq uşaqlığın ön, sağ, arxa və sol divarları boyunca edilir. Boru bucaqları nahiyyəsində desidual qısa kiçik ölçülü küretlə götürülür.



Şəkil:18-3. Küretaj

Döl yumurtası və desidual qısa tamamilə qaşındıqdan və uşaqlığın bütün divarlarının bərabər səviyyəli müqaviməti hiss edildikdən, qanaxma dayandıqdan sonra əməliyyat bitir. Endometriumun qaşınması zamanı bazal qatı zədələnmək olmaz. Uşaqlıq boşluğu kiçik ölçülü küretlə yoxlandıqdan sonra (tikə qalıb ya yox) uşaqlıq boynu 5%-li yod məhlulu ilə silinir. Qarının aşağı hissəsinə buz qovluğu qoyulur. Qanaxmanın profilaktikası üçün periodik olaraq qarının ön divarından uşaqlığın ölçüsü, onun yığılması yoxlanılır. 6-9 həftəlik hamiləliyin süni pozulması zamanı qan itkisi təxminən 150 ml olur.

Ağrısızlaşdırma. Yerli və ümumi narkozla aparılır. Yerli anesteziya məqsədi ilə paraservikal toxumaya 0,25%-li novakain və ya lidokain məhlulu vurulur. Bu **paraservikal anesteziya** adlanır. Son zamanlar yerli anesteziya məqsədi ilə xüsusi gellərdən istifadə olunur. Ümumi narkoz üçün vena

daxili sambrevin və ya kalipsol vurulur.

Ağırlaşmalar. Erkən və gecikmiş olmaqla iki qrupa bölünür.

Erkən ağırlaşmalara uşaqlıq divarının perforasiyası, daxili orqanların zədələnməsi, qanaxmalar, döl hissəsinin qalması aiddir.

Gecikmiş ağırlaşmalara əməliyyatdan sonrakı iltihabi xəstəliklər, menstrual tsikl pozğunluqları, sonsuzluq, endometrioza və s. aiddir. Süni abortun ən çox rast gəlinən ağırlaşması döl yumurtasının natamam çıxarılmasıdır. Yəni uşaqlıqda döl yumurtası qalıqları qalır və bu da uzun müddətli qanlı ifrazat və ya qanaxma ilə müşayiət olunur. Qarının aşağı hissəsində ağrılar müşahidə edilir, sonra prosesə infeksiya ağırlaşmaları da qoşulur. Bimanual müayinə ilə diaqnoz təsdiqlənir; servikal kanalın xarici dəliyi azacıq açıqdır, uşaqlığın konsistensiyası yumşaqdır. USM-si ilə döl yumurtası qalıqlarını aşkar etmək olur. Diaqnoz təsdiq olunarsa uşaqlıq boşluğu yenidən qaşınmalıdır.

Süni abort çox vaxt daxili cinsiyyət orqanlarının kəskin və xroniki iltihabı proseslərinin kəskinləşməsinə, daha ağır hallarda yayılmış infeskiyanın inkişafına səbəb olur. Uşaqlıq boşluğunda qalmış döl yumurtası qalıqları infeksiyalaşır (qalxan infeskiya). İnfeksiya ekzogen yolla uşaqlıq boşluğuna daxil olur. Bu, kriminal abortlarda daha çox rast gəlinir. Adekvat müalicə olmadıqda infeksiya limfatik yolla başqa orqanlara da yayılır (parametrit, pelveoperitonit, hətta sepsis).

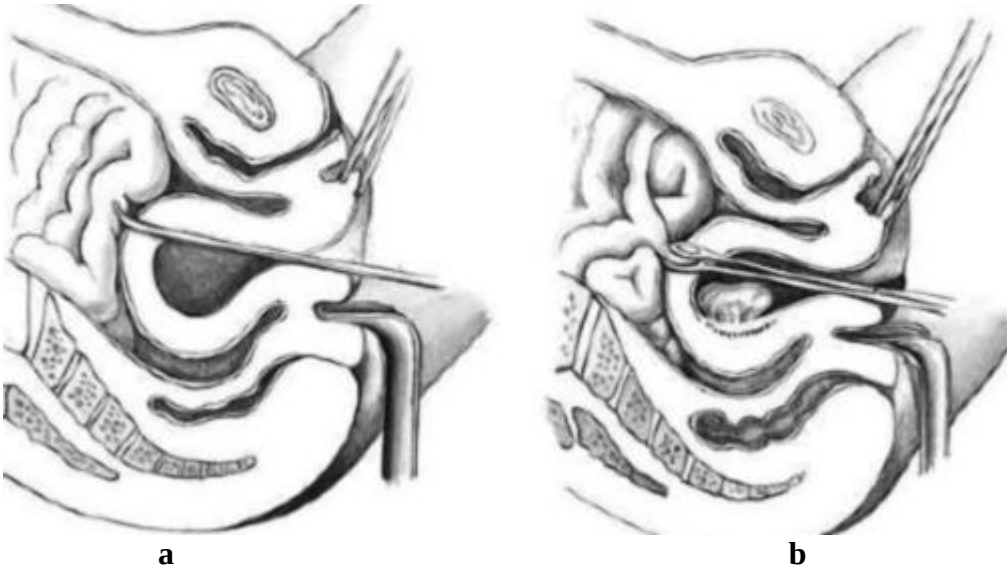
Süni abortun ən kəskin ağırlaşması uşaqlıq divarının deşilməsidir. Bu fəsad uşaqlığın qaşınması zamanı istifadə olunan alətlərlə ehtiyatsız rəftarın nəticəsindən yaranır. Həkim uşaqlığın deşilməsindən şübhələndən kimi manipulyasiyanı saxlamalı və təcili tədbir görməlidir. Bəzən deşilmiş nahiyyədən daxili orqanlar (sidik kisəsi, bağırsaqlar) uşaqlıq boşluğuna daxil olur və zədələnir (şəkil:18-4 b).

Cərrahi müdaxilənin həcmi deşilmiş dəliyin ölçüsündən və lokalizasiyasından asılıdır. Bu zaman mütləq qonşu orqanlar müayinə olunmalıdır. Zədə kiçik olduqda tikiş qoyulur. Zədə böyük ol-

duqda həmçinin deşilmə damar kələfi nahiyyəsində olduqda uşaqlıq supravaginal amputasiya və ya ekstripsasiya edilir.

Gecikmiş ağrılaşmalardan son zamanlar hormonal pozğunluq daha çox rast gəlir və səbəbi tam araşdırılmayıb. Xəstələrin çoxunda lüteinləşdirici hormonun tsiklik ifrazının pozulması müşahidə edilir, bu da anovulyasiya səbəb olur.

RH(-) olan qadınlara da abortun mənfi təsiri var. Hamiləliyin 10-cu həftəsindən başlayaraq, embrionda qan qrupunun və rezus faktorunun antigenləri yaranır. Bu hamilə qadının sensibilizasiyasına səbəb olur. Belə qadınlara süni abortdan sonra antirezus immunoprofilaktika aparılmalıdır.



Şəkil:18-4. Süni abortun fəsadları: a) uşaqlığın deşilməsi; b) abortsanqla daxili orqanların zədələnməsi.

Vakuüm-aspirasiya (şəkil:18-5). Hamiləliyin 2-ci həftəsindən 5-ci həftəsinə qədər (menstruasiyanın 21-gün gecikməsi) olan dövrdə ambulator şəraitində vakuüm aspirator vasitəsi ilə süni abort aparmaq olar. Bu məqsədlə APB-1 (elektrosorucu) istifadə olunur. Uşaqlıq boşluğunda bərabərsəviyyəli mənfi təzyiq yaradılır. Nəticədə, uşaqlıq divarı ilə əlaqəsi hələ zəif olan döl yumurtası asanlıqla ayrılır və aparat vasitəsi ilə sorulur. Vakuüm-aspirasiya zamanı servikal kanalı genişlətmək lazım deyil.

Əməliyyat narkozsuz 1-2 dəqiqə ərzində aparılır. Daha az travmatikdir.

Əməliyyat aparmaq üçün iki steril bez, tənzif kürəciklər, uşaqlıq zondı, plastik konyulə lazımdır. Əməliyyat zamanı qan itgisi minimal olur.

Əməliyyatın texnikası. Uşaqlıq yolu güzgülərlə açılır, uşaqlıq boynu fiksə edilir, ilk hamiləlikdə kiçik ölçülü vibrogenəldicilər və 7№-li-yə qədər genəldicilərlə (Heqar) servikal kanal genişləndirilir. Təkrar doğanlarda buna ehtiyac yoxdur. Uşaqlığa konyulə daxil edilir. Uşaqlıq boşluğunda 0,5-0,6 atm-ə bərabər mənfi təzyiq yaradılır. Konyulənin oval dəliyi uşaqlıq divarına toxunmaqla, ehtiyatlı dairəvi hərəkətlərlə bütün uşaqlıq boşluğu təmizlənir. Döl yumurtası (cift, döl, su qışası) aspirasiya edilir və rezervuara daxil edilir. Aspirasiya kütləsi 15-20 ml-dən çox olmur. Küretlə uşaqlıq boşluğu yoxlanılır. Sonra rezervuarın möhtəviyyəti yoxlanılır (döl hissələri). Əməliyyatdan sonra xəstə 2 saat müşahidə altında olur.



Şəkil:18-5. Dölün vakuüm aspirasiyası

Hamiləliyin prostoqlandinlərlə pozulması. Son illərdə hamiləliyi pozmaq üçün prostoqlandinlərdən istifadə edilir. Prostoqlandinlərin bioloji xüsusiyyətləri müxtəlifdir; sayə əzələ liflərinin yığılma qabiliyyətinə, endokrin və mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinə, qan dövranına, tənəffüsə və başqa fizioloji proseslərə müxtəlif istiqamətli təsir göstərir. Hamiləliyi pozmaq üçün prostoqlandinləri intraamneal, ekstraamneal, əzələ və vena daxilinə və ya uşaqlıq yoluna yeridirlər. E və $F_{2\alpha}$ qrupu prostoqlandinləri güclü uterotonik təsir göstərir. $F_{2\alpha}$ prostoqlandin və onun sintetik analoqu 15-metilprostoqlandin $F_{2\alpha}$ -nin intra və ekstraamneal yeridilməsi gec müddətdə olan (12-22 həftələr arası) hamiləliyi pozmaq üçün ən effektiv metodudur. Lakin qadınların bir qisminə yanaşı reaksiyalar; bradikardiya, bronxların spazmı, hipotoniya, ürəkbulanma, qusma, ishal, bədən temperaturunun yüksəlməsi və s. müşahidə edilir. Bradikardiya, hipertenziya, bronxospazm zamanı β -adrenomimetiklər (alupent, adrenalin, atropin, qlukokortikoidlər), ürəkbulanma, qusma, epigastral nahiyyədə ağrılar zamanı spazmolitiklər, analgetiklər və neyroleptik vasitələr istifadə edilir. Uşaqlığın tetanik yığılması zamanı prostoqlandinlərin endogen sintezini ləngidən preparatlar (indometasin, asetilsalisil turşusu) təyin edilir.

Əks göstərişlər: dekompensasiyalı ürək qüsurları, hipertoniya, tənəffüs orqanlarının, böyrək, qara ciyər, qanyaradıcı sistem xəstəlikləri və allergik xəstəliklərin ağır formaları.

Hamiləliyin gecikmiş pozulması (II trimestrdə). 13 həftədən 21 həftəyə qədər hamiləliyin pozulmasıdır. Bu xüsusi həkim-konsultasiya komissiyasının rəyi nəticəsində icra edilir. Komissiyaya ginekoloq, qadının xəstəliyinə dair mütəxəssis həkim və müəssisə rəhbəri daxildir. Hamiləliyin gec müddətdə pozulması yalnız tibbi və sosial göstərişlərə görə aparılır.

II trimestrdə hamiləliyin pozulması üçün müxtəlif metodlar mövcuddur:

- histerotomiya kiçik Kesar əməliyyatı (abdominal yolla); vaginal yolla Kesar əməliyyatı;
- uşaqlığın yığılma aktivlinin süni çağırılması (prostoqlandinlərlə);
- ekstra və intraamneal dərman maddələrinin yeridilməsi.

İntraamneal məhlullar yeridilməsi (aminoinfuziya) ilə hamiləliyi pozmaq məqsədi ilə natrium xloridin hipertonic məhlulundan (20%) və ya qlukozanın 20%-li məhlulundan istifadə edilir. Bu məhlullar transvaginal, transabdominal və uşaqlıq yolunun ön tağından yeridilir.

Əməliyyatı aparmaq üçün iki steril bez, tənzif kürəciklər, uşaqlıq yolu güzgüləri və qaldırıcı, iki qülləvari maşa, uzun qalın iynə, dölyanı mayeni yığmaq üçün ləyən, iki 20 ml-lik spris lazımdır.

Qadın ginekoloji kresloya uzanır. Əməliyyata hazırlıq erkən süni abortlarda olduğu kimidir. Uşaqlıq yolu güzgülərlə açıldıqdan sonra uşaqlıq boynu fiksasiya edilir. Uşaqlıq yolunun ön tağından və ya servikal kanaldan maye yeridilir.

Transservikal metoddan istifadə etdikdə doğmamış qadınlarda uşaqlıq boynu kanalını açmaq üçün Heqar genəldici (№ 6-ya qədər) istifadə oluna bilər. Bundan sonra servikal kanala metal içlikli steril borucuq salınır, borucuğun içliyi uzun iynə ilə əvəz olunur və iynə ilə su kisəsi yırtılır. Hamiləliyin hər həftəsinə uyğun olaraq 6 ml hesabı ilə dölyanı maye çəkilir. Sonra amnion boşluğuna otaq temperaturunda olan məhlul (natrium xloridin hipertonic məhlulu 10-20% li) yeridilir. Əks göstərişlər olduqda (hipertoniya, böyrək xəstəlikləri) 20%-li qlukoza məhlulundan istifadə edilir. Amnion boşluğundan nə qədər maye çıxarılıbsa, o qədər də məhlul vurulur.

Hipertonic məhlulun transabdominal yeridilməsindən əvvəl USM-sı aparılmalı və ciftin yerləşdiyi yer müəyyənləşdirilməlidir. Cift ön divarda yerləşdikdə bu əməliyyatı aparmaq olmaz. Əməliyyatı aparmaq üçün yerli və ya venadaxili anesteziya aparılır. Bu əməliyyatda da xaric edilən və daxil edilən mayenin miqdarı hamiləliyin hər həftəsində 6 ml hesabı ilə müəyyən edilir. Bəzi müəliflər bütün dölyanı mayeni əvəz etməyi təklif edirlər.

Göstərilən üsulla hamiləliyin pozulmasını sürətləndirmək üçün oksitosin və prostoqlandinlərin damcı üsulu ilə yeridilməsi məsləhətdir. Transabdominal amniosentez zamanı bağırsaqların və sidik kisəsinin zədələnməsi təhlükəsi mövcuddur.

Amnion boşluğuna hipertonic məhlul yeridildikdən sonra uşaqlığın yığılma qabiliyyəti fəallaşır, 5-6 saat (bəzən bir sutka) ərzində düşüklə baş verir. Sonra ağrısızlaşdırma ilə uşaqlıq küretaj olunur, döl qalıqları və desidual qışa xaric edilir.

Kiçik Kesar kəsiyi. Hamiləliyin gec müddətdə pozulması vacib olduqda aparılır; başqa metodlara əks göstəriş olduqda; sterilizasiya göstəriş olduqda; bu əməliyyatı əsasən döl yaşama qabiliyyətli olmadıqda aparırlar. Əməliyyat peridural və ya endotroxeal anesteziya ilə aparılır. Qarın boşluğu açılır, uşaqlıq köndələn və ya şaquli kəsilir, uşaqlıq möntəviyyatı xaric edilir, uşaqlıq boşluğu küretaj edilir. Uşaqlıq divarı tikilir, lazım gəldikdə sterilizasiya aparılır.

Vaginal Kesar kəsiyi. Kesar kəsiyi uşaqlıq yolundan aparılır. Bu zaman kəsik uşaqlıq boyununun ön divarından, uşaqlığın aşağı segmentindən və ya uşaqlığın daxili dəliyindən yuxarıda aparılır. Kiçik Kesar kəsiyi ilə müqayisədə bu metod mühüm üstünlüklərə malik deyil. Eyni zamanda bu üsulun texniki çətinlikləri də var və çoxsaylı ağırlaşmalarla müşayiət olunur (sidik kisəsinin zədələnməsi, infeksiyalaşma və s.)

§ 3.2 Uşaqlıq boyununun tikilməsi

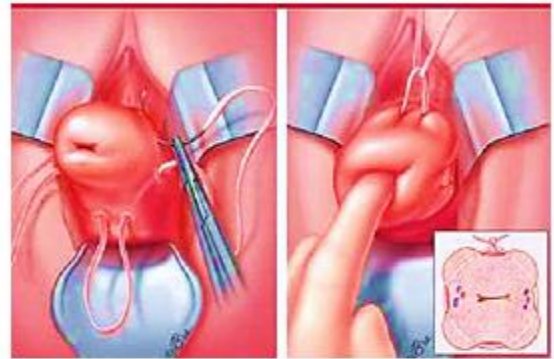
Hamiləlik zamanı istmiko-servikal çatışmazlıq olduqda uşaqlıq boynuna tikiş qoyulur. Bu əməliyyatın bir neçə metodu var;

– Şirodkar metodunda uşaqlıq boyununun bütün selikli qışası tikilir.

– Mak-Donald metodunda uşaqlıq boynuna kisəvarı (dairəvi) tikiş qoyulur (torba kimi uşaqlıq boynu dəliyi büzülür) (şəkil:18-6).

Bundan başqa bir çox modifikasiyalar da var. Əməliyyat hamiləliyin 14-16-cı həftəsində aparılır (hamiləliyin 22-24 cü həftəsinə qədər). Hamiləliyin 38-ci həftəsində və ya doğuş fəaliyyəti başlayanda tikişlər sökülür.

Əməliyyata əks göstərişlər; genital və esktragenital infeksiyalar, sub və dekompensasiya fazasında olan xəstəliklər, açıq uşaqlıq boynu, dölün inkişaf anomaliyaları.



Şəkil:18-6. Uşaqlıq boyununun tikilməsi



Şəkil:18-7. Uşaqlıq boynuna pessariumun qoyulması

Son zamanlar istmiko-servikal çatışmazlıqlar zamanı xüsusi pessariumlardan istifadə edilir.

Pessarium uşaqlıq boynuna keçirilir və sıxılır. Lazım olan müddətə qədər saxlanılır (əksər hallarda doğuşa qədər) (şəkil:18-7).

§ 3.3. Mamalıq döndərmələri

Dölün qeyri-düzgün vəziyyətinin aradan qaldırılması " **mamalıq döndərməsi**" adlanır. Bu zaman döl köndələn və ya çəp vəziyyətdən boylama vəziyyətə gətirilir. Bəzən boylama vəziyyətlərdə dölün gəliş hissəsini dəyişmək üçün döndərmə aparılır. Xarici və daxili (xarici-daxili) mamalıq döndərmələri mövcuddur. Xarici döndərmədə hər iki əl xaricdə qarının ön divarında olur.

Daxili və ya kombinasiyalı döndərmədə bir qayda olaraq, mama bir əlini daxilə uşaqlığa salır, ikinci əllə xaricdən, qarın divarından kömək edir. Xarici döndərmə hamiləlik zamanı, daxili döndərmə isə doğuş zamanı aparılır.

Dölün xarici döndərilməsi. Müasir dövrdə xarici mamalıq döndərməsi praktik olaraq istifadə edilmir. O, az effektivliyi (çanaq gəlişlərinin residivləri), ağırlaşmaların təhlükəli olması, (normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, vaxtından əvvəl doğuş, uşaqlığın cırılması) ilə əlaqədar olaraq nadir hallarda aparılır.

Döndərməyə əsas göstərişlər; dölün köndələn və ya çəp vəziyyəti, çanaq gəlişləridir.

Döndərməni icra etmək üçün aşağıdakı şərtlər vacibdir; 34-36 həftəlik hamiləlik; ananın və dölün vəziyyətinin qənaətbəxş olması; qarının ön divarının elastik olması və uşaqlıqda gərginliyin olmaması; dölün hərəkətli olması, su kisəsinin tam olması, dölün mayenin axmaması.

Xarici döndərməyə əks göstərişlər; hamiləlik ağırlaşmaları (hipertenziv vəziyyətlər, vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi, çoxmayelilik, azmayelilik); ağırlaşmış mamalıq anamnezi (düşüklər, vaxtından əvvəl doğuşlar); çoxdöllülük; dar çanaqlar; uşaqlıqda olan patologiyalar (anomaliya, çapıq, mioma); ekstragenital patologiyaların olması. Xarici döndərmə əməliyyatından əvvəl bağırsaqlar imalə ilə təmizlənir, sidik kisəsi boşaldılır. Hamilə sət taxta üzərində uzanır. Həkim hamilə qadının solunda oturur. Dölün vəziyyəti, mövqeyi, görkəmi, gəliş hissəsi müəyyən edilir.

Xarici döndərmə üçün ümumi qayda dölün sağrılarının kürəyə doğru, kürəyin başa doğru, başın dölün qarına doğru döndərilməsidir.

Texnikası. Mamanın əlləri dölün baş və çanağının proyeksiya etdiyi nahiyyəyə qoyulur. Dölün başı yavaş-yavaş qasıq nahiyyəsinə, sonra isə kiçik çanaq girəcəyinə doğru yönəldilir, ikinci əl eyni zamanda dölün çanağını uşaqlığın dibinə doğru yönəldir (şəkil:18-8).

Çanaq gəlişində dölün xarici döndərilməsi. Bu əməliyyat B.A.Arxağels tərəfində təklif olunub. O, ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün çanaq gəlişlərini döndərmə əməliyyatı ilə baş gəlişinə gətirməyi təklif edir. Əməliyyatı apararkən xarici döndərmə üçün olan şərtlər və əks göstərişlər nəzərə alınmalıdır.

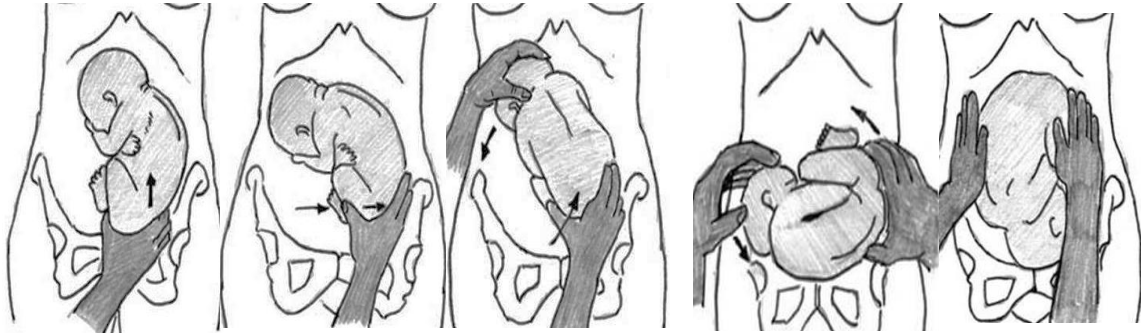


Şəkil:18-8. Köndələn vəziyyətdə olan dölün xarici döndərilməsi

Əməliyyat 5 mərhələdə aparılır: sağrılar çanaq girəcəyindən çıxarılması və hərəkətə gətirilməsi; dölün I çəp vəziyyətə gətirilməsi; dölün köndələn vəziyyətə gətirilməsi; II çəp vəziyyətə gətirilməsi; baş gəlişinə gətirilməsi. İlk mərhələdə dölün sağrılarının hərəkətinə nail olmaq lazımdır. Sağrılar əllə tutulub, kiçik çanaq girəcəyindən dölün mövqeyinə uyğun birinci mövqedə sol, ikinci mövqedə sağ qalça nahiyyəsinə doğru yönəldilir. Döndərmə əməliyyatını başın yerini dəyişməklə, başlamaq lazım deyil. Çünki, başa edilən təzyiq onurğa vasitəsi ilə çanağa keçir və o çanaq girəcəyinə enir, nəticədə hərəkəti məhdudlaşır.

Sağrılar kiçik çanaq girəcəyindən uzaqlaşdıqdan, döl I çəp vəziyyətə keçdikdən sonra mama digər əli ilə başı ənsə nahiyyəsinə tutur və dölün mövqeyinə əks istiqamətdə aşağı doğru yerini dəyişir. Birinci mövqedə mama sol əli ilə dölün başını tutur və ananın sağ qalça çuxuruna doğru onun yerini dəyişir. Bu zaman sağ əllə dölün çanağını uşaqlığın sol divarı ilə yuxarı doğru qaldırır. İkinci

mövqedə əksinə. Uşaqlıqda gərginlik yarandıqda mama əllərini olduğu yerdə saxlayır və əməliyyatı müvəqqəti (gərginlik keçənə qədər) dayandırır. Ümumiyyətlə mamalıq döndərmələrini qarın divarının və uşaqlığın tam boşalmış (süst) vəziyyətində aparmaq lazımdır. Döl köndələn vəziyyətə keçdikdən sonra döndərmə dayandırılır, ağrılar keçdikdən və qarında gərkinlik azaldıqdan sonra davam etdirilir.



Şəkil:18-9.Çanaq gəlişi zamanı xarici döndərmə

Baş çanaq girəcəyində olanda, mamanın əlləri qarının yan tərəfinə yerləşdirilir. Eyni zamanda göbəkdən arxaya doğru hərəkətlər edilir və uşaqlıq yan tərəfdən sıxılır.

Arxa görkəm çanaq gəlişlərində döndərmənin texnikası daha sadədir, çünki bu zaman baş qarının ön divarına doğru yönəlmiş vəziyyətdə olur və mamanın əli ilə asanlıqla tutulur.

Döndərmə sona çatdıqdan sonra dölün ürək döyüntülərinə qulaq asmaq lazımdır.

Dölün daxili döndərilməsi. Bu mamalıq döndərməsi doğuş zamanı (II dövrdə) Kesar kəsiyi əməliyyatı aparmaq mümkün olmadıqda, doğuşu təcili başa çatdırmaq və ya cift gəlişində qanaxmanı dayandırmaq məqsədi ilə aparılır. Döndərmənin başqa növlərinə nisbətən bu əməliyyat (uşaqlıq boynu tam açıq olarkən) müasir mamalıqda praktik əhəmiyyətə malikdir.

Uşaqlıq boynunun natamam açılması zamanı yalnız 2-3 barmaq daxil edilir və döl ayaq gəlişinə gətirilir. (Brekston- Qiks) Hazırda bu əməliyyat praktik əhəmiyyətə malik deyil.

Uşaqlıq boynunun tam açılması zamanı klassik döndərmə. Döndərmə üçün əks göstərişlər; uşaqlığın cırılması təhlükəsi və ya cırılması; gecikmiş köndələn gəliş (döl uşaqlıqda hərəkətli deyil); hidrosefaliya və dölün doğum yollarından keçməsinə çətinləşdirən başqa anomaliyalar.

Döndərmə üçün əsas şərtlər; uşaqlıq boynu kanalının tam və ya 4 sm-dən çox açıq olması; kifayət qədər hərəkətli döl (dölyanı mayelər ya açılmayıb ya da döndərmə ərafəsində açılıb); ana çanağı ilə döl başının uyğun olması; diri döl.

Əməliyyata hazırlıq uşaqlıq yolu əməliyyatlarında olduğu kimi aparılır.

Əməliyyat narkoz altında doğum zalında aparılır. Qadın arxası üstə ayaqları yanlara açılmış və qarına tərəf bükülmüş vəziyyətdə uzanır. Dezinfeksiya işləri aparılır. Xarici müayinə üsulları ilə dölün vəziyyəti və görkəmi təyin edilir. Su kisəsi tam olduqda yırtılır.

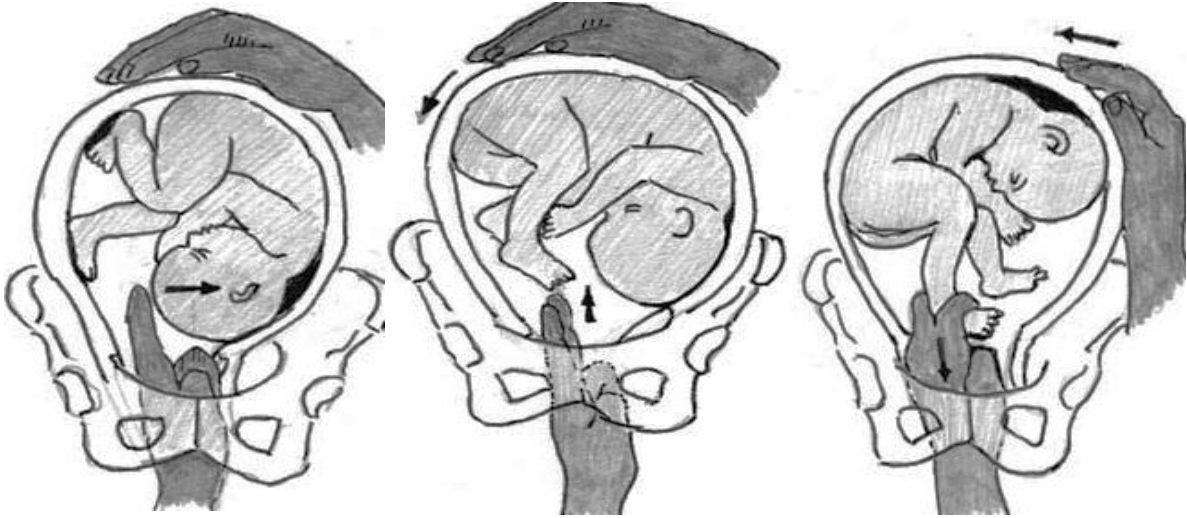
Texnikası. 3 mərhələdə aparılır; əlin uşaqlıq boşluğuna salınması; dölün ayağının axtarılıb tutulması; döndərmə.

I mərhələ. Sol əllə cinsiyyət yarığı açılır. Sağ əl konus şəklində bükülərək (barmaqların ucları bir-birinə toxunur) cinsiyyət yarığına paralel (düz ölçüdə) uşaqlıq yoluna salınır, orada ehtiyatla burularaq köndələn ölçüyə keçir. Bu vəziyyətdə daxili dəliyə doğru yeridilir. Xarici əl uşaqlığın dibi səviyyəsində yerləşdirilir.

II mərhələ. Köndələn vəziyyətdə dölün çiyinləri, çəp vəziyyətdə başı uşaqlıq boşluğunda əlin hərəkətinə mane ola bilər. Bu zaman daxildəki əl ilə dölün başının yerini kürək tərəfə dəyişmək və ya çiyini tutub, onu baş tərəfə çəkmək lazımdır.

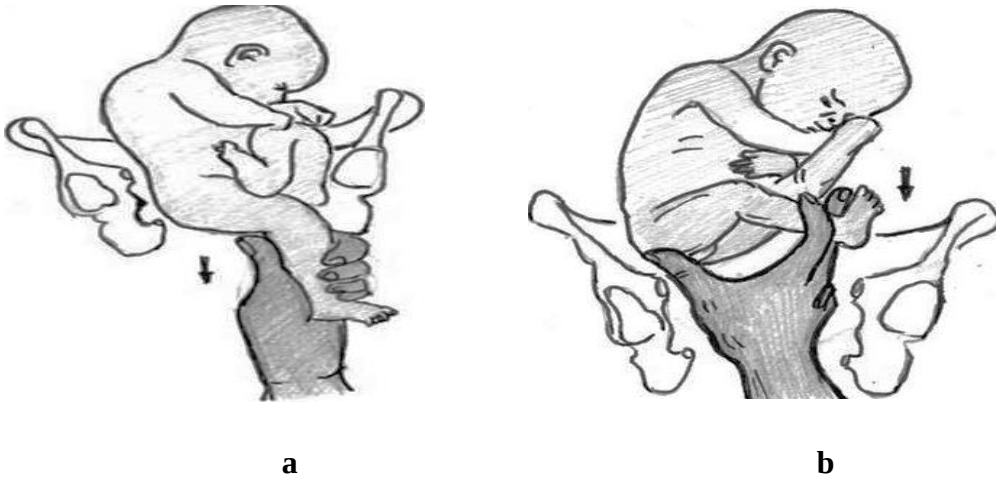
Hal-hazırda döndərmə zamanı prinsipial olaraq dölün natamam ayaq gəlişinə (bir ayaq) gətirilməsi qəbul edilmişdir. Belə ki, dölün bükülmüş digər ayağı və sağrıları başın doğum yollarından keçməsi üçün şərait yaradır.

Hansı ayağın tutulması dölün mövqe və görkəminə görə müəyyən edilir. Ön görkəmdə aşağıda, arxa görkəmdə yuxarıda yerləşən ayaq tutulur (şəkil:18-10). Belə halda doğuş ön görkəmdə başa çatır. Əks halda doğuş arxa görkəmdə baş verəcək bu halda doğuş mümkün deyil.



Şəkil:18-10. Dölün daxili döndərilməsi

Ayağın tutulmasının iki üsulu mövcuddur; qısa və uzun. **Qısa** üsulda dölün qarnı tapılır. Mamanın əli dölün qarnından ayağa doğru sürüşdürülür və ayaq tapılır. Daha dəqiq isə **uzun** üsuldur. Mamanın daxili əli dölün yan səthi ilə yavaş-yavaş sağrıya, sonra isə budlara və baldırlara tərəf sürüşdürülür. Bu üsulda mamanın əli dölün hissələri ilə əlaqəni itirmir, bu da uşaqlıq boşluğunda əlin asanlıqla istiqamətlənməsinə və lazımı ayağın düzgün tapılmasına kömək edir.



Şəkil:18-11. Daxili döndərmə zamanı ayağın tutulması: a) baldırdan; b) topuqdan

Ayağın axtarılması zamanı xaricdəki əl dölün çanaq hissəsində yerləşdirilir və onu daxildəki ələ yaxınlaşdırmağa çalışır. Ayaq tapıldıqdan sonra daxildəki əlin iki barmağı (şəhadət və orta) ilə və ya bütün əllə topuq hissədən tutulur. Ayağın əllə tutulması daha yaxşıdır. Ayaq möhkəm tutulur, siniq təhlükəsi azalır. Baldırı əllə tutarkən baş barmaq baldırın bükücü əzələləri üzərində ələ yerləşdirilir ki, o dizaltı çuxura çatır, digər 4 barmaq baldırı ön tərəfdən tutur.

III mərhələ. Döndərmə ayağın tutulması ilə başlayır, aşağı gətirilməsi ilə başa çatır. Xaricdəki əl eyni zamanda başı uşaqlıq dibinə doğru itələyir. Traksiya çanaq oxu boyunca aparılır. Dölün ayağı cinsiyyət yarığından dizə qədər çıxdıqdan sonra döndərmə başa çatır (şəkil: 18-11). Əgər doğuşu təcili başa çatdırmaq tələb olunmursa, doğuş təbii gedişinə buraxılır. Amma çox vaxt dölün

çanaq ucundan çıxarılması həyata keçirilir.

Döndərmə zamanı aşağıdakı ağırlaşmalar yaranır: doğuş kanalının yumşaq toxumalarının rigidliyi, uşaqlıq boynunun spazmı, aralığın cırılması; uşaqlığın və uşaqlıq boynunun cırılması; göbək ciyəsinin enməsi; dölün zədələnməsi və asfiksiyası; infeksiyon ağırlaşmalar.

§ 4. Doğuş zamanı aparılan mamalıq əməliyyatları

§ 4.1. Doğuşun I dövründə aparılan mamalıq əməliyyatları

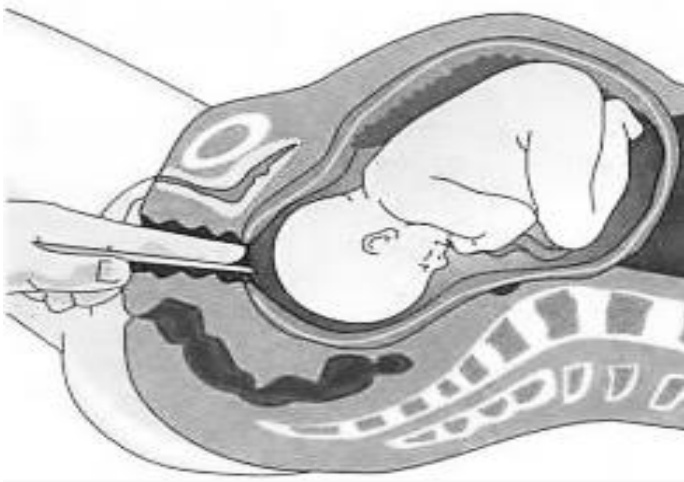
Doğuşun I dövründə əsasən doğuşu yaradan və ya sürətləndirən əməliyyatlar aparılır.

Amniotomiya – döl qışasının süni yırtılmasıdır. İcra müddətindən asılı olaraq amniotomiya – vaxtından əvvəl; erkən; vaxtında; gecikmiş ola bilər. Doğuşun başlanmasına qədər aparılan amniotomiya **vaxtından əvvəl**, doğuşun başlanmasından uşaqlıq boynunun 7 sm açılmasına qədər aparılan amniotomiya **erkən**, doğuşun I dövrünün sonunda uşaqlıq boynu tam açılana qədər olan dövrdə aparılan amniotomiya **vaxtında**, doğuşun II dövründə aparılan amniotomiya **gecikmiş** adlanır.

Doğuşu stimullaşdırmaq üçün vaxtından əvvəl amniotomiya aparılır. Erkən amniotomiya aşağıdakı göstərişlərə əsasən aparılır:

- yastı su kisəsi – bu doğuş fəaliyyətinin başlamasını ləngidir.
- çoxmayelilik – uşaqlıq divarının həddindən artıq gərilməsi, bu da doğuş fəaliyyətinin zəifləməsinə səbəb olur.
- natamam cift gəlişi – ciftin qanayan hissəsinin enən başla sıxılması nəticəsində qanaxma azalır.
- doğuş fəaliyyəti zəifliyi – uşaqlığın yığılması üçün aparılan tədbirlərin effektivliyini artırır.
- eksragenital xəstəliklər – ürək-damar sistemi xəstəlikləri, hestasion hipertenziya, hipertoniya xəstəliyi, böyrək patologiyaları zamanı aparılan amniotomiya uşaqlıq həcmnin azalması, hemodinamikanın normallaşması üçün əhəmiyyətlidir.

Doğuşun I dövrünün sonuna yaxın uşaqlıq boynunun 7 sm və daha artıq açılması zamanı amniotomiya göstərişdir. Artıq funksiyasını yerinə yetirmiş su kisəsinin saxlanması doğum fəaliyyəti zəifliyi, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması kimi patologiyaların yaranmasına səbəb ola bilər.



Şəkil:18-12. Amniotomiyanın texnikası

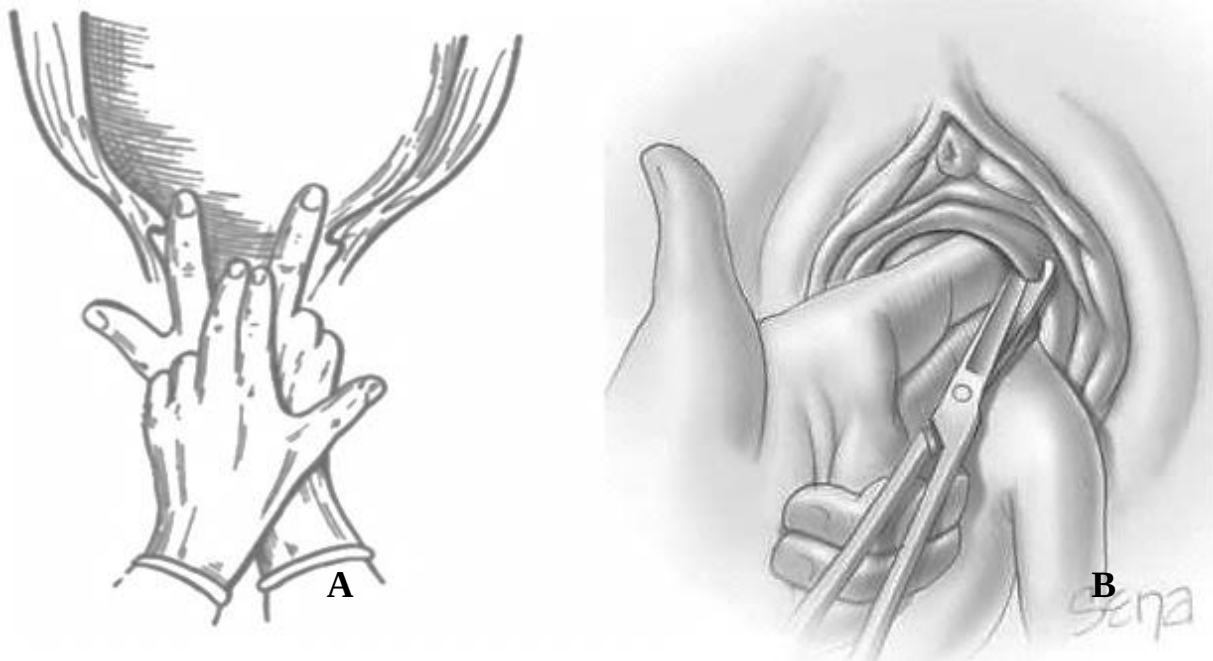
Texnikası. Uşaqlıq yolu müayinəsi zamanı su kisəsi barmaqla dəşilir (iki barmaq – şəhadət və orta barmaq arasında amnion qışa tutulub dartılır). Bu mümkün olmadıqda sol əlin orta və şəhadət

barmaqlarının arasından sağ əlin nəzarəti ilə qülləvari maşa və ya xüsusi ilgək uşaqlıq yoluna daxil edilir (şəkil:18-12). Bu yumşaq toxumaların alətlə zədələnməsinin qarşısını alır. Su qışasının deşilməsi sancılar zamanı, su qışası gərgin olduğu zaman aparılmalıdır. Belə halda dölün gələcək hissəsi zədələnmir. Su qışasında yaranmış dəliyə əvvəlcə orta, sonra şəhadət barmaq salınır, barmaqlar aralanaraq dəliyi genəldir. Əl uşaqlıq yolunda saxlanılır ki, sular tədricən axsın. Dölyanı mayelər tam axana və gəliş hissə çanağa pərçim olana qədər barmaqlar uşaqlıq yolundan çıxarılmır. Bu, axan suyun sürətini azaldır və dölün kiçik hissələrinin, göbək ciyəsinin enməsinin qarşısını alır.

Amniotomiya zamanı, xüsusilə çoxmayelilikdə dölün gələcək hissəsi pərçim olmadıqda dölyanı mayələrin sürətlə axması bir çox ağırlaşmalara – göbək ciyəsinin və kiçik hissələrin enməsinə, başın patoloji gəlişlərinə, dölün vəziyyətinin dəyişməsinə, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına səbəb olur.

Uşaqlıq boynunun genişləndirilməsi. Qanlı və qansız metodlarla aparılır (barmaqla və qayçı ilə). Əvvəllər bu məqsədlə istifadə olunan metreyriz hal-hazırda istifadə edilmir, Foley kateterlərindən istifadə olunur.

Əməliyyatı aparmaq üçün göstərişlər: uşaqlıq boynu rigid olduğu zaman doğuşu sürətləndirmək üçün; endometritlə ağırlaşmış, uzanmış doğuş fəaliyyəti zamanı; ölü döldə embriotomiyadan əvvəl.



Şəkil:18-13. Uşaqlıq boynu dəliyinin genişləndirilməsi: A-barmaq; B-qayçı ilə

Uşaqlıq boynunun genəldilməsi iki barmaqla aparılır. Barmaqlar daxili dəliyə salınır və dəliyi genəldir (bir-birindən aralandırılaraq).

Uşaqlıq boynu kəsilməsi qayçı ilə aparılır. Uşaqlıq yolu güzgülərlə açılır, uşaqlıq boynu dəliyinin kənarları gülləvari maşa ilə tutulur və ucu əyri qayçı ilə uzunluğu 1,5-2 sm olan kəsiklər aparılır (şəkil:18-13). Kəsiklər saatın “1” və “11” rəqəmi proyeksiyasına uyğun yerlərdən aparılır. Doğuş başa çatdıqdan sonra kəsilmiş yaralar tikilir (ketqut sapla).

Dəri-baş maşalarının qoyulması. Əməliyyat bir qayda olaraq ölü döldə aparılır. Kesar əməliyyatı aparmağa şərait olmadıqda və ya onu aparmağa əks göstərişlər olduqda, hamiləliyin gec müddətində pozulması zamanı əməliyyat diri döldə də aparılır.

Texnikası. Düz bağırsaq və sidik kisəsi boşaldılır. Sonra qadın əməliyyat stoluna uzandırılır. Narkoz vermək vacib deyil. Sağ əl Müze maşası və ya iki gülləvari maşa ilə uşaqlıq yoluna salınır. Sol əllə maşanın dəstəyi açılır. Sağ əlin nəzarəti ilə döl başı dərisinin maksimal böyük büküşü

tutulur və maşanın dəstəyi bağlanır. Maşanın dəstəyindən blok vasitəsi ilə 300-500 qr yük asılır. Sonra doğum fəaliyyəti müşahidə və reqlə edilir.

§ 4.2. Doğuşun II dövründə aparılan mamalıq əməliyyatları

Doğuşun II dövründə aparılan bütün əməliyyatlar doğuşu sürətləndirmək məqsədi ilə aparılır.

§ 4.2.1. Mamalıq maşaları

Mamalıq maşaları (Forseps obstetria) ilk dəfə XVII əsrin əvvəllərində Çemberlen tərəfindən icad edilmişdir. O, öz ixtirasını gizli saxlamışdır. Ona görə də bu ixtira 1723-cü ildə İ.Palfinin adına yazılmışdır. Sonralar mamalıq maşalarının yüzlərlə modeli təklif olunub.

Mamalıq maşaları doğuş gücünü (uşaqlığın yığılmasını və qarın presini) əvəz edir və doğuşu başa çatdırır.

Müasir dövrdə istifadə olunan əsas model N.N.Fenomenov modifikasiyası ilə Simpson maşasıdır. Maşa iki qaşıqdan ibarətdir. Hər qaşığı 3 hissədən ibarətdir: pəncərəli qaşığı hissə, kilid və dəstək. Simpson-Fenomenov maşasının kilidi çox sadədir (şəkil:18-14). Sağ şaxə sol şaxədə olan çuxura daxil olur. Dəstəklər düz formada: onların daxili səthi hamar, xarici səthi dalğavaridir (barmaq yerləri var). Bu da alətin cərrahın əlindən sürüşməsinin qarşısını alır. Dəstəklərin kilitlərinin üst tərəfində Buş qarmaqları var. Simpson-Fenomenov maşalarının iki ayrılığı var: baş və çanaq ayrılığı.



Şəkil:18-14. Simpson-Fenomenov maşası

Baş ayrılığı döl başının dairəsinə, çanaq ayrılığı ana çanağının ötürücü xəttinə uyğunlaşdırılıb. Maşalar dəstəyinə görə fərqləndirilir. Sol maşanın dəstəyinin nahamar səthi soldadır. Sol maşa çanağın sol tərəfinə yerləşdirilir. Sağ əksinə.

Maşaların iş mexanizmi. Maşa vasitəsi ilə dölün geniş hissəsinin hərəkəti sürətləndirilir. Döl başının tutulub, maşa vasitəsi ilə çəkilməsi, doğuş zamanı başa edilən təzyiq (yuxarıdan) qüvvəsini əvəz edir. Bu zaman baş müəyyən təzyiqə məruz qalır. Təzyiq böyük qüvvədə olmamalıdır. Maşa ilə başı çəkərkən doğuş mexanizmi təlqin edilməlidir.

Maşa qoyulması üçün göstərişlər:

- döl tərəfindən – hipoksiya; travma təhlükəsi; göbək ciyəsinin enməsi;
- ana tərəfindən – konservativ müalicəyə tabe olmayan doğuş fəaliyyəti zəifliyi; ağır preeklampsiya; ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı qanaxma; ananın ağır somatik xəstəlikləri; (ürək-damar, tənəffüs, sidik-ifrazat sistemi xəstəlikləri, ağır miopatiyalar) hansı ki, qadına bu xəstəliklər zamanı fiziki yük əks göstərişdir; doğuş zamanı endometrit və s.

Mamalıq maşalarının qoyulmasının həm ana, həm də döl üçün müvəffəqiyyətlə nəticələnməsi üçün müəyyən şərtlərə əməl olunmalıdır. Bu şərtlər aşağıdakılardır:

1.Döl başının çanaq müstəvilərinə nisbəti. Bu zaman əsasən başın ən böyük çevrəsinin uzunluğu nəzərə alınır. Ənsə gəlişlərində bu çevrə başın kiçik çəp, təpə gəlişində düz, alın gəlişində böyük çəp, üz gəlişində vertikal ölçüdə keçir. Bütün bu hallarda başın ən böyük çevrəsi qulaqlar səviyyəsindən keçir. Əlin dörd barmaqlarını (baş barmaqdan başqa) uşaqlıq yoluna saldıqda, dölün qulaqlarını və çanağın qövsü xəttini asanlıqla tapmaq olur. Ona görə əməliyyatdan əvvəl vaginal müayinənin iki barmaq deyil, dörd barmaqla aparılması tövsiyyə olunur. Bu zaman başın ən bö-

yük çevrəsinin çanağa hansı seqmentlə keçdiyi dəqiq təyin edilir.

Martius döl başı ilə çanaq müstəvilərinin nisbətini variantlarını nəzərə almaqla maşaların qoyulması üçün cədvəl tərtib etmişdir:

I variant – döl başı giriş müstəvisinin üzərindədir – maşa qoyulması mümkün deyil;

II variant – döl başı kiçik seqmentlə giriş müstəvisindədir – maşa qoyulması əks göstərişdir;

III variant – döl başı böyük seqmentlə giriş müstəvisindədir – müasir dövrdə belə hallarda maşa qoyulmur. Ana və döl üçün daha əlverişli metodlardan (Kesar kəsiyi əməliyyatı, vakuum-ekstraksiya) istifadə olunur;

IV variant – döl başı kiçik çanağın enli müstəvisindədir – maşa qoyulması çox çətindir, yüksək kvalifikasiya tələb edir;

V variant – döl başı kiçik çanağın dar müstəvisindədir – boşluq maşaları qoyulur;

VI variant – döl başa çıxış müstəvisindədir – çıxış maşaları qoyulur.

Bundan başqa başın hərəkətli olub-olmaması da əhəmiyyətlidir. O, hərəkətlidirsə, giriş müstəvisi ilə uyğunluq var.

2. Döl başı ilə ana çanağı uyğun olmalıdır.

3. Döl başının normal ölçüdə olması, o nə çox böyük, nə də çox kiçik olmamalıdır.

4. Başın tipik duruşu – maşa başı çıxarmaq üçün qoyulur, başın duruş vəziyyətini dəyişmək üçün ondan istifadə etmək olmaz.

5. Uşaqlıq boynu tam açıq olmalıdır.

6. Döl qovluğu yırtılmalıdır.

7. Döl diri olmalıdır.

8. Gəliş hissənin mövqeyi, asinklitizmin dərəcəsi dəqiq təyin olunmalıdır.

9. Başın aşağı qütbü oturaq qabarıqları səviyyəsində olmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, doğum şışı başın vəziyyətini gizlədə bilər.

10. Çanaq çıxacağının ölçüləri kifayət qədər olmalıdır – qabarlararası məsafə 8 sm-dan çox olmalıdır.

11. Adekvat anesteziya.

12. Sidik kisəsinin boşaldılması.

Əməliyyata hazırlıq əməliyyat masası üzərində aparılır. Qadın arxası üstə ayaqlar diz və bud-çanaq oynaqından bükülmüş, yanlara açılmış vəziyyətdə uzanır. Sidik kisəsi elastik kateterlə boşaldılır. Döl başı çanaq boşluğunda və ya çıxacağında olduqda kateterlərin daxil edilməsi çətinləşir. Metal kateterin salınması yol verilməzdir.

Baş aşağı seqmentdə olduqda sidik kisəsinin kateterizasiyası aşağıdakı qaydada aparılır:

– sağ əlin ikinci və üçüncü barmaqlarının arxa səthləri qasığa tərəfə olmaqla uşaqlıq yoluna salınır, simfizin altına salınan barmaqlar başla simfiz arasında yerləşdirilir, barmaqlar bir qədər aralanır və ehtiyatla kateter salınır.

Xarici cinsiyyət üzvləri və budun daxili səthi dezinfeksiyaedici məhlullarla təmizlənir, döl başının kiçik çanaqda vəziyyətini müəyyənləşdirmək üçün uşaqlıq yolu müayinəsi aparılır, maşalar yoxlanılır. Həkimin əlləri cərrahi əməliyyatlarda olduğu kimi dezinfeksiya olunmalıdır.

Döl başı çanaq boşluğunun dar və geniş müstəvisində yerləşdikdə – **boşluq maşaları**, kiçik çanaq çıxacağında yerləşdikdə – **çixacaq maşaları** qoyulur.

Ağrısızlaşdırma zamanı qadının və dölün vəziyyəti, əməliyyata göstərişin xarakteri nəzərə alınmalıdır. Əməliyyat zamanı inhalasion narkoz verilməsi məqsədəuyğundur. Çıxacaq maşaları qoyularkən cinsiyyət sinirlərinin iki tərəfli anesteziyası ilə kifayətlənmək olar.

Əməliyyatın texnikası. Maşaların qoyulmasının ümumi qaydaları var. Bu qaydalar 3 „üçlük” qaydaları adlanır.

1. Birinci „üçlük” qaydası – **sol** qaşığıq **sol** əllə tutulur, sağ əlin müşayəti ilə çanağın **sol** tərəfinə salınır (**3 sol**). **Sağ** qaşığıq **sağ** ələ tutulur, sol əlin müşayəti ilə çanağın **sağ** tərəfinə salınır (**3 sağ**).

2. İkinci „üçlük” qaydası – maşalar bağlanan zaman maşaların oxu, döl başının oxu və „ötürücü ox” üst-üsə düşməlidir (**üç ox**). Bunun üçün maşalar elə qoyulmalıdır ki, qaşıqların zirvəsi döl

başının ötürücü nöqtəsinə yönəlsin, başın çevrəsini əhatə etsin, başın ötürücü nöqtəsi qaşıqların ox müstəvisində yerləşsin. Qasıqlar düzgün qoyulduqda dölün qulaq seyvanları maşaların qaşıqları arasında olur.

3.Üçüncü „üçlük” qaydası „üç mövqe, üç traksiya” adlanır. Birinci mövqedə döl başı böyük seqmentlə giriş müstəvisində yerləşir, bu zaman traksiya aşağı doğru (oturmuş mamanın ayaqlarının ucuna doğru) aparılır. Müasir dövrdə (yüksək maşalar) döl başı giriş müstəvisində olduqda maşa qoyulmur. İkinci mövqedə döl başı çanaq boşluğunda olduqda yerləşir (boşluq maşalar) traksiya horizontal (oturmuş mamanın dizlərinə doğru) aparılır. Üçüncü mövqedə döl başı çıxış müstəvisində yerləşir (çıkış maşaları), bu zaman traksiya yuxarı (oturmuş mamanın əvvəl üzünə sonra alınına) doğru aparılır.

Maşaların qoyulması 4 mərhələdə aparılır: 1) maşa qaşıqlarının daxil edilməsi; 2) maşaların kilidlənməsi və sınaq traksiyası; 3) əsas traksiya; 4) maşaların çıxarılması.

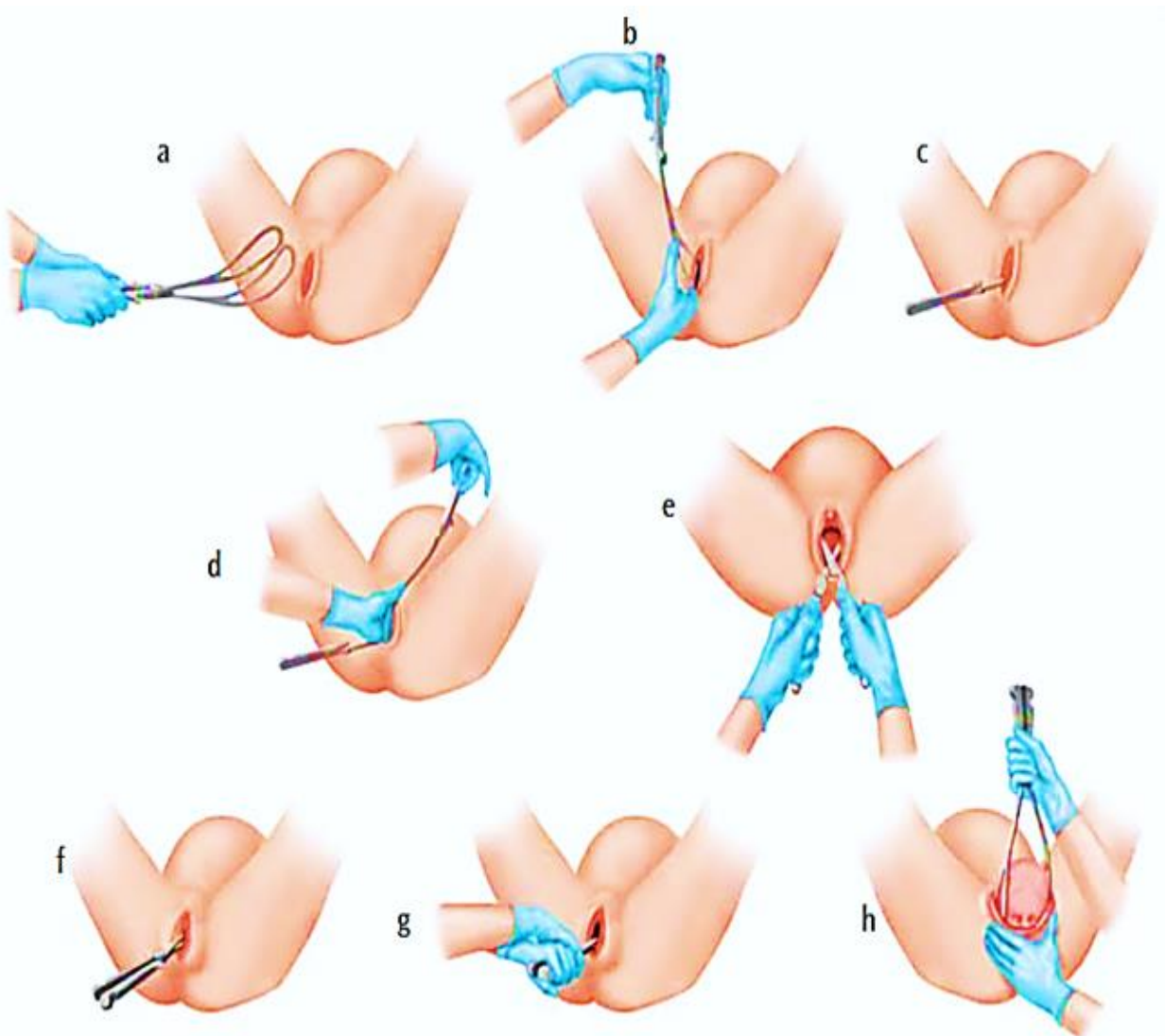
I mərhələ. Əvvəlcə vulvanın önündə maşanın qaşıqları bir-birinə taxılır (şəkil:18-15 a). Qasıqlar bir-birinə uyğun gəldiyi halda açılır və əməliyyata başlanılır. Maşaların salınması birinci üçlük qaydasına əsasən aparılır. Mama sol əli ilə cinsiyyət yarığını aralayır və uşaqlıq yolunun sol divarı boyu sağ əlinin 4 barmağını daxil edir. Sonra sol əllə maşanın sol qaşığının dəstəyi götürülür. Dəstək önə və sağ qaşiq бүкүşү tərəfə elə qaldırılır ki, maşa qaşığının yuxarı hissəsi cinsiyyət yarığına arxa-ön diametrə uyğun daxil olsun. Qaşığın aşağı tili sağ əlin baş barmağına dirənməlidir. Uşaqlıq yoluna daxil edilmiş barmaqların nəzarəti altında qaşığın aşağı tili sağ əlin baş barmağı ilə itələnərək cinsiyyət yarığına daxil edilir (şəkil:18-15 b). Qaşiq II və III barmaqlar arasında sürüşməlidir. Qaşiq baş barmağın köməyi ilə öz ağırlığı hesabına uşaqlıq yoluna daxil olur. Qaşığın aşağı tili şəhadət və orta barmaqlar arasından keçirilir. Qaşığın yuxarı hissəsinin hərəkəti sol əl barmaqlarının nəzarəti altında baş verir. Qaşiq düzgün daxil edildikdə uşaqlıq boynunu tutmur və başın periferik hissəsinə yaxşı oturur. Mamanın sağ əlinin daxil edilməsi qaşığın hərəkətinə nəzarət üçündür. Qaşiq doğuş yollarında irəlilədikcə, dəstək orta xəttə yaxınlaşıb, aşağı enir (şəkil:18-15 c). Hər iki hərəkət uşaqlıq yoluna daxil edilmiş sağ əlin dörd barmağının nəzarəti altında yumşaq və ehtiyatla yerinə yetirilməlidir. Sol qaşiq başa yaxşı oturulduqdan sonra dəstək assistentə verilir, o da onu qadının sağ ayağının altında tutur. Bundan sonra mama cinsiyyət yarığını sağ əli ilə aralayır və sol əlin dörd barmağını uşaqlıq yolunun sağ divarı boyu yeridir (şəkil:18-15 d). Sağ əllə sağ qaşığın dəstəyi götürülür, sol qaşiq бүкүşү üzərindən önə qaldırılır, qaşığın ucu cinsiyyət yarığına tərəf yönəldilir, qaşığın aşağı tili sol əlin şəhadət barmağına dirənir. Qaşiq baş barmağın köməyi ilə və öz ağırlığı hesabına uşaqlıq yoluna daxil olur. Qaşığın aşağı tili şəhadət və orta barmaqlar arasından keçirilir. Qaşığın yuxarı hissəsinin hərəkəti sol əl barmaqlarının nəzarəti altında baş verir. Sağ qaşiq doğuş kanalı boyunca irəlilədikcə o, öz ayrılığı ilə başın qabarıqlığını əhatə edir. Bu zaman maşanın dəstəyi ehtiyatla bədənə orta xəttinə və arxaya doğru enir (şəkil:18-15 f). Başın uzunluğu boyu, yəni ənsədən çənəyə doğru tutulması daha məqsədəuyğundur. Maşa biparietal, iki diamertal əks nötlərdə oturmalıdır. Belə halda, çanağı müntəzəm daralmış doğanlarda, ənsə gəişi ön görkəmdə, baş çanaq çıxacağıının düz ölçüsündə olarkən, başın ən çox бүкүlməsi mexanizminə uyğun gəlir.

II mərhələ. Bu mərhələdə maşa qaşıqları kilidlənir. Qasıqların kilidlənməsi ikinci „üçlük” qaydasına (üç ox) uyğun gəlir. Qasıqlar bir-birinin üzərinə asanlıqla oturduqda maşa bağlanır və sınaq traksiyası aparılır (şəkil:18-15 e). Bunun üçün baş barmaqlar yan qarmaqlara qoyulur və hər iki dəstək əllə tutulur. Bundan sonra sınaq traksiyası (şəkil:18-15 f) aparılır. Məqsəd maşanın düzgün qoyulduğuna və sürüşmə təhlükəsinin olmadığına əmin olmaqdır. Bunun üçün qapanmış maşanın dəstəkləri sağ əllə yuxarıdan tutulur və sol əlin üzərinə qoyulur, sağ əlin şəhadət barmağı daxilə salınır və dölün başına qoyulur. Traksiya apararkən döl başı yerini dəyişmirsə, maşa ilə birlikdə barmaqda başdan aralanırsa maşa düzgün qoyulmayıb, sürüşmə var. Sürüşmə horizontal və vertikal istiqamətdə olur. Vertikal sürüşmə zamanı qaşıqların zirvələri bir-birindən aralanır, başın üzərində sürüşərək cinsiyyət yarığından xaricə çıxır. Bu zaman qaşıqlar çıxarılmalı və yenidən qoyulmalıdır. Horizontal sürüşmə zamanı qaşıqlar başın üzərindən ya simfizə ya da omaya doğru sürüşür. Bu hal baş yüksəkdə durduqda baş verir. Doğuş başqa üsullarla başa çatdırılmalıdır.

III mərhələ. Döl başının maşa ilə çıxarılmasıdır. Bu əməliyyata başlamazdan əvvəl epiziotomiya aparmaq məqsəduyğundur. Başın çıxarılması üçüncü „üçlük” qaydası ilə aparılır.

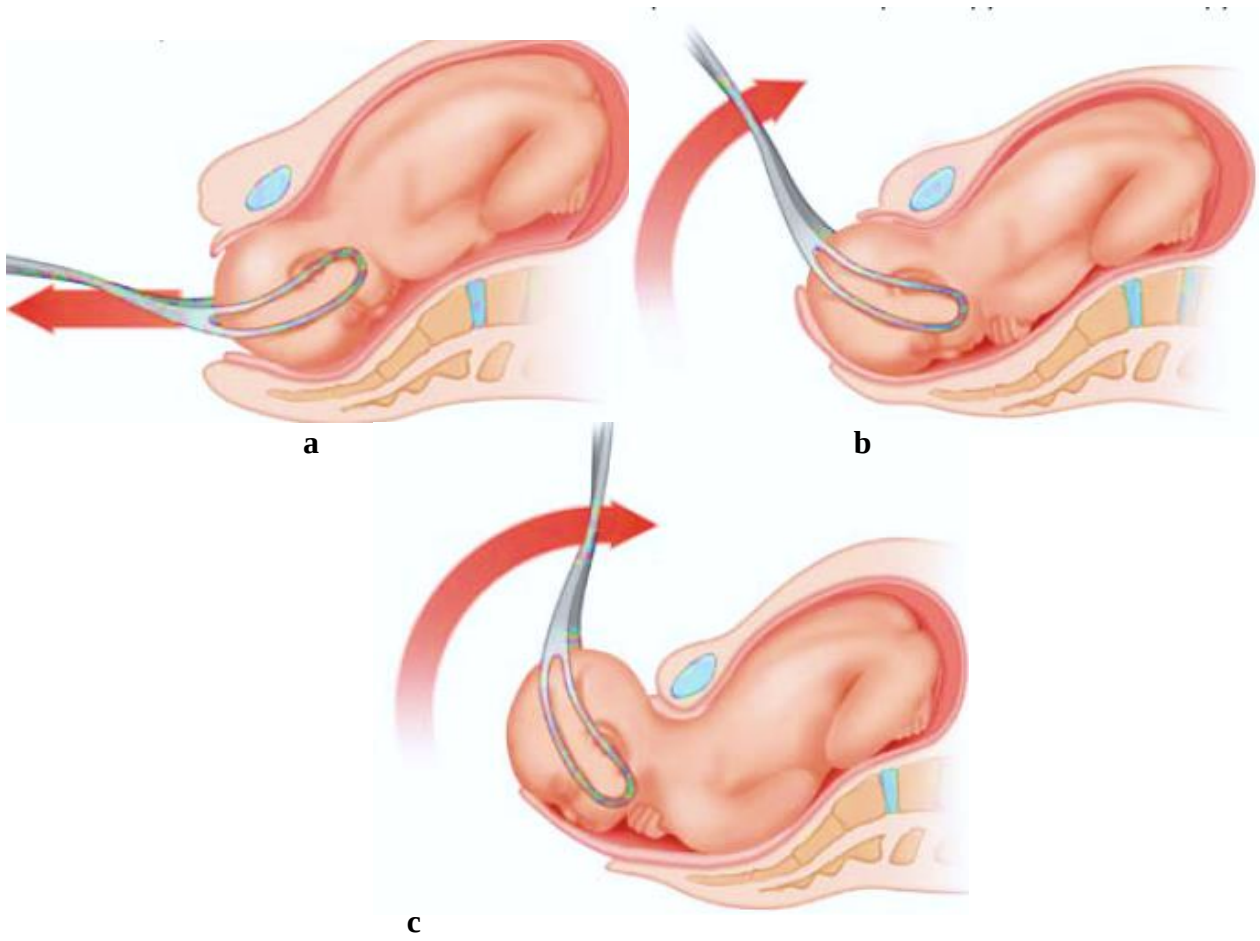
Traksiya aşağıdakı kimi aparılır: sağ əllə yuxarıdan kilid tutulur, bu zaman orta barmaq kili-din üstündə qaşıqlararası dəliyin daxilinə, şəhadət və adsız barmaqlar isə yan qarmaqlara qoyulur (Simpson-Fenomenov maşasında). Sol əllə maşanın dəstəkləri alt tərəfdən tutulur (şəki:18-15 g).

Traksiyalar zamanı döl başının kiçik çanaqda vəziyyəti nəzərə alınmalıdır: döl başı çanağın enli hissəsində olduqda traksiya aşağı və arxaya doğru; çanaq boşluğunun dar hissəsində olduqda aşağı; çanaq çıxacağına olduqda aşağı, özünə tərəf və önə doğru aparılmalıdır. Doğum kanalının ötürücü xətti qövs şəklindədir. Dölün başı bu xətt üzrə spinal səthə qədər irəliləyir, kiçik çanaq boşluğuna enir, sonra isə önə dönür. Dölün başı maşa ilə çıxarılarkən bu oxun istiqaməti nəzərə alınır. Traksiyalar intensivliyinə görə gücverməni təlqin etməlidir: tədricən başlamalı, güclənməli və zəifləməli. Traksiya zamanı mama doğuşun bitməmiş mərhələlərini bitirməyə çalışır. Hər traksiyanın müddəti gücvermə (20-30 san) müddətinə bərabərdir. Traksiyalar arası fasilə 30-60 saniyə olur. 4-5 traksiyadan sonra maşanı açmaq 1-2 dəqiqə fasilə vermək lazımdır. Traksiyalar zamanı əlavə hərəkətlər etmək olmaz.

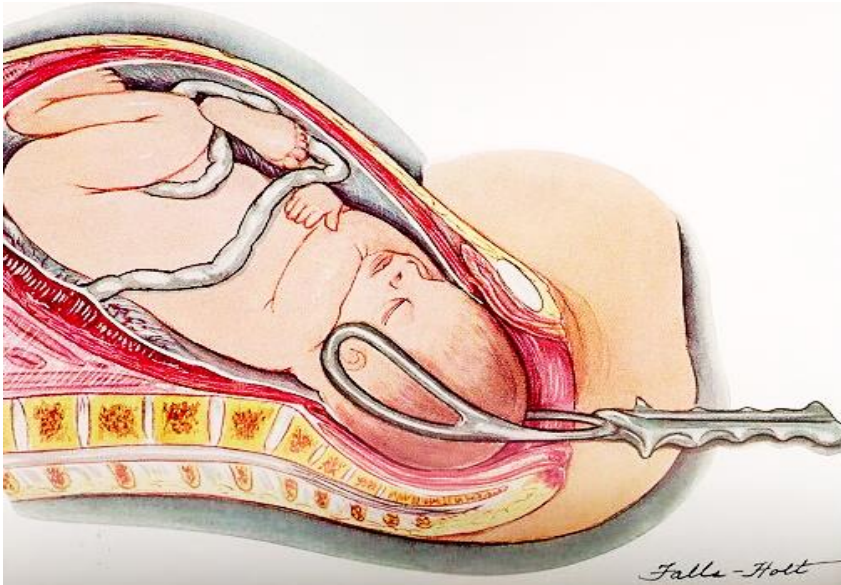


Şəkil:18-15. Maşaların qoyulma texnikası: a) yoxlanması; b) sol qaşığın salınması; c) sol qaşık başa düzgün qoyulub; d) sağ qaşığın salınması; e) qaşıqların kilidlənməsi; f) qaşıqlar başa düzgün qoyulub; g) sınaq traksiya; h) əsas traksiya.

Maşa ilə traksiya (şəkil:18-16)



Ön görkəm ənsə gəlişində başın traksiyası: a) gücvürmələrlə sinxron horizontal;
b) yuxarı; c) ananın qarnına doğru



Arxa ənsə gəlişində çıxış maşalarının qoyulması,

Çanaq ayrılığı olan maşalarda dəstəklərin istiqaməti qasıqların hərəkət istiqaməti ilə üst-üstə düşür. Bunu nəzərə alan N. A. Sovyanov maşanın tutulması və dölün traksiyası üçün yeni üsul təklif edib. Baş barmaqlar dəstəklərin aşağı səthinin üçdə birinə dirənir. Orta və şəhadət barmaqları dəstəkləri yan və üst tərəfdən qarmaq səviyyəsində tutur. Adsız və çeçələ barmaqlar maşanın kilid-dən yuxarı paralel şaxələrini başa yaxın itələyir.

IV mərhələ. Baş azad edildikdən sonra maşa çıxarılır. Baş görünməyə başlayanda maşa çıxarıldıqdan sonra başın sürətlə çıxmasının, aralığın cırılmasının qarşısını almaq üçün başı tutmaq lazımdır. Dəstəklər əllə götürülür, kilid açılır, əvvəl sağ sonra sol qasıq çıxarılır. Maşanın nə vaxt qoyulmasından asılı olaraq (baş kiçik çanaq çıxacağında, boşluqda) çıxacaq, boşluq və yüksək və ya atipik maşalar ayırd edilir.

Ön ənsə gəlişində çıxış maşalarının qoyulması. Ön ənsə gəlişində baş kiçik çanaq çıxacağında olduğu zaman qoyulur. Ən çox istifadə olunan maşa əməliyyatıdır. Bu əməliyyat zamanı döl başının sagital tikişi çanaq çıxacağının düz ölçüsündə, kiçik əmgək öndə, qasığın altında olmalıdır. Su kisəsi tam olduqda o, deşilməlidir. Qarının divarından palpasiya etdikdə çanaq üzərində döl başı əllənmir.

Maşa dörd mərhələdə qoyulur:

I və II mərhələnin texnikası yuxarıda təsvir olunub. Maşalar başa çanaq çıxacağının köndələn ölçüsündə (biparietal) qoyulur: sağ qasığın dəstəyi soldakından yuxarıda olmalıdır. Həkim kətildə oturur. Baş ənsə qabarı ilə simfizin aşağı kənarına yaxınlaşmayıbsa, traksiya arxaya doğru aparılır, ənsə qabarı simfizin altına yaxınlaşdıqda traksiya ənsəaltı qabar simfizin altından keçənə qədər horizontal aparılır. Sonra mama ayağa qalxır və başı azad edir. Bu zaman hərəkət doğuş mexanizminə uyğun aparılmalıdır (fiksasiya nöqtəsi ətrafında).

III mərhələ-döl başının maşa ilə çıxarılması. Həkim doğanın soluna keçir. Sağ əli ilə maşanın dəstəyini tutur. Sol əli ilə aralığı tutaraq, alın qabarılarının vaxtından əvvəl doğrulmasının qarşısını alır, maşanın dəstəyini asta və ehtiyatla yuxarı (önə) doğru qaldırır. (şəkil:18-16).

Arxa görkəm ənsə gəlişində çıxış maşalarının qoyulması. Əməliyyat 4 mərhələdə aparılır.

I mərhələ – qasıqların daxil edilməsi. Qasıqlar çanaq çıxacağının köndələn, döl başının biparietal ölçüsünə salınır.

II mərhələ – qasıqların kilidlənməsi və sınaq traksiyası. Maşalar kilidləndikdə onların dəstəyini bir qədər buraxmaq və başı böyük çəp ölçüyə uyğun tutmaq lazımdır. Ancaq çox vaxt buna nail olmaq çətin olur. Aralıq tərəfdən maneə yaranır. Dölün başı natamam büküldüyündən onu ənsəüstü-çənə çox zaman isə ənsəüstü-boyun (vertikal) ölçüdə tutmaq mümkün olur.

III mərhələ – **Əsas traksiya.** Traksiya zamanı təbii doğuş mexanizmi təqlid edilir. Böyük əmgək və ya alının tüklü hissəsi qasığın altından çıxana qədər traksiya üfqi istiqamətdə (özünə tərəf) aparılır. Sonra ənsə nahiyəsinin aralığın üzərinə gəlməsi və başın əlavə bükülməsi üçün önə doğru, ehtiyatla traksiya etmək lazımdır. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, baş yaxşı tutulsun və maşalar sürüşməsin, əks halda uşaqlıq yolu və aralıq ciddi zədələnə bilər. Ənsə aralıq üzərinə çıxdıqdan sonra maşanın dəstəyi buraxılır, dölün alını və çənəsi qasıqdan çıxarılır.

IV mərhələ-maşanın çıxarılması. Maşanın kilidi açılır, çıxarılır.

Boşluq maşalarının qoyulması. Döl başı çanaq boşluğunun geniş və ya dar müstəvisində yerləşdikdə boşluq maşaları qoyulur. Çanaq boşluğunda başın fırlanması başa çatmırsa, sagital tikiş çanağın çəp və ya köndələn ölçüsünə uyğun gəlir. Belə halda maşa qoyularkən həm də başın daxili dönüşü (45^0 və ya 90^0) başa çatdırılır. Boşluq maşalarının qoyulması daha çətindir.

Dölün I mövqeyində ön görkəm ənsə gəlişində boşluq maşaları. Maşalar çanaq boşluğunun sağ çəp və sol çəp ölçüsünə perpendikulyar olaraq döl başının biparietal ölçüsünə yerləşdirilir.

I mərhələ. Sol əl ilə cinsiyyət yarığı aralanır və sağ əlin dörd barmağı uşaqlıq yoluna daxil edilir. Sol əlin üç barmağı ilə maşanın sol dəstəyi tutulur bir qədər sağa və önə doğru qaldırılır. Qasığın zirvəsi uşaqlıq yoluna əllə daxil edilir. Bu zaman qasığı bir qədər arxaya doğru, sol tərəf qabarı nahiyəsinə yerləşdirmək lazımdır. Sol dəstək assisente verilir və vəziyyəti dəyişməmək tapşırılır. Sağ qasıq əks tərəfdən başa yerləşdirilir. Bunun üçün sağ əllə cinsiyyət yarığı aralanır və sol əlin

dörd barmağı uşaqlıq yoluna sağ divar boyu daxil edilir. Sağ əl ilə maşanın sağ şaxəsinin dəstəyi götürülür, sol qasıq büküşü istiqamətində qaldırılır. Qasığın zirvəsi əl ilə baş arasından uşaqlıq yolunun sağ divarı boyunca daxil edilir. Sol əlin şəhadət barmağının köməyi ilə maşanın qasıqı sağ tərəfə qabarı nahiyyəsinə yerləşdirilir. Qasıqlar başın diametral əks nöqtələrində yerləşməsə maşanın dəstəkləri qapanmaz.

II mərhələ. Maşalar başda biparietal tərzdə yerləşdirilir. Maşalar çanaq boşluğunun sol çəp ölçündə olduqda dəstəklər kilidlənir və sınaq traksiyası aparılır.

III mərhələ. Traksiyalar aşağı və bir qədər arxaya doğru aparılır. Başın fırlanmasını hiss edən zaman ona şərait yaradılmalıdır. I mövqe ön görkəmdə kiçik əmgək, yəni ənsə nahiyyəsi saat əqrəbinin əks istiqamətində sağa və önə doğru hərəkət edəcək. Fırlanma başa çatdıqdan sonra kiçik əmgək qasığın altında, sagital tikişi isə kiçik çanaq çıxacağının düz ölçüsündə olacaq. Traksiya əvvəlcə aşağıya doğru aparılır. Ənsə qabarı qasıq qövsünün altına keçdikdən sonra (fiksasiya nöqtəsi) önə doğru aparılır. Başın açılması ilə traksiya başa çatdırılır. Mama doğan qadının sağ tərəfində duraraq sağ əli ilə aralığı qoruyur və maşanın köməyi ilə başı çıxarır.

IV mərhələ. Maşalar çıxarılır.

II mövqe ön görkəm ənsə gəlişində boşluq maşalarının qoyulması.

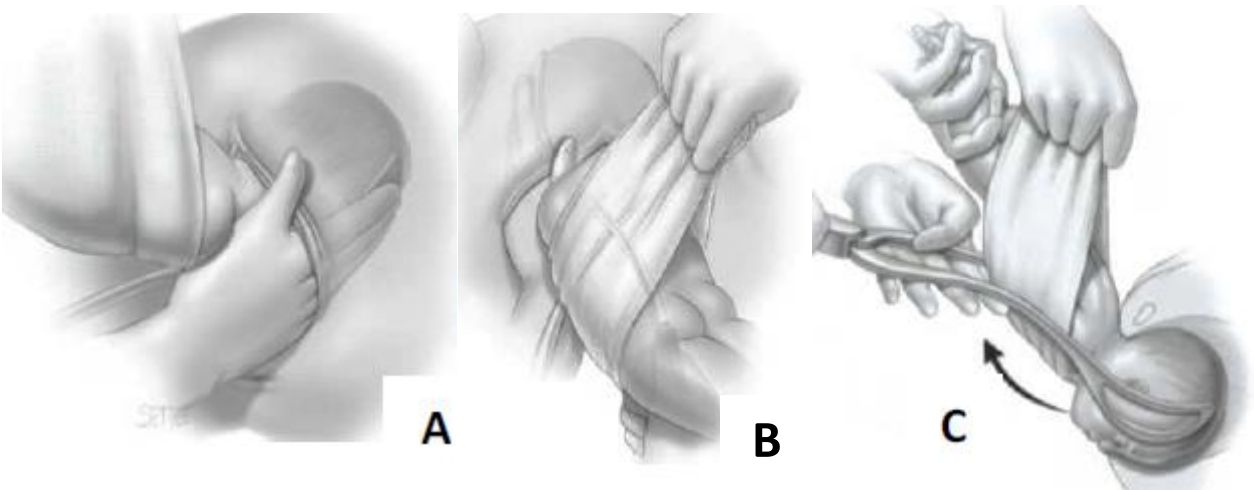
I mərhələ. Sol qasığı çanağın sol tərəfinə daxil edirlər, sagital tikiş sol çəp ölçüyə uyğun gəldiyindən sağ çəp ölçüdə qasıqları biparietal yerləşdirmək lazımdır. Sol qasıq önə doğru qasığa və bir qədər sağ tərəfə yerləşdirilir. Sol əl ilə maşanın dəstəyini tutmaqla aşağı tilə ehtiyatla təzyiq edilir. O önə və sağa doğru dartılır, onun yeri sol tərəfə qabarına qədər dəyişdirilir. Eyni zamanda dəstək arxaya saat əqrəbinin əksinə (spiral) döndərilir. Sol əlin nəzarəti altında sağ qasıq əl ilə elə salınır ki, o başın sağ qabarı üzərinə düşsün.

II mərhələ. Maşa çanağın sağ çəp ölçüsündə yerləşdirilən zaman onlar yaxşı qapanır. Bundan sonra sınaq traksiyası aparılır.

III mərhələ. Traksiya aşağı və arxaya doğru icra edilir. Baş bir qədər aşağı enməyə başladığında maşada kiçik əmgək önə və sağa doğru, yəni saat əqrəbi istiqamətində (45°) fırlanır. Mama doğanın sağ tərəfində duraraq sağ əllə aralığı qoruyur və başı azad edir.

IV mərhələ. Maşalar adi qaydada çıxarılır.

I mövqe- arxa görkəm ənsə gəlişində boşluq maşalarının qoyulması. Maşa çanağın sağ çəp ölçüsündə döl başına biparietal yerləşdirilir. Qasıqlar II mövqe ön görkəmdə olduğu kimi daxil edilir. Çünki sagital tikiş kiçik çanağın sol ölçüsünə uyğun gəlir.



Şəkil:18-17. Çanaq gəlişində maşaların qoyulması: A-sol qasığın qoyulması; B-sağ qasığın qoyulması; C-başın çıxarılması.

Traksiya aşağı və bir qədər arxaya doğru aparılır. Bu zaman həmçinin başın daxili dönüşü baş verir. Nadir hallarda kiçik əmgək önə doğru döndür, bu halda müvafiq olaraq maşa qasıqlarının yeri

dəyişdirilir. Sagital tikiş çanaq girəcəyinin düz ölçüsünə gəldikdə və böyük əmgək qasıq qövsü altında fiksasiya olduqda, maşanın dəstəyi önə doğru qaldırılır və aralığın altından ənsə çıxarılır və qaşıqlar yenidən düzləndirilir. Ənsəaltı çuxur fiksasiya olunduqdan sonra maşanın dəstəyi bu nöqtə ətrafında bir qədər arxaya yönəldilir. Alın və çənə azad edilir. Maşalar çıxarılır.

II mövqe arxa görkəm ənsə gəlişində boşluq maşalarının qoyulması. Başı biparietal ölçüdə tutmaq üçün maşa çanağın sol çəp ölçüsünə yerləşdirilir. Maşaların daxil edilməsi I mövqe, ön görkəm ənsə gəlişində olduğu kimidir. Maşalar adi qaydada çıxarılır.

Çanaq gəlişlərində maşaların qoyulması. Bir çox xarici ölkələrdə çanaq gəlişləri zamanı mamalıq maşaları qoyulur. Bu başın çıxarılması zamanı boyunun dartılmasının, çiyin qurşağının travmalarının, başın kompressiyasının qarşısını alır.

Texnikası. Dölün doğulmuş gövdəsi isti dəsmala bükülür və yuxarı qaldırılır. Baş gəlişlərində olduğu qaydalarla əvvəl sol, sonra sağ qaşığı uşaqıq yoluna salınır, dölün başında yerləşdirilir və yuxarı doğru traksiya aparılır.

Maşa qoyarkən baş verə biləcək **ağırlaşmalar:**

- maşaların qoyulması və qapanması zamanı çətinliklərin yaranması;
- maşa qaşıqlarının döl başından sürüşməsi;
- uşaqıq boynu, uşaqıq yolu, aralıq, qasıq bitişməsi və qadının başqa orqanlarının (sidik kisəsi, düz bağırsaq) zədələnməsi;
- dölün sümüklərinin və yumşaq toxumalarının zədələnməsi; beyinə təzyiq və qansızma.

§ 4.2.2. Dölün vakuum ekstraksiyası

Dölün vakuum ekstraksiyası onun vakuum ekstraktor vasitəsi ilə çıxarılmasıdır. Bu əməliyyat döl diri olduqda aparılır.

Vakuum ekstraktor aparatı 1954-cü ildə Malmestrem tərəfindən kəşf olunmuşdur. Aparat dia-



Şəkil:18-18. Vakuum ekstraktor

metri 5-8 sm olan kənarları hamar, mərkəzində çökəklik olan 4 metal kasacıqdan, kasacığın mərkəzinə birləşmiş zəncirdən, daxilində həmin zəncir keçən borudan, zəncirin birləşdiyi metal krandan və rezin borunun birləşdiyi elektrosorucudan ibarətdir. Elektriklə (şəkil:18-18) və mexaniki işləyən vakuum-ekstraktorlar var

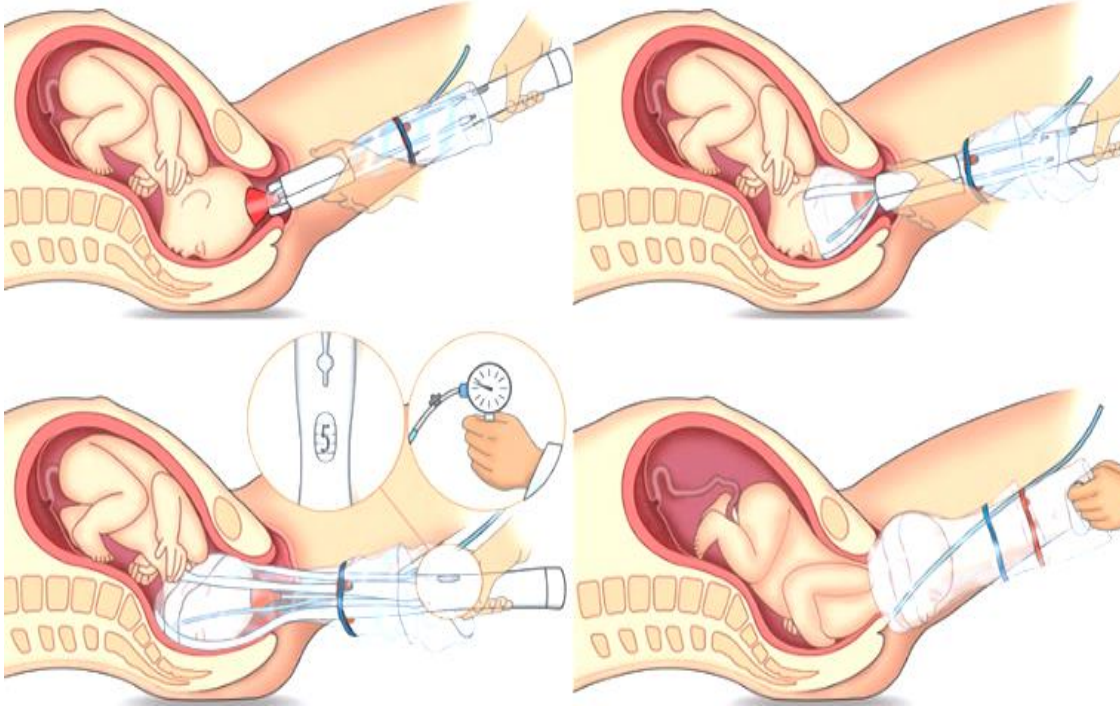
Çaçava-Başanidze modifikasiyasından da istifadə olunur. Bu modeldə müxtəlif ölçülü kasacıqlar dölün başına kip yapışan perimetri 34 sm olan kolpakla əvəzlənib.

Müasir mamalıqda vakuum-ekstraksiya döl üçün əlverişsiz nəticələr yaratdığı üçün az istifadə olunur. Digər mamalıq əməliyyatları aparmaq üçün şərait olmadıqda istifadə olunur. Əməliyyat hamiləliyin II dövründə baş gəlişlərində, bətiindexili hipoksiya və asidozun qarşısını almaq,

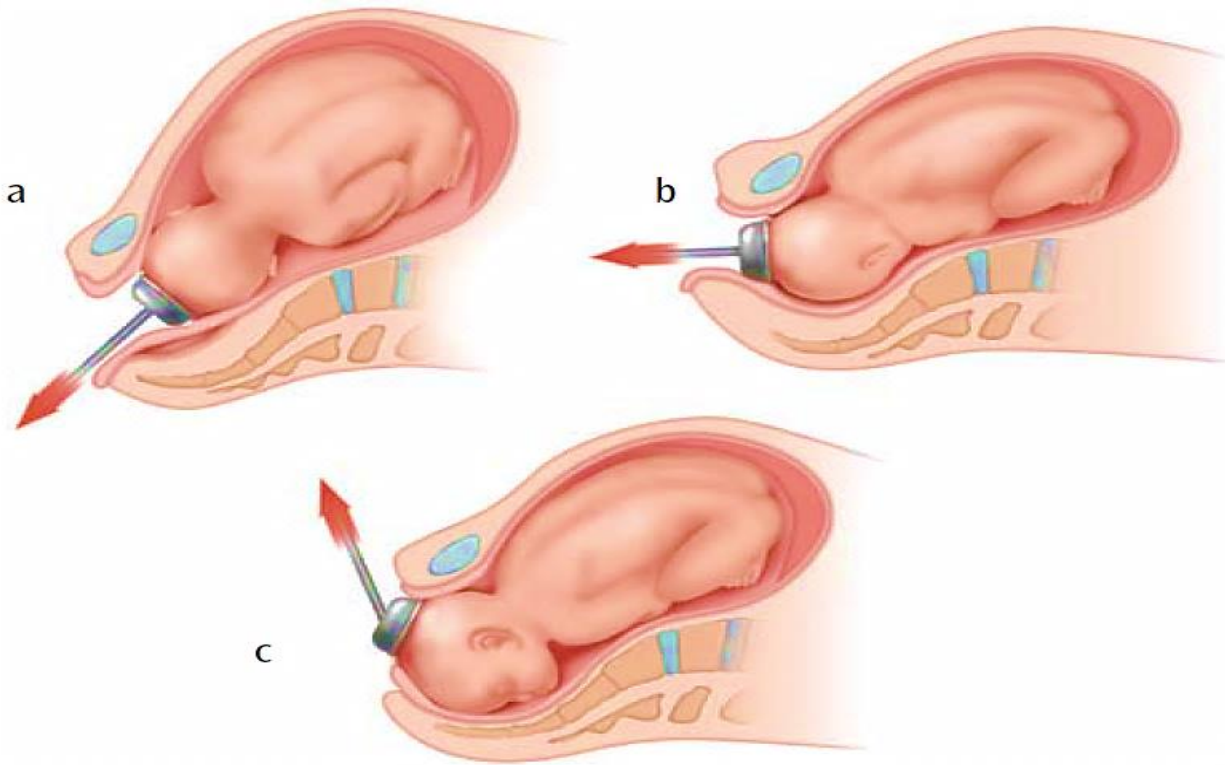
uzanmış doğuşlarda və doğanı daha artıq yormamaq məqdəsi ilə aparılır. Kesar kəsiyində başı çıxarmaq üçün istifadə olunduğu kimi bəzən çanaq gəlişlərində də istifadə olunur.

Vakuum-ekstraksiya aparılmasına göstəriş maşalarda olduğu kimidir. Yəni konservativ müalicəyə tabe olmayan doğum zəifliyi, dölün başlanmış hipoksiyası, oxa bənzər tikişin aşağı köndələn duruşu və s. Fərq ondadır ki, əməliyyat ağır ekstragenital xəstəliklər zamanı aparıla bilməz. Əməliyyat zamanı qadın aktiv gücvermə qabiliyyətinə malik olmalıdır. Dekompensasiyalı ürək çatışmazlığı, yüksək dərəcəli miopiya, hipertoniya xəstəlikləri, preeklampsiya zamanı vakuum-ekstraksiya aparmaq olmaz.

Vakuum ekstraksiya (şəkil:18-19).



Vakuum ekstraktorun növləri



Ön ənsə gəlişində doğum mexanizminə uyğun olaraq başın traksiyası

Əməliyyat aparmaq üçün aşağıdakı şərtlərə əməl etmək lazımdır: uşaqlıq boynunun tam açıq olması; su kisəsinin yırtılması; döl başı ilə ana çanağının uyğun olması; döl başının kiçik çanaq boşluğunda olması.

Əməliyyata hazırlıq. Travmatizmi azaltmaq üçün aralıq nahiyəsinə 128 TV lidaza məhlulu vurulur, ikitərəfli navakain blokadası aparılır. Uşaqlıq boynu açıqlığını və döl başının kiçik çanaqla münasibətini öyrənmək üçün təkrar daxili müayinə aparılır.

Əməliyyatın texnikası. Sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə cinsiyyət yarığı açılır. Sağ əllə kasacıq yan səthi ilə düz ölçüdə uşaqlıq yoluna daxil edilir və 90^0 döndərilir. Kasacıqın qoyulaçağı yer dölün vəziyyətinə əsasən seçilir. Başın yüksək düz duruşunda kasacıq kiçik əmgək və sagital tipli üzərinə qoyulur. Əgər başın bükülməsi tam deyilsə vakuum kasacığı bükülməni artıracaq nahiyəyə qoyulur, traksiya da bükülməni artıran istiqamətdə aparılır. Məsələn, baş dərinədə köndələn dürrüşdə olduqda kasacıq öndə olan kiçik əmgəyə qoyulur, traksiya isə kiçik əmgək simfizə yönəlməyə qədər sağa doğru aparılır.

Kasacıq döl başına düzgün yerləşdirildikdən sonra aspirator işə salınır və kasacıqla baş arasında mənfi təzyiq yaradılır (500-550 mm c/st). Kasacıqla baş arasında doğum yollarının yumşaq toxumalarının qalmadığına əmin olmaq lazımdır.

Sonra kontrol traksiya aparılır. Bundan sonra aparatın borusunda yerləşən dəstək, bir əllə tutulur, digər əllə öndə gələn hissənin hərəkəti nəzarətdə saxlanılır və uyğun istiqamətdə traksiya aparılır (şəkil:18-19). Traksiyalar gücvermələrlə sinxron olaraq doğuşun biomexanizminə uyğun aparılır. Fiksasiya nöqtəsi simfizə altına keçdikdən sonra traksiya önə ananın qarnına doğru davam etdirilir. Təpə qabarı göründükdə vakuum ləğv edilir, kasacıq başdan ayrılır və bundan sonra baş əllərin köməyi ilə çıxarılır. Əməliyyat 15-20 dəqiqədən artıq davam etməməlidir.

Baş aralıqdan doğularkən aralıq qorunmalı, lazım gələrsə epizotomiya aparılmalıdır. Bunun əməliyyat apararı həkimi tərəfinfən aparılması düzgün deyil.

Əməliyyatın nəticələri ana üçün əlverişli olsa da (uşaqlıq boynu və aralığın zədələnmə faizi aşağı olur) döldə bir çox fəsadlar yaradır ki, bu da uşağın inkişafında özünü göstərir.

§ 4.2.3. Aralığın kəsilməsi

Doğuşun II dövründə bu dövrü qısaltmaq, dölü və doğum yollarının yumşaq toxumalarını cırılmadan qorumaq üçün aparılır.

Əməliyyatın aparılmasına göstərişlər: dölün asfiksiyası; döl başı kiçik çanaq boşluğunda olduqda doğum gücü zəifliyi; vaxtından əvvəl doğuşlarda (döl başının çanaq dibi əzələləri tərəfindən sıxılmasının qarşısını almaq məqsədi ilə); aralığın anomaliyaları (yüksək, rigid və çapıqlı aralıq); nəhəng döl; başın müxtəlif variantlı qeyri-düzgün duruşları; müxtəlif operativ əməliyyatlar (mamalıq maşaları, vakuum-esktraksiya); aralığın cırılma təhlükəsi (sianoz, ödem, toxumaların avazıması).

Aralığın kəsilməsinin texnikası. Xarici cinsiyyət orqanlarının dərisi yodun spirtli məhlulu ilə təmizlənir. Aralığın kəsilməsi skalpelle və ya qayçı ilə aparılır. Aralığın daxili səthi ilə geniş hissə arasından spatel salınır və onun üzərindən kəsik aparılır. Bu zaman gücvermədən əvvəl qayçının bir küt ucu barmağın nəzarəti ilə dölün geniş hissəsi ilə uşaqlıq yolunun daxili divarı arasında elə daxil edilir ki, qayçının uzunluğu kəsik xəttinə uyğun gəlsin. Kəsik 2-3 sm olur.

Aralığın kəsilməsi əsasən 3 üsulla aparılır (şəkil:18-20): medial epiziotomiya və ya periniotomiya; medio-lateral epiziotomiya; lateral epiziotimiya.

Aralığın kəsilməsi üçün aralığın vəziyyəti, mamalıq situasiyası nəzərə alınmaqla bu variantlardan biri seçilir. Aralıq hündür olduqda orta epiziotomoya aparılır. Bu zaman kəsik aralığın arxa bitişməsindən anusa doğru aparılır.

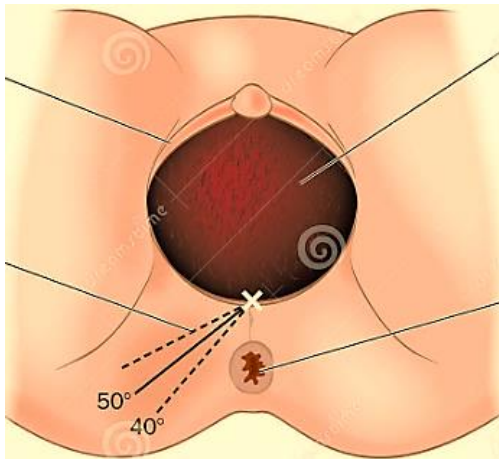
Aralığın kəsilməsi (şəkil:18-20)



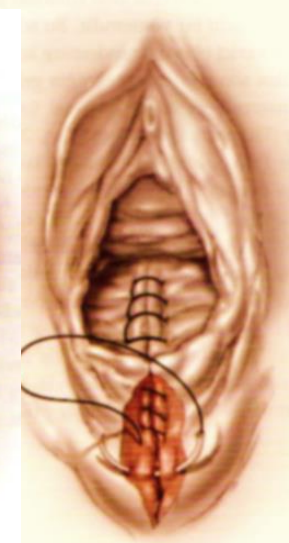
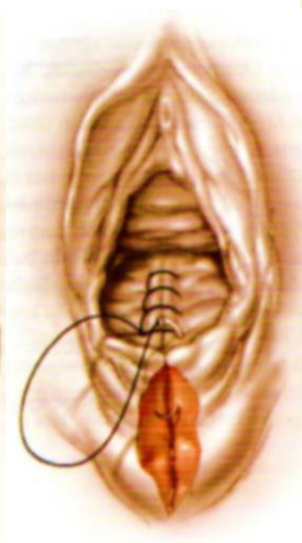
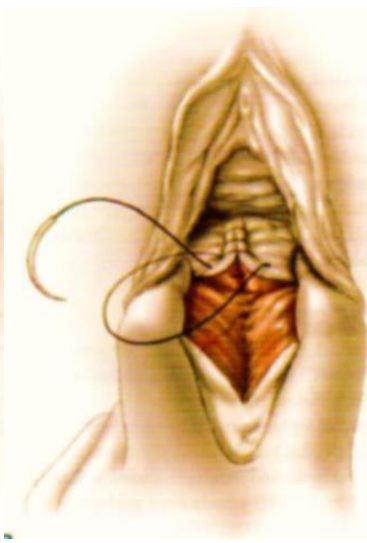
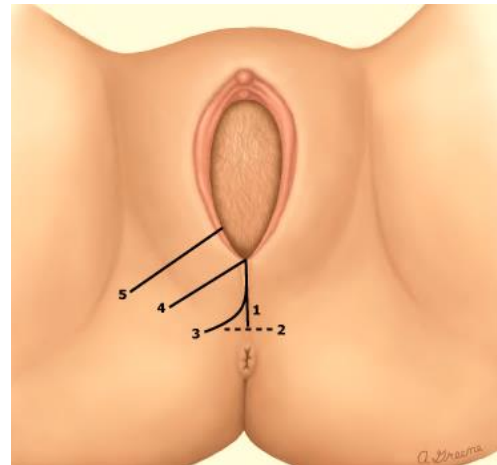
Aralıq əzələlərinin müqaviməti



Aralığın kəsilməsi



Epiziotomiyanın növləri.1-medial;1+2 „T”şəkilli ;3-„J” şəkilli; 4-medial-lateral;5 lateral.



Epiziotomiyadan sonra aralığın tikilməsi

Kəsik gücvermənin maksimal səviyyəsində, yəni aralığın gərginliyi ən yüksək səviyyədə olduqda aparılır. Bu kəsik zamanı dəri, dərialtı birləşdirici toxuma, uşaqlıq yolunun divarı, fasiya, aralığın soğanaqlı-mağaralı, səthi və dərin köndələn əzələləri kəsilir. Kəsiyin uzunluğu 2 sm-dən az olmamalı və arxa bitişmədən 3-3,5 sm keçməməlidir, belə ki, uzun kəsik zamanı fasiyaların tamlığı pozulur, bundan başqa kəsik düz bağırsağa keçə bilər və III dərəcəli aralıq cırıqına səbəb olar.

Medial-lateral epiziotomoya zamanı kəsik arxa bitişmədən 30-40⁰ bucaq altında oturaq qabarına doğru aparılır. Ən çox istifadə olunan variantdır: həm istənilən qədər genişləndirmək olur, həm də anal dəliyin zədələnmə təhlükəsi olmur. Kəsik aparılarkən dəri, dərialtı piy toxuması, uşaqlıq yolunun divarı, fasiya aralığın səthi və dərin köndələn əzələləri kəsilir.

Lateral epiziotomiyada kəsik arxa bitişmədən 2-3 sm yuxarıdan oturaq qabarına doğru aparılır. Bu zamanı dəri, dərialtı piy toxuması, uşaqlıq yolunun divarı, fasiya, aralığın soğanaqlı-mağaralı, səthi və dərin köndələn əzələləri kəsilir, bu isə aralığın qan təchizatını və innervasiyasının pozulmasına hematomanın yaranmasına səbəb olur. Bu kəsik çox vaxt qanaxmaya səbəb olur və onu dayandırmaq çətin olur. Bundan başqa uşaqlıq yolu dəhlizin böyük vəzilərinin və axacaqlarının zədələnməsi təhlükəsi yaranır.

Bir çox xarici ölkələrdə bu 3 üsuldən başqa “T” və, “J” şəkilli kəsiklər də aparılır. Medial epiziotomiyaya daha əlverişli hesab edilir. Bu zaman yara tez sağalır və sonradan (cinsi əlaqə ağrılı olmur). Ona görə medial epiziotomiyaya aparılır və kəsik anusa çatmamış yana doğru uzadılır (bir tərəfli “J” ya da iki tərəfli “T” şəkilli) (şəkil: 18-20).

§ 4.2.4 Dölparçalayıcı əməliyyatlar

Dölparçalayıcı (dölpozucu) əməliyyatlar dölün doğum yollarından çıxması mümkün olmadığı hallarda (nəhəng döl, dar çanaq, dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, başın dirənməsi və pərçim olması) dölün ölçülərinin kiçiltmək məqsədi ilə aparılır.



Şəkil:18-21. Döl pozucu əməliyyatlar üçün lazım olan alətlər

Müasir dövrdə bu əməliyyatlar yalnız ölü döldə aparılır və çox nadir hallarda qadın üçün ağır fəsadlar olduğu zaman (doğum yollarının yumşaq toxumalarının, düz bağırsağın, sidik kisəsinin, uretranın, qalça çuxurunda yerləşən böyük damarların, onurğanın zədələnmələri və hidrosefaliya zamanı) diri döldə də aparılır.

Dölpozucu əməliyyatlara kraniotomiya, kleydotomiya və embriotomiya aiddir.

Embriotomiyaya bir neçə əməliyyat daxildir: dekapitasiya, spondilotomiya və ekzentraziya (eventraziya, evisserasiya) aiddir.

Bütün bu əməliyyatlar əməliyyat masasında, ümumi narkoz altında aparılır.

Kraniotomiya (şəkil:18-22). Bu əməliyyat üç mərhələdə aparılır: başın perforasiyası, ekssekrebrasiya (beyin maddəsinin çıxarılması), kranioklaziya (kranioklastla kəllə sümüklərin çıxarılması)

Kraniotomiya aparmaq üçün uşaqlıq boynu 5-6 sm-dən çox açıq olmalıdır, həqiqi konyuqata 6,5 sm-dən az olmalıdır, döl kisəsi olmamalıdır, döl başı çanaq girəcəyinə fiksə olunmalıdır.

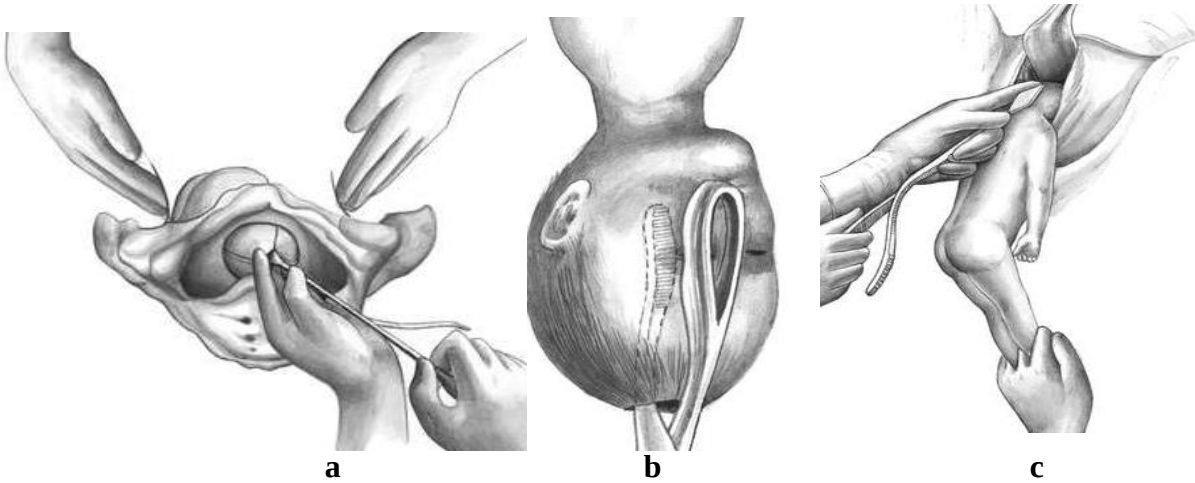
Əməliyyatın texnikası. Enli güzgülər uşaqlıq yoluna salınır və görmə nəzarəti altında əməliyyat başlanır. İlk növbədə baş fiksasiya olunur. Bu, həm qarının ön divarından, həm də iki gülləvari və ya Müze maşası vasitəsi ilə başın tükli hissəsindən tutmaqla həyata keçirilir.

I mərhələdə başın dərisində öndən arxaya doğru kəsik aparılır. Sonra Fenomenov və ya Blo perforatoru ilə baş dəşilir. Başın hansı gəlişdə olmasından asılı olaraq onun perforasiyası müxtəlif

yerlərdən aparılır: ənsə gəlişində əmgək nahiyyəsindən, üz gəlişində göz yuvasından və ya damaqdan (daha çətin), alın gəlişində göz yuvasından və ya alın sümüyündən, arxa görkəmdə dölün ağzından perforasiya aparılır. Perforasiya Blo perforatoru ilə asta-asta burğu şəkilli hərəkətlər etməklə aparılır. Perforasiya perforatorun nizəsinin enli hissəsi açılmış dəliyin kənarı ilə bərabərləşənə qədər davam etdirilir.

II mərhələdə açılmış dəlikdən küt qaşiq və ya küret salınır və beyin maddəsi parçalanaraq çıxarılır. Uzunsov beynin parçalanmasına xüsusi diqqət edilir. Müasir dövrdə beynin çıxarılması üçün vakuum-ekstraksiyadan istifadə edilir.

III mərhələdə həcmi kiçilmiş başın çıxarılması üçün kranioklastdan istifadə olunur. Kranioklast mərkəzdə çarpazlaşan iki şaxədən ibarətdir. Hər bir şaxənin kilid və dəstək hissəsi var. Kranioklastın hər iki qaşığı çanağa uyğun əyriliyə malikdir. Daxili qaşiq tamdır, qabarıq şəkildə köndələn şırımlar vardır, kəllə boşluğuna daxil edilmək üçündür. Xarici qaşiq pəncərə şəkillidir. Dəstəklər xüsusi sıxıcı qurğu ilə təchiz edilmişdir.



Şəkil:18-22. a) başın perforasiyası; b) kranioklaziya; c) çanaq gəlişlərində başın perforasiyası

Kranioklaziya uşaqlıq boynu tam açıq olduqda aparılmalıdır. Əgər açılış tam deyilsə, onda başın dərisinə qoyulmuş maşalardan 400-500 qr yük asılır.

Kranioklaziya 4 mərhələdə aparılır: qaşıqların daxil edilməsi; şaxələrin bağlanması; başın çıxarılması, kranioklastın çıxarılması.

İlk növbədə açılmış dəlikdən əlin nəzarəti altında daxili qaşiq salınır, qaşiq mümkün qədər dərinə salınmalı və daha möhkəm olan üz sümükləri nahiyyəsinə qoyulmalıdır. Arxa görkəm (bükülmüş) gəlişlərdə ənsə sümüyü nahiyyəsinə qoyulur. Sonra güzgülər çıxarılır və xarici şaxənin qaşığı əlin nəzarəti ilə mamalıq maşalarının ikinci qaşığının daxil olunma qaydalarına müvafiq olaraq salınır. Bu qaşiq başın xarici səthinə və daxildəki qaşığın vəziyyətinə uyğun qoyulur. Sonra qaşıqlar qapanır və sıxılır. Kranioklastın düzgün qoyulub-qoyulmadığı yoxlanılır və traksiya başlanılır. Traksiyanın istiqaməti və xarakteri çanaq oxuna uyğun aparılır. Baş cinsiyyət yarığından çıxan kimi kranioklast çıxarılır. Başın və çiyin qurşağının çıxarılması zamanı aralıq qorunmalıdır.

Kraniotomiya adətən baş gəlişlərində istifadə olunur. Lakin çanaq gəlişlərində baş doğum yollarında ləngidikdə ölü döldə və hidrosefaliya zamanı döl başının doğum yollarından keçməsinə mane olmaq üçün də bu əməliyyat həyata keçirilir (şəkil:18-22). Köməkçi dölün ayaqlarından tutur və gövdəni aşağı yönəldir. Dölün ənsə nahiyyəsi ilə uşaqlıq yolunun ön divarı arasına güzgü salınır. Güzgünün mühafizəsi altında başın dərisi kəsilir. Mama barmağını kəsilmiş dərinin altına salır, dərinini sümükdən ayılır və kiçik əmgək tapılır. Həmin nahiyyədən baş perforatorla dəşilir. Kiçik əmgəyi tapmaq mümkün olmadıqda, ənsə ilə I boyun fəqərəsinin birləşdiyi yerdən baş dəşilir. Eksserebrasiya aparılır və baş azad edilir.

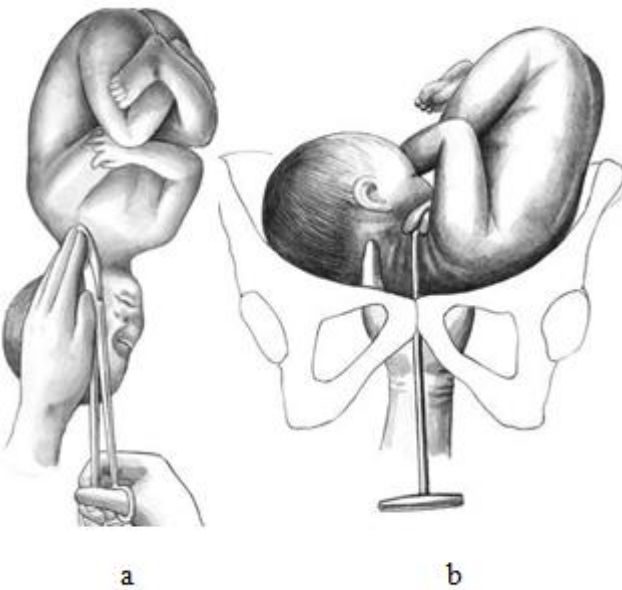
Kleydotomiya (şəkil:18-23). Çiyin qurşağının həcmi kiçiltmək üçün kleydotomiya aparılır. Çiyinlər böyük ölçüdə olduqda və doğum yollarında ləngidikdə diri döldə də aparılır. Kleydotomiya həm çanaq, həm də baş gəlişlərində aparılır. Əməliyyatın texnikası N.N Fenomenov tərəfindən işlənib, hazırlanıb.

Texnikası. Uşaqlıq yoluna salınmış sol əlin barmaqlarının nəzarəti altında sağ əldəki küt uclu qayçı ilə əvvəlcə dəri, sonra isə körpücük sümüyünün ən qabarıq hissəsi kəsilir. Bu zaman çiyin ölçüsü 2,5-3 sm-ə qədər kiçilir. Bu əməliyyat zamanı adətən doğuş yolları zədələnmir. Əgər əməliyyat diri döldə onun həyatını xilas etmək məqsədi ilə aparılıbsa, uşaq doğulduqdan sonra ağrısızlaşdırma aparılır və xüsusi sarğı qoyulur. Yeni doğulmuşun körpücük sümüyü tez birləşir.

Bütün dölpozucu əməliyyatlar **embriotomiyadır**. Lakin mamalıqda dölün gövdəsinin kiçildilməsinə yönələn, dölün gövdəsini hissələrə ayıran əməliyyatlar **embriotomiya** adlanır.

Dekapitasiya (şəkil:18-23). Adətən gecikmiş köndələn gəlişlərdə, ölü döldə aparılır.

Əməliyyatın əsasını başın bədənədən ayrılması və onların növbə ilə ayrı-ayrılıqda çıxarılması təşkil edir. Dekapitasiya aparmaq üçün Braun ilgəyindən və xüsusi qayçıdan istifadə edilir. Əməliyyatdan əvvəl uşaqlıq yolu müayinə olunur. Dölün boynuna əlin çatıb-çatmaması təyin edilir. Dölün əli enmişsə o köməkçiyə verilir və ona dölün mövqeyinə uyğun aşağı (I mövqedə) sağa, (II mövqedə) sola çəkməsi təklif olunur. Bu proses dölün çiyin qurşağı və boynun aşağı enmə və boynunun palpasiyası üçün əl çatana qədər davam etdirilir. Sonra uşaqlıq yoluna salınan əl ilə dölün boynu tutulur (I mövqedə sağ, II mövqedə sol). Bu zaman baş barmaq boynun ön tərəfində, şəhadət barmaq arxasında olmalıdır. Qayçı ilə boynun dərisi kəsilir. Dərialtı piy təbəqəsi barmaqla təmizlənir. Braun ilgəyi boyuna salınır, onurğa sütünü



Şəkil:18-23.a) kleydotomiya; b) dekapitasiya

tünü sındırılır. Sonra uşaqlıq yolunda olan əlin nəzarəti ilə boynun yumşaq toxumaları və dərisi kəsilir. Baş ayrıldıqdan sonra növbə ilə gövdə və baş azad edillir. Gövdənin azad edilməsi asandır. Enmiş əl aşağı dartılır və gövdə xaric edilir.

Başın çıxarılması nisbətən çətindir. Baş müxtəlif üsullarla xaric edilir:

1-kombinə edilmiş üsulla xaricdəki əllə baş kiçik çanaq girəcəyinə doğru sıxılır. Uşaqlıq yolundakı əlin iki barmağı dölün ağzına salınır və baş xaric edilir.

2-boynun güdülü iki Müze maşası ilə tutulub, fiksə edilir. Daxildəki əlin iki barmağı dölün ağzına salınır və baş xaric edilir.

3-boynun güdülü iki Müze maşası ilə tutulub fiksə edilir. Ənsə nahiyəsindən (böyük ənsə dəliyi) kranioklastın daxili qaşığı kəllə boşluğuna salınır, xarici qaşığı üz və ya ənsə nahiyəsinə qoyulur. Qaşıqlar qapanır və baş doğuş mexanizminə uyğun traksiya edilir.

Əməliyyatdan sonra doğuş yolları müayinə olunur.

Evisserasiya. Bəzən nəhəng dölü (ölü) xaric etmək üçün onun daxili orqanları xaric edilir. Yəni döş qəfəsi boşluğunun və qarın boşluğunun həcmi kiçildir. Qarın boşluğunun açılması və daxili orqanların xaric edilməsi **eventerasiya**, döş qəfəsinin açılması və orqanların xaric edilməsi **ekzenterasiya** adlanır.

Dölün əli endikdə həkim əməliyyatı daxilə salınmış əlin nəzarəti altında aparır. Əgər əl enməyibsə, uşaqlıq yoluna enli güzgülər salınır.

Döş boşluğuna daxil olmaq üçün qayçı ilə qabırğa kəsilir və açılmış dəlikdən döş boşluğu orqanları xaric edilir.

Qarın boşluğuna daxil olmaq üçün qarın divarı kəsilir və açılmış dəlikdəm qarın boşluğu orqanları xaric edilir.

Spondilotomiya. Dölün dekapitasiyası əməliyyatını aparmaq mümkün olmadıqda, dölün onurğasının kəsilməsi və onun iki hissəyə ayrılması əməliyyatı aparılır. Qarın boşluğundan açılmış dəlikdən qayçı daxil edilir, onurğa sutunu kəsilir. Onurğa sutunun tamlığını Braun ilgəyi ilə də pozmaq olar. Lakin bu əlverişli sayılmır, dölün gövdəsinin sürüşmə təhlükəsi var. Görmə nəzarəti altında döş və qarın divarı kəsilir, növbə ilə dölün baş və ayaq hissəsi xaric edilir.

Döl pozucu əməliyyatları apararkən uşaqlıq boynu tam açılmalıdır. Uşaqlıq boynu natamam açıq olduqda uşaqlıq boynunda ikitərəfli kəsik aparılır. Bütün dölpozucu əməliyyatlardan sonra güzgülərin köməyi ilə uşaqlıq və doğum yolları əllə müayinə olunur. Əməliyyatdan əvvəl və sonra aşkar olunan cırıqlar müvafiq cərrahi əməliyyat tələb edir.

§ 4.3. Kesar kəsiyi əməliyyatı

Müasir mamalıqda geniş istifadə olunan əməliyyatdır. XIX əsrdə doğuşların 1%-ni, XX əsrin 50-60-cı illərində 2-3%-ni, 80-ci illərində 10-25% -ni təşkil edir.

Roma imperatoru Juli Sezar bu əməliyyatla doğulmuşdur (anası ölmüşdü). Ona görə bir çox avropa ölkələrində bu əməliyyat Cezar (sezarian), bəzilərində isə Kesar kəsiyi adlanır.

Təxirəsalınmaz və planlı Kesar kəsiyi (KK) əməliyyatları aparılır.

Planlı əməliyyatlar – uşaqlıq divarı kifayət qədər inkişaf etmədikdə, dölün qeyri-düzgün vəziyyətlərində, yaşlı ilk doğanda, ağır preeklampsiya və eklampsiya, dar çanaqlarda, bəzi ekstragenital xəstəliklərdə, çanaq gəlişlərində və s. aparılır.

Təxirəsalınmaz KK əməliyyatı isə – normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və cift gəlişlərində, klinik dar çanaqlarda və dölün hipoksiyası zamanı aparılır.

Əməliyyata göstəriş və əks göstərişlər: KK – əməliyyatına göstərişlər (həm ana, həm də döl tərəfindən) nisbi və mütləq olmaqla iki yerə bölünür.

Mütləq göstərişlər – bu klinik situasiyalar zamanı doğuş təbii doğum yollarından mümkün deyil. Əvvəllər ancaq ana tərəfindən olan sutiasiyalar nəzərə alınır. Hal-hazırda həm ana, həm də döl tərəfindən olan göstərişlər nəzərə alınır. Mütləq göstərişlərə aşağıdakılar aiddir:

– **ana tərəfindən** – normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və doğuşun təbii yolla aparılmasına şəraitin olmaması; güclü və təkrarlanan qanaxma ilə müşayiət olunan tam və natamam cift gəlişləri; tam (mərkəzi) cift gəlişi; III-IV dərəcəli anatomik dar çanaqlarda, nəhəng döl olduqda II dərəcəli və klinik dar çanaqlarda; dölün doğulmasına doğum yolları tərəfindən maneənin (şişlər, çapıq nəticəsində daralmalar, aralığın III dərəcəli cırılmasından sonrakı vəziyyət) olması; uşaqlıq divarının keçmiş KK əməliyyatından, miomoektomiyadan, perforasiyadan sonrakı çapıqları; ağır preeklampsiya, eklampsiya; terapiyaya tabe olmayan doğum gücü zəifliyi; progressivləşən və dekompensasiya fazasında olan eksragenital xəstəliklər (hipertoniya, ürək-damar xəstəlikləri); çanaq sümüklərinin deformasiya və sınıqları anamnezində sidik-cinsiyyət və bağırsaq-cinsiyyət svişlərinin olması; uşaqlığın cırılma təhlükəsi və ya cırılmanın başlanması; müxtəlif lokalizasiyalı bəd xassəli şişlər; xarici cinsiyyət orqanları nahiyəsində nəzərəçarpan varikoz genəlmələri; kombinə olunmuş göstərişlər (iri döl, çanaq gəlişi və yaşı ötmüş ilk doğan və s.); HELLP sindromu, qara ciyərdə ferment aktivliyinin yüksəlməsi fonunda trombositopeniya; cinsiyyət yollarının herpes virusu ilə infeksiyalanması;

– **döl tərəfindən** – terapiyaya tabe olmayan hipoksiya və dölün təcili azad olunmasına şəraitin olmaması; dölün köndələn gəlişləri (dölyanı maye axıbsa); açılmış baş gəlişləri (alın, ön görkəm üz), arxa təpə (asinklitik) gəlişi, oxabənzər tikişin yüksək düz duruşu; ananın aqonal vəziyyətdə olması və ya ölməsi zamanı diri döl.

Nisbi göstərişlər zamanı doğuş təbii doğum yollarından aparmağa şərait olur, amma bu çox risklidir. Nisbi göstərişlər aşağıdakılardır:

– **ana tərəfindən** – I və II dərəcəli anatomik dar çanaq, xüsusilə başqa əlverişsiz faktorlarla müsbət olunduqda (qadının yaşının çox olması, çanaq gəlişləri); terapiyaya tabe olmayan progressivləşən hipertenziv vəziyyətlər və ekstragenital xəstəliklər; doğum gücü zəifliyi; uşaqlıqda çoxlu miomatoz düyünlərinin olması; MSS xəstəlikləri; yaşlı ilk doğan (30 yaşından yuxarı ağırlaşmış anamnezlə); şəkərli diabet və iri döl; vaxtı ötmüş hamiləlik; uşaqlığın inkişaf qüsurları; müxtəlif kombinə olunmuş göstərişlər.

– **döl tərəfindən** – çanaq gəlişlərində iri döl (3500 qr-dan çox); çoxdöllü hamiləlik zamanı birinci dölün köndələn və ya çanaq gəlişində olması; baş gəlişlərində pulsasiyalı göbək ciyəsinin olması; xroniki feto-plasental çatışmazlıq; yaşı çox olan ilk doğan və induksiya olunmuş hamiləlik; vaxtı ötmüş hamiləlik, induksiyaya tabe olmayan doğuş fəaliyyəti; iri və nəhəng döl; anatomik dar çanaq (I və II) iri döl (çəkisi 3500-dan çox); ananın KK əməliyyatını təkidlə tələb etməsi.

KK əməliyyatına **əks göstərişlər** irinli septik ağırlaşmalarla əlaqədardır: doğanın kəskin və kəskinləşmiş xroniki xəstəlikləri; immun çatışmazlığı vəziyyəti; doğuş fəaliyyətinin 12 saatdan çox davam etməsi; çoxsaylı manual və instrumental vaginal müayinələrin aparılması; ölü döl və ya ölümcül diri döl.

Əməliyyata hazırlıq və ağrısızlaşdırma. KK əməliyyatına hazırlıq bir neçə gündən (planlı) bir neçə saat və ya dəqiqəyə (təxirəsalınmaz) qədər davam edir.

Planlı KK əməliyyatından əvvəl hamilə gigiyenik duş qəbul edir, ona axşam və əməliyyatdan iki saat əvvəl təmizləyici imalə edilir. Gecə yuxu dərmanı verilir, əməliyyatdan əvvəl premedikasiya edilir. Sidik kəsi boşaldılır və daimi kateter qoyulur.

Təxirəsalınmaz əməliyyatlardan əvvəl gigiyenik təmizləmə aparılır. Əgər əməliyyata bir neçə saat qalmış hamilə qida qəbul edibsə, mədəsi yuyulur və zond mədədə saxlanılır. Bu yolla qusuntu kütləsinin tənəffüs yollarına düşməsinin qarşısı alınır (Mendelson sindromu).

Ağrısızlaşdırma ümumi, epidural və yerli aparılır. Son illərdə lidokainlə epidural ağrısızlaşdırma müvəffəqiyyətlə aparılır. Ağrısızlaşdırma uşaqlığın yığılma qabiliyyətini pozmayan vasitələrlə aparılmalıdır. Əks halda hipotonik qanaxma baş verə bilər.

KK əməliyyatında aşağıdakı tədbirlər vacibdir: reoloji və hemodinamik göstəriciləri yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə transfuziya (reopoliqlukin, natrium xlorun fizioloji məhlulu, qlukoza və s); dölün hipoksiyasının müalicəsi (oksigenoterapiya, 40%-li qlukoza + 40 mq sigetin+ kordiamin + askorbin turşusu və başqa vitaminlər); hamiləlik və doğuş ağırlaşmalarının müalicəsi (hipertenziv vəziyyətlər, ekstragenital xəstəliklər); narkotik və analgetik maddələrin əlavə təsirlərinin profilaksikası üçün sedativ və desensibilizəedici dərmanların təyini (seduksen, pipolfen, relanium, lüminal, efedrin və s.)

KK əməliyyatlarının növləri. Əməliyyat ixtisaslaşmış həkim briqadası tərəfindən əməliyyat otağında aparılır. Əməliyyatın aşağıdakı növləri vardır.

1. Abdominal Kesar kəsiyi: klassik; aşağı orta laporatoriya; Pfannenştıl kəsiyi; ekstraperitoneal; kiçik Kesar kəsiyi.

2. Vaginal Kesar kəsiyi:

Abdominal KK əməliyyatı apararkən qadın əməliyyat stolunda arxası üstə uzandırılır. Hipotensiv sindrom zamanı (aşağı baş vena sindromu) hamilə qadını sol böyrü üstə uzandırmaq lazımdır. Narkoz verilməsi ilə dölün azad olunması arasındakı optimal vaxt 5-10 dəqiqə olmalıdır.

Dölü azad etmək üçün ölümcül vəziyyətdə olan anada da Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Əməliyyatın əsas mərhələləri:

- laporatoriya, qarın boşluğunun salftələrlə izolyasiyası;
- uşaqlığın kəsilməsi, döl qışasının yırtılması;
- dölün çıxarılması (gəlişə görə);
- sıxacların qoyulması və göbək ciyəsinin kəsilməsi;
- uşağın neonataloqa verilməsi;
- ciftin ayrılması və xaric edilməsi;
- uşaqlığın divarına oksitosin vurulması;

- uşaqlıqdakı yaranın uclarına tikiş qoyulması (bəzi həkimlər bunu etmir);
- uşaqlığın tikilməsi, uşaqlığa iki sıra fasiləsiz tikiş qoyulur (selikli qısa-əzələ və əzələ-seroz).

Bu məqsədlə vikril, monokril, deson, supramid, polisorb, xromlanmış ketgut və s. saplardan istifadə olunur;

- qarın boşluğunun təftişi və tualeti, hemostaz və yad cisimlərin müayinəsi;
- qarın divarının qat-qat tikilməsi;
- aseptik sarğının və qarının aşağı hissəsinə soyuğun qoyulması;
- uşaqlıq yolunun tualeti, kateterlə sidiiyin axmasına nəzarət;

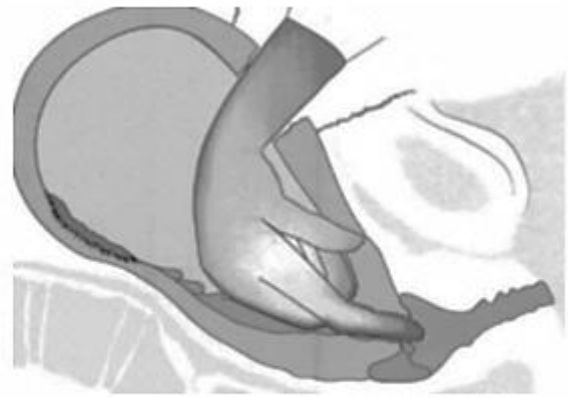
Kesar kəsiyi əməliyyatı hamiləliyin sonunda (doğuş başlamamış), doğuşun I və II dövründə aparılır. Doğuş aktı başlamamış, yəni uşaqlıq boynu kanalı açılmamış KK əməliyyatı apararkən dölü xaric etdikdən sonra, uşaqlıq boşluğundan Heqar genəldiciləri və ya həkimin öz barmağı ilə uşaqlıq boynu açılır (loxianın ifraz olunması üçün). Bundan sonra həkim mütləq əlcəyini dəyişməlidir.

Əməliyyatdan sonra profilaktik məqsədlə antibiotik vurulmalı və təkrarlanmalıdır

Müasir mamalıqda qarın boşluğunu açmaq üçün üç metoddan istifadə olunur:

- klassik Kesar kəsiyi;
- aşağı-orta laporatomiya
- Pfannenştil laporatomiyası (şəkil:18-25).

Klassik Kesar kəsiyi. Bu əməliyyat müasir mamalıqda nadir hallarda aparılır. Aşağı seqmentdə kəsik aparmaq mümkün olmadığı hallarda (venaların massiv varikoz genəlməsi, yayılmış bitişmə prosesi, döl başının kiçik çanağa dirənməsi və s.) bu əməliyyat aparılır. Korporal Kesar kəsiyi adlanan bu əməliyyat zamanı qarının ön divarının ağ xətti boyu qasıqüstü nahiyyəyə qədər boylama kəsik aparılır, qarın boşluğu açılır, uşaqlığın ön divarında orta xətt üzrə 10-12 sm-lik kəsik aparılır və bütün qatlar kəsilir, su kisəsi dəşilir, döl ayaqlarından tutularaq çıxarılır.



Şəkil:18-24. Servikal kanalı barmaqla açılması

Korporal Kesar kəsiyi əməliyyatı zamanı ciddi ağırlaşmalar baş verə bilər.

Aşağı-orta laporatomiya müasir dövrdə kifayət qədər istifadə edilir, əsasən yarımçıq uşaqları azad etmək üçün aparılır, yarımçıq dölün ehtiyatla qorunaraq çıxarılmasına şərait yaradır. Qarının aşağı hissəsində orta xətt boyu 15-16 sm uzunluqda kəsik aparılır. Lazım gəldikdə göbəyin sol tərəfindən keçməklə kəsiyi yuxarı doğru 3-4 sm uzatmaq olur.

Uşaqlığın aşağı seqmentdə aparılan **Pfannenştil kəsiyi** ilə Kesar əməliyyatı müasir dövrdə yetişmiş dölü xaric etmək üçün geniş istifadə edilir. Bu yolla aparılan əməliyyatlar böyük üstünlüklərə malikdir: travmanın az olması; peritonizasiyasının hermetikliyi nəticəsində bitişmələrin olmaması; qarın boşluğunun infeksiyalanma ehtimalının az olması; hipotonik qanaxamaların az rast gəlməsi; əzələ lifləri paralel kəsildiyi üçün travmaların əmələ gəlməməsi; döl baş ilə çıxarıldığı üçün hipoksiya ilə mübarizənin asanlaşması; əməliyyatlardan sonra ağrıların olmaması, xəstənin tez aktivləşməsi.

Qasıqüstü büküş boyu qövsvəri kəsik aparılır. Uşaqlıq-sidik kisəsi büküşü nahiyyəsində visseral periton (sidik kiəsinə birləşən yerdən 2-3 sm yuxarı) köndələn kəsilir və kəsik 5-6 sm-ə qədər genişləndirilir. Sonra aşağıya doğru sürüşdürülür. Uşaqlığın aşağı seqmentində, döl başının böyük seqmenti səviyyəsində kiçik köndələn kəsik aparılır. Cərrah şəhadət barmağı ilə bu kəsiyi köndələn istiqamətdə genişləndirir. Su kisəsi dəşilir. Cərrahın sağ əli ovuc səthi ilə başla kəsiyin aşağı kənarı arasına, uşaqlıq boşluğuna salınır, eyni zamanda asistent qarın divarından təzyiq edir. Bu həm dölün asanlıqla xaric edilməsinə, həm də dölə mayenin, həmçinin dölün ağ ciyərlərindəki mayenin xaric olmasına kömək edir. Baş çıxarılır. Baş iki əllə hər iki tərəfdən tutulur, ehtiyatla dartılır, çiyinlər növbə ilə xaric edilir.

Kesar kəsiyi (şəkil:18-25)



Pfannenştıl laporatomiyası



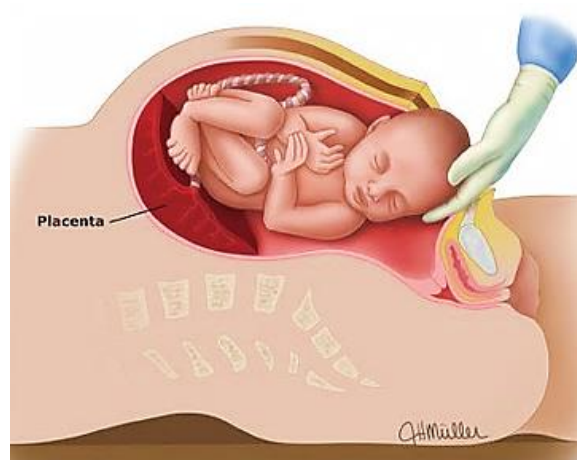
Aşağı orta- laporotomiya



Klassik Kesar kəsiyi



Pfannenştıl kəsiyinin aparılması



Başın azad edilməsi



Çiyinlərin azad edilməsi



Gövdənin azad edilməsi



Ciftin çıxarılması

Çanaq gəlişlərində döş qasıq büküşü və ya ayaq hissədən çıxarılır. Köndələn vəziyyətdə döş adətən ayaq hissədən çıxarılır. Baş Moriso-Levre üsuluna bənzər üsulla xaric edilir.

Yaranın kənarları Mikaliç sixacları ilə tutulur. Cift ayrılan kimi göbək çiyəsindən tutub, əllə uşaqlıq dibi sıxılır və son xaric edilir. Bəzən cifti əllə xaric etmək lazım gəlir.

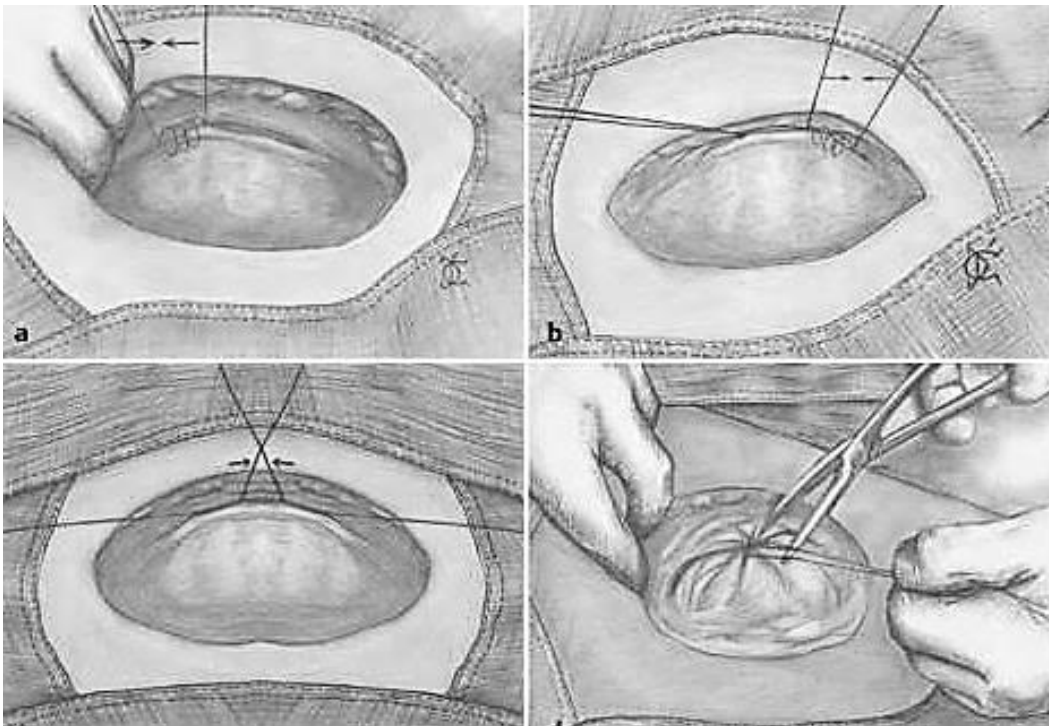
Uşaqlıqdakı yara iki qat (selikli-əzələ və əzələ-seroz) fasiləsiz tikişlə tikilir. Üçüncü sıra tikişlə sidik kisəsi-uşaqlıq büküşünün tamlığı bərpa olunur. Qarın boşluğu təftiş edildikdən və təmizləndikdən sonra qarın divarında qat-qat tikiş qoyulur (şəkil18-26). Dəriyə fasiləsiz kosmetik tikiş qoyulur. Əməliyyat 25 dəqiqəyə qədər davam edir.

Kiçik Kesar əməliyyatı. Hamiləliyin gec müddətdə pozulması vacib olduqda kiçik Kesar əməliyyatı aparılır. (§ 3.1)

Vaginal Kesar kəsiyi. Əməliyyat ginekoloji kresloda uşaqlıq yolunda aparılır.(§3.1)

Əməliyyatlardan sonrakı qulluq.

- zahı intensiv palataya köçürülür;
- 1,5-2 saat müddətində qarının aşağı hissəsinə buz qovluğu qoyulur;
- göbək çiyəsi kəsildikdən sonra damar daxilinə geniş spektrli antibiotik vurulur. Antibiotikoterapiya 5-7 gün davam etdirilir.
- qanaxma olduqda (ilk 6-8 saat) damar daxilinə plazma və uşaqlığı yığan maddələr köçürülür.
- Uşaqlığın xarici masajı və daxili divarlarının əl və ya küretlə yoxlanılması aparılır;
- 2-ci sutkada elektrolit balansının korreksiyası və infuzion terapiya, tənəffüs gimnastikası, qəbzlik əleyhinə tədbirlər (prozerin, təmizləyici imalə) aparılır;
- 5-6-ci sutkada USM-si aprılır (uşaqlığın həcmi, ölçüsü, boşluğundakı möhtəfiyyəti, uşaqlıqda tikişlərin vəziyyəti, hematomanın olması);
- 6-7-ci sutkada qarının ön divarındakı tikişlər sökülür;
- 8-7-ci sutkada zahı evə yazılır, qadın məsləhətxanasının nəzarətinə göndərilir.



Şəkil: 18-26. Uşaqlığın tikilməsi və peritonizasiyası

Əməliyyatdan sonra ağırlaşmalar ola bilər: yaranın infeksiyalaşması, endometrit, tromboflebit, subfebril qızdırma, uşaqlığın subinvolyusiyası daxili və xarici qanaxmalar, müxtəlif lokalizasiyalı hematomalar, peritonit və s.

§ 4.4 Doğuşun III dövründə və erkən zahılıq dövründə aparılan cərrahi əməliyyatlar

Doğuşun III dövründə və erkən zahılıq dövründə aparılan əməliyyatlar qanaxmanın dayandırılmasına və zədələnmiş orqanların tamlığının bərpasına yönəldilir.

Son və erkən zahılıq dövründə aparılan əməliyyatlara – ciftin əllə ayrılması, ciftin və ya cift qalıqlarının çıxarılması, uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi, uşaqlıq boşluğunun qaşınması, aralığın, uşaqlıq yolunun, uşaqlıq boynunun, uşaqlıq cisminin tamlığının bərpası (tikilməsi), uşaqlığın əsas damarlarının bağlanması, uşaqlığın amputasiyası və ekstripasiyası aiddir.

Ciftin əllə çıxarılması. Göstəriş:

- döl doğulduqdan sonra ayrılmış ciftin 30 dəqiqə müddətində doğulmaması;
- vaxtından asılı olmayaraq qanaxmanın olması;

Bu məqsədlə müasir mamalıqda göbək ciyəsinin kontrolluğu ilə kontraksiya metodundan istifadə olunur. Döl doğulan kimi qadına oksitosin vurulur. Uşaqlıq əks tərəfə itələnilir, göbək ciyəsinə tutularaq traksiya aparılır. Cift xaric edildikdən sonra uşaqlığın qarın divarındamın massajı aparılır.

Əməliyyatların texnikası. (Fəsil XVI)

Ciftin əllə ayrılması. Döl doğulduqdan 30 dəqiqə sonra ciftin ayrılma əlamətləri olmadıqda və ya doğuş yolları zədələri ilə bağlı olmayan son dövrünün qanaxmaları zamanı cift uşaqlıq divarından əl ilə ayrılır (XVI FƏSİL)

Əməliyyat narkoz altında aseptika və antiseptika qaydalarına ciddi riayət olunmaqla aparılır. Əllər yuyulduqdan sonra sağ əl yodun 5%-li spirtli məhlulu ilə silinir. Sol əllə cinsiyyət yarığı açılır. Sağ əl göbək ciyəsi boyu uşaqlıq boşluğuna salınır, göbək ciyəsinin ciftlə birləşdiyi yerdən ciftin kənarı tapılır. Müşarvarı hərəkətlə sağ əl cifti uşaqlıq divarından ayırır, cift ayrılan kimi sağ əl onu tutur, sol əl göbək ciyəsinə dartaraq cifti xaric edir. Sağ əl uşaqlıq boşluğunun reviziya etdikdən sonra (daxildəki cift tikələri və qan laxtalarını xaric etdikdən sonra) çıxarılır.

Həqiqi cift bitişməsi zamanı onu əllə ayırmaq mümkün deyil. Belə hallarda uşaqlıq ciftlə birlikdə ekstripasiya edilməlidir.

Uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi. Erkən zahılıq dövründə qanaxmanın başlaması uşaqlığın əllə müayinəsinə göstərişdir. Müayinənin məqsədi qanaxmanın səbəbinin müəyyənləşdirilməsi və aradan qaldırılmasıdır.

Narkoz altında, aseptik qaydalara ciddi əməl olunmaqla, sol əllə cinsiyyət yarığı açılır, sağ əl konus şəklində bükülərək uşaqlıq boşluğuna salınır. Xaricdən, qarın divarından sol əllə uşaqlıq fiksə edilir. Daxili əl (sağ) etapla uşaqlıq divarlarını müayinə edir: aşkar olunmuş cift və döl qışaları tikələri və qan laxtaları xaric edilir; uşaqlığın yığılma qabiliyyətini artırmaq üçün daxildəki əl yumruq şəklində bükülüb uşaqlıq dibində yerləşdirilir, xarici əllə uşaqlıq dibi masaj edilir. Uşaqlığın düzgün yığılmasına nail olduqdan sonra masaj dayandırılır (uşaqlıqda tikə aşkarlanmadıqda və uşaqlığın tamlığı pozulmadıqda); uşaqlıq divarlarının tamlığının pozulması aşkar olunduqda dərhal laparotomiya ilə uşaqlığın tamlığı bərpa olunur (cıırıqlar tikilir) və ya uşaqlıq çıxarılır (zədənin və qanaxmanın həcmindən asılı olaraq).

Eyni zamanda reopolikliyin, duz məhlulları və ya qan və qan komponentləri ilə infuziya terapiyası aparılır, itirilən qan korreksiya olunur.

Uşaqlıq boşluğunun instrumental müayinəsi. Bu müayinə erkən zahılıq dövründə, ciftin tamlığına şübhə olduqda və qanaxma kəskin olmadıqda aparılır. Güzgülər vasitəsi ilə uşaqlıq boynunun görünməsi təmin edilir, uşaqlıq boynunun ön dodağı Müze maşası və ya abortsanqla tutulur və fiksə edilir. Kiçik və ya orta ölçülü küret uşaqlıq boşluğuna salınır, uşaqlıq divarları etapla yoxlanılır, cift tikələri və qan laxtaları xaric edilir. Uşaqlığın küretlə təftişi sol əlin nəzarəti altında aparılır. Sol əl xaricdən, qarın divarından uşaqlığı tutur və onun küret vasitəsi ilə yuxarı qalxmasının qarşısını alır. Bu uşaqlığın deşilməməsi üçün vacibdir.

Uşaqlıq boşluğunun qaşınması düşükdən və doğuşdan sonra hemometra, loximetra, endomet-

rit zamanı uşaqlığı boşaltmaq, yığılmasını sürətləndirmək məqsədi ilə aparılır.

Ananın doğuş travmaları zamanı aparılan əməliyyatlar. Doğuş prosesi zamanı bəzən qadının doğum yollarının zədələnməsi müşahidə olunur. Bu travmalar təcili operativ müdaxilə tələb edir. (XVII FƏSİL)

Uşaqlığın perforasiyası zamanı aparılan əməliyyatlar. Uşaqlığın perforasiyası süni abort və uşaqlığın diaqnostik və ya müalicəvi qaşınması zamanı baş verir.

Səbəbləri: – -uşaqlıq divarındakı degenerativ dəyişikliklər (çapıqlar, iltihabi proseslər, çoxsaylı küretaj); uşaqlıq ayrılıyının düzgün təyin edilməməsi; əməliyyatın kobud aparılması.

Perforasiya müxtəlif alətlər tərəfindən törənə bilər. Perforasiya zamanı başqa orqanlar da (bağırsaqlar, piylik) zədələyə bilər. Zond vasitəsi ilə törənən perforasiya zamanı yataq rejimi, antibiotikoterapiya, əgər döl xaric edilibsə, qarına soyuq qoymaqla müalicə aparmaq olar. Perforasiya böyük alətlərlə (Heqar genəldiciləri, abortsanq) törəndikdə və zondla törənib, qanaxma olduqda, laporatoriya aparılır, perforasiya dəliyi üç qat ketqutla tikilir. Uşaqlıqdakı dəlik böyük olduqda və ya infeksiyaladıqda uşaqlıq amputasiya edilir. Daxili orqanların tamlığı bərpa edilir.

Uşaqlığın magistral damarlarının bağlanması. Doğuşdan sonra baş verən atonik qanaxmalarda, qanaxmanı başqa metodlarla dayandırmaq mümkün olmadıqda aparılır. Qarın boşluğu açılır, uşaqlığın əsas damarlarının yaxşı görünməsi üçün uşaqlıq yara səthinə çıxarılır. Hər iki tərəfdən uşaqlıq-yumurtalıq arteriyası və uşaqlığın girdə bağlarına liqatura qoyulur. Daxili dəlik nahiyyəsindən bir az yuxarıdan uşaqlıq arteriyası, uşaqlıq bucağı nahiyyəsindən yumurtalığın xüsusi bağlarına liqatura qoymaqla yumurtalıq arteriyaları bağlanır. Qalça arteriyasından uşaqlığa qan aparan damarların keçdiyi üçün yumurtalığın girdə bağına da liqatura qoyulur. Damarların bağlanması uşaqlığın işemiyasına və qanaxmanın azalmasına səbəb olur. Bu əməliyyat adətən uşaqlığın amputasiyasından əvvəl aparılır.

Uşaqlığın cırılması zamanı aparılan əməliyyatlar. (XVII FƏSİL)

Uşaqlığın amputasiyası. Uşaqlıq boynunu saxlamaqla uşaqlığın çıxarılmasına **uşaqlığın amputasiyası** deyilir. Aşağıdakı hallarda aparılır; atonik qanaxmalar – konservativ müalicə effekt vermədikdə; uşaqlıq boynuna keçməyən, tikilməsi əhəmiyyətsiz olan uşaqlıq cırıqları; həqiqi cift birləşməsi; normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması nəticəsində uşaqlıq-cift apopleksiyası; Kesar kəsiyindən sonra böyük miomalar.

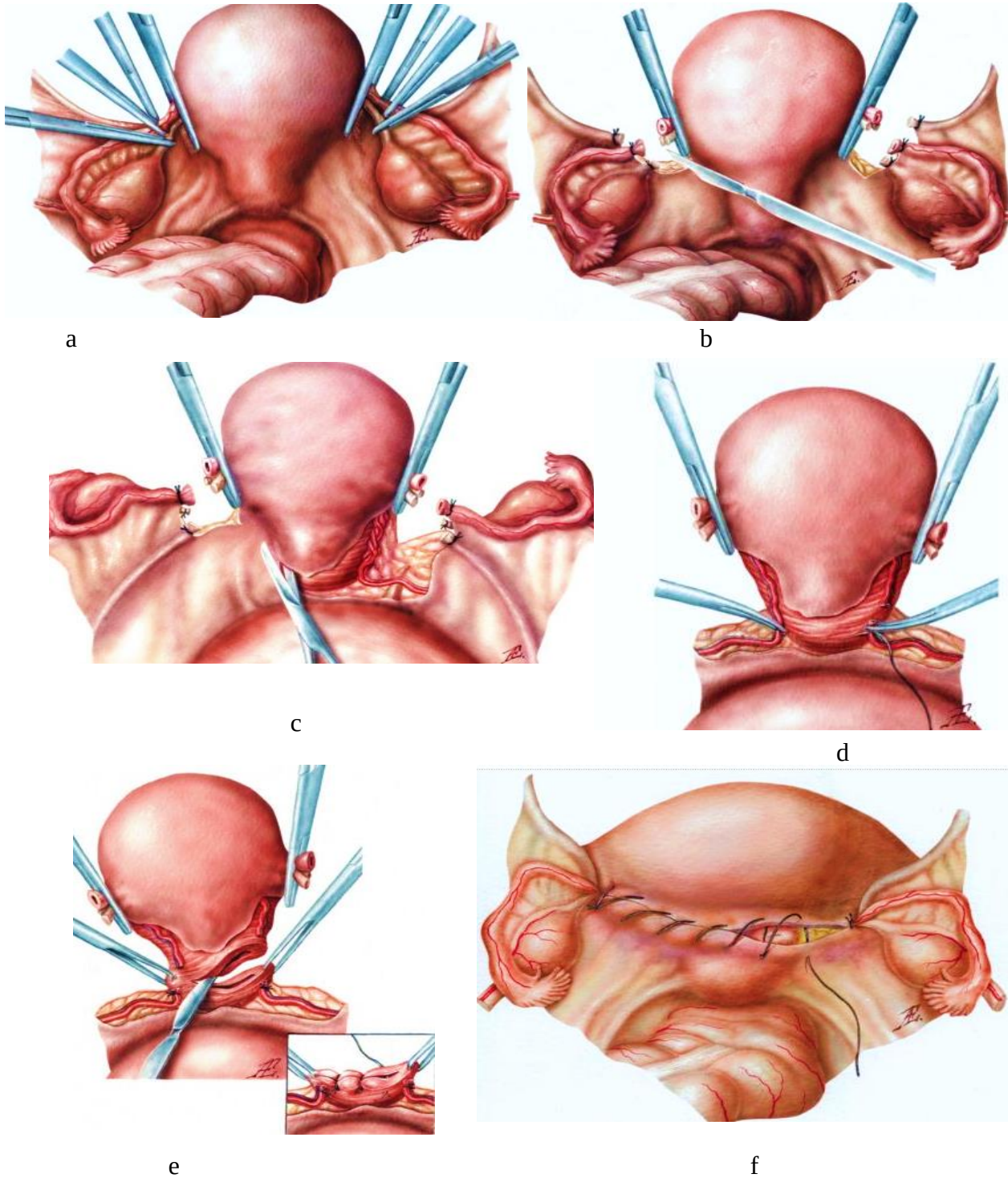
Əməliyyatın texnikası. Qarın boşluğu açılır, uşaqlıq Müze və ya gülləvari maşa ilə tutularaq yara səthinə çıxarılır və bir tərəfə çəkilir. Əks tərəfdən uşaqlığın girdə bağı, yumurtalığın xüsusi bağı və borunun uşaqlıq ucu sıxaclarla tutulur (şəkil:18-27 a). Venoz qanaxma olmasın deyərək bir-birindən aralı iki sıxac qoyulur. Sıxaclar arasına ketqutla liqatura qoyulur, bağlar və boru kəsilir (şəkil:18-27 b). Sonra uşaqlıq əks tərəfə çəkilir və eyni qayda ilə digər tərəfin də bağları və borusu kəsilir. Uşaqlıqla birlikdə artımların da çıxarılması lazım gəldikdə sıxac bir başa yumurtalığın asma bağına qoyulur.

Uşaqlığın borularla birlikdə amputasiyası lazım gələrsə sıxaclar yumurtalığın girdə bağına və mezosalpinksə qoyulur.

Enli bağın yuxarı hissəsi qoyulmuş sıxaclar arasından kəsilir. Sonra uşaqlıq yuxarı dartılır, sidik kisəsi-uşaqlıq бүküşü boyu kəsik aparılır. Sidik kisəsi uşaqlıq boynundan ayrılır. Uşaqlıq əvvəl bir sonra əks tərəfə çəkilir. Onun yan divarlarına perpendikulyar şəkildə, uşaqlıq boynunun daxili dəliyindən bir qədər yuxarıdan uşaqlıq damarlarına qoşa sıxac qoymaqla damarlar kəsilir (şəkil:18-27 c; d). Uşaqlıq daxili dəlik səviyyəsindən kəsilib götürülür. Damarlara liqatura qoyularaq bağlanılır. Uşaqlıq boynunun ön və arxa divarı bir neçə fasiləli ketqut tikişi ilə birləşdirilir (şəkil:18-27e)

Uşaqlığın enli bağının və peritonun sidik kisəsi-uşaqlıq vərəqəsi hesabına peritonizasiya aparılır (şəkil:18-27 f). Güdülün sağ bucağından başlayaraq büzməli tikişlə enli bağın arxa vərəqinin kənarları, artımların, uşaqlığın girdə bağının güdülləri və uşaqlığın enli bağının ön vərəqi tikilir. 3-4 tikiş qoyulduqdan sonra uşaqlıq boynu güdülü peritonla əhatə olunur. Sonra həmin liqatura ilə sol tərəfdən, girdə bağın, artımların peritonizasiyası aparılır.

Qarın boşluğu təmizləndikdən sonra tampon və alətlər sayılır və qarının ön divarı qat-qat tikilir.



Şəkil:18-28. Uşaqlığın amputasiyası: a) uşaqlığın girdə bağına, yumurtalıqların xüsusi bağına və uşaqlıq borularına sıxacların qoyulması və b) kəsilməsi; c) sidik kisəsi-uşaqlıq büküşünün açılması; d) daxili dəlik səviyyəsində uşaqlıq damarlarına sıxac qoyulması; e) uşaqlığın kəsilməsi, uşaqlıq boynun tikilməsi; f) uşaqlığın peritonizasiyası

Uşaqlığın ekstriyasiyası. Uşaqlığın boyunla birlikdə çıxarılmasıdır. Əməliyyat aşağıdakı hallarda aparılır:

- uşaqlıq cismi ilə uşaqlıq boynunun müştərək zədələri və ya uşaqlıq boynunun zədələri (cırıqlar, mioma, poliplər, xərçəngönü xəstəliklər və xərçəng);
- uşaqlıq təğlərinin ayrılması;

- uşaqlıq boynu hamiləliyi;
- uşaqlıq patalogiyası ilə yaranan YDL sindromunun inkişafı;
- infeksiyanın geniralzasiyası ilə endometrit.

Əməliyyatın texnikası. Əməliyyat uşaqlığın amputasiyasında olduğu kimi başlanılır. Əvvəl bir, sonra digər tərəfdən uşaqlığın girdə bağlarına, artımlarına sıxac qoyulur. Əgər uşaqlıq artımlarla birlikdə çıxarılsa yumurtalığın asılan bağına, uşaqlıq artımlarsız çıxarılsa yumurtalığın xüsusi bağına və borunun uşaqlıq kənarına, uşaqlıq borusu ilə birgə çıxarılsa mezosalpinksə sıxac qoyulur. Sıxaclar arasındakı toxumalar kəsilir və bağlanır. Sidik kisəsi uşaqlıq büküşü kəsilir, müvəqqəti liqaturaya alınır. Sidik kəsi uşaqlıq yolu tağına qədər uşaqlıq boynundan ayrılır. Uşaqlıq boynu ilə sidik kəsi arasında güzgü salınır.

Uşaqlığın ekstripasiyası zamanı uşaqlıq arteriyasının əsas gövdəsi liqaturaya alınır. Birinci koxer sıxacı uşaqlıq kənarından 1sm məsafədə, digəri isə uşaqlığın yan divarına qoyulur. Sıxaclar arasında damarlar kəsilir və liqatura sürüşməsin deyə, ətraf birləşdirici toxumalarla birlikdə tikilir. Bu zaman daxili dəlik nahiyyəsində uşaqlıq arteriyasının peritondan xaricdə yerləşdiyini və sidik axarları ilə çarpazlaşdığını nəzərə almaq lazımdır. Sonra uşaqlıq önə dartılır və uşaqlıq-oma bağına sıxaclar qoyulur, bağlar kəsilir və bağlanır. Bu bağlar arasında peritonun arxa vərəqi kəsilir. Sonra uşaqlıq tağına onun uşaqlıq boynu birləşdiyi yerdən ön və yan divarlarından kəsik aparılır. Alınmış dəliyə kornsaqla yodapiron hopdurumuş tənzip tampon salınır və kornsaqla uşaqlıq yolu girişinə doğru itələnilir. Sonra uşaqlıq bağları dairəvi kəsilir və uşaqlıq çıxarılır. Uşaqlıq yolunun kəsilmiş kənarları sıxacla tutulur, drenaj qoyulur. Uşaqlıq yolu güdülü tikilir, peritonizasiya aparılır.

İnfeksiyalasmaya və ya hemostazın dəqiqliyinə şübhə olduqda, qarın boşluğundan axını təmin etmək üçün Brande üsulu ilə peritonun ön vərəqi, sidik kisəsi-uşaqlıq büküşü uşaqlıq yolunun ön divarına, peritonun arxa vərəqi ilə arxa divarına tikilir. Uşaqlıq yolunun bucaqları tikilir, drenaj məqsədi ilə açıq saxlanılır. Sonra peritonun hər iki vərəqini açıq uşaqlıq yolu üzərində birləşdirən fasiləsiz ketqut tikişi ilə peritonizasiya edilir, artımların və uşaqlığın girdə bağının güdülləri hər iki tərəfdən büzməli tikişə salınır.

XIX FƏSİL

EMBRİOLOGİYA VƏ PERİNATOLOGİYA

Embriologiya (yunanca – embrion – bətdaxli döl və ya rüşeym, loqos – elm) rüşeymin inkişafını öyrənir: qametogenez, rüşeymin əmələ gəlməsi, rüşeymin bölünməsi, toxumaların differensiasiyası, orqanların mayasının qoyulması və inkişafı (orqonogenez), morfogenez və regenerasiya.

Perinatologiya termini 3 sözün birləşməsindən ibarətdir: peri (yunan) –ətraf, yan, ərəfə; natus (latın)-doğum, loqos (latın)-elm.

Perinatologiya elmi dölün bətdaxili həyatının 22-ci həftəsindən yeni doğulmuşun həyatının ilk 7 (168 saat) gününü öyrənir. Bu dövrdə baş verən patologiyaları aşkar və müalicə edir. Perinatoloji yardım 3 hissəyə bölünür:

- **antenatal yardım** – hamiləliyin 22-ci həftəsindən hamiləliyin sonuna qədər dölün inkişafını və formalaşmasını öyrənir;

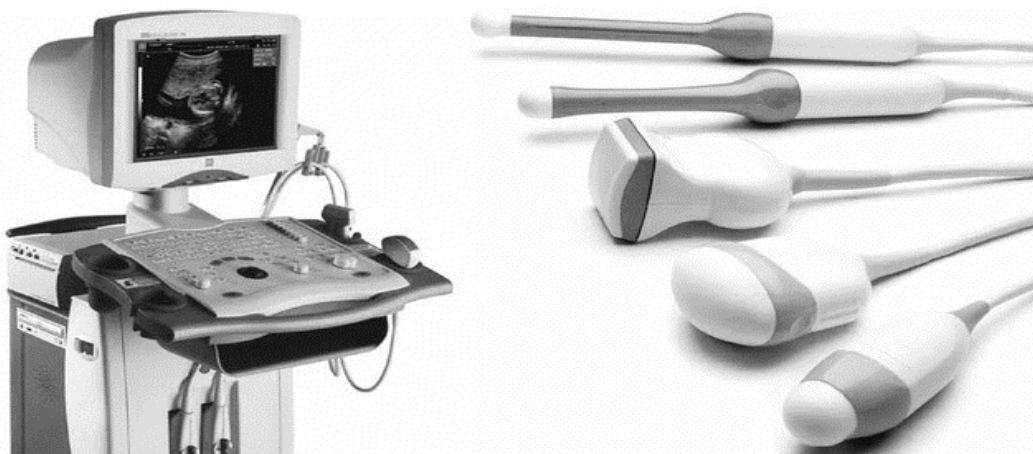
- **intranatal yardım** – dölü doğuş zamanı müxtəlif amillərin təsirindən qoruyur;

- **neonatal yardım** – yenidoğulmuşun həyatının ilk 7 günündə (168 saat) bətdənkənar həyata adaptasiyasını öyrənir.

Ante-intra- və postnatal dövrlərdə tələf olmuş döl və yenidoğulmuşların sayı **perinatal ölüm** göstəricisini təşkil edir.

Perinatal ölüm iki komponentlə müəyyənləşdirir: ölü doğulma və yenidoğulmuşların ilk 7 gün ərzində ölümü. Perinatal ölüm hər 1000 doğulmuş üçün hesablanır (I Fəsil).

§ 1. Dölün vəziyyətini qiymətləndirmək üçün müasir mamalıqda aparılın müayinə metodları



Şəkil:19-1.Ultrasəs aparatı

Müasir mamalıqda dölün ana bətnində vəziyyətini qiymətləndirmək üçün xüsusi müayinə metodlarından istifadə olunur. Ana orqanizmi vasitəsilə dölün fiziki və həyat fəaliyyəti göstəriciləri təyin edilir.

Antenatal diaqnostika iki istiqamətdə aparılır.

– dölün anatomik inkişaf xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi – exoqrafiya və exoskopiya,

– dölün funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi – exokardioqrafiya, amnioskopiya, hormonal müayinə və s.

Exoqrafiya. (Ultrasəs müayinəsi). Ana və döl üçün təhlükəsiz və daha informativ müayinə metodudur (şəkil:19-1). Müasir dövrdə döldəki bətn daxili qüsurları aşkar etmək üçün bütün hamilə qadınlara hamiləlik müddətində 3 dəfə USM-si aparılır. USM-si ultrasəs dalğalarının müxtəlif toxumalar tərəfindən müxtəlif cür qəbul olunmasına və onun monitorda əksinə əsaslanır.

Exokardioqrafiya. Bu müayinə metodu ilə dölün işləyən ürəyində patologiyalar, klapanların işi öyrənilir, qüsurlar aşkarlanır.

Ultrasəs müayinəsinin nəticələri və ürək fəaliyyətinin qeydiyyatı dölün bətn daxili vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. Bu “dölün biofizik profili” adlanır. Adətən 5 parametr qiymətləndirilir, maksimal qiymət 10-12 baldır.

I stressiz test (ST). Bu test 20 dəqiqə müşahidə müddətində dölün hərəkətinə cavab olaraq baş verən aksellerasiya (sürətli ritm) qeyd edilir və qiymətləndirilir.

ST-2 bal – aksellerasiyanın sayı – 5-dən çox, amplitudası – 15 vur/dəq-dən çox, davamiyyəti 15 san-dən çox;

ST-1 bal – aksellerasiyanın sayı 2-4, amplituda – 15 vur/dəq-dən çox;

ST-0 bal – aksellerasiyanın sayı 0-1.

II dölün tənəffüs hərəkətləri (TH) – 30 dəq müşahidə müddətində tənəffüs hərəkətləri sayılır.

TH-2 bal – 1 epizoddan çox, davamiyyəti 60 san;

TH-1 bal – sayı 1 epizoddan çox, davamiyyəti 30-60 san;

TH-0 bal – sayı 0-1 epizod, davamiyyəti 30 san-dən az.

III dölün hərəkət aktivliyi (HA) 30 dəq müşahidə zamanı dölün genərlizə olunmuş hərəkətləri qeyd edilir.

HA-2 bal – 3 dən az olmayan;

HA-1 bal – 1-2;

HA-0 bal – 0.

IV dölün tonusu (T). 30 dəqiqə müşahidə müddətində dölün onurğa və ətraflarının açılıb, yenidən bükülmə hərəkətləri qeyd edilir.

T-2 bal – 1 və daha artıq epizod. Həm onurğanın, həm də ətrafların açılıb, bükülməsi;

T-1 bal – 1 epizoddan az olmayan ya onurğanın, ya da ətrafların açılıb, bükülməsi;

T-0 bal – 0 dölün ətrafları açılmış vəziyyətdədir.

V dölün mayenin həcmi (DMH).

DMH – 2 bal – uşaqlıqda maye dəqiq təyin edilir. Sərbəst sahənin vertikal diametri 2 sm və daha çoxdur;

DMH – 1 bal – sərbəst sahənin vertikal diametri 1 sm-dən çox, 2 sm-dən azdır.

DMH – 0 bal – dölün kiçik hissələri sıx yerləşib, sərbəst sahənin vertikal ölçüsü 1 sm-dən azdır.

VI ciftin yetişkənlik dərəcəsi (CYD).

CYD – 2 bal – 0, I, II yetişkənlik dərəcəsi;

CYD – 1 bal – cift uşaqlığın arxa divarında yerləşib, müayinə etmək mümkün deyil;

CYD – 0 bal – ciftin III dərəcə yetişkənlik dərəcəsinə uyğun gəlir.

Doppleroexoqrafiya. Ana-cift-döl qan dövranını öyrənir. Doppleroexokardioqrafiya dölün antenatal ürəkdaxili hemodinamikasını öyrənir (şəkil:19-2).

Rəngli doppleroqrafiya qan dövranının istiqamətini, sürətini, turbulentliyini təyin edir. Ha-

miləliyin 15-16-cı həftəliyində anadangəlmə ürək qüsurlarının perinatal diaqnostikasında rəngli doppleroqrafiyanın əhəmiyyəti böyükdür.

Elektrokardiografiya (EKQ) və fonokardiografiya. Dölün ürək fəaliyyətini qiymətləndirmək üçün istifadə olunan instrumental metodlardır. Dölün düz və qeyri-düz (vasitəli və vasitəsiz) elektrokardiografiyası ayırd edilir. Qeyri-düzgün (vasitəli) EKQ – antenatal dövrdə, dölün 32-ci həftəsindən sonra aparılır. Bu zaman elektrodlar hamilə qadının qarnının ön divarında yerləşdirilir. Düz (vasitəsiz) EKQ doğuş zamanı uşaqlıq boynu 3 sm açıq olduqda aparılır. Elektrod dölün başına yerləşdirilir.

EKQ və FKQ müxtəlif ritm pozğunluqlarını aşkar etməyə imkan verir, tək-tək ekstrosistoliyadan tam blokadaya qədər və ya səyirici aritmiya və s. Bu da dölün vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. Normal FEKQ “0” dərəcə kimi qiymətləndirilir.

I dərəcə (az) – normal keçən hamiləlik üçün xarakterikdir. Ürək fəaliyyətinin labil olduğunu göstərir;

II dərəcə (orta) – dölün bətdaxili vəziyyətində bəzi dəyişikliklər var;

III dərəcə (ağır, kəskin) – döl ürəyinin miokardının bütün funksiyalarında ciddi dəyişikliklərin olduğunu göstərir;

IV dərəcə – kompensator və uyğunlaşma reaksiyasının olmadığını göstərir. Dəyişikliklər geridönməzdir.

III və IV dərəcələrdə dölün bətdaxili ölümü və ya yenidə doğulmuşun ağır vəziyyəti müşahidə edilir.

Kardiotokoqrafiya (KTQ). Ante- və intranatal dövrlərdə dölün vəziyyətini qiymətləndirmək üçün ən vacib metodlardandır. KTQ vasitəsi ilə dölün ürək döyüntüləri və uşaqlığın yığılması sinxron yazılır. Uşaqlığın yığılma qabiliyyəti və dölün ürək fəaliyyəti qiymətləndirilir (şəkil:19-2). Kliniki təcrübədə uşaqlıq ötürücüləri geniş istifadə edilir. Bu metodun əks göstərişləri və ağırlaşmaları yoxdur. Alınmış nəticə klinik göstəricilərlə birlikdə qiymətləndirilir. Xarici ultrasəs ötürücüsü hamilə qadının qarnının ön divarına, dölün ürək döyüntüləri ən yaxşı eşidildiyi nöqtəyə qoyur. Doğuş zamanı daxili spiralvari elektroddan istifadə etmək olar. O, dölün başının dərisinə bərkidilir. KTQ hamiləliyin 32-ci həftəsindən sonra aparılır. Müayinə, qadın böyrü üstə uzanmış vəziyyətdə 40-60 dəq. müddətində aparılır. Kardiotokoqramma aşağıdakı göstəricilərlə xarakterizə olunur.

Bazal ritm – 10 dəq və daha artıq müddətdə dölün dəyişməyən ürək döyüntülərinin orta tezliyi (vur/dəq);

Variabellik – Bazal ürək yığılmaları tezliyinin orta səviyyədən kənara çıxmalarıdır. Çox vaxt ossillyasiyanın ancaq amplitudası qeyd edilir. Ossillyasiyanın amplitudası bazal ürək yığılmaları tezliyindən kənara çıxmaların ölçüsü (böyüklüyü) ilə, tezliyi isə amplitudaların mərkəzini birləşdirən xətti keçən ossillyasiyaların sayı ilə təyin edilir.

Bazal ritmin sabitliyi – yavaş akssellerasiya müşahidə olunmayan ritm. Ürək yığılmaları tezliyinin yavaş dəyişməsi – artması akssellerasiya, azalması dessellerasiya adlanır.

Aksellerasiya – 10 dəq-dən az olmayan müddətdə ürək ritminin 15 vur/dəq və daha artıq atması.

Dessellerasiya – 10 dəq və daha artıq müddətdə ürək ritminin 15 vur/dəq və daha çox azalmasıdır. Dessellerasiyanın 3 tipi ayırd edilir: erkən (Dip I), gecikmiş (Dip II)-30-60 san gecikir, variabelli (Dip III).

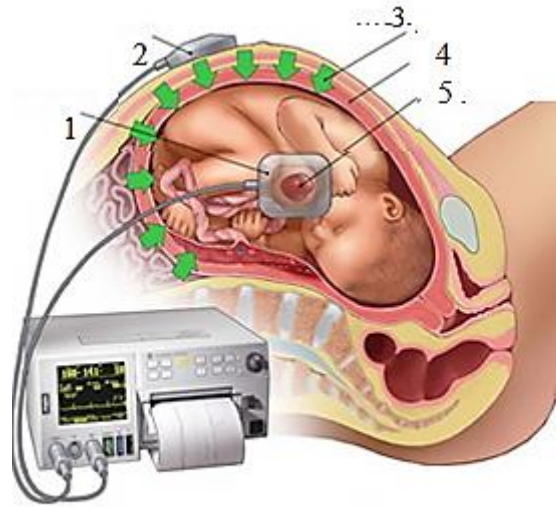
Funksional sınaqlar – dölün vəziyyətini və fetoplasentar sistemin ehtiyat gücünü qiymətləndirmək üçün aparılır. Bu sınaqlara atropin, eufillin testləri, fiziki yük və tənəffüsün saxlanılması sınaqları aiddir.

Antenatal EKQ apararkən stressli (oksitosin) və stressiz testlər aparılır. Oksitosin testi zamanı oksitosin məhlulu yeridilir, dölün ürək-damar sisteminin uşaqlıq yığılmalarına cavab reaksiyası öyrənilir. Reaksiyanın olmaması və ya yavaş akssellerasiyanın meydana çıxması fetoplasentar çatışmazlıqdan xəbər verir.

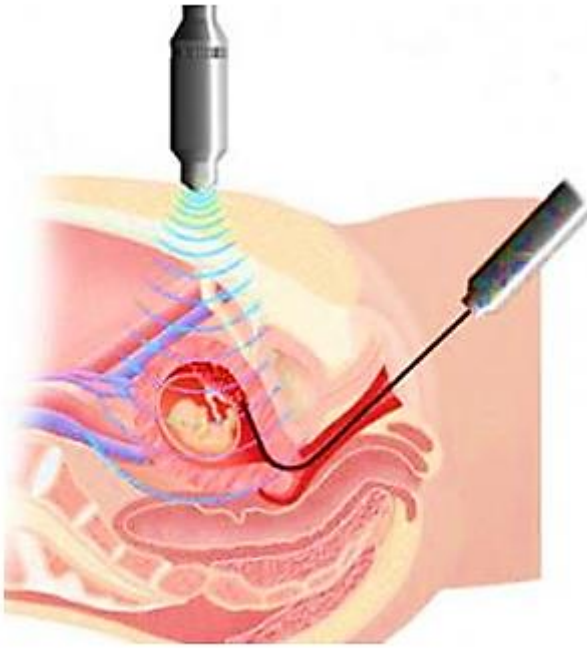
Müasir müayinə üsulları (şəkil:19-2)



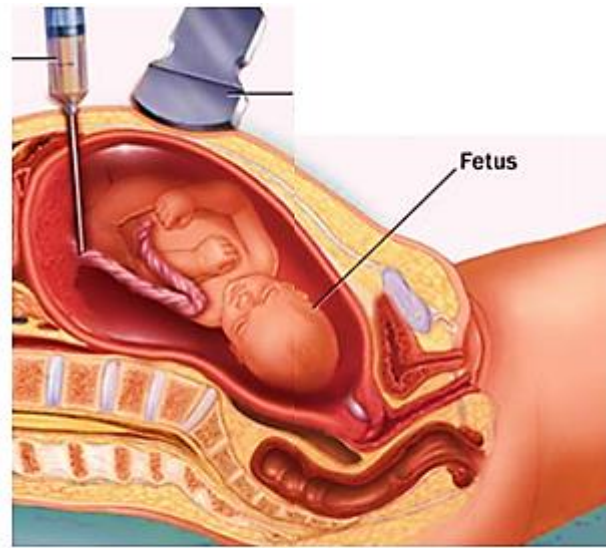
Doppleroqrafiya



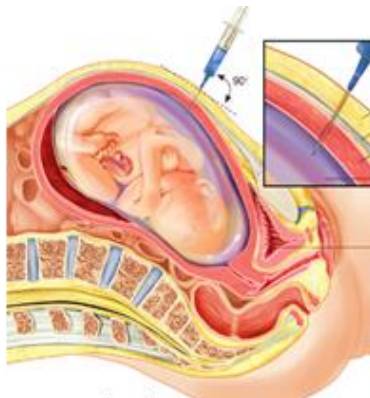
Kardiotokoqrafiya: 1-dölün ürək döyüntülərinin
ötürücüsü; 2-uşaqlıq tonusunun ötürücüsü;
3-uşaqlığın tonusu; 4-uşaqlıq; 5-dölün ürəyi



Plasentosentez



Kordosentez



Amniosentez



Amnioskopiya



Fetoskopiya

Oksitosin testinə əks göstərişlər: hamiləliyin pozulma təhlükəsi; uşaqlıqda çapıqların olması; ciftin birləşmə patologiyaları.

Stressiz test daha çox informativdir. Bu sınaq zamanı dölün öz hərəkətlərinə ürək-damar sisteminin verdiyi reaksiya öyrənilir. Normada dölün hərəkəti bazal ritmin qısa müddətli artması ilə (yavaş akssellerasiya) müşayət olunur. Belə halda test müsbət hesab edilir və dölün vəziyyətinin normal olduğundan xəbər verir. Dölün hərəkətinə cavab olaraq 80%-dən az hallarda yavaş akssellerasiya baş verirsə, test şübhəlidir. Dölün hərəkətinə cavab olaraq dölün ürək-damar sistemində reaksiya olmadıqda test mənfidir. Bu kompensator reaksiyaların gərginliyindən və tükənməsindən xəbər verir. Dölün fizioloji sakit vəziyyətində yalançı mənfi test müşahidə edilir.

İntranatal dövrdə dölün normal vəziyyətinin kriteriyaları aşağıdakılardır:

- bazal ritm 110-150 vur/dəq;
- bazal ritmin variabellik amplitudu 5 dən-25 vur/dəq-yə qədərdir;

KTQ-in patoloji kriteriyaları aşağıdakılardır:

- bazal ritm 100 vur/dəq-dən az, 170 vur/dəq-dən çox;
- 40 dəq müşahidə müddətində bazal ritmin variabelliği 5 vur/dəq-dən az;
- kəskin variabelli dessellerasiya;
- uzunmüddətli dessellerasiya;
- gecikmiş dessellerasiya;
- sinisoidal tipli əyri;

Müayinənin məqsədi dölün hipoksiyasını aşkar etməkdir.

Amnioskopiya. Hamiləlik zamanı dölün və dölyanı mayenin vəziyyətini öyrənmək üçün istifadə edilir. Bu zaman transservikal olaraq döl qovuğunun aşağı qütbünə baxış aparılır. Müayinə hamiləliyin 37-ci həftəsindən aparılır. Uzunluğu 20-25 sm, diametri 12-20 mm (uşaqlıq boynunun açılış dərəcəsindən asılı olaraq) olan amnioskopdan istifadə olunur (şəkil:19-2).

Aseptik şəraitdə amnioskop servikal kanala daxil edilir və işıqlandırıcı sistem işə salınır. Normal gedişli hamiləlik zamanı tərkibində azca pendirvari maddə qarışığı olan açıq rəngli, şəffaf dölyanı maye aşkar olunur. Həcmi kifayət qədərdir. Dölyanı mayenin miqdarının az, rənginin yaşılımtıl olması və mikonium qarışması dölün asfiksiyasından xəbər verir.

Amniosentez. Amnion boşluğu punksiya edilir, amnion maye götürülür və müayinə olunur. Amniosentez bir necə üsulla aparılır: – **transabdominal** (şəkil:19-2); **transvaginal**; **transservikal**.

Amniosentez hamiləliyin 16-cı həftəsindən aparılır. Götürülmüş dölyanı mayenin bio-kimyəvi və bakterioloji tərkibi və turşu-qələvi vəziyyəti öyrənilir. Amniosentez aşağıdakı məqsədlə aparılır:

- dölün ağ ciyərlərinin yetişkənlik dərəcəsini öyrənmək;
- latent bətn daxili infeksiyaları aşkar etmək;
- dölün bətn daxili inkişaf anomaliyalarını aşkar etmək;
- hemolitik xəstəliyi aşkar etmək;
- genetik xəstəlikləri aşkar etmək;
- vaxtı ötmüş hamiləlik zamanı;
- dölün xroniki hipoksiyası zamanı;

Fetoskopiya. Bu metod dölün göbək ciyəsindən və ciftindən qan, dərisindən biopsiya materialı götürməyə əsaslanır (şəkil:19-2).

Kordocentez. Ultrasəs müayinəsi altında dölün göbək ciyəsi punksiya olunur, götürülən qan müxtəlif parametrlərə görə analiz edilir.

Göstərişlər: qan xəstəliklərinin, dölün infeksiyalanmasının, mübadilə pozğunluqlarının, dölün kariotipinin, dölün hipoksiyasının və s. perinatal diaqnostikası. Kordosentez yeganə müayinə metodudur ki, hamiləliyin II trimestrində rezus sensibilizasiyalı dölün anemiya dərə-

cəsini aşkarlayır. Dölün göbək ciyəsindən qan götürülür (şəkil:19-2).

Hormonal müayinə. Cift və feto-plasentar sistemin bioloji məhsullarında hormonların səviyyəsi öyrənilir. Bu üsulla hamiləlik ağırlaşmaları və ekstragenital xəstəliklər nəticəsində dölün vəziyyətində baş verən pozğunluqlar müəyyənləşdirir. Bu müayinə metodu hamiləliyin 30-cu həftəsindən sonra aparılır. Bu zaman alınan nəticələr daha dəqiq olur. Dölün hipoksiyasının klinik əlamətləri meydana çıxmazdan əvvəl **estriolun** ekskresiyası azalır. Bəzən estriolun kritik və təhlükəli yüksəlməsi aşkar olunur. Kritik yüksəlmə döldə həyat təhlükəsi yarıdan dəyişikliklər olduğunu göstərir. (6 həftəlik hamiləlikdə 4-5 mkmol/sut, 35 həftəlikdən sonra 10 mkmol/sut, 2-3mkmol/sut olması dölün tələf olmasından xəbər verir). Mərkəzi sinir sisteminin anomaliyaları olan döldə estragenlərin səviyyəsi kəskin azalır.

Qanda **xoriomammatropinin** səviyyəsinin təyini dölün hipoksiyasının diaqnostikasında böyük əhəmiyyət kəsb edir. 35 həftəlikdən sonra onun səviyyəsinin 3,8 mq/l olması kritik əlamətdir.

Ana qanında **α -fetoprotein (AFP)** səviyyəsinin artması aşkarlandığı hallarda aşağıdakılar rast gəlinir:

- dölün nevrall borusunun inkişaf anomaliyaları (anensefaliya, meninqomiosele);
- risk qrupuna aid olan hamiləliklər (hipertenziv vəziyyətlər, şəkərli diabet, dölün hemolitik xəstəliyi, cift çatışmamazlığı);
- bilavasitə döl həyatı üçün təhlükənin olması.

§ 2. Dölün fiziologiyası

Dölün bətdaxili inkişafı onun genetik koduna əsaslanır. Lakin onun inkişaf və böyümə prosesi ana orqanizmi ilə sıx bağlıdır.

Bətdaxili həyat embrional və fetal olmaqla 2 yerə bölünür.

I dövr-embrional dövr – mayalanmadan 8-ci həftəyə qədər olan dövrdür, şərti olaraq bir neçə dövrə bölünür: **implantasiyaönnü; implantasiya; orqonogenez** və **plasentasiya**. Bu dövrlərdə zərərli faktorların təsirinə embrionun reaksiyası müxtəlif olur.

İmplantasiyaönnü dövr – mayalanmadan blastosistin uşaqlığın desidual qişasına peyvəndinə qədər olan dövrü əhatə edir. Bu dövrdə mayalanmış döl yumurtası morula, blastula və blastosist mərhələlərini keçir. İmplantasiyaönnü dövrdə blastomerlər yüksək regenerasiya qabiliyyətinə malik olur. Onlardan biri zədələndikdə digərləri onun funksiyasını bərpa edir. Çox sayda blastomer zədələndikdə onların funksiyasını bərpa etmək mümkün olmur. Ona görə bu dövrdə zədələyici faktorlar ya embrionun inkişafına mənfi təsir göstərmir, ya da onun məhvində səbəb olur.

İmplantasiya, orqonogenez və plasentasiya bətdaxili həyatın ilk 3 ayını əhatə edir. Bu dövrdə dölün bütün sistem və orqanların rüşeyimləri əmələ gəlir, gövdə, üz, baş, ətraflar formalaşır. Ontogenezin bu dövründə embrionun xarici mühit amillərinin təsirinə həssaslığı yüksəkdir. Həssaslığın səbəbi ilk növbədə rüşeymin orqan və toxumalarının aktiv differensiasiyası və nuklein turşularının, sitoplazmatik və membran zülal və lipidlərinin intensiv biosintezidir. Mənfi təsirlərdən embrion məhv olar və ya inkişaf anomaliyaları meydana çıxar bilər. Ona görə embrional dövr „**kritik**” dövr adlanır.

II dövr-fetal (döl) dövrü – hamiləliyin 9-cu həftəsindən 40-cı həftəsinə qədər davam edir. I dövrdə yaranmış orqan və sistemlər inkişaf etməyə başlayır və bu inkişaf intensiv olur.

P.K. Anoxin sistemogenez nəzəriyyəsini təklif etmişdir. Bu nəzəriyyəyə görə sistemlərin inkişafı eyni vaxtda baş vermir. İlk növbədə bətdən xaric adaptasiya üçün vacib olan sistemlər inkişaf edir.

Sinir sistemi. Bətdaxili həyatın ilk həftəsində sinir sisteminin rüşeymi (sinir borusu, beyin qabarıqları və s.) əmələ gəlir. Bu dövrdən başlayaraq hərəkət refleksləri meydana çıxır və ha-

miləliyin 7-8-ci həftəsində USM ilə aydın görünür. Getdikcə dölün hərəkəti aktivliyi nizamlanır, orta hesabla 10 dəq-də 3 hərəkət edir. Peroral nahiyyənin qıcıqlanmasına ilk reflekslər yaranır. (7-8-ci həftədə). Hamiləliyin 20-22-ci həftələrində lokal reflektor reaksiyalar dövrü başa çatır. Yanağın qıcıqlanmasına axtarma refleksi meydana çıxır, elektroensefaloqrafiyada beyinin ilk elektrik potensialının yarandığı aşkar olunur (21-ci həftədə). Hamiləliyin 24-cü həftəsində dölün hərəkəti aktivliyi yenidən doğulmuşu xatırladır.

Reflektor hərəkətlərə dölün tənəffüs hərəkətləri də aiddir. Bu hərəkətlər daimi xarakter daşıyır, apnoe halları ilə müşahidə olunur.

Hamiləliyin I yarısının sonunda ilk doğanlarda 20-ci, təkrar doğanlarda 18-ci həftədə hamilə qadın dölün hərəkətlərini hiss edir.

Onurğa beyni və baş beyin hamiləliyin V ayında formalaşır. Bətn daxili inkişafın sonunda mərkəzi və periferik sinir sisteminin inkişafı başa çatır.

Beyin qabığının funksiyası döl doğulduqdan sonra inkişaf edir.

Endokrin sistem. Daxili sekresiya vəzilərinin mayası hamiləliyin I və II ayında qoyulur. Onların vacib strukturları hamiləliyin I yarısında inkişaf edir və ilkin funksiyaları meydana çıxır. Hipotalamo-hipofizar sistem çox erkən inkişaf edir. Hamiləliyin 7-8-ci həftəsindən somatotrop hormonun ifrazı başlayır, 20-24-cü həftələrdə dölün qanında onun səviyyəsinin artması müşahidə edilir.

Hamiləliyin 9-cu həftəsində hipofizdən adrenokortikotrop hormon ifraz olunur. Bu hormon böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin funksiyasını stimula edərək, kortizol və dehidroepiandrosteronun əmələ gəlməsini artırır. Ağ ciyərlərin açılması üçün vacib olan surfaktantın sintezində kortizol böyük rol oynayır. Kortizolun sekresiyası az olduqda dölün ağ ciyər toxumasının yetişməsi ləngiyir.

Dölün böyrəküstü vəzisindən dehidroepiandrosteron ciftə daxil olur və ciftə estradiol ifraz olunur. Estradiol ciftin əsas estragenidir. Ananın qanında estradiolun səviyyəsi fetoplasentara sistemin vəziyyətinin qiymətləndirilməsində böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Hipofizdən aşağıdakı hormonlar ifraz olunur:

– tretrop hormonunun ifrazı 12-ci həftədən başlayır. Bu hormonun dölün böyüməsində və inkişafında rolu böyükdür;

– qonodotrop hormonların ifrazı hamiləliyin I yarısında başlayır;

– follikulstimula edən hormonun ifrazı 13-cü həftədən başlayır;

– prolaktin 19-cu həftədən ifraz olunmağa başlayır;

– vazopressin, oksitosin (arxa payın hormonları) 23-cü həftədən ifraz olunmağa başlayır, hamiləliyin sonu və doğuş zamanı maksimal konsentrasiyaya çatır.

Estagen (qadın) və testesteron (kişi) hormonları hamiləliyin I yarısında az miqdarda ifraz olunur. Ana qanından dölə keçən estragenlər cinsiyyət vəzilərinin inkişafına və böyüməsinə təsir edir. Estragenlərin təsirindən qızlarda (döl) hamiləliyin IV ayında promordial follikullar formalaşır.

Mədəaltı vəz hamiləliyin 3-4-cü həftəsindən inkişaf etməyə başlayır. 17-ci həftədə fetal insulin ən yüksək həddə çatır. İnsulin döldə boy hormonu rolunu oynayır, qlükozanın səviyyəsini tənzimləyir. İnsulin yüksək molekulyar kütləyə malikdir. Ona görə ciftədən dölə, döldən anaya keçə bilmir.

Qanyaranma. İmplantasiyadan dərhal sonra dölün qanyaranma sistemi fəaliyyətə başlayır. Müxtəlif etapları keçir:

– **yumurta sarısı kisəsi mərhələsi** – ilk ocaqlar yumurta sarısı kisəsinin divarında, meqallo-blastlar və meqalositlər yaranan yerdə inkişaf edir;

– **qara ciyər mərhələsi** – bətn daxili həyatın 5-6-cı həftəsindən yumurta sarısı kisəsi qanyaranması qara ciyər qanyaranması ilə əvəz olunur, (ekstromedulyar hemopoez) və bətn daxili həyatın IV ayına qədər davam edir;

– **sümük ilişi və dalaq mərhələsi** – IV ayın sonundan qanyaranma tamamilə sümük ilişi

nə keçir. Elə bu vaxtdan dalaqda da qanyaranma başlayır.

Dölün periferik qanında ontogenezin

- 7-8-ci həftəsində eritrositlər;
- 12-ci həftəsindən mieloid hüceyrələr;
- 16-cı həftəsində limfositlər meydana çıxır.

Qırmızı və ağ qan sistemində çoxlu miqdarda yetişməmiş formalı elementlər olur. Tədricən bu hüceyrələr yetişmiş hüceyrələrlə əvəz olunur. Döl inkişaf etdikcə eritrositlərin, hemoglobin, leykositlərin miqdarı artır. Döldə formalı elementlərin sayı yenidə doğulmuşlardan çox olur. Döldə eritrositlərin sayının çox olması ona kifayət qədər oksigen daşınmasını təmin edir. Yenidə doğulmuşun həyatının ilk günlərində eritrositlərin bir hissəsi hemolizə uğrayır.

Qan dövrəni. Bətdaxili dövrdə dölün qan dövrəni ardıcıl olaraq 3 inkişaf mərhələsindən keçir:

- yumurta sarısı kisəsi (qida kisəsi) – sarı cismin qan dövrəni;
- allantoid qan dövrəni;
- plasentar (cift) qan dövrəni.

Yumurta sarısı kisəsi dövrü implantasiya anından başlayaraq, rüşeym həyatının 2-ci həftəsinə qədər davam edir. Bu dövrdə rüşeym damarlara malik deyil. Oksigen və qidalı maddələr trofoblast hüceyrələri vasitəsi ilə ona çatdırılır. Qidalı maddələrin əsas hissəsi yumurta sarısı kisəsində toplanır. Rüşeym öz inkişafı və enerji təchizatı üçün lazım olan oksigen və qida maddələrini ilk qan damarları ilə ondan alır.

Allantoid qan dövrəni təxminən hamiləliyin 8-ci həftəsindən başlayaraq 15-16-cı həftəsinə qədər davam edir. Allantois rüşeym üçün sidik kisəsi rolunu oynayır. O, arxa bağırsaqdan çıxır və tədricən damarsız trofoblastlardan inkişaf edir, küllü miqdarda qan damarlarına malikdir.

Allantoisin trofoblastla təması zamanı fetal damarlar trofoblastın damarsız xovlarında böyüyür. Nəticədə, xorion damarlara malik olur. Allantoid qan dövrəninə pozulması dölün tələf olmasına səbəb olur (şəkil:19-3)

Allantoid qan dövrəni bətdaxili həyatın 3-4-cü ayında **cift qan dövrəni** ilə əvəz olunur. Cift qan dövrəni hamiləliyin sonuna qədər fəaliyyət göstərir. Ciftin formalaşması ciftin bütün funksiyalarının (tənəffüs, ifrazat, nəqliyyət, mübadilə, bəyər, endokrin və s.) və dölün inkişafı ilə müşayiət olunur.

Dölün ürək-damar sisteminin öz anatomik xüsusiyyətləri var: qulaqcıqlararası çəpərdə oval dəlik, ağ ciyər arteriyası ilə aorta arasında arterial axacaq (Botal axacaq) mövcuddur. Bunlar kifayət qədər fəaliyyət göstərməyən ağ ciyərlərdən qanın az keçməsinə imkan verir.

Dölün qan dövrəni ciftin damarlarından başlayır (şəkil:19-3 d). Oksigenlə və qidalı maddələrlə zəngin olan arterial qan göbək venasına daxil olur. Qara ciyəre çatan göbək venası burada iki şaxəyə bölünür. Bir şaxə qara ciyəre daxil olur, digər şaxə venoz və ya Arans axacağı adlanır aşağı boş venaya açılır. Qara ciyər, xüsusi ilə onun sol payı qan üçün depo funksiyasını yerinə yerir. Venoz axacaqdan aşağı boş venaya daxil olan qan sağ qulaqcığa daxil olur. Yuxarı boş venadan da qan sağ qulaqcığa daxil olur. Aşağı və yuxarı boş venaların düşdüyü yerlərin arasında aşağı boş venanın çəpəri yerləşir. Bu çəpər aşağı boş venadan qanı oval dəlik vasitəsi ilə sol qulaqcığa ötürür. Sol qulaqcıqdan qan sol mədəciyə, oradan aortaya ötürür. Aorta-nın qalxan şaxəsindən qan gövdənin yuxarı hissəsinə və başın damarlarına daxil olur.

Yuxarı boş venadan sağ qulaqcığa daxil olan venoz qan sağ mədəciyə oradan ağ ciyər arteriyasına ötürülür. Ağ ciyər arteriyasından qanın az hissəsi (5-10%) fəaliyyət göstərməyən ağ ciyəre daxil olur. Qanın əsas hissəsi arterial (Botal) axacaq vasitəsi ilə aortanın enən şaxəsinə tökülür, gövdənin aşağı hissəsini, ətrafları qanla təchiz edir. Bundan sonra qalça arteriyası vasitəsi ilə qan cüt göbək arteriyasına, oradan ciftə daxil olur.

Döl orqanizmində təmiz arterial qan yalnız göbək ciyəsi venasında, venoz axacaqda və qara ciyəre gedən damarlarda olur. Aşağı boş venada və qalxan aortada qan qarışıqdır, enən

aortadakına nisbətən oksigenlə daha zəngindir. Nəticədə dölün bədəninin yuxarı hissəsi qanla daha yaxşı təchiz olunur. Hamiləlik inkişaf etdikcə oval dəlik daralır, aşağı boş venanın ölçüsü kiçilir.

Hamiləliyin II yarısında arterial qanın bölünməsindəki dizbalans bir qədər azalır. Dölün qan dövrünü dölü oksigenlə təmin edir, karbon qazı və digər mübadilə məhsullarını xaric edir. Karbon qazı və mübadilə məhsullarının xaric olmasının qısa yolu aorta-göbək arteriyaları-ciftidir.

Ürək fəaliyyəti. Embrionun ürəyi bətdaxili həyatın 2-ci həftəsindən yaranır. 7-ci həftəsində tam formalaşır. Bu zaman rüşeyim 2 qulaqcığı və 2 mədəcici olan ürəyə malik olur (şəkil:19-3 c). Elə bu dövrdə magistral damarlar bir qədər sonra isə periferik damarlar şəbəkəsi formalaşır. USM-si ilə hamiləliyin 4-5-ci həftəsində ürək fəaliyyətini müəyyən etmək olur. Hamiləliyin 18-20-ci həftəsində mamalıq stetoskopu ilə ürək vurğuları eşidilir.

USM-si ilə bətdaxili həyatın müxtəlif vaxtlarında dölün ürək vurğularını dinamikada müşahidə etmək olur:

- hamiləliyin 6-9-cu həftələrində 125-177vur/dəq;
- 14-cü həftəsindən 150-160 vur/dəq; 18-20 həftədən 120-160 vur/dəq olur.

Tənəffüs sistemi. Bətdaxili dövrdə dölün ağ ciyər tənəffüsü olmur. Tənəffüs funksiyasını cift yerinə yetirir. Ağ ciyərlər, bronxlar və traxeyanın rüşeymi hamiləliyin 4-cü həftəsindən qoyulur. Sağ və sol bronxlar formalaşır. 5-ci həftədən bronxlar şaxələrlə bölünür. Sonradan bölünmə davam edir və ağ ciyər paylarında bronx axacağı əmələ gəlir. Hamiləliyin 6-cı ayında təxminən 17 şaxə, sonunda isə 27 şaxə inkişaf edir. Sonuncu şaxələr bronxiollar adlanır. Alveollar hamiləliyin 6-cı ayında əmələ gəlir.

Bətdaxili həyatın 26-cı həftəsində alveolyar epitelin differensiasiyası qeyd edilir. I tip hüceyrələr alveolların ötürücü epiteli xarakteri alır. II tip hüceyrələrdə dənəciklər olur və xüsusən lipoprotein-surfaktant hazırlayır. Surfaktant döl doğulduqdan sonra ağ ciyər alveollarının açılmasını təmin edir. Nəfəsalma zamanı ağ ciyərlərin səthi yığılır, surfaktant daha da aktivləşir, səthi gərilmə mümkün qədər azalır. Bu zaman ağ ciyərlərin açılması üçün azacıq təztiq kifayət edir.

Növbəti nəfəsalmadan əvvəl ağ ciyərlərdə surfaktantın hesabına kifayət qədər hava qalır. Surfaktant çatışmamazlığı olduqda, növbəti nəfəs alma çətinləşir. Surfaktantın xassəsini iki maddə təyin edir: lisetin və sfinqomielin.

Bətdaxili həyatın 11-ci həftəsindən başlayaraq USM-si ilə dölün tənəffüs hərəkətlərini müşahidə etmək mümkündür. Bu tənəffüs hərəkətləri qeyri-requlyar olur, hamiləlik müddəti artdıqca onların sayı artır. Döş qəfəsinin tənəffüs hərəkətləri dölün funksional vəziyyətinin müsbət göstəricisidir. Dölün tənəffüs hərəkətləri zamanı ağ ciyərlər açılmaz, səs yarığı yarıqapalı vəziyyətdə olur.

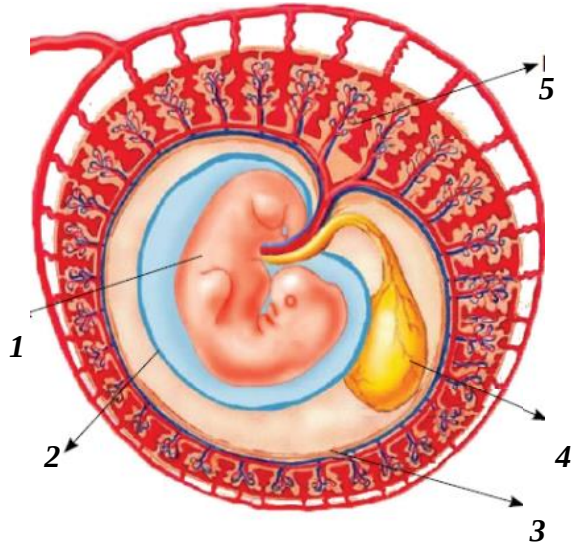
Dölün tənəffüs funksiyasını cift həyata keçirir. Oksigen anadan dölə fetal hemoqlobin vasitəsi ilə daşınır. Onun konsentrasiyası nə qədər çox olarsa, dölün oksigenlə təmini bir o qədər intensiv olar. Fetal hemoqlobin ana hemoqlobilininə nisbətən oksigenlə daha asan birləşir və bu birləşmə daha möhkəm olur.

Cift qanında oksigenin differensiasiyasını asanlaşdıran mexanizm var. Buna baxmayaraq döl qanında oksigenin porsial təzyiqi ana qanındakından azdır. Karbon qazının porsial təzyiqi demək olar ki eynidir. Progesteronun təsirindən ağ ciyərlərin ventilyasiyası artır, ana qanında karbon qazının porsial təzyiqi azalır, anaya keçən karbon qazının miqdarı artır. Döl qanında karbon qazının çox hissəsi hidrokarbonat şəklindədir və bu molekulyar ciftədən çox çətinliklə keçir.

Ciftədən yalnız həll olmuş karbon qazı (CO₂) keçə bilər.

Oksigen çatışmazlığı şəraitində dölün orqan və toxumaları anaerob qlükoliz nəticəsində oksigenlə təmin olunur.

Bətdaxili qan dövrəni (şəkil19-3)



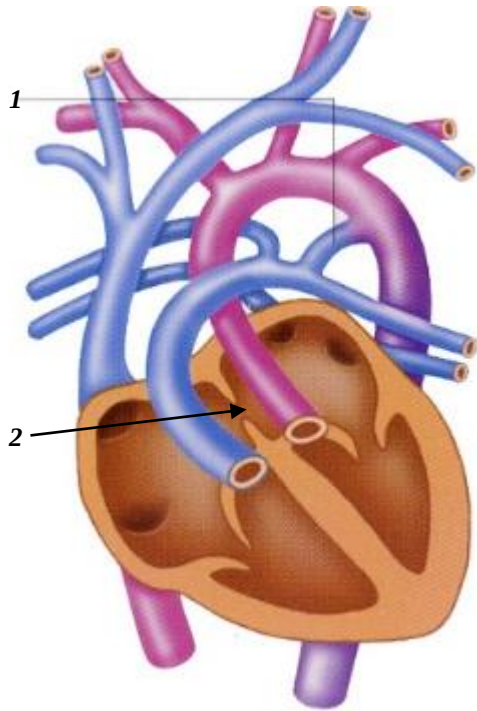
a

1-amnion; 2-embriyon;
3-xorion; 4-yumurta sarısı kisəsi; 5-cift;



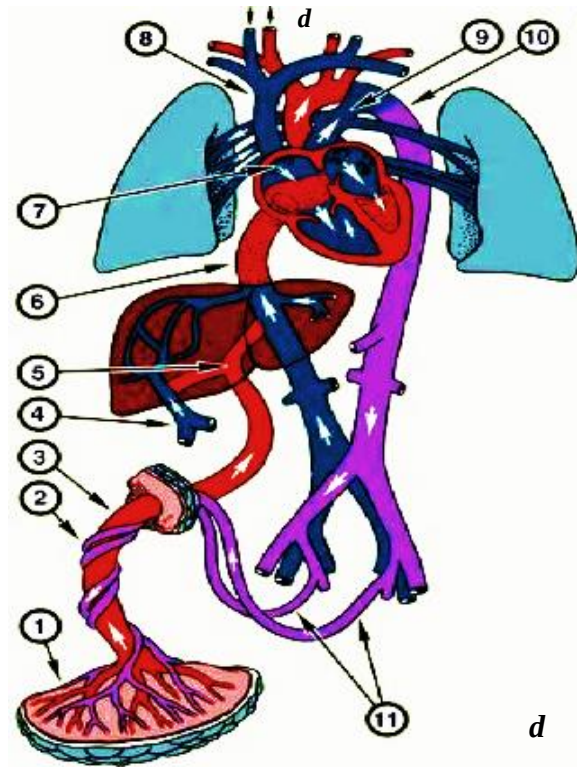
b

Allantois qan dövrəni



c

Dölün ürəyi: 1-arterial axacaq;
2-oval dəlik



d

Fetal qan dövrəni: qırmızı-arterial; göy-venoz; bənövşəyi qarışıq qan. 1-cift; 2-göbək arteriyası; 3-göbək venası; 4-qapı venası; 5-venoz axacaq; 6-aşağı boş vena; 7-oval dəlik; 8-yuxarı boş vena; 9-arterial axacaq; 10-aorta; 11-qalça arteriyası.

İfrazat sistemi. Bətdaxili dövrdə ifrazat sistemi rolunu cift oynayır. Lakin dölün böyrəkləri də su-elektrolit mübadiləsində iştirak edir. Ana ilə döl arasındakı maye mübadiləsi saatda 3000-4000 ml sürəti ilə baş verir.

Hamiləliyin 5-ci həftəsindən böyrəklər inkişaf etməyə başlayır. İlk növbədə sidik axarları, sonra böyrək ləyənləri, kasalar və borucuqlar əmələ gəlir.

Nefrogenez hamiləliyin 7-8-ci həftəsindən başlayır, 32-34-cü həftəyə qədər davam edir. Yumaqcıqlar və proksimal borucuqlar hamiləliyin 9-12-ci həftəsində əmələ gəlir. Nefronun funksional ilgəyi (Henle) hamiləliyin 14-cü həftəsində əmələ gəlir. Nefronlar tədricən yetişib fəaliyyət göstərir. 11-13-cü həftədə-20%-i, 16-20-ci həftədə-30%-i formalaşır. 20-ci həftədə nefronların sayı 350000, 40-cı həftədə 820000-ə çatır. Doğulduqdan sonra nefron əmələ gəlmir, böyrəklər böyüməkdə davam edir, yumaqcıqların diametri artır.

Hamiləliyin 10-12-ci həftəsində USM-si ilə böyrəklər aydın görünür. Diametri 0.4 sm, uzunluğu 5,4 sm olur.

I trimestrin sonunda nefronlar sidik ifraz etməyə başlayır (qlomerulyar filtrasiya yolu ilə), lakin hamiləliyin sonuna qədər funksional yetişməmiş olur.

Bətdaxili həyatın erkən mərhələlərində döldə sidiyin əmələ gəlməsi başlayır. Hamiləliyin 20-ci həftəsində sidik kisəsində sidik aşkar etmək olur. Hamiləliyin sonuna qədər dölün diurezi artaraq 650 ml-ə çatır. Ana diuretik preparatlar qəbul etdikdə dölün də diurezi artır. Dölün sidiyi amnion mayesinə ifraz olunur. Oradan transplasental və paraplasental yolla ananın qanına keçir, ananın qanından sidiklə xaric olur.

Dölün sidiyində natrium duzları az olduğu üçün xüsusi çəkisi azalır.

Dölün böyrəklərində renin, eritropoetin, prostoqlandin sintez olunur. Reninin təsirindən angiotenzin əmələ gəlir. Renin-angiotenzin sistemi yaranır. Dölün böyrəkləri insulini parçalamaq xassəsinə malikdir.

Mədə-bağırsağ sistemi. Hamiləliyin 4-cü həftəsindən mədənin əsası qoyulur. 9-10-cu həftədən qara ciyərin damar sistemi formalaşır. Qara ciyərdə kapilyar şəbəkə yaxşı inkişaf edib. Bu onun parenximasına venoz qanı ürəyə qaytarmağa və qanın həcmi tənzimləməyə imkan verir. Qara ciyərin damar sistemi qanın müvəqqəti deposu kimi fəaliyyət göstərir: venoz qan sağ paya qapı venası sistemindən, sol paya göbək venasından daxil olur.

Qidalı maddələr qapı qan dövrəni vasitəsi ilə ciftədən qara ciyəre daxil olur. Hamiləliyin 20-ci həftəsindən 40-cı həftəsinə qədər qara ciyər 15-17 dəfə böyüyür. Sol payı sağ paya nisbətən daha böyükdür. Hamiləliyin ortasında qara ciyər hemopoezin əsas mənbəyi hesab edilir.

Hamiləliyin 12-ci həftəsindən amnion mayədə bilirubin tapılır. O, döləni mayədən cift vasitəsi ilə xaric olur. Hamiləliyin 10-cu həftəsindən qara ciyərdə qlikogen aşkar olunur. Onun miqdarı getdikcə artır və sonuncu trimestrdə yetkin insanlardan 2 dəfə çox olur. Döl doğulduqdan sonra onun səviyyəsi kəskin aşağı düşür, yetkin insanlardakı səviyyəyə, bəzən ondan da aşağı səviyyəyə çatır.

Hamiləliyin 15-ci həftəsində qara ciyərdə lipid mübadiləsində iştirak edən fermentlər meydana çıxır.

Mədəaltı vəzi onikibarmaq bağırsağın endodermasından inkişaf edir. Onun cismi və quyruğu dorsal, başı isə ventral pankreatik böyrəkdən inkişaf edir. I trimestrin sonunda pankreatik (Langerhans) adacıqları formalaşır. Embrionun uzunluğu 130 mm olduqda Langerhans adacıqlarının α və β hüceyrələrinin diferensiasiyası başlayır. Hamiləliyin sonunda vəzi adacıqlarının 60% β və 30% α hüceyrələrindən ibarət olur.

Hamiləliyin 13-14-cü həftəsində lipaza meydana çıxır. Hamiləliyin 12-ci həftəsində mədəaltı vəzidə insulin yaranmağa başlayır. Döl qanında insulinin səviyyəsi yenidoğulmuşda olduğu kimidir. Dölün böyüməsində insulinin rolu böyükdür. Həmçinin karbohidrat mübadiləsində, oksidləşmə metabolizmində, amin turşuların hüceyrələrə keçməsinin tənzimlənməsində əhəmiyyətli rol oynayır. İnsulin ana qanından dölə keçmir. Şəkərli diabeti olan hamilələrdən doğulmuş uşaqlarda və döldə insulinin istehsalı artır.

Hemostaz sistemi. Ana və dölün hemostaz sistemi müstəqil fəaliyyət göstərir. Ananın hemostaz sistemində baş verən fizioloji hiperkoagulyasiya əlamətləri döl hemostazında öz əksini tapır. Bətdaxili inkişaf dövründə dölün hemostaz sisteminin prokoagulyant həlqəsində bir sıra dəyişikliklər baş verir. Zülal təbiətli prokoagulyantlar ontogenezin 12-ci həftəsində meydana çıxır. Fibrinogen isə daha tez, 5-ci həftədə meydana çıxır. Hamiləliyin 12-ci həftəsində qanın laxtalanma qabiliyyəti müəyyən edilir. 12-24-cü həftələrdə II, VII, X (20-23%), IX (14-40%) faktorların aktivliyi və trombositlərin aqresiya göstəriciləri aşağı səviyyədə olur. Bu zaman yenidoğulmuşun hemostaz sistemində də hipokoagulyasiya əlamətləri aşkar edilir. Postnatal dövrdə qanın laxtalanma sistemi göstəriciləri tədricən artır və yetkin insanların parametrlərinə yaxınlaşır.

İmmun sistem. Bətdaxili həyatın bütün dövrlərində dölün aktiv immunitet qabiliyyəti aşağı səviyyədə olur.

Hamiləliyin 5-ci həftəsində ilk qara ciyərdə ilk lipoid hüceyrələri aşkar edilir. 6-7-ci həftədə timus vəzi əmələ gəlir və 8-9-cu həftədən başlayaraq timusda hemopoetik hüceyrələr tapılır. Bu dövrdə aktiv hemopoetin əsas mənbəyi timus vəzisiyədir. Tədricən bu vəzidən kortikosteridlərə həssas lipoid hüceyrələri inkişaf edir. (limfositlər timusdan asılı hüceyrələr). Limfositlərin bir hissəsi periferik limfatik strukturlara--limfa düyünlərinə miqrasiya edir. Bu hüceyrələr funksional aktivliyə malik olur. Timus vəzisi sürətlə böyüyərək doğuşdan əvvəl və sonra maksimal həcmə çatır. Sonra geriye inkişaf etməyə başlayır (involyusiyaya uğrayır).

Hamiləliyin 20-ci həftəsində dalaqda limfoid toxuma əmələ gəlir. 5-ci ayda bu orqan maksimal leykopoetik aktivliyə malik olur. Hamiləliyin 11-12-ci həftəsində sümük ilişi fəaliyyətə başlayır. Bətdaxili həyatın 10-11-ci həftəsində İqM (immunoqlobulin M), 11-12-ci həftəsində İqC və İqE sintez olunmağa başlayır. Bətdaxili dövrdə bu immunoqlobulinlərin yaranması zəif olur, postnatal dövrdə ekzogen antigenlərin stimulyasiyasının təsirindən artır. Ananın immunizasiyası zamanı C, M və A tipli immunoqlobulinlər yaranır və onlar çift vasitəsi ilə dölə keçir. İqA--tənəffüs və mədə-bağırsaq traktının selikli qişasının müdafiəsi üçün vacib yerli əks cismidir. İqM--dölün və yenidoğulmuşun antigenə reaksiyasında dominantlıq daşıyan əlamətlərin əks cismidir. Onlar üçün ABO və RH-antigenlər hesab edilir.

§ 3. Bətdaxili həyatın müxtəlif dövrlərində dölün inkişaf xüsusiyyətləri

Mayalanmadan doğuşa qədər olan dövr bətdaxili dövr adlanır. Bu dövr normada 265 gün davam edir və **embrional yaş** adlanır. Lakin mayalanma gününü dəqiq təyin etmək mümkün olmadığı üçün aybaşının ilk günündən etibarən 280 gün götürülür. Bu **hestasiya yaşı** adlanır.

Beləliklə, fizioloji hamiləlik 280 gün, 40 həftə, 10 qəməri (28 günlük) və 9 kalendar ayı davam edir. Bətdaxili inkişaf dövrü öz növbəsində aşağıdakı dövrlərə bölünür.

1.Progenez – qamətlərin--cinsi hüceyrələrin (yumurta hüceyrəsi və spermatozoidlər) mayalanmadan əvvəl hazırlıq dövrü.

2.Kimatogenez--mayalanma nəticəsində ziqotanın yaranmasından doğuşa qədər olan dövrü əhatə edir və 3 hissədən ibarətdir:

– mayalanma günündən hamiləliyin 15-ci gününə qədər olan dövr – **blastogenez** adlanır.

– hamiləliyin 16-cı günündən 75-ci gününə qədər olan dövr – **embriogenez** adlanır. Bu dövrdə üzv və sistemlərin özülü qoyulur. Amnion və xorion inkişaf edir.

– hamiləliyin 76-cı günündən sonuna qədər olan dövr – **fetogenez** adlanır.

Fetal dövr özü də iki dövrə bölünür:

– **erkən fetal dövr** – 76-cı gündən 180-ci günə qədər davam edir. Bu dövrün sonunda döl tam yetişməsə də yaşama qabiliyyətli olur.

– **gecikmiş fetal dövr** – 181-ci gündən 280-ci günə qədər davam edir. Bu dövrün sonunda döl tam yetişir.

Hamiləliyin I ayı. Hamiləliyin **I həftəsində** yumurtalıqda yumurta hüceyrəsi yetişməyə başlayır. **II həftədə** mayalanma – kişi və qadın cinsi hüceyrələrinin birləşməsi və ziqotanın əmələ gəlməsi baş verir. Bu mayalanmış yumurta hüceyrəsi və ya bir hüceyrəli rüşeym adlanır.

III həftədə mayalanmadan sonrakı sutkanın sonundan başlayaraq yumurta hüceyrəsi bölünməyə başlayır. Mitotik bölünmə 5-6 həftə davam edir. İlk günlərdə bölünmə yavaş gedir. Birinci bölünmə mayalanmadan 30 saat sonra baş verir. 2 blastomer yaranır. 40 saat sonra 4 hüceyrə əmələ gəlir. Yeni hüceyrələr bir-birindən ayrılır, əksinə bir-birinə sıx yapışır. Bu zaman döl yumurtası uşaqlıq borusu ilə uşaqlığa doğru hərəkət edir. 3-cü sutkadan başlayaraq bölünmə sürətlə gedir. 4-cü sutkada rüşeym 8-12, 5-ci sutkada isə 58 blastomerdən ibarət olur.

Rüşeym döl yumurtası şəffaf qışadan azad olana qədər yumurta hüceyrəsindəki yumurta sarısı ehtiyatı hesabına qidalanır. 5—5,5 sutkadan sonra döl yumurtası uşaqlığa düşür. Bu müddət ərzində o, böyüyərək 106-108 hüceyrədən ibarət olur. Çox hüceyrəli rüşeym-blastosit əmələ gəlir. Sonrakı 2 sutka ərzində rüşeym uşaqlıqda sərbəst qalır. Onun uzunluğu 0,1-0,2 mm-dir.

IV həftədə, mayalanmadan 7 gün sonra implantasiya – döl yumurtasının uşaqlıq divarına peyvəndi baş verir. İmplantasiya dövrü rüşeymin inkişafında birinci kritik dövrüdür, 48 saat davam edir. Bu dövrdə yumurta hüceyrəsinin qida ehtiyatları tükənmiş olur. Trofoblastlar uşaqlığın selikli qışasını öz fermentləri ilə əridir, döl yumurtası selikli qışaya daxil olur və bu andan onun qidalanması selikli qışanın əriməsi nəticəsində yaranan qidalı maddələr hesabına (**embrionotrof – uşaqlıq südü**) olur.

7-14-cü sutkada rüşeymin inkişafı üçün əlverişli şərait yaranan xorion, amnion və yumurta sarısı kisəsi formalaşır.

Mayalanmadan 14-15 sutka sonra bütün rüşeym vərəqələrinin mayası qoyulur. Gələcəkdə bu vərəqələrdən dölün bütün orqan və sistemləri formalaşır. Bəndaxili həyatın 3-4-cü həftələrində sinir, sümük və əzələ sisteminin mayası qoyulur. Rüşeymin boyu 0,36-1 mm-dir.

Hamiləliyin II ayı. 17-ci sutkadan embrion ana qanı ilə qidalanmağa başlayır. Bu zaman orqanların mayası qoyulmaqda davam edir. Rüşeym damarları qeyri-rüşeym orqanların-ekstraembrionik (xorion, amnion, sarı kisə) damarları ilə birləşir.

V həftənin əvvəlində ürəyin mayası qoyulur və ilkin qan damarlarının daxilində qan yaranma başlayır, kötük hüceyrələr əmələ gəlir. Kötük hüceyrələrindən gələcəkdə bütün qan hüceyrələri yaranır.

Cinsi vəzilərin formalaşması başlayır, ilk cinsi hüceyrələr meydana çıxır. Qalxanabənzər vəz inkişaf etməyə başlayır. Qara ciyərin mayası qoyulur. Embrionun uzunluğu 1,5-2,5 mm-dir.

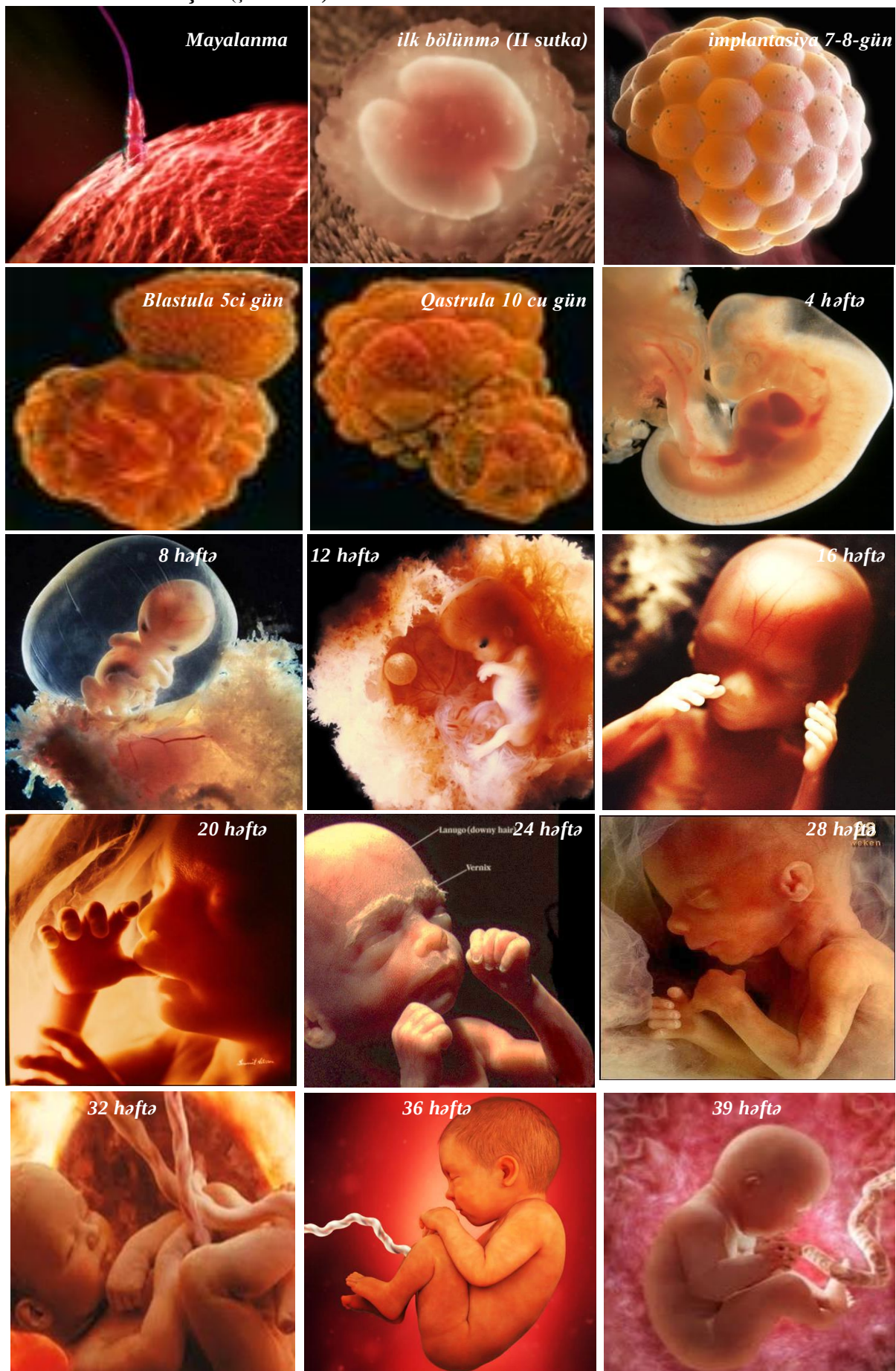
Rüşeymin xarici görünüşü dartılmış formada olur. Baş hissə daha enli, ayaq hissə dar olur, orta hissə dartılmışdır. Əllərində barmaqlar görünür, gözlər tündləşir. Piqment yaranmağa başlayır.

18-60-cı sutkalar arası embrion xarici mühit amillərinin zərərli təsirlərinə daha həssasdır.

Hamiləliyin **VI həftəsində** embrionun uzunluğu 4-5 sm olur. Əl və ayaqların mayası var. Embrion başını və ayaqlarını tərپədə bilir. O, yastı formadan silindirik formaya keçərək. „C”-ə bənzərforma alır. Göz və qulaqların mayası var. Ürək əzələlərinin yığılması (ürək döyüntüləri), rüşeym bədəninin müxtəlif yerlərində qanın hərəkəti müşahidə olunur.

6-cı həftənin ortalarında ürək arakəsmələri və qapaqcıqları yaranır. Dalaq və sümük iliynin mayası qoyulur. Qara ciyərin, mədəaltı vəzin, dilin, yemək borusunun, mədənin, yoğun bağırsağın, qırtlağın, traxeyanın və ağ ciyərlərin mayası qoyulur. Əzələ və sümüklərin inkişafı başlayır.

Bətdaxili inkişaf (şəkil:19-4)



Mayalanmadan 28 gün sonra sinir borusunun formalaşması başa çatır. Hipofizin mayası qoyulur.

Cinsi vəzilər diferensasiya olunur. Yumurtalıqların formalaşması başlayır.

Çəngələbənzər vəzin (timus) mayası qoyulur. Timusda F-limfositlərinin kötük hüceyrələrinin differensasiyası baş verir.

VII həftədə rüşeymin uzunluğu 5-7 mm-dir. Qövşəkillidir, boyun ayrılığı görünür. Yuxarı ətraflar uzanır, silindirik formaya malikdir. Aşağı ətraflarda pəncə formalaşır. Əl barmaqlarının formalaşması başlayır. Kürək əzələlərinin inkişafı davam edir. 8-ci həftənin sonunda kürək düzlənir. Süd vəzisi gilələri əmələ gəlir. Traxeya və bronxların inkişafı başlayır. Ürək dörd kameralıdır. Qara ciyər qanyaranmanın mərkəzidir. Nazik bağırsaqların və böyrəküstü vəzin inkişafı başlayır. Böyrəklərin və sidik kisəsinin mayası qoyulur. Baş beyin intensiv inkişaf edir. Diafraqma formalaşır. İnkişaf edən bağırsaq göbək ciyəsinə keçir – fizioloji embrional yırtıq. Qonadlarda ilk cinsi hüceyrələr yaranır. Cinsi qabarcıq, urogenital və anal membrana əmələ gəlir.

VIII həftədə embrionun uzunluğu 7-9 mm-ə qədərdir. Boyun ayrılığı yaranıb. Baş gövdə ilə düz bucaq altında birləşib. İlkən sifət formalaşır, ağız büküşlərinin dərinliyi artır. Başda xarici qulaq görünür. Göz qapaqları qapanır, burun çökəkləri görünür, dişlərin mayası qoyulur. Yuxarı ətrafda çiyin, bazu və barmaqlar ayırd edilir.

Rüşeymin reflektor hərəkəti reaksiyası inkişafın erkən etaplarında meydana çıxır. VIII həftədə ağzı ətrafı nahiyyənin qıcıqlanması zamanı boyun əks tərəfə bükülür – müdafiə reaksiyası. Dəri qıcıldığında ətrafını tərpədir. VIII həftənin sonunda artıq əksər orqanlar formalaşır və sonradan onların inkişafı baş verir.

Hamiləliyin III ayı. IX həftədə embrionun uzunluğu 17-22 mm-dən 26-28 mm-ə qədər olur. Rüşeym qövsvəridir. 9-cu həftənin sonuna baş düzlənir.

Kəllənin və uzun toxumaları formalaşır. Alt çənə yaxşı görünür. Burun dəlikləri formalaşır və açıqdır. Gözlər yaxşı inkişaf edib, amma başın yan tərəflərində yerləşir. Süd vəzilərinin inkişafı davam edir. Kürək uzanır. Skelet əzələləri inkişaf edir. Əllər uzanır, bükülür və qarında çarpazlaşır. Aşağı ətrafda bud, diz, pəncə ayırd edilir. Ayaq barmaqları görünür. Ayağın uzunluğu, rüşeymin uzunluğu ilə proporsionaldır.

Baş beyində beyin yarım kürələri ayırd edilir, ilk qırışlar əmələ gəlir, beyincik ayırd edilir. Daxili qulaq formalaşır.

Embrion qeyri-iradi hərəkətlər edir. Sidik axarları böyrəkdən sidik kisəsinə doğru uzanır.

Qonadların formalaşması davam edir. Urogenital membran kişi və qadın tipi differensasiya olunur. Xayalar və yumurtalıqlar ayırd edilir. Anal dəliyin formalaşması baş verir.

X həftədə embrionun uzunluğu 30-40 mm, çəkisi 8 qr-dır.

Başın və uzun xarici görünüşü insana xasdır. Baş girdələşib və düzlənib. Xarici qulaq tam formalaşıb. Dad reseptorları əmələ gəlib. Ürəyin inkişafının kritik dövrü başa çatır.

Yuxarı və aşağı ətraflar yaxşı formalaşıb. Barmaqlar uzanıb və hamısı ayrı-ayrı düzlənib. Pəncə uzununa inkişaf etməyə davam edir. Əllərini başına, üzünə, ağzına tərəf hərəkət etdirir. Ağzını açıb-bağlayır, udqunur.

Genital nahiyyədə dəri hissiyatı yaranır. Qızlarda klitor, oğlanlarda cinsi orqan formalaşır. Əvvəllər mövcud olan quyruq degenerasiyaya uğrayır. 3-cü ayda mədəaltı vəz formalaşır və bütün antenatal dövr boyu inkişaf edir. Bütün növ mübadiləni insulun tənzimləyir. Rüşeymdə əsasən aminturşularının keçməsi üçün damar keçiriciliyini artırmağa başlayır.

Baş beyinin əsas strukturları formalaşmağa başlayır. Döl eritrositlərində qan qrupunu təyin edən aqqlütinogenlər (A və B, M və N, RH) meydana çıxır. 11-ci həftədə dölün uzunluğu 40-45 mm, çəkisi 10 qr-dır.

Döl spontan hərəkətlərdən başqa, xarici qıcıqlara hərəkətlə cavab verir. Məs. ananın öskürməsinə və ya gülməsinə. Ovucun dərisində hissiyyat əmələ gəlir. Döldə tutma reaksiyası

yanır. Qoxubilmə hissi yanır. Döl ananın qəbul etdiyi qidaların qoxusunu hiss edir. Onun alkohola, kofeyə qarşı verdiyi reaksiyalar qeyd edilmişdir. Doğuşdan sonra ana dietasını kəskin dəişdikdə yenidoğulmuşun əmizdirilməsində problem yanır. O, ana bətnində hiss etdiyi qoxuları xatırlayır.

8-9-cu həftələrdən funksiya göstərməyə başlayan böyrəklərdə yeni nefronların yaranması bütün bətdaxili dövr boyu davam edir.

Hamiləliyin IV ayı. 13-cü həftədən dölün uzunluğu 6-7 sm, çəkisi 30-40 qr-dır. Dölün dərisi çox nazik və həssasdır. Beyinin çəkisi artır və mükəmməlləşir. Ağız boşluğunda 20 dişin mayası var. Bağırsaq göbək ciyəsindən qarın boşluğuna keçib. Qara ciyər öd sintez etməyə başlayır və öd, öd kisəsinə yığılır. Mədəaltı vəzi insulin ifraz etməyə başlayıb. Dalaqda ilk dəfə immunoqlobulin rəseptorları ilə B limfositləri peyda olur. Qalxanabənzər vəzin inkişafı başa çatır. Oğlan uşaqlarında prostat vəzi inkişafa başlayır. Qızlarda oоqonlər aktiv sürətdə çoxalır. **14-cü həftədə** dölün uzunluğu 7-8 sm, çəkisi 45-50 qr-dır. Baş gövdənin 1/2 hissəsini təşkil edir. Başda tüklər ayırd edilir. Döl amniotik mayədə həll olmuş maddələrə qarşı reaksiya verir: limon turşusu, sidik cövhəri, aminturşuları, zülallar və duzlar. Udma hərəkətləri şirinə qarşı maksimal, turş və acıya qarşı minimaldır. Dölün hərəkəti tam həcmlidir. (spontan, periodik aktivləşmə və istirahət). Alt çənənin hərəkəti meydana çıxır. Əllər bədənə başqa hissələri, göbək ciyəsi ilə müştərək hərəkət edir. Tənəffüs hərəkətləri meydana çıxır. Onların tezliyi dəqiqədə 40-70-dir. Qızlarda cinsi hüceyrələr aktiv çoxalmaqda davam edir. Doğuş zamanı onların sayı (300000-400000) kəskin azalır.

15-ci həftədə dölün uzunluğu 8-9 sm, çəkisi 55-60 qr-dır. Döl yaxşı hərəkətlidir, amma bu hərəkətliliyi ana hiss etmir. Əllər proporsional formalaşmış, ayaqlar isə qısa. Dölün ürək döyüntüləri eşidilir. Ürək funksiya göstərir və sutkada 600 ml-ə qədər qan vurur. Döldə tər vəziləri əmələ gəlir. Tüklər böyüyür. Dişlər inkişaf edir. Tüpcək vəziləri funksiya göstərməyə başlayır. Ağ ciyərlərdə bronxlar differensasiya edir. Onlar amniotik maye ilə doludur. Həzm sistemi inkişaf etməkdə davam edir.

16-cı həftənin sonuna dölün bəzüm-təpə ölçüsü 12 sm, çəkisi 110-120 qr-dır. Xarici cinsiyyət orqanlarına baxış zamanı dölün cinsi aydın təyin edilir. Ananın səsi və musiqi səsi uşaqlıq boşluğuna çatır. Qulağın formalaşması 24-cü həftədə bitməsinə baxmayaraq, döl səsə reaksiya verir. Ola bilər ki, səs dalğaları dəri və sümüklərlə qəbul edilir. Müəyyən musiqiyə qulaq asdıqda döl çəkisini artır bilər. Döl daha hərəkətlidir: başını, ayaqlarını, əllərini, alt çənəsini hərəkət etdirir. Sklet elastiki, qan damarları formalaşmış, nazik dəridən görünür.

Dölün eritrositləri fetal hemoqlobinə malikdir. (A) hemoqlobin (yaşlı insan hemoqlobini) 16-cı həftədən sintez olunmağa başlayır, 8-ci ayda döl hemoqlobinin 10%-ni, doğuş zamanı 30%-ni, yenidoğulmuşun həyatının 4-5-ci aylarında demək olar ki, hamısını təşkil edir. Yaşlı insanlarda (F) hemoqlobin 0,1-2% olur. Döldə, xüsusi ilə son aylarda hemoqlobinin O₂-lə zənginləşməsi azalır. Bu kompensator reaksiya-eritrositoz və qanda hemoqlobinin səviyyəsinin artması nəticəsində baş verir.

Hamiləliyin V ayı. 17-ci həftədə dölün uzunluğu 12-13 sm, çəkisi 130-150 qr-dır. Baş və boyun düzlənib, kürəyin əzələləri inkişaf edir və yığılır. Dölün gövdəsi sürətlə böyüyür. Baş gövdənin ölçüsü ilə proporsional olur. Göz qapaqları bağlıdır, burun dəlikləri açıqdır, dodaqlar yarıaçıq vəziyyətdədir. Başda və qışlarda qısa tüklər var. Qarın və sağrıların dərisində hissiyyət əmələ gəlir. Ürəyin avtomatik işini təmin edən ötürücü sistemin yaranması başa çatır. Qızlarda uşaqlığın formalaşması başa çatır. Süd dişləri mayaları dentinlə örtülməyə başlayır. Hər süd dişinin arxasında daimi dişlərin mayası qoyulur.

18-ci həftədə dölün uzunluğu 20-22 sm, çəkisi 200-250 qr-dır. Döl böyüməkdə davam edir. Artıq onun orqanizmində yeni stukturlar əmələ gəlmir. Kəllənin üz hissəsi önə qabarıq. Gözlər formalaşmış, qırpmə refleksi yaranmış. Qulaqlar öz normal yerini tutub.

Ətraf sümükləri və barmaqlar böyüməkdə davam edir. Əksər hamilələr dölün hərəkətini hiss edir. Bu döl əzələlərinin spontan aktivliyi nəticəsində baş verir. Periodik olaraq, fazalarda

açıq əzələlər yığılır və bu yayılmış xarakter alır. Ananın qanında qidalı maddələr və O_2 azaldıqda dölün hərəkəti aktivləşir. Dölün hərəkəti aktivliyi zamanı onun ürək fəaliyyəti və arterial təzyiqi artır, bütün orqanizmdə və ciftə qan dövranı güclənir. Bu da qanın O_2 və qida maddələri ilə daha çox zənginləşməsinə səbəb olur. Hərəkəti aktivliyi onun əzələlərinin və beyninin inkişafına səbəb olur. Döl fazalarla yatır və hərəkət edir. Yatmağa daha çox üstünlük verir.

19-cu həftədə dölün uzunluğu 24 sm, çəkisi 280-300 qr-dır. Döl böyüməyə davam edir. Sinirlərin mielinizasiyası başlayır. Qan dövranı funksiya göstərir. Bağırsaqlarda mekonium toplanır. Bu məhv olmuş hüceyrələr, həzm vəziləri məhsullarının amniotik maye ilə qarışmasıdır. Bütün bətdaxili dövr boyu yeni nefronlar yaranır. Əmələ gələn sidik hipotonikdir, onun miqdarı 5-ci ayda 2,2 ml/saat, doğuş zamanı isə 26,7 ml/saat-dır. Yaranmış sidik amnion mayeyə ifraz olunur. Cift vasitəsi ilə ana qanına ötürülür.

20-ci həftədə dölün çəkisi 300 qr, uzunluğu 25-26 sm-dir. 20-ci həftənin sonunda döl yaxşı formalaşmış, böyüməsi intensivdir. Dəri az şəffafdır, bütün bədən səthi yumşaq tüklə (lanuqo) örtülüb. Bədən səthini örtən pendirvari maddə (verniks) yaranır. Kipriklər formalaşır. Gözlər hələ bağlıdır. Buna baxmayaraq, döl uşaqlıq boşluğunda yaxşı orientasiya edir. Məs. əkilər bir-birinin üzünü tapır, əllərini tutur. İlk doğanlar dölün hərəkətini hiss edir. Hamiləliyin II yarısında dölün ürək döyüntüləri 130-150 vur/dəq olur.

Hamiləliyin VI ayı. 21-ci həftədə dölün boyu 26-28 sm, çəkisi 400 qr-dır. Döl sürətlə böyüyür. Fazalarla yatır və hərəkət edir. Yatmağa üstünlük verir. Başda müvəqqəti tüklər – lanuqo meydana çıxır. Bədən səthi pendirvari maddə ilə örtülür.

Qızlarda uşaqlıq və yumurtalıq formalaşmış. Süd dişlərində əhəng duzları çökür, dentin tam formalaşmış. Cift tam formalaşmış diametri böyükdür.

22-ci həftədə dölün boyu 26-28 sm, çəkisi 500 qr-dır. Döl sorma və udma hərəkətləri edir. Dölün aşağı ətrafı onun gövdəsinə proporsionaldır. Ətraflar kifayət qədər güclü hərəkət edir. Yumşaq tüklər bütün bədən səthini örtür. Ürəyin çəkisi sürətlə artır.

23-cü həftədə dölün boyu 28 sm, çəkisi 550 qr-dır. Yuxu görmə qabiliyyəti meydana çıxır. İlk dəfə sürətli yuxu fazası qeyd olunur. Bu, dölün gözünün hərəkətləri ilə təyin edilir. Barmaqlarda dırnaqlar inkişaf edir. Dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf edib.

24-cü həftədə dölün boyu 29 sm, çəkisi 600 qr-dır. Dəri qırıqlıdır. Qaşlar və kipriklər görünür.

Döl doğularsa tənəffüs etməyə cəhd edir, amma yaşama qabiliyyətli deyil. Xüsusi küvezlərdə süni tənəffüs və intensiv terapiya ilə yaşaya bilər.

Hamiləliyin VII. 25-ci həftədə dölün uzunluğu 30 sm, çəkisi 650-750 qr-dır. Ağ ciyərlərdə alveollar və alveol yolları inkişaf etməyə başlayır. Həmçinin ağ ciyərlərin damar sistemi də formalaşır. Sürfaktant yaranır. Sümük iliyi intensiv inkişaf edir. O, əsas qanyardan orqan kimi funksiya göstərir. Daimi dişlərin mayası əmələ gəlib.

26-cı həftədə dölün uzunluğu 30-32 sm, çəkisi 600-800 qr-dır. İlk dəfə gözlər açılır. Dölün görmə və eşitmə orqanları müvafiq qıcıqları qəbul edə bilər. Ağızda və dodaqlarda dad reseptorları həssaslıq qazanıb. Eşitmə orqanı xaricdən qıcığı qəbul edir və döl buna reflektori əzələ hərəkətləri ilə cavab verir. Döl ürək döyüntülərinin artmasına, ananın qarnının ön divarının işıqlandırılmasına və amniosentezin iynəsinin hərəkətinə reaksiya verməyə qadirdir. Oğlanlarda xayalar xaya kisəsinə düşməyə başlayır.

27-ci həftədə dölün uzunluğu 33-35 sm, çəkisi 900-1000 qr-dır. Dölün ağ ciyərləri xarici tənəffüs orqanı deyil. Onun xarici tənəffüsü cift vasitəsi ilə yerinə yetirilir. Alveol və bronxlar amniotik maye və alveolların sekreti ilə dolu olur. Alveolların daxili səthi surfaktantla örtülüb. Dölün tənəffüs hərəkətləri qaz mübadiləsini təmin etməsə də ağ ciyərlərin, tənəffüs əzələlərinin, dölün qan dövranının inkişafına səbəb olur. Döş qəfəsində mənfi təzyiq yaratmaqla ürəyə gələn qanı artırır.

28-ci həftədə dölün uzunluğu 35 sm, çəkisi 1000-1100 qr-dır. Dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf edib. Dəri qırıqlıdır, nazik, qırmızı rəngdədir və pendirvari maddə ilə örtülüb. Çiyin-

lərdən başqa, dölün dərisinin qalan hissələrindəki yumşaq tüklər yox olur. Başda tük örtüyü əmələ gəlir. Burun və qulağın qığırdaqları yumşaqdır. Əl və ayaq dırnaqları barmaqların ucuna çatmır. Gözlər açılır, gözdən bəbəklər membranı yox olur.

Bu müddətdə doğulmuş uşaq, yanaşı patologiya olmasa və ciddi, adekvat qulluq şəraitində yaşama qabiliyyətlidir.

Hamiləliyin VIII ayı. 29-cu həftədə dölün uzunluğu 35 sm, çəkisi 1100-1200 qr-dır. Dərialtı piy təbəqəsi inkişaf edir. O, izolyasiya funksiyası yerinə yetirir, metabolik proseslərin enerji mənbəyi rolunu oynayır. Gözlər qismən açıqdır və kipriklər var. Ağ ciyərlər qaz mübadiləsinə hazırdır.

30-cu həftədə dölün uzunluğu 35-37 sm, çəkisi 1200-1300 qr-dır. Beyin kütləsi böyükdür. Beyin qabığındakı qırışlar çoxalır.

Antenatal dövrün sonunda böyük beyin qabığının strukturu yüksək differensiasiyaya malikdir. Bu onun intensiv funksiya göstərməsi ilə izah olunur.

Doğuşa 2-3 ay qalmış döl səs qıcıqlarına dəqiq hərəkətlərlə reaksiya verir. Təkrari səs qıcıqlarında hərəkət reaksiyaları tədricən zəifləyir və nəhayət tam dayanır. Əgər bundan sonra başqa qıcıq, həmçinin səs qıcığı verilərsə, yenə hərəkət reaksiyası müşahidə edilir. Qırmızı sümküliyində qanyaranma baş verir.

31-ci həftədə dölün uzunluğu 38-39 sm, çəkisi 1500-1700 qr-dır. Dəri əvvəlki kimi qırmızı və qırıqlıdır. Sürətli yuxu fazasında meydana çıxan yuxugörmə bütün yuxu dövrünü əhatə edir. Gözlər bəzən açıq olur. Yuxu vaxtı qapanır. Gözlərin rəngi adətən mavi olur, pigmentləşmə tam başa çatmayıb. Bəbəklər əzələləri işığa reaksiya verir. Bəbəyin tam pigmentasiyası işığın təsiri ilə doğuşdan sonrakı bir neçə həftədə baş verir.

32-ci həftədə dölün uzunluğu 40-42 sm, çəkisi 1800-2000 qr-a qədərdir. Gözdə bütün istiqamətlərdə fiksasiya etmə qabiliyyəti və vizual diqqət yaranır. Dərialtı piy təbəqəsi yaranır, bu da dəriyə daha açıq rəng verir. Dırnaqlar uzanıb. İmmun sistemi inkişaf etməyə başlayır. Döl anadan immünglobinləri qəbul edir və aktiv sürətdə antitellər yaradır. Bu antitellər onu həyatının ilk aylarında qoruyacaq. Dölyanı maye 1 l-ə qədərdir. Hər 3 saatdan bir yenilənir. Döl həmişə təzə suyun içərisində „üzür“.

Hamiləliyin IX ayı. 33-cü həftədə dölün uzunluğu 42 sm, çəkisi 2000-2200 qr-dır. Dölün inkişaf tempi yavaşayıb. Dərialtı piy təbəqəsi yaranmaqda davam edir. Dəri daha açıq rəngdədir. Bütün bədən səthi hissiyyatlıdır. İmmun sistemi inkişaf etməkdə davam edir.

34-cü həftədə dölün uzunluğu 45 sm, çəkisi 2200-2400 qr-dır. Böyük beyin yarımkürələrinin sürətli böyüməsi davam edir. Beyin qabığında çoxlu qırışlar əmələ gəlir. Neyronlar arasında çoxsaylı əlaqələr yaranır. Uşaqlığın daxili məhdud olduğundan, döl bükülür „döl pozası“ vəziyyəti alır.

35-ci həftədə dölün uzunluğu 45-47 sm, çəkisi 2500-2600 qr-dır. Başda tüklər qalınlaşır. Ayaq barmaqlarının dırnaqları tam formalaşıb.

36-cı həftədə dölün uzunluğu 48 sm, çəkisi 2700-2800 qr-dır. Dərialtı piy təbəqəsinin toplanması hesabına dölün bədənini girdələşir. Üzərindəki qırışlar yox olur. Döl işığa tərəf dönmür-orientasiya qabiliyyəti meydana çıxır. Döl başı ilə kiçik çanağa tərəf dönür. Əllər döş qəfəsinə sıxılır.

Hamiləliyin X ayı. 37-ci həftədə dölün uzunluğu 48-50 sm, çəkisi 3000 qr-dır. Pendirvari maddə hələ kifayət qədər çoxdur. Yumşaq yüklər azalıb, burun və qulağın qığırdağı bir az bərkiyib. Dərialtı piy təbəqəsi artıb. Bədən çəkisinin 15%-ni təşkil edir. Bu dölün temperaturunun sabit qalması üçün vacibdir. Dəri açıq çəhrayı rəngdədir. Bu səthi qan damarlarının hesabıdır. Mədə-bağırsaq sistemi hələ tam yetişməyib. Bağırsaqlarda müəyyən miqdarda mikonium yığılır.

Son həftələrdə ümumi yuxunun 30-60%-ni sürətli yuxu (nəbz sürətlənir, arterial təzyiq artır, əzələ tonusu azalır) qalan hissəsini isə yavaş yuxu (əzələ tonusunun zəifləməsi, rahatlıqla xarakterikdir) təşkil edir.

Böyüklərdə sürətli yuxu gecə yuxusunun 20%-ni yavaş yuxu 80%-ni təşkil edir. Hər iki faza həyat üçün vacibdir.

38-ci həftədə dölün uzunluğu 48-50 sm, çəkisi 3000 qr-dır. Pendirvari maddə və yumşaq tüklər azalıb. Saçlar 1-2 sm uzunluqdadır. Uşaqlıq boşluğu məhdud olduğu üçün dölün ətrafları gövdəyə sıxılır.

39-cu həftədə dölün uzunluğu 50 sm, çəkisi 3000-3500 qr-dır. Dəri açıq çəhrayı rəngdədir, dərialtı piy təbəqəsi yaxşı inkişaf edib. Hər gün döl 14-28 qr piy yığır. Yumşaq tüklər demək olar ki, yoxdur. Saçlar 2 sm-ə çatır. Ağ ciyərlərdə surfaktant yaranır. Dölün qarnı böyük, girdə qara ciyər nahiyyəsində qabarmışdır. Qara ciyər qanyaranma funksiyasını yerinə yetirir. MSS-nin şöbələri eyni inkişaf etmir. 38-39-cu həftəyə onurğa beyninin hüceyrələri və hialin toxuması morfoloji cəhətdən tam inkişaf edib. Doğuş anına üz sinirinin hissələri yetişib. Bu sormanı reallaşdırır. MSS-nin struktur və funksional inkişafı postnatal dövrdə başa çatır. Beyin qabığı strukturu antenatal dövrün sonuna yüksək differensiasiyaya malikdir. Bu onun intensiv funksiya göstərməsi ilə izah olunur. 39-cu həftədə doğulmuş uşaqlar gözlərini 20-30 sm məsafədə fiksasiya edirlər.

40-ci həftədə dölün uzunluğu 50-54 sm, çəkisi 3000-3500 qr-a qədərdir. Dərialtı piy təbəqəsinin toplanması hesabına dölün bədənini girdələşib, döş qabarıb. Dəri açıq çəhrayı rəngdədir, pendirvari maddənin (verniks) qalıqları var, yumşaq tüklər (lanugo) demək olar ki, yoxdur. Başda saçlar 2 sm-ə çatır. Əldə və ayaqda dırnaqlar dırnaq yatağını örtür. Burun və qulağın qıgırdağı bərkidir. Kəllə tam bərkiməyib, 7 ysümükdən ibarətdir. Sümüklər arasında tikişlər və əmgəklər var. Bunlar doğuş vaxtı sümüklərin bir-birinin üzərinə keçməsinə imkan yaradır. Bu da dölün beynini zədələnməkdən qoruyaraq, doğuşu asanlaşdırır.

Doğuşa az qalmış yuxugörmə fazası azalır. Ümumi yuxunun 50%-ni təşkil edir.

§ 4. Antenatal patologiyalar

Mayalanma və ziqotanın əmələ gəlməsindən doğuşa qədər olan dövr antenatal dövr, bu dövrdə rast gəlinən patologiyalar antenatal patologiyalar adlanır. Bu dövr özü də 2 dövrə bölünür. Progenез və kimatogeneз. Progenез dövründə cinsi hüceyrələrin (qametlərin) yetişməsi baş verir. Bu dövrdə baş verən patologiyalar qametopatiyalar adlanır.

Mayalanma və ziqotanın əmələ gəlməsindən doğuşa qədər olan dövr kimatogeneз adlanır. Kimatogeneз 3 dövrdən ibarətdir: blastogeneз, embriogeneз, fetogeneз. Bu dövrlərə uyğun olaraq antenatal patologiyalar – blastopatiyalar, embriopatiyalar və fetopatiyalar adlanır.

Antenatal patologiyalar aşağıdakı səbəblərdən yaranır: ananın somatik xəstəlikləri; ananın endokrin xəstəlikləri; hamiləliyin gedişində yaranan mamalıq və ginekoloji ağırlaşmalar; xarici mühitin zərərli təsiri; irsi faktorlar; ana və döl arasında immun uyşmazlıq; valideyinlərin yaşı.

Patogeneз. Ana bətnində etioloji faktorların dölə təsiri müxtəlif olur: birbaşa – radiasiya, letal mutasiyalar, infeksiya amilləri və s; ana və cift qan dövrünü vasitəsi ilə; ciftin funksiyasını pozmaqla.

Ciftin transport funksiyasının pozulması dölün enerji təminatının zəifləməsinə və hipotrofiyasına, tənəffüs funksiyasının çatışmazlığı isə dölün hipoksiyasına, ATF defisitinə, hüceyrə membranı, lizosim, mitoxondri və damar divarının zədələnməsinə gətirib çıxarır. Nəticədə toxuma hipoksiyası inkişaf edir, su-duz mübadiləsi pozulur, mikrosirkulyasiya pozğunluqları inkişaf edir, damar keçiriciliyi pozulur, toxumalardakı energetik pozğunluqlar dərinləşir. Bu beyin toxumalarında daha çox biruzə verir. Hipoksiya uzun müddət davam etdikdə, bətn daxili inkişafın müxtəlif mərhələlərində morfogenezin pozulması, dizembriogenetik stiqmalar və bətn daxili inkişafın ləngiməsi (BDİL) baş verir.

Anadakı endokrin pozğunluqlar ciftin endokrin pozğunluqlarına və maddələr mübadilə-

sinin pozulmasına səbəb olur. Bətdaxili həyatın müxtəlif vaxtlarında iltihaba qarşı reaksiya müxtəlif olur:

- embrional dövrdə alterativ kompanet olur, fibroblastların reaksiyası baş verir;
- erkən fetal dövrdə iltihabın alterasiya və proliferasiya komponentləri olur;
- gec fetal dövrdə artıq iltihabın hər 3 komonenti–alterasiya, proliferasiya, eksudasiya–for–malaşır. Damar reaksiyası hələ zəif olur. Bütün bunlara görə iltihabi zədələnmənin müddətindən asılı olaraq patologiyalar müxtəlif olur:
- blastogenezi dövründə rüşeym oxunun formasının pozulması ilə olan inkişaf qüsurları;
- embriogenezi dövründə müxtəlif orqanların inkişaf qüsurları;
- erkən fetal dövrdə proliferativ kompanentin üstünlük təşkil etdiyi proseslər („OZ”-lar), məs; endokardial fibroelastoz, qara ciyərin sirrozu, pılorostenoz və s. yaranır;
- gecikmiş fetal dövrdə „it”-lər formalaşır. Məs; hepatit, miokardit və s.

Bətdaxili həyatın müxtəlif vaxtlarında zərərli faktorların təsiri üçün real şərait olur. Bu dövrlər aşağıdakılardır (5 kritik dövr):

- I həftə – impantasiyadan əvvəlki dövr və ya boru dövrü;
- 3-6-cı həftələr – embrional, plasentasiya, orqan və sistemlərin formalaşması – orqonogenezi dövrü;
- III ay – ciftin formalaşmasının başa çatması, beyin qabığının özülünün qoyulması, ilkin reflekslər, sümük iliyində qanyaranma, primitiv hemoqlobinin fetal hemoqlobinlə əvəz olunması dövrü;
- 20-24-cü həftələr – dölün funksional yerləşməsi dövrü;
- 24-34-cü həftələr – cinsiyyət sisteminin formalaşması dövrü.

Zərərli faktorların dölə təsirinin nəticəsi və terotogen effekti hestasiya yaşından asılıdır. Bunu nəzərə alaraq aşağıdakı prinsiplər irəli sürülmüşdür (S.Stokkard):

- eyni terotogen faktor inkişafın müxtəlif mərhələlərində müxtəlif anomaliyalara səbəb ola bilər;
- eyni bir anomaliya müxtəlif terotogen faktorların təsirindən yaranı bilər;
- anomaliyanın tipi terotogen faktorun təsiri vaxtından və rüşeymin inkişaf mərhələsindən asılıdır.

Təsnifatı. Etiologiyasına görə aşağıdakı qruplara bölünür: irsi, terotogen (ekzogen mühit), multifaktorial, səbəbi məlum olmayan.

Zədələyici faktorların inkişafın hansı mərhələsində təsir etməsindən asılı olaraq bətdaxili inkişaf qüsurları aşağıdakı qruplara bölünür: – qametopatiyalar; blastopatiyalar; embriopatiyalar; fetopatiyalar.

Yaranma ardıcılığına görə aşağıdakı qruplara bölünür:

- birincili qüsurlar. Bilavasitə genetik və ekzogen faktorların təsirindən sonra yaranır.
- ikincili qüsurlar. Birincili qüsurlar tərəfindən yaranır. Məs: diafraqmal yırtıq zamanı yaranan ağ ciyər hiperplaziyası birinciyə nisbətən ikincili hesab edilir.

Birincili qüsurlar da öz növbəsində zədələnmənin həcminə və yayılmasına görə 3 qrupa bölünür:

- izolə olunmuş, bir orqanda məhdudlaşır (polidaktiliya və s.);
- sistem şəkilli, bir sistem daxilində bir neçə orqanda olur (xondrodistrofiya, Fallo tetradası);
- çoxlu, bir-biri ilə əlaqəsi olmayan müxtəlif sistemlərin iki və daha artıq qüsuru.

İzolə olunmuş və sistem inkişaf qüsurları lokalizasiya və anatom-fizioloji xüsusiyyətlərinə görə də qruplara ayrılır: MSS və hissiyyat orqanlarının qüsurları (hidrosefaliya, mikrosefaliya, ansefaliya) beyin yırtığı, mielomeninqosele; boyun və uzun qüsurları (dodaq və damağın bitişməməsi); ürək-damar sisteminin qüsurları; tənəffüs yollarının qüsurları; həzm sisteminin qüsurları; sümük əzələ sisteminin qüsurları (osteoxordodisplaziya, sümüklərin izolə olunmuş və ya kombinasiyalı bitişməsi, II-li deformasiya, yumşaq sümüklər və s.); sidik sisteminin

qüsurları; cinsiyyət orqanlarının qüsurları; endokrin sistemin qüsurları; dəri və onun üsürlərinin qüsurları; dölnün ikiləşməsi qüsurları; çift və döl qışalarının qüsurları; digər qüsurlar.

Bundan başqa dölnün bütün qüsurları yaşama qabiliyyətli və yaşama qabiliyyəti olmayan qüsurlara bölünür.

§ 4.1. Qametopatiyalar

Mayalanmadan əvvəl cinsi hüceyrələrdə baş verən patoloji dəyişikliklər **qametopatiyalar** adlanır. Qametopatiyalar xromosomların mutasiyası və xromosomların sayının dəyişməsi nəticəsində baş verir.

İnsan xromosomları terotogen təsirlərə çox həssasdırlar. Bu təsirlərə bioloji (ananın müxtəlif xəstəlikləri, xüsusi ilə virus xəstəlikləri), kimyəvi (alkaqol, nikatin, bir çox dərman preparatları), fiziki (ionlaşdırıcı şüalar, rentgen şüaları), mexaniki (uşaqlığın şişi, arakəsməsi və s.) faktorlar, qidalanma pozğunluqları, endokrin pozğunluqlar və s. aiddir.

Xromosomlarda müxtəlif əlamətlər daşıyan çoxlu miqdarda genlər var. Mutasiya nəticəsində xromosomlarda və genlərdə dəyişiklik yaranır və bu sonrakı nəsillərə ötürülür. Qazanılmış hər hansı bir patoloji əlamətin sonrakı nəsle ötürülməsi **irsi xəstəlik** adlanır. İrsi xəstəliklərin aşağıdakı növləri var: monogen, poligen və xromosom xəstəlikləri.

Monogen xəstəliklər bir genin patologiyası ilə əlaqədardır. Monogen xəstəliklərin də 3 növü var: autosom-dominant; autosom-ressesiv və cinsi xromosomla bağlı olan xəstəliklər. Xəstəliyi daşıyan gen valideyinlərin cinsi hüceyrələrində olur. O, mutasiya nəticəsində yaranır və ya əcdadlardan alınmış olur. Cinsi hüceyrələr vasitəsi ilə övladlara keçirilir. Xəstəlik dominant və resesiv yolla irsən keçir.

İrsi dominant genlər ana və atadan şaquli xətlə nəsildən nəsilə keçir. 50% hallarda xəstəlik dölə ötürülür.

Hər iki valideyin eyni patologiyanın geninin ressesiv daşıyıcısı olduqda xəstəliyin dölə ötürülməsi aşağıdakı kimidir:

- 25% hallarda aşkar şəkildə ötürülür. Xəstə uşaq doğulur.
- 50% hallarda resesiv daşıyıcı uşaq doğulur;
- 25% hallarda genotip baxımından sağlam uşaq doğulur.

Mukovissidoz, adrenogenital sindrom, fenilketonuriya, Villi-Brant xəstəliyi və s. tez-tez rast gəlməli autosom-ressesiv tipli irsi xəstəliklərdir. Hal-lazırda 600-ə qədər fermentopatiya mövcuddur. Bu xəstəliklər zamanı aminturşusu, karbohidrat, lipid mübadiləsi pozulur.

Ressesiv „X” xromosomu ilə keçən irsi patologiyalar xüsusi tiptir. Belə patologiyalara Hemofiliya, Düşənn miodistrafiyası, aqammaqlobulinemiya və s. xəstəliklər aiddir. Xəstə „X” cinsi xromosomu atadan qıza ötürülür. Qız xəstəliyin daşıyıcısı olur, xəstə olmur. Çünki onun hüceyrələrində anadan aldığı sağlam “X” xromosomu var. Daşıyıcı olan bu qız gələcəkdə həmin xəstə “X” xromosomu oğluna ötürür. Oğlan xəstə doğulur.

Poligen irsi xəstəliklər daha çox rast gəlinir. Bu zaman bir neçə patoloji gen mövcud olur. İrsi xəstəliklərin üçüncü qrupu **xromosom xəstəlikləridir**. Xromosomların sayının dəyişməsi ilə baş verən xəstəliklər „təsadüfən” yaranır. Nadir hallarda sonrakı hamiləliklərdə təkrarlanır. Belə xəstəliklərdə çoxsaylı anadangəlmə qüsurlar müşahidə edilir. Orqan və sistemlərin, xüsusi ilə sinir və endokrin sisteminin funksiyası pozulur. Əqli inkişafdan geri qalma səciyyəvidir. Ən çox rast gəlməli autosom xəstəliklər aşağıdakılardır.

Daun sindromu. Bu sindrom 21-ci cüt xromosom üçləşdiyi zaman baş verir. Yaşı 45-dən yuxarı olan qadınlardan doğulan uşaqların 1:20; 1:45 nisbətində rast gəlinir. Klinik əlamətləri: girdə kəllə, yastı ənsə, göz qapaqları çəp istiqamətdə, epikant, böyük dil, ayaq barmaqları qısa, əl barmaqları enli, dermoqlifika anomaliyaları (ovucda enli büküş) (şəkil:19-5). Daun sindromlu yenidoğulmuşlar süst, adinamik olur, zəif qışqırır, əmmə və udma pozulur, stridoroz tənəffüs baş verir. Belə uşaqlar

əqli inkişafdan geri qalır. Bəzilərinə anadangəlmə ürək qüsurları, çox vaxt mədəciklərarası çəpərin deffekti rast gəlir. Tez-tez infeksiyaya yoluxurlar. Onlarda 12 barmaq bağırsağ xorası və kəskin leykemiya çox rast gəlir. Daun sindromlu kişilərin uşaqları olmur. Qadınların hətta sağlam uşaqları da ola bilər.

Edvars sindromu. 18-ci cüt xromosomların üçləşməsidir (trisomiyası). Belə uşaqlar çox vaxt 70 günə qədər yaşayır. Bu patologiyada çoxlu anomaliyalar müşahidə edilir: mikrosefaliya, ənsənin qabarması, alt çənənin inkişaf etməməsi, qulaq seyvanının deformasiyası, bud çıxıqları. Bundan başqa daxili orqanlarda da çoxsaylı qüsurlar olur: anadangəlmə, həzm sistemi və böyrək qüsurları. Bu uşaqlar həm əqli, həm də fiziki inkişafdan geri qalırlar (şəkil;19-5).

Patau sindromu. 13-cü cüt xromosomların trisomiyasıdır. Əksər hallarda doğulan kimi tələf olurlar. Bu sindrom üçün xarakterik olan qüsurlar beyinin qabıqaltı strukturlarının pozulması (qoxu soğanağının olmaması, alın paylarının birləşməsi, baş beyində bir mədəcik olmasından və s.), dodağın və sərt damağın bitməməsi, çəpgözlülük, gözün olmaması və ya inkişafdan qalması, burnun qüsurları, çoxsaylı sümük qüsurları və s.-dir. Belə uşaqlar 1 ildən çox yaşamır.

Klaynfelter sindromu (testikulyar diskineziya). Oğlan uşaqlarında rast gəlir. Cinsi xromosomların trisomiyasıdır (XXY). Əlavə „X” xromosomu olur. Cinsi yetişkinlik dövrünə qədər əlamətləri olmur. Xəstədə sonsuzluq olur. Əlamətləri: uca boy, uca səs, ginekomastiya, zəif intellekt.

Şereşevski-Terner sindromu (yumurtalıq diskineziyası). Qızlarda cinsi xromosomların biri əskikdir (X-monosomiya). Cəmi 45 xromosom var. Əksər hallarda döl tələf olur. Sağ qalanlarda qısa gövdə və boyun, boyunun yanlarında qanadanbənzər dəri büküşü müşahidə edilir. Piylənmə, skelet qüsurları xarakterikdir. Çox vaxt anadangəlmə ürək qüsurları (aorta koarktasiyası) müşahidə edilir. İntellekt pozulmur. Bu qızlarda yumurtalıq yerində birləşdirici toxuma törəmələri var (şəkil:19-5).

Pişik səsi (miyoltusu) sindromu. Bu qüsurdə xromosomların sayı normal olur. 5-ci cüt xromosomda qısa çiyin ayrılmış olur. Yenidöğülmuş doğularkən pişik səsi çıxarır. Əsas qüsurlar: mikrosefaliya, hipertelorizm, göz yarığının antimonqoloid şəkildə olması, çəpgözlülük, əyri pəncəlik və s.-dir (şəkil:19-5). Bu qüsurla doğulan uşaqlar adətən həyatının birinci ilində tələf olurlar.

XXX sindromu (superqadın sindromu). Cinsi xromosomlar üçləşir. Əlavə “X” xromosomu olur. Bəzi qadınlar normal olur, bəziləri əqli inkişafdan geri qalır. Menstrual tsikl və uşağdoğma funksiyası pozulur.

Müasir dövrdə irsi xəstəlikləri vaxtında aşkar etmək və irsi patologiyalı uşaqların doğulmasının qarşısını almaq üçün “Tibbi-genetik konsultasiya”lar yaradılmışdır. Bu konsultasiyaların aşağıdakı vəzifələri var:

- irsi xəstəliyin dəqiq diaqnostikası;
- ailədəki irsi xəstəliyin tipinin müəyyən edilməsi;
- xəstəliyin təkrarlanma riskinin hesablanması;
- profilaktikanın daha effektiv üsulunun tapılması.

Aşağıdakı hallarda ər və arvad tibbi-genetik konsultasiyalara göndərilir:

1. Ailədə irsi xəstəliyi və ya inkişaf qüsuru olan uşağın doğulması;
2. Valideynlərdən birində inkişaf qüsurunun, irsi xəstəliyin və ya xromosom dəyişikliyinə olması;
3. Qan qohumlu nigahlar;
4. Ananın yaşının 35-dən çox olması;
5. Hamiləliyin ilk aylarında xoşagəlməz xarici mühitin təsiri;
6. Hamiləliyin erkən dövrlərində dərman preparatlarının qəbulu;

7. Birincili sonsuzluq, I amenoreya, spontan düşüklər, ölüdoğulma və ekstrakorporal mayalanma və s.

Qametopatiyalar (şəkil:19-5)



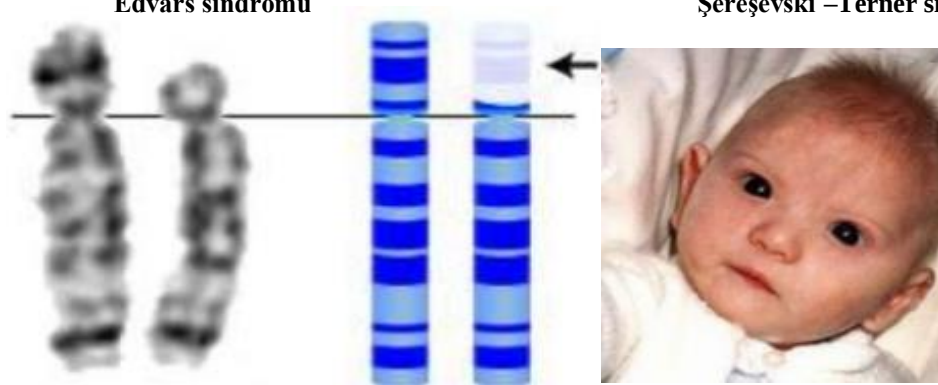
Daun sindromu



Edvars sindromu



Şereşevski –Terner sindromu



Pişik miyoltusu sindromu

Blastopatiyalar (şəkil:19-6)



Bitişmiş əkizlər: a) diplapaquslar; b) heterepaquslar

Tibbigenetik konsultasiyalarda müxtəlif müayinə metodları tətbiq edilir. Nəsil şəcərəsi öyrənilir. Xəstəliyin irsi xarakteri, ötürülmə forması və tipi dəqiqləşdirilir.

Sitogenetik metod. Kariotip öyrənilir.

Bundan başqa perinatal diaqnostika metodlarından da istifadə olunur. Bu metodlar invaziv və qeyri-invaziv olmaqla 2 yerə bölünürlər. Qeyri-invaziv metodlar bütün hamilə qadınlarda aparılır. USM-si, ananın qan zərdabında α -proteinin, xorioqonodotropinin və sərbəst estrolun təyini, bətdaxili infeksiyaların aşkar edilməsi və s.

İnvaziv metodlara amniosentez, ciftin biopsiyası, kordosentez, döl dərisinin biopsiyası və s. aiddir. Bu üsullarla sitogenetik, biokimyəvi, molekulyar genetik müayinələr aparılır.

USM-sinin böyük əhəmiyyəti var. Bir sıra qüsurları hamiləliyin I trimestrində təyin etmək olur. Bu qüsurlara anensefaliya, onurğa beyni yırtığı, ekzensefaliya, omfolosele, bitişmiş əkilər, başa çatmamış osteogenez, axondrogenoz və s. aiddir. Hamiləliyin II yarısında bütün qüsurlar 100% dəqiqliklə təyin edilir.

α -fetoproteinin təyini. Hamiləliyin 16-20-ci həftələrində qadının qan zərdabında α -feto-proteinin səviyyəsi təyin edilməlidir. Onun səviyyəsinin artması sinir sisteminin qüsurlarına, aşağı olması Daun sindromuna şübhə yaradır. Əgər xorioqonodotropinin konsentrasiyası artıb, estriolun səviyyəsi azalıbsa amniosentez aparmaq və dölün kariotipini təyin etmək göstərişdir.

Xorionun biopsiyası. Hamiləliyin 8-11-ci həftələrində, aşağıdakı hallarda bu əməliyyat aparılır;

– ananın yaşının 35-dən yuxarı olması;

– ailədə xromosom patologiyası, cinsi xromosomla bağlı xəstəliklər, hemoqlobinopatiya, maddələr mübadiləsi pozğunluğu olan uşağın olması;

– valideynlərin birində kariotipin normal olmaması.

Bu göstərişlər hamiləliyin II trimestrində olduqda plasentosentez aparılır.

Amniotik mayenin müayinəsi zamanı dölün kariotipini, müxtəlif fermentlərin miqdarını, hormonları, α -fetoproteini müəyyən etmək, DNT analizi aparmaq olur. Beləliklə dölün xromosom patologiyasını, bəzi autosom-ressesiv və xromosomla bağlı irsi xəstəlikləri, MSS-nin inkişaf qüsurlarını təyin etmək olur.

Bəzi hallarda böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə hiperplaziyasının və xromosom patologiyasının diaqnostikası məqsədi ilə hamiləliyin I yarısında da **amniosentez** aparılır.

Kordosentez hamiləliyin 17-ci həftəsindən aparılır. Bu əməliyyat ambulator şəraitdə də aparılır. Dölün qanı götürülür və müayinə olunur. Bu metodla qan xəstəliklərini, immun çatışmazlıq vəziyyətini, bətdaxili yoluxmanı, metabolik pozğunluqları aşkar etmək olur. 3-4-cü həftə ərzində dölün kariotipini təyin etmək olur.

Dölün dərisinin biopsiyası II trimestrdə aparılır. Bu üsulla dəri xəstəlikləri aşkar edilir.

Embrioskopiya metodundan son zamanlarda istifadə edilir. Müayinə xüsusi elastik optik cihazla aparılır.

Texnologiyanın inkişafı bətdaxili müalicə, hətta cərrahi müalicə aparmağa imkan verir. Döl anaya verilən dərmanlarla və ya bilavasitə onun özünə dərman köçürmə ilə müalicə olunur.

İrsi xəstəlikləri vaxtında aşkar etdikdə hamiləliyin saxlanıb-saxlanılmaması məsələsi həll olunur.

§ 4.2. Blastopatiyalar

Mayalanmadan sonrakı ilk 15 gün ərzində mayalanmış döl yumurtasının böyüməsinin pozulması nəticəsində yaranır. Blastopatiyaların son nəticələri aşağıdakılardır:

– boş rüşeym kisəsi;

– rüşeymdənkənar orqanların hipo və aplaziyası;

– ikili inkişaf qüsurları (tam və natamam bölünməmiş əkilər)

– uşaqlıqdankənar boru hamiləliyi.

İkili inkişaf qüsurları bitişmiş əkilər şəklində rast gəlinir. Bitişmiş əkilər bərabər, simmetrik

komponentlərdən ibarət olarsa-diplapaqus (şəkil:19-6 a), assimetrik komponentlərdən ibarət olarsa – hetereqopaqus (şəkil:19-6 b), başdan bitişmə-kraniopaqus, çanaqdan bitişmə-işıopaqus adlanır. Bitişmiş əkilzər monoamniotik – bir yumurta əkilzlərində təsadüf edilir.

§ 4.3. Embriopatiyalar

Hamiləliyin 16-ci günündən sonra inkişaf edən qüsurlar embriopatiyalar adlanır. **Embriopatiyalar** orqanların formalaşmasının pozulması nəticəsində yaranır. Ya embrionun tələf olmasına, ya da qüsurlu doğulmasına səbəb olur.

Məxmərək embriopatiyası. Məxmərək (Rubella) virusu tərəfindən törənir. Qreq triadası gözün, eşitmə aparatının və ürəyin zədələnməsi ilə xarakterikdir. Dişlərin və MSS-in də zədələnməsi rast gəlinir.

Gözde ikitərəfli katarakta, mikrooftalmiya daha çox rast gəlinir. Bundan başqa siliar cismin hipoplaziyası, hidroftalm, skleranın, venoz sinusun daralması (Şlem kanalı), qlaukoma və psevdoretinit əlamətləri də müşahidə edilir. Eşitmə üzvünün zədələnməsi zamanı labirintin sümükləşməsi, korti üzvünün və yarımdairəvi kanalların differensiasiyasının pozulması, karlıq baş verir. Ürək tərəfindən olan zədələnmələr anadangəlmə qüsurlar şəklində təsadüf edilir. Ən çox arterial axacağın açıq qalması, ağ ciyər arteriyası kökünün stenozu, mədəciklərarası çəpərin qüsuru müşahidə olunur.

Bəzən mikrosefaliya, böyük beyin yarımkürələrinin və ya baş beyinin ayrı-ayrı paylarının, ən çox ənsə payının hipoplaziyası şəklində olur.

Bir çox başqa viruslar da sitomeqalovirus, sadə herpes virusu, qızılca, epidemik parotit, hepatit B, polimielit, su çiçəyi, təbii çiçək virusları da embriopatiyaların yaranmasına səbəb olur.

Diabetik embriopatiya. Diabetli anaların uşaqlarında embriopatiyalar 2 dəfə çox rast gəlinir. Diabetik embriopatiyaların patogenezinə əsas yeri insulinin azlığı və qlükozanın sutkalıq ritminin ləbil olması tutur. İnsulinin çatışmazlığı embrionun orqanlarında enerjinin azalmasına, bu da inkişaf qüsurlarının yaranmasına səbəb olur. Diabetik embriopatiyalar üçün kaudal displaziya xarakterikdir. Oma, büzdüm, bel fəqərələrinin displaziyası və ya olmaması kimi inkişaf qüsurları müşahidə edilir.

Bəzən kaudal displaziya onurğa beyni dəyişiklikləri və aşağı ətrafların ikincili deformasiyası ilə birlikdə rast gəlinir.

Diabetik embriopatiyalar zamanı cinsiyyət üzvlərinin, ürəyin (mədəciklər və qulaqcıqlararası çəpərin qüsuru, Fallo tetradası), MSS-nin (anensefaliya, mikrosefaliya), anusun və düz bağırsağın (aplaziyası) və s. qüsurları inkişaf edir.

Tireotoksik embriopatiya. Hamiləliyin ilk 3 ayında anada diffuz toksiki zob olduqda tireotoksik embriopatiya inkişaf edir. Uşaq bətn daxili inkişafdan geri qalır, anadangəlmə qüsurlar – ürək, böyrək qüsurları, mikrosefaliya, hidrosefaliya və MSS-nin digər zədələnmələri ilə doğulur.

Ona görə hamiləliyin ilk aylarında diffuz toksik zob varsa, hamiləliyin pozulması göstəricidir.

Cərrahi və konservativ müalicədən 2 il sonra (antitellər tam itdikdən sonra) hamiləlik döli üçün təhlükəsizdir.

Alkohol embriopatiyası. Sistemlik alkohol qəbul etdikdə cinsi hüceyrələrdə distrofik, degenerativ dəyişikliklər əmələ gəlir. Atanın alkoholizmi ensefalopatiyaya, ananın alkoholizmi isə embriopatiyalara səbəb olur.

Alkoholun parçalanma məhsulları DNT-nin, zülalların, fermentlərin sintezini tormozlayır. Uşaqlarda görmə və eşitmə pozğunluqları, enurez, aqressivlik, əqli zəiflik və s. müşahidə edilir.

Alkohol embriopatiyası zamanı aşağıdakı əlamətlər müşahidə edilir.

1. Uşağın bətn daxili inkişafının ləngiməsi (BDİL).

2. 80-90% uşaqların kəllə-üz nahiyyəsində anomaliyalar müşahidə olunur: mikrosefaliya, mikroftalmiya, ensiz alın, hündür damaq, çəpgözlülük, nazik üst dodaq, böyük ağız – „balıq ağızı”, qu-laq seyvanının aşağıda yerləşməsi.

3. 30-50% uşaqlarda inkişaf qüsurları müşahidə edilir:

- a) ürəkdə çəpər defektləri;
- b) cinsiyyət üzvlərində qüsurlar--hipospodiya, qızlarda cinsiyyət dodaqlarının hipoplaziyası, uşaqlıq yolunun ikiləşməsi, eyni zamanda anal dəliyin qapalı olması və yerdəyişməsi;
- c) ətraflarda-barmaqların anormal düzülüşü, dırnaqların hipoplaziyası, sindaktiliya, klindaktiliya, bud-çanaq oynaqının displaziyası;
- d) digər qüsurlar-hemangioma, tük örtüyünün çox olması (xüsusi ilə alında), səpgilərin, ovucda anomal xətlərin olması və s.

4.Serebral çatışmazlıq və psixi inkişafdan qalma, oliqofreniya, daha sonralar hiperaktivlik, aqressivlik, əzələ hipotoniyası və s. müşahidə edilir.

Alkohol embriopatiyası qızlarda daha çox rast gəlinir. Oğlanların əksəriyyəti ana bətnində tələf olur.

Yenidoğulmuşun **hiperaktivlik sindromu** üçün çox vaxt – əmmənin, udmanın, motor koordinasiya pozulması, hipoxlikemiya xarakterikdir. Bəzən ilk saatlarda hiperoyanıqlıq o dərəcədə çox olur ki, təngənəfəslik, tremor, narahatlıq, qışqırıq, qıcolma olur. Uşağa 0,5 qr alkohol verdikdə qıcolma keçir. Buna alkohol **absteneniyası** deyilir. Daha sonralar uşaq fiziki inkişafdan geri qalır, mikrosefaliya daha qabarıq olur, əqli zəiflik, digər sinir-psixi xəstəliklər, endokrin pozğunluqlar meydana çıxır.

Radiasiya embriopatiyası. Hamiəliyin erkən vaxtlarında radiasion şüalanmaya məruz qalan qadınların uşaqlarında inkişaf edir. Mobil telefonlar, kompyuterlərdən də şüalanma mümkündür.

Uşaqlarda bətn daxili inkişafın ləngiməsi, mikrosefaliya, nefropatiya müşahidə edilir. Sonralar psixomotor inkişaf ləngiməsi olur. Leykoz, bədxassəli şiş, sonsuzluq ehtimalı çoxdur.

Dərman embriopatiyası. 5 milyona qədər dərman preparatları vardır. Onların əksəriyyətinin hamilə qadına və dölə təsiri öyrənilməyib. Bəzi dərmanların embriotoksik terotogen təsiri öyrənilib. Bunlar aşağıdakılardır: androgenlər, antiandrogenlər, estrogenlər, antiestrogenlər, antitireoidlər və dia-bet, şiş, epilepsiya, malyariya əleyhinə preparatlar, antimetabolitlər, D-pensillamin, peroral antikoagulantlar, K-vitaminin antoqonistləri, inhalyasion anestetiklər, streptomisin, tetrasiklin, talidamid və s. Əgər həyati göstəriş yoxdursa, hamilə qadınlara bu dərmanları təyin etmək məsləhət deyil.

Bir qrup dərmanların embriotoksik təsiri mübahisəlidir. Bunlar kortikosteroidlər, trankvilizatorlar, antidepressantlar, neyroleptiklər, qalxanabənzər vəzi hormonları, qusma, vərəm, iltihab əleyhinə preparatlar, sulfanilamidlər və s.-dir. Bu preparatları hamilə qadınlara uzun müddətə təyin etmək olmaz.

Sənaye sindromu. Qeyri-qənaətbəxş iş və yaşayış şəraiti olan hamilə qadınların uşaqlarında bu sindrom inkişaf edir.

Benzin buxarları, karbon qazı, civə, qurğuşun, pepsidlər, karbohidratlar terotogen təsirə malikdirlər. Benzindoldurma məntəqəsində işləyən, avtomobil hərəkəti sıx olan küçələrdə yaşayan, kimya müəssisələrində çalışan, sürücü qadınların uşaqlarında bu sindroma rast gəlinir.

Sənaye sindromlu uşaqlar çox vaxt yarımçıq, inkişafdan qalmış, bətn daxili hipoksiya ilə döğulur. Onların xarici mühitə adaptasiyası çətin olur, qanaxmaya, tez-tez xəstələnməyə meyilli olurlar. Belə uşaqlarda nevroloji pozğunluqlar tez-tez rast gəlinir

§ 4.3.1 Anadangəlmə inkişaf qüsurları

Anadangəlmə inkişaf qüsurları embriopatiyaların böyük əksəriyyətini təşkil edir. Bunlar 4 qrupa bölünür: malformasiya; dizrupsiya; deformasiya; displaziya.

Malformasiya. Genetik determinasiya nəticəsində embrional differensasiya pozulur. Nəticədə orqan və ya onun bir hissəsinin morfoloji və anatomik defekti yaranır.

Malformasiyalar (genetik qüsurlar) 3 qrupa bölünür:

- morfogenezin tamamlanmaması və ya sona çatmaması;
- morfogenezin təkrarlanması;

– abberent morfogenez nəticəsində yaranan qüsurlar.

Malformasiyalar klinik təzahürünə görə sadə (minimal), mürəkkəb (maksimal) olaraq iki yerə bölünür.

Mürəkkəb qüsurlar da ağır və yüngül olmaqla iki yerə bölünür.

Dizrupsiya – xarici mühit amillərinin embrional inkişafa təsiri nəticəsində orqanın, onun bir hissəsinin və ya bədən bir hissəsinin morfoloji və anatomik deffekti yaranır. Dizrupsiyanın inkişaf etməsinin əsas səbəbi damar faktorları, anoksiya, terotogenlər, mexaniki təsirlər və s.-dir.

Dizrupsiyanın forması, ağırlıq dərəcəsi, hamiləliyin vaxtından, mənfi təsirin yerindən və toxumanın zədələnmə dərəcəsindən asılıdır. Embrional dövr üçün terotogen faktorlar xarakterikdir. Bu qüsurlar xarici mühitin patoloji təsirindən və ananın xəstəlikləri nəticəsində inkişaf edir.

Güman olunur ki, (Cohen-1997) holoprozensefaliya, siringomeqaliya, anensefaliya, meninqosele kimi qüsurlar hamiləliyin 23-28-ci sutkalarında, magistral damarların transpozisiyası, mil sümüyünün aplaziyası 36-38-ci sutkalarda, dodağın bitişməməsi, mədəciklərarası çəpərin deffekti, diafraqma yırtığı, sindaktiliya 6-cı həftədə, 12 barmaq bağırsağın atreziyası, omfalocele, ikibuyuzlu uşaqlıq, damağın bitişməməsi 7-10-cu həftələrdə, hipospodiya 12-ci həftədə, kriptorxizm 7-9-cu aylarda formalaşmağa başlayır.

Terotogen faktorlardan dərman preparatlarının da rolu böyükdür.

Deformasiya. Embrional differensasiyası pozulmayan embriona mexaniki təsir nəticəsində orqanın və ya bədən bir hissəsinin anatomik forması dəyişir. Bu faktorlara hamilə qadının qısa boylu, kiçik ölçülü olması, çanaq sümüklərinin və uşaqlığın hipoplaziyası, uşaqlığın mioması, iki buyuzlu uşaqlıq, impantasiyanın uyğun olmayan yerdə baş verməsi, dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, döl başının çanağa tez enməsi, çoxdöllülük, iri döl, amniotik mayenin xroniki axması, azmayelilik, dölün hidro və makrosefaliyası və s. aiddir.

Yenidoğulmuşlarda ən çox rast gəlinən deformasiyalara əyripəncəlik, budun anadangəlmə çıxığı, skaliyoz və s. aiddir.

Displaziya. Genetik determinasiya nəticəsində hüceyrə və toxumaların differensasiyası pozulur. Nəticədə hüceyrə və toxuma strukturunun morfoloji deffekti yaranır.

Anadangəlmə qüsurlar zamanı aşağıdakı pozğunluqlar baş verir:

- aqneziya – orqanın olmaması;
 - aplaziya – orqanın olmaması və ya çox zəif inkişaf etməsi;
 - hipoplaziya – orqanın inkişafdan qalması;
 - hipotrofiya – dölün və ya yenidoğulmuşun çəkisinin az olması;
 - hiperplaziya – hüceyrələrin çoxalması hesabına orqanın çəkisinin çox olması;
 - makrosomiya – çəki və boyun çox böyük olması;
 - heteroplaziya – toxuma sərhədlərinin pozulması;
 - heterotopiya – hüceyrə, toxuma və ya orqanın bir hissəsinin ona aid olmayan yerdə yerləşməsi;
 - ektopiya – orqanın yerini dəyişməsi;
 - atreziya – kanalın və ya təbii dəliyin olmaması;
 - stenoz – kanalın və ya dəliyin daralması;
 - bölünməməsi – əkilərin və ya ətrafların (sindaktiliya) düzgün bölünməməsi;
 - persistensiya – inkişafın müəyyən mərhələsində itməli olan strukturun geri inkişafı Məs: arterial axacaq, oval dəlik;
 - dizraziya – embrional şırımın bağlanmamasıdır (üst dodağın, üst çənənin bitişməməsi);
 - disxroniya – inkişaf tempinin pozulması. Bu ayrı-ayrı hüceyrə, toxuma və orqanlara aiddir.
- Orqanların əks tərəfdə yerləşməsi, payların (ağ ciyər, qara ciyər) böyük və ya kiçik olması, anadangəlmə hidrops (hidrosefaliya, hidronefroz) bura aiddir.

Bir sıra hallarda yenidoğulmuşda onun inkişafına mənfi təsir göstərməyən, müalicəyə ehtiyacı olmayan, kiçik qüsurlar--**dizembrigenetik stiqmalar** aşkar edilir. Məs:

- başda tüklərin anomal şəkildə bitməsi, ənsənin yastılaşması, kəllə örtüyünün qabarmaları;

- ağız və ağız boşluğunda – mikroqnatiya, dilçəyin haçalanması, dil yüyəninin aberrativliyi;
- qulaq seyvanında – primitiv forma, büküşlərin anomal forması- assimetrik, xırda, böyük, traqusun olmaması, qulaq ətinin olmaması, aurikulyar çökəklər, aurikulyar qabarmalar, xarici keçəcəyin olmaması;
- burunda – qanadvari boyun, boyun fistulaları;
- ovucda büküş xəttinin bir olması, anormal forması, 4 və 5-ci barmaqların qısa olması, dirnaqların qalın olması;
- pəncələrdə-2-ci və 3-cü barmaqların sindaktiliyası, səndəlvari yarıqlar, kiçik baş barmaq, 4-5-ci barmaqların üst-üstə keçməsi;
- dəri örtüklərində – hemangiomalar, dərinin hiperpiqmentasiyası, nevizlər, monqol ləkələri (ağ dəridə), dərinin depiqmentasiyası, əlavə məməcik və ya oreola (süd vəzisində);
- gövdədə – qarının düz əzələsinin diastasiyası, az dərəcəli hipospodiya, omanın dərin çökəyi;
- sklet – döş sümüyünün batıq və ya qabarıq olması.

Bu stiqmaların çoxunu kosmetik əməliyyatlarla aradan qaldırmaq olur.

Ən çox rast gələn anadangəlmə ağır qüsurlar aşağıdakılardır.

MSS-nin qüsurları. Hidrosefaliya beyin mədəciklərinə həddən artıq maye toplanması nəticəsində yaranır. Bəzən mayenin həcmi 2-3 l-ə çatır. Mayenin toplanması nəticəsində başın həcmi böyüyür. Tikişlər aralanır, əmgəklər böyüyür, kəllə sümükləri nazıqlaşır, yumşalır. Maye beyinə təzyiq edir, nəticədə beyin atrofiyaya uğrayır (şəkil:19-7).

Diagnoz xarici və uşaqılıq yolu müayinəsinə görə qoyulur.

Xarici müayinə ilə başın ölçülərinin çox böyük olması və ana çanağı ilə uyğunsuzluğu aşkar olunur. Doğuş zamanı daxili müayinə ilə tikişlərin çox geniş, əmgəklərin böyük, sümüklərin nazik olması aşkar olunur. Hidrosefaliya ilə doğuş mümkün deyil. Traokar və ya uzun iynə ilə baş deşilməlidir.

Anensefaliya zamanı dölün kəlləsi və baş beyinin əksər hissəsi olmur. Kiçik baş birbaşa çiyinlərin üzərində yerləşir. Gözləri xaricə qabarıb (qurbağa başı). Belə uşaqlar ya ölü doğulur ya da doğulan kimi ölür (şəkil:19-7).

Beyin yırtığı zamanı böyük əmgək, kiçik əmgək və ya burunüstü nahiyyədən beyin toxuması xaricə çıxır. Döl diri doğulsa da neonatal dövrdə ölür (şəkil:19-7).

Onurğanın aralanması (spina bifida). Onurğanın müxtəlif yerlərində ola bilər. Amma ən çox bel nahiyyəsində rast gəlir. Aralanma nəticəsində yaranan dəlikdən onurğa beyni xaricə çıxır. O, beyin qışaları və dəri ilə örtülmüş olur. Neyrocərrahi müalicə tələb olunur (şəkil:19-7).

Boyun və üzdə rast gələn qüsurlardan--üst dodağın və üst çənənin aralanması (bitişməməsi) çox rast gəlir.

Üst dodağın bitişməməsi (dovşan dodaqlıq) zamanı uşağın əmməsi çətinləşir. Bu da uşağın inkişafına mane olur. Qüsür plastik əməliyyatla asanlıqla aradan qaldırılır (şəkil:19-7).

Üst çənənin və damağın bitişməməsi (qurd ağız) nəticəsində ağız boşluğu ilə burun boşluğu birləşir. Əmmə zamanı süd burun boşluğuna keçir. Belə uşaqlar vertikal vəziyyətdə qidalandırılır ki, süd yemək borusuna düşsün. Çox vaxt dodağın bitişməməsi və damağın bitişməməsi birlikdə rast gəlir (şəkil:19-7).

Plastik əməliyyatla qüsür aradan qaldırılır.

Tənəffüs yollarının qüsurlarına--tənəffüs yollarının stenozu, ikiləşməsi, svişləri, genəlmələri, ağ ciyərin aplaziyası, mukovissidoz və s. aiddir.

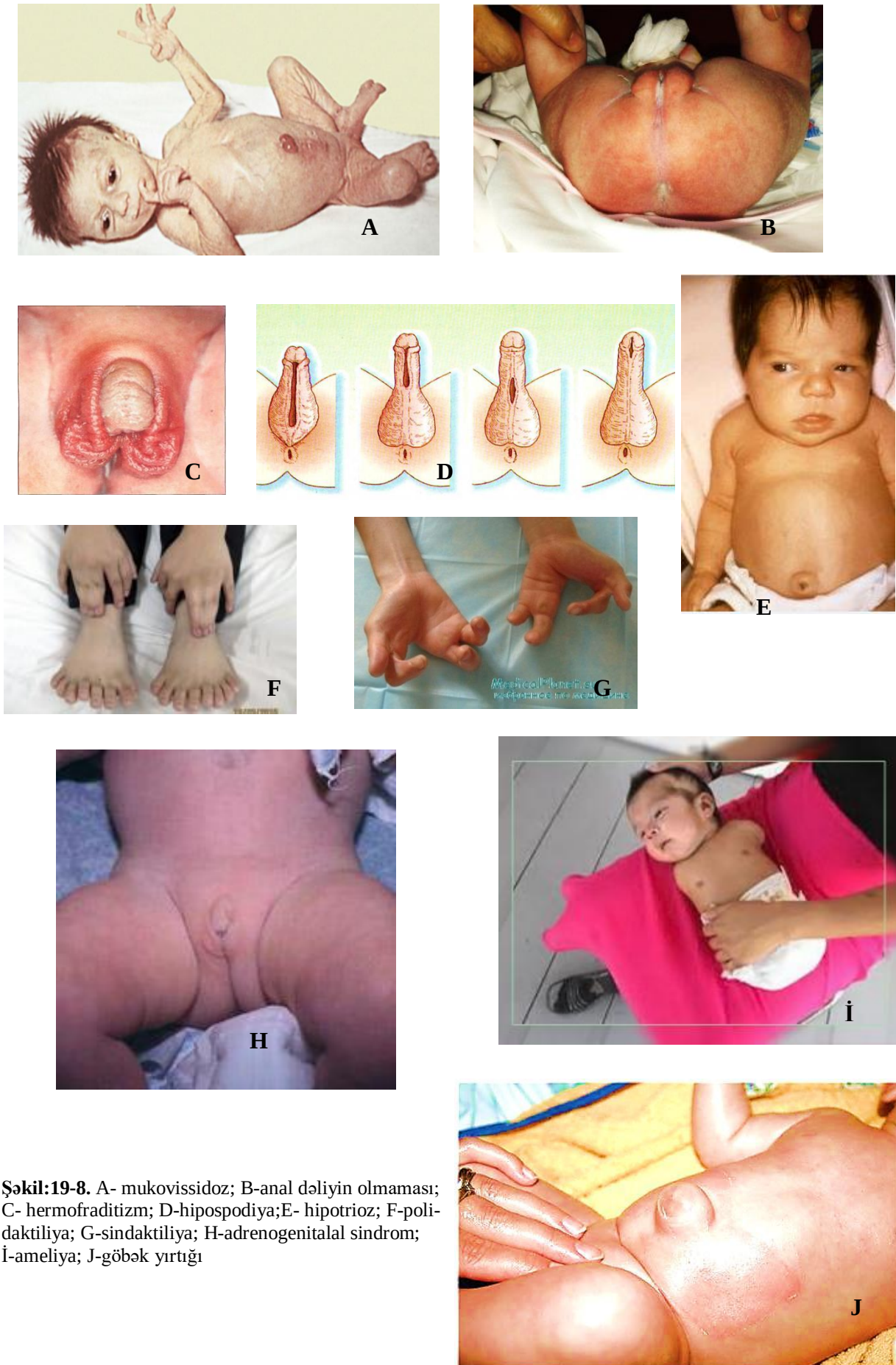
Ürək -damar sistemi qüsurları embriogenez prosesində ürək və iri damarların formalaşmasının pozulması nəticəsində yaranır. Kombinasıya olunmuş və izolə olunmuş qüsurlar inkişaf edir. Bu qüsurlara arakəsmələrin deffekti (şəkil:19-7), arterial axacağın açıq qalması, oval dəliyin açıq qalması (şəkil:19-7) aortanın stenozu, koarktasiyası, ağ ciyər arteriyasının stenozu, Fallo triadası və tetradası aiddir.

Həzm sistemi qüsurlarına--omfolosele, bağırsaq borusunun aplaziyası, atreziyası, ikiləşməsi, stenozu və s. aiddir.

Anadangəlmə qüsurlar



Şəkil:19-7. A-anensefaliya; B-hidropsefaliya; C- betin yırtığı; D-onurğanın aralanması; E-üst damağın bitişməməsi; F-üst dodağın bitişməməsi; G-anadangəlmə dişlər; H-mədəciklərarası çəpərin defekti; İ- oval dəliyin açıq qalması



Şəkil:19-8. A- mukovissidoz; B-anal dəliyin olmaması; C- hermofraditizm; D-hipospodiya;E- hipotrioz; F-poli-daktiliya; G-sindaktiliya; H-adrenogenitalal sindrom; İ-ameliya; J-göbək yırtığı

Pilorostenoz bu qüsurlar arasında birinci yeri tutur. Əzələ qışasının qalınlaşması hesabına mədənin pilorik hissəsi daralır. Nəticədə bağırsağa az qida daxil olur. Mədədə yığılmış qida qusma ilə xaric olur. Qusuntu ilə mədədən xlorid turşusu da itirilir. Bu da alkoloza və patoloji prosesin dərinləşməsinə səbəb olur. Pilorostenozun əsas simptomları qusma, arıqlama və ümumi vəziyyətin sürətlə pisləşməsidir. Müalicə cərrahidir.

Seliakiya – bağırsaq infantilizmidir.

Meqakolon yoğun bağırsağın ağır anadangəlmə xəstəliyidir. Bağırsağın bir hissəsinin peristaltikası olmur və bağırsaq möhtəviyyatının hərəkəti pozulur. Müalicə cərrahidir.

Mədəaltı vəzin kistofibrozu-mukovissidoz orqanizmin selik ifraz edən vəzilərinin anadangəlmə zədələnməsidir. Xəstəlik irsidir. Bu zaman çox qatı selik ifraz olunur. Klinik gedişinə görə mekonial, ileus, bağırsaq-pankreatik və ağ ciyər forması ayırd edilir. Çox vaxt xəstəliyin kombinə olunmuş forması rast gəlinir (şəkil:19-8).

Anusun daralması və ay bitişməsi. Anusun bitişməsi ağır qüsurdur. Uşağın həyatı üçün təhlükə yaradır. Müalicəsi cərrahidir (şəkil:19-8).

Sidik-ifrazat sistemi qüsurlarına bir və ya hər iki böyrəyin aplaziyası, nalşəkilli olması, böyrəklərin və kasacıq-ləyəncik sisteminin ikiləşməsi, hidronefroz, meqaureter, kistalar və s. aiddir.

Cinsiyyət orqanlarının inkişaf qüsurlarına kriptorxizm, xayalıqda mayenin yığılması, hermofroditizm və s. aiddir.

Qadın cinsiyyət orqanlarının inkişaf qüsurlarına uşaqlığın, uşaqlıq yolunun, boruların, yumurtalıqların aplaziyası və hipoplaziyası, uşaqlığın ikiləşməsi, birbuynuzlu olması, rudmentar buynuzlu olması, qızlıq pərdəsinin tam olması və s. aiddir.

Oğlan cinsli uşaqlarda hipospadiya daha çox rast gəlinir. Bu zaman sidik kanalının aşağı divarının parçalanması baş verir. Sidik kanalının xarici dəliyi ağır hallarda xaya kisəsinin üzərində yerləşir (şəkil:19-8).

Endokrin sistemin qüsurları. Hipotireoz ana bətnində qalxanabənzər vəzin funksiyasının ağır pozulması zamanı yaranır. Bu patologiyanın səbəbi hamiləlik zamanı anaya təsir edən müxtəlif terotogen amillərdir. İrsi faktor və bətn daxili zədələnmə faktoru da rol oynayır. Anada qalxanabənzər vəzin hormonunun çatışmazlığı rüşeymin qalxanabənzər vəzinin differensiasiyasına təsir edir (şəkil:19-8).

Adrenogenital sindromda irsi faktor əsas rol oynayır. Güman olunur ki, patologiya böyrəküstü vəzlərin anadangəlmə hiperplaziyası nəticəsində yaranır. Bu sindrom zamanı androgenlərin sintezi artır, zülal sintezi güclənir, virilizasiya baş verir. Sindrom hər iki cinsli uşaqlarda inkişaf edir. 3 forması ayırd edilir: – viril forma; duz itgisi ilə olan forma; hipertenziv forma.

Viril formada cinsi orqanlardakı əlamətlər önə çıxır. Qız uşaqlarında yalançı hermofroditizm müşahidə edilir. Klitor böyüyüb, sidik kanalının xarici dəliyi klitorun əsasına açılır. Bəzən uşağın cinsini ayırd etmək mümkün olmur (şəkil:19-8). Oğlan uşaqlarında bu sindromun əlamətləri 3-6 yaşdan biruzə verir.

Duz itgili formada elektrolit balansı pozulur. Bu böyrəküstü vəzin qlükokortikoid və mineralokortikoid funksiyalarının pozulması ilə izah olunur. Xarakterik əlamətləri qusma, eksikoz, bədən çəkisinin sürətlə itirilməsi, oyanıqlıq, kollapsdır. Müalicə olunmayan uşaq tələf olur.

Hipertenziv forma az rast gəlinir. Bu formada dezoksikortikosteroidlər çox ifraz olunur. Xəstələrdə virilizm əlamətləri inkişaf edir.

Anadangəlmə böyrəküstü vəzin hiperplaziyasının (AgS) bütün formalarında dəridə qəhvəyi pigmentasiya aşkar olunur.

Sümük əzələ sistemində ətrafların, çiyinin, baldırın, topuğun olmaması müşahidə edilir. Ətrafların tamamilə olmaması ameliya (şəkil:19-8), ətrafların hissəvi olmaması hemimeliya adlanır. Bəzən barmaqların birləşməsi və sayının az olması sindaktiliya, bəzən isə çox olması--polidaktiliya müşahidə edilir (şəkil:19-8). Nadir hallarda aşağı ətraflar birləşərək bir ətraf kimi (su pərisi) olur. Bəzən dölün ayaq pəncəsi də olmur. Bu „sinena” adlanır. Əlin və pəncənin kürək və çanaq sümüyü-

nə birləşməsi – xondriodistrofiya adlanır.

Topallıq ayağın düzgün durmamasıdır. Uşaq ayağının altını deyil yan tərəfini və ya yalnız da-banını yerə qoyur. Bu patologiya zamanı oynaq bağlarında, əzələ və ya sümük aparatında dəyişiklik müşahidə edilir. Bunlardan başqa yastı pəncəlilik – ayağın altında ayaq tağı olmur – rast gəlir.

Göbək yırtığı qarının ön divarında (göbək nahiyyəsində) rast gələn anadangəlmə qüsurdur. Qüsür əsasən əzələ qışasında olur (şəkil:19-8). Yırtıq kisəsinə qarın boşluğu orqanları – piylik, qara ciyər, bağırsaqlar daxil olur. Yırtıq cərrahi yolla aradan qaldırılır. Böyük göbək yırtıqları zamanı çox vaxt yenidə doğulmuş tələf olur.

Digər qüsurlar. Qısa dil yüyəni – dilin aşağı səthini ağız boşluğu ilə birləşdirən zar dilin ucuna qədər davam edir. Bu nazik zardır. Qısa dil yüyəni zamanı yenidə doğulmuşun əmməsi və ud-ması pozulur. Dil yüyəni çərtilməlidir.

Anadangəlmə dişlər – gələcək dişlərin yerində qığırdaq dişlər olur (şəkil:19-7). Bu dişlər əmizdirmə zamanı çətinlik törədir. Ona görə çıxarılmalıdır.

Anadangəlmə damar ləkələri-yenidə doğulmuşun burnunun üstündə, boyun nahiyyəsində olur. Bunlar rüşeymin damar şəbəkəsinin qalıqlarıdır. Adətən belə ləkələr doğuşdan bir neçə ay sonra ge-dir. Bəzən **hemangiomalar** rast gəlir. Bunlar xoş xassəli damar şişləridir. Cərrahi müalicə olunur.

§ 4.4. Fetopatiyalar

Hamiləliyin 4-cü ayından sonra döldə yaranan xəstəliklər fetopatiyalar adlanır. Fetopatiyalar artıq formalaşmış döldə yarandığına görə embriopatiyalara nisbətən daha az dəyişikliklərə səbəb olur. Fetopatiyalar aşağıdakı səbəblərdən yaranır:

- anada olan ürək qüsurları və digər qüsurlar, hipertoniya, şəkərli diabet və s.;
- müxtəlif infeksiyon xəstəliklər (sifilis, toksoplazmoz, listerioz, çiçək, qripp, hepatit və s.);
- hamiləlik patologiyaları (hipertenziv vəziyyətlər, azmayelilik, çoxmayelilik, cift və qışaların çatışmazlığı);
- kimyəvi maddələr (alkohol, nikotin, radiasiya və s).

Etiologiyasına görə fetopatiyalar infeksiyon və qeyri infeksiyon olmaqla iki yerə bölünür. Pato-genezinə görə erkən və gecikmiş fetopatiyalar ayırd edilir. 28-29-cu həftəyə qədər yaranmış fetopa-tiyalar erkən, 28-29-cu həftədən sonra yaranan fetopatiyalar gecikmiş adlanır.

İnfeksiyon fetopatiyalar çiçək, herpes, sitomeqaliya, məxmərək, qripp, hepatit B və digər bak-teriyalar tərəfindən törənir. Bu zaman uşaqlar anadangəlmə hepatit, çiçək, listerioz, toksoplazmoz və s. ilə doğulurlar.

Etiologiyasından asılı olmayaraq fetopatiyaların bir çox ümumi əlamətləri var. Bütün fetopa-tiyalarda dölün orta çəki və boy ölçüləri dəyişir. İnfeksiyon və bir çox qeyri–infeksiyon fetopatiyalar-da bu ölçülər azalır. Diabetik, triotoksik fetopatiyalarda artır. Fetopatiyalarda toxuma differensasi-yasının pozulması müşahidə edilir. Xüsu-silə MSS, ağ ciyər, qanyaradıcı orqanlar çəngələbənzər vəzidə bu daha çox biruzə verir. Əsasən orqanların yetişməzliyi baş verir: baş beyinin paraventrikulyar şöbə-sində çoxlu kombial (kötük, yetişən, ke-çid) hüceyrələr olur; ağ ciyərlərdə alveol-yar yollar yaransa da alveol kisələri forma-laşmır; böyrəklərin qabıq maddəsində nor-madan artıq rüşeym yumaqcıqları var; qa-ra ciyər, dalaq, çəngələbənzər və mədəaltı vəzidə (yetişmiş döldə) iri ekstramedulyar qanyaranma ocaqları mövcuddur; çəngələ-



Şəkil:19-9. Diabet fefopatiyası

bənzər vəzi və digər limfoid orqanlarda limfositlərin miqdarının az olması aşkar olunur.

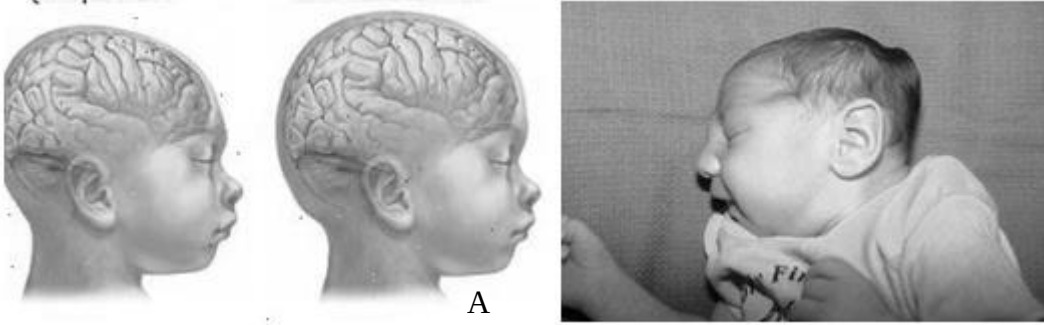
Erkən fetopatiyalarda MSS patolo-giyaları (mikrisefaliya, mikrogiriya, porensfaliya) daha çox rast gəlinir.

Mikrosefaliya – başın bütün ölçü-ləri normal olduğu halda kəllə və uyğun olaraq beynin ölçüləri çox kiçikdir (şəkil:19-10).

Mikrogiriya – baş beyinin inkişaf qüsurudur. Bu zaman beyin qırışları çox kiçik olur, beyin qabığında nəzərəçarpan struktur dəyişikliklər var. Adətən bu qüsurlar fiziki və psixi inkişafdan geri qalanlarda rast gəlinir.

Porensfaliya – beyin yarımkürələrində yan mədəciklərlə əlaqəsi olan böyük kista olur.

Gecikmiş fetopatiyalara dölün hemolitik xəstəliyi, dölün asfiksiyası, cift çatışmazlığı və anadangəlmə qüsurlar aiddir.



Şəkil:19-10. Mikrosefaliya. A-normal baş

İnfeksion fetopatiyalar zamanı hemorragik diatezlər yaranır. Bu zaman dəri və selikli qişalarda petexial qansızmalar, daxili orqan və boşluqlara qansızmalar olur, sarılıq (eritrositlərin hemolizi) anadangəlmə hepatit müşahidə olunur.

§ 4.5. Sonun inkişaf anomaliyaları

Son ünsurlərinin anomaliyaları aşağıdakı səbəblərdən yaranır:

– müxtəlif xəstəlik və əməliyyatlardan sonra endometrium və əzələ qişasında yaranan struktur pozğunluqlar;

– şəkərli diabet, anemiya, sifilis və ananın infeksiyon xəstəlikləri;

– ana və döl arasında izoimmun konflikt;

– ionlaşdırıcı radiasiya, kimyəvi birləşmələr, oksigen aclığı, nikotonin təsiri.

Sonun anomaliyaları ciftin, göbək ciyəsinin və döl qişalarının anomaliyalarına ayrılır.

Ciftin inkişaf anomaliyaları – çəki və ölçüsünə, formasına və strukturuna görə müxtəlif qruplara ayrılır.

Ciftin çəkisinin dəyişməsi onun az (hipoplaziya) və çox (hiperplaziya) olması şəklində olur. Ciftin hipoplaziyası dölün hipoksiyasına və inkişafdan qalmasına səbəb olur. Ciftin hiperplaziyası kompensator haldır. Toksikozlar, hipertenziv vəziyyətlər, şəkərli diabet və ananın başqa xəstəlikləri zamanı yaranır.

Cift normal halda girdə və oval formada olur. Bəzi hallarda onun forması dəyişir. Ciftin birləşmə yeri və uşaqlığın selikli qişasının vəziyyəti ciftin formasının dəyişməsinə təsir edir. Cift uşaqlıq borusu səviyyəsində birləşdikdə onun bölünməsi baş verir. Cift iki hissədən ibarət olur (plasenta bipartita). Bəzən cift bir neçə hissədən ibarət olur. Bu hissələr bir-biri ilə damarlar vasitəsi ilə birləşir.

Uşaqlığın selikli qişasında iltihabi və distrofik dəyişikliklər olduqda nazik və geniş cift yaranır. Belə cift **membranabənzər cift** (plasenta membranacea) adlanır.

Bəzən ciftə bir və ya bir neçə paycıq olur. Bu paycıqlar cift kənarından aralı yerləşir və damar vasitəsi ilə ciftə birləşir. Əlavə paycıq uşaqlıqda ləngiyə və güclü qanaxmaya səbəb ola bilər. Ona görə doğulmuş cifti müayinə edərkən onun kənarında qırılmış damarın olub-olmaması aydınlaşdırılmalıdır.

Nadir hallarda **paxlaşəkili, nalşəkili, böyrək şəkili ciftə** rast gəlinir. Bu cür cift anomaliyaları zamanı hamiləlik müddətində qanaxmalar müşahidə olunur. Çox vaxt vaxtından əvvəl doğuş baş verir.

Ciftin struktur dəyişikliklərinə ciftin infarktı, patoloji yetişməzliyi, şişləri aiddir.

Cift infarktı – cift qan dövranının pozulması və nəticədə nekroz ocaqlarının yaranması hesabına baş verir. Təzə infarkt sahələri qırmızı rəngdə olur. Infarkt sahələrinə fibrin çökdükdən sonra onlar ağımtıl düyünlərə çevrilir. Bu düyünlər ciftin həm ana, həm də döl səthində ola bilər. Bəzən infarkt ocaqları çox böyük olur, ciftin bütün səthini əhatə edir. Bu zaman ciftin funksiyası pozulur, dölün hipoksiyası, hətta ölümü baş verir.

Anada olan böyrək xəstəlikləri, hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, anemiya da ciftə geniş infarktlara səbəb olur.

Bəzən yetişmiş hamiləlik zamanı ciftin ana səthində bərk konsentrasiyalı, ağ nöqtəvari sahələr aşkar olunur. Bu məhv olunmuş xovların yerinə kirəcin toplanması hesabına yaranır və hamiləliyin gedişinə nəzərə cəpaçaq təsir göstərmir.

Cift şişlərinə subxorial kistalar, hemangioma, teratoma, beçəxor və xorionkarsinoma aiddir. Subxorial kistalar və angiomalar çox vaxt xoşxassəli olur və hamiləliyin gedişinə təsir etmir (şəkil:19-11).

Beçəxor və xorionkarsinoma haqqında XVI fəsildə bəhs edilmişdir.

Normal halda ciftin xovları uşaqlığın selikli qişasının süngərvəri (spongioz) qatına və əzələ qatına çatmır. Buna görə də döl doğulduqdan sonra asanlıqla uşaqlıq divarından ayrılır.

Bəzi hallarda cift xovları uşaqlığın əzələ qatına və selikli qatının dərinliyinə keçir ki, bu da cift bitişməsi adlanır. Bu patologiyanın yaranma səbəbləri: iltihabi xəstəliklər (metroendometrit); cərrahi əməliyyatdan və uşaqlıq qışınmasından sonra yaranmış çapıqlar; fibromiomalar; uşaqlığın qeyri-düzgün inkişaf qüsurları (ikibuynuzlu uşaqlıq, infantilizm) və s.-dir. Çoxlu abort keçirmiş qadınlarda cift bitişməsi rast gəlir.

Cift bitişməsi həqiqi və yalançı olmaqla iki yerə bölünür. Yalançı cift bitişməsi (plasenta adhaerenes) zamanı cift xovları selikli qişanın dərin qatlarına sirayət edir, amma əzələ qatına keçmir. Belə cifti əllə ayırmaq olur (mişarvari hərəkətlə). Həqiqi cift bitişməsi (plasenta accreta) nadir hallarda rast gəlir, amma çox təhlükəli ağırlaşmadır. Desidual qişanın inkişaf etməməsi nəticəsində cift dərin qatlara birləşir, xorionun xovları əzələ, hətta seroz qata sirayət edir. Həqiqi cift bitişməsi uşaqlıq divarına keçməsinə görə aşağıdakı formalara ayrılır: – bazal qatın maksimal nazikləşməsi və xorion xovlarının əzələ qişasına səthi keçməsi (pl. accreta); xorion xovlarının əzələ qişasının dərinliyinə keçməsi (pl. increta); xorion xovlarının əzələ qişasına, seroz qişaya qədər keçməsi (pl. percreta).

Göbək ciyəsinin anomaliyaları. Göbək ciyəsinin aşağıdakı anomaliyaları rast gəlir:

- göbək ciyəsinin uzunluq anomaliyaları;
- göbək ciyəsi damarlarının anomaliyaları;
- göbək ciyəsinin ciftə birləşmə anomaliyaları.

Perinatal patologiyalar arasında göbək ciyəsinin qısa və ya həddən artıq uzun olması mühüm yer tutur. Hamiləliyin sonunda göbək ciyəsinin uzunluğu 50-60 sm olmalıdır.

Göbək ciyəsinin qısalığı nisbi və mütləq olur. Mütləq qısa göbək ciyəsinin uzunluğu 40 sm-dən az olur. Qısa göbək ciyəsi dölün normal hərəkətinə mane olur. Nəticədə dölün qeyri-düzgün vəziyyəti yaranır. Qısa göbək ciyəsi doğuş zamanı ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına səbəb olur. Bu da dölün hipoksiyasına və hətta ölümünə gətirib çıxarır.

Nisbi qısa göbək ciyəsinin uzunluğu normal olur. Onun uzunluğu dölün gövdəsinə, boynuna və ya ətrafına dolanmaqla qısalar (şəkil:19-11).

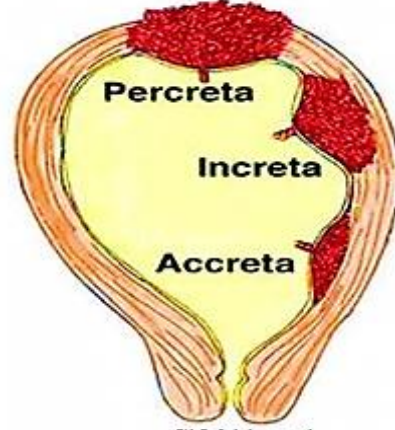
Uzunluğu 62 sm-dən çox olan göbək ciyəsi uzun hesab olunur və daha çox rast gəlir. Uzun

göbək ciyəsi zamanı doğuş normal keçə bilər. Lakin o, dölün boynuna, gövdəsinə və ya ətrafına dolanarsa, doğuş zamanı döl üçün təhlükə yaradır. Doğuş zamanı göbək ciyəsi dartılır. Döl boynuna dolanmış göbək ciyəsi onun boğulmasına səbəb olur (şəkil:19-11) . Ümumiyyətlə döl hissələrinə dolanmış göbək ciyəsi doğuş zamanı dartılır, bu zaman damarlar da dartılır, mənfəzləri daralır.

Ekstraembrionik orqanların – sonun – qüsurları (şəkil:19-11)



Xorioangioma;



Cift bitişməsi.



Göbək ciyəsinin dölün boynuna dolanması



Uzun göbək ciyəsi



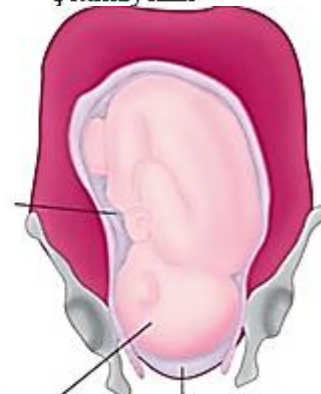
Göbək ciyəsinin həqiqi düyünü



Çoxmayelilik



Dölün qışalarla doğulması



Döl qovuşunun gec yırtılması

Bu da dölün hipoksiyasına, hətta ölümünə səbəb ola bilər. Dartılmış göbək ciyəsi də, qısa göbək ciyəsi kimi ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına səbəb olur. Bu da dölün hipoksiyasını yaradır.

Göbək ciyəsinin anomaliyaları nadir hallarda rast gəlinir. Bu anomaliyalara anevrizmalar, atipik anastomozlar, arterial düyünlər, göbək ciyəsinin bir və ya üç arteriyaya malik olması aiddir.

Göbək arteriyalarından birinin aplaziyası ağır inkişaf qüsurdur. Çox vaxt Daun, sidik-ıfrazat orqanlarının qüsurları ilə eyni vaxtda müşahidə edilir.

Göbək ciyəsinin sıxılması onun enməsi, dolanması, düyünləri və s zamanı baş verir.

Göbək ciyəsinin düşməsi ağır patologiyadır. Bu, dölün gəliş hissəsi ilə kiçik çanaq girəcəyi arasında təmas həlqəsi olmadığı halda baş verir. Döl qovuğu vaxtından əvvəl yırtılır, dölyanı mayelər axır və axarkən göbək ciyəsinə də endirir. Enmiş göbək ciyəsi gəliş hissə ilə çanaq sümükləri arasında sıxılır. Nəticədə, dölün asfiksiyası, hətta intranatal ölümü baş verir. Vaxtında Kesar kəsiyi və ya döndərmə ilə dölü xilas etmək lazımdır.

Göbək ciyəsinin həqiqi düyünləri adətən hamiləliyin erkən vaxtlarında baş verir. Kiçik döl, çox malelilik və uzun göbək ciyəsi bu patologiyanın yaranmasına səbəb olur. Ölçüləri kiçik olan döl göbək ilgəyi arasından keçir və düyün əmələ gəlir (şəkil:19-11). Hamiləlik müddətində qanın təzyiqi və damarların pulsasiyası hesabına düyün dartılmır. Təhlükəli vəziyyət doğuş zamanı yaranır. Göbək ciyəsi dartılır, düyün sıxılır. Bu da qanın keçməsinə çətinləşdirir. Nəticədə dölün kəskin hipoksiyası, hətta ölümü baş verir.

Göbək ciyəsinin yalançı düyünləri göbək ciyəsinin hər hansı bir yerində vartan həlməşiyinin yığılması, damarların varikoz genəlməsi və ya arteriyaların qıvrılması nəticəsində yaranır. Dölə patoloji təsir göstərmir.

Göbək ciyəsi ciftə müxtəlif yerlərdən birləşir: mərkəzdən – insertio centralis; yandan – insertio lateralis; kənardan – insertio marginalis.

Bəzi hallarda göbək ciyəsi ciftə deyil, ondan aralı, qışalara birləşir (insertio velomentoza). Bu zaman göbək ciyəsinin damarları su qışası ilə xovlu qışa arasında yerləşir. Belə halda göbək ciyəsinin damarları döl və dölyanı maye ilə sıxıla bilər.

Göbək ciyəsi qışalara aşağı nahiyyələrdə birləşərsə, doğuş zamanı döl qovuğu bu nahiyyədən yırtıla bilər. Nəticədə dölün hesabına güclü qanaxma baş verir. Qeyd etmək lazımdır ki, bütün mamalıq qanaxmaları zamanı ana qanı itirilir. Bu halda isə döl qanı itir.

Göbək ciyəsinin ciftə kənar birləşmələri və qışa birləşməsi zamanı qüsurlar, düşüklər, dölün hipoksiyası, bətdaxili ölümü, yarımçıq doğulma və s. müşahidə edilir.

Döl qışalarının inkişaf qüsurlarından ən çox rast gəlini amnionun anomaliyalarıdır. Amnion qışası amnion mayesi istehsal edir. Doğuşa az qalmış dölyanı mayenin miqdarı 600 ± 10 ml olur. Qüsurlar nəticəsində bu funksiya pozulur – azmayelilik və ya çoxmayelilik yaranır.

Çoxmayelilik (hydroamnion, polyhydroamnion) – dölyanı mayenin 2 l-dən çox olmasıdır. Çoxmayelilik zamanı dölyanı mayenin həcmi 3-5 l, bəzən hətta 10-12 l-ə çatır. Çoxmayelilik çoxdöllü hamiləlik, şəkərli diabet, kəskin və xronik infeksiyalar, dölün inkişaf qüsurları, virus xəstəlikləri, virus sensibilizasiyası zamanı müşahidə olunur (şəkil:19-11).

Çoxmayelilik zamanı amnion qışanın sekretor-rezorbsiya funksiyası pozulur. Amnion qışa epitelini həddindən çox maye ifraz edir, mayenin geri sorulması isə ləngiyir. Döldə inkişaf qüsurları olduğu zaman (anensefaliya, qurdağızlıq, sidik kisəsinin ektopiyası) dölyanı mayenin çoxluğu, dölyanı mayeni tənzimləyən mexanizmin pozulması və ya olmaması, dölün dölyanı mayeni udma bilməməsi nəticəsində əmələ gəlir. Çoxdöllü hamiləlikdə bir döldə çoxmayelilik, digərində az mayelilik ola bilər. Dölyanı maye adətən, hamiləliyin II və III trimestrlərində artır. Çoxmayelilik kəskin (qısa vaxt ərzində) və xroniki (tədricən) inkişaf edir.

Çoxmayeliliyin əsas simptomu uşaqlığın böyüməsidir. Nəticədə diafraqma yuxarı qalxır, döş

qəfəsi orqanları, həmçinin qarın boşluğu orqanları sıxılır. Uşaqlıq həttən artıq gərilir, bərkdir, göbək nahiyəsində qarının çevrəsi 100 sm-dən çoxdur. Hamilə qadınlarda təngnəfəslik, ayaqların ödəmi, qarında ağrılar müşahidə edilir.

Çoxmayelilik zamanı uşaqlığın həddən artıq gərilməsi nəticəsində çox vaxt dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, erkən doğuşlar, doğum gücü zəifliyi, erkən zahılıq dövründə hipotonik qanaxmalar müşahidə edilir. Doğuş zamanı dölyanı maye axdıqda (çox olduğu üçün sürətlə axır) dölün kiçik hissələri (ətrafları) və göbək ciyəsi enə bilər.

Diagnoz klinik əlamətlərə görə qoyulur: uşaqlıq böyük və sərt, palpasiyada flüktasiya aşkar olunur, döl hissələri ya pis əllənir ya da əllənmir. Dölün ürək döyüntüləri karlaşıb və ya eşidilmir. Döl uşaqlıq boşluğunda tez-tez vəziyyətini dəyişir. Ultrasəs müayinəsi ilə diaqnoz təsdiqlənir.

Çoxmayelilik aşkar olunan kimi hamilə hospitalaşdırılır. Çoxmayeliliyin səbəbi araşdırılır və müalicə olunur. Antibakterial müalicə təyin edilir. Qan dövrəni və tənəffüs pozğunluqları simptomları meydana çıxdıqda doğuş tezləşdirilir.

Dölün kiçik hissələrinin və göbək ciyəsinin enməsinin profilaktikası üçün doğuşun I dövründə uşaqlıq boynu 3 sm açıldıqda amniotomiya aparılır. Döl qovduğu uşaqlıq yoluna salınmış əlin iki və ya bir barmağı ilə yırtılır. Əl uşaqlıq yolunda saxlanılır, bu axan mayenin sürətini azaldır, maye tədricən axıdılır. Maye axdıqdan sonra uşaqlığın həcmi kiçilir, divarları qalınlaşır, sancılır güclənir. Doğum gücü zəifliyi olarsa, uşaqlığın yığılma qabiliyyətini artıran dərmanlar təyin edilir, dölün hipoksiyasının profilaktikası aparılır. Hipotonik qanaxmanın qarşısını almaq üçün doğuşdan dərhal sonra 5 V oksitosin və ya 5 mq metilerqometrin vurulur.

Göbək ciyəsi düşərsə, onu əllə ehtiyatla uşaqlığın daxilinə qaytarmaq, əgər mümkün deyilsə, doğuşu cərrahi yolla başa çatdırmaq lazımdır.

Azmayelilik (oligohydroamnion) dölyanı mayenin 500 qr-dan az olmasıdır. Kəskin azmayelilikdə dölyanı mayenin miqdarı 100 ml-dən də az olur. Dölyanı mayenin olmaması – ahydroamnion adlanır. Patologiyanın əmələ gəlmə səbəbi amniotik epitelin inkişafının çatışmazlığı və ya sekretor funksiyanın zəif olmasıdır. Amnionun rezorbsiya qabiliyyətinin yüksək olması da rol oynayır.

Azmayelilikdə hamiləlik və doğuş ağırlaşmalarla keçir. Hamilə qadın qarında ağrı hiss edir. Ağrı dölün hərəkəti zamanı güclənir. Azmayelilik dölün inkişafına mənfi təsir göstərir. Dölün hərəkəti məhdudlaşır, inkişafı ləngiyir. Bəzən döldə əyripəncəlilik, onurğanın deformasiyası və digər qüsurlar (eventrasiya, hemisefaliya və s.) müşahidə edilir.

Azmayelilik zamanı diskoordinasiyalı və ya zəif doğum fəaliyyəti müşahidə edilir. Doğuş uzun çəkir, uşaqlıq boynu gec açılır, sancılar çox ağırlı və keyfiyyətsiz olur. Bəzən ciftin vaxtından əvvəl ayrılması baş verir. Bu da qanaxmaya səbəb olur.

Sancılar dövründə daxili müayinədə yastı su kisəsi („gərgin olmayan“) ayırd edilir. Döl qışaları gəliş hissəyə yapışır. Su kisəsi yırtılan kimi doğuş sürətlənir. Su bulanıq, çox vaxt mekoniumla qarışıq olur.

Son dövründə və erkən zahılıq dövründə qanaxma təhlükəsi olduğu üçün profilaktik tədbirlər aparılır.

Amniotik bitişmələr. (Simonart bağları – amniotik qaytanlar). Möhkəm birləşdirici toxuma bağları və ya sapları şəklində olur. Çox vaxt azmayelilikdə rast gəlinir. Amniotik bağların əmələ gəlməsində amnionun travmatik, infeksiya, irsi zədələnməsinin rolu qeyd edilir. Amnion qışasını dölün dərisi ilə birləşdirən bu bağlar, döl inkişaf etdikcə tarım dartılır, uzanır, sapvari şəkil alır. Əgər bu saplar dölün ətrafına dolarsa, onun qidalanmasını və inkişafını pozur, hətta amputasiyasına səbəb olur.

Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılması (DQVƏC) müntəzəm doğuş fəaliyyəti olmadan baş verir və dölyanı mayenin axmasına səbəb olur. Hamiləliyin 37-ci həftəsinə qədər müntəzəm doğuş fəaliyyəti başlamadan döl qovuğunun cırılması və dölyanı mayenin axması **yetişməmiş hamiləlik** zamanı DQVƏC, hamiləliyin 37-ci həftəsində və daha gec baş verən DQVƏC **yetişmiş hamiləlik** zamanı DQVƏC adlanır.

Doğum fəaliyyəti başlamamış dölyanı mayenin axması, **dölyanı mayenin vaxtından əvvəl**

axması, sancılar başlayandan sonra, uşaqlıq boynu tam açılmamış axması **dölyanı mayenin erkən axması** adlanır.

Döl qovuğu aşağıdakı səbəblərdən vaxtından əvvəl yırtıla bilər:

- uşaqlıq boynunun müxtəlif patoloji vəziyyətləri; deformasiyası, daxili dəliyin tamlığının pozulması, uşaqlığın aşağı segmentinin funksional çatışmazlığı və s;
- geniş hissə ilə çanaq girəcəyi arasında təmas həlqəsinin olmaması (dar çanaq, çoxmayelilik, çanaq gəlişləri, dölün köndələn və çəp vəziyyətləri);
- qışaların distrofiyası, elastikliyin aşağı olması və s.
- döldə inkişaf qüsurlarının olması

DQVƏC klinik olaraq qəflətən uşaqlıq yolundan maye axması ilə biruzə verir. Diaqnozu təsdiqləmək üçün qadın 20-30 dəqiqə arxası üstə uzanır bu zaman uşaqlıq yolundan maye süzülürsə DQVƏC baş vermişdir. Qadına öskürmək və ya gücənmək təklif olunur. Bu zaman xarici dəlikdən maye ifrazı müşahidə edilir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün kristalizasiya (qıjı simptomu müsbət olur), nitrozin (kağız sarı rəng alır) testləri və USM aparılır.

Dölyanı mayenin axması, erkən, doğuşun I dövründə baş verdikdə uşaqlıq boynunun hamarlaşması və açılması ləngiyir, sancılar ağırlı və zəif olur, doğuş uzanır. İnfeksiya uşaqlığa daxil olur: amnionit, xorionit, endometrit, plasent və s. inkişaf edir.

Normal doğuşlara nisbətən belə doğuşlarda prenatal ölüm faizi yüksəkdir. Ölüm əsasən yarımqıq doğulma, sepsis və dölün respirator distres sindromu nəticəsində baş verir.

Doğuşun III və erkən zahılıq dövrlərində qanaxmalar baş verir. Çox vaxt septik xəstəliklər inkişaf edir.

Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması riski olan hamilələr doğuşa 2-3 həftə qalmış hospitallaşdırılır.

Müalicə: Hamiləyə tokolitik (nifedipinə üstünlük verilir) və antibakterial müalicə təyin edilir. Hamiləliyin müddəti 34 həftədən az olduqda kortikosteroidlər təyin edilir. Dölün bətdaxili xroniki hipoksiyası əleyhinə müalicə aparılır. Ana və döl tərəfindən əks göstəriş olmadıqda hamiləlik uzadılır. Bu zaman dölün vəziyyəti nəzarətdə saxlanılır. Göstəriş olduqda Kesar əməliyyatı aparılır.

Kesar əməliyyatına göstərişdir: çanaq gəlişləri; yaşı 30-dan çox olan ilk doğan; vaxtı ötmüş hamiləlik; hipertenziv vəziyyətlər.

Dölyanı maye vaxtından əvvəl axdıqda, uşaqlıq boynunun açılmasını təmin etmək üçün müalicə (prostoqlandinlər) təyin edilir. Dölyanı maye erkən axdıqda doğuşu stimulyasiya etmək lazımdır.

Döl kisəsinin gec yırtılması. Uşaqlıq boynu tam açıldıqda, döl qovuğu tamdırsa, bu **döl qovuğunun gec yırtılması** adlanır (şəkil 19-11). Döl qışaları elastik və ya sərt olduqda və ya ön sular az olduqda döl qovuğunun yırtılması gecikir. Qışalar elastik olduğu zaman o, maye ilə genişlənir, uzanır, hətta cinsi yarıqdan görünür. Gərgin döl qovuğu dölün gəliş hissəsinin irəliləməsini ləngidir. Azmayelilikdə yastı su kisəsi olur. Qışalar dölün gəliş hissəsinə yapışır. Bu zaman ciftin vaxtından əvvəl ayrılması baş verə bilər. Bu həm döl, həm də ana həyatı üçün təhlükəlidir.

Daxili müayinədə uşaqlıq boynu tam açıq olduğu halda zədələnməmiş döl qovuğu əllənir. Uşaqlıq boynu 6-8 sm açıq olduqda amniotomiya aparılmalıdır.

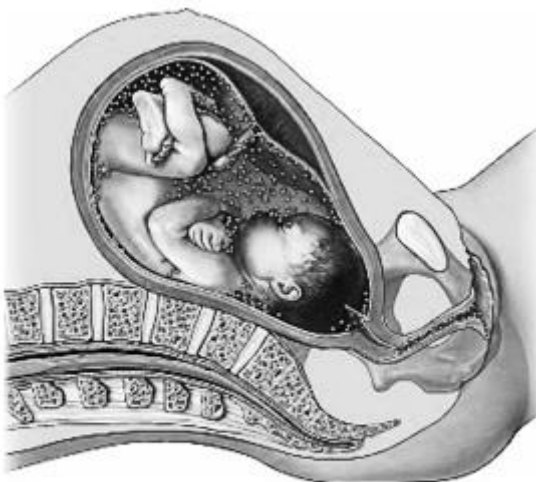
Döl kisəsinin hündür yandan yırtılması. Döl qovuğu aşağı qütbədən deyil, yandan yırtıldıqda, bu **hündür yan yırtılma** adlanır. Döl irəlilədikcə qışaları da qoparır və qışaların daxilində doğulur. (köynəkdə doğulma). Belə halda asfiksiyanın qarşısını almaq üçün dölün üz hissəsindən döl qovuğu yırtılmalıdır.

Xorionun anomaliyaları. Trofoblastik xəstəliklərdir. Bunlara beçəxor və xorionepitelioma aiddir (XVI FƏSİL).

§ 4.6. Bətdaxili infeksiyalar

Bətdaxili infeksiya xəstəlikləri müxtəlif viruslar, bakteriyalar, mikoplazmalar, xlamidilər, ib-

tidailər, parazitlər, göbəkələr və s. tərəfindən törədilir.



Şəkil:19-12.Qalxan yolla dölün yoluxması

Xəstəliyin törədiciyi infeksiyaya yoluxmuş anadan antenatal və ya intranatal dövrdə dölə keçir.

Bətdaxilində yoluxan uşaqların hamısı xəstə doğulmur. Yoluxmadan əlavə mikrobun xüsusiyyəti, daxil olma yolları, dölün inkişaf dövrü və başqa mənfi amillərin olub-olmaması və s.-də böyük rol oynayır.

Hamiləlik zamanı infeksiyaya ilk dəfə yoluxan anaların döllərinin infeksiyalanma riski böyükdür. Həstəlik yaşın da əhəmiyyəti var. Xəstəliyin ağırlığı, gedişi, fəsadların inkişafı yoluxma dövründən çox aslıdır. Belə ki bətdaxili həyatın ilk dövründə baş verən infeksiya proses həyatla uzlaşmayan pozğunluqlar yaradır. Bir qayda olaraq döl tələf olur.

Embrional dövrün sonu, fetal dövrün əvvəlində baş verən yoluxma dölün ölümünə və ya ağır xəstəliklə doğulmasına səbəb olur.

Hamiləliyin II və III trimestrlərində baş verən yoluxma zamanı döl müxtəlif orqanların zədələnməsi ilə doğulur.

İnfeksiyalanma doğuşa yaxın vaxtda baş verdikdə çox vaxt yayılmış neonatal infeksiya (septik gedişli) müşahidə edilir.

Müxtəlif mənşəli bətdaxili infeksiyaların ən çox rast gəlin simptomlarına aiddir: BDİL, hepatosplenomeqaliya, sarılıq, tənəffüs və ürək-damar pozğunluqları, anemiya, nevroloji pozğunluqlar, dəridə müxtəlif səpgilər, trofik dəyişikliklər. Bu simptomokompleks **TORCH** adlandırılır. T-toksoplazmoz, R-məxmərək (rubella), C-sitomeqalovirus, H-herpes, O (other)-başqaları deməkdir. O – başqaları dedikdə-sifilis, listerioz, virus hepatitləri, su çiçəyi nəzərdə tutulur.

Sitomeqalovirus (SMV) infeksiyası. Xəstəlik özünü immunodefisit vəziyyətlə biruzə verir. Herpevirida qrupuna aid olan insan sitomeqalovirusu (SMV) tərəfindən törədilir. Virus termolabil-dir. 56° C-də aktivliyini itirir. -20° C- də donur, xarici mühitdə virulentliyi yoxdur. 20%-li efirin və 70°li etil spirtinin təsirindən aktivliyini itirir.

İlkin yoluxmadan sonra virus ömür boyu leykositlərdə orqan və toxumalarda latent vəziyyətdə qalır, əlverişli şəraitdə (immunitet zəiflədikdə) reaktivasiya edir. Bu zaman tüpürcək, bəlgəm, selik, sidik, süd, sperma göz yaşı, öd, nəcis və s vasitəsi ilə xaric edilir.

Yoluxma yolları: cinsi yol; qan köçürmə; vertikal transmissiya (antenatal-transplasental, intranatal-doğuş yollarından, postnatal-ana südü); hava-damcı; kontakt. Uzunmüddətli və çox yaxın təmasın olması şərtidir. Çünki viruslar xarici mühit təsirlərinə davamsızdır.

Bu şərtlər hamiləlik və doğuşda mövcuddur. Hamiləlik zamanı immun sistemdə fizioloji dəyişiklik baş verir, hüceyrə immunfaktorları zəifləyir, humoral faktorlar tədricən aktivləşir. Bu dövrdə virusun replikasiyasına (ilkin yoluxma) və reaktivasiyasına (aktivləşməsinə) şərait var.

Klinika. Simptomları rəngə-rəngdir. Müxtəlif orqan və sistemlərin morfofunksional zədələnmələri müşahidə edilir. Bəzən simptomuz keçir. Xəstəliyin 3 forması (L.M,Tirkova 1998) ayırd edilir.

1.Sistem zədələnmələri ilə keçən yayılmış forma. Bu zaman bətdaxili hipotrofiya, hərarət, MSS-i tərəfindən meninqoensefalit əlamətləri, mədəcikdaxili və subaraxnoidal qansızmalar, selikli qişalarda və dəridə qansızmalarla keçən hemorragik sindrom müşahidə edilir. Ensefalit əlamətləri uzun müddət davam edərsə hipertenzion hidrocefal sindrom inkişaf edir. Beyində psevdokistalar tapılır. Beyin zədələnməsi ilə yanaşı hepatosplenomeqaliya, böyrəklərin, böyrəküstü vəzilərin, bağırsaqların və s. zədələnməsi baş verir.

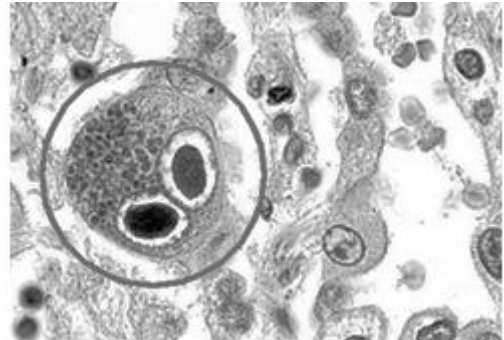
2.Qara ciyər forması- hepatosplenomeqaliya fonunda qanda sərbəst bilirubinin səviyyəsi artır. Qara ciyər böyüyüb, bərkdir. Çox vaxt qara ciyərin kənarı göbəkdən aşağı, çanağın girəcəyin-

də əllənir. Selikli qışalarda uzunmüddətli sarılıq müşahidə edilir. ALT, AST-nin səviyyəsi 1,5-2 dəfə yüksəlir, trombositlərin miqdarı azalır, anemiya inkişaf edir. Bu formada SMV antitellərinin səviyyəsi başqa variantlara nisbətən yüksəkdir.

3.Tənəffüs üzvləri və ürək forması. Bu zaman residivlə keçən KRX (kəskin respirator xəstəliklər) bronxit, interstisiala bənzər pnevmoniya, kardiit əlamətləri və s. müşahidə olunur.

Çox polimorf gedişə malik olan bu xəstəlik nəticəsində hidrosefaliya, mikrosefaliya, psixi inkişafın ləngiməsi, karlıq, qara ciyərin sirrozu və s. əmələ gələ bilər.

Diagnoz klinik əlamətlərlə yanaşı, tüpürcəkdə, sidikdə və başqa mötəviyyatda xarakterik qığant hüceyrələrin ("Bayquş gözü") tapılmasına (şəkil:19-13), immunoflüoresensiya yolu ilə SMV antigenlərinin, immunoqlobulin M (IgM) SMV antitellərinin təyin edilməsinə əsasən qoyulur.



Şəkil:19-13.Sitomeqalovirus (Bayquş gözü)

Virusun DNT-si müəyyən edilir. Bundan başqa kəlinin rentgen müayinəsi, kompyuter tomoqrafiyası, neyroultrasonoqrafiya, qara ciyərin funksiyalarını əks etdirən biokimyəvi müayinələr aparılır.

Müalicə. Effektiv müalicə üsulu yoxdur. Vena daxilinə 2 ml/kq Citotekt vurulur. Bu virusun toksiki təsirini azaldır. Məqsədyönlü simptomatik müalicə aparılır.

Herpes virusu. Xəstəliyi Alphaherpesvirinae ailəsinə mənsub herpes virusları törədir. İki serotipi var: I və II.

I serotip sadə herpes virusudur (SHV-I) ən çox ağızın, dodağın selikli qışalarını, gözləri və dərinin zədələyir.

II serotip sadə herpes virusu (SHV-II) cinsi üzvləri zədələyir.

Bu iki serotip birlikdə də xəstəlik törədə bilər.

Viruslar zədələdiyi toxumaların nüvələrində dənələr şəklində toplanır. Herpes virusu çox hallarda dölün burun, boğaz nahiyəsindən, bəzən gözlərdən, dəridən keçərək onun orqanizminə daxil olur. Hədəf hüceyrələrinə keçərək öz xarici örtüyündən azad olur, virusun DNT-si hüceyrənin nüvəsinə daxil olur. 2 saatdan sonra burada yeni virus zülallarının sintezi başlayır. Yeni yaranmış viruslar (virionlar) 18 saatdan sonra hüceyrəni tərk edirlər. Bu virionlar SHV-nun infeksiya formalarıdır. Regional qanqlialara miqrasiya edib, transormasiyaya uğrayır və örtüyünü itirir. Bu vəziyyətdə uzun müddət sinir hüceyrələrində qalırlar. Latensiya dövrü formalaşır, immunitet zəiflədikdə xəstəlik residiv verir, infeksiya aktivləşir. Viruslar sinirlərin mərkəzə gedən lifləri ilə yayılaraq selikli qışaların, dərinin zədələnməsinə və xarakterik dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olurlar.

Viruslar MSS-nə sinir şaxələri və hemotogen yolla keçir.

Herpetik infeksiyanın nəticəsi, xəstələnmə dövründən, dölün hestasion yaşından, immunitetin vəziyyətindən asılıdır. Belə ki, məhdud yerli dəyişikliklərdən tutmuş, qüsurların yaranması, yarımçıq doğulma və hətta ölümə səbəb ola bilər.

Morfoloji olaraq zədələnmiş orqan və sistemlərdə nekrotik ocaqlar yaranır. MSS-də nekrotik ocaqlardan başqa, qlioz, meninqoensefalit inkişaf edir. Nekroz ocaqları beyinin boz maddəsini də zədələyir.

Klinika. Neonatal herpesin 3 əsas klinik forması ayırd edilir.

1.Lokal forma. Neonatal herpesin 20-40%-ni təşkil edir. Bu zaman dəri, ağızın selikli qışası, gözlər zədələnir. Bədənin hər yerində ovuc və pəncələr də daxil olmaqla yayılmış vezikulyoz səpgilər olur. Səpgilər 1,5-2 mm ölçüdə, yarımşferik formada olurlar. Onlar dərinin eriteması və ödəmi fonunda yerləşir. Ən çox 5-14-cü günlərdə inkişaf edir.

Yoluxma antenatal dövrdə baş veribsə uşaq bu elementlərlə doğulur. Qovuqlar partlayır, yerində eroziya səthi əmələ gəlir və qartmaqla örtülür. Qartmaqlar qopub düşdükdən sonra yerində palıd rəngli pigment ləkəsi qalır. Herpetik vezikullar ağızda, burunda, udlaqda, qırtlaqda, traxe-

yada, konyuktivada inkişaf edir. Gözlərdə keratokonyuktivit, xorioretinit, katarakta hətta korluq baş verə bilər.

Spesifik müalicə olunmazsa 50-70% uşaqlarda lokal forma inkişaf edir və ya MSS-nin zədələnməsi baş verir.

2.Yayılmış forma. Bu formada ümumi simptomlar müşahidə edilir: uşaq süst olur, əmmədən imtina edir, tez-tez qusur, hərarət yüksəlir və ya əksinə hipotermiya qeyd edilir, apnoe tutmaları baş verir. Qara ciyər, böyrəklər, böyrəküstü vəzi də prosesə qoşulur. Mikrosirkulyator dəyişikliklər fonunda yaygın damardaxili laxtalanma (YDL) sindromu, 50-60% xəstələrdə herpetik meninqoensefalit inkişaf edir. Ağ ciyərlərdə nekrotik proseslər – perifokal iltihab, alveositlərin və bronx epitelinin distrofiyası, bronxit, pnevmoniya, tənəffüs çatışmazlığı və s. inkişaf edir. 20% hallarda dəridə vezikullar əmələ gəlir (şəkil:19-14).

3.MSS forması. Yenidoğulmuşların 30%-də meninqoensefalit, ensefalit inkişaf edir. Həyatın 2-3-cü həftəsində klinik əlamətlər biruzə verir. Əvvəl hərarət yüksəlir, uşaqlarda süstlük, narahatlıqla tremorla əvəz olunur. Sonra müalicəyə çətin təbə olan qıcolmalar başlayır. Xəstələrin 40-60%-də spesifik səpgilər olur.

Diagnoz ananın spesifik anamnezinin dəqiq toplanması, körpənin ətraflı müayinəsi və laborator müayinələrin köməyi ilə dəqiqləşir:

- qanda, vezikul mötəviyyatından herpes virusunun tapılması;
- vezikul mötəviyyatından, eroziya səthin qashintısından hazırlanmış preparatda herpes virusu antigeninin tapılması;
- qanda, likvorda virusun genomunun olması (meninqoensefalit zamanı);
- qan zərdabında İq M-in tapılması.

Diagnozu dəqiqləşdirmək üçün USM-si, rentgen, biokimyəvi analizlər, göz dibinin müayinəsi aparılır.

Müalicə. Bütün formalarda 8 saat-dan bir vena daxilinə 20 mq/kq hesabı ilə asiklovir vurulur. Bundan başqa vibarbin təyin edilir. Bu preparat sitotoksik təsirə malikdir, virusun inkişafını dayandırır. Preparat ensefalit zamanı hər gün 15-30 mq/kq hesabı ilə 12 saat müddətində damcı üsulu ilə venadaxilinə vurulur. Müalicə 21 gün davam etdirilir. Xələpin, bonafon, riboverin kimi preparatlardan da istifadə edilir.

Gen mühəndisliyi üsulu ilə alınmış interferonlar (reaferon), hiperimmun qlobulin 1,5-3 ml dozada günəşirə əzələ daxilinə 5-10 gün müddətində təyin edilir. Bu MSS formasında məsləhətdir.

Spesifik müalicədən başqa zədələnən orqanın funksiyasını bərpa etmək üçün simptomatik müalicə aparılır. Detoksikasiya (qlükoza, reopoliqlükin, hemodez) meninqoensefalit zamanı dehidrotasiya (lazeks, mannitol) MSS-də mübadiləni yaxşılaşdırmaq üçün (20%-li qlükozada, pira-setam) tədbirlər aparılır.

Dəri və selikli qısa zədələnmələrində oksalin, banofton məlhəmləri, interferon geli, antiseptik preparatlar (brilyant yaşılı, kalium permanqanat) istifadə edilir.

Keratokonyuktivtdə 1%-li trifluridin, 3%-li vidaravin, asiklovir, interferon damcı və ya məlhəm şəklində işlədilir.

Uşağı döşdən ayırmaq lazım deyil. Amma dəridə (anada) herpetik əlamətlər olduqda döşü vermək olmaz.

İnfeksion hepatitlər. İnfeksion hepatitlər hepatit virusları tərəfindən törədilir. Bu viruslar başqa orqan və sistemlərlə yanaşı embryo və fetogeneza da təsir edir.

Hepatit viruslarının bir neçə növü var: A; B; C; D; E; G.

Diagnostika qanda virusun DNT-nin aşkar olunması, virusların antigenlərinə qarşı antitellərin (İFA və ELİSA üsulları) təyininə əsaslanır.

Hepatit A (HA). Yaşlı insanlar bu xəstəliyə əsasən fekal-oral yolla – qida, su ilə az hallarda təmasla, transfuziya ilə yoluxur. Xəstəliyin qalxan yolla uşaqlıqdan keçməsi istisna deyil.

Perinatal dövrdə keçirilmiş infeksiya nəticəsində döldə ödem inkişaf edə bilər. Yeni doğulmuşda xəstəlik septik gedişə malik olur. Əksər hallarda postnatal dövrdə xəstəlik yüngül gedişli

olur, sarılıq inkişaf etmir, uşaqda qusma, ishal müşahidə edilə bilər. Belə hallarda diaqnoz qanda transaminazaların yüksəlməsinə əsasən qoyulur. Xəstəliyin bu formada keçməsi epidemioloji baxımdan təhlükəlidir. Çünki xəstə infeksiya mənbəyi ola bilər.

Postnatal kəskin hepatit A, viremiyalı ananın südündən tədricən infeksiyalaşma nəticəsində yaranı bilər.

Xəstə anadan doğulmuş uşağın immunizasiya edilməsi məqsədə uyğundur. Transplasental yolla dölə keçmiş antitellər onu qoruya bilmir. Ana südünü qəbul edərkən xəstələnmə baş verə bilər.

Hepatit B (HB). Xəstə insanın 0,000001 ml qanı yoluxucudur.

Xəstəliyin əsas ötürülmə yolları parenteral, qanla, infeksiyalaşmış iynə ilə və transplasentaldır. Cinsi və qalxan yol istisna edilmir.

Diaqnoz periferik qanda HB_s Ag, HB_eAg, HB Ag və antigenlərin əleyhinə antitellərin tapılmasına əsasən qoyulur:

- HB Ag kəskin infeksiyanı və ya hepatit B daşıyıcılığını göstərir;
- HB_eAg ilə yanaşı HB_eAg-nin tapılması yüksək dərəcəli infeksiyalaşmanı və hepatit B-nin ötürülmə riskinin böyük olduğunu göstərir;
- qan plazmasında anti HB-in antitellərinin olması virusun replikasiyası və hepatit B virusuna qarşı immunitetin olduğunu göstərir;
- anti HB-isə müəyyən vaxt öncə keçirilmiş və ya xroniki hepatit B-i göstərir.

Klinika. Hepatit B zamanı uşağın vaxtından əvvəl doğulması, 2-3 aydan sonra kəskin, yarımkəskin, xroniki hepatitin əlamətlərinin biruzə verməsi, hepatosplenomeqaliya, qarının böyüməsi, sidinin tündləşməsi, nəcisin ağarması, çəkinin azalması, diareya və s müşahidə edilir. Bəzə xəstələnməş döl öd yollarının atreziyası ilə doğula bilər.

Bəzən neonatal hepatitin letallıqla nəticələnən ildırımvari gedişi rast gəlinir.

Müalicə. Spesifik müalicə yoxdur. Əksər uşaqlara ilk saatlardan spesifik vaksina və immuno-qlobulin yeridilir.

Belə uşaqlara viferon I-150000 BV şam şəklində gündə 2 dəfə, vitamin E (2,5 mq) və vitamin C (150 mq) yanaşı 5-7 gün, 5 günlük fasilə ilə 3 kurs aparılır.

Kütləsi 1500 qr-dan az olanlara 1500 BV viferon şamı gündə 3 dəfə yeridilir (8 saatdan bir) sonra 6 aylığa qədər bu müalicə həftədə 2 dəfə təkrarlanır. Hər dəfə 2 şam qoyulur.

Qanında HB Ag antigen olan ana və uşaq təcrid olunmalıdır. Döşlə əmizdirmə davam etdirilir.

Yüksək risk qrupuna aid edilən uşağa hepatit peyvəndi və tərkibində yüksək titrli HB_eAg olan spesifik HBİC yeridilir. Bu zaman başlayan infeksiya həm passiv, həm də aktiv sürətdə təcrid olunmuş olur. Beləliklə, bütün potensial infeksiyaların qarşısı alınır. Effektivlik 95%-dir.

Yüksək risk qrupuna aşağıdakı uşaqlar daxildir:

- anası kəskin hepatitlə xəstə və ya xəstəlikdən erkən rekonvalisensiya dövründə olanlar;
- qanında HB_eAg tapılan anadan doğulmuşlar.

Hazırda tərkibində inaktivasiya edilmiş anti HB antitelləri olan hiperimmunqlobulin preparatlarından istifadə edilir, 200 v/ml vena daxilinə. Bu preparatlar doğuşdan sonrakı 48 saat ərzində vurulmalıdır. Vaksinasıya isə doğuşdan ən azı 12 saat sonra aparıla bilər.

Çəkisi 2000 qr-dan çox olan yarımçıq doğulmuşlara vaksinasıya aparılır. Çəkisi 1500 qr-dan az olan yarımçıq doğulmuşlara 4 həftə 20 v/kq passiv hiperimmun qamma-qlobulin vurulur. Çəkisi 1500 qr-a çatdıqda vaksinasıya aparılır. Vaxtında doğulmuş, ağır xəstəliyi olan yenidoğulmuşlara sağalandan sonra vaksinasıya aparılır.

Hepatit C (HC). Xəstəlik Hepatit "C" virusu ilə törədilir. HB kimi yoluxur.

Diaqnoz. 15-18 aylıq uşaqlarda ELİSA üsulu ilə anti HC virus təyini ilə diaqnoz qoyulur. HCV-nin perinatal yolla ötürülməsi təsdiq edilmişdir. HBV-kimi parenteral, qanla və infeksiyalaşmış iynə ilə yoluxma baş verir. Cinsi yolla yoluxma istisna edilmir.

Xəstəliyin 3 klinik forması var:

– tranzitor viremiya- xəstəliyin əlamətləri olmur, qanda tapılan virus tezliklə yox olur;
– kəskin forma- kəskin simptomlarla, bəzən ildırımvari keçən hepatit;
– subklinik, yavaş keçən, transaminazaların vaxtaşırı yüksəlməsi ilə histoloji olaraq məhdud təzahür edən hepatit. Sonradan xroniki gedişli olur.

Müalicəsi yoxdur.

Hepatit E (HE). Yoluxma və proqnoz baxımından HA-ya bənzəyir. İnfeksiya əsasən pis gi-gi-yenik şəraitdə çirklənmiş su ilə oral-fekal yolla yoluxur. HEV zoonoz xəstəlikdir, gəmiricilərdən keçməsi mümkündür. Cinsi yolla, bəzən parenteral (transfuziya), nadir hallarda qalxan yolla yo-luxma mümkündür.

Hamiləliyin III trimestrində xəstəlik çox ağır keçir və dölün ölümü ilə nəticələnə bilər.

Yenidoğulmuşlarda xəstəlik xoşxassəlidir, kəskin gedişlidir, heç vaxt xroniki formaya keç-mir. Bəzən ildırımvari keçir, xolestatikdir.

Xəstəliyin qalxan yolla keçməsi zamanı yenidoğulmuşda adaptasiyanın pozulması, adi he-pa-tit və nekrotik hepatitin inkişafı mümkündür.

Xəstəliyə qarşı passiv müdafiə məqsədi ilə yüksək antitel titri olan standart immunoqlobu-lin-dən istifadə edilir.

Hepatit G (HG). 1995-ci ildə tapılıb. Xəstəliyin qalxan yolla verilməsi mümkün hesab edi-lir. Sərbəst halda xəstəlik törədə bilməsi hələ öyrənilməyib. Qan transfuziya olmuş uşaqların 8%-də aşkar edilir.

Məxmərək. Teqavirida ailəsinə mənsub olan spesifik virusdur. Tərkibində RNT var. Spe-sifik formadadır.

Yoluxma hava-damcı və plasentar yolla baş verir. Embrio-fetopatiyalar törədən viruslar ara-sında ən terotogen virus hesab edilir. Uşaqlıqda bu xəstəliyi keçirənlərin 85%-də fertil yaşda bu xəstəliyə qarşı immunitet olur. Onlar öz uşaqlarına xəstəlik keçirmir. Hamiləlik zamanı məxmə-rəyə yoluxanların bətnindəki döl infeksiyalaşır. Yoluxma hamiləliyin ilk iki ayında baş verib-sə, embrion mütləq infeksiyalaşır. Hamiləlik müddəti artıqca infeksiyalaşma ehtimalı azalır, amma yox olmur. Xəstəlik anada simptom-suz keçsə belə döl yoluxa bilər.

Ananın antitelləri dölü 6 ay müddətində qoruyur. Xəstəlikdən sonra immunitet yaranır. Məxmərək virusu dölün inkişafını ləngidir, qara ciyərdə, dalaqda infiltrativ ocaqlar yaradır, in-terstisial pnevmoniya əmələ gətirir, sümük iliyində meqakariositlərin sayını artırır, MMS-ni zə-dələyir. Virus dölün orqanizmində uzun müddət qalaraq, doğulduqdan 6-30 ay sonra xaric olur. İn-feksiyanın əsas hədəfi limfa sistemi orqanları, dəri, respirator və urogenital traktın selikili qışa-ları və ciftidir.

Klinikasında klassik üçlük ayırd edilir.

– -anadangəlmə ürək qüsurları-arterial axacağın açıq qalması, ağ ciyər arteriyasının stenozu, mədəciklərarası və qulaqcıqlararası arakəsmənin defekti;

– gözün zədələnməsi—qlaukoma, katarakta, xorioretinit;

– eşitmə üzvünün inkişaf qüsuru—eşitmə sinirinin zədələnməsi.

Bundan başqa uşaqlarda meninqoensefalit əlamətləri də rast gəlir. Bu əlamətlər çox kəskin olmur. Ümumi sütlük, bəzən oyanıqlıqla əvəz olunur. Arabir qıcolmalar müşahidə edilir.

Endokrin vəzilərdən ən çox mədəaltı və qalxanabənzər vəzi zədələnir. Ona görə bu xəstəliyi keçirmiş bəzi uşaqlarda şəkərli diabet inkişaf edir. Virus bədənədən xaric olduqdan sonra bu əla-mətlər də yox olur. Bəzən 10 yaşdan sonra uşaqlarda panensefal əlamətlər inkişaf edir.

Diagnoz faringial selikdə və sidikdə virusun tapılması ilə qoyulur. Xəstəliyi keçirmiş uşaq aylarla bəzən illərlə virus xaric edir. Ona görə bu ən etibarlı diaqnostik metoddur. İgM və İgC an-titellərinin tapılması ilə xəstəliyin təzəliyindən xəbər verir.

Diagnozu dəqiqləşdirmək üçün immunoloji üsullardan-komplimentin birləşmə reaksiyasın-dan (KBR), immunoflurisensiya reaksiyasından (İFR), immunoferment analizdən (İFA) və s. isti-fadə edilir.

Müalicə. Spesifik müalicə yoxdur. Simptomatik müalicə aparılır. Xəstəliyin qarşısını almaq

üçün seroneqativ analara peyvənd etmək lazımdır.

Su çiçəyi. Törədici su çiçəyi (Herpes virus varicellae) virusudur. Fertil yaşda olan qadınların əksəriyyəti uşaqlıqda su çiçəyi keçirmiş olur və bundan sonra davamlı immunitet yaranır. Buna görə yenidoğulmuşlarda su çiçəyi az rast gəlinir.

Klinika. Ana hamiləliyin əvvəlində (8-20 gün) xəstələnirsə 1/3 halda hamiləliyin spontan pozulması, ölüdoğulma və ya neonatal ölüm baş verir. Qalan 1/3 də müxtəlif inkişaf qüsurları əmələ gəlir. Ana hamiləliyin I və ya II trimestrlərində su çiçəyi ilə xəstələnərsə, yenidoğulmuşda BDİL, dəridə çapıqlar, ətrafların inkişaf qüsurları, gözlərin, beynin zədələnməsi müşahidə edilir.

Hamiləliyin sonrakı dövrlərində dölün zədələnməsi baş verirsə, yenidoğulmuşun dərisində vezikulyoz səpgilər olur. Zədələnmə ağır olduqda poliorqan dəyişikliklər – pnevmoniya, miokardit, hepatit, nefrit, bağırsaqlarda yaralar inkişaf edir.

Xəstəliyin əlamətləri doğuşdan 5-6 gün əvvəl və ya 2-3 gün sonra inkişaf edərsə, yenidoğulmuşda xəstəlik ağır keçir, fəsadlar baş verir. Bu xəstəliyin gecikmiş fəsadları daha ağır olur. Bunlara şəkərli diabet, korluq, leykoz, enseflopatiya, bəd xassəli şişlər və s. aiddir. Bu virusun xromosom aberrasiyasına səbəb olması ilə izah olunur.

Diagnoz aşağıdakılara əsasən qoyulur:

- səpgilərin polimorf olması (makula, vezikula, papula, pustula), yerində qartmaq qalması;
- qovuş möhtəviyyatında virusun olması;
- qaşıntı materialında immunofluoresent boyanma;
- hüceyrələrin düz immunofluoresensiyası su çiçəyi virusunu herpes virusundan ayırmağa imkan verir;
- anadangəlmə su çiçəyində spesifik İgM antitellərinin və ya spesifik İgC-nin olması;
- postnatal su çiçəyinin olması.

Müalicə. Su çiçəyi ilə doğulmuş uşaqlar ən azı 7 gün təcrid olunmalıdırlar. Doğuşdan 5 və daha çox gün əvvəl xəstələnmiş ananın uşağına heç bir spesifik müalicə aparılmır. Hamiləliyin son 4-5 günündə və ya doğuşdan sonrakı ilk günlərdə xəstələnən ananın uşağına doğuşdan 96 saat sonra spesifik və ya polivalent immunoqlobulin vurulur. Yenidoğulmuşda su çiçəyi xəstəliyinin əlamətləri varsa, ona 10 gün müddətində, sutkada 45 mq/kq, 3 dəfə (15 mq/kq, 8 saatdan bir) asiklovir təyin edilir. Anası su çiçəyi keçirməyən yenidoğulmuş, su çiçəyi ilə xəstə olanlarla təmasda olduqda ona və anasına 96 saat ərzində spesifik və polivalent immunoqlobulin vurulur, asiklovir təyin edilir. Ekstremal kiçik kütləli yarımçıqdoğulmuşlara da bu tədbirləri aparmaq lazımdır.

Qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu (QİÇS). Xəstəliyin törədicisi lentivirus (Lentivirus) ailəsinə mənsub olan retrovirusdur. Virus dezinfeksiyaedicilərin təsirindən tez parçalanır. İsidici və quruducu şkaflarda və avtoklavda inaktivləşir, lakin otaq temperaturunda bir neçə gün qala bilər.

Virusun iki növü var: insan immun çatışmazlığı virusu I və II. Bunlar quruluş və replikasiya tipinə görə oxşar olsa da zülalların molekulyar kütləsinə görə fərqlənir. İİÇ virusu T limfositlərə qarşı tropizmə malikdir. O, neyronlarda və makroqliya hüceyrələrində çoxalır. Virus limfositləri və digər hüceyrələri infeksiyalaşdırır. Limfopeniyaya, hüceyrə və humoral immunitetin pozulmasına səbəb olur. Opportunist infeksiyalar və bədxassəli törəmələr meydana çıxır. Orqanizmdə latent şəkildə və ya inkişaf tsiklində qala bilər.

Klinika. Uşaqlarda xəstəliyin əlamətləri yoluxma yollarından və yoluxma dövründən asılı olaraq dəyişkən olur. Bətn daxili yoluxma zamanı yarımçıqdoğulma, inkişafdan qalma, müxtəlif orqan və sistemin zədələnməsi müşahidə edilir. Tənəffüs pozğunluqları və başqa fəsadları olur. Xəstəlik boy və çəki artımının ləngiməsi, limfadenopatiya, hepatosplenomeqaliya, ağır bakterial infeksiya əlamətləri ilə meydana çıxır. Çox vaxt ildırımvari pnevmosist pnevmoniya inkişaf edir. Bu infeksiya üçün interstisial pnevmoniya spesifik sayılır.

Perinatal zədələnmə zamanı uşaqlarda SMV, herpes, toksoplazmoz, vərəm, təkrari respirator xəstəliklər müşahidə edilir. Perinatal dövrdə yoluxmuş uşaqların 23%-də həyatın I ilində xəstəliklər müşahidə edilir.

təlik, hərarətin kəskin yüksəlməsi, limfa vəzilərinin, qara ciyərin, dalağın böyüməsi, dəridə səpgilər, hemorragik sindrom, trombositopeniya, ağ ciyərlərin zədələnməsi və nevroloji simptomlarla başlayır. Bəzilərində 8-10 il ərzində simptomlar olmur.

Diagnoz anamnez, kilinik əlamətlər və laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Qanda virus əleyhinə antitellərin, möhtəviyyatlarda virus və onun komponentlərinin tapılması, immun sistemdə spesifik dəyişikliklərin olması diaqnostikada əhəmiyyətlidir. ZPR-in əhəmiyyəti çoxdur.

Müalicə. Spesifik müalicə yoxdur. Əsasən simptomatik müalicə aparılır. Qidalanma yaxşılaşdırılır. Opportunist infeksiyalar və ağırlaşmalarla mübarizə aparılır. Müasir dövrdə aktiv immunizasiya üçün spesifik antivirus preparatlar hazırlanması üzərində iş aparılır. Müalicədə aşağıdakı antivirus preparatlardan istifadə edilir.

1. Didanosine (Dudexunosine-DDİ), Vide. Yenidoğulmuşlara (3 aya qədər) əmizdirmədən 1 saat əvvəl və ya 2 saat sonra, hər 12 saatdan bir 50 mq verilir. Hazırlanmış məhlul 30 gün soyuducuda saxlana bilər.

2. Lenivudine (LTS), Epivir. Preparat 10 mq/ml məhlul və ya 150 mq-lıq həb şəklində buraxılır. Yenidoğulmuşlara (1 aya qədər) 1-2 mq/kq, gündə 2 dəfə təyin edilir.

3. Stavirin (DYT) Zeret. Preparat 15, 20, 30, 40 mq-lıq kapsullar şəklində buraxılır. Uşaqlara 1-2 mq, 12 saatdan bir təyin edilir. (30 kq-a qədər çəkisi olanlara).

4. Salcitolabin (dd) Hivid. Preparat 0, 1 mq/ml sirop və 0,375, 0,75 mq həb şəklində buraxılır. Uşaqlara 0,01 mq/kq gündə 3 dəfə təyin edilir.

5. Zidovudin (ZDV, AZT) Retrovirus. Preparat 10 mq/ml sirop və 100 mq kapsula, 300 mq-lıq həb şəklində buraxılır. Yarımçıq doğulmuşlara 1,5 mq/kq 2 həftə 12 saatdan bir, sonra 2 mq/kq 8 saatdan bir təyin edilir. Vaxtında doğulmuşlara 2 mq/kq 8 saatdan bir v/d-nə təyin edilir.

Profilaktika. Virusə yoluxmuş hamilə qadına hamiləliyin 36-cı həftəsindən doğuşa qədər zidovudin (trimezid, retrovir) 300 mq gündə 2 dəfə təyin edilir. Doğuş başlayandan uşaq doğulana qədər 3 saatdan bir 300 mq verilir. Yenidoğulmuşa ilk 8-12 saatdan başlayaraq, hər 6 saatdan bir 2 mq/kq hesabı ilə zidovudin siropu 6 həftə verilir. Əgər hamilə qadın zidovudin almayıbsa, doğuş başlayandan ona 200 mq viramin (nevirapin) verilir. Yenidoğulmuşa 3 sutka ərzində suspenziya şəklində 2 mq/kq hesabı ilə daxilə verilir. Ana südü verilmir. Süd qarışıqları verilir. İİÇ virusuna yoluxmuş zahı, uşağı ilə birlikdə təcrid olunur. Yenidoğulmuşun göbək qanında antitellər yoxlanılır. Bu uşaqlara ilk 12 saat ərzində hepatit B vaksinasiyası aparılır. BCJ də aparılır.

Enterovirus infeksiyası. Xəstəlik Koksaki, ECHO və poliomielit virusları tərəfindən törədilir. Hamiləlik zamanı döln Koksaki infeksiyası keçirmiş anadan yoluxması mümkündür. Bu zaman uşaqda ürək-qan damar, sidik-cinsiyyət, həzm sistemi orqanlarının qüsurları inkişaf edə bilər.

Klinika. Xəstəliyin əvvəli simptomuz ola bilər. Bəzi uşaqlarda sütlük, bəzən ləkəli papulyoz və ya petexial səpgilər müşahidə edilir. Virulentliyi çox olan virus meningit, ensefalit və miokarditə səbəb ola bilər.

İldırımvarı forma zamanı körpənin vəziyyəti çox ağır olur. Onda sarılıq (hepatit nəticəsində), pnevmoniya, diareya, YDL sindromu inkişaf edir. Boyrəküstü vəzin və pankreasın nekrozu nisbətən az rast gəlinir.

Anadangəlmə inkişaf qüsurlarından: – ürəyin müxtəlif qüsurları, endokardial fibroelastoz, böyrək toxumasının displaziyası və s. baş verə bilər.

Diagnoz aşağıdakılara əsasən qoyulur:

- likvorda, nəcisdə, faringial selikdə enterovirusun tapılması;
- dinamikada antitellərin titrinin artması.

Müalicə. Xəstəliyin spesifik müalicəsi yoxdur. Fəsadlar inkişaf etdikdə simptomatik müalicə aparılır. Virus əleyhinə preparatların təyini, əvəzedici immun müalicə bəzən müsbət nəticə verir.

Sifilis. Törədiciyi solğun spiraxetlər (spirocheta pallida) və ya treponemadır. Xarici mühit amillərinin təsirinə davmsızdırlar. 55°C-də 15 dəqiqəyə tələf olur. Sirkə turşusu və 50-56°-li spirt

spiraxetaları dərhal hərəkətdən salır. Soyuğa davamlıdırlar. Donmuş halda 9 ilə qədər yoluxuculuq qabiliyyətini saxlayır.

Dölün sifilisli anadan yoluxması ən azı hamiləliyin 4-5-ci ayından sonra baş verir. Sifilis ciftədən dölə iki yolla keçir: göbək venasından; göbək damarlarının limfa yarıqlarından.

Ciftin ölçüləri böyüyür, döl səthində damar və xovların mərkəzi hissəsi zədələnir. Göbək venasında vaskulitlər qeyd edilir.

Ana sifilisə hamiləliyin əvvəlində yoluxarsa döl mütləq infeksiyalaşır. Ana sifilisə yoluxduqdan bir neçə il sonra da hamilə qalsa döl infeksiyalaşır. Ya yarımçıq ya da anadangəlmə sifilislə doğulur. Ana hamiləliyin son 1-2 ayında sifilisə yoluxarsa, dölün infeksiyalaşmasına vaxt çatmaya bilər və o sağlam doğula bilər. Lakin belə halda uşağın doğum yollarından keçərkən yoluxması mümkündür. Belə sifilis anadangəlmə deyil qazanılmadır. Təxminən 3 ay sonra infeksiya qapısında bərk şankr əmələ gəlir. Əgər törədici döl orqanizminə doğuşdan xeyli əvvəl daxil olubsa, onda uşaq ya ana bətnində tələf olur, ya da sifilis əlamətləri ilə doğulur. Döl hamiləliyin sonunda yoluxduqda zahirən sağlam doğulsa da, doğuşdan 2-3 ay sonra sifilisin klinik əlamətləri meydana çıxır. Doğuşdan bilavasitə əvvəl döl orqanizminə az miqdarda törədici daxil olduqda, xəstəliyin əlamətləri bir neçə il sonra təzahür edir.

Dölün sifilisi. Ana bətnində döl 5-6-cı aylarında tələf olur. Ölü doğulmuş dölün dərisi boş, qırıqlı, masserasiyaya uğramış, epidermisi yumşalmış olub lövhələrlə qopur. Dölün daxili orqanlarının zədələnməsi çox vaxt diffuz iltihabi xarakter daşıyır. Bu orqanlarda xırda ocaqlı infiltrasiya törəyir, birləşdirici toxuma artır. Buna görə də onlar böyüyür, bərkiyir. Qara ciyər və dalaqda bu daha da aydın nəzərə çarpır. Ağ ciyərlərdə „ağ pnevmoniya” aşkarlanır. Ana bətnində sümüklər gec formalaşdığı üçün onların zədələnməsi gec müşahidə edilir. Borulu sümüklərdə və qabırğalarda osteoxondritlər osteoperiostitlər yaranır.

Anadangəlmə sifilisin (şəkil:19-14) iki forması var: manifest gedişli və gizli gedişli. Anadangəlmə erkən gizli sifilis, anadangəlmə sifilisin 50%-ni təşkil edir. Seroloji reaksiya ilə aşkar olunur. 3 aya qədər seroloji diaqnostika çətinlik yaradır. Çünki antitellər transplasental yolla anadan dölə keçə bilər. Uşağın yoluxduğunu təsdiqləyən göstəricilər: – ananın anamnezi; seroloji reaksiyanın pozitivliyinin döldə nisbətən daha yüksək olması; müalicə başladıqdan sonra kompleks seroloji reaksiyanın (KSR) pozitivliyinin yüksəlməsi; uşaqda İgM-in pozitiv olması; ciftədeki dəyişikliklər.

AEGS–də (anadangəlmə erkən gizli sifilis) rast gəlin klinik əlamətlər (MSS zədələnməsi, hepatosplenomeqaliya və s.) başqa patologiyalarda da olduğu üçün diaqnostikada az əhəmiyyətli-dir.

10 gün spesifik müalicə aparılır. Bu müddət ərzində diaqnoz təsdiqlənərsə, müalicə 14 gün də davam etdirilir. Uşaq ixtisaslaşdırılmış xəstəxanaya göndərilir.

Manifest forma. Xəstəlik 2-4-cü həftədə və bəzən gec təzahür edir. Anadangəlmə sifilisdə bərk şankr olmur. Çünki, törədici göbək venası vasitəsi ilə birbaşa daxili orqanlara keçir. Xəstəliyin 3 (triada) səciyyəvi əlaməti var: rinit, qovuqcuq, hepato-splenomeqaliya. Rinit duru, serozlu, irinli, hemorragik ifrazatla olur. Əvvəl eritromatoz sonra isə makulyoz, papulyoz qovuqcuqlar əmələ gəlir. İnfiltrasiya fonunda bu qovuqcuqlar (suluqlar) 3-10 mm ölçüdə tünd qırmızıya çalan rəngdə pəncədə və ovucda olur. Bunlardan başqa periostit, borulu sümüklərin osteoxondriti, hemolitik anemiya, pnevmoniya, xorioretinit, hərarət, ağız ətrafında, düz bağırsaqda çatlar olur.

EAS (erkən anadangəlmə sifilis) zamanı 60-80% hallarda MSS zədələnir. Ona görə lumbal punksiya aparmaq məsləhət görülür.

Müalicə dəridə, selikli qişalarda suluqları olan, manifest formalı xəstəliyi olan yenidoğulmuşlara müalicəyə başlayandan 1 sutka sonra ətraf mühit üçün təhlükəli olmurlar. Artıq bu elementlərdə treponema tapılmaz. Müalicə əsasən penisillin preparatları ilə aparılır.

Toksoplazmoz. Zoonoz xəstəlikdir. Törədici ibtidai orqanizm olan **Toxoplazma qondidir**. Əsas daşıyıcısı pişikdir. Onun bağırsağında törədici çoxalaraq, küllü miqdarda fekal yolla xaric olur.

İnsan əsasən alimentar yolla yoluxur. Törədici çiy və ya yaxşı bişməmiş ət, meyvə, tərəvəz vasitəsi ilə həzm sisteminə düşür. Oradan limfa yolları ilə limfa düyünlərinə düşüb, iltihabi proses yaradır. İltihab ocağından qanla bütün orqanizmə yayılır. Qara ciyəri, ağ ciyərləri, dalağı, ürək əzələsini, MSS-ni zədələyir. Parazitlər ciftədə də olur.

Ananın ilkin infeksiyalaşması zamanı döl ya parazitemiya nəticəsində, ya da ciftədə olan toksoplazmoz ocaqlarından yoluxur. Xəstəliyin latent formasında da dölün yoluxması mümkündür. Hamiləliyin ilk aylarında infeksiya çox az hallarda anadan dölə keçir. Embriional dövrdə yoluxma baş verdikdə, hamiləlik düşüklə nəticələnir. Toksoplazmoz embriopatiyasının olması sübut olunmamışdır. Hamiləliyin I yarısında yoluxmuş uşaq çox ağır zədələnmələrlə doğulur. Çox vaxt bu patoloji proseslər həyatla uzlaşmır.

Yenidoğulmuşlarda xəstəliyin 3 variantı rast gəlinir.

I variantda yoluxma hamiləliyin 9-28-ci həftələrinə təsadüf edir. Bu zaman uşaq inkişafdan qalır. İnkişafdan qalma həm somatik, həm də psixoemosional sferanı əhatə edir. Belə uşaqlar ana bətnində meninqoensefalit keçirir. Buna uyğun əlamətlər və hidrosefaliya ilə doğulur. Beyin yarımkürələri inkişafdan qalır, beyin toxumasında kistalar, kalsifikatlar, aşkar edilir. Beyin toxumasının qliozu, atrofiyası, yumşaq beyin toxumasının sklerozlaşması baş verir.

II variantda dölün xəstələnməsi hamiləliyin 29-cu həftəsindən sonra baş verir. Bu zaman uşaq meninqoensefalit və gözlərin zədələnməsi ilə doğulur. Beyində nekroz nəhiyyələri, beyin qabığına infiltratlar müşahidə edilir. Bəzi hallarda nekroz sahələrində parazit tapmaq olur. Yenidoğulmuşda əzələ hipotonusu, tremor, qıcolmalar, sonralar isə hidrosefaliya və ya mikrosefaliya, çox hallarda ekzoftalm, mikroftalm, gözün buynuz qışasının bulanması, billurun şəffaflığının azalması müşahidə edilir. Bəzən epilepsiya və oliqofreniya baş verə bilər.

III variantda yoluxma doğuş ərəfəsində və ya doğuş zamanı baş verir. Belə halda xəstəlik kəskin infeksiya əlamətləri ilə biruzə verir. Bu toksoplazmozun yayılmış formasıdır. Xəstəliyin bu variantında da hepatosplenomeqaliya, interstisial pnevmoniya, beyinin, bağırsaqların zədələnməsi müşahidə edilir. Bəzi klinisistlər hansı orqanın daha çox zədələnməsini nəzərə alaraq toksoplazmozun ağ ciyər, bağırsaq və beyin formasını geyd edirlər.

III variantda yenidoğulmuşlarda xəstəliyin gedişi septik xarakterli olur. Onlarda hərarət yüksəlir, tərləmə, dərinin eritromatoz hiperemiyası baş verir. Qarında, çiyində, döş qəfəsində düyü dənələrini xatırladan, ağ rəngli 1,5-2-3 mm ölçüdə, dəri səthindən azca qalxan səpgilər görünür.

Bəzən bu elementlər bir-biri ilə birləşir. Bir neçə gündən sonra epidermisin nazik qatla kəpəklənməsi müşahidə edilir. Güman olunur ki, bunlar doğuş zamanı və ya doğuş ərəfəsində infeksiyalaşmanın əlamətidir. Bəzən ətrafların dərisində residiv verən ləkəli papulyoz səpgilər olur.

Xəstəliyin septiki gedişi zamanı meninqoensefalit, gözün torlu qısa damarlarının, böyrəklərin, ürəyin, bağırsaqların, ağ ciyərlərin zədələnmə əlamətləri, hepatosplenomeqaliya və s. müşahidə edilir (şəkil:19-14).

Periferik qanda eozinofiliya aşkarlanır. Neytrofilli leykositoz, EÇR-in yüksəlməsi, yüngül anemiya olur.

Sidikdə zülal, eritrositlər, leykositlər tapılır. Bu, böyrəklərin zədələnməsini göstərir.

Diagnoz klinik əlamətlərə, seroloji reaksiyalara və digər müayinə metodlarına əsasən qoyulur. Seroloji reaksiyalara aşağıdakılar aiddir:

- KBR – komplimentin birləşmə reaksiyası toksoplazmoz əleyhinə antitellərin dinamikada təyini;
- QİFR – qeyri-düz immunflurisensiya reaksiyası;
- İFA—immunoferment analiz.

İgM və İgC –nin titrlərinin qiymətləndirilməsi də diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Bir çox başqa müayinə üsulları da istifadə edilir.

Seybin Fledman testi—diri paraziti aşkar etməyə imkan verir.

Qanda, onurğa beyni mayesində, punktantda, badamcıqlardan, limfa vəzilərindən götürülmüş biopstatda parazitlərin tapılması daha etibarlı üsuldur. Toksoplazmoza şübhəli olan doğanların dölyanı mayesi və çifti müayinə olunmalıdır.

Allergik üsullardan toksoplazminlə dərialtı sınaq, neytrofillərin zədələnmə, limfositlərin blast transformasiya reaksiyalarından istifadə edilir. Lakin bu reaksiyalar başqa xəstəliklərdə də pozitiv olduğu üçün toksoplazmoz üçün mütləq deyil.

Bətdaxili infeksiyalar (şəkil:19-14)



Anadangəlmə herpes



Anadangəlmə sifilis



Toksoplazmozun yoluxması



Anadangəlmə toksoplazmoz



Anadangəlmə listerioz:A-solğun cift; B-ölüdoğulmuş uşaq

Müalicənin məqsədi parazitın aralıq maddələr mübadiləsinə pozmaq, onların inkişafını dayandırmaq və məhv etməkdir. Bu məqsədlə iki qrup dərman preparatından istifadə edilir: primetamin və sulfanilamid. Primetamin preparatları (tindurin, xloridin) və qısa müddətli təsirə malik sulfanilamid preparatları ilə müalicə 7-14 günlük fasilə ilə 3 kurs aparılır. Əgər xəstəlik xroniki gediş alıbsa, xoriretinitin kəskinləşməsi, immunodefisit vəziyyət yaranıbsa, bu müalicəni 1-2 aydan sonra təkrarlamaq lazımdır. Dərmanların toksiki təsirini azaltmaq üçün 1,0-1,5 mq fol turşusu (rəsmi adı leykoverin) bütün müalicə kursu boyu verilir. Effektivliyinə görə 2-ci yeri makrolitlər tutur. Spiromisinə daha çox istifadə olunur. Bu preparat 100 mq /kq 10 gün müddətinə daxilə təyin edilir. Makrolitlər törədiciyə inkişafını dayandırır. Azitromisin (sumamed), ronsitromisin və s. istifadə edilir. Xoriretinit zamanı klindomisin müsbət təsir göstərir.

Xlamidioz. Chlamidia ailəsindən olan bakteriyalar Chlamidia trochomatis, Chlamidia pnevmoniya, Chlamidia psittaci insanlarda xəstəlik törədir. Chl. trochomatisin 18 serotipi müəyyən edilib. A-C serotipi traxoma, D-K serotipi urogenital infeksiya, L-L serotipləri zöhrəvi limfoqranuloma əmələ gətirir. Geniş spektrli antibiotiklərə, sulfanilamidlərə çox həssasdırlar.

Törədiciyə əsas daşıyıcısı quşlardır. İnsanlara yataq ağlarından, sudan, (hovuz, hamam) və cinsi yolla keçir. Yenidə doğulmuşlar ana bətnində və doğum yollarında yoluxur.

Klinika. Yenidə doğulmuşlarda infeksiyanın lokalizasiyasından asılı olaraq müxtəlif əlamətlər müşahidə edilir: konyuktivit, pnevmoniya, orta qulağın iltihabı, faringit və s. Bu xəstəliyin lokal formasıdır. İnfeksiya yayıldıqda meningit, qara ciyərin, böyrəklərin, ağ ciyərlərin zədələnməsi baş verir.

Konyuktivit adətən iki tərəfli olur. Selikli qışa hiperemiyalaşır, ödemləşir, selik və irinli selik ifraz olunur. İltihabi proses buynuz qışaya keçmir. Göz yaşı axarları ilə patoloji proses qonşu orqanlara keçərək, evstoxoit, otit, rinit, rinofaringit, bronxit, pnevmoniya ilə fəsadlaşa bilər.

Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri sərbəst olaraq inkişaf edir. Doğulduqdan 4-5 gün (bəzən daha gec) sonra rinit əlamətləri inkişaf edir, proses tədricən bronxlara yayılır. Rinit uzun müddət davam edir. Bronxit zamanı intoksikasiya əlamətləri çox da biruzə vermir, temperatur yüksəlmir, eks-pirator tənəffüslik müşahidə edilir.

Pnevmoniya tədricən inkişaf edir, əlamətləri az olur. Normal hərarət fonunda taxipnoe, yüngül sianoz müəyyən edilir, çox az hallarda ağ ciyərlərdə xırıltı eşidilir. Bəzən yenidə doğulmuşlarda öskürək tutmaları olur. Nəfəsalma zamanı öskürək dayanır və sonra davam edir, qusma ilə nəticələnmə bilər.

Bəzi yenidə doğulmuşlarda xlamidioz pnevmoniyası interstisial pnevmoniya əlamətləri ilə keçir: tənəffüslik, ağ ciyərlərin bir qədər üfürülmüş vəziyyətdə olması.

Rentgenoloji müayinədə ağ ciyərlərin interstisial toxumasının diffuz zədələnməsi, tək-tək hallarda xırda infiltrasiya ocaqları aşkar olunur. Yarımçıq doğulmuşlarda xlamidioz pnevmoniyası ağır keçir və intoksikasiya əlamətləri müşahidə edilir. Zəif yenidə doğulmuşlarda xəstəlik yayılmış formada olur və ağır keçir.

Diagnoz klinik əlamətlərə və möhtəviyyalardan törədiciyə tapılmasına əsasən qoyulur. Hazırda zəncirvari polimeraz reaksiyası (ZPR) və zəncirvari lidaza reaksiyasından (ZLR) istifadə olunur.

Müalicəsində geniş spektrli antibiotiklərdən yüksək dozada təyin edilir. Antibiotiklərin ultrasəs inhalyatoru vasitəsi ilə verilməsi yaxşı nəticə verir. Makrolit antibiotiklərdən sumamed immunomodulyator viferonla birlikdə verdikdə nəticə yaxşı olur. Eritromisin, amoksisillin də yaxşı effekt verir.

Spesifik müalicə simptomatik müalicə ilə birlikdə aparılır. Xəstə uşağa adekvat qulluq və qidalanma təyin edilir.

Mikoplazmoz. Xəstəlik mikoplazmalar tərəfindən törədilir. Bu törədicilər viruslarla mikrob-lar arasında orta mövqe tutur. Tərkibində RNT və DNT var. Xarici qışaları yoxdur. Ona görə də mikroskop altında polimer (şəxəli, girdə, zəncirvari) görünür. Ölçüləri 100-150 nm-dir, 40-dan çox növü var. İnsanlar üçün patogen olanları mikoplazma humanis, mikoplazma-pnevmoniya, T- mi-

koplazmadır.

Mikrobun patogenliyi onların hüceyrələrə yapışma qabiliyyətinin olması və toksin ifraz etmələridir. Yoluxma mənbəyi xəstə və mikrobdaşıyan insanlardır. Dölün yoluxması uşaqlıq yolundan, boynundan qalxan və ya hematogen yolla baş verir. Dölyanı maye infeksiyaladıqda dölün mədə-bağırsaq sistemi, dərisi, cinsiyyət üzvləri yoluxur. Mikoplazmalar traxeyanın, bronxların epitel hüceyrələrinə yapışaraq, öz toksik təsiri ilə RNT hasilatını pozur və hüceyrəni məhv edir. O, hüceyrənin həm daxilində, həm də xaricində yerləşir. Törədici hüceyrənin daxilində yerləşdikdə xəstəlik ağır, xaricində yerləşdikdə nisbətən yüngül gedişli olur.

Mikoplazmalar epitel hüceyrələrində, ağ ciyərlərdə (alveositlərdə), qara ciyərdə (hepatositlərin sitoplazmasında), Kupfer hüceyrələrində, böyrəklərdə (nefronların distal hissəsində), bağırsaqlarda, beyin qışalarında, böyrəküstü vəzidə, ürək əzələsində, endokardda, ürəkdaxili damarlarda, limfa vəzilərində, timus vəzidə, dalaqda və s. yerləşib, onları zədələyir. Gözlərdə yaranan dəyişikliklər və onların ağırlıq dərəcəsi yoluxma vaxtından asılıdır.

Klinika. Dölün yoluxması hamiləliyin erkən vaxtlarında baş verdikdə nəticə ağır olur, düşük baş verir. Diri doğulanların 15% -də inkişaf qüsurları aşkar olunur. Döl hamiləliyin II yarısında yoluxduqda erkən doğum baş verir. Yenidoğulmuşların əksəriyyətində yayılmış mikoplazmoz infeksiyası aşkar olunur. Dərinin solğun-bozumtul rəngi, sklerema, hepatosplenomeqaliya, bəzən sarılıq, hemorragik sindrom fonunda pnevmoniya, bronxit, TPS əlamətləri önə çıxır. Kəskin əlamətlər azaldıqdan sonra meninqoensefalit əlamətləri biruzə verir.

Qanda—anemiya, trombositopeniya; sidikdə – leykosit, eritrosit, zülalın artması, aşkar edilir. Ağır hallarda YDL sindromu baş verə bilər. Sonrakı etaplarda müxtəlif nevroloji dəyişikliklərin, ensefalopatiyanın, beyindəxili hipertenziyanın, hidrosefaliyanın inkişafı mümkündür.

Diaqnoz aşağıdakı müayinələrin nəticələrinə və klinik əlamətlərə görə qoyulur:

- müxtəlif möhtəviyyatlarda (qan, bəlgəm) törədici tapılması;
- dinamikada seroloji reaksiya 10-14 gündən bir təkrarlanır. Antitellərin titri artırsa (4-5 dəfə) infeksiya vardır;
- bioloji materiallarda (bəlgəm, qan) ZPR (zəncirvari polimeraz reaksiyası), İSA (immunsorbent enzim analizi) aparılması.

Müalicəsində antibiotiklərdən eritromisin və onun analoqları yaxşı effekt verir. Azitroeritromisin 5 mq/kq gündə 1-2 dəfə, eritromisin 30 mq/kq gündə 1 dəfə təyin edilir.

Listerioz. Xəstəlik Listeriya nəslindən olan Listeriya monocytogenes tərəfindən törədilir. Çöp şəkilli qram müsbət bakteriyalardır. Listeriyalar torpaqdan tərəvəzlə insana, otlar və başqa yollarla heyvanlara yoluxur. Xəstə heyvanların əti və südü bakteriyalarla çirklənmiş olur. Bu bakteriyalar qida maddələrində, hətta soyuducuda artıb çoxalır. Normal termik işləmələrdə məhv olurlar.

Bakteriyalar asanlıqla toxuma və hüceyrələrə daxil olub orada çoxalırlar. Onlar hüceyrələrin hər cür baryerini dəf edə bilirlər. Bu yolla bakteriyalar bağırsaq epitelinə, ciyər, qara ciyər, beyin hüceyrələrinə daxil olurlar. Makrofaqların tərkibində istənilən orqanın hüceyrələrinə daxil olurlar.

Hamilə qadının yoluxması iki yolla ola bilər.

1.Qan dövrəni ilə bakteriya hüceyrə baryerini keçib, ancaq cifti yoluxdurur, plasentit inkişaf edir. Döl sonra yoluxur. Hamiləliyin müddətindən asılı olaraq ya düşük baş verir, ya da uşaq infeksiya əlamətləri ilə doğulur.

2.Qalxan yolla bakteriyalar bağırsaqdan uşaqlıq yoluna, uşaqlığa keçir. Döl qovuğu yırtılmasa belə listeriyalar dölü yoluxdura bilər. Uşaqlıq yolunda infeksiya varsa, yoluxmamış döl doğum yollarından keçərkən yoluxa bilər.

Yoluxma hamiləliyin ilk aylarında baş verdikdə, hamiləlik düşüklə nəticələnir. Döl bətnindəxili olarsa o, masserasiyaya uğrayır. Onların dərisində papilyar, petexial səpgilər, udlağın, əsnəyin, yemək borusunun selikli qışasında düyünlü iltihab görünür. Bu səpgilər listeroz üçün xarakterikdir.

Düyünlü səpgilərdə parçalanmış leykositlərdə çoxlu sayda faqositə uğramış listeriyalar aşkar edilir. Sonralar burada qranulasyon törəmələri inkişaf edir. Listerioma adlanan bu törəmələrdə listeri-

yalar tapılmaz. Listeriomalar kiçik milyar, sarımtıl və ya bozuntul rəngli olub, qırmızı haşıya ilə hüddüdlənir. Bəzən onlar qara ciyərdə bir-biri ilə birləşir və darı dənələrini xatırladır. Listeriomalar bir çox orqanlara yayılırlar. Ona görə və klinik əlamətlərə görə bu prosesə qranulomatoz sepsis deyilir.

Klinika. Anadangəlmə listeriozun klassik forması Qranulomatozis infant septikadır. Hamiləliyin müəyyən dövründə uşaqlığa düşmüş bakteriyalar sürətlə artıb dölün bütün orqan və toxumalarına yayılaraq yayılmış (səpələnmiş) infeksiya ocaqları yaradır. Yenidoğulmuşun vəziyyəti çox ağır olur. Onda meningit, sepsis simptomları üstünlük təşkil edir.

Yenidoğulmuşun listeriozunun iki variantı ayırd edilir.

1. Erkən listerioz – doğulduqdan sonra 5 gün ərzində;
2. Gecikmiş listerioz—doğulduqdan 1-2 həftə sonra inkişaf edən .

Listerioz zamanı letallıq 30-50%-ə çatır. I variantda letallıq daha çoxdur.

Erkən listeriozda yenidoğulmuşların çox hissəsi (2/3 hissəsi) erkən doğulur. Onların əksəriyyətində septik infeksiya əlamətləri ilə yanaşı müxtəlif nəhiyyələrdə (dəridə, ayaqlarda, kürəkdə, qarında) papulyoz-rozeloz səpgilər, udlağın, badamcıqların, konyuktivanın selikli qişasında ağsarımtıl listeriomalar müşahidə edilir (şəkil:19-14).

Gecikmiş listerioz zamanı meningit, mədə-bağırsaq disfunksiyası, sepsis əlamətləri, boyun limfa vəzilərinin böyüməsi, daha sonralar hidrosefaliya və başqa nevroloji əlamətlər müşahidə edilir. Güman olunur ki, intranatal yoluxma zamanı gecikmiş listerioz inkişaf edir. Bəzi tədqiqatçılar xəstəliyin lokal formalarının (qara ciyər, ağ ciyər, bağırsaq, meningial, dəri, konyuktiva) olduğunu qeyd edirlər.

Diagnoz. Qanda, nəcisdə onurğa beyni mayesində törədiciyin tapılması yeganə etibarlı diaqnostik üsuldur. Doğuşu qəbul edən mama dölyanı mayenin rənginin dəyişdiyini (mekonium qarışması), ciftə abses, nekroz, rənginin solğun olduğunu gördükdə listerioz haqqında düşünməlidir.

Müalicə. Listeriyalar sefalosporinlərdən başqa bütün antibiotiklərə həssasdırlar. Amoksisilin–gentomisin, levomisetin-eritromisin kombinasiyaları müsbət nəticə verir. Antibiotikoterapiya ən az 14 gün aparılmalıdır. Lazımı nəticəni almaq üçün simptomatik müalicə də aparılmalıdır.

„B”qrupu streptokoklarının törətdiyi infeksiyalar.„B”qrupu streptokokları yenidoğulmuşlarda geniş miqyaslı infeksiyalar törədir. Bu kokların müxtəlif növləri var. Növ spesifikliyi xarici qişalardakı polisaxaridlərlə müəyyənləşdirilir. Bu I, II, III serotipə uyğun gəlir. I serotip I_a, I_b, I_c yarımqruplara bölünür. Onların bəzilərinin virulentliyi çox yüksəkdir. Bu streptokoklar endotoksin və müxtəlif enzimlər (neyroaminidaza, proteaza, nukleaza) ifraz edirlər. Həmin maddələr onların virulentliyini və zədələyici təsirini artırır.

Ana uzun müddət orqanizmində mikrob kulturasını daşıyarsa, yenidoğulmuşun yoluxması ehtimalı daha yüksək olur. Çox vaxt uşaq doğum yollarından keçərkən yoluxur. Bu zaman dölün yetişkenlik dərəcəsinin böyük əhəmiyyəti var. Belə ki, 28 həftədən tez doğulanların 100%-i, 28 həftədən sonra doğulanların 15-40% -i, vaxtında doğulmuşların 0,2%-i yoluxur.

Orqanizmə daxil olan „B” streptokokları epitel hüceyrələrinə yapışır. Infeksiya qapısı rolunu zədələnmiş dəri, selikli qişalar (intubasiya, ASV, yuxarı tənəffüs yollarından seliyn sorulması, katterizasiya) oynayır.

Orqanizmə düşmüş mikrob üçün ikinci baryer makrofaqlardır. Mikrobun qişasındakı polisaxaridlər onları faqositdən müdafiə edir. Lakin anada olan tipospesifik antitellər xəstəliyin qarşısını alır və ya onun yüngül keçməsinə səbəb olur.

Dəyişikliyə uğramış mikroblar (opsonizasiya) ya toxuma maqrofaqları, ya da qranulositlər vasitəsi ilə xaric edirlər. Xəstəlik ağır keçdikdə, sepsis zamanı, xüsusilə ildırımvari sepsisdə qranulositlərə tələbat artır. Sümük iliyinin tələbatı ödəməyə gücü çatmır. Nəticədə qranulositopeniya inkişaf edir. Bu göstərici ildırımvari sepsis üçün xarakterik əlamətdir.

Klinika. Antenatal dövrdə „B” qrup streptokokları tərəfindən törədilən xəstəlik ağır keçdikdə, hamiləlik septik abortla nəticələnir. Yüngül keçdikdə hamilə mikrobdaşıyıcı olur.

Yarımqıdoğulmuşlar bu infeksiyaya daha çox yoluxurlar. Güman olunur ki, amnionun infeksiyalaşması erkən doğuma səbəb olur.

„B” qrupu streptokoklarının törətdiyi infeksiyanın iki klinik forması ayırd edilir: erkən forma (erkən hücum) və gecikmiş forma (gec hücum).

Gecikmiş formada xəstəlik əlamətləri 1-6 həftədən sonra təzahür edir.

Erkən formada ağır hallarda uşaq doğulan kimi əlamətlər meydana çıxır və getdikcə kəskinləşir. Dölün yetişkənlik dərəcəsi nə qədər az olsa, xəstəlik bir o qədər ağır, sepsis şəklində keçir. Vaxtında doğulmuşlarda pnevmoniya inkişaf edir. Bəzi hallarda vaxtında doğulmuşlarda əvvəl hərarət yüksəlir, sonra septik şokun əlamətləri—inildəmə, apnoe, taxipnoe, dispnoe, taxikardiya, dərinin avazıması „mərmər” şəkilli olması, əzələ hipotonusu – inkişaf edir. Sonradan YDL sindromu qoşulur. Belə gedişli xəstəlikdə letallıq çox yüksəkdir.

İnfeksiya hematogen yolla yayıldıqda osteomielit, artrit, meningit inkişaf edir.

Gecikmiş formada ən çox meningit müşahidə edilir, letallıq yüksək olur.

Diagnoz klinik əlamətlərə və xəstənin qanında, likvorda, punksiya vasitəsi ilə götürülmüş siddə mikrobun tapılmasına əsasən qoyulur.

Müalicəsində penisillin qrupu antibiotiklərinə üstünlük verilir. Penisillin 300000 BV/kq sutkada 4-6 dəfə, ampicillin 200 mq/kq gündə 3 dəfə aminoqlikozidlə birlikdə təyin edilir. Bu mikroblar bütün B-laktam antibiotiklərə həssasdırlar, amma ikiqat doza təyin edilməlidir. Müalicə kursu 10-14 gündür. Antibakterial müalicə ilə yanaşı möhkəmləndirici və simptomatik müalicə aparılmalıdır.

Vərəm. Xəstəlik *Mycobakterium tuberculezis* (kox çöpləri) tərəfindən törədilir. Hamilə qadınlarda klinika fərqli deyil. İnfeksiya dölə dölyanı maye və göbək venaları ilə keçə bilər. Dölyanı maye ilə keçdikdə müxtəlif üzvlərdə infeksiya ocaqları tapılır. Göbək venaları ilə yoluxduqda ocaq qara ciyərdə olur.

Bətdaxili yoluxma zamanı uşaqsalma, dölün ölümü və perinatal xəstəliklər baş verir.

Yenidoğulmuşun südlə yoluxma ehtimalı da böyükdür. Ona görə aktiv vərəm zamanı əmizdirmə əks göstərişdir.

Bətdaxili yoluxmuş yenidoğulmuşda xəstəliyin əlamətləri bir neçə həftədən sonra meydana çıxır. Ona görə də qazanılmış vərəmlə qarışdırılır.

Yenidoğulmuş uşaq aktiv vərəmli ana ilə təmasda olubsa, 3 ay müddətində izoniazidlə müalicə olunmalıdır. Bundan sonra tuberkulin sınağı mənfi olarsa BÇJ peyvəndi edilir.

Malyariya. Xəstəliyin törədicisi tək hüceyrəliyə aid olan plazmodiumdur. 4 patogen forması var: pl. falcifarum, pl. vivax, pl. ovale, pl. malariae. İnsana parazit dişi *Anopheles* ağcaqanadlarının sancması nəticəsində keçir. Xəstəlik ümumi əzginlik, baş ağrıları, ətraflarda ağrılar və s. ilə başlayır. Sonra titrətmə, hərarətin 40°C-yə qədər yüksəlməsi və tərləmə baş verir. Bu tutmadan sonra xəstə özünü zəif, halsız, hiss edir. Bir neçə tutmadan sonra hemoliz, sümük iliynin zədələnməsi nəticəsində anemiya, trombositopeniya inkişaf edir.

Tropik malyariya zamanı çox ağır fəsad olan serebral malyariya inkişaf edir. Bu zaman letallıq yüksək olur. Ağır fəsadlardan biri də böyrək çatışmazlığıdır.

Hamilə qadınlarda parazitemiya çox güclü olur. Xəstəlik ağır və fəsadlarla keçir. Anemiya inkişaf etdiyindən döl hipoksiyaya məruz qalır. Ciftə artıb-çoxalan parazitlər ana ilə döl arasındakı mübadiləni pozur və immun reaksiyalara səbəb olur. İmmuniteti zəifləyən analarda hamiləlik düşük və ya erkən doğumla nəticələnə bilər.

Yenidoğulmuşda malyariyanın əlamətləri 2-4 həftədən sonra meydana çıxır. Onlarda temperatur yüksəlir, əmmə zəifləyir, anemiya, hepatosplenomeqaliya müşahidə edilir.

Diagnoz anamnez, xəstəliyin əlamətləri və qanda plazmodiumun tapılmasına əsasən qoyulur. Paraziti tapmaq üçün qan tutmalar zamanı götürülməlidir.

Müalicə və profilaktika əsasən xlorxinlə (rezoxin) aparılır. Bu preparata rezistentlik olduğu hallarda əlavə olaraq proqnamid verilir və ya müalicə mefloxinlə aparılır.

Hamiləliyin I trimestrində malyariya əleyhinə preparatlar vermək məsləhət görülmür. Əmizdirmə zamanı da verilmir, çünki, süd ilə uşağa keçir.

§ 4.7. Respirator distress sindrom, dölün hipoksiyası

Dölün hioksiyası termini 1995-ci ildə qəbul edilmişdir. Bu patologiya **dölün respirator distress sindromu** – RDS (depressiya, əsəb, əziyyət) və **asfiksiya** terminləri ilə də adlandırılır. Asfiksiya (nəbzətsiz) termini şərtdir, çünki, oksigen çatışmazlığı həmişə ürək döyüntülərinin azalması ilə müşayiət olunur. Hal-hazırda „asfiksiya” terminindən oksigen çatışmazlığı ilə doğulan yenidoğulmuşların vəziyyətini xarakterizə etmək üçün istifadə edilir.

Dölün və yenidoğulmuşun hipoksiyası perinatal xəstəlik və ölümün əsas səbəbidir. Bütün doğuşların 5-10%-də rast gəlinir.

Hamiləliyin müxtəlif aylarında oksigen çatışmazlığının təsiri embrion və döl üçün eyni olmur. Distress sindromu 30 həftədən sonra yaranıqda proqnoz nisbətən yaxşıdır, Kəsar əməliyyatı ilə döl götürülür. Orqanogenez dövründə kəskin hipoksiya embrionun inkişafının ləngiməsinə və inkişaf anomaliyalarına səbəb olur. Oksigen açlığı döldə boy artımının ləngiməsinə, MSS-nin zədələnməsinə, postnatal dövrdə adaptasiya prosesinin pozulmasına, ölü doğulmaya və erkən neonatal dövrdə yenidoğulmuşun ölümünə səbəb olur.

MSS-də müxtəlif dərəcəli pozğunluqlar baş verir: yüngül funksional, keçici və ağır anatomik dəyişikliklər və ölüm. Müəyyən olunub ki, hipoksiyanın bütün formalarında müxtəlif nevroloji pozğunluqlar, əqli inkişagdan geri qalma və s. baş verə bilər. Sinir psixiki xəstəliklərin 80%-i perinatal hipoksiyanın nəticəsidir. RDS–a həm ayrıca xəstəlik, həm də ana-cift–döl sistemində əmələ gələn müxtəlif patoloji proseslərin nəticəsi kimi baxılır.

Təsnifat. Gedişinə görə kəskin, yarımkəskin və xroniki hipoksiya ayrılır.

Xroniki hipoksiya ananın xəstəlikləri və hamiləlik ağırlaşmaları nəticəsində yaranır. Bu zaman döl uzun müddət lazımı qədər oksigen almır.

Yarımkəskin hipoksiya adətən doğuşa 1-2 gün qalmış baş verir. Müxtəlif fetopatiyalar nəticəsində əmələ gəlir, dölün adaptasiya imkanlarını zəiflədir.

Kəskin hipoksiya bir qayda olaraq doğuş, nadir hallarda hamiləlik zamanı baş verir. Səbəb, cift gəlişləri, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və uşaqlıq cırılması olur.

Bir çox hallarda kəskin və xroniki hipoksiya müştərək rast gəlinir. Belə hallarda proqnoz çox pislidir.

Dölün hipoksiyası müddətinə, intensivliyinə və inkişaf mexanizminə görə qruplara ayrılır.

Inkişaf mexanizminə görə:

– Arterial-hipoksemik hipoksiya zamanı ana-cift qan dövrəsinə lazımı qədər oksigen çatmır.

– Hemodinamik–sirkulyar hipoksiya zamanı qanda oksigenin səviyyəsi normal olduğu halda, toxumalara kifayət qədər çatmır.

– Hemik–işemik və ya anemik hipoksiya zamanı hemoglobinin oksigenlə birləşmə qabiliyyəti azalır, ya da artır.

Dölün hemolitik xəstəlikləri zamanı eritrositlərin sayı azalır, hipoxrom anemiya zamanı hemoglobinin oksigenlə birləşməsi pozulur. Methemoglobinemiya, orağabənzər hüceyrəli anemiya, asidoz, hiperemiya və digər hallarda hemoglobinin oksigənlə birləşməsi zəifləyir. Talassemiya, alkoloz, hipotermiya və s. hallarda hemoglobinin oksigenlə birləşmə qabiliyyəti artır.

– Toxuma hipoksiyası zamanı hüceyrələr lazımı miqdarda oksigəndən istifadə edə bilmir.

Ağır oksigen açlığı zamanı döldə qarışıq tipli hipoksiya müşahidə edilir. Bu zaman toxumaları oksigenlə təmin edən bir neçə sistemin funksiyası pozulur.

Yaranma vaxtına görə: hamiləlik zamanı; doğuş zamanı;

Ağırlıq dərəcəsinə görə: yüngül; orta ağır; ağır.

Etiologiya və patogenezi. Xroniki hipoksiya aşağıdakı səbəblərdən yaranır.

– Ana faktorları – ana qanının oksigenlə zənginləşməsinə və oksigenin daşınmasına mane olan xəstəliklər: dekompensasiyalı ürək qüsurları, şəkərli diabet, tənəffüs sistemi xəstəlikləri, böyrək patologiyaları, anemiya, intoksikasiyalar və s. Zərərli peşə faktorlarının da rolu vardır.

– Cift faktorları–cift damarlarının akklüziyası, cift membrandakı dəyişiklikləri və cift sahəsi-

nin qan dövranından ayrılması (hipertenziv vəziyyətlər, gecikmiş doğuş, cift ayrılması, çoxmaylilik və s.).

– Döl faktorları–oksigenin döl tərəfindən mənimsənilməsini pisləşdirən xəstəliklər (dölün hemolitik xəstəliyi), oksigenin daşınmasını pozan xəstəliklər (dölün anemiyası, göbək patologiyaları, inkişaf qüsurları), oksigenə olan tələbatın atılması (nəhəng döl, çoxdöllü hamiləlik).

Xəstəliyin patogenezinə aşağıdakılar baş verir: ana və döl arasında qaz mübadiləsinin pozulması; metabolik pozğunluqlar; hüceyrə, orqan və sistemlərin əvvəl funksional, sonra anatomik zədələnməsi.

Ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, ciftin ana səthindən dölə qeyri adekvat perfuziyası, göbək ciyəsinin sıxılması nəticəsində qan axınının kəsilməsi dölün kəskin hipoksiyasına səbəb olur. Oksigen çatışmazlığı mübadilə proseslərinin və döl orqanizminin funksiyalarının pozulmasına gətirib çıxarır; bu terminal vəziyyətin yaranmasına səbəb olan əsas faktordur.

Döldə mikrosirkulyasiya pozulur, fermentativ proseslərin aktivliyi artır, maddələr mübadiləsi pozulur, asidoz inkişaf edir, hemostaz pozulur. Hemostazın parametrləri hipoksiyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişir.

Dölün hipoksiyasının erkən mərhələlərində həyati vacib orqan və sistemlərin saxlanılmasına yönəlmiş kompensator-müdafiə reaksiyaları baş verir. Oksigen çatışmazlığının təsirindən beyin və böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin funksiyası, katexolaminlərin və digər vazoaaktiv maddələrin miqdarı artır. Nəticədə taxikardiya baş verir, periferik damarların tonusu artır. Taxikardiya, qan dövranının mərkəzləşməsi və qanın orqanizmin müxtəlif nəhiyyələrinə paylaşmasında baş verən dəyişikliklər nəticəsində ürəyin dəqiqəlik həcmi, beynin, böyrəküstü vəzilərin, ciftin qan təchizatı artır. Dalağın, böyrəklərin, bağırsaqların, sklet əzələlərinin və dərinin qan təchizatı isə azalır. İşəmiya nəticəsində anal sfinkteri açılır, mekonium dölyanı mayeyə qarışır. Uzun sürən və ağır hipotoniya əksinə böyrəküstü vəzilərin funksiyasını aşağı salır, qanda kortizol və katexolaminlərin səviyyəsi azalır. Hormonal rəqulyasiyanın pozulması həyati vacib mərkəzlərin zəifləməsinə, A/T-in enməsinə, ürək yığılmalarının azalmasına səbəb olur.

Makro və mikrohemodinamikadakı ağır dəyişikliklər həyati vacib orqanlarda işəmiya və nekrozun inkişafına səbəb olur. Beyində ödem və kiçik qansızmalar baş verir. Tənəffüs və ürək–damar funksiyalarını rəqulə edən mərkəzlər pozulur.

Beyində tənəffüs yüksək olduqda, hətta fizioloji doğuş zamanı belə bu pozğunluqlar massiv qansızmalara fon ola bilər və serebral iflicin inkişafına zəmin yaradar. Hamiləlik zamanı dölün hipoksiyasının əlamətləri zəif biruzə verir. Hipoksiyanın erkən vaxtlarında dölün hərəkəti aktivliyi artır. Bunu hamilə qadın hiss edir. Proqressivləşən və uzun sürən hipoksiya zamanı dölün hərəkətləri zəifləyir və itir. 1 saat ərzində hərəkətlərin sayı 3 dəfədən azdırsa, bu patologiyadır və təcili müayinələr aparılmalıdır.

Diaqnoz. Hipoksiyanın diaqnozunun vaxtında qoyulması bir sıra ağır patologiyaların və ölü doğulmanın qarşısını alır. Diaqnostikada müxtəlif müayinə metodlarının nəticələri kompleks şəkildə qiymətləndirilir.

Dölün funksional vəziyyətini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı müayinə metodlarından istifadə edilir: ürək vurğularını sayılması; fonokardioqrafiya (FKQ); elektrokardioqrafiya (EKQ); kardiotokoqrafiya (KTQ); ana-cift-döl siteminin dopplerometriyası; dölün biofiziki profili; ana və dölün qanında PO_2 və PCO_2 və süd turşusunun səviyyəsi; turşu-qələvi balansının göstəriciləri; xorial-qonadotropininin, estriolun, cift laktogenininin səviyyəsi və s.

Hipoksiyanın əsas əlaməti dölün ürək döyüntülərinin dəyişməsidir. Bundan başqa aşağıdakı əlamətlər meydana çıxır:

1. Ürək vurğusu karlaşır (aydın eşidilmir);

– hər sancıdan 20-30 san. sonra, dölün ürək döyüntüləri 160 vur/dəq-dən çox olur;

– sancılar arası dövrlərdə (pauzalarda) ürək döyüntüləri 100 vur/dəq-dən az olur. Belə hallarda toxumalarda oksigen aclığı yaranır.

Dölün hipoksiyası zamanı EKQ, FKQ-da QRS kompleksində deformasiya olur. Onun müd-

dəti 0,07 s-yə, PQ-da 0,12 s-yə çatır. FKQ-da küy təyin edilir.

2.Digər əlamət baş gəlişində dölyanı mayeyə mekonium qarışmasıdır. Bu əlamətin olması dö-lün hipoksiyasını göstərir. Lakin bəzən hipoksiya zamanı bu əlamət olmur. Çanaq gəlişlərində dö-lyanı mayeyə mekoniumun qarışması mexaniki təsirdən olur və hipoksiyanı göstərmir. Dölyanı ma-yeyə mekonium qarışdıqda onun rəngi yaşılımtıl-sarı olur.

3.Dölün hipoksiyası əlamətlərindən biri onun hərəkəti aktivliyinin dəyişməsidir. Normal halda hamiləliyin 32-ci həftəsində, döl 12 saat ərzində 90-100 hərəkət edir. Sonra hərəkətlərin sayı getdik-cə azalır, hamiləliyin sonunda bu rəqəm 40-50-ə çatır. 12 saat ərzində hərəkətlərin sayının 10-20 ol-ması **hərəkətlərin kritik tezliyi** hesab edilir. Hərəkətlərin xarakteri də nəzərə alınır: uzun və qısa, tək-tək və çoxsaylı, zəif və güclü. Dölün hərəkətləri eyni vaxtda, 1 saat ərzində (səhər 8-9 arası, 9-10 arası) sayılmalıdır. Hərəkətlərin kəskin sürətlənməsi və ya azalması, xüsusilə itməsi dölün vəziy-yətinin pis olduğunu göstərir. Normada döl 10 dəqiqə ərzində $2,3 \pm 0,2$ hərəkət edir.

Dölün hipoksiyasını təyin etmək üçün aşağıdakı sınaqlardan istifadə edilir:

– Hamilə qadın müvəqqəti olaraq nəfəs almır. Belə halda oksigen açlığı yaranır, dölün ürək dö-yüntülərinin tezliyinin dəyişməsi aydın görünür. Normal halda qadın nəfəs alarkən dölün ürək döyüntüləri tezləşir, nəfəs verərkən 7-10 vuruğu azalır.

– Temperatur sınağı. Normal halda qadının qarnının ön divarına qısa müddətli soyuq qıcıq ve-ril-dikdə, dölün ürək vuruqları 8-9 vuruğu azalır, isti qıcıq veridikdə 13-14 vuruğu artır. Hipoksiya za-manı dölün adaptasiyası prosesi pozulur. Yəni bu cavabı vermir.

– Oksigen sınağı. Hamilə qadına 10 dəqiqə ərzində oksigen verilir. Sonra dölün ürək döyüntü-ləri sayılır. Əgər dölün ürək döyüntüləri 160 vur/dəq-dən çox və ya 100 vur/dəq-dən az olarsa, bu hipoksiyadır. Ananın aldığı oksigen dölə çatmır.

Müasir dövrdə dölün bətn daxili vəziyyəti USM-si, KTQ və doppleroqrafiya ilə qiymətləndi-rilir. Uşaqlıq arteriyası və göbək ciyəsi damarlarında qanın sürəti təyin edilir, ana-cift-döl qan döv-ranı haqqında məlumat alınır. İlk müayinə 16-20-ci həftədə aparılır.

Doppleroqrafiya ilə dölün kritik vəziyyəti daha tez aşkar edilir. KTQ-da uşaqlıq yığılmaları ilə dölün ürək vuruqlarının əlaqəsi öyrənilir. Gec yavaş aksellerasiya və ya dəyişkən yavaş akselle-rasiyalar hipoksiyadan xəbər verir. Bundan başqa stressiz və stresli testlər əhəmiyyətli məlumat ve-rir. Bazal ritm, amplitudada və aksellerasiyaların dəyişməsi dəyərləndirilir. KTQ zamanı dölün və-ziiyyətinin 4 baldan aşağı qiymətləndirilməsi hipoksiya olduğunu göstərir. Dölün vəziyyətini qi-y-mətləndirmək üçün ən informativ və dəqiq üsul sonuncu trimestrdə aparılan USM-si və kardiomani-tor nəzarətdir.

Dölün bətn daxili vəziyyətini qiymətləndirmək üçün onun **biofiziki profili** təyin edilir. Bu 5 dəyişən parametrlərə əsslanır. Dölün biofiziki profilinin qiymətləndirilməsi 28 həftəlikdən təyin edilir.

Dölün hipoksiyasını aşkar etmək üçün döl qanının turşu-qələvi vəziyyəti araşdırılır. Dölün ba-şının dərisindən qan götürülür, normada pH=7,28-7,30 olur. pH-ın vəziyyətinə görə doğuş taktikası seçilir:

– pH-7,25 olduqda müşahidə davam etdirilir və doğuş konservativ idarə olunur;

– pH –7,25-7,20 olduqda təcili təkrarı müayinə aparılır, eyni nəticə alındıqda (pH-7,20 və daha az) doğuş təcili məşalarla və ya Kesar kəsiyi əməliyyarı ilə başa çatdırılır;

– pH-7,18 və daha aşağı olduqda təcili operativ əməliyyatla doğuş başa çatdırılır.

Profilaktika. Hipoksiyanın profilaktikasında hamilə qadının ekstragenital xəstəliklərinin və hamiləlik ağırlaşmalarının vaxtında aşkar edilib, müalicə edilməsinin böyük əhəmiyyəti var.

Müalicəvi tədbirlərin məqsədi ana-cift-döl qan dövrənini yaxşılaşdırmaq, dölün metabolik asidozunu aradan qaldırmaqdır.

Hipoksiyanın müalicəsinin komponentlərindən biri oksigenoterapiyadır. 15 dəqiqəlik fasilə ilə oksigen verilir. Döl qanında oksigen az olduqda arteriyalarda qan cərəyanı, ağ ciyər damarlarının müqaviməti zəifləyir, göbək ciyəsi damarları daralır.

Oksidləşmə – reduksiya proseslərini aktivləşdirmək üçün 200 ml 5%-li və ya 10% li qlüko-

za+2-4 ml 1% li sigetin damcı üsulu ilə vena daxilinə və ya 20-40% li qlükoza vena daxilinə vurulur.

F. Mannin və həmfikirləri (1980)

Cədvəl:19-1

Parametrlər	2 bal	0 bal
Dölyanı mayenin həcmi	Uşaqlıq boşluğunun çox hissəsində dölyanı maye görünür. Dölyanı maye-nin sərbəst sahəsinin şaquli ölçüsü iki perpendikulyar kəsişmədə 1 sm-dən çox olur.	Uşaqlıq boşluğunun çox hissəsində dölyanı maye görünür. Dölyanı mayenin sərbəst şaquli ölçüsü 2 perpendikulyar kəsişmədə 1 sm-dən çox olmur.
Dölün hərəkəti aktivliyi	30 dəqiqəlik nəzarət ərzində dölün gövdəsinin hərəkətləri 3 dəfədən artıq olur.	30 dəqiqəlik nəzarət ərzində dölün gövdəsi iki və daha az hərəkət edir.
Dölün tənəffüs hərəkəti	30 dəqiqə ərzində dölün tənəffüs hərəkəti 1 dəfədən az olmur, müddəti 30 san.-dən çoxdur.	30 dəqiqə ərzində dölün tənəffüs hərəkəti olmur və ya tənəffüs hərəkətinin müddəti 30 san.-dən azdır.
Dölün əzələ tonusu	Dölün ətrafları fleksiya vəziyyətində olur, başı döş qəfəsinə sıxılır, hərəkət edəndən sonra öz əvvəlki vəziyyətinə qaydır.	Dölün gövdəsi və ətrafları hissəvi və ya tam açılmış vəziyyətdə olur, əli açılır. Hərəkət edəndən sonra fleksiya vəziyyətinə qayıtmır.
Qeyri-stress test	30 dəqiqəlik müayinə ərzində dölün hərəkəti ilə bağlı 5 və ya daha çox aksellerasiya olur, amplitudası 15 vurğudan, müddəti 15 san.-dən az olmur.	30 dəqiqəlik nəzarət ərzində ikidən az aksellerasiya olur, amplitudası 15 vurğudan müddəti 15 san.-dən az olur.

Hiperkapniyanı aradan qaldırmaq üçün 10-20 ml 10% li calsium qlükonat təyin edilir.

Ana-cift qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün tokolitiklər (adrenomimetiklər) – partusisten, bo-roten, eufillin, kurantil, trental, gineplal, alupen verilir.

Vaxından əvvəl doğuş təhlükəsi olduqda, dölün ağ ciyərlərində surfaktant sistemini yetişdirmək üçün deksometozon təyin edilir.

Xroniki hipoksiya və hipotrofiya zamanı lipid itkisinin qarşısını almaq üçün fosfolipidlər təyin edilir. Bu məqsəd ilə essensialdən istifadə edilir.

Qanın reoloji xüsusiyyətini yaxşılaşdırmaq üçün vena daxilinə və ya per os reopoliqlükün, reomakrodeks, heparin, trental verilir.

Ana orqanizmində və feto-plasentar sistemdə metabolik prosesləri yaxşılaşdırmaq üçün oksigenoterapiya (hiperbarik oksigenizasiya) ilə birlikdə amination, aminturşular, qlükoza, kokarboksil-laza, ATF, metionin təyin edilir.

Doğuş zamanı dərmanların təsirindən (uterotoniklər, narkotik və başqa dərmanlar) dölün hipoksiyası başlayarsa, doza azaldılmalıdır.

Dinamik müşahidə zamanı dölün vəziyyəti pisləşirsə doğuşu təcili, yaxşı olar ki, əməliyyatla başa çatdırmaq lazımdır.

Dölün kəskin hipoksiyası inkişaf etdikdə (cift gəlişləri, cift ayrılması, göbək ciyəsi patologiyaları və s.) təcili Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılmalıdır.

§ 4.8. Cift çatışmazlığı

Cift ana və döl arasında qashılıqlı əlaqə yaradır. Onun çoxtərəfli funksiyaları var: trofik, metabolik, qaz mübadiləsi, endokrin, müdafiə və s. Ciftə yaranan anatomik və funksional dəyişikliklər **cift çatışmazlığı** adlanır. Bu zaman əsasən xorion xovları elementləri dəyişikliyə uğrayır.

Aşağıdakı hamilələrdə cift çatışmazlığı yarana bilər:

I qrup – yüksək dərəcəli risk qrupu. Bu qrupa hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, ürək-damar sistemi patologiyaları (hipertoniya, ürək qüsurları), hipertenziv sindromlu böyrək xəstəlikləri, uzun sürən anemiyası, RH və ABO üzrə izoseroloji uyğunsuzluğu, gecikmiş hamiləliyi, endokrin xəstəlikləri olan hamilələr aiddir.

II qrup – orta dərəcəli risk qrupu. Bu qrupa genital infantilizmi, çoxdöllü hamiləliyi, preeklampsiyası olan hamilələr aiddir.

III qrup – yüngül dərəcəli risk qrupu. Bu qrupa 18 yaşa qədər və ya 30 yaşdan yuxarı ilk doğanlar, mədə bağırsaq sistemi xəstəlikləri olanlar aiddir.

Bütün risk qrupu faktorları aşağıdakı qruplara bölünür. (O.Q.Frolov və E.İ. Nikolayeva)

1.Sosial–bioloji faktorlar-valideynlərin yaşı, zərərli vərdişlər ailə vəziyyəti və s – 1-4 bal;

2.Ağırlaşmış mamalıq anamnazi – əvvəlki doğuşlarda ağırlaşmalar, vaxtından əvvəl doğuşlar, sonsuzluq, cinsiyyət orqanları qüsurları – 4 bal; perinatal ölüm – 8 bal.

3.Dekomprnsasiyalı ekstragenital xəstəliklər – 10 bal.

4.Hazırkı hamiləliyin ağırlaşmaları (düşük təhlükəsi) – 6-10 bal.

5.Dölün inkişafının pozulması (hipotrofiya) – 10-20 bal.

10 baldan yuxarı – yüksək, 5-9 bal orta, 5 baldan aşağı yüngül dərəcəli risk olduğunu göstərir.

Cift çatışmazlığı birincili və ikincili olur.

Birincili cift çatışmazlığı hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər, cift formalaşdığı zaman yaranır. Patologiya endokrin, genetik və infeksiya faktorlarının təsirindən meydana çıxır. Əsas yeri desidual toxumanın fermentativ çatışmazlığı tutur. Cift çatışmazlığının bu formasında çox vaxt hamiləliyin erkən pozulması, embrionun və ya dölün tələf olması, anadangəlmə inkişaf qüsurları baş verir.

İkincili cift çatışmazlığı hamiləliyin 16-cı həftəsindən sonra artıq formalaşmış ciftə inkişaf edir. Səbəbi çox vaxt ananın ekstragenital xəstəlikləri və hipertenziv vəziyyətlər olur.

Klinik olaraq kəskin və xroniki cift çatışmazlığı ayırd edilir.

Kəskin cift çatışmazlığı cift gəlişlərində, vaxtından əvvəl cift ayrılmasında, hipertoniya, uzanmış doğuş, diskoopdinasialı uşaqlıq yığılmaları zamanı, göbək ciyəsi anomaliyalarında və s. baş verir. Bu zaman uşaqlıq-cift qan dövranı sürətlə pozulur. Cift infarktı, onun vaxtından əvvəl ayrılması baş verir. Kəskin cift çatışmazlığında əsasən tənəffüs funksiyası pozulur, əsas simptom hipoksiyadır.

Xroniki cift çatışmazlığı II və ya III trimestrdə inkişaf edir, uzun sürür. Müxtəlif risk faktorları tərəfindən törənir (böyrək xəstəlikləri, hipertoniya, nikotin, alkohol, qanaxmalar). Xroniki cift çatışmazlığı zamanı qidalanma funksiyası pozulur, döl inkişafdan qalır.

Cift çatışmazlığının əsasını uşaqlıq-cift qan dövranının pozulması təşkil edir. Uşaqlıq-cift qan dövranının pozulmasına, gələn qanın (hipotoniya, ürək qüsurları) və həmçinin gedən qanın (uşaqlıq tonusunun yüksək olması, ödem sindromu) azalması səbəb olur. Paralel olaraq ana və döl qanının reoloji və koagulyasiya xüsusiyyətləri pozulur.

Göstərilən bu dəyişikliklər dölə terotogen təsir göstərir, ciftin baryer funksiyasını pozur. Bu da müxtəlif agentlərin ciftə keçməsinə səbəb olur. Bir qayda olaraq cift çatışmazlığı dölün inkişafdan qalmasına və ya inkişafının dayanmasına səbəb olur.

Diagnoz USM-si, dopplerografiya əsaslanaraq təsdiqlənir.

Kəskin cift çatışmazlığında təcili doğuşu başa çatdırmaq lazımdır. Xroniki cift çatışmazlığında 7-14 gündən bir USM-si, KTQ (stressli və stressiz testlər) ilə dölün vəziyyəti qiymətləndirilməlidir. Cift çatışmazlığını yaradan səbəb araşdırılıb, müalicə olunmalıdır. Cift çatışmazlığının fəsadları (hipoksiya və BDİL) müalicə olunmalıdır.

§ 4.9. Dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsi (BDİL)

Fetoplasentar qan dövranının pozulması nəticəsində dölün böyüməsi və inkişafı ləngiyir.

Səbələri:

– ananın ekstragenital xəstəlikləri, hipertoniya, sidik-ifrazat sistemi xəstəlikləri, xroniki infeksiyalar;

– hamiləlik patologiyaları: hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər, qanaxmalar, çoxdöllü hamiləlik;

– ekoloji, professional istehsalat faktorları.

Dölün inkişafdan qalmasının 2 növü ayırd edilir: a) simmetrik b) asimmetrik,

Ağırliq dərəcəsinə görə 3 qrupa bölünür:

– I dərəcə – döl iki həftə inkişafdan geri qalır;

– II dərəcə – döl 2-4 həftəyə qədər inkişafdan geri qalır;

– III dərəcə – döl 4 həftədən çox inkişafdan geri qalır.

Bətdaxili inkişafın ləngiməsi birincili və ikincili olur.

Birincili BDİL cift çatışmazlığı və uşaqlıq anomaliyaları nəticəsində yaranır.

İkincili BDİL ananın müxtəlif xəstəlikləri (hipertoniya, anemiya, böyrək xəstəlikləri, diabet) və xarici mühit amillərinin (nikotin, alkohol, dərmanlar, qidalanma) təsiri nəticəsində yaranır.

Simmetrik formada dölün boyunun uzunluğu ilə çəkisi proporsional olaraq geri qalır. Bu forma hamiləliyin ilk həftələrində (16 həftəyə qədər) inkişaf edir. Səbəbi: xromosom anomaliyaları (Daun, Şereşevski-Terner və s); genetik sindromlar (fenilketonuriya, progeriya və s); anadangəlmə inkişaf qüsurları (ürək-damar sistemi qüsurları, mikrosefaliya və s); bətdaxili infeksiyalar (məxmərək, hepatit virusu, toksoplazmoz, sitomeqalovirus və s); ağır qidalanma pozğunluqları (aclıq, hipo və avitaminoz); ionlaşdırıcı şualar, zərərli vərdişlər (nikotin, alkohol, narkotiklər); medikamentoz terapiya (steroid hormonlar, antimetabolitlər, antiandrogenik dərmanlar); ananın xroniki hipoksiya ilə müşayiət olunan xəstəlikləri (ürək qüsurları, bronxial astma, tənəffüs orqanları xəstəlikləri).

Asimmetrik formada dölün uzunluğu normaldır, çəkisi geri qalır. Döl qeyri-bərabər inkişaf edir, onun qarın boşluğu və döş qəfəsi orqanları inkişafdan qalır. Ona görə qarın və döş qəfəsi kiçik olur. Başın ölçüləri normaldır, sonradan inkişafdan qalır. Bu forma hamiləliyin daha gec dövrlərində rast gəlinir.

Səbəbləri ananın ürək-damar sistemi xəstəlikləri, hamiləlik zamanı hiperenziv vəziyyətlər, diabet, anemiya, cift patologiyaları, hamiləlik zamanı qanaxmalar, çoxdöllü hamiləlik və s-dir. Bəzən simmetrik və asimmetrik formalar eyni vaxtda rast gəlinir.

Diagnoz anamnez və USM-nə əsasən qoyulur.

Anamnezdə əvvəlki hamiləliklərdə BDİL, bətdaxili və neonatal ölümün olub-olmaması araşdırılır. Ananın keçirmiş olduğu xəstəlikləri (böyrək xəstəlikləri, hipertoniya, anemiya, vərəm, qanaxmalar və s.) aydınlaşdırılır, onun siqaret, alkohol, narkotik istifadəçisi olub-olmaması müəyyən edilir.

Hamilənin çəki artımının azalması, uşaqlıq dibinin hündürlüyünün hamiləlik müddətinə uyğun gəlməməsi (aşağı olması) diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

USM-si BDİL –in diaqnostikasında ən informativ metoddur. Bu zaman dölün başının və döş qəfəsinin ölçüləri standartlarla qarşılaşdırılır. USM-si ilə azmayelilik də aşkar olunur. 40% hallarda azmayelilik BDİL ilə birlikdə rast gəlinir. BDİL ilə yarımçıq doğulmuşlar arasında differensasiya aparmaq lazımdır. Bütün doğulanların 6-9%-i 2500 qr-dan az çəki ilə doğulur. Bunların yalnız bir hissəsi BDİL ilə doğulanlardır. Dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsinin profilaktikası yolları:

1.Risk qrupunu formalaşdıran etioloji və patogenetik faktorların aşkarlanması və öyrənilməsi. Bu anamnez, dinamik müşahidə və ixtisaslı həkimlərin müayinəsi hesabına mümkündür

2.Risk qruplu hamilə qadınların xüsusi metodlarla dispenser müşahidəsi (dinamikada). USM-si hər 2-4 həftədən bir, bədən çəkisinin artmasına nəzarət bütün zərərli faktorların aradan qaldırılması.

3.Hamiləlik zamanı gigiyena və dietaya ciddi nəzarət, rəşional qidalanma, təbii qida məhsullarından istifadə, müalicə idmanı, gündüz yuxusu.

4.Hamiləlik ağırlaşmaları və ekstragenital patologiyaların müalicəsi (hamiləlik zamanı hiper-

tonik vəziyyətlər, infeksiyalar, düşüklə təhlükəsi, dölün hipoksiyası, cift patologiyaları)

5. Dölün inkişafdan qalmasının ilk stadiyalarda aşkarlanması və adekvat müalicə.

Dölün inkişafdan qalması aşkarlanan kimi lipid itkisinin qarşısını almaq üçün fosfolipidlər təyin edilir. Bu məqsədlə essencealedən istifadə edilir. Essenceale ana-cift qan dövrənini, dölün maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırılır, dölün çəkisini artırır. Hamiləliyin III trimestrində 10 gün 10 mq essenceale 200 ml 5%-li qlükoza ilə vena daxilinə vurulur. Sonra doğuşa qədər hamilə qadın gündə 5 kapsul essenceale qəbul edir. Döl doğulduqdan sonra 7 gün 1-2 ml essenceale 5%-li 10 ml qlükoza ilə vena daxilinə vurulur. BDİL-in əsas müalicəsi erkən doğumdur. Doğum uşaq bətdən xaric yaşama qabiliyyətli, olduqdan sonra yəni 32-34-cü həftələrdə aparılmalıdır. Buna qədər uşağın ağ ciyərlərində surfaktantı yetişdirmək lazımdır. KTQ patoloji ürək vurğuları göstərsə və ya uşaqlıq boynu doğuşa hazır deyilsə, Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır. Stress testi ilə ürək vurğuları (KTQ) və kifayət qədər gücə malik cift olduğu halda oksitosin və ya prostoglandinlərin yardımı ilə doğuşu təbii yolla başa çatdırmaq olar. BDİL-i olan uşaqların xarici mühitə adaptasiyası da çətin olur. Ona görə neonatoloq doğuşda iştirak etməli, uşaq doğulan kimi intensiv terapiya başlanılmalıdır. BDİL-i olan uşaqlar bir neçə il ərzində yaşadlarına çatır. İnkişafdan ləngimə çox olduqda belə uşaqlarda nevroloji, intellektual və psixo-somatik gerilik son-rakı illər də davam edir.

§ 4.10. Dölün və yenidoğulmuşun hemolitik xəstəlikləri

Uzun illər bu xəstəliyin səbəbi məlum deyildi. 1940-ci ildə Landşteyner və Vinner insan eritrositlərində yeni aqqlütinogen kəşf etdilər. Bu, makakus-rezus meymununun qanındakı aqqlütinogenlərlə indektik idi. Rezus faktor (RH) adlandırılan bu aqqlütinogen irsidir, dominant tiplə keçir. İnsanların 85%-də var.

Etiologiya. Hemolitik xəstəlik ana ilə döl arasında izoserioloji uyğunsuzluq nəticəsində yaranır. Bu uyğunsuzluq əksər hallarda RH-a görə, az hallarda qan qrupuna (ABO) və Kell, Daffi, Kidd və s. faktorlara görə olur.

Patogenezi. Müsbət rezuslu döldən ana qanına rezus aqqlütinogenləri keçir (şəkil:19-15 A). Mənfi rezuslu anada bu aqqlütinogenlərə qarşı RH aqlütininlər yaranır (şəkil:19-15 B). Cift baryerini keçərək aqlütininlər döl qanına keçir və eritrositlərin ölümünə səbəb olur (şəkil:19-15 C). Adətən rezus konflikt birinci hamiləlikdə baş vermir. Döl anticisimlərin təsirinə məruz qalmadan doğulur. Amma ana qanında bu anticisimlər qalır və növbəti hamiləliklərdə dölə təsir edir. Ana əvvəllər RH(+) qanla hemotransfuziya almışsa (xüsusilə uşaq vaxtı) o immunizasiya olub və birinci döl də anticisimlərin təsirinə məruz qalır. RH-faktor hamiləliyin 3-8-ci günlərində formalaşır. Elə bu andan hamilə qadının immunizasiyası başlayır.

„0” qan qrupuna malik olan ana „A” və „B” qan qrupuna (atadan alır) malik dölə hamilə olduqda ana qanında natamam aqlütininlər yaranır. Bu aqlütininlər cift baryerini keçərək döldə hemolitik xəstəlik yaradır. ABO qruplarına görə konflikt 10-15% hallarda rast gəlinir və adətən xoş xassəlidir.

Normal halda cift döl eritrositlərini keçirmir. Lakin ən kiçik travmalar, xovların qansızmaları, infeksiya zədələnmələr döl qanının ana qanına sızması (DAT-döl-ana transfuziyası) ilə nəticələnir. 0,1 ml RH (+) qanın mənfi rezuslu ananın qanına düşməsi ananın immunizasiyasına kifayət edir (Diamond). Ana qanında yaranmış anticisimlər cift damarlarından keçib, döl eritrositlərinin membranının lipoprotein hissəsində olan rezus antigenlə kompleks birləşmə əmələ gətirir. Bu da eritrositlərin hemolizinə səbəb olur. Dölün hemolitik xəstəliyinin ağırlığı ananın sensibilizasiya dərəcəsindən asılı olmur. Bir sıra hallarda anticisimlərin titri az olsa belə ağır hemolitik sindrom inkişaf edir. Anada olan ekstragenital (ürək, qara ciyər, böyrək xəstəlikləri, diabet) konfliktin kəskinləşməsinə səbəb olur. Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər də konfliktin gedişini ağırlaşdırır. „Natamam” anticisimlər yarandıqda eritrositlər lizisə uğrayır, qara ciyərin, böyrəklərin, beynin funksiyaları pozulur. „Tam” anticisimlər yarandığı zaman kapilyarların trombozu və toxumaların işemik

nekrozu inkişaf edir.

Eritrositlər sürətlə parçalandıqda dölün plazmasında bilirubinin səviyyəsi artır. Döl qara ciyəri yetkin olmadığı üçün sərbəst bilirubini birləşmiş bilirubinə çevirə bilmir. Qanda bilirubinin səviyyəsi artır, dəri örtükləri saralır. Sərbəst bilirubin metabolizmi pozur. Dölün qara ciyərinin zülal yaratma funksiyası pozulur, qanda zülalın miqdarı azalır. Nəticədə qanın onkotik təzyiqi dəyişir, damar keçiriciliyi artır, qanın maye hissəsi toxumalara keçir, ödem və ürək çatışmamazlığı inkişaf edir. Böyük qan dövründəki durğunluq, mayenin qarın və döş boşluğuna keçməsi-nə, anasarkanın yaranmasına səbəb olur.

Eritrositlər parçalanarkən qanda laxtalanma amilləri aktivləşir və fibrinolitik fermentlərin fəallığı yüksəlir. YDL sindromu inkişaf edir. Bu parenximatoz orqanlarda (qara ciyər, böyrək, beyin) mikrosirkulyasiyasını pozur. Dölün eritrositlərinin kütləvi hemolizi dölün tələf olmasına səbəb olur. Demək olar ki, hər 3-cü döl tələf olur. Döl tələf olmamışsa çox vaxt yenidoğulmuş həyatının ilk saatlarında ürək-ağ ciyər çatışmazlığından tələf olur.

Ana qanında anticisimlərin miqdarı hamiləliyin son gününə qədər artır. Doğuş anında kəskin aşağı düşür. Cift damarları zədələnir, böyük miqdarda anticisimlər döl qanına keçir və hemoliz güclənir. Zəhinin südündə də anticisimlər aşkar olunur. Bu doğuşdan sonra 2 həftə davam edir.

Yenidoğulmuşda hemolitik xəstəliyin inkişaf etməsində onun qara ciyərinin fermentativ aktivliyinin aşağı olması əhəmiyyətli rol oynayır.

Normal halda lizisə uğramış eritrositlərdən azad olmuş hemoqlobindən retikuloendotelial hüceyrələrdə sərbəst bilirubin yaranır. Sonra sərbəst bilirubin qara ciyərdə qlükouroniltrasferaza fermentinin təsirindən qlükuron turşusu ilə birləşir və birləşmiş bilirubinə çevrilir. Birləşmiş bilirubin suda yaxşı həll olur və qara ciyər hüceyrələrindən öd axacaqlarına çıxarılır, sonra sidik və nəcis vasitəsilə xaric olur.

Yenidoğulmuşun qara ciyərinin fermentativ aktivliyi aşağı olduğu üçün hətta fizioloji hemoliz zamanı da qanda sərbəst bilirubin tapılır və yenidoğulmuşun fizioloji sarılığını əmələ gətirir. Sərbəst bilirubin qanda albuminlə birləşmiş halda dövr edir. Belə halda o, hüceyrə membranından keçə bilmir. Lakin sərbəst bilirubinin miqdarı çox olduğu halda albuminlə əlaqəsi pozulur. Asanlıqla hüceyrə membranını keçir, xüsusilə lipidlərlə zəngin piy və sinir toxumasına daxil olur. Bilirubinin toxumalara keçməsinə bir sıra amillər kömək edir. Bunlara qanda albumin qatılığının az olması, asidoz, qanda bilirubinin albuminlə birləşməsinə mane olan hormonların, yağ turşularının, salisilatların, sulfanilamidlərin səviyyəsinin yüksək olması və s. aiddir.

Bilirubin sinir hüceyrələrinə toksiki təsir göstərir, onların tənəffüs prosesini pozur. Nəticədə MSS-in funksiyası pozulur, bilirubin ensefaliopatiyasının (nüvə sarılığı) klinik simptomları inkişaf edir. Bu zaman ya uşaq tələf olur, ya da ömür boyu davam edən nevroloji pozğunluqlar yaranır.

Rezus (izoserioloji) konflikt hamiləliyin gedişinə mənfi təsir göstərir. Özbaşına düşüklərin, erkən doğumların, anemiyanın, hipertenziv vəziyyətlərin, son və zahılıq dövrlərində qanaxmaların tezliyi artır.

Ana və yenidoğulmuşlarda irinli-septik xəstəliklərin sayı artır.

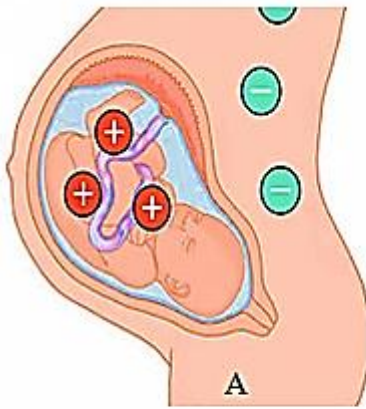
Yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyi bətdaxili dövrdə başlayır. Klinik simptomların intensivliyi döl qanındakı anticisimlərin konsentrasiyasından, sensibilizə olmuş eritrositlərin yaşama müddətindən, kompensator eritropoezdən, qara ciyərin fermentativ yetişkənliyindən asılıdır.

Klinika. Gedişinə görə hemolitik xəstəliyin 3 forması ayırd edilir:

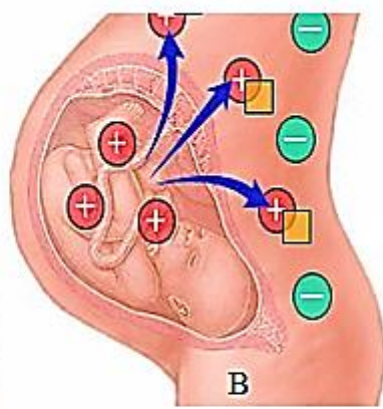
- anemik forma – sarılıqsız, ödemsiz hemolitik anemiya;
- sarılıqlı forma – sarılıqlı hemolitik anemiya;
- ödemli forma – ödemli hemolitik anemiya.

Anemik forma hemolitik xəstəliyin ən yüngül formasıdır. Sərbəst halda az rast gəlinir. Uşağın ümumi halı az pozulur, o vaxtında orta çəki ilə doğulur. Həyatının 7-10-cu günlərində dəri və selikli qişaların solğunluğu meydana çıxır. İlk vaxtlarda bu əlamət fizioloji eritema və ya fizioloji sarılıqla maskalanır. Qara ciyər və dalaq böyüyüb, əllədikdə bərkdir.

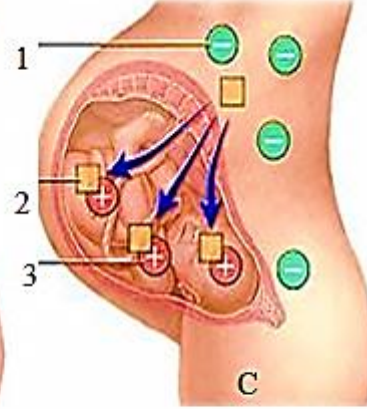
İzoimmun uyşmazlıq (Rh-konflikt) (şəkil:19-15)



Rh(+)döl , Rh(-)ana;



Dölün eritrositlərinin ana qanına keçməsi və antitelərin yaranması



Ana qnında yaranmış antitelərin döl qanına keçməsi :
1-Rh (-) ana qanı; 2- antici-simlər; 3- Rh(+) ata qanı

Hemolitik xəstəliyin formaları:



Ödemli forma və ödemli forma zamanı çiftin ödemi



Sarıqlıqlı forma



Opustotonus



Beynin bilirubinlə zədələnməsi



Nüvə sarılığı

Anemiya həyatın 2-3-cü həftəsindən güclənir. Eritrositlərin sayı $2 \cdot 10^{12}/l$, hemoqlobinin səviyyəsi 60-80 qr/l-ə qədər azalır. Anemiyanın əsas səbəbi eritrositlərin hemolizi deyil, sümük iliynin funksiyasının zəif olmasıdır. Anemiya normoxrom və hipoxrom olur. Retikulositoz, eritroblastoz, hiperbilirubinemiya qeyd olunmur, anizatoz müşahidə edilir. Proqnoz qənaətbəxşdir.

Sarıqlıq forma. Bu forma daha tez-tez rast gəlinir. Bəzən yüngül keçə bilər. Yüngül forma çox vaxt ABO qrup konfliktləri zamanı müşahidə edilir (şəkil:19-15).

Adətən uşaqlar vaxtında normal çəki ilə doğulur. Həyatın ilk günündən sarıqlıq meydana çıxır və getdikcə artır. Bəzən uşaq sarıqlıqla doğulur, dölyanı maye və pendirvari maddə də sarı rəngdə olur. Cift böyük, ətli, sulu və paylıdır.

Yenidoğulmuş yuxulu, süst olur, əzələ tonusu və refleksləri zəif olur, sorma aktı zəifdir. Dəri tünd sarı, sidiyi tünd, nəcisi əksinə açıq rəngli olur. Qara ciyər və dalaq böyüyüb, bərkdir. Vaxtında və adekvat müalicə başlanmazsa, bilirubin beyin hüceyrələrini zədələyir, nüvə sarılığı inkişaf edir.

İlkin simptomlar: sorma aktivliyi azalır, əzələ tonusu artır, baş arxaya atılır, əllər yumruq şəklində bükülür, tremor müşahidə oluna bilər. Üz maskaya bənzəyir, gözlər açıqdır, nistagm var „bətan günəş simptomu”, monoton qışqırıq, (beyin qışqırtısı) müşahidə edilir.

Sağ qalan uşaqlarda sinir-psixi inkişafdan geri qalma simptomları proqressivləşir. Bəzi hallarda sağalma baş verir, bütün simptomlar itir, uşaq aktivləşir, yaxşı əmir, çəkisi artır. Xəstəliyin ağırlaşmasının əsas göstəricisini qanda bilirubinin intensiv artmasıdır.

Ödemli forma. Ən ağır formadır (şəkil:19-15). Əgər döl ana bətnində ölməyibsə, yarımqıç doğulur və xarakterik xarici görkəmə malikdir. Bütün toxumalar ödemli, dəri və selikli qışalar solğun olur. Seroz boşluqlara maye toplanır (anasarka). Tezliklə ürək-ağ ciyər çatışmazlığı yaranır. Kəskin hepatosplenomeqaliya və anemiya müşahidə edilir. Leykoformula sola meyillidir. Qanda eritrositlərin sayı $1,5 \cdot 10^{12}/l$ -dən artıq olur, hemoqlobinin səviyyəsi 80 qr/l, eritrositlərin nüvəli formalarının sayı artmış olur (fetal eritroblastoz). Cift böyük və ödemlidir (şəkil:19-15). Yenidoğulmuş yaşama qabiliyyətli deyil; ya ölü doğulur, ya da həyatının ilk saatlarında ölür.

Patomorfolojiya. Hemolitik xəstəliyin sarıqlıq formasında qara ciyər, dalaq və böyrəklərdə çoxsaylı ekstramedulyar qanyaranma ocaqları aşkar olunur. Uzunsov beyin, baş beyin boz nüvələri intensiv sarı rəngdədir: mikroskopik olaraq nekroz ocaqları aşkar olunur.

Ödem formalı hemolitik xəstəlik zamanı kəskin anemiya, anasarka, seroz boşluqlarda transudat və qara ciyər, dalaq, böyrəklər, böyrəküstü vəzilər, limfotik düyünlər, çəngələbənzər vəzi və başqa orqanlarda çoxsaylı mieloid metoplaziya ocaqları aşkar edilir.

Diagnoz. Hamilələrdə Rh(-) izoimmunizasiyanın diaqnostikasında anamnezdən alınan məlumatların təhlili və laborator müayinələr əsas götürülür. Bütün hamilələrin qan qrupu və Rh faktoru təyin olunur. Qadının qanı Rh(-) olarsa ərinin də Rh faktoru təyin edilir. Onun qanı Rh müsbət olarsa, hamilələrdə M, G, A qlobinləri sinifinə aid olan antirezus anticisimlərinin titri müəyyən edilməlidir. Bu məqsədlə Kumbs sınağından istifadə edilir (düz və qeyri-düz).

İnsan qlobini ilə immunlaşdırılmış dovşan qanından Kumbs zərdabı alınır. Düz məhlulu ilə yuyulmuş eritrositlər izotonik məhlulla qarışdırılır və üzərinə Kumbs zərdabı əlavə olunur. Eritrositlərin aqlütinasiyasının dərəcəsi (1 və ya 2-4 müsbət işarəsi ilə qiymətləndirilir) və aqlütinasiyanın yaranma müddəti təyin edilir (1-5 dəq).

Anticisimlərin titri dinamikada təyin edilməlidir: 32 həftəyə qədər ayda 1 dəfə; 32 həftədən 35 həftəyə qədər 2 həftədən bir; 35 həftədən sonra hər həftə.

Ananın qanı 0(I), atanın qanı digər qrup olarsa, ananın qanında qrup anticisimlərinin titri təyin edilməlidir.

Dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsi RH(-) immunizasiya nəticəsində yaranan dəyişiklikləri erkən aşkarlamaq və dinamikada nəzarət etmək məqsədi ilə aparılır. Bunun üçün invaziv və qeyri-invaziv üsullardan istifadə edilir.

Qeyri-invaziv müayinə üsullarına DMM, USM, KTQ və s. aiddir.

Dopplerometrik müayinə (DMM) RH izoimmunizasiya zamanı qan axını sürəti (QS) əsasında döldə anemiyanın dərəcəsini dinamikada qiymətləndirməyə imkan verir. Anemiya zamanı

kompensator olaraq QS-i artır. Yaranan dəyişiklik dölün orta beyin arteriyasında (OBA) qanaxmanın maksimal sistolik sürətinin (Maks. QSS) ölçülməsi ilə təyin olunur. Hər hestasiya yaşı üçün OBA-da Maks. QSS-nin istinaq və keçid göstəriciləri müəyyən edilməlidir. Bu göstərici yüngül anemiyada $\geq 1,29$ MoM, orta ağır anemiyada $\geq 1,44$ MoM, ağır anemiyada $\leq 1,55$ MoM hesab edilir.

Dölün DMM monitorinqi risk qrupunun dərəcəsiindən asılı olaraq 18, 28, 32-ci həftələrdə aparılır. Hamiləliyin 35-ci həftəsindən sonra DMM-in göstəriciləri proqnostik cəhətdən etibarlıdır.

USM-si dölün orqanlarında stuktur dəyişiklikləri müəyyən etməyə imkan verir, çünki şiddətlənən anemiya nəticəsində bir çox orqan və sistemlərin funksiyası pozulur. USM-si müayinəsi ilə amniotik mayenin indeksi (AMİ), ciftin qalınlığı, göbək ciyəsi venasının diametri, baş və qarının həcmnin nisbəti, orqanların sruktur anomaliyaları və s. meyarlar qiymətləndirilir.

Hemolitik xəstəliyin ödemli formasında ciftin qalınlaşması, boşluqlara mayenin toplanması, hepatosplenomeqaliya, kardiomeqaliya, dölün baş, gövdə və ətraf dərialtı toxumasının ödemi, bağır-saq divarının ödemi aşkar edilir. USM-si ilə dölün yayılmış ödeminin (hydrops fetalis) aşkarlanması kritik vəziyyətin son mərhələsini bildirir.

Rh(-)izoimmunizasiya zamanı USM-si hamiləliyin 18-ci həftəsindən aparılır. DHX (dölün hemolitik xəstəliyi) zamanı hər həftə təkrarlanır.

Yüksək risk qrupuna aid olan hamilələrə UMS-si daha tez-tez, hər gün yaxud 1-2 gün intervalla aparılır. Anamnezində gecikmiş düşüklər, erkən doğumlar, DHX-i, Rh yoxlamadan hematerapiya aparılan RH(-) mənsubiyyətli hamilə qadınlar yüksək risk qrupuna aid edilir.

KTQ-hamiləliyin 28-ci həftəsində aparılır. Məqsəd dölün funksional vəziyyətini və dölün bətdaxili hipoksiyasını qiymətləndirməkdir. Dölün funksional vəziyyəti pozulduqda KTQ hər gün aparılır.

Ciftin və fetoplasentar kompleksin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün **hormonal müayinələr** aparılır. DHX-yi zamanı prolaktinin səviyyəsi artır, estriolun səviyyəsi aşağı düşür.

İnvaziv metodlara kordosentez və amniosentez aiddir.

Kordosentez hamiləliyin 18-ci həftəsində diaqnostik (dölün genotipi və anemiyanın dərəcəsi) və müalicə (hemotransfuziya) məqsədi ilə aparılır. Göstəriş: DMM nəticələrinə görə dölün ağır anemiyasıdır. Prosedur USM-si altında qarının ön divarından keçməklə göbək ciyəsindən qanın götürülməsindən ibarətdir. Dölün ağır anemiyası əlamətləri təyin edildikdə, kordosentez aparıldıqdan sonra təcili müayinə üçün qan götürülür; dölün qan qrupu, Hb, Ht təyin edilir və dərhal göbək ciyəsinə 0 (I) qrup Rh (-) qan köçürülür.

Kordosentez zamanı punksiya yerindən qanaxma, göbək ciyəsinin hematoması, DAT və s. kimi ağırlaşmalar ola bilər. Hamiləliyin pozulma təhlükəsi olduqda kordosentoz əks göstərişdir.

Amniosentez 2006-ci ilə qədər Rh-izoimmunizasiya zamanı əsas diaqnostik üsul hesab edilirdi. DMM-in üstünlüyü onun əhəmiyyətini azaltmışdır.

Hemolitik xəstəliyin proqnozunu müəyyənləşdirmək üçün Rh (+) qanı olan **atanın qanının genotipi** öyrənilir.

Rh(+) əlaməti homoziqotdursa, bütün hallarda uşağın qanı Rh (+)-dir.

Əlamət heteroziqotdursa, döl 50% hallarda Rh (+) qana malik olacaqdır.

Rh izoimmunizasiyası zamanı hamiləliyin idarə olunması. Tibb müəssisəsinə hamilə qadın müraciət etdikdə, ilk növbədə onun qan qrupu, Rh mənsubiyyəti müəyyən edilir. Əgər ananın qanı Rh(-)dirsə, atanın da Rh mənsubiyyəti təyin edilir. Atanın qanı Rh(+) olduqda ananın qanında anticisimlərin titri təyin edilir. İlk müayinədə hamilə qadının qanında anticisimlər olmadıqda, hamiləliyin 20-27-ci həftələrində yenidən titrin təyini təkrarlanır. Bütün müayinələrdə anticism tapılmırsa, rutin antenatal anti-D immunoprolaktika aparılır. 28-34-cü həftələrdə 1250 BV (250 mkq) Anti D İq təyin olunur.

İlk müayinədə hamilə qadının qanında anticisimlər tapılırsa, o perinatal mərkəzə göndərilməlidir. Ümumiyyətlə rezus sensibilizasiyası olan bütün hamilələr perinatal mərkəzdə müayinə və müalicə almalıdırlar. Sensibilizasiyanı azaltmaq üçün rezus anticisimlərinin olub-olmamasından asılı olmayaraq, həmçinin ABO sensibilizasiyası olduqda 3 kurs 10-12 günlük qeyri-spesifik desensibilizasiyaedici müalicə aparılır. Müalicə hamiləliyin 10-12-ci; 22-24-cü və 32-34-cü həftələrində

aparılır. Bu məqsədlə vena daxilinə 40%-li 20 ml qlükoza məhlulu, 5%-li 2 ml askorbin turşusu, 2 ml sigetin və 100 mqk kokarboksillaza vurulur. Peroral olaraq diozolin, rutin, kalsium-qlükonat, vit E verilir. Oksigenoterapiya aparılır.

Hamiləliyin II yarısında yüksək risk qrupna daxil olan və anticisimlərin titri yüksək olan hamilələrə plazmofarez və hemosorbsiya aparılır.

Plazmofarez 23-24-cü həftədən doğuşa qədər, həftədə 1 dəfə aparılır. Bu zaman anticisimlərin titri nəzarətdə saxlanılır. Plazma kristalloid və kolloid məhlullarla əvəz olunur. Hamilənin qanının formalı elementləri qan damarlarına qaytarılır (şəkil:19-16).

Hemosorbsiya məqsədi ilə aktivləşdirilmiş kömürdən istifadə olunur. Ağırlaşmış mamalıq anamnezi olan hamilələrə aparılır. Hemosorbsiya xəstəxana şəraitində hamiləliyin 20-24-cü həftələrindən başlayaraq aparılır. Hər seansda 8-12 l qan perfuziya edilir. Seanslar iki həftədən bir aparılır. Doğuşa bir həftə qalmış müalicə dayandırılmalıdır (şəkil:19-16).

Son illərdə yuyulmuş 0 (I) qruplu eritrositləri, formalı elementlər USM-si ilə dölnün qarın boşluğuna və ya göbək ciyəsinə yeridilir.

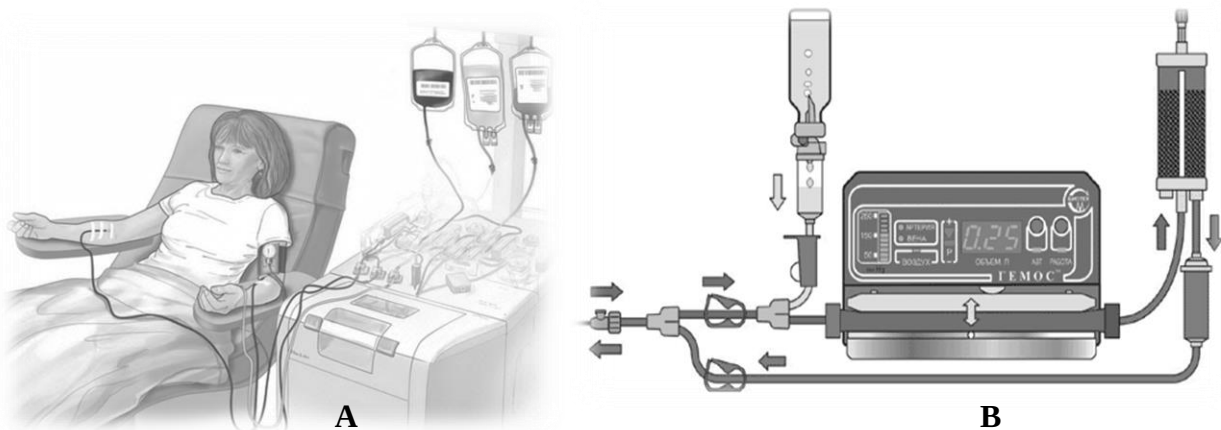
Hamiləliyin 28-ci həftəsindən kortikosteroidlər təyin etmək olar.

Rh izoimmunizasiyası zamanı hamiləliyin idarə olunma taktikası qanda anticisimlərin titrinə, dölnün DMM-nin (dopplerometriya müayinəsi) göstəricilərinə və hestasiya yaşına əsaslanır.

Qanda anticisimlərin titri $\leq 1:16$ nisbəti olduqda və DMM ilə anemiya təyin edilmədikdə 38-39-cu həftələrdə doğuşun induksiyası aparılır.

DMM zamanı döldə ağır anemiya aşkarlandıqda hestasiya yaşına uyğun taktika seçilir. Hamiləlik müddəti 34 həftədən az olduqda, kordosentez vasitəsilə döl qanı müayinə edilir. Döldə ağır anemiya aşkarlandıqda USM-nin nəzarəti altında göbək ciyəsi venasına eritrositar kütlə yeridilir. Ehtiyac olduqda bu 1-2 həftə sonra təkrarlanır.

DMM ilə ağır anemiya aşkar olunduqda və kordosentezin icrası üçün imkan olmadıqda dölnün respirator distress sindromunun (RDS) profilaktikası aparılmalıdır. Hamiləlik müddəti 34 həftədən çox olduqda doğuş təcili başa çatdırılmalıdır.



Şəkil: 19-16. A- Plazmofarez; B- Hemosorbsiya

Dölnün hemolitik xəstəliyi zamanı doğuşun başa çatdırılması üsulu hamiləliyin hestasiya müddəti, dölnün vəziyyəti, doğuş yollarının hazırlıq dərəcəsi və hamiləliyin sayı nəzərə alınmaqla seçilir. Bütün hallarda anticisimlərin kütləvi keçməsinin qarşısını almaq üçün göbək ciyəsi tez sıxılmalıdır.

Doğuş zamanı dölnün vəziyyətinə ciddi nəzarət olunur, hipoksiyanın profilaktikası aparılır. Uşaq doğulan kimi tez anadan ayrılır, göbək ciyəsindən qan götürülür, qan qrupu, bilirubinin səviyyəsi, Hb-nin miqdarı, RH faktoru təyin edilir. Kumb's sınağı aparılır. ABO sensibilizasiyası zamanı doğuş təbii yolla aparılır.

Hemolitik xəstəliklə doğulan yenidoğulmuşlara qan köçürmə lazım olduğu üçün göbək ciyəsi göbək həlqəsindən 2-3 sm aralı bağlanmalıdır.

Postnatal dövrdə ən effektiv müalicə üsulu əvəzləyici qanköçürmədir (şəkil:19-17).

Əvəzləyici və ya mübadilə qanköçürməsi ilə yenidoğulmuşun orqanizmindən anticisim və bilirubin xaric edilir, sensibilizə olunmamış eritrositlər daxil edilir. Bu proseduranı aparmaq üçün göstəriş:

- düz Kumbs sınağının müsbət olması;
- Hb-nin 90 q/l-dən az olması;
- bilirubinin səviyyəsinin 342 mkmol/l-dən az olmasıdır.

İlkin dövrlərdə yenidoğulmuşun orqanizmində qanyaranma zəiflədilir. Donor qanı müvəqqəti olaraq adi qan funksiyasını yerinə yetirir. Əvvəllər donor qanı kimi ancaq RH(-) qanından istifadə edirdilər. Sonralar müəyyən edildi ki, yenidoğulmuşun qanında azad anticisimlər yoxdur. Onlar eritrositlərlə birləşmiş haldadır. Buna görə də RH(+) qandan da istifadə etmək olar. Lakin, ağır formalı hemolitik xəstəliklərdə RH(-) qandan istifadə edilir.

Mübadilə qanköçürməsi zamanı köçürülən qanın və plazmanın miqdarı uşağın bədənində dövr edən qanın 2 misli qədər olmalıdır. Təxminən 80-90 ml/kq.

Donor qanının komponentlərini seçərkən uşağın və ananın qan qrupu və hemolitik xəstəliyin səbəbini nəzərə almaq lazımdır. Rezus konfliktli xəstələrdə: rezus mənfi RH(-), yenidoğulmuşun qanı ilə eyni və ya 0 (I) qrup qandan eritrositar kütlə və AB (IV) və ya yenidoğulmuşla eyni qan qrupundan olan plazma 2:1 nisbətində götürülür ABO sistemi üzrə hemolitik xəstəlikdə: 0 (I) qrupdan və ya yenidoğulmuşun qanı ilə eyni RH (-) eritrositar kütlə, AB(IV) qrupdan və ya yenidoğulmuşun qanı ilə eyni plazma 2:1 nisbətində götürülür.

Mübadilə qanköçürməsi zamanı aşağıdakı qaydalara əməl olunmalıdır:

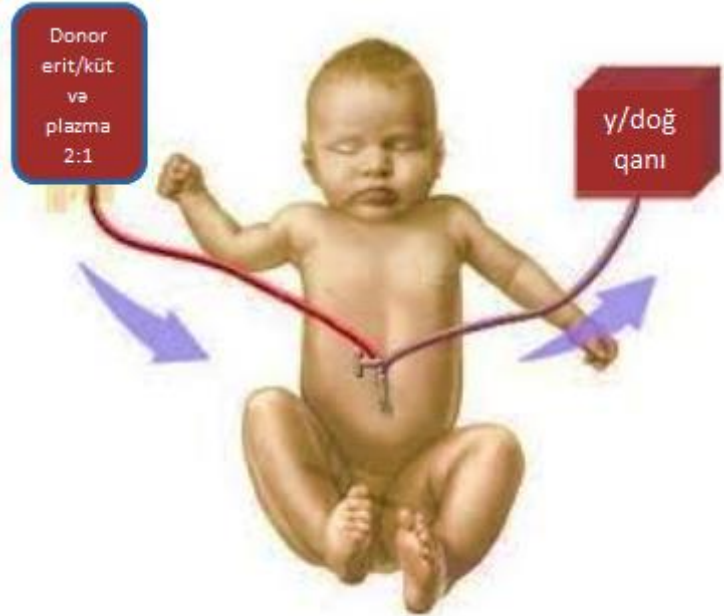
– eritrositar kütlə müayinə olunmuş, süzülmüş olmalı, hazırlanma müddəti 3 gündən artıq olmamalıdır. Yaxşı olar ki, yuyulmuş eritrositlərdən istifadə edilsin;

– eritrositar kütlə və plazma su hamamında işlənəlməlidir. Bu zaman suyun temperaturu 37°C -dən çox olmamalıdır.

– eritrositar kütlə və plazmanı ayrı-ayrı şprislərə yığmaq lazımdır (vaxtında doğulanlar üçün 20 ml, erkən doğulanlar üçün 10 ml) eritrositar kütlə və plazma ilə dolu şprislərin nisbəti 2:1-ə olmalıdır.

– steril örtüklü alət masasına istilik şua mənbəyi altında şprislər belə ardıcılıqla düzüləlməlidir: iki şpris eritrositar kütlə, bir şpris plazma olsun.

– göbək venası kateterizasiya edilir. Yenidoğulmuşun qanı porsiyalarla çıxarılır, göbək venası ilə donor qan komponentləri vurulur. Hər 100 ml çıxarılan qandan sonra qluqi-



Şəkil:19-17.Mübadilə qanköçürməsi



Şəkil:19-18.Fototerapiya

sirini (sitrat) neytrallaşdırmaq üçün 1 ml kalsium-qlukonat vurulur.

– qanköçürmənin əvvəlində və sonunda hər dəfə 2-5 ml çıxarılan qandan ümumi bilirubinin, qlükoza, kalsium və eritrositlərin miqdarını təyin etmək üçün götürülür.

– mübadilə qanköçürməsi eritrositar kütlə yeritməklə başa çatdırılır.

– anemiya nəzərə çarparsa, 10 ml/kq hesabı ilə əlavə eritrositar kütlə yeridilir.

Mübadilə qanköçürməsindən 12-24 saat sonra bilirubinin səviyyəsini azaltmaq məqsədi ilə hemosorbsiya aparılır.

Hemolitik xəstəlik zamanı konservativ müalicə məqsədi ilə zülal tərkibli, qlükozalılı məhlullar damcı üsulu ilə (10%-li albumin məhlulu, fenobarbital, ziksorin, 5-7 gündə sonra karbolen, E vitamini) yeridilir. „Ödün qatılması” sindromu olduqda daxilə sutkada 2-3 dəfə 5-10%-li maqnezium sulfat təyin etmək olar. Uşağı gündüz işığı lampaları ilə şualandırmaq (fototerapiya) lazımdır. (şəkil:19-18). Bu zaman bilirubin suda həll olan izomerləri yaranır və bunlar da asanlıqla xaric olur.

Hemolitik xəstəliklə doğulmuş uşaq 10-14 gün sonra ana südü ilə qidalana bilər.

Profilaktika. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi hamilələrdə Rh izoimmunizasiyası, ananın qan dövrəsinə cift vasitəsi ilə Rh(+) döl qanının sızmasıdır. **Döl-ana transfuziyası (DAT)** adlanan bu vəziyyət hamiləliyin III trimestində daha çox baş verir. Ana qanına keçmiş antigenlərə qarşı anticisimlər əmələ gəlir. Bu anticisimlər cift vasitəsi ilə dölə qayıdıb, eritrositlərin hemolizinə səbəb olur. Hamiləlik müddəti artdıqca DAT-ın tezliyi artır.

Hər növbəti hamiləlikdə Rh izoimmunizasiya riski artır, dölün və yenidə doğulmuşun HX-nə səbəb olur.

Bu xəstəliyin profilaktikasında yuxarıdakı amillər nəzərə alınmalıdır,

1969-cu ildən başlayaraq Rh(-) qadınlara doğuşdan və DAT riskini artıran digər vəziyyətlərdən sonra anti-D İq təyin edilir. Bu digər vəziyyətlərə, düşük təhlükəsi, uşaqlıqdan kənar hamiləlik və küretaja da aiddir.

Qadının qanında Rh anticisimləri olduğu halda doğuşdan sonra anti-D immunoprofilaktika aparılır.

Anti-D immunoprofilaktika yalnız qanda anticisimlər olmadıqda aparılır.

Anti-D İq deltavari əzələyə vurulur. Sağrı əzələsindən pis sorulur.

– Rutin antinatal anti-Rh immunoprofilaktika (RAADP) bütün Rh (-) mənsubiyyətli hamilə qadınlara qanda anticisimlər olmadıqda təyin olunmalıdır. Anti-D İq 1250 BV (250 mkq) dozada 2 dəfə təyin edilir. 1-ci doza hamiləliyin 28-ci; 2-ci doza 34-cü həftələrində.

– Anti-D İqC – bütün hamilə qadınlara aparılmalıdır (qanda anticisimlər olmadıqda). Mümkün qədər tez təyin olunur. 19-cu həftəyə qədər 250 mkq, 20-ci həftədən sonra 500 mkq dozda təyin edilir. Əgər DAT-in riskini artıran vəziyyətlər RAADP-dan sonra baş veribsə, əlavə anti-D İq-500 mkq dozada təyin edilir.

Bütün Rh (-) mənsubiyyətli qadınlara, qanda anticism olmadıqda və Rh(+) mənsubiyyətli uşaq doğulduqda doğuşdan sonra 72 saat ərzində 1500 BV (300 mkq) anti-Rh İq təyin olunmalıdır.

Aşağıdakı DAT vəziyyətlərində anti -Rh iq G təyin olunur.

– 12 həftədən sonra baş verən tam və natamam düşüklərdə;

– hestasiya müddətindən asılı olmayaraq uşaqlıq boşluğunun küretajı aparıldıqda;

– hamilənin 12-ci həftəsindən sonra qanaxma olduqda və bu qanaxmalar təkrarlandıqda;

– 12-ci həftəyə qədər təkrarlanan qanaxmalar və abdominal ağrı olduqda;

– uşaqlıqdan kənar hamiləlik;

– süni abortlar.

Bütün bu hallarda qanda anticisimlər olmamalıdır.

Kesar əməliyyatı, ciftin əllə çıxarılması, mamalıq maşalarının tətbiqi zamanı transplasental qanaxma arta bilər. Ona görə anti-D immunoqlobulinin dozasını 1,5 dəfə artırmaq lazımdır.

Küretaj və spontan düşüklərdən, uşaqlıqdan kənar hamiləlikdən sonra antirezus immuno-qlobulin 1 doza 1 dəfə təyin edili

§ 4.11. Bətdaxili ölüm

Ana bətnində dölün tələf olması **bətdaxili ölüm** adlanır. Bətdaxili ölümün səbəbləri 4 qrupa bölünür: cift, göbək ciyəsi, ana və döl tərəfindən olan səbəblər.

Cift faktorları kəskin (cift ayrılması, cift gəlişləri) və xroniki (hipertoniya, diabet, qan uyğunsuzluğu, gecikmiş hamiləlik və s.) olaraq iki yerə bölünür.

Göbək faktorlarına – göbək ciyəsinin düyünləri, sıxılmaları aiddir.



Şəkil:19-19. Bətdaxili ölüm

Ana faktorlarına – dekompensasiyalı ürək xəstəlikləri, anemiyalar, tireotoksikozlar və s. aiddir.

Döl faktorlarına – toksoplazmoz, listerioz, DAT, qan uyğunsuzluğu, anadangəlmə qüsurlar və s. aiddir.

Bətdaxili ölümlər əsasən doğum fəaliyyəti başlamazdan əvvəl baş verir.

Bətdaxili ölüm baş verdikdən 1-2 həftə sonra adətən spontan doğuş başlayır.

Əgər bətdaxili ölümdən 4 həftə sonra spontan doğuş baş verirsə, bu **missed düşük** və ya **baş tutmamış doğuş** adlanır.

Bətdaxili ölümdən 4 həftə sonra doğum baş verməyibsə, bu „**ölü döl**” sindromu adlanır. Bətdaxili ölüm zamanı **dölün masserasiyası** baş verir. Müddətindən asılı olaraq masserasiyanın 3 dərəcəsi ayırd edilir (şəkil:19-19).

I dərəcə – epidermis altında vezikullar var. Qopmuş vezikulların yerində çirklə qırmızı rəngli xorion təbəqə yaranır.

II dərəcə – dəri qırmızı rəng alır, daxili orqanlar lizis nəticəsində palçıq kimi olub, ətraflar didilmişdir. Bu proses bir neçə günə baş verir.

III dərəcə – 2-3-cü həftədə meydana çıxır. Baş, döş və qarın boşluğu kövşək, flüktasiya edən kisəyə bənzəyir.

Hamiləliyin ilk vaxtlarında ölmüş döl **mumyaləşə** bilir, su itgisi və təzyiq nəticəsində yaşıl rəng alır. Bu **kağız döl (fetus papirasis)** adlanır. Bəzən ölmüş dölə kalsium duzları çökür və döl **kirəcləşir (litopedon)** (şəkil:19-20).



Şəkil: 19-20. Kirəcləşmiş döl

Klinika. Hamilənin ümumi halı pozulur. Qarnın ölçüləri kiçilir, hamiləliyin obyektiv və subyektiv əlamətləri itir. Hamilələr ağızda dadsızlıq, iştahsızlıq, süd vəzilərindən südün gəlməsindən şikayətlənirlər. Müayinə zamanı ürək döyüntüləri eşidilmir, uşaq tərpənmir, uşaqlıq dibi hündürlüyü və qarının çevrəsinin ölçüləri azlıb. Ən informativ məlumatı USM-si verir, ürək vurğuları və səsi yoxdur.

Ölmüş döl uzun müddət uşaqlıqda qaldıqda, qanda tromboplastik maddələr artır, hipofibrinemiya, laxtalanma sistemində pozğunluqlar meydana çıxır.

Müalicəsi hamiləliyin pozulmasıdır. Bu məqsədlə oksitosin, prostoqlandinlərdən istifadə edilir. Amniotomiya aparılır. Laxtalanma faktorları yoxlanılır, lazım gəldikdə plazma və fibrinogen verilir.

§ 5. Neonatal dövr

Neonatal dövr – yenidoğulmuş dövrü 4 həftə, 28 gündür. 2 hissədən ibarətdir:

– **erkən neonatal dövr** – 1 həftə, 7 gün, 164 saatdır. Həyatın I həftəsi.

– **gecikmiş neonatal dövr** – I həftənin sonundan IV həftənin sonuna qədər olan dövrüdür, 21 gündür. Bu dövr yenidoğulmuş üçün xarici mühitə adaptasiya dövrüdür.

Doğum aktı və yenidoğulmuşun orqan və sistemlərində baş verən funksional (adaptasiya) dəyişikliklər onun üçün ciddi stresdir.

Cift tərəfindən həyata keçirilən tənəffüs və qaz mübadiləsi, enerji sərfi və metabolizm artıq körpənin öz orqanizmi tərəfindən həyata keçirilir. Eyni zamanda yenidoğulmuşun orqan və sistemləri hələ tam yetişməyib, həm də tez zədələnmə bilər. İnfeksiyalara qarşı dözümsüzdür, lokallaşdırmaq qabiliyyətinə malik deyil. Ona görə infeksiya bütün orqanizmə yayılır.

Bütün bunlara görə neonatal dövrün düzgün idarə olunması lazımdır.

§ 5.1 Yenidoğulmuş

Hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra ana bətnindən ayrılan və ya çıxarılan (Kesar kəsiyi), çəkisi 500 qr-dan çox olan mayalanma məhsulu (uşaq) **yenidoğulmuş** adlanır.

Ana bətnindən ayrılarkən və ya xaric edilərkən, hamiləliyin gedişindən, ciftin xaric olub-olmamasından, göbək ciyəsinin bağlanıb-bağlanmamasından asılı olmayaraq, uşaq tənəffüs edərsə və ya hər hansı bir həyat əlaməti göstərsə (ürək döyünmə, spontan əzələ hərəkəti, göbək ciyəsində nəbz) o, **diri doğulmuşdur**. Əgər bu əlamətlər yoxdursa, uşaq **ölü doğulmuşdur**.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (WHO-ÜST) təlimatına görə çəkisi 500 qr-dan, hestasion yaşı 22 həftədən aşağı olan yenidoğulmuşlar **düşük** adlanır. Əvvəllər bu göstəricilər uyğun olaraq 1000 qr və 28 həftə götürülürdü.

Hestasion yaşı 38-42 həftə (260-290 gün), bədən çəkisi 2500-4000 qr olan yenidoğulmuşlar **yetkin və ya vaxtında doğulmuş uşaq** adlanır.

Hestasion yaşı 22-37 həftə (260 günə qədər), çəki 500-2400 qr olan yenidoğulmuşlar **yetişməmiş, yarımçıq və ya erkən doğulmuş** uşaq adlanır.

Hestasion yaşı 42 həftədən, 295 gündən çox olan yenidoğulmuşlar **gecikmiş, vaxt ötürmüş, vaxtından gec doğulmuşlar** adlanır.

Çəkisi 3999 qr-dan 4999 qr-a qədər olan yenidoğulmuşlar **iri döl**, 5000 qr-dan çox olanlar **nəhəng döl** adlanır. Adətən belə uşaqlar diabetli analardan doğulur.

Hestasion yaşından asılı olmayaraq, doğularkən kütləsi 1500 qr-dan az olan yenidoğulmuşlar **çox az kütləli**, 1000 qr-dan az olanlar **ekstremal az kütləli** adlanır.

Vaxtında, az çəki ilə doğulmuşlara **anadangəlmə hipotrofiyalı** uşaqlar deyilir.

Sağlamlıq vəziyyətinə görə yenidoğulmuşlar 5 qrupa bölünür.

I qrup – sağlam və ya xəstələnmə riski olmayanlar.

II qrup – funksional dəyişiklikləri olan, xroniki patologiyaların inkişafına və tez-tez xəstələnməyə görə risk qrupuna daxil olanlar.

II A qrup – risk qrupuna konkret xəstəliyi olmayan, lakin anamnezində prenatal və intranatal

dövrə müxtəlif əlverişsiz xarici mühit, professional zərərli faktorların təsirinə məruz qalan, qeyri-qənaətbəxş hamiləlik və doğuşdan olan, valideyinlərinin ağırlaşmış genetik, allergik, onkoloji və s. anamnezi olanlar aiddir.

II B qrup – yüksək risk qrupuna bətn daxilində, doğuş vaxtı və həyatın ilk sutkalarında müxtəlif xəstəliklər keçirmiş uşaqlar aiddir. Bura morfofunksional yetkin olmayan, yarımçıq, vaxtından gec doğulan, ağır asfiksiya, posthipoksik ensefalopatiyası olan, çoxdöllü hamiləlikdən doğulan, hemolitik xəstəlik, ağ ciyər xəstəlikləri keçirmiş uşaqlar aiddir.

III qrup – kompensasiya vəziyyətində xroniki patologiyası olanlar aiddir.

IV qrup – subkompensasiya vəziyyətində xroniki patologiyası olanlar aiddir.

V qrup – dekompensasiya vəziyyətində xroniki patologiyası olanlar aiddir.

Funksional vəziyyəti və inkişaf göstəricilərinə görə yenidoğulmuşlar aşağıdakı qruplara bölünür:

– funksional inkişaf etmiş, normal çəkiyə malik olanlar (2500-3999 qr);

– böyük çəki ilə doğulanlar (4000 qr və daha çox);

– yarımçıq doğulanlar və bətn daxili inkişafdan qalanlar (2500 qr-dan az).

Bəzən hamiləlik müddətini dəqiq təyin etmək olmur. Dölün yetişkinlik dərəcəsini təyin etmək üçün uşağın çəkisi də nəzərə alınır. Çəkisi 2500 qr-dan az olanlar yarımçıq doğulmuş hesab edilir. Çəkisi 1500 qr-dan az olanlarda yarımçıqlıqlıq əlamətləri daha dərin olur.

Yarımçıq doğulmanın 4 dərəcəsi ayırd edilir. Bu zaman uşağın hestasiya yaşı və çəkisi nəzərə alınır.

Yenidoğulmuşun həyatının I həftəsi **erkən neonatal dövr** adlanır və demək olar ki, doğum evlərində keçir. Bu dövr yenidoğulmuş üçün çox önəmlidir. O, doğum stressini dəf etməli, yeni mühitə adaptasiya olunmalıdır.

Yarımçıq doğulmuşların əlamətləri:

Cədvəl: 19-2

Yarımçıq doğulmanın dərəcəsi	Bədən çəkisi (qr-la)	Hestasiya yaşı (həftə ilə)
I	2500 – 2001	34-37
II	2000 – 1501	32-34
III	1500 – 1001	31- 29
IV	1000 və az	29 və az

§ 5.2. Erkən neonatal dövr

Doğum vaxtı mama-ginekoloq, mama-tibb bacısı və neonotoloq uşağı qəbul etməyə hazır olmalıdır.

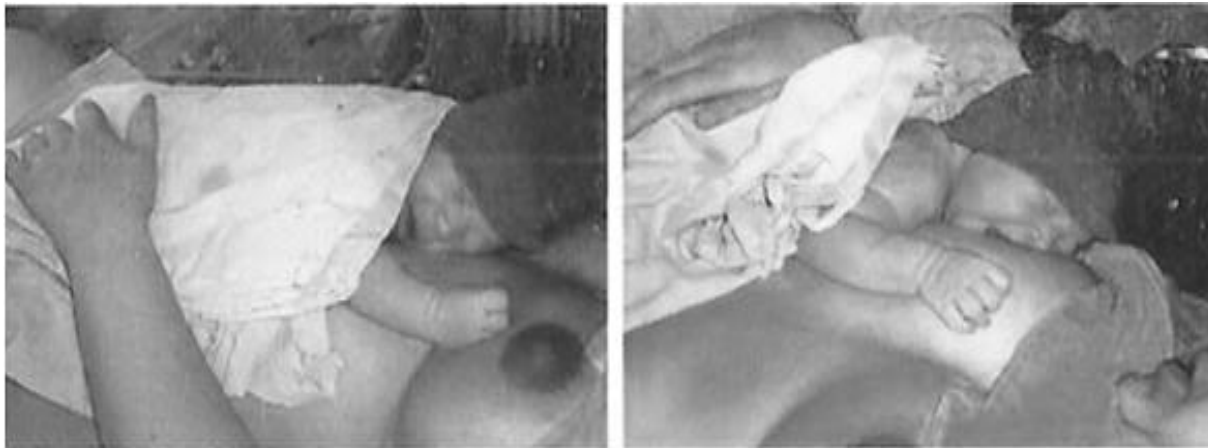
Mama-ginekoloq hamiləni qəbul edir, hamilənin vəziyyətinə qiymət verir, müntəzəm olaraq onun hərəkətini, nəbzini, arterial təzyiqini yoxlayır, dölün ürək döyüntülərinə nəzarət edir.

Mama-tibb bacısı yenidoğulmuşu qəbul edir, ilkin tualetini həyata keçirir (yenidoğulmuşun qurudulması, çimizdirilməsi, bələnməsi, göbək güdülünün işlənməsi, antropometrik ölçülərin təyini), profilaktik tədbirləri yerinə yetirir.

Neonotoloq hələ doğuş başlamamış hamilə qadının anamnezini mükəmməl öyrənir, dölün bətn daxili inkişafı haqqında məlumat toplayır. Doğuş zamanı dölün ürək döyüntülərini izləyir. Anaya aparılan dərman müalicəsinə nəzarət edir.

Neonotoloq hər bir yeni doğulmuşu (xüsusilə patoloji hamiləlik zamanı) reanimasiya tədbirlərinə ehtiyacı olacaq uşaq kimi gözləməlidir və bu istiqamətdə hazırlıq aparmalıdır. O, ilk yardım üçün lazım olan alət, cihaz və dərman preparatlarını hazırlamalı və tez-tez yoxlamalıdır; yaxşı

isidilmiş və işıqlandırılmış reanimasiya masası, fonendoskop, laringoskop, oksigen, ağ ciyərlərin süni ventilyasiya (ASV) aparatı, aspirator, EKG, küvez, infuziya sistemi, 2 koxer sıxacı, kateterlər, qayçı, kiçik pambıq kürəciklər, sargı üçün təniz, Raqovin sıxacı, yenidoğulmuş üçün „bilərzik”, pinset və s. lazımı dərman preparatları (natrium bikarbonat məhlulu, adrenalin, kalsium qlükonat, qlükoza məhlulu və s).



Şəkil:19-21. Doğulan kimi uşağın ananın qarnının üzərinə qoyulması.

Yenidoğulmuşun ilkin tualeti iki mərhələdə aparılır. Birinci mərhələ ananın yanında, ikinci ən azı 2 saatdan sonra mərhələ bələmə masasında.

Birinci mərhələdə tədbirlər aşağıdakı ardıcılıqla aparılır:

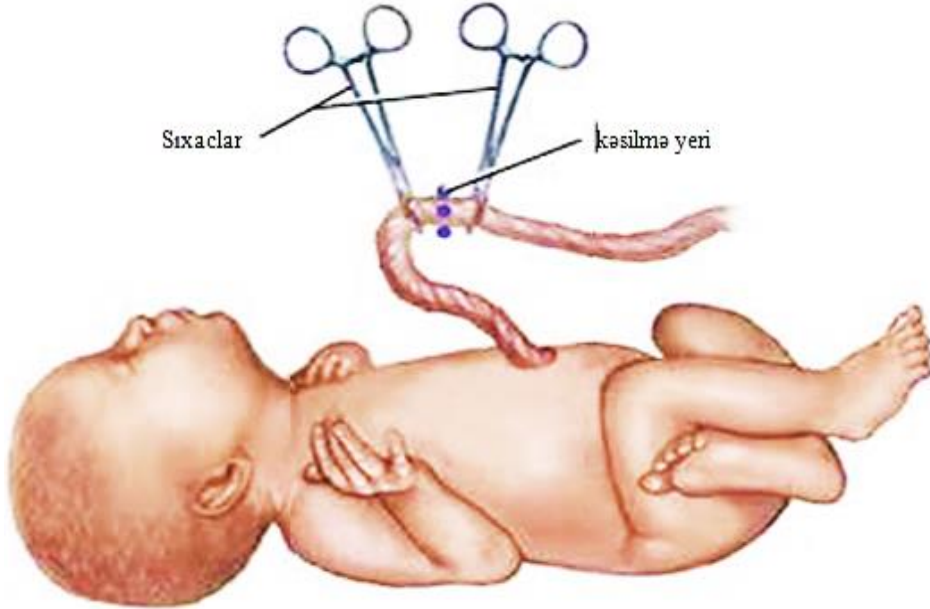
- yenidoğulmuşun qurudulması;
- yenidoğulmuşun vəziyyətinin Apkar şkalası ilə qiymətləndirilməsi;
- yenidoğulmuşun anaya verilməsi;
- tənəffüs yollarının təmizlənməsi (ehtiyac varsa);
- göbək ciyəsinin I-li işlənməsi;
- ilk əmizdirmə;

Bütün bu tədbirlər „**istilik zənciri prinsipi**”nə ciddi əməl olunmaqla aparılır. „İstilik zənciri prinsipi” ÜST tərəfindən tövsiyyə olunub 10 bəndən ibarətdir:

- doğum zahnın isidilməsi;
- yenidoğulmuşun qurulanması;
- yenidoğulmuşun ananın sinəsinə və ya qarnı üzərinə qoyulması;
- doğuşdan sonrakı birinci saatda əmizdirmə;
- tam müayinənin, antropometriyanın, çimizdirmənni ən azı 2 saat təxirə salınması;
- sərbəst geyim və ya bələmə;
- dəri-dəriyə kontakt şəraitində palataya köçürülmə;
- ana və uşağın bir palatada yerləşdirilməsi;
- reanimasiya tədbirlərinin istə şəraitdə aparılması;
- „istilik zənciri prinsipi” ilə tibbi personalın təlimlənməsi.

Uşaq doğulan kimi, onun təcili tibbi yardıma ehtiyacı yoxdursa, mama onu qurulayır və üzü üstə ananın sinəsinə və ya qarnı üzərinə qoyur (şəkil:19-21). Nəm bez qurusu ilə əvəz olunur ki, uşaq soyumasın. Əgər ehtiyac varsa, uşağın ağız boşluğu, udlağı, burun boşluğu, elektrosorucu və ya rezin armudcuq (balon) vasitəsi ilə selik və dölyanı sulardan təmizlənilir. Yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyi bərpa olunur. Çox vaxt bu əməliyyata ehtiyac olmur. Döl doğuş yollarından keçərkən döş qəfəsi sıxılır, tənəffüs yollarından 10-15 ml maye xaric olur, gövdə doğulduqda döş qəfəsi genişlir, xaric olan maye qədər, yəni 10-15 sm³ hava ağciyərlərə daxil olur və bununla da uşaq doğulan kimi onun spontan tənəffüsünün baş verməsinə şərait yaranır.

Eyni zamanda neonatoloq yenidoğulmuşu nəzərdən keçirməlidir. Uşağın tənəffüs və ürək fəaliyyətinə fikir verməli, çəkisinin hestasiya yaşına uyğunluğunu müəyyən etməli, doğuş travması, anadangəlmə qüsurların olub-olmamasını aydınlaşdırmalıdır. Beləliklə, yenidoğulmuşun fiziki inkişafı qiymətləndirilir. Onun vaxtında, erkən və ya gec, az çəkili, BDİL ilə doğulması aşkar edilir. Yenidoğulmuşun təxirəsalınmaz yardıma ehtiyacının olub-olmaması müəyyənləşdirilir.



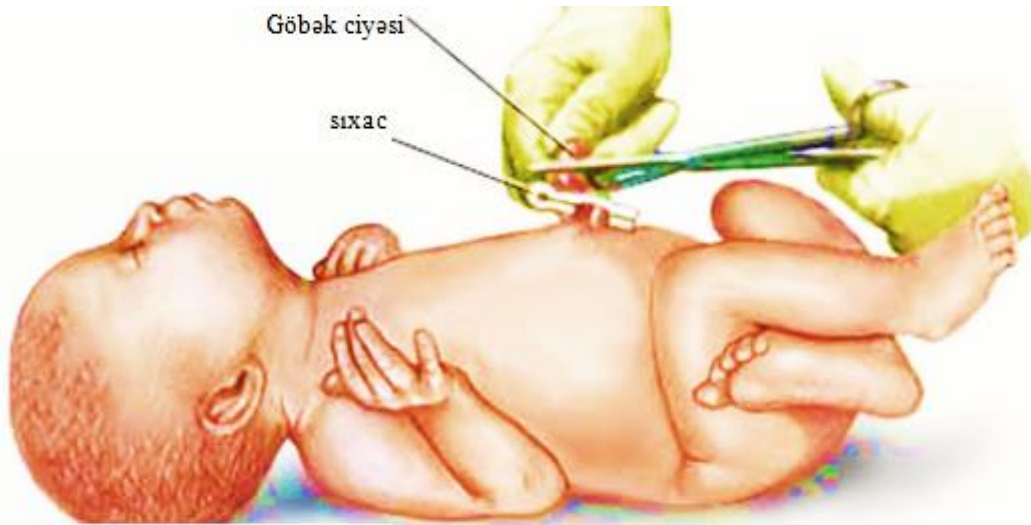
Şəkil:19-22.Göbək ciyəsinin kəsilməsi (I mərhələ)

İlkin spontan nəfəsalma ilə ağ ciyər tənəffüsü işə düşür, hemodinamikada dəyişiklik gedir uşaq doğulduqdan 20-30 san sonra göbəkdə pulsasiya kəsilir. Bu müddət ərzində dölə 50-100 ml qan keçir.

Uşağı ananın sinəsindən ayırmadan göbək ciyəsi kəsilir. Bu iki mərhələdə aparılır.

I mərhələdə, göbək həlqəsindən 10-15 sm yuxarı birinci Koxer sıxacı qoyulur. Ondan 2 sm yuxarı II Koxer sıxacı qoyulur, qayçı ilə kəsilir (şəkil:19-22).

Ana və uşaqda heç bir narahatlıq yoxdursa, yenidoğulmuşun ilkin tualeti ilə bağlı digər tədbirləri əvvəllər olduğu kimi göbək ciyəsi kəsilən kimi deyil, 2 saat sonra həyata keçirmək lazımdır. (10-15 dəq və daha çox). Körpənin ana ilə daha çox „dəri-dəriyə”təmasına şərait yaradılmalıdır. Bu həm ananın, həm də uşağın psixo-emosional sferasına müsbət təsir göstərir. Bundan başqa anada süd ifrazını stimulyasiya edir, uşaqlığın yığılmasını, körpədə normal termorequlyasiyanı təmin edir.



Şəkil:19-23.Göbək ciyəsinin kəsilməsi

Yenidoğulmuşun ilkin tualeti və antropometriyası (şəkil:19-24)



Yenidoğulmuşun ilkin tualeti: A-gözünün; B-qulağının; C-burnunun təmizlənməsi



Yenidoğulmuşun bilərziyi



Yenidoğulmuşun antropometriyası: a) başın çevrəsinin; b) döş qəfəsinin çevrəsinin; c) kütləsinin; d) boyunun uzunluğunun ölçülməsi.

Uşaq ananın üstündə olduğu zaman cift ayrılıb, çıxarılır, aralığın gigiyenası aparılır.

Yenidoğulmuşun tualeti doğum zalı ilə yanaşı olan yenidoğulmuşlar otağında aparılır. Uşaq üzərində isidici lampa olan bələmə stoluna qoyulur.

Oftalmoblennoyeyanın profilaktikası aparılır. Bu, yenidoğulmuşun gözlərinin infeksiyalaşmasının qarşısını alır. Doğum yollarından keçərkən, uşağın gözüne qonokok düşərsə ağır nəticələrə, hətta korluğa səbəb ola bilər.

Qonodoblennoreyanın profilaktikası uşaq doğulduqdan 1 saat sonra 30%-li natrium sulfasali-sil, 1%-li gümüş nitrat, 1%-li tetrasiklin və ya 0,5%-li eritromisin məhləmləri ilə aparılır..

Gümüş nitratın kimyəvi konyuktivit, albusudin buynuz qışada xora əmələ gətirə biləcəyi ehtimalı olduğu son zamanlar tetrasiklin və eritromisinə üstünlük verilir.

Mama-tibb bacısı 2 steril pambıq tamponla göz qapaqlarını kənardan içəriyə doğru selik və pendirvari maddələrdən təmizləyir. Hər göz yarığına 1 damcı məhlul damızdırılır, yaxud məhləm çəkilir.

Doğuş zalında qız uşaqlarının cinsiyyət yarığına da 1-2 damcı məhlul damızdırılır və ya məhləm çəkilir. Bütün bunlar uşağın inkişaf tarixində əksini tapmalıdır.

Yenidoğulmuşun dərisi, xüsusilə büküşlər steril vazelində isladılmış kürəciklə silinərək, pendirvari maddə, selik, qan izləri, dölyanı maye və s.-dən təmizlənir.

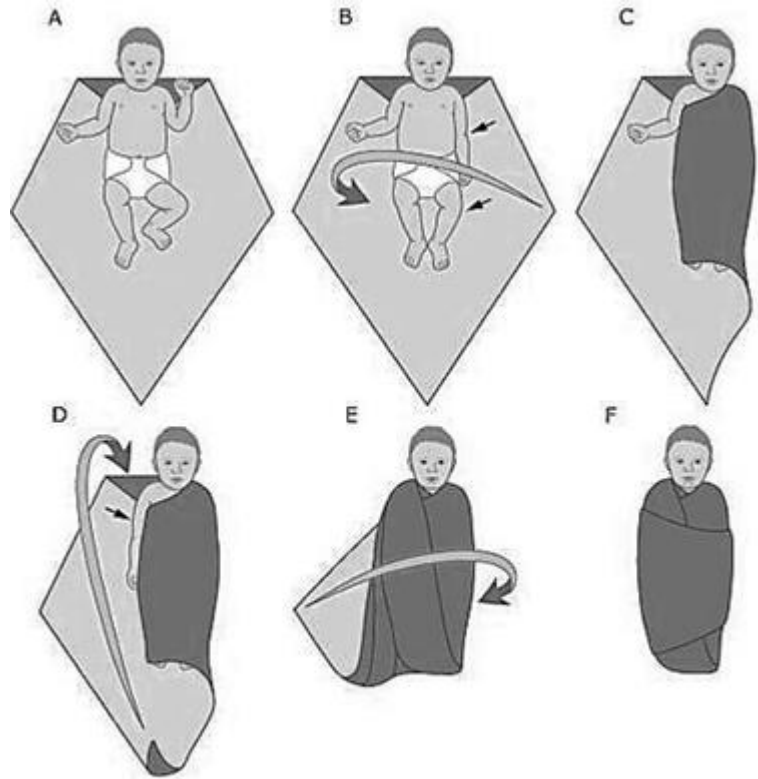
Daha sonra göbək ciyəsinin işlənməsinin ikinci mərhələsi aparılır (şəkil:19-23). Göbək həlqə-sindən 3-4 mm aralı raqovin sıxacı qoyulur. Raqovin sıxacından 1,5-2 sm aralı göbək ciyəsi kəsilir. Göbək güdülü qurdulur. Aseptik məhlullarla işlənmir. Bələk bezlərinin və yenidoğulmuşun paltar-larının təmizliyinə diqqət edilir. Göbək güdülün aseptik məhlullarla işlənməsi ancaq infeksiya əla-mətləri olduqda aparılır.

Yenidoğulmuşun antropometriyası doğuşdan 2 saat sonra aparılır (şəkil:19-24). Tərəziyə steril bez salınaraq, onun çəkisi müəyyən edilir. Santimetr lenti ilə başın və döş qəfəsinin çevrəsi, boy ölçənlə boyunun uzunluğu ölçülür. Boyun uzunluğunu ənsə qabarından daban qabarına qədər olan məsafə götürülür.

Başın çevrəsi santimetr lenti ar-xadan kiçik əmgək, qulaq seyvanları-nın tını, öndən qaşüstü qövsərdən keçməklə ölçülür. Döşün çevrəsi san-timetr lenti kürək sümüklərinin tını, qoltuqaltı sahə və döş gilələrindən keçməklə ölçülür. Normada başın çev-rəsi, döşün çevrəsindən 2-4 sm çox olur.

Yenidoğulmuşun çimizdirilməsi vacib tədbir deyil, 2-3 saat təxirə salı-na bilər. Bu həm istilik itkisinin qarşı-sını alır, həm də pendirvari maddənin yenidoğulmuşun dərisi tərəfindən so-rulmasına imkan yaradır. Dölyanı ma-ye bulanıq olduqda, uşağın dərisi me-koniumla çirkləndikdə onu tez çimiz-dirmək lazımdır. Yenidoğulmuş istiliyi 37⁰ C-dən az olmayan su ilə çimizdiri-lir.

Yenidoğulmuşun tualeti bitdik-dən sonra 2 „bilərzik” hazırlanır. Bi-lərziklərdə ananın adı soyadı, uşağın doğum tarixi, saati, çəkisi, cinsi, do-



Şəkil:19-25 Uşağın bələnməsi

ğum tarixinin nömrəsi qeyd edilir. Bilərziklərdən biri uşağın qoluna (şəkil:19-24) keçirilir. Sonra uşaq bələnir. Uşaq boş yumşaq, başı və ətrafları sərbəst buraxılmaqla bələnir. 2-ci bilərzik bələyin üzərinə keçirilir. Uşaq ananın yanına qoyulur. Reanimasiya ehtiyacı olan yenidoğulmuşlara reanimasiya tədbirləri aparılır.

Reanimasiya tədbirləri tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası ilə başlayır. Ağız, burun, yuxarı tənəffüs yolları, sonra isə yemək borusu və mədə aspirasiya edilir, selik, dölyanı mayedən təmizlənir. Aspirasiya elektrik aspiratoru və ya steril armudcuqla aparılır. Sonra müxtəlif üsullarla ağ ciyəərə hava verilir. Ən ehtiyatlı üsul təzyiqi və verilmə müddəti qeyd edilən süni tənəffüs aparatıdır (STA). Bu üsulla oksigen maskalarla və ya intratraxeal verilir.

Reanimasiya tədbirləri aşağıdakı ardıcılıqla aparılır:

- uşağın doğulması ilə birlikdə kronometr işə salınır və vaxt itkisinə nəzarət edilir;
- yenidoğulmuş qurulanır, isti bezlərə bükülür, isidici lampa altında stola qoyulur;
- ağız və burun aspirasiya edilir;
- ürək vurğularına qulaq asılır;
- ilk 30 san-də uşaq nəfəs alırsa, təmassız maskadan O_2 verilir. Uşaqda apnoe varsa, maska sıx qoyulur və respiratorla təzyiq altında O_2 verilir;

– 60 san sonra Apkar qiymətləndirilməsi aparılır;

– uşaq tənəffüs edirsə, Apkar qiymətləndirməsi 4-7 baldırsa, maska ilə süni tənəffüs verilir.

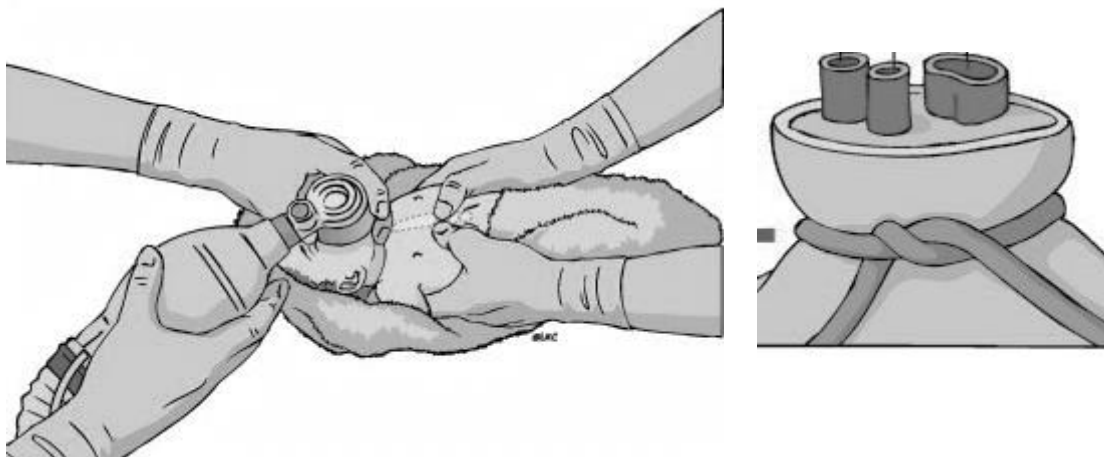
Apkar qiymətləndirilməsi 8 baldan çoxdursa, süni tənəffüs dayandırılır. Əgər uşaqda apnoe varsa, Apkar qiymətləndirilməsi 4 baldan azdırsa, süni tənəffüs aparatı ilə təzyiq altında O_2 verilir və ürək massajı aparılır;

– 2 dəqiqə ərzində Apkar qiymətləndirməsi 4 baldan azdırsa, 8,4%-li natrium bikarbonat məhlulu, 5% li qlükoza məhlulu ilə qarışdırılır və dəqiqədə 2 mq/kq hesabı ilə göbək ciyəsindən vurulur.

Süni tənəffüs və ürək masajı davam etdirilir. Nəbz 6 vur/dəq-dən az olduqda 1/1000 nisbətində 0,5-1,0 ml/kq adrenalin vurulur. Sonra 10%-li kalsium qlükonat vurulur.

10 dəq sonra Apkar şkalası ilə qiymətləndirmə aparılır.

Mekonium aspirasiyası, hipovolemiya, şok, diabetli ana uşaqlarına müvafiq müalicə aparılır.



Şəkil:19-26.Yenidoğulmuşun reanimasiyası

Bütün yenidoğulmuşlar hər gün neonatoloq tərəfindən müayinə olunur. Hər gün uşaqların tualeti aparılır:

- dəri örtüyü, təbii бүкüşlər steril yağla silinir;
- 5-6 dəfə bələyi dəyişdirilir;
- uşaq göbəkdən aşağı axar ilıq suyun altında ($37^{\circ}C$) yuyulur. Bu zaman tibb bacısı uşağı sol

əli üzərində arxası üstə elə tutur ki, onun başı dirsək oynaqında sağrıları ovucun içərisində olsun;

– burun boşluğu pambıqla təmizlənir, göz yarığı 1:5000 və ya 1:8000 nisbətində furasillin məh-lulu ilə kənardan daxilə, buruna tərəf olmaqla silinir.

– qulaq təmiz, quru pambıqla təmizlənir.

Göbəyə qulluq birbaşa neonatoloqa aiddir. Göbək yarası quru, təmiz olmalıdır. Yara 3-4 gün ərzində epitelləşir (şəkil:19-27). Göbək güdülündə infeksiyalanma əlamətləri olduqda aseptik məd-dələrlə işlənir.

Doğum evində bir sıra profilaktik tədbirlər və müayinələr aparılır. Fenilketonuriya, qalaktoze-miya kimi enzimopatiyaları vaxtında aşkar etmək üçün yenidoğulmuşların qanı müayinə olunur. Bu patologiyaların vaxtında aşkarlanıb müalicə olunması uşağı təhlükəli xəstəliklərdən xilas edir. Bir çox ölkələrdə qalxanabənzər vəzi hormonları müayinə olunur. Bu da hipotiriozun (miksədema) in-kişafının qarşısını alır.



Şəkil:19-27. Göbək yarasının sağlması

Doğum evində yenidoğulmuşlar arasında irinli septik xəstəliklərin profilaktikası məqsədi ilə ciddi gigiyenik rejim yaradılır, gündəlik dezinfeksiya işləri; tibbi personalın dispanserizasiyası aparılır. Hamiləliyi və doğuşu fizioloji keçənlər və onların uşaqları fizioloji mamalıq şöbələrinə yerləşdirilir. Yaxşı olar ki, eyni palataya yerləşdirlərsinlər; infeksiya əlamətləri olanlar ($37,5^{\circ}\text{C}$ -dən yuxarı hərarət, bulanıq dölyanı maye, 6-12 saat susuz dövr və s.) observasiya şöbəsinə yerləşdirilir; infeksiya patologiyası olan uşaqlar izolə edilir; kontaktı olan uşaqlara bifidum-bakterin və ya infeksiya (bağırsaq infeksiyası) immunoqlobulin (qripp və respirator infeksiyalar) verilir.

Hemostazın xüsusiyyəti nəzərə alınaraq bütün yenidoğulmuşlara K vitamini təyin edilir. Bu qanaxmaların qarşısını alır. Preparat 1 mq əzələ daxilinə (budun lateral hissəsinə) və ya 2 dəfə (1-ci və 7-ci gün) per os verilir.

Doğum evində uşaqlar 3 vaksina alır:

1.Hepatit B əleyhinə vaksinasıya. Bütün yenidoğulmuşlara (yarımçıq doğulmuşlara da) ilk 12 saatda aparılır. Bu məqsədlə Eurax B adlı vaksinadan istifadə edilir. Hepatit B virusunun bütün tiplərinin törədikləri xəstəliklərə qarşı immunitet yaradır. Preparat 0,5 ml dozada budun ön lateral hissəsinə vurulur. Əks göstəriş yoxdur.

2.Poliomelitin profilaktikası. Bu virusun Sebina şamplarından alınan 3 valentli preparatdır. 3-4-cü günlərdə per os 4 damcı verilir. Əks göstəriş yoxdur.

3.QBJ, (BÇJ) vərəmin profilaktikası məqsədi ilə bütün sağlam doğulmuşlara həyatın 3-7-ci günləri vurulur. Vaksina bazunun yuxarı hissəsinə dəri içində 0,1 ml 0,05 doza yeridilir. İnyeksiya yerində 5-10 mm diametrində papula əmələ gəlməlidir, bu 15-20 dəq-dən sonra keçib gedir.

Əks göstərişlər: yarımçıq doğulma (çəkisi 2500 qr-dan az olanlar); xəstəliklərin kəskin dövrü (bətndaxili infeksiyalar, irinli-septik xəstəliklər, YHX-i, MSS-in ağır zədələnmələri, dərinin yayılmış zədələri və s) immun çatışmazlığı, bəd xassəli törəmələr; anada QİÇS-in olması; ailədə vərəmin olması.

§ 5.3 Yenidoğulmuşun müayinəsi

Yenidoğulmuşun ilkin müayinəsi doğum zalında iki mərhələdə aparılır. I mərhələdə uşaq doğulan kimi, həyatın ilk dəqiqələrində, Apqar şkalası ilə onun funksional vəziyyəti qiymətləndirilir. Yenidoğulmuşa yardımın taktikası müəyyən edilir (şəkil:19-45).

Apqar şkalası ilə qiymətləndirilmə 1952-ci ildə amerika anestezioloqu Virjiniya Apqar tərəfindən orta tibb işçisinin yenidoğulmuşun vəziyyətini təcili qiymətləndirməsi məqsədi ilə təklif olunmuş və 1965-ci ildən bütün dünyada qəbul olunmuşdur. Apqar şkalası ilə yenidoğulmuşun vəziyyəti 5 parametrlə qiymətləndirilir: ürək tonları; tənəffüs həkətləri; əzələ tonusu; dərinin rəngi və reflekslər. Qiymətləndirmə iki dəfə: uşaq doğulduqdan sonra 1-ci və 5-ci dəqiqələrdə aparılır. Birinci dəqiqə yenidoğulmuşun xarici mühitə adaptasiya vaxtı hesab edilir. Sonrakı 4 dəqiqədə onun vəziyyəti progressiv yaxşılaşır (ballar artır) ya da pisləşir (ballar azalır). 1-ci və 5-ci dəqiqələrdəki müayinələrin nəticələri müqayisə edilir, hər iki göstərici qeyd edilir. Məsələn 6/8, birinci müayinədə 6 bal, ikinci müayinədə 8 bal. Apkar şkalası ilə qiymətləndirmədə 8-10 bal yenidoğulmuşun vəziyyətinin optimal norma, 5-7 bal norma ilə patologiya arasında sərhəd, yüngül dəyişikliklər, 4 bal və daha aşağı-ağır dəyişikliklər olduğunu, müsbət dinamika olmasa (ürək döyüntüləri olmasa) ölümü göstərir.

Yenidoğulmuşun müayinəsi, istilik itkisinin qarşısını almaq üçün optimal hərarətli (24-26°C) və təbii işıqlanan otaqda, şulanan istilik mənbəyi altında, bələmə stolunda aparılır.

Toxunmadan yenidoğulmuşa nəzər yetirdikdə əksər hallarda uşaq arxası üstə uzanmış, aşağı ətraflar bud-çanaq, yuxarı ətraflar dirsək oynaqından bükülmüş vəziyyətdə olur. Üzün ifadəsi sakitdir. Üzün narahat ifadəsi yaxud hipomimik, maskavari olması MMS patologiyaları üçün (subaraxnoidal hematoma, bilirubin ensefalopatiyası) xarakterikdir.

ÜST-in göstərişinə əsasən ilk növbədə yenidoğulmuşun çəkisi, boyu, baş və döş qəfəsinin çevrəsi ölçülür. Yenidoğulmuşun kütləsi tərəzi ilə ölçülür. Xüsusi boy ölçən və ya santimetr lenti ilə təpədən dabana qədər olan məsafə ölçülərək yenidoğulmuşun boyu təyin edilir. Başın çevrəsi yumşaq santimetr lenti ilə ölçülür. Başın çevrəsini ölçərkən santimetr lenti atxadan ənsə qabarından öndən qaş qövsələrindən keçməlidir. Döş qəfəsinin çevrəsi də yumşaq santimetr lenti ilə ölçülür. Döş qəfəsinin çevrəsini ölçərkən santimetr lenti arxadan kürək sümüklərinin aşağı bucağından, öndən döş gilələrindən keçməlidir. Yarımçıq doğulmuşlarda adətən baş böyükdür, dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf edir.

Apqar şkalası

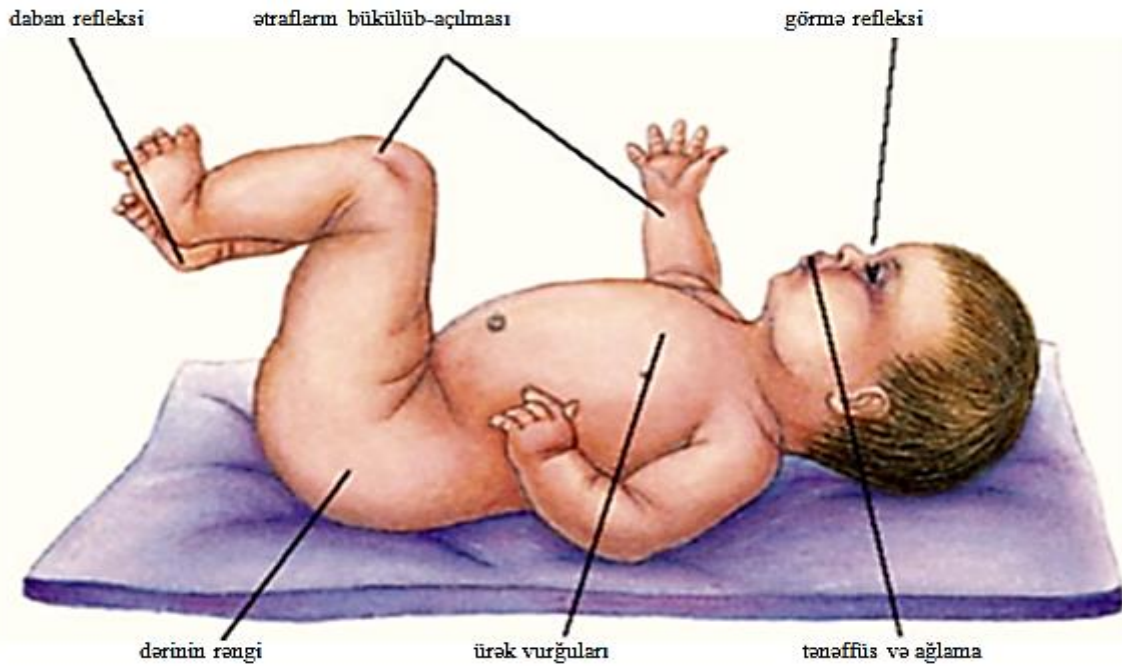
Cədvəl:19-

Parametrlər	0 bal	1 bal	2 bal
ürək döyüntülərin tezliyi	Yoxdur	100 vur/dəq-dən az	100-140 vur/ dəq
tənəffüs hərəkətləri	Yoxdur	azdır, ritmik deyil	bərk qışqırır
dərinin rəngi	avazı olmuş və sianozlu	çəhrayı ətraflar sianozlu	çəhrayı
reflektor oyanıqlıq- ayaqaltı refleks	Yoxdur	üzdə az dəyişiklik (qırıqma)	aktiv reaksiya verir (ayaqlarını dartır, üzünü qırıdır)
əzələ tonusu	Yoxdur	ətraflar azca bükülür	hərəkətlər aktivdir

Sağlam uşağın qışqırığı bərk və emosional olur. Vaxtından qabaq doğulmuşların qışqırığı zəif olur və ya olmur. Subaraxnoidal qansızma, beyindəxili təzyiqin yüksəlməsi zamanı qıcıqlı (beyin) qışqırığı olur. Anadangəlmə hidrosefaliya, bilirubin ensefalopatiyası üçün monoton ağlama xa-

rakterikdir. Bəzi irsi xəstəliklərdə (pişik miyoltusu xəstəliyi) qışqırığın çaları dəyişir.

Pendirvari maddəyə (verniks) diqqət yetrilir. Bu ən çox 36-cı həftədə olur. Gecikmiş uşaqlarda olmur, yarımçıq doğulmuşlarda əksinə daha çox olur.



Şəkil:19-28. Apqar şkalası ilə qiymətləndirilən parametrlər

Sağlam, vaxtında doğulmuş yenidoğulmuşların dərisi yumşaq, elastiki, hamar, məxməri və çəhrayıdır. Yarımçıq doğulmuşların dərisi qırmızı, tüklü, gecikmiş uşaqlarda quru, kəpəklənən, büzüşmüş (çamaşırçı əl və ayaq) çirkli ağ rəngdə olur.

Doğumun təsirindən ağız ətrafında, əllərdə və ayaqlarda sianoz müşahidə edilə bilər. Bu tranzitor kardiovaskulyar adaptasiya ilə əlaqədardır. Oksigen çatışmazlığı nəticəsində yaranır, doğuşdan 2-3 dəq. sonra çəhrayılaşır. Soyuqdan üsüyan yenidoğulmuşlarda akrosianoz davam edir. Sianozun ətraflara yayılması və artması qeyri-normal haldır və səbəbi araşdırılmalıdır.

Patoloji sianoz daim və periodik tutmalar şəklində ola bilər. Sianozu yaranan səbəblər şərti olaraq 3 qrupa bölünür:

- serebral mənşəli – asfiksiyalar, kəllədaxili beyin travmaları, onurğa sütunun boyun nahiyyəsində olan travmalar və hipoqlikemiya;

- ağ ciyər mənşəli – pnevmaniya, pnevmopatiya, pnevmotoraks, ağ ciyərlərin aplaziyası;

- ürək mənşəli – göy AUQ-1, arterio-venoz şuntlar, açıq Botal axacağı, açıq oval dəlik.

Üz gəlişində üzdə, ayaq gəlişində ayaqda şişkinlik, ödem ola bilər. Bu normaldır. Lakin bir çox patologiyalarda – onurğa sütununun bel nahiyyəsinin zədələnmələri zamanı ayaqda ödem və sianoz, boyun nahiyyəsinin zədələnməsi zamanı yuxarı ətrafın izlə olunmuş sianozu (Dyüşen-Erb, Kerrer iflici) müşahidə olunur. Doğulan an yenidoğulmuşun dərisinin solğun (avazımış) olması ağır asfiksiyadan (ağ asfiksiya), kəllə-beyin travmalarından, onurğa sütununun boyun nahiyyəsinin zədələnməsindən xəbər verir.

Böyrəküstü vəzin kəskin çatışmazlığı, bəzi ürək qüsurları, anemiyalar, infeksiyalar üçün dəri solğunluğu xarakterikdir.

Ağır asfiksiya (şok), ağır gedişli perinatal infeksiyalar (dərinin xırda damarlarına toksiki təsir nəticəsində), hipoqlikemiya zamanı dəri boz, torpaq rəngli olur.

Mərmərvəri dəri yarımçıq doğulmuşlar üçün fiziolojidir. Vaxtında doğulmuşlarda yetişməzlik, MSS-in vegetativ pozğunluqları və soyuma zamanı müşahidə edilir.

Yenidoğulmuşun müayinəsi: dəridə aşkarlanan dəyişikliklər (şəkil:19-29)



Solğun ləkələr



Milia



Monqol ləkələri



Toksik eritema



Lanuqo



Bişməcələr

Damar tonusunun mərkəzi reqlyasiyasının pozulması zamanı Finkilşteyn simptomu müşahidə edilir. Bu patologiya zamanı periodik olaraq bir tərəfdə üz, gövdə, ətraflar al qırmızı, göyümtül, digər tərəfdə solğun olur. Kəllə daxili travmalarda və yarımçıq doğulmuşlarda rast gəlinir.

Barmaq və ya fonendoskop ilə döş nahiyəsinin dərisinə təzyiq etdikdə „solğun ləkə” əmələ gəlir (şəkil:19-29). Sonra dəri öz əvvəlki rənginə qaydır. Bu müddət 3 san-dən çox olarsa, bu mikrosirkulyasiyanın qeyri-adekvat olması, respirator, kardio-vaskulyar pozğunluqların olmasından xəbər verir.

Yenidoğulmuşun dərisində bir çox dəyişikliklər də olur ki, bunlar patologiya hesab edimirlər.

1. *Mulia* – dərinin üstündən qabaran xırda ağımtılsarı, nöqtəvari düyüncüklərdir. Adətən bu run qanadlarında və ya ucunda rast gəlinir (şəkil:19-29).

2. *Telangioektaziya* – qırmızı-göy damar ləkələridir. Burun, göz qapaqları, boyunun arxa səthində, başın tük sərhəddində müşahidə edilir.

3. *Lanuqo* – incə, yumşaq tük örtüyüdür. Kürəkdə, çiyində, üzdə olur. Qulaq seyvanı nahiyəsindəki tük dizembriogenetik stiqma kimi qiymətləndirilir (şəkil:19-29).

4. *Monqol ləkələri* – göyümtül rəngdədir. Sağrı, bud, oma nahiyəsində olur (şəkil:19-29).

5. *Adaptasiya dövründə* dəridə sadə və toksik eritema, fizioloji kəpəklənmə müşahidə edilir.

6. *Miliaria cristallina* – tər vəzilərinin retension kistalarıdır. Daxilində şəffaf maye olan nöqtəvari törəmələrdir. “Şeh damlaları” adlanır.

Yenidoğulmuşun dərisində sianoz, sarılıq, solğunluq, lokal ödemlər, yaralar, ləkələr və s. aşkarlandıqda səbəbi araşdırılmalıdır.

Yenidoğulmuşun dərisi pendirvari maddə ilə örtülüb. Büküşlərdən onu təmizləmək lazımdır. Əks halda bişməcələrə səbəb olar. Dəriyə düzgün qulluq olunmadıqda tər səpgiləri, bişməcələr əmələ gəlir. Bişməcələrin 3 dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcəli bişməcə zamanı qızartı; II dərəcəli bişməcə zamanı qızartı və eroziya; III dərəcəli bişməcə zamanı birləşən, sulanan eroziyalar olur (şəkil:19-29). Bişməcələr uzun müddət davam edərsə, *Candida albicans* infeksiyasından şübhələnmək lazımdır.

Ağır infeksiyalar, sepsis, hipoksiya zamanı xüsusi ilə vaxtından qabaq doğulmuşlarda soyuma sindromu rast gəlinir. Bu zaman zədələnmə nahiyəsində dəri solğun, sianozlu, gərgin, soyuq olur, qırıxmır. Toxumalar məxmərvəri olur, dəriyə təzyiq etdikdə çuxur qalır. Bu ödemə bir növü olan **skleredermadır**.

Yenidoğulmuşların dərisində diffuz daşvari gərgin bərkimə də rast gəlinir. Bu **sklerema** adlanır. Dəri solğun, sianotik, soyuq olur, qırıxmır. Dəriyə təzyiq etdikdə iz qalmır. Ətraflarda hərəkət məhduddur.

Yenidoğulmuşun dərisinin müayinəsi zamanı bir çox patologiyalar aşkar oluna bilər.

Göbəyin vəziyyətinə xüsusi nəzarət olmalıdır. Göbək güdülünün qalınlığına, ifrazatın olub-olmamasına, göbəyi və onun ətrafını örtən dəridəki dəyişikliklərə, göbək güdülünün düşmə müddətinə, göbək damarlarının iltihablaşmasına və s. fikir verilir.

Göbək damarları yüngül massaj hərəkətləri ilə göbək yarasına doğru palpasiya edilir. Sağlam uşaqda göbək damarları əllənmir. İltihablaşma zamanı yuxarıda vena, aşağıda arteriya əllənir.

Erkən neonatal dövrdə göbək yarasından qanaxmalar, tranzitor hemostaz pozğunluqları və hemorragik diatezlə əlaqədar ola bilər.

Göbək yarasından gecikmiş qanaxmalar infeksiyanın olmasını göstərir (göbək sepsisi, omfolit, flebit).

Göbəkdə olan dəyişikliklər:

– qarının ön divarının dərisi göbək həlqəsinə 1-1,5 sm keçir, bu kosmetik deffekt hesab edilir (dəri göbək);

– göbək ciyəsinin amniotik qabıqcığı qarının ön divarına keçir. Burada dəri örtüyü olmur (amniotik göbək);

– göbək dibində qranulyasion toxuma inkişaf edir (fungus).

Sonra yenidoğulmuşun ətrafları, oynaqlarının hərəkətliliyi, əllər və pəncələr, körpücük sümü-

yü yoxlanılır. Bud-çanaq oynaqının müayinəsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bunun üçün baş barmaq qasıq büküşündə bud-çanaq oynaqının daxili sətindən, digər barmaqlar oynaqın xarici sətindən tutur, bud-çanaq və diz oynaqından bükülmüş ayaqları açmağa çalışır. Normal halda ayaqlar açılır, onların xarici səthi masaya dəyir, gövdə ilə 80-90°-li bucaq əmələ gətirir. Bud-çanaq oynaqının displaziyası və ya çıxığı zamanı Barlov metodu ilə müayinə zamanı budları aralamaq çətin və ağrılı olur, Marks Ortolani metodunda oynaqı açmağa cəhd etdikdə şaqqıltı eşidilir. Uşağı üzüstə uzandırdıqda sağrının, budun arxa nahiyyəsindəki köndələn büküşlərin assimetrik olması da bud-çanaq oynaqının çıxığına şübhə yaradır. Belə hallarda ortoped müayinəsi vacibdir.

Onurğa sütunun müayinəsi üçün həkim sağ əlinin baş barmağını onurğa sütunu boyu fəqərə sümüyü çıxıntıları üzərindən sürüşdürür. Bu hərəkətlə onurğa sütununun tamlığı, onun deformasiyaları aşkar olunur. Bəzi yenidoğulmuşlarda ənsə sümüyü ilə I boyun fəqərəsini birləşdirən oynaqın (Atlant) hissəvi çıxığı olur. Bu zaman başın hərəkəti məhdudlaşır. Buna səbəb doğuş zamanı onurğanın gərilməsidir.

Doğuş zamanı dölün başı çox deformasiyaya uğrayır: kəllə sümükləri üst-üstə keçir, bu da kəllənin formasını, əmgəyin, başın çevrəsinin ölçülərini (azalır) dəyişir. Kəllə sümüklərinin tamlığını, kənarlarının bərkliyini, tikişlərin vəziyyətini qiymətləndirmək vacibdir.

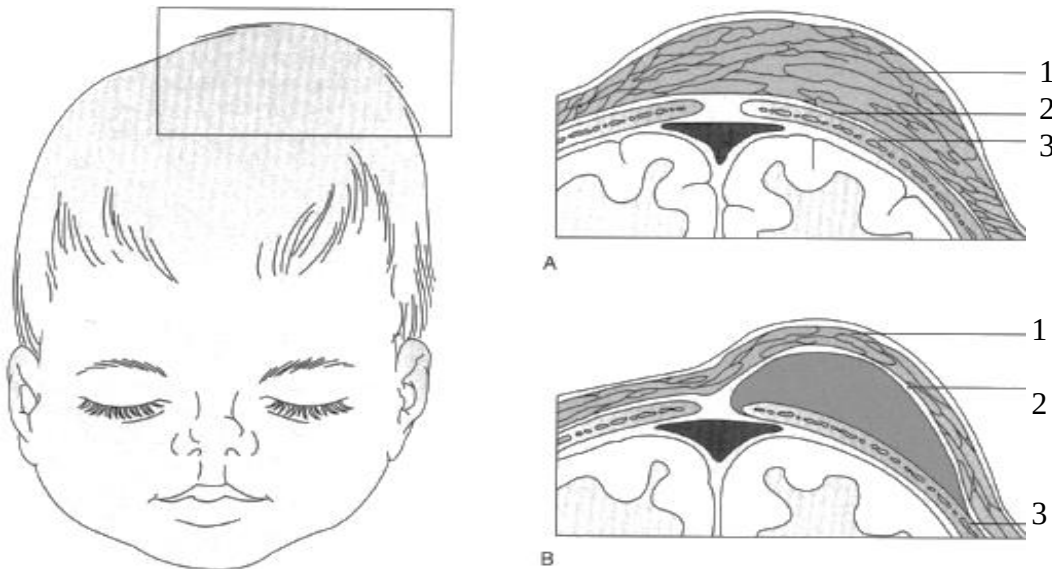
Bəzən travmatik doğuşlarda kəllə sümüklərindən birinin sümüküstlüyünün altına qansızma olur. Bu kefalohematoma adlanır və bir sümüyün sərhəddini keçmir (şəkil:19-30).

Başın forması müxtəlif ola bilər: dolixosefaliya, braxiksefaliya, makrosefaliya, mikrosefaliya, maili və s.

Kəllənin beyin hissəsi üz hissəsindən böyük olur. Başın çevrəsi döş qəfəsinin çevrəsindən 1-2 sm böyükdür. Vaxtında doğulan uşaqlarda kəllə sümükləri elastik, əmgəklər və tikişlər açıqdır. Sagital tikiş 3 mm-dən çox olmamalıdır, qalan tikişlərdə pulsasiya olur. Tikişlərin aralanması hidro-sefaliya zamanı rast gəlinir. Gecikmiş uşaqlarda sümüklər sərt, kiçik əmgək qapanmış, böyük əmgək 1,5-2,5 sm ölçüsündədir.

Yarımcıq doğulmuşlarda kəllə girdə, kəllə sümükləri yumşaq, tikişlər və kiçik əmgək açıqdır.

Bəzən bir və ya bir neçə tikişin erkən bitməsi və bərkiməsi rast gəlinir. Tikişlər nahiyyəsində bərkimiş “sümük lələk” əllənir. Bu **kraniotenoz** adlanır.



Şəkil:19-30. A) doğum şişi; B) Kefalohematoma: -dərialtı toxuma; 2-sümüküstlüyü; 3-sümük

Kəllə sümüklərinin, əsasən təpə sümüyünün, yumşalması **kraniatables** adlanır. Bəzən müəyyən yerlərdə “perqamentlik” rast gəlinir. Barmaqla təzyiq etdikdə kağız kimidir, daxilə batır.

Üzün müayinəsi zamanı onun assimetriyası, inkişaf qüsurları aşkarlana bilər. Bunlar sinirlərin zədələnməsində, infeksiya zamanı rast gəlinir.

İlk günlər **gözlərə** baxış çətin olur. Göz qapaqları ödəmli olduğundan onları açmaq çətinlik törədir. Ümumuyyütlə yenidöğulmuşların gözü qapalı olur. Göz hərəkətləri koordinasiya deyil. Göz bəbəyi boz-mavi rəngdədir, eyni ölçülüdür, girdədir, işığa daralma ilə reaksiya verir. Hamiləliyin 35-ci həftəsindən işıq refleksi mövcuddur. MSS-in ağır zədələnmələri zamanı işığa reaksiya olmur. Yenidöğulmuş ağıla belə gözyaşı yoxdur. Doğum yollarından təzyiq nəticəsində sklerada zəif qansızmalar ola bilər. Bu qansızmalar bir həftəyə keçib gedir. Gözlərin müayinəsi zamanı bir çox simptomlar aşkar etmək olur: mioz, midriaz, anizokoriyoptoz, ekzoftalm və s.

MMS-in müxtəlif etiologiyalı zədələnmələri zamanı gözlərdə bir sıra patoloji simptomlar aşkar edilir: ptoz, şaquli və üfqi nistagm, geniş açılmış gözlər, kukla gözləri simptomu, göz almaları-nın üzücü hərəkətləri və s. Gözlərin optik mühitinin şəffaflığının pozulması bəzidə infeksiyalar (məxmərək), irsi mübadilə pozğunluqları (qalaktozemiya) zamanı ola bilər.

Yenidöğulmuşlarda görmə funksiyası işığa ümumi reaksiya ilə yoxlanılır. Çox güclü işıq olduqda körpə narahat olur, qışqırır, hərdən bəbəkələr daralır, göz qapaqları qapanır, baş arxaya atılır. Bu Peyper refleksidir. Uşaq şaquli vəziyyətdə olduqda daha qabarıqdır. Görmə qabiliyyətinin aşağı olması və ya olmaması, göz mühitinin şəffaflığının pozulması, torlu qişanın, göz sinirlərinin zədələnməsinin nəticəsidir.

Qulaqları müayinə etdikdə onların simmetrik olmasına, formasına, qıvrımlara, ölçülərinə və yerləşməsinə fikir verilir. Qeyri-düzgün yerləşmiş və düzgün formalaşmamış qulaq seyvanı ana-dangəlmə anomaliya kimi qiymətləndirilir. Normada qulaqlar kəlləyə göz yarığının xarici tını səviyəsində birləşir. Qulaq seyvanının quruluşu və konsistensiyası uşağın yetişkənlik dərəcəsini təyin etməyə imkan verir. Yetkin yenidöğulmuşlarda qulaq seyvanı tam formalaşmış və qığırdağı bərkdir.

Həyatın ilk dəqiqələrindən nəfəs alarkən yenidöğulmuşun **burun** qanadları açılır. Bu oksigen açlığını ifadə edir. Normal halda bir neçə dəqiqəyə keçir. Keçməzsə oksigen açılığının səbəbi araşdırılmalıdır. Obstruksiya selikli qişanın ödemi, seliyn toplanması və ya xoanaların atreziası ilə əlaqəli ola bilər. Xoanaların atreziası bir və ya iki tərəfli, membranoz və ya sümükləşmiş olur.

Burun müayinə etmək üçün barmaqla əvvəl bir burun dəliyi, sonra digər burun dəliyi növbə ilə sıxılır, burun dəliklərinin və xoanaların keçiriciliyi yoxlanılır.

Yenidöğulmuşun dili böyük, dodaqların, dilin, ağzın selikli qişasının rəngi al çəhrayıdır. Ağız orqanlarını müayinə etmək üçün səhadət və ya orta barmaq uşağın ağzına salınır, yanaqların daxili səthi damaqlar müayinə olunur. Ağız boşluğu orqanlarında aşağıdakı patologiyalar rast gəlinir: dil yününün qısa olması, makroqlassiya, üst dodağın bitişməməsi, sərt damağın bitişməməsi, ağzın balaca və ya böyük olması və s.

Müxtəlif xəstəliklər zamanı yenidöğulmuşun **boynunda** patoloji dəyişikliklər olur: qısa boyun, boynun fistula və kistaları. Bəzi genetik xəstəliklər zamanı boyunda əlavə büküş (Noonan sindromu) və ya qanadabənzər çıxıntı (Turner sindromu) rast gəlinir.

Uşağıdan gələn **qoxuya** da fikir vermək lazımdır. Bəzi irsi xəstəliklərin spesifik qoxusu olur. Valin, leysin, izoleysin amin turşuları mübadiləsinin pozulması zamanı „ağ ciyər şirəsi” iyi gəlir.

Sağlam uşağın **döş qəfəsi** çəlləkvari, simmetrik olur, qabırğaların vəziyyəti üfqi qəfəsidir. Tənəffüs zamanı qabırğalar görünür və səs eşidilir. Bəzi uşaqlarda döş qəfəsinin quruluşu dəyişmiş olur: toyuq və ya quş döşü, gəmiyəbənzər, klinvari döş sümüyü, qabırğaların qabağa gəlməsi, qıfəbənzər döş qəfəsi–döş sümüyünün batması, qabırğaların arxaya doğru yönəlməsi və s.

Döş qəfəsinin palpasiyası zamanı rigidliyin artması, ağ ciyər xəstəlikləri üçün (pnevmaniya, pnevmopatiya), inkişaf anomaliyaları (diafraqmal yırtıq) xarakterikdir. Normal halda döş qəfəsinin perkusiyası zamanı aydın perkutor səs eşidilir. Auskultasiya zamanı tənəffüs simmetrik, hər iki tərəfə ötürülür, puerildir. Ağ ciyərlərə qulaq asdıqda alveolların genişlənməsi, daxildəki mayenin qovulması nəticəsində yaranan səs eşidilir.

Bəzən auskultasiya zamanı patoloji əlamətlər aşkar olunur:

- sərt tənəffüs – nəfəs almanın və nəfəs vermənin hamısı eşidilir. Tənəffüs sisteminin əksər xəstəlikləri və inkişaf anomaliyalarında eşidilir;

- zəifləmiş tənəffüs – tənəffüs ağ ciyər üzərində pis ötürülür. Bu həm ağ ciyər xəstəlikləri, həm də başqa səbəblərdən (burun yollarının dar olması, burunun selikli qişasının ödemi və s.) ola

bilər.

Massiv atelektaz, pnevmotoraks, böyük bronxların obturasiyası ilə olan aspirasion sindrom, diafraqmal yırtıq zamanı tənəffüs ötürülmür. Həyatın ilk saatlarında ağ ciyər üzərində eşidilən xırıltılar ötəri ola bilər. Bu ağ ciyərlərdə qalmış az miqdarda dölyanı maye ilə əlaqəlidir. Müxtəlif kalibrli çoxlu xırıltılar aspirasion sindrom zamanı olur. Qırtlağın anomaliyaları zamanı tənəffüs küyləri eşidilir.

Normada tənəffüsün sayı 1 dəqiqədə 40-45-dir. 60-dan çox olması taxipnoe, 30-dan az olması bradipnoe kimi qiymətləndirilir. Tənəffüsün sayının dəyişməsi tənəffüs üzvləri xəstəlikləri zamanı, MSS-nin perinatal zədələnməsi səbəbindən ola bilər.

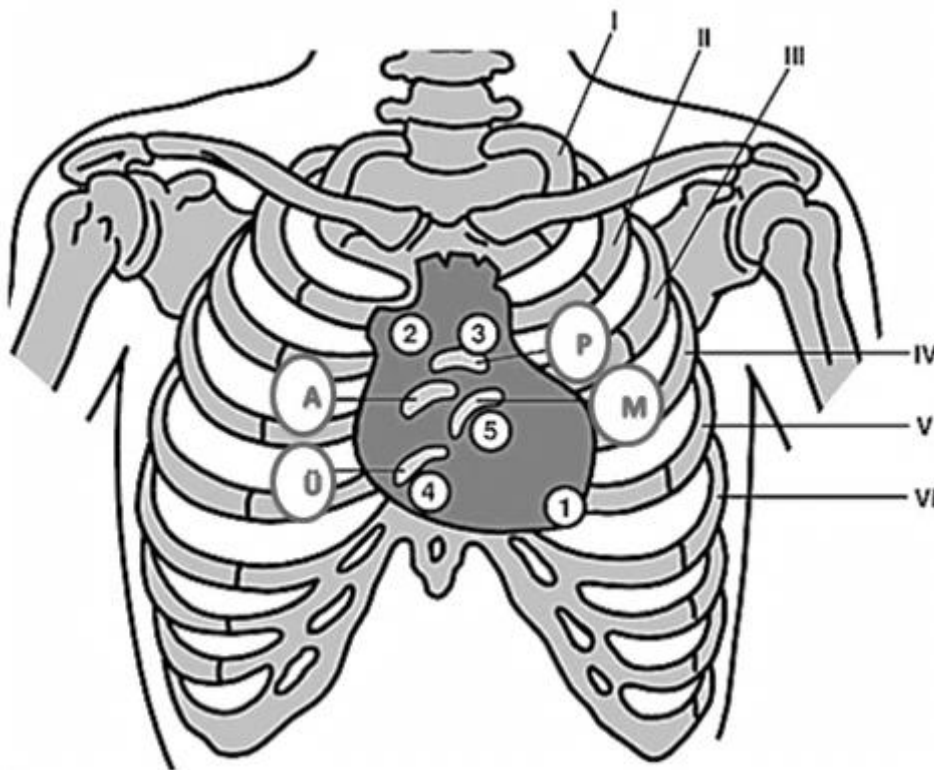
Ürəyin nisbi sərhəddi (şəkil:19-31) yuxarıda – 2-ci qabırğanın yuxarı kənarı, solda 1-ci qabırğa arasına sahə, sol orta körpücük xəttindən 1-1,5 sm sola, sağda-döş sümüyünün sağ kənarı üzərindədir.

Pnevmotoraks, hematoraks, diafraqmal yırtıq, dekstrakardiya zamanı ürəyin sərhədləri dəyişir. Bu zaman rentgenoloji müayinə lazımdır. Anadangəlmə ürək qüsurları, ciddi hemodinamik pozğunluqlar (persistə edən fetal kommunikasiyalar, asfiksiya, pnevmopatiya, hipervolemiya) nəticəsində baş verən ürəyin dilatasiyası zamanı ürəyin nisbi sərhəddi genişlənir.

Ürək tonları aydın və təmiz olur. Birinci ton zirvədə daha yaxşı eşidilir (orta körpücük xəttində, beşinci qabırğaarası sahədə), ikinci ton bir qədər qısa, ürəyin kökündə (döş sümüyünün sağ kənarından 1-1,5 sm, sağa, ikinci qabırğaarası sahədə) eşidilir.

A/T dolayı yolla qiymətləndirilir. A/T normal olduqda nəbz dalğası mil arteriyası üzərində (biləkdə), aşağı olduqda dirsək arteriyasında aşkar olunur. Nəbz ancaq magistral arteriyaların üzərində aşkar edilərsə bu A/T-in kəskin enməsinə ifadə edir.

Ürək vurğuları dəyişkən 110-150 vur/dəq olur. 100 vur/dəq-dən az olduqda bradikardiya, 160 vur/dəq-dən çox olduqda taxikardiya sayılır. Ürək qüsurları və ağ ciyər xəstəliklərində davamlı taxikardiya, beyindəxili qansızmalarda (subaraxnoidal hematoma, beyin mədəciyinə qansızma), bilirubin ensefalopatiyasında davamlı bradikardiya müşahidə olunur.



Şəkil:19-31. Ürəyin sərhədləri və ürək tonlarının eşidildiyi nöqtələr: 1-ürəyin zirvəsi; 2-sağ II qabırğarası sahə (aorta qapaqları); 3-sol II qabırğarası sahə (ağ ciyər şaxəsinin qapaqları); 4-xəncərəbənzər sıxıntının üstü (üçtəyli qapaqlar); 5-Botkin-Erb nöqtəsi IV qabırğarası sahə-döş sümüyünün sol tərəfi (diastolik və mitral küy). A- aorta qapaqları; Ü- üçtəyli qapaqlar; P-ağ ciyər arteriyası qapaqları; M-mitral qapaqlar.

Yenidoğulmuşların ürək tonları klassik nöqtələrdən başqa epiqastral nahiyyədə də aydın eşidilir (xüsusən tonların kəskin karlaşması zamanı).

Ürək tonlarının kəskin karlaşması və zəifləməsi ağır və uzun çəkən bətn daxili hipoksiya, miokardın infeksiya zədələnməsi, AÜQ-i, metabolik pozğunluqlar (asodoz, elektrolit pozğunluqları) üçün xarakterikdir.

Yenidoğulmuşun həyatının ilk saatlarında, bəzən ilk günlərdə sistolik küy eşidilir. Neonatal dövrün sonuna kimi bu küy yox olur. Küy klinik sağlam yenidoğulmuşlarda və kiçik qan dövranında hipertenziya olan (TPS-tənəffüs pozğunluğu sindromu, pnevmaniya) körpələrdə ola bilər. Küyün eşidilmə səbəbi arterial axacaq və oval dəliyin açıq olmasıdır. Ürək qüsurları zamanı eşidilən sistolik küy həyatın 3-5-ci günü aşkar edilir və intensivliyi getdikcə artır, aksilyar nahiyyəyə, bəzən kürəyə irrodiasiya edir. Ürək qüsurlarının olub-olmaması dinamik nəzarət, rentgenoloji, USM-i, EKQ, FKQ, dopplerografiya ilə təsdiqlənir.

Süd vəzisi areolası 10 mm-ə çatır. Süd vəziləri nisbətən qabarıqdır.

Yenidoğulmuşda **qarın** dairəvi, yanlara yayılmışdır. Döş qəfəsindən böyükdür. Tənəffüsdə iştirak edir. Bu nahiyyədə dərialtı piy təbəqəsi yaxşı inkişaf edib. Qarına baxış zamanı bəzən patoloji hallar aşkar edilir: qarının ön divarının batması, qarının assimetriyası, qarının ön divarının rənginin dəyişməsi və s. Palpasiyada yenidoğulmuşun qarını yumşaqdır. Uşaq sakit olduqda palpasiya mümkündür. Palpasiya zamanı bir çox patologiyalar aşkar oluna bilər: qarının ön divarının postozluğu, qara ciyərin böyüməsi (normal halda qara ciyərin kənarı qabırğa qövsünün altından 2 sm çıxı bilər) dalağın böyüməsi və s. Böyrəklər yalnız yarımçıq və hipotrofiyalı uşaqlarda palpasiya olunur.

Qarının auskultasiyası zamanı bağırsaqların peristaltikasının pozulmasını aşkar etmək olur. Peristaltikanın zəif olması və ya olmaması təxirəsalınmaz rentgen müayinəsi tələb edir.

Xayaların müayinəsi zamanı onun ölçülərinə, rənginə, qırıqlarına, xayanın mövcudluğuna nəzər salmaq lazımdır. Vaxtında doğulmuş oğlan uşaqlarında xayalar xaya kisəsinə enmiş olur, yarımçıqlarda xayalar qasıq kanalında əllənir. Xayaların hiperpiqmentasiyasını etnik xüsusiyyət kimi qiymətləndirmək olar. Lakin xayaların ödəmli olması, sidik kanalının xarici dəliyi nahiyyəsində boz kristal çöküntülərin olması və bunlarla yanaşı hiperpiqmentasiyanın olması tranzitor vəziyyətdir, hormonal böhranla əlaqədardır. Böyrəküstü vəzi çatışmazlığı zamanı hiperpiqmentasiya ilə yanaşı penis də böyük olur.

Oğlan uşaqlarında hipospodiya, episodiya, hidrozele və s. kimi anomaliyalar da aşkar etmək olur.

Vaxtında doğulmuş sağlam qızlarda böyük cinsiyyət dodaqları, kiçik cinsiyyət dodaqlarını, klitoru, uretra dəliyini, uşaqlıq yolunun xarici dəliyini örtür. Cinsiyyət orqanlarının ödemi və qançır (göyerməsi) sağrı gəlişində rast gəlinir.

Yarımçıq doğulmuş qızlarda cinsiyyət yarığı açıqdır, böyük cinsiyyət dodaqları kiçik cinsiyyət dodaqlarını örtmür, klitor hipertrofikdir. Klitorun həddən artıq böyük, hipertrofik olması hermafroditizmə işarədir. Adrenogenital sindrom zamanı da klitor hipertrofik olur.

Deskvamativ vulvovaginit, uşaqlıq yolundan qanlı ifrazatın gəlməsi hormonal böhranın nəticəsidir.

Nevroloji statusu adekvat qiymətləndirmək üçün uşağın hərəkəti vəziyyətinə diqqət yetirmək lazımdır. Bunun üçün onun yuxusu, oyanıqlığı, huşunun vəziyyəti və reflekslər qiymətləndirilir.

Şərtsiz reflekslər (avtomatik) yenidoğulmuşun həyatının ilk günlərindən müşahidə olunur. Bu reflekslər uşağın funksional vəziyyətinin və yetkinliyinin göstəricisidir.

1. Moro və ya qıcıqlanma refleksi – uşağın vəziyyətini birdən dəyişdirdikdə bu refleks alınır. Refleks iki fazadan ibarətdir: I fazada uşaq əllərini atır; II fazada kəskin hərəkətlə əllərini dirsək oynaqından gövdəyə bükür. Bu refleks 4 aya itir.

2. Axtarma refleksi və ya Kusmaul refleksi – arxası üstə uzanmış uşağın ağız bucağını qıçıldandıqda baş qıçıq tərəfə əyilir.

3. Əmmə refleksi – uşağın ağzına döş giləsi və ya barmaq saldıqda o əmir.

4. Tutma və ya Robinson refleksi – barmağı uşağın ovçuna qoyduqda o, barmağı elə bərk

sıxır ki, uşağı qaldırmaq olur. Refleks 2-4 aya itir.

5. Addımlama və dirəmə refleksi – şaquli vəziyyətdə olan uşağı arxadan qoltuqaltı çuxurdan tutub, başını baş barmaqla tutduqda, uşaq yarıbükülmüş ayaqlar üzərində durur və irəli əyəndə addım atır. Bu refleks 2 aya itir.

6. Tonik labirint refleksi – qarnı üstə uzanmış uşağın bükücü əzələlərində tonus yüksəlir, baş və əllər sinəyə tərəf bükülür, kürək əyilir, ayaqlar bütün oynaqlardan bükülərək qarına tərəf qatlanır.

7. Qoruma refleksi – üzü üstə qoyulmuş yenidöğulmuş başını yana çevirir.

8. Babinski refleksi – ayaqların xarici kənarını qıcıqlandırdıqda baş barmaq bükülür, digər barmaqlar yelpik kimi açılır. Bu refleks 2 aya itir.

9. Pəncə refleksi – ayaq altının ortasına təzyiq etdikdə barmaqlar bükülür.

10. Babkin və ya ovuc-ağız refleksi – uşağın ovucuna təzyiq etdikdə o ağzını açır, başını əyir, dilini çıxarır, göz qapaqlarını qapayır. Bu refleks 3 aya itir.

11. Qalant refleksi – onurğa sutununun yan tərəfi yuxarıdan aşağı istiqamətdə qıcıqlandırılır. Bu zaman yenidöğulmuş qıcqıq tərəfə qövs kimi əyilir, baş həmin tərəfə çevrilir, ayaqlar bud-çanaq və diz oynaqından bükülür.

12. Perez refleksi – onurğa sutununun tin çıxıntıları boyu aşağıdan yuxarıya doğru yüngül təzyiq edilir. Bu zaman uşaq qışqırır, çanağını qaldırır, əl və ayaqlarını bükür, bəzən anusun sfinkteri açılır. Bu refleks 4 aya itir.

13. Simmetrik boyun refleksi – arxası üstə uzadılmış uşağın başını önə əydikdə yuxarı və aşağı ətrafların bükücü əzələlərinin, baş arxaya əydikdə açıcı əzələlərin tonusu artır.

14. Assimetrik tonik boyun refleksi – arxası üstə uzadılmış uşağın başı yana çevrilir, alt çənə çiyin nahiyyəsində olur. Bu zaman uşağın həmin istiqamətdə olan ətrafları açılır, əks tərəfdəkilər bükülür.



Moro refleksi



Axtarma refleksi



Əmmə refleksi



Tutma refleksi



Addımlama refleksi



Tonus refleksi

Şəkil: 19-32. Nevroloji reflekslər

Sensor funksiya qiymətləndirilir. Böyük uşaqlara nisbətən yenidöğulmuşlarda ağrı hissi zəifdir.

İlk müayinədən sonra vaxtında, normal doğulmuş yenidöğulmuşlar anasına verilir. Yenidöğulmuşda hər hansı bir patologiya aşkar olunarsa, müvafiq tədbirlər görülür. Müalicəyə ehtiyacı olan yenidöğulmuşlar aşağıdakı qruplara bölünür:

– **nəzarətə ehtiyacı olan yenidöğulmuşlar** – doğum zamanı qısa müddətli asfiksiya keçirən,

cərrahi yolla doğulan, bu məqsədlə anaya və uşağa dərman verilən, gecikmiş və ya yarımçıq doğulan, lakin sağlam görünən yenidoğulmuşlar tam adaptasiya olana qədər, təxminən 6-12 saat nəzarət altında saxlanılır. Belə uşaqlar oksigen mənbəyi və EKQ manitoru olan küvezlərdə saxlanılır;

– **xüsusi qulluğa ehtiyacı olan yenidoğulmuşlar** – həyatı funksiyası pozulmamış, lakin adap-tasiyada çətinlik çəkənlər bu qrupa aid edilir: anası yaşlı və ya diabet xəstəsi olan uşaqlar, sarı-lıqlı, anemiyalı, anomaliyalı uşaqlar bu qrupa daxil edilir.

– **ciddi qulluğa ehtiyacı olan yenidoğulmuşlar** – həyatı funksiyaları təhlükədə olan yenidoğulmuşlar bu qrupa aiddir. Ağır uzunmüddətli asfiksiyası, tənəffüs pozğunluqları, ciddi perinatal xəstəliyi və anomaliyası olan uşaqlar bu qrupa daxil edilir.

§ 5.4.Yenidoğulmuşun fiziologiyası

Bətdaxili dövrdə dölün həyatı vacib funksiyalarını (tənəffüs, qidalanma, ifrazat) cift yerinə yetirir. Doğulduqdan sonra bu funksiyaları o, özü yerinə yetirməlidir. Amma onun orqan və sistemləri tam formalaşmayıb və adaptasiya prosesində çətinlik çəkir.

Yenidoğulmuşun çəkisi və boyu onun yetişkənliyi haqqında tam məlumat vermir. Məs: iri döl vaxtından əvvəl doğula bilər, onun orqan və sistemləri yetkin olmaz. Eləcə də az çəki ilə doğulmuş uşağın orqan və sistemləri yetişmiş ola bilər.

Hamiləliyin sonuncu trimestrində döl orqanizmində bir çox dəyişikliklər baş verir. Bu dəyişikliklər onu doğulduqdan sonra xarici mühitə uyğunlaşmağa hazırlayır.

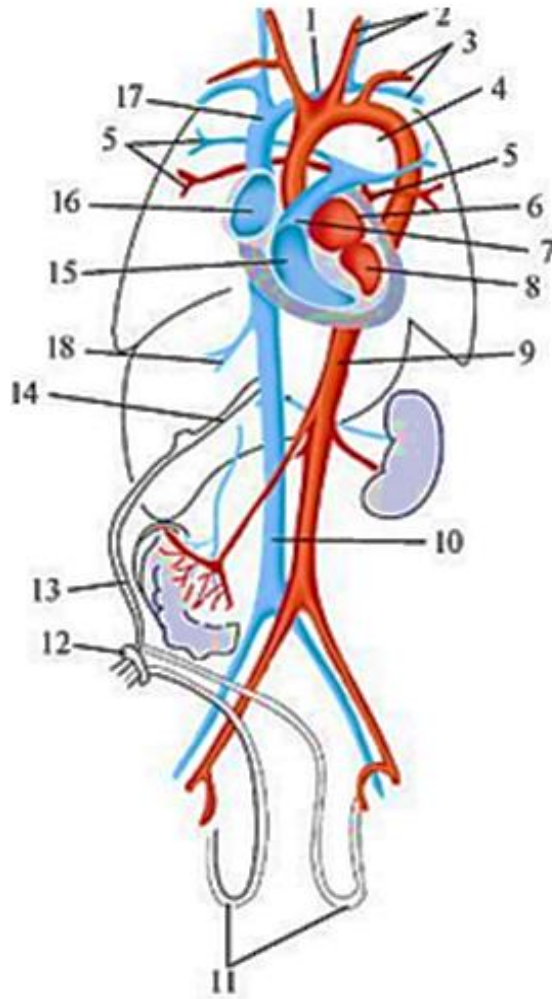
Döl orqanizmindəki maye 90%-dən 70%-ə enir, hüceyrə xarici su döl çəkisinin 40-50%-i təşkil edir. Bu göstəricilər yetkin insandakından çoxdur. Orqanizmdə qlikogen az, protein və yağlar daha çox artır. Enerji ehtiyatları ehtiyacları qədərdir. Ona görə də təhlükədə olan yenidoğulmuşa qlükoza vermək lazımdır.

Əzələ sistemi zəifdir. Onlar bədən çəkisinin 23%-ni təşkil edir. Yenidoğulmuşun əzələ sistemi sinir sistemi ilə sıx bağlıdır. Beyin qabığı tam yetişdiyi üçün qabıqaltı mərkəzlərin sinir oyanıqlığı nəticəsində yenidoğulmuşun bükücü əzələlərinin hipertonusu baş verir. Nəticədə uşağın ətrafları yüngül bükülmüş vəziyyətdə olur. Yenidoğulmuşun **sümükləri** yüngül və elastikdir, qığırdaq toxumasına bənzəyir. Bu onların tərkibində mineral maddələrin az, suyun çox olması ilə izah olunur. Dölün bəzi sümükləri qığırdaq mərhələsini keçmir. Bu sümüklərə kəllə, üz və körpücük sümüyü aiddir. Dölün onurğası qığırdaq təbiətlidir və əyilmə qabiliyyətinə malik deyil.

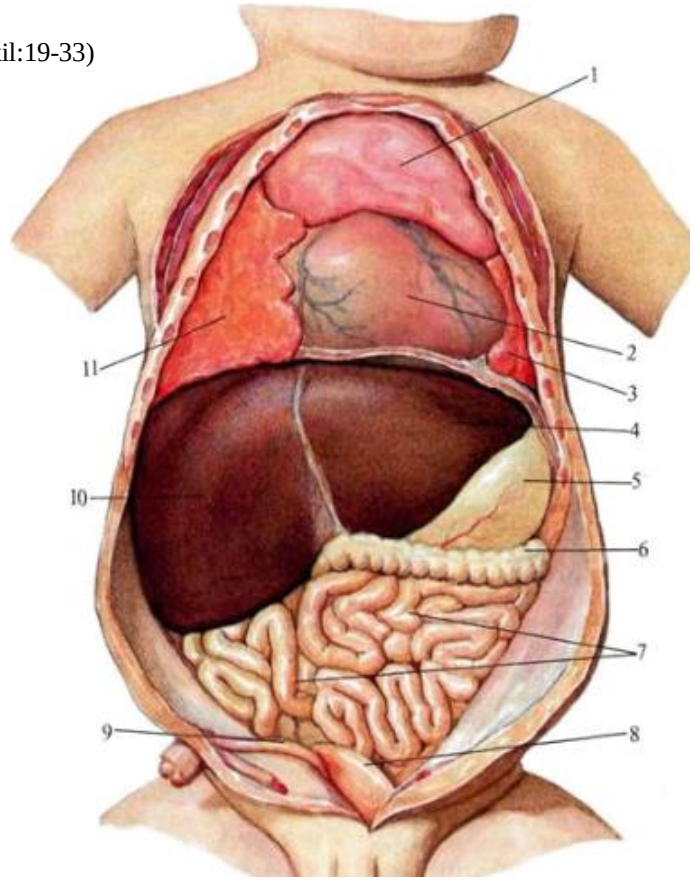
Həyatın ilk dəqiqələrində **ürəyin** sərhədləri genişlənmiş olur. Sonradan, 4-5 gün ərzində kiçilir. Ürək horizontal vəziyyətdə, döş qəfəsinin mərkəzində yerləşir, dəyirmi formadadır. Qulaqcıqlar mədəciklərdən böyükbür. Doğulan anda yenidoğulmuşun arterial təzyiq 45 mm/C st, 10 gün sonra 80/43 mm C st olur.

Doğuşdan sonra qan dövrəsinin xarakteri dəyişir. Cift qan dövrəni dayandır. Dölün sərbəst tənəffüsü başlayır. Bu iki amil qan dövrəsinə başqa dəyişikliklərin də baş verməsinə səbəb olur. Doğuşdan sonrakı ilk dəqiqələrdə göbək ciyəsi kəsilir və yenidoğulmuşun ciftlə əlaqəsi pozulur. Göbək güdülünə sıxac qoyulur. Eyni zamanda göbək ciyəsinin Vartan həlməşiyi soyuğun təsirindən sıxılmağa, təbii sıxac kimi göbək damarlarını sıxmağa başlayır. Ana bətnindəki hərərət xarici mühitin hərərətindən çox olur. Ciftlə əlaqə kəsildiyindən yenidoğulmuşun qanında prostotqlandinlərin səviyyəsi azalır. Prostotqlandinlərin azalması və yenidoğulmuşun tənəffüsü bərpa olunduqdan sonra qanda oksigenin artmasına cavab olaraq göbək arteriyalarının divarındakı saya əzələləri sıxılmağa başlayır. Göbək arteriyalarının bağlanması doğuşdan bir neçə saniyə sonra başlayır. Bir neçə dəqiqəyə funksional olaraq qapanır. Göbək venası və venoz axacaq tədricən 2-3 həftəyə bağlanır. Ona görə də yenidoğulmuşa vena daxili inyeksiyalar göbək venası ilə həyata keçirilir. Yenidoğulmuşun ilk nəfəsalması ilə ağ ciyərlərdə müqavimət azalır, ağ ciyərdə təzyiq aşağı düşür. Nəticədə ağ ciyər arteriyalarında, arterial axacaqda, sağ mədəcikdə və sağ qulaqcıqda da təzyiq düşür.

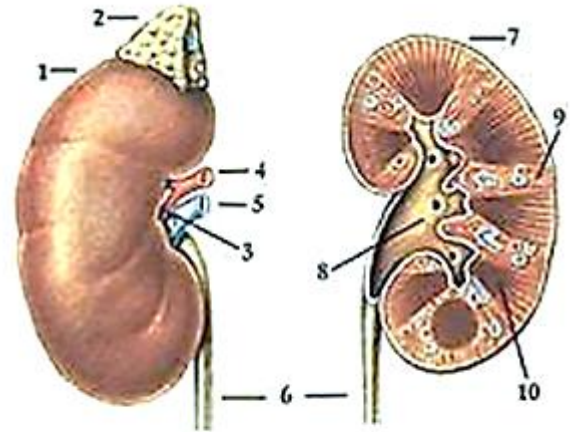
Yenidoğulmuşun fiziologiyası (Şəkil:19-33)



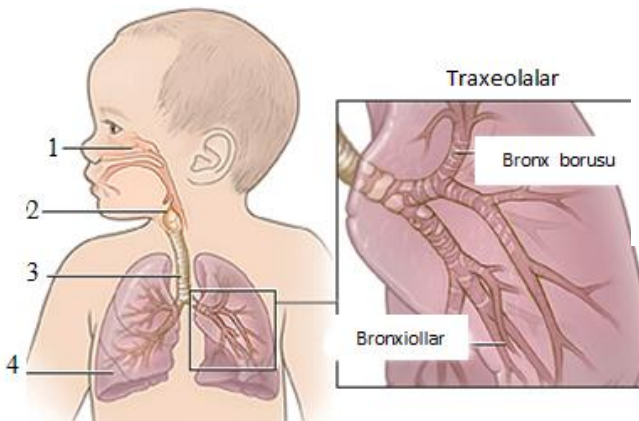
Yenidoğulmuşun qan dövrəsi: 1-aorta qövsü; 2- yuxarı arteriyası; 3- körpüçükaltı arteriya və vena; 4-boşalmış Botal axacağı; 5-ağ ciyər damaları; 6-sol qulaqcıq; 7-ağ ciyər arteriyası; 8-sol mədəcik; 9-enən aorta; 10-aşağı boş vena; 11-boşalmış göbək arteriyaları; 12-göbək həlqəsi; 13-boşalmış göbək venası; 14-boşalmış Arans axacağı; 15-sağ mədəcik; 16-sağ qulaqcıq; 17- yuxarı boş vena; 18 qara ciyər venası



1-Tumus; 2-Ürək; 3 və 11-Ağ ciyərlər; 4və 10- Qara ciyər; 5-Mədə; 6-Yoğun bağırsaq; 7-Nazik bağırsaqlar; 8- Sidik kisəsi



Böyrəklərin quruluşu: 1- böyrək; 2-böyrəküstü vəzi; 3-4 böyrək arteriyası; 5-böyrək venası; 6-sidik axarları; 7- qabıq maddə; 8-böyrək ləyəni; 9-beyin maddə; 10- kasacıqlar



Yenidoğulmuşun tənəffüs sistemi: 1-burun boşluğu; 2-qırtlaq; 3- traxeya; 4-ağ ciyərlər

Arterial axacağın spazmı baş verir. Doğuşdan 12-20 saat sonra arterial axacaq bağlanmağa başlayır. İlk saatlarda funksional, sonrakı 3-10 həftə ərzində isə anatomik olaraq bağlanır. Ağciyərlərdə oksigenlə zənginləşmiş çoxlu miqdarda qan ağ ciyər venaları ilə sol qulaqcığa tökülür və sol qulaqcıqda təzyiqi artırır. Sağ qulaqcıqda təzyiq aşağı olduğundan sol qulaqcıqdakı qanın mexaniki təsirində oval dəlik qapanmağa başlar. Oval dəlik doğuşdan dərhal sonra funksional, bir neçə gün, bəzi uşaqlarda bir neçə ay sonra tam anatomik qapanır. Yenidoğulmuşun asfiksiyası zamanı oval dəliyin qapanması prosesi 2 həftə yubanır, nəticədə qanın oval dəlikdən sağdan sola arterial axacaq vasitəsi ilə aortadan ağ ciyər arteriyasına keçməsi baş verir (Şunt simptomu). Bu da klinik olaraq sistolik küy və sianoz kimi biruzə verir. Fetal qan dövrəni yolları bağlandıqdan sonra böyük və kiçik qan dövrəni formalaşır. Yenidoğulmuşlarda 75 ml/kq qan vardır. Göbək ciyəsində pulsasiya kəsilməyə qədər yenidoğulmuş 30 ml/kq qan gedib-gəlir. Göbək ciyəsi bir az gec kəsildikdə 80-100 ml-ə qədər qan yenidoğulmuşun qan dövrəsinə daxil olur. Yarımçıqdoğulmuşlarda bu qan artıqlıq edə bilər və uşaqda hipervolemiya, ürəyin böyüməsi, sianoz, sarılıq və s. yarada bilər.

Yenidoğulmuşda bütün sümük iliyində qanyaranma baş verir. Qara ciyər, dalaq, limfa düyünləri əlavə qanyaranma ocaqlarıdır.

Yenidoğulmuşlarda **Hb-nin** səviyyəsi çox yüksəkdir. Doğulan anda 180-200 q/l olur. Bunun 4/5 hissəsini fetal hemoqlobin (FHb) təşkil edir. Eritropoez sürətləndikcə hemoqlobinin miqdarı azalır, 10-cu gün 163 q/l-ə qədər enir. „A”hemoqlobinin (AHb) nisbi miqdarı artır. Eritrositlərin miqdarı doğulan anda $5,0 \times 10^{12}$ /l olur. Eritrositlərin və hemoqlobinin səviyyəsi hər gün 1%-ə qədər azalır. Rəng göstəricisi 1-dən yüksəkdir.

Həyatın 2-3-cü sutkasında lekositoz müşahidə edilir. Onların miqdarı $25-30 \times 10^9$ /l-ə qədər olur. 10-cu sutkada azalaraq 12×10^9 /l-ə çatır. Trombositlərin sayı 200×10^9 /l təşkil edir. Qanın laxtalanma müddəti 4-6-10 dəqiqədir. Qan zərdabında immunoqlobulinlərin səviyyəsi azdır. Bu da yenidoğulmuşların infeksiyaya qarşı müqavimətinin aşağı olmasına səbəb olur.

Yenidoğulmuşların mədə-bağırsaq sistemi funksional və morfoloji cəhətdən yetkin deyil. Ağız suyu vəziləri uşaq doğulan kimi fəaliyyət göstərir. İlk vaxtlarda ağız suyu sekresiyası az olur. Sorma qabiliyyəti yaxşı inkişaf edib. Yenidoğulmuşun qida borusunun uzunluğu 10 sm-dir, əzələ qışası zəif inkişaf edib, bəzən udulmuş qida geri qaydır. Mədə horizontal vəziyyətdədir, tutumu 1-ci gün 20 ml, 5-6-cı gün 50 ml, 10-14-cü gün 70-80 ml-dir. Selikli qışa, xüsusilə kordial hissədə zəif inkişaf edib. Mədə şirəsinin tərkibində pepsin, xlorid turşusu, ptialin var, lakin kifayət qədər aktiv deyil. Mədənin boşalması 2-2,5 saatdan sonra baş verir. On iki barmaq bağırsaqda qida pankreas şirəsinin təsirinə məruz qalır. Pankreas şirəsi tripsin, amilaza və lidazadan ibarətdir. Bağırsaqların uzunluğu 3,5 m-ə çatır. Selikli qışanın qan təchizatı yaxşıdır. Ona görə qida sürətlə sorulur. Bağırsaqların əzələ qışası və vəziləri zəif inkişaf edib.

Doğuşdan sonra ilk 3 gün ərzində mekonium ifraz olunur. Sonra qəhvəyi, yaşılımtıl-sarı, qızılı-sarı, sıyıqvarı nəcis ifraz olunur.

Yenidoğulmuşun ilk tənəffüsü təmas, işıq, ağrı, səs, yerin cazibə qüvvəsi və soyuq kimi qıcıqların təsiri altında baş verir.

İlk nəfəsalma ilk 20 san. ərzində olur. Döl doğum yollarından keçərkən sıxılma nəticəsində tənəffüs yollarından 10-15 ml maye xaric olur. Gövdənin doğulması ilə tənəffüs əzələləri yığılır, eyni miqdarda (10-15 sm³) hava ağ ciyərlərə daxil olur. Beləliklə alveollar genişlənməyə başlayır. Bu prosesdə sulfaktantın böyük rolu var. İlk tənəffüs ritmik deyil, ağlamalarla və iç çəkmələrlə qarışıqdır. Nəfəs verərkən öskürmələr baş verir. İlk tənəffüslər zamanı alveollardakı maye limfatik və qan kapillyarları vasitəsi ilə təmizlənir. Fetal qan dövrəni normal qan dövrəni ilə əvəz olunduqca yavaş-yavaş alveollar açılır və havalanır. İlk nəfəsalma ilə ağ ciyərlərdə təzyiq düşür, ağ ciyər arteriyası açılır və ağ ciyərdə qan dövrəni 5 dəfə artır. Ağ ciyərlərdən gələn qan çoxlu miqdarda qan sol qulaqcığı doldurur. Kiçik qan dövrəni işə düşür.

Doğumdan sonrakı ilk dəqiqələrdə taxikardiya və taxipnoe müşahidə edilir. Sonra bir neçə həftə ərzində nəbz (nəbz 110 vur/ dəq, tənəffüs dəqiqədə 35) normallaşır. İlk vaxtlarda taxipnoenin olması ağ ciyərlərin tutumunun az, alveolyar ventilyasiyasının zəif olması nəticəsindədir. Yenidoğulmuşun oksigenə tələbatı tənəffüsün tezliyinin artması ilə ödənilir. İlk saatlarda körpənin yetişkən-

lik dərəcəsindən asılı olaraq dəqiqədə 500-600 ml-ə çatır.

Yenidoğulmuş hər nəfəsalma zamanı təxminən 15-20 sm³ hava alır. Yenidoğulmuşun yuxarı tənəffüs yolları kifayət qədər inkişaf etməmişdir. Ona görə yuxarı tənəffüs yollarının xəstəlikləri çox rast gəlinir.

Yenidoğulmuşun **böyrəkləri** nisbətən aşağıda yerləşir və yaxşı əllənir. Onlar quruluş və funksional cəhətdən yetkin insan böyrəyindən fərqlənir (şəkil:19-33). Əsas morfofunksional vahidi nefrondur. Yenidoğulmuşun hər iki böyrəyində 1500000-2000000 nefron var. Sonralar onların sayı artır. Filtrasiya və sorulma çox zəif gedir. Ona görə yenidoğulmuşlarda ya quruluq ya da ödem müşahidə edilir. Xəstə yenidoğulmuşlarda su balansı tez pozulur. Bu uşaqlara dərmanlar da ehtiyatla verilməlidir, çünki onlar orqanizmdə tez yığılır.

Doğulan kimi uşaq tez sidik ifraz edir. Sidik kisəsi yuxarıda yerləşir. Tutumu 50 ml-dir. İlk günlərdə 10-20 ml sidik ifraz edirlər. Sonrakı sidik ifrazı tezliyi su balansı ilə əlaqədardır.

Yenidoğulmuşlarda **baş beyin** kifayət qədər inkişaf edib. Beyin qabığı və piramid yollar formalaşmış. Boz maddə ağ maddədən yaxşı ayrılır. Doğulduqdan sonra baş beyin hüceyrələrinin sayı artır. Böyük beyin yarımkürələrinin bütün vacib qırıqları formalaşmış. Aralıq beyin və retikulyar formasiya yaxşı inkişaf edib. Sağlam, yetişmiş yenidoğulmuşlar sutkada 18 saat, yarımçıq doğulmuşlar isə daha çox yatır.

Yenidoğulmuşların endokrin sisteminin inkişafı ananın endokrin sisteminin vəziyyətindən asılıdır. Yenidoğulmuşun qalxanabəniz vəzisi kalsium mübadiləsini və orqanizmin turşu-qələvi balansını tənzimləyir. Timus vəzi nisbətən böyükdür. Çəkisi 11,7 qr-dır, getdikcə kiçilir və 3 yaşa qədər itir. Böyrəküstü vəzi 12 qr-a qədərdir, yenidoğulmuşun adaptasiyasında aktiv iştirak edir. İlk günlər anadan dölə keçən hormonlar katobolizmə uğrayır. Doğuş zamanı və ilk saatlarda kortizolun konsentrasiyası 3-5 dəfə artır, I sutkanın sonuna əvvəlki səviyyəyə çatır. Sonra azalmağa başlayır, 6-7-ci sutkada artmağa başlayır və 10-12-ci sutkada böyükldə olduğu səviyyəyə çatır. Hipofiz yaxşı inkişaf edib, çəkisi 0,1-0,15 qr olur. Hər payı spesifik hormonlar ifraz edir.

Yenidoğulmuşun **immun sistemi** tam yetişməmişdir. O, spesifik immun faktorları anadan alır. Qeyri-spesifik müdafiə hüceyrə və humoral faktorlar hesabına baş verir. İmmunitetin humoral faktorlarına A, M, G tipli immunoqlobulinlər aiddir. İgG cift vasitəsi ilə ana qanından döl qanına keçir. Yenidoğulmuşun həyatının I həftəsində onun səviyyəsi anada olduğu kimidir. Yenidoğulmuşda İgA və İgM-in səviyyəsi aşağıdır. İgA ana südü ilə dölün bağırsaqlarına keçir. Ağız südü İgA ilə daha zəngindir. İgM yenidoğulmuşun həyatının 2-3-cü həftəsində əmələ gəlir. Anadan keçən immunoqlobulinlər 6-cı aya qədər parçalanır. İgG-in səviyyəsi 5 yaşında böyükldəki səviyyədə olur.

Yenidoğulmuşun hüceyrələrinin normal funksiya göstərməsi və uşağın böyüməsi üçün lazım olan **enerji** oksigen təsirindən qlükoza və yağların parçalanması nəticəsində yaranır. Dölün istilik itkisi olmadığı üçün onun oksigenə olan tələbatı böyük deyil. Doğulduqdan sonra onun oksigenə olan tələbatı 2,5 dəfə artır. 38,8⁰ C temperaturu ilə doğulan körpənin temperaturu bir neçə dəqiqədən sonra 36⁰C-yə qədər enir. Temperaturu qorumaq üçün ilk etaplarda enerji mənbəyi qlükozadır. İlk dəqiqələrdən yenidoğulmuşu bələyərək, isti yerə qoymaq lazımdır ki, istilik itkisi çox olmasın. Beləliklə, enerji təmini üçün oksigenə olan tələbat azalır, enerji depolarının tükənməsinin və asidozun qarşısı alınır.

§ 5.5. Yenidoğulmuşun xarici mühitə adaptasiyası və tranzitor vəziyyətləri.

Doğuş zamanı döl ağır mexaniki təsire məruz qalır. Bundan başqa yenidoğulmuş temperaturu, rütubəti, qravitasiası, oksigen təchizatı fərqli olan, səs, taktıl, görmə qıcıqları olan bir mühitə uyğunlaşmalıdır. Bu da onun orqanizminin bütün funksional sistemləində dəyişikliklərə səbəb olur.

Uyğunlaşma prosesi insanın sonrakı inkişaf dövrləri üçün əhəmiyyət kəsb edir. Uyğunlaşma prosesi iki əsas dövrə bölünür: erkən və nisbətən uzunmüddətli.

Yenidoğulmuşun **erkən** uyğunlaşması neyroendokrin, kardiorespirator, qan yaranma sistem-

lərinin yüksək funksional aktivliyi nəticəsində baş verir. **Uzunmüddətli** uyğunlaşma metabolik proseslərin yenidən qurulması ilə bağlıdır. Uyğunlaşma prosesi ana bətnində, doğuşa 8 həftə qalmış başlayır. Doğuşun gedişinə və xarici mühitə uyğunlaşmaq üçün döl orqanizmində aşağıdakı dəyişikliklər gedir: neyroendokrin sistem aktivləşir; qanın transport funksiyası tənzimlənir; boz piy maddəsində qlikogenin toplanması sürətlənir; metabolik proseslərdə yenidənqurma başlayır.

Fizioloji doğuş zamanı da döl orqanizmində bir sıra dəyişikliklər baş verir: hipoksiya artır; ciftlə döl arasındakı qan dövranı dəyişir; döl və ana mənşəli bioloji aktiv maddələr artır. Belə aktiv maddələrə adaptiv hormonlar--AKTH, kortikosteroidlər, katexolaminlər, hipofizin somatotrop, tireoid hormonları və s. aiddir. Bu hormonlar doğuşun tənzimlənməsində iştirak edirlər.

Göstərilən bu və digər faktorların kompleks iştirakı ilə döl orqanizmində adaptiv xassəli hemodinamik, hematoloji, mübadilə, turşu-qələvi müvazinəti və s. dəyişikliklər baş verir. Bu dəyişikliklərin köməyi ilə yenidoğulmuş xarici mühitə uyğunlaşmağa başlayır.

Ana bətnində ana ilə döl arasındakı əlaqə, doğuş zamanı birdən kəsilir. Uyğunlaşma reaksiyaları meydana çıxır. Bu reaksiyaları təmin edən üzv və sistemlərin fəaliyyəti başlayır, fəaliyyətdə olanları isə artır. Uyğunlaşmanın gedişində bir neçə mərhələ var. Kompensasiya və adaptasiyanın qabarıq reaksiyaları doğuşdan 2-6 saat sonra başlayır. 2-ci gün ərzində ən yüksək həddə çatır, 3-cü gündən başlayaraq 4-5-ci günlərdə funksional aktivlik enməyə meyilli olur. Həyatın 6-7-ci sutkalarda morfofunksional dəyişikliklərin bərpasına meyillilik nəzərə çarpır. Başlanmış bərpa prosesi bir neçə ay davam edir.

Hamiləliyi və doğuşu normal keçmiş analardan doğulmuş yenidoğulmuşların adaptasiyasının bir neçə əsas məqamı var.

Həyatın ilk günlərində: bərəküstü vəzin simpatoadrenal steroid funksiyası kəskin artır; ilk nəfəsləndən sonra ürək ritminin mərkəzi requlyasiyası güclənir, ürək vurğularının sayı, qanın dəqiqəlik həcmi artır; depolardan gələn qan hüceyrələri hesabına onların miqdarı artır.

Adaptasiyanın bu mərhələsi klinik olaraq tənəffüsün sayının, dərinliyinin, ürək vurğularının sayının artması, hemotokrit göstəricisinin yüksəlməsi, dərinin rənginin bir qədər dəyişməsi ilə özünü göstərir. Bu mərhələ həyatın 1-ci dəqiqəsindən 5-ci dəqiqəsinə qədər davam edir ki, bu da qanın transport funksiyasının başlanğıcı olur. Qanda oksigenin porsial təzyiqi (PO_2) artır. Karbon qazının porsial təzyiqi (PCO_2) ilk dəqiqələrdə yüksək olur. 30-cu dəqiqənin sonunda azalmağa başlayır.

Üzvlərin fəaliyyətinin artması enerji sərfinə səbəb olur. Ona görə də yenidoğulmuşun bədən temperaturu enməyə başlayır. Həyatın 30-cu dəqiqəsində düz bağırsaqda hərarət 35^0 C -yə qədər azalır.

Həyatın 30-cu dəqiqəsindən başlayaraq hərarətin düşməsi azalır. Bu əzələ tonusunun artması, tremor, reflektor aktivliyin artması ilə əlaqədardır.

Doğulandan 1 saat sonra orqanların fəaliyyət aktivliyi azalır, simpatikotoniya, parasimpatikotoniya ilə əvəz olunur. Ürək vurğularının sayı nisbətən azalır, miokardda metabolik proseslər bir qədər pisləşir.

Ağ ciyərlərdə daxili müqavimət artığına görə şunta meyillilik artır. Bu da klinik olaraq akrosianoza özünü göstərir. Qanın depolardan periferik damarlara keçməsi zəifləyir. Hüceyrədaxili qlikogenin miqdarı azalır. Bu mənfi dinamika da adaptasiya reaksiyasının stimulyasiyasıdır. İlk tənəffüslə işə düşən təcili, müdafiə xarakterli adaptasiya uzunmüddətli ilə əvəz olunur.

Həyatın 2-6-cı saatlarından mənfi meyillilik azalmağa başlayır, taxikardiya, taxipnoe azalır, tənəffüsün tezliyi və dərinliyi yaxşılaşır, piy toxumasının parçalanması nəticəsində rektal hərarət 36^0 C -yə yüksəlir.

1-ci sutkanın sonu, 2-cı sutkada beyində qabıqaltı strukturların fəaliyyəti artır. Bu, körpənin oyanıqlılığının artması, əzələ tonusunun, reflekslərin yüksəlməsi ilə yanaşı gedir. Bu zaman orqanların qarşılıqlı əlaqələri integrasiyalaşır, bir-birinin funksiyasının adekvatlığına kömək edir. Nəticədə: hipofizin somatotrop hormonunun (STH), qlükokortikoidlərin, tireoksinin qana ifrazı artır; eritrositlərdə fetal hemoglobin (FHb) səviyyəsi artır;

– yağ mübadiləsi sürətlənir, qlikogenin mənimsənilməsi ləngiyir, enerji sərfi artır, metabolizm

sürətlənir, nəticədə bədən çəkisi azalır; hüceyrələrdə ATF, qlikogen, K⁺ ionları, qələvi ehtiyatı azalır, ödəmə meyillilik yaranır.

Həyatın 3-5-ci sutkasında simpatik sinirin aktivliyi artır. Turşu-qələvi sabitliyində böyrəyin rolu artır, 3-cü sutkada çəki itkisi maksimuma çatır. 4-5-ci sutkada əzələ tonusu, reflekslər bir qədər zəifləyir. Çəki itkisi azalır. 6-7-ci sutkada orqanizmin həyat fəaliyyəti güclənməyə başlayır.

Erkən neonatal dövrün sonunda ağ ciyərlərin, böyrəklərin funksional aktivliyi sabitləşir. Hüceyrələrdə K⁺ və Na⁺ qələvi ehtiyatı bərpa olunur, metabolizmdəki gərginlik aradan qalxır.

Erkən neonatal dövrdə baş verən bu proseslər nə normaldır nə də patologiya. Ona görə yeni-doğulmuşun bu vəziyyətləri **tranzitor – keçid** vəziyyətləri adlanır. Doğuş prosesi patoloji gedişli olduqda yenidoğulmuş bətdən xaricdə qeyr-optimal şəraitə düşdükdə, yetkin olmadıqda, reaktivliyi dəyişkən olduqda, energetik ehtiyatı kifayət qədər olmadıqda, keçid dövrü patologiya ilə keçə bilər. Bu **dizadaptasiya** adlanır.

Dizadaptasiyanın inkişafı üçün əlverişli olan dövrlər **adaptasiyanın kritik dövrləri** adlanır.

I kritik dövr – həyatın ilk dəqiqəsidir. Bu dövrdə ilk nəfəsalma ləngidikdə asfiksiya baş verir.

II kritik dövr – həyatın birinci saatının sonudur. Bu dövrdə kordiorespirator sitemin fəaliyyəti azalır, mikrosirkulyator dəyişikliklər yaranır, sulu karbon mübadiləsi zəifləyir. Nəticədə beyin qan dövranının pozulması, tənəffüs pozğunluğu sindromu, hipoqlikemiya, metabolik asidoz inkişaf edə bilər. Bu patologiya həyatın 2-cı saatında qalır və ya ağırlaşır.

III kritik dövr – həyatın 2-3-cü sutkasında diensefal sindrom, tənəffüs və ürək-damar pozğunluqları əmələ gəlir və ya artır.

IV kritik dövr – həyatın 4-5 – ci sutkasında ehtiyat imkanları tükənir. Nəticədə hipokaliemiya, böyrəküstü vəzin funksiyasının zəifləməsi və s. baş verir.

V kritik dövr – həyatın birinci həftəsinin sonu, ikinci həftəsində **energetik çatışmazlıq** sindromu inkişaf edir. Klinik olaraq süslüyün artması, fizioloji reflekslərin, əzələ tonusunun zəifləməsi, dərinin avazıması, quruması, ürək tonlarının karlaşması, göbək yarasının ləng sağlması, hərarətin 36⁰ C-dən aşağı düşməsi, çəki artımının dalğavari olması və s. müşahidə edilir. Bu dəyişikliklər metabolik asidozun artması, ATF-in, qlikogenin, fosfolipidlərin, hüceyrədaxili (K⁺)-un azalması ilə müşayiət olunur.

Ən çox rast gəlin tranzitor vəziyyətlər aşağıdakılardır.

Doğuşun katarsisi – yenidoğulmuş həyatının ilk saniyələrində xarici qıcıqlara (ağrı, səs, işıq) reaksiya vermir, əzələ tonusu, əmmə və udma refleksləri olmur. Müəyyən olunub ki, doğuş zamanı dölün qanında analgetik təsirə malik enkefalin, endorfinlər artmış olur. Bu maddələr ola bilsin ki, dölün böyrəküstü vəzinin xromofin toxumasında sintez olunur. Bu birləşmələr yenidoğulmuşun həyatının 2-3-cü sutkalarında ürək-damar sisteminin fəaliyyətinə müsbət təsir göstərərək, başqa peptidlərin qanda artmasına səbəb olur.

„Yenicə doğulmuş uşaq sindromu” – doğuş prosesində qana böyrəküstü vəzilərdən və paraqanqilyarlardan katexolaminlər ifraz olunur. Katexolaminlərin və çoxlu xarici və daxili qıcıqların təsirindən yenidoğulmuş dərindən nəfəs alaraq qışqırır, tonik reflekslər və əzələ tonusu artır. Bundan sonra 5-10 dəqiqə müddətində yenidoğulmuş aktiv olur, həyatı vacib orqanların qanla təchizatı artır, enerji ehtiyatı depolardan səfərbər olur.

Ağ ciyərlərin tranzitor hiperventilyasiyası – demək olar ki, bütün yenidoğulmuşlarda rast gəlir. İlk nəfəsalmadan sonra 30 dəqiqə kəskin adaptasiya dövrü olur. Bundan sonra yenidoğulmuşun ağ ciyərlərinin dəqiqəlik ventilyasiyası böyük yaşlı uşaqlara nisbətən 2 dəfə çox olur. Bu tranzitor vəziyyət yenidoğulmuşlarda yaranmış asidoza qarşı reaksiyadır.

Tənəffüs müəyyən hallarda qarışıq tipli olur. Dərindən alınmış nəfəs bir qədər çətinliklə verilir. Bu ağ ciyərlərin geniş açılmasına səbəb olur. Apnoe tipli tənəffüs də belə nəticəyə kömək edir.

Tranzitor qan dövrəni – adaptasiyanın ən vacib elementlərindən biridir. İlk nəfəsalma ilə fetal qan dövrəni yenidoğulmuş qan dövrəni ilə əvəz olunmağa başlayır.

İlk nəfəsalma zamanı döş qəfəsi genişlənir. Onun daxilində mənfi, 40-50 mm C/st, təzyiq ya-

ranır. Bu da ağ ciyər damarlarının rezistentliyini azaldır, onların bir neçə dəfə artıq qanla dolmasına səbəb olur. Ağ ciyər arteriyası ilə aorta arasında təzyiqlər fərqi yaranır. Bu bir tərəfdən ağ ciyərlərin vəziyyətinə digər tərəfdən böyük qan dövrənindəki dəyişikliklərə təsir göstərir. Həm tənəffüs, həm də qan dövrənini – **kardiorespirator** – adaptasiya prosesi başlayır.

Doğuşdan 10-15 dəqiqə sonra arterial (Botal) axacaq bağlanmağa başlayır. Bu proses bəzən bir neçə həftə, bəzən bir neçə ay davam edir. Belə halda ağ ciyər arteriyası ilə aorta arasında qan axını (ən çox soldan-sağa) bir müddət davam edir. Bu **sol-sağ şuntu** adlanır. Sağ-sol şuntu (döldə olduğu) kimi nadir hallarda rast gəlinir.

Botal axacağından hər iki tərəfə qan axını olarsa, bu **bidirektoral şunt** adlanır. Sağlam uşaqlarda bu hal tezliklə keçib-gedir.

Göbək arteriyası doğuşdan dərhal sonra (45-50 san) bağlanır. Göbək venası (Arans axacağı) isə 2-3 həftədən sonra bağlanır. Bu, həmin vena ilə bir müddət venadaxili proseduralar (infuziya, hemotransfuziya və s.) aparmağa imkan verir.

Ürək tərəfindən olan tranzitor vəziyyətlər. Ürəkdəki müvəqqəti metabolik pozğunluqlar nəticəsində onda bir çox dəyişikliklər olur. EKG-də qulaqcıq və mədəcikdə gərginlik, ürək ölçülərinin böyüməsi dalğa hündürlüyünün voltajının azalması, taxikardiya, tonların karlaşması müşahidə edilir. Bu 30 dəqiqədən 1 saata qədər davam edir.

Böyrək funksiyasının tranzitor dəyişiklikləri. Sağlam doğulmuşların hamısında neonatal oliqouriya müşahidə edilir. Bu hal 3 günə qədər davam edir. Əgər uşaq sutka ərzində 15 ml/kq-dan az sidik ifraz edərsə, bu oliqouriya hesab edilir.

Göbək qanında antidiuretik hormonun renin və aldosteronun səviyyəsi ana qanındakından bir neçə dəfə çoxdur. Neonatal oliqouriya böyrəklərin funksiyasının yetkin olmaması və onun kompensator uyğunlaşma reaksiyasında əhəmiyyətli rol oynaması ilə izah olunur.

Yenidoğulmuşun böyrəklərinin kanalcıq və yumaqcıqlarının keçiriliyi yüksək olur. Nəticədə tranzitor proteinuriya müşahidə edilir. Sidikdə çoxlu (5-10 mq/kq) sidik turşusunun ifraz olması mübadilənin katobolik istiqaməti ilə izah olunur. Klinik olaraq bu, sidik turşusu ifrazı əlamətləri ilə təzahür edir. Bütün bunlar 1-ci həftənin sonunda yox olur.

Tranzitor dizbakterioz. Sağlam yenidoğulmuş körpələrin əksəriyyətinin bağırsağında müxtəlif bakteriyalar rast gəlinir. Adətən körpə steril doğulur. Doğuş prosesində, ilk dəqiqələrdən o, mikroblarla yoluxmaya məruz qalır. Mikrobu ən çox toplandığı yer bağırsaqlardır. Bu proses 3 mərhələlidir:

I mərhələ – aseptik hesab edilir, yoluxma ilk dəqiqələrdən başlasa da 10-12 saat davam edir.

II mərhələ – infeksiyalışmanın artma mərhələsi 3-5 gün davam edir. Bağırsaqlarda bağırsaq çöpləri, bifidumbakteriyalar, koklar, göbələklər və s. məskunlaşır.

III mərhələ – 1-ci həftənin sonu, 2-ci həftənin əvvəli bifidumbakteriyalar bütün mikrobları sıxışdırır, bağırsaq florasında çoxluq təşkil edirlər. (1 qr nəcisdə 10^5 - 10^{10}). Bu **tranzitor dizbakteriozun sonu** hesab edilir.

Yenidoğulmuş doğulduqdan sonra bağırsaqlardan başqa, digər nahiyələrdə də patogen mikroblar yayılır. Bu mikroblara enterobakteriyalar, patogen stafilokoklar, klebsiellalar, eşerixiyalar, göbələklər (candida albicans) və s. aiddir. Onlar xüsusilə dəri və selikli qışalarda yerləşir. Dəri örtüklərinin turş reaksiyası, mədə turşuluğu artdıqca, ummun faktorların kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri yüksəldikcə, mikroblar körpə orqanizmindən təmizlənir və ya patogenliyi azalır.

Bağırsağın tranzitor katarı. Mekoniumun ifrazı iki gün davam edir. 3-cü gündən etibarən „keçid nəcis“ formalaşır. O, mekoniumdan fərqli olaraq sarımtıl və duru olur. Sonrakı günlərdə durulaşma və rəng dəyişməsi davam edir, defakasiyaların sayı artır. Bu zaman nəcis homogen olmur – həzm olmamış hüceyrələrdən, selik, yaşıl çalan sarı mayedən ibarət olur. Tərkibində çoxlu selik olur, müayinə zamanı görmə sahəsində 30 və daha artıq leykosit aşkar olunur. Bunlar bağırsağın qıcıqlanması nəticəsində baş verir. Qıcıqlanmaya səbəb mədə-bağırsağa daxil olan qida inqridientləri, mikroorqanizmlər ola bilər. Bağırsaq qıcıqlanması nəticəsində baş verən bu dəyişikliklər 2-3 gündən sonra keçib-gedir. Nəcis homogenləşir. Bağırsağın tranzitor katarı sona çatır.

Daxili sekresiya vəzilərinin tranzitor dəyişiklikləri. Doğulan kimi və həyatın ilk günlərində bütün sağlam yenidoğulmuşlarda böyrəküstü vəzin funksional hormonları artır. Göbək qanında qlükokortikoidlərin səviyyəsi yüksəlir. Bunun səbəbi həm ana, həm də uşağın doğuş stressidir. Sonrakı günlər bu hormonların səviyyəsi aşağı olur.

Göbək venasında trioksinin (T_4), triyodtrioninin (T_3) səviyyəsi ana qanındakına nisbətən az, tireotrop (TTH) hormonun səviyyəsi isə 5 dəfə çox olur. İlk saatlarda T_4 və T_3 -ün səviyyəsinin aşağı olmasının səbəbi, onların toxumalarda intensiv sərf olunmasıdır. 2-ci sutkanın axırında bu hormonların səviyyəsi yüksələrək maksimal həddə çatır. Həyatın 2-3 cü günündən başlayaraq TTH-in səviyyəsi azalmağa başlayır.

Həyatın ilk günlərində qalxanabənzər və böyrəküstü vəzilərin fəaliyyətinin xarici mühitə və metabolik uyğunlaşmada rolu əhəmiyyətlidir.

Tranzitor cinsi kriz. Cinsi krizinin əmələ gəlməsi, ananın cinsi hormonlarının hər iki cinsə aid dölə keçməsinin birdən kəsilməsinə orqanizmin reaksiyasıdır. Yenidoğulmuşun qanında prolaktin bir müddət yüksək səviyyədə qalır. Qızlarda deskvamativ vulvovaginit, uşaqlıq yolundan qanlı ifrazat, süd vəzilərinin şişkinləşib, böyüməsi, oğlanlarda döş vəzilərinin böyüməsi, xayalığın dərisinin hiperpigmentasiyası, xarici cinsiyyət orqanlarının ödemləşməsi, yüngül dərəcəli hidrosele müşahidə edilir.

Döş vəzisinin şişməsi qızların demək olar ki, hamısında, oğlanların 40-50 %-də rast gəlir (şəkil:19-34). Böyümüş süd vəzisini sıxmaq lazım deyil, infeksiyaləşə bilər.

Vulvovaginit zamanı cinsiyyət yarığında bozuntul-ağ rəngli loxiyaya bənzər ifrazat xaric olur.

Bəzi hallarda yenidoğulmuş qızların həyatının ilk 3-7-ci sutkalarında cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat gəlir və bir neçə gün davam edir. Bu anadan dölə keçən estragenlərin təsirindəndir.

Cinsi kriz əlamətləri müalicə tələb etmir. 1-2 gün (bəzən 1-2 həftə) ərzində keçib gedir. Yaxşı gigiyenik qulluq lazımdır.

Dəri örtüklərinin tranzitor dəyişiklikləri. Bu tranzitor dəyişikliklərə sadə və toksiki eritema, dərinin fizioloji kəpəklənməsi və doğum şişi aiddir.

Sadə eritema-doğuş yaxmasını sildikdən sonra meydana çıxır. Həyatın ilk saatlarından meydana çıxan bu qızartı, 2-ci sutkadan başlayaraq həftənin sonuna qədər keçib-gedir. Yarımçıqdoğulmuşlarda daha qabarıq nəzərə çarpır.

Fizioloji kəpəklənmə – həyatın 3-5 ci günlərində baş verir. Çox vaxt gec doğulmuşlarda rast gəlir. Qarında, döş qəfəsində dəri qabıqlanır, soyuyur. Müalicəsiz keçir.

Toksiki eritema. Yenidoğulmuşun xarici mühit faktorlarına (qida, temperatur və s.) qarşı verdiyi allergik reaksiyadır. İrsi meyillilik faktoru da inkar edilmir (şəkil:19-35). Yenidoğulmuşların 25-30%-də rast gəlir. Doğuşdan sonrakı ilk 4-5 gün ərzində müşahidə edilir. Yenidoğulmuşun bədənində kiçik polimorf səpgilər ən çox sağrı və döş nahiyəsini əhatə edir. Səpgilər bozuntul sarı rəngli olur, tək-tək və ya birləşərək yayılmış halda yerləşir. Səpgilər 3 gün davam edir. Sonra dərinin qabıqlanması və tər vəzilərinin genişlənməsi ilə əvəz olunur. Tər vəziləri nazik divarlı suluqlar şəklində olur. Hərərət yüksəlməyə də uşaq narahat olur, diareya müşahidə edilir. Qanda eozinofiliya aşkarlanır.

Müalicədə antihistamin preparatlar istifadə edilir. Maye verilir.

Doğum şişi-Doğuş zamanı öndə gələn hissənin dərialtı toxumasının ödemləşməsidir. Təsir dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlif həcmdə olur. Müalicə tələb etmir. Ödem 1-2 günə sorulur.

Tranzitor hiperbilirubinemiya və ya fizioloji sarılıq. Demək olar ki, yenidoğulmuşların hamısında olur. Lakin həmişə açıq təzahür etmir. Bəzi uşaqlarda subikteriklik olur (şəkil:19-36). Sarılıq müşahidə edilən uşaqların göbək vena-sından götürülən qanda bilirubinin səviyyəsi çox olur, 3-4 gün ərzində 5-6 dəfə artaraq 100-140 mkmol/l olur. Norma 25-35 mkmol /l-dir. Vaxtında doğulmuşlarda bilirubinin səviyyəsi 50 mkmol/l, yarımçıqdoğulmuşlarda 80 mkmol/l olduqda sarılıq nəzərə çarpır. Bir qayda olaraq qanda sərbəst, birləşməmiş bilirubinin səviyyəsi artır.



Şəkil:19-34. Cinsi kriz

Qanda sərbəst bilirubin aşağıdakı səbəblərdən artır:

- tərkibi fetal hemoqlobinlə zəngin olan eritrositlərin tez və çox parçalanması;
- qara ciyərin funksional olaraq tam yetişməməsi, ona görə də qlükronildehirogenazanın, iridin-difosfoqlükoza dehidrogenazanın aktivliyinin aşağı olması;
- -hepatositlər tərəfindən bilirubinin tutulması prosesinin zəif olması;
- bağırsağa xaric edilmiş bilirubinin qara ciyərdən yan keçərək yenidən qana daxil olması və s

Əksər halarda sarılıq 5-6 günə keçir. Lakin bəzən 2-3 həftə uzana bilir. Belə halda konyuqasiya prosesinin ürətləndirmək üçün müvafiq müalicəvi tədbirlər aparılmalıdır.

Əgər həyatın I sutkasından sonra sarılıq kəskin artırsa,

hemolitik xəstəliyə şübhə var.

Fizioloji sarılıq zamanı uşağa fenobarbital və 5-20 %-li qlükoza təyin edilir.

İstilik balansının tranzitor pozulması iki formada təzahür edir: tranzitor hipotermiya; tranzitor hipertermiya.

Tranzitor hipotermiya yarımçıqdoğulmuşlarda daha çox rast gəlinir. Bunun səbəbi termorequlyasiya prosesinin yetkin olmaması, istilikvermənin istilik hasilatına görə daha güclü olmasıdır.

Yenidoğulmuşlarda aşağıdakı səbəbdən istilikvermə çox olur: uşağın bədən səthinin çəkisinə nisbətən çox olması. Böyüklərdə bu göstərici $0,026 \text{ m}^2/\text{kg}$ olduğu halda, yenidoğulmuşlarda $0,065 \text{ m}^2/\text{kg}$ -dır; yenidoğulmuşun tez-tez nəfəs alması, verilən havanın isinməsi və bu yolla istiliyin verilməsi; yenidoğulmuşun yeni temperatür şəraitinə düşməsi. Xarici mühitin temperaturu ana bətnindəkindən aşağıdır. Bu da istiliyin itməsinə səbəb olur.

Yenidoğulmuşu əhatə edən temperatur şəraiti onun bədən temperaturuna təsir edir. Körpəyə qulluq zamanı bu faktor xüsusilə nəzərə alınmalıdır.



Şəkil:19-36. Fizioloji sarılıq

Yarımçıqdoğulmuşlar xüsusilə dərin yarımçıqdoğulmuşlar ətraf mühitdəki temperatur dəyişikliklərinə daha həssasdırlar. Onlar soyuq şəraitə düşdükdə bədənləri soyuyur, apnoe tutmaları baş verir, çox asanlıqla **soyuma sindromu** inkişaf edir. Bu isə uşağın vəziyyətini son dərəcədə ağırlaşdıran dərin mikrosirkulyar pozğunluqlara səbəb olur.

Tranzitor hipertermiya. Bu zaman uşağın hərarəti $38-40^{\circ}\text{C}$ -yə qədər arta bilər. Tranzitor hipertermiya aşağıdakı səbəblərdən yaranır:

- körpəni əhatə edən havada hərarətin yüksək olması, onun istilik mənbəyinə yaxın yerləşdirilməsi, çox bükülməsi və s;
- çəki itkisi zamanı maye itirilməsi, nəticədə orqanizmin susuzlaşması;
- maddələr mübadiləsinin katabolik istiqamətdə olması. Yenidoğulmuşun öz zülallarını parçalaması;
- termorequlyasiyanın tam formalaşmaması;
- hərarətin tranzitor yüksəlməsi çox vaxt doğuş zamanı hi-



Şəkil:19-35. Toksik eritema

poksiya keçirmiş uşaqlarda müşahidə edilir.

Hərərətin artması ilə yanaşı dərinin quruluğu, hipertermiyası və MSS-nin oyanıqlığı simptomları da aşkar olunur. Tranzitor hipertermiyanı təsdiqləmək üçün infeksiya xəstəlikləri inkar etmək lazımdır.

İlkin çəkinin tranzitor itirilməsi. Yenidoğulmuşlar həyatlarının ilk günlərində ilkin çəkinin 5-8%-ni (100-300 qr) itirirlər. Çəki itkisi aşağıdakı səbəblərdən olur:

- dəri və ağ ciyərlər vasitəsi ilə suyun buxarlanması;
- mekonium və sidiyin ifrazı; ilk günlərdə pis qidalanma (ana südünün azlığı, gec döşə qoyulma və s.);
- otaq temperaturunun yüksək olması.

Bədən çəkisinin itirilməsi 3-5 günə qədər davam edir, 1-3 gün eyni səviyyədə qaldıqdan sonra bərpa olmağa başlayır. Dərialtı piy toxuması yumşaq, turqoru zəif olan yenidoğulmuşlarda çəki itkisi çox olur. Çəki itkisi 10%-dən çox olduqda səbəb araşdırılmalıdır. İtirilmiş çəki 6-10 gün müddətində bərpa olunur. Yarımçıqdoğulmuşlarda çəki itkisi 14%-ə qədər təşkil edir və gec bərpa olunur.

Maddələr mübadiləsinin tranzitor pozğunluqları. Yenidoğulmuşlarda ilk günlər maddələr mübadiləsi katobolik istiqamətli olur. Bu qlükokortikoidlərin çoxluğu, doğuşda hipoksiya, doğuşdan sonra hiperoksiya, sorulan südün az olması və s. səbəblərdən baş verir. Hormonların artıqlığı katobolizmi sürətləndirir, qlikogenezi, lipolizi, qlikolizi artır, qan zərdabında amin turşuların səviyyəsi dəyişkən olur, aralıq məhsulların səviyyəsi yüksəlir.

Hipoqlikemiya adaptasiya dövründə rast gəlinən metabolik pozğunluqdur. Bu zaman qlikoliz prosesi aktivləşmiş olur. Belə ki, doğuş zamanı qanda adrenalın və qlükoqonun səviyyəsi yüksəlir. Bu hormonlar qlükolizi və lipolizi sürətləndirir. STH və kortizolun yüksək konsentrasiyası kompensator olaraq qlikogenezi sürətləndirir. Uşaq doğulduqdan sonra qanda insulinin miqdarının aşağı düşməsi, bu prosesdə kompensasiyaedici faktor kimi iştirak edir. Qara ciyərin ferment sistemində də yuxarıdakı prosesləri dəstəkləyən dəyişikliklər baş verir. Yəni qlikogeni sintez edən fermentlərin aktivliyi kəskin azalır, qlükoqonu parçalayan fermentlərin aktivliyi güclənir. Bu fermentlər sistemi eyni zamanda qlikogenezi, yəni yağ turşularından qlükozanın əmələ gəlməsini sürətləndirir. Qlükozanın qanda səviyyəsi 2,2 mmol/l-dən aşağı olduqda hipopqlikemiya yaranır. Bu zaman dərinin avazıması, süstlük, əzələ hipotoniyası, gözlərin üzücü hərəkəti, nistaqm, tremor, qıcolma, taxikardiya, taxipnoe və s. simptomlar müşahidə edilir. Neonatal hipopqlikemiya təcili aradan qaldırılmalıdır. Bu zaman üzv və sistemlərinin adaptasiyası yaxşılaşır, fəsadların qarşısı alınır.

Müalicə məqsədi ilə 6 mq/kg hesabı ilə vena daxilinə qlükoza yeridilir. Qanda şəkərin miqdarı əvvəl 2 saatdan bir, sonra isə 4-5 saatdan bir yoxlanılır.

Hiperqlikemiya. Neonatal hiperqlikemiya zamanı qanda şəkərin miqdarı, uşaq ac olduqda 6,5 mmol/l, başqa vaxtlarda 8-9 mmol/l-dən çox olur. Bəzən artıq qlükoza məhlulu yeridildikdə əmələ gəlir. Qlükoza yeridilməsi tənzimləndikdən sonra davam edərsə insulinlə müalicə aparmaq lazımdır.

Tranzitor neonatal diabet. Hestasiya yaşı 30 həftə və daha az olan yarımçıqdoğulmuşlarda rast gəlinir və 2-ci həftənin sonuna qədər davam edir. Uşaqlarda süstlük, əmmənin zəif olması, qanda şəkərin səviyyəsinin 9-10 mmol/l-dən çox olması, poliuriya, ketonemiya, asidoz, eksikoz əlamətləri ilə müşayiət olunur. Bu patoloji hal mədəaltı vəzin hüceyrələrində müvəqqəti olaraq adenilistiklaza-nın azalması hesabına yaranır.

Müalicə simptomotikdir: su-elektrolit mübadiləsi, asidoz, hipopqlikemiya tənzimlənir, 0,1/kg hesabı ilə insulin yeridilir. Qanda şəkərin monitorinqi aparılır.

Lipolizin transzitor aktivləşməsi. Klinik əlamətləri olmur. Laborator müayinələrlə aşkarlanır. Enerji sərfinin artması nəticəsində yaranır. Enerji sərfində yağların oksidləşməsi başa çatmadığı üçün qanda keton cisimcikləri artır. Qanda keton cisimciklərinin səviyyəsinə görə lipolizin aktivləşməsi müəyyən edilir. Belə ki, göbək qanında orta hesabla 0,46 mmol/l olan keton cisimciklərinin miqdarı 4-cü gün 2,34 mmol/l-ə qədər yüksəlir, sonra 10-14-cü günlərdə tədricən enir, 0,136

mmol/l təşkil edir. Boz piy toxuması məhdud olduğu üçün yarımçıqdoğulmuşlarda lipoliz yolu ilə hipoqlikemiyanın qarşısının alınması imkanı vaxtında doğulmuşlara nisbətən aşağı olur. Ona görə onlarda **energetik çatışmazlıq simptomu** asanlıqla inkişaf edə bilər.

Tranzitor asidoz. Yenidoğulmuşların hamısında ilk dəqiqələrdə asidoz meydana çıxır. Bu doğuş zamanı baş verən hipoksiya ilə əlaqəlidir. İlk 15-30 dəqiqə PH-ın göstəricisi 7,27-7,3-ə qədər azalır ($BV=10\pm 2,5$ mmol/l), CO_2 -nin porsial təzyiqi yüksəlir. Adətən turşu-qələvi vəziyyətində turşuluğun artma meyilliyi metabolik xarakter daşıyır. Lakin bəzi uşaqlarda (1/5) PH-ın dəyişməsi qarışıq xarakter daşıyır. Sonra həyatın ilk gününün sonundan başlayaraq qələvi defisiti tədriclə azalır, PH orta hesabla 7,35-ə qədər yüksəlir. Bu CO_2 -nin porsial təzyiqinin azalması fonunda baş verir. Yenidoğulmuşlarda turşu-qələvi müvazinətinin belə dəyişməsi keçici olub, korreksiya tələb etmir.

Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə xaric edilmiş yenidoğulmuşlarda adaptasiya dövrünün xüsusiyyətləri. Kesar kəsiyi ilə doğulmuş uşaqların vəziyyəti bir neçə faktordan asılıdır: əməliyyata səbəb olan patologiyanın ağırlığı; əməliyyatın aparılmasına göstərişlər; əməliyyatın növü (təcili, planlı).

Kesar kəsiyi ilə doğulmuşlarda fizioloji çəki itkisi çox olur və gec bərpa olur. Bu, mübadilə prosesinin ləng getməsi, katobolik proseslərin uzanması ilə izah olunur.

Həyatın ilk saatlarında peroral sianoz, dəri örtüyünün avazıması, hərəkəti aktivliyinin aşağı olması, sinir-reflektoru oyanıqlığının artması və ya azalması, əzələ distoniyası müşahidə edilir.

Kesar kəsiyi ilə doğulanların 60-70%-də termorequlyasiya pozulur, (hipotermiya) 30-40% yenidoğulmuşlarda qusma olur.

Təkrari Kesar əməliyyatı ilə xaric edilən uşaqlarda 46-66% hallarda neonatal dövr dizadaptasiya sindromu ilə müşayiət olunur. Bu sindrom klinik olaraq vegetativ-visseral pozğunluqlarla keçir. Sindromun ağırlığı uşağın fiziki inkişaf göstəricilərindən, bioloji yetişkinlik dərəcəsindən, asfiksiyanın ağırlığından asılıdır.

Vaxtından gec doğulmuşlarda adaptasiya dövrünün xüsusiyyətləri. Xroniki bətn daxili hipoksiya doğuş zamanı ağır asfiksiyaya səbəb olur. Gecikmiş uşaqlarda bu daha çox rast gəlinir (9-32%). Hamiləliyin gecikmə müddəti artdıqca metabolik asidozun ağırlıq dərəcəsi artır. Uşaqlar müalicə olunarsa, belə metabolik asidoz 5-7 gün davam edir.

Vaxtından gec doğulmuşların qanında kaliumun miqdarı çox, eritrositlərdə az olur. Bu da hüceyrə eksikozunun inkişafına səbəb olur.

Çox vaxt gecikmiş uşaqlarda hiperkalsemiya müşahidə edilir, kalsium-maqnezium nisbəti pozulur. Nəticədə sinir-əzələ aktivliyi aşağı düşür.

Vaxtından gec doğulmuşlarda plazma həcmnin azalması hesabına dövr edən qanın həcmi azalır, qan qatılaşır. Bu proses gec doğulma müddəti ilə düz mütənasibdir. Uşaq nə qədər gec doğulsa, qanın qatılaşması bir o qədər güclü olur.

Gec doğulmuşlarda dəri və dərialtı piy təbəqəsi xəstəlikləri tez-tez rast gəlinir.

Göbək güdülünün mumifikasiyası və düşməsi pozulur. Fizioloji sarılıq uzun müddət davam edir. İlk çəkinin bərpası müddəti uzanır.

Laborator müayinələrdə qanın mieloid və monositar sistemində limfositlərin metabolizminin pozulması aşkar olunur. Bunun səbəbi qeyri-qənaətbəxş adaptiv faktorların təsiridir.

§ 5.6. Yenidoğulmuşun qidalanması

Yenidoğulmuş uşaq üçün ən yaxşı qida ana südüdür. Ana bətnində ana ilə döl arasında əlaqə cift vasitəsi ilə yaranır. Döl özünə lazım olan oksigeni, qida maddələrini və s. cift vaitəsi ilə anadan alır. Doğulduqdan sonra ana ilə uşaq arasında yeni əlaqə yaranır. Bu uşağın qidaya olan təlabatını ödəyən ana südüdür.

Südü əmələ gəlməsi, süd vəzilərində toplanması, əmmə vasitəsi ilə boşalması **laktasiya** adlanır. Hamiləlik zamanı hipofizin ön payının hormonları prolaktin və ciftə hasil olan laktogen hormonu süd vəzilərini laktasiyaya hazırlayır. Bu hormonlar süd vəzisi alveollarının inkişafını və

südüün ifrazını təmin edirlər. Oksitosinin təsirindən isə döş giləsinə yaxın alveolların sıxılması və südüün xaric olması baş verir. Əmmə reflektoru olaraq bu hormonların hasilatını artırır.

Ana südüünün yaranması və ifrazatında sinir sisteminin də rolu vardır. Yəni, laktasiya sinir-humoral yolla tənzimlənir. Uşağın ağlaması belə südü ifrazına təsir edir. Ona görə südü verən analar keyfiyyətli və balanslı qidalanmalı, stressdən uzaq olmalıdırlar. Atropin, radioaktiv dərmanlar, narkotiklər, tireostatiklər, steroidlər və s. qəbul edilməməlidir. Əgər qəbul edilibsə, uşağı əmizdirmək olmaz. Çünki bu maddələr südü ilə uşağa keçir. Kofein, alkohol, nikotin də südü ilə uşağa keçir.

Ana südüünün tərkibi əsrlərlə öyənilsə də onun hikməti hələ də tam öyrənilməyib. O, tək qida maddəsi kimi deyil, tərkibində bioloji aktiv maddələrin, infeksiya əleyhinə komponentlərin, hormonların, fermentlərin və s. olması ilə əhəmiyyətliyədir. Onun steril olması, lazımı qida inqridientlərinin yenidoğulmuşun həzm edə biləcəyi halda və bədən temperaturunda olması onun əhəmiyyətini daha da artırır. Ana südüünün 3 növü var: ilkin-ağız südü-moloziva; keçid və ya ara südü; yetkin südü.

Hamiləliyin son, aylarında südü vəzisi toxumaları ağız südü-**moloziva** əmələ gətirir. Moloziva 1-2 gün ərzində ifraz olunur. İlkin südü yapışqanvari, sarımtıl mayedir. Onun miqdarı gün ərzində 10-100 ml-ə qədər (təxminən 30 ml) olur. 3-14-cü günlər ərzində tam formalaşmış – **yetkin südü** yaranır. Yetkin südü formalaşana qədər olan südü **keçid südü** adlanır.

Yetkin südüün tərkibində, zülal və immunqlobulinlərin miqdarı ağız südüündən az, yağlar, k/h-lar və su çoxdur.

Yenidoğulmuşun ana südü ilə qidalandırılması ana və uşağın sağlamlığına güclü bioloji və emosional təsir göstərir.

100 qr ana südüünün tərkibi və energetik dəyəri.

Cədvəl: 19-4

Ana südü-növləri	Zülal (qr)	Yağ (qr)	Karbohidratlar (qr)	Mineral maddələr (qr)	Energetik dəyər(kkal)
Ağız südü	2,2—5,8	2,8—4,1	41—7,6	4,8—8,1	80—81
Keçid südü	1,6—2,1	2,9—4,4	5,7—7,8	2,2—3,4	70—75
Yetkin südü	0,9—1,8	3,3—3,6	6,0—7,0	1,8—2,1	65
Erkən doğmuş qadı-nın südü	1,6	3,5	7,3	— —	67

Uşaq üçün ana südü ilə qidalanmanın əhəmiyyəti :

– ana südüündə uşağın böyüməsi və beyinin inkişafı üçün kifayət qədər zülal var və bu zülallar asan həzm olunur, nadir hallarda allergiya verir.

– ana südüünün tərkibində beyinin inkişafı üçün vacib olan yağ turşuları var. Südüün tərkibində olan lipaza fermentinin təsirindən bu yağlar asanlıqla həzm olunur və sorulur;

– ana südüündəki β-laktoza və bifidus faktor uşağın nazik bağırsağında olan xüsusi bakteriyaların inkişafına kömək edir və digər xəstəlik törədən bakteriyaların inkişafını dayandırır;

– ana südüündəki immunqlobulinlər, iltihab əleyhinə faktor, limfositlər və makrofaqlar uşaqlarda ishal, tənəffüs yolları və mədə-bağırsaq infeksiyaların qarşısını alır;

– ananın əvvəllər keçirdiyi xəstəliklərə qarşı (qızılca, göy öskürək və s.) südüün tərkibində antitissimlər var. Bunlar südü ilə uşağa keçir və onda həmin xəstəliyə qarşı dayanıqlıq yaradır;

– ana südüünün tərkibində olan xüsusi faktorların təsirindən dəmirin çox hissəsi nazik bağırsaqlardan sorulur, ona görə ana südü ilə qidalanan uşaqlarda nadir hallarda dəmirdefisitli anemiya inkişaf edir;

– ana südüündə kalsium-fosfor uyğun nisbətdədir (qıcolmalar az rast gəlinir);

– uşaq qorxduqda, ağladıqda döşə qoyulanda sakitləşir;

– ana südü ilə qidalanan uşaqlar fiziki, əqli cəhətdən daha mükəmməl olur.

Döşlə əmizdirmənin ana üçün əhəmiyyəti: döşlə əmizdirmə aybaşını ləngidir, hamiləlikdən

qoruyur; tez başlanan əmizdirmə uşaqlığın yığılmasını yaxşılaşdırır, qanaxmanı azaldır; əmizdirmə süd vəzisi və uşaqlıq xərçəngi təhlükəsini azaldır.

Anaya ana südünün, əmizdirmənin xüsusilə erkən əmizdirmənin (döşə tez qoyulmanın) əhəmiyyəti izah edilməlidir. Ana südü ilə, süni qarışıqlar və başqa südlər arasındakı fərq aydınlaşdırılmalıdır. Çünki, bəzən analar tibbi göstərişdən deyil, başqa səbəblərdə (kosmetik) öz körpələrini əmizdirmirlər.

Ana südü „**canlı substansiya**”dır. Onun tərkibində demək olar ki, qanın tərkibindəki qədər canlı hüceyrələr var. Bəzi mənbələrdə ona „ağ qan” da deyilir. Bu hüceyrələr bakteriyaları, göbələkləri və bağırsaq parazitlərini aktiv surətdə parçalayır, immun cavabı rəqulyasiya edir. Ana südü həm yaxşı dərman, həm də yaxşı qidadır.

Ana südünün infeksiya və iltihab əleyhinə təsiri.

Cədvəl:19-4

Südün komponentləri	Funksiyaları
Sekretor A immunqlobinləri	Bakteriyaların yapışmasının, antigenlərin daxil olmasının qarşısını alır, neytrofillərin xemotaksisini çətinləşdirir
T- limfosit hüceyrələri	Hüceyrə immunitetinin ötürülməsi
B- limfosit hüceyrələri	Rolu məlum deyil
Monofaqlar	Faqasitoz, mikrobların məhvi
Neytrofillər	Xemoatriantlarla pis reaksiya

Qeyri- immunoloji mikrob əleyhinə maddələr

Laktogen	Komplimenti çətinləşdirir. Dəmiri (Fe) birləşdirməklə bakteriyaların çoxalmasını çətinləşdirir
Lizosim	Toksiki oksigen radikallarının xemotaksisini və əmələ gəlməsini çətinləşdirir

İltihab əleyhinə maddələr

Katalaza	Hidrogen peroksidin parçalanmasını kataliz edir
Alfa-tokoferol, sistein, askorbin turşusu	Oksigen radikallarının udulması
Histaminaza	Histaminin parçalanması
Arul sulfataza (sulfoesteraza)	Leykositlərin parçalanması
Antitripsin alfa-I, Antiximotripsin-I	İltihab prosesində iştirak edən fermentləri neytrallaşdırır
Prostoqlandinlər (E-F)	Sitomüdəfiə funksiyası
Qlikomonosaxaridlər	Mikrobun yapışmasının qarşısını alır

Ana südü təmiz məhsuldur, bakteriyalar ana südündə zəif çoxalır. Təmiz qabda, ağzı qapalı vəziyyətdə saxlanılan ana südü otaq temperaturunda 10 saatadək yoluxmamış qalır. Ana südü təbii məhsul olub hər uşağın tələbatını ideal ödəyir. Uşağı yoluxmadan qoruyan zülallar müdafiə faktoru olub, ana südündə uşağın yaşına və ətraf mühit dəyişikliklərinə müvafiq olaraq artır. Həyatın 15-ci ayında ana südündə „A” immunoqlobulini artır, laktoferrinin miqdarı maksimuma çatır, lizosimin səviyyəsi isə 6 dəfə çoxalır.

Ana südünün tərkibində cüzi miqdarda peptisidlər olsa da, körpənin sağlamlığı və inkişafında rolu əvəzsizdir.

Süni qarışıqlar „ölü məhsul”dur. Onun hazırlanmasının hər bir mərhələsində inək südü yenidən işlənir, qurudulur. Bu zaman canlı hüceyrələr və antitellər məhv olur. Süni qida hazırlanan za-

man canlı substansiya yalnız müxtəlif mikroblar olurlar ki, onlar da süd tozunda, onun qarışdırıldığı suda, əmzisdə toplanır.

Süni qidalar hazırlanma prosesində çirklənə bilər. Süni qidaların tərkibində müəyyən qədər qurğuşun var. Qurğuşun beyni zədələyən kimyəvi maddədir. Onun körpə orqanizminə daxil olub onu zədələmə riski digər səbəblərə nisbətən 10 dəfə artıqdır. Bundan başqa ana südündə neyrotenzin, oksitosin, ovarial steroidlər, prolaktin, relaktin, somatostatin, triyodtironin, trioliberin, triotropin kimi hormonlar var.

Fizioloji doğuşdan sonra, uşaq silinib, qurulanıb, ananın qarnının üzərinə qoyulur. Ona kömək olunur ki, döşü tapsın və əmsin. Ana südü ilə erkən qidalanmanın çox böyük əhəmiyyəti var. Bu zaman yenidoğulmuşun axtarma və əmmə refleksi güclü olur. İlk saatlarda körpəni döşlə qidalandıran anaların laktasiyası daha güclü olur. Ağız südü uşağın bağırsaqlarını mekoniumdan təmizləyir. Mekoniumla bilirubin xaric olur, sarılıq halları azalır. Ağız südündə olan immunfaktorlar infeksiyanın qarşısını alır. Uşaq döşə tez qoyulduqda nadir hallarda döşdə süd durğunluğu olur.

Anaya izah edilməlidir ki, ilk 6 həftə ərzində uşaq istədiyi zaman aclıqdan və susuzluqdan ağlayacaq. Həmin anda onu əmizdirmək lazımdır. Müasir dövrdə uşağın sərbəst qidalandırılması qəbul edilmişdir. Bəzi körpələr döşə qoyulduqda onu doyunca əmib, çəkilib. Bəziləri isə doymadan çəkilib. Yuxulayıb, öz tələbatını ödəmir. Az vaxtdan sonra yenidən yemək istəyir. Çox güman ki, bu fərdi xüsusiyyətdir və bu tələbatı ödəmək lazımdır.

Əmizdirmə zamanı süd vəzisi boşaldılmalıdır. Əgər əmizdirmə zamanı boşalmırsa onu sağaraq boşaltmaq lazımdır.

Südü ayrı-ayrı növləri arasındakı fərq.

Cədvəl: 19-5

Faktorlar	Ana südü	İnək südü	Qarışıqlar
Bakteriyalarla çirklənmə	Yox	Mümkündür	Həll olmuş halda mümkündür
İnfeksiya əleyhinə faktorlar	Var	Yoxdur	Yoxdur
Böyümə faktoru	Var	Yoxdur	Yoxdur
Protein kozein zərdab kozeini	1% 0,4% 0,6% (albumin+antiiltihab faktorlar)	3,5% 2,8% 0,6% (laktoalbumin)	1,5% 1,1% 0,4%
Aminturşular	İdeal balans	Bəziləri çox azdır	Bəziləri çox azdır
Yağlar	4% esensial yağ tur - rı kifayət qədər	3,5% esensial yağ tur - rı azdır	2,4-3,6% esensial yağ tur - rı azdır
Lipaza	Var	Yoxdur	Yoxdur
Laktoza	7% (kifayət qədər)	3-4% (azdır)	Şəkərin digər növləri ola bilər
Minaeallar kalium natrium	33mq/l 15mq/l 43 mq/l	125mq/l 58mq/l 103mq/l	İnək südündədən az, ana südündən az
Dəmir	Az (0,5-0,7) 50% mənimsənilir	Az (0,5-0,7) 10% mənimsənilir	Əlavə olunur və pis mənimsənilir
Vitaminlər	Kifayət qədər	A və C çatışmazlığı ola bilər	Vitaminlər əlavə olunur
Su	Kifayət qədər	Əlavə olunur	Əlavə olunur

Ana südü ilə qidalanmanın qaydaları. Uşaq mümkün olduğu (2 il) qədər, ən azı 6 ay ana südü ilə qidalandırılmalıdır. Bu müddət ərzində uşağa su verməyə ehtiyac yoxdur. İlk dövrlərdə 5-7

dəqiqə, sonralar isə 20 dəqiqə əmizdirmək lazımdır. Sağlam uşaq ona lazım olan südü 5 dəqiqəyə də alır. Sutka ərzində uşaq hər 3-3,5 saatdan bir 6-7 dəfə qidalandırılmalıdır. Bəzi patoloji vəziyyətlərdə, həmçinin yarımçıq doğulmuşlar 8-10 dəfə qidalandırılır. Ana öz uşağının fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, onu qidalandırılmalıdır. Südün əmələ gəlməsi və ifrazı, növbəti hamiləliyin qarşısının alınması üçün gecə əmizdirmələrinin əhəmiyyəti böyükdür. Bəzi körpələr doydudan sonra döşdə qalması xoşlayır. Bu zaman ana astaca barmağını uşağın ağzının küncünə qoyub və uşağı döşdən ayıra bilər.

Uşağın əmdiyi südün həcmi onun əmizdirmədən əvvəl və əmizdirmədən sonra çəkilməsi ilə təyin edilir. Əmizdirmədən sonrakı çəkiddən, əvvəlki çəki çıxılır, uşağın əmdiyi südün miqdarı təyin edilir. Körpənin əmməli olduğu südün həcmi bir neçə üsulla təyin edilir.

Finkilşteyn üsulu. Sutkalıq südün həcmi = $n \times 70$ (80) (n-doğulduqdan sonrakı günlərin sayıdır). Əgər uşaq doğularkən çəkisi 3200 qr-dan yuxarı olubsa ($n \times 80$), 3200 qr-dan az olubsa ($n \times 70$) düsturundan istifadə edilir. Bu üsul həyatın 7-8-ci gününə qədər tətbiq edilir.

Zaytsev üsulu. Südün sutkalıq həcmi = $n \times x$ (n-həyatın günləri, x-doğulduğu çəkinin 2 %-i dir.)

Həyatın 10-cu günündən 3 aya qədər bu düsturla hesablanmaq olar. Bu qrup uşaqlar sutka ərzində 650-700 ml süd əmir. Bu bədən kütləsinin 1/5-ni təşkil edir (həcm üsulu). Ana südünün 100 ml-də 70 kkal olduğunu bilərək südün sutkalıq həcmi hesablamaq çətin deyil. Bütün bu üsullar nisbidir. Hər uşağa fərdi yanaşmaq, onun tələbatına uyğun qidalandırmaq lazımdır.

Vaxtında doğulmuş uşağın əsas qida inqredientlərinə tələbatı.

Cədvəl: 19-6

Inqredientlər	Vaxtında doğulmuşlar
Enerji kkal/kq/sut	100
Zülal q/kq/sut	2,25
Yağlar q/kq/sut	3,3
Karbohidratlar q/kq/sut	10-12

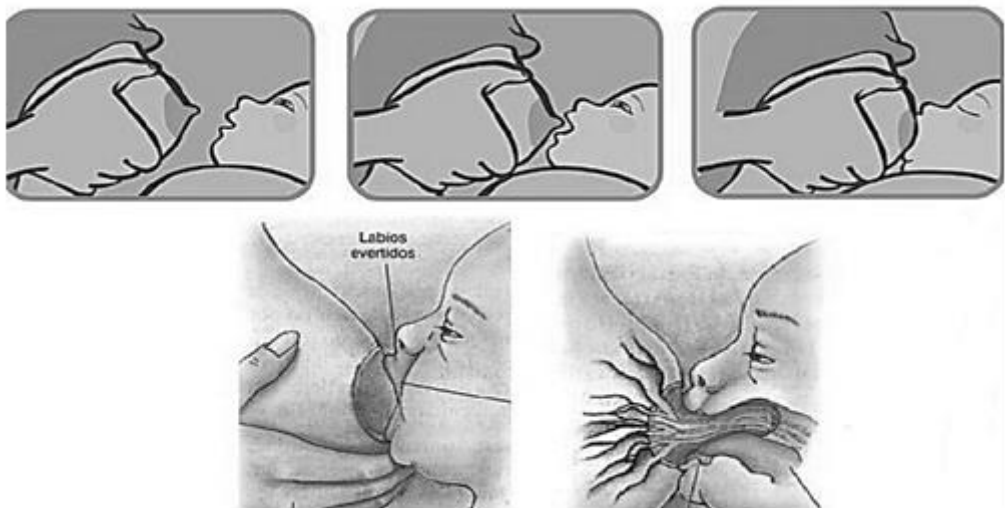
Müəyyən edilmişdir ki, körpənin 1 kq bədən çəkisinə 1-ci gün-30 kkal, 2-ci gün-40 kkal, 3-cü gün 50 kkal, sonrakı günlər 8-10 kkal artırmaqla, 10-cu gün-115 kkal lazımdır. Körpənin 1-ci ayında 2,2 q/kq zülal, 6,5 q/kq yağ, 13 q/kq sulu karbon lazımdır.

Süd vəzilərini əmizdirmədən bilavsiyə əvvəl yumaq lazım deyil. Çünki, belə halda süd vəzisi üzərində olan qoruyucu yağlar və ananın qoxusu yuyulub gedir. Uşaq anasının döşünü seçməkdə çətinlik çəkir.



Şəkil:19-37. Əmizdirmə qaydaları

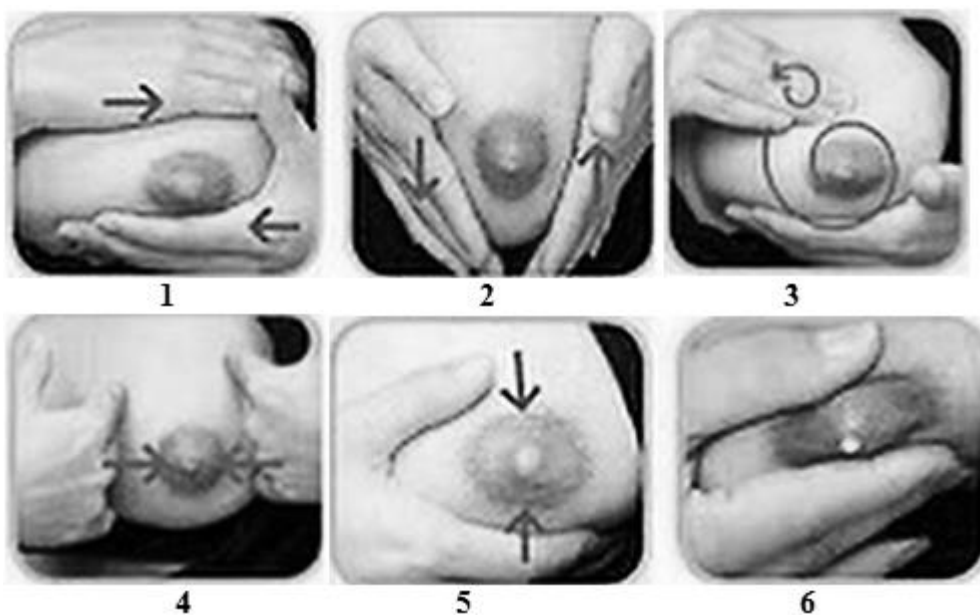
Ana uzanmış və ya oturmuş vəziyyətdə uşağı əmizdirə bilər. O, uşağı qolu üzərinə alır, başını və gövdəsini tutur (şəkil:19-37). Uşağın üzü anaya tərəf olur. Əmizdirmədən əvvəl süd axacaqlarındakı çirkənlənməni təmizləmək üçün döş giləsini sıxmaq və bir neçə damcı süd buraxmaq lazımdır. Sonra ana iki barmağı ilə (baş və şəhadət və ya orta və şəhadət) ilə döş giləsini tutaraq uşağın ağzına yaxınlaşdırır. Döş giləsi giləətrafı sahə ilə birlikdə uşağın ağzına salınmalıdır. Belə halda əmmə zamanı uşaq hava udmur. Əmizdirmə zamanı uşağın burun dəlikləri süd vəzisi ilə qapanmamalıdır (şəkil:19-38). Əmizdirmədən sonra uşağı dik tutmaq və kürəyinə yüngül hərəkətlərlə vurmaq lazımdır ki, udduğu havanı xaric etsin.



Şəkil:19-38. Düzgün əmizdirmə qaydası

Bir çox səbəblərdən əmizdirmə çətinləşir. Bu səbəblər anatomik və funksional olaraq iki yerə bölünür. Bundan başqa psixoloji durum, əmizdirmənin qeyri-düzgün təşkili, dərman qəbulu və s. səbəblərdən də əmizdirmə çətinləşir.

Anatomik səbəblərə ana tərəfindən yastı, dartılmış döş gilələri aiddir. Bu patologiyalar zamanı süd vəzisində rezin əmziyi olan şüşə pompa və ya silikon əmzik-pompa qoyulur. Pompa ananın süd vəzisində kəp qoyulur. Uşaq əmzik vasitəsi ilə ana südünü alır.



Şəkil: 19-39. Südün əllə sağılması

Döl tərəfindən olan anatomik səbəblərə uşağın damaq, dodaq (dovşan dodaq, qurd ağız) anomaliyalrı, dilaltı yüyənin qısa olması aiddir. Damaq və dodaq anomaliyalarında ana südü sağılaraq qaşiq və ya pipetlə uşağa verilir (şəkil:19-39). Qısa dil yüyəni olduqda, yüyən çətilir.

Funksional səbəblərə ana tərəfindən süd vəzisinin gərginləşərək bərk, ağrılı və isti olması, südün ləngiməsi, döş giləsinin çatları, ananın ağır və infeksiyon xəstəlikləri aiddir. Belə hallarda masaj və pompa əmizdirməsi məsləhət deyil. Süd vəzisinin gərginliyi və süd durğunluğu zamanı döş giləsi ətrafı sahəyə isti kompress qoymaq, südün bir qismini sağıb döşü yumşaltmaq lazımdır. Uşaq tez-tez döşə qoyulmalıdır. Döş giləsinin çatları zamanı səbəb araşdırılmalıdır. Döş giləsinin çatları, uşağın döşə düzgün qoyulmaması, uşağın ağız boşluğundakı süd yarasının ananın döş giləsinə keçməsi və körpənin dil yüyənin qısa olması səbəbindən yaranır. Əmizdirmənin tezliyi və davamiyyəti məhdudlaşdırılmamalıdır. Çatlar anestetik məhləmlərlə müalicə olunur.

Əgər səbəb süd yarasıdırsa, onda həm uşaq, həm də ana göbələyə qarşı müalicə almalıdır.

Ananın döş giləsinə 3 gün ərzində, gündə bir dəfə 0,25-0,5%-li gensial violet məhlulu sürtmək lazımdır (1-1/2 çay qaşığı gensial violet 1 l su). Histatin və ya göbələk əleyhinə digər məhləmlərdən istifadə etmək olar. Uşağı əmizdirməzdən əvvəl döş giləsinin yuyulmasına ehtiyac yoxdur. Əmizdirmədən sonra uşağın ağız bucağına, diş ətinə, dilinə 3 gün müddətində gensial violet məhlulu və ya gündə 1 dəfə 0,25-0,5%-li gensial violet məhlulu və ya 14 gün müddətində nistatin tozunu su ilə qarışdırıb sürtmək lazımdır. Ana əllərini yaxşı yumalı, dərmanı barmaqla və ya pambıq tamponla çəkməlidir.

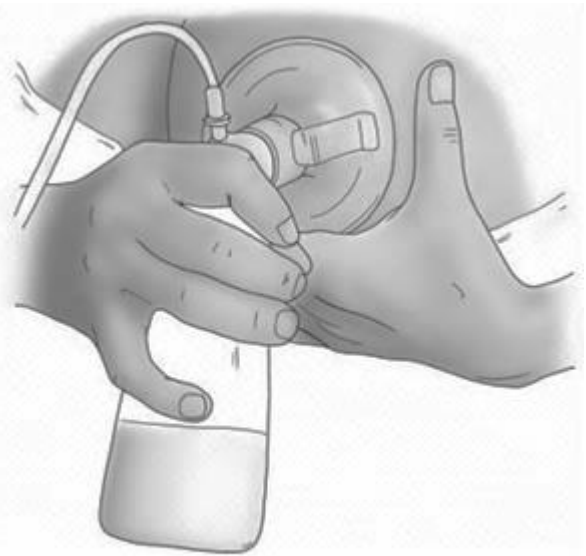
Döl tərəfindən olan funksional səbəblərə uşağın yarımçıq doğulması, ağızda göbələk iltihabı və s aiddir. Belə hallarda süd pompa ilə alınır, qaşiq və ya pipetlə uşağa verilir. Qalaktozemiya kimi xəstəliklərdə (enzimopatiyalar) uşağa xüsusi süni qidalar verilir.

Əmizdirmənin qeyr-düzgün təşkili də əmizdirmə prosesini pozur. Xətarlar aradan qaldırıldıqdan sonra uşağın əmməsi düzəlir.

Psixoloji səbəblərə yalnız məsləhətlər, ağrı, qorxu, və kosmetik səbəblər aiddir. Belə hallarda ana psixoloji yardım almalıdır.



Şəkil:19-41 Süd yarası



Şəkil:19-40.Südün pompa ilə sağılması

Hər hansı bir səbəbdən uşaq ana südündən məhrum olarsa, o inək südü və ya süni qarışıqlarla qidalandırılmalıdır. İnək südü ana südündən çox fərqlənir. Onda protein, yağ və karbohidratların keyfiyyəti və miqdarı ana südündənkindən aşağı səviyyədədir.

Süni qidalar quru süd və ya zənginləşdirilmiş meyvə tərəvəz pürelərindən ibarətdir. Bu qidaların hazırlanmasında gigiyenik qaydalara ciddi əməl olunmalıdır. Süni qidaların bir çox mənfi cəhətləri vardır: bahadır, çox kalorili olduğu **üçün** metabolizmə və dişlərə zərər verir, uşaqda ceynəmə və əmmə tənbəlliyi yaradır.

§ 6. Yarımçıq doğulmuşlar

Hamiləliyin 37-ci həftəsinə, və ya son aybaşının birinci günündən 259 gün keçənə qədər doğulmuş, yetişkinlik əlamətləri olmayan yenidogoğulmuşlar **yarımçıq və ya erkən və ya vaxtından əvvəl doğulmuşlar** adlanır.

ÜST-nin təlimatına görə 22-35-ci həftələr arası doğulmuş, çəkisi 500 qr-dan, boyu 25 sm-dən, başın çevrəsi 23-24 sm-dən, döş qəfəsinin çevrəsi 20-22 sm-dən çox olan yenidogoğulmuşlar yarımçıq-doğulmuş hesab edilir (düşük hesab edilmir).

Hestasiya yaşından asılı olaraq yarımçıqdoğulmuşların təsnifatı:

– 22-27 həftədə – **dərin vaxtından əvvəl doğulma** – 10 % təşkil edir, belə uşaqlarda bədənin **ekstremal aşağı kütləsi**, ağ ciyərin yetişməzliyi (baxmayaraq ki, bəzi hallarda RDS-profilaktikası effektivdir) mövcud olur. Proqnoz son dərəcə əlverişsizdir. Perinatal xəstələnmə və ölüm göstəriciləri son dərəcədə yüksəkdir (şəkil:19-42).

– 28-33 həftədə – **ağır vaxtından əvvəl doğulma** – 20% təşkil edir, bədən kütləsinin çox aşağı olması (1500 qr-a qədər), dölün ağ ciyərlərinin yetişməzliyi xarakterikdir, kortikosteroidlərin köməyi ilə onların yetişməsi sürətləndirmək olur. Döl üçün doğuşun nəticəsi nisbətən əlverişlidir (şəkil:19-42)

– 34-37-ci həftəsində – **doğuş müddətinə yaxın doğulma** – 70%-ə yaxın təşkil edir. Dölün ağ ci-yərləri praktik olaraq yetişkəndir və yetişkinliyin (surfaktantın) stimulyasiyası tələb olunmur (şəkil:19-42).

Bədən kütləsinə görə yarımçıqdoğulmuşlar şərti olaraq 3 qrupa bölünürlər:

– 2500 qr-dan az olanlar – (AK) az kütləllər;
– 1500 qr-dan az olanlar – (ÇAK) çox az kütləli;
– 1000 qr-dan az olanlar – (EAKY) son dərəcədə və ya ekstremal az kütləli yarımçıq doğulmuş-lar.

Yarımçıqdoğulmuşların orqan və sistemləri yekün deyil, onlar üçün hiporefleksiya, hipotermiya, əzələ tonusunun və turqorunun aşağı olması və ya olmaması xarakterikdir.

Yarımçıqdoğulmuşların bədən hissələri proporsional deyil: ətraflar və boyun qısa, baş nisbətən böyükdür, bədənin 1/3 hissəsini təşkil edir. Vaxtında doğulmuşlardan fərqli olaraq, kəllənin beynin hissəsi üz hisəsindən böyükdür. Göbək həlqəsi orta xətt üzrə qarının aşağı hissəsində yerləşir.

Vaxtında doğulmuşlara nisbətən kəllə girdədir. Kəllə sümükləri yumşaqdır, tikişlər və kiçik əmgək açıqdır. Qulaq seyvanı başa kip yapışmış, kövrəkdir, qığırdaqları və forması yetkin deyil. Dəri nazik və qırıqlıdır, bəldə, çiyində, üzdə, bud nahiyyəsində çoxlu yumşaq tük örtüyü – lanuqo müşahidə edilir. Dərialtı piy təbəqəsi şox zəif inkişaf edib və ya yoxdur, ancaq yanaqlarda müəyyən edilir. Çox vaxt dırnaqlar dırnaq yatağını örtmür, dırnaq lövhələri yumşaqdır.

Qızlarda böyük cinsiyyət dodaqları yaxşı inkişaf etməyib. O, cinsiyyət yarığını örtmür. Ona görə də cinsiyyət yarığı açıqdır, klitor qabarıq. Oğlanlarda xayalar xaya kisəsinə enməyib. Nisbətən yetkin yarımçıqdoğulmuşlarda xayanın biri və ya hər ikisi xayalıqda olsa da onun dibinə çatmır. Qasıq kanalı səviyyəsində yerləşdikdə isə əllə müayinə etdikdə asanlıqla qasıq kanalına qayıdır.

Tənəffüs səthidir, dəqiqədə 36-76, taxipnoe və apnoyeyə meyillidir. 35-ci həftəyə qədər doğulmuşlarda surfaktant yaranması pozulur. Nəbz 100-180 vur/dəq, A/T – 60/70 mm C/st-dur. Mədə-bağırsaq traktında fermentativ aktivliyin çatışmazlığı müşahidə edilir. Böyrək toxuması yaxşı inkişaf etmədiyi üçün funksiyası aşağıdır.

Yarımçıq doğulmuşlar arasında alveol surfaktantın çatışmazlığı və ağ ciyərlərin RDS–respirator distress sindromu (TPS–tənəffüs pozğunluğu sindromu) və bununla əlaqədar bronx–ağ ciyər displaziyası (BAD) inkişaf edir. TPS fonunda sepsis, nekrotik enterokolit xəstəliklərinin inkişafı mümkündür. Yarımçıqdoğulmuşlarda immunitet də aşağı olduğu üçün onlar infeksiyalara həssasdırlar.

Yarımçıqdoğulmuşların anatom-fizioloji xüsusiyyətləri onların qulluq və bəslənməsi məsələsində xüsusi diqqət və bacarıq tələb edir.

Yarımqıdoğulmuşlara qulluq zamanı xarici mühitin adekvatlığı şəraitində diqqət 3 əsas istiqamətə yönəlməlidir:

1. Körpənin normal bədən temperaturunun qorunub saxlanması.
2. Orqanizmin energetik tələbatının ödənilməsi.
3. Hipoqlikemiyanın profilaktikası.

Yarımqıdoğulmuşun bədən temperaturunun qorunub saxlanması üçün “istilik zənciri” prinsipinə ciddi əməl olunmalıdır. Yarımqıdoğulmuşların hamısının doğulan kimi isidilməyə ehtiyacı var. Bu uşaqlarda istilik itkisi labüddür.

İstilik itkisinin səbəbləri aşağıdakılardır:

1. Ana bətnində 37⁰ C hərarətdə, su mühitində inkişaf edən orqanizm, birdən-birə 13-14⁰ C hərarət fərqi olan hava mühitli sferaya düşür. Bu şəraitdə həm də dəridən buxarlanma daha sürətli olur.

2. Az çəkili uşaqlarda bədən səthinin çəkiyə olan nisbəti böyükdür. Ona görə istilik itkisi çox olur.

3. Az çəkili uşaqlarda istiliyin əmələ gəlməsi, zəif olur.

4. Yarımqıdoğulmuşlarda boz piy maddəsi az olur. Bu da istilik istehsalı prosesinin aşağı olmasına səbəb olur. Boz piy maddəsi qan damarları ilə zəngin olduğu üçün boz rəngdə görünür. Tərkibində mitoxondri və piy vakuolları çoxdur. Bu toxuma simpatik sinir innervasiyası ilə noradrenalin vasitəsi ilə stimula olunur. Burada üçlü qliseridlər hidrolizə uğrayır, sərbəst yağ turşusuna çevrilir. Bu neonatal dövrdə istilik mənbəyi kimi əhəmiyyətli bir maddədir. Boz piy maddəsi haməliyin sonlarında formalaşır, boyun, kürəkərası, böyrək ətrafı, böyrəküstü vəzi ətrafında, mediastinumda toplanır. Ona görə də yarımqıdoğulmuşlarda az olur.

Doğum zamanı yarımqıdoğulmuş üçün əvvəlcədən şərait yaradılmalıdır. Əgər uşağa reanimasiya tədbirləri aparılacaqsə o, təcili qurudulub, quru bezə bələnməlidir. Hestasiya yaşı 28 həftədən az olan yarımqıdoğulmuşlar qurulanmamış boğaza qədər polietilen torbaya salınır, başına papaq qoyulur.

Tədbirlər iki istiqamətdə – istiliyin qorunması və reanimasiya – aparılmalıdır. Əks təqdirdə reanimasiya tədbirləri effekt verməyəcək. Ürək-damar və tənəffüs fəaliyyəti bərpa olsa belə çox az müddət kifayətdir ki, körpə hərarətini itirsin. Nəticədə, orqanizm soyuyur, mübadilə pozğunluqları çox sürətlə inkişaf edir, bir-birinin ardınca müxtəlif patoloji vəziyyətlər formalaşır.

Yarımqıdoğulmuşların isidilməsi üçün aşağıdakı üsullardan istifadə olunur:

- dəri-dəriyə kontakt;
- su döşəkləri;
- istilik şualandırıcı lampalar;
- küvezlər.

Dəri-dəriyə kontakt. Əgər yarımqı doğulmuşda həyati vacib orqanların funksiya pozğunluğu yoxdursa, „dəri-dəri”yə kontaktı gün ərzində dəfələrlə təkrarlamaq lazımdır.

Son illər „**ana kenquru**” üsulu tətbiq edilir. Uşaq vertikal vəziyyətdə ananın iki döşü arasına qoyulur, körpə bələnmir, uşaq bezi geyindirmək kifayətdir. Ana xalatını düymələdikdən sonra isti şalla uşağı özünə bağlayır (şəkil:19-42). Bu üsulun bir çox üstünlükləri var. Uşağı hipotermiyadan qoruyur, anadan gələn neyro-sensor stimullar körpənin psixomotor inkişafını yaxşılaşdırır, bahalı avadanlıq və tibbi müdaxilələrə ehtiyac qalmır. „Kenquru” üsulu üçün aşağıdakı kriteriyalar var: hestasiya yaşının 30 həftədən çox olması; bədən kütləsinin 1100 qr-dan çox olması; körpənin ümumi vəziyyətinin stabil olması; zəif də olsa əmmə refleksinin olması.

Su döşəkləri. Son illərdə istifadə olunur. Bunun üçün xüsusi tip döşəklər mövcuddur. Onun daxili su ilə doldurulub, elektrik şəbəkəsinə qoşulur. Su 36-37⁰ C-yə qədər qızdırılır. Uşaq bələnib döşəyin üzərinə qoyulur. Üzəri yorğanla örtülür. Döşəyin suyu uzun müddət isti qalır və tədricən soyuyur (şəkil:19-42)

İstilik şualandırıcıları, yuxarı hissəsində yerləşən qızdırıcı elementin hesabına otağı şualandırma yolu ilə isidir. Qısa müddətli (bir neçə saat) istifadə üçün gücü 400 vt olan isidici cihazlar var.

Yarımçıqdoğulmuşlar (şəkil:19-42)



Eksremal az kütləli yarımçıqdoğulmuş
Dərin vaxtından əvvəl doğulma



Çox az kütləli yarımçıqdoğulmuş
Ağır vaxtından əvvəl doğulma



Az kütləli yarımçıqdoğulmuş
Doğuş müddətinə yaxın doğulma



“Kenquru ana”



Su döşəkçəsi



Küvez



A



B

Yarımçıqdoğulmuşun qidalandırılması: A-zondla; B-şprislə

Bunlar uşağın üzərindən 50 sm hündürlükdə asılır.

Uzunmüddətli şualandırıcılar bahalı aparatlardır. Bu üsulla konversiya və şualanma ilə istilik itkisi çox olur. Buxarlanma ilə daha çox istilik itir. Bunun qarşısını almaq üçün şəffaf, plastik örtüklərdən istifadə edilir. Bu şəraitdə olan uşaqların oksigenə olan tələbatı çox olur.

Küvezlər. Müasir dövrdə ən geniş istifadə olunan üsuldur. Onların köməyi ilə isti, rahat və təmiz mühit yaratmaq, temperatur, rütubət və oksigenin konsentrasiyasına nəzarət etmək olur. Rütubətin səviyyəsi suyun həcmi ilə hesablanır. Küvezlərdə istiliyin paylanması qızdırıcının köməyi ilə həyata keçirilir.

Müasir küvezlər avtomatik olaraq temperatur və rütubəti tənzimləyir, oksigenlə təmin olunub. Uşağın tənəffüsü və ürək fəaliyyətinə manitor nəzarəti aparır. Küvezdə temperatur 30-32⁰ C, rütubət 50-80% olur (şəkil:19-42).

Yarımçıqdoğulmuşlar istiyə çox həssasdırlar. İstilik çox olduqda narahat olurlar, hərərətləri artır, dəriləri qızarır. Belə halda küvezdə hərərəti aşağı salmaq lazımdır. Kütləsi 2000 qr-dan az olan bütün uşaqların küvezdə saxlanması vacibdir. Küvezdə qalma müddəti yarımçıqdoğulmuşun hesataşıya yaşından və vəziyyətindən asılıdır.

Çəkisi 1500 qr-dan çox olanlar 3-4 gün, qalanları isə 1 həftəyə qədər küvezdə saxlanılır. Küvezdə temperatur yarımçıqdoğulmuşların çəkisinə və yaşına (saatla) görə tənzimlənir. İnfeksiyanın qarşısını almaq üçün 3 gündən bir küvez dəyişdirilir. Küvez yuyulub, təmizlənilir, kvarsılama ilə dezinfeksiya olunur və yenidən istifadəyə verilir.

Yarımçıqdoğulmuş uşaq temperaturunu saxlamağa başladıqda tədricən küvezdən çıxarılır, cərpayığı qoyulur. İlk günlər ətrafına isitqaclar düzülür. Uşağın temperaturunu saxladığına tam əmin olduqdan sonra isitqaclar da götürülür.

Beləliklə, yarımçıqdoğulmuşların qulluğunda “istilik zəncirinin” qorunması üçün ən vacib şərtlərə əməl olunmalıdır – uşağın olduğu məkanın hərərəti 25⁰ C-dən az olmamalı, rütubət 55-60% olmalıdır. Körpə üçün istifadə olunan ləvazimatlar, dərmanlar, oksigen, personalın əlləri isidilməlidir – temperatur uşağın çəkisi və yaşına görə tənzimlənməlidir.

Orqanizmin enerji tələbatının ödənilməsi. Yarımçıqdoğulmuşun enerji tələbatı ana südü ilə ödənilir. Ona görə də doğulduqdan sonra ən qısa müddətdə enteral qidalanma başlanmalıdır. Əgər əmmə və udma refleksi yoxdursa körpə ana südünü zondla almalıdır. Mədə-bağırsaq traktı tələb olunan miqdarda südü qəbul edə bilmirsə, qalan enerji parenteral yolla orqanizmə verilməlidir.

§ 6.1. Yarımçıqdoğulmuşların qidalanması.

Yarımçıqdoğulmuşların ana südü ilə qidalandırılması vacibdir. Uşağın yarımçılıq dərəcəsi-dən, ümumi vəziyyətindən asılı olaraq qidalanma üsulu seçilir.

Ümumiyyətlə yarımçıqdoğulmuşların qidalanması 2 əsas üsulla aparılır:

– enteral yol – ana südü ilə qaşıqla, birdəfəlik və ya daimi kateterlə (nozoqastral, nozoduodenal) və zondla;

– parenteral yolla – göbək və ya periferik venalarla.

Doğularkən çəkisi 2000 qr-dan çox olan yarımçıqdoğulmuşlar (hestasiya yaşı 33-34 həftə) ana döşü ilə qidalandırılı bilər. Uşaq pis əmirsə və tez yorulursa ana südünü bir neçə gün qaşıqla vermək lazımdır.

Bədən kütləsi 2000-1500 qr olan yarımçıqdoğulmuşlar əvvəlcə zondla yedirdilir, sonra döşə qoyulur. Körpənin udma refleksi yoxdursa ona südü zondla, qaşıqla vermək olar.

Kütləsi 1500 qr-dan az olanlar zond vasitəsi ilə qidalandırılır. Yarımçıqdoğulmuşlar aşağıdakı sxemlə qidalandırılır:

- başlanğıc və minimal qidalanma;
- qida həcmnin tədricən artırılması;
- həm həcmə, həm də ingredientlərə görə optimal qidalandırma.

Şerti sağlam doğulmuşlar ana südü ilə qidalandırılırlar. Ümumiyyətlə vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların energetik ehtiyatları çox az olduğundan qida maddələrinin orqanizmə yeridilməsi doğuşdan dərhal sonra başlanmalıdır. Əks halda biokimyəvi hemostazı saxlamaq mümkün olmur.

Yarımçıq doğulmuşların əsas qida inqredientlərinə tələbatı

Cədvəl: 19-7

Inqredientlər	Yarımçıq doğulmuşlar
Enerji kkal/kq/sut	120-130
Zulallar qr/kq/sut	2,9- 4,0
Yağlar qr/kq/sut	4,0 -4,9
Karbohidratlar qr/kq/sut	8,0-16,0

Həyatın ilk həftəsində enerjiyə olan tələbat təxminən 40-80 kkal/kq, azota olan minimal tələbat 150 mq/kq olur. Bu da hər kiloqram çəkiyə 1 qr aminturşuya uyğun gəlir. Paraenteral və enteral qidalanma bir-birini tamamlamalıdır. Enteral qidalanmaya başlanma vaxtı fərdi qaydada həll olunur. Əgər sınaq məqsədi ilə 1-2 ml ana südünü yeritdikdən sonra yarımçıq doğulmuşda qarında köp, qaytarma olursa və 2-3 saatdan sonra mədədə qalıq süd yoxdursa və ya azdırsa, qidanın (südün) miqdarını tədricən artırmağa cəhd etmək olar.

Çox az çəkili yarımçıq doğulmuşlarda əksər hallarda, xüsusilə kritik vəziyyətlərdə mədə-bağırsaq traktının parezi, mədənin atoniyası olur. Ona görə belə uşaqların 80%-i ilk vaxtlar parenteral qidalandırılmalıdır.

Erkən enteral qidalanmanın üstünlüyü ondan ibarətdir ki, mədə-bağırsaq traktının yetisməsini stimula edir, adaptasiyanı yaxşılaşdırır, xolestsazın rast gəlmə tezliyini azaldır. Bu məqsədlə 0,5 ml/kq/saat hesabı ilə ana südünün intraqastral yeridilməsi kifayət edir. Qida maddələrinə və mayeyə olan tələbatın qalan hissəsi parenteral yolla tamamlanır. Ana südünün enteral yeridilməsi mümkün olmadıqda və ya ona əks göstəriş olduqda (əməliyyatdan sonrakı vəziyyət, xorali nekrotik enterokolit) **tam parenteral qidalanma** aparılır.

Körpənin mənimsədiyi südün miqdarı onun qida maddələrinə olan tələbatını ödəmədikdə **hissəvi parenteral qidalanma** göstərişdir.

Aşkar hemodinamik pozğunluqların və hipoksiyanın olması (arterial qanda oksigenin səviyyəsinin 50 mm C/st-dan aşağı) parenteral qidalanmaya **mütləq əks göstərişdir**. Çünki, belə vəziyyətdə qida maddələrinin tam keyfiyyətlə mənimsənilməsi mümkün deyil. Hiperbilirubinemiya (ümumi bilirubinin səviyyəsi 170 mkmol/l-dən artıq olması) və hipokoaqulyasiya yağ emulsiyalarının yeridilməsinə **nisbi əks göstərişdir**.

Həyatın ilk günlərindən karbohidrat mənbəyi kimi qlükoza məhlulu yeridilir. Çox az çəkili yarımçıq doğulmuşlarda qlükozanın yeridilməsindən sonra çox vaxt hiperqlikemiya inkişaf edir. Bu da osmotik diurezə və dehidratasiyaya gətirib çıxarır. Belə halda insulinlə müalicə tövsiyə olunmur, mədəcikdaxili qansızmaya səbəb olan ağır hipoqlikemiya inkişaf edə bilər. Qlükoza ilə infuzyanı (6-8 q/kq/gün) 4-6 mq/kq/dəq sürəti ilə yeritməklə hiperqlikemiyanı yayındırmaq mümkündür. Sonralar qanda şəkərin miqdarına nəzarətlə qlükozanın dozasını artırmaq olar. Çünki, postnatal dövrdə ona olan tolerantlıq tədricən artır və həyatın 2-3-cü həftəsində qlükozanın maksimal dozası 11-13 mq/kq/dəq (16-18 q/kq/gün) götürülür.

Parenteral qidalanmada zülal mənbəyi kimi aminturşu tərkibli məhlullardan istifadə olunur. Həyatın ilk günlərindən onların dozası 0,5-dən 2,5-4 q/kq/gün-ə qədər çatdırılır. Yağ emulsiyasının yeridilməsinə həyatın ikinci günündən etibarən başlanılır. Çox az çəkili uşaqlarda lipoproteinlipaza fermentinin aktivliyi kifayət qədər olmadığından yağlara olan tolerantlıq azalmış olur. Ona görə yağların yeridilməsinə kiçik dozadan başlayıb (0,5 q/kq/gün), onu 2-3 q/kq/gün-ə qədər artırmaq olar. Infuziyanı çox aşağı sürətlə, 24 saat müddətində aparmaq lazımdır. Yağların mənimsənilməsi-

nə qiymət vermək üçün gündəlik olaraq plazmanın şəffaflığını yoxlamaq lazımdır.

Yarımcıqdoğulmuşların mayeyə olan tələbatları

Cədvəl: 19-8

Yaş (gün) Çəki (qr-la)	1	2	3	4	5	6	7	7-dən çox
1000-dən çox	60	90	90	120	120	150	150	180-ə qədər
751- 999	60-90	120	120	140	140	150	150	180-ə qədər
500-750	100-130	150-180	150-180	130-150	130-150	150-ə qədər	150-ə qədər	180-ə qədər

Yeridilən mayenin ümumi həcmi körpənin gündəlik tələbatına uyğun hesablanır.

Bədən çəkisinə görə mineral maddələrə və mikroelementlərə olan tələbat hestasiya yaşı 36 həftəyə qədər olan uşaqların hamısı üçün eynidir və mmol/kq-la: natrium-1,2; kalium-0,8; xlorid-0,86; kalsium-3,2; maqnezium-0,16-dır.

Vitaminlər vena daxilinə kompleks polivitamin halında yeridilir. Çox az çəkili uşaqlarda pe-ri-ferik venalara giriş çətin olduğundan mərkəzi venaların kateterizasiyasından istifadə etmək lazımdır.

Parenteral qidalanma zamanı aşağıdakı göstəricilər nəzarətdə saxlanılmalıdır: hər gün bədən çəkisi, hər həftə boy, başın və döş qəfəsinin çevrəsi ölçülməlidir; hər 6-12 saatdan bir qanda şəkərin miqdarı təyin edilməlidir; hər gün sidiiyin və plazmanın osmolyarlığı, Hb, HT və plazmada Na, K, Ca, sidik cövhəri, kreatinin və turşu-qələvi balansının vəziyyəti təyin edilməlidir. “Metabolik sabitlik” dövründə həftədə bir dəfə plazmada albuminin, transaminazaların, qələvi fosfotazaların və bilirubinin səviyyəsini yoxlamaq lazımdır. Uşağın ümumi vəziyyətinin yaxşılaşması ilə əlaqədar tədricən enteral qidalanmanın həcmi artırmaqla parenteralı azaltmaq lazımdır. Bu zaman daimi zondla qidalanmadan istifadə etmək məsləhətdir. Bu məqsədlə gündəlik südün həcmi 8-12 hissəyə bölüb, hər payı 1-2 saat müddətində infuzion nasosla yeritmək lazımdır. Uşaq peroral 150 ml/kq/ gün miqdarında qidانی mənimsəyirsə, bu zaman parenteral qidalanmaya ehtiyac qalmır. Körpənin vəziyyətinin stabilləşməsi dövründə gündəlik olaraq kütlə artımı 15 qr/kq/-dan az olmamalıdır.

Qidalanmanın optimallığının göstəricisi aşağıdakılardır: körpə qidalanmadan sonra rahatdır; ilk həftə ərzində kütlə itkisi 10%-dən çox deyil; sonrakı həftələrdə 90-120 qr artır; gün ərzində 6 dəfədən çox sidik ifrazı olur; qidalanmadan 4 gün sonra nəcisin rəngi saralır.

§7. Vaxtından gec doğulmuşlar

Hamiləyin 42-ci həftəsindən sonra doğulan yenidoğulmuşlar vaxtından gec doğulmuşlar və ya vaxt ötürmüşlər adlanır. Bəzən 42 həftədən sonra doğulan yenidoğulmuşlarda vaxt ötürmə əlamətləri olur. Bu zaman ya hamiləlik müddəti düzgün təyin olunmayıb, ya da uzanmış hamiləlikdir. Belə yenidoğulmuşlar vaxtında doğulmuş hesab edilir. Vaxtından gec doğulmuşlar arasında perinatal ölüm halları çox olur. Adətən vaxtından gec doğulmuş yenidoğulmuşların çəkisi 4000 qr-dan, boyu 52-54 sm-dən çox olur. Vaxtından gec doğulmuşların özünəməxsus görünüşü var. Onların dərisində pendirvari maddə olur. Pendirvari maddə dölün dərisini müdafiə edir və doğuş zamanı onun sürüşməsinə təmin edir. Pendirvari maddənin olmaması dərinin quru qırıqlı olmasına, masserasiyaya uğramasına və doğuşun ağırlaşmalarla keçməsinə səbəb olur. Dəri perqament kağızını xatırladır, qabıqlanır. Əl və ayaqları camaşırçı əlinə oxşayır. Dərinin rəngi tünd sarı və yaşılımtıl olur. Bu döl-yanı mayeyə mekoniumumun ifrazının nəticəsidir. Göbək ciyəsi də tünd sarı və ya yaşılımtıl olur.



Şəkil:19-43. Vaxtından gec doğulmuş uşaq

Vaxtından gec doğulmuşların dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf etmiş, dəri turqoru azalmış olur. Bu, ciftin qocalması (kalsinasiya aşkar olunur), dölü oksigen və qida maddələri ilə lazımınca təmin edə bilməməsi ilə izah olunur. Azmayelilik nəticəsində göbək ciyəsi döl tərəfindən sıxılır, nəticədə qan təchizatı pozulur, bu da dölün oksigen və qida maddələri ilə təminatını azaldır. Vaxtından gec doğulmuşların kəllə sümükləri bərkdir, tikişlər və əmgəklər daralıb. Dırnaqları uzanıb.

Vaxtından gec doğulmuşların gözləri açıq olur. Onların gözlərində qorxu olur. Belə uşaqlar qocanı xatırladır. Vaxtında doğulmuşlara nisbətən daha aktiv olurlar.

Vaxtından gec doğulmuş uşaqların dərisi asan zədələnir. Onları hər dəfə açanda yumaq, ehtiyatla qurulamaq və yağlı kremlərdən istifadə etmək lazımdır. Hava vannaları bu uşaqlar üçün vacibdir. Yenidoğulmuşları sabunla yumaq və ya çimisdirmək olmaz. Onları çimisdirmərkən yaxşı olar ki, (50 qr 10 l suya) suya kəpək və ya kartof nişastasası qatılsın.

Qidalanması tələbatına görə olmalıdır.

§8. Yenidoğulmuşun xəstəlikləri

Yenidoğulmuşun xəstəlikləri 4 qrupa bölünür: hamiləliyin əvvəlində; hamiləlik zamanı; doğuşdan əvvəl və ya doğuş zamanı; doğuşdan sonra meydana çıxan xəstəliklər.

Hamiləliyin əvvəlində olan xəstəliklər əsasən genetik xəstəliklərdir. Bu qrupa monogen, poligen və xromosom xəstəlikləri aiddir. “Dölün xəstəlikləri” bəhsində bu xəstəliklərdən bəhs edilmişdir.

Hamiləlik müddətində baş verən xəstəliklər müxtəlif faktorların təsirindən yaranır. Dərmanların, rentgen şüalarının, infeksiyaların, ekstragenital xəstəliklərin və s. faktorların təsirindən orqanların inkişafı pozulur, müxtəlif embrio-fetapatiyalar yaranır. Məsələn, alkohol asılılığı olan valideyinlərin uşaqlarında embrio-fetal alkohol sindromu, diabetli anaların uşaqlarında diabetik embriopatiya, məxmərək keçirən anaların uşaqlarında müxtəlif anomaliyalar, rezus konfliktli zamanı dölün ödemi və s. yaranır. Cift çatışmazlığının səbəb olduğu uşaqsalma və ya erkən doğumlar da bu qrupa aid edilir.

Bilavasitə **doğumdan əvvəl və ya doğuş zamanı** baş verən xəstəliklərdən ən çox rast gəlni asfiksiya və ona səbəb olan xəstəliklər: xorioamnionit, sepsis, meningitlər, doğum travmaları, qanaxmalar, sefal hematomalar və s. aiddir.

Doğumdan sonra meydana çıxan xəstəliklərdən tənəffüs yolları xəstəlikləri mühüm yer tutur. Bu xəstəliklərə tənəffüs yollarının daralması, atreziyaları, qalxanabənzər vəzin böyüməsi, ti-

mus vəzin böyük olması və s. anadangəlmə qüsurlar aiddir. Bundan başqa surfaktant defisiti ilə əlaqəli tənəffüs pozğunluqları – ağ ciyərdəki mayenin xaricə atılması və ya sorulmasının ləngidiyi zaman yaranan yaş ağ ciyər sindromu, mekoniumun aspirasiyası, pnevmotoraks və s. bu qrup xəstəliklərə aiddir.

Bəzən beyin ödemi, qansızması, infeksiya və asidoz, hipoqlikemiya, hiperbilirubinemiya kimi səbəblərdən apnoe tutmaları müşahidə edilir. Uşaq yuxuda ikən tənəffüsü dayanır, bəzən bu bradikardiya ilə müşayiət olunur. Belə hal dərman qəbulu ilə əlaqədar ola bilər. Bu zaman uşağı oynadırmaq lazımdır.

Ürək xəstəliklərinə fetal qan dövranının davam etməsi, Fallo tetradası və ya triadası, oval dəliyin və ağ ciyər axacağının açıq qalması, mədəciklərarası çəpərin defektləri, ürək ritminin pozğunluqları aiddir.

Bundan başqa sarılıq, qidalanma pozğunluqları (əmmə udma pozğunluqları, qusma-infeksion və ya mərkəzi mənşəli) və anomaliyalar (yemək borusu atreziyası, duodenal stenoz və atreziya, anal atreziya, pilorostenoz və s.); ishal və s. doğuşdan sonra meydana çıxan mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləridir.

Göbək xəstəlikləri xüsusi yer tutur.

Aşağıda yenidoğulmuşlarda rast gəlin bir çox xəstəliklərdən bəhs edilir

§ 8.1. Yenidoğulmuşun asfiksiyası

Doğuşdan dərhal sonra ürək döyüntüsü olduğu halda tənəffüs aktının dayanmasına **asfiksiya** deyilir. Asfiksiya yenidoğulmuşların əsas problemlərindən biridir. Yenidoğulmuşun asfiksiyası qaz mübadiləsinin pozulmasının nəticəsidir. Tənəffüs və ürək–damar çatışmazlığı nəticəsində yenidoğulmuşun bütün orqan və sistemlərində kompleks funksional və anatomik pozğunluqlar yaranır.

Yenidoğulmuşun asfiksiyası bir qayda olaraq hamiləlik və ya doğuş zamanı inkişaf edən döhlün kəskin və xroniki hipoksiyasının davamıdır. Yenidoğulmuşun özünün hər hansı bir xəstəliyi, travmaları və inkişaf qüsurları nəticəsində yaranan asfiksiya istisnadır. Belə halda asfiksiya doğuşdan sonra yaranır və əsas xəstəliyin simptomu kimi biruzə verir.

Hamiləlik zamanı inkişaf edən və sonra yenidoğulmuşun asfiksiyasına keçən döhlün **xroniki asfiksiyasının səbəbləri**:

Ana tərəfindən: kəskin və xroniki ekstragenital xəstəliklər; kəskin və xroniki infeksiyon xəstəliklər; endokrin patologiyalar.

Döl tərəfindən: infeksiyalar; hemolitik xəstəlik.

Hamiləlik və doğuş zamanı inkişaf edən **kəskin asfiksiyanın səbəbləri**: uşaqlıq-cift qan dövranının kəskin pozğunluqları; cift gəlişləri və vaxtından əvvəl cift ayrılması zamanı baş verən qanaxmalar; uşaqlığın cırılması və digər faktorlar; göbək ciyəsi patologiyaları; ananın kəskin zəhərlənmələri; doğum fəaliyyəti pozğunluqları; medikamentoz korreksiyanın qeyri-düzgün aparılması; döhlün travması ilə cərrahi əməliyyatlar.

Patogenezi. Döl ana bətnində cift vasitəsilə oksigen alır, onun ağ ciyərlərində hava olmur. Alveollar maye ilə dolu olur. Bu maye ağ ciyərlər tərəfindən ifraz olunur. Maye ilə dolu ağ ciyərlərdə oksigen olmadığına görə, qan ağ ciyərdən keçərək oksigeni daşıya bilmir. Ana bətnində döhlün ağ ciyərlərinə qan axını az olur. Qanın əksər hissəsi ağ ciyərlərdən kənardan, arterial axacaqdan hərəkət edir.

Doğuşun sonuncu mərhələsində döldə hipoksiya baş verir. Cift ayrılan zaman qanda oksigenin miqdarı azalır, karbon qazının miqdarı artır. CO₂ qazı yenidoğulmuşun yuxu arteriyasındakı reseptorları qıcıqlandırır, bu da tənəffüs mərkəzinin qıcıqlanmasına səbəb olur.

Döl uşaqlıq yolundan keçəndə onun döş qəfəsi sıxılır, ağ ciyərlərdə olan mayenin 1/3 hissəsi ağız və burunla xaric olur. Mayenin qalan hissəsi alveollardan limfa sisteminə keçir. Tənəffüs mərkəzinin oyanması və alveollardan mayenin çıxması yenidoğulmuşun ilk nəfəsalmasına səbəb olur.

Havanın daxil olması ilə ağ ciyərlər genişlənir. Ağ ciyərlər hava ilə dolmağa başlayır və bronxdaxili təzyiq artır. Bu zaman alveolların üzərində olan surfaktant alveolların genişlənməsinə və oksigenin mənimsənilməsinə kömək edir.

Ağ ciyərlər genişlənərək mayedən təmizlənir. Eyni zamanda ağ ciyərdəki arteriollar açılmağa başlayır. Nəticədə ağ ciyər qan dövrəni əmələ gəlir.

Arterial (Botal) axacaqdan (dölün sol ağ ciyər arteriyasını aorta ilə birləşdirən damar) hərəkət edən qan ağ ciyərlərdən keçməyə başlayır. O, ağ ciyərlərdən oksigeni orqanizmin bütün toxumalarına daşıyır. Uşaq doğulduqdan dərhal sonra arterial axacaq bağlanır. Körpələrin bir qisminə hipoksiya yüksək dərəcədə olur. Bu zaman beyin sütununun bir sıra nahiyyələrinin funksiyası pozulur, bu da dölün vaxtından əvvəl dərindən nəfəsalmasına və dölyanı mayenin aspirasiyasına səbəb olur. Asidoz artdıqca tənəffüs mərkəzinin fəaliyyəti zəifləyir. Belə vəziyyətdə yenidoğulmuşun kiçik qan dövrəni damarlarında təzyiq yüksək qalır, ağ ciyərlərdə hipotenziya yaranır, onların açılması çətinləşir, surfaktant sintezi pozulur. Toxumalar oksigenlə yaxşı təmin olunmadığı üçün mikrosirkulyasiya pozulur. Oksigenin səviyyəsi enməkdə davam edir, CO₂ isə yüksəlir. Qanın PH-ı aşağı enir. Maddələr mübadiləsi pozulur. Kiçik qan dövrəninə damarların müqaviməti yüksək olaraq qalır, fetal şuntlar açıq qalır. Döl qan dövrəni saxlanılır. Hipoksiya və asidoz inkişaf edir. Yaranmış bu vəziyyət orqanlarda oksigen aclığı yaradır, bu da onların fəaliyyətini pozur. Uzun sürən asfiksiya olur, sinir hüceyrələri sürətlə kəskin hipoksik zədələnməyə məruz qalır və orqanizmdə geri dönməyən proseslər baş verir.

Asfiksiyadan sonra aşağıdakı **ağırlaşmalar** olur:

- erkən (1-2-ci sutkalarda)–ödem və beynə qansızma, aspirasion sindrom və ağ ciyər pozğunluqları, polisitemiya, trombozlar, ürək fəaliyyəti pozğunluqları;
- gecikmiş (3-cü sutkadan sonra)–ikincili atelektazlar, pnevmopatiyalar, beynin, ağ ciyərlərin, bağırsaqların infeksiya zədələnmələri və s.

Klinika. Doğuş zamanı baş verən asfiksiya zamanı ürək döyüntüləri olduğu halda tənəffüs olur. Ya da çox zəif olur.

Yenidoğulmuşun asfiksiyasının iki forması var: yüngül və ya göy asfiksiya; ağır və ya ağ asfiksiya. Simptomların ağırlıq dərəcəsinə görə göy asfiksiya da iki yerə bölünür: yüngül və ya I dərəcəli; ağır və ya II dərəcəli göy asfiksiya.

I dərəcəli göy asfiksiya zamanı dəri sianozludur, əzələ tonusu və vətər refleksləri azalıb, əməmə və udma, bəbək refleksləri saxlanılıb. Ürək fəaliyyəti zəifləyib, amma ürək tonları yaxşı eşidilir. Tənəffüs yollarından selik təmizləndikdən sonra tənəffüs hərəkətləri tez bərpa olunur.

II dərəcəli göy asfiksiyada dəri və selikli qişalar kəskin sianozludur. Tənəffüs hərəkətləri yoxdur və ya tək-təkdir. Ürək tonları gah tezləşir, gah da yavaşır. Bu ürək tonlarının gücünün, səsinin və gərginliyinin dəyişməsi ilə müşayət olunur.

Ağ asfiksiya zamanı ölüm təhlükəsi var. Dəri kəskin avazı, selikli qişalar kəskin sianozludur. Əzələ tonusu azalıb, vətər və bəbək refleksləri yoxdur. Ürək fəaliyyəti kəskin zəifləyib. Ürək tonları karlaşıb, aritmiya, bradikardiya müşahidə edilir. Uşağın vəziyyəti ağırlaşdıqda bradikardiya taxikardiya ilə əvəz olunur. Tənəffüs yoxdur. Dəriyə və visseral orqanlara qansızmalar baş verir. Sonradan daha təhlükəli ağ ciyər ağırlaşmaları qoşulur.

Asfiksiya zamanı qanda oksigenin səviyyəsi 24%-ə qədər azalır. Qələvi rezervi artır, karbon qazının porsial təzyiqi (PCO₂) artır. Süd turşusunun səviyyəsi artır. Asidoz çox artır. Bir qayda olaraq hiperkapniya, hiperkalsemiya, hiperfosfotemiya, hiperxolesterinemiyə müşahidə edilir, eritrositlərin miqdarı artır, qanın laxtalanması azalır.

Ağır asfiksiyada Apkar şkalası ilə dölün vəziyyəti doğulduqdan sonrakı 1-ci dəqiqədə 0-3 bal, 5-ci dəqiqədən sonra 6-7 baldan aşağı olur. Yüngül dərəcəli asfiksiyada 1-ci dəqiqədə 4-6 bal, 5-ci dəqiqədən sonra 8-10 bal olur.

Müalicə. Asfiksiya ilə doğulan uşaqlara ilk yardım doğum zalında aparılır. Apkar şkası ilə 7 və daha aşağı balla doğulan bütün yenidoğulmuşların reanimasiya yardımı ehtiyacı var.

Reanimasiyanın əsas məqsədi: tənəffüs yollarının keçiriciliyinin tam bərpası; adekvat tənəf-

füs; ürək-damar, tənəffüs sistemi və metabolizm pozğunluqlarının korreksiyası; qaz mübadiləsinin tənzimlənməsi.

Yenidoğulmuşların asfiksiyası 3 əlamətlə qiymətləndirilir.

Cədvəl: 19-9

Əlamətlər	Yüngül (II-dərəcəli göy) asfiksiya	Ağır (ağ) asfiksiya
Tənəffüs	Nəfəsalma cəhdləri	Nəfəsalma cəhdləri olmur
Ürək döyüntüləri	Dolğun və ləng	Zəif və ləng
Rəng(dəri)	Kəskin sianoz	Dəri bozuntul ağ, dodaqlar göy

Reanimasiya tədbirləri uşaq doğulan kimi başlanmalıdır. İtirilən hər bir dəqiqə MSS-nin zədələnmələrinin daha da artmasına səbəb olur. Reanimasiya tədbirləri şərti olaraq 3 mərhələdə aparılır:

I mərhələdə – təcili ağ ciyərlərin ventilyasiyası bərpa edilir;

II mərhələdə – aspirasiyanın nəticələri aradan qaldırılır, adekvat ventilyasiya tənzimlənilir, bədən temperaturu korreksiya edilir.

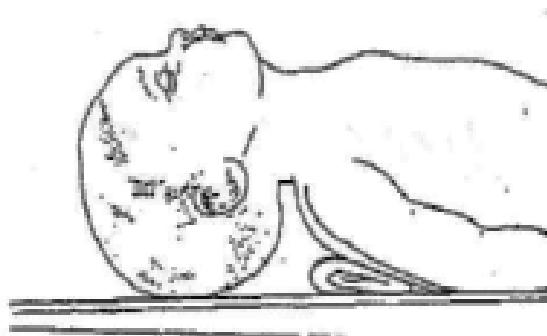
III mərhələdə – sərbəst tənəffüsə keçirilir, metabolizm pozğunluqları korreksiya edilir.

Reanimasiyanın əsas vəzifəsi tənəffüs keçiriciliyinin bərpası və orqanizmin oksigenlə təmin edilməsidir. Ona görə uşaq doğulan kimi onun ağız, burun və udlağı selikdən təmizlənməlidir.

Göbək ciyəsi kəsildikdən sonra yenidoğulmuş başı bir qədər arxaya qatlanmış vəziyyətdə əvvəlcədən isidilmiş masaya qoyulur (şəkil:19-44). Düzgün vəziyyəti saxlamaq üçün körpənin kürəyinin altına bükülmüş dəsmal qoymaq olar. Dəsmal döşəkdən 2-2,5 sm hündür olmalıdır.



a



b

Şəkil:19-44. a) yenidoğulmuşun qurulanması; b) tənəffüs yollarının keçiriciliyini bərpa edərkən yenidoğulmuşun başının vəziyyəti

Yenidoğulmuşun bədənini tez isti bezlə ilə qurudulmalı və uşaq isti bezə bükülməlidir, əks halda maye dəridən buxarlanan zaman istilik itkisi olur. Bu da yenidoğulmuşun istilik tənzimini pozur, hipotermiya yaranır. Bədənini soyuyan yenidoğulmuşda mübadilə pozğunluqları dərinləşir, hipopqlikemiya inkişaf edə bilər.

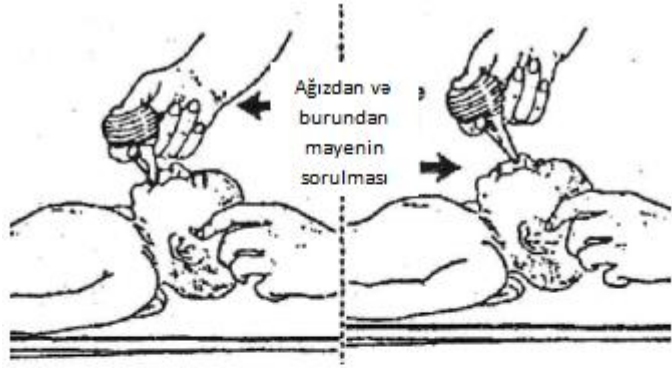
İlk növbədə maye ağız boşluğundan sorulmalıdır. Burundan maye təmizlənen vaxt əmin olmaq lazımdır ki, körpənin ağzında maye qalmamışdır. Əks təqdirdə körpənin ağzında qalan maye, burunu təmizləyən zaman aspirasiya oluna bilər. Sorma üçün elektrosorucudan, rezin balon və ya mexaniki sorucudan istifadə edilir (şəkil:19-45). Elektrik sorucusu olmayan şəraitlərdə əldə düzəldilmiş mexaniki soruculardan istifadə etmək olar. Sorucunu hazırlamaq üçün ağzı tıxac və ya qa-

paqla bağlanmış banka götürülür. Qapaqda iki kiçik dəlik açılır. Bu dəliklərdən bankaya iki boru (sistem borusu) salınır. Boruların biri bankanın dibinə qədər, ikinci isə az salınır. Bankanın dibinə qədər çatan borunun digər ucu körpənin ağzına, sonra isə burnuna salınır (7 sm-dən çox salınmamalıdır), ikinci borunun ucunu tibb işçisi öz ağzına salır və sorur. Körpənin ağzından və burnundan çəkilən maye bankaya daxil olur. Bir sorma prosesi 30 san davam edir. Sonra uşağa oksigen verilir, lazım gələrsə prosedura təkrarlanır. Sorma müəyyən dərəcədə taktil qıcıqlanmasını təmin edir. Bəzi hallarda bu, körpədə ilkin tənəffüsün başlanması üçün kifayət edir. Ağız boşluğundan mayeni sorarkən ehtiyatlı olmaq lazımdır. Çox güclü sorma qatırmaz. Sorucu kateteri çox dərinə yeritmək olmaz, çünki doğuşdan sonrakı ilk dəqiqələrdə udlağın arxa divarının qıcıqlanması ağır bradikardiya və apnoeəyə səbəb ola bilər.

Yüngül asfiksiyalarda taktil qıcıqlanma tənəffüsün tənzimlənməsinə kömək edir. Bu iki üsulla aparılır (şəkil:19-46):

- dabana döyəcləmə və ya çırtma vurma;
- körpənin belini sığallama;

Taktil qıcıqlanma dölyanı mayədə mekonium olmadıqda aparılır. Körpə mekonium qarışmış dölyanı maye udduğu zaman taktil qıcığı ilə tənəffüs bərpa olunarsa, mekonium hissəcikləri tənəffüs yollarını tutar və atelektaza səbəb ola bilər. Atelektaz ağ ciyər toxumasının sıxılmasıdır, bu zaman ağ ciyərin bir hissəsi tənəffüsdə iştirak etmir, bu da çox təhlükəlidir. Taktil qıcıqlandırmanı iki dəfədən artıq aparmaq olmaz.



Şəkil:19-45. Tənəffüsollarının təmizlənməsi

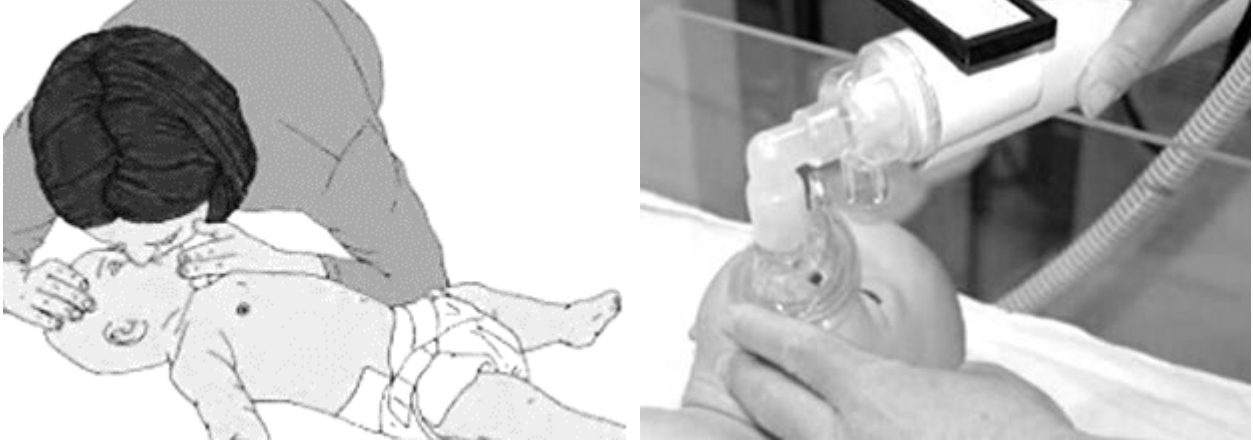


Şəkil:19-46. Taktil qıcığı

Tənəffüs bərpa olduqdan sonra mədə möhtəviyyəti də sorulur.

Tənəffüs yollarını təmizlərkən qatı, irinli, fibroz, çöküntülü bəlgəm olduqda traxeo-bronxial

boru və ya laringoskop vasitəsi ilə kateter salınır. Kateter sağ və sola cevrilməklə sağ və sol baş bronxlar yuyulur. Bu zaman hansı bronx sanasiya ediləcəksə, uşağın başı qaldırılmış çiyin üzərindən əks tərəfə döndərilir. Manipulyasiya çox ehtiyatla aparılmalıdır. Əks halda qanaxma baş verər, bu yenidöğulmuşun vəziyyətini daha da ağırlaşdırar.

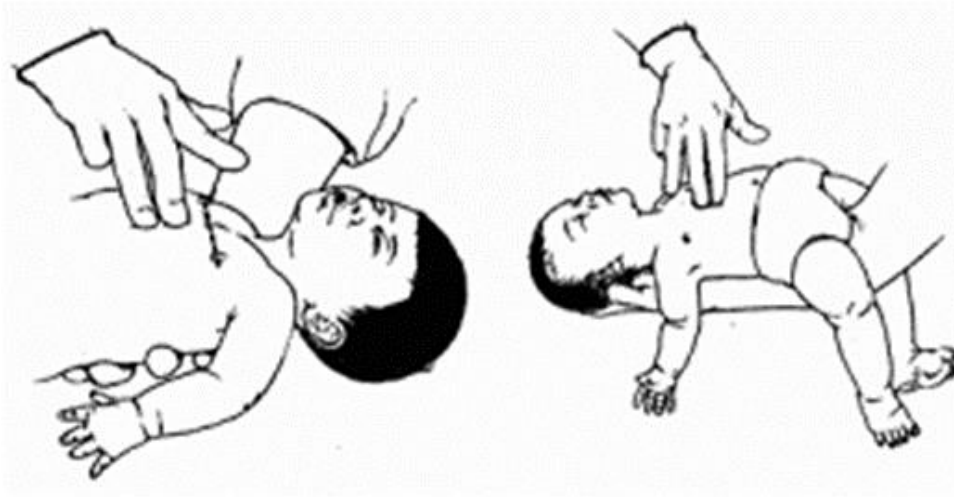


Şəkil:19-47.Süni tənəffüsün verilməsi:a) ağız-ağıza;b) ASV ilə

Bütün bu tədbirlər tənəffüs yollarının təmizlənməsinə xidmət edir və tənəffüsün tənzimlənməsi üçündür. Bu tədbirlərdən sonra yenidöğulmuşun vəziyyəti yenidən 3 əlamətə görə qiymətləndirilir: tənəffüs, ürək döyüntüləri və dərinin rəngi.

İlk növbədə uşağın tənəffüsü qiymətləndirilir. Əgər normal deyilsə süni tənəffüs verilir.

Yüngül hallarda süni tənəffüs qısa müddətli ASV-“ağız-ağıza” tənəffüz verməklə və əl metodları ilə aparılır (şəkil:19-47). Bu məqsədlə Ayra sistemli Ambu kisəsindən istifadə edilir. Oksigen axını 40 dəqiqə ərzində 10 l/dəq sürəti ilə verilir. Oksigenlə müalicəni qanın qaz tərkibinə nəzarət etməklə aparmaq lazımdır.



Şəkil:19-49.Ürəyin qapalı massajı

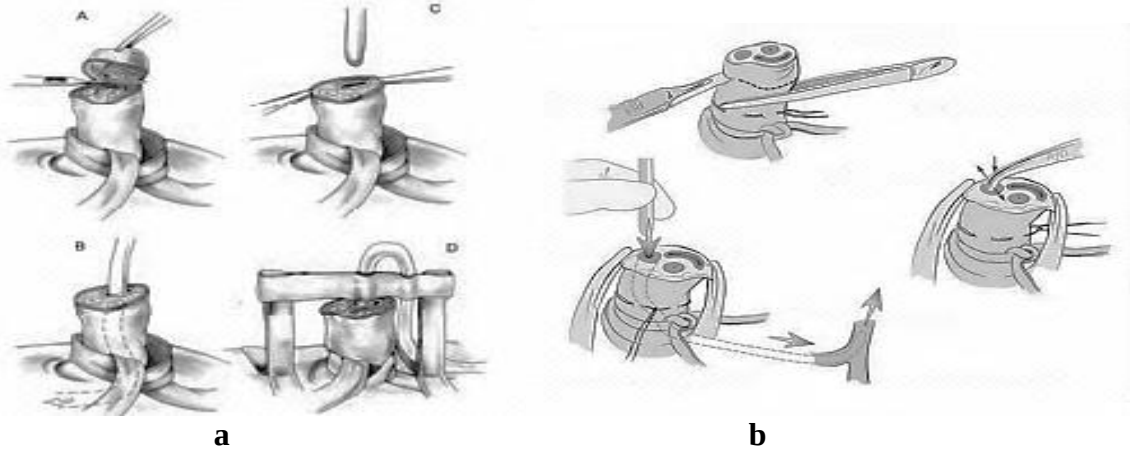
Yenidöğulmuşun ürək-döyüntüləri 100 vur/dəq-dən azdırsa, tənəffüs olsa belə reanimasiya tədbirləri aparılmalıdır.

Dərinin rəngi ümumi sianozludursa bu oksigen aclığını göstərir. Bəzən periferik sianoz çox vaxt hipotermiya nəticəsində baş verir. Tənəffüs və ürək fəaliyyəti normal olduğu halda periferik sianoz zamanı oksigenoterapiyaya ehtiyac yoxdur. Uşağı isitmək lazımdır.

Yenidöğulmuşda kəskin sianoz zamanı bradikardiya, əzələ tonusunun və reflekslərinin aşağı olması olarsa, təcili olaraq süni tənəffüs aparatına qoşulmalıdır. Bu məqsədlə əl (RDA-1) və yaxud

elektron (Lada, Vita) aparatlardan istifadə edilir. Uzunmüddətli ASV-sı üçün Bebiloq-1 (Almaniya), Erqstrem (İsveçrə) istifadə edilir.

Ürək fəaliyyəti 80 vur/dəq-dən az olduqda ürəyin qapalı massajı aparılır (1dəq-də 100-120 hərəkət). Eyni zamanda ASV-sı aparılır. Döş qəfəsi 3 dəfə çıxılır, sonra bir dəfə nəfəs verilir. Bu uşağın ürək ritmi 100 vur/dəq-yə çatana qədər davam etdirilir (şəkil:19-49).

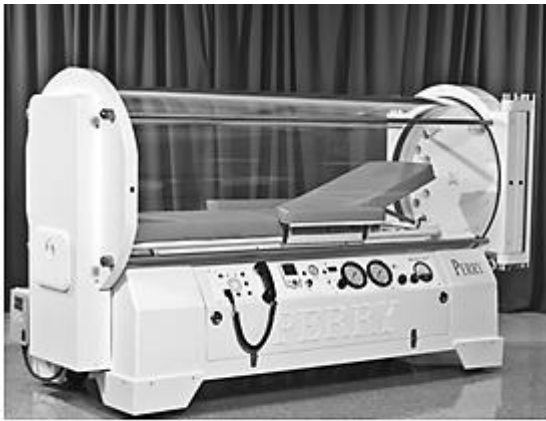


Şəkil:19-48. a) Göbək venasının kateterizasiyası; b) arteriyasının kateterizasiyası

Eyni zamanda göbək venasına kateterlə, tədricən 5-10% qlükoza məhlulunda 8-10 mq/kq ko-karboksilaza yeridilir. Bradikardiya davam edərsə, ürək fəaliyyəti bərpa olunmazsa, vena daxilinə 0,05-0,1 ml–1% li atropin və ya 0,1ml ,0,1%-li adrenalin məhlulu yeridilir. 10 ml izotonik məhlulda 0,1% li adrenalin həll olunur və 0,5-1,0 ml əzələ daxilinə yeridilir. Yuxarıda göstərilən tədbirlərlə bradikardiya aradan götürülmürsə vena daxilinə 1 ml, 10% li kalsium qlükonat məhlulu yeridilir. Bu tədbirlər də effekt vermədikdə 0,1%-li 1 ml noradrenalin ürək daxili vurulur.

Dərman (narkotik maddələrlə) depressiyası ilə mübarizə aparmaq üçün nalorfin və ya etimizol göbək venasına və ya əzələ daxilinə vurulur.

Metabolik və hemodinamik pozğunluqları korreksiya etmək üçün 0,05%-li 0,15-0,2 ml strofantin, 20%-li 10 ml qlükoza məhlulunda 50 mq ko-karboksilaza, 5% li vit C, 2 ml, 10% li 1-2 ml kalsium qlükonat, etimizol 5% li 0,1 ml/kq; dölün vəziyyəti Apkar şkalası ilə 6 bala çatmırsa 1,5-2 mq/kq prednizolon, asidozu aradan qaldırmaq üçün 2% li 5-10 ml natrium hidrokarbonat, beyin ödemini götürmək üçün 2,4%-li 2 ml eufillin təyin edilir.



Şəkil:19-50. Barokamera

hemoqlobin oksihemoqlobinə çevrilir və toxumaların oksigenlə təchizatı yaxşılaşır. Yenidoğulmuşlar üçün hiperbarik oksigenizasiya barokameralarda aparılır.

Əgər aparılan reanimasiya tədbirləri 20 dəq. ərzində yenidoğulmuşda sərbəst tənəffüs yaratmırsa, bu zaman bu tədbirləri dayandırmaq lazımdır.

Yüngül asfiksiyaların müalicəsi doğum evində başa çatır. Qalan bütün hallarda asfiksiya ilə doğulmuş uşaqların müalicəsi və müayinəsi mərhələlərlə aparılır – doğum evi – reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsi – uşaq poliklinikası, sinir sistemi zədələnmələri olan uşaqlar uşaq nevroloji klinikası.

§ 8.2. Yenidoğulmuşun doğum travmaları

Doğum aktı zamanı mexaniki qüvvələrin təsirindən dölün yerli zədələnmələri **doğuş travmaları** adlanır. Bu zaman toxuma strukturlarında və ya qan dövranında yerli pozğunluqlar baş verir.

Dəri və dərialtı piy toxumasının zədələri doğuş zamanı döl başı ilə ana çanağı arasında uyğunsuzluq olduqda, cərrahi mamalıq manipulyasiyalarında meydana çıxır. Yenidoğulmuşun dərisində qırmızı ləkələr, zolaqlar, cızıqlar, yaralar aşkar oluna bilər. Adətən bunlar sağalır və yerində çapıq toxuması yaranır, bəzən isə nekrozlar inkişaf edir (mənfi faktorların təsirindən).

Dərialtı piy təbəqəsinə güclü təzyiq zamanı bir və ya bir neçə qalınlaşma ocaqları yaranır. Bu düyünlər xəmirəbənzər konsistensiyalı olur, ağrılıdır, normal və ya qırmızımtıl dəri ilə örtülür. Əsasən kürəkdə, beldə, sağrılarda rast gəlir. Uşağın ümumi halına təsir etmir, bir neçə həftədən sonra özbaşına itir.

Sklerema əsasən bətn daxili inkişaf pozğunluğu olan, pis qulluq olunan, soyumaya məruz qalan yarımçıqdoğulmuşlarda rast gəlir, üzdə, dizlərdə, budda olur, ağır hallarda bütün bədəni əhatə edir. Sklerema zamanı dərialtı piy təbəqəsi bərkiyir (şəkil:19-51)

Doğum şişi gəliş hissədə rast gəir. Yerli olaraq yumşaq, ağrısız ödem müşahidə edilir. Doğum şişi başda olduqda tikişlərdən kənara çıxır, təpə, alın, ənsə nahiyyələrini əhatə edir. Ödem sər həddi yoxdur. Ətraf toxumalara yayılır. Təzyiqin gücündən asılı olaraq ödem yerinə müxtəlif forma və ölçüdə qansızmalar ola bilər. Konyuktiva və gözün torlu qışasına da qansızmalar ola bilər. Doğum şişi bir-iki günə izsiz yox olur.

Kefalohematoma intensiv təzyiq və dəri örtüklərinin və sümüklərin sıxılması nəticəsində yaranır. Çox vaxt təpə, ənsə, alın sümüklərində rast gəlir. Sümüküstlüyünün altına qansızma olur. Nadir hallarda sümüküstlüyü ilə aponevroz arasında yaranır. Daxili kefalohematoma sümüklə sərt beyin qışası arasında əmələ gəlir. Nəticədə beyin qabığı qıcıqlanması əlamətləri meydana çıxır. Əvvəlcə konturları aydın olan hematoma 2-3 gündən sonra böyüyür. Adətən şiş birtərəfli, nadir hallarda ikitərəfli olur. Şişkinlik sümük sərhəddindən kənara çıxmır, hematoma sümük sərhəddini keçərsə, bu sümük sınığı nəticəsində əmələ gələn kefalohematomadır. Kefalohematomanın enli əsası ətrafında qalınlaşma olur, özü yumşaqdır, flüktasiya edir.

Xarici qışaların doğum travmaları müalicə tələb etmir, yaxşı qulluq tələb edir ki, infeksiyalanma olmasın. İnfeksiyalanma olduqda müalicə aparılır.

Əzələlərin zədələnməsi. Doğuş zamanı döş-körpücük-məməvari (m.sterno-cleido-mastoideus), trapesvari, deltavari, çeynəmə əzələləri zədələnmə bilər. Bu da əyriboyunluluğa səbəb olur. Doğuş zamanı uşağın əzələləri yığılmış vəziyyətdə olduqda əzələ yatağı yırtılır və qansızma baş verir. Bu çox vaxt sağrı gəlişində və ya maşa qoyulduqda rast gəlir. Zədə yerində meşə qozu böyüklükdə bərk qığırdağabənzər şişkinlik əmələ gəlir. Vaxtında diaqnoz qoyulsa və adekvat müalicə aparılsa, əyriboyunluluğun qarşısını almaq olar.

Anadangəlmə əyriboyunluluq bətn daxili dövrdə fibroz miozite səbəb olan patologiyalar nəticəsində yaranır. Yenidoğulmuşun başı xəstə tərəfə, üzü sağlam tərəfə çevrilir. Bəzən kəllənin, üzün, qulaq seyvanlarının assimetriyası, onurğanın skoliozu müşahidə edilir.

Döşkörpücük-məməvari əzələsinin cırılması və hematoması konservativ müalicə olunur: yüngül massaj, başın passiv hərəkətləri edilir, korreksiya üçün xəstə tərəfə kiçik mütəkkə qoyulur. Ana-dangəlmə əyriboyunluluq zamanı cərrahi müalicə aparılır (şəkil:19-51).

Skletin zədələri. Alın, təpə, gicgah sümüklərində müxtəlif formalı batıqlar rast gəlir. Bu dar çanaqlarda və ya maşa qoyulduqda, başa uzunmüddətli təzyiq nəticəsində yaranır. Bu zaman funksional və beyindaxili pozğunluqlar aşkar olunmur. Batıq bütün ömür boyu qala bilər.

Kəllə sümüklərinin sınıqları atipik kefalohematoma ilə müşayiət olunur. Palpasiyada çat və krepitasiya aşkarlanır. Son diaqnoz rentgenoloji təsdiqlənir.

Doğuş travmaları (şəkil:19-51)



Sklerema



Anadangəlmə əyriboyunluluq



Körpücük sümüyünün sınığı



Körpücük sümüyünün sınığına sarğı qoyulması



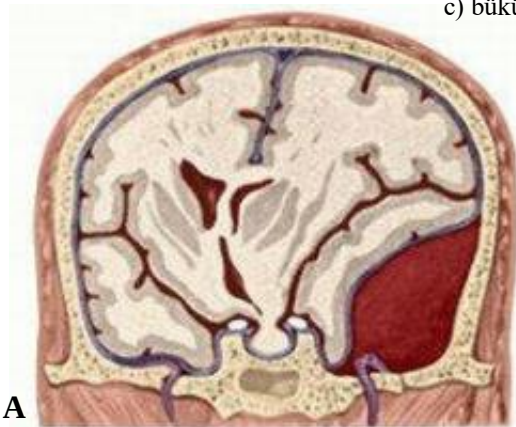
a

b

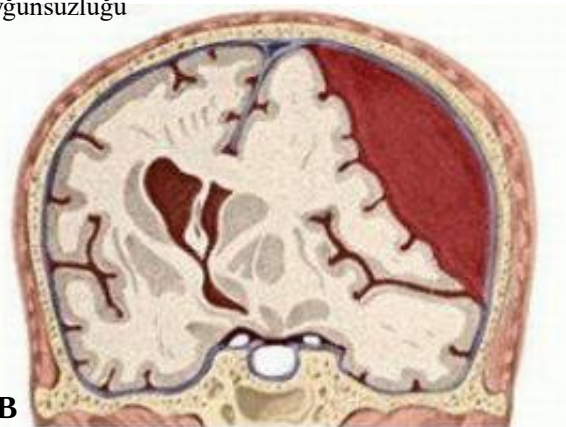


c

Ortolan Maks simptomu:a) çıxıq tərəfdə diz aşağıda yerləşir; b)ayaqlar 90° bucaq altında açılır; c) büküşlərin uyğunsuzluğu



A



B

Beyindəxili qansızma:A-epidural hematoma; B-subdural hematoma

Beyindaxili zədələnmə yoxdursa, proqnoz yaxşıdır. Körpücük sümüyünün sınığı çox rast gəlinir. Uşağın ümumi vəziyyətində dəyişiklik olmur. Qolun hərəkəti bir az məhdudlaşır. Sümük qırıntıları yerini dəyişmir və sıniq yerində döyənək əməl gəlir (şəkil:19-51). Bazu və bud sümüklərinin epifizeilizlə sınığı, oynaq yatağının gərilməsi, çıxıqlar, iri dölü çıxarmağa çalışarkən baş verir. Bu zaman sınıqların yerdəyişməsi və qansızmalar müşahidə edilir. Qabırğanın, onurğanın, baldır, said, diz sümüklərinin də sınıqları rast gəlir. Müalicə operativdir.

Dayaq-hərəkəti aparatın ən çox rast gələn deformasiyası displaziya və anadangəlmə çıxıqlardır. Bu patologiyaları aşkar etmək üçün yenidoğulmuşlar yaxşı müayinə olunmalıdır: Bud-çanaq və diz oynaqlarının bükülməsi, ayaqların tam açılmaması mötəbər simptomdur. Buddakı büküşlər assimetrik olur (şəkil:19-51).

Periferik sinirlərin zədələri. Dar çanaqlarda və maşa qoyulduqda yenidoğulmuşun üz sinirinin periferik tipli parezi və iflici meydana çıxır. Xəstə tərəfdə burun-dodaq büküşü hamarlaşır, göz qapaqları tam qapanmır. Ağlayarkən ağız xəstə tərəfə əyilir. 2-3 həftədən sonra bərpa olunur. Üz sinirinin mərkəzi tipli iflici beyindaxili hematoma zamanı baş verir.

Bazu kələfinin parezi və ya iflici birtərəfli olur. Çox nadir hallarda ikitərəfli olur. Bazu kələfinin parezi və ya iflici yuxarı (Dyuşen-Erb) aşağı (Klumpke-Dejerin) tipli olur. Zədələnmə təbii və patoloji doğuşlarda maşaları düzgün qoymadıqda baş verir. Yuxarı tipli zədələnmədə V-VI boyun seqmentləri zədələnir. Bu zaman çiyinlər enir, qollar süst sallanır, dirsək oynaq, əl və barmaq oynaqları bükülmüş vəziyyətdə olur. Barmaqların hərəkəti sərbəstdir, proqnoz yaxşıdır.

Aşağı tipli iflic zamanı VII-VIII boyun və I döş seqmentləri zədələnir. Bu zaman hissiyyat pozulur, bilək və barmaqlarda hərəkət yoxdur. Bu tipli iflic çox vaxt ptoz, mioz, endoftalm ilə müşayiət olunur. Bel kələfinin də zədələnməsi mümkündür. Diafraqma sinirinin iflici IV boyun seqmenti zədələndikdə baş verir. Xəstədə tənəffüsün tezləşməsi, sianoz başlayır. Rengenoloji müayinədə diafraqmanın yuxarı vəziyyəti, hərəkətinin azalması və ya olmaması aşkar edilir. Periferik sinirlərin zədələnməsinin proqnozu yaxşıdır.

Doğuş travması ilə beyindaxili qansızmalar, beyinin qan dövrənini pozulması. Beynin travmatik zədələnməsi ölüdoğulmaya, yenidoğulmuşun ölümünə, və sonradan müxtəlif patologiyaların inkişafına səbəb olur.

Doğuş zamanı **beyindaxili travmalar** aşağıdakı səbəblərdən yaranır: bətdaxili və bətdən xaric asfiksiya; uzun sürən doğuşlar, sürətli doğuşlar, sağrı gəlişləri zamanı başın konfigurasiyaya uğramadan doğulması nəticəsində başa olan mexaniki təzyiq; maşa və ya vakuum ekstraktorun qeyri-düzgün qoyulması; yarımçıq doğulma.

Beləliklə, doğuş zamanı beyinin zədələnməsi təkcə beyinin lokal mexaniki zədələnməsi deyil, həm də beyin toxumasının oksigen aclığı nəticəsində yaranır. Beyindaxili qan dövrənini pozğunluğu uşaq doğulduqdan 2-3 gün sonra meydana çıxır. Qansızma beyinin müxtəlif şöbələrinə ola bilər: subaraxnoidal–beynin yumşaq toxumasına və hörümçəkvarı sahənin altına; epidural–sümüklə beyin sərt qışası altına; subdural-beyinciyə, uzunsov beyinə; mədəciklərarası–yan və dördüncü mədəciklərin boşluğuna; beyin maddəsinə.

Klinika. Yerli və ümumi əlamətlər qəflətən meydana çıxır. Yenidoğulmuş uşaqlar yuxulu, apatik olurlar, ətraf mühitə, qidaya maraq göstərmirlər. Bundan sonra qısamüddətli narahatlıq fazası başlayır. Uşağın üzündə qorxu ifadəsi olur. Dəri sarımtıl bəzən sianozlu olur. Başın dərisində venoz şəkil güclənir. Uşaq gözlərini bir nöqtəyə dikir, göz qırpır, ekzoftalm müşahidə edilir. Uşağın vəziyyətini dəyişdikdə bərk qışqırır.

Avtomatik hərəkətlər, diksinmə, tremor, əsnəmə, qusma, çəpgözlülük, nistaqm, anizokoriya, əmmə və udma reflekslərinin olmaması müşahidə edilir. Sporadik qıcolmalar meydana çıxır. Klonik və tonik qıcolmalar da ola bilər. Qıcolmalar birtərəfli və ikitərəfli olur. Bədən temperaturu sabit deyil, ya yüksəlir, ya da enir. Tənəffüs aritmik, qıcolma şəkilli, səthi və tezləşmişdir, dəqiqədə 80-120-dir, tənəffüsün dayanması mümkündür. Ürək-damar fəaliyyəti pozulur: nəbz yavaşır, dəqiqədə 90-100 vuruş olur, A/T enir, EKQ-də dəyişiklik müşahidə olunur. Hipotoniya hipertoniya ilə əvəz oluna bilər.

Ön kəllə çuxurunda, beyincikdən yuxarıda lokalizə olunan supratentorial hematoma və zədələnmələr zamanı əmgək qabarır, tikişlər aralanır. Ümumi beyin əlamətlərindən çox ocaqlı əlamətlər önə keçir, dalğavarı gedişli olur. Hematomanın əks tərəfində qıcolma və ifliclər olur. Hematoma arxa kəllə çuxurunda yerləşəndə bu əlamətlər olmur, likvor dövrənin pozulması, beyincik və beyin kötüyünün sıxılması baş verir.

Beyin kötüyünə və uzunsov beyinə təzyiq nəticəsində tənəffüsün, ürək-damar fəaliyyətinin pozulması, tonik qıcolmalar və s. meydana çıxır. Uşağın vəziyyəti progressiv pisləşir.

Beyindəxili qansızmalar və qan dövrəni pozğunluqları zamanı MSS-i tərəfindən polimorf simptomlar müşahidə olunur. Simptomların təzahürü zədələnmə ocağının lokalizasiyasından, uşağın funksional xüsusiyyətlərindən və sinir sisteminin vəziyyətindən asılı olur.

Yarımçıq doğulmuşların doğum travmaları daha ağır olur. Atelektaz, pnevmoniya və başqa xəstəliklər qoşulduqda onlar tələf olurlar.

Müalicəsi. Uşaq baş tərəfi bir qədər qaldırılmış vəziyyətdə uzandırılır. O, sakitlik, optimal temperatur, təmiz hava, tənəffüs üçün əlverişli şərait, uzunmüddətli oksigenoterapiya ilə təmin edilir. Visseral pozğunluqlar, tənəffüs pozğunluqları zamanı koksikarbonat, kordiamin, korozol və s. tətbiq edilir. Dehidratasiya terapiya aparılır (40% li qlükoza). Metabolik asidozu aradan qaldırmaq üçün 10-20% li qlükoza məhlulu, 1-4 % li natrium hidrokarbonat, qan və plazma göstəricidir. Bundan başqa vitaminlər (C və B qrupu), vikalol, kalsium duzları, brom, fenobarbital, aminazin tətbiq edilir. Hərəkəti funksionu bərpa etmək üçün hidroterapiya, masaj və s. fizioterapevtik proseduralar tətbiq edilir.

§ 8.3. Yenidoğulmuşun irinli iltihabi xəstəlikləri (septik xəstəliklər)

İrinli iltihabi xəstəliklər stafilokoklar, bağırsaq çöpləri, klebsiellalar, proteyalar, göy-yaşıl irin çöpləri və s. tərəfindən törədilir.

Postnatal dövrdə yoluxma tibb personalı və zahı anadan olur.

Klinik təzahürlərinə görə septik xəstəliklər yerli – məhdud və geniş – yayılmış olur.

Yerli proseslərə dəridə irinli səpgilər, omfalit, mastit, konyuktivit və s. aiddir.

Geniş – yayılmış xəstəliklərə sepsis, meningit, osteomielit, peritonit və s. aiddir. Bu xəstəliklər orqanizmin ümumi reaksiyası ilə həm də ağır keçir.

§ 8.3.1. Yenidoğulmuşun yerli irinli – iltihabi xəstəlikləri

Piodermiya. Yenidoğulmuş doğularkən onun dərisi steril olur. Onun sterilliyi sonralar pozulur. Bəzən anada olan xəstəliklər nəticəsində, döl infeksiyalaşır. Bu zaman onda anadangəlmə infeksiya xəstəlikləri inkişaf edir (anadangəlmə vezikulyoz, pnevmoniya və s.). Qızılı hemolitik stafilokokların daha dərin qatına asanlıqla sirayət edir və dərinin anatomik-fizioloji quruluşunun xüsusiyyətləri iltihabi prosesin inkişafına əlverişli şərait yaradır (şəkil:19-52).

Yenidoğulmuşlarda piodermiya əsasən stafilokoklar tərəfindən törənir. Bu xəstəlik dəridə irinli şəkilli səpgilərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə edilir.

Dərinin stafilokokla zədələnməsinin yüngül forması **vezikulyozdur**. Vezikulyoz zamanı dəridə dərin zədələnmə olmur (şəkil:19-52).

Dəri bulanıq mötəviyyətli, xırda sancaqbaşı böyüklüyündə qovuquqlar şəklində olan vezikullarla örtülür. Bu qovuquqlar 2-3 gündən sonra partlayır, epidermis qopur, 1-2 gündən sonra yerində sağlam eroziya əmələ gəlir. Adətən vezikullar qarının ön divarının dərisində, sağrılarda və qasıq бүкüşlərində yerləşir.

Müalicəsi yerli olaraq dərinin tualeti ilə aparılır. Yenidoğulmuş 0,005%-li kalium permanqanat məhlulunda çiməldirilir, zədələnməmiş nahiyələr 70°-li spirtlə və brilyant yaşılı ilə silinir.

Yenidoğulmuşun yerli irinli iltihabi xəstəlikləri (şəkil:19-52)



Vezikulyoz;



Piodermiya



Follikulit



Pemfikus



Kataral omfalit



İrinli omfalit



Funkus

Follikulit. Stafilokok infeksiyası tükün follikuluna daxil olur və onun iltihabına follikulitə səbəb olur (şəkil:19-52). Tükün ətrafı düyün şəklində bərkiyir, onun mərkəzində pustula əmələ gəlir. Pustula tezliklə quruyub, qabıq verir. Qabıq qopub düşdükdən sonra yerində çəhrayı rəngdə ləkə qalır.

Müalicə yerlidir. Vezikulda olduğu kimi aparılır. Əgər dərinin çox hissəsi zədələnmişsə antibiotiklərlə müalicə aparılır.

Yenidoğulmuşun **pemfikusu**, yenidoğulmuş doğulduqdan 1-2 həftə sonra inkişaf edir. Dəridə 0,5-1 sm, bəzən 2-3 sm diametrli səpgilər əmələ gəlir. Səpgilərin ətrafında hipertermiya həlqəsi müşahidə olunur. Səpgilərin daxilində əvvəllər şəffaf sonralar isə bulanıq möhtəviyyat olur, sonra boşalır. Səpgilər partladıqdan sonra, yerində eroziya sahələri əmələ gəlir. Səpgilər baş, qarın və ətrafların büküşlərinin dərisində yerləşir (şəkil:19-52). Ovuc və ayaq altında olmur (sifilitik pemfikusda olur). Əksər hallarda yenidoğulmuşun ümumi vəziyyəti dəyişmir.

Müalicə antibiotiklərə və yerli olaraq 70⁰-li spirt, brilyant yaşılı, 2,5 %-li hidrokartizon məhlulu ilə aparılır. Adətən 2 həftə sonra sağalma qeyd edilir.

Göbək yarası--omfalit. Göbək yarasının sağlanması zamanı bir sıra ağırlaşmalar meydana çıxır. Normal halda göbək güdülü düşdükdən sonra yerində kataral omfalit yaranır (şəkil:19-52). Tezliklə bu kataral əlamətlər keçib gedir və göbək yarası sağalır. Göbək yarasına infeksiya düşdükdə kataral omfalitin sağlanması ləngiyir. Bu zaman yenidoğulmuşun ümumi vəziyyəti pozulmur. Göbək yarasında seroz və ya qanlı seroz ifrazat olur. Göbək damarları əllənmir. Vaxtında yerli müalicə aparılmazsa, göbəkdə qranuloma əmələ gəlir. Bu **funqus** adlanır (şəkil:19-52). Funqus xırda noxud boydadır, nazik ayaqcığa malikdir.

Müalicəsi yerli aparılır. Yara 3%-li hidrogen-peroksidi məhlulu ilə yuyulur, lyapis (argentum nitrat) qələmi ilə dağlanır, bakteriosid tozlar səpilir. Bu tozların tərkibi antibiotik və sulfanilamidlərdir. Funqusun ayaqcığına nazik ipək sapla liqatura qoyulur və bağlanılır.

Kataral omfalitin müalicəsi 70⁰-li spirtlə, brilyant yaşılı ilə, 5%-li kalium permanqanatla aparılır.

İrinli omfalit yenidoğulmuşun həyatının 1-ci həftəsinin sonunda baş verir. Göbək yarasının ətrafında kataral əlamətlər meydana çıxır (şəkil:19-52). İltihabi proses dərialtı piy təbəqəsinə keçir, damarlarda infiltrasiya başlayır və iltihab dərinləşir. Damarlar sərt, infiltrasiyalaşmış, dartılmış olur. Uşaq şox narahat olur, nəbzi və tənəffüsü tezləşir. Xəstəlik peritonit və sepsislə ağırlaşsa bilər.

Müalicəsi antibakterial preparatlarla, plazma və qammaqlobulin kompleksi ilə aparılır.

§ 8.3.2. Yenidoğulmuşların yayılmış irinli xəstəlikləri

Yenidoğulmuşun pnevmaniyası. (şəkil:19-53) Törədici stafilokoklar, bağıraq çöpləri, klebsillalar və s. mikroblardır.

Yenidoğulmuşlarda və yarımçıqdoğulmuşlarda bir sıra faktorlar pnevmaniyanın yaranmasına şərait yaradır:

- dölün uzun müddət doğuş yollarında ləngiməsi, çanaq gəlişləri, maşa və ya vakuum ekstraktor qoyulması və uşağın fizioloji qısqırığını ləngidir. Nəticədə uşaq dərin nəfəs almır, ağ ciyər alveolları açılmır. Bu da yüngül pnevmaniyaya səbəb olur;

- beyindəxili qansızmalar və bununla əlaqədar hemodinamikanın pozulması, doğuş travmaları, bəzindəxili asfiksiya, doğuş patologiyaları, dölyanı mayenin aspirasiyası, inkişaf qüsurları, ana-dəngəlmə ateletazlar, hialin membranı və başqa pnevmapatiyalar;

- MSS-nin tam yetişməməsi və formalaşmaması nəticəsində termoregulyasiya və tənəffüs pozğunluqları meydana çıxır.

Sonuncu faktor yarımçıqdoğulmuşlar üçün daha əhəmiyyətlidir. Ətraf mühitin temperaturundan asılı olaraq onların bədən temperaturu 2-3⁰ C dəyişir. Bundan başqa tənəffüs mərkəzinin tam

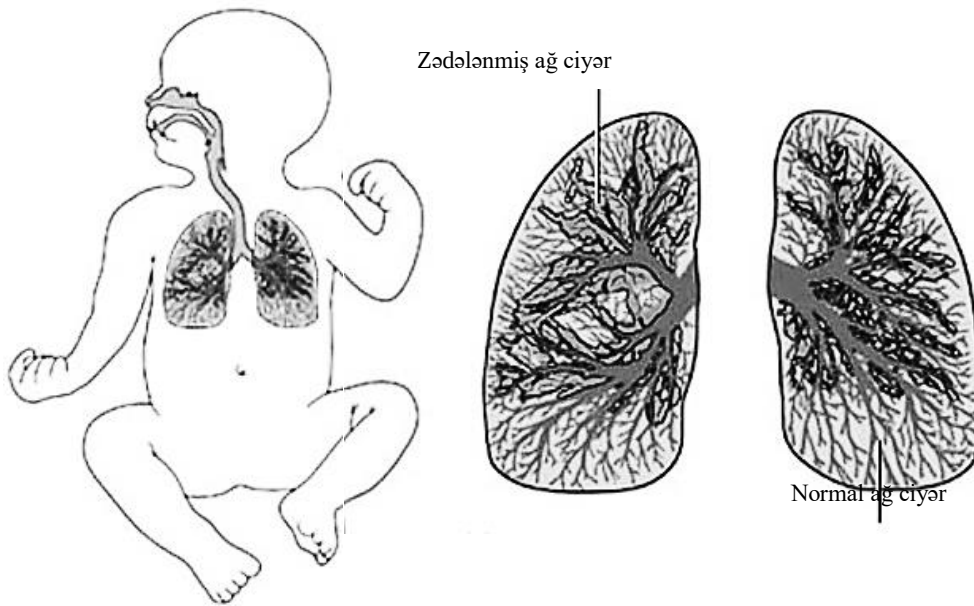
yetişməməsi üzündən yarımçıq doğulmuşların tənəffüsü səthidir, ağ ciyərləri kifayət qədər açılmamışdır, qaz mübadiləsi aşağıdır. Onlarda periodik olaraq tənəffüsün dayanması, ritminin pozulması baş verir ki, bu da hipoksiyaya səbəb olur. Birincili periodik asfiksiya udma vaxtı bir az da artır. Eyni zamanda udma da pozulur, bu da qidanın aspirasiyasına və ikincili aspirasion pnevmaniyanın inkişafına səbəb olur.

Patogenezi. Törədici ağ ciyərlərə alveobronxial və hematogen yolla düşür. Güman olunur ki, ocaqlı pnevmaniya aerobronxial, interstisial pnevmaniya hematogen yolla meydana çıxır.

Bətdaxili pnevmaniya stafilokoklar, bağırsaq çöpləri, az hallarda pnevmokoklarla çirklənmiş dölyanı mayenin aspirasiyası nəticəsində yaranır. Dölyanı mayenin, ana südünün, qusuntu kütləsinin aspirasiyası atelektaza səbəb olur. Onun fonunda da pnevmaniya inkişaf edir. Doğuşdan əvvəl və ya doğuş zamanı anada qripp və ya başqa virus infeksiyası olduqda hematogen yolla dölə keçir və bətdaxili pnevmaniyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Yenidoğulmuşun pnevmaniyaşının inkişafında bətdaxilində beyindaxili qansızmanın rolu böyükdür, apnoe, sianoz və periodik asfiksiya tutmaları yaranır.

Xırda ocaqlı pnevmaniya kəskin başlayır, intoksikasiya əlamətləri ön planda olur: əmmənin zəifləməsi, hıçgırma, qusma, çəkinin itirilməsi, bəzən ishal. Xəstəliyin əvvəlində temperatur yüksəlir. O, yüksək, subfebril olur, bəzən normal qalır. Xarakterik və ilk simptomlardan biri ağız və burundan köpüklü seliyn gəlməsidir. Eyni zamanda tənəffüs pozğunluğu – taxipnoe meydana çıxır, tənəffüsün sayı dəqiqədə 60-80 və daha çox olur. Belə tənəffüs apnoe və ya uzun sianozu ilə müşayiət olunur. Dəri örtüyü avazıyır, bəzən sianotik olur, kəskin təngnəfəslikdə nəfəsalma zamanı burun pərelərinin açılması, vidaci çuxurun, körpücüküstü çuxurların, qabırğaarası sahələrin batması müşahidə edilir.



Şəkil:19-53. Yenidoğulmuşun pnevmoniyası

Perkutor olaraq ağciyərlərin müxtəlif hissələrində ağ ciyər səsinin karlaşması, bəzən timpanit səs eşidilir. Auskultasiyada bronxial tənəffüs, xırda kalibrli, xəstəliyin 3-4-cü günü qışqırdıqda, öskürdükdə, dərin nəfəs aldıqda krepitasiyalı xırıltılar eşidilir. Ürək tonları karlaşır, nəbz dəqiqədə 160-180 vuruşa qədər artır.

Qara ciyər böyüyür, qabırğaaltı qövsdən 3-4 sm çıxır. Qarın köpüb, dispeptik xarakterli nəcis ifrazı müşahidə edilir.

Diaqnoz rentgenoloji müayinə, qanın analizi ilə təsdiqlənir.

Yenidoğulmuşlarda çox vaxt ocaqlı pnevmaniya toksiki gedişli olur.

Aspirasion pnevmaniya. Birinci günlər ümumi intoksikasiya, həmçinin ağ ciyərlərdə dəyi-

şikliklər aşkar olunmur. Aspirasiyadan 3-4 gün sonra ağız ətrafında zəif sianoz müşahidə edilir. Əsas diaqnostik əlamət periodik olaraq tənəffüs ritminin pozulması, sianoz və apnoe tutmalarının olmasıdır.

Yenidoğulmuşlarda aspirasion pnevmaniya zəif və az simptomlu keçir. Anamnezdə əmizdirmə zamanı uşağda öskürək tutmalarının olması diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Bəzən diaqnoz rentgenoloji təsdiqlənir.

Kəskin birincili interstisial pnevmaniya. Yenidoğulmuşların kəskin interstisial pnevmaniyası çox ağır keçir. Kəskin hipoksiya, xarici tənəffüsün, mübadilə prosesinin, xüsusilə su və vitamin mübadiləsinin pozulması müşahidə edilir. Xəstəlik getdikcə artan sianoz və təngnəfəsliklə başlayır. Kataral əlamətlər olmur. Təngnəfəslik səslə nəfəsvermə ilə xarakterikdir. Tənəffüs tezləşir, dəqiqədə 60-80-ə çatır. Kəskin tənəffüs çatışmazlığı ilə eyni zamanda ürək-damar sistemi tərəfindən də pozğunluqlar aşkar olunur. Ürək tonları karlaşır, taxikardiya, çox vaxt embriokardiya müşahidə edilir. Xəstəliyin birinci günündən uşağın vəziyyəti periodik pisləşir. Bu kollapsla müşayiət olunur. Ağ ciyərlərdə emfizema inkişaf edir. Emfizema zamanı döş qəfəsi genişlənir. Auskultasiyada quru və xırda kalibrli yaş xırıltılar eşidilir.

Yuxarıda göstərilən əlamətlər virus mənşəli kəskin interstisial pnevmaniyada aşkar edilir.

Yarımçıqdoğulmuşların pnevmaniyası zamanı çox vaxt kəskin əlamətlər olmur.

Yarımçıqdoğulmuşlarda rast gəlinən atelektatik pnevmaniya zamanı təngnəfəslik müşahidə edilir. Auskultasiyada zəifləmiş və ya bronxial tənəffüs fonunda xırda kalibrli və ya krepitasiyalı xırıltılar eşidilir. Yarımçıqdoğulmuşların pnevmaniyası üçün xarakterik simptom asfiksiya tutmalarıdır. Çox vaxt yarımçıqdoğulmuşların pnevmaniyasına otit, anemiya, pielonefrit, dəri və selikli qişalarda yaralar, ağız gəlməsi, ishal, qusma və s. qoşulur.

Bətdaxili pnevmaniya. Bətdaxili və yenidoğulmuşun ölümünün ən çox rast gəlinən səbəblərindəndir. Bətdaxili pnevmaniya xırda ocaqlı olur. Simptomlar zəif təzahür edir. Xarakterik əlaməti tənəffüsün pozulması, asfiksiya tutmalarıdır.

Müalicə kompleks, patogenetik və individual aparılmalıdır. Aparılan terapiya tədbirləri: törədiciyə təsir etmək; tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə mübarizə; intoksikasiya ilə mübarizə; kompensator bərpaedici mexanizmlərin bərpası; orqanizmin bioloji reaktivliyinin artırılması.

Müalicənin vaxtında və adekvat aparılmasının böyük əhəmiyyəti var.

Xorali nekrotik enterokolit. Xəstəlik əsasən Clostridia perfringes və Clostridia difisila tərəfindən törədilir. Lakin xəstəliyin yaranmasında bağırsaq çöplərinin, enterobakterilərin, klebsillaların və başqa mikrobların rolu inkar edilmir. Mikroblar əlverişli şərait olduqda aktivləşir və xəstəliyin inkişafına təkan verir. Bağırsaqlarda xəstəliyin inkişafına şərait yaradan faktorlar aşağıdakılardır: bağırsaqların morfoloji yetkin olmaması; bağırsaqların selikli qişasının çox geniş olması və onun altındakı qatların qanla pis təchiz olunması nəticəsində işemik sahələrin əmələ gəlməsi.

Ekspperimental yolla heyvanlarda süni asfiksiya yaradıldıqda ən çox işemik sahələr bağırsaqlarda yaranmışdır.

İşemik sahələrin əmələ gəlməsi ilə yanaşı, bağırsaqların əzələ qişasında distrofik dəyişikliklər inkişaf edir, nəticədə bağırsağın hərəkəti pozulur. Bir çox bioloji aktiv maddələrin təsirindən sfinkterin tonusu zəifləyir, refleks yaranır. Mikroblar yoğun bağırsaqdan nazik bağırsağa keçir, artıb-çoxalaraq bağırsaq divarını zədələyir.

Yarımçıqdoğulmuşlarda bağırsağın regenerasiyasına yardım edən faktorların olmaması xəstəliyin inkişafına kömək edir.

Enteral qidalanma bu xəstəliyin inkişafında həlledici rol oynayır. Ana südü bağırsaqlarda bioloji aktiv maddələrin artmasına səbəb olur. Süni qidalanmada bu proses pozulur. Bu da xəstəliyin yaranmasına səbəb olan faktorlardandır.

Müşahidələr göstərib ki, xorali nekrotik enterokolit, dərin yarımçıq doğulmuşlarda, bətdaxili hipoksiyaya, doğularkən asfiksiyaya məruz qalmış, sepsislə xəstələnmiş yenidoğulmuşlarda inkişaf edir.

Klinika. Xəstəlik mədə-bağırsaq pozğunluqları ilə başlayır. Çox vaxt xəstəlik septik intoksi-

kasiya fonunda inkişaf edir. Xəstədə diareya, qarında köp və ağrı, qarının ön divarının və cinsiyyət üzvlərinin ödemi, nəcisdə qan müşahidə edilir. Xəstənin vəziyyətinin ağırlaşması, yuxarıda sayılan əlamətlərin daha da kəskinləşməsi, bağırsaq yarasının eroziyası ilə əlaqədar olur. Bu rentgenoloji təsdiqlənir.

Xəstəliyin kliniki gedişi şərti olaraq 3 mərhələyə bölünür.

I mərhələdə – nəcisdə qan (gözlə və ya Qreqersen reaksiyasına görə), zond vasitəsi ilə qidalanma zamanı mədədə çox miqdarda qida qalığı, bağırsaqların pnevmatozu aşkarlanır.

II mərhələdə – qarının ön divarının gərginliyi və köp artır, trombositopeniya, asidoz müşahidə edilir.

III mərhələdə – perforasiya, peritonit və şok.

Diagnoz əsasən rentgenoloji müayinə ilə təsdiqlənir: I mərhələdə bağırsaq divarının qeyri-bərabər qazla dolması, bağırsaq ilgəklərinin müxtəlif olması, onların kənarlarının düzlənməsi; II mərhələdə bağırsaq pnevmatozu (dürüst əlamətdir); III mərhələdə bağırsaqlarda çoxlu horizontal səviyələr, qarın boşluğunda sərbəst qaz. Rentgenoloji müayinədə uşağın vertikal saxlanması vacibdir.

USM-si və MRT ilə qarın boşluğunda baş verən dəyişiklikləri aşkar etmək olur. Qanda leykositoz və ya leykopeniya, trombositopeniya, YDL sindromu əlamətləri aşkar olunur. Qanda sitokinlərdən Ig_α təyini də diaqnoza yardım edir.

Yaranın çapıqlaşması, yenilərinin əmələ gəlməsindən daha üstün olarsa körpə sağalar, perforasiya baş verməz. Vacib məqam xəstəliyin erkən aşkar olunub, adekvat müalicə olunmasıdır.

Müalicə prinsipləri: enteral qidalanma və ağızdan dərman verilməsi dayandırılır; mədəyə zond yeritmək və dekompressiya etmək lazımdır; sindrom və simptomlar müalicə olunmalıdır. Antibakterial müalicədə vankomisinə, metrandiazola üstünlük verilir. Aparılan müalicəvi tədbirlər effekt vermədikdə cərrahi müdaxilə aparılır.

Xəstəliyin əlamətlərinin sönməsi fonunda (7-10 gün sonra), 5%-li qlükoza, qlükoza–duz (10%-li qlükoza 23 ml+ 4% li kalium xlorid 1 ml) zondla 1ml/san sürəti ilə mədəyə yeridilir. Bu məhlul uşağın mədə–bağırsaq sistemində pozulmalara səbəb olmur, zülal hidralizatları verilə bilər. Bifidumbakterin, laktobakterin və s. verilməsi müsbət təsir göstərir.

Xorali nekrotik enterokolit keçirmiş uşaq uzun müddət dispanser müşahidəsində olmalıdır.

Kəskin osteomielit. Sümük elementlərinin irinli itihabi xəstəliyidir. Əlverişli şərait olduqda irintörədici mikroblar tərəfindən törədilir.

Klinika. Xəstəlik kəskin başlayır, iltihab nəhiyyəsində, ətraflarda şiddətli ağrılar olur. Körpə zədələnmiş ətrafını sanki qışqırıqla, hərəkətdən çəkəndirməklə qorumağa çalışır. Uşağı qucağa götürdükdə və ya bələmək istədikdə onun narahatlığı son dərəcə artır. Xəstəliyin başlanğıc dövründə prosesin yerini təyin etmək çətin olur. Proses yumşaq toxumalara keçdikdən sonra orada ağrılı şişkinlik, həmin nəhiyyənin dərisinin hiperemiyası, yerli temperaturun yüksəlməsi baş verir. Bu zaman uşağın ümumi hərarəti $39-40^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəlir, dispeptik əlamətlər–qusma, diareya inkişaf edir.

Xəstəliyin 3 forması ayırd edilir: toksiki; septiki–piemik; yerli.

Toksiki forma zamanı proses çox sürətlə və ağır keçir. Bəzən yerli əlamətlər biruzə verməmiş uşaq tələf olur.

Septiko–piemik forma yenidoğulmuşlarda daha çox rast gəlinir. Proses ümumi septiko–toksik intoksikasiya fonunda yerli iltihabi simptomlarla biruzə verir.

Yerli forma nisbətən yüngül keçir, yerli proseslər üstünlük təşkil edir.

Diagnoz klinik əlamətlərə və rentgen müayinəsinə əsasən qoyulur.

Müalicəsi cərrahidir.

Irinli meningit. İrinli meningitlər birincili və ikincili, erkən və gecikmiş olurlar. Adətən erkən meningit anadan, gecikmiş isə xəstəxanadaxili yoluxmuş mikroblar hesabına törənir.

Uşaqda infeksiya ocağı olmadan irinli meningit inkişaf edərsə, bu birincili meningitdir.

Meningit, uşaq orqanizmində olan hər hansı bir irinli proses fonunda inkişaf edərsə, bu ikincili meningit hesab edilir.

Sepsis, pnevmaniya, omfalit, irinli otit, abses, fleqmona və s. bu xəstəliklər irinli meningitlə

fəsadlaşa bilər. Bu zaman xəstəlik və onun fonunda inkişaf edən meningiti eyni mikrob törədir.

Erkən və gecikmiş meningitlərin etiologiyası çox vaxt erkən və gecikmiş sepsisin etiologiyası ilə eyni olur. Əksər hallarda erkən meningit *Escherichia coli* tərəfindən törədilir. Bu mikrobun beyin qışasına və beyin toxumasına tropizmi yüksəlidir. Gecikmiş meningitləri daha çox hospital mikrobları törədir. Bu mikroblara bir çox şərti patogen mikroblar – *Enterobacteriaceae* ailəsindən – *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Proteus* spp, *Citrobacter diversus* və s. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa* və s. aiddir. Yenidə doğulmuşlarda irinli meningitin inkişaf etməsi üçün törədici faktordan başqa yardımçı faktorlar da rol oynayır: hematoensefalik bəyirin zəif inkişaf etməsi; bu bəyirin asan keçilməsi (buna MSS-nin işemik, hipoksik-travmatik, metabolik, su-elektrolit pozğunluqları şərait yaradır); yenidoğulmuşların infeksiyaya həssaslığı; yatrogen faktorların təsirinə daha çox məruz qalmaları.

Yoluxma yolları: bakteremiya zamanı hematogen yolla; pnevmoniya, bronxit, traxeit zamanı; kontakt-beyinə yaxın nahiyələrdəki irinli proseslər beyin qışalarına keçir--başda, boyunda abseslər, irinləşmiş kefolohematoma, irinli otit, başın mexaniki zədələnmələri, lumbal punksiya və s.; burun boşluğu ilə əlaqəsi olan perinevral və limfa damarları ilə.

Patogenezi. Döl doğuş yollarından keçərkən yoluxur: mikrobların kolonizasiyası—mikroblar tənəffüs yollarında, mədə-bağırsaq traktında məskunlaşır; mikroblar qana keçir, bakteremiya yaranır; qanda dövr edən mikroblar beyin qışalarına gəlib iltihabi proses yaradır.

Klinika. Yenidə doğulmuşlarda infeksiya prosesinin əlamətləri ön plana keçir. Bu əlamətlərin təzahür dərəcələri bu faktorlardan asılıdır: yenidoğulmuşun hestasion yaşı, yetkinlik dərəcəsi; yanaşı xəstəliklərin və ya tranzitor vəziyyətlərinin olması; beyin qışalarına mikrobun yayılma yolları və yoluxma müddəti.

İltihabi prosesin əlamətləri fonunda nevroloji əlamətlər meydana çıxır.

Bəzi uşaqlarda MSS funksiyasının tormozlanması (sütlük, hipodinamiya, yuxululuq, hiporefleksiya, əzələ hipotoniyası, əmmənin zəifləməsi və ya döşdən imtina) və oyanıqlılıq (hərəkəti narahatlıq, hiperrefleksiya, çənə və əllərin tremoru, bərk qışqırıq və s.) müşahidə edilir.

Gözlərdə horizontal nistagm, göz almalarının üzücü hərəkəti, batan günəş simptomu, xarici və ya daxili çəpgözlülük və s. kimi nevroloji əlamətlər müşahidə edilir.

Yenidoğulmuşun meningitinin tipik simptomu olan əmgəyin qabarması, daimi olmur. Yayılmış qıcolmalar müşahidə edilir. Çox vaxt qıcolmalar meningitin ilkin simptomu olur.

Monoton qışqırıq aralıq kəskinləşir, sonra iniltiyə çevrilir. Çox vaxt bu simptom ön əmgəyin qabarması, kəllə sümüklərinin gərginləşərək qabarması, tikişlərin aralanması, başın çevrəsinin böyüməsi ilə eyni vaxtda təzahür edir.

Beynin kəskin ödəmi zamanı beyin sütununun yerdəyişməsi, onun əmgəyə tıxanması baş verir. Bu zaman müşahidə edilən əlamətlər (sütun əlamətləri): tənəffüsün ritminin və dərinliyinin dəyişməsi, apnoe tutmaları, A/T-nin enməsi, bradikardiya, ürək ritminin pozulması, koma. Koma zamanı beyinin aktivliyi sönür, adinamiya, arefleksiya, əzələ hipotonusu, ətraflarda hemodinamik pozğunluqlar meydana çıxır. Qıcolma olmur. Bəbəklərin işığa reaksiyası itir. Epizodik qıcolmaların olması proqnostik baxımdan pis əlamət hesab edilir.

Müalicə vaxtında və adekvat olmadıqda ventrikulit, ependimit, beyin, onurğa beyni absesləri, hidrosefaliya və s. inkişaf edir.

Xəstəliyin hansı mikrob tərəfindən törənməsindən asılı olmayaraq MSS-dəki morfoloji dəyişikliklər eyni olur. Nevroloji dəyişikliklər əsasən beyin yumşaq və hörümçəkvari qışalarında müşahidə edilir. Bəzən beyin sərt qışasında irinliklər, qansızmalar olur. İltihabi proses müəyyən dərəcədə onurğa beyninə, kəllə-beyin sinirlərinin köklərinə, beyin səthinə, perivaskulyar sahələrə, beyin parenximasına, mədəciklərin damar kələfinə və s. yayılır.

Letallıq yüksəkdir – 6,5-37,5%. Sağ qalanlarda müxtəlif fəsadlar qalır: korluq, karlıq, hidrosefaliya, spastik parez və ifliclər, epilepsiya, psixomotor inkişafdan qalma və s.

Diagnoz xəstəliyin klinik əlamətlərinə və laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Diaqnozun qoyulmasında onurğa beyni mayesinin laborator müayinəsi əvəzsiz metoddur. Meningitə şübhə ol-

duqda mütləq lümbal punksiya edilməlidir. Bu zaman mayenin axma sürətinə, onun şəffaflığına fikir vermək lazımdır. Götürülən maye laborator müayinəyə göndərilir. USM-si ilə diaqnoz qoymaq mümkün olmasa da fəsadların olub-olmamasını aydınlaşdırmaq olur (beyin absesi, mədəciklərin genişlənməsi və s.) Yanaşı olaraq kəllədaxili işemik və hemorragik pozğunluqlar müəyyənəldirilir.

Müalicə antibiotiklərlə aparılır. Hematoensefal baryeri asan keçən antibiotiklərdən istifadə edilir. Bunlara ampicillin, seftraksion, gentomisin, kanamisin, metisillin, nafisillin, penisillin və s. aiddir. Antibiotiklər yüksək dozada vena daxilinə təyin edilir və yüksək doza 3-4 gün müddətində saxlanılır. Müalicə 2-3 həftə davam etdirilir. Onurğa beyni mayesinin tərkibinin yaxşılaşması antibiotiklə müalicənin effektiv olduğunu göstərir. Antibiotiklərlə müalicə ilə yanaşı adekvat simptomatik müalicə aparılır.

Sepsis. Ümumi yayılmış infeksiyon xəstəlik olub, yenidoğulmuşun ən ağır xəstəliyidir. Septik prosesin inkişafı orqanizmin anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərindən – orqan və sistemlərin, ilk növbədə MSS-nin, humoral və hüceyrə immunitetinin yetşməzliyindən asılıdır.

Klinik təsnifatı. Xəstəliyin başlanma vaxtına görə: bətdaxili-antenatal; doğuş zamanı intranatal; doğuşdan sonra–postnatal.

Xəstəliyin gedişinə görə: İldırımvari–doğulduqdan 2-3 gün sonra baş verir; kəskin – 1-1,5 ay davam edir; yarımkəskin–1,5-3 ay davam edir; uzun sürən–3 aydan artıq davam edir.

İnfeksiya qapısına görə: göbək; dəri; bağırsaq; otogen; ağ ciyər və digər.

Klinik formasına görə: septisemiya; septikopiemiya.

Etiologiya. Yenidoğulmuş uşaqlarda sepsisin törədici müxtəlif patogen və müəyyən şəraitdə bioloji xüsusiyyətlərini dəyişən şərti patogen mikroblardır. 1980-ci illərə qədər sepsisin əsas törədici stafilokoklar hesab edilirdi. Müasir dövrdə bu rolu qram mənfi bakteriyalar–göy yaşıl irin çöpləri, bağırsaq çöpləri, klebsiellər, proteyellər, enterobakterlər və s. oynayır. Qramm müsbət mikroblar içərisində həm epidermal (st. Epidermidis), həm qızılı (st. Aureus) stafilokoklar, həm də B qrupu streptokokların əhəmiyyəti qeyd edilir. Listeriylərin, kostridilərin, bakteroidlərin və s. sepsis törədə bilməsi inkar edilmir.

Törədicidən başqa yenidoğulmuşlarda sepsisin inkişafına aşağıdakı faktorlar təsir edir:

– antenatal dövrdən başlayaraq dö-lün immun reaktivliyinə mənfi təsir edən faktorlar – hamiləliyin və doğuşun fəsadlarla keçməsi, susuz dövrün uzanması, aseptika qaydalarına riayət edilməməsi və s;

– doğuşdan sonra ehtiyatsız aparılan reanimasion tədbirlər, nozokomeal infeksiyanın yoluxması, virus infeksiyasının əlavə olunması;

– döldə bətdaxili xroniki hipoksiya, doğuş zamanı asfiksiya, MSS-nin ağır zədələnmələri, baş beyinə qansızma;

– hər hansı bir səbəbdən körpənin ana südündən məhrum olması, uzunmüddət ac qalması, və s.



Şəkil:19-54.Yenidoğulmuşun sepsisi

Patogenezi. İnfeksiya qapısından orqanizmə daxil olan mikrob orada ilkin ocaq yaradır. Bu ocaq mikrobun və onların hasil etdiyi toksinlərin mənbəyinə çevrilir. Qanla orqanizmin başqa sahələrinə yayılaraq (septisemiya) müxtəlif orqan və sistemlərin funksiyasını pozur, distrofik dəyişikliklərə səbəb olur. Toksinlərin təsirindən toxuma və hüceyrələr məhv olur, yeni irinli-iltihab (septikopiemiya) ocaqları yaranır.

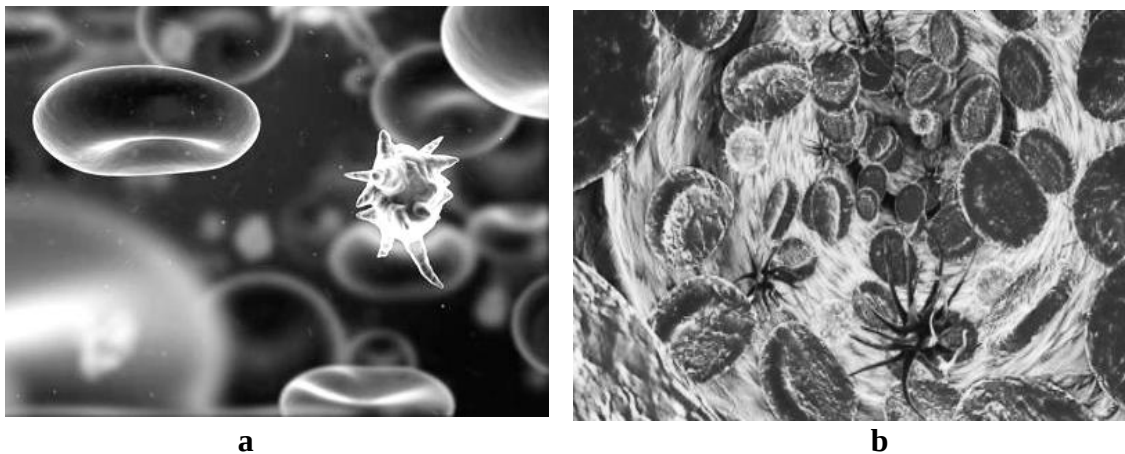
Klinika. Xəstəliyin klinikası çox müxtəlifdir. Bətdaxili sepsisin başlanğıc əlamətləri çox güman ki, bətdaxili dövrdə olur. Uşağın doğulduğu ilk günlərdə onları ayırd etmək olmur. Doğulduqdan 2-3 gün sonra əlamətləri aşkar etmək olur.

Həyatının ilk günlərindən yenidoğulmuşun vəziyyəti çox ağır olur, əsasən intoksikasiya əlamətləri nəzəri cəlb edir. Uşaq süst olur, temperatur yüksəlir, döşdən imtina edir, fizioloji reflekslər sönmür, anada südün miqdarı kifayət qədər olsa da, uşaq çəkisini itirir və bu davamlı olur (şəkil:19-54).

İldırımvari sepsis. Bu sepsisdə müşahidə olunan ağır vəziyyət „**septik şok**” kimi qiymətləndirilir. İldırımvari sepsis çox vaxt qramm müsbət srafilakoklar, streptokoklar, meningokoklar tərəfindən törədilir.

Septik şokun **erkən–I mərhələsində** sürətlə hemostaz pozğunluqları meydana çıxır. Bu pozğunluqlar mikrobun ekzo və endotoksinlərinin təsirindən sitokinlərin, bioloji aktiv maddələrin həddən çox sintez olması nəticəsində yaranır. Kapilyarlarda perfuziya zəifləyir, A/T yüksəlir, taxikardiya, təngnəfəslik inkişaf edir. Trombositlərin aqreqasiyası, YDL artır. Hiperventilyasiya nəticəsində hiperkapniya metabolik asidozla müşayiət olunur. Bu mərhələdə uşaq çox narahat olur, tremor, hiperkinezlər, oliqouriya, qarının köpməsi, ətrafların soyuması, onların avazıması və s. müşahidə olunur.

Septik şokun **II mərhələsində** intoksikasiya əlamətləri və hemodinamik pozğunluqlar getdikcə dərinləşir. Bununla yanaşı orqanların zədələnməsi əlamətləri daha qabarıq şəkildə biruzə verir. Ürək-damar və tənəffüs çatışmazlığı və qara ciyərin böyüməsi artır. Uşağın ümumi narahatlığı süstlüklə əvəz olunur, əzələ hipotonusu üstünlük təşkil edir. Lakin vaxtaşırı narahatlıq bərpa olur, qıcolmalar baş verir. Dəri örtükləri kül rəngli, bozuntul, avazımış olur, akrosianoz müşahidə edilir. Dəridə „pur-pura“-- iynə yerindən qanaxma, YDL-sindromunun inkişafını göstərir. Bu sindrom sonralar özünü daha ağır simptomlarla göstərir: bağırsağ, ağ ciyər qanaxmaları, böyrəküstü vəziyyə qanaxma olduqda, böyrəküstü vəzin kəskin çatışmazlığı–Uotexaus-Fridireksen sindromu inkişaf edir. Bu əksər hallarda ölümlə nəticələnir. Bu əlamət həm **septisemiya**, həm də **septikopiemiyada** rast gəlinir.



Şəkil:19-55. a) septisemiya; b) septikopiemiya

Bəzi alimlər septisemiya və septikopiemiyayı sepsisin iki mərhələsi kimi qəbul edirlər. Septisemiya ağır intoksikasiya əlamətləri ilə keçir (şəkil:19-55 a). Septikopiemiya ağır intoksikasiya əlamətləri ilə yanaşı irinli ocaqların (metastazlar) inkişaf etməsi ilə xarakterikdir. Bu zaman abseslər, fleqmona, flebitlər, osteomielit, irinli otit, meningit, peritonit və s. inkişaf edir (19-55 b).

Diagnoz klinik əlamətlərə və laborator müayinələrə əsasən qoyulur. Qanın bakteroloji müayinəsi xəstəliyin diaqnozunu dəqiqləşdirmək və törədiciyi müəyyənəşdirmək üçün böyük əhəmiyyətə malikdir.

Bakterioloji müayinə üçün qan əvvəl deşilməmiş venadan, antibiotik təyin etməzdən əvvəl, tam steril şəraitdə, iki sınaq şüşəsinə götürülməlidir. Bundan başqa immunoloji göstəricilər də təyin edilməlidir.

Müalicə stasionar şəraitində aparılmalıdır. Xəstə boksda təcrid edilir və onun üçün optimal şərait yaradılır. Müalicə 3 istiqamətdə aparılır: antibakterial; detoksikasiya; simptomatik.

Müalicə zamanı uşağın yaşı, kütləsi, onun fərdi xüsusiyyətləri, xəstəliyin ağırlığı, onun inkişaf istiqaməti, inkişaf etmiş fəsadlar və başqa faktorlar nəzərə alınmalıdır.

Antibakterial müalicə 2, bəzən 3 uyğun antibiotiklərlə aparılır. Müsbət dinamika alınana qədər antibiotiki dəyişmək olmaz. Körpənin vəziyyəti yaxşılaşdıqda antibiotiki ehtiyatla dayandırmaq lazımdır. Sepsisin müalicəsində passiv immunoterapiya məqsədi ilə immun əks cisimlərin yeridilməsi vacib sayılır. Bu məqsədlə stafilokok əleyhinə hiperimmun qamma qlobulun, hiperimmun plazma işlədilir. Başqa mikroblara qarşı hazırlanmış hiperimmun plazma, kombinə olunmuş hiperimmun qammaqlobulinlərin (pentaqlobin) və s. tətbiqi əvəzsizdir. Son illər immunoverin preparatı müvəffəqiyyətlə işlədilir.

Yenidoğulmuşlarda yalnız septik şok inkişaf etdikdə 5-7 gün ərzində qlükokortikoidlər təyin edilir.

Həm detoksikasion, həm də əvəzləyici terapiya kimi vitaminlərin təyini vacibdir. Dezintoksikasion müalicənin tərkib hissələrindən biri infuzion terapiyadır. Bu məqsədlə vena daxilinə damcı üsulu ilə 10%-li qlükoza məhlulu, 20 mq/kq təzə dondurulmuş və ya nativ plazma 10 ml/kq, reopolükin 10 ml/kq, 5%-li albumin məhlulu, hemodez həmin dozada işlədilir.

Göstəriş olduqda aşağıdakı simptomatik müalicə aparılır:

- periferik qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün 0,5%-li droperidol, 0,5%-li kurantil, 1%-li ATF məhlulu;
- damar divarlarını möhkəmlətmək üçün disinon 12,5%-li məhluldan 15-20 mq/kq;
- proteolitik inhibitorlar (kontrikal, qordoks və s.) təyin edilir;
- uşaq parenteral qidalandırılırsa, hipokalemiyanın qarşısını almaq kalium xlorid təyin edilir;
- ehtiyac olduqda ürək qlükozidləri təyin edilir;
- dehidratasiya məqsədi ilə mannitol, lazeks və s. yeridilir (böyrək çatışmazlığında əks göstərişdir).

§ 9. Yarımçıqdoğulmuşlarda ən çox rast gəlinən neonatal patologiyalar

Hipoqlikemiya. Yenidoğulmuşlarda qanda şəkərin miqdarının 1,65 mmol/l (2,2 mmol/l)-dən az olması hipoqlikemiya adlanır. Yarımçıqdoğulmuşların 15%-də hipoqlikemiya müşahidə edilir. Əslində tranzitor hipoqlikemiya bütün yenidoğulmuşlarda rast gəlinir. Bunun səbəbi endokrin sistemin xüsusiyyətləri və achiqdır. İlk günlər körpənin aldığı ana südü əsas mübadiləni təmin etmir, qlükogen və boz piy maddəsi hesabına enerji sərfi baş verir. Həyatın ilk 12 saatında qlükogen ehtiyatı sərf olunur.

Boz piy maddəsi və qara ciyərdə qlükogenin toplanması hamiləliyin son aylarına təsadüf edir. Yarımçıqdoğulmuşlar doğulduqda bu ehtiyat ya toplanmamış və ya da az toplanmış olur. Ona görə də yarımçıqdoğulmuşlarda hipoqlikemiya daha tez meydana çıxır və uzun müddət davam edir.

Yarımçıqdoğulmuşlarda ilkin olaraq göz simptomları nəzərə çarpır: Göz almasının üzücü və dairəvi hərəkəti, nistaqm, göz əzələlərinin tonusunun aşağı olması. Sonradan MSS zədələnməsi əlamətləri biruzə verir: ümumi süstlük, zəif, qeyri-emosional qışqırıq, hipodinamiya, əzələ hipotoniyası, kiçik amplitudalı tremor və qıcolmalar, ətraf mühitə və qıcığa zəif reaksiya. Eyni zamanda ümumi avazıma, anoreksiya, sianoz, taxikardiya və taxipnoe ilə müşayiət olunan tutmalar rast gəlinir. Tənəffüs tədricən aritmik xarakter alır, bəzən apnoe baş verir. Uşağın bədən temperaturu qeyri-sabit olur. Bütün bu əlamətlər hipoqlikemiyanın klassik əlamətləridir. Lakin bəzi yenidoğulmuşlarda hipoqlikemiyanın atipik, simptomusuz və ya monosimptom gedişli formaları rast gəlinir.

Bəzən qeyd etdiyimiz nevroloji əlamətlərin hipoqlikemiyanın beyinə təsirindən baş verdiyini təsdiq etmək çətin olur. Çünki, yarımçıqdoğulmuşlar da eyni zamanda başqa patologiyalar da ola bilər.

Müəyyən olunub ki, hipoqlikemiya MSS-də ağır fəsadlar verir. Bu fəsadlar gələcəkdə psixonevroloji pozğunluqlarla nəticələnə bilər. Vaxtında aradan qaldırılmayan hipoqlikemiya ağır nəticələr verir.

İlk həftə yarımçıqdoğulmuş uşaqların hamısında qanda qlükozanın səviyyəsi müntəzəm yoxlanılmalıdır. Qanda qlükozanın səviyyəsi 1,65 mmol/l (2,2 mmol/l) və daha az olduqda müalicə başlanmalıdır.

Bu məqsədlə 10%-li qlükoza məhlulu, 2-5 ml/kq hesabı ilə şırıncı üsulu ilə, sonra 6-7 ml/kq olmaqla damcı üsulu ilə (saatda 3,6-4,2 ml/kq olmaqla) vena daxilinə yeridilir. 2 saatdan sonra qanda qlükozanın səviyyəsi təyin edilir. Əgər 2,2 mmol/l-ə çatır və artmaqda davam edərsə müalicə davam etdirilir. Adətən 4 dəqiqədən sonra hipotqlikemiya aradan götürülür.

Infuzion terapiya ilə yanaşı ana südü ilə enteral qidalanma qaydaya salınmalıdır. Getdikcə südün miqdarını artırır, vena daxilinə yeridilən qlükozanın miqdarını azaltmaq lazımdır.

Hipotermiya – temperatur rejiminin pozulmasıdır. Temperatur 36-32⁰ C arasındadırsa, bu **orta dərəcəli hipotermiyadır**. Belə uşaqları „dəri- dəriyə” kontakt üsulu ilə, su döşəklərində, isidilmiş çarpayıda və ya küveyzdə isitmək olar.

Temperaturu 32⁰ C-dən aşağı olarsa, bu **ağır dərəcəli hipotermiyadır**. Uşağın orqanizminə çox ciddi zədələyici təsir göstərə bilər. Ağır hipotermiya uzun müddət davam edərsə, **“soyuq travması”** – soyumanın ən ağır dərəcəsi inkişaf edir. “Soyuq travması” təkcə yarımçıqdoğulmuşlarda deyil MSS-nin travmaları, beyindəxili qansizmaları olan vaxtında doğulmuşlarda da baş verə bilər.

Soyuma davam edərsə termorequlyasiya mərkəzinin iflicinə gətirib çıxarar. Belə halda oksigenin mənimsənilməsi aşağı düşür, hipotqlikemiya, hiperbilirubinemiya inkişaf edir, metabolik asidoz yüksəlir. Nəticədə ağır hipoksiya və ölüm baş verir.

“Soyuq travması” klinik olaraq uşağın dərisinin soyuması, səsinin zəifləməsi, sütləşməsi ilə özünü göstərir. Uşaq tez-tez qusur, qarının ön divarı gərginləşir. Dəri al qırmızı olur. Bəzən sianoz və avazıma müşahidə edilir. Ətraflarda xüsusilə üzdə ödem olur və getdikcə sklerema inkişaf edir. Sklerema yanaqlardan başlayır və yayılır. Əksər hallarda, sonda ağ ciyər qanaxmaları müşahidə edilir. MSS-nin funksiyası zəifləyir. Hərəkəti aktivlik kəskin azalır, reflektor oyanıqlıq zəifləyir, infeksiyalara belə reaksiya aşağı olur. Soyuğun təsiri artıqca bradikardiya artır. Tənəffüsün sayı azalıb, səthidir, qeyri-ritmikdir, ekspirator küylərlə müşayiət olunur. Oligouriya inkişaf edir.

Bütün simptomlar dərin mikrosirkulyar və metabolik pozğunluqlarla müşayiət olunur: metabolik asidoz, hipotqlikemiya, hiperkalemiya, qanda sidik cövhərinin artması, ağır hallarda YDL sindromu inkişaf edir.

Soyumuş uşağın qızdırılması tədricən, mərhələlərlə aparılmalıdır. Bu əsas şərtədir. Uşağın hərarəti ölçülüb hipotermiyanın dərəcəsi təyin edilməlidir. Əvvəl küvezin temperaturu 1-1,5⁰C artırılır. 15 dəqiqə sonra uşağın hərarəti yenidən ölçülür. Əgər soyuma davam edərsə, temperatur 1⁰C-də artırılır. 15 dəqiqədən sonra uşağın hərarəti təkrar ölçülür. Eyni zamanda dərinin rəngində, tənəffüs və ürək fəaliyyətindəki dəyişikliklər nəzarətdə saxlanılmalıdır.

Ağır hipotermiyalarda uşağın bədəni boyu ilıq su ilə doldurulmuş isitqacqlar qoyulur. Uşağın isidilməsi oksigenoterapiya altında aparılır. Medikamentoz terapiya da məsləhətdir. Bu məqsədlə damcı üsulu ilə natrium xloridin izotonik məhlulu (20 ml/kq) yeridilir, metabolik asidoz korreksiya edilir. Müntəzəm olaraq qanda şəkərin miqdarı təyin edilir.

Tənəffüs pozğunluğu sindromu-TPS. Hestsiya yaşı 37 həftədən az olan yenidoğulmuşlar arasında alveol surfaktantın çatışmazlığı və ağ ciyərlərin strukturunun kifayət qədər inkişaf etməməsi sayəsində TPS inkişaf edir. Bu da **bronx-ağ ciyər displaziyasının (BAD)** inkişafına səbəb olur.

TPS təkcə yarımçıqdoğulmuşlarda deyil, vaxtında doğulmuşlarda bəzindəxili infeksiyalar, prenatal hipoksiya və asfiksiya zamanı inkişaf edə bilər.

Surfaktant sistemi 35-36-cı həftələrdə formalaşır. Bu prosesi qlükokortikoidlər, tireoid hormonlar, estragen və noradrenalin stimulyasiya edir.

Ağ ciyərlərdə surfaktant lazımı miqdarda olmaqda tənəffüs zamanı alveollar tam açılmaz. Surfaktant lipid və zülallardan ibarət heterogen qarışıqdır. Surfaktant defisiti zamanı ağ ciyər alveolları qapalı olur. Alveollarda hialin membranı əmələ gəlir. Bu da qaz mübadiləsi səthini azaldır, qan oksigenlə lazımı qədər təchiz olunmur. Hipoksiya və hiperkapniya inkişaf edir.

Tənəffüs pozğunluğu sindromu uşaq doğulduqda və dərhal sonra başlayan və onun həyatının ilk iki günü ərzində ağırlaşan tənəffüs çatışmazlığıdır. Klinik olaraq tənəffüsün ekspirator küylə müşayət olunması, təngnəfəslik, burun qanadlarının gərginləşməsi, tənəffüsdə iştirakı, döş qəfəsinin, körpücüküstü çuxurların, epiqastal nahiyyənin (xəncərəbənzər çıxıntının) nəfəsalma zamanı daxilə dartılması, apnoe ilə səciyyələnir.

Diaqnoz rentgen müayinəsində “**donuq şüşə**”-ağ ciyərlərin mozaik görüntüsü və hava ilə dolu bronxların xətti görüntüsü – **hava bronxoqramması** aşkar olunur.

TPS zamanı yenidoğulmuşun vəziyyətini qiymətləndirmək üçün Silverman şkalasından istifadə olunur. Yenidoğulmuşun vəziyyəti 2, 4, 12, 24 saatdan sonra qiymətləndirilir.

TPS-nın profilaktikası doğuşdan əvvəl başlanmalıdır. Bir çox hallarda vaxtından əvvəl doğuş haqqında qabaqcadan güman edilir və müvafiq tədbirlər aparılır. Döl qovuğu vaxtından əvvəl yırtıldıqda antibiotiklərdən istifadə edilir, bu erkən doğum riskini azaldır. Bu məqsədlə ampicid, ampicillin, klindomisin, eritromisin təyin edilir. Eritromisin istifadə edildikdə uşaqlarda funksional və se-rebral iflic riskini artırır. Ona görə ehtiyatla təyin edilməlidir.

Profilaktikanın əsasını **antenatal kortikosteroid terapiyası** (AKT) təşkil edir. Bu məqsədlə betametazon və deksametazondan istifadə edilir. Steroidlərin təyini mədəciklərarası qansızma və xorali nekrotik enterokolit riskini azaldır.

TPS-un müalicəsində aşağıdakı metodlardan istifadə olunur:

1. Oksigen ilə müalicə;
2. CPAP – tənəffüs yollarında daimi müsbət təzyiq (Continuous Positive Airway Pressure) qurğunun istifadəsi;
3. Surfaktant istifadəsi;
4. Süni tənəffüs aparatının (STA) istifadəsi;
 - a) DMV – Davamlı məcburi ventilyasiya (CMV-Controlled mechanical ventilation);
 - b) SNMV – sinxron növbələşən məcburi ventilyasiya (SİMV-Synchrized intermittent mon-dotory ventilation).
 - c) Yardımçı – idarə olunan pasient tərəfindən isə salınan. (PTV – Patient Triqqered Ventilation) və ya köməkçi nəzarət. (A/C – Assist / control) ventilyasiya.
 - d) Yüksək tezlikli assilyator (titrəyişli ventilyasiya) HFOV-High Frequency Oscillatory Ven-tilation.

Silverman şkalası

Cədvəl: 1-10

0 bal	1bal	2 bal
Döş qəfəsinin yuxarı hissəsi və qarının ön divarı tənəffüs aktında sinxron iştirak edir	Nəfəsalma zamanı sinxronluq yoxdur və ya qarının ön divarı qalxanda döş qəfəsi cüzi enir	Nəfəsalma zamanı qarının ön divarı qalxan zaman döş qəfəsi nəzərə çarpan dərəcədə enir
Nəfəsalma zamanı qabırğaarası sahələr batmır	Nəfəsama zamanı qabırğa arası sahələr yüngül batır	Nəfəsalma zamanı qabırğaarsı sahələr çox batır
Nəfəsalma zamanı xəncərə-bənzər çıxıntı içəri batmır	Nəfəsalma zamanı xəncərəbənzər çıxıntı yüngül batır	Nəfəsalma zamanı xəncərəbənzər çıxıntı nəzərə çarpan dərəcədə batır
Nəfəs alanda çənə altı hərəkətsiz olur	Nəfəsalma zamanı çənəaltı aşağı enir, ağız bağlı olur	Nəfəsalma zamanı çənəaltı aşağı enir, ağız açıq qalır
Nəfəsvermə zamanı küy olmur	Ekspirator küy („ekspirtor xorultu”) döş qəfəsinin auskultasiyasında eşidilir	Ekspirator küy („ekspirator xorultu”) eşidilir

Doğum zalında hestasiya yaşı 32 həftədən az olan uşaqlara 30 % oksigen konsentrasiyası olan hava qarışığı verilir. Bu zaman nəbz oksimetriyasına nəzarət olunur.

Son illər doğuş zalında ağ ciyərlərin açılması üçün istifadə olunan vasitələrə yanaşma da dəyişmişdir. Öz-özünə və axınla dolan kisələr T formalı sistemlərlə əvəz olumuşdur (Neopuff). Neopuff vasitəsi ilə pik səviyyəli inspirator təzyiq (P_{IT}) ölçülə bilir və tənəffüs yollarında davamlı müsbət təzyiqə (CPAP) nəzarət etməyə imkan verir. Nəzarət olunan ventilyasiya doğulduqdan dərhal sonra erkən doğulmuşların vəziyyətinin təhlükəsiz qaydada stabilləməsinin əsas üsuludur. Bu mexaniki ventilyasiyaya və surfaktant ilə müalicəyə ehtiyacı azaldır.

Surfaktant müalicəsi həyatın ilk 15 dəqiqəsində başlanmalıdır. Ehtiyac olarsa 36 saat ərzində təkrari doza verilir. Surfaktant veriləndən ən azı 6 saat sonra ağ ciyərlərin rentgen şəkli çəkilməli və arterial qanın qaz tərkibi yoxlanılmalıdır. Surfaktant 100-200 mq/kq dozada endotraxeal yolla yeridilir. Bu zaman yenidə doğulmuş arxası üstə uzandırılmalıdır ki, surfaktant bütün paylara eyni şəkildə paylansın.

Vaxtından əvvəl doğulmuşlarda apnoe varsa, onlara kofein-sitrat məhlulu təyin edilir. İlkin doza gündə 10-20 mq/ kq, sonra saxlayıcı doza gündə 5-10 mq/kq təyin edilir. Preparat vena daxilinə və ya peros olmaqla 10 gündən hestasiya yaşı 36 həftəyə çatana qədər təyin edilir.

İstifadə olunan ədəbiyyatlar

1. Williams Qbstetrik (Türkcə tərcümə). Ankara . 2010
2. B.İ.Bodyajina, B.İ.Jmakın, Kiryuşenkov “Akuşerstvo” Moskva. 2013.
3. “Doğuşda çiyinlərin distosiyası üzrə” klinik protokol. Az. Respub.,Səhiyyə Nazirliyi. 2014.
4. H.Vəzirova. Mamalıq. Bakı.
5. N.Tağıyev. Neonotologiya 2002.
6. Q.M.Sovelyeva ,Akuşerstvo i qinekolojiya” Mockva .2000.
7. Wiliam W,Beek Jr MD “Akuşerstvo i qinekolojiya” (Q.M. Sovelevanın tərcüməsi) Mockva 1998.
8. Prof. Dr. Turqay Atası, DR İbrahim Türkmənoğlu “Doğum bilgisi” Ankara. 1994.
9. Nisvandar K,Evans A “Akuşerstvo i qinekolojiya” Mockva .1999.
10. Serdar Günəlni, Kunter Yüce “Temel Kadın Hastalıkları və Doğum bilgisi”
11. Pennu Semkin, Ruth Ancheta (tərcümə Samiye Mete) “Doğum süreci”. İstanbul.
12. V. və I. Duda ..Akuşerstvo”. 2007 .Oniks
13. “Çox az kütləli yenidoğulmuşların reanimasiyası, intensiv terapiyası və qulluğu” Klinik protokol Az.Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2013.
14. “Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə “klinik protokol. Az. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2013
15. “Təhlükəsiz abortlar üzrə “klinik protokol. Az. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2014
16. “22-28 həftəlik daxil olmaqla vaxtından əvvəl doğulmuşların idarə olunması” üzrə klinik protokol. AZ.Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2014
17. “Qadın məsləhətxanalarında ,ambulator-poliklinik tibb müəssisələrində antenatal xidmətin təşkili haqqında təlimat”AZ. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2014.
18. “Doğuşun induksiyası və stimulyasiyası üzrə”klinik protokol. AZ. Respub. Səhiyyə Nazirliyi.2013.
19. “Hamilələrdə rezus-immunizasiya üzrə” klinik protokol. Az. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2014.
20. “Hamiləlik və infeksiyalar üzrə”klinik protokol. AZ. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2012.
21. “Ağır Preeklampsiya və eklampsianın reanimasiyası üzrə” klinik protokol Az. Respub. Səhiyyə Nazirliyi. 2009.
22. “Repraduktiv sağlamlığa dair mamalar üçün vəsait”. Sərhədsiz həkimlər. Hollandiya.

