

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС  
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИ АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ  
КАФЕДРАСИ**

УДК 618.46:616-053.31

**Магистрлик илмий даражасини олиш учун магистрлик диссертацияси**

**Мавзу:**

**НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН  
ОЛДИН КЎЧИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР**

**Мутахасислик: 5А510101 – «Акушерлик ва гинекология»**

**Магистратура резиденти: Аннакулов Азиз Журакулович**

**Илмий рахбар: т.ф.н., доцент Элтазарова Гулнора Шербековна**

*Самарқанд – 2016 йил*

## Мундарижа

|                                                                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Мавзунинг долзарблиги                                                                                               | 5-8   |
| I боб. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчишида перинатал натижалар муаммосига оид замонавий қарашлар  | 9-28  |
| 1.1. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олди кучиши - акушерлик фанидаги энг оғриқли муаммолардан бири сифатида | 8-11  |
| 1.2. НЖПВОК ни таснифлаш принциплари                                                                                | 12-14 |
| 1.3. НЖПВОК нинг этиологик ва патогенетик аспектлари                                                                | 14-17 |
| 1.4. НЖПВОК нинг диагностика қилиш усуллари                                                                         | 17-20 |
| 1.5. НЖПВОК да туғруқни олиб бориш принциплари                                                                      | 20-22 |
| 1.6. НЖПВОК бўлган аёлларни Эффектив перинатал парвариш (ЭПУ) концепцияси асосида олиб бориш                        | 22-26 |
| 1.7. НЖПВОК муаммосига оид замонавий қарашларни умумлаштириш                                                        | 26-28 |
| II боб. Текшириш усуллари ва материали                                                                              | 29-35 |
| III боб. Тадқиқот натижалари ва унинг муҳокамаси                                                                    | 36-62 |
| 3.1. Текширилган аёлларнинг тиббий - ижтимоий характеристикаси                                                      | 36-40 |
| 3.2. НЖПВОК бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши ва асоратлари                                                   | 40-45 |
| 3.3. НЖПВОК нинг клиник манзараси, диагностикаси ва клиник                                                          | 45-53 |

баҳолаш

|                                               |       |
|-----------------------------------------------|-------|
| 3.4. НЖПВОК да туғруқни олиб бориш тактикаси  | 54-58 |
| 3.5. Туғруқ натижалари ва перинатал оқибатлар | 58-62 |
| Хулосалар                                     | 63    |
| Амалий тавсиялар                              | 64    |
| Фойдаланилган адабиётлар руйхати              | 65-82 |

## АББРЕВИАТУРА

|        |                                                    |
|--------|----------------------------------------------------|
| ЖССТ   | Жахон согликни саклаш ташкилоти                    |
| ИФА    | Иммунофермент анализ                               |
| ОИТС   | Одам иммун танқислиги синдроми                     |
| КК     | Кесар кесиш                                        |
| КТГ    | Кардиотокография                                   |
| УТТ    | Ультратовуш текшириш                               |
| УТД    | Ультратовуш диагностикаси                          |
| НЖПВОК | Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олин кучиши |
| ХД     | Ҳомила дистресси                                   |
| ҲХТСХ  | Ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат                |
| ҲРОҚС  | Ҳомила ривожланишдан орқада қолиш синдроми         |
| ҲРН    | Ҳомила ривожланиш нуқсони                          |
| ҲЮУС   | Ҳомила юрак уришлар сони                           |
| ЭПП    | Эффектив перинатал парвариш                        |

# **НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИН КЎЧИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР**

## **Мавзунинг долзарблиги**

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши бачадоннинг юқори сегментида жойлашган плацентанинг ҳомиладорлик вақтида ёки туғруқнинг 1-2 даврларида ажралишига айтилади (Савельева Г.М., 2007). Мазкур асорат жами ҳомиладорлик ҳолатларининг 0,5-1,5% ида учрайди (Макаров И.О., 2008). Инглиз олимларининг маълумотларига кўра НЖПВОК бутун дунё бўйича деярли бир хил, яъни 1% учрайди (Brawn T., 2006).

НЖПВОК оғир акушерлик асоратларидан бири бўлиб, кўпинча ҳомила ва аёл ҳаётига жиддий хавф туғдиради. Жами НЖПВОК ҳолатларининг 1/3 ида кучли қон кетиши кўзатилади, бу хатто геморрагик шок ва ДВС-синдроми ривожланишига олиб келади (Денисов И.Н., 2001).

НЖПВОК кўпинча биринчи туғувчиларда кўзатилади, муддатдан олдинги туғруқларда нормал туғруққа нисбатан 3 барабар кўп учрайди (Макаров И.О., 2008). Худди шу муаллифларнинг ёзишича, мазкур патологияга олиб келувчи ҳолатлар 2 гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳга бевосита плацента кўчишига олиб келувчи сабаблар киради: гипертензив бузилишлар, буйрак касалликлари, антифосфолипид синдром, бачадон яллиғланиши ва миомаси, муддатдан утган ҳомиладорлик ва б. Иккинчи гуруҳга кирувчи омиллар юқоридаги сабаблар фонида плацента кўчишига мойиллик яратади, буларга бачадоннинг чузилиб кетиши, қоғоноқ сувларинг бирдан кўп миқдорда кетиши, травма, туғруқ фаолияти дискоординацияси ва нотуғри стимуляция қилиш (Стрижаков А.Н. и соавт., 2002).

НЖПВОК нинг энг оғир асорати шубҳасиз, бачадон имбибицияси ёки Кувелер бачадони деб аталувчи ҳолатдир. Бунда анча катта ўлчамдаги

ретроплацентар гематома ҳосил бўлиб, қон бачадон деворига шимилади ва бачадон қисқариш қобиляти йўқолиб, ДВС-синдроми кучайиб боради. Илк бор француз акушер-гинеоклоги А. Couvelaire томонидан тасвирлаб берилган бу ҳолат одатда бачадонни экстирпация қилиш билан тугалланади (Абрамченко В.В., 2003).

Ўтган асрнинг сунгги 10 йиллигида (Мордухович И.С., 2001) НЖПВОК нинг этиопатогенези, клиникаси ва олиб бориш тактикасига доир кўп сонли илмий тадқиқотлар олиб борилган бўлишига, кейинги йилларда мамлакатимизда бу муаммо урганилмаган. Ваҳоланки, сунгги йилларда, айниқса мустақилликдан кейин туғруққа ёрдам кўрсатиш хизмати тубдан ўзгариб кетди, янги концепциялар ва тамойиллар киритилди.

Мазкур илмий лойиха **максади:**

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши билан асоратланган туғруқнинг кечиш хусусиятлари ва уни олиб бориш тактикасини оптимизация қилиш.

**Вазифалар:**

1. Самарқанд Вилоят перинатал марказига НЖПВОК билан келган аёлларда туғруқнинг кечиши ва унинг натижаларини таҳлил этиш.
2. ВПМ да 2013-2016 йиллар давомида НЖПВОК билан қабул қилинган аёлларда ультратовуш ва лаборатор текшириш.
3. НЖПВОК билан келган аёлларни эффектив перинатал парвариш принциплари асосида олиб бориш самарадорлигини урганиш.

**Ишнинг илмий янгилиги**

НЖПВОК билан асоратланган ҳомиладор аёлларда туғруқнинг кечиши ва туғруқ натижалари проспектив ўрганилади ҳамда касалликнинг оғирлик даражаси янги классификация буйича геморрагик, ретенцион ва аралаш шаклларга бўлиниб урганилди. Плацента кучишининг мазкур клиник

шакллари билан унинг клиник симптомлари орасидаги корреляцион боғланиш урганилди. Мазкур хасталикда перинатал натижалар таҳлил этилди.

### **Тадкикот материали ва усуллари**

1. Самарқанд ВПМ да 2013-2016 йиллар мобайнида НЖПВОК билан асоратланган аёлларни проспектив кўзатиш картаси (n=60).
2. ВПМда 2013-2016 йилларда НЖПВОК билан қабул қилинган аёлларни тўлиқ клиник-лаборатор текшириш (n=60).
3. Бемор аёлларни плацента ва ҳомила ҳолатини ультратовуш текшириш.

### **Ишнинг амалий аҳамияти**

Тадкикот натижалари НЖПВОК нинг этиопатогенези ва олиб бориш тактикасига эффе́ктив перинатал парвариш нуқтаи назаридан янги́ча ёндошиш, перинатал натижаларни таҳлил этиш, НЖПВОК ини рационал олиб бориш ва олдини олишга доир амалий тавсияномалар ишлаб чиқилди.

### **Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш**

Тадкикот натижалари Самарқанд вилоят перинатал маркази ва вилоятининг барча туғруққа ёрдам курсатиш муассасалари, ҳамда репродуктив саломатликни муҳофаза қилиш муассасаларида амалиётга жорий этилди.

### **Мавзу бўйича чоп этилган публикациялар**

Диссертация мавзуси бўйича жами 4 та илмий иш чоп этилган, шулардан 1 та илмий мақола ва 3 та тезис ватанимиз илмий журналларида чиқарилди.

## **Мавзуга оид калит сўзлар**

**Ўзбек тилида:** нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кучиши, хомила дистресси, хомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат, кесар кесиш операцияси.

**Рус тилида:** преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дистресс плода, состояние угрожающее жизни плода, операция кесарева сечения.

**Инглиз тилида:** preterm abruption of normally attached placenta, fetal distress, threatening condition of fetal life, operation of cesarean section.



# **I боб. НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИН КЎЧИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР МУАММОСИГА ОИД ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР**

## **1.1. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олди кучиши - акушерлик фанидаги энг оғриқли муаммолардан бири сифатида**

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши (НЖПВОК) – бу плацентанинг ҳомиладорлик вақти ёки туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврларида вақтдан олдин кўчишига айтилади. Бу асорат 0,5-1,5 % ҳолатларда кузатилади. Барча туғруқнинг 0,5-2 % ни ташкил қилган НЖПВОК дай паталогияни даволаш ва профилактикаси туфайли оналар ўлими, чақалоқлар ўлик туғилиши ва постнатал ўлимни камайишига олиб келди. Акушерлик илмий амалиётининг ривожланиши бу муаммоларни ечимини топди. Аммо ҳозирги кунга келиб бу натижалар акушерларни қониқтирмай қўйди [12,13,45].

Умумий структурада НЖПВОК дан кейинги қон кетиш 20-45,1 % ва 45,3 % ҳомиладорларда кечки токсикоз билан кузатилади. Туғруқда НЖПВОК дан қон кетиш бўйича оналар ўлими сабаби гипо ва атоник қон кетишлардан кейин иккинчи ўринда туради (32,5-42 %). НЖПВОК механизмлари ечими топилганлигига қарамасдан, ҳозиргача бу паталогиянинг туб моҳияти ўрганилмаган. НЖПВОК нинг ривожланиши гестоз фонида, қоғоноқ пуфагининг кўтарилувчи бактериал инфицирланиши, сурункали пиелонефрит фонида кечиши асосий патогенетик фактор сифатида намоён бўлолмайди. Шунинг учун паталого - анатомларга йўлдош кўчишини келтириб чиқарувчи омиллар ўртасида қиёсий ташхис қийинчилик туғдирди. Охирги йилларда

бачадон - плацента соҳасидаги НЖПВОКдаги ўзгаришларни ўрганиш мақсадга мувофиқ [11,35,56].

Ретроплацентар гематома плацентар майдондаги веноз қон айланишини қийинлашувига олиб келади. Лекин бу ҳозиргача морфологик тасдиқланмаган [1,2,18,26,77].

НЖПВОК – плацентани бачадон деворидан ҳомила туғилгунча кўчишига айтилади. НЖПВОК ва плацентани олдинда келиши умумий белигига эга. Улардан энг асосийси қиндан қонли ажралма келиши, қорин соҳасидаги ноҳушлик, бачадоннинг оғриқли қисқаришидир. НЖПВОК децидуал пардага қон қуйилишидан бошланади ва у аста - секин ўсиб бориб, плацента кўчишига олиб келади, кейинчалик қон кетиш кузатилади [3,5,87,88].

Бирламчи қон кетишининг сабаби аниқланмаган, лекин бир қанча хавф солувчи омиллар мавжуд. Улар икки гуруҳга бўлинади:

1. Мойиллик туғдирувчи
2. Бевосита гуруҳ

Мойиллик туғдирувчи омиллар - аёл организмидаги қон-томир системасидаги ўзгаришлардир (васкулопатилар, қон-томир ўтказувчанлигининг ошиши). Ҳозирда оғир гестозлар, сурункали гипертензия, гломерулонефрит, қандли диабет, аёл организмидаги сурункали соматик-инфекцион патологияларда, юрак нуқсонларида учрайди. Сурункали эндометрит ва бачадон субсероз миомаси фонида келиб чиқади. Бачадон ва йўлдошдаги яллиғланиш, дегенератив ва бошқа патологик жараёнлар аҳамиятлидир. НЖПВОКда бачадоннинг чўзилиши (кўп сувлилик, кўп ҳомилалик, йирик ҳомила туфайли) мойиллик туғдиради [4,7,11,15,17,87,88,94]. Лекин бу факторлар етарлича эмас.

Бевосита сабабларга жароҳатлар ва руҳий ўзгаришлар сабаб бўлади (қориндан босиш, қорин билан йиқилиш, қўпол акушерлик манипуляциялар, эгиз ҳомиладорликда биринчи ҳомиланинг тез туғилиши, кўркув, руҳий кўзғалишлар ва бошқалар). Охирги изланишлар аёлларда кокаин истеъмол қилиш хавф солишини исботланди. Чунки у вазоконстрикцияга олиб келиб, тўсатдан плацента кўчиши ривожланишини келтириб чиқаради. Катта хавф солувчи ҳолатлардан яна бири авто авариялар сабабли ҳимоя камарларини тақилмаганлигидир. Юқоридаги икки фактор фон сабаблари бўлиб ҳисобланади [6,7,21,22,24,44].

Кўпинча НЖПВОК бачадоннинг плацентар майдонидаги томирлар бутунлиги бузилишидан келиб чиқади. Қон плацента билан бачадон девори ўртасида тўпланишни бошлайди ва бу соҳада ретроплацентар гемотама ривожланиб бориб, жараённи тезлаштиради. Бунда бачадоннинг ҳамма девори қонга тўйиниб бориб, Кувелер бачадони ривожланади. Натижада миометрий зарарланиши ва ретроплацентар қон ивувчанлигининг бузилиши аёл қон оқиш тизимига кўп миқдорда тромбопластинлар ажралишига олиб келади. Оғир ҳолатларда ДВС-синдром ривожланади. Периферик қон томирларда гипофибриногенемия туфайли нафақат бачадон, балки бошқа органлардан ҳам қон кетиши кузатилади. Плацента кўчиши унча катта бўлмаган соҳани эгаллаганда ҳомиладорлик ва туғруқ нормал кечиши мумкин [6,8,10,21,36,37].

Агар плацентанинг кўчиши бола жойининг 1/3 қисмини эгалласа, ҳомила асфиксиядан нобуд бўлади. Плацентадаги ўзгаришлар характерли кўринишга эга. Она юзасида қон лаҳтаси жойлашган бўлади, шу соҳа босиб кўрилганда тўқимаси зич сариқ рангда бўлаклараро чегараси текислашиб кетган. НЖПВОК ҳомиладорлик пайтида, туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврларида учрайди. Клиник белгилари

аёл организмнинг қон кетишга реакцияси, ажралган йўлдошнинг ҳажми, қон кетиш миқдори ва қон кетиш тезлигига боғлиқ. Қон кетиш билан бирга бошқа симптомлар ҳам бўлади: бачадонда оғриқ, бачадон тонусининг ошиши, ҳомила аҳволининг ёмонлашуви, АҚБ тушиб кетиши, тахикардия [3,4,8,9,14].

## **1.2. НЖПВОК классификацияси**

*Оғирлик даражасига кўра:*

- Енгил
- Ўрта оғир
- Оғир

Енгил формасида оғриқ симптомлари кузатилмайди. Ҳомила туғилгандан сўнг йўлдошга қараб аниқланади ( аёл юзасида тўқ рангли қон лахталар бўлиши). Охирги йилларда УТТ катта натижа бермоқда. Бундан ташқари НЖПВОК йўлдош олдинда келиши билан қиёсий ташхис қилинади [1,4,11,20,39,40].

Агар ретроплацентар гематома цервикал каналга яқин бўлса, қон кетиш аниқ кўринади. Агар плацентанинг кўчиши юқорида бўлса, қон қуйилиш йўлдош марказида бўлса, йўлдош қирралари бачадон деворига ёпишган бўлади ва қиндан қонли ажралма келмайди. Қон қуйилиши базал қаватда бўлса бачадон мушакларининг қисқаришига олиб келади. Аёл пальпацияда қорин пастидаги оғриқларга шикоят қилади. Бачадоннинг оғриқли қисқариши тезлашиб бориб спастик қисқаришларга олиб келади. Плацентанинг вақтдан олдин кўчиши ҳомила оксигенациясининг бузилишига олиб келади. Плацентанинг  $\frac{1}{4}$  қисми кўчиши ҳам ҳомила ҳаётига ҳавф солади. Плацента кўчишига шубҳа қилинганда ҳомилада электрон мониторинг ўтказилади. 15%

ҳолатларда ҳомила антенатал ўлими юз беради. Коагулопатик қон кетишлар қўшилса аёл аҳволи яна оғирлашиб ДВС синдром ривожланади. НЖПВОКда тромбоцитлар камайиб тромбопластин ва протронбин индекси ошиб кетади. Қон томир ичидаги фибриноген фибринга айланиб, натижада тромб ҳосил бўлади. Қонда фибриноген, тромбоцит, протронбин, V, VIII факторлар камаяди [3,9,10,12,25,88,89,102,103].

Ўрта оғир даражасида йўлдош тўртдан бирдан учдан икки қисмигача кўчади. Бошланғич белгилар аста секин ёки тўсатдан ривожланади. Қорин пастадаги доимий оғриқ ва қиндан тўқ рангли қонли ажралма келиши айрим ҳолатларда шок ва коллапс ҳолатларини келтириб чиқаради. Бачадон тонуси бачадоннинг бутун юзасида ёки маълум қисмида ошади. Дардлар орасида бачадон бўшашмайди. Ҳомила асфиксиядан қийналади ва ҳомила антенатал ўлими кузатилади. Бачадонда тонус баландлигидан ҲЮУ қийинлашади. Бу белгиларга буйраклар вазифасининг бузилиши (олигоурия) ва қон томир системасида ивувчанлик бузилиши қўшилади [5,6,13,14,50,51].

Оғир формаси (ўткир плацента етишмовчили) плацентанинг 2/3 қисми кўчганда келиб чиқади. Бунда тўсатдан қоринда кучли оғриқ, умумий ҳолсизлик, бош айланиши айрим ҳолатларда хушини йўқотиш юз беради. Кўздан кечирганда аёл безовта, тери қопламалари бирдан оқариб кетган, совуқ тер босган, нафас олиш тезлашган, PS тезлашган, АҚБ нормадан пасайиб кетган. Пальпацияда қорин дам, бачадон тонусда, ҳомила қисмлари ва ҲЮУ аниқланмайди. Ташқи жинсий аъзолардан қон кетиши кам миқдорда ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Олигоурия ва анурия қўшилади. Плацентанинг олдинда ётиши, бачадон ёрилиши, қоғоноқ сувлари эмболияси, бачадон тетанияси муддатдан олдин туғруқ билан қиёсий ташхис қилинади [8,17,18,22,34,35].

*НЖПВОКнинг таснифлаш принциплари [4,5,11]:*

- Йўлдошнинг киррасидан кўчиши, бунда ташқи жинсий аъзолардан тўқ қизил рангли қонли ажралма келиши характерли. Аёл ва ҳомила аҳволининг оғирлик даражаси қон кетиш ҳажми билан боғлиқ.

- Йўлдошнинг марказдан кўчиши - бунда ташқи жинсий аъзолардан қон кетиш йўқ, чунки қон бачадон плацента девори ўртасида йиғилади. Аёл аҳволи бирдан ёмонлашади. АҚБ пасайиб, PS тезлашади. Бу ички қон кетиш ҳақида дарак беради.

- Плацентанинг комбинирланган кўчишида ҳам ташқи ҳам ички қон кетиш кузатилади. Суртмасимон қон кетишидан аёл ва ҳомила аҳволи оғирлашиши мумкин.

*Йўлдошнинг кўчиш майдонига қараб [4,5,11]:*

- Қисман кўчиш - жадаллашган (кўчаётган майдон катталашиб боради) ва жадаллашмаган (кўчиш майдони катталашмайди).

- Тўлиқ кўчиш. Аёл ва ҳомила аҳволининг оғирлик даражасига қараб учга бўлинади.

1. Енгил даража (йўлдошнинг кам қисми кўчиши)
2. Ўрта оғир даража (25 % дан кўпроқ қисми кўчиши)
3. Оғир даража (75 % дан кўпроқ кўчиши)

### **1.3. НЖПВОК нинг этиологик ва патогенетик аспектлари**

НЖПВОК нинг этиологияси аниқланмаган. Йўлдош кўчиши ҳомиладорларда тизимли кўринишда, баъзан яширин кечувчи паталогия ҳисобланади. Сабабларининг бир қанча омиллари мавжуд. Қон-томир (васкулопатия, плацентар майдон ангиопатияси, нотўлиқ эндометрийдая цитотрофобластнинг юзаки инвазияси), гемостатик (тромбофелия), механик. Воскулапатия ва тромбофелия кўпинча гестозларда, АГ ва гломерулонефритда ҳам ривожланади [3,4,13,14,18,24,25].

Гемостаз ўзгариши – нормал жойлашган плацента кучишининг сабаби ва оқибатидир. НЖПВОК ривожланишида АФС, тромбозга мойиллик туғдирувчи гемостазнинг генетик деффекти (Лейден омили мутацияси, ангиотензин II дефицити, протеин С дефицити муҳим аҳамиятга эга) [27,33,39,40].

Тромбофелия тромбопластнинг тўлиқ инвазиясига тўсқинлик қилади. Бу плацентация деффектига, НЖПВОКга имкон туғдиради. НЖПВОК натижасида гемостаз бузилади, ДВС синдромининг ўткир формаси - массив қон кетишга олиб келади [9,54,55].

Жараён йўлдошнинг марказий кўчишига характерли бўлганда, қон қуйилган соҳада босим ошади, она қон оқиш тизимида тромбопластик ҳусусиятга эга плацента тўқимасининг тушишига шароит яратилади. Тез-тез ва интенсив дардлар натижасида тўғруқ вақтида бачадоннинг чўзилиб кетиши НЖПВОКга олиб келади. Йўлдош қисқариш ҳусусиятига эга эмас. Ўзгарган бачадон хажмига мос келмаслиги натижасида бачадон девори билан алоқани йўқотади. Шундай қилиб, НЖПВОКнинг мойиллик туғдирувчи омилларига қуйидаги ҳолатлар киради [27,28,36,37]:

- *Ҳомиладорлик вақтида:*

1. Қон томир экстрагенитал паталогияси (АГ, гломерулонефрит)
2. Эндокринопатиялар (қандли диабет)
3. Аутоиммун ҳолатлар (АФС, СКВ)
4. Декстран ва гемотрансфузияда аллергия реакциялар
5. Гломерулонефрит фонидаги гестоз
6. Инфекцион аллергия васкулитлар
7. Тромбозларга мойиллик туғдирувчи гемостазнинг генетик деффектлари.

- *Туғруқ вақтида:*

1. Кўп сувлиликда қоғонок сувларининг муддатидан олдин кетиши
2. Бачадонни окситоцин билан гиперстимуляцияси
3. Кўп ҳомилаликда биринчи ҳомиланинг тез туғилиши
4. Калта киндик тизимчаси
5. Қоғонок пуфагининг кеч ёрилиши

Шунингдек, йиқилиш, травма, амниоцентез ва акушерлик ташқи буриши ҳам сабаб бўлади [30,31].

Қон томирининг ёрилиши ва қон кетиш *deciduas basalis*дан бошланади. Гематома ҳосил бўлади ва децедуал қаватнинг бутунлиги бузилади, ҳамда шу соҳага ёпишиб турган қисми бачадоннинг мушак қаватидан йўлдош ажралади [46,52,53].

Плацента кўчишининг нопрогрессив турида эса гематома каттиқлашади, бир қисми сўрилади ва ундан туз ажралади [46,52,53].

Авж олиб боровчи, прогрессив турида кўчиш бўлган соҳа тезлик билан катталашади, натижада бачадон чўзилади ва шу соҳадаги қон томирлар қисқармайди. Ажралаётган қон йўлдошни кўчишини давом эттиради ва жинсий йўллардан сизиб чиқади [52,60,61,62].

Агар плацента кўчиши натижасида ажралаётган қон жинсий йўллардан сизиб чиқолмаса, бачадон девори ва плацента ўртасида гематома ҳосил бўлади. Бунда қон плацентага ва миометрий қаватига сизиб кириши, бачадон чўзилишига, бачадон қаватларининг қон билан тўйинишига ва миометрий қаватидаги рецепторларнинг қўзғалишига олиб келади [56,57,70,71,75,120,121].

Чўзилиш шу даражада кучаядики, натижада бачадон деворининг дарз кетишига ва сероз қаватгача йиртилишига олиб келади, бунда бачадоннинг барча қаватлари қон билан тўйиниб, параметрал клетчатка ва қорин бўшлиғига тарқалади [34,58,78,98,99,100.].



Бачадон сероз қавати петихиал кўкимтир тусга киради (петихиал қон қуйилиши), бундай патологик ҳолат “бачадон - плацентар апоплексияси” деб аталади. Биринчи марта 1911-йилда А.Кувелер томонидан “Кувилер бачадони” деб ном берилган. Бу ҳолат миометрийнинг қисқарувчанлик хусусиятини бузиб гипотония, кейинчалик ДВС синдром авж олиб, массив қон кетишига олиб келади [34,58,130,131,133].

#### **1.4. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кучишининг диагностика қилиш усуллари**

НЖПВОКда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси қон йўқотиш миқдори, ҳомиладор аёл ва ҳомила ҳолати, гестация муддати ва гемостаз ҳолати каби кўрсаткичларга боғлиқ. НЖПВОКнинг ўрта ва оғир даражаларида ҳомиладорлик ва туўруқ вақтида яққол клиник белгилари кузатилса, гестация муддати ва ҳомила ҳолатидан қатъий назар, туғруқ шошилинич кесар - кесиш йўли билан тугатилади. Операция вақтида мушак ва субсероз қаватига қон қуйилмаганлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида, бачадонни кўздан кечириш шарт. Кувелер бачадони аниқланганда, туғруқдан кейин дастлабки босқичда *a.iliaca interna* боғланади. Қон кетиш кузатилмаса, операция ҳажми шу билан чегараланади ва бачадон сақлаб қолинади. Қон кетиш давом этса, бачадон экстерпацияси ўтказилади [76,77,100,101,156].

Аёл қонини йиғиш ва қуйиш мақсадида аутокон таркибидаги тромбоцитларни реинфузия қилиш учун махсус аппаратдан фойдаланилади. Ушбу аппарат ёрдамида қон резервуарга йиғилади ва гемоглобин, қон ивиш омили, тромбоцитлар, эритроцитлар филтрдан тозаланиб ўтказилади ва организмга қайта қуйилади. Бир вақтнинг ўзида инфузион ва трансфузион терапия ўтказилади [31,32,67,68,99,110,111].

НЖПВОКнинг энгил даражасида агар аёл ва ҳомила жабрланмаса, якқол ички ёки ташқи қон кетиш, анимия кузатилмаса, гестацион муддат 34-35 ҳафта бўлса, кутиш тактикаси олиб борилади. Бунда доимий УТТ назорати ва ҳомилани доимий назорати (Доплерометрия, КТГ) олиб борилади. Беморга ётоқ режими,  $\beta$ -адреномиметиклар, спазмолитиклар, дезагрегантлар, поливитаминлар, антианимик препаратлар тавсия этилади. Агар аёл ва ҳомиланинг аҳволи қониқарли бўлса, ички ёки ташқи қон кетиш кузатилмаса, (УТТ да унча катта бўлмаган нопрогрессив ретроплацентар гематома аниқланганда), анимия, 34-36 ҳафталик ҳомиладорлик вақтида кутиш тактикаси олиб борилади. Ҳомила ҳолатини доимий кузатиб (доплер, КТГ) туриб, ҳомиладор аёл УТТ назоратида кузатилади. Ётоқ режими тавсия этилади. НЖПВОКни диагностика қилиш бир қатор клиник, инструментал ва лаборатор мезонларга асосланган. Аёл умумий аҳволи ва қон йўқотиш миқдорини аниқлаш, диагноз қўйиш учун муҳим фактор бўлиб хизмат қилади. Аёлнинг шикоятлари, анамнези, клиник кечиши, объектив ҳолати, инструментал ва лаборатор текширишларни эътиборга олиш керак. Асосий эътибор Гистоз билан оғриган беморларга қаратилади [22,23,55,56,100,101].

НЖПВОКни диагностика қилиш учун биринчи навбатда ҳомиладорлик ёки туғруқ вақтида бачадон гипертонуси, асимметрияси фонида жинсий йўллардан қон кетиши, ҳомила асфиксияси ва гипоксиясининг ошиб бориши, қориндаги оғриқ билан қўшилиши муҳим аҳамият касб этади [24,58,91,114,115].

Пульснинг тезлашиши ва артериал гипотония ички қон кетиш белгиси бўлиб ҳисобланади. Туғруқ вақтида НЖПВОК содир бўлса, дардлар сусайиб нерегуляр характер касб этади ва дардлар орасида бачадон бўшашмайди. Ҳомилада гипоксия ва асфиксиянинг авж олиб

бориши, аускультация вақтида тахикардиянинг брадикардияга ўтиши ва юрак ритмининг бузилиши билан характерланади [33,35].

Ташқи қон кетиш кузатилмаса диагноз қўйиш биров қийинчилик туғдиради. Преэклампсия эклампсия анурия натижасида келиб чиқадиган НЖПВОК нафақат ҳомилага, балки аёлнинг ҳаётий муҳим аъзоларининг жиддий зарарланишига олиб келади. Юқоридаги касалликларнинг клиник кечиши йўлдош кўчишининг клиник белгиларига қараганда оғир тус олади. НЖПВОК нинг диагностикасида УТТ ретроплацентар гематоманинг жойлашиши ва ҳажмини аниқлаш имконини беради. Ташқи қон кетиш кузатилмаганда, бачадон ва йўлдош оралиғидаги ретроплацентар гематома турли ҳажмдаги гипоксхоген ҳосила кўринишида намоён бўлади. Агар йўлдош бачадоннинг олдинги ёки ён деворида жойлашган бўлса юқоридаги манзара яққол намоён бўлади. Йўлдош кўчишининг оғир формаларида лаборатор текшириш натижаларида гипокоагуляция кузатилади. Бунда тромбоцитлар, фибриноген, антитромбин III ларнинг сони камаяди [45,80].

Патоморфологик текширувларда, макроскопик кўрилганда НЖПВОКда йўлдошнинг она қисмида фасет ва босилган майдонлар аниқланади. Микроскопик текширувларда эса плацентанинг кенг микроинфаркт майдонлари, фибринли тромблар, ворсинкалар склерози, децидуал тўқиманинг юпқалашиши ёки йўқолиб кетганлиги аниқланади. Ўлган аёлларда перикард, эндокардисти, плевра, ошқозон, қизилўнгач, оғиз шиллиқ қаватларида тарқалган қон қуйилишлар аниқланади. Ўткир камқонлик натижасида ўпка шиши, ателектаз, паренхиматоз органларда оғир дистрофик ва некротик ўзгаришлар аниқланади [119,110,130].

НЖПВОКни бачадон ёки бачадоннинг рудиментар шохи ёрилиш хавфи ёки ёрилиши билан қиёсий ташхис қилинади. Бачадон ёрилиши билан оғриган аёлларда миометрийнинг дегенератив ўзгариши билан ифодаланадиган (бачадонда чандик, бачадонни қириб тозалаш,

бачадоннинг яллиғланиши, олдинги туғруқларнинг асоратланганлиги ва ҳ.к) муҳим акушер гинекологик анамнез бўлиб ҳисобланади. Мазкур ҳомиладорлик бачадоннинг чўзилиши ва ҳомиланинг чаноқ билан келишида изоҳланади. Мазкур ҳомиладорлик вақтида қорин пасти ва белдаги доимий ва узун нерегуляр оғриқлар, бачадон чандиғи соҳасидаги оғриқ яққол намоён бўлади [2,6,12,13,146].

Патологик прелиминар даврда, қоғоноқ пуфагининг муддатдан олдин кетишида, туғруқ фаолияти дискоординациясида, ҳомила олдинда келган қисми ва она чаноғининг номутаносиблиги белгилари туғруқни асоратлантиради. Ҳомиладорлик ва туғруқ бошланишидан олдинги даврларда ташқи қон кетиши йўлдош олдинда келишини эрта диагноз қилинмаганлиги билан боғлиқ. Бундай ҳолатларда бачадонда локал оғриқ кузатилмайди. НЖПВОК кўпроқ ёш, биринчи туғувчи аёлларда мойиллик туғдирувчи экстрагенитал касалликлари гестоз билан оғриган аёлларда кўпроқ учрайди. Йўлдошнинг пастда жойлашиши қайта туғувчи оғирлашган акушерлик - гинекологик анамнези бўлган аёлларда учрайди [25,47,48,103,104].

### **1.5. НЖПВОКда туғруқни олиб бориш принциплари**

Плацентанинг жадаллашган кўчишининг оғир кечишида ва табиий туғруқ йуллари орқали туғруқни олиб боришга шароит бўлмаганда, шошилиш кесар - кесиш операциясини ўтказиш зарур. Бунда туғруқни содир этиш ҳомиладорлик муддатига боғлиқ эмас. Туғруқ фаолияти бўлмаганда қоғоноқ пуфаги очилмайди. Бу жараён плацентани вақтдан олдин кўчишини тезлаштиради [10,11,29].

Ҳомиладорлик вақтида плацентанинг жадаллашган кўчишида аёл ҳолати қониқарли бўлганда, унда анемия белгилари бўлмаганда, ҳомила ахволига қараб туғруқхонада кутиш тактикасини қўллаб,

ҳомиладорликни давом эттириш мумкин. Бунда ҳомила ва плацентани ҳолати синчковлик билан назорат қилинади. Шу мақсадда УТТ, доплерометрия, КТГ, доимий ўтказиб турилади. Ҳамроҳ касалликлар ва асоратлар даволанади. Қайта кам миқдорда конли ажралма келса, бу жараён жадаллашаётганидан далолат беради. Бунда ҳомиладор аёл ахволи қониқарли бўлса ҳам кутиш тактикасидан воз кечиб она томонидан ҳам, бола томонидан ҳам ҳаётий кўрсатмага кўра шошилиш кесар кесиш операцияси ўтказилади [30,31,44].

Плацентани вақтдан олдин кўчишини енгил даражаларида ҳомила боши билан келганда, бачадон бўйни етилганда, ҳомила бошининг она чаноғига мос келганида, туғруқ фаолияти нормал бўлганда туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали амалга оширилади. Туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилганда, ҳомила ҳолати ва бачадон қисқариш активлиги доимий назорат қилиб борилади. Реруляр туғруқ фаолияти бошланганда ҳомила пуфаги очилади. Бунда қоғоноқ сувлари кетгандан кейин, бачадон ҳажми кичрайиб, тонуси пасайиб қон кетиши камайиши тامينланади [50,61,62,99].

Плацентанинг вақтдан олдин кўчишида туғруқни кўзгатиш ва стимуллаш қарши кўрсатмадир. Плацента кўчиши туғруқ вақтида кучайганда, қон кетиш интенсивлиги ошганда, бачадон гипертонуси ривожланганда ва ҳомила ахволи ёмонлашганда, кесар - кесиш операцияси ўтказилади. Туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилганда, ҳомила туғулгандан кейин плацентани қўл билан ажратиш амали бажарилиши керак. Бачадон бўйни ва қин деворлари жароҳати йўқлигига ишонч ҳосил қилиш учун кўзгуларда кўриш зарур. Даволашнинг асосий мақсади, она ва ҳомила ҳаётига хавф солувчи қон кетишни тўхтатишдир. Ҳомиладор аёлга тинчлик, ётоқ режими, ва стационар шароитда врачнинг динамик кузатуви тامينланиши керак [36,37,45,47,48].

Консерватив даво асосий касалликни даволашга йўналтирилган, яъни фибринолиз ингибиторлари ёрдамида қон кетишни тўхтатиш (қон лахтасини табиий ивишини тامينлайдиган препаратлар), токолитиклар ёрдамида бачадон мушаклари таранглигини пасайтириш (бачадонни бўшаштирадиган препаратлар), қон кетиш билан курашиш (артериал қон босимини ошириш учун вена ичига сувли ва коллоид эритмаларини юбориш). Зарур ҳолатларда қон компонентлари қуйилади (плацента кўчиши билан боғлиқ қон йўқотиш ҳажмига қараб), она ўпкаси механик вентилляцияси (мустақил нафас функциясини адекват ушлаб туришга қодир бўлмаса). Она ахволининг оғир, айрим ҳолатларда ўрта даражаларида ҳам туғруқ кесар - кесиш операцияси билан тугалланади [3,4,10,12,28,30].

Плацента кўчишининг асоратларида аёл ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида бачадонни олиб ташлаш операцияси ўтказилади (Кувелер бачадони). Лекин ҳар доим ҳам ички ёнбош артерияларини боғлаш операцияси ўтказилмайди [20,21,22].

*НЖПВОК нинг аёл ва ҳомила ҳаётига хавф соладиган бир қанча асоратлари мавжуд:*

- Ҳомиланинг ўткир гипоксияси (плацетанинг кўчган қисми орқали қон билан тامينланиш етишмовчилиги туфайли ҳомила ахволининг оғирлашиши).
- Ҳомиланинг антенатал ўлими.
- Кувелер бачадони-бачадон девори қаватларига қон қуйилиши ва қон билан тўйиниши.
- Қоннинг томир ичида диссеминирланган ивиш синдроми (ДВС синдроми) — Қон томир ичида қон лахталари ҳосил бўлиши билан боғлиқ қон ивиш тизимининг оғир бузулиши.

- Геморрагик шок (кўп миқторда қон йўқотиш туфайли ҳаётий муҳим органларда яъни нерв, қон айланиш, нафас олиш системасидаги жадал бузилишлар)

### **1.6. НЖПВОК бўлган аёлларни эффектив перинатал парвариш (ЭПУ) концепцияси асосида олиб бориш**

НЖПВОК да ҳомиладорликни олиб бориш қуйидаги кўрсаткичларга боғлиқ: қон йўқотиш миқдори, ҳомиладор аёл ва ҳомила ахволига, ҳомиладорлик муддатига ва гемостазга. Ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида НЖПВОК нинг ўрта ва оғир даражаларида, ҳомиладорлик муддати ва ҳомила ахволдан қатий назар, пастки лапаротомия бўйича шошилиш кесар - кесил операциясини ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Қон клиник таҳлили, қон гуруҳи ва резус - фактор аниқланади, индивидуал мосликка қон олинади, коагулограмма қилинади ва эритроцитар масса тайёрлаб қўйилади [21,22,60,61].

Кристаллоидлар ва қон препаратлари тўқималар перфузиясини сақлаш, айниқса буйракларда ДВС синдром юз бериши мумкинлигини камайтириш мақсадида қўйилади [21,22,60,61].

Трансфузия ҳажми ва таркиби: "ўттизлик қондасига" кўра танланади [42,43,71,72].

- Умумий қон миқдорининг 30 % и, йўқотилганда жиддий муаммолар келтириб чиқармайди.
- Диурезни 30мл/с дан кам бўлмасдан сақлаш.
- Гематокрит 30% дан юқори.

Қон йўқотиш кристаллоидларнинг 1:3 нисбатида тўлдирилади, коллоидлар 1:3+2:3 эр.масса ва янги музлатилган плазма кўрсатмага

кўра қуйилади. Оғир қон кетиш ҳолатларида, марказий веноз босим мониторинг қилинади [40,41].

Операция вақтида бачадонни мушак, субсероз қаватларига қон қуйилмаганлигига ишонч ҳосил қилиш учун бачадонни кўздан кечириш лозим. (Кувелев бачадони, бачадон - плацента апоплексияси). Бачадон гипотонияси ва Кувелер бачадонини диагностикасида уч жуфт магистрал қон томирларини боғлаш, Б-Линчу бўйича компрессион чоклар қўйиш, зарур бўлганда ички ёнбош артериаларни боғлаш. Қон кетиши кузатилмаганда, операция ҳажми тугатилади ва бачадон сақлаб қолинади. Қон кетиши давом этса, бачадон экстерпацияси ўтказилади [41,42,78,79,95].

Қон препаратларини қуйиш индивидуал ҳал қилинади. Бу қон йўқотиш ҳажмидан, гемостаз кўрсаткичларидан, диурездан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. НЖПВОК нинг енгил даражаларида, яъни ҳомиладор аёл ва ҳомила ахволи нисбатан қониқарли бўлганда, яққол ташқи ва ички қон кетиш кузатилмаса (УТТ да катта бўлмаган ретроплацентар гематома), анимияда [7,8]:

- Ҳомиладорликнинг 34 – 35 ҳафталигида кутиш тактикаси. Ҳомиладорлик ҳомила ахволини доимий кузатган ҳолда УТТ назорати остида олиб борилади (доплерометрия, КТГ кўрсаткичларига кўра). Ётоқ режими, спазмолитиклар, ҳомилада респиратор дисстресс синдромини олдини олиш мақсадида дексаметазон 6мг мушак орасига ҳар 12 соатда, курс дозаси 24 мг. Гемостатик терапия дицинон 2.0 м.о 2 маҳал кунига, тремин 10.0 вена ичига томчилатиб, контрикал 10 минг ед. 2 маҳал кунига в.и. ўтказилади. Ҳомиладорлик муддати кичик бўлган бир қатор аёлларда қонли ажралмалар тўхтайтиди ва аёлни уйига жавоб бериш мумкин. Кейинчалик ҳомилада гипоксия ва ўсишдан орқада қолишни инкор этиш мақсадида аёл ахволи амбулатор шароитда синчковлик билан баҳоланиб борилади [7,8,20].



- Ҳомиладорлик муддати 37 ҳафтадан кичик бўлганда ҳомиладорликни чўзишга қаратилган кутиш тактикаси, гемостатик терапия ўтказилади. Қон кетиш тўхтаган, палпацияда бачадонда оғрик каби клиник белгилар йўқолган тақдирда ҳам аёл стационарда олиб қолинади.

- Муддатига етган ҳомиладорликда, НЖПВОК енгил даражаларида ва бачадон бўйни тайёр бўлмаганда ҳам ҳомила ҳаёти учул шошилиш кесар - кесиш операцияси ўтказилади.

Кам миқдордаги қонли ажралма келганда, палпацияда бачадон соҳасида бироз оғрик бўлганда ҳам, КТГ кўрсаткичлари нормал бўлганда табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш мумкин (аёл розилиги остида). Агар ҳомиладор аёл туғруқнинг биринчи даврида бўлса, амниотомия ўтказиш лозим ва кейинги тактика ҳақида 2-4 соат ичида масала ҳал қилиниши керак (туғруқ содир қилиш инкор этилмайди). Агарда туғруқ фаолияти бошланмаса кесар - кесиш операцияси ўтказилади [38,45,48,50].

Аёл гемодинамикаси, бачадон қисқариш фаолияти ва ҳомила юрак уриши характерини доимий мониторинг назорати остида туғруқ олиб борилади. Агар заррача ўзгариш кузатилса кесар - кесиш. Инфузион терапия кўрсатмасига кўра периферик веналар катетеризацияси ўтказилади. Туғруқ фаолияти сустлигида туғруқ даврларига боғлиқ ҳолда туғруқни стимуллаш лозим. Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлмаса, кесар - кесиш ўтказилади. Туғруқнинг иккинчи даврида плацента кўчиши жадаллашса ёки клиник белгилар яққол намоён бўлса, олдинда келган қисим кичик чанокнинг қайси соҳасига эканлигига қараб, иш олиб борилади. Агар ҳомила боши кичик чанок кенг қисмида ёки ундан юқорида бўлса КС. Агар кичик чанок тор қисмида ёки ундан пастда бўлса, бош билан келганда акушерлик қисқичлари қўйилади, чанок олдинда келганда ҳомила чанок охиридан ҳомила экстакцияси

ўтказилади. Туғруқдан кейин бирданига оғриқсизлантириш остида йўлдош қўл билан ажратиб олинади. Профилактика мақсадида 10 е.д. окситотцин 400,0 мл физиологик эритмада в.и. га томч. юборилади. Коагуляция бузулганлиги белгилари бўлганда (Ли-Уайт тести 7 минутдан юқори бўлганда) [2,7,8,11,27,74,95,107,108,130]:

1. Контрикал 10 минг ед. в.и. Тренин 500 мг. в.и., Дицинон 6.0 в.и.
2. Агар Ли-Уайт тести 10 минутдан юқори бўлса, юқоридагига қўшимча янги музлатилган плазма қўйилади
3. Гемотранцфузияга кўрсатма: 100.0 мл дан юқори ўткир қон йўқотиш, лаборотор кўрсаткичлар гемоглабин 70 г.л. дан кам, гемокрит 23% дан кам бўлганда.

### **1.7 НЖПВОК муаммосига оид замонавий қарашларни умумлаштириш**

НЖПВОК нафақат она ҳаётига балки бола ҳаётига ҳам хавф солувчи жиддий асорат бўлиб ҳисобланади [1,2,7].

Плацента кўчиши ҳомиладорлик вақтида кузатиладиган ўзига хос инсульт бўлиб, ундан ривожланадиган ўткир ДВС синдроми массив акушерлик қон кетишлари, циркулятор бузилишлар, натижада полиорган етишмовчилигига олиб келади. Илгари акушерлик асорати ҳисобланган гестозлар НЖПВОК умумий симптомокомплекс сифатида қаралган ва симптоматик даволанган бўлса, ҳозирда замонавий акушерликда бу асоратларнинг этиопатогенетик аспекти ўрганилиб, потогенетик жиҳатидан профилактикаси ишлаб чиқилди. НЖПВОК мултиген тромбофилия ёки АФА (антифосфолипидли антитела) циркуляцияли генетик тромбофилиянинг уч гомозиготали ёки икки – уч гомо- ёки

гетерозиготали комбинацияланган формаларидан ривожланганлиги ўрганилди [9,10].

Тромбофилиянинг бундай генетик ва орттирилган комбинациялари тромбоцитар асоратлар ривожланишига замин яратиб, ҳомиладорлик асорати бўлган НЖПВОК ни келтириб чиқаради [11,12].

НЖПВОК репродуктив система “она – бачадоннинг плацентар майдони – плацента – ҳомила” структурасидаги жадаллашган ўзгаришларга олиб келади. Қайсиким синцитиотрофобласт юзасида маҳаллий гемостаз балансини бузиб, плацентанинг ворсинкалараро бўшлиғида қон ивучанлигининг бузилиши ва ретроплацентар гематома ҳосил бўлишига олиб келади [24,25,48,50].

Она организми томонидан бир қанча гемореологик бузулишларга олиб келувчи ҳолатлар муҳим рол ўйнайди. Буларга бачадон плацента артериаларининг доимий гестоз туфайли нотўлиқ ўзгариши, бачадон плацентар қон оқимининг редукцияси, эндометрит пайдо бўлиши, шунингдек ўчоқли аденомиоз, эндо- ва миометрийднинг склерози киради [7,8,11,12,13].

Плацентада эса сурункали плацентар етишмовчилиги, яъни ворсинкаларнинг эпителий қавати зарарланиши, ўз вазифасини бажараолмайдиган ворсинкалар, терминал ворсинкалар сонининг камайиши, ўчоқли ишемик инфаркт, ворсинкалараро қон қуйилишлар аниқланади [3,45,109,111,112].

Плацента кўчишининг механизми ворсинали дарахтнинг алохида майдонларида патология борлиги ва ретро плацентар гематомага яқин соҳада эканлигига боғлиқ. Бунда микроворсинкаларнинг калталашиши, кенгайиши ва некрози, натижада уларнинг синцитиотрофобласт чегарасигача тотал йўқолиб кетиши кузатилади [140,141,150].

Ретроплацентар гематома механизми, бачадон-плацентар майдонда веноз тромбозларининг ҳосил бўлиши ва плацента қон томирларининг ивувчанлик функцияси пасайиши билан боғлиқ [151,152,153].

Гемохориал алмашинув блокадаги бузилиш туфайли ҳомила ахволи тез ёмонлашади. Яъни ҳомила эритроцитлари зарарланган ворсинкалараро бўшлиқ деворидан чиқиши бузилади (гемостазнинг синхрон бузилиши) [148,149,150].

Шундай қилиб, НЖПВОК муаммоси акушерлик фанининг энг долзарб, серқирра ҳамда қизиқарли соҳаси бўлиб, ҳар бир амалиётчи акушер- гинеколог бу масалани чуқур билиши лозим. Кейинги 10 йиликларда мустағил юртимизда акушерлик фани ва амалиётининг жадал ривожланиши шу пайтгача мавжуд илмий қарашларни бутунлай узгартириб юборди, шу жумладан, НЖПВОК бўлган аёлларни олиб бориш муаммосини ҳам. Шуларни ҳисобга олганда НЖПВОК муаммосини эффектив перинатал парвариш нуктаи назаридан қайта куриб чиқиш фойдадан ҳоли бўлмайди.

Мазкур илмий лойиҳа айнан шу мақсадда режалаштирилди ва амалга оширилди. Ишонамизки, у юртимизда акушерлик фани назарияси ва амалиёти тараққиётига ўзининг камтарона ҳиссасини қўшади.

## **II бoб. ТЕКШИРИШ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ**

Тадқиқотлар Самарканд шаҳар 1-сон туғруқ комплексида (1-туғруқхона) олиб борилди. Текшириш учун туғруқ комплексига 2013-2015 йилларда НЖПВОК билан келган 60 бемор танлаб олинган. Мазкур аёлларнинг ҳаммаси проспектив усулда бевосита кўзатув ва актив олиб бориш асосида тадқиқ этилди.

Тадқиқот инструменти сифатида махсус ишлаб чиқилган ва ишончлилиги текширилган кўзатув картасидан фойдаланилди. Хар бир аёл учун алоҳида кўзатув картаси юритилган ва бевосита текширилиб, урганилган. Кўзатув картаси жами 28 та параметрдан иборат бўлиб, унда паспорт маълумотларидан ташкари, аёлнинг жисмоний кўрсаткичлари, анамнези, диагноз ва утказилган оператив аралашувлар, акушерлик статуси ҳамда барча лаборатор таҳлиллар киритилган. Бундан ташкари унда туғруқ натижалари, чакалокка тегишли маълумотлар ҳам урин олган. Аёлга утказилган даво муолажалари ҳам эътибордан четда қолмаган.

Кўзатув картаси СамМИ Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 7 курс учун акушерлик ва гинекология курси мажлисида кўриб чиқилиб, тасдиқланган (Протокол № 4, 2013 йил, 17 ноябрь).

Текширилган беморларда хомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг кечиши, фон хасталиклар, асоратлар кенг ҳажмда урганилди. Экстрагениатал касалликлар мавжуд бўлса, уларни даволаш тактикасини белгилашда касаллик шакли, давомийлиги, кузгатувчиси, кузгатувчининг антибиотикларга сезгирлиги, хомиладорлик асоратларига аҳамият берилди. Умумий сийдик таҳлили, Ничепоренко таҳлили, Зимницкий синамаси, сийдикни бактериологик текшириш, буйракларни УТ текширишдан ташкари коннинг биохимик таҳлиллари, кон ивиш тизимининг кўрсаткичлари, шунингдек гематограмма, гематокрит кўрсаткичи ва бошқалар урганилган. Буйрак функционал ҳолатини

курсатувчи тахлиллар хар бир беморда камида 3 марта – келган пайтида, даволашдан кейин, тугрук вактида, ундан кейинги 1-2 суткаларда ва 7-8 кунларда утказилган.

Ультратовуш текшируви (УТТ) Алока CD 600 аппарати билан стандарт методика буйича, 3 ва 5 мГц частотали чизиқли датчик ёрдамида утказилди.

УТТ текширишида хомилалар биометрик улчамлари, хусусан бипариетал улчам (БПУ), қорин уртача диаметри (ҚУД), сон суяги узунлиги (ССУ), кукрак уртача диаметри (КУД) кабилар ўлчаиниб, махсус жадвал ёрдамида хомиланинг гестацион ёши хисоблаб чиқарилди. Шунингдек, хои́ла узиши тури – нормал, гипотрофик, гипопластик ва диспластик типлари хамда уларнинг даражалари аниқланди.

Функционал УТТ да хомилаларнинг нафас олиш ҳаракатлиги, уларнинг сони ва тури, эгизак хомилаларнинг ҳаракат активлиги (gross fetal movements), хои́ла тонуси, қоғоноқ сувлари миқдори аниқланди. Маълумки, нафас олиш ҳаракатлари нормада минутига 30 тадан кам бўлмаслиги ва даврий равишда такрорланадиган апноэ ҳолатлари 15 минутдан ошиб кетмаслиги керак. Агар нафас ҳаракатлари сони 30 минутдан кам бўлса ва апноэ ҳолатлари 15 минутдан ошиб кетса бу ЭПП буйича хои́ла ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат хисобланади.

Хои́ла йирик ҳаракатлари эса соатига 3 тадан 6 тагача бўлиши лозим, ундан кам ёки кўп бўлиши патология ёки патология олди ҳолати бўлиб хисобланади.

Хомиланинг нормал тонуси деганда унинг тана мушакларини букиш ёки ёзиш қобилияти тушунилади. Нормал тонусда бола қўл ва оёқларини буккан ҳолатда бошини сал эгиб туради. агар хои́ла қимирлаган пайтда қўл оёқларини аввалги ҳолатига қайтара олмаса бу унинг тонуси

пасайганлигидан далолат беради. Гипотония ҳолатида ҳомила оёқ қўллари тўла ёзилган ҳолда, қимирламасдан ётади.

Қоғоноқ сувлари миқдори қачон нормада деб ҳисобланади? Бунинг учун УТТ да ҳомила атрофида вертикал ва горизонтал ўлчамлари 1 см дан катта бўлган камида 2 та «чунтак» аниқланиши керак. Агар мазкур «чунтаклар»нинг перпендикуляр ўлчамлари 5 см дан катта бўлса бу кўп сувлиликдан далолат беради.

Плацентанинг структур ҳолати Grannum буйича 4 та етилиш даражасига ажратилади. Ультратовуш плацентометрияда плацента ўлчамлари, унинг туқимасининг эхоструктураси, плацента етилиш даражаси, унда плацента дисфункцияси учун хос эхо-белгилар: шиш, эхопозитивликнинг пасайиши кабилар аниқланди.

УТТ да шунингдек, бачадон пастки сегментининг узунлиги ва қалинлиги ҳам ҳисобга олинади. Агар бачадон пастки сегментининг узунлиги 11 смдан катта бўлса ва қалинлиги 5 ммдан юпқа бўлса бачадон пастки сегменти чузилиб кетган деб ҳисобланади.

Маълумки, кўп ҳомиладликда ЭГК орасида пиелонефрит айниқса кўп учрайди, камқонликдан сўнг, албатта. Пиелонефрит билан оғриган беморларни даволашда ҳомиладорлик муддатига қараб ампициллин, цефазолин, мегацеф қулланилди. Даволаш натижалари касалликнинг клиникаси, сийдик тахлили натижаларига қараб бахоланди.

Кардиотокография (КТГ) “Feta Care” кардиомонитори (Германия) ёрдамида амалга оширилди. Аппарат нафақат ҳомила юрак уришини, балки бачадон қисқариш қобилятини ҳам регистрация қилиш имкониятига эга. Синхрон ёзувли КТГ текшируви аёл орқасига ётган ҳолда 30 минут давомида утказилади. Бундан ташқари вақтларда истаган пайтда товушли ва индикаторли КТГ текширувидан фойдаланиш мумкин. Аппарат датчиклари қоринга қуйилади ва бирон бир қарши курсатмага эга

эмас. Аппаратнинг ишлаш принципи Допплер эффектига асосланган. Қоғозга туширилган информация клиник маълумотлар билан бирга интерпретация қилиниши лозим.

КТГ маълумотларини нтерпретация қилишда қўйидаги кўрсаткичлар ҳисобга олинади: Ҳомила юрак уришларининг базал частотаси, лаҳзали осцилляцияларнинг амплитуда ва частотаси, акцелерация ва децелерацияларнинг амплитуда ва частотаси, базал ритмнинг вариабеллиги. Олинган маълумотлар қўйидаги шкла асосида интерпретация қилинди.

Таблица 2.1.

Кардиотокография курсаткичлари интерпретацияси учун Фишер шкаласи, 1991.

| № | КТГ параметри                           | Балларда баҳолаш |                        |          |
|---|-----------------------------------------|------------------|------------------------|----------|
|   |                                         | 0                | 1                      | 2        |
| 1 | Юрак уришлари<br>базал частотаси        | >100<br><br><180 | 100-120<br><br>160-180 | 120-160  |
| 2 | Лаҳзали<br>осцилляциялар<br>амплитудаси | <2               | 2-4                    | >4       |
| 3 | Лаҳзали<br>осцилляциялар<br>частотаси   | <5               | 5-10<br><br>>30        | 10-30    |
| 4 | Акцелерациялар                          | Йўқ              | Периодик               | Спорадик |



|   |                                                   |                                                                                    |                                                              |                                        |
|---|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|   | (юррак уриши<br>тезлашишлари)                     |                                                                                    |                                                              |                                        |
| 5 | Децелерациялар<br>(юррак уриши<br>секинлашишлари) | Кечки узок<br>вариабел<br>децелерация-<br>лар ёмон<br>прогностик<br>белгилар билан | Кечки қисқа<br>ёки уртача<br>вариабел<br>децелера-<br>циялар | Йўқ<br><br>Эрта<br>децелера-<br>циялар |

Фишер шкаласи бўйича 9-10 балл ҳомила ахволи яхшилигидан дарак беради, 7-8 балл – ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат, 5-6 балл бошланаётган ҳомила дистрессидан дарак беради, мазкур ҳолатда зудлик билан ҳомиладорликни тухтатиш, туғрук индукцияси тавсия этилади. 4 баллдан кам – кучли ифодаланган ҳомила дистесси, бу ҳолда Кесар кесиш йўли билан туғрукни яқунлаш лозим.

Маълумки, кўпҳомилалик кўпинча сурункали ҳомила дистресси ва ХРОҚС билан асоратланади. ХРОҚС ни вақтида диагностика қилиш учун Абдусаломов А.А. томонидан 1997 йил тавсия этилган формула қўлланилди:

$$M = 1000 + 200 * (X - 28)$$

M – ҳомиланинг мазкур гестация ёши учун хос бўлган массаси

X – гестация муддати ҳафталарда

1000 – ҳомиланинг 28 ҳафталикдаги вазни

200 – 28 ҳафтадан кейин ҳар ҳафта қушиладиган масса, граммларда.

Бу формула жуда қулай ва ҳисоблашга осондир. Бунинг учун хомиланинг тахминий оғирлиги аниқланади, кейин мазкур формула буйича ушбу муддатга мос келувчи вазн топилади ва таққосланади. Агар хомиланинг реал вазни тахмин қилинган вазндан 400 гр кам бўлса ХРОҚС 1 даражаси, 500-800 гр кам бўлса – ХРОҚС 2 даражаси, 800 гр дан кўпроқ кам бўлса ХРОҚС 3 даражаси диагнози қўйилади.

Тадкик этилган 60 нафар аёллар тулик клиник лаборатор текширишлардан утишган. Утказилган текшириш усуллари хақидаги маълумотлар қуйидаги жадвалда келтирилган:

Жадвал №2.3.

Текшириш усуллари ва сони

| №  | Текшириш усуллари                        | Сони | %    |
|----|------------------------------------------|------|------|
| 1  | Умумий физикал текшириш                  | 60   | 100% |
| 2  | Акушерлик текшируви                      | 60   | 100% |
| 3  | Ультратовуш текшириш                     | 60   | 100% |
| 4  | Умумий кон ва сийдик тахлили             | 60   | 100% |
| 5  | Ничепоренко тахлили                      | 60   | 100% |
| 6  | Зимницкий синамаси                       | 60   | 100% |
| 7  | Сийдик экмасини бактериологик текшириш   | 60   | 100% |
| 8  | Кон гурухи ва Rh-омилни аниклаш          | 60   | 100% |
| 9  | Коннинг биохимик тахлиллари              | 60   | 100% |
| 10 | Кон ивувчанлигини Сухарев буйича аниклаш | 60   | 100% |
| 11 | Протромбин вакти ва индекси              | 60   | 100% |
| 12 | Гематокрит курсаткичи                    | 60   | 100% |

|      |                                                  |     |       |
|------|--------------------------------------------------|-----|-------|
| 15   | Кин тозалик даражасини текшириш                  | 60  | 100%  |
| 16   | Мутахасислар куриги                              | 60  | 100%  |
| 17   | ЭКГ                                              | 25  | 41,7% |
| 18   | Перинатал йукотишларни патологоанатомик текшириш | 7   | 11,7% |
| Жами |                                                  | 992 | -     |

Шундай килиб, жами 992 та клиник, лаборатор ва аппаратли текшириш усуллари утказилган.

Перинатал улим 7 та чакалоқда кузатилди, уларда утказилган патолого-анатомик текшириш улим сабаблари аникланди.

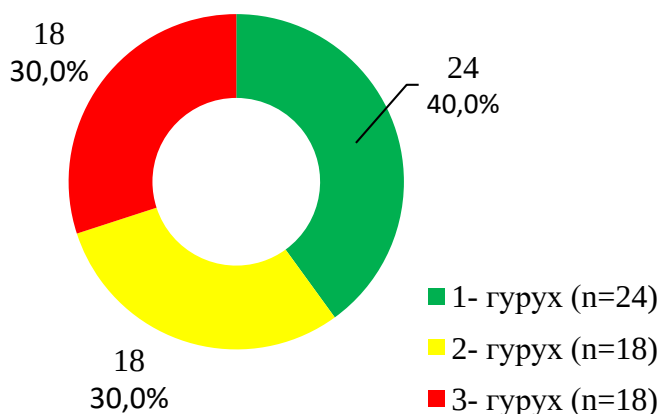
Тадкикот когорт усулида булиб, текшириш объектлари вақт буйича рандомизация мезони билан танланган.

Материални статистик кайта ишлаш Pentium – 100 персонал компьютерида утказилди. Олинган натижалар чизикли статистик тахлил усуллари буйича кайта ишланди. Бунда Microsoft Excel, v 7,0 электрон жадвали имкониятлари ва махсус статистик формулалар пакетидан фойдаланилди. Урта арифметик киймат, унинг стандарт хатоси, фаркланиш ишончилиги (достоверность различия), дисперсия, Стьюдент буйича таркалиш даражаси, Пирсон буйича корреляция коэффициенти, Стьюдент буйича  $t$  – мезони каби статистик курсаткичлар хисобланди. Олинган натижалар тахлил килиниб, тегишли хулосалар чиқарилди.

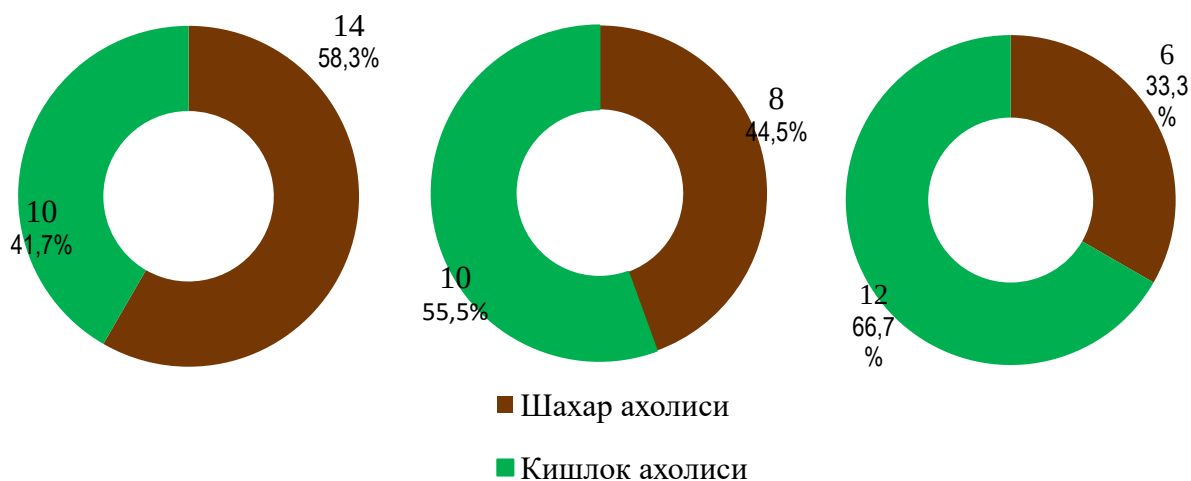
### III БОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УНИНГ МУХОКАМАСИ

#### 3.1. Текширилган аёлларнинг тиббий - ижтимоий характеристикаси

Юқорида айтиб утилганидек, клиник жихатдан урганилган 60 нафарнинг аёлнинг 24 тасида НЖПВОК нинг енгил даражаси кузатилган бўлиб, улар 1-гурухни, касалликнинг уртача даражаси куатилган 18 нафар аёл 2-гурухни ва оғир плацента кучиши қайд тилган 18 нафар аёл 3-гурухни ташкил этди (расм 3.1.). Аёлларнинг тиббий ижтимоий характеристикаси НЖПВОКнинг клиник ифодаланганлигига қараб, 3 та гурухга бўлиб урганилди.



Текширилган жами 60 нафар аёлнинг 32 таси қишлоқ аҳолиси, қолган 28 нафари эса шаҳарликлар эди (Расм 3.2.)



**1- гуруҳи (n=24)**

**2- гуруҳ (n=18)**

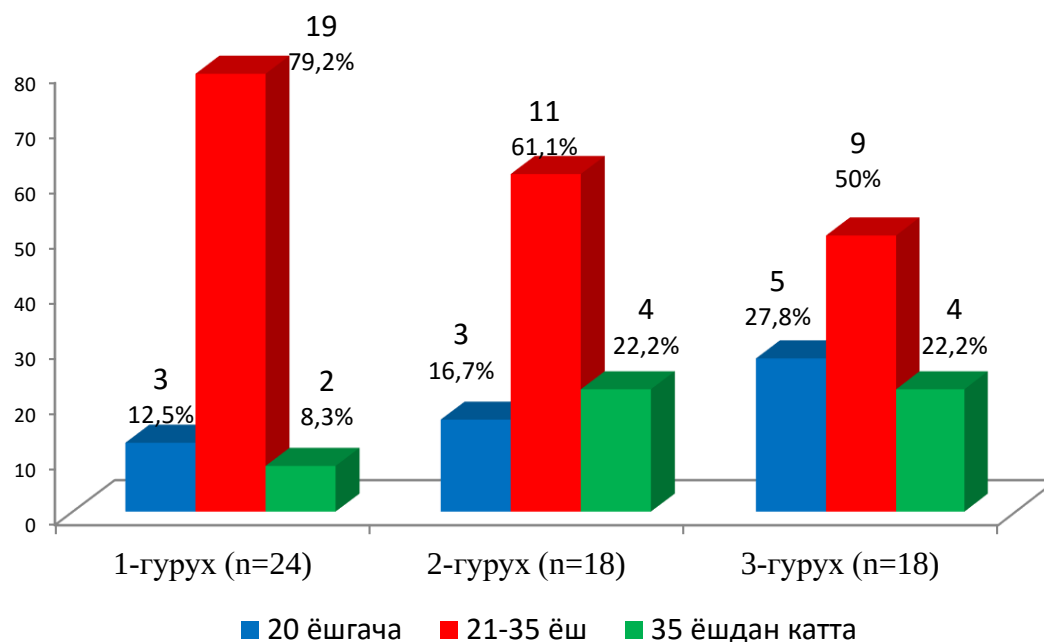
**3- гуруҳ (n=18)**

Расм 3.1. Аёлларнинг яшаш манзили.

Мазкур диаграммалардан куриниб турганидек, шаҳар ва қишлоқ аҳолиси нисбати ҳар уччала гуруҳда бир-биридан фарқ қилади. 1-гуруҳда шаҳарликлар 58,3%ни, қишлоқ аҳли эса 41,7% ни ташкил этади. 2-гуруҳда қишлоқ аҳолиси 55,5% ни, шаҳарликлар эса 44,5% ни ташкил этди. Нихоят 3-гуруҳда аёлларнинг 1/3 қисмини шаҳарликлар, 2/3 қисмини эса қишлоқ аёллари ташкил этди. бу маълумотлардан куриниб турибдики, оғир ёки ўрта оғир беморларнинг аксариятини қишлоқ аёллари, ахволи енгил даражали аёлларнинг эса асосий қисмини шаҳарликлар ташкил этган. Бунга сабаб шуки, қишлоқ аёллари узоқ масофадан олиб келинганлиги, қолаверса плацента кучиши учун фон бўлиб хизмат қилувчи касалликлар, биринчи навбатда оғир преэклампсия қишлоқ аёллари орасида бироз кўплигидир.

Бу ҳолат шуни курсатадики, плацента кучиши юз берган ҳолатда беморни транспортировка қилишда ўта эҳтиёткорлик талаб этилади. Беморни узоқ масофага транспортировка қилиш унинг ахволини купинча оғирлаштиришга сабаб бўлади. Бундай ҳолатларда ўша жойнинг узида шўшилиш ёрдам, шу жумладан оператив ёрдам курсатилиши мақсадга мувофиқ, албатта лозим бўлганда санавиация линияси буйича ёрдам чақириш керак бўлади.

Текширилган аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши қўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.3.)



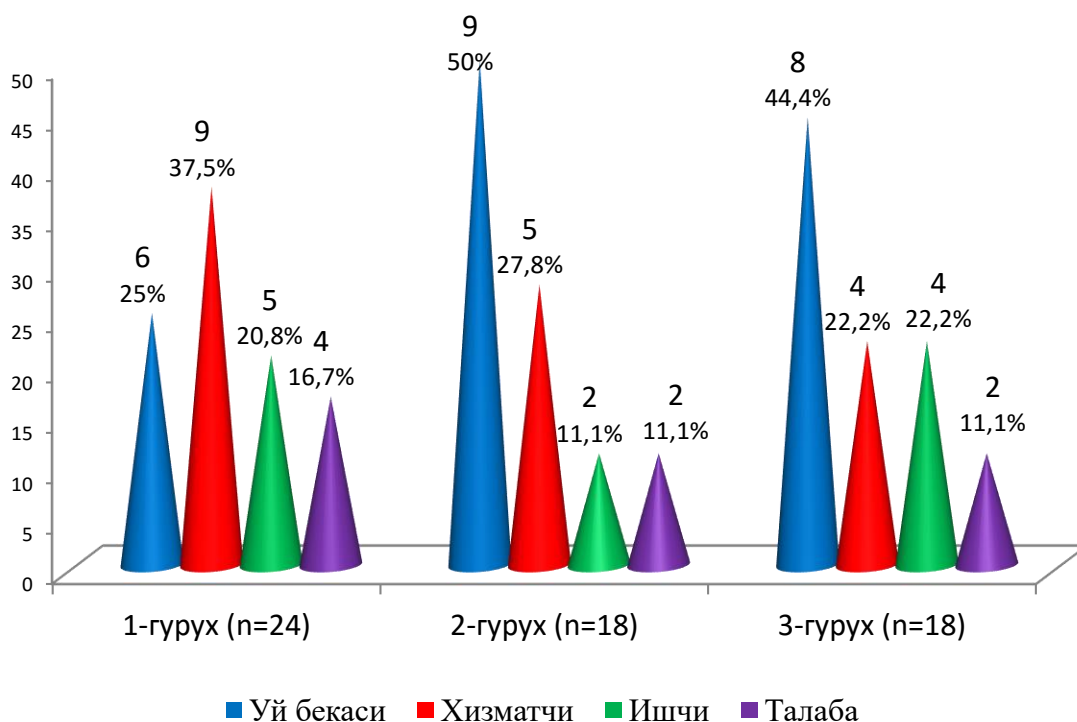
Расм 3.3. Аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши.

Аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши ҳам таққосланаётган гуруҳларда ҳар хил. Енгил даражали плацента кучиши билан асоратланган аёлларда оптимал фертил ёшдаги аёллар, яъни 21 ёшдан 35 ёшгача бўлган аёллар асосий кўпчилиқни ташкил қилади; 20 ёшгача ва 35 ёшдан катта аёллар анча кам (мос равишда 12,5% ва 8,3%). Аммо НЖПВОК нинг ўрта оғирлиқдаги шакли кузатилган аёлларда 20 ёшгача бўлган контингент 16,7%ни, 35 ёшдан катта аёллар 22,2% ни ташкил этган. НЖПВОК нинг оғир шакли қайд этилган 3-гуруҳда аёлларнинг ёш паритети янада оғирлашган: 20 ёшгача бўлган биринчи марта ҳомиладор аёллар 27,8%ни, 35 ёшдан катта аёллар 22,2%ни, оптимал фертил ёшдаги аёллар эса 50% га тенг бўлган.

Хулоса қилиш мумкинки, НЖПВОК нинг оғир турлари асосан жуда ёш ва ёши катта ҳомиладор аёллар орасида нисбатан кўпроқ учрайди.

Аёлларнинг касб-кори ва ижтимоий келиб чиқиши урганилганда, уларнинг деярли ярми (46,2%) хизматчилар, учдан бир қисми (32,3%) уй

бекалари эканлиги аниқланди. Аёлларнинг қолган тўртдан бир қисми ишчи, қишлоқ хўжалик ишчилари ва студентлар эди (расм 3.4).



Расм 3.4. Аёлларнинг касб-кори ва ижтимоий келиб чиқиши.

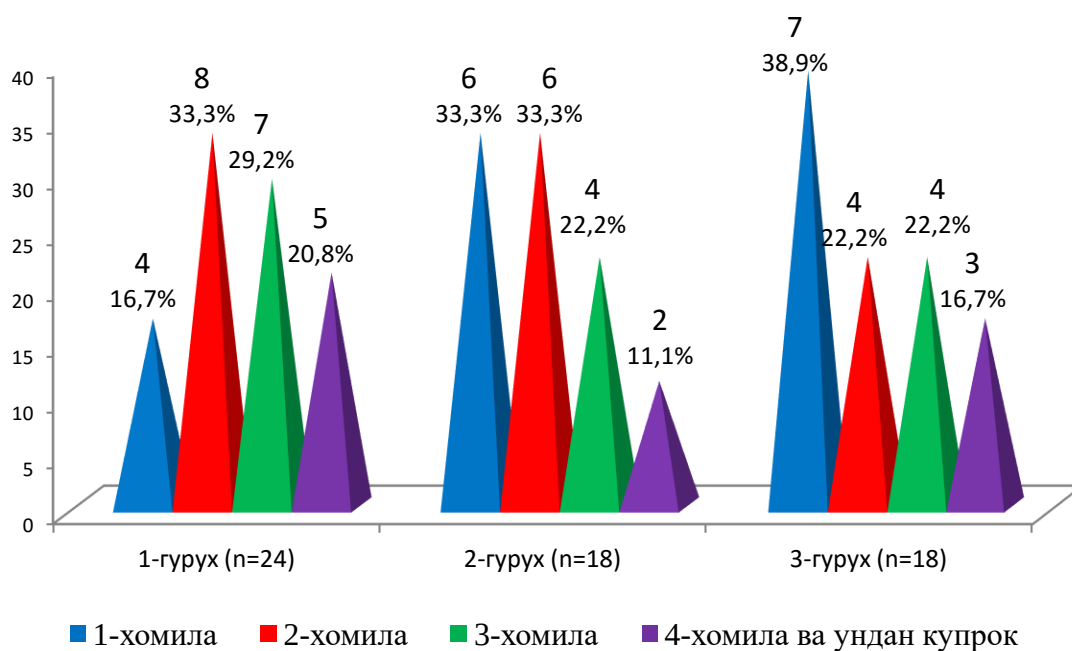
Юқорида кузатилганидек, аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиш структураси ҳам таққосланаётган гуруҳларда турлича. Масалан, НЖПВОК нинг ўрта оғир ва оғир шакллари кузатилган аёлларнинг кўпчилиги уй бекалари бўлган (мос равишда 50,0 ва 44,4%), ваҳоланки, енгил даражали плацента кучиши кузатилган аёллар орасида эса хизматчилар кўпчиликни ташкил этади, уй бекалари эса 25% га тенг. Ишчилар 1-гуруҳда 20,8%, 2- гуруҳда 11,1% ва 3-гуруҳда 22,2% ни ташкил этади. Талабалар фоизи ҳамма гуруҳларда энг камчиликни ташкил этади.

Хулоса қилиш керакки, уй бекаларининг кўпчилиги ўрта маълумотга эга бўлганлиги, улар орасида тиббий билим нисбатан камроқ бўлганлиги ҳомиладор аёллар орасида НЖПВОК учраши ва унинг оғирлик даражасига салбий таъсир курсатади.

Шундай қилиб, аёлларнинг касб-кори ва ижтимоий келиб чиқишини урганиш шуни курсатадики, НЖПВОК, айниқса унинг ўрта оғир ва оғир шакллари кўпроқ қишлоқ аёллари орасида, ёш ва биринчи марта ҳомиладор бўлаётган аёллар орасида ҳамда уй бекалари орасида нисбатан кўпроқ учрайди.

### 3.2. НЖПВОК бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши ва асоратлари

Текширилган 60 нафар аёлларда ҳомиладорликлар сони ва тартиби кўйидагича бўлган (расм 3.5.)



Расм 3.5. Текширилган аёлларда ҳомиладорликлар тартиби.

Кузатишлар ва таҳлиллар шуни курсатадики, ҳомиладорликлар сони ва тартиби НЖПВОК нинг оғирлик даражасига қараб фарқ қилади. Ўрта оғир ва оғир даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда биринчи бор ҳомиладор бўлаётган аёллар асосий кўпчилиқни ташкил қилади (мос равишда 33,3% ва 38,9%). Айни пайтда енгил даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда мазкур курсаткич бор-йўғи 16,7% ни ташкил этган. Иккинчи маротаба ҳомиладор бўлаётган аёллар енгил ва ўрта оғир



плацента кучиши бўлган аёлларда бир хил – 33,3% га тенг бўлди, оғир даражали плацента кучиши бўлган аёлларда эса 22,2% ни ташкил этган. Учинчи ва туртинчи ва хоказо ҳомиладорликлар сони таққосланаётган гуруҳларда бир-биридан кўп фарқ қилмайди.

Хулоса шундан иборатки, НЖПВОК нинг ўрта оғир ва оғир шакллари биртинчи марта ҳомиладор бўлаётган аёллар орасида нисбатан кўпроқ учрайди.

Табиийки, НЖПВОКнинг келиб чиқишида экстрагенитал касалликларнинг урни жуда муҳим. Мазкур боғланишни урганиш мақсадида текширилган аёлларда ЭГК структураси таҳлил қилинди (жадвал 3.1.).

Жадвал 3.1.

НЖПВОК бўлган аёлларда ЭГК структураси

| № | Касалликлар                      | 1- гуруҳ |      | 2- гуруҳ |      | 3-гуруҳ |      | Жами |      |
|---|----------------------------------|----------|------|----------|------|---------|------|------|------|
|   |                                  | сон      | %    | сон      | %    | сон     | %    | сон  | %    |
| 1 | Камқонлик                        | 16       | 66,7 | 12       | 66,7 | 14      | 77,8 | 42   | 70,0 |
| 2 | Буйрак касалликлари              | 6        | 25,0 | 4        | 22,2 | 6       | 33,3 | 16   | 26,7 |
|   | Шу жумладан,<br>пиелонефрит      | 5        | 20,8 | 3        | 16,7 | 5       | 27,8 | 13   | 21,7 |
| 3 | Юрак қон томир<br>касаликлари    | 1        | 4,2  | 1        | 5,5  | 2       | 11,1 | 4    | 6,7  |
|   | Шу жумладан, варикоз<br>касалиги | 1        | 4,2  | 1        | 5,5  | 1       | 5,5  | 3    | 5,0  |
| 4 | Эндокрин касалликлар             | 2        | 8,3  | 1        | 5,5  | 2       | 11,1 | 5    | 8,3  |
|   | Шу жумладан,                     |          |      |          |      |         |      |      |      |

|   |                               |    |      |    |      |    |      |    |      |
|---|-------------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|
|   | семизлик                      | 1  | 4,2  | -  |      | 2  | 11,1 | 3  | 5,0  |
|   | Эндемик буқоқ                 | 1  | 4,2  | 1  | 5,5  | -  | -    | 2  | 3,3  |
| 5 | Гинекологик касалликлар       | 6  | 25,0 | 4  | 22,2 | 5  | 27,8 | 15 | 25,0 |
| 6 | Сурункали TORCH – инфекциялар | 11 | 45,8 | 8  | 44,4 | 9  | 50,0 | 28 | 46,7 |
| 7 | Бошқа ЭГК                     | 1  | 4,2  | -  | -    | 1  | 5,5  | 2  | 3,3  |
|   | Жами беморлар                 | 16 | 66,7 | 14 | 77,8 | 16 | 88,9 | 46 | 76,7 |

Куриниб турганидек, экстрагенитал касалликлар орасида ҳам доимгидек, биринчи уринда камқонлик туради (70,0%). Унинг тарқалиши оғир даражали плацента кучиши қайд этилган аёллар орасида бироз юқори. Маълумки, буйрак касалликлари НЖПВОК сабаблари орасида етакчи уринда туради. Бу ҳолат бизнинг кузатишларимизда ҳам ўз исботини топди. Жами беморларнинг 26,7% ида буйрак касалликлари кузатилди, улар орасида асосий уринда, шубҳасиз, пиелонефрит туради.

Юрак-кон томир касалликлари, асосан, варикоз касаллиги, нисбатан камроқ, яъни 6,7% ҳомиладор аёлда кузатилди. Айни пайтда, гинекологик касалликлар ва TORCH-инфекциялар курсаткичи анчагина юқори, яъни мос равишда 25,0 ва 46,7% ни ташкил этади. Айниқса TORCH-инфекцияларнинг кўп кузатилгани бежиз эмас. Сўнгги илмий кузатишларнинг курсатишича, TORCH-инфекциялар антифосфолипид синдромининг (АФС) асосий сабабларидан биридир. АФС эса кўплаб ҳомиладорлик асоратлари, биринчи галда, преэклампсия ва НЖПВОК нинг етакчи сабабларидан бири ҳисобланади [21,24,25,67,101].

ЭГК билан бирга ҳомиладорликнинг кечиш хусусиятлари ва ҳомиладорлик асоратлари ҳам НЖПВОК га катта таъсир курсатади.

Кузатилган ҳомиладорлик асоратлари қўйидаги жадвалда батафсил келтирилган (жадвал 3.2.)

Жадвал 3.2.

НЖПВОК кузатилган аёлларда аниқланган ҳомиладорлик асоратлари

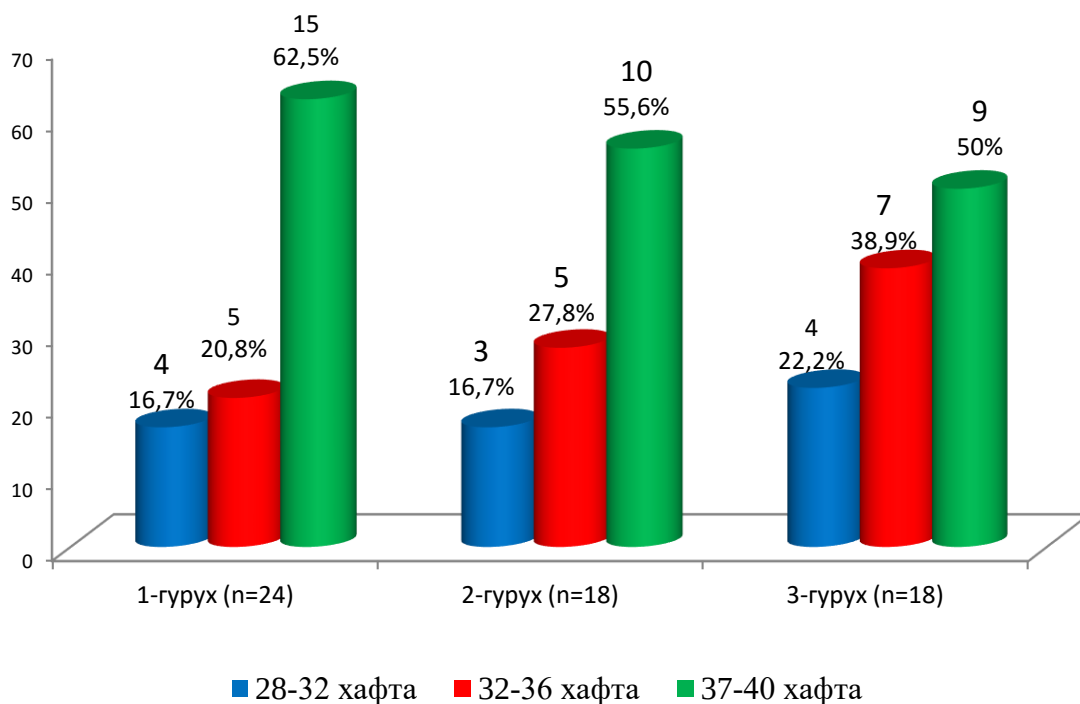
| № | Ҳомиладорлик асоратлари           | 1- гуруҳ |      | 2- гуруҳ |      | 3-гуруҳ |      | Жами |      |
|---|-----------------------------------|----------|------|----------|------|---------|------|------|------|
|   |                                   | сон      | %    | сон      | %    | сон     | %    | сон  | %    |
| 1 | Эрта токсикозлар                  | 6        | 25,0 | 4        | 22,2 | 5       | 27,8 | 15   | 25,0 |
| 2 | Преэклампсия,                     | 17       | 70,8 | 12       | 66,7 | 13      | 72,2 | 43   | 71,7 |
|   | Шу жумладан,<br>Оғир преэклампсия | 5        | 20,8 | 6        | 33,3 | 8       | 44,4 | 19   | 31,7 |
| 3 | Ҳомиладорликнинг<br>узилиш ҳавфи  | 7        | 29,2 | 5        | 27,8 | 6       | 33,3 | 18   | 30,0 |
| 4 | Кўпсувлилик ва<br>камсувлилик     | 4        | 16,7 | 3        | 16,7 | 4       | 22,2 | 11   | 18,3 |
| 5 | Муддатдан олдинги<br>туғруқ       | 3        | 12,5 | 3        | 16,7 | 5       | 27,8 | 11   | 18,3 |
|   | Жами асоратлар                    | 20       | 83,3 | 15       | 83,3 | 16      | 88,9 | 52   | 86,7 |

Тадқиқотлар шуни курсатдики, ҳомиладорлик асоратлари орасида биринчи ва асосий ўринда ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар, хусусан, оғир преэклампсия туради. Адабиёт маълумотларига кура, преэклампсия НЖПВОК ҳолатларининг 70% ига сабаб бўлиши мумкин [2,34,35,68,76]. Бунга сабаб шуки, гипертензив бузилишларда микроциркуляциянинг бузилиши, спирал артериялар эластиклигининг

камайиб, синувчанлигининг ошиши, эндотелий уткузувчанлигининг ошиши НЖПВОК ни бошлаб берувчи марказий омиллардан бўлиб ҳисобланади [10,34,35,68,76].

Кузатилган аёллар орасида, шунингдек, ҳомиладорликнинг узилиш хавфи (30,0%), муддатдан олдинги туғруқлар (18,3%), эрта токсикозлар (25,0%) ҳам кўп кузатиладиган гестация асоратларидан бўлиб ҳисобланади. Мазкур асоратлар урганилаётган кичик гуруҳларда деярли бир хил частотада кузатилади.

Нихоят, НЖПВОК содир бўлган гестация муддатини таҳлил қиладиган бўлсак, қўйидагиларни кузатиш мумкин (расм 3.6.).



Расм 3.5. Текширилган аёлларда ҳомиладорликлар тартиби.

Гистограммадан куриниб турганидек, муддатдан олдинги туғруқлар улуши НЖПВОК нинг оғирлик даражаси ошган сари кўпайиб боради. Масалан, енгил даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда 32 ҳафтагача бўлган муддатдаги туғруқлар фоизи 16,7% ни, 32-36 ҳафталик муддатдаги туғруқлар улуши эса 20,8% ни ташкил этган. Мазкур

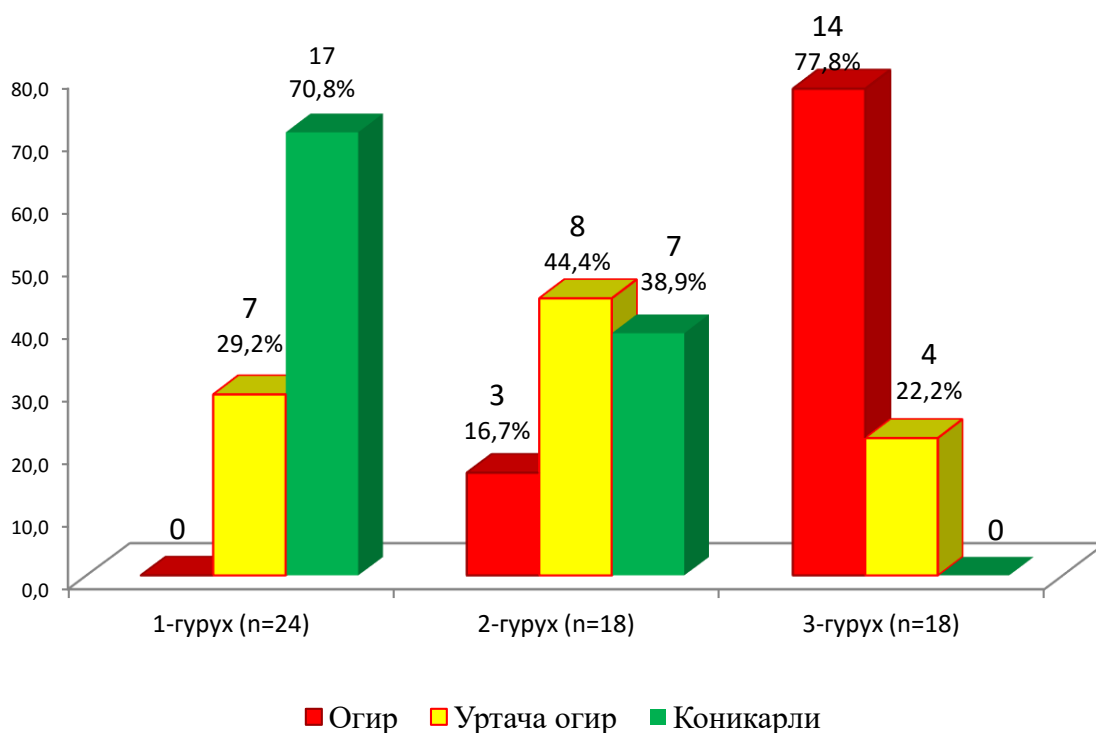
курсаткичлар ўрта оғир даражали плацента кучишида 16,7 ва 27,8% ни, оғир даражали плацента кучишида эса 22,2% ва 38,9% ни ташкил этган.

Бу рақамлар шуни курсатадики, НЖПВОК қанчалик эрта бошланса у шунчалик оғир кечади ва кўпроқ акушерлик ва перинатал асораталарга сабаб бўлади.

Шундай қилиб, НЖПВОК кузатилган аёлларда ҳомиладорлик бир қатор ЭГК лар ва гестацион асоратлар фонида кечган, бу эса акушерлик ва перинатал натижаларга ёмон таъсир курсатган. Шунингдек, НЖПВОК ҳомиладорликнинг муддатдан олдин узилиш курсаткичларини ҳам кескин ошириб юборади, бу ҳам ўз навбатида перинатал йўқотишлар сонининг ошишига олиб келади.

### **3.3. НЖПВОК нинг клиник манзараси, диагностикаси ва клиник баҳолаш**

НЖПВОК билан стационарга келган ҳомиладор аёлларнинг умумий аҳволи беморга тўғри диагноз қўйишга, қолаверса ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикасини тўғри белгилашга ҳам таъсир этади. Бу тўғридаги батафсил маълумотлар қўйидаги гистограммада келтирилган (расм 3.7.)



Расм 3.7. Беморларнинг стационарга келган вақтдаги умумий аҳволи.

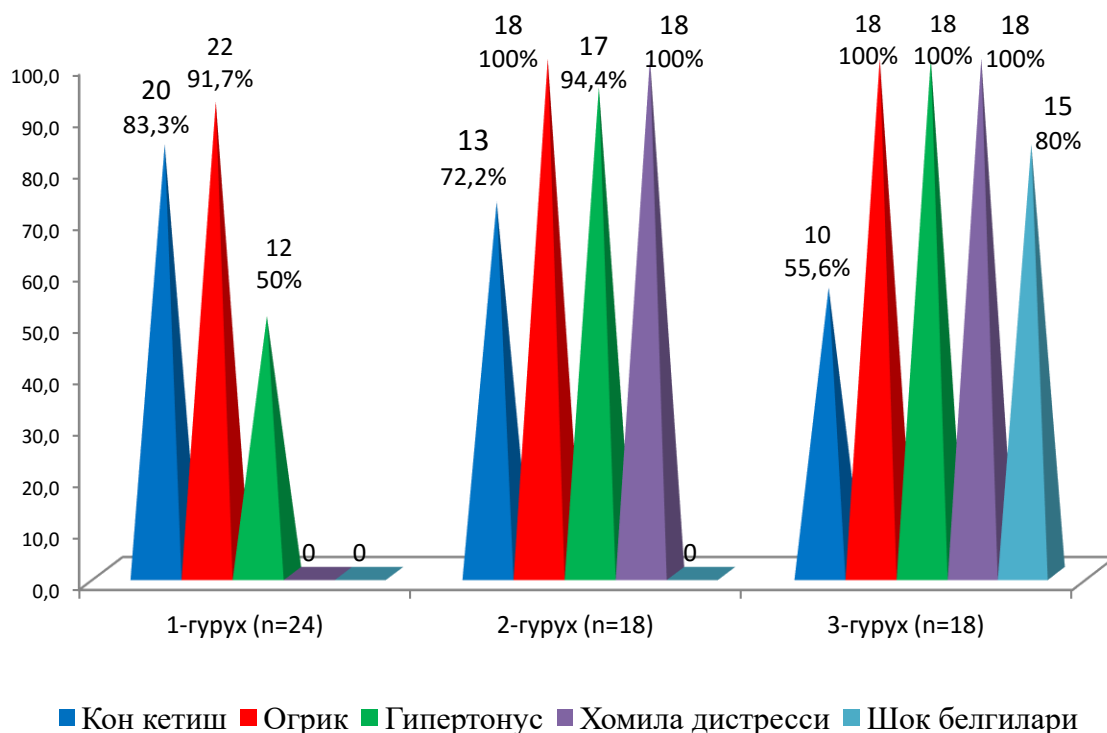
Мос равишда аёлларнинг умумий аҳволи 1-, 2- ва 3-групухларда бири-биридан кескин фарқ қилади. 1-групухда, яъни енгил даражали плацента кучиши билан келган аёлларнинг 70,8% қониқарли ахволда стационарга келган бўлса, фақатгина 29,2% и ўртача оғир ахволда келган, оғир ахволда келган беморлар бўлмаган. 2-групухда 16,7% аёл қониқарли, 44,4% бемор ўртача оғир ва 38,9% аёл оғир ахволда қабул қилинган. Ниҳоят оғир даражали плацента кучиши билан қабул қилинган аёлларнинг 77,8% оғир ёки ўта оғир ахволда бўлган ва фақат 22,2% нинг аҳволи дастлаб ўртача оғир деб баҳоланган.

Албатта беморнинг умумий ахволини белгилашга нафақат плацента кучиши даражаси, балки бошқа омиллар, хусусан, қўшилиб келган экстрагенитал касалликлар ва ҳомиладорлик асоратлари ҳам катта таъсир курсатади.

Бемор келган вақтда унинг шикоятлари урганилиб, клиник белгилар асосида диагноз қуйилган. Маълумки, НЖПВОК нинг асосий клиник белгилари қўйидагилардан иборат: ташқи қон кетиши, оғриқ, бачадон

таранглашиши, ҳомила аҳволининг оғирлашиши (ҳомила юрак уришини эшитиб курганда аввал тахикардия, кейинчалик брадикардия, ҳомила нафас ҳаракатларининг сусайиши, ҳомила тонусининг пасайиши, ҳомила ҳаракат активлигининг сусайиши) ва геморрагик шок белгилари (пульс тезлашиши, қон босимининг пасайиши, тери ва шиллиқ пардалар рангининг оқариши). Бу маълумотлар назарий ва амалий акушерлик фанига доир илмий қўлланмаларда келтирилган (24,25,30,67). Юқорида санаб утилган клиник симптомлар орасида қон кетиши ва оғриқ айниқса катта аҳамиятга эга. Англия Қироллик илмий жамияти акушерлик ва гинекология хизмати буйича махсус бўлинмасининг берган маълумотларига кура қон кетиши қанчалик интенсив бўлса, оғриқ шунчалик кам бўлади, ва аксинча, оғриқнинг ута кучлилиги қон кетишининг кам бўлиши билан характерланади (44,45,50,67).

Қўйидаги гистограммада айрим клиник симптомларнинг беморларда учраш кўрсаткичи келтирилган (расм 3.8.)



Расм 3.8. НЖПВОК нинг клиник симптомлари.

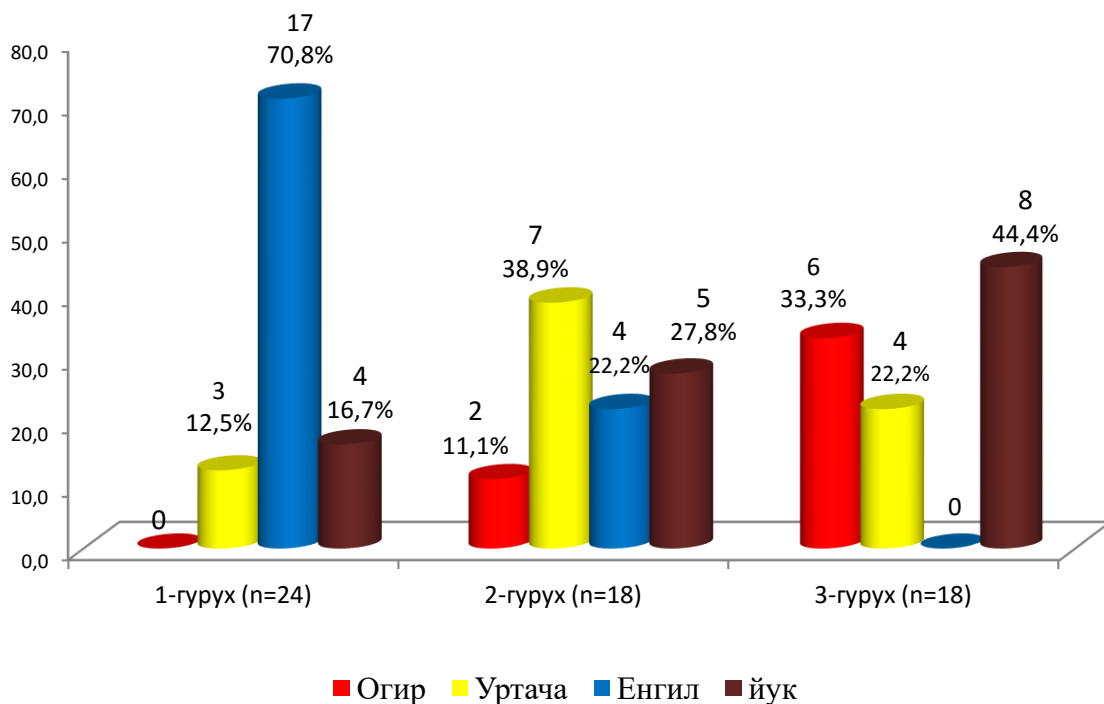
Гистограммдан куриниб турганидек, плацента кучишининг клиник манзараси касалликнинг оғирлик даражасидан келиб чиққан ҳолда узгариб боради. Енгил даражали плацента кучишида ташқи акушерлик қон кетиши 83,3%, қорин пастида локал оғриқ 91,7%, бачадон таранглашуви эса фақатгина 50% беморларда кузатилган. Ҳомила аҳволининг ёмонлашиши ва геморрагик шок белгилари биронта ҳолатда ҳам кузатилмаган.

Шуниси кизиқки, урта оғир даражали плацента кучишида ташқи қон кетиш 72,2% га камайган ва оғриқ синдроми эса аксинча, 100% га купайган. Бу шундан дарак берадики, плацента кучишининг ретенцион шакли, яъни қоннинг ичкарида димланиб қолиши билан кечувчи шакли бироз купайган. Айни пайтда беморларнинг ҳаммасида ҳомила дистресси кузатилган.

Оғир даражали плацента кучишида ташқи қон кетиш ҳолатлари янада камайган ва беморларнинг 55,6% ида кузатилган. Оғриқ синдроми, бачадон гипертонуси ва ҳомила дистресси беморларнинг ҳаммасида, яъни 100,0% ҳолатларда кузатилган. Буларга қўшимча тарзда 80% беморда геморрагик шок белгилари пайдо бўлди.

Энди юқоридаги белгиларнинг хар бирига алоҳида алоҳида тухталиб утамыз. Дастлаб энг кўп учрайдиган симптом, қон кетишига тухталиб утсак (расм 3.9).





Расм 3.9. ПЖПВОК кузатилган беморларда ташқи қон кетиш ҳолатлари.

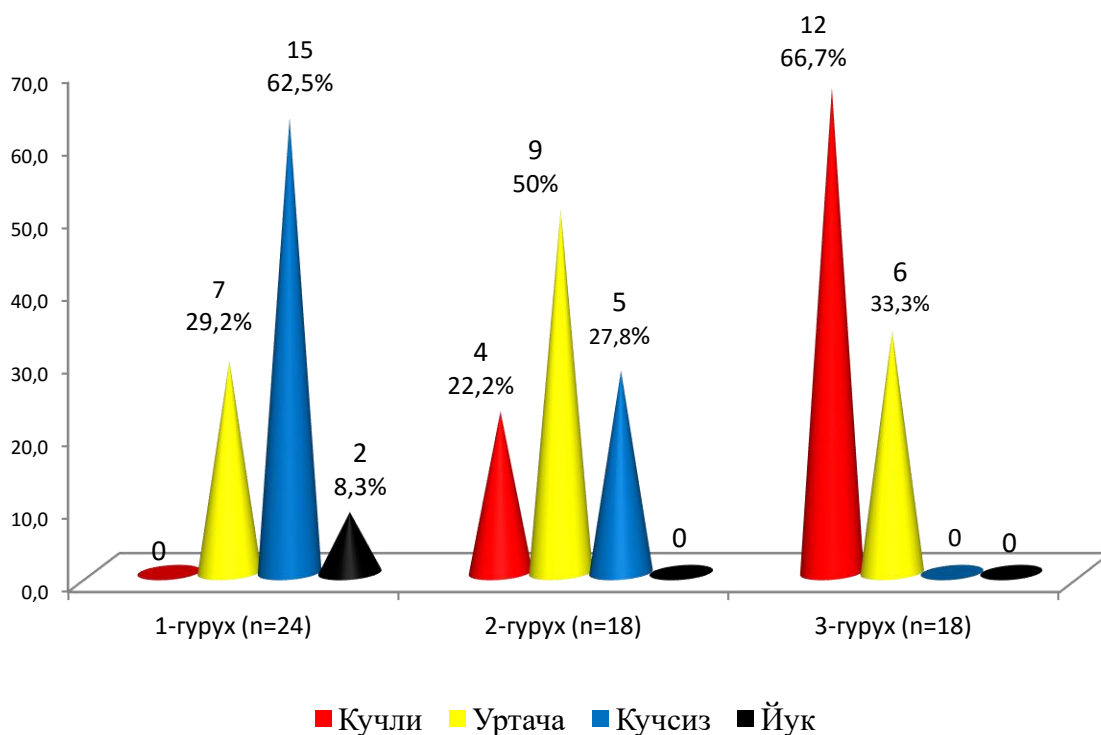
Маълум бўлишича, ташқи қон кетишининг интенсивлиги плацента кучишининг оғирлигига қараб узғариб боради. Масалан, енгил даражали плацента кучишида оғир даражали қон кетиш кузатилмади, урта оғир даражали қон кетиш фақатгина 12,5% кузатилди. Беморларнинг 70,8% ида енгил даражали қон кетиши аниқланди, 16,7% беморда эса ташқи қон кетиши умуман кузатилмаган. Мазкур ҳолатларда НЖПВОК туғруқдан кейин плацентадаги фасетка ва қон лахтасига қараб диагноз қилинган.

Урта оғирликдаги плацента кучиши урин тутган 2-гурухдаги аёлларда оғир даражали қон кетиши 11,1%, урта оғир даражали қон кетиш 38,9% ва енгил даражали қон кетиш 27,8% аёлларда кузатилди. Яна 27,8% аёлда ҳеч қандай ташқи қон кетиши кузатилмади.

Нихоят, оғир даражали плацента кучиши билан оғирган 18 нафар аёлнинг жами 6 нафарида (33,3%) оғир даражали қон кетиш, 22,2% ида урта оғирликдаги қон кетиш кузатилди. Айни пайтда 44,4% ида ташқи қон

кетиш кузатилмади, яъни мазкур аёлларда ретроплацентар гематома, бачадон имбибицияси урин тутган.

Кейинги муҳим симптом қорин пастида локал оғриқ бўлиб, у ҳам касаллик оғирлик даражасига қараб турлича учраган (расм 3.10).



Расм 3.9. ПЖПВОК кузатилган беморларда локал доимий оғриқ ҳолатлари.

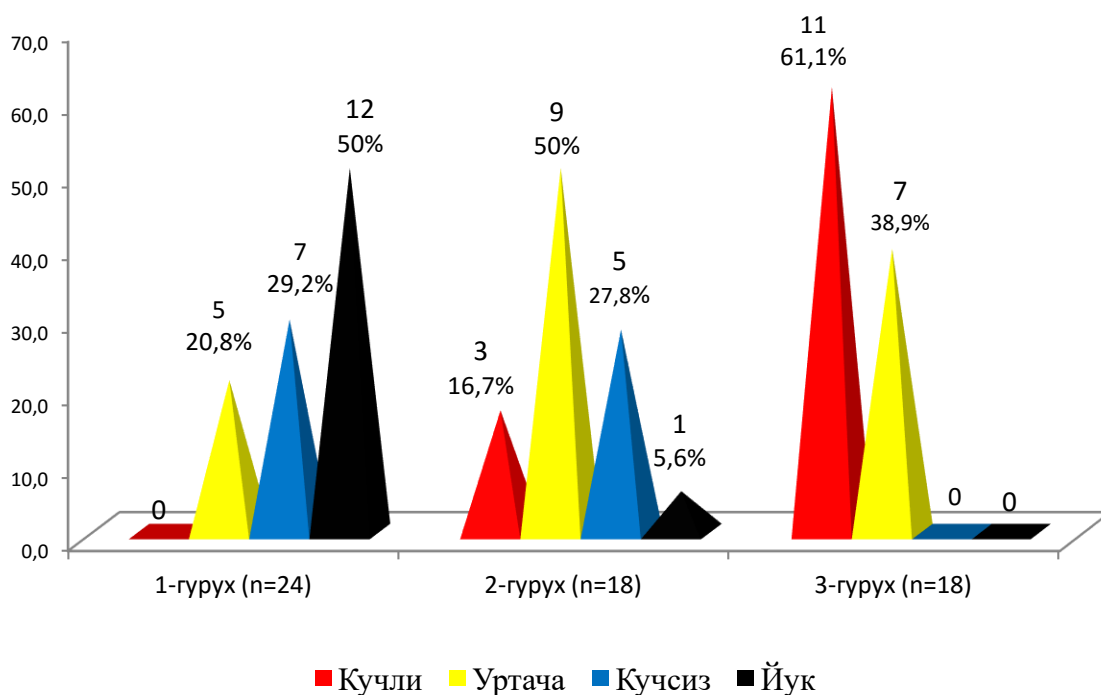
Ташқи қон кетиш симптомидан фарқли ўлароқ, оғриқ синдромининг интенсивлиги плацента кучишининг оғирлик даражасига монанд равишда кучайиб боради. Масалан, енгил даражали плацента кучиши кузатилган 1-группадаги аёлларда кучли оғриқ ҳеч кимда кузатилмаган, ўртача интенсивликдаги оғриқ 29,2% аёлда, кучсиз оғриқ эса 62,5% беморда аниқланди. 8,3% бемор оғриқни инкор этди.

Урта даражали плацента кучиши кузатилган 2-группадаги 18 нафар аёлда кучли оғриқ жами 22,2% аёлда, уртача интенсивликдаги оғриқ 50% аёлда, кучсиз оғриқ эса 27,8% аёлда қайд этилди.

Ниҳоят, оғир даражали плацента кучиши кузатилган 3-гурухдаги аёлларда беморларнинг 2/3 қисмида кучли оғриқ, қолган 1/3 қисмида эса ўртача интенсивликдаги оғриқ аниқланди.

Куришиб турганидек, оғриқ синдроми кучи плацента кучиши даражасига тўғри пропорционал тарзда ошиб боради.

Юқоридаги икки симптомдан ташқари, бачадон таранглиги (гипертонус) ҳам асосий клиник белгилардан бири ҳисобланади. Назарий ва амалий жиҳатдан олганда, бу белги жуда муҳим, ўзига хос белгидир. Негаки, қон кетиш ва оғриқ бошқа айрим патологияларда, масалан ҳомиладорлик узилиш ҳавфи, плацента олдинда ётиши каби ҳолатларда ҳам учрайди ва баъзан уларни дифференциация қилиш мушкул бўлиши мумкин. Аммо бачадоннинг бир бўлагининг доимий таранг ҳолда туриши фақат плацента кучиши учун хос, яъни **патогномоник** белгидир. Қўйидаги гистограммада бачадон локал гипертонуси белгисининг учраш курсаткичи келтирилган (расм 3.11).



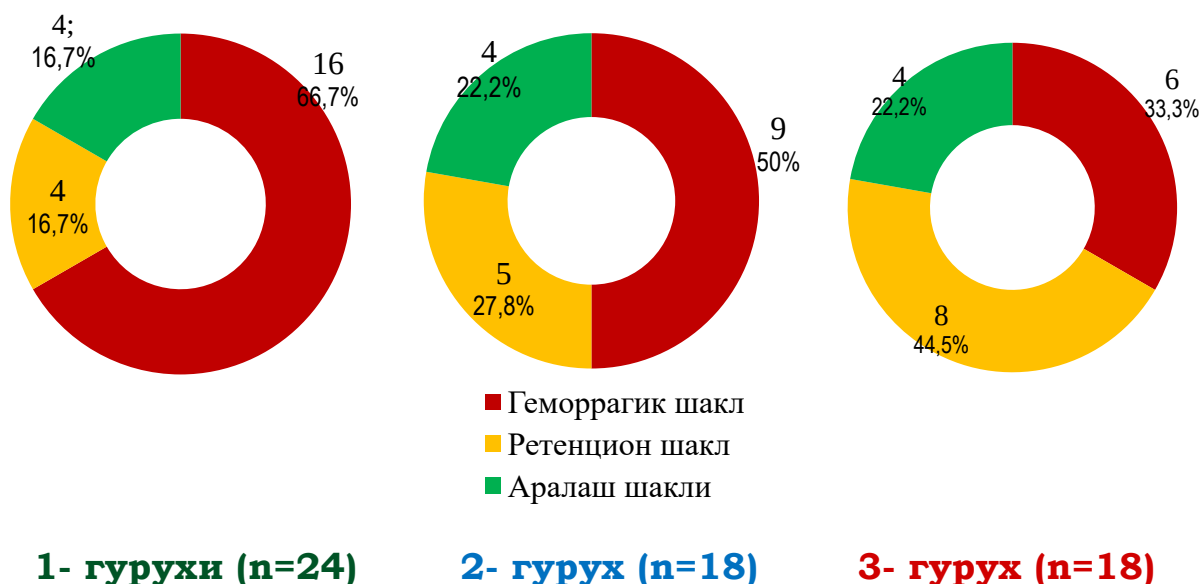
Расм 3.11. НЖПВОК кузатилган беморларда бачадон локал доимий гипертонуси ҳолатлари.

Мазкур симптомнинг трендлари оғриқ синдроми билан деярли бир хил, яъни плацента кучишининг даражаси ошиб борган сари гипертонус интенсивлиги кучайиб боради. Масалан, енгил даражали плацента кучиши билан келган аёлларда уртача гипертонус 20,8%, кучсиз гипертонус эса 29,2% ҳолатда кузатилди. Беморларнинг ярмида, яъни 50% аёлда қўлга сезиларли гипертонус кузатилмади.

Урта оғирликдаги плацента кучиши билан келган беморларда 16,7% ҳолатда кучли таранглик, 50% ҳолатда уртача таранглик ва 27,8% ҳолатда кучсиз таранглик аниқланди, фақат 1 ҳолатда (5,6%) гипертонус сезилмади.

Оғир даражали плацента кучиши кузатилган 18 нафар аёлнинг 61,1% ида кучли бачадон гипертонуси, 38,9% ида ўртача гипертонус аниқланди. Енгил гипертонус бирон ҳолатда қайд этилмади.

Шундай қилиб, юқорида келтирилган клиник маълумотлар асосида НЖПВОК нинг клиник шаклини аниқладик. Бу маълумотлар қўйидаги диаграммаларда ифодаланган (расм 3.12).



Расм 3.12. НЖПВОК нинг клиник шакллари.

Юқорида айтиб утилганидек, Англия Қироллик илмий жамияти акушерлик ва гинекология хизмати буйича махсус бўлинмасининг ишчи

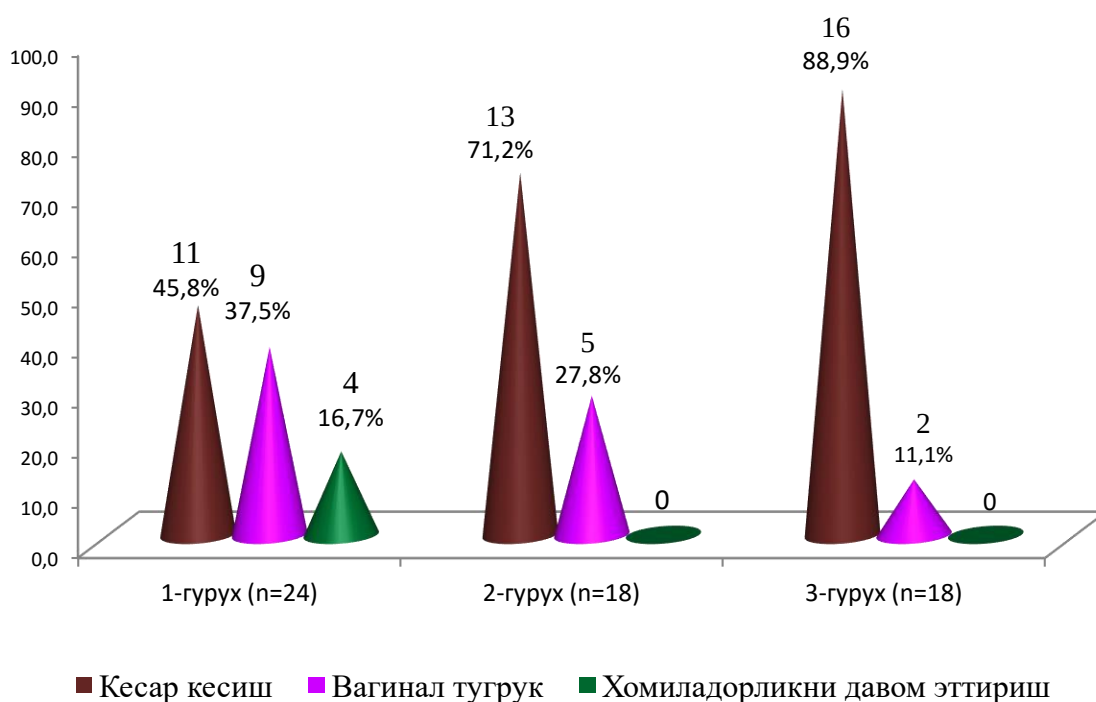
таснифига кура НЖПВОК нинг 3та клиник шакли фарқланади: ташқи қон кетиши белгиси устунлик қилувчи геморрагик шакли, ички қон димланиши ва оғриқ синдроми устунлик қилувчи ретенцион ҳамда уларнинг ҳар иккала синдроми деярли бир хил ифодаланган аралаш шакли (44,45,50,67).

Ўз текширишларимизда биз клиник белгилар ва қўшимча ультратовуш текшируви ёрдамида мазкур клиник шаклларни аниқ ажрата олишга муваффақ бўлдик. Маълум бўлишича, ҳар уччала шакл турли оғирлик даражасида учраши мумкин. Масалан, енгил даражали плацента кучиши билан келган аёлларнинг  $\frac{2}{3}$  қисмида геморрагик шакл, қолган  $\frac{1}{3}$  қисмида ретенцион ва аралаш шакллар учраган. Урта оғирликдаги плацента кучиши билан келган аёлларнинг ярмида геморрагик шакл, қолган ярмида ретенцион ва аралаш шакллар кузатилган. Нихоят, оғир даражали плацента кучишида эса аксинча, беморларнинг деярли ярмида плацента кучишининг ретенцион шакли,  $\frac{1}{3}$  қисмида геморрагик шакли ва  $\frac{1}{5}$  қисмида аралаш шакли аниқланган.

Шундай қилиб, НЖПВОК нинг клиник шакли унинг оғирлик даражасига боғлиқ, лекин ҳар доим ҳам эмас. Шу нарса аниқки, плацента кучишининг геморрагик шакли кўпроқ енгил даражали плацента кучишларига тўғри келади, ва аксинча, ретенцион ва аралаш шакллар кўпроқ оғир даражали плацента кучишига тўғри келади. Уларни ажратишда айрим олинган клиник белгининг ифодаланиш даражаси ва УТТ натижасига асосланиш лозим. Оғир даражали плацента кучиши кўпроқ ретенцион шаклга хос, аммо бунга беморга ўз вақтида ёрдам кўрсатмаслик ва плацента кучиши жараёнининг чузилиши асосий сабаб бўлиб хизмат қилади.

### 3.4. НЖПВОК да туғруқни олиб бориш тактикаси

НЖПВОК билан асоратланган ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда асосий туғруқни яқунлаш усуллари бу кесар кесиш операциясини бажариш, туғруқни консерватив йўл билан олиб бориш ва ҳомиладорликни давом эттириш. Албатта туғруқни олиб бориш тактикаси гестация муддати, туғруқ йўлларининг тайёрлиги ёки тайёр эмаслиги, плацента кучишининг оғирлик даражаси ва ниҳоят, плацента кучишининг клиник шаклига боғлиқ. Қўйидаги гистограммада НЖПВОК билан келган ҳомиладор аёлларда туғруқни олиб бориш тактикаси ҳамда плацента кучишининг оғирлик даражаси орасидаги боғлиқлик курсатилган (расм 3.13).



Расм 3.13. НЖПВОК бўлган аёлларда акушерлик тактикаси.

Гистограммадан куриниб турганидек, туғруқни олиб бориш тактикаси плацента кучишининг оғирлик даражасига тўғри пропорционал тарзда оператив тактика томон узгариб боради. Масалан, енгил даражали плацента кучишида кесар кесиш операцияси беморларнинг ярмидан камроғида бажарилган. Қолган аёлларнинг 37,5% ида табиий йўллар

орқали туғруқ ва 16,7% ида туғруқни давом эттириш тактикаси қўлланилган. 2-гурухда эса, кесар кесиш операцияси 71,2% га купайгани холда, табиий йўллар орқали туғруқ 27,8% га камайган. Биронта аёлда ҳам туғруқ давом эттирилмаган. Нихоят 3-гурухда табиий йўллар орқали туғруқ бор-йўғи 11,1% аёлда амалга оширилган, улар ҳам туғруқ 1-даврининг охирида ва туғруқнинг иккинчи даврида келганлиги учун туғруққа йўл қўйилган. Айни пайтда абдоминал туғруқлар 88,9% га кўпайган.

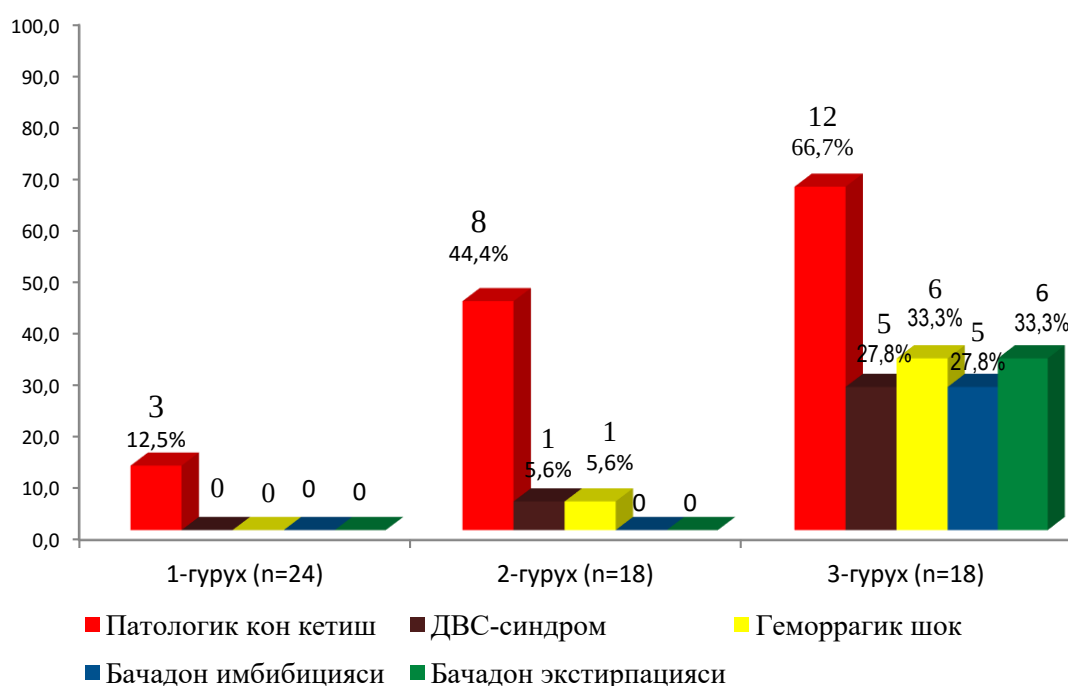
Шу уринда кесар кесишнинг қандай кесма билан қилинганлиги ҳам ката кизиқиш ўйғотади. 1-сон туғруқ комплексининг амалдаги протоколига кура плацента кучишининг оғир шаклида ўрта пастки лапаротомия йўли билан кесар кесиш утказиш тавсия қилинади. Бошқа ҳолатларда Джоэль-Кохен ёки Пфаннелъштил кесмаси қўлланиши мумкин. Бизнинг кузатишларимизда лапаротомия усули қўйидаги бўлган (расм 3.14).



Расм 3.14. Кесар кесиш операциясида лапаротомия усули.

Гистограммдан куришиб турганидек, Пфаннелъштил кесмаси фақатгина енгил даражали плацента кучишида қўлланилган. Ўрта оғир даражали плацента кучишида аёлларнинг 53,8% ига Джоэл-Кохен кесмаси ва қолган 46,2% ига пастки-ўрта лапаротомия йўли билан кесар кесиш утказилган. Нихоят оғир даражали плацента кучишида операцияларнинг фақатгина  $\frac{1}{4}$  қисми Джоэл-Кохен кесмаси билан, қолган  $\frac{3}{4}$  қисми эса пастки-ўрта лапаротомия билан қилинган.

Маълумки, НЖПВОК оғир асоратлар билан кечади ва шунинг учун оналар ўлими ва перинатал ўлим учун юқори хавфни юзага келтиради. Қўйидаги гистограммада текширилган аёлларда кузатилган оғир акушерлик асоратлари тўғрисида батафсил маълумотлар келтирилган (расм 3.15).



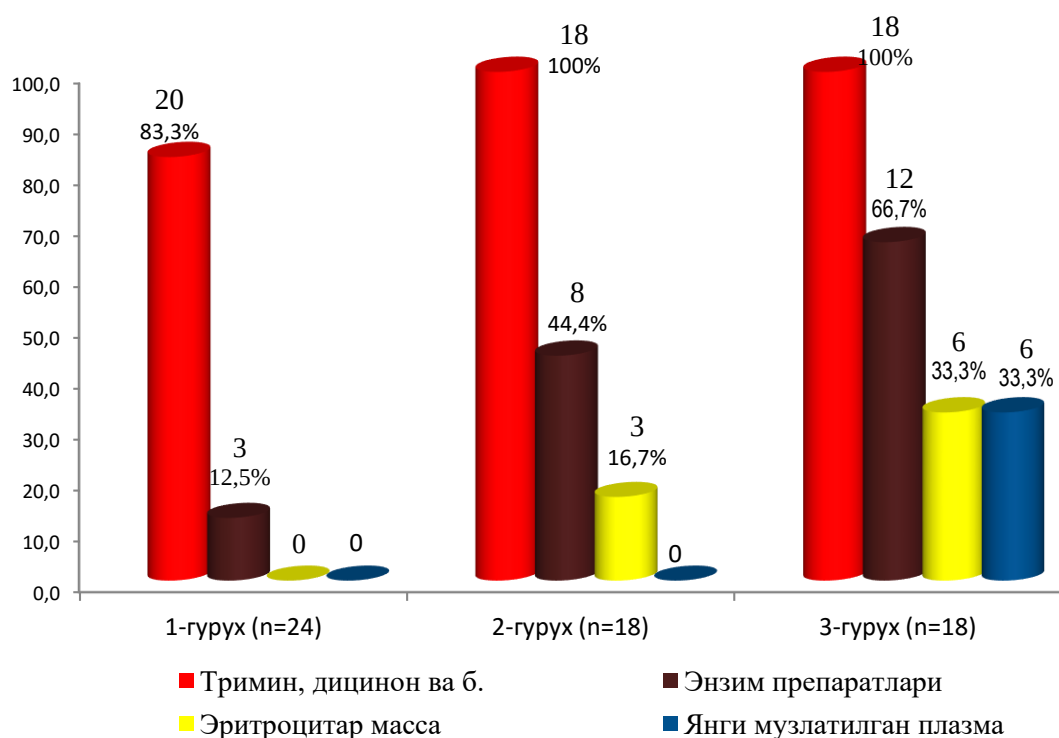
Расм 3.15. Текширилган аёлларда кузатилган оғир акушерлик асоратлари.

Маълум бўлишича, асоратлар ичида энг кўп учрайдигани патологик кон кетиш бўлиб, у енгил даражали плацента кучишида 12,5% беморларда, 2-групухда 44,4% ва 3-групухда эса 66,7% беморда урин тутган. Шунга



монанд, геморрагик шок курсаткичлари ҳам касаллик оғирлашган сари кўпайиб борган. Масалан, урта оғир плацента кучишида фақат битта беморда кузатилган бўлса (5,6%), оғир даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда 33,3% геморрагик шок кузатилган. ДВС-синдром НЖПВОК асорати сифатида 2-гурухда 5,6%, 3-гурухда эса 27,8% ҳолатларда кузатилди. Шунинг алоҳида таъкидлаб ўтиш жоизки, бачадон имбибицияси ва тотал гистерэктомия (бачадон экстирпацияси) фақатгина оғир даражали плацента кучиши кузатилган беморларда урин тутган. Бачадон имбибицияси жами 27,8% (5 нафар) беморда кузатилган бўлса, бачадон экстирпацияси 33,3% (6 нафар) беморда кузатилган.

Нихоят НЖПВОК билан асоратланган ҳомиладорликда даволаш усуллари ва қўлланилган препаратлар тўғрисидаги маълумотлар қўйидаги гистограммада келтирилган (расм 3.16).



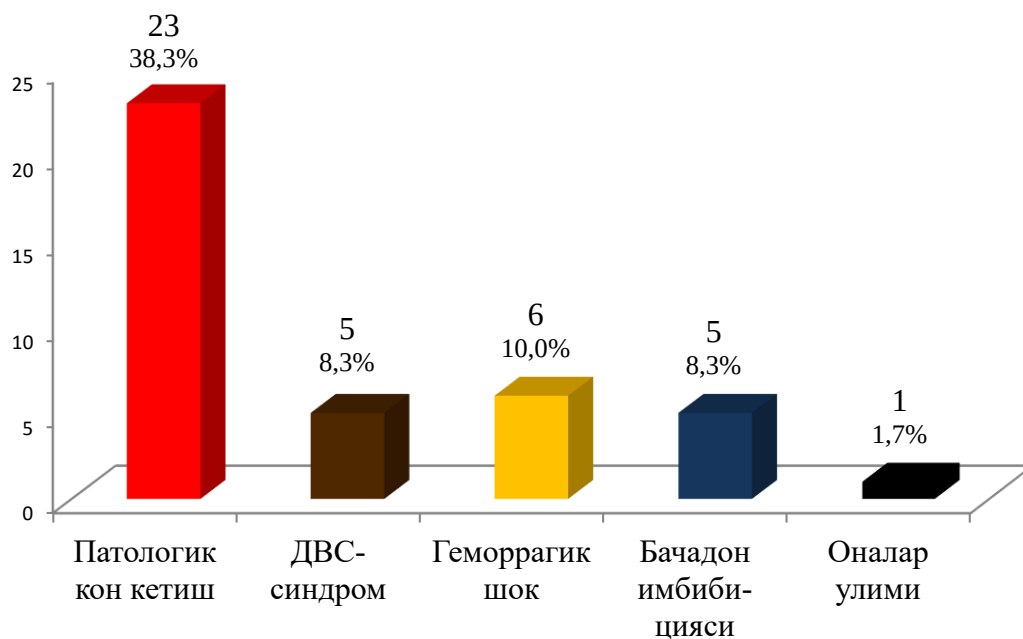
Расм 3.16. НЖПВОК бўлган аёлларда утказилган даво усуллари ва қўлланилган препаратлар.

Гистограммадан куруниб турганидек, тримин, дицинон, викасол каби антикоагуляцион воситалар деярли барча аёлларда қўлланилган. Фақатгина 1-гуруҳдаги 4 нафар аёлда қўлланилмаган, бунга сабаб уларда то ҳомила туғилмагунча плацента кучиши маълум бўлмаган. Гордокс ва контрикал каби энзим препаратларининг қўлланилиши плацента кучишининг оғирлашишига монанд равишда купайиб боради: энгил даражали плацента кучишида 12,5%, урта оғирликдаги плацента кучишида 44,4% ва оғир даражали плацента кучишида 66,7% ҳолатларда энзим прераталари қўлланилган. Нихоят, эритроцитар масса ва янги музлатилган плазмаларнинг қўлланилиши аёлда II ва III даражали қон йўқотиш, шунингдек, геморрагик шок бўлган ҳолатларда, фақат ўрта оғир ва оғир даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда урин тутган.

Шундай қилиб, НЖПВОК да ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси гестация муддати, туғруқ йўллари ҳолати, плацента кучиши даражаси ва клиник шаклига боғлиқ. Акушерлик асоратлари ҳам плацента кучишининг оғирлик даражасига пропорционал тарзда купайиб боради. Шунга монанд ҳолда, турли хил даво усуллари ва дори препаратлари қўлланилади.

### **3.5. Туғруқ натижалари ва перинатал оқибатлар**

Адабиёт маълумотларига кура НЖПВОК нинг акушерлик ва перинатал оқибатлари кўпинча яхши бўлмайди (14,46,47,97). Маълумки, акушерлик ва перинатал оқибатларини баҳолашда туғруқ вақтида кузатилган акушерлик асоратлари, ҳомила ва чақалоқларда аниқланган перинатал касалликлар ва перинатал ўлим кўрсаткичлари инобатга олинади. Бизнинг кузатишларимизда текширилган аёлларда туғруқ вақтида қўйидаги акушерлик асоратлари кузатилди (расм 3.17).



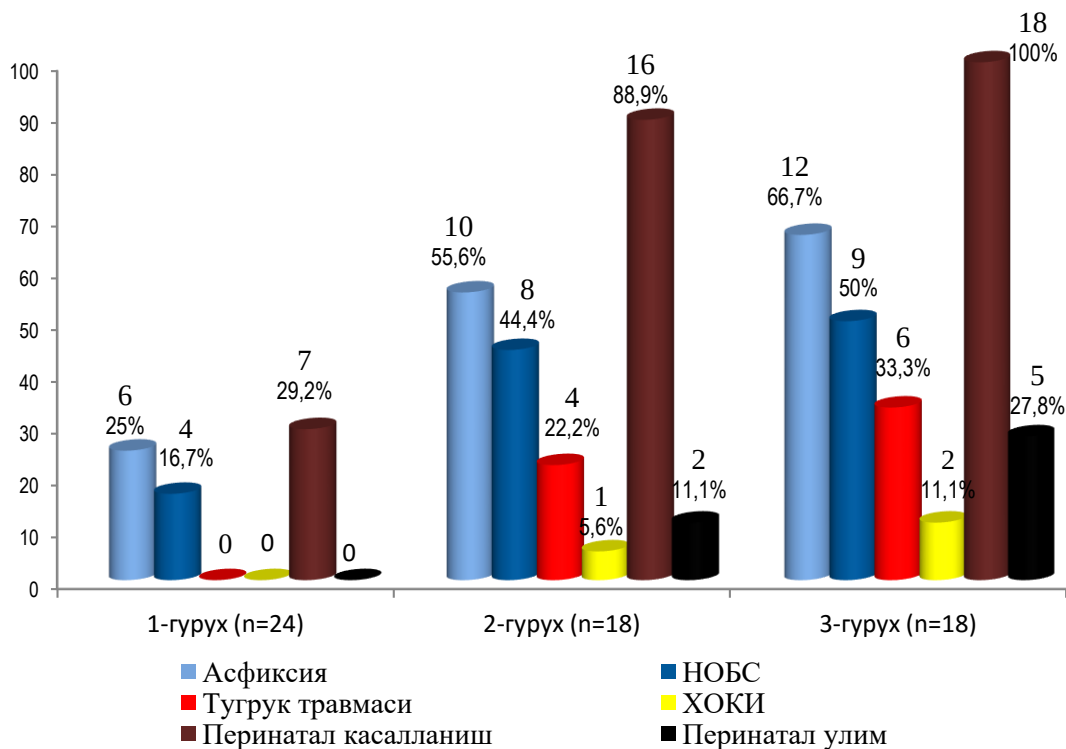
Расм 3.17. НЖПВОК бўлган аёлларда туғруқ вақтида кузатилган акушерлик асоратлари.

Куриниб турганидек, НЖПВОК асоратлари орасида патологик қон кетишлар асосий уринни эгаллайди. Улар жами 23 нафар аёлда кузатилган бўлиб, бу жами аёллар сонига нисбатан 38,2% ни ташкил этади. Шунга монанд геморрагик шок жами 6 нафар (10,0%) беморда урин тутган, ДВС – синдром эса массив қон кетишлар урин тутган 8,3% ҳолатда диагностика қилинган. НЖПВОК нинг энг оғир асоратларидан бири бўлган бачадон имбибицияси жами 8,3% аёлда кузатилган. Алохида таъкидлаб утиш жоизки, мазкур аёлларнинг 4 нафарида плацента кучишининг ретенцион шакли, 2 нафарида эса геморрагик шакли урин тутган.

Бачадон апоплексияси аниқланган аёлларнинг барчасида бачадон экстирпацияси ўз вақтида, кесар кесиш операциясидан кейин дарҳол утказилган.

Афсуски, НЖПВОК билан текширилган аёлларда кўплаб турли хил перинатал касалликлар аниқланди. Улар янги тўғилган чақалоқлар ахволига салбий таъсир этиб, улар орасида перинатал ўлим курсаткичининг ошишига сабаб бўлди. Перинатал касалликлар ва ўлим

курсаткичлари тўғрисидаги тўла маълумотлар қўйидаги гистограммада иллюстрация қилинган (расм 3.18).

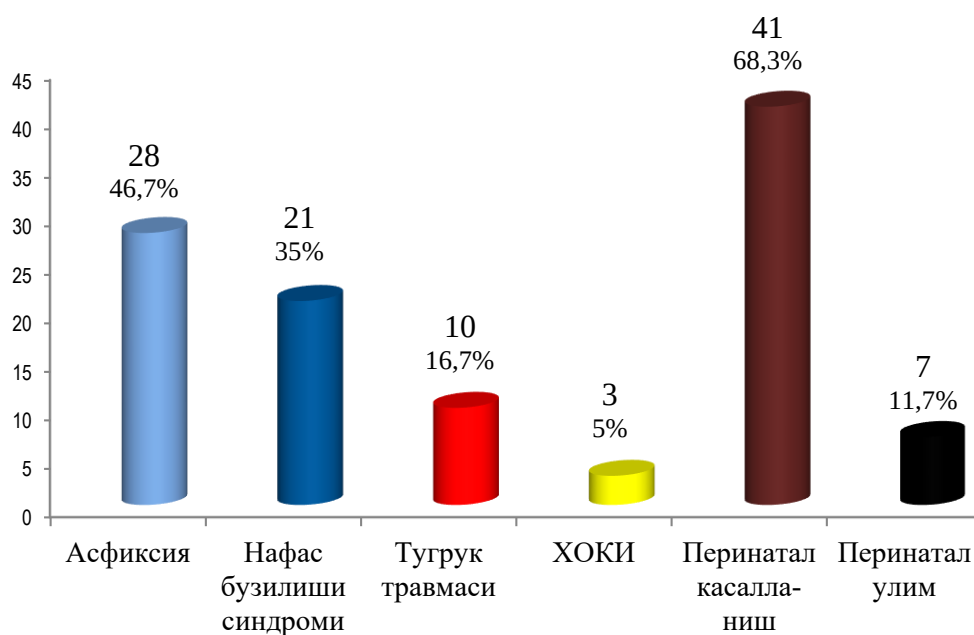


Расм 3.18. НЖПВОК бўлган аёлларда перинатал касалланиш ва ўлим курсаткичлари.

Шундай қилиб, иллюстрациядан куриниб турганидек, перинатал касалликлар орасида ҳам доимгидек, чақалоқлар асфиксияси биринчи уринда туради. У энгил даражали плацента кучиши кузатилган аёлларда 25% (6 та), урта оғир даражали гуруҳда 55,6% (10 та) ва оғир даражали плацента кучиши бўлган 3-гуруҳда 66,7% ҳолатда кузатилган. Шунга монанд, нафас олиш бузилиши синдроми (респиратор-дистресс синдром), плацента кучиши даражасига қараб, купайиб борган ва мос равишда 16,7%, 44,4% ва 50% ни ташкил этди. бунга асосий сабаб, муддатдан олдинги туғруқлар сонининг купайишидир. Туғруқ травмаси ва хомиланинг она қорнида инфекцияланиши 1-гуруҳда кузатилмади, 2- ва 3- гуруҳда мос равишда 1 та ва 2 та чақалоқда кузатилди. Умуман олганда, жами перинатал касалланиш 1-гуруҳда 29,2%, 2-гуруҳда 88,9% ва 3-гуруҳда 100% ни ташкил этди. Албатта, бу жуда ёмон курсаткич бўлиб, НЖПВОК

да перинатал оқибатлар қанчалик ёмон бўлишини курсатиб турибди. Бундан ҳам ёмони, перинатал ўлим гарчи 1-гурухда кузатилмаган бўлсада, ўрта оғир плацента кучиши кузатилган 2-гурухда жами 2 ҳолатда (11,1%), оғир плацента кучиши урин тутган 3-гурухда эса 5 ҳолатда (27,8%) қайд этилди.

Юқоридагиларни умумлаштириб қарайдиган бўлсак, перинатал касалликлар ва перинатал ўлим курсаткичлари қўйидагича бўлган (расм 3.19).



Расм 3.19. НЖПВОК бўлган аёлларда перинатал оқибатлар.

Перинатал касалликлар орасида чақалоқлар асфиксияси жами 46,7% (28 та) аёлда кузатилган, нафас олиш бузилиши синдроми, яъни респиратор-дистресс синдром чақалоқларнинг 1/3 қисмида, туғруқ травмалари 16,7% болаларда ва ҳомиланинг она қорнида инфекцияланиши эса 3 нафар (5%) чақалоқда кузатилган. Перинатал касалланиш курсаткичи 68,3%, ёки жами чақалоқларнинг 2/3 қисмини ташкил этди. Перинатал ўлим жами 7 нафар болада кузатилиб, 11,7% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, НЖПВОК бўлган аёллар акушерлик асоратларининг кўплиги, перинатал касалликлар ва перинатал ўлим курсаткичларининг

юқорилиги билан ўта юқори ҳавф гуруҳини ташкил этади. Мазкур патология ҳавфи мавжуд бўлган аёллар (оғир преэклампсия, буйрак касалликлари, гипертания ва қандли диабет касалликлари, шунингдек, кўпсувлилик, эгиз ҳомиладорлик каби ҳомиладор патологиялари) алоҳида кузатув остига олиниб, тегишли текширувлардан утказилиши лозим. Мазкур текширувларга бачадон, плацента ва ҳомиладаги қон айланишини доплерометрия қилиш, айниқса спирал артериялардаги қон айланишини урганиш, ультратовуш текшируви киради.

## ХУЛОСАЛАР

1. НЖПВОК, айниқса унинг ўрта оғир ва оғир шакллари кўпроқ кишлоқ аёллари орасида, ёш ва биринчи марта ҳомиладор бўлаётган аёллар орасида ҳамда уй бекалари орасида нисбатан кўпроқ учрайди.
2. Ташқи қон кетишининг интенсивлиги плацента кучишининг оғирлик даражасига монанд равишда ошиб борсада, оғир даражали плацента кучиши диагнози қўйилган аёлларнинг 44,4% ида ташқи қон кетиш умуман кузатилмади. Мазкур беморларда плацента кучишининг ретенцион формаси учраган ҳамда уларнинг 27,8%ида бачадон имбибицияси аниқланган.
3. Ташқи қон кетиши ва оғриқ синдроми интенсивлиги бир-бирига тескари пропорционал бўлиб, қон кетиши қанчалик интенсив бўлса, оғриқ синдроми шунча кам ифодаланади ва аксинча.
4. Кесар кесиш операцияси енгил даражали плацента кучишида 45,8%, ўрта оғир даражада 71,2%, оғир даражада эса 88,9% ҳолатда бажарилган. Енгил ва ўрта оғир даражали плацента кучишида операция кўпроқ Джоэль-Кохен кесмаси буйича, оғир даражали плацента кучишида эса кўпроқ (75%) пастки ўрта лапаротомия билан бажарилган.
5. Акушерлик асоратлари орасида патологик қон кетишлар (38,3%), ДВС-синдроми (8,3%), геморрагик шок (10%), бачадон имбибицияси (8,3%) кўп учраган.
6. Перинатал касалликлар орасида асфиксия (46,7%), нафас бузилиши синдроми (35%) кузатилади. Жами перинатал касалланиш 68,3%, перинатал ўлим эса 11,7% ни ташкил этди.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. НЖПВОК га диагноз қўйишда биринчи навбатда ташқи қон кетиш, доимий локал оғриқ ва доимий локал гипертонус белгиларининг ифодаланиш даражасига эътибор қаратиш лозим. Шунинг билан бирга тутиш керакки, қон кетиши қанчалик интенсив бўлса, оғриқ шунча кам бўлиши мумкин ва аксинча. Бачадоннинг локал доимий таранглиги (гипертонус) НЖПВОК нинг муҳим патогномоник белгиси бўлиб, унинг ифодаланиши оғриқ синдромига тўғри пропорционал, қон кетиш синдромига эса тескари пропорционал бўлади.
2. Плацента кучишининг оғирлик даражасини белгилашда юқоридаги симптомлардан ташқари ҳомила аҳволи ва аёлда геморрагик шок белгилари борлигига қараш лозим. Ҳомила аҳволининг оғирлаша бошлаши ўрта оғир плацента кучишидан, геморрагик шок белгиларининг бошлаши оғир плацента кучишидан дарак беради.
3. НЖПВОК ҳавфи мавжуд бўлган аёллар (оғир преэклампсия, буйрак касалликлари, гипертония ва қандли диабет касалликлари, шунингдек, кўпсувлилик, эгиз ҳомиладорлик каби ҳомиладор патологиялари) алоҳида кузатув остига олиниб, тегишли текширувлардан утказилиши лозим. Уларда бачадон, плацента ва ҳомиладаги қон айланишини, айниқса спирал артериалардаги қон айланишини доплерометрия қилиш лозим.
4. НЖПВОК бўлган аёлларни олиб боришда кесар кесиш операцияси кўпроқ афзалликларга эга. У она ва бола томонидан бўладиган асоратларни камайтиришга, бачадон имбибициясини ўз вақтида аниқлашга ва лозим бўлганда бачадон экстирпациясини ўз вақтида утказишга имкон беради. Умуман олганда, вақтида қилинган кесар кесиш бачадонни асраб қолиш фоизини оширади.



### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати**

1. Абдуллаходжаева М.С., Кхваджа С. // Характеристика маточно-плацентарного комплекса при полной отслойке нормально расположенной плаценты на фоне ЕРН-гестоза и анемии беременных, - Арх.патол., - 2007. - №1.
2. Автандилов Г.Г. //Медицинская морфометрия. - М.: Медицина, - 2007.
3. Адамова Л.Р. Клиническое значение исследований системы гемостаза у беременных с гестозами //Автореф. дисс. канд. мед наук. - М., 2009.
4. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике //Айламазян Э. К.,Хечинашвили Г. Г., Новиков Б. Н., Павлова Л. П., Рябцева И. Т., Семенова И. И., Старовойтов В. А. -СПб, 2003.-281 с.
5. Акмурадова Г.К. //Состояние системы гемостаза при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. - Автореф. дисс. канд. - М., 2008.
6. Акмурадова Г.Д. Особенности клинического течения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Акмурадова Г.Д.//ЗО Туркменистана. 2007. -№ 1.-С. 12-15.
7. Акмурадова Г.Д. Значение исследования системы гемостаза в диагностике синдрома ДВС припреждевременной отслойке нормально расположенной плаценты /Акмурадова Г.Д. // Здравоохранение Туркменистана. 2004.-№ 1.-С. 8-11.
8. Акмурадова Г.Д. Ультразвуковая диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты /Акмурадова Г.Д., Медведев М.В. // Здравоохранение Туркменистана. 2004.- № 6. - С. 22-24.
9. Акмурадова Г.Д. Применение гепарина в комплексном лечении родильниц, перенесших преждевременную отслойку

- нормально расположенной плаценты /Акмурадова Г.Д., Мищенко А.Л, Казанова Л.А. // Акуш. и гин.. 2005. - № 6. - С. 53-56.
10. Ариас Ф. //Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицина,- 2010.
  11. Бакшеев Н.С. // Маточные кровотечения в акушерстве. Киев. 2007.
  12. Балуда В.П. // Физиология системы гемостаза. - М., 2009.
  13. Баркаган З.С. //Геморрагические заболевания и синдромы. М.: Медицина, 2005.
  14. Баркаган З.С. //Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: Руководство по гематологии под ред. Воробьева А.И. - М.: Медицина, - 2007.
  15. Басист И.М. //Ультразвуковая диагностика ретрохориальной гематомы. // Ультразвуковая диагностика. - 2009.
  16. Баскаков В.П. //Клиника и лечение эндометриоза.- М.: Медицина,- 2011.
  17. Башмакова Н.В., Медвинский И.Д., Юрченко Л.Н. и др. //Методологические подходы к оценке тяжести гестоза. - Акуш. и гин. – 2009.
  18. Башмакова Н.В. Антифосфолипидный синдром и невынашивание беременности: клиника, диагностика, лечение / Н.В.Башмакова //Проблемы беременности. 2000. - № 1. - С.52-59.
  19. Беккер С.М.//Патология беременности. - Л., 2010.
  20. Бордули Г.М., Фролова О.Т. // Репродуктивные потери. М.: - 2008.
  21. Броутон П. //Определение преэклампсии - проблемы и «ловушки».- Акуш и гин. - 2011.
  22. Бунин А.Т., Стрижаков А.Н. //Особенности клиники и тактики ведения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. - В кн: Материалы II съезда акушеров-гинекологов. Ташкент, - 2007.
  23. Ведение беременности и родов высокого риска: Руководство для врачей - М., 2011.

24. Вачнадзе И.К. //Сравнительная оценка методов родоразрешения при позднем токсикозе беременных, осложненном преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.- В. кн: Материалы II съезда акушеров -гинекологов Узбекистана. Ташкент. - 2007.
25. Власов Т.Д. Механизмы гуморальной регуляции сосудистого тонуса / Т.Д.Власов // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. — 2002.- Т. 1.-С. 68-77.
26. Габелова К.А. Роль фиксированных в плаценте иммунных комплексов в патогенезе гестоза :Автореф. дис. канд. мед. наук. -СПб.: Б.и., 2009. – 20 с.
27. Гланц С. Медико-биологическая статистика : Пер. с англ. / Гланц С. М.: Практика, 1998. - 459 с.
28. Глуховец Б. И. Патология последа / Глуховец Б. И., Глуховец П. Г. СПб.: Грааль, 2002. - 448 с.
29. Милованов А.П., Фокин Е.И., Калашникова Е.П. Радзинский В.Е. и др. //Патологоанатомическое изучение последа. Методические рекомендации. - М.: Медицина - 2008.
30. Мордухович А.С. //Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Медицина ЎзССР. - 2011.
31. Мордухович А.С., Резник Ф.И. //Клинические и иммунологические данные при преждевременнойотслойки нормально расположенной плаценты. - Акуш. и гин. - 2009.
32. Мусаев З.М. Пицхелаури Е.Г. //Гестоз: актуальные вопросы ранней диагностики и акушерской тактики. - Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2010.
33. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство. //Под ред. Э.К. Айламазяна. М.: Медицина. 2007.

34. Калегин А.В. Клеточные иммунные реакции при поздних токсикозах беременных и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты /Калегин А.В., Мордухович А.С., Аракелян А.Б. //Мед. журнал Узбекистана. 2010. - № 1. - С . 37-39.
35. Козинец Г. И. Исследование системы крови в клинической практике /Козинец Г. И., Макаров В. А. М., Триада-Х, 2007. - 480 с.
36. Крамарская Н. Клинико-морфологические аспекты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: Автореф. дис.дра. мед. наук. М.: Б.и.,2006.
37. Крамарская Н.Б. Некоторые клинико-морфологические аспекты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Крамарская Н.Б.//Акушерство и гинекология. 2006. - N.3.- С.59-63.
38. Кулаков В. И. Руководство по безопасному материнству / Кулаков В. И., Серов В. Н., Барашнев Ю. И., Фролова А. Г., Антонов А. Г. и др. М.: Триада-Х, 2008. - 531 с.
39. Кустаров В. Н. Гестоз: патогенез, симптоматика, лечение / Кустаров В. Н., Линде В. А. СПб.: Гиппократ, 2010. - 160 с.
40. Кхваджа С. Медико-биологические факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Кхваджа С., Стар-цева Л.И., Туляганов Т.Е. //Мед. журнал Узбекистана. 2007. - № 7. — С.52-54.
41. Лычев В. Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови / Лычев В. Г. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2008. - 191 с.
42. Макаров О. В. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и их связь с антифосфолипидным синдромом / Макаров О. В., Озолия Л. А., Керчелаева С. Б., Александрова Е. Н.,

- Насонов Е. Л. //Акушерство и гинекология. 1999. - № 6. - С. 13-15.
43. Макаров О. В. Роль генетических факторов в развитии тромбофилии в акушерстве и гинекологии. /Макаров О. В., Озолия Л. А., Шполянская Н. Ю., Патрушев Л. И. //Акушерство и гинекология. 2000. - № 4. - С. 7 - 9.
44. Макацария А. Д. Вопросы патогенеза тромбофилии и тромбозов у больных с антифосфолипидным синдромом /Макацария А. Д., Бицадзе В. О. //Акушерство и гинекология. 2009. - № 2. - С. 13-17.
45. Макацария А. Д. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике/ Макацария А. Д., Бицадзе В. О. М.: Руссо, 2011- 344 с.
46. Макацария А. Д. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике / Макацария А. Д., Мищенко А. Л., Бицадзе В. О., Маров С. В. М.: Триада-Х, 2012. - 496 с.
47. Макацария А. Д. Болезнь Виллебранда в практике врача акушера-гинеколога. / Макацария А. Д. М.: Руссо, 2010 - 188 с.
48. Милованов А. П. Патология системы: мать плацента - плод: Руководство для врачей / Милованов А. П. - М.:Медицина, 2009. -448 с.
49. Милованов А. П. Функциональная морфология и механизмы регуляции маточно-плацентарного кровообращения / Милованов А. П.// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2007. - № 3.- 1. - С. 109.- 11.
50. Мордухович А.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: Автореф. дисс. д-ра мед.наук. - Казань: Б.и., 2005. – 36 с.

51. Мордухович А.С. Врачебная тактика при кесаревом сечении у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты /А.С.Мордухович //Акушерство и гинекология. 2010. - № 1.-С. 24-26.
52. Мордухович А.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты / Мордухович А.С. Ташкент: Медицина, 2009. - 134 с.
53. Мордухович А.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты /А.С.Мордухович //Мед. журнал. Узбекистана. - 2014. -№3. - С. 66-71.
54. Назаренко Г. И. Диагностика антифосфолипидного синдрома / Назаренко Г. И., Кишкун А., Миколаускас В. П., Арсенин С. Л. // Лабораторная медицина. 2013. - №6.
55. Нисвандер К. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета: Пер. с англ./ Нисвандер К., Эванс А. и др. М.: Практика, 2009. - 704 с.
56. Озерец И.А. Анестезиологическое обеспечение кесарева сечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Озерец И.А., Инденбаум Е.Д., А.С., Слепых А.С. //Акушерство и гинекология. 2015. -№ 8. - С. 31-34.
57. Папаян Л. П. Синдром диссеминированного внутри-сосудистого свертывания крови трагический срыв системы гемостаза / Папаян Л. П., Барышев Б. А. //Трансфузиология. - 2011. - № 2. - С. 52 - 71.
58. Петрищев И. Н. Тромборезистентность сосудов / Петрищев И. Н. СПб.: Ант-М, 2014. - 130 с.
59. Петрищев И. Н. Лабораторные аспекты диагностики нарушений гемостаза /Петрищев И. Н., Папаян Л. П. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2008. - 88 с

60. Петрищев Н.Н. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция / Петрищев Н.Н. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2013.- 184 с.
61. Полянин А. А. Оценка кардиотокограммы при беременности и в родах. Учебное пособие / Полянин А. А., Коган И. Ю., Павлова I I. Г. -СПб.:Изд-во Н-Л, 2002. 16 с.
62. Полянин А. А. Венозное кровообращение плода при нормально протекающей и осложненной беременности / Полянин А. А., Коган И. Ю. -СПб.,2002.- 198 с.
63. Радзинский В.Е. Особенности плаценты и плацентарного ложа матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Радзинский В.Е., Милованов А.П., Оразмурадов А.А., Хубецова М.Т. и др.//Акушерство и гинекология. 2003. - N 3. -С.21-25
64. Репина М. А. Кровотечения в акушерской практике / Репина М. А. М.: Медицина, 2006. - 176 с.
65. Репина М. А. Ошибки в акушерской практике / Репина М. А. — М.: Медицина, 2008. 248 с.
66. Репина М. А. Некоторые аспекты патогенеза, клиники и терапии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Репина М. А. // Вопросы охраны материнства и детства.- 2007. № 5. - С. 55-59.
67. Савельева Г.М. Ведение беременности и родов при преждевременной отслойке и предлежании плаценты / Савельева Г.М. //Сов.медицина. 1977. - № 6. - С. 106-111.
68. Савельева Г. М. Осложненное течение беременности и гипергомоцистемия /Савельева Г. М.,Ефимов В. С., Кашежева А. 3. // Акушерство и гинекология. 2010. - №3. - С.3- 5.

69. Савельева Г. М. Плацентарная недостаточность /Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. М.: Медицина, 2011.-276 с.
70. Серов В.Н. Особенности клиники и морфологии при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты с геморрагическим шоком / Серов В.Н., Музыкантова В.С., Хидоятов Н.Н. //Акушерство и гинекология. 2009.-№ 1.-С 14-17.
71. Сидельникова В.М. Патогенетическое обоснование использования курантила в акушерстве /Сидельникова В.М., Кирющенков П.А., Ход-жаева З.С., Слукина Т.В. //Акушерство и гинекология. - 2009. - N.5. - С. 52-54.
72. Сидорова И. С. Фетоплацентарная недостаточность: Клинико-диагностические аспекты / Сидорова И. С., Макаров И. О. М.: Знание-М,2010. – 127 с.
73. Стрижаков А. Н. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике / Стрижаков А. Н., Бунин А. Т., Медведев М. В. М.: Медицина, 2009. - 239 с.
74. Стрижаков А. Н. Кесарево сечение в современном акушерстве / Стрижаков А. Н., Лебедев В. А. М. : Медицина, 2008. - 304 с.
75. Суров А. В. Hellp-синдром в акушерстве / Суров А. В. // Акушерство и гинекология. 2007. - № 6. – С.7 – 9.
76. Abdella T. N. Relationship of hypertensive disease to abruption placentae / Abdella T. N., Sibai B. M., Hays J. M., Anderson G. D. // Obstet. Gynecol. 2004. - Vol. 63, N 3. - P. 365 - 370.
77. Abu-Heija A. T. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45 /Abu-Heija A. T., Jallad M. F., Abukteish F. //J. Obstet. Gynaecol. Res. 2000. - Vol. 26, N 1. - P. 16 - 24.
78. Ahmed A. Regulation of placental vascular endothelial growth factor (VEFG) and placenta growth factor ( PIGF ) and soluble Fit-1 by



- oxygen a review /Ahmed A., Dunk C., Ahmad S., Khaliq A. // Placenta. - 2010. - Vol. 21. – P. 16-24.
79. Ajne G. Endothelin converting enzyme activity in normal pregnancy and preeclampsia / Ajne G., Wollf K., Fyhrquist F., Carlstrom K., Hemsén-Mortberg A., Nisell H.// Hypertens. Pregnancy. 2013. - Vol. 22, N 3. - P. 215 -224/
  80. Alamia Jr. V. Peripartum hemorrhage / Alamia Jr. V., Meyer B. A. // Obstet. Gynecol. 2009. - Vol. 26, N 2. - P. 385 - 398.
  81. Alfirevie Z. Postnatal screening for thrombophilia in women with severe pregnancy complications / Alfirevie Z., Mousa H. A., Martlew V., Briscoe L., Perez-Casalm M., Toh S. A. // Obstet. Gynecol. 2011. -Vol. 97, N 5, Pt. 1. -P. 753-759.
  82. Alfirevie Z. How strong is the association between maternal thrombophilia and adverse pregnancy outcome? A systematic review / Alfirevie Z., Roberts D., Martlew V. //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2012. - Vol. 101, - N1. - P. 6 - 14.
  83. Ananth C. V. Placental abruption and adverse perinatal outcomes / Ananth C. V., Berkowitz G. S., Savitz D. A., Lapinski R. H. //JAMA 2009.-Vol. 282, N 17. - P. 1646 - 16 51.
  84. Ananth C. V. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles / Ananth C. V., Smulian J. C., Demissie K., Vintzileos A. M., Knuppel R. A.// Am. J. Epidemiol. 2011. - Vol. 153, N 8.-P. 771 -778.
  85. Ando K. The study on mechanism of abruptio placentae caused by chorioamnionitis / Ando K., Kanayama N. // Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. – 1993. Vol. 45, - N 9. - 1053-1041.
  86. Andres R. L. Perinatal complications associated with maternal tobacco use /Andres R. L., Day M. C. // Semin. Neonatol. 2010. - Vol. 5, N 3. - P. 231 -41.

87. Axeno P. Intravenous nitroglycerin for rapid uterine relaxation / Axeno P., Fu X., Lindberg B., Ulmsten U, Wessen A. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*- 2008. - Vol. 77, N 1. - P. 50-53.
88. Babinszki A. Perinatal outcome in grand and great-grand multiparity: effects of perinatal obstetric risk factors / Babinszki A., Kerenyi T., Torok O., Grazi V., Lapinski R. H., Berkowitz R. L. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009. - Vol.181, N3. - P. 669-674.
89. Bauduer F. Assessment of the 20210 G to a prothrombin variant in a sample of patients from the French Basque Country with various thrombophilic conditions / Bauduer F., Ducout L., Freyburger G. // *Ann. Hematol.* – 2013. – Vol.82, N6. – P. 353 -356.
90. Baumann P. Mathematic modeling to predict abruptio placentae / Baumann P., Blackwell S. C., Schild C., Berry S. M., Friedrich H. D.// *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 2010. - Vol. 183, N 4. - P. 815.
91. Bick R.L. Antiphospholipid thrombosis syndromes: etiology, pathophysiology, diagnosis and management / Bick R.L. // *Int. J. Hematol.* 2007. -Vol. 65, N3.-P. 193-213.
92. Blann A.D. Increased levels of soluble adhesion molecule E-selectin in essential hypertension / Blann A.D., Tse W., Maxwell S.J., Waite M.A. // *J. Hypertens.* - 2004. - Vol. 12. - P. 925 - 928.
93. Bloomenthal D. Obstetric implications of the factor V Leiden mutation: a review / Bloomenthal D., Delisle M. F., Tessier F., Tsang P. // *Am. J. Perinatol.* 2012. - Vol. 19, N 1. - P. 37 - 47.
94. Bloomenthal D. The effect of factor V Leiden carriage on maternal and fetal health / Bloomenthal D., von Dadelzen P., Liston R., Magee L., Tsang P. // *Canadian Medical Association Journal.* 2012. - Vol. 167, N 1. - P. 49 - 54.
95. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. Baillieres Best Pract. / Bonnar J. // *Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2010. - Vol. 14, N 1. - P. 1 - 18.

96. Bray P.F. Rapid genotyping of the five major platelet alloantigens by reverse dot-blot hybridization/ Bray P.F., Jin Y., Kickler T. // Blood - 2014.-Vol. 84.- P. 4361-7.
97. Brenner B. Thrombophilia and pregnancy loss. / Brenner B. //Thromb. Res. 2012. - Vol. 108, N 4. - P. 197 - 202.
98. Brosens I. A. The physiological response of the vessels of the placental bed to normal pregnancy /Brosens I.A., Robertson W.B., Dixon H.G. // J. Pathol. Bacteriol. 2007. - Vol. 93, N 2. - P. 569-579.
99. Brosens LA. The role of the spiral arteries in the pathogenesis of preeclampsia / Brosens I.A.,Robertson W.B., Dixon H.G. //Obstet Gynecol Annu.- 2012.-Vol. 1.-P. 177-191.
100. Brosens J. J. The myometrial junctional zone spiral arteries in normal and abnormal pregnancies / Brosens J. J., Pijnenborg R., Brosens I. A. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2012.-Vol. 187, N 5. - P. 1416 – 1423.
101. Brown M. A. The physiology of pre-eclampsia / Brown M. A. // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 2015.-Vol. 22, N 11. - P. 781 - 791.
102. Buga G. A. Hypertensive disorders of pregnancy at Umtata General Hospital: perinatal and maternal outcomes / Buga G. A., Lumu S. B. // East. Afr. Med. J. 2009. - Vol. 76, N 4. - P. 217 -222.
103. Bunai Y. Fetal death from abruptio placentae associated with incorrect use of a seatbelt / Bunai Y., Nagai A., Nakamura I., Ohya I. //Am. J. Forensic. Med. Pathol. 2010. - Vol. 21, N 3. - P. 207 - 209.
104. Burrows T.D. Expression of adhesion molecules by endovascular tro-phoblast and decidue endothelial cells: implications for vascular invasion during implantation / Burrows T.D.,King A., Loke Y.W. // Placenta. 2014. - Vol. 15, N 1.-P. 21-33.
105. Busse R. Endothelium-derived relaxant factor inhibits platelet activation. Naunyn Schmiedebergs / Busse R., Luckhoff A., Bassenge F. //Arch Pharmacol. 2007. - Vol. 336, N5.-P. 566-571.

106. Carles G. Dengue fever and pregnancy. A study of 38 cases in French Guiana / Carles G., Talarmin A., Peneau C., Bertsch M. // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2010. - Vol. 29, N 8. - P. 758 - 762.
107. Catravas J.D. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) syndrome / Catravas J.D., Callow // Am. J. Obstet. Gynaecol. -2010. Vol. 183, N2.-P. 444-448.
108. Catravas J.D. Vascular endothelium: response to injury / Catravas J.D., Callow A.D., Ryan U.S. -New York -.Plenum, 2006.
109. Chanrachakul B. Randomised trial of isosorbide mononitrate versus misoprostol for cervical ripening at term / Chanrachakul B., Herabutya Y., Pun-yavachira P.// Int. J.Gynaecol. Obstet. 2012. - Vol.78, N 2. - P. 139- 145.
110. Chichakli L.O. Pregnancy-related mortality in the United States due to hemorrhage: 1979-1992 / Chichakli L. O., Atrash H. K., MacKay A. P., Musani A. S., Berg C. J. // Obstet. Gynaecol. - 2009. - Vol. 94, N 5, Pt 1. - P. 721 -725.
111. Chua S. Trophoblast deportation in preeclamptic pregnancy / Chua S., Wilkins T., Sargent I., Redman C. // Br. J. Obstet. Gynaecol. 2011. - Vol. 98, N 10.-P. 973-979.
112. Clark E.T. Endothelial cell response to hypoxia -reoxygenation is mediated by IL-1 / Clark E.T., Desai T.R., Hynes K.L., Gewertz B.L. //J. Surg. Res.-2015. -Vol.58. P.675-681.
113. Clark P. The neutrophil and preeclampsia / Clark P., Boswell F., Greer I. A. // Semin. Reprod. Endocrinol. 2008. - Vol. 16, N 10. - P. 57 - 64.
114. Clemetson C.A. Abruptio placentae /Clemetson C.A., Cafaro V. // Int. J. Gynecol. Obstet. 2012. - Vol. 19, N 6. - P. 453-460.

115. Conrad K. P. Placental cytokines and the pathogenesis of preeclampsia / Conrad K. P., Benyo D. F. // *Am. J. Reprod. Immunol.* 2007. - Vol. 37, N3. - P. 240-249.
116. Conrad K.P. Nitric oxide synthase activity in placentae from women with preeclampsia / Conrad K.P., Davis A.K. // *Placenta.* 2015. - Vol.16, N 8,- P. 691-699.
117. Coronado G. D. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study / Coronado G. D., Marshall L. M., Schwartz S. M. // *Obstet. Gynaecol.* 2010. - Vol. 95, N 5. - P. 764 -769.
118. Craven M. C. Decidual spiral artery remodelling begins before cellular interaction with cytotrophoblasts / Craven M. C., Morgan T., Ward K. // *Placenta.* 2008. - Vol. 19. - P. 241 - 252.
119. Crawley J. T. Distribution of endothelial cell protein C / activated protein C receptor (EPCR) during mouse embryo development / Crawley J. T., Gu J. M., Ferrel J., Esmon C. T. // *Thrombosis and Haemostasis.* 2012. - Vol.88, N2.-P. 259-266.
120. Crocker I. P. The in vitro characterization of induced apoptosis in placental cytotrophoblasts and syncytiotrophoblasts / Crocker I. P., Barrat S., kaur M., Baker P. N.// *Placenta.* 2011. - Vol. 22, N 10.-P. 822-830.
121. Dekker G.A. Etiology and pathogenesis of preeclampsia: Current concepts / Dekker G.A., Sibai B.M. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. - Vol. 179.-P. 1359-1375.
122. Di Federico E.Preeclampsia is associated with widespread apoptosis of placental cytotrophoblasts within the uterine wall / Di Federico E., Genbasev O., Fisher S. J. // *Am. J. Pathol.* 2009. - Vol. 155, N 1. - P. 293 - 301.
123. Eskes T. K. Clotting disorders and placental abruption: homocysteine- a new risk factor / Eskes T. K. // *European Journal of*

Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology. 2011. - Vol. 95, N 2. - P. 206 - 212.

124. Gharavi A. E. Mechanisms of pregnancy loss in antiphospholipid syndrome / Gharavi A. E., Pierangeli S. S., Levy R. A., Harris E. N. // Clin. Obstet. Gynecol. 2011. - Vol. 44, N 1. - P. 11 - 19.
125. Granger J. P. Pathophysiology of pregnancy-induced hypertension / Granger J. P., Alexander B. T., Bennett W. A., Khalil R. A. // American Journal of Hypertension. - 2011. - Vol. 14, N 6, Pt. 2. - P. 178- 185.
126. Green-Thompson R.W. Antepartum hemorrhage / Green-Thompson R.W. // Clin. Obstet. Gynecol. 2012. - Vol. 9. - P. 475-515.
127. Krauss T. Maternal and fetal morbidity and mortality in premature abruption placentae a retrospective analysis / Krauss T., Rath W., Kuhn W. // Geburtshilfe Frauenheilkd. -2013. - Bd. 53, N 3. - S. 194-197.
128. Krohn M. Correlates of placental abruption /Krohn M., Voigt L., McKnight B., Daling J.R., Starzyk P., Benedetti T.J. // Br. J. Obstet. Gynaecol. - 2007. - Vol. 94, N 4. P. 333-340.
129. Nolan T.E. A rapid test for abruptio placentae: Evaluation of a D-dimer latex agglutination slide test / Nolan T.E., Smith R.P., Devoe L.D. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2013. - Vol. 169. - P. 265-269.
130. Novaro V. Nitric oxide induces gelatinase A (matrix metalloproteinase 2) during rat embryo implantation /Novaro V., Pustovrh C., Colman-Lerner A., Radisky D., Lo Nostra F., Paz D. // Fertil. Steril. 2012. - Vol. 78, N 6. -P.1278-1287.
131. Pritchard J. A. Clinical and laboratory studies on severe abruptio placentae / Pritchard J. A., Brekken A.L. // Am. J. Obstet. Gynecol. 1967. - Vol. 97.- P. 681-696.

132. Pritchard J.A. Genesis of severe placental abruption / Pritchard J.A., Mason R., Corley M., Pritchard S. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010. - Vol.108, N 1. - P.22-27.
133. Rasmussen S. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment / Rasmussen S., Irgens L. M., Dalaker K. // *Acta. Obstet. Gynaecol. Scand.* 2010. - Vol. 79, N 6. - P. 496 - 501.
134. Rasmussen S. Perinatal mortality and case fatality after placental abruption in Norway 1997-2011 / Rasmussen S., Irgens L.M., Bergsjø P., Dalaker K. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012. - Vol. 75, N 3. - P.229-234.
135. Rasmussen S. The occurrence of placental abruption in Norway 1967/1991 / Rasmussen S., Irgens L.M., Bergsjø P., Dalaker K. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006. - Vol. 75, N 3. - P. 222-228.
136. Rathore S. S. Racial variation in the frequency of intrapartum hemorrhage / Rathore S. S., McMahon M. J. // *Obstet. Gynecol.* 2011. - Vol. 97, N 2.-P.178- 183.
137. Ray J. G. Folic acid and homocysteine metabolic defects and the risk of placental abruption, preeclampsia and spontaneous pregnancy loss: A systematic review / Ray J. G., Laskin C. A. // *Placenta.* 2009. - Vol. 20, N 7.-P.519-529.
138. Redman C. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy / Redman C., Sacks G. P., Sargent I. L. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009. - Vol. 180, N 2, Pt. 1. - P. 499-506.
139. Reis P. M. Abruptio placentae after auto accidents. A case-control study / Reis P. M., Sander C. M., Pearlman M. D. // *J. Reprod. Med.* 2010. -Vol. 45, N 1. - P. 6- 10.
140. Wang Y. Antioxidant activities and mRNA expression of superoxide dismutase, catalase, and glutathione peroxidase in normal and

- preeclamptic placentas / Wang Y., Walsh S.W. // J. Soc. Gynecol. Investig. 2006. - Vol. 3, N4.-P. 179-184.
141. Webb D. J. Adhesion assembly, disassembly and turnover in migrating cells over and over and over again / Webb D. J., Parsons T., Horwitz A. F. // Nature Cell Biology. - 2012. - Vol. 4, N 4. - P. 97 - 100.
  142. Weber K. Morphologic studies on the venous blood drainage of the human placenta / Weber K. // Z. Microsk. Anat. Forsch. 2012. - Vol. 96, N 3. - P. 407-432.
  143. Weiner Z. Assessment of uterine placental circulation in thrombophilic women / Weiner Z., Younis J. S., Blumenfeld Z., Shalev E. // Semin. Thromb. Haemost. 2013. - Vol. 29, N 2. - P. 213 - 218.
  144. Whiteman T. Hypercoagulable states / Whiteman T., Hassouna H. I. // Hematol. Oncol. - 2010. - Vol.14, N 2. P.355-377.
  145. Wienhard J. Increased endothelial thrombomodulin expression in pregnancies complicated by IUGR / Wienhard J., Bielska B., Munstedt K., Lang U., Zygmunt M. //J. Perinat. Med. 2012. - Vol. 30, N 4. - P. 322 - 328.
  146. Williams M.A. Maternal serum CA 125 levels in the diagnosis of abruptio placentae / Williams M.A., Hichkok D.E., Zinghelm R.W., Zebelman A.M.//Obstet. Gynecol. 2013.-Vol. 82. -P. 808-812.
  147. Williams W.J. The activity of human placenta microsomes and brain particles in blood coagulation / Williams W.J. //J. Biol. Chem. 2006. - Vol. 241. - P. 1840-1846.
  148. Witlin A. G. Perinatal and maternal outcome following abruptio placentae / Witlin A. G., Sibai B. M. // Hypertens Pregnancy. 2011. - Vol. 20, N 2.-P. 195-203.
  149. Wolf G. Hypertensive disorders in pregnancy / Wolf G., Wensel U., Stahl R. A., Huneke B.// Med. Clin. 2011. - Vol. 96, N2.-P. 78-86.



150. Wright C. A. A single institutional experience with 43 pregnancies in essential thrombocythemia / Wright C. A., Tefferi A. // *Eur. J. Haematol.* -2011.-Vol. 66, N3.-P. 152-159.
151. Xu H. Therapeutic effects of nitroglycerin on pregnancy induced hypertension / Xu H., Xu H., Chen D. // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2011. - Vol. 36, N 7. -P 395-398.
152. Yamauchi A. Causes of stillbirth: an analysis of 77 cases / Yamauchi A., Minakami H., Ohkuchi A., Usui R., Idei R., Sato I. // *J. Obstet. Gynecol. Res.* 2009. - Vol. 25, N 6. - P. 419 - 424.
153. Yang J. Endothelial dysfunction and injury of placental and umbilical vessels in pregnancy-induced hypertension is associated with tumor necrosis factor / Yang J., Xu W., Xie Q. // *Zhonghua Fu Chan. Ke. Za. Zhi.* 2010. -Vol. 35, N5.-P. 279-281.
154. Yoshimura T. The missense Glu298Asp variant of the endothelial nitric oxide synthase gene is strongly associated with placental abruption / Yoshimura T., Yoshimura M., Tabata A., Yasue H., Okamura H. // *Human Genetics.* - 2011.-Vol. 108,N3.-P. 181 -183.
155. Zampolli A. Inhibition of endothelial cell activation by oxide donor / Zampolli A., Basta G., Lazzerini G., Feelisch M., De Caterina R. // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2010. - Vol. 285, N 2. - P. 818 - 823.
156. Zhou Y. Preeclampsia is associated with abnormal expression of adhesion molecules by invasive cytotrophoblasts / Zhou Y., Damsky C.H., Chiu K., Roberts J.M., Fisher S.J. // *J. Clin. Invest.* – 2013. - Vol. 91. - P.950 - 960.
157. Zugaib M. Abrupcio placentae following snake bite / Zugaib M., de Barros A.C.S., Bottar R.E., de A.Burdmann E, Neme B. // *Amer. Journal of Obstet and Gynecology.* – 2015. - Vol.151, № 6. P. 754-755.
158. Zuo J. Expression of inducible nitric oxide synthase and macrophage in human placenta of pregnancy-induced hypertension syndrome /

Zuo J., Zhang L., Zeng W., et al. // Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012. – Vol. 37, N6. - P. 331 -334.