

УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УДК 618.3 : 615 : 45

ГАФУРОВА (САМАТОВА) ФЕРУЗА ЖУРАКУЛОВНА

**РИВОЖЛАНМАЙ КОЛГАН ХОМИЛАНИ II-ТРИМЕСТРДА
МЕДИКАМЕНТОЗ ЙУЛ БИЛАН УЗИШ**

Мутахассислик: 5А 720101 АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ

**Илмий рахбар: тиббиёт фанлари доктори
профессор Негмаджанов Б.Б.**

САМАРКАНД-2014

МУНДАРИЖА

Шартли

кискартмалар..... 4

Кириш.....5

I.БОБ.« Ривожланмай колган хомилани II-триместрда медикаментоз йул билан узиш»

(Адабиётлар шархи).....8

I.1. Хомиладорликни ривожланмай колишига олиб келувчи омиллар ва уларни патогенетик механизми.8

I.2.Хомиладорлик даврида инфекцион жараённинг хусусиятлари......17

I.3. Ривожланмай колган хомиладорликни клиник белгилари ва асосий диагностик методлари......23

I.4. Ривожланмай колган хомиладорликни узишда замонавий ёндашувлар.
.....27

II.БОБ.Текшириш материаллари ва усуллари.

II.1. Текширув утказилган беморларнинг умумий тавсифи. Клиник гурухлар......42

II.2.Текшириш усуллари.....42

II.2.1. Ультратовуш текшируви.43

II.2.2. Клиник ва лаборатор текширишлар.....45

II.2.3.Микробиологик текшириш.....45

II.2.4.Бактериоскопик текшириш.....47

II.2.5. Хомила ва йулдош тукумасини гистологик текшириш.....47

III БОБ. Тадкикот натижалар

III.1.Текширилган беморларнинг анамнестик характеристикаси......49

III.1.1. Текширилаётган гуруҳдаги хомиладор аёлларнинг социал статуси ва ёши бўйича характеристикаси.	50
III. 1.2.Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларнинг анамнезидаги экстрагенитал касалликлар.....	52
III.1.3.Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларнинг анамнезидаги гинекологик касалликлар.....	53
III.2.Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда аввалги ва ҳозирги хомиладорликни кечиш характеристикаси.....	55
III.2.1.Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда ривожланмай қолган хомиладорликни клиник белгилари.....	59
III.2.2.Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда ривожланмай қолган хомиладорликни узиш усуллари ва уларни қиёсий таққослаш.....	61
IV БОБ. Олинган натижалар таҳлили.....	71
Хулоса.....	78
Амалий тавсиялар.....	79
Фойдаланилган адабиётлар.....	80

ШАРТЛИ КИСКАРТМАЛАР

БВ-бактериал вагиноз

ГКС-глюкокортикостероидлар

ИЦЕ-истмикоцервикал етишмовчилик

ЗАГА-зиддиятлашган акушерлик гинекологик анамнез

РКХ- ривожланмай колган хомиладорлик

УТТ-ультратовуш текшируви

УРВИ-уткир респиратор вирусли инфекция

ФПЕ- фетоплацентар етишмовчилик

ЦМВ-цитомегаловирус

Кириш

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигини яхшилаш, бемор аёлларни соғломлаштириш борасида, уларни бепул ва самарали контрацепция воситалари билан таъминлаш йулида олиб бораётган саъи ҳаракатларига қарамасдан, фертил ёшдаги аёллар орасида абортлар сони сира камаймаяпти (Асадов Д.А., 2010; Каримова Ф.Д. ва муаллиф., 2008). Сунъий абортлар эса ҳар доим ҳам аёл саломатлиги учун табиий тугрукдан кура купрок хавф тугдиради (Дуда В.И. ва бошқалар, 2004). Айниқса, хомиладорликни унинг иккинчи триместрида узиш жуда хавфи ҳисобланади, чунки бунинг учун бир қатор инвазив усуллар – трансцервикал ва трансвагинал амниоцентез, гипертоник эритмаларни бачадон ичига инфузия қилиш, ундан кейин эса энзапрост ёки окситоцинни вена ичига томизиб юбориш қулланилади (Савельева Г.Т., 2000, Бодяжина В.И., 1998).

Хомиладорликни сунъий узишнинг асосий курсатмаларидан бири ривожланмай қолган хомиладорликдир (РКХ). Маълумки, РКХ туфайли хомиладорликни узиш бошқа гинекологик ҳасталиклардан кескин фарқ қилади. Негаки РКХ да қон ивиш тизимининг озми қупми даражада бузилиши, шунингдек, РКХ нинг узишга сабаб бўлган фон касалликлари катта хавф тугдириб туради (Абдуллаева М.А., 2008; Барашев Ю. И., 2006). Шунинг учун РКХ да хомиладорликни узишнинг иложи бориша хавфсиз, ноинвазив йулларини қуллаш мақсадга мавофикдир.

Улик хомиланинг бачадонда 6-7 кун туриши одатда қон кетишига сабаб бўлмайди, аммо хомиланинг 2 ҳафта туриши 15-35% ҳолатларда, 3-4 ҳафта туриши 35-40% ҳолатларда, 5 ҳафта ва ундан қуп туриши

70-80% ҳолатларда патологик кон кетиши, ҳатто ДВС – синдроми ва геморрагик шокка олиб келиши мумкин.

Ҳозирги пайтда тугрук преиндукцияси, индукцияси мақсадида простагландинлар ишлатилади. Жумладан, сайтотек (мизопростол) – яъни E_1 синтетик простагландин кин орқа гумбазига 50 мкг дан ҳар 12 соатда юборилади. Таъсири 20 дақиқадан кейин бошланиб, 120-140 дақиқа давом этади. Тугрукни активлаштириш мақсадида эса 50мкг дан ҳар 3 соатда кулланилади (Каримова Ф.Д., 2005; Baird D.T., 2002). Простагландин E_1 мизопростолнинг аналогли булиб, ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида бола тушишини индукция қилиш учун бошқа простагландин препаратларидан анча устун туради ва асоратлар энг кам учрайди (Fiala C. et al., 2003; Shannon C.S. et al., 2005; Vason E.S., 2003).

УзР ССВ тавсиясига биноан ҳомиладорликнинг 14 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача булган даврда ҳомиладорликни узиш учун динопростон ёки мизопростол кин орқа гумбазига 400 мкг (2 таблетка) дан ҳар 3 соатда 3 дозадан 5 дозагача то ҳомила тулик тушгунча кулланилиши лозим. Аммо афсуски, бу усулнинг самарадорлиги ва ҳавфсизлигини тасдиқловчи илмий тадқиқот натижалари ҳанузгача йук.

Мазкур илмий лойиҳа мақсади:

Гестациянинг 2 триместрида ривожланмай қолган ҳомиладорликни медакаментоз йул билан узишнинг клиник хусусиятлари ва самарадорлигини урганиш

Вазифалар:

1. РКХ ни II- триместрда традицион усуллар билан узиш натижаларини ретроспектив таҳлил этиш.

2. Иккинчи триместрда ривожланмай колган хомиладорликни простогландинлар ёрдамида тухтатишнинг клиник хусусиятлари ва натижаларини урганиш.
3. олинган натижаларни киёсий таҳлил этиш оркали хулосалар чиқариш ва амалий тавсияномалар ишлаб чиқиш.

Ишнинг илмий янгилиги

Минтакамиз шароитида илк бор II-триместрида ривожланмай колган хомиладорликни простогландин E_1 препарати ёрдамида узишнинг клиник хусусиятлари ва натижалари замонавий текшириш усуллари воситасида таҳлил қилинади.

Тадқиқот материал ва усуллари

1. 3-сон тугруқ мажмуаси гинекология бўлимида 2-триместрида РКХ туфайли стационар даволанган беморларнинг касаллик тарихларини ретроспектив урганиш ($n=35$).
2. Мазкур бўлимда хомиладорликнинг 14-22 ҳафтасида РКХ туфайли простогландин E_1 ёрдамида бола тушиши индукция қилинган аёлларни бевосита кузатиш ва олиб бориш ($n=35$).

Ишнинг амалий аҳамияти

Тадқиқот натижалари асосида 14-22 ҳафталик гестация муддатида ривожланмай колган хомиладорликни медикаментоз йул билан узиш борасида амалий тавсияномалар ишлаб чиқилади ва маҳаллий протоколларга киритилади.

Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш

Тадқиқот натижалари 3-сон тугруқ мажмуаси гинекология бўлимида ва Самарканд вилоятининг барча тугруқка ёрдам курсатиш муассасаларида амалиётга жорий этилади.

I.БОБ. «Ривожланмай колган хомиладорликни II-триместрда медикаментоз йул билан узиш»

(Адабиётлар шархи)

I.1.Хомиладорликни ривожланмай колишига олиб келувчи омиллар ва уларни патогенетик механизми.

Ривожланмай колган хомиладорлик бу –патологик симптомлар комплекси булиб хои́ла (эмбрион) ичи улими, миометрийни инертлиги ва гемостаз системасини бузилиши билан характерланади.

Эпидемиология

Ривожланмай колган хомиладорлик популяциядаги учраш сони 15-20% ни ташкил килади. Хомиладорликни муддатига етмай узилиши замонавий медицина ва ижтимоий сохаларни етакчи муаммоларидан биридир. Хомиладорликни муддатига етмай узилишини турли хил шакллари орасида ривожланмай колган хомиладорлик асосий уринни эгаллайди [19.33.34].

Репродуктив йукотиш структурасида ривожланмай колган хомиладорлик ни хажми 10-20% ни ташкил килади[27.29.34.39.40]. Шу жумладан хомиладорликни узилишини купчилик кисми хомиладорликнинг I-триместри -12 хафталикгача , баъзи бир холатларда ривожланишдан ортда колиши гестациянинг II- триместрига тугри келади . Эмбрион(хои́ла) ни улиши хар доим хам бачадондан тезлик билан уз – узидан хайдалиб чикмайди[6].

Хомилани ривожланмай колиш сабаблари ранг баранг булиб , турли хил омиллар билан боглик булади. Айрим омиллар эмбрионниг нуксонли булиб шаклланиши билан боглик булса, бошчалари нормал ривожланаётган хомилани ривожланишдан тухташига олиб келади[27.38.40].

Хомиладорликни прогрессив узилиши ва ривожланишдан ортда қолиш сабаблари адабиётларда 6 та ката гуруҳга бўлиб урганилади. Буларга: генетик, гармонал, иммунологик, тромбофилик бузилишлар, инфекциян сабаблар ва бачадон патологиялари киради. Олимларнинг аниқлашича хомиладорликни эрта узилишига 8-20% ҳолатларда эндокрин бузилишлар сабаб булар экан. [27.38.45.49.63].

Сунги йилларда жинсий йул оркали юкадиган инфекциян касаллик кузгатувчиси шартли патоген бўлган микроорганизмлар гуруҳи хомиллага инфекцияни утишида катта аҳамият касб этмокда [14.15.25.38.45.47]. Хомилани ривожланмай қолиши сабаблари орасида TORCH-инфекцияларининг роли кейинги йилларда тобора ошиб бормокда. Улар бир томондан эмбрионнинг нуксонли бўлиб шаклланишига, иккинчи томондан ривожланиш давомида зарарланишига олиб келади. TORCH-инфекциялари хомиладорлик вақтида қуйидаги асоратларга олиб келиши мумкин: хомила тушиши ва ривожланиш нуксонлари (34-45%), муддатдан олдинги тугрук ва хомиланинг антинатал улими (30-40%), хомила терисининг герпес вируси билан зарарланиши, катаракта, микроофтальмия, хориоретенит, марказий нерв системаси нуксонлари (микроцефалия ва гидроцефалия, церебрал некроз).

TORCH-инфекциялари туфайли перинатал улим 50-75% га етади. [Серов В.И. 1999 й]. Токсоплазмоз хомиладорлик вақтида хомиллага транцплацентар йул оркали утади. I-триместрида хомиладор аёл токсоплазмоз юктирса 15-20% ҳолатларда жуда оғир кечади ва хомилада анэнцефалия, микроофтальмия, бури танглай, гидроцефалия каби патологик ҳолат юзага келади.

Allaire A.D. (2007й) маълумотларига қура ривожланмай қолган хомиладорлик сабаблари орасида хламидияли инфекция 12-15% ни ташкил этади. Бунда децидуал туқимада цитотоксик хужайралар, макрофаглар, ҳамда цитокинлар жуда қуп микдорда кузатилади.

Инфекцияни хомилага узатилиши 40-70% деб баҳоланади. Хламидиоз инфекцияси плацента, йулдош пардаларини зарарлаши, иммун комплекслар ҳосил қилиши мумкин. Бу эса плацентар етишмовчилик ва хомилани она қорнида ривожланишининг бузилишига гипотрофияга олиб келади.[Савичева А.И. ва Фамичева Е.Н. 1998й].

ЖССТ маълумотлари бўйича ЦМВ тератоген вируслар гуруҳига киради. Турли муаллифлар тугма ривожланиш нуксонлари структураси, нуксоннинг огирлик даражаси ривожланишини аёлларнинг ЦМВ билан касалланиб утганлиги билан боғлайдилар. Жумладан марказий асаб тизими шикастланиши (ЦМВИ диагнози қўйилган аёлларда 100% болаларида) кузатилади. Жигарда (жигар ичи ут йулларининг атрезияси) ва талокда узғаришлар кузатилади. ЦМВИ да хомила тушиш ҳавфи 44,2%, хомиланинг уз-уздан тушиши- 31%, муддатдан олдин тугилиши- 60,6%, купсувлилик- 57,7%, хомилани ривожланиш нуксонлари – 39,4%, ривожланмай қолган хомиладорлик- 33,4%, хомиланинг антинатал улими – 44,2% ҳолатларда кузатилади [Серов В.Н. ва Манухин И.В. 2007й] .

Бачадон ичи уrogenитал инфекцияларининг узок вақт сакланиб туриши натижасида чидамли факторлар ҳосил бўлади. Ва цитокинларни занжирли активациясида қатнашади булар яллигланиш шароитида эндотелий деворига шикастловчи таъсир этади. Натижада инвазия процесси ва трофобласт шаклланиши бузилади, томирларни децидуал туқималарида микротромблар шаклланиши оқибатида эмбрионни улимига олиб келади[6.23.26].

Шу билан бир қаторда хомиладорликни эрта узилишига хужайра ва гуморал иммунитет звеноларини бузилиши ҳам сабаб бўлади [31.39.40]. Хомиладорликни узилишига олиб келадиган сабаблардан яна бири бу антифосфолипидли синдромдир (аутоиммунизация синдроми).Бу терминни патогенетик асосида репродуктив функциянинг бузилиши ва

антифосфолипидли антителаларнинг топилиши кузатилади ва булар уз навбатида хомилани ривожланишига салбий таъсир курсатади[6.26]. Шунга карамасдан хомиладорликни узилишига хомила яшаш кобилияти була туриб 15% гача аёлларда бачадонни анатомик тузилиш аномалия хисобига хомиладорликни узилишига сабаб булади[10.15.25]. Ривожланмай колган хомиладорлик полиэтиологик факторларни таъсири натижасида, иммун ва гемостаз системасини бузилиши интоксикация таъсирида юзага келади. Бу эса улган хомилани узок вакт сакланиб туриши натижасида деструктив, дегенератив ва некротик узгаришлар курунишида намоён булади[11.37].

Ривожланмай колган хомиладорлик сабаблари куп факторли ва комплекси булганлиги учун амалиётда бу патологияни юзага келтирган аник бир факторни айтиш кийинчилик тугдиради чунки хомила улимидан кейин тукумаларни мацацияга учраши уни генетик ва морфологик текширилишига тускинлик килади [12.39.47]. Ривожланмай колган хомиладорликни асосий этиологик фактори инфекцион яллигланиш жараёни деб белгилаймиз. Эндометрийда бактериал вирусли инфекцияни узок вакти персистенцияси она организмида эндокринопатияни юзага келтиради. бачадон шиллик каватида метаболик узгаришларга, гемостаз системасининг бузилишини юзага келиши натижасида эмбрионнинг тухташига сабаб булади [8.22.3642]. Яллигланиш касалликларини этиологик структурасида хозирги вақта турли хил микроорганизмлар ассоциацияси, анаэроб бактериялар, факультатив стрептококк ва вируслардан иборат. Хар кандай эмбрион организмдаги инфекция билан контактда булиши натижасида у инфицирланади. Бундан ташкари зарарланиш даражаси хам турлича булади. Микроорганизмлар бир канча тукумаларда тропизм холатида булади. Натижада хомила ва плацента томирларида яллигланишлар ва шунингдек томирлар етишмовчилиги юзага келади. Барча инфекция кузгатувчилари хомилани эрта антинатал

инфицирланишига ва ривожланмай қолишига сабаб бўлади. Буларга бир канча шартли патоген флора гуруҳлари киради: стрептококклар, стафилококклар, Е коли, клебсиеллалар. Вируслар- кизилча, ЦМВ, ОГВ, аденовирус-7, Коксаки вируси. Микоплазмалар, хламидиялар, трипонемалар, микобактериялар, токсоплазмоз, плазмодиялар, Кандида замбуруғи [13.21.29.37].

Хомиладорликни инфекция билан зарарланишига олиб келадиган купгина касалликлар хомиладор аёлда субклиник формада кечади, бу эса мазкур патологияни антенатал даврда ташхислашга қийинчиликлар тугдиради.. Бачадон инфекцияси турли хил антенатал патологияларга: хомиланинг инфекцион касаллиги, фетоплацентар етишмовчилик, хомиланинг улими, муддатдан олдин тугруқ, хомиланинг ушибдан орқада қолиши ва унинг ривожланиш аномалиясига сабаб бўлади.[8,26,34]

Хомиладор аёл жинсий йулларида инфекцион патология натижасида хомилани уз-уздан тушиши частотаси 13 мартагача, муддатидан олдин тугруқ 6 марта, хориоамнионит 3 марта, эндометрит 4-5 мартагача орган. Организмдаги кузгатувчини элиминация қилишга қаратилган махсус даво муолажалари куп ҳолатларда эффектсиз бўлган ёки вақтинча эффект берган. 30-50% ҳолатларда касаллик рецидивланишига олиб келган.(Е. И. Боровкова., 2005).

Ривожланмай қолган хомиладорлик полиэтиологик патология бўлиб, специфик ва носпецифик инфекцион агентларни хомиллага таъсири натижасида ривожланади. ва антенатал диагностикаси қийинчилик тугдиради.

Хомиллада инфекцион процессни турли хил кузгатувчилар чақириши мумкин. Улар бир неча гуруҳга бўлинади:

- Вируслар чақирган хомила инфекцияси (кизамик, ЦМВ, герпесвируслар, гепатит В ва С вируслари, аденовируслар, энтеровируслар, сувчечак вируси ва бошқалар)

- Бактериялар чакирган касалликлар (ок трепонемалар, листериялар, сил таёкчалари, эшерихиялар, клебсиеллалар, протей ва бошка колиформ бактериялар, В гуруҳдаги стрептококклар, спора хосил килмайдиган анаэроблар, α -гемолитик стрептококклар, *Haemophilus influenza* ва жинсий йул билан утувчи инфекциялар)

- Паразитар инфекциялар (токсоплазмалар, трихомонадалар, плазмодиялар)

- Замбуругли инфекциялар (кандидалар)

- Микст-инфекциялар

Бундан ташқари хомила инфекциясини чакирувчилар микоплазмалар хламидиялар ҳам булиши мумкин.

Хомилада инфекцион касалликнинг ривожланиши зарарланиш огирлиги, патологик жараён локализацияси, кузгатувчини тури, унинг вирулентлиги, микроорганизмнинг онадан хомилага кириш йули, онанинг химоя резервларига боғлиқ.[1,13,18,31,41]

Инфекция манбаи

Инфекция манбаи узига инфекцияни юктириб олган она организмидир. Тиббий муолажалар вақтида инфекцияни ятроген юктириб олиш учрайди.[8,24]

Хомиладорликни инфекцияни билан зарарланишини қуйидаги йуллари фаркланади:

➤ Кутарилувчи йул орқали 89% ҳолларда инфекция кузгатувчилари хомилага утади. Мазкур йул орқали ҳар қандай турдаги инфекциялар (бактериялар ва вируслар) хомилага утади ва хомилани инфекцияга чалинишига олиб келади. Кутарилувчи йул орқали инфекциянинг тарқалиши асосан жинсий йул орқали утувчи инфекцияларга хос. Бунда пастки жинсий йуллар (кин, бачадон буйни)га тушган бактерия, вирус, замбуруглар бевосита бачадон бушлиги, хомилага ёки коғонок пардасига кейинчалик коғонок сувларига утади.[10,21,36,37]

Кутарилувчи инфекцияга яллигланиш реакциясининг экссудатив формаси хос. Кутарилувчи йул оркали инфекцияни кириши хомиладорлик муддатига кура коғонок пуфаги барьер функциясининг бузилиши, бачадон буйнининг анатомио-физиологик хусусиятининг бузилиши, коғонок пуфагининг қисман йиртилиши, узок вақт сувсизлик даври, ташхислаш учун инструментал текширув утказиш сабаб булиши мумкин.[11,16,24,31]

Хомиладорликнинг I-триместрида кутарилувчи инфекция натижасида уткир ёки латент эндомиометрит ривожланади, аммо эмбрионга таъсир курсатмайди. Хомиладорликнинг эрта муддатларида кутарилувчи инфекция натижасида хомиланинг уз-уздан тушиш хавфи белгилари қорин пастида оғрик, бачадон буйнидан ажралмаларнинг ортиши кузатилади. УТТда эса бачадон тонусининг ортиши ва хорионнинг локал ажралиши белгилари кузатилади. Базал эндомиометрит фонида хомиладорлик ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда хомила тухуми иммун йул оркали хомилани ривожланмаслигига сабаб булади.[5,8,26]

Хомиладорликнинг II-триместри бошланиши билан *deciduas vera* ва *decidua capsularis* қушилиб ягона комплекс *decidua parietalis*ни ҳосил қилади ва децидуал парда билан тулик бирикиши натижасида кутарилувчи инфекциянинг таъсир механизми узгаради. Бачадон бушлиғи хомила пуфаги бушлиғига айланади. Хомиладорликнинг 14-16 ҳафтасидан бошлаб инфекция қин ва бачадон буйни канали оркали хомилага утади, бунда инфекция манбаи ва таркатувчиси сперматозоидлар булиб хизмат қилади. Хомиладорликнинг бу муддатида бошлаб бачадон буйнининг ички бугзи амнионга тегиб туради. Хомиладорликнинг I-II триместридан бошлаб бачадон буйнининг ички бугзи аста-секин очилади, бундан ташқари муддатдан олдин тугрук хавфи ёки ИЦЕ бўлганда коғонок пардалар оркали коғонок сувларига инфекцияни утишига жиддий хавф тугилади (коғонок сувларига инфекциянинг мембрана оркали тарқалиши). Коғонок сувлари ҳам уз

навбатида кучсиз химояловчи кучга эга. Улар факат микроорганизмларнинг усишини тухтатиб туради (вируслардан ташкари) ва уз навбатида кузгатувчиларни туплаб турувчи манба булиши мумкин. Бундай холатларда хомила инфицирланган коғонок сувларини ютади ёки аспирацияси натижасида хомиланинг инфекция билан зарарланишига, унинг ривожланишдан орқада қолишига, турли хил ривожланиш нуксонларига, хомиланинг сурункали гипоксияси ва огир холларда унинг улимига олиб келади.[4,8,15,45,]

Кутарилувчи инфекциянинг массив таркалиши натижасида мембранит, хориоамнионит, фуникулит, хомиланинг инфекцион касалликлари кузатилади. Экссудатив мембранитнинг симптоми купсувлилик булиб, бу хомила амнионида яллигланиш булганлигидан далолат беради.

Шундай килиб кутарилувчи инфекциянинг бевосита манбаи кин, бачадон буйни каналидаги инфекциялар, пастки жинсий йуллардаги яллигланиш жараёнлари (кольпит, цервицит), бундан ташкари инфекцияни ташувчи сперматозоидлардир. Хомиладорлик даврида инфекциянинг таркалишига хомиладорлик пайтида жинсий активликнинг ортиши, ИЦЕ, махаллий иммунитет ва умумий иммунологик толерантликнинг ортиши (ГКСларни куллаш, узок вақт давом этган инфекциялар, анемия, овкатланиш сифатининг бузилиши) инфекциянинг таркалишига шароит яратади.[3,11,14,34]

➤ Плацента оркали (гематоген йул) онадан болага купрок хомила инфекциясини чакирувчи вируслар утади, чунки вируслар гематоплацентар барьер оркали осонлик билан утади. Гематоген йул оркали хомиланинг инфекцияга чалиниши асосан она организмида куп микдорда кузгатувчилар булганда кузатилади (бактериемия, вирусемия, паразитемия). Бачадон тукумасининг яллигланиши ва децидуит, микроциркуляция томирларида яллигланиш (интервиллузит), кейинчалик

когонок пардаларининг яллигланиши (децидуит, мембранит) ривожланади.

Гематоген йул билан таркалган инфекция натижасида яллигланиш реакцияси пролифератив жараёнлардан фаркли равишда хорион ворсини стромасининг ва плацентанинг яллигланиши (плацентит)га олиб келади.[3,8,30]

➤ Тушувчи йул оркали корин бушлигида яллигланиш учоги булганда (сурункали аппендицит, холецистит) ёки бачадон ортикларида яллигланиш жараёнлари (аднексит, сактосальпинкс, тухумдон абсцесси) булганда хомилага инфекциянинг утиши кузатилади. Бачадон найлари оркали бактериялар бачадон бушлигига утади, натижада бачадон плацента ва хомилада инфекцион яллигланишни чакиради.[5,9,16,]

➤ Хомилани контакт йул оркали зарарланиши хомиладор аёлни тугрук йулларида яллигланиш жараёнлари булганда кузатилади. Трансдецидуал йул оркали зарарланиш бачадонда инфекцион патология булганда кузатилади.

➤ Аралаш йул.

Аntenатал даврда хомилани инфекция билан зарарланишини хавф омиллари:

- Зиддиятлашган гинекологик анамнези (ЗГА)-хомиладор аёл анамнезида хомиласини уз-уздан тушганлиги, хомилани антенатал улими, муддатдан олдин тугрук, мазкур хомиладорликдан аввалги боласини неонатал даврида улими, абортлар, ривожланмаган хомиладорликларни булиши;

- Хомиладорликни патологик кечиши-муддатдан олдин тугрук хавфи, купсувлилик, ИЦЕ ва уни хирургик йул билан коррекциялаш, хомиладорлик анемияси, хомиладор аёлда сурункали инфекцион (нафас олиш, овкат хазм килиш тизимининг сурункали касалликлари, кариес, тонзиллит) ва соматик касалликларини кузиши, ичак дисбактериози, хомиладорликнинг 2-ярмида грипп билан касалланиш;

- Урогенитал тизимнинг яллигланиш жараёнларида (пиелонефрит, симптомсиз бактериурия, эндоцервицит, кольпит, жинсий йул билан утувчи инфекциялар, бактериал вагиноз);

- Плацента патологиялари;

Хомиладорлик пайтида утказган инфекцион касалликлар

I.2. Хомиладорлик даврида инфекцион жараённинг хусусиятлари.

Хомиладорлик даврида инфекцион жараённинг узига хос хусусиятлари:

- Микроблар ассоциациясининг устунлиги, купрок бактериал-вирусли ва кам холларда моноинфекцион процесс кузатилади.

- Онада инфекциянинг симптомсиз ёки кам симптомли кечишади.

- Вагинал ва уретрал инфекциялар кушилиб келади.

- Купрок бактериал вагиноз фонида инфекция ривожланади..

“Она-плацента-хомила” бир биологик тизим булганлиги учун хомила ичи инфекциясининг ривожланиш патогенезини “она”, “йулдош” ва “хомилага оид” ривожланиш даврларига ажратиб урганишга асос булади.[11,26,32,40]

“Онага оид” даври инфекцион агрессиянинг бошлангич даври булиб, бу даврда инфекцион жараён хомиладор аёл организмида чегараланган холда булади (масалан сийдик-таносил тизими, ЛОР-аъзоларида). Хомиладор аёлда сийдик таносил инфекцияларини яширин (латент) кечиши аёлнинг репродуктив тизимида биринчи навбатда, бачадон буйнидаги махаллий иммунхужайравий реакциялар эффективлигига боглик.[8,32,39]

“Йулдошга оид” даври хомиладор аёлнинг сийдик-таносил тизимида ёки умумий инфекцион касалликларда яллигланиш жараёнларининг давоми булиб, вирусемия ёки бактеремия билан кечади. Йулдош уз амнион суюклиги ва коғонок пардасида лизоцим, трансферрин, р-лизин, опсонинлар, пероксидазалар, IgE ва химоянинг хужайравий механизмлари яъни, лейкоцитлар ва макрофаглар тутиши билан юкори антибактериал

хусусиятга эга. Кутарилувчи йул оркали инфекцияни таркалишида когонок пуфагининг филтрацион хусусияти, бундан ташкари лейкотроп моддалар холати алохида ахамиятга эга булиб, улар бактериялар купайиши билан когонок сувларида тупланади ва яллигланиш реакциясининг бирламчи медиатори сифатида иштирок этади. Амнион эпителийси уз юзасига бактерияларни адсорбция килиш хусусиятига эга. Амнион пардаси тукумасида харакатчан Калценко-Гофбауэр хужайралари жойлашган булиб, улар макрофаг вазифасини бажаради. Бундай хужайралар гестациянинг 4-хафтасидан пайдо була бошлайди ва 9-10 хафталарга келиб яккол макрофагал активликка эга булади. Когонок сувларин микробларга карши активлиги куп шартли патоген микроорганизм турларига нисбатан кучсиз булиб, уларни атиги бир неча соатлар (3 дан 11 соатгача) усишдан тухтатиб туриши мумкин. Когонок пардалари хомиладорликни охирларига келиб максимал даражада таранглашганлиги учун купгина шартли патоген микроорганизмлар учун утказувчан булиб колади, шунинг учун когонок парда бутун булганига карамасдан хомила бу вақтга келиб зарарланаверади. Инфекцион жараённи кузгатувчи микроб когонок сувларига кириши билан у ерда интенсив купаяди ва тупланади. Когонок сувларининг инфекция билан зарарланишга булган тезкор жавоб реакцияси маълум вақтдан кейин яъни, когонок сувларида маълум микдорда микробнинг токсинлари ва метаболитлари тупланганидан кейин она томонидан ривожланади.[7,17,21.32,]

“Хомилага оид” боскичида инфекцион агентлар хомиланинг аъзоларига таркалади, бу нафакат бачадон-плацентар балки плацентар-хомиланинг микробга карши барьерларининг носозлигидан далолат беради. Бактериал инфекцияни бачадон буйнининг ички бугзи оркали утиши натижасида бачадоннинг яллигланиши (эндомиометрит), миометрий тонусининг ортиши ва хомиланинг уз-узидан тушиши кузатилади, баъзи холатларда эмбрион зарарланмаслиги хам мумкин.

Гестациянинг 14 ҳафталик муддатида хомилада инфекцион агентга қарши қўрашиш фаолияти ривожланмаган бўлади. Хомила инфекцион антигенга жавоб бера олмайдиган, чунки унда иммунокомпетент ҳужайралари ва иммуноглобулинлари ривожланмаган бўлади. Микроб таначасига нисбатан қўмплементага боғлиқ лизис, агглютинация ва преципитация реакциялари қўзғатилмайдиган. Эмбриогенезнинг охири (гестациянинг 8-9 ҳафтасида) лимфоцитлар пайдо бўлса ҳам у бактерияларга қарши таъсир қўрсатмайдиган. Бу даврда лимфоцитнинг асосий вазифаси эмбрионга ўтган онасининг лимфоцитларини, бундан ташқари онасининг гаплотипидаги бегона ҳужайраларни йўқотишдан иборат. Маълумки, сифилис қўзғатувчиси (*Treponema pallidum*) хомиллага ўтиши мумкин ва хомилadoликнинг II-триместридан бошлаб уни зарарлай бошлайдиган.[4,15,25,3143]

Хомилаторлиқнинг 9-12 ҳафтасидан бошлаб хомиланинг инфекциядан ҳимояланувчи биринчи ҳимоя аъзолари:

- Т ва В-лимфоцитларни ишлаб чиқарувчи айрисимон без;
- Жигар ва бўйракда қўн ҳосил қўлувчи ўчоқлар шаклланади/

Улар бу муддатда ҳали инфекцияга қарши қўраша олмайдиган. Бу даврда хомилани сакловчи ва ҳимоя қўлувчи барьер механизмлар: жинсий йўлларнинг шиллиқ пардалари ва унинг секретор ҳусусияти, бачадон бўйнининг ёпиклиги, бачадон бўйнидаги шиллиқ тикин, она организмнинг маҳаллий иммунитет, бундан ташқари интерферонлар ва G синфидаги иммуноглобулинлар асосий роль ўйнайдиган.[8,26]

Инфекциянинг бачадон бўшлиғига қўришида қўтариловчи йўл билан инфицирланиш асосий ўринни эгаллайди. Сийдик чиқариш канали, қўнда тўпланган бактериялар қўн ва сийдик чиқариш канали эпителий ҳужайраларига ёпишиб ҳимоя барьерларини енгади. Бактериялар қўприкчалари ва адгезив молекулалари ўроэпителиал ҳужайралар рецепторларини таъсирлайди, қўпаяди. Натижада қўн, сийдик чиқариш

канални, бачадон буйни тукумасига чукур кириб боради. Бу вақтда купгина бактериялар ва замбуруглар протеолитик ферментлар (гиалуронидаза, протеаза) ишлаб чикаради, бу ферментлар хужайралараро тусикни эритади. Натижада инфекцияни юкорига бачадан бушлигига утишига йул пайдо булади. Хомиладорликнинг эрта муддатларида вируслар ва токсоплазмалар хомилага жиддий хавф тугдиради.[9,12.27.32,]

Она организмида инфекцияга карши купгина химоя тизимлари ишга тушади, улар усиш омилининг экспрессиясига, апоптоз ва пролиферация жараёнларинининг ошиши ёки камайишига олиб келади. Проллиферация натижасида хужайралар сони сакланади. Хомиладорлик даврида усиш факторининг экспрессиясининг етишмовчилиги ёки ортиши натижасида эмбрион, хомиланинг улими, хомилада ривожланиш нуксонига олиб келади. Усиш фактори хужайралар усишини стимуллайди (пролиферация) ёки тормозлайди, хужайралар миграцияси ва дифференцировкасининг бузилишига олиб келади. Хужайра ичи усиш фактори таъсирловчиларга чидамли. Баъзи анаэроб бактериялар (*Clostridium perferingens*) хужайра мембранасини бузиш хусусиятига эга, бошкалари эса липидларнинг кислотали оксидланишини активлайди, яна бошкаси эса гомеостаз ионларини бузилишига олиб келади. Уларнинг барчаси куп томонлама таъсир курсатади, хужайра мембранасини зарарлайди, плазмолеммани ва хужайра оксилларинибузади, АТФ ва э ндонуклеаза запасларини тугатади. АТФ синтези ва парчаланиши хужайранинг купгина жараёнларида керак булади. Охирида эса некроз ва апоптозга олиб келади. Баъзи бир бактериал токсинлар вирус оксиллари, комплемент компонентлари, перфоринлар (лимфоцитларнинг лизисга учраган моддаси) эмбрион ва хомила хужайраси плазматик мембранасига бевосита таъсир курсатади.[3,27,42,]

Хомиладорликнинг II-триместри (12-14 хафта ва кейинрок) хомилага инфекция кутарилувчи йул оркали амниондан утади. Амнионнинг

яллигланишига хос белги бу купсувликидир. Хомиладорликнинг бу муддатида плацентада гематоген йул оркали утказувчанликка каршилики килувчи Лангханс хужайралар ортади ва хориал синцитий калинлиги ортиши натижасида гематоген йул билан инфекциялар камрок утади. Хомиладорликнинг II-триместрида пролиферация жараёни устун булади, бу эса инфекцион жараённи плацента тукумасида чегаралаб куяди. Хомилада инфекциядан химояланиш механизмлари мураккаблашиб боради. Хомиладорликнинг 16-хафтасидан бошлаб хомиланинг иммун тизими ишга тушади. Жигар, талок, лимфа тугунлари, калконсимон безларида иммуноглобулинлар(IgG, IgM, IgA, IgF) ишлаб чиқарилади. Бундан ташқари плацентада лизоцим, интерферон, цитокинлар ишлаб чиқарилади. Гестациянинг 16-хафтасидан бошлаб хомиланинг жигари C2, C4 комплементларини ишлаб чиқаради. Гестациянинг 20-хафтасидан бошлаб хомиланинг хужайравий ва гуморал иммунитетини ишга тушади. Инфекцион агент таъсирида яллигланишнинг пролифератив реакциялари кузатилади, бу эса инфекцияни янада кенгрок тарқалишини чегаралайди. Хомила канча эрта муддатларида инфекцияга чалинса оқибати шунча ёмон булади. Гестациянинг 20-хафтасигача хомилани инфекцияга чалиниши инфекциянинг тарқалиб кетишига ва хомиланинг улимига олиб келади. Купчилик ҳолатларда кузгатувчилар плацентага утади, баъзида плацентанинг яллигланишига олиб келади (плацентит), плацентанинг химоя хусусияти кучли бўлганда инфекция хомилага утмайди.[6.12.26.35]

Она организмнинг иммунологик химоясининг пасайиши ва инфекцияга нисбатан носпецифик резистентлигининг йуқолиши (стресс, совқотиш, УРВИ) плацентада яллигланиш жараёнини тарқалишига олиб келади (плацентит, децидуит) ва хомилани инфекцияга чалинишига олиб келади.

Хомилада инфекцион жараённинг ривожланиш хусусиятлари.

Хомиладорликнинг I-триместри эмбриогенез ва плацентация давридир. Уз навбатида биринчи 3-хафтаси бластогенез, 4-8 хафта

эмбриогенез ва 9-12 хафта ривожланишнинг эрта фетал даврларига ажратилади.

Хомиладорликнинг I-триместрида она организмидаги ҳар қандай инфекцион жараёнларни юзага келиши жиддий хавф тугдиради. Бачадон плацентар барьернинг нотулик шаклланганлигига боғлиқ ҳолда хомила пуфагининг кутарилувчи ёки гематоген йул билан инфекцияга чалиниши натижасида оғир яллигланишларга ва хомиланинг эрта тушишига олиб келади ёки хомиладорлик давом этган ҳолларда турли эмбриопатия (фетопатияларга) ва хомиланинг ривожланиш нуксонларига олиб келади. Бундай ҳолатларда биринчи навбатда этиологик фактор сифатида турли бактериал инфекциялар, 2-уринда вирусли агентлар туради. Хомиладорликнинг эрта муддатларида шаклланаётган плацентанинг цитотрофобласт қобиғи хомилага баъзи қузғатувчиларни киришига тускинлик қилади.[13,15,27,32,40]

Хомиладорликнинг II (фетал) триместрида йулдош томонидан хомила инфекциясининг асосий қуриниши қогонок пардалари ва плацента туқимасида турли яллигланишга ҳос патологиялари шаклида қуринади, хомиланинг ривожланишдан орқада қолиши қуринишида қузатилади. Мазкур патология хомилани кечки уз-уздан тушиши билан яқунланиши ёки истмикоцервикал, плацентар етишмовчиликларга сабаб бўлиши мумкин. Хомилада инфекцион жараён оғирлиги ва характери хомилани она қорнида ривожланиш даврига боғлиқ (предимплантацион, эмбрионал, фетал). Органогенез ва плацентация даврида инфекцион жараён юзага келса инфекцион эмбриопатия ривожланади. Бунда эмбрионда ривожланиш нуксонлари ва ҳатто эмбрионнинг улимига олиб келади. Хомила ривожланишининг 4 ойидан 7 оyi бошигача инфекцион жараён ривожланса қузғатувчига нисбатан специфик сезгирлик ривожланади. Септик этиологияли фетопатияларда хомилада ривожланиш нуксонлари ривожланади. Улар пролифератив ва альтернатив процесслар оқибати бўлиб каналлар ва тешиқларнинг торайишига олиб келади

I. 3. Ривожланмай колган хомиладорликни клиник белгилари ва асосий диагностик методлари.

Хомиладор аёлдаги субъектив белгиларни : кунгил айниши, кайт килиш, сулак окишини тухаб колиши. Сут безларини хажмини кичрайиши ва юмшаб колиши. Хомиладорликни иккинчи ярмидан бошлаб хомиладор аёлда хомила кимирлашини сезмай колиши, хомила улимидан кейин 3-6 суткаларда тулишиб юмшаган сут безларидан сут келиши. Ривожланмай колган хомиладорликни асосий клиник белгилари корин пастидаги ва бел сохасидаги огрикларни пайдо булиши ва жинсий йуллардан конли ажралмани келиши. Улган хомилани бачадон ичида 3-4 хафтадан купрок вакт мобайнида сакланиб туриши 20% аёлларда лохаслик, умумий холсизлик, бош айланиши ва тана хароратини кутарилиши билан намоён булади.

Хомиладор аёлни объектив текширувида:

- Кин ва бачадон буйнидаги кукиш ранг(цианоз) ва тукималар юмшашининг йуколиши;
- Бачадон улчамининг хомиладорлик муддатига мос булмаслиги (кичрайганлиги) ва бачадон танасини котиб колганлиги;
- Хомила харакатлари ва юрак уришини йуколганлиги;
- УТТ текширувидага узгаришлар ва хулосалар;
- Такрор кон кетишлар, корин пастидаги огрикларни булиб туриши туфайли бачадон буйнини чала очилиши;

Бачадон рецептор апаратининг, хомиладорлик муддати, улик хомиланинг канча вақтдан буён колиб кетишидан катъий назар сезгирлиги пасайиши натижасида бачадон бу энди ёт унсурни чиқариб ташлаш учун ҳеч қандай сезгирлик яъни реакция курсатмайди.

Ривожланмай колган хомиладорликни диагностикаси мураккаб ва куп қиррала булиб уни қуйидагича тартибда урганилади.

I-боскич. Анамнестик маълумотларга кура урганилади ва ривожланмай колган хомиладорликка эга булган аёллар тахлил этилади. Хомиладор аёлларда:

- Зиддиятлашган гинекологик акушерлик анамнези (ЗГАА)-хомиладор аёл анамнезида хомиласини уз-уздан тушганлиги, хомилани антенатал улими, муддатдан олдин тугрук, анамнезида 2 ва ундан ортик абортлар сони, ривожланмаган хомиладорликни булиши жинсий – трансмиссив касалликлари, жинсий органларни яллигланиш касалликлари ;

- Хомиладорликни патологик кечиши-муддатдан олдин тугрук хавфи, купсувлилик, истмикоцервикал етишмовчилик ва уни хирургик йул билан коррекциялаш, хомиладорлик анемияси, хомиладор аёлда сурункали инфекцион (нафас олиш, овкат хазм килиш тизимининг сурункали касалликлари, кариес, тонзиллит) ва соматик касалликларини кузиши, ичак дисбактериози, хомиладорликнинг 2-ярмида грипп билан касалланиш;

- Урогенитал тизимнинг яллигланиш жараёнларида (пиелонефрит, симптомсиз бактериурия, эндоцервицит, кольпит, жинсий йул билан утувчи инфекциялар, бактериал вагиноз);

- Плацента патологиялари;

- Хомиладорлик пайтида утказган инфекцион касалликлар;

II-боскич. Физикал ва объектив текширувлар утказиш:

16 хафталик хомиладорлик муддатигача булган хомиладорларда хомила улимидан кейин 4-5 хафта утиб кин шиллик кавати ва бачадон буйнида цианозни камайиши кузатилади. 20 хафталик муддатдаги ва асосан 12 хафтагача булган муддатдаги хомиладорликда бачадон улчамини хомиладорлик муддатига мос келмаслиги ёки кичрайганлик белгилари;

Бачадон констенциясини узгариши яъни унинг каттиклашиши ёки юмшаб колиши ривожланмай колган хомиладорликни асосий симптоми булиб хисобланиши;

Улган хомилани бачадон бушлигида 4-5 хафтадан зиёд туриши бачадон буйни каналини тугмаган аёлларда 1-1,5 см га, тукаан аёлларда 3 см ва ундан купрок очилишига олиб келиши;

14 хафталик хомиладорлик муддатида хомилани бачадон бушлигида 4 хафтадан купрок туриши натижасида кин кузгулари ёрдамида бачадон курилганда цервикал каналдан эски малла рангли ажралма аникланади. Хомила пуфаги ёриб курилганда мала рангли хомила суви кета бошлайди. Агар хомиладорлик муддати 30 хафталик булиб, улган хомилани бачадон бушлигида 2 хафта давомида турганда III-акушерлик ташки амали билан текширганда крепитация аникланади. Бу бош мия кутиси суяклари орасидан ишкаланиш хисобига юзага келади.

III-боскич. Инструментал текширувлар утказиш:

- Ривожланмай колган хомиладорликни купинча информатив хисобланган диагностик методларидан бири- УТТ аппарати хисобланади. УТТ текшируви ривожланмай колган хомиладорликни клиник симптомлари пайдо булгунича диагностикани бирмунча осонлаштириб эрта ташхислашга ёрдам беради. УТТ текшируви ФПТ томонидан эхографик белгилар аникланади.

- УТТда эмбрион/хомиланинг анатомияси, хомила ички аъзоларининг эхогенлиги аникланади, органометрия, фетометрия, плацентография, когонок сувлари (сифатий ва микдорий), ФПТ томирларидаги гемодинамик курсаткичлар, хомиланинг харакатини аниклайди. [15,21,23].

- Амнион, хорион/плацентанинг узгариши: хорион ёки плацента паренхимасининг калинлашиши, эхогенлигининг узгариши; хориал/ базал пластинка контурининг узгариши, ворсинкалараро ва субхориал бушликнинг кенгайиши, плацентанинг муддатидан олдин етилиши. Куп ёки кам сувлилик, когонок сувларида гиперэхоген чукмалар, амниотик ипларнинг булиши инфекцияга хос белгилардир;

Ультрасонограммаларда хомила улимини белгилари:

- Хомила бошидаги узгаришлар:
- Бош мия суякларининг кирраларини айрилиши;
- Бош мия гумбазларини текисланиши;
- Бош мия кутиси контурларини ассиметрияси;
- Бош мия контурларини йуколиши;
- Хомила улимидан кейин 4-5 кун утиб миянинг урта структурасини йуколиши аникланади;

Хомилада шиш синдром (тери ости шиши, плеврал ва перикардиал суюклик, асцит);

•Хомила аъзолари эхогенлигининг узгариши (перивентрикуляр соха эхогенлигининг ортиши, упка, жигар, буйрак, ичаклар эхогенлигининг ортиши);

•Хомиланинг УТТда анатомиясининг узгариши (вентрикуломегалия, гидроцефалия, пиелоектазия);

•Гепатоспленомегалиянинг булиши;

•ФПТ холатининг бузилиши (хомилани ривожланишдан оркада колиши, гемодинамикасининг бузилиши, юрак уриши ва харакат активлигининг бузилиши).

Хомиладор аёл урогенитал тизимининг инфекцияси натижасида беморларда куйидаги эхографик белгилар: плацента томир бушлигининг кенгайиши, унинг паренхимаси эхогенлигининг бузилиши (80-87% холларда), куп сувлилик (53% холларда), хомила ривожланишдан оркада колиши(46,7% холларда) аникланади.

IV-боскич. лаборатор текшириш усулларида фойдаланилади. Антенатал даврда инвазив текшириш усулларида (бактериоскопик, бактериологик) фойдаланилади.

❖ Кон зардобиди хорион гонадотропин микдорини аниклаш (улган хомилада ХГ микдори 3-9 марта камаяди);

- ❖ Трофобластни b-1-гликопротеини микдорини аниклаш (унинг микдори РКХ да 6-18 мартагача пасаяди);
- ❖ Альфафетопреин микдорини аниклаш (РКХ да альфафетопреин микдори нормага нисбатан 2-4 марта юкори булади)
- ❖ РКХ да периферик конда моноцитлар микдори бирмунча ошади, базофил ва эозинофиллар сони камаяди, ЭЧТ- ошади.
- ❖ Кон ивувчанлигини бузилишини аниклаш учун: (ДВС- синдромида) кон ивиш вактини аниклаш, фибриноген концентрациясини аниклаш, плазма рекальцификация вактини аниклаш, кон лахталари ретракцияси, протромбин комплекси активлигини аниклаш ва коннинг фибринолитик активлигини аниклаш керак булади.

I.4. Ривожланмай колган хомиладорликни даволашда замонавий ёндашувлар.

Ривожланмай колган хомиладорликда ва исталмаган хомиладорликда хомилани узишни хавфсиз ва фойдали хисобланаётган усуллариға медикаментоз йул узиш усули киради. Бу усулни хар томонлама кулайлигини хисобга олинганда охирги 10 йил ичида бир канча давлатларнинг тиббиёт марказлари изланиш ишлари олиб борилган ва миллионлаб аёлларда кенг кулланилган. Бу усулни асосий максади препарат ва препарат комбинацияларини турли усуллар билан (интраамниаль, экстраамниал, парентерал ва кинга) организмға киритилганда хомиладорликни узилишини чакиради ва уругланиш махсулотларини бачадон бушлигидан ташкариға чикаради ва шу билан бирға булиши мумкин булган асоратлар сонини камайтиради.

Хозирги пайтда тугрук преиндукцияси, индукцияси максадида простагландинлар ишлатилади. Жумладан, сайтотек (мизопростол) – яъни E₁ синтетик простагландин кин орка гумбазига 50 мкг дан хар 12 соатда юборилади. Таъсири 20 дакикадан кейин бошланиб, 120-140 дакика давом этади. Тугрукни активлаштириш максадида эса 50мкг дан хар 3 соатда

кулланилади (Каримова Ф.Д., 2005; Baird D.T., 2002). Простогландин E₁ мизопростолнинг аналогли булиб, хомиладорликнинг иккинчи триместрида бола тушишини индукция килиш учун бошқа простогландин препаратларидан анча устун туради ва асоратлар энг кам учрайди (Fiala C. et al., 2003; Shannon C.S. et al., 2005; Vason E.S., 2003).

УзР ССВ тавсиясига биноан хомиладорликнинг 14 хафтасидан 22 хафтасигача булган даврда хомиладорликни узиш учун динопростон ёки мизопростол кин орка гумбазига 400 мкг (2 таблетка) дан хар 3 соатда 3 дозадан 5 дозагача то хомила тулик тушгунча кулланилиши лозим.

Хозирги кунда хомиладорликни 2-ярмида хомиладорликни узишни турли усуллари тавсия этилган. Уларни 5 та асосий усулга ажратиш мумкин:

- гиперосмоляр эритмалар билан асосан 20% натрий хлорид эритмаси билан амниоинфузия;
- дилатация ва эвакуация;
- гистеротомия(абдоминал ёки кин оркали)
- комбинациялашган усуллар;
- простагландинларнинг кулланиши

Россия Медицина фанлари академияси гинекология перинатология ва акушерлик укув марказининг хомиладорликнинг II-триместрида хомилани узиш учун фойдали ва хавфсиз булган усул амниотик суюклик булмаганда простагландин ва натрий хлорнинг изотоник эритмасини интраамниал киритиб куллашни тавсия этган. Хомиладорликни узишни бу усулида куйидагиларга амал килинади.

1. Тирик хомила ва плацентани жойлашишини хисобга олиб асептик шароитда УЗИ текшируви асосида трансвагинал амниоцентез утказилади.
2. УЗИ аппарати экранини куриб туриш оркали жуда секинлик билан натрий хлорнинг изотоник эритмасини интраамниал киритилади, боскичма- боскич шприцга суюклик олиб киритилади ва бачадон ичи инсталляция килинади.

Гиперосмоляр эритмаларни интраамниал киритиш(асосан 20% ли натрий хлорид эритмаси) хомиладорликни II –триместрида хомилани узиш учун кенг кенг кулланилади.Бу усулда амниотик суюклик микдорини аниклаб уни тузли эритма билан алмаштирилади натижада бачадонни актив кискариши ривожланади ва хомила тушиши юзага келади. Амниоцентезни бажаришда турли усуллардан фойдаланилади: трансабдоминал, кин оркали,ёки трансвагинал (олдинги ёки орка кин гумбазлари оркали), цервикал ёки трансцервикал(бачадон буйни канали буйича).Хозирги вақтда амниоцентез купинча корин олдинги девори оркали ва кам холларда олдинги кин гумбази оркали килинади. Амниоцентез утказилганда контрол максатида УЗИ текшируви утказилади.Бу эса амниоцентезни фойдалилигини таъминлаб юзага келиши мумкин булган асоратлар хавфини камайтиради. Бу усул фақат стационар шароитида барча асептика ва антисептика коидаларига амал килган холда утказилади. Бу максадда стандарт игна мандрен билан биргаликда кулланилади. Трансабдоминал амниоцентезда аёлнинг вазияти Тренделенбург ҳолатида булади. Пункция килиш жойи хомиладорлик муддатига боғлиқ булади. Амниотик суюклик аспирация килинганда унинг микдори куйидагича булади: 20- ҳафталикда-150 мл, 21-24 ҳафталикда-200 мл,25-28 ҳафталикда 250 мл. Бу курсаткичлар шартли булиб аёлларда турлича булиши мумкин. 20%ли натрий хлорид эритмасини секинлик

билан интраамниал киритилганда эвакуация килинган хомила сувига караганда 30-50 мл камрок киритилади. Латент давр эритмани инсталляция килинган вақтидан то тулгоқ бошлангунча бўлиб уртача 17-21 соатни ташкил этади. Купчилик аёлларда (90-95%) хомиладорликни узилиши 24-36 соатда юзага келади.

Бу усул юкори эффективликка эга бўлишига қарамасдан, узиға яраша қамчиликлари ва 1,7-2,8 % асоратлари ҳам бор:

- амниоцентез утказилаётган вақтида инвазив травмалар инфекция прцессларни ривожланиш хавфи ошади;
- препаратларни интраамниал киритилганда бачадон гипертонусини юзага келиши;
- моддаларни интраамниал киритганда токсик таъсир этишидан гиперосмоляр комани юзага келиши;
- Амниоцентез утказилаётган пайтда ва хомила тушиши ривожланиши да оғрик факторларини бемор учун муаммо бўлиши;
- Бачадон ва бачадон бўйни травмаларини ривожланиш хавфини бўлиши.
- бачадон ва тухумдонларнинг яллигланиш касалликлари,
- ДВС-синдроми, гипеннатриемия, бош оғриши,
- А/Д тушиши, нотулик аборт, қон кетишлар.

Натрий хлоридни интраамниал киритишга қарши қурсатма:

- оғир юрак қон томир касалликлари,
- бўйрак касаллиги, хомиладорликдаги гипертензив ҳолатлар

- кечки токсикозлар,утказилган операциядан кейинги бачадондаги чандик, плацентани олдинда келиши,

Бачадон буйнини хирургик кенгайтириш ва бачадон бушлигида инструментал ревизия килиш усули(дилатация ва эвакуация) амниоцентез ва препаратларни интраамниал киритиш кийин булганда хомиладорликни 13-16 хафтасида кулланилади. Хомиладорликни бу муддатларида дилатация ва эвакуация методини куллаш хавфсиз хисобланиб, бу метода комбинациялашган дилатацияни, вакуум –аспирация ва махсус хирургик щипцилар кулланади. Хирургик аборт хомиладорликни II-триместрида факат стационар шароитда утказилади. Операция икки этапдан- бачадон буйни каналини кенгайтириш ва хомила тухумини чиқариб ташлашдан иборат. Барча муолажа учун 2 ёки 3 кун сарф булади бу купинча дилатация методини кулланилишига боғлиқдир. Бир пайтнинг узида буйин каналини кенгайтириш ва бачадон бушлигидан хомила махсулотларини эвакуация килиш вена ичи огриксизлантирилиши оркали баъзан эса маҳаллий дилатацияни анестезия мақсадида куллаш оркали утказилади. Муолажа олдида бачадон буйни кичикча олинади.бачадон буйни ва танаси оралиги кискаради. Кейин бачадон зонди оркали бачадон бушлиги узунлиги аникланади ва кенгайтиргичлар оркали кенгайтирилади. Кенгайган бачадон буйни канали оркали махсус щипцилар оркали хомила тухумлари чиқарилади.

Хомиладорликни II-триместрида хомиладорликни узишни узок вақтлар давомида эффектли хисобланган усуллардан бири гистеротомиядир. Хомиладорликни узишни бошқа усуллари билан солиштирилганида ва замонавий даражадаги оператив техникадан фойдаланилганда ҳам гистеротомия энг юкори огир асоратларни юзага келтиради.Бу купинча кин оркали тугрукни утказишни шароити булмаганда ёки қарши курсатмалар булганда тезлик билан бачадон бушлигига кириш билан боғлиқ. (огир экстрагенитал патологиялар, плацнетани олдинда келиши).

Хозирги вақтда одатда гистеротомия корин олдинги деворидан Пфанненштил буйича ков устидан кундаланг кесиб очиш ва буйлама кесим ков ва киндик орасидан кичик кесар кесиш оркали утказилмокда. Кундаланг кесимдан кейинги чандиклар анча чидамлироқ булади, кам холларда операциядан кейинги чурралар ва тери чандиклари билан асоратланади. Операциядан кейин корин парда реакциялари камроқ кузатилади касаллар ҳам операциядан кейин тромбофлебит ва бошка асоратларни олдини олиш мақсадида урниларидан эрта турадилар. Кундаланг кесим ков усти бурмаси буйича 12-15 см узунликда, ёйсимон шаклда утказилади. Корин олдинги девори каватма кават кесиб очилади. Охирида бачадондан хомилани олиш учун кириб бориш улчамлари баҳоланади. Бачадон кесиб очилади таркибидаги махсулотлар олиб ташланади ва охирида бачадон ва корин бушлиги тикилади. Кин оркали кесар кесиш операцияси да бачадонга кириш кин оркали булади бачадон буйни канали бачадон пастки сегментини кенгайтириш хисобидан очилади. Хозирда бу усулни камчиликлари куплиги туфайли кин оркали кесар кесиш операцияси кулланилмайди.

Эришилган ютуқларга қарамасдан ва хомилани антинатал сақлаш етарли бўлганда ҳам бир қатор ноқулай факторларнинг таъсири натижасида хомилани улиши кузатилади. Бу ҳолат аёлларнинг рухий зуриқиши билан боғлиқ бўлиб бу бачадонда улик хомилани туриши вақтинчалик репродуктив функция ва ҳайзнинг бўлиши ва баъзан нотулик хомилани узилишида рационал терапия усуллари куллаганда интоксикация қуринишида намоён булади. Бачадондаги улик хомилани узиш мақсадида узок вақт консерватив усуллари куллаганда оғир асоратлар юзага келиши мумкин (хомила суви билан эмболия бўлиш, гипофибриногенемия ва гипотония натижасидан қон кетишлар, инфекциялар). Хомиладорликнинг II- триместрида улик хомилани узидан тугилиши жуда кам холларда кузатилади чунки беморларда туғруқни индукциясини утказиш керак булади. Улик хомилада

бачадонни кискариш активлигини кузгатиш кузгатиш кийинчилик тугдиради, чунки бу бачадоннинг инертлиги билан богликдир. Хомиладорлик муддатининг 12 –хафтасидан кейин организмдаги гормонал фон бачадоннинг кискариш кобилятини юзага келишига ёмон таъсир курсатади, бу купинча бачадонни окситоцинга сезгирлигини пасайганлиги билан богликдир. Бундан ташкари бачадонда улик хомилани туриши,хомила кисмларини мацерация булиши хам хомиладор аёл гипофизидан рефлектор равишда окситоцинни ажралишини пасайтиради. Шунинг учун хомила улимида бачадон кискариш активлигини кузгатиш максатида катта дозадаги экзоген окситоцинни ташкаридан киритилади. 12 хафтадан катта булган ривожланмаган хомиладорликда хомилани узиш учун 5% ли -400 мл глюкоза эритмасини вена ичига бир минутда 25 томчидан (Б.Л.Гуртов схемаси) юборилади. Бу глюкоза эритмасига 10 ЕД окситоцин кушилиб секин чайкатилади. Биринчи 100 мл киритилгандан сунг (300 мл колди) яна 10 ЕД окситоцин флаконга кушилади, иккинчи 100 мл киритилгандан кейин (200 мл колди) яна 10 ЕД окситоцин флаконга кушилади. Учинчи порция 100 мл киритилгандан кейин (100 мл колди) яна 5 ЕД окситоцин флаконга кушилади. Биринчи флакон киритилиши тугамасдан иккинчи тайёрланган 5% ли -400 мл глюкоза эритмасини+ окситоцин эритмали флаконни яна юкоридаги тартибда юборилади. Флакондаги окситоцинни суммар дозаси 35 ЕД ни ташкил этади, кун давомида эса 70 ЕД гача окситоцинни киритиш мумкин булади. Эритмани киритиш эрталаб бошланади (соат 6-7 ларда) 2 та флаконни умумий киритилиш вакти 6-7 соатни ташкил этади. Регуляр дардлар бошланишидан аввал спазмолитик ва анальгетик препаратлар киритилади. Окситоцинни киритилиш процессида хар соатда пульс сони ва артериал кон босими улчаб турилади.Агар хомилани узилиши (тугрук) биринчи суткада юзага келмаса , худи биринчи кун тартибидек глюкоза+ окситоцин эритмасини иккинчи кун

эрталаб кайтадан вена ичига юборилади. Катта дозадаги окситоцинни вена ичига томчилаб киритиш методи бошқа методлар билан солиштирганда юкори эффективликка ва кам асоратлар бериш хусусиятига эга. Окситоцин бачадонда юкори контрактил активликни етарлича таъминлайди ва унинг тоник зурикишини сакланиб турушига олиб келади. Бу патология эса массив кон кетиши билан асоратланади натижада эса бачадон гипотонияси ва гипофибриногенемияни юзага келтиради. Вена ичига катта дозадаги окситоцинни киритилишига сурункали буйрак ва юрак касалликлари, гипертония касаллиги карши курсатма хисобланади.

Медико- техник прогресс натижаларига кура юкоридаги барча методлар фанда ва амалиётда яхши ривожланган булиб хар бир метод етарлича эффектли булишига карамасдан бир катор асоратлари ва утказилишига карши курсатмалари борлиги билан фаркланади. **Ривожланмай колган хомиладорликни II триместрида хомилани узиш учун ишлаб чикилган асосий тенденцияга эга булган методлардан бири медикаментоз яъни « хавфсиз» абортдир.** Бу методни афзаллиги шундаки у максимал хавфсиз, оператив аралашувлари чекланган, ва простагландинларни ноинвазив кулланишидир.

Медикаментоз абортни куллашни ижобий томонлари:

1. Хирургик абортдан фаркли равишда стерил операцион мухит талаб килинмайди яъни инфекцион касалликлар билан зарарланиш хавфи кузатилмайди.
2. Хирургик абортга караганда препаратлар арзон ва ноинвазив усулдир.
3. Оналар улими хавфини йуклиги.
4. Аёллар таблеткаларни кабул килганда хирургик муолажага караганда кам эмоционал зурикишни кузатилиши.

5.Огриксизлантиришни талаб этилмаслиги.

6.Бир ойдан кейин хайз циклини 100% тикланиши.

7.Купчилик аёлларга огрик колдирувчи препаратлар керак булмайди.

Медикаментоз абортни куллашни салбий томонлари:

1. Кам холларда кучли кон кетишлар кузатилади.
2. 3% гача беморларда бу муолажа охиригача тугамаса вакуум-аспирация усулини утказиш керак булади.
3. Препаратлар кабул килинганда кайт килиш, коринда огрик, ва понос курунишидаги ножуя белгилар кузатилади.

Хомиладорликни 2 триместрида хомилани медикаментоз узишга карши курсатмалар:

Мутлок карши курсатма:

- 1.Буйрак усти беи етишмовчилиги
2. Кортикостероидларни узок вакт кабул килиш
3. Кон ивиш тизимини бузилиши
- 4.Кандли диабетни декомпенсация боскичи
- 5.Буйрак ва жигар етишмовчилиги
6. Препаратга нисбатан аллергик реакция булиши
- 7.Антикоагулянтлар билан даволаш утказилганда
8. Катта улчамдаги бачадон миомасида

Нисбий карши курсатма:

- 1.Кичик улчамдаги бачадон миомаси ва чандикларида

3.Бачадон ичи контрацепцияси фонидаги хомиладорликда

4.Бронхиал астма ва бошқа бронхо-обструктив касалликларда.

5.Юрак кон томир касалликлари(юрак ишемик касаллиги гипертония касаллиги)

Медикаментоз аборт учун простагландинларни синтетик аналоглари кулланади. Простагландинларни синтетик аналогларининг фармакологик хусусиятлари бу таъсир давомийлиги ва куп марта эффективликка эга булганлиги ва уларни перорал, мушак ичи, вагинал ва интрацервикал киритиш усуллари ишлаб чиқилганлигидир.Простагландинлар хомиладорликни турли муддатларида куланилганда препарат дозасини ошириш , ва оқибатларини булиш хавфини йуклиги, шунингдек асоратлар сонини камайишини хам куриш мумкин.Простагландинларни киритиш факатгина махаллий кулланганда (интрацервикал, вагинал) кисман , кайта кулланганда ножуя таъсирлари кузатилади.Ножуя таъсирлар сонини камайитириш ва аборт индукция вақтини кискартириш учун простагландинлар комбинацияси умумий ва махаллий йуллар билан киритилади.Ривожланмай колган хомиладорликни II- триместрида хомилани узишнинг оптимал варианты бу шартли равишда хавфсиз аборт хисобланади.

Аёлларда хавфсиз абортни утказиш учун куйидаги текширувлардан утказиш керак:

1.Анамнез маълумотларини йигиш

2.Бимануал текшириш ва бачадон буйнини ойнада куриш

3.Кин тозалик даражасини аниклаш

4.Кин ва сийдикни клиник тахлили

5.Кон группаси ва резус факторни аниклаш

6.Конни ВИЧга, Вассерман реакциясига ва гепатит В ва С га текшириш.

7.Гемостазиограмма

8. Бачадон ва хомилани УЗИ килиш(хомиладорлик муддатини аниклаш,хомила юрак уришини ва плацента локализацияси)

9.Терапевт куриги ёки бошка мутахасислар куригидан утиш

Стационар шароитда хавфсиз абортни утказиш учун 2 этапдан фойдаланилади.

1.Бачадон буйнини тайёрлаш

2.Бачадонни кискариш кобилиятини кузгатиш.

Хомиладорликни II- триместрида хомиладорликни узишда хомилани тусиксиз эвакуация килиш учун бачадон буйнини етарлича кенгайтириш талаб этилади. Бу максатда гидрофил кенгайтиргичлар ва простагландинларни вагинал ва интрацрвекал куллашдир.Физиологик шароитда табиий простагландин E2 (динопростон) хомиладорлик охирида ва тугрук пайтида бачадон буйнига махаллий кулланади.Динопростон бириктирувчи тукимада утиб кетувчи структур узгаришларни чакириб,махаллий таъсир этиши натижасида бачадон буйнини тулик очилишини таъминлайди.

Куйидаги простагландинлар махаллий кулланилади:

1.Гемепрост- простагландин E 1ни анологи булиб, факат шамча куринишида 1 мг дан кинга кулланилади, таъсир давомийлиги 3-6 соатгача булиб, кунгил айнаши ва диарея каби ножуя таъсир курсатади.

2.Карбопрост метил эфири- простагландин F2a анологи булиб, препарат табиий воситаларга караганда 20 марта кучли хисобланади.Препаратни биологик таъсир давомийлиги 3-6 соатни ташкил этади.Кин шамчалари куринишида 1,5 мг дозадан махаллий кулланилади. Карбопрост метил

эфири простагландин Е анологларига караганда ошкозон ичак трактида купрок ножуя таъсир курсатади.

3. Менепрост-простагландин Е2 ни анологи булиб вагинал гелъ курунишида махаллий кулланилади. Ножуя таъсирлари нисбий кам кузатилади.

4. Динопростон (табиий простагландин Е2) таблетка курунишида кинга махаллий кулланилади. Таркиби 20 мг силикон асосли полидекстрани гелейдан иборат. Махаллий кулланилганда бронх периферик кон томир ва ошкозон ичак трактидаги силлик мускулларига простагландинлар кучсиз таъсир курсатади. Махаллий куллашга карши курсатма бу: хомиладорликни табиий тугрук йуллари оркали узиб булмаслиги, хомиладорликда аникланмаган генезли вагинал кон кетишлар ва простагландинларга сезувчанликни ошиб кетиши.

Сунги йилларда акушерлик ва гинекология амалиётида умумий эффектив таъсирга эга юкорида курсатилганлардан ташкари (кичик кесар кесиш операциясини истисно килган холда) хомиладорликни II-триместрида хомилани узиш мақсадида бачадон буйни каналини кенгайтириш учун табиий ламинария (сув утларидан тайёрланган *Laminaria digitata* или *Laminaria japonica*) ва синтетик ламинария (поливинили спирт полимерларини кушилмаси – ламицель, мероцел) ва гидрогел полимерлар (дилапан) ва простагландин сакловчи геллар (интрацервикал киритиш) кенг кулланилмокда. Улар кулланилганда бачадон буйни туқималарида эндоген простагландинлар синтезини оширади ва кондаги простагландинлар концентрациясини оширади. Табиий ламинариялар синтетик ламинариядан фарқи улар узунлигини узгармасдан қолиши булиб кулланганда бачадон буйни диаметри 4-12 соат давомида 3-5 марта купрок катталашади. Синтетик ламинарияни табиий ламинария билан солиштирганда улар юкори тезлик билан сурилиб бачадон буйни каналида спастик огрикни юзага келтиради.

Ламицель таркибида поливинилалкогол полимери, сульфат магнийдан иборат булиб диаметри 3-5 мм ва узунлиги 75 мм ли цилиндрик тампон куринишида булади. Бу тампон куйилганида бачадон буйнида суюклик абсорбцияси кузатилади ва диаметри ошиб бачадон буйнини нисбий юмшоклиги сакланиб қолади. Ламицель бачадон буйнида коллагенолитик активликни стимуллайди ва тукумаларни простагландин Е га булган сезувчанлигини оширади.

Дилапан юпка пластикли стержендан тузилган булиб усти кавати гидрофил полимерли полинитрилакрилдан иборат. У бошка гидрофилларга караганда купрок эффектли булиб, бачадон буйнида жуда тез сурилади 2-4 соат давомида 5 мм дан 12 мм гача бачадон буйнини канали тезлик билан очилишига сабаб булади. Дилапанни асосан механик йул билан таъсир этади. Дилапан осон киритилиб осон олинадилекин у бачадон буйнида 4 соатдан купрок колдирилганда уни олиш кийинчилик тугдиради. Хомиладорликнинг II- триместрида хомилани узиш учун бачадон буйнини тайёрлашнинг физиологик усулларига таркибида гидрофил кенгайтирадиган оддий, атравматик ёки таркибида простагландин Е сакловчи гелларни вагинал ёки интрацервикал киритиш киради. Юкорида курсатилган моддаларни техник тугри куллаганда етилмаган бачадон буйнини тайёргарлигини таъминлаш оркали бачадонда хавфсиз минимал кискариш кучини ривожланишини куриш мумкин. Бачадон буйнини очилиши 12 соат давом этади. Кин оркали текширганда бачадоннинг катталиги, жойлашиши, шакли аникланади. Беморга простагландинларни интрацервикал киритилгандан кейин сийдик пуфаги бушатилиб гинекологик махсус дозадаги шприцга гелни олиб бачадон буйни канали оркали хомила кобигигача киритилади кейин эса шприц секинлик билан олинадилекин.

Бачадонни кискариш кучини кузгатиш учун простагландинни синтетик аналогилар – наладор-500 ни 500 мкг дозадан хар 4 соатда ёки

простин 15/М 250 мкг дозадан хар 2 соатда кулланади. Хомилани тулик узилиши учун наладор-500 инъекциясидан уртача 2-3 та, простин 15/ М дан 4-5 та керак булади.Бачадоннинг регуляр кискаришлари бошланиши билан спазмолитик ва анальгетик препаратлар тайинланади. Бачадон буйни етарлича тулик очилганда амниотомия утказилади. Хомила тулик узилгандан кейин эса бачадон бушлиги инструментлар ёрдамида кайта текширилади.Х омилани узилиши пайтида ва шунингдек ундан кейинги даврда аёлнинг ҳолати динамик кузатиб турилади (умумий ҳолати, пульс, артериал кон босими, бачадон ҳолати, ажраладиган коннинг микдори). Хомиладорликни II-триместрида простагландинларни куллаш бу хомилани кечки узилиш умумий давомийлиги кискаради. Бу метод ривожланмай қолган хомиладорликларни узиш мақсадида ва медабортларни аёл репродуктив функциясига зарарли таъсир курсатишини камайтириш учун хомиладорликнинг иккинчи триместрида медицина амалиётида янги метод сифатида кенг куллаш учун янада такомиллаштирилмоқда.

Хомилани узишдан эффект бўлмаган ҳолларда (прстагландинлар киритилгандан бошлаб хомила узилиши 24 соат ичида кузатилмаганда) келгуси кун барча курс тулик ҳажмда қайтадан қайтарилади. Хомила узилгандан кейин иккинчи кун коннинг клиник таҳлили ва бачадонни сканерли ультратовуш текширувидан утказилади. Асоратлар кузатилмаганда врач аёлга уйига кетиш учун жавоб беради ва яшаш жойидаги аёллар консультациясида бўлишни тавсия этади.Курсатма бўлганда профилактик мақсадда антибиотиклар кулланилади. Лактацияни камайтириш мақсадида парлодел (бромокриптин) 2,5 мг дан 2 маҳал суткасига 14 кун давомида берилади.

Хомиладорликни II- триместрида хомилани узишни индукция қилиш мақсадида антипрогестагенлар кулланилмоқда.Шулардан бири мифепристон (19- норстероид) бўлиб у глюкокортикостероид ва

пргестерон рецепторларини блоклайди. У оғиз оркали киритилганда активлашади ва қабул қилгандан кейин 2 соат утиб қон плазмасидаги миқдори пик даражасига етади. Қон плазмасидан ярим чиқарилиш даври 24-48 соатни ташкил этади. Бачадонни қисқариши препарат киритилгандан бошлаб 12 соатдан 36 соатгача давом этади. Мифепрестон прогестерон гормонини блоклайди натижада бачадонда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади. Бачадон шиллик пардасидаги ўзгаришлар, бачадон бўйнини очилиши ва юмшаши, бачадон рецепторларининг простагландинларга сезувчанлигини ошиши. Мифепрестон ҳомиладорликни II- триместрида простагландинни синтетик аналоглари билан комбинация тарзда ҳомилани ўзилиш сифатини яхшилаш мақсадида қўлланади. Қўпинча мифепрестон 200 мг дан 600 мг гача 24-48 соат давомида простагландинлар киритилгунича бўйурилади. Простагландинлар маҳаллий (қин таблеткалари, шамчалар, интрацервикал апликациялар) ёки системали (мушак ичига вена ичига) қўлланади. Препаратларни биргаликда қўллашдан мақсад бу аборт индукция вақтини қамайтириш, ошқозон ичак тизими бўзилишларини қамайтириш, шунингдек простагландинлар дозасини қамайтиришдан иборат.

II.БОБ.Текшириш материаллари ва усуллари.

II.1. Текширув утказилган беморларнинг умумий тавсифи.

Клиник гурухлар.

Бизнинг уз текширув ишларимиз давомида Самарканд шаҳар №3 сонли мажмуасида 2011-2013 йиллар давомида келиб даволанган,хомиласи ривожланмай қолган 70 нафар хомиладор аёл танлаб олинган. Хомиласи ривожланмай қолган аёлларни касаллик тарихини ретро- ва проспектив таҳлил қилдик. Барча беморларни 2 гуруҳга бўлиб ургандик.

Гуруҳларга бўлиниш критериялари:

Асосий гуруҳ 35 РКХ га эга бўлган хомиладорлар. Бу гуруҳ асосий тадқиқот гуруҳи бўлиб, хомиладорликни ўзиш мақсадида простагландин Е 1 аналоги мизопростол(сайтотек) қўлланилган. Хар бир аёл учун махсус хронокарта варақаси юритилган ва бевосита текширилиб урганилган. Хронокарта жами 30 параметрдан иборат бўлиб, унда паспорт маълумотларидан ташқари аёлнинг жисмоний курсаткичлари, анамнез (утказган соматик ва гинекологик касалликлари) утказилган оператив аралашувлар, диагноз, акушерлик статуси ва барча лаборатор таҳлиллари, утказилган. Даво муолажалари, тугруқ натижалари ва шу билан биргаликда хомиллага оид маълумотлар ҳам урин олган.

Назорат гуруҳи учун ҳам 35 нафар РКХ га эга бўлган хомиладорлардан иборат бўлиб буларда хомиладорликни ўзиш учун трансцервикал амниоцентез усули қўлланилган. Ретроспектив гуруҳдаги хомиладор аёлларда ривожланмай қолган хомиланинг этиологияси, клиник кечиши, олиб бориш тактикаси, ва хомиладорликни ўзиш усуллари факат касаллик тарихидаги маълумотлар асосида урганилган. Текшириш изчиллиги хронокарта ёрдамида таъминланган.

Асосий гуруҳдаги хомиладор аёлларда ривожланмай қолган хомиладорликни клиник кечиши, унга олиб келган фон хасталиклар, асоратлар анча кенгрок ҳажмда урганилган.

Даволаш тактикасини белгилашда нафақат хомиладорлик муддати, балки хомиладор аёлнинг биохимик курсаткичлари, гематологик ва коагуляцион курсаткичлари, гемодинамик параметрлар ва бошқалар аҳамиятга эга.

II.2. Текшириш усуллари.

II.2.1.Ультратовуш текшируви

Барча хомиладор аёлларда ҳар бир триместрида ультратовуш текшируви ўтказилди. Текшириш ультратовуш аппарати ёрдамида трансабдоминал усулда 2,45 МГц кучда секторал(конвексал) датчик ёрдамида ўтказилди. Текшириш давомида плацентанинг жойлашиши, унинг структураси ва етилиш муддати, гестациянинг муддати бўйича плацентанинг ривожланиш даражаси урганилди. Хомила биометрияси бир неча босқичда хомиланинг умумий анатомияси, бошининг қуриниши ва бош миёна структураси бундан ташқари, умуртка поғонаси текширилди. Қўлқўрғин қўли аъзоларининг тузилиши, қўлқўрғин девори, қўл-оёқларининг тузилиши текширилди. Фетометрик ўлчовлардан хомила бошининг бипариетал ўлчамлари, қўлқўрғин айланиши, сон суягининг узунлиги аниқланди ва гестациянинг муддатига қўлқўрғин хомила ўлчовлари солиштирилди.

Қўлқўрғин сувлари сифатий ва миқдорий текширилди, гестациянинг муддатига қўлқўрғин биометрик солиштирилди. Ўлдошнинг эхографик ҳолати, унинг етилиш даражаси, қўлқўрғин ва ўчоқли ўзгаришлар текширилди, хомиланинг умумий аҳоли баҳоланди. Ҳар 2 гуруҳ хомиладорларда УТТ текшируви ўтказилди.

УТТ текшируви Самарқанд шаҳар №3 сонли тўғруқ комплексида ўтказилди.

Текшириш усуллари ва сони

№	Текшириш усуллари	сон	%
1	Умумий физикал текшириш	35	50%
2	Гинекологик текширув	70	100%
3	Ультратовуш текширув	70	100%
4	Умумий кон ва сийдик тахлили	70	100%
5	Кон гурухи ва Rhомилини аниклаш	70	100%
6	Коннинг биохимик тахлили	70	100%
7	Кон ивувчанлигини Сухарев буйича аниклаш	70	100%
8	Протромбин вакти ва индекси	70	100%
9	Фибриноген миқдори	70	100%
10	Рекальцификация вакти	70	100%
11	Гематокрит курсаткичи	70	100%
12	Кин тозалик даражасини текшириш	60	85%
13	Кин ва бачадон буйни ажралмаларини бактериологик текшириш	51	72%
14	Мутахассислар куриги	70	100%
15	Хомила ва плацентар туқимани гистологик текшириш.	15	42%
			-

Шундай килиб ривожланмай колган хомиладорликка эга булган аёлларда 15 та клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари утказилган.

II.2.2. Клиник ва лаборатор текширишлар

Барча хомиладорда акушерликда утказиладиган зарурий умумтиббий клиник, лаборатор текширишлар утказилди.

Умумий кон тахлили-1 мл кон хажмида эритроцитлар сони, гемоглобин концентрация аникланади. 1мл конда лейкоцитлар сони, лейкоцитар формула (лейкоцитлар турли фракцияларинг фоиздаги нисбати) текширилади. 1с да эритроцитларнинг чукиш тезлиги аникланади. Бу текшириш усули Самарканд шаҳар №3 сонли тугрук комплексининг лабораториясида утказилди.

Умумий сийдик тахлили- сийдикнинг микдори, таркиби, тиниклиги, нисбий зичлиги текширилди. 1мл сийдикда бактериялар, эритроцитлар, лейкоцитлар сони саналди. Сийдик ажратиш тизимида инфекцион асоратлари билан кечган хомиладорларда Зимницкий синамаси утказилди. Бунда суткалик сийдик микдори, суткага таксимланиши, сийдикнинг нисбий зичлиги текширилди. 1мл сийдикда эритроцитлар, лейкоцитлар, бактериялар аникланди. Конда умумий оксил биурет усулида аникланди. Кон ивиш вакти Сухарев буйича текширилди.

II.2.3. Микробиологик текшириш

Биз уз ишимизда клиник микробиологик текширишни 35 нафар хомиладор йигилган материалларда микробиологик текшириш утказдик.

Текширишимиз учун материал асептика коидаларига катъий риоя килинган холда стандарт стерил пахта докали тампонда олинди ва стерил пробиркаларга солинди. Кундузги вақтда олинган материаллар 30 минут давомида бактериологик лабораторияга етказилди. Тунги вақтда олинган материаллар 37°С хароратли термостатда сакланди.

Культурал микробиологик ташхислаш утказишда текшириш материалдан максимал даражада микробларнинг турлари текширилди. Озик мухити сифатида купчилик шартли патоген микроорганизмлар яхши усадиган 5% ли конли агар танланди. Устирувчи мухит сифатида 1%ли шакарли бульон олинди. Тампон ёрдамида синама олинди ва олинган синама конли агарга зич штрих килиб экилди. Экмалар 37°Сли хароратда сакланди.

Микроблар ушиб чиккандан кейин усган колониялар сони саналди ва 1мл синамада саналди. КОЕ/мл да синаманинг колонизация даражаси аникланди ва куйидаги схемада микроорганизмларнинг усиш даражаси микдой бахоланди:

I-жуда кам. Каттик мухитда микроблар усмаган, суюк мухитда эса микроорганизмлар усиши кузатилди.

II-кам микдорда. Агарда микроорганизмлар 10 тагача колонияси аникланди (10^1).

III-уртача микдорда. Агарда 11-100 колониялар аникланади (10^2).

IV-куп микдорда. Агарда 100 дан ортик колониялар аникланади (10^3).

Бирламчи экмаларда кайд килинган хар бир колонияларни умумий таркалганлигидан ташкари хар бир колонияларнинг усиши микдорий бахоланди. Хар бир ажратиб олинган микроб штаммларида диффузия усули ёрдамида агарда стандарт когоз дискларни куллаб 10 та антибиотикка микробларнинг сезгирлиги аникланди.

Натижалар микробларнинг турига кура (типик локализациясини инобатга олган холда) ва микдорий (бактериялар ассоциацияси контаминацияси) тахлил килинди. Ажратиб олинган кузгатувчиларнинг суртмалар ёрдамида культурал, биохимик хусусиятлари урганилди. Текширишлар антибиотикотерапия бошланганча утказилди.

II.2.4. Бактероскопик текшириш

Бактериоскопик текшириш учун суртма уретра, цервикал канал, киннинг орқа ён деворларидан олинди. Материал предмет ойнасига суртилди, хона хароратида курилди. Натив суртмалар Романовский ва Грамм усилида буялди. Суртмани микроскопиясида шаклли элементлар (лейкоцит, эритроцитлар), эпителий ва флораси аникланди. Бундан ташқари суртмада махсус флора хламидиялар аникланди. Курув майдонида саналди. Суртма йиғиш бемор мурожаат қилиб келганда ва динамикада терапия фонида аникланди. Бактериоскопик текшириш Самарканд шаҳар №3 сонли тугрук комплексида ўтказилди.

II.2.5. Хомила ва йулдош туқимасини гистологик текшириш.

Ривожланмай қолган хомиладорликка эга бўлган аёлларда асосий гуруҳдаги хомиладор аёлларда тугрукдан кейин йулдошни макро- ва микроскопик текширганимизда йулдошда инволютив, компенсатор-мослашув, яллигланиш жараёнлари ва циркулятор бузилишлар аникланди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги йулдошда инволютив-дистрофик ўзгаришлар ва циркулятор бузилишлар аникланди, назорат гуруҳида йулдошни текшируви ўтказилмаган.

Йулдошдаги циркулятор бузилишлар асосий гуруҳда турли даража-да қузатилди. Асосий гуруҳда плацентада қон айланишининг бузилиши даражаси турлича бўлиб ишемик некроз ва ворсинкалараро бўшлиққа қон қуйилиши қуринишида қузатилади..

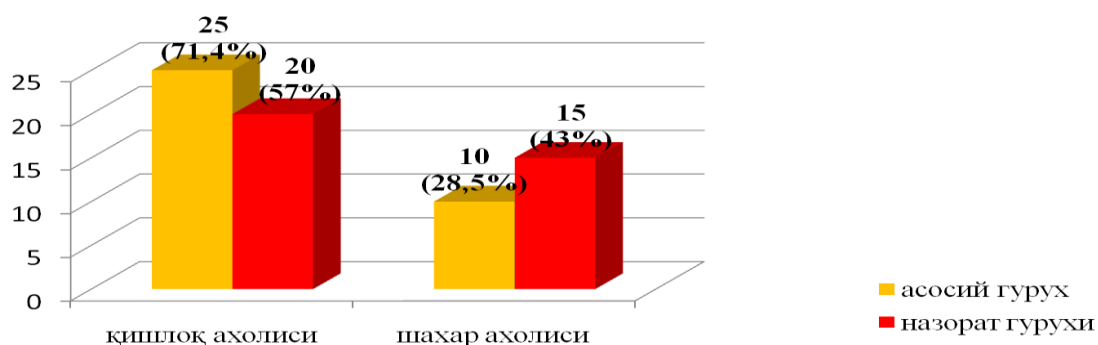
Асосий гуруҳда-плацентада плацентар етишмовчиликка ҳос морфологик ўзгаришлар аникланди. Асосий гуруҳдаги плаценталарда турли характерда, локализацияда ва ривожланиш даражасида яллигланиш ўзгаришлари қайд этилди. Йулдошдаги яллигланиш жараёнлари хомилада ҳам турли ўзгаришларга олиб келганлиги аникланди.

Йулдошни текширганимизда унда турли даражадаги яллигланиш жараёнлари (плацентит) кузатилди. Бир вақтнинг узида плацентанинг ҳам хои́ла ҳам она қисмида бир қатор патоморфологик узғаришлар кузатилди. Амниотик парда ва хориал пластинкада қуп ҳолатларда патологик узғаришлар кузатилди. Амнионда яллигланиш реакциялари- стромасининг шиши, лейкоцитар инфильтрация кузатилди. Хориал пластинка томирларида деворларининг шиши, эндотелийсининг пролиферацияси ва унинг бушлигининг торайиши, алоҳида ҳолатларда томирларида стаз аниқланди.

III БОБ.Тадкикот натижалари.

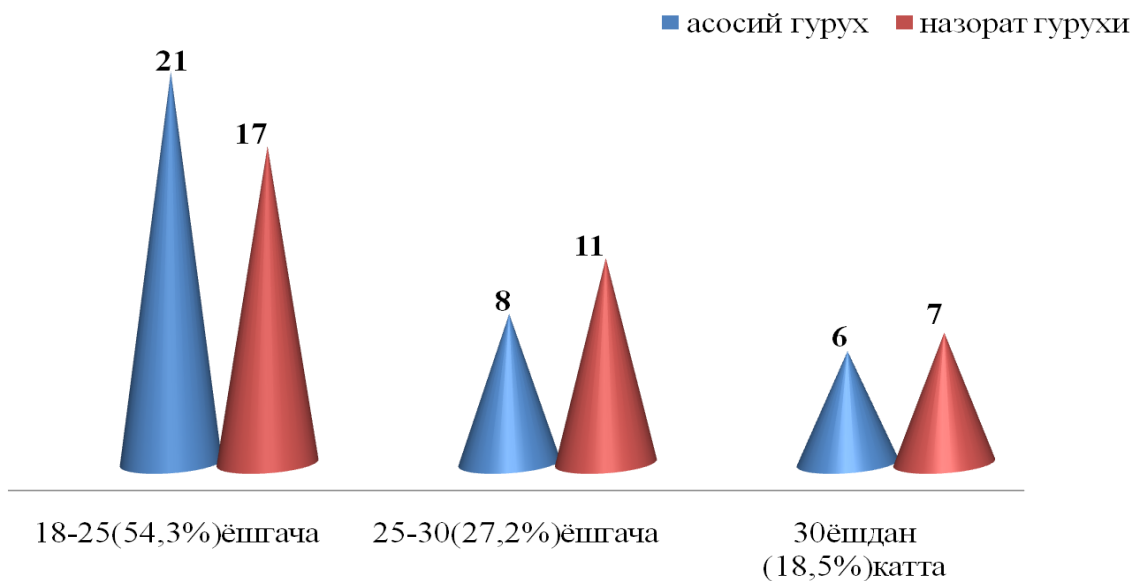
III.1. Текширилган беморларнинг анамнестик характеристикаси

Текширилган жами 70 нафар хомиладор аёлларнинг яшаш жойи буйича: асосий гуруҳида 25 (71,4%) нафари қишлоқ аҳолиси 10(28,5%) нафари шаҳар аҳолисига, назорат гуруҳида эса 20 (57%) нафари қишлоқ аҳолиси,15(43%) нафари шаҳар аҳолисига тугри келди.(диаграмма 1)



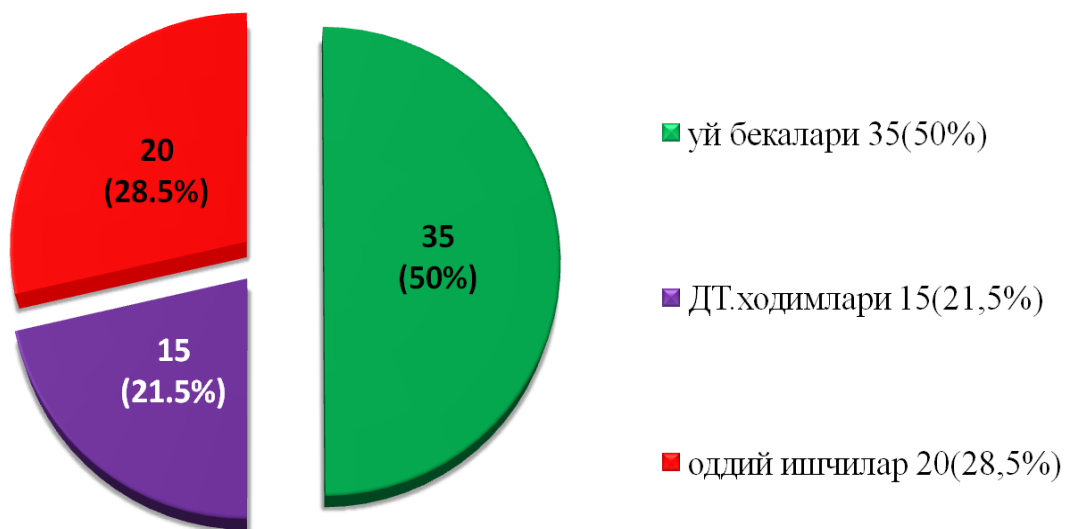
III.1.1. Текширилаётган гуруҳдаги хомиладор аёлларнинг социал статуси ва ёши буйича характеристикаси. (диаграмма 2).

Текширилаётган асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларни ёши буйича қуйидагича тақсимланди. Асосий гуруҳда 18-25 ёшгача бўлганлар 21 нафар, назорат гуруҳида 17 нафарни, 25-30 ёшгача бўлганлар 8 нафар, назорат гуруҳида 11 нафарни, 30 ёшдан катта бўлганлар 6 нафар, назорат гуруҳида 7 нафарни ташкил этди. Жами кузатилган хомиладорларнинг ярми (54,2%) 18-25 ёшда, 27,1% и 25-30 ёшда ва 18,5% и 30 ёшдан катта бўлганлигини кўрсатди



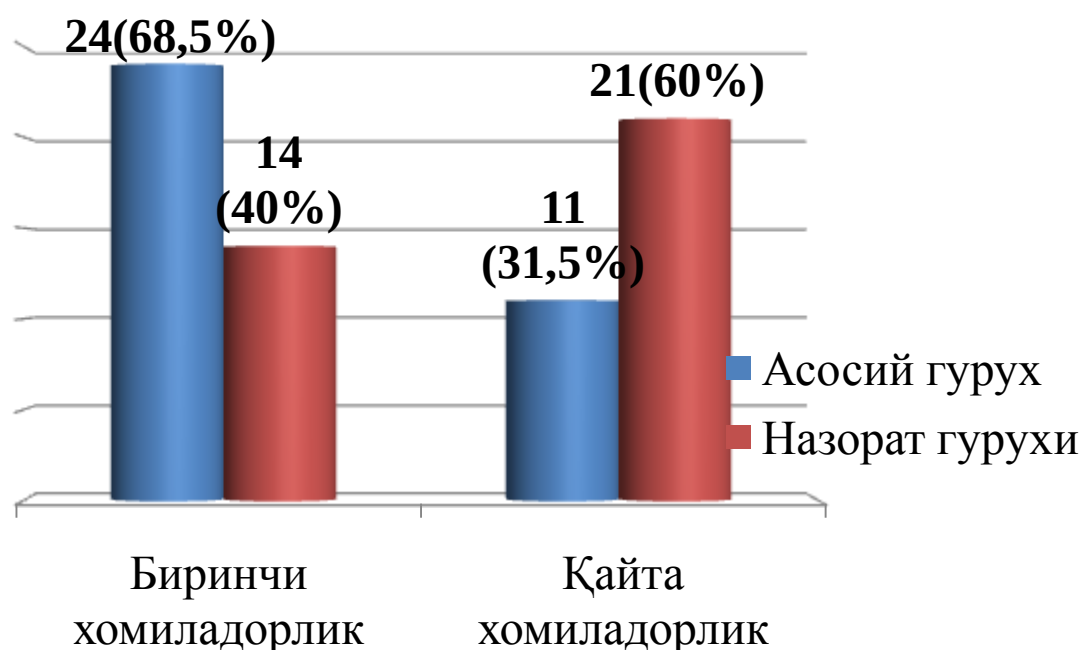
Шундай килиб хомиласи ривожланмай колган хомиладорларни 3/4 қисми оптимал фертил ёшда эканлиги аникланди.

Уларни касби бўйича тақсимланиши куйидагича: 35 (50%) нафари уй бекалари, 15 (21,4%) нафари давлат ташкилоти ходимлари, 12(17,1%)нафари хамширалар, 8(11,4%) нафари оддий ишчиларни ташкил этди.



Хомиласи ривожланмай колган хомиладор аёлларни паритетини урганганимизда куйидаги маълумотларга эга булдик. Бу маълумотлар куйидаги гистограммада курсатиб утилган. (диаграмма 4).

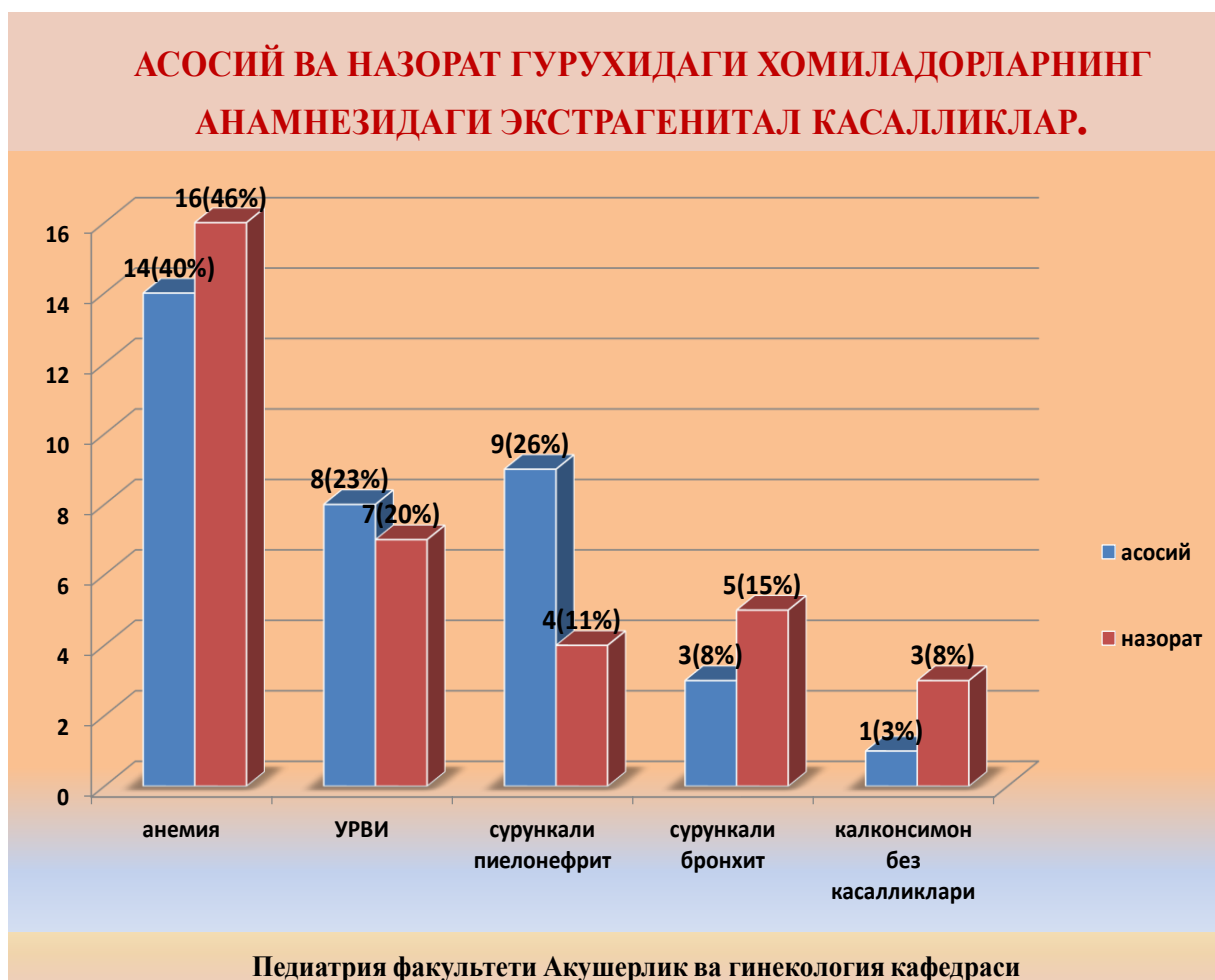
Текширилган хомиладорларни паритети.



Аникланишича ривожланмай колган хомиладорлик кузатилган хомиладор аёллар орасида биринчи хомиладор булган аёллар купчиликни ташкил этади: хар иккала гурухда 24 нафар(34%) аёл биринчи хомиладор булган аёл булган. Анамнезидан 3 та ва ундан куп тукканлар 17 нафар(24,2%) ва 16 нафар (22,8%) ни ташкил этди. Асосий ва назорат гурухида факат 13 нафар(16%) ни ташкил килганлар II-хомиладор аёллар булганлиги аникланди.

III.1.2. Асосий ва назорат гуруҳидаги ҳомиладорларнинг анамнезидаги экстрагенитал касалликлар.

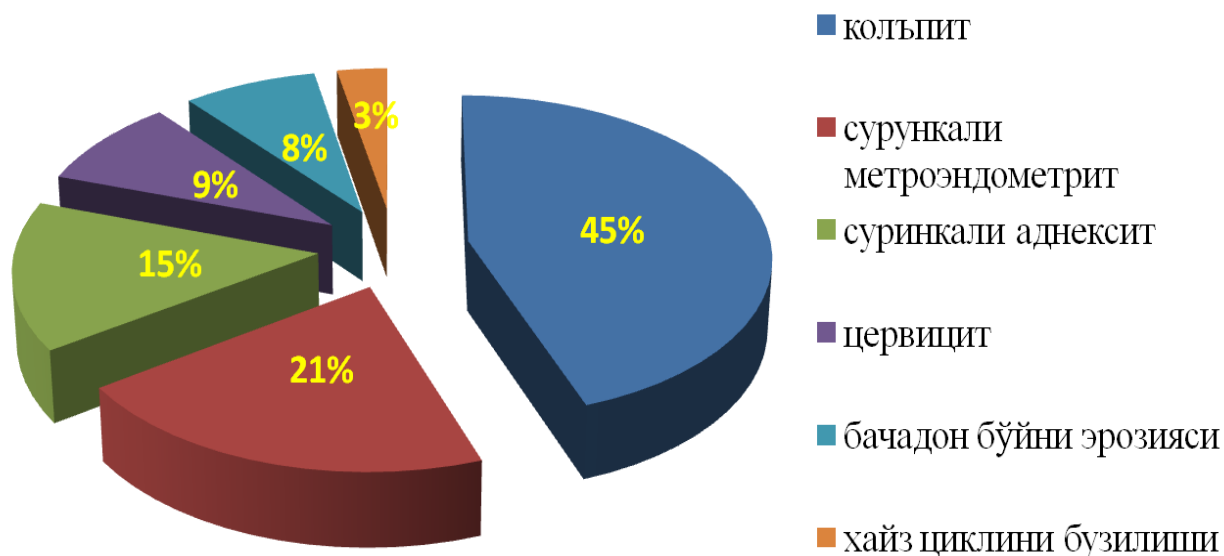
Бизнинг кузатишларимиз шуни курсатадики икала гуруҳдаги жами ҳомиладор аёлларнинг ҳаёт анамнезининг турли даврларида нафас органлари касалликлари, уткир респиратор вирусли инфекция, сурункали буйракни яллигланиш касалликлари, калконсимон без касалликлари ва анемия билан огриганликлари маълум булди. Ҳамма беморлар анамнезидаги учраган бу касалликларни учраш микдори куйидаги курсаткичлар билан намоён булди: . 42,8% беморларда анемия касаллиги, 21,4% беморларда УРВИ ва грипп, 18,5% беморларда сурункали пиелонефрит, 11,6% беморларда сурункали бронхит ва 5,7% беморларда калконсимон без касалликлари борлиги аникланди. (жадвал-1)



Бундан куруниб турибдики организмдаги турли хил яллигланиш касалликлари, сурункали яллигланиш учоклари (тонзиллит, кариэсга учраган тишлар) репродуктив системага ва иммун тизимга салбий таъсир килади ва натижада репродуктив йукотишларга сабаб булади.

III.1.3. Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларнинг анамнезидаги гинекологик касалликлар.

Биз урганаётган ривожланмай колган хомиладорлик ташхиси билан Самарканд шаҳар III- тугруқ комплекси гинекология булимида даволанган назорат гуруҳидаги беморларни касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилганимизда бундан аввал ҳам бир неча бор гинекологик касалликлар билан оғриганликларини курамыз. Бундан ташқари текширилаётган контингентни гинекологик анамнезини урганганимизда гениталий органларини яллигланиш касалликларини ва уларнинг асоратларини кузатилиши куп микдорда учраётганлиги ва ҳозирги хомиладорликни кечиши билан куп даражада боғлиқлиги аниқланди. Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиласи ривожланмай колган аёлларни анамнезидаги гинекологик касалликлари учраш фоизи қуйидагича кузатилди. (диаграмма 5).



Кольпит 45%, сурункали метроэндометрит 20%, сурункали аднексит 15%, цервицит 9%, бачадон буйни эрозияси 8%, хайз циклини бузилиши 3%.хولاتларда булганлиги аникланди.

Кайта хомиладорларнинг акушерлик анамнезини урганганимизда асосий гуруҳда хомилани уз-уздан тушиши, ривожланмай колган хомиладорлик, бепуштлиқ, сунъий абортлар, муддатдан олдинги тугрук. ва бачадондан ташкари хомиладорликни, бундан ташкари аввалги тугруклар турли хил асоратлар билан кечганлигини аникладик. Назорат гуруҳидаги беморларни текширишда эса касаллик тарихидаги берилган маълумотларга асосланган холда куйидаги жадвалда келтириб утдик.

Текширилаётган хомиладор аёлларнинг аввалги хомиладорликлари ва уларнинг оқибатлари урганилганда куйидагилар аникланди.(жадвал-2)



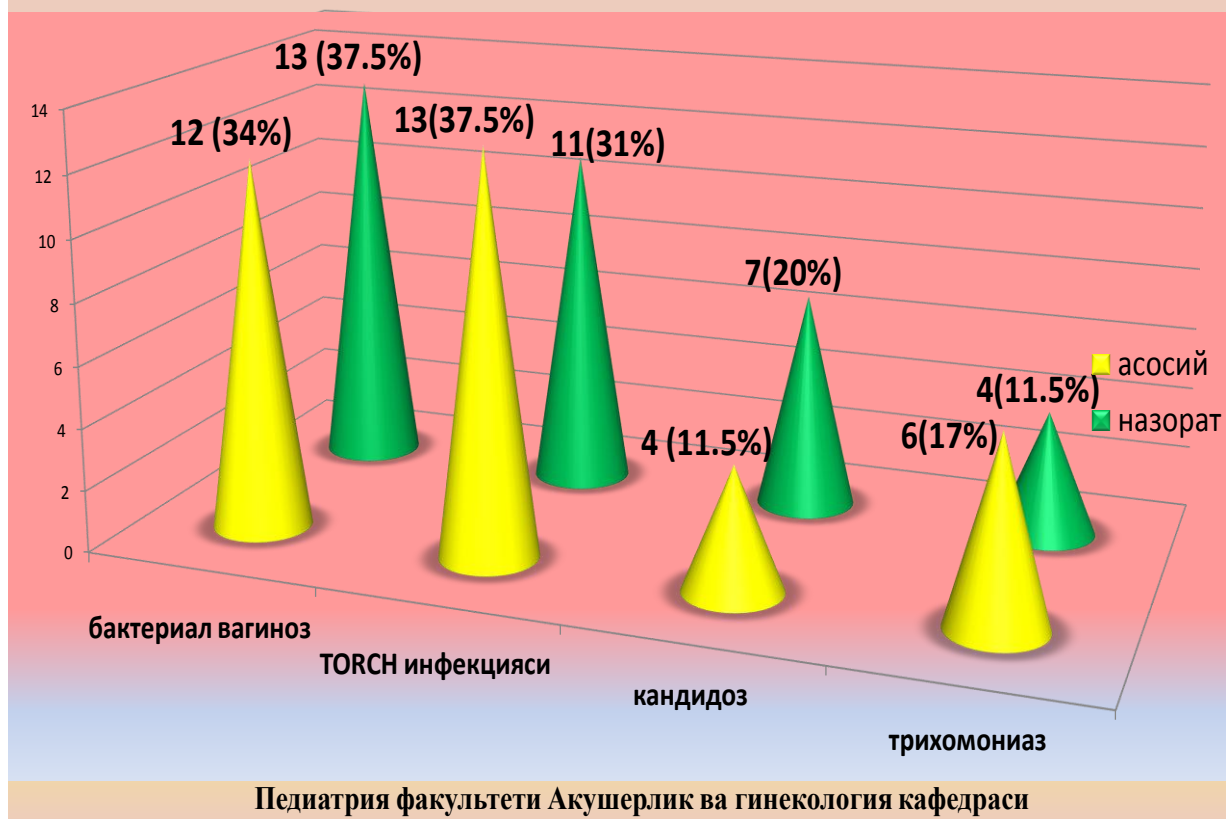
III.2. Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда аввалги ва ҳозирги хомиладорликни кечиш характеристикаси

Бизга мурожат этган хомиладорларни кузатганимизда ва уларда бир нечта текширувларни утказганимизда хомилани ривожлишдан ортида қолишига олиб келувчи сабабларни аниқланди. Асосий гуруҳдаги беморларни субъектив текширув утказганимизда баъзи беморларда бу ҳолат аввал ҳам кузатилганлиги маълум бўлди. Шунга қура хомилани ривожланмай қолиши хомиладорликни II-триместрида кузатилаётгани учун олиб келувчи сабабларини чуқурроқ урганиш керак бўлади.

Ривожланмай қолган хомиладорлик этиологиясида инфекцион агентни роли муҳим эканлиги бир неча марта урганилган бўлсада, шунга қарамай асосий инфекция манбаи бу бактериал вирусли инфекция ва шу билан бир қаторда жинсий йул билан бериладиган ҳавфли инфекциядир. Бизга ривожланмай қолган хомиладорлик ташҳиси билан мурожат этган хомиладор аёлларни текширганимизда асосий гуруҳда 14 нафар беморда, назорат гуруҳида 10 нафар беморда TORCH инфекцияси борлиги аниқланди. Жами 24 нафар(34%) бемордан: ЦМВИ- 8 та (11,5%) беморда, токсоплазмоз – 6 та (8,5%) беморда, герпесвирусли инфекция – 4 та (6%) беморда, урогенитал хламидиоз -3та (4%) беморда, уреоплазмоз 3 та (4%) беморда аниқланди. Бундан ташқари кин микрофлорасида бактериал вагиноз 25 та (36%) беморда, кандидоз 11та (16%) беморда, трихомониаз 10та (14%) беморда кузатилди

Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларни текширув натижаларига қура кин микробиоценозининг бузилиши ва жинсий йул орқали утувчи инфекцияларнинг учраш микдори.

Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларни қин микробиоценози



Бизнинг кузатишларимиз натижасида TORCH инфекцияси ривожланмай колган хомиладорлик сабаблари орасида асосий уринни эгаллади. Бундан ташқари бошқа сабаблар орасида УРВИ 16 та (23%) беморда, гармонал етишмовчилик 15 та (21,4%) беморда, идиопатик 8 та(11,4%) беморда, иммунконфликт хомиладорлик 4 та (6%) беморда, кариндошчилик 3 та (4,2%) беморда кузатилди.(диаграмма 6).



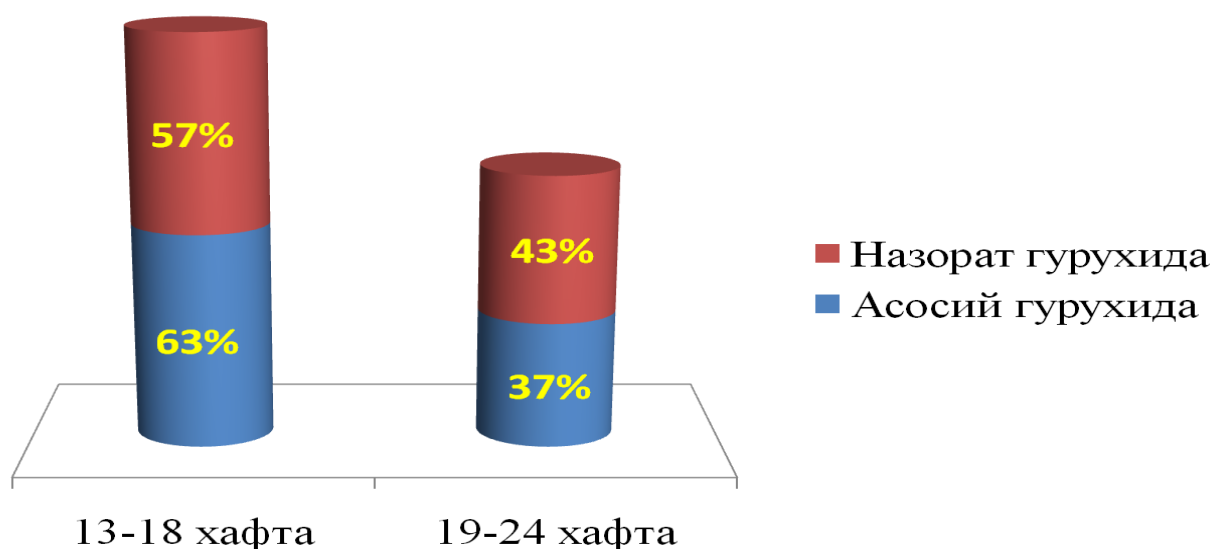
Юқоридаги этиологик сабаблар ва беморларнинг гинекологик анамнезидан маълум булишича асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда ҳозирги хомиладорлиги каби аввал ҳам бир неча бор репродуктив йукотишлар кузатилган. Асосий гуруҳда 15 (42,8%) нафар беморда, назорат гуруҳида 12(34,2%) нафар беморда аникланди.

Ривожланмай қолган хомиладорлик ташхиси билан мурожат этган асосий гуруҳдаги аёлларда аникланган натижаларни таҳлил қилганимизда мазкур хомиладорликни кечишида бир қанча асоратлар кузатилган. Асоратлар уз навбатида яққол клиник белгилар билан намоён бўлганлиги сабабли хомиладор аёлни УТТ текширувидан ва клиник лаборатор текширувлардан утишга ундаган.Текширув натижаларига кура мазкур хомиладорликни кечишида қуйидаги асоратлар юзага келган.

Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда хомиладорликни кечиши. (жадвал-4).

Хомиладорлик асоратларининг характери	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	сон	%	сон	%
Хомила тушиш хавфи	9	26%	10	29%
Пиелонефрит	8	23%	7	20%
Купсувлилик	5	14%	4	11%
Камсувлилик	4	11%	5	14%
Кольпит	7	20%	9	26%
Фетоплацентар етишмовчилик	2	6%	-	-

Биз урганаётган ривожланмай колган хомиладорлик ташхиси билан Самарканд шаҳар III- тугрук комплекси гинекология бўлимига мурожат қилган аёлларнинг хомиладорлик муддати асосий ва назорат гуруҳида қуйидагича бўлган. (диаграмма 7).

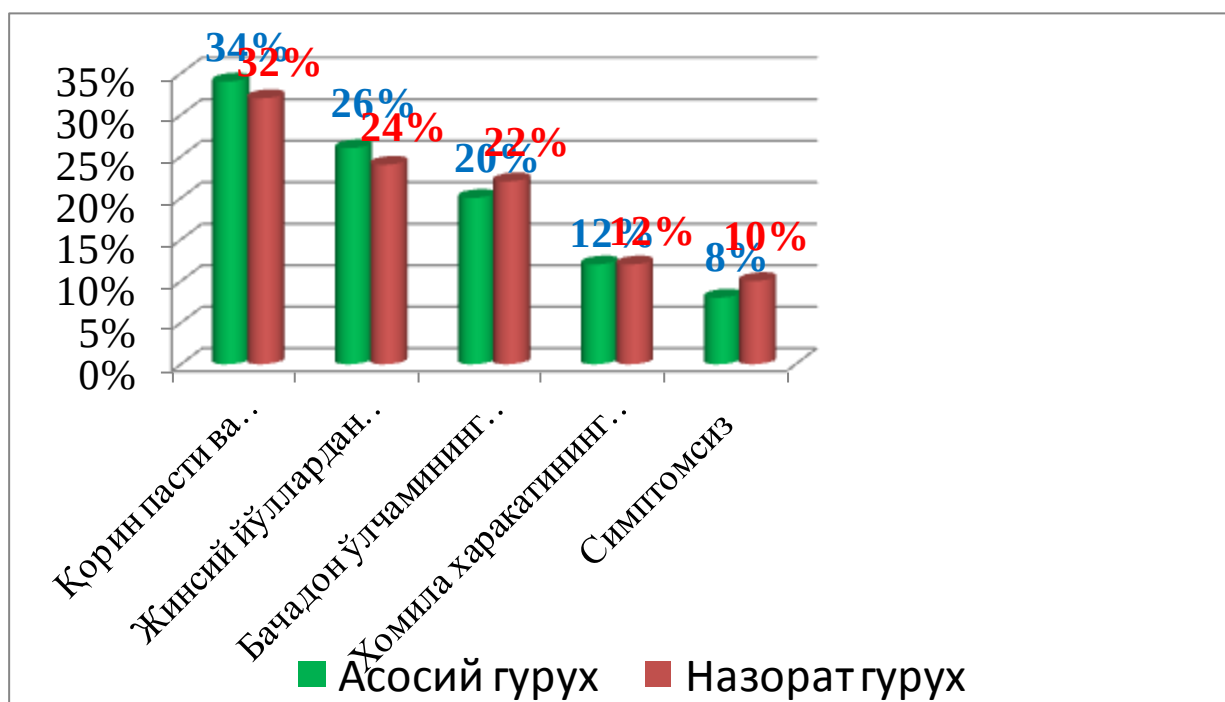


Ривожланмай колган хомиладорлик ҳолатларининг асосий гуруҳида 63% и хомиладорликнинг 13-18 ҳафтасида, 37% и эса хомиладорликнинг 19-24 ҳафтасида кузатилган. Назорат гуруҳида эса 57% ҳолат

хомиладорликнинг 13-18 haftасида, 43% ҳолат бўлса хомиладорликнинг 19-24 haftасида кузатилди.

III.2.1. Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда ривожланмай қолган хомиладорликни клиник белгилари.

Ривожланмай қолган хомиладорлик ташҳиси билан хомиладорликни турли муддатлари мурожат этган асосий гуруҳдаги хомиладорларни шикоятлари қуйидагича кузатилган. Шундан 15 нафар беморида анамнезида зиддиятлашган гинекологик анамнез бўлганлиги учун тасодифан УТТ текширувида аниқланган. Қолган беморларда бир қанча клиник белгилар кузатилган. Шулардан: қорин пасти ва бел соҳасидаги оғриқ, бачадон ўлчамларини кичиклашиши, хомила ҳаракатининг йўқлиги, жинсий йўллардан қонли суртилувчи ажралма келиши ва қабилар кузатилган. Баъзи беморларда клиник белгилар юзага чиқмаган яъни симптомсиз кечган. Назорат гуруҳидаги беморларнинг касаллик тарихи урганилганда ҳам юқоридаги клиник белгилар кузатилганлиги учун ва УТТ ҳулосасига қура врачга мурожат этганлар. (диаграмма 8)



РКХ билан мурожат этган аёлларда лаборатор текширувлар утказилганда кон ивиш тизимида узгаришлар борлиги кузатилди. Шунга кура коагуляцион бузилишлар куйидагича тахлил этилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда кон ивиш тизимидаги бузилишлар.

№	Коагуляцион бузилишлар	Келган вақтида	Хомиладорли кни узиш олдидан
1	Кон ивиш бошланиш вақти (Сухарев буйича) секундларда	104,3 + 23,4	137,3+22,0
2	Кон ивиш тугаш вақти секундларда	160,3+32,0	205,2+27,5
3	Протромбин вақти секундларда	46,5+4,6	38,3+3,5
4	Протромбин индекси фоиз хисобида	114,8+13,4	101,5+11,0

Юкоридаги ракамлардан куришиб турганидек беморларнинг купчилигида келган вақтида сурункали ДВС синдроми белгилари булган. Шунинг учун беморлар келган пайтда Сухарев буйича кон ивиш вақти уртача 104,3+23,4 (1 мин 44 сек), кон ивиш охири 160,3+32,0 (2 мин 40 сек), протромбин вақти 46,5+4,6 , протромбин индекси 114,8+13,4 ни ташкил этган. Кон ивиш тизимида узгаришлар кузатилган беморларнинг барчасига коагуляцион система бузилишини коррекциялаш учун гепарин 5000 ЕД дан кунига 2 махал тери остига юборилган. Хомиладорликни узиш олдидан Сухарев буйича кон ивиш бошланиши 137,3+22,0 (2 мин 17 сек), кон

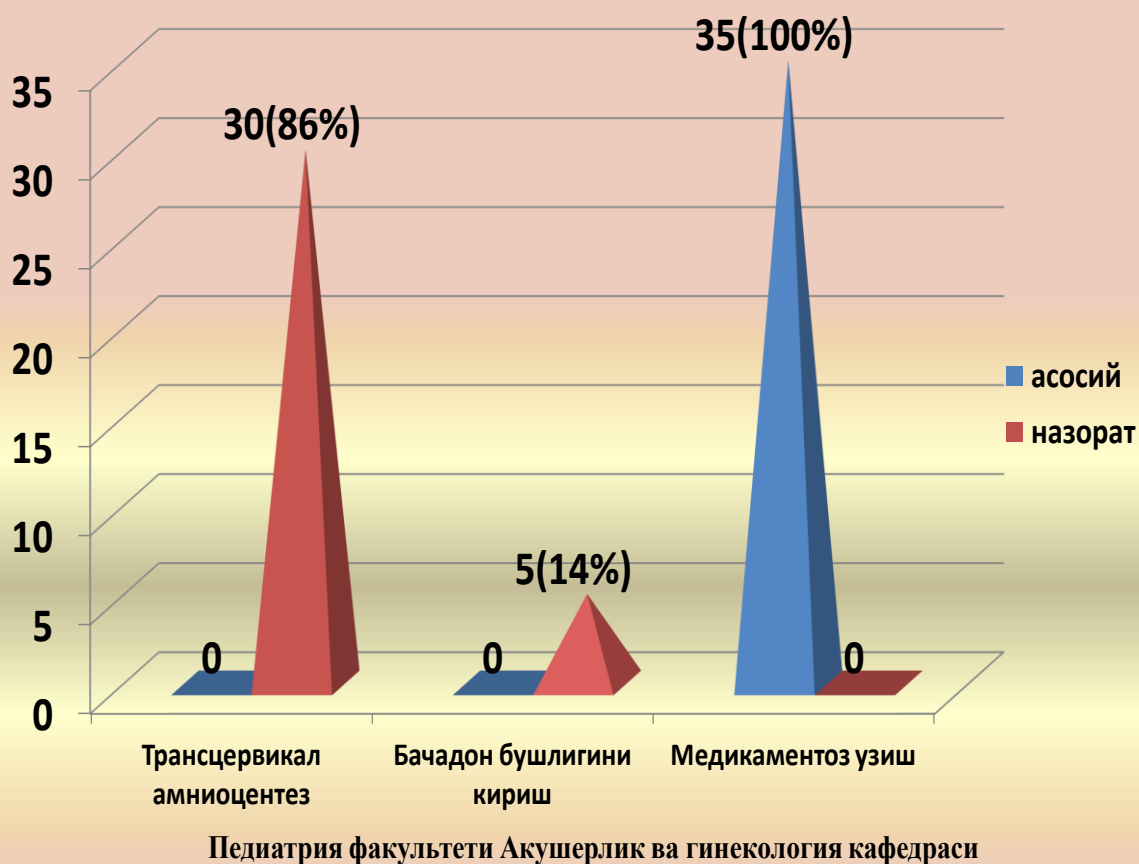
ивиш охири 205,2+27,5 (3 мин 25 сек), протромбин вакти 38,3+3,5 , протромбин индекси 101,5+11,0 ни ташкил этган. Бундан маълум буладики кон ивиш тизими сезиларли даражада яхшиланган.

III.2.2. Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда ривожланмай колган хомиладорликни узиш усуллари ва уларни киёсий таккослаш.

Аникланган патологик ҳолатларга ва қуйилган ривожланмай колган хомиладорлик ташхисига асосланиб асосий ва назорат гуруҳларида хомиладорликни узишнинг турли усуллари қулланилган. Шунга кура ретроспектив гуруҳда РКХ да хомиладорликни узиш усуллари қуйидагича бўлган. 30 нафар (86%) аёлда трансцервикал амниоцентез усули, 5 нафар (14%) аёлда эса бачадон бўшлигини кириш усули қулланилган. Хомиладорликни узиш усули хомиладорлик муддатига: 12-13 ҳафтагача бўлган хомиладорликда бачадон бўшлигини кириш йули билан, 14-22 ҳафтагача бўлган РКХ ни эса трансцервикал амниоцентез усулидан фойдаланишга асосланган.

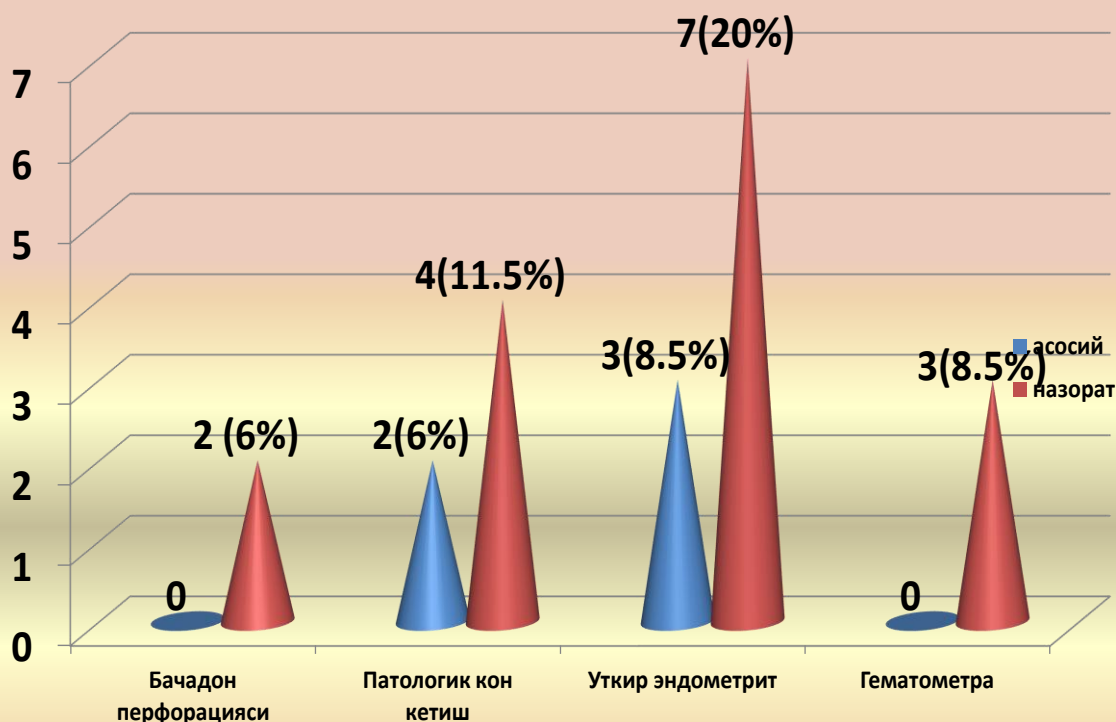
Асосий гуруҳдаги РКХ га эга аёлларнинг ҳаммасига хомиладорликни узиш учун медикаментоз усул қулланилган. Бунинг учун простагландин Е 1 препарати мизопростол(сайтотек) қулланилган. Препарат 400 мкг дан: 200 мкг тил остига, 200 мкг кин орқа гүмбазига ҳар 3 соатда қуйилган.Препарат миометрий силлик мушак толаларини кискаришини ва бачадон бўйни дилатациясини кучайтирганлиги учун хомиладорликни киска муддатларда узилишига олиб келган.

ХОМИЛАДОРЛИКНИ УЗИШ УСУЛЛАРИ.



Шундай қилиб ретроспектив гуруҳда РКХ ни узишдан кейинги асоратлар таҳлил килинганда жами 16 нафар (46%) беморда асоратлар кузатилган. Шулардан 7 та (20%) беморда йирингли септик асоратлар, 4та(11,5%) беморда патологик кон кетиш, 2 та (6%) беморда бачадон перфорацияси, 3 (8,5%)та беморда гематометра каби асоратлар кузатилганлиги сабабли огир окибатларга олиб келган. Асосий гуруҳда 7 нафар (20%) беморда асоратлар кузатилган. Шулардан 5 та (14%) беморда йирингли септик асоратлар, 2та(6%) беморда патологик кон кетиш каби асоратлар кузатилган.

ХОМИЛАДОРЛИКНИ УЗИШДАН КЕЙИНГИ КУЗАТИЛГАН АСОРАТЛАР ТАХЛИЛИ.



Педиатрия факультети Акушерлик ва гинекология кафедраси

Асоратлар курсаткичи ретроспектив гуруҳда юкори булганлиги бу хомиладорликни узиш усуллари камчиликларидан далолат беради. Касалларнинг асосий кисмида трансцервикал амниоцентез усули утказилганда бачадон буйинини очилиш даражаси секинлиги, хомиладорликни узилиш вақтини чузилиши ва натижада инфекцион процессларнинг ривожланиш хавфини ошиши кузатилади. Бачадон бушлигини кириш операцияси утказилган беморларда булса бачадон ва бачадон буйни травмаларини кузатилиши, инфекцион процессларнинг ривожланиш хавфини ортиши ва шу билан бирга репродуктив тизимни фаолияти кисман бузилишига сабаб булади. Шунга кура хомиладорликни узиш усуллари киёсий таккосланганда куйидаги хулосалар кузатилади.

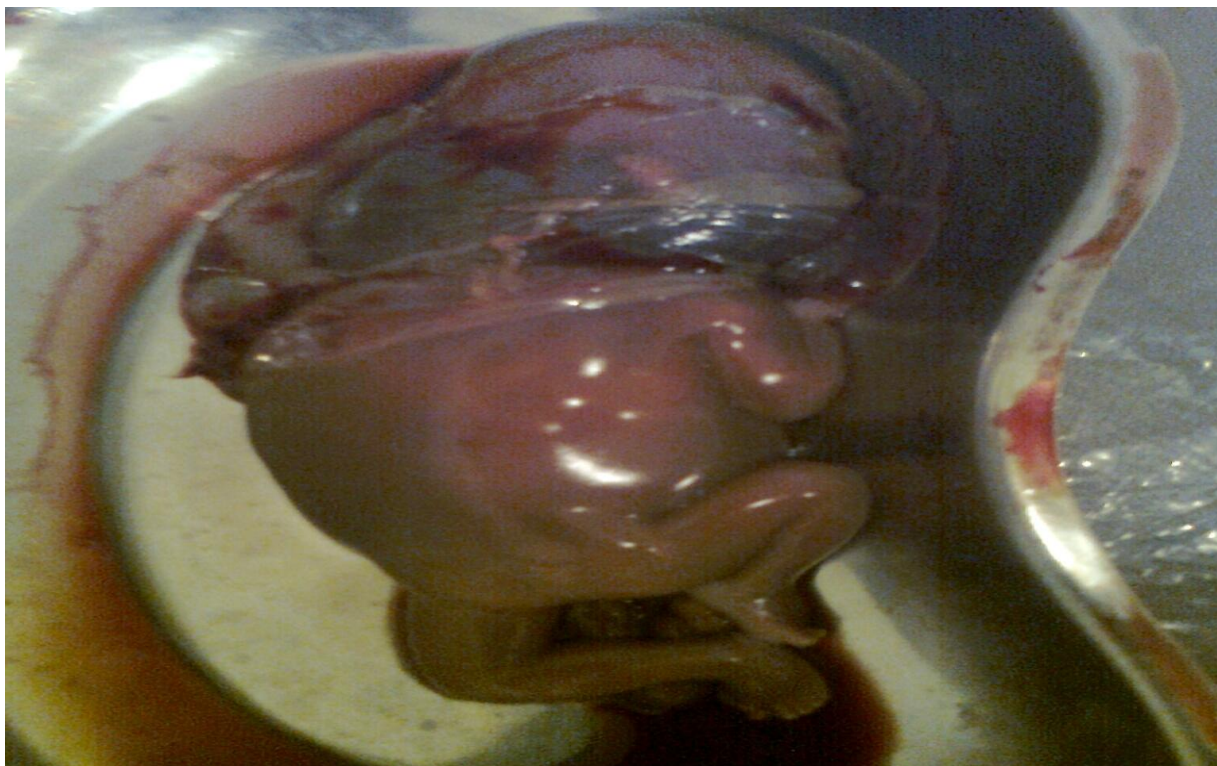
РКХ ни узиш усуллари ва уларни киёсий таккослаш.

Хомила дорликни узиш усуллари	Бачадон ва бачадон буйни травмала ри	огрик	Бачадо н буйнин и очили ш даража си	Хомилад ор ликни узилиш вакти	Кон кетишл ар	Инфекц ион процесс лар нинг ривож ланиши
Трансцерв икал амниоцент ез	Травма кузатили ш хавфи ошади	Огриклар кучли булади	Жуда секин аста очилад и	24-36 соатгача чузилади	Кон кетиш кузатила ди	ривожла ниш хавфи ошади
Бачадон бушлигин и кириш	Травма кузатили ш хавфи ошади	огриксизлан тириш утказилади	Аста секин очилад и	20-30 дакика давом этади	Кон кетиш куп кузатила ди	ривожла ниш хавфи куп
Медикаме нтоз усул: мизопрост ол (сайтотек) ёрдамида	Травмати к шикастла нишлар кузатилм айди	огриклар кузатилмайд и	Бачадо н буйни юмшаб очилиш и тезлаш ади	12-16 соат давом этади	Кон кетишла р кузатил майди	ривожла ниш хавфи кам

Жами асосий ва назорат гуруҳидаги РКХ га эга бўлган аёллар УТТ ва скрининг орқали текширувдан утказилганда ва хомиладорлик узилгандан сунг хомила нуқсонлари куйидагича кузатилган.



Макропрепарат №1. Бош мия тутма кистаси



Макропрепарат №2. Орка мия чурраси



Макропрепарат №3. Хомила гидроцефалияси



Макропрепарат №4. Хомила анэнцефалияси.



Макропрепарат №5. Ривожланий колган хомила.



Макропрепарат.№6. Ривожланмай колган хомила.



Ривожланмай колган хомиладорликка эга булган аёлларда асосий гурухдаги хомиладор аёлларда тугрукдан кейин йулдошни макро- ва микроскопик текширганимизда йулдошда инволютив, компенсатор-мослашув, яллигланиш жараёнлари ва циркулятор бузилишлар аникланди.

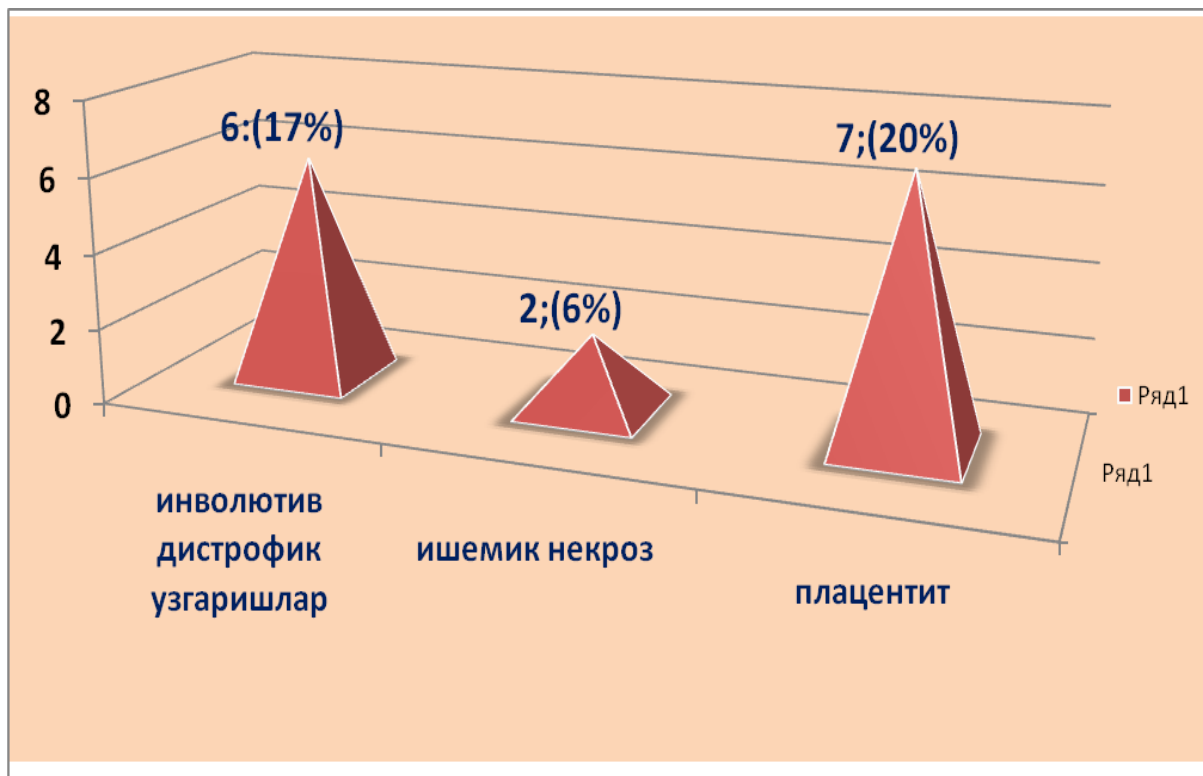
Шундай килиб, асосий гурухдаги йулдошда инволютив-дистрофик узгаришлар ва циркулятор бузилишлар аникланди, назорат гурухида йулдошни текшируви утказилмади.

Йулдошдаги циркулятор бузилишлар асосий гурухда турли даража-да кузатилди. Асосий гурухда плацентада кон айланишининг бузилиши даражаси турлича булиб ишемик некроз ва ворсинкалараро бушликка кон куйилиши куринишида кузатилади..

Асосий гуруҳда-плацентада плацентар етишмовчиликка хос морфологик узгаришлар аникланди. Асосий гуруҳдаги плаценталарда турли характерда, локализацияда ва ривожланиш даражасида яллигланиш узгаришлари кайд этилди. Йулдошдаги яллигланиш жараёнлари хомилада ҳам турли узгаришларга олиб келганлиги аникланди.

Йулдошни текширганимизда унда турли даражадаги яллигланиш жараёнлари (плацентит) 7 (20%) нафар беморда, инволютив дистрофик узгаришлар 6(17%) нафар беморда ва ишемик некроз 2(6%) нафар бемор плацентасида кузатилди. Бир вақтнинг узида плацентанинг ҳам хомила ҳам она қисмида бир катор патоморфологик узгаришлар кузатилди. Хориал пластинка томирларида деворларининг шиши, эндотелийсининг пролиферацияси ва унинг бушлигининг торайиши, алоҳида ҳолатларда томирларида стаз аникланди.

Гистологик текширув натижалари.



Шундай қилиб ретроспектив ва проспектив таҳлилларда қуйидагиларни ҳулоса қилиш мумкин:

- Хомиладорликдан олдинги даврда аёлларни тулик клиник лаборатор текшириш ва даволашни тугри олиб бориш.
- РКХ га сабаб бўлган организмдаги инфекцион, эндокрин касалликларни, шу жумладан юқори курсаткич ҳисобланган жинсий йул оркали утадиган инфекциялар (TORCH-инфекцияси ва у билан қушилиб келган бактерия флоралари) ни уз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш.
- РКХ да кон ивиш тизимида узгаришлар бўлганлиги учун хомиладорликни узишдан олдин кон ивиш тизимини коррекциялаш лозим.
- Хомиладорликни узишда юқорида қузатилган асорат ва камчиликларни ҳисобга олиб хомиладорликни узишнинг самарали медикаментоз усулларини такомиллаштириш керак бўлади.

IV БОБ. Олинган натижалар тахлили.

Бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси согликни саклаш вазирлигининг репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигини яхшилаш, бемор аёлларни соғломлаштириш борасида бир катор муҳим чора тадбирлар комплекси ишлаб чиқилиб, амалиётга тадбиқ этилмоқда. Булардан кузланган мақсад ҳомиладор аёллар орасида репродуктив йукотишлар сонини камайтиришдир. Ҳозирги вақтда клиник йул билан тасдиқланган ҳомиладорликларнинг $\frac{1}{4}$ қисми муддатига етмай узилмоқда. Уларнинг 75-80% и ҳомиладорликнинг I- триместрида , 20-25% и эса ҳомиладорликнинг II- триместрида кузатилмоқда.

Жаҳон согликни саклаш ташкилотининг маълумотларига қура ҳар йили дунё бўйича 20 миллиондан 30 миллионгача абортлар сони қайд этилади. Шулардан 10-15 % и ҳомиладорликни II- триместрида утказилади. (Петросян А.С. ва бошқалар 2004й). Бу эса уз навбатида она ҳаёти ва саломатлигига жиддий хавф тугдиради. Шунинг учун ҳам ҳомиладорликни узиш акушерлик ва гинекологиянинг урганилиши керак бўлган муаммоларидан бирига айланган. Ҳомиладорликни сунъий узиш уз-узидан муҳим тиббий ижтимоий муаммо бўлибгина қолмай бу шунингдек оналар касалликлари ва улими сабаблари орасида ҳам асосий уринни эгалламоқда.(Шешукова Н.А. Быкова О.А. 2002 й)

Биз бу лойиҳа асосида 14-22 ҳафталик гестация муддатида ривожланмай қолган ҳомиладорликни медикаментоз йул билан узиш усулларининг клиник хусусиятлари ва самарадорлигини урганишни мақсад қилиб олдик. Бунинг учун Самарканд шаҳар 3- сон тугрук мажмуасининг гинеология бўлимида 2011- 2014 йиллар давомида Ривожланмай қолган ҳомиладорлик ташҳиси билан даволанган 70 нафар урганилди. Улардан 35 нафари ретроспектив, қолган 35 нафари эса проспектив таҳлил қилинди.

Текширилган жами 70 нафар хомиладор аёлнинг 45(64,3%) нафари кишлок аҳолиси, 25(35,7%) нафари эса шаҳар аҳолисига тугри келди. Натижалардан куруниб турибдики юкори курсаткични кишлок аҳолисига ташкил этди. Бунга сабаблардан бири кишлок аёлларининг бирмунча огир шароитда яшашлари булса, бошка томондан улар орасида тиббий маданият пастлиги туфайли касалликлар уз вактида аникланмаслигидир.

Хомиладор аёллар ёши буйича текширилганда куйидаги натижалар олинди: 54,3% ни 18-25 ёшлилар, 27,2% ни 25-30 ёшлилар, ва 18,5% ни 30 ёшдан катта булган тугувчи ёшдаги аёллар ташкил этди. Ижтимоий ҳолати буйича жами аёлларнинг 35(50%) нафарини уй бекалари, 20(28,5%) нафарини оддий ишчилар ва 15(21,5%) нафарини давлат ташкилот ходимлари ташкил этди. Шундай килиб РКХ ни юзага келишида озми купми даражада ижтимоий ҳолат ҳам уз таъсирини крсатиши адабиёт маълумотлари билан мос келди.

Аникланишича РКХ кузатилган аёллар орасида биринчи бор хомиладор булган аёллар купчиликни ташкил этди. Хар иккала гуруҳда 24(34%) нафар аёл биринчи тугувчи, 17(26,2%) нафар аёл учинчи тугувчи, 16(23,8%) нафар аёл туртинчи тугувчи ва 13 (16%) нафар аёл эса иккинчи тугувчи аёлларни ташкил килди. Текширув натижаларидан аникландики биринчи тугувчи аёллар купчиликни ташкил этганлиги адабиёт маълумотлари билан номутаносибдир. Чунки уларда зиддиятлашган акушерлик ва гинекологик анамнезни йуклиги ва турли хил инфекцион яллигланиш касалликлар билан оз микдорда касалланганлигидир.

Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларнинг анамнезидаги гинекологик касалликлар тахлил килинганида 45% кольпит, 21% сурункали метроэндометрит, 15% сурункали аднексит, 9% цервицит, 8% бачадон буйни эрозияси ва 3% хайз циклини бузилиши

аникланди. Адабиёт маълумотларига кура ҳам РКХ ни асосий этиологик фактори инфекцион яллигланиш жараёнлари деб белгиланган. Эндометрида бактериал вирусли инфекцияни узок вақтли персистенцияси она организмида эндокринопатияни юзага келтиради. Бачадон шиллик каватидаги микроорганизмлар ассоциацияси, анаэроб бактериялар ва вируслар метаболик узгаришларга, гемостаз системасининг бузилишига ва бунинг натижасида эмбрионнинг усишдан тухташига сабаб булади. Демак, бизнинг текширишларимиз адабиёт маълумотлари билан тула мос келганлигини курсатади.

Тахлиллар асосида асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларнинг анамнезидаги экстрагенитал касалликлар урганилганда куйидаги натижалар олинди. Хомиладор аёлларнинг 30(42,8%) нафарида камконлик, 15(21,4%) нафарида УРВИ, 13 (18,5%) нафарида сурункали пиелонефрит, 8(11,6%) нафарида сурункали бронхит ва 4(5,7%) нафарида калконсимон без касалликлари борлиги аникланди. Бу курсаткичлар ҳам адабиёт маълумотларидаги РКХ ни сабаблар билан мос келади.

Текширилаётган хомиладор аёлларнинг аввалги хомиладорликлари ва уларнинг окибатлари урганилганда асосий гуруҳда хомиланинг уз-узидан тушиши 12(34%) нафар аёлда, назорат гуруҳида 10(28,5%) нафар аёлда, ривожланмай колган хомиладорлик асосий гуруҳда 8(23%) нафар аёлда, назорат гуруҳида 6(17%) нафар аёлда, сунъий аборт асосий гуруҳда 6(17%) нафар аёлда, назорат гуруҳида 9(26%) нафар аёлда, муддатдан олдинги тугруклар асосий гуруҳда 4(11,5%) нафар аёлда, назорат гуруҳида 6(17%) нафар аёлда, бепуштлик асосий гуруҳда 3(8,5%) нафар аёлда, назорат гуруҳида 4(11,5%) нафар аёлда, бачадондан ташкари хомиладорлик эса асосий гуруҳда 2(6%) нафар аёлда кузатилган. Бундан маълум буладиги иккала гуруҳдаги аёлларда

хам зиддиятлашган акушерлик гинекологик анамнези борлиги адабиёт маълумотлари билан мос келади(3,5,6).

Микроорганизмлар бир канча туқималарда тропизм ҳолатида бўлади. Натижада ҳомила ва плацента томирларида яллигланиш ва шунингдек томирлар етишмовчилиги юзага келади. Барча инфекция кузгатувчилари ҳомилани эрта антинатал инфицирланишига ва ривожланмай қолишига сабаб бўлади. Буларга бир канча шартли патоген флора гуруҳлари киради: стрептококклар, стафилококклар, Е коли , клебсиеллалар, вируслар (токсоплазмоз, цитомегаловирус, оддий герпес вируси) , микоплазмалар, хламидиялар, трипонемалар ва кандида замбуруги киради. (13,21,29). Худди шунингдек бизнинг текширув натижаларимиз ҳам асосий ва назорат гуруҳидаги ҳомиладорлар анамнезида ва текширув натижаларига кура кин микробиоценозини бузилиши ва жинсий йул орқали утувчи инфекцияларнинг учраши адабиёт маълумотлари билан тулик мос келди. Шундан жами аёлларнинг 25 (36%) нафарида бактериал вагиноз, 24(34%) нафарида TORCH инфекцияси, 11(16%) нафарида кандидоз, 10 (14%) нафарида трихомониаз аниқланди.

Асосий ва назорат гуруҳида РКХ сабаблари таҳлил килинганида беморларнинг 2/3 қисмида (24 та беморда) TORCH инфекцияси аниқланди. Қолганларида 16 та беморда УРВИ, 15 та беморда гормонал етишмовчилик, 8 та беморда идиопатик сабаблар, 4 та беморда иммун конфликт ва 3 та беморда кариндошчилик ҳолатлари аниқланди. Адабиёт маълумотларидан маълум бўладики ҳомилани ривожланмай қолиши сабаблари орасида TORCH инфекцияларининг роли тобора ошиб бормокда. Улар бир томондан эмбрионнинг нуксонли бўлиб шаклланишига, иккинчи томондан ривожланиш давомида зарарланишига олиб келади. TORCH инфекциялари туфайли перинатал улим 50-75 % га етади. (Серов В.И. 1999 й).

Асосий ва назорат гуруҳидаги хомиладорларда хомиладорликни кечиши урганилганда уларнинг купчилигида хомила тушиш хавфи (19 та беморда), хомиладорлик пиелонефрити (15 та беморда), купсувлилик (9 та беморда), камсувлилик (9 та беморда), кольпит (16 та беморда), ва фетоплацентар етишмовчилик (2 та беморда) аникланди. Адабиёт маълумотларига кура ЦМВ инфекциясида хомила тушиш хавфи-44,2%, хомиланинг уз-уздан тушиши 31%, муддатдан олдинги тугрук-60,6%, купсувлилик -57,7%, хомиланинг ривожланиш нуксонлари – 39,4%, ривожланмай колган хомиладорлик – 33,4%, хомиланинг антинатал улими -44,2% ҳолатларда кузатилади. (Серов В.Н. ва Манухин И.В. 2007 й).

Текширув натижаларига кура РКХ содир булган пайтдаги гестация муддати асосий гуруҳда 13-18 ҳафталик - (63%), 19-24 ҳафталик -(37%) , назорат гуруҳида эса 13-18 ҳафталик (57%), 19-24 ҳафталик (43%) ҳолатида кузатилди. Бу натижалар эса адабиёт маълумотларига нисбатан фарккилади. Чунки РКХ ҳолатларининг 75-80 % и 12 ҳафталикгача булган муддатга тугри келади.

Бизга мурожат этган РКХ га эга булган асосий гуруҳдаги аёлларни кузатганимизда уларда клиник белгилар куйидагича кузатилди. Уларнинг асосий қисми : 34% ида корин пасти ва белдаги огрик, 26% ида жинсий йулардан конли ажралма келиши, 20% ида бачадон улчамининг кичиклашиши, 12% ида хомила ҳаракатининг йуклиги ва 8% аёлда ҳеч қандай клиник белгиларсиз УТТ текшируви орқали аникланди. Назорат гуруҳидаги аёллар эса касаллик тарихидаги маълумотлар буйича урганилган. РКХ га эга булган аёлларда кузатилган клиник симптомлар ҳам адабиёт маълумотлари билан тула мос келади.

Адабиёт маълумотларига кура РКХ да кон ивиш тизимида сезиларли даражада узгаришлар булиши айтиб утилган. Шунга кура бизга

мурожат этган беморларнинг купчилигида келган вақтида кон ивиш тизими урганилганда сурункали ДВС синдроми белгилари булган. Шунинг учун беморлар келган пайтда Сухарев буйича кон ивиш вақти уртача $104,3+23,4$ (1 мин 44 сек), кон ивиш охири $160,3+32,0$ (2 мин 40 сек), протромбин вақти $46,5+4,6$, протромбин индекси $114,8+13,4$ ни ташкил этган. Кон ивиш тизимида узгаришлар кузатилган беморларнинг барчасига коагуляцион система бузилишини коррекциялаш учун гепарин 5000 ЕД дан кунига 2 маҳал тери остига юборилган. Хомиладорликни узиш олдида Сухарев буйича кон ивиш бошланиши $137,3+22,0$ (2 мин 17 сек), кон ивиш охири $205,2+27,5$ (3 мин 25 сек), протромбин вақти $38,3+3,5$, протромбин индекси $101,5+11,0$ ни ташкил этган. Бундан маълум буладики кон ивиш тизими сезиларли даражада яхшиланган.

Аникланган патологик ҳолатларга ва қуйилган ривожланмай қолган хомиладорлик ташхисига асосланиб асосий ва назорат гуруҳларида хомиладорликни узишнинг турли усуллари қулланилган. Шунга қура ретроспектив гуруҳда РКХ да хомиладорликни узиш усуллари қуйидагича булган. 30 нафар (86%) аёлда трансцервикал амниоцентез, 5 нафар (14%) аёлда эса бачадон бушлигини қириш усули қулланилган. Хомиладорликни узиш усули хомиладорлик муддатига: 12-13 ҳафтагача булган хомиладорликда бачадон бушлигини қириш йули билан, 14-22 ҳафтагача булган РКХ ни эса трансцервикал амниоцентез усулидан фойдаланишга асосланган.

Асосий гуруҳдаги РКХ га эга аёлларнинг ҳаммасига хомиладорликни узиш учун медикаментоз усул қулланилган. Бунинг учун простагландин Е 1 препарати мизопростол(сайтотек) қулланилган. Препарат 400 мкг дан: 200 мкг тил остига, 200 мкг кин орқа гүмбазига ҳар 3 соатда қуйилган. Препарат миометрий силлик мушак тодаларини

кискаришини ва бачадон буйни дилатациясини кучайтирганлиги учун хомиладорликни киска муддатларда узилишига олиб келган.

Шундай қилиб ретроспектив гуруҳда РКХ ни узишдан кейинги асоратлар таҳлил килинганда жами 16 нафар (46%) беморда асоратлар кузатилган. Шулардан 7 та (20%) беморда йирингли септик асоратлар, 4та(11,5%) беморда патологик кон кетиш, 2 та (6%) беморда бачадон перфорацияси, 3 (8,5%)та беморда гематометра каби асоратлар кузатилганлиги сабабли огир оқибатларга олиб келган. Асосий гуруҳда 7 нафар (20%) беморда асоратлар кузатилган. Шулардан 5 та (14%) беморда йирингли септик асоратлар, 2та(6%) беморда патологик кон кетиш каби асоратлар кузатилган.

Хулоса қилиб айтганда простагландин Е 1 препарати мизопростол (сайтотек) бачадонни кискариш қобилятини ва бачадон буйнини етилиш даражасини тезлаштирганлиги, кон йукотиш ҳажмини ва шунингдек хомиладорликни узишдан кейинги асоратларни камлигини ҳисобга олиб асосий гуруҳ беморларда РКХ ни узиш учун мизопростол (сайтотек) препаратини қуллаганимизда бошқа усулларга қараганда яхши натижа бериши адабиёт маълумотларига тула мос эканлиги аниқланди (32,54,54,65).

Хулосалар.

1.РКХ ни узиш учун назорат гуруҳидаги беморларнинг 30(86%) нафарида трансцервикал амниоцентез, 5(14%) нафарида бачадон бушлигини кириш усули утказилди. Юкоридаги усулларни камчиликлари ва кон ивиш тизимидаги бузилишлар туфайли куйидаги асоратлар кузатилди. 2(6%) нафар беморда бачадон перфорацияси, 3(8,5%) нафар беморда гематометра, 4 (11,5%) нафар беморда патологик кон кетиш, 7(20%) нафар беморда уткир эндометрит асорати юзага келди.

2.РКХ билан мурожат этган асосий гуруҳдаги барча беморларга хомиладорликни узиш учун простагландин Е 1 препарати мизопростол (сайтотек) кулланилди. Сайтотек препарати хам вагинал, хам орал йул билан кулланилганда бачадонни кискариш кобилиятини ва бачадон буйнини етилиш даражасини тезлаштирганлиги учун хомиладорликни киска муддатда узилишига, кон кетиш ва йирингли септик асоратларини камайишига сабаб булди. Шунга кура 3 (8,5%) нафар беморда уткир эндометрит, 2(6%) нафар беморда патологик кон кетиш асорати кузатилди.

3.Олинган натижалар киёсий тахлил этилганда назорат гуруҳида 16 (46%) нафар беморда, асосий гуруҳда 5 (14,5%) нафар беморда асорат кузатилди. Шунинг учун асосий гуруҳда кон кетиш ва йирингли септик асоратларни камайтириш учун утеротоник ва антибактериал препаратлар билан профилактика утказиш мақсадга мувофикдир.

Амалий тавсиялар.

1. Хомиладор аёлларнинг анамнезида кичик чанок ва гениталий аъзоларини сурункали яллигланиш касалликларини борлиги ва улар РКХ га олиб келувчи хавф гурухи булганлиги учун эрта муддатларда УТТ скрининга мурожат этишлари шарт.
2. РКХ сурункали ДВС синдроми белгилари билан кечади. Шунинг учун хомиладорликни узишдан аввал кон ивиш тизимини коррекциялаш керак.
3. Простагландин Е 1 препарати мизопростол (сайтотек) бачадонни кискариш кобилиятини ва бачадон буйнини етилиш даражасини тезлаштирганлиги, кон йукотиш хажмини ва шунингдек хомиладорликни узишдан кейинги асоратларни камлигини хисобга олиб РКХ ни узиш учун мизопростол (сайтотек) препаратини куллаш керак.
4. Хомиладорликни узишда простагландин Е 1 препарати мизопростол (сайтотек) ни схема буйича 400 мкг дан: 200 мкг тил остига. 200 мкг кин орка гумбазига хар 3 соатда 3-4 дозадан кам булмаган холда хомила ва плацента тулик тугилгунича куйиш керак.
5. Бемор холатини назорат килиб туриш керак: пульс, кон босими, тана харорати ва жинсий йулардан келувчи ажралма характери. Плацента тугилгандан кейин унинг бутунлигини бахолаш. ва бачадон бушлигида кюретаж утказиш керак булади.

Адабиётлар.

- 1.Абрамченко В. В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. ББК 57.16 ст. 8-201.
- 2.Абрамченко В.В., Голубева О.В., Семенов В.Я. «О корреляции между психосоматическим состоянием беременной женщины и характером сократительной активности матки в последнем триместре беременности». В сб «Индукция сократительной деятельности матки», Саратовский мед. университет, 2000, стр.8 – 11
- 3.Абрамченко В.В. «Антигестагены (мифегин, мифепристон) в индукции родов». В сб. - «Индукция сократительной деятельности матки», Саратовский мед. университет, 2001, стр.5 – 6
- 4.Арушанян Н.Г., Абрамченко В.В. «Антагонисты кальция и сократительная активность миометрия». В сб. - «Индукция сократительной деятельности матки», Саратовский мед. университет, 2000, стр.24-25
5. Астахова Т.М. Сравнительное изучение консервативных методов искусственного прерывания беременности в первом триместре. //Автореф.....кмн, М., 1993, 24стр
- 6.Булгакова Е.Б. Медико-социальный портрет женщин с неразвивающейся беременностью / Т.А. Бондарева, Л.В. Бондарева // Актуальные вопросы сохранения репродуктивного здоровья : сб. науч. ст. Барнаул, 2008. - С. 29-31
7. Василенко В.Л., Змеева М.А. «Индукция родовой деятельности при перенашивании беременности». В сб. «Индукция сократительной деятельности матки», Саратовский мед. университет, 2001, стр.35-37
8. Ванко Л.Вирусная инфекция в генезе неразвивающейся беременности I триместра Электронный ресурс. / Е.И. Новиков [и др.] // Электрон. Мед. журн.
9. Газазян М.Г., Лунева И.С., Смирнов А.М. Репродуктивное поведение современных российских женщин. // В сб. «Искусственное прерывание беременности», Саратовский мед. университет, 2002, с.41-42
10. Гилязутдинова З.Ш. Роль инфекции в патологии репродуктивной системы женщины, плода и новорожденного / М. Г. Газазян, Л. П. Гуман, В.В. Зуев // Охрана здоровья матери и ребенка : сб. тез. М., 2000. - С. 75-77.
11. Глуховец Б.И. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей : учеб. пособие / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. СПб., 1999. - 94 с.

12. Доброхотова Ю.Э. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули, О.Г., Флорова. -М.: Триада-Х, 1997 С. 5-28.
13. Димитрова В.И. Оздоровление женщин после неразвивающейся беременности. Дисс. ... канд. мед. наук. — 2006
14. Кисина В. Оптимизация ведения женщин, перенесших неразвивающуюся беременность // Академия Безен. 2009. - № 4. - С. 19-21.
15. Карапетян Т.Е. Современные представления о внутриутробной инфекции / Н.Е. Кан, // Акушерство и гинекология. 2004. - № 6.-С. 3-5.
16. Карева Е.Н., Гаспарян Н.Д., Камерницкий А.В., Левина И.С. «Стимуляция 5 н – производными предна-D' – петаранов сократительной деятельности ниометрия IN VITRO при доношенной беременности». В сб. «Индукция сократительной деятельности матки», Саратовский мед. университет, 2001, стр.56-58
17. Камерницкий А.В., Левина И.С., Куликова Л.Е., Милованов А.П., Смирнов А.Н. «Прегна-П'-пентораны: прогестины и антипрогестины в модели ложной беременности». В сб. «Актуальные проблемы современной эндокринологии», СПб, 2001, стр.536
18. Краснопольский В.И., Сергеев П.В., Гаспарян Н.Д. «Новые пути фармакологической коррекции слабой родовой деятельности». Акуш. и гинек. 2002. №4. с.19-24
19. Кошелева Н.Г. Инфекции и репродуктивное здоровье / Е.Ф. Кира // Журн. акушерства и женских болезней. 1999. - Т. XLVII, вып. 2. - С. 71-78.
20. Курманалиева З.Б. Вирусные инфекции и беременность : монография В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян. - М. : Дипак, 2005. – 174
21. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье, проблемы и решения / В.И. Кулаков // Мать и дитя : материалы VIII Рос. форума. М., 2006. - С. 34
22. Кулавский В.А. Оптимизация ведения женщин, перенесших неразвивающуюся беременность
23. Михайлова Ю.В. Клиническое значение цитокинового профиля и способы его медикаментозной коррекции у женщин с несостоявшимся выкидышем : автореф. дис. . канд. мед. наук / Ю.В.
24. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод. М., 1999
25. Макаров О.В. Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарова, А.Н. Таранцев // Акушенство и гинекология. 2004. - № 1. - С. 10-13.

- 26.Макацария А.Д., Бицадзе В.О., 2008] Тромбофилические состояния в акушерской практике. — М., 2002.
27. Миланов А.П. Морфофункциональное состояние эндометрия при хроническом эндометрите у пациенток с ранней потерей беременности / О.Ф. Серова и др
- 28.Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности. Дисс. ... канд.мед. наук. — 2004.
- 29.Никонов А.П., Липман А.Д., Чилова Р.А. Прерывание беременности во II-триместре // Акуш. и гин. — 2001. №1. — с. 23-26.
- 30.Новицкий С.К. Гинекология : пер. с англ. / С.К. Роузвина ; под ред. Э.К. Айламазяна. М. : МЕДпресс-Информ, 2004. — 520
- 31.Овсянникова Т.В. Неразвивающаяся беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика / Е.В. Несяева // Акушерство и гинекология. -2005.-№2.-С. 3-7.
- 32.Петросян А.С., Гусакова Н.С., Макацария А.Д. «Применение Мифегина для прерывания беременности» //Акуш.. и гинек.. — 2000. №2.
33. Пономарева Ю. Современные аспекты в лечении и реабилитации женщин с несостоявшимся абортom / Е.М. Попова, А.Г. Ящук // Мать и дитя : материалы VIII Рос. форума. М., 2006
- 34.Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майсова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 2000 с. — (Серия «Библиотека врача-специалиста
35. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов. // Акуш. и гинекол., 2000, №5, стр.3-8.
36. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика, лечение) : автореф. дис. . д-ра мед. наук / И.А. Салов. - Саратов, 1998.-42 с.
37. Серов В.Н. Научные основы профилактики материнской смертности
38. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / И.М. Сидельникова. М. : Триада-Х, 2002. - 304 с.
39. Сидорова И. С. «Физиология и патология родовой деятельности». — М., 2000.
40. Сидорова И.С. Неразвивающаяся беременность / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова // Гинекология. 2006. - Т 8, № 3. - С. 4-7

41. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин. Акуш. и гин. 2001; 3: 19–23
42. Стецюк О.Ю. Проблема внутриутробной инфекции в акушерско-гинекологической практике / О.У. Стецюк, И.В. Андреева // Фарматека. - 2006. -№ 14.-С. 12-20
43. Серов В.Н. Научные основы профилактики материнской смертности
44. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / И.М. Сидельникова. М. : Триада-Х, 2002. - 304 с.
45. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребёнок. — М., 2006
46. «Терапевтические методы прерывания беременности». Доклад науч. группы ВОЗ.-Женева, 1999.
47. Тирская Ю.И. Неразвивающаяся беременность на фоне герпетической инфекции: вопросы патогенеза, диагностики, профилактики : автореф. дис. . канд. мед. наук. / Ю.И. Тирская. Омск, 2008. - 23 с.
48. Шешукова, О.А. Быкова // Акушерство и гинекология. 2002. - № 1. - С. 3-5.б) иностранная
49. Шешукова Н.А. Медикаментозные методы прерывания беременности во II триместре. / Н.А
50. Хомасуридзе А.Г., Мачавариани П.А. «Наш опыт проведения индукции консервативного аборта комбинированным использованием мифепристона (RU-486) с синтетическими простагландинами». // Georgian Medical News, 2000, №10, с. 16-18.
51. Bygdeman MD, Gemzell-Danielsson K., Marions L. “Medical Termination of Early Pregnancy: The Swedish Experience”. JAMA. 2000, 55: p. 195-196.
52. Edwards D., Leonhardt S., Gass-Handel E. “Novel Mechanisms of Progesterone Antagonists and Progesterone receptor” - J Soc. Gynecol. Investing. 2000, 7(1): 22-24
53. Elliot CL, Brennand JE, Calder AA. “The Effects of Mifepristone on Cervical Ripening and Labor induction in Primigravidae”. Obstet Gynecol, 1998, 92(5): p. 804-809.
54. Eng NS, Guan AC. Comparative Study on Intravaginal Misoprostol with Gemeprost as an Abortifacient in Second Trimester Missed Abortion. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1997,37: 331-334

55. Ermoshenko B., Shubich M. The role of Leukocytic Factors in the Preparation for and Induction of Labor, *Morfologia*, 117(2)7-12
56. Foldesi I., Falkay G. "Determination of Ru 486 (mifepristone) in Blood by Radioreceptor assay; a pharmacokinetic study". *Contraception*, 1996 54:1 27-32
57. Frydman R, Lelaidier C, Baton-Saint-Ml, Baton-Saint-Mlbor Induction in Woman at Term With Mifepristone (RU-486) : double-blind, randomized, placebo - controlled study. *Obstet Gynecol*, 1992, v 80, p.972-975.
58. Frydman R, Baton C, Lelaidier C, Vial M, Bourget P, Fernandez H – "Mifepristone for Induction of Labor". *Lancet*, 1991, v 337, pp.488-489.
59. Gemzell-Danielsson K. And Ostlund E. "Termination of second trimester Pregnancy with Mifepristone and Gemeprost". *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000, 79, p.702-706.
60. Gemzell-Danielsson K., Marions L., Rodrigues A. et al. "Comparison between Oral and Vaginal Administration of Misoprostol on Uterine Contractility. *Obstet Gynecol.*, 1999, 93: p. 275-280.
61. Giagolone PL, Targosz V, Laffargue F et al. "Cervical Ripening with Mifepristone before labor Induction : a Randomized study". *Obstet Gynecol*, 1998, 92 (4Pt1): 487-492
62. Hegele-Hartung C., Chwalisz K., Beier H. and Elger W. "Ripening of the Uterine Cervix of the Guinea-Pig after Treatment with the Progesterone Antagonist Onapristone (ZK 98299): an electron microscopy study". - *Hum Reprod*, 1989; 156: 765-771.
63. Oates-Whitehead R.M Placental histological inflammation and reproductive tract infections in a low risk pregnant population in Latvia / D. Rezeberga et al. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* -2008. Vol. 87, № 3. - P. 360-365.
64. Khomasuridze A., Parkauli M. "Evaluation of Efficiency of Various Methods of Interruption of Pregnancy in II Trimester", "Annals of Biomedical research and education", 2003. Vol. 3. Issue 4.
65. Rish-Panova M., Nedialkov K., Koleva J. et al. "Termination of Second Trimester Pregnancy. A Comparative Study of Using Misoprostol and Oxytocin". The 16th Congress of Obstetrics and Gynaecology (EAGO/EBCOG), 2001, Malmo/Sweden, p.5.
66. Stenlund PM, Ekman G, Aedo R, Bygdeman M – "Induction of Labor with Mifepristone - a Randomized, Double-Blind study Versus Placebo". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1999, 78(9): 793-798.

