

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN
ONA VA BOLA SALOMATLIGI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“TUG‘RUQDA ORALIQNING YIRTIISHI
VA BOSHQA AKUSHERLIK JAROHATLARI
(AKUSHERLIK TRAVMATIZMI)”
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

“TASDIQLAYMAN”
O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vaziri

_____ **A.A. Xudayarov**

“ _____ ” _____ **2025-yil**

**“TUG‘RUQDA ORALIQNING YIRTIILISHI
VA BOSHQA AKUSHERLIK JAROHATLARI
(AKUSHERLIK TRAVMATIZMI)”
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025



“KELISHILGAN”

RIOvaBSIATM

direktori

N.S. Nadirxanova

2025-yil “

”

**“TUG‘RUQDA ORALIQNING YIRILISHI
VA BOSHQA AKUSHERLIK JAROHLARI
(AKUSHERLIK TRAVMATIZMI)”
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

Qisqartmalar ro'yxati

| | | |
|-----|---|----------------------------|
| TT | – | tabiiy tug'ruq |
| KK | – | kesarcha kesish |
| MOT | – | muddatidan oldingi tug'ruq |
| UTT | – | ultratovush tekshiruvi |

KIRISH

Klinik protokolning maqsadi: tugʻruq paytida akusherlik jarohatlarini tashxislash va davolash boʻyicha yagona yondashuv uchun ilmiy asoslangan tavsiyalar berish. Protokol asoratlar xavfini kamaytirishga, ushbu patologiyali bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga qaratilgan.

Bemorlar toifalari: akusherlik jarohatlari: vulva, qin, bachadon boʻyni, bachadon yirtilishi, tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari gematomalari, bachadonning agʻdarilishi, qov birikmasining yirtilishi rivojlangan ayollar.

Klinik protokol foydalanuvchilari: akusher-ginekologlar, jarrohlar, oilaviy shifokorlar, klinik farmakologlar, shifokor-laborantlar, sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, tibbiyot oliy oʻquv yurtlari talabalari, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar va oʻqituvchilari, akusherlik jarohati mavjud ayollar, ularning oila aʼzolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

Klinik protokolning tavsiyalariga rioya qilish:

Klinik protokolda nashr etish paytida mavjud boʻlgan dalillarga asoslangan umumiy tavsiyalar keltirilgan.

Agar amaliy faoliyatda ushbu protokol tavsiyalaridan chetga chiqishga qaror qilinsa, shifokor-klinitsistlar bemorning kasallik tarixi yoki ambulator kartasida quyidagi maʼlumotlarni qayd etishlari shart:

- bunday qarorni kim qabul qilganligi;
- protokoldan chetga chiqish qarorining batafsil asoslanishi;
- bemorni davolash boʻyicha qanday tavsiyalar qabul qilinganligi.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha jihatlarini qamrab olmaydi. Bu shuni anglatadiki, shifokorlar bemorlar bilan individual davolash taktikasini muhokama qilishlari, bemorning ehtiyojlarini inobatga olgan holda, hurmatli va maxfiy muloqot tamoyiliga rioya qilishlari lozim.

Bunga quyidagilar kiradi:

- zarurat tugʻilganda tarjimon xizmatidan foydalanish;
- bemorga maslahat berish va har qanday muolaja yoki davolash usuli uchun xabardor qilingan rozilikni olish;
- qonunchilik talablari doirasida parvarishlash va kasbiy xulq-atvor meʼyorlariga rioya etilishini taʼminlash;
- umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday davolash va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

Klinik protokol ishlab chiqilgan va qayta koʻrib chiqilgan sana: 2025-yil, qayta koʻrib chiqish sanasi 2030-yil yoki yangi muhim dalillar paydo boʻlganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha oʻzgartirishlar tegishli hujjatlarda eʼlon qilinadi.

Klinik protokolni ishlab chiqish uchun masʼul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

Ishchi guruh rahbarlari

| T/r | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|-----|------------------|---|-------------|
| 1 | Nadixanova N.S. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Abdullayeva L.M. | OʻzR SSV bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor | TDTU |

Mualliflar

| T/r | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|-----|------------------|---------------------------|--|
| 1 | Yusupov U.Yu. | akusher-ginekolog, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Nishanova F.P. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 3 | Mikirtichev K.D. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 4 | Karimova L.A. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 5 | Zarefova D.I. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 6 | Nurova A.A. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 7 | Shukurova M.R. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 8 | Usmonov S.K. | akusher-ginekolog | “Sog‘liqni saqlash loyihalari markazi” loyiha ofisi bosh mutaxassisi |

Taqrizchilar

| T/r | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|-----|-----------------|---|--|
| 1 | Yusupbayev R.B. | t.f.d., professor, fetal tibbiyot bo‘limi boshlig‘i | RIOvaBSIATM |
| 2 | Karimova F.D. | t.f.d., professor, kafedra mudiri | TXKMRM, 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasini |

RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

TDTU – Toshkent davlat tibbiyot universiteti

TXKMRM – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

Klinik protokol norasmiy konsensusga erishish yo‘li bilan muhokama qilinib, oliy ta‘lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston akusher-ginekologlar uyushmasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (“RIOvaBSIATM” DM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari), tug‘ruq tizimining hududiy muassasalari shifokorlari ishtirokida ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Yig‘ilish 2025-yil 14-mart kuni onlayn shaklda o‘tkazildi, 3-sonli bayonnoma.

Ishchi guruh rahbari – t.f.d. Nadirxanova N.S., “RIOvaBSIATM” DM direktori.

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi: “27” mart 2025-yil, 4-sonli bayonnoma.

Ilmiy kengash raisi – t.f.d., professor Asatova M.M.

Tashqi ekspert baho

| T/r | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|-----|-------------------|-----------------------------------|--|
| 1. | Muxamadiyeva S.M. | t.f.d., professor, kafedra mudiri | Tojikiston Respublikasi “Sog‘liqni saqlash sohasida diplomdan keyingi ta‘lim instituti” davlat ta‘lim muassasasi, 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini |

Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktik, diagnostik, davolash, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun tavsiyalarining ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

| TID | Izoh |
|-----|------|
|-----|------|

| | |
|----------|---|
| A | Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim hisoblanadi, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqtiradigan natijalar bo‘yicha xulosalari o‘zaro muvofiq) |
| B | Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari o‘zaro muvofiq emas) |
| C | Kuchsiz tavsiya (tegishli sifatdagi dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqtiradigan natijalar bo‘yicha xulosalari o‘zaro muvofiq emas)) |

Atama va ta'riflar

Vulva yirtilishi – homila tug'ilishi vaqtida vulva yumshoq to'qimalari butunligi buzilishi.

Qin yirtilishi – homila tug'ilishi vaqtida qin butunligi buzilishi.

Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari gematomasi – yopiq jarohatlanishlarda qon tomiri yirtilishi va qon bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'lishi natijasida yuzaga keladigan chegaralangan qon to'planishi.

Oraliq yirtilishi – homila tug'ilishi vaqtida oraliq to'qimalari butunligi buzilishi.

Bachadon bo'yni yirtilishi – homilaning oldinda turgan qismi tug'ruq yo'llari bo'ylab o'tishi vaqtida shikastlanishlar tufayli bachadon bo'yni butunligi buzilishi.

Bachadon ag'darilishi – bachadonning siljishi, bunda u qisman yoki to'liq shilliq qavat bilan tashqariga ag'dariladi.

Bachadonning to'liq yorilishi – bachadonning qorin bo'shlig'iga kirib yirtilishi (miometriy va visseral qorin pardasi shikastlanishi) yoki miometriy butunligi buzilishi, yorilishning siydik qopiga tarqalishi va homila qismlarining onaning qorin bo'shlig'iga chiqib ketishi yoki chiqib ketmasligi holati.

Bachadonning noto'liq yorilishi – miometriy butunligi qorin bo'shlig'iga o'tmasdan, siydik qopi-bachadon burmasi va keng boylam varaqlari hamda qog'anoq parda bo'shlig'i yorilmagan shikastlanishi.

Qov simfizi (birikmasi) – qov suyaklarining o'ng va chap yuqori shoxlari birlashuvi bo'lib, rentgenogrammada 4 mm dan 5 mm gacha normal ajralgan holda ko'rinadi.

Qov birikmasining fiziologik diastazasi – homiladorlik davridagi fiziologik jarayonlar tufayli 2-3 mm ga kengayishi.

Qov birikmasining patologik diastazasi – qov suyaklari yuqori o'ng va chap shoxlarining 10 mm dan ortiq kengayishi.

Qov birikmasi yirtilishi – bog'lam apparati shikastlanishi bilan 25 mm dan ortiq masofaga ajralishi.

Akusherlik travmatizmi – homiladorlik va tug'ruq paytida tug'ruq yo'llari to'qimalarida yuz beradigan shikastlanishlar.

Etiologiyasi va patogenezi

Vulvaning yirtilishiga quyidagilar sabab bo'ladi: to'qimalarning cho'zilish imkoniyatlari cheklanganligi, yirik, gigant va (yoki) muddatidan o'tgan homilaning tug'ilishi, tez va shiddatli tug'ruq, shuningdek tug'ruqning cho'zilib ketishi, homila boshining noto'g'ri joylashishi, tor chanoq, homilaning chanoq bilan kelishi, to'qimalarning tarangligi, biriktiruvchi to'qima displaziyasi, to'qimalardagi chandiqli yoki yallig'lanishli o'zgarishlar, akusherlik operatsiyalarining qo'llanilishi (akusherlik qisqichlari, vakuum-ekstraktorni qo'yish) yoki oraliqni noto'g'ri himoya qilish. Ba'zan yuqorida tasvirlangan travmatik shikastlanishlar normal tug'ruq paytida hech qanday aniq tashqi sababsiz ham yuzaga kelishi mumkin.

Qin yirtilishlari uning devorlari yetarlicha cho'zilmasligi, infantilizm, infeksiyon-yallig'lanish jarayonlari, operativ tug'ruqlar, bosh qismining noto'g'ri joylashishi, homila boshining kattaligi va tug'ruqlar cho'zilishi natijasida yuzaga keladi. Homila vazni ortishi bilan tug'ruq jarohatlanishlari ehtimoli ham ortib boradi. Odatda, yirtilishlar qinning pastki qismida, ko'pincha oraliq yirtilishi bilan bir vaqtda yuzaga keladi. Qinning o'rta qismi kamroq fiksatsiyalangan va ko'proq cho'ziluvchan bo'lgani uchun kamdan-kam hollarda shikastlanadi. Tug'ruq paytida qinning bu qismining shikastlanishi devorning anatomik xususiyatlari (chandiqli o'zgarishlar, infantilizm va boshqalar) yoki akusherlik amaliyotlari (qisqich qo'yish, vakuum-ekstraksiya) tufayli yuz berishi mumkin. Qin gumbazlarining uzilishi o'z-o'zidan yoki ko'pincha akusherlik aralashuvlari oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

To'qimalar yetarlicha elastik bo'lmaganda yoki homila boshining bosimi ostida tez cho'zilganda, oraliq yupqalashadi va bu uning yirtilishiga olib kelishi mumkin. Oraliq yirtilishining asosiy sabablariga quyidagilar kiradi: oraliq va tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi oldingi o'zgarishlar (infantilizm yoki oldingi yirtilishlardan keyin chandiqli o'zgarishlar tufayli to'qimalarning qattiqlashishi natijasida), homila boshining vulvar halqa orqali tez o'tishi, homilani tezda chiqarib olishni ko'zda tutuvchi akusherlik operatsiyalari, shuningdek homila boshining katta o'lchamda vulvar halqa orqali o'tishi.

Tug'ruq paytida qon tomirlari yorilib, tashqi jinsiy a'zolar to'qimasiga yoki qin shilliq qavati ostiga qon quyilishi mumkin. Gematomalar paydo bo'lishiga, odatda, tomir devorlarining o'zgarishi (tomirlarning mo'rtligi oshishi, varikoz kasalligi), tug'ruqning tez kechishi, homila boshi bilan to'qimalarning ezilishi, shuningdek, akusherlik amaliyotlari (akusherlik qisqichlari va boshqalar) sabab bo'ladi. Bundan tashqari, paratservikal yoki pudental og'riqsizlantirish paytida ham shikastlanish yuz berishi mumkin. Oraliq kesmasi chetida yoki yirtilishlar atrofida ham gematomalar hosil bo'lishi mumkin.

Bachadon bo'yni yirtilishiga uning qattiqligi, bachadon og'zi chetlarining haddan tashqari cho'zilishi (yirik homila, homila boshining yozilgan holatda kelishi), tez va shiddatli tug'ruq, klinik tor chanoqda bachadon bo'yni chetlarining uzoq vaqt siqilishi, bachadon bo'ynining chandiqli deformatsiyasi, operativ tug'ruq sabab bo'ladi. Yirtilishlar odatda bachadon bo'ynining yon tomonlarida, ko'pincha chap tomonda sodir bo'ladi. Yirtilishlar ko'pincha homila boshi bukilgan holatda tepa va ensa do'mboqlari, yozilgan holatda esa peshona do'mboqlari joylashgan tomonda kuzatiladi.

Bachadon yorilishiga quyidagi sabablar olib kelishi mumkin: tor chanoq, yirik homila, homilaning noto'g'ri joylashishi (ko'ndalang, qiyshiq) yoki boshining noto'g'ri kelishi (peshona, yuz bilan), gidrotsefaliya, tug'ruq yo'llaridagi o'smalar (bachadon miomasi) tufayli bachadonning pastki qismining haddan tashqari cho'zilishi; tug'ruq cho'zilishi; oldingi jarrohlik amaliyotlaridan keyin bachadonda paydo bo'lgan chandiqlar (bachadon teshilishi, miomatoz tugunlarni olib tashlash, kesarcha, ayniqsa korporal kesarcha kesish). Homiladorlik davrida bachadon yorilishi xavfi yuqori bo'lgan ayollar guruhiga quyidagilar kiradi: kesarcha kesishdan so'ng bachadonda chandig'i borlar, miomatoz tugunlarni olib tashlash va uning asosini tikishdan keyingilar, endoskopik aralashuvdan so'ng tugunlarni olib tashlash va uning asosini koagulyatsiya qilishdan keyingilar, bachadon teshilishidan so'ng devorini tikishdan keyingilar, intramural naysimon homiladorlik sababli nayni olib tashlashdan keyingilar; ko'p marta abort qilganlar, ayniqsa bachadon yallig'lanishi bilan asoratlanganlar; ko'p tuqqan ayollar. Tug'ruq paytida bachadon yirtilishi xavfi yuqori bo'lgan homiladorlar guruhiga quyidagilar kiradi: yuqorida sanab o'tilganlar; yirik yoki juda katta homilasi borlar; homilaning patologik joylashishi (ko'ndalang, qiyshiq) bo'lganlar; anatomik tor chanoq; diatermokoagulyatsiya, kriodestruksiya, plastik operatsiyalardan keyin chandiqlar tufayli bachadon bo'ynida anatomik o'zgarishlar bo'lganlar; kichik chanoqdan chiqishni to'sib qo'yadigan bachadon o'smalari borlar.

Bachadon yorilishi bir vaqtning o'zida bachadonda patologik jarayonlar va homilani tug'ishda qiyinchiliklar mavjud bo'lganda yuzaga keladi. Bachadon devoridagi patologik o'zgarishlar moyillik tug'diruvchi, mexanik o'zgarishlar esa bevosita ta'sir qiluvchi omillardir. Homilani tug'ish uchun to'siqlar mavjud bo'lganda, kuchli tug'ruq faoliyati rivojlanadi, bachadonning yuqori qismi tobora ko'proq qisqaradi, homila asta-sekin yupqa devorli, cho'zilgan bachadonning pastki qismiga siljiydi. Tug'ruq faoliyati davom etganda pastki qismning haddan tashqari cho'zilishi va yupqalashishi eng yuqori chegaraga yetadi va u yoriladi.

Tug'ruqning uchinchi bosqichini olib borish bilan bachadonning ag'darilib qolishi o'rtasidagi bog'liqlik isbotlanmagan, biroq biriktiruvchi to'qima displaziyasi, bachadon gipotoniyasi va unga mexanik bosim xavf omillari bo'lishi mumkin.

Homiladorlik davrida chanoq bo‘g‘imlarining bir oz yumshashi kuzatiladi, shu sababli homila boshining chanoq suyak halqasiga bosimi qov suyaklarining ajralishiga olib kelishi mumkin. Bu ko‘pincha tor chanoqli ayollarda yoki yirik homila o‘z-o‘zidan tug‘ilganda sodir bo‘ladi. Patologik tug‘ruq va jarrohlik aralashuvlarida (akusherlik qisqichlarini qo‘llash, homilani chanoq uchidan chiqarish, homilani parchalovchi operatsiyalar), ayniqsa tor chanoqli ayollarda, qov birikmasining sezilarli darajada ajralishi va yirtilishi mumkin. Ba‘zan qov birikmasi yirtilganda bir vaqtning o‘zida qovuq va siydik yo‘li ham shikastlanadi.

Epidemiologiyasi

Tug‘ruq paytida onaning tug‘ruq yo‘llari sezilarli darajada cho‘ziladi, natijada ular shikastlanishi mumkin. Bemorning xususiyatlari va tug‘ruqni olib borish sharoitlariga qarab yirtilishlar chastotasi farq qilsa-da, tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ayotgan ayollarning 53 foizidan 79 foizigacha qandaydir turdagi yirtilishni boshdan kechiradi.

Hozirgi vaqtda oraliq yirtilishlari soni 10-12 foizni tashkil etadi. Oraliq yirtilishining oldini olish uchun muntazam epiziotomiya tavsiya etilmaydi. Muntazam epiziotomiyadan foydalanishni cheklash uchinchi va to‘rtinchi darajali yirtilishlarni kamaytiradi. Epiziotomiya oraliq yirtilishi og‘irligini, chanoq tubi a‘zolari disfunktsiyasi yoki chanoq a‘zolari prolapsini oldini olishda qisqa va uzoq muddatli foyda bermaydi.

Epiziotomiya o‘tkazilmaganlarga nisbatan, epiziotomiya qilingan ayollarda tug‘ruqdan keyingi ahlatni tuta olmaslik xavfi yuqoriroq bo‘ladi.

Bachadon bo‘ynining yirtilishi tug‘ruqlarning 6-15 foizida uchraydi.

Umumiy populyatsiyada bachadon yorilishining chastotasi taxminan 0,02% ni tashkil etadi. Bachadon yorilishi tug‘ruqlar umumiy sonining 0,05-0,1% ni tashkil qilib, ko‘p tuqqan ayollarda ko‘proq uchraydi. Homiladorlik davrida bachadon yorilishi tug‘ruqqa nisbatan ancha kam ro‘y berib, barcha bachadon yorilishlarining 9,1% ini tashkil etadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma‘lumotlariga ko‘ra, dunyoda bachadon yorilishi chastotasi o‘rtacha 0,053-0,07% yoki 10 000 ta tug‘ruqqa 5,3-7 ni tashkil etadi. Bu ko‘rsatkich rivojlangan mamlakatlarda ancha past: Avstraliyada – 8,6, Kanadada – 3, Irlandiyada – 2,3, Singapurda – 1,6, AQSHda – 10 000 ta tug‘ruqqa 0,67-1,3 ni tashkil etsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda: Nigeriya, Efiopiya, Pokiston, Yamanda – 10 000 ta tug‘ruqqa 50-263 ni tashkil etadi.

XKT-10/XKT-11 bo‘yicha kodlanishi

| XKT-10 kodi | XKT-11 kodi | Nozologik birligi |
|--------------|--------------------|---|
| O70 | JB0B–JB0B.Z | Tug‘ruq paytida oraliq yirtilishi |
| O70.0 | JB0B.0 | Tug‘ruq paytida oraliqning birinchi darajali yirtilishi |
| O70.1 | JB0B.1 | Tug‘ruq paytida oraliqning ikkinchi darajali yirtilishi |
| O70.2 | JB0B.2 | Tug‘ruq paytida oraliqning uchinchi darajali yirtilishi |
| O70.3 | JB0B.3 | Tug‘ruq paytida oraliqning to‘rtinchi darajali yirtilishi |
| O70.9 | JB0B.Z | Boshqa joyda tasniflanmagan tug‘ruq paytida oraliq yirtilishi |
| O71 | JB0C–JB0C.Z | Boshqa akusherlik jarohatlari |
| O71.0 | JB0C.0 | Tug‘ruqdan oldin bachadon yorilishi |
| O71.1 | JB0C.1 | Tug‘ruq paytida bachadon yorilishi |
| O71.2 | JB0C.2 | Tug‘ruqdan keyingi bachadon ag‘darilishi |
| O71.3 | JB0C.3 | Bachadon bo‘ynining akusherlik yirtilishi |
| O71.4 | JB0C.4 | Faqat qinning yuqori qismidagi akusherlik yirtilishi |
| O71.5 | JB0C.Y | Chanoq a‘zolarining boshqa akusherlik jarohatlari |
| O71.6 | JB0C.5 | Chanoq bo‘g‘imlari va boylamlarining akusherlik jarohatlari |

| XKT-10 kodi | XKT-11 kodi | Nozologik birligi |
|--------------|---------------|---|
| O71.7 | JB0C.6 | Chanoqning akusherlik gematomasi |
| O71.8 | JB0C.Y | Boshqa aniqlangan akusherlik jarohatlari |
| O71.9 | JB0C.Z | Boshqa ruknada tasniflanmagan akusherlik jarohati |
| O26.7 | JA63.0 | Homiladorlik, tug‘ruq va tug‘ruqdan keyingi davrda qov birikmasining chala chiqishi |

Tasnifi

Bachadonning tug‘ruq jarohatlari o‘z-o‘zidan va akusherlik aralashuvlari natijasida yuzaga keladigan majburiy jarohatlarga bo‘linadi. Ular mexanik (to‘qimalarning haddan tashqari cho‘zilishi bilan bog‘liq), morfologik (to‘qimalardagi gistokimyoviy o‘zgarishlar tufayli) va aralash (mexanik-gistopatologik) turlarga ajratiladi.

Onaning tug‘ruq jarohatlari turlari: vulvaning yirtilishi, qinning yirtilishi, tug‘ruq yo‘llari yumshoq to‘qimalarining gematomasi, oraliqning yirtilishi, bachadon bo‘ynining yirtilishi, bachadonning yorilishi, bachadonning ag‘darilishi, qov birikmasining shikastlanishi.

I. Vulva yirtilishlarining tasnifi:

1.1. Hajmi bo‘yicha:

- yuzaki;
- chuqur.

1.2. Joylashishi bo‘yicha:

- kichik jinsiy lablar yirtilishi;
- qin dahlizi sohasidagi yirtilish;
- klitor sohasidagi yirtilish;
- katta jinsiy lablarning yirtilishi.

II. Qin yirtilishlarining tasnifi:

2.1. Hajmi bo‘yicha:

- yuzaki;
- chuqur.

2.2. Joylashishi bo‘yicha:

- qinning yuqori uchdan bir qismidagi yirtilishlar;
- qinning o‘rta uchdan bir qismidagi yirtilishlar;
- qinning pastki uchdan bir qismidagi yirtilishlar.

III. Tug‘ruq yo‘llari yumshoq to‘qimalari gematomalari tasnifi:

3.1. Joylashishi bo‘yicha:

- katta jinsiy lablar sohasida;
- oraliq sohasida;
- qin devori sohasida;
- qin atrofi kletchatkasi sohasida;
- dumba mushaklari sohasida.

Joylashishiga ko‘ra gematomalar orqa chiqaruv teshigini ko‘taruvchi mushakdan yuqorida yoki pastda joylashgan turlarga bo‘linadi.

IV. Oraliq yirtilishlari:

4.1. Shikastlanish darajasi bo'yicha:

- I darajali yirtilish – faqat teri shikastlanishi;
- II darajali yirtilish – oraliqning shikastlanishi bo'lib, mushaklar shikastlanishini o'z ichiga oladi, ammo orqa teshik sfinkteri shikastlanishini o'z ichiga olmaydi;
- III darajali yirtilish – oraliqning shikastlanishi bo'lib, orqa teshik sfinkteri kompleksining shikastlanishini o'z ichiga oladi:
 - IIIa – tashqi orqa teshik sfinkterining 50% dan kamroq qismi.
 - IIIb – tashqi orqa teshik sfinkterining 50% dan ko'proq qismi.
 - IIIc – tashqi va ichki orqa teshik sfinkterining shikastlanishi.
- IV darajali yirtilish – oraliqning shikastlanishi bo'lib, orqa teshik sfinkteri kompleksi (tashqi va ichki) va to'g'ri ichak shilliq qavatining shikastlanishini o'z ichiga oladi.

V. Bachadon bo'yni yirtilishlari:

- I daraja – bachadon bo'ynining bir yoki ikki tomondan 2 sm dan oshmaydigan uzunlikdagi yirtilishi.
- II daraja – bachadon bo'ynining bir yoki ikki tomondan 2 sm dan ortiq, lekin qin gumbaziga 1 sm yetmagan uzunlikdagi yirtilishi.
- III daraja – bachadon bo'ynining bir yoki ikki tomondan qin gumbazigacha yetib borgan yoki unga o'tgan yirtilishi.

VI. Bachadon yorilishlari:

6.1. Etiologiyasi va patogeneziga ko'ra:

- o'z-o'zidan (tashqi ta'sirlarsiz yuzaga keladi):
 - mexanik;
 - gistopatik;
 - aralash.
- zo'raki (noto'g'ri qo'llanilgan aralashuvlar yoki jarohatlar tufayli):
 - travmatik;
 - aralash.

6.2. Joylashishiga ko'ra:

- bachadon tubida;
- bachadon tanasida;
- bachadonning pastki segmentida;
- bachadonning qin gumbazlaridan ajralishi.

6.3. Shikastlanish xususiyatiga ko'ra:

- to'liq yorilishi;
- qisman yorilishi.

VII. Bachadonning ag'darilishi:

7.1. Qisman (faqat bachadon tanasi yoki uning yuqori uchdan bir qismining ag'darilishi);

7.2. To'liq (bachadon butunlay tashqariga ag'darilgan holda).

Bachadonning zo'raki yirtilishi patogenezini jihatidan o'z-o'zidan yirtilishidan farq qiladi. Zo'raki yorilishlarga tashqi jarohatlar natijasida yuzaga kelgan travmatik yorilishlar va akusherlik amaliyotlarini tegishli qoidalarga rioya qilmasdan o'tkazish oqibatida kelib chiqqan yatrogenik yorilishlar kiradi: masalan, akusherlik qisqichlarini kichik chanoq bo'shlig'ining tor qismidan yuqorida joylashgan bola boshiga qo'yish yoki homilani vakuum-ekstraksiya qilish paytida.

Klinik ko‘rinishi

Ko‘rikda tug‘ruq yo‘llari yumshoq to‘qimalarining butunligi qon ketishi bilan yoki qon ketishsiz buzilganligi aniqlanadi. Tug‘ruqdan keyin darhol qon ketishi qin yirtilishining belgisi bo‘lishi mumkin.

Gematoma qinda joylashganda, ko‘p miqdorda qon yig‘ilishi tufayli uning bo‘shlig‘iga bo‘rtib chiqadi va fluktuatsiyalanadi. Qon ko‘p to‘planganda to‘qimalar taranglashadi va og‘riq paydo bo‘ladi. Og‘riq, to‘g‘ri ichak yoki siydik qopiga bosim hissi, tenezm kabi klinik belgilar kuzatiladi. Kichik o‘lchamdagi gematomalar qo‘shni a‘zolar faoliyatining buzilishiga olib kelmaydi.

Chanoq jarohatlari tug‘ruqdan keyingi davrning dastlabki 3 kunida qov birikmasi, dumg‘aza, dum suyagi sohasida og‘riqlarga sabab bo‘ladi. Bu og‘riqlar oyoqlarni ochish va yurish paytida kuchayadi. Yurish tarzi o‘zgaradi.

Oraliq yirtilishining asosiy klinik belgisi bola tug‘ilishi bilanoq qon ajralishidir. Klinik jihatdan oraliq yirtilishining kam uchraydigan turi – markaziy yirtilish ajratiladi. Bunda orqa bitishma va tashqi orqa teshik sfinkteri buzilmaydi, faqat ular orasidagi oraliq to‘qimalari yirtiladi. Bunday shikastlanishda yirtilish har doim ham to‘liq bo‘lmaydi – qin to‘qimasi va chuqur joylashgan to‘qimalar yirtiladi, ammo teri shikastlanmaydi. Ba‘zan yorilish teridan boshlanib, chuqur to‘qimalarga o‘tadi, lekin qin shilliq qavatigacha yetib bormaydi.

Bachadon bo‘ynining 0,5-1,0 sm uzunlikdagi yuzaki yirtilishlari odatda belgilsiz kechadi. Chuqurroq yirtilishlar esa turli darajadagi qon ketishi bilan namoyon bo‘ladi. Bachadon arteriyasining pastga tushuvchi bo‘yin tarmog‘i shikastlanganda qon ko‘p ketadi va bu bola tug‘ilishi bilanoq boshlanadi. Qon yorqin qizil oqim bo‘lib oqadi, yo‘ldosh ajralgandan keyin ham, bachadon yaxshi qisqarganida ham davom etadi.

Bachadon ag‘darilishining xos belgilari: qorin pastida to‘satdan kuchli og‘riqlar, shok alomatlar va bachadondan qon ketishi. Jinsiy yoriqdan ag‘darilgan bachadon chiqadi. Qov ustini paypaslaganda bachadonning odatdagi joyida voronkasimon bo‘shliq seziladi. Qon ketishi bachadon ag‘darilishidan oldin, uning bo‘shashganligi tufayli boshlanishi va ag‘darilish tugagandan keyin ham davom etishi mumkin.

Bachadonning mexanik yirtilishi xavfi tug‘ilganda, ko‘rik va obyektiv tekshiruv paytida shiddatli tug‘ruq faoliyati kuzatiladi. To‘lg‘oqlar o‘ta og‘riqli bo‘lib, ba‘zan tutqanoq xususiyatini oladi. To‘lg‘oqlar orasida bachadon yetarlicha bo‘shashmaydi, tubi o‘rta chiziqdan oqqan holda uzunasiga cho‘ziladi. Bachadonning pastki qismi keskin cho‘zilgan va yupqalashgan bo‘ladi. Retraksiya (chegara) halqasi yuqoriga ko‘tarilib, kindik darajasigacha yetadi va qiyshiq joylashadi (bachadon “qum soat” shaklini oladi). Homila ahvoli yomonlashib, distress belgilari paydo bo‘ladi. Ayolning o‘z-o‘zidan siydik chiqarishi qiyinlashadi. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo‘yni chetlari shishgan holda aniqlanadi.

Bachadon yirtilishi xavfi belgilari pastki bachadon qismining haddan tashqari cho‘zilishi bilan namoyon bo‘ladi:

- Agar epidural og‘riqsizlantirish qilinmagan bo‘lsa, og‘riqli to‘lg‘oqlar va siydik chiqarishning qiyinlashuvi kuzatiladi;
- Obyektiv belgilar: kontraksiya halqasining baland va qiyshiq joylashuvi, dumaloq boylamlarning balandlik bo‘yicha nosimmetrik joylashuvi, qov ustida paypaslab aniqlanadigan haddan tashqari cho‘zilgan siydik qopi;
- Qin orqali tekshirilganda bachadon bo‘yni chetlari shishgan, bachadon og‘zi to‘liq yoki deyarli to‘liq ochilgan, homila boshida sezilarli tug‘ruq shishi kuzatiladi.

Bachadon yirtilishi boshlanishining belgilari bachadon devori butunligining buzilishi va unda gematoma hosil bo'lishi bilan bog'liq. Bu yorilish alomatlari normal joylashgan yo'ldosh ko'chishidagi belgilarga o'xshaydi (bachadon gipertonusi, homila yurak faoliyatining buzilishi, jinsiy yo'llardan qon kelishi). Homila boshining sezilarli tug'ruq shishi dumg'aza va chanoq diafragmasiga bosim berishi natijasida to'lg'oqlar "kuchli" xususiyat kasb etadi. Bachadon yorila boshlaganda qon jinsiy yo'llardan kelmasligi mumkin (majburiy bo'lmagan belgi), ammo uning paydo bo'lishi doimo bachadon yirtilishi boshlanganidan darak beradi. Bachadon yirtilishi boshlanishida xavfli yorilish alomatlariga og'riqli shok belgilari va tashqi qon ketishi qo'shiladi, siydikda qon paydo bo'lishi mumkin. Homilada taxikardiya yoki bradikardiya kuzatiladi, harakat faolligi ortadi, qog'onoq suvida mekoniy paydo bo'ladi.

Bachadon yorilganda, odatda, tug'ayotgan ayolning qornida kuchli sanchiq paydo bo'ladi, tug'ruq faoliyati to'xtaydi; shok alomatlari kuzatiladi. Bachadon yorilganda homila to'liq yoki qisman qorin bo'shlig'iga chiqadi, paypaslab ko'rilganda homila qismlari bevosita qorin devori ostida aniq seziladi. Tashqi qon ketishi odatda oz bo'ladi, qon qorin bo'shlig'iga quyiladi. Homilaning ona qornida nobud bo'lishi mumkin.

Bachadonning teshib o'tgan yirtilishini aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi:

- tug'ruq faoliyati to'xtaydi, "sukunat" boshlanadi;
- barcha tug'uvchi ayollarda u yoki bu darajada gemorragik shok bilan birgalikda og'riq shoki belgilari paydo bo'ladi;
- homila gipoksiyasi belgilari (ko'pincha bradikardiya) homila o'limigacha yetib boradi.

Yorilish chuqur bo'lmasa, gematoma yo plica vesico-uterina ostida, yoki bachadonning keng boylami qatlamlari orasida hosil bo'ladi. Bachadonning chuqur bo'lmagan yirtilishining klinik belgilari quyidagilardir:

- tug'ruqning III bosqichida va/yoki tug'ruqdan keyingi erta davrda qorinning pastki qismida og'riq sezish;
- umumiy ahvolning yomonlashuvi: holsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi tezlashuvi, qon bosimining pasayishi;
- jinsiy yo'llardan qon ketishi;
- paypaslab ko'rish va/yoki ultratovush tekshiruvi yordamida tashxisni tasdiqlash mumkin.

Operatsiya qilingan bachadonning yirtilishi dunyoning ko'plab mamlakatlarida yetakchi o'ringa chiqmoqda. Rossiya, Yevropa, AQSHda ayollarning 30% dan ortig'ida amalga oshiriladigan kesarcha kesish operatsiyasi sonining hamma joyda izchil o'sishi bilan chandiq bo'ylab bachadon yirtilishi chastotasining oshishi o'rtasida bevosita bog'liqlik aniq ko'rinadi. Xitoy va Janubiy Amerikaning ba'zi mamlakatlarida bu ko'rsatkich 50-70% ga yetadi. Bachadonning gistopatik yirtilishi aniq belgilarning yo'qligi, "yashirin" kechishi bilan ajralib turadi.

Homiladorlik davrida bachadonning chandiq bo'ylab gistopatik yirtilishi belgilari:

- Homiladorlik paytida chandiq bo'ylab bachadonning xavfli yirtilishi ko'ngil aynishi, qusish, qorinning yuqori va pastki qismlarida og'riq kabi shikoyatlar bilan tavsiflanadi.
- Bachadon devorining chandiq bo'ylab yirtilishi boshlanishi gematoma hosil bo'lishi bilan kechadi, bu esa bachadon gipertonusiga va homila gipoksiyasiga (bradikardiya) olib keladi. Qonli ajralmalar kuzatilishi mumkin, bu bachadon yirtilishi boshlanganligini 100% tasdiqlaydi. Xarakterli simptom sifatida aniq joylashuvi bo'lmagan qorin sohasidagi, shuningdek, chandiq atrofidagi og'riqlar namoyon bo'ladi.
- Bachadon yirtilishining belgilari chandiqning joylashuvi va bachadon butunligining buzilish xususiyatiga bog'liq: teshib o'tuvchi va teshib o'tmaydigan, klinik ko'rinishi mexanik yorilishlardagidan farq qilmaydi.

Tugʻruq paytida bachadonning chandiq boʻylab yorilish xavfi belgilari homiladorlik davridagi belgilarga oʻxshash boʻlib, koʻngil aynishi, qusish, qorin va chandiq sohasida ogʻriq paydo boʻlishidan iborat. Chandiq boʻylab bachadon yirtilishi xavfining oʻziga xos belgisi tugʻruq faoliyatining sustligi yoki muvofiqsizligi hisoblanadi.

Tugʻruq paytida chandiq boʻylab bachadon yirtilishi boshlanganda qorindagi ogʻriqlar kuchayadi, bachadon gipertonusga uchraydi, bu esa yoʻldosh qon aylanishining buzilishiga, homilaning bradikardiya koʻrinishidagi gipoksiyasiga olib keladi. Homiladorlik va tugʻruq paytida bachadonning chandiq boʻylab yirtilishi toʻliq (teshib oʻtuvchi) yoki qisman (teshib oʻtmaydigan) boʻlishi mumkin.

Bachadonning chandiq boʻylab toʻliq boʻlmagan yirtilishi qovuq-bachadon burmasi ostida yoki keng bachadon burmasi qatlamlari orasida gematoma hosil boʻlishi bilan tavsiflanadi.

Agar bu homiladorlik paytida sodir boʻlsa, bachadon gipertonusi va homila gipoksiyasi fonida qorinda, chandiq sohasida ogʻriqlar paydo boʻladi. Tugʻruq vaqtida yuqorida aytilgan simptomlarga tugʻruq faoliyatining toʻxtashi qoʻshiladi. Gematomaning hajmi va uning tez oʻsishi simptomlarning ifodalanish darajasini belgilaydi: holsizlik, qorinning pastki qismida ogʻriq, terining oqarishi, qon bosimining pasayishi. Teshib oʻtuvchi yorilishda klinik manzaraning ifodalanishi qon yoʻqotish miqdoriga bogʻliq boʻladi.

Chandiq/anevrizmaning yoyilishi oʻziga xos koʻrinishga ega: chandiqning ajralishi va homila qismlarining yarim shaffof boʻrtib chiqishi kuzatiladi. Chandiq/anevrizmaning yoyilishi homiladorlikning 17-haftasidan boshlab aniqlanishi mumkin. Bunda homiladorlik davom ettiriladi. Ushbu patologiyaning prenatal diagnostikasi uchun ultratovush tekshiruv maʼlumotlariga koʻra, taxmin qilingan chandiq sohasidagi pastki bachadon segmentining qalinligi 1 mm dan kam boʻlishi asos hisoblanadi.

Tugʻruqdan keyingi davrda aniqlanadigan bachadon yirtilishi belgilari: jinsiy yoʻllardan qon ketishi, qorinning barcha qismlarida kuchli ogʻriq, bachadonni paypaslaganda kuchli ogʻriqlar, baʼzida yoʻldoshning ajralmasligi, qorin dam boʻlishi mumkin, koʻngil aynishi, qusish, bachadon tubining aniq konturlanmasligi (bachadon tubining “yopiq” belgisi), bachadon qovurgʻasi boʻylab ogʻriqli hosila (gematoma) paypaslash, gipertermiya, gemorragik va ogʻriqli shok belgilarining paydo boʻlishi.

Diagnostikasi

Tashqi jinsiy aʼzolari koʻzdan kechirish orqali vulvaning yorilishini aniqlash mumkin.

Qin va bachadon boʻyni yorilishini aniqlash chilla davri tugagandan soʻng tugʻruq yoʻllarini koʻzguda koʻrib tekshirishga asoslanadi. Koʻzdan kechirilganda tugʻruq yoʻllari yumshoq toʻqimalarining butunligi qon ketishi bilan yoki qon ketishsiz buzilganligi aniqlanadi.

Oraliqning yirtilish holati va shikastlanish darajasi ham tugʻruq yoʻllarini koʻzdan kechirishda aniqlanadi. Oraliqning III-IV darajali yirtilishiga shubha tugʻilganda, barmoqni toʻgʻri ichakka kiritish lozim. Buzilmagan sfinkter toʻgʻri ichakka barmoq kiritilganda qarshilik koʻrsatadi. Ichak devorining yorilganligi ichak shilliq qavatining oʻziga xos koʻrinishidan osongina aniqlanadi.

Katta gematomalar hosil boʻlganda toʻgʻri ichak va qinni sinchiklab tekshirish, qorin boʻshligʻini paypaslab koʻrish zarur.

Bachadon boʻyni yorilishining yagona belgisi qon ketishidir. Agar bachadon yaxshi qisqargan boʻlsa va tashqi jarohatlar boʻlmasa-yu, bola tugʻilishi bilanoq qon toʻxtovsiz oqib chiqsa yoki koʻp miqdorda qon laxtalari koʻrinishida ajralsa, bachadon boʻyni yorilgan deb gumon qilish kerak.

Bachadon jinsiy yoriqdan tashqariga chiqqanda, uning shilliq qavati yorqin qizil rangda koʻrinadi. Baʼzan bachadon ajralmagan yoʻldosh bilan birga agʻdarilib chiqadi. Bachadonning toʻliq agʻdarilishi qinning ham agʻdarilishi bilan kuzatilishi mumkin. Bunday holda bachadon vulvadan tashqarida boʻladi va tashxis qoʻyish qiyinchilik tugʻdirmaydi. Alohida agʻdarilganda bachadon qinda koʻzgu yordamida aniqlanadi. Har ikki holda ham paypaslab koʻrilganda qov ustida bachadon topilmaydi.

Bachadon qisman agʻdarilganda umumiy ahvol uncha ogʻir boʻlmaydi va sekin-asta yomonlashadi.

Shikoyatlar va anamnez

Homiladorlikning II va III trimestrida, tugʻruq paytida anamnez yigʻish va akusherlik shikastlanishining xavf omillarini aniqlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Fizikal koʻrik

Qon ketishi kuzatilganda tugʻruq yoʻllari yumshoq toʻqimalari jarohatlarini oʻz vaqtida tashxislash maqsadida tugʻruqdan soʻng tugʻruq yoʻllarini koʻzguda tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Oraliqning III-IV darajali yirtilishi hollarida, tugʻruqdan soʻng toʻgʻri ichak devori va uning tashqi sfinkterining butunligini baholash maqsadida transrektal barmoq bilan tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon yirtilishi va bachadon boʻynining III darajali yirtilishida bachadon yirtilishini tasdiqlash yoki istisno qilish maqsadida tugʻruqdan keyingi bachadonni qoʻlda tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon boʻshligʻini qoʻl bilan tekshirishda bachadonning chap qovurgʻasiga alohida eʻtibor berish kerak, chunki anatomik sabablarga koʻra, aynan shu sohada yorilishlar eng koʻp uchraydi.

Barcha tugʻuvchi va tuqqan ayollarda qov suyaklarining ajralishi va simfizitni aniqlash uchun qov boʻgʻimini palpatsiya qilish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Qov birikmasining kengligi va uni tekshirishda paydo boʻladigan ogʻriqqa eʻtibor qaratiladi. Qov birikmasi shikastlanishining belgilariga quyidagilar kiradi: shish, ogʻriq hamda qov suyaklarining ajralgan uchlari orasidagi chuqurcha. Yaqqol ifodalangan simfizit rejali tugʻruqni kesarcha kesish operatsiyasi orqali oʻtkazishga nisbiy koʻrsatmalardan biri boʻlishi mumkin.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Laborator diagnostik tekshiruvlar

Bachadon yirtilishi va bachadon agʻdarilishi holatlarida qon ketishini baholash maqsadida qonning umumiy (klinik) tahlili va qondagi trombotsitlar miqdorini tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Gemoglobin darajasini aniqlash anemiyani aniqlash va davolash uchun zarur boʻlib, bu salbiy oqibatlar xavfini kamaytirishga yordam beradi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Qon ketishi kuzatilganda tugʻruq yoʻllari yumshoq toʻqimalari jarohatlarini oʻz vaqtida tashxislash maqsadida tugʻruqdan soʻng tugʻruq yoʻllarini koʻzguda tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Oraliqning III-IV darajali yirtilishi hollarida, tugʻruqdan soʻng toʻgʻri ichak devori va uning tashqi sfinkterining butunligini baholash maqsadida transrektal barmoq bilan tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon yirtilishi va bachadon boʻynining III darajali yirtilishida bachadon yirtilishini tasdiqlash yoki istisno qilish maqsadida tugʻruqdan keyingi bachadonni qoʻlda tekshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon boʻshligʻini qoʻl bilan tekshirishda bachadonning chap qovurgʻasiga alohida eʻtibor berish

kerak, chunki anatomik sabablarga ko‘ra, aynan shu sohada yorilishlar eng ko‘p uchraydi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Davolash

Nomedikamentoz davolash usullari

Qov bo‘g‘imining patologik diastazasida, yon tomonda yotgan holatda yoki to‘r belbog‘da qat‘iy yotoq tartibiga rioya qilish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Davolash muolajalari shifokor-travmatolog-ortoped tomonidan belgilanadi. Qov birikmasining uzilishi yoki tos suyaklarining sezilarli darajada ajralishi hollarida jarrohlik aralashuvi talab etiladi.

Qov birikmasining patologik diastazasida tug‘ruqdan keyingi davrda reparatsiya jarayonlarini tezlashtirish maqsadida fizioterapiya **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Davolash muolajalari shifokor-fizioterapevt tomonidan belgilanadi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Medikamentoz davolash usullari

Oraliqning III-IV darajali yirtilishlarida ich yumshatuvchi dori vositalarini qo‘llash va qabziyatning oldini olish bo‘yicha maslahat bilan ta‘minlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Operatsiyadan keyingi davrda ich yumshatuvchi dori vositalari tavsiya etiladi. Operatsiyadan so‘ng 10 kun davomida laktulozani qo‘llash tavsiya etiladi. Orqa teshik sfinkteri akusherlik jarayonida shikastlangan ayollarga suppozitoriyalar va og‘iz orqali qabul qilinadigan ichakni yumshatuvchi dori vositalarini tayinlash lozim. Tug‘ruqdan keyingi maslahat berish jarayonida qabziyatning oldini olish bo‘yicha tavsiyalar ham berilishi kerak.

Tug‘ruq paytida bachadon yorilishi xavfi tug‘ilganda, boshlanganda yoki sodir bo‘lganda, oksitotsin qo‘llanilayotgan bo‘lsa, uni yuborishni zudlik bilan to‘xtatish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Tug‘ruqdan keyingi davrda qov birikmasining patologik diastazasida peroral kalsiy dori vositalarini tayinlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Tug‘ruqdan keyingi davrda qov birikmasining patologik diastazasi kuzatilganda, og‘riq sindromi va yallig‘lanishni bartaraf etish maqsadida birinchi qator davolash usuli sifatida ibuprofen yoki paratsetamol tayinlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Odatda kuniga 3 mahal 400 mg ibuprofen qabul qilish tavsiya etiladi. Og‘riqni qoldirish yotoq tartibi bilan birgalikda olib borilishi lozim. Bunda yon tomonda yotgan holatda yoki to‘r belbog‘da qat‘iy yotoq tartibiga rioya qilish tavsiya etiladi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Xirurgik davolash

Vulva va qin yirtilishlari yuzaga kelganda, tug‘ruqdan keyingi dastlabki davrda tug‘ruq jarohatlarini tikib qo‘yish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Qon ketishi bilan kuzatilmaydigan yuzaki jarohatlar aralashuvni talab qilmaydi. Yoriqlarni tikish mahalliy infiltrativ anesteziya ostida amalga oshiriladi. Klitor sohasidagi chuqur yirtilishlarda uretra shikastlanganda, g‘ovak to‘qimani qamrab olmasdan (qovuq kateterizatsiyasi sharoitida) choklar qo‘yish lozim. Ayrim hollarda shifokor-urolog maslahati zarur bo‘lishi mumkin. Mahalliy anestetiklarga allergik reaksiyalar yuzaga kelishi mumkinligini unutmaslik kerak. Qin orqa devorining chuqur yirtiqlarini tikib bo‘lgach, ularning tikilishini istisno etish maqsadida orqa chiqaruv teshigining old devori va to‘g‘ri ichak ampulasini barmoq bilan tekshirish maqsadga muvofiqdir. To‘g‘ri ichak

devori tikilib qolganligi aniqlansa, barcha choklarni yechish, operatsiya maydonini, jarrohning qo'llarini tozalash, qo'lqoplarni almashtirish lozim. Assistent ko'magida qin to'qimalarining yaxlitligini qayta tiklash kerak. Qin yirtilishida ishonchli gemostazga erishib bo'lmagan hollarda vaqtinchalik tamponadani o'tkazish mumkin. Davolashning keyingi taktikasi, tamponlarni olib tashlash muddati va tikish zarurati har bir holatda alohida hal qilinadi. Qin yirtilishlarini tikishda qon yo'qotish hajmini to'g'ri baholamaslik xavf tuo'dirishini inobatga olish lozim.

Erta tug'ruqdan keyingi davrda tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari gematomalari paydo bo'lsa, davolash taktikasini individual ravishda tanlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Kichik o'lchamdagi gematomalarda gematoma sohasida mahalliy gipotermiyani qo'llash bilan kutish taktikasi tavsiya etiladi. Gematomaning kattalashishi, uning kichik o'lchamlari belgilari bo'lmasa, konservativ davolash mumkin. Gematoma o'sib borayotgan bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan davolash – qonayotgan tomirlarni ochish va bog'lash tavsiya etiladi. O'tkazilgan gemostazning ishonchligiga ishonch bo'lmaganda, gematoma bo'shlig'ini drenajlash mumkin. Infeksiyalangan gematomalar yoriladi va yiringli jarrohlik qoidalariga muvofiq olib boriladi. Qon yo'qotishni yetarlicha baholamaslik xavfini unutmaslik kerak.

Oraliqning II-IV darajali yirtilishlarida qin devori va oraliq mushaklari butunligini sintetik so'riladigan (so'riladigan) tikuv materialidan foydalangan holda jarrohlik yo'li bilan tiklash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

To'qimalarning anatomik tuzilishini iloji boricha aniq tiklash kerak. Oraliq yirtilishini tikish tug'ruqdan keyin darhol amalga oshirilishi kerak. Ko'p miqdorda qon ketganda yo'ldosh ajralishidan oldin yorilgan joyga qisqich yoki tampon qo'yish tavsiya etiladi.

Oraliqning II-IV darajali yirtilishlarida qin devori va oraliq mushaklari butunligini uzluksiz choklar bilan jarrohlik yo'li bilan tiklash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Oraliqning I darajali yirtilishlarida oraliq terisining butunligini tiklash uchun chok materiallari yordamida ham, adgeziv yelim yordamida ham jarrohlik amaliyoti o'tkazish mumkin. Bundan tashqari, qon ketish bo'lmaganda va nuqsonning kichik o'lchamlarida (ba'zi mutaxassislarning fikriga ko'ra) tikish shart emas. Boshqa mutaxassislarning fikriga ko'ra, qon ketishi yoki tashqi jinsiy a'zolar anatomiyasining buzilishi mavjud bo'lsa, tiklashni amalga oshirish kerak.

Oraliqning III-IV darajali yirtilishlarida orqa teshik sfinkteri va to'g'ri ichakning butunligini jarrohlik yo'li bilan tiklash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

To'g'ri ichak devori va to'g'ri ichak sfinkterini tikishda koloproktolog-shifokori yoki jarrohning ishtiroki eng maqbul hisoblanadi. Bunday imkoniyat bo'lmasa, avval ichak shilliq qavati, so'ngra orqa chiqaruv teshigi sfinkteri tiklanadi. Oraliqning III-IV darajali yirtilishini tikishdan so'ng, jarrohlik amaliyoti tugashi bilanoq transrektal barmoq tekshiruvchi orqali to'g'ri ichak sfinkteri faoliyatini nazorat qilish shart. III darajali oraliq yirtilishi bo'lgan ayollarda surgu vositalarini qo'llash operatsiyadan keyingi birinchi defekatsiyaning ancha erta va kamroq og'riqli bo'lishiga hamda tug'ruqdan keyingi davrda defekatsiyaning kechikishiga nisbatan kasalxonadan ertaroq chiqarilishiga olib keladi. Biroq orqa teshik sfinkteri faoliyati va jarohat infeksiyalari chastotasida sezilarli farqlar kuzatilmagan. Operatsiyadan keyin 10 kun davomida laktuloza ishlatish tavsiya etiladi. Orqa teshik sfinkteri sfinkteri akusherlik shikastlanishi bo'lgan ayollarga axlat massalarini yumshatuvchi dorilar, kontaktli va osmotik surgilar buyurilishi lozim. Tug'ruqdan keyingi maslahatlar qabziyatdan saqlanish bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga olishi kerak. Ayollar 4-6 hafta davomida ortiqcha jismoniy faoliyat va og'ir yuk ko'tarishdan saqlanishlari, 4-6 haftadan so'ng esa jismoniy faollikni asta-sekin oshirishlari mumkin.

Bachadon bo'ynining II-III darajali yirtilishlari yuzaga kelganda, yirtilgan joylarni tikish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Bachadon bo'yni I darajali yirtilganda qon ketish alomatlari bo'lmasa, yirtilishlarni tikish har doim ham

qilinmaydi. Bachadon bo‘ynining III darajali yirtilishi yirtilishning bachadon tanasining pastki qismiga o‘tganini istisno qilish maqsadida bachadon bo‘shlig‘ini qo‘l bilan tekshirishga ko‘rsatma hisoblanadi. Bachadon bo‘yni yirtilishi fonida bachadon atrofidagi to‘qimada gematomalar mavjud bo‘lsa, bu holat bachadon yirtilishi deb baholanadi va buning uchun qorin bo‘shlig‘ini kesib ochish (laparotomiya) hamda qorin pardasi ichiga choklar qo‘yish amalga oshiriladi. Jarrohlik aralashuvi hajmi haqidagi qaror shifokorlar konsiliumi tomonidan har bir holat uchun alohida qabul qilinadi.

Bachadon yorilishi tahdid solayotgan, boshlangan yoki sodir bo‘lgan hollarda, shoshilinch ravishda kesarcha kesish usuli bilan tug‘ruqni amalga oshirish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Tug‘ruq paytida bachadon yirtilishi va qon ketishi yuz berganda, infuzion davolash va qon tarkibiy qismlarini quyish maqsadida ikkala qo‘lning periferik venalariga 14-16G o‘lchamli ignalar bilan kateter o‘rnatish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Tug‘ruq paytida bachadon yirtilganda, siydik ajralishini nazorat qilish maqsadida siydik qopini kateterlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Laparotomiya o‘tkazilgandan va homila chiqarib olingandan so‘ng, bachadon yirtilishi sodir bo‘lgan holatlarda, jarrohlik aralashuvi hajmini aniqlash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Homila chiqarib olingandan so‘ng bachadon yirtilishi sababli kesarcha kesish operatsiyasi o‘tkazilganda, bachadonni qorin bo‘shlig‘idan chiqarish va uning devorida yorilish yo‘qligini aniqlash maqsadida sinchkovlik bilan tekshirish lozim. Jarrohlik amaliyotining mumkin bo‘lgan usullari: bachadon yirtilishini tikish, bachadonning qin usti qismini kesib olish yoki bachadonni ortiqlari bilan yoki ularsiz to‘liq olib tashlash. Amaliyot hajmi yorilishning o‘lchami va joylashuviga, infeksiya belgilari mavjudligiga, bachadon yorilganidan keyin o‘tgan vaqtga, yo‘qotilgan qon miqdoriga va ayolning umumiy ahvoriga bog‘liq. Bachadonni olib tashlash kasallikni og‘irlashtiradi va faqat hayotiy zarurat tug‘ilgandagina amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyotining hajmi operatsiya paytida shifokorlar konsiliumi tomonidan belgilanadi.

Bachadon yirtilishini tikish hajmidagi a‘zoni saqlovchi jarrohlik aralashuvi quyidagi hollarda **tavsiya etiladi**: bachadonning qisman yirtilishi, bachadonning aniq chegarali chiziqli yirtilishi, infeksiya belgilari bo‘lmaganda, bachadonning qisqarish qobiliyati saqlangan bo‘lsa (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon tanasining yoki uning pastki segmentining to‘liq yorilishi bachadon bo‘yniga o‘tgan hollarda, qon tomir tutamining jarohati natijasida gematoma shakllanganda yoki qon ketishi davom etayotganda, yorilishning pastki chegarasini aniqlash imkonsiz bo‘lganda, shuningdek bachadon bo‘ynining yorilishi tanaga o‘tganda (bachadon naylarisiz) bachadonni ekstirpatsiya qilish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadonning to‘liq yorilishi holatida operatsiya hajmini aniqlashda jarrohning mahorati, bachadonning shikastlanish darajasi va gemodinamika ko‘rsatkichlarini hisobga olish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Gisterekтомиyani bajarish haqidagi qaror bir necha omillarning uyg‘unligiga asoslanadi: ayollarning kelajakdagi nasl qoldirish rejalari, bachadonning shikastlanish darajasi, operatsiya vaqtidagi qon aylanish holati, jarrohning murakkab yirtilishlarni tiklash mahorati. Bachadonning to‘liq yirtilishi yuz bergan barcha hollarda, operatsiya paytida qovuq, siydik yo‘llari va ichaklar puxta tekshiriladi, qorin bo‘shlig‘iga drenaj o‘rnatiladi.

Umumiy anesteziya sharoitida tashxis qo‘yilgandan so‘ng darhol bachadon ag‘darilishini bartaraf etish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon ag‘darilishini bartaraf etishda qiyinchilik yuzaga kelsa, miorelaksatsiyadan foydalanish

tavsiya etiladi. Bachadon ag‘darilishi bartaraf etilgandan so‘ng, bachadon devori tonusi tiklanmaguncha (ammo 15 daqiqadan ortiq bo‘lmagan muddat ichida) shifokor qo‘lini to‘g‘rilangan bachadon bo‘shlig‘idan chiqarmasligi lozim. Bachadon ag‘darilishi to‘g‘rilangach, uterotonik dori vositalarini yuborish zarur.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Tibbiy reabilitatsiya

Oraliqning III-IV darajali yirtilishlari va tug‘ruq paytida qov birikmasi funksiyasining buzilishidan keyin ayollarni reabilitatsiya qilishning individual dasturlarini ishlab chiqish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Oraliqning III–IV darajali yirtilishlari va tug‘ruq paytida qov birikmasi funksiyasi buzilishi holatlaridan keyin tibbiy reabilitatsiya bo‘yicha shifokor maslahatini olish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Ushbu guruhdagi ayollarni reabilitatsiya qilish chora-tadbirlari iloji boricha ertaroq, hatto akusherlik shifoxonasidayoq boshlanishi va shifoxonadan chiqarilgandan so‘ng ambulatoriya bosqichida davom ettirilishi lozim.

Reabilitatsiya dasturining davomiyligi har bir ayol uchun alohida bo‘lib, akusher-ginekolog va tibbiy reabilitatsiya bo‘yicha mutaxassis shifokorlar tomonidan belgilanadi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Profilaktikasi va dispanser nazorati

Ko‘rsatmalarga ko‘ra (homila distressi, homila vakuum-ekstraksiyasi, akusherlik qisqichlarini qo‘llash, homila yelkari distoniyasi) o‘z vaqtida epiziotomiya o‘tkazish, klinik tavsiyalarga muvofiq malakali akusherlik yordamini ko‘rsatish, klinik tavsiyalar talablariga binoan qin orqali operativ tug‘ruqni amalga oshirish, tug‘ruqdan so‘ng tug‘ruq yo‘llarining yumshoq to‘qimalarini sinchkovlik bilan ko‘zdan kechirish va tug‘ruq jarohatlarini hamda ularning asoratlarini oldini olish maqsadida shikastlangan to‘qimalarning yaxlitligini to‘liq tiklash **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Tug‘ruqdan keyingi davrda kichik chanoq yoki oraliq sohasida nostandart og‘riq sindromi paydo bo‘lgan har bir tuqqan ayolni tekshirish, shu jumladan tug‘ruq yo‘llari yumshoq to‘qimalarining gematomalarini istisno qilish uchun bimanual qin tekshiruvini, kichik chanoq a‘zolarining ultratovush tekshiruvini o‘tkazish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bachadon bo‘yni yirtilishining oldini olish uchun yetarli og‘riqsizlantirish, vaqtdan ilgari zo‘riqishning oldini olish (bachadon bo‘yni to‘liq ochilgunga qadar), bachadonni tonusini oshiruvchi vositalardan oqilona foydalanish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Akusherlik travmatizmini kamaytirish maqsadida tug‘ruqning birinchi va ikkinchi davrlarida ayolni ma‘lum bir holatda bo‘lishini talab qilish **TAVSIYA ETILMAYDI** (*tavsiya darajasi C*).

Ayol tug‘ruqning birinchi va ikkinchi davrlarida o‘zi uchun eng qulay holatni mustaqil ravishda aniqlay olishi kerak.

Epidural og‘riqsizlantirish qo‘llanilgan ayollarda mustaqil peshobni chiqarish imkoni bo‘lmagan hollarda, tug‘ruq faoliyati anomaliyalarining oldini olish maqsadida peshobni sun‘iy ravishda chiqarish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Bunda uzluksiz va uzlukli kateterizatsiya qo‘llanilishi mumkin.

Tug‘ruqning ikkinchi bosqichida oraliqqa massaj qilish III-IV darajali oraliq yirtilishlarining oldini

olishda foydali bo‘lishi mumkin (*tavsiya darajasi A*).

Kuchanish vaqtida oraliqning III-IV darajali yirtilishini oldini olish maqsadida oraliqqa issiq kompresslar qo‘yish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Oraliq yirtilishining oldini olish maqsadida epiziotomiya qilish **TAVSIYA ETILMAYDI** (*tavsiya darajasi A*).

Ko‘rsatmalar mavjud bo‘lgan hollarda, to‘g‘ri ichak yirtilishining oldini olish maqsadida mediolateral epiziotomiya o‘tkazish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi B*).

Epiziotomiya o‘tkazishga ko‘rsatmalar quyidagilardan iborat bo‘lishi mumkin: homila distressi, homilaning vakuum-ekstraksiyasi, akusherlik qisqichlarini qo‘llash va homila yelkalari distotsiyasi. Mediolateral epiziotomiya o‘rta chiziq bo‘ylab o‘tkaziladigan epiziotomiyadan ko‘ra afzalroq hisoblanadi, chunki o‘rta chiziq bo‘ylab o‘tkaziladigan epiziotomiya orqa teshik sfinkteri kompleksi shikastlanishi xavfini oshiradi. Biroq, mavjud ma‘lumotlar shuni ko‘rsatadiki, mediolateral epiziotomiya ham oraliqda og‘riq va disparyuniyaga sabab bo‘lishi mumkin.

Tug‘ruqning uchinchi bosqichida kindik tizimchasini nazoratli tortish texnikasiga rioya qilish **tavsiya etiladi**. Bu kindik tizimchasining ag‘darilib ketishining oldini olishga yordam beradi (*tavsiya darajasi C*).

Oraliqning III-IV darajali yirtilishlarida tug‘ruqdan keyingi davrda antibiotikoprofilaktikani o‘tkazish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi A*).

Bachadon ag‘darilishi hollarida tug‘ruqdan keyingi davrda antibiotikoprofilaktikani o‘tkazish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

Anamnezida tug‘ruq paytida bachadon yorilishi kuzatilgan, gestatsiya muddatiga yetgan bir homilali homilador ayollarni homiladorlikning 38 haftasidan kechiktirmay rejali ravishda kesarcha kesish jarrohlik amaliyotini o‘tkazish **tavsiya etiladi** (*tavsiya darajasi C*).

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish

Odatda, akusherlik jarohatlari tug‘ruq bo‘limida yoki kamdan-kam hollarda tug‘ruqdan keyingi bo‘limda aniqlanadi.

Tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalariga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- 1) homiladorlik davrida bachadon yorilishi xavfi belgilarining paydo bo‘lishi (eng yaqin tibbiyot muassasasiga shoshilinch yotqizish);
- 2) homiladorlik davrida qov birikmasi shikastlanishi belgilari paydo bo‘lganda – tekshiruv o‘tkazish va davolash rejasini tuzish uchun.

Tug‘ruq vaqtida akusherlik jarohatlari mavjud ayollarga tibbiy yordam tug‘ruq sodir bo‘lgan tibbiyot muassasasida shoshilinch tarzda ko‘rsatiladi. Qon ketishi davom etayotgan ayollarni boshqa muassasaga o‘tkazish man etiladi.

Homiladorlik davrida bachadon yorilishi xavfi belgilarining paydo bo‘lishi, tibbiy yordam darajasidan qat’i nazar, eng yaqin tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasasiga yotqizish uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Homiladorlik davrida yoki tug‘ruq vaqtida bachadon yorilishi xavfi yoki bachadon yorilishi sodir bo‘lgan bo‘lsa, ayol yotqizilgan tibbiyot muassasasida kesarcha kesish orqali shoshilinch tug‘dirish ko‘rsatiladi. I va II toifali akusherlik shifoxonalarida homiladorlik yoki tug‘ruq paytida bachadon yorilgan ayolga tibbiy yordam ko‘rsatilganda, zarur jarrohlik aralashuvlarini bajara

oladigan tajribali shifokor-akusher-ginekologni albatta jalb etgan holda akusherlik anesteziologiya-reanimatsiya brigadasini chaqirish talab etiladi. Ko'chma brigadaga boshqa tor soha mutaxassislarni (qon tomir jarrohi, urolog va boshq.) kiritish har bir holat uchun alohida hal qilinadi.

Ayolni tibbiyot muassasasidan chiqarishga ko'rsatmalar: tuqqan ayollarni chiqarish quyidagi holatlarda umumiy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi:

- 1) tana haroratining me'yorida bo'lishi ($37,2^{\circ}\text{C}$ dan past) va operatsiyadan keyingi davrning asoratsiz kechishi;
- 2) bachadon va uning ortiqlarini qorin bo'shlig'i yoki qin orqali ultratovush tekshiruvida patologik o'zgarishlarning yo'qligi;
- 3) mastit va laktostaz belgilari bo'lmasligi;
- 4) chok sohasida yallig'lanish belgilarining yo'qligi.

Ayol so'rilmaydigan chok materiali bilan chiqarilishi mumkin, keyinchalik ambulator sharoitda BTSYO muassasasida chok ipi olib tashlanadi.

Qo'shimcha ma'lumotlar

Tug'ruq yo'llaridagi jarohatlar o'z vaqtida va to'g'ri jarrohlik usuli bilan tiklanib, tug'ruqdan keyingi davr tegishli ravishda olib borilsa, natija ijobiy bo'ladi.

Qin yirtilishi va tug'ruqdan keyingi davrning asoratli kechishida (choklarning ikkilamchi bitishi) qin devorlarida chandiqli o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bu esa keyingi tug'ruqlarda travmatik asoratlar xavfini oshiradi, shuningdek, uzoq muddatda chanoq tubi yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Bachadon bo'yni yirtilganda, bu holat o'z vaqtida aniqlanmasa va tiklanmasa, tug'ruqdan keyingi davrning asoratli kechishida (choklarning ikkilamchi bitishi) bachadon bo'ynida chandiqli o'zgarishlar, ektopion shakllanishi mumkin. Bu esa keyingi tug'ruqlarda travmatik asoratlar xavfini oshiradi.

Bachadon yorilishi ona va homila hayoti uchun xavfli holat hisoblanadi. Bachadon yorilishi xavfi mavjud yoki sodir bo'lgan holatni o'z vaqtida aniqlamaslik va davolamaslik shok holatining rivojlanishiga, qon ketishiga, homilaning tug'ruqdan oldingi yoki tug'ruq paytidagi o'limiga olib keladi.

Bachadon ag'darilishi o'z vaqtida aniqlanib, to'g'ri davolansa, natija ijobiy bo'ladi. Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatilmasa, shok va qon ketishi oqibatida o'lim yuz berishi mumkin, keyinchalik esa yiringli-septik asoratlar (peritonit, sepsis) rivojlanishi ehtimoli mavjud.

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

| № | Sifat mezonlari | Bajarilishini baholash |
|----|--|------------------------|
| 1. | Bachadon yorilishi xavfi, boshlangan yoki sodir bo'lgan belgilari mavjud bo'lganda kesarcha kesish usuli bilan shoshilinch tug'ruq amalga oshirildi. | Ha/Yo'q |
| 2. | Oraliqning III-IV darajali yirtilishlarida tug'ruqdan keyingi davrda antibiotik profilaktikasi o'tkazildi. | Ha/Yo'q |
| 3. | II-III darajali bachadon bo'yni yirtilishlari tikildi. | Ha/Yo'q |
| 4. | Oraliqning II-IV darajali yorilishida qin devori va oraliq mushaklarining yaxlitligi jarrohlik yo'li bilan tiklandi. | Ha/Yo'q |
| 5. | Qov birikmasining shikastlanishida tug'ruqdan keyingi davrda yotoq tartibi belgilandi. | Ha/Yo'q |

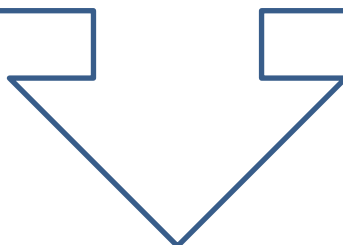
| | | |
|----|--|---------|
| 6. | Tashxis qo'yilgandan so'ng darhol umumiy og'riqsizlantirish ostida bachadon ag'darilishi to'g'rilandi. | Ha/Yo'q |
|----|--|---------|

Ilova

Shifokorning harakatlar algoritmi

Bachadon yorilishi xavfi bo'lgan va sodir bo'lgan bemorni olib borish algoritmi

- Bachadon shakli “qum soati” ko'rinishida o'zgarishi
- Tug'ruq faoliyati to'xtashi yoki rivojlanmasligi
- Homilaning distress holati yoki nobud bo'lishi
- Qon ketishi
- To'lg'oqlarning keskin og'riqliligi, to'lg'oqlar orasida ham og'riq yo'qolmasligi (hatto og'riqli shokkacha)
- Bachadon gipertonusi
- Onaning qorin bo'shlig'ida homila qismlarini paypaslab yoki ultratovush orqali aniqlash (bachadon yorilishi sodir bo'lgani)
- Ayol bezovta bo'lishi, umumiy ahvoli og'irlashishi



Bachadon yorilishi xavfi yoki sodir bo'lishi



Shoshilinch ravishda tug'dirish*
Operatsiya jarayonida aralashuv hajmini belgilash

* tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ilish sodir bo'lganda, bachadon devorlarining butunligini nazorat qilish maqsadida bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish lozim.

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм). Москва, РФ, 2024.
2. Maternity & Children’s Services Clinical Governance Committee. Ruptured Uterus guideline (GL908). 7th June 2019.
3. Norvilaite K., Kezeviciute M., Ramasauskaite D., Arlauskiene A., Bartkeviciene D., Uvarovas V. Postpartum pubic symphysis diastasis-conservative and surgical treatment methods, incidence of complications: Two case reports and a review of the literature.
4. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(1):e18–35.
5. Fitzpatrick K.E., Kurinczuk J.J., Bhattacharya S., Quigley M.A. Planned mode of delivery after previous cesarean section and short-term maternal and perinatal outcomes: A population-based record linkage cohort study in Scotland. *PLoS Med.* 2019; 16(9):e1002913.
6. Care of a third- or fourth-degree tear that occurred during childbirth (also known as obstetric anal sphincter injury – OASI). October 2019 RCOG.
7. Tanos V., Toney Z.A. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019; 59:115–31.
8. Ducarme G., Pizzoferrato A.C., de Tayrac R., Schantz C., Thubert T., Le Ray C., et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019; 48(7):455–60.
9. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2018.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e110–27.
11. Kawashima M., Tokushige H. Analysis of puerperal hematoma: a retrospective study. *J Rural Med.* 2021 Jul;16(3):139-142.
12. Michalska M., Bojar I., Borycki J., Zięba B., Brandl S., Kołaciński R., et al. Postnatal inversion of the uterus – management in specific cases. *Ann Agric Environ Med.* 2020 Dec 22;27(4):717-720.
13. Elliot V., Yaskina M., Schulz J. Obstetrical Anal Sphincter Injuries and the Need for Adequate Care. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* Mar/Apr 2019;25(2):109-112.