

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС  
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК 618.2.3.

Аюбова Гулбаҳор Илҳомовна

АНЭМБРИОНИЯНИНГ ЭТИОЛОГИК ВА КЛИНИК  
АСПЕКТЛАРИ

Мутахасислик: 5А720101

**«Акушерлик ва гинекология»**

**МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ**

Магистрлик академик илмий  
даражасини олиш учун

**Илмий раҳбар:**

Тиббиёт фанлари номзоди,  
доцент Эгамкулов З.Т.

Самарканд-2013

## Мундарижа

	4-7
Мавзунинг долзарблиги	
I боб. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликнинг этиопатогенетик ва клиник аспекти	8-23
1.1. Анэмбрионал хомиладорлик ва унинг сабаблари	8-9
1.2. Анэмбриония билан асоратланган клиникаси ва диагностикаси	9-11
1.3. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликда кон ивиш тизими ҳолати	11-18
1.4. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликни узиш усуллари	19-21
1.5. Хомиладорлик анэмбриония туфайли тухтатилгандан кейинги текширишлар	21-22
1.6. Социал биологик факторларнинг хомиланинг эрта муддатларда уз-узидан нобуд булишидаги роли	22-23
II боб. Текшириш усуллари ва материали	24-28
III боб. Тадқиқот натижалари	29-49
3.1. Анэмбрионик хомиладорлик кузатилган аёлларнинг умумий клиник характеристикаси	29-37
3.2. Асосий ва назорат гуруҳларида эрта хомила тушишининг клиник кечиши	37-42
3.3. Анэмбрионик хомиладорлик сабаблари	42-49
IV боб. Олинган натижалар муҳокамаси	50-57
Хулосалар	58
Амалий тавсиялар	59
Фойдаланилган адабиётлар руйхати	60-69

## АББРЕВИАТУРА

ГВИ	Герпесвирусли инфекция
ЖССТ	Жахон согликни саклаш ташкилоти
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
ОИТС	Одам иммун танкислиги синдроми
РКХ	Ривожланмай колган хомиладорлик
СБКХ	Содир булмаи колган хомиладорлик
ККХ	Котиб колган хомиладорлик
УГХ	Урогенитал хламидиоз
УТТ	Ультатовуш текшириш
УТД	Ультратовуш диагностикаси
ЦМВИ	Цитомегаловирусли инфекция

# АНЭМБРИОНИЯНИНГ ЭТИОЛОГИК ВА КЛИНИК АСПЕКТЛАРИ

## Кириш

Анэмбриония, ёки «Анэмбриония билан яқунланган хомиладорлик» (РКХ), ёки «котиб колган хомиладорлик (ККХ)» хақидаги илк маълумотлар XIX аср урталарида пайдо булди, аммо ханузгача унинг этиология ва патогенезига оид қуп масалалар очик қолиб келмокда. Қасалликларнинг Халқаро Таснифи (МКБ-10) нинг охириги 10 қуринишида «Бола тушиши билан яқунланган хомиладорлик» («Беременность с абортивным исходом») деган алохида рубрика киритилиб, унда хомиладорликнинг илк давридаги бир қанча хасталикларнинг код ива формулировкаси қурсатилган. Мазқур тасниф тизимига қура, халок булган хомила тухуми, анэмбриония (синонимлари: blighted ovum, anembryonic pregnancy, “empty sac”) – эмбриобластнинг аплазияси ёки эрта резорбцияси оқибатида пайдо булган буш хомила халтасидан иборат. Ватанимиздаги илмий адабиётларда синоним тариқасида юқорида айтиб утилган терминлар - «Анэмбриония билан яқунланган хомиладорлик» ёки «котиб колган хомиладорлик» хам қулланилади. Ушбу муаммони зур бериб урганилишига қарамасдан, анэмбриониянинг номаълум сабаблари хамон аввалгидек юқорилигича қолмокда (26-66%), бу эса беморларни даволаш натижаларига таъсир этмасдан қолмайди (Анастасьева В.Г., 1997; Ганина С.А., 2001; Салов И.А., 1998).

Қўпинча анэмбриония хомиладаги генетик нуқсонлар туфайли ривожланади, яъни аввал бошидан хромосома набори нотўғри бўлган, аниқроғи, ота-оналик генлари муваффақиятсиз комбинацияланган. «Соғлом тухум ҳужайра» плюс «патологик сперматозоид» лардан, ёки аксинча комбинациядан ҳосил булган хомила қупчилик ҳолатларда улимга маҳқум булади. Анэмбриониянинг бошқа сабаблари гестациянинг эрта муддатларидаги уткир вирусли ёки бактериал инфекциялар булиб, улар ё

эмбрионга зарар етказди, ёки тана хароратининг кутарилиши окиюатида хомиланинг ривожланиш жараёни нотугри кечади. Шунингдек, радиация, турли токсинлар, аёл организмидаги гормонал бузилишлар, тамаки чекиш, алкоголи махсулотлар ва наркотикларни истеъмол қилиш каби зарарли одатлар ҳам хомиланинг шаклланилишига салбий таъсир этади (Carp H.J.A., 2008).

Купчилик ҳолатларда анэмбриония симптомсиз кечади, хомиладорликнинг характерли белгилари – корин катталашиши, сут безларининг катталашиши, хайз тухташи кабилар кузатилади. Фақат УТ текширувида хои́ла тухумида эмбрионнинг йуклиги ёки унинг ривожланишдан тухтаганлиги аникланади. Баъзан аёл организми хои́ла ривожланишдан тухташига уз-узидан бола тушиши билан жавоб кайтаради, аммо купчилик ҳолатларда ультратовуш текширувисиз анэмбрионияга диагноз қуйиш мумкин бўлмайди (Макацария А.Д. и соавт., 2000; Yamamoto T. et al., 1999).

Халок бўлган хои́ла тухумининг бачадонда 3 ҳафтадан зиёд ушланиб қолишида *Bact. fragilis*, *Prevotella melaninogenica*, *Pstr. anaerobius*, *Fusobac. mortipherum* и *nicroforum*, *Propionibacterium*, *Peptococcus asaocharoliticum*, *Nocardia asteroides* каби шартли патоген анаэроб флоранинг фаоллашуви кузатилади. Улар нисбатан вирулентлиги паст булсада, ҳам мазкур хомиладорликда, ҳам кейинги хомиладорликларда йирингли-яллиғланиш асоратлари келтириб чиқаришлари билан хавфлидир (Подзолкова Н. М. и соавт., 2011).

МДХ давлатлари, шу жумладан Ўзбекистонда халок бўлган хои́ла тухумини жаррохлик йули билан олиб ташлаш амалиёти кенг тарқалган. Ғарб тиббиётида эса, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, халок бўлган хои́ла тухумини фақат медикаментоз йўл билан олиб ташланади. Бунинг учун медикаментоз аборт препаратлари қўлланилади (Козлова В.И., 2007; Brajenovic-Milic B. Et al., 2008). Халок бўлган хои́ла туқимаси жаррохлик

ёки медикаментоз бола тушишидан сунг гистологик, агар иложи бўлса, генетик текширувга юборилади. Аммо афсуски гистологик текширув натижаси хар доим хам анэмбриония сабабини аниклашга ёрдам бера олмайди. Кўп холатларда хатто генетик текширув натижаларои хам бола тушишининг хақиқий сабабини ойдинлаштириб бера олмайди. Бунинг сабаи шуки, генетик текширув учун тирик, бўлинаётган хомила хужайралари керак, биз текширувга юборган тукима эса аллақачон ўлган, ўлганига бир неча кунлар, хатто бир неча хафталаро бўлган хужайралар бўлади (Мещерякова А.В., 2000).

Кейинги сафар анэмбриония бўлмаслигини 100% кафолатлашнинг деярли иложи йўқ, аммо бир катор профилактик ичора-тадбирлар йигиндиси борки, улар қайта анэмбриония бўлиши хавфини сезиларли даражада камайтиради (Сагп Н.А., 2008), чунончи: яқин қариндошлар орасида никоҳ бўлишининг олдини олиш, токсик модалар, заралари одатлар, радиация кабиларга бархам бериш, ўткир вирусли ва бактериал инфекцияларни ўз вақтида даволаш кабилар шу жумладандир.

Бизнинг минтақамизда ҳам сунгги вақтларда анэмбриония ва РКХ холатлари кўп учрамоқда. Шунга қарамасдан, мазкур муаммога бағишланган илмий ишлар жуда кам. Шунинг учун, анэмбриония этиопатогенези, клиникаси беморларни олиб бориш тактикасига доир бир катор саволлар тупланиб колган ва уз ечимини кутиб ётибди.

Мазкур магистрлик диссертациясининг **мақсади**: Самарканд Вилоят Перинатал маркази гинекология бўлимида анэмбриония билан асоратланган хомиладорликнинг этиологик омиллари ва клиник кечиши хусусиятларини урганиш.

### **Вазифалар:**

1. Анэмбриония билан келган аёлларнинг касаллик тарихини ретроспектив урганиш.

2. Мазкур даволаш муассасасида анэмбриония билан асоратланган хомиладорликларнинг кечиши ва натижасини бевосита проспектив кўзатиш.
3. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликда хомила тухуми элементлари ёки бачадон қириндисини гистологик текшириш.

### **Ишнинг илмий аҳамияти**

Тадқиқотдан олинган маълумотлар анэмбриония билан асоратланган хомиладорликни олиб бориш тактикасини оптималаштиришга, хомиладорлик узилгандан сунг беморларни реабилитация қилишга, шунингдек, мазкур хасталикнинг олдини олиш чора-тадбирларини ишлаб чиқишга имкон беради.

### **Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми**

Магистрлик илмий лойихаси жами 67 саҳифалик компьютер матнидан иборат булиб, мавзунинг долзарблиги, адабиёт маълумотлари шарҳи, текшириш материал ива услублари, тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси, хулосалар ва амалий тавсияномалар, шунингдек, фойдаланилган адабиёт манбалари руйхатини уз ичига олади. Лойиха 15 та расм, 4 та жадвал билан иллюстрацияланган. Адабиёт маълумотлари 118 та илмий манбани уз ичига олади, шулардан 85 таси МДХ мамлакатлари, 33 таси узок хориж илмий адабиётларидир.

# **I БОБ. АНЭМБРИОНИЯ БИЛАН ЯКУНЛАНГАН ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ВА КЛИНИК АСПЕКТЛАРИ**

## **1.1. Анэмбрионионал хомиладорлик ва унинг сабаблари**

Анэмбриония, ёки ривожланмай қолган хомиладорлик, хомила тухумининг ичида эмбрионнинг бўлмаслиги билан характерланади. Бунда эмбрион ё умуман хосил бўлмаган, ёки, хомиладорликнинг жуда эрта – 5 хафтадан олдинги муддатида ривожланишдан тухтаб резорбцияланиб кетган бўлади (Мещерякова А.В., 2004; Салов И.А., 2000).

Купинча, анэмбриония хомиладаги генетик нуксонлар сабабли ривожланади. «Соғлом тухум хужайра» плус «патологик сперматозоид» комбинациясидан пайдо бўлган хомила аксарият холларда улимга махкумдир (Brajenovic-Milic B. et al., 2008; Yamamoto T., 2004).

Анэмбриониянинг бошқа сабаблари қўйидаги бўлиши мумкин:

- Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ривожланган ўткир вирусли ёки бактериал инфекциялар, улар ё хмилага бевосита зарар етказди, ёки тана хароратининг ошиши ва интоксикация орқали эмбриогенезга зиён келтиради.
- Радиация ёки токсик моддаларнинг хомила ривожланишига салбий таъсири.
- Аёл организмидаги гормонал бузилишлар
- Аёлда зарарли одатларнинг борлиги: тамаки чекиш, спиртли ичимликларга ружу қўйиш, наркотик моддалар истеъмол қилиш.

Аммо анэмбриония сабаблари халигача тўлиқ ўрганилмаган, ва мазкур холат баъзан мутлако соғлом кринган аёлда ҳам учраб туради.

Нима учун хомила тухуми ичида эмбрион бўлмаса ҳам хомиладорлик давом этаверади?

Бунинг сабаби шуки, зигота бачадонга имплантациялангандан сунг икки гурух хужайраларга – трофобласт ва эмбриобластларга бўлинади. Анэмбриония ҳолатида эса юқорида санаб утилган сабаблар билан эмбриобластлар ривожланмасдан қолади, трофобластлар эса булиниб купайишда давом этади. Маълумки трофобластлар ХГ ишлаб чиқаради, шунинг учун аёл организми эмбрион усмай қолгани ҳақида ҳеч қандай сигнал олмайди ва буни сезмайди (Салов И.А., 2000; Jaffe R., 2003; Yamamoto T., 2004).

## **1.2. Анэмбриония билан асоратланган клиникаси ва диагностикаси**

Анэмбриония – хомиладорлик узилишининг бир тури булиб бачадон ичида хомила тухуми улиб, ташқарига ҳайдалмай қолиши ҳолати тушунилади. Бу асорат 1-2% хомиладорликда учрайди. Бу асоратни аниқлашда қуйидаги белгиларга аҳамият бериш лозим (Абдуллаева М.А., 2008; Барашев Ю. И., 2006):

- ❖ Хомиладорликнинг биринчи 12 ҳафталик муддатида – ҳайз қуриш йўғ-у, жинсий йўллардан қонли чиқиндилар келиши
- ❖ Хомиладор аёл қорни пастида мунтазам оғриқ сезиши
- ❖ Умумий ҳолсизлик, камқувватлик, бош айланиши
- ❖ Безовталик, ҳавф-хатар булишини қутиш қаби сезгилар пайдо булиши
- ❖ Хомиладорликда бўлган қунгил айланиши, қусиш қаби узгаришларнинг йуқолиб қолиши

- ❖ Хомила кимирлашининг йуколиши ёки уни сезмай қолиш
- ❖ Сут безларининг юмшаб қолиши, ва хомиладорлик катта муддатларида сут келиши.

Аёлни объектив текширганда

1. Кин ва бачадон буйнидаги кукиш ранг (цианоз) ва тукималар юмшашининг йуколиши
2. Бачадон улчами кичрайиши
3. Бачадон танаси котиб қолиши
4. Хомила харакатлари, юрак уриши йуколиши
5. УТТ текширишда ва рентгенологик текширишдаги узгаришлар
6. Такрор кон кетишлар, корин пастида огриклар булиб туриши туфайли бачадон буйнининг чала очилиши

Бачадон рецептор аппаратининг, хомиладорлик муддати, улик хомиланинг канча вақтдан буён қолиб кетишидан катъий назар, сезгирлиги пасайиши натижасида бачадон бу энди ёт унсурни чиқариб ташлаш учун ҳеч қандай сезгирлик яъни реакция курсатмайди (Ақунц К.Б. ва муаллиф., 2002; Гусева Е.М. ва муаллиф., 2004).

Булажак менструация ёки овуляция кунлари одатда хомиладор бачадон кискарувчанлик фаоллиги бироз ошади, мана шу кунлар «ёпишиб қолган хомиладорлик» бор бўлган аёллар териси ичига 0,1 мл фолликулин, 0,1 мл прогестерон юборса, шу жойда 0,5-1,5 см гача катталиқда пуфакча пайдо бўлади – бу белги бачадон мушаги кискарувчанлиги ошганлиги қунига мос келади ва мана шу кунлар

хомиладорликни узиш учун анча кулай саналади (Гуртовой Б. Л., 2005; WHO/MCH/MSM/PSC /2006).

Бачадоннинг хомилани чиқариб ташлашга тайёрлигини аниқлаганда булажак менструация ёки овуляция кунлари ҳамда аёлни тайёрлагандан кейин окситоцин тести куйилса бу тест бироз мусбат булади (Денисов И.Н., 2001; Радзинский В.И. ва муаллиф., 2006).

Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликни узишдан олдин бемор тулаконила текширилиб аборт олди ёки тугрук олди тайёрланиши лозим. Текшириш куйидагиларни уз ичига олади (Денисов И.Н., 2001; WHO/MCH/MSM/PSC /2006).

- ✚ Анамнез йиғиш – охириги хайз, хомила кимирлаши бор-йуклиги, йук булиши вақти, кон келишлар, огрик ва хоказолар
- ✚ Умумий ва гинекологик текширишлар
- ✚ Конда ва сийдикда ХГЧ, эстрадиол миқдорини аниқлаш
- ✚ Кон коагулограммаси, электрокоагулограммаси
- ✚ Кин флораси, унинг антибиотикларга сезгирлиги – бактериологик ва бактериоскопик текширишлар
- ✚ Сийдикда эстриол ва креатинин миқдори
- ✚ Гравиммун тест, базал  $t^0$ , хомиланинг УТТ
- ✚ Допплер усулида бачадон гемодинамикасини урганиш

### **1.3. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликда кон ивиш тизими ҳолати**

Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликни узишда энг куп учрайдиган асорат бу кон кетишдир. Шунинг учун муолажалар

бошлашдан олдин геморрагик асоратларнинг олдини олиш мақсадида, ДВС синдроми белгиларини лаборатор диагностикаси катта ахамиятга эга (Айламазян Э.К., 1993; Степанковская Г.К. ва муаллиф., 2000).

Барча беморлар кони биохимик текширилиши шарт (Акунц К.Б. ва муаллиф., 2002; Фролова О.Г., 2005; Campbell O. M. et al., 2000; Gifford D.S. et al., 2005; Huque A. et al., 2001).

### 1. Коагулограф ёрдамида

- ✓ Кон ивиш вақти
- ✓ Плазма рекальцификацияси вақти
- ✓ Плазманинг гепаринга толерантлиги
- ✓ Протромбин комплекси фаоллиги
- ✓ Фибриноген концентрацияси
- ✓ Коннинг фибринолитик активлиги
- ✓ Кон лахтаси ретракцияси
- ✓ Коннинг хронометрик ва структур коагуляциясини аниқлаш;

2. Гипокоагуляцион узгаришлар даражасини аниқлаш мақсадида кон плазмаси таркибида фибринмономер комплексни этанол тести ёрдамида аниқлаш лозим. Агар гиперкоагуляция ва фибринолиз булса – плазмада фибриноген деградацияси маҳсулотлари ва фибрин аникланади ва бу ҳол ДВС синдроми борлигидан далолат беради.

### 3. Тромбоцитар гемостазни аниқлаш мақсадида

А) конда тромбоцитлар сонини аниқлаш

Б) кон лахтаси ретракцияси

В) тромбоцитларнинг агрегацияга кодирлигини аниқлаш лозим.

Анэмбриония билан яқунланган хомиладорлиги бор булган барча беморларда ДВС синдроми ривожланади ва бу ҳолат тромбогеморрагик асоратлар ривожланишида асосий патогенетик асос бўлиб хизмат қилади (Воробьев А. П., 2006; Зарубина Е. Н. ва муаллиф., 2002; Степанковская Г.К. ва муаллиф., 2000). Шунинг учун гемостазни динамикада назорат қилиб туриш содир булган гемостазиологик узгаришларни уз вақтида аниқлаб, профилактик даволаш самарадорлигини белгилайди. Улик хомила биринчи триместрда 3 ҳафтагача бачадонда қолиб кетса – сурункали ДВС синдроми, 3 ҳафтадан қуп қолиб кетса – 10% ҳолларда декомпенсацияланган ДВС синдроми ва геморрагик асоратлар келиб чиқишига олиб келади (Campbell O. M. et al., 2000; Gifford D.S. et al., 2005; Nuque A. et al., 2001; WHO/MCH/MSM/PSC /2006). Хомиладорликнинг II-III триместрида 14% аёлларда ДВС синдромининг уткир ости шакли (истеъмом коагулопатияси ва тромбоцитопатияси) ривожланади (Воробьев А. П., 2006; Зарубина Е. Н. ва муаллиф., 2002; Степанковская Г.К. ва муаллиф., 2000).

«Котган» хомиладорлиги бор аёлларда хомиладорликнинг II-III триместрида (бачадон улчами 14 ҳафталик хомиладорликдан катта булганда) сурункали ДВС синдром авжига чиқади ва 22% ҳолларда уткир ости ДВС га утиб кетади, яъни гемостаз декомпенсацияси ривожланади. Бу ҳолат улган хомила 2 ҳафта ва ундан қуп бачадон ичида қолиб кетса; агар 2 ҳафтадан қуп муддат улик хомила бачадонда қолиб кетса 34% ҳолларда гемостаз декомпенсацияси ривожланади, шунинг учун бундай аёлларда хомиладорликни узиш вақтида абортдан кейин ёки тугруқдан кейинги даврларда геморрагик асоратлар қутилишининг юқори даражадаги хавфи мавжуд бўлади. Шунинг учун тромбоцитлар гиперагрегацияси аниқланса

(АЧТВ>1.26) – антиагрегантлар ишлатишга курсатма саналади. Бунинг учун курантил 25 мг/с; аспирин 300-50мг/с; реополиглюкин 400мл/ хар 48 соатда юбориш лозим (Кулаков В. И. ва муаллиф., 1997; Степанковская Г.К., 2000; Каримов Ш. И., 2002).

«Котган» хомиладорликни узишда кон кетиш асоратлари 8-20% учрайди, булар (Кулаков А.И. ва муаллиф., 2001):

1. Бачадон бушатилгач, унинг гипотонияси
2. Томир ичида гемостаз бузилиши
3. Плацента тукумаси ва томирларнинг гемокоагуляцион активлиги пасайишидир.

Хомила тухуми организмда улгач, аутолизга учрайди ва унинг махсулотлари резорбция килиниб, яъни кон томирларига сурилиб (шимилиб) хомила пардалари утказувчанлиги ошиши хисобига томир ичида гемостазнинг бузилишига, плацента тукумалари ва томирларининг гемокоагуляцион активлигининг пасайишига, бачадон кискарувчанлиги фаолиятининг пасайишига олиб келади. Шунинг учун хомила улганлиги аниклангач, дархол уни олиб ташлаш керак. Бу манипуляцияни менструация ва овуляциянинг тахминий кунларида бажариш максадга мувофик (Ходжаева М.А. ва муаллиф., 2008; Ахемо Р., 2001; Baird D.T., 2002).

Гемостаз тизимининг назорати ДВС нинг сурункали, уткир ости ва уткир шакллари уз вактида аниклаш имконини беради. Коагулопатик асоратлар булиши эхтимоли, хомиладорликнинг биринчи триместрида, улик хомила 3 хафта ва ундан куп колиб кетса ва хомиладорликнинг II-III триместрларининг барча холларида – жуда каттадир (Воробьев А. П., 2006; Зарубина Е. Н. ва муаллиф., 2002; Степанковская Г.К. ва муаллиф., 2000).

Сурункали ДВС нинг уткир ости ДВС шаклига утишида илк белги – бу тромбоцитопениядир –  $130 \cdot 10^9$ /л дан кам, тромбоцитлар агрегацияси пасайиши (ИАТ – индекс агрегат.тромбоцит < 0,80), гипофибриногенемия (< 1,5 г/л), фибрин ва фибриноген деградацияси махсулоти купайиши (ПДФ > 0,5) кон лахтаси ретракцияси пасайиши  $> 30 \cdot 10^3$  г/л истемол коагулопатия ва тромбоцитопатиясининг юкорида келтирилган бир ёки бир неча белгилари булиши антитромботик гепаринтерапия (кунига 10 000 ТБ тери остига 5-7 кун) утказишга курсатма саналади ва ундан ташкари, плазма (суткасига 300 мл) юбориш лозим. Булар кон ивиш факторлари дефицити антитромбин III дефицити коплайди ва тромбгеморрагик асоратларнинг олдини олади. Охирги плазмотрансфузия бачадонни тозалашдан 2 соат олдин утказилади (Гуртовой Б. Л., 1999; Кулаков В. И., 1997).

Плацентанинг гемокоагуляцион активлиги, томирлар факторлари УТТ да аникланади. Плацента велосиметрияси, конда ТБГ аниклаш, сийдикда эстриол микдорини аниклаш плацента холатини курсатиб беради. Агар плацентада эхоген зоналар 60-70% тукумани ташкил этса, систолик : диастолик коэффициент 7:1, ТБГ – паст концентрацияда, эстриол кам булса – бу плацентанинг тукума ва томирлари гемокоагуляцион активлиги паст ва геморрагик синдром пайдо булиши мумкинлигидан далолат беради (Воробьев А. П., 2006; Зарубина Е. Н. ва муаллиф., 2002; Степанковская Г.К. ва муаллиф., 2000).

Анэмбриония билан якунланган хомиладорликда геморрагик синдром хавф омилларини бахолаш шкаласи (Сидельникова В.М., 2002).

**I.** Гемостазилинг мускул факторини аниклаш (окситоцин тести бачадонни бушатишдан олдин).

- Окситоцин тест > (+) – 0 балл (1-3 минутда кискарса)
- (суст +) – 1 балл (5 минутда кискарса)
- (-) – 2 балл (5 минутдан купрок)

**II.** Томир ичи гемостазини бахолаш

- а) Гемостаз бузилиши йук – 0 балл
- б) Сурункали ДВС - 3 балл
- в) Уткир ости ДВС - 6 балл

**III.** Плацента тукимаси ва томирлари коагуляция активлигини бахолаш (тестлар хомиладорликнинг II ярмида аникланади)

1. УЗИ – плацентография (Каримов А.Х. ва муаллиф., 2002)

- а) I-II даражали дегенератив узгаришлар – 0 балл
- б) III даражали дегенератив узгаришлар – 1 балл
- в) III «б» даражали дегенератив узгаришлар – 2 балл
- г) III «в» даражали дегенератив узгаришлар – 3 балл

2. Допплер велосиметрияси

- а) систоло –диастола коэффиценти 4 дан паст – 0 балл
- б) систоло –диастола коэффиценти  $> 4 < 7$  – 1 балл
- в) систоло –диастола коэффиценти  $> 7$  – 2 балл

3. Конда ТБГ (трофобластик  $\beta$ - глобулин) концентрацияси

- а) 40 мкг/мл булса – 0 балл
- б) 10-40 мкг/мл булса – 1 балл

в) 10мкг/мл дан паст булса – 2 балл

4. Эстриол экскрецияси (сийдикда)

а) сийдикда эстриол 5мг/л дан куп – 0 балл

б) сийдикда эстриол 2мг/л– 1 балл

в) сийдикда эстриол 2мг/л дан кам – 2 балл

Баллар суммаси:

0-5 – I даражали хавф омиллар

6-11 – II даражали хавф омиллар

12-17 - III юкори даражали хавф омиллар

Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликда коагулопатик кон кетиш хавфини аниқлашнинг гемостазиологик скрининг усуллари қўйидагича.

Гемостаз системаси назорати динамикада бачадон бушатишдан олдин тайёргарлик вақтида, бачадон бушатиш арафасида, илк чилла даври ёки абортдан кейинги илк даврда аниқланиши керак (Гуртовой Б. Л., 1999; Кулаков В. И., 1997; Савельева Г.М., 2004).

Бунинг учун қўйидаги курсаткичлар аниқланади:

1. Ли - Уайт буйича кон ивиш вақти
2. Плазма рекальцификацияси вақти
3. Фибриноген концентрацияси
4. Мономер фибрин эриб кетувчи комплекслари (РКМФ) – бу курсаткич конда актив тромбин борлигини ва томирдаги кон ивишининг гиперактивлигини аниқлайди.

5. Кон електрокоагуляцияси - хронометрик ва структур коагуляцияни аниклаш (кон ивиш вакти 10-12 минутдан чузилади)

Плазма рекальцификация вакти 130 дакикадан ошса – истеъмол факторлари пайдо булганлигидан далолат беради (Савельева Г.М., 2004; Яркулов А. Б., 2005). Электрокоагулограммада кон ивиш йук булса бу гемостазда чукур узгаришлар – тромбоцитар ва плазма факторларида узгаришлар ва фибриноген истеъмол килинганлигидан далолат беради. Конда РКМФ пайдо булиши уткир ДВС синдроми ривожланиши хавфидан далолат беради. Гемостазни аниклаш аппарати булмаса кон лахтасини назорат килиш синамаси (Е.П.Иванов буйича) утказилади.

2 та пробиркага 2 мл дан веноз кон олиниб тикин билан ёпилади. Секундомерга караб кулдаги пробирка икки томонга эгиб турилади ва хар 30 секундда аниклана борилади. Соғлом одамларда кон ивиш вакти 5-11 минут булади (уй температурасида). Агар ивиш вакти соғлом одамлардаги кон ивиш вактига тенг келса, демак фибриноген, тромбопластин тромб хосил килиш процесслари кон кетишга боғлиқ эмас. Ретракция ва фибринолиз бузилмаганлигини исботлаш учун пробиркани тикинини пастга каратиб 2 соат  $37^{\circ} t^{\circ}$  да (ёки термостатда) колдирилади. Ургент холатда, стаканга  $37^{\circ}$  ли иссик сув ичида ёки батареяда иситилиб 20-30 дакика ёки кулда ушлаб иситилади ва хар 15-30 минутда лахта холати текширилади. Зардоб хажми ва рангига караб фибринолиз ва ретракция холати натижаси аникланади (Савельева Г.М., 2004; Яркулов А. Б., 2005).

#### **1.4. Анэмбриония билан яқунланган хомиладорликни узиш усуллари**

13-14 хафталикгача булган муддатда хомилани бачадондан олиб ташлаш усуллари куйидагича:

Бачадон шиллигини кириш усули – энг кулай усул. Полипни олиб ташлайдиган кискич билан олиб ташлаб тумток кюретка билан текшириш утказилади (ВОЗ, 871 – Женева, 2007; Shannon C.S. et al., 2005; Vason E.S., 2003).

Геморрагик асоратларнинг I даражали хавф омиллари булса: мушак орасига метилэргометрин ёки окситоцин, питуитрин; II-III даражали булса – вена ичига 5 бирлик окситоцин физиологик эритмага кушилиб томчилаб 20-25 томчи/минутига ёки 1,5мг простенон+физиологик эритма 15-20 томчи/минутига бачадон бушатилгач яна 1-1,5 соат давом эттирилади. Бачадон бушлигига томчилаб тромбоген компонентлар – тромбин 250 бирлик, 5% аминокепрон кислотаси 100,0 мл, 10% кальций хлорид эритмаси 20,0 мл. Бачадон бушлигига инфузия микроирригатор оркали 30-45 минут давомида инфузия давом эттирилади (Fiala C. et al., 2003; Shannon C.S. et al., 2005; Vason E.S., 2003).

Бачадон 15 хафталик хомиладорликдан катта булганда хомилани олиб ташлаш:

Хомилани олиб ташлашга тайёргарлик 6-8 кун. Хозирги пайтда тугрук преиндукцияси, индукцияси максидида простагландинлар ишлатилади. Жумладан, сайтотек (мизопростол) – яъни E<sub>1</sub> синтетик простагландин кин орка гумбазига 50 мкг дан хар 12 соатда юборилади. Таъсири 20 дакикадан кейин бошланиб, 120-140 дакика давом этади. Тугрукни активлаштириш максидида эса 50мкг дан хар 3

соатда, тугрукда аномалиянинг гипертоник шакли булса – параллел равишда гинипрал вена ичига 2 мл + 200 мл 5% глюкоза эритмасига кушиб 2-4 соат мобайнида томчилаб юборилади. Гинипрал – адреномиметик препарат токолитик (Австрия «Никомед ФАРМ») (гексопреналин сульфат) – бу В<sub>2</sub> симпатомиметик бачадон мускулатурасини бушаштиради В<sub>2</sub> адренорецепторларга таъсир килади (Каримова Ф.Д., 2005; Baird D.T., 2002).

Шулар билан бирга актовегин 2 мл дан (бузук конидан тайёрланган депротеинланган гемодериват) – хужайрага глюкоза ва кислород олиб киришни кучайтириб, энергетик жараённи активлаштиради. 80-160 мг дан 5% ли глюкоза эритмасига кушиб томчилаб юборилади. Булардан ташкари 5% унитиол эритмаси 5мл - 5% аскорбин кислотаси эритмаси 5мл + 5% 500,0 мл глюкоза эритмасига ва 10% альфа токоферол ацетат ёгли эритмаси 1 мл мушак орасига кушиб юборилса антиоксидант система химоя функциясини кучайтиради.

Олдин гинипрал юбориб, бачадонда микроциркуляция нормаллаш-тирилса, кейин сайтотек кин орка гумбазига куйилса эффект янада яхшироқ булади (Каримова Ф.Д., 2005; Baird D.T., 2002).

Окситоцин ва сайтотек бир вактнинг узида юборилмайди, чунки асоратлар кучайиши мумкин.

20% натрий оксибутирати 10мл + физиологик эритма 200,0 вена ичига томчилаб 2-3 марта; вена ичига витамин С 3-5 мл + В<sub>1</sub> – 1,0 вена ичига. 2% Но-Шпа 2 мл 2-3 марта суткасига.

Эстроген кон коагуляция активлигини пасайтиради, андроген – оширади. Бачадон буйни етилганлиги аникланади – етилмаган 5 балгача; етилаётган 5-8 балл; етилган 9-12 балл.

Агар 6-8 кунлик медикаментоз тайёргарлик хомилани уз-узидан тугилишига олиб келмаса, окситоцин воситалар – энзопрост билан тугрукни кузгатиш лозим. Вена ичига простенон-простагландин E<sub>2</sub> физиологик эритмага кушиб минутига 30 томчи – то тугрук фаолияти кузгалгунча, тугрукда, илк абортдан кейин ёки тугрукдан кейин яна 1-2 соат давом эттирилади. Простенон эффективлигини ошириш максадида когонок пардаси йиртилади. Шунда хам хомила тугилмаса 10 соат дам берилади. Такрор стимуляция 48 соатдан кейин - агар консерватив олиб борилаётган булса; ёки когонок пардасини очиб Гаус Иванов буйича кискич куйилади. Бачадон буйни 15-16мм очилган булса, эхтиёт булиб инструмент билан хомила тухуми олиб ташланади. Агар хомиладорлик муддати 29 хафта ва ундан куп булса – краниотомия, эмбриотомия килинади. Тугрукнинг III даврида в/и томчилаб окситоцин юбориш давом этади ва бачадон бушлиги кул билан текширилади.

### **1.5. Хомиладорлик анэмбриония туфайли тухтатилгандан кейинги текширишлар**

Хомиладорлик нима сабабдан бундай аянчли якун топганлигини аниклаш, кейинги хомиладорликларда бунинг олдини олиш учун хомиладорлик сунъий тухтатилгандан сунг қўйидаги текширишларни утказиш мақсадга мувофикдир:

- Цитогенетик текширишлар – хомилада бқлиши эхтимол тугилган генетик нуксонларни аниклаш учун.
- Бачадон қириндисини ва хомила тухуми элементларини гистологик текшириш

- Кичик чанок аъзоларини ультратовуш текшириш
- Яширин инфекцияларга тахлил олиш - уреоплазма, микоплазма, хламидия, герпес вируси, одам папиллома вируси, цитомегаловирус
- Қиндан гонококк ва қин флораси учун суртма олиш
- Қонда гормонлар миқдорини аниқлаш: эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ, пролактин, 17-ОП, дегидроэпиандростерон (ДГЭА), 17-кетостероидлар, шунингдек қалқонсимон без гормонлари (талиллар тегишли кунларда топширилади)
- Эр-хотинда спонтан хромосом аберрацияларини аниқлаш учун кариотипани текшириш
- Иммунограмма
- Спермограмма

Хар бир ҳолатда врач эр-хотин учун индивидуал текшириш дастурини тузиб чиқади ва юқоридагилардан ташқари бошқа тахлиллар ҳам буюриши мумкин.

Кейинги хомиладорлик камида 6 ойдан кейин режалаштирилиши мақсадга мувофиқдир.

Анэмбриония – аёл учун оғир руҳий травмадир. Шунинг учун руҳшуносга мурожаат этишга ҳам туғри келади. Бу жуда туғри кадам, негаки кейинги хомиладорлик батамом соғлом кечиши аёл организми буткул соғломлаштириб, қайта тикланиши талаб этилади.

### **1.6. Социал биологик факторларнинг хомиланинг эрта муддатларда уз-узидан нобуд булишидаги роли**

Бутун дунё миқёсида хомиладорликнинг эрта муддатларда узилиши турли жойларда турли курсаткичга эга. Хусусан Ўзбекистон Республикасининг турли жойларида хомиладорликнинг турли муддатларда узилишининг учраш даражаси узининг географик иклим ва экологик

хусусиятлари билан фаркланади (19). Бизга малумки хомиладорликнинг узилишида социал иштимой – иктисодий факторлар муҳим аҳамият касб этади. Чунки яшаш шароит, об–хаво, аёл ёши, касби аёл репродуктив саломатлигига салбий таъсир курсатмасдан колмайди (44). Масалан турли хил завод ва фабрикада зарарли химикатлар, вибрация, радиация билан боғлиқ иш шароити булган аёлларда хомиланнинг эрта муддатларда тушиши купрок кузатилар экан (13,28,37,62) Аникланишича бир географик иклимдан бошка иклимга кучиб кирган хомиладор аёлларда хомила тушиш фактори купрок кузатилар экан. Бундай аёллар организмдаги адаптацион жараён янги кучиб кирган жойнинг иклимига адаптация булиши уч йилгача давом этади (20).

Тожикистонда хомиладорликнинг эрта муддатларда уз узидан узилиши кишлоқ аҳолисида шаҳар аҳолисига караганда 1,5%-1,8 % куп учрайди. Бундан келиб чиккан холда айтишимиз мумкинки шаҳар аҳолисига нисбатан кишлоқ аҳолисида огир турмиш тарзи, жисмоний меҳнат билан шугулланувчи аёллар юкори курсаткични ташкил этади. (2,6)

Бундан ташкари хомиладорлик вақтида организмда витаминлар етишмовчилиги оксил камлиги, яхши туйиб овкатланмаслик, чекиш, спиртли ичимликлар куп истеъмол килиш, стресс факторлар ҳам хомиладорликнинг узилишига салбий таъсир курсатади ( 2,35)

Олимларнинг аниклашича тез - тез хомиладор булган аёлларда ҳам (интервал икки йилгача булмаса) хомиладорликнинг эрта муддатларда тушишига олиб келар экан. Текшириш натижаларига кура хомиладорликнинг 1 триместрида 42 соатгача ишлайдиган аёлларда хомиланнинг тушиши 8,5 %, 42 соатдан кам ишлайдиганларда 4,5 % ташкил килади . Хомиланнинг уз узидан тушиши аёл касби буйича утириб ишлайдиганларда 4,3 %, тик туриб ишлайдиганларда 6,3% учрайди. Транспорт воситалари билан куп юрадиган аёлларда 22 % хомила тушиши кузатилса, кам ҳаракат килувчи аёлларда 63 % ташкил килади (2,22,45)

## II БОБ. ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛИ

Текшириш учун Вилоят перинатал маркази гинекология булимига 2011-2012 йилларда келиб даволанган, хомиласи ривожланмай колган 35 нафар хомиладор аёл танлаб олинган. Бу гуруҳ асосий тадқиқот гуруҳи булиб, ҳар бир аёл учун махсус саволнома варақаси юритилган ва бевосита текширилиб, урганилган. Саволнома жами 28 параметрдан иборат булиб, унда паспорт маълумотларидан ташқари, аёлнинг жисмоний курсаткичлари, анамнези, диагноз ва утказилган оператив аралашувлар, акушерлик статуси ҳамда барча лаборатор таҳлиллар киритилган. Бундан ташқари унда тугрук натижалари, чакалокка тегишли маълумотлар ҳам урин олган. Аёлга утказилган даво муолажалари ҳам эътибордан четда колмаган.

Бундан ташқари Вилоят перинатал маркази гинекология булимига 2005-2006 йиллар давомида келган, анэмбриония диагнози куйилган 35 хомиладор аёлнинг касаллик тарихи ретроспектив урганилган.

Ретроспектив гуруҳдаги хомиладор аёлларда анэмбриониянинг этиологияси, клиник кечиши, олиб бориш тактикаси ва хомиладорликни узиш усуллари факат касаллик тарихидаги маълумотлар асосида урганилган. Текшириш изчиллиги саволнома ёрдамида таъминланган.

Асосий гуруҳдаги хомиладор аёлларда анэмбриониянинг клиник кечиши, унга олиб келган фон хасталиклар, асоратлар анча кенгрок ҳажмда урганилди. Даволаш тактикасини белгилашда нафакат хомиладорлик муддати, балки хомиладор аёлнинг биохимик

курсаткичлари, гематологик ва коагуляцион курсаткичлар, гемодинамик параметрлар ва бошқалар ахамиятга эга. Шунинг учун асосий гуруҳдаги аёлларда коннинг биохимик тахлиллари, кон ивиш тизимининг курсаткичлари, шунингдек коагулограмма, электрокоагулограмма, гематограмма, гематокрит курсаткичи ва бошқалар урганган. Мазкур тахлилларнинг хаммаси хар бир хомиладор аёлда камида 2-3 марта – келган вақтида, хомиладорликни узиш олдин ва ундан кейин утказилган.

Бундан ташқари хар бир аёл тор мутахассислар куригидан утди. Жумладан генетик куригидан утган хар бир аёллардан баъзи холларда куп учрайдиган одатлардан бирига айланган кавм-қариндошлар уртасидаги никох қайд этилган, этилмаганлиги, ирсий касалликлар бор ёки йуклиги, қолаверса эр-хотин орасидаги оила занжири тузилиб, улар уртасидаги соғлом ёки ногирон фарзанд туғилиши эхтимолининг булиши фоиз курсаткичлар буйича аниқланди.

Эндокринолог томонидан курилган аёлларнинг Ўзбекистонда энг куп учрайдиган диффуз буқок касаллиги, ушбу касаллик билан касалланганларда унинг даражалари, тана вази ортиқча булган аёлларда семизлик сабабини ва касалигининг даражалари аниқланди.

Терапевт томонидан курилган аёлларда анамнезидан терапевтик касалларни утказган, утказмаганлигини, хомиладорлиги билан биргаликдаги турли хил эстрогенетал касалликлари аниқланди. Лозим топилган аёлларни ЭКГ қилиниб, юрак фаолиятидаги узғаришлар аниқланди. Бундан ташқари баъзи аёлларни термометр ёрдамида эрталабки базал харорати улчаниб, ёзиб борилди.

Асосий ва ретроспектив гуруҳидаги аёлларнинг айримлари қольпоцитологик текширувдан утди. Бундан бачадон буйни эрозиялари,

лейкоплакиялари, рак олди касалликлар аникланди. Инструментал текширувлардан УТГ аппаратида утган харбир аёлни бачадон улчами, ундаги потологитк узгаришлар, хомиланинг холати ва ривожланиши, тухумдонлар фаолияти, найлар, буйраклар фаолияти аникланди.

Огирлашган акушерлик гинекологик анамнези булган аёллардан сурункали TORCH инфекция натижалари булса унинг тахлили, хомила ва плацента колдиклари гистологик текширилиб, натижалар урганилди.

Олинган барча натижалар статистик тахлил этилди ва тегишли хулосалар чиқарилди.

Кон кетишда йукотилган кон микдорини аниклаш учун куйдаги усуллари кулланилди:

✚ Барча йукотилган конни йигиб улчаш

✚ Кетган кон хажмини аниклаш (ОК) формуласи

### 1. Либов формуласи

$$OK = (Кон оккан латталар + K) / 2$$

K = 15% хулланган латта вазни (кон кетиш 1л гача булса)

K = 30% хулланган латта вазни (кон кетиш 2л гача булса)

K = 45% хулланган латта вазни (кон кетиш 3л гача булса)

### 2. Гуртовой формуласи

Бемор гематокрити

$$OK = 1 - \frac{\text{Бемор гематокрити}}{N} \times 0,2 + \text{бемор массаси, г}$$

N – даги гематокрит

### 3. Бобровский формуласи

$$OK = (1000 \times \text{кон ивувчанлиги}) + (60 + \text{кон гематокрити}) - 6060$$

Утказилган текшириш усуллари хакидаги маълумотлар куйдаги жадвалда келтирилган(жадвал 2.1)

**Жадвал 2.1. Текшириш усуллари ва сони**

<b>№</b>	<b>Текшириш усуллари</b>	<b>Сони</b>	<b>%</b>
1	Умумий физикал текшириш	35	100%
2	Гинекологик текширув	35	100%
3	Ультратовуш текшириш	35	100%
4	Умумий кон ва сийдик тахлили	35	100%
5	Кон гурухи ва Rh-омилни аниклаш	35	100%
6	Коннинг биохимик тахлиллари	35	100%
7	Кон ивувчанлигини Сухарев буйича аниклаш	35	100%
8	Протромбин вакти ва индекси	35	100%
9	Фибриноген миқдори	35	100%
10	Рекальцификация вакти	35	100%
11	Гематокрит курсаткичи	35	100%
12	TORCH – инфекцияга иммунофермент текшируви	35	100%
13	TORCH – инфекцияга полимераза занжир реакцияси (ПЦР) тахлили текшируви	20	57,1%
	Кин тозалик даражасини текшириш	15	42,8%
14	Кин ва бачадон буйни ажралмаларини бактериологик текшириш	21	60%
15	Мутахасислар куриги	30	85,7%
16	ЭКГ	21	60%
	Хомила ва плацентар туқимани гистологик текшириш	31	88,6%
	Жами	558	-

Шундай килиб, жами 558 та клиник, лаборатор ва аппаратли текшириш усуллари утказилган.

Асосий гуруҳда жами 31 та хомила плацентаси билан бирга патологоанатомик текширувдан утказилиб, хомила нобуд булиши сабаблари тахлил килинган. Бундан ташкари, анэмбриония аниқланган барча аёлларнинг йулдоши ҳам патологоанатомик ва гистологик текширишга юборилган. Бу текширишлар ривожланмай колган хомиладорликка хос морфологик ва гистологик узгаришларни урганишга имкон берди.

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

Материални статистик кайта ишлаш Pentium – 100 персонал компютерида 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, Стъюдент буйича таркалиш даражаси, Пирсон буйича корреляция коэффиценти, Стъюдент буйича  $t$  – мезони каби статистик курсаткичлар хисобланди. Олинган натижалар тахлил килиниб, тегишли хулосалар чиқарилди.

### III БОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ

#### 3.1. Анэмбрионик хомиладорлик кузатилган аёлларнинг умумий клиник характеристикаси

Вилоят перинатал маркази 2012 йил май ойидан иш бошлади. Аммо гинекология булими йил бошидан буён фаолият юритиб келмоқда. ВПМ гинекология булимида 2012 йилда жами 930 нафар хомиладор аёл даволаниб кетган, шулардан 16 та аёлда хомиланинг уз-узидан нобуд булиши содир булган. Бу 1,7% ни ташкил килди.

Айни шу курсаткич 2011 йилда 4 баравар кўп, яъни 51 нафар бўлиб, 6,5% ни ташкил этган (жадвал 3.1).

#### Жадвал 3.1. ВПМ гинекология булимида хомиладор аёлларнинг нозолик бирликлар буйича таркиби

№	Нозология	2011		2012	
		Жами	%	Жами	%
1	Тахдид солувчи эрта бола тушиши	308	39,4	356	38,3
2	Тахдид солувчи кечки бола тушиши	115	14,7	189	20,3
3	Эрта муддатда бошланган бола тушиши	80	10,2	63	6,8
4	Кечки муддатда бошланган бола тушиши	35	4,5	38	4,1
5	Кечки муддатда туликсиз бола тушиши	31	4,0	17	1,8
6	Хомиладорликни сунъий узиш	212	27,1	267	28,7
8	а) кечки муддатда	2	0,3	61	6,6
9	б) ривожланмай колган хомиладорлик	159	20,4	190	20,4
10	г) анэмбриония	51	6,5	16	1,7
	Жами хомиладор аёллар	781	32,2%*	930	37,4**

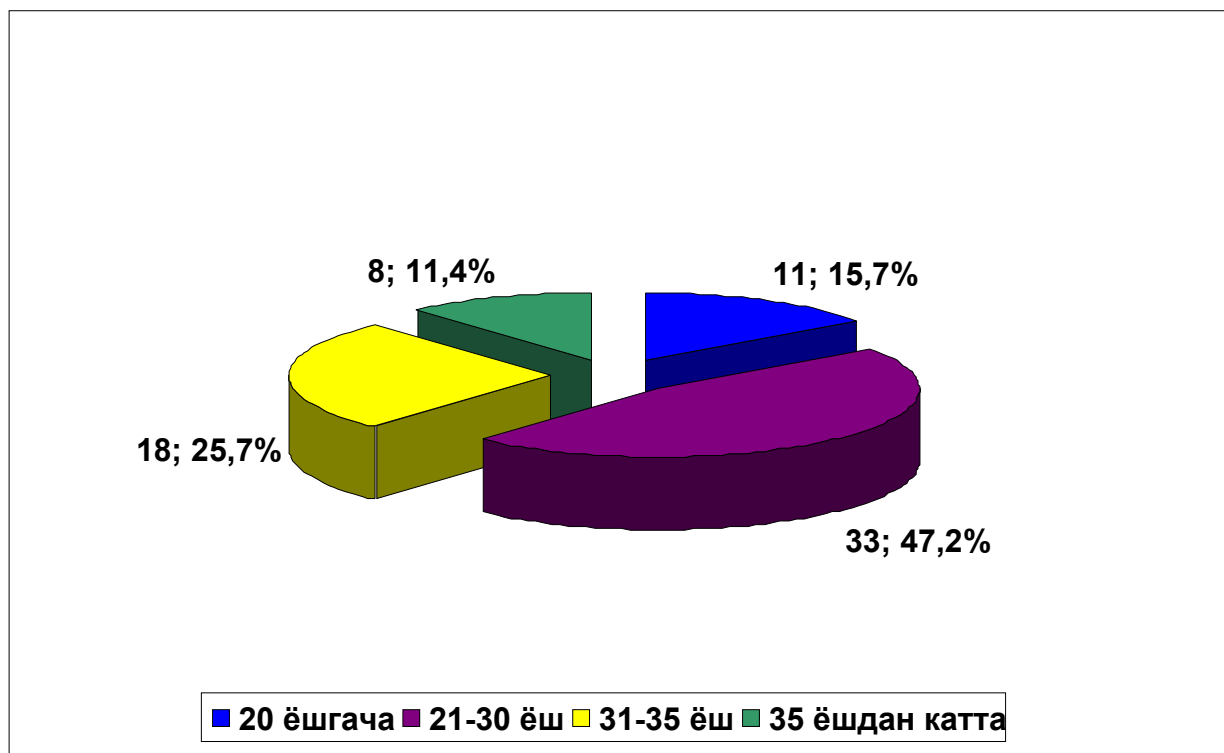
\* - 2011 йилда даволанган жами беморлар сони (2424) га нисбатан

\*\* - 2012 йилда даволанган жами беморлар сони (2487) га нисбатан

Шундай килиб, 2011-2012 йиллар мобайнида жами 1711 нафар хомиладор аёлдан 67 тасида анэмбриония кузатилган, бу эса 3,9% ни ташкил этди.

Эрта муддатларда хомила тушиши кузатилган жами 70 нафар аёлларнинг ёши, касб – кори, маълумоти, яшаш жойи ва паритети асосий ва назорат гурухларида киёсий тахлил этилди ва куйидаги натижалар олинди.

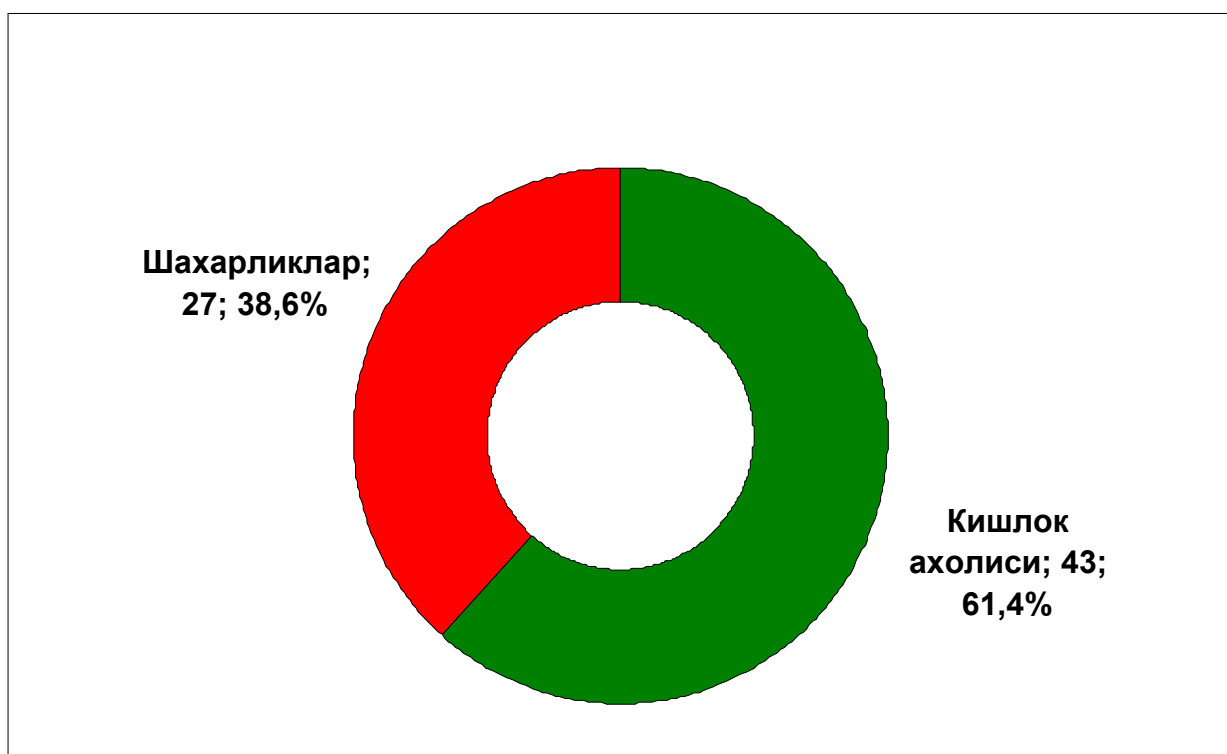
Текширилган аёлларнинг ёши уртача  $26,7 \pm 3,5$  ёшни ташкил этди. Уларнинг турли ёшлар буйича таксимланиши куйидаги расмда келтирилган (расм 3.1)



Расм 3.1. Аёлларнинг ёш буйича таркиби

Кузатилган аёлларнинг деярли ярми 28 нафари (46,7%) 21-30 ёшда, 16 нафари (26,7%) 31-35 ёшда булган. Шундай килиб, беморларнинг 3/4 кисми оптимал фертил ёшда булган. Аёлларнинг 9 нафари (15%) жуда ёш, яъни 20 ёшгача, 7 нафари (11,7%) эса ёши катта 35 ёшдан катта булишган.

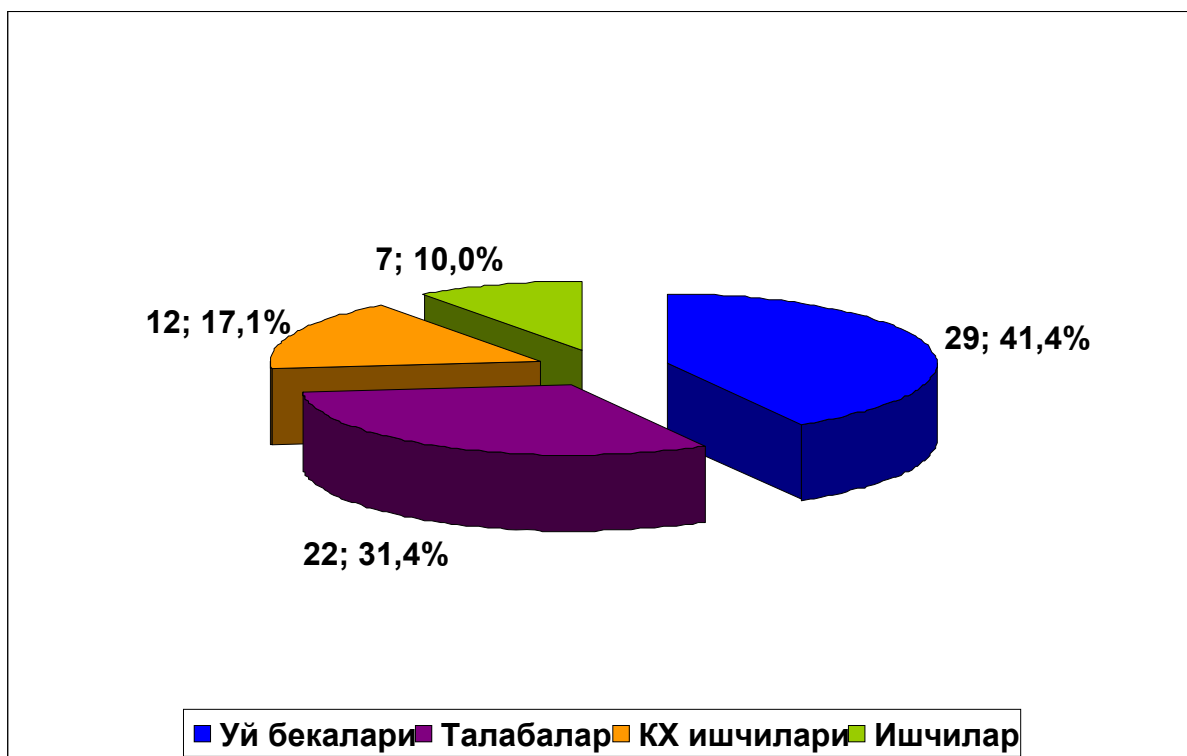
Текширилган жами асосий гуруҳдаги 70 та хомиладор аёлнинг 43 (61,4%) нафари кишлоқ аҳолиси, 27 (38,7%) нафари эса шаҳарликлардир. Бундан маълумки асосан кишлоқ аҳолиси аёллари орасида хомиладорликнинг эрта муддатларда узилиши шаҳар аҳолисига нисбатан қарийб 2 баравар кўпроқ кузатилади экан. Чунки кишлоқ аҳолиси аёлларининг иқтисодий турмуш шароитининг пастлиги ва оғирлиги, уз вақтида аёллар маслаҳатхонаси курикларига бормаслик, стационарга кеч муружаат қилишлари билан боғлиқдир. Шунингдек, кишлоқ аёллари орасида тиббий маданиятнинг пастлиги, саломатга доир энг зарур билимларнинг ҳам етишмаслиги катта роль уйнайди (расм 3.2).



Расм 3.2. Текширилган аёлларнинг яшаш жойи

Иккала гуруҳдаги аёлларнинг маълумотини, касб - ҳунарини таҳлил қилиб қуйидагиларни аниқладик. Улар орасида уй бекалари 41,4% (29), талабалар 31,4% (22), кишлоқ хужалик ишчилари 17,1% (12) ва ишчилар 10% (7) ни ташкил этган.

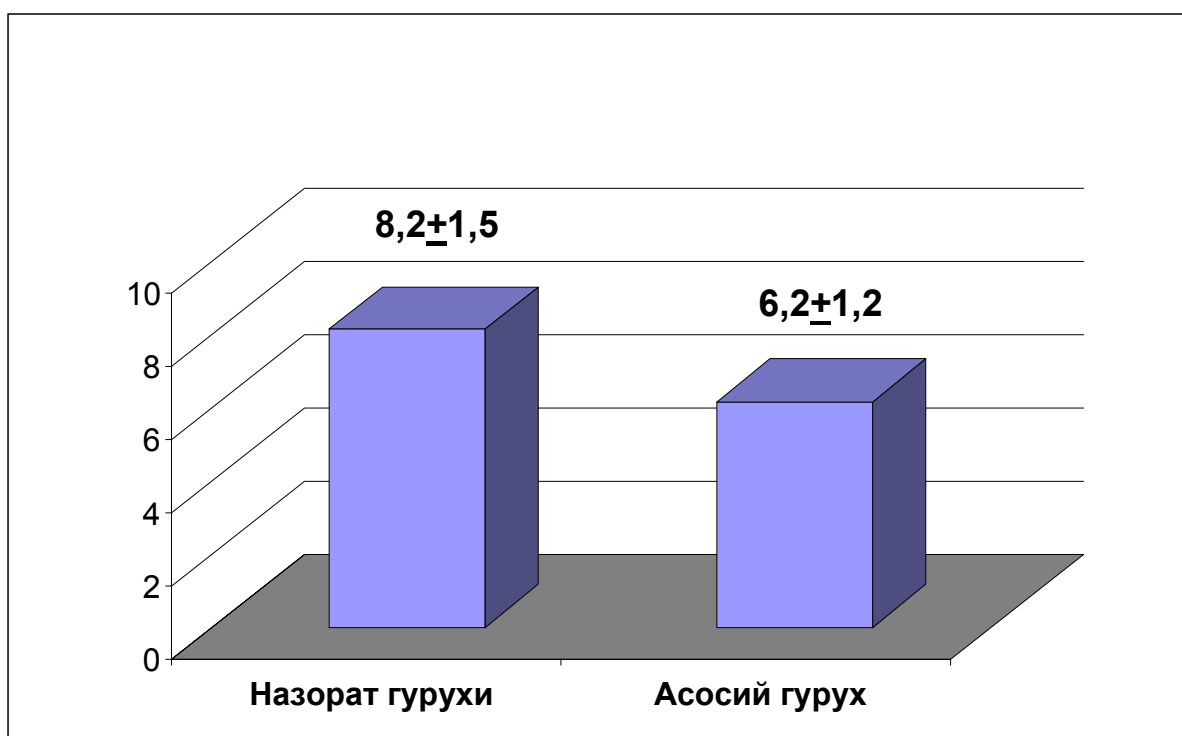
Бундан яққол куришиб турибдики, кишлок аёлларида хомиладорликнинг эрта муддатларда узилишига яна бир туртки буладиган омиллардан бири оғир жисмоний меҳнат билан шугулланишидир (расм 3.3).



Расм 3.3. Текширилган аёлларнинг ижтимоий ҳолати

Хомиладор аёлларнинг маълумоти буйича оладиган бўлсак, асосий гуруҳда 12 та (20%) назорат гуруҳда 9 та (18%) аёллар олий маълумотга, шунга мос равишда асосий гуруҳда 48 та (80%) назорат гуруҳида 41 та (82%) аёллар урта маълумотга эгадир. Демак, хомиладорликнинг эрта муддатларда уз-уздан узилишида урта маълумотга эга аёллар олий маълумотлиларга караганда 4 баробар кўпроқ учраб экан.

Стационарга келган аёлларни гинекология бўлимида хомила тушишининг клиник белгиларига, УТТ хулосасига кура 4 кундан 12 кунгача ётиб даволанганлар (расм 3.4).



Расм 3.4. Асосий ва назорат гурухларида уртача урин кунлари сони

Гистограммадан куришиб турибдики, асосий гурухда урин кунлари уртача сони  $6,2 \pm 1,2$  кунни ташкил этади, бу эса назорат гурухига нисбатан бироз кискарган ( $8,5 \pm 1,5$ ).

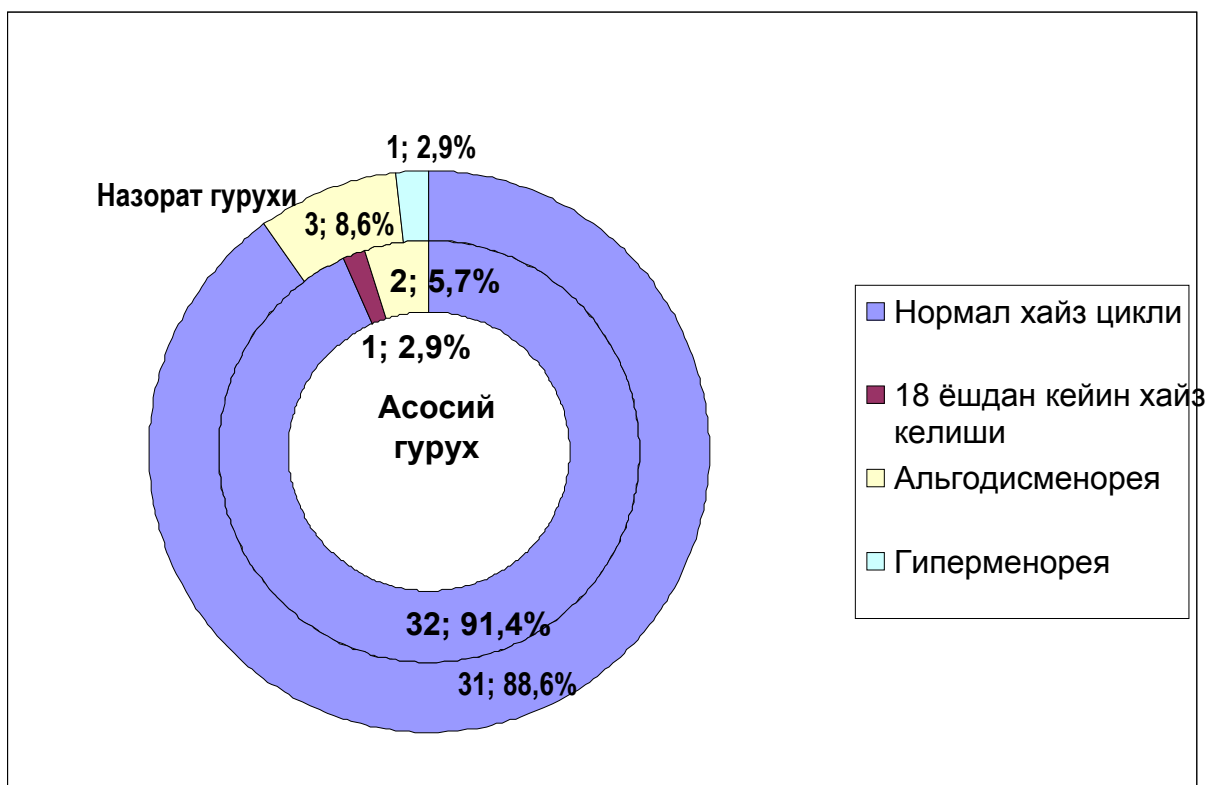
Танлаб олинган аёлларнинг анамнези синчковлик билан урганлиди. Иккала гурухдаги барча аёллар болалигида ва катта булганида шамоллаш касалликлари билан 100 % касалланганлар. Анамнезидан колган касалликлари хакида тулик маълумотлар куйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 3.2)

Жадвал 3.2. Анамнездан хомиладор аёлларнинг булиб утган касалликлари

Т/Р	Касалликлар	Асосий гуруҳ		Контрол гуруҳ	
		сон	%	сон	%
1	ОРВИ	35	100	35	100
2	Камконлик	28	80	27	77,1
3	Гепатит	5	14,3	16	45,7
4	Тонзиллоэктомия	14	40	12	34,3
5	Аппендоэктомия	4	11,4	3	8,6
6	Бруцеллёз	1	2,9	-	-
7	Диффуз буккок	8	22,9	7	20
8	Бирламчи бепуштлик	4	11,4	3	8,6
9	Асаб тизими касалликлари	1	2,9	-	-
10	Сурункали TORCH инфекц	21	60	23	65,7

Жадвалдан куришиб турганидек, ҳар иккала гуруҳда аёлларнинг купчилигида турли хил экстрагенитал касалликлар ва сурункали TORCH инфекция (асосий гуруҳда 60%, назорат гуруҳида 65,7%) билан касалланган. ЭГК орасида ОРВИ (аёлларнинг ҳаммасида) ва камконлик (мос равишда 80% ва 77,1% аёлларда) кузатилган.

Текширилган аёлларнинг хайз функцияси хақидаги маълумотлар кўйидаги гистограммада таҳлил этилган (расм 3.5).



Расм 3. 5. Хайз цикли бузилишлари

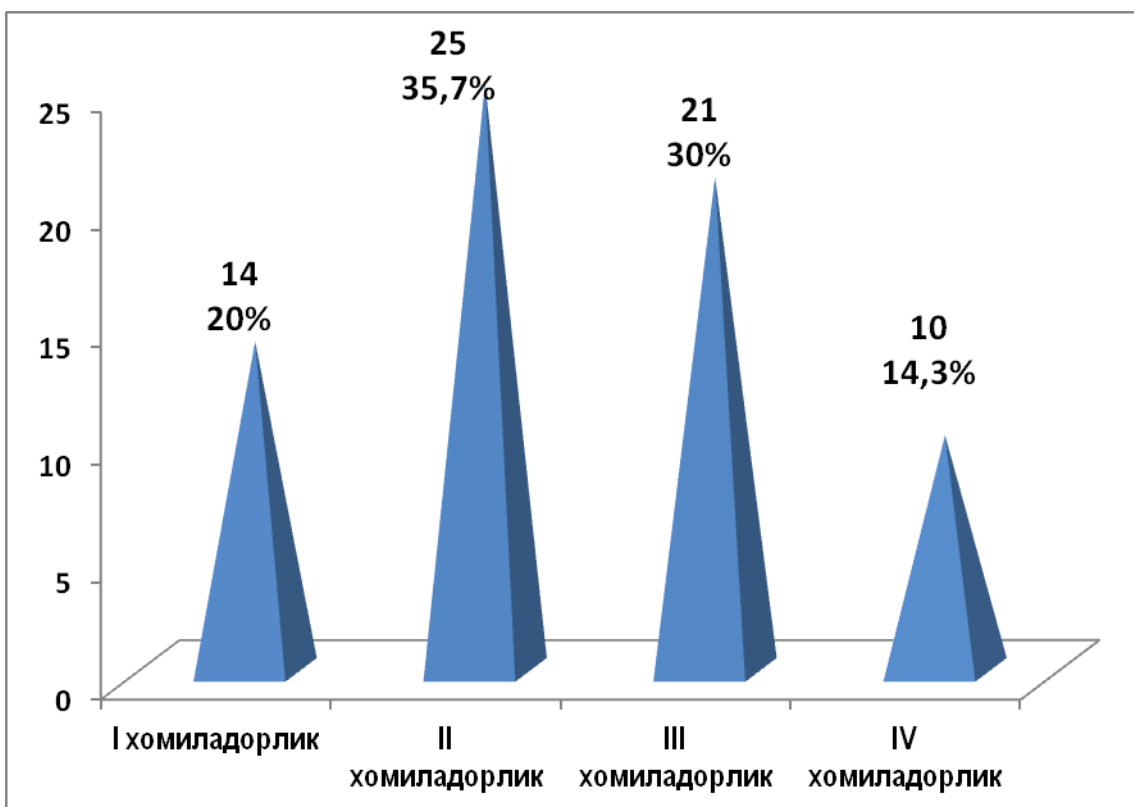
Текширилаётган иккала гуруҳ аёлларнинг хайз цикли 11 ёшдан 16 ёшгача бошланган. Асосий гуруҳда 1 та (2,9%) аёлда хайз цикли 18 ёшида кеч булганлиги ва регуляр эмаслиги аникланди. Асосий гуруҳда 2 та (5,7%) аёлда назорат гуруҳида 3 та (8,6%) аёлда альгодисменорея, назорат гуруҳида 1 та (2,9%) аёлда гиперменорея аникланди.

Хар иккала гуруҳ аёлларнинг олинги хомиладорликлари хақида маълумотга эга булиш муҳим аҳамият касб этади. Хомиладор аёлларнинг жами булиб утган хомиладорликларнинг сони иккала гуруҳда ҳам 1 тадан 5 тагачани ташкил этади. Аёлларнинг аввалги хомиладорликлари хақида тулиқ маълумот кўйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 3.3).

Жадвал 3.3. Хомиладорликнинг кечиш хусусиятлари

	Хомиладорлик асоратлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
		Сони	%	Сони	%
1	Хомиладорликнинг эрта муддатда тушиши	6	17,1	7	20
2	Хомиладорликнинг кечки муддатда тушиши	6	17,1	6	17,1
3	Артифициал оборт	17	48,6	16	45,7
4	Ривожланмай колган хомиладорлик	7	20	6	17,1
5	Хомила ривожланиш нуксони	2	5,7	1	2,9
6	Одатий хомила тушиши	1	2,9	-	-
7	Бачадондан ташкари хомиладорлик	1	2,9	-	-
8	Муддатдан олдинги тугрук	3	8,6	4	11,4
9	Муддатдаги оператив тугрук	1	2,9	1	2
10	Муддатдаги асоратсиз тугрук	15	42,9	18	51,4

Текширилаётган аёлларнинг паритети тугрисидаги маълумотларни ургандик ва куйидаги гистограммада келтирилган (расм 5). Хомиладорликнинг эрта муддатларда узилиши кузатилган аёллар орасида такрор хомиладор булган аёллар купчиликни ташкил этади: асосий гуруҳда 58,3% аёл иккинчи ва учинчи тугувчи аёллар булган. Куп тукканлар мос равишда (4 та ва ундан куп тугрук) 25% ни ташкил этган. (расм3.6)



Расм 3.6. Текширилган аёлларнинг паритети тўғрисидаги маълумотлар.

Аммо тугруklar сонига нисбатан олинганда, биринчи тугувчилар яккол устунлик килади. Анамнезида умуман тугрук булмаган аёллар 14 та (20%) кишини, 1 та тугрук булган аёллар сони 25 та (35,7%) кишини, 2 та тугрук булганлар – 12 та (30%) кишини, 3 та тугрук – 10 нафар (14,3%) кишини ташкил этган. Бунда маълум буладики, аёлларнинг купчилигида огирлашган гинекологик анамнези урин тутган.

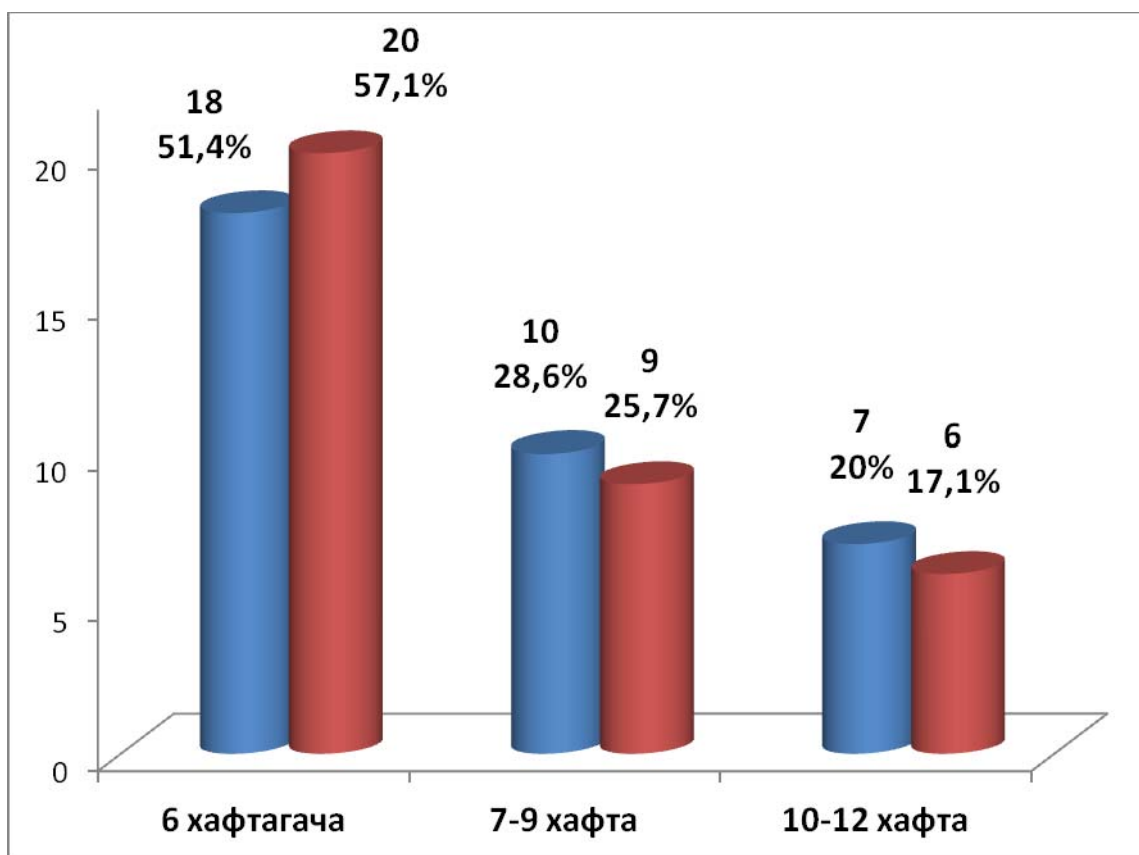
Шундай килиб, беморларнинг умумий клиник характеристикасини урганиш хомила тушиши этиологиясида аёлнинг ёши, касб – кори, маълумоти ва паритети катта ахамиятга эга эканлигини курсатади.

### **3.2. Асосий ва назорат гурухларида эрта хомила тушишининг клиник кечиши**

Хомила тушишининг клиник кечиши ва асоратлари у содир булган гестация муддатига чамбарчас боглик. Шунинг учун хомила тушиши

содир булган гестация муддати урганилди. Хомила тушиши 16 хафталиккача булган куйидаги муддатларда содир булган.

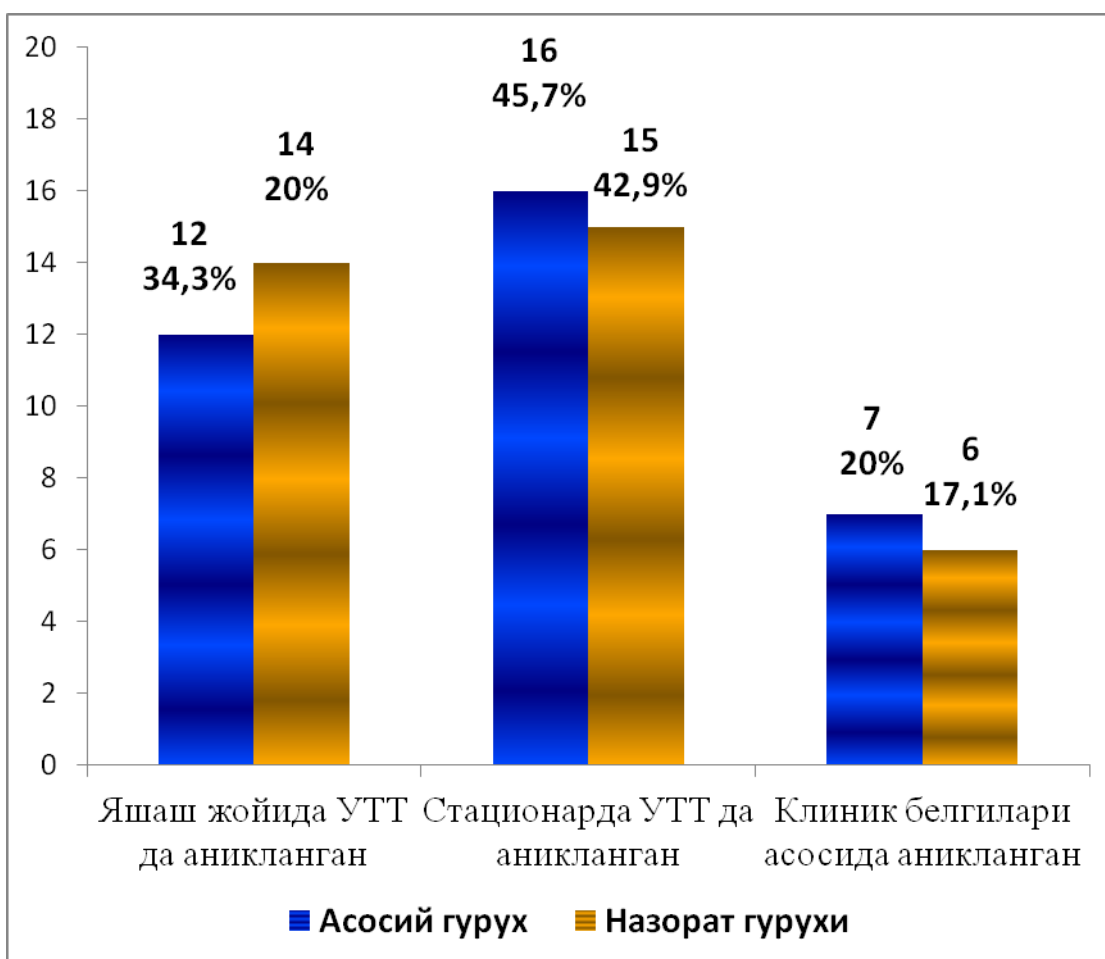
Асосий гурухда 28 та 46,7%, назорат гурухида 23та 46% аёлда хомиладорлик 6 хафталиккача узилган. Хомиладорликнинг 7 хафтадан 12 хафталиккача булган муддатда узилиши хар иккала гурухда 30% аёлда кузатилган. 13-16 хафталикда хомила тушиши мос равишда асосий гурухда 14 та 23,3% ва назорат гурухида 12та 24% аёлларда урин тутган (расм 3.7).



Расм 3.7. Текширилган аёлларда гестация муддати.

Расмда курсатилганидек, хомила тушиши содир булган муддат хар иккала гурухда деярли бир хил булиб, улар орасида жуда эрта муддатларда (5-6 хафталиккача) хомила тушиши 10-12 хафталикка караганда 2,5-3 баробар купрок учрар экан.

Маълумки анэмбриония одатда УТТ да аниқланиб, участка УАШ йуланмаси билан стационарга юборилади (Сидельников В.М., 2001, 2002). Баъзан, анэмбриония бошка сабаблар билан УТТ га келган беморларда тасодифан аниқланади. Фақат айрим ҳолатлардагина анэмбриония клиник белгиларига асосланиб, УАШ томонидан тахминий диганоз билан стационараг юборилади ва кейин УТТ килинади. Бизнинг кузатишларимизда бу тугрида куйидаги маълумотлар олинди (расм 3.8).



Расм 3.8. Анэмбриониянинг аниқланиши

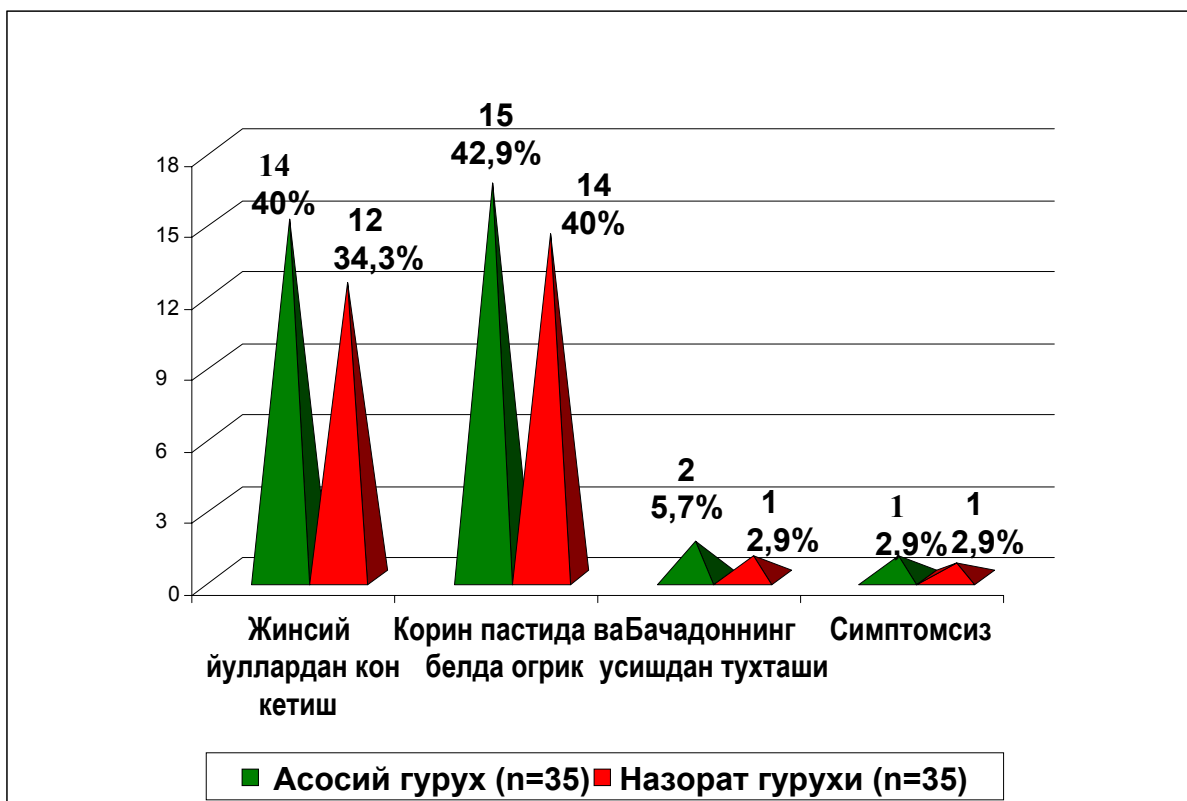
Гистограммада куришиб турганидек, купчилик аёлларда, яъни асосий гуруҳда 45,7%, назорат гуруҳида 42,9% аёлда анэмбриония бошка касалликлар туфайли, ёки шунчаки профилактик текширув мақсадида стационарда утказилган УТТ вақтида тасодифан аниқланган. Яшаш жойида аниқланиб, йуланма билан юрилган беморлар асосий гуруҳда

34,3% назорат гуруҳида 20% ни ташкил этди. Факатгина 20% ва 17,1% аёлларда анэмбриония клиник белгилари асосида аниқланиб, сунгра УТТ да тасдиқланган.

Бундан қуриниб турибдики, УТТ асосида аниқланган ҳолатларнинг курсаткичлари юқори бўлиб, аёлларда клиник белгиларга асосланиб мазкур патологияни аниқлаш ҳолатлари жуда кам учраган.

Ҳар иккала гуруҳга тегишли аёлларда стационарга келган кундан бошлаб, ҳар кунги эрталабги базал ҳарорати улчаниб борилди. Асосий гуруҳда 18 та (51,4% ) назорат гуруҳида 16 та (45,7% ) аёлда базал ҳарорат  $37,4^0$  дан паст эканлиги аниқланди. Бу эса уз навбатида ҳомила тушиш хавфидан, ривожланмаётган ҳомиладорликдан дарак беради.

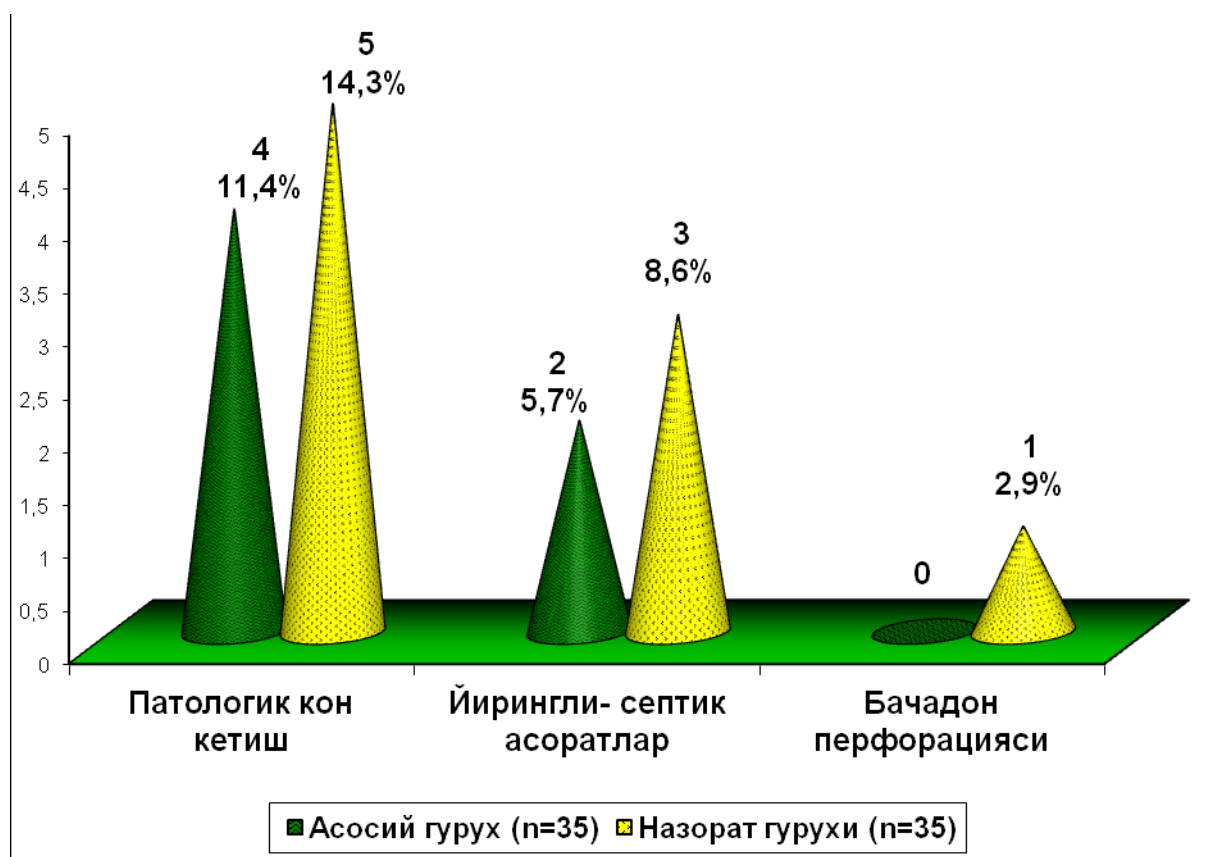
Уз-узидан содир бўлувчи аборт клиникаси шу пайтгача гинекология амалиётида кам урганилган. Биз мазкур лойиҳада бу масалага катта эътибор қаратдик (расм 3.9).



Расм 3.9. Анэмбриониянинг клиник белгилари

Анэмбриония туфайли хомиладорлик тухташи клиникасида асосий характерли симптом – жинсий йуллардан конли ажралма келиши булиб, у асосий гурухда 14 та (40%), назорат гурухида 12 та (34,3%) аёлда кузатилган. Корин пастада ва белда дардсимон огрик бола тушишида куп кузатиладиган белги булиб, мос равишда асосий гурухда 15 та (42,9%) ва назорат гурухида 14 та (40%) аёлларда кайд этилган. Бачадоннинг усишдан тухташи факат ривожланмай колган хомиладорлик (РКХ) анэмбриония учун характерли булиб, асосий гурухда 2 (5,7%) ва назорат гурухида 1 (2,9%) беморда урин тутган. Худди шу ташхис билан келган аёлларнинг 2,9% келган вақтда хеч кандай шикоят билдирмаган.

Нихоят, таккосланаётган гурухларда хомила тушиши вақтида ва ундан кейинги асоратлар тахлил килинганда куйидаги маълумотлар олинди.(расм3.10)



Расм 3.10. Анэмбионик хомиладорлик асоратлари

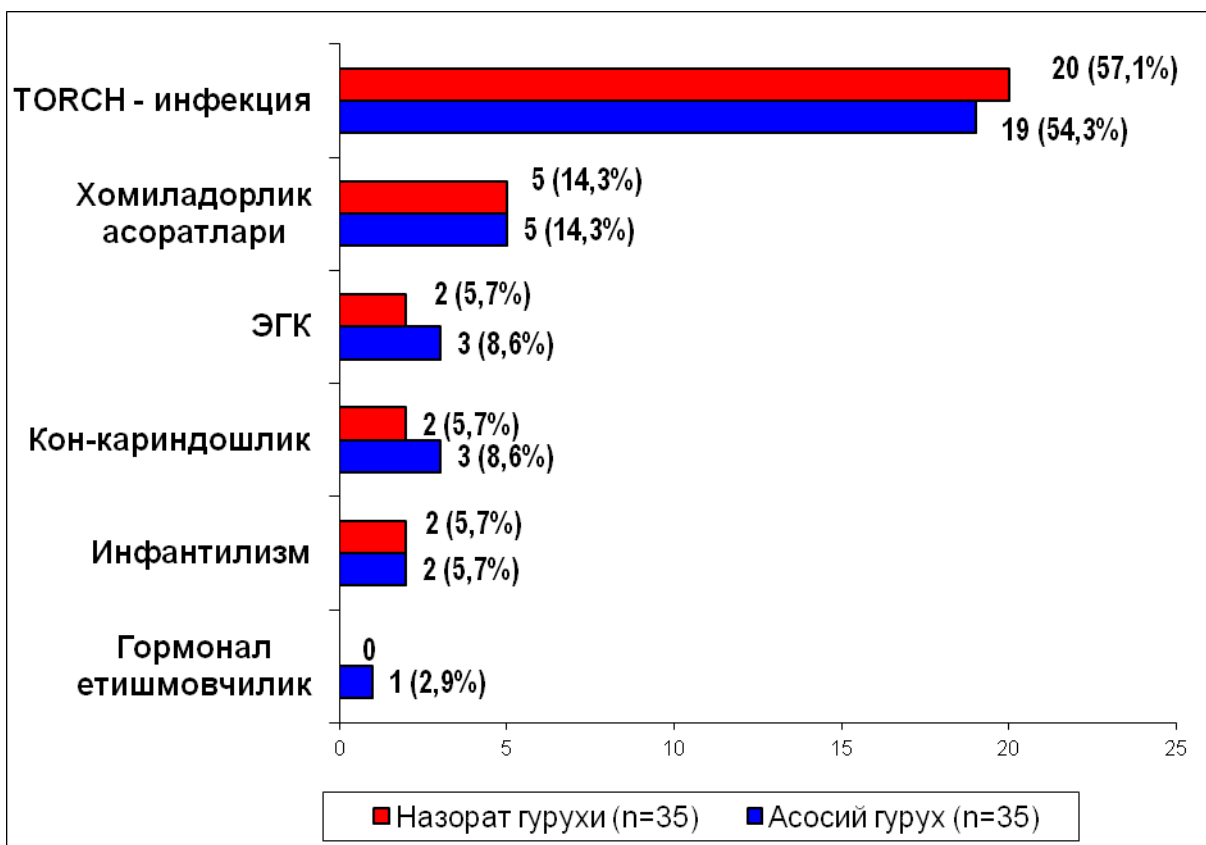
Шундай килиб, асосий гуруҳда анэмбриония туфайли хомиладорлик тухташи асоратлари асосий гуруҳда жами 6 та (17,1%), назорат гуруҳида 9 та (25,7%) беморда кузатилди: патологик кон кетишлар мос равишда 2 та (5,7%) ва 3 та (8,6%) беморларда кузатилди. Тегишли муолажалар килингандан сунг кон кетишлар 2-2,5 соат ичида тухтатилиб, аёлларнинг умумий ахволи коникарлигича булиб турди. Факатгина асосий гуруҳдаги 1 та (2,9%) аёлда камконликнинг огир даражаси булганлиги сабабли унинг ахволи бироз огирлашган булганлиги сабабли кон урнини босувчи суюкликлар куйилиб, умумий кувватловчи терапия утказилди.

Асосий гуруҳда 2 та (5,7%) назорат гуруҳида 3 та (8,6%) аёлда йирингли-септик асоратлар абортдан кейинги эндометрит аникланди. Назорат гуруҳида 1 та (2,9%) аёлда бачадон ичини кириш пайтида бачадон перфорацияси содир булган.

Асосий гуруҳдаги 2 та (3,4 %) аёлда бачадон ичини кириш операциясидан олдин хам, кейин хам икки сутка мабойнида тана харорати  $37,0^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$  гача кутарилиши кузатилган сабаби 1 та (2,9%) аёлда стационарга келган вақтида ОРВИ ташхиси, 1 тасида (2,9%) сурункали пиелонефрит кузиш даври билан кабул килинган.

### **3.3. Анэмбрионик хомиладорлик сабаблари**

Асосий ва назорат гуруҳларида анэмбрионик хомиладорлик сабаблари тугрисидаги маълумотлар куйидаги расмда келтирилган.(расм 3.11)



Расм 3.11. Анэмбрионик хомиладорлик сабаблари

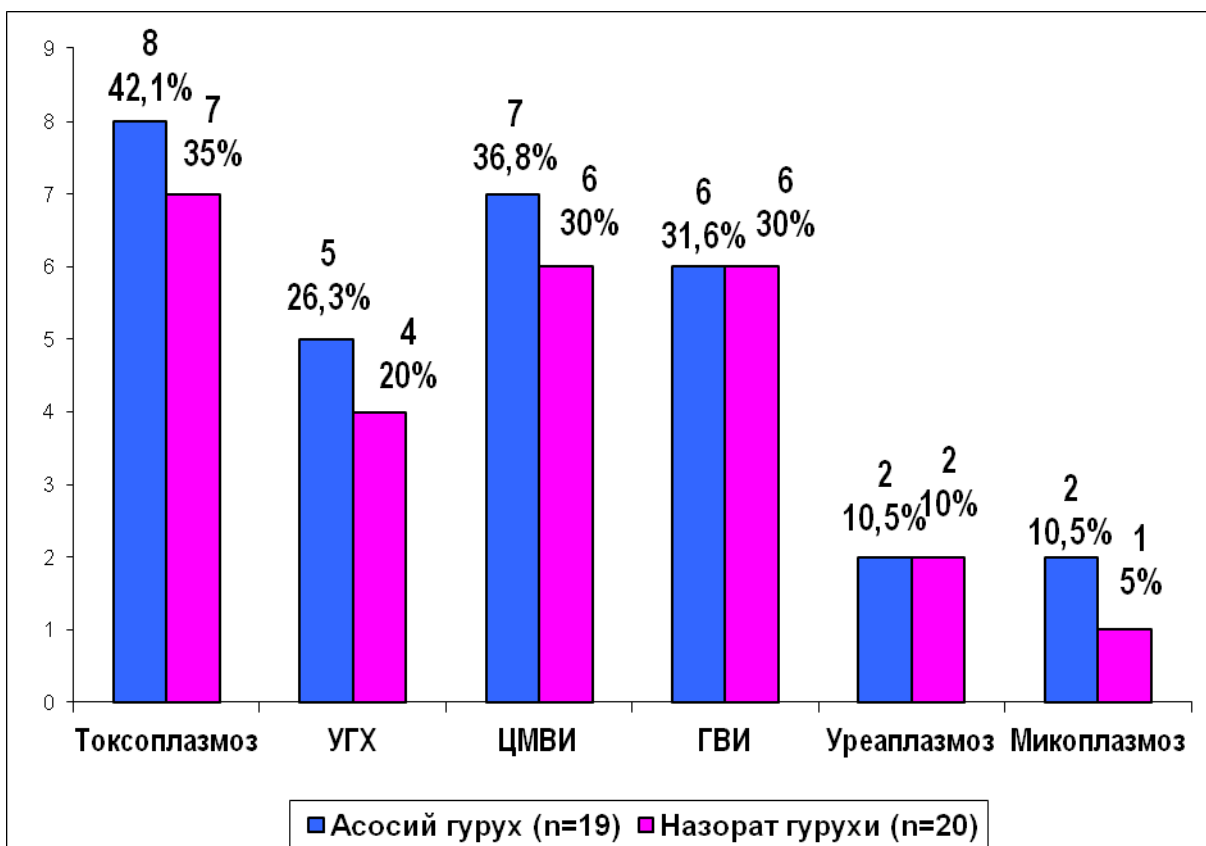
Эмбрион усмай колиши ва йўқолиши сабаблари тахлил килинганда беморларнинг деярли ярмида - асосий гурухда 19 та 54,3%, назорат гурухида 20 та 57,1% аёлда TORCH – инфекциялар аникланди. Бу анэмбрионик хомиладорликнинг энг асосий сабаби булиб ҳисобланади.

Олинган текшириш натижаларимиздан куриниб турибдики TORCH – инфекцияларнинг ахоли орасида нихоятда кенг тарқалганлиги юкори курсатгич ҳисобланади.

Бошқа сабаблар орасида хомиладорлик асоратлари асосий гурухда 5 та (14,3%) назорат гурухида 5 та (14,3%), ЭГК 3 та (8,6%), 2 та (5,7%), кон – кариндошлар орасидаги никоҳ асосий гурухда 3 та (8,6%), назорат гурухида 2 та (5,7%), гормонал етишмовчилик ва инфантилизм 1 та (2,9%), 0 (0%) урин тутди. Бундан малумки бизнинг минтакамизнинг баъзи бир жойларда кон- кариндошлар орасида никоҳни кайд этилишидир. Бундай

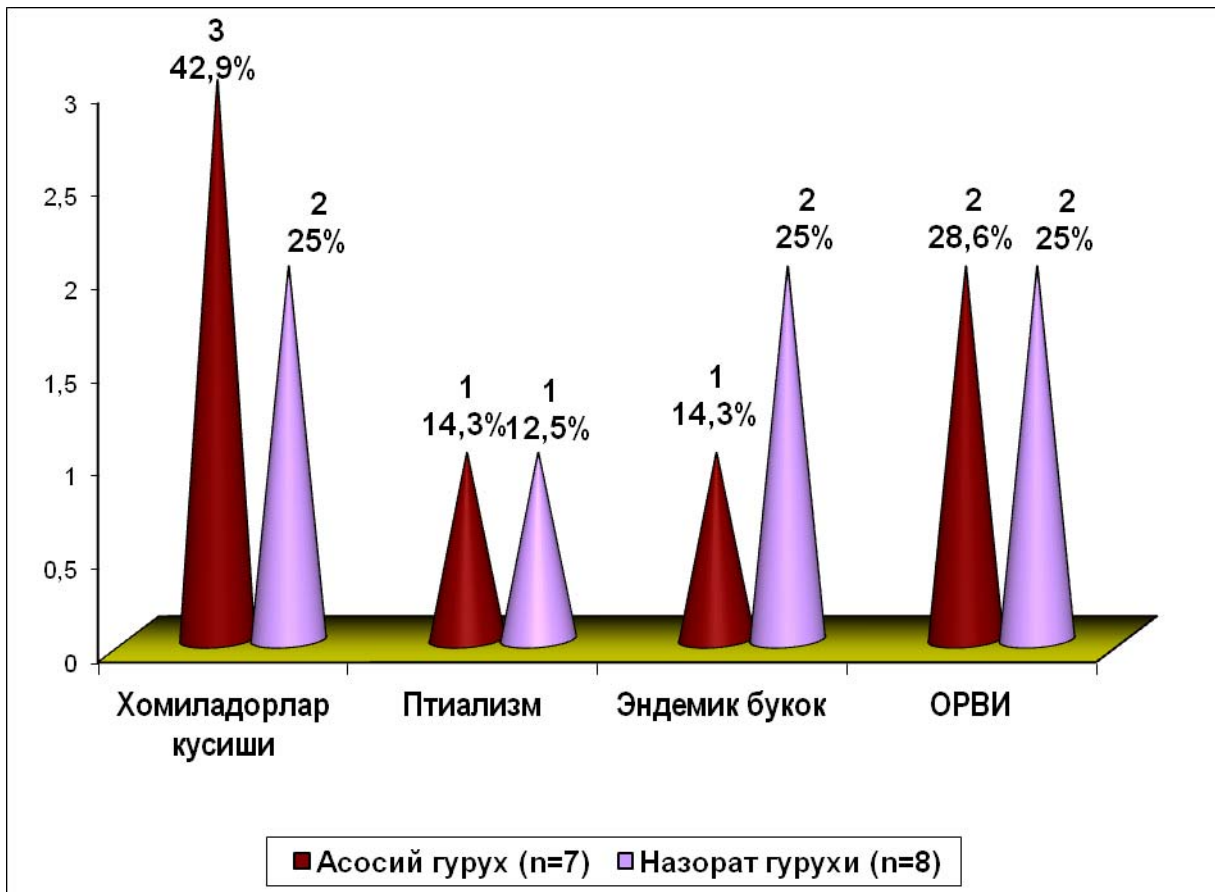
якин кариндошлар уртасидаги никохнинг булиши хомиланинг уз – узидан узилишига ёки хомилада даун, олигофрения каби асоратлар келтириб чиқариши мумкин.

Юқорида айтиб утилганидек, TORCH – инфекциялар уз – узидан хомила тушишининг асосий сабаби булганлиги учун, улар алохида тахлил этилди (расм 3.12)



Расм 3.12. Анэмбриония ва TORCH -инфекциялар

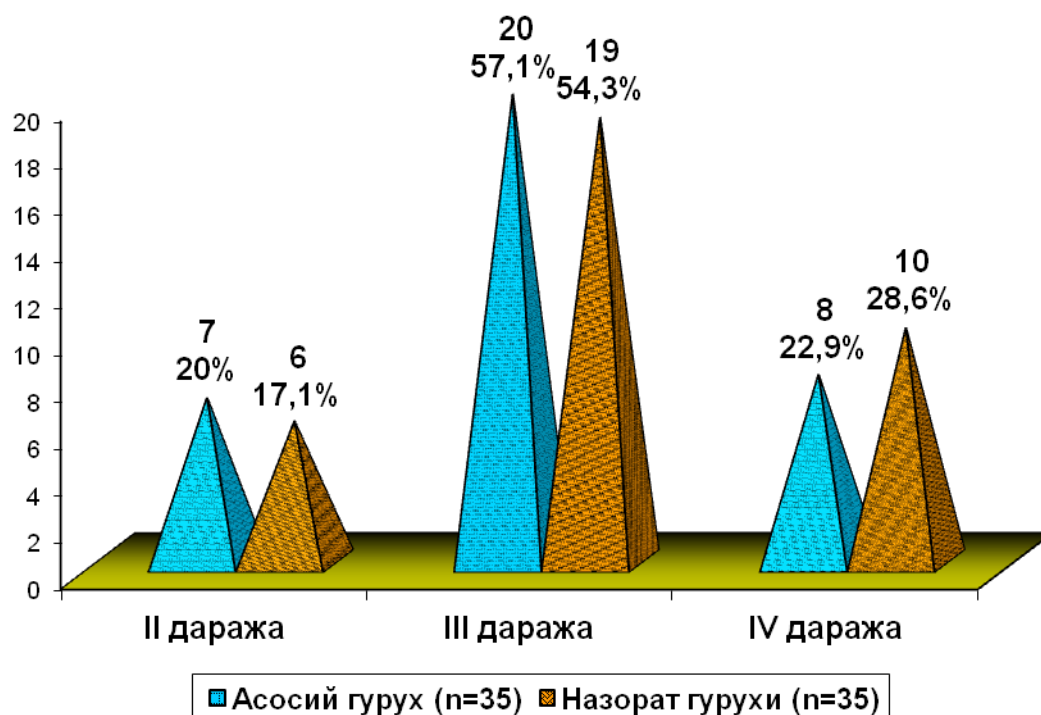
Хомила ривожланишига деструктив таъсир курсатувчи TORCH – инфекциялар орасида токсоплазмоз биринчи уринда туради: асосий гуруҳда жами 19 беморнинг 8 тасида 42,1% да, назорат гуруҳида 20 беморнинг 7 тасида 35% да кузатилган. Урогенитал хламидиоз мос равишда асосий гуруҳда 5 та 26,3% ва назорат гуруҳида 4 та 20% аёлларда, цитомегаловирусли инфекция – 7 та 36,8% ва 6 та 30%, герпесвирусли инфекция – 6 та 31,6% ва 6 та 30%, беморларда учраган. Уреаплазмоз ва микоплазмозли инфекциялар нисбатан камроқ беморларда аниқланган (расм 3.13).



Расм 3.13. Хомилдорлик асоратлари ва ЭГК анэмбриония сабаби сифатида

Хомилдорлик асоратлари орасида хомилдорлар кушиши асосий гуруҳда 3 та 42,9 % , назорат гуруҳида 2 та 25% аёлда урин тутган, птиализм эса хар иккала гуруҳда биттадан ҳолатда (14,3 ва 12,5%) хомилдорда кузатилган. ЭГК орасида эндемик букок III ва IV даражалари, ОРВИ хомила тушишига сабаб бўлган: эндемик букок асосий гуруҳда 1 та 14,3 % , назорат гуруҳида 2 та 25 % аёлда, ОРВИ эса хар икки гуруҳда иккитадан (28,6 % ва 25%) аёлда кузатилган.

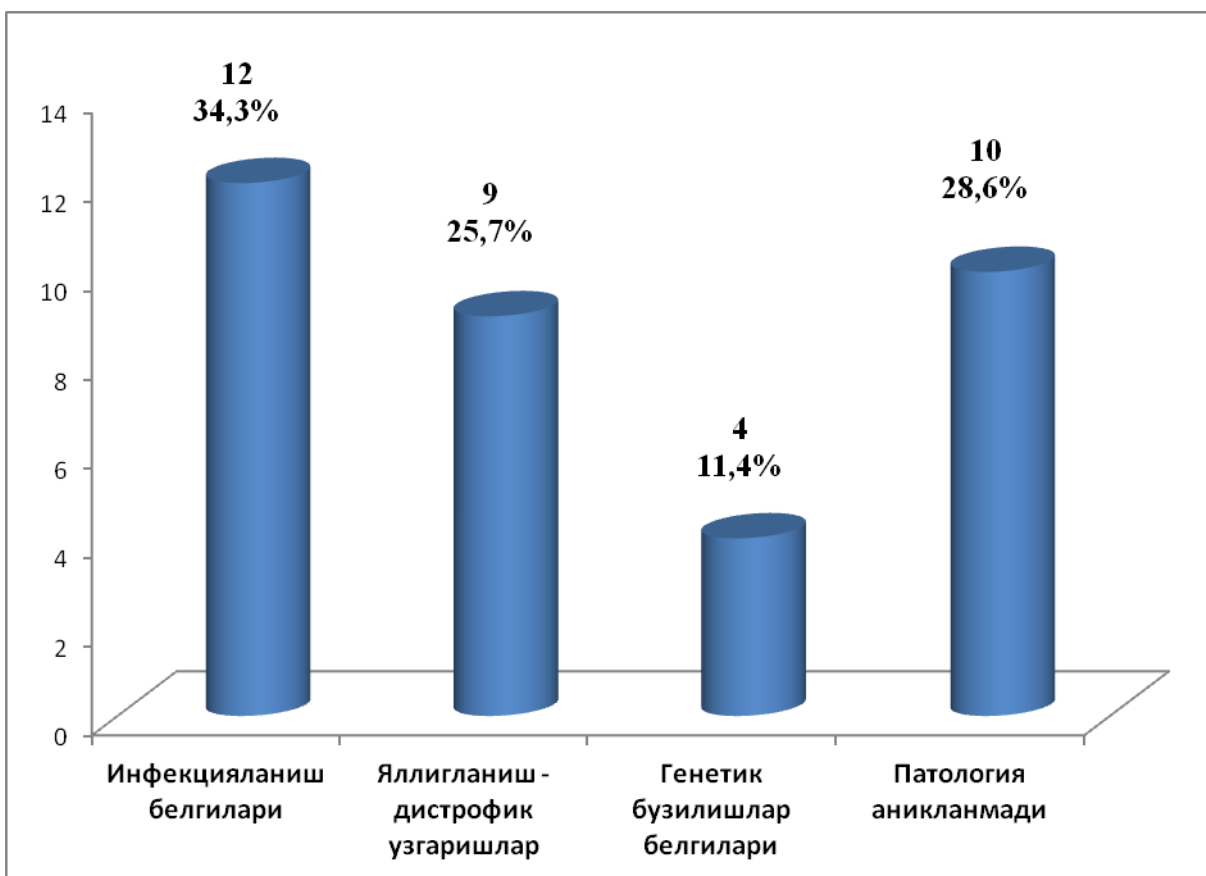
Текширишлармизда хомила тушиши содир бўлган аёлларда кин тозалик даражаси (кин флораси) курсаткичларини ҳам ургандик (расм3.14).



Расм 3.14. Анэмбриония ва кин тозалик даражаси

Кин тозалигининг биринчи даражаси асосий гуруҳда 7 та 20%, назорат гуруҳида 6 (17,1%) беморларда аникланди. III даражали кин тозалиги асосий гуруҳда 20 та 57,1% беморда аникланган булиб, уларнинг 9 нафарида носпецифик кольпит, 11 нафарида бактериал вагиноз клиникаси кузатилди. Назорат гуруҳида кин тозалигининг III даражаси 19 та 54,3% беморда аникланиб, улардан 10 тасида кольпит, 9 тасида бактериал вагиноз ташхиси куйилди. IV даражали кин тозалик даражаси асосий гуруҳда 8 та 22,9% назорат гуруҳида 10 та 28,6% беморда кайд этилиб, уларда уrogenитал хламидиоз, трихомониаз ва кандидоз диагностика килинган.

Асосий гуруҳда бола тушиши содир булган аёлларнинг барча 35 нафарида хомила тухуми, аникроги плацентар тукима ва децидуал парда колдиклари патолого-анатомик ва гистологик текширувдан утказилган. Мазкур текшириш натижалари куйидаги расмда баён этилган (расм 3.15) .



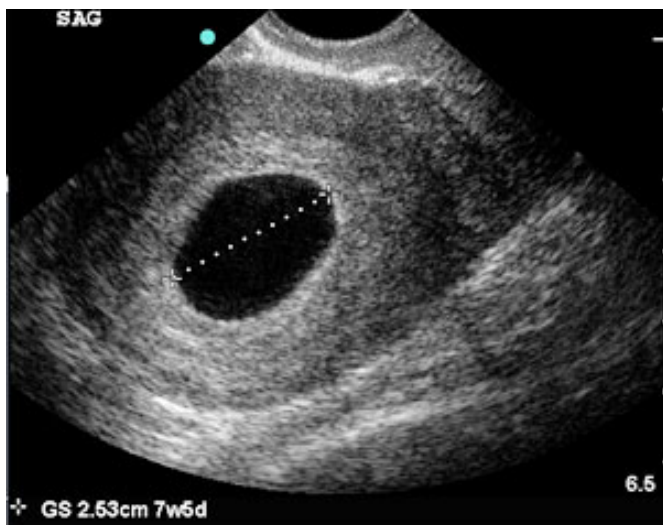
Расм 3.15. Патолого-анатомик текшириш натижалари

Расмдан куришиб турганидек, текширилган аёллар орасида Хомила тухумининг инфекцияланиши купчиликни ташкил этган: жами патолого - анатомик текширувдан утган хомилаларнинг 12 та 34,3% да инфекция белгилари тасдикланган. Яллигланиш ва дистрофик узгаришлар 9 та 25,7% хомилада аникланди. Хомила тухумида генетик нуксонлар белгилари топилди 4 та (11,4%) беморда аникланди. 28,6% да куринарли патоморфологик узгаришлар аникланмади.

Нихоят, ишимиз охирига якинлашар эканмиз, амалиётда узимиз гувоҳи булган бир мисолни келитирб утишни ўринли деб уйлаймиз.

Бемор К.Л., 04.09.2012 йил Самарканд Вилоят Перинатал марказига корин пастида кам миқдорда оғриққа шикоят қилиб келди. Охирги ҳайз кўриши 15.06.2012, охирги ҳайз буйича хомиладорлик муддати 12 ҳафталик. Яшаш жойида буюрилган хомиладорликни сақловчи терапияни

давом эттиришдан олдин, УТТ утказишга қарор қилинди. УТТ хулосаси анэмбрионик ҳомиладорлик борлигини кўрсатди (расм 3.16).



Больная К.Л., 19 лет. Самарканд ОПЦ  
04.09.2012 время 11.45.

Расм 3.16. Хомила тухуми ичида хомиланинг йўқолиши (бемор К.Л., 04.09.2012., Самарканд ВПМ).

Шундан кейин, бемор олаётган ҳомиладорликни сақловчи терапия дарҳол тухтатилиб, ҳомиладорликни узишга тайёргарлик кўрилди. Аммо қон ивиш тизимида узгаришлар борлиги сабабли ҳомиладорликни узиш эртанги кунга қолдирилди. Қон ивиши Ли Уайт буйича бошланиши 12.40 охири 21.30 эди. Протромбин вақти чузилган (72 сек), протромбин индекси 86%, қонда фибриноген миқдори 2 гр/л. Беморга контрикал, дицинон буюрилди. Янги музлатилган плазма тайёрлаб қўйилди.

Кечаси беморда қон кетиши бошланди ва навбатчи врачлар томонидан кўрилиб, бачадон буйни 1 бармоқ эни утказиши, қон кетиши ўртачадан кўплигини ҳисобга олиб бачадон бушлиғини қириш операцияси утказилди.

Операция вақтида бачадон яхши қисқармади, бачадон яхши тозаланганига қарамай, қон йўқотиш 750- мл ни ташкил этди. Янги музлатилган плазма 500 мл, эритроцитар масса, контрикал 40 000 ТБ,

гордокс 200 000 ТБ ва бошқа интенсив муолажалардан сунг қон кетиши тўлиқ тухтатилди ва бемор ахволи яхшиланди.

Шундай қилиб, анэмбрионик ҳомиладорлик замонавий акушерлик ва гинекология амалиётининг ута долзарб, «оғриқли» муаммоларидан биридир. Бундай ҳолатлар гуёки секин портлайдиган бомба каби, кутилмаган пайтда оғир асоратларн келтириб чиқариши, бемор ҳаётини кескин хавф остига қўйиши мумкин. Шунинг учун, анэмбриония ташхиси қўйилар экан, ҳомиладорликни узишга зудлик билан киришиш, барча керакли дори-дармонларни тайёрлаб, муолажаларни иложи борица эртароқ бошлаш ва самарали яқунлаш лозим.

#### IV БОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ МУХОКАМАСИ

Анэмбриония туфайли хомиладорликнинг узилиши нафакат тиббий, балки мураккаб ижтимоий муаммо хамдир. Айникса одатланиб колган хомила тушиши жамиятнинг энг кичик ячейкаси булмиш оилада ва жиддий ностабиллик келтириб чикаради ва куплаб оилаларнинг барбод булишига олиб келади. Хомиладорликнинг эрта муддатларда узилиши курсаткичи турли муаллифларнинг маълумотларига кура 5% дан 48% гача тебранади (Асатова М.М. ва муаллиф., 2002; Кошелева Н.Г., 1996).

Бизнинг тадқиқотимиз натижаларига кура, Вилоят Перинатал маркази (4 сон тугрук хона) гинекология булимида 2011-2012 йиллар мобайнида жами 1711 нафар хомиладор аёлдан 67 тасида анэмбриония кузатилган, бу эса 3,9% ни ташкил этди.

Маълумки, хомила тушиши курсаткичларига бир катор социал – иктисодий омиллар – аёлларнинг касб – кори, яшаш шароити, экстрагенитал касалликлар катта таъсир курсатади (Кира Е.Ф., 1999). Шунинг учун тадқиқотларимизда эрта муддатларда хомила тушиши кузатилган жами 110 нафар аёлларнинг ёши, касб – кори, яшаш жойи ва паритети урганилди ва асосий ва назорат гуруҳларида киёсий тахлил этилди. Текширилган аёлларнинг ёши уртача  $26,7 \pm 3,5$  ёшни ташкил этди. Кузатилган аёлларнинг деярли ярми 28 нафари (46,7%) 21-30 ёшда, 16 нафари (26,7%) 31-35 ёшда булган. Шундай килиб, беморларнинг 3/4 кисми оптимал фертил ёшда булган. Аёлларнинг 9 нафари (15%) жуда ёш, яъни 20 ёшгача, 7 нафари (11,7%) эса ёши катта 35 ёшдан катта булишган.

Текширилган жами асосий гуруҳдаги 70 та хомиладор аёлнинг 43 (61,4%) нафари кишлок ахолиси, 27 (38,7%) нафари эса шаҳарликлардир. Уларнинг касб кори буйича тақсимланиши куйидагича: уй бекалари 41,4% (29), талабалар 31,4% (22), кишлок хужалик ишчилари 17,1% (12) ва ишчилар 10% (7) ни ташкил этган. Хомиладор аёлларнинг маълумоти

буйича оладиган булсак, асосий гурухда 12 та (20%) назорат гурухда 9 та (18%) аёллар олий маълумотга, шунга мос равишда асосий гурухда 48 та (80%) назорат гурухида 41 та (82%) аёллар урта маълумотга эгадир. Хомиладор аёлларнинг паритети: такрор хомиладор аёллар купчиликни ташкил этади: асосий гурухда 58,3% аёл иккинчи ва учинчи тугувчи аёллар булган. Куп тукканлар (4 та ва ундан куп тугрук) мос равишда 25%ни ташкил этган. Асосий гурухда факатгина 16,7% аёл биринчи хомиладор аёл булган. тугруклар сонига нисбатан олинганда, биринчи тугувчилар яккол устунлик килади. Анамнезида умуман тугрук булмаган аёллар 14 та (20%) кишини, 1 та тугрук булган аёллар сони 25 та (35,7%) кишини, 2 та тугрук булганлар – 12 та (30%) кишини, 3 та тугрук – 10 нафар (14,3%) кишини ташкил этган. Бунда маълум буладики, аёлларнинг купчилигида огирлашган гинекологик анамнези урин тутган.

Текширилаётган иккала гурух аёлларнинг хайз цикли 11 ёшдан 16 ёшгача бошланган. Асосий гурухда 1 та (2,9%) аёлда хайз цикли 18 ёшида кеч булганлиги ва регуляр эмаслиги аникланди. Асосий гурухда 2 та (5,7%) аёлда назорат гурухида 3 та (8,6%) аёлда альгодисменорея, назорат гурухида 1 та (2,9%) аёлда гиперменорея аникланди.

Асосий гурухда урин кунлари уртача сони  $6,2 \pm 1,2$  кунни ташкил этади, бу эса назорат гурухига нисбатан биров кискарган ( $8,5 \pm 1,5$ ). Танлаб олинган аёлларнинг анамнези синчковлик билан урганилди. Иккала гурухдаги барча аёллар болалигида ва катта булганида шамоллаш касалликлари билан 100 % касалланганлар.

Тадкикот натижалари шуни курсатдики, хар иккала гурухда аёлларнинг купчилигида турли хил экстрагенитал касалликлар ва сурункали TORCH инфекция (асосий гурухда 60%, назорат гурухида 65,7%) билан касалланган. ЭГК орасида ОРВИ (аёлларнинг хаммасида) ва камконлик (мос равишда 80% ва 77,1% аёлларда) кузатилган.

Хар иккала гурух аёлларнинг олинги хомиладорликлари хакида маълумотга эга булиш мухим ахамият касб этади. Хомиладор аёлларнинг жами булиб утган хомиладорликларнинг сони иккала гурухда ҳам 1 тадан 5 тагачани ташкил этади.

Шундай килиб, беморларнинг умумий клиник характеристикаси шуни курсатадики:

- ✚ Уларнинг купчилиги (1/3 қисми) оптимал фертил ёшда,
- ✚ Улар орасида уй бекалари купчиликни (41,7%) ташкил этади,
- ✚ Уларнинг паритети эса анамнезида куплаб репродуктив йукотишлар булганидан дарак беради.

Адабиёт маълумотларига кура (Кира Е.Ф., 2002; Кошелева Н.Г., 1996) анэмбрионик хомиладорлик купрок эрта муддатларда содир булади.

Асатова М.М. ва муаллифларнинг (2002) Ўзбекистон Республикасида хомиладорликнинг I триместрида хомиладорликнинг эрта муддатларда жами хомила тушиши ҳолатларига нисбатан 57,7% ни ташкил этади; II триместрда хомила тушиши 17,2% ни, III триместрда хомиладорликнинг узилиши (муддатдан олдинги тугрук) 25,1 % ни ташкил этди. Бизнинг текширишларимизда гестация муддати фақат 12 ҳафталиккача булган ва унинг таксимланиши куйидагича: Хомиладорликнинг 7 ҳафтадан 12 ҳафталиккача булган муддатда узилиши ҳар иккала гурухда 30% аёлда кузатилган. 13-16 ҳафталикда хомила тушиши мос равишда асосий гурухда 14 та 23,3% ва назорат гурухида 12та 24% аёлларда урин тутган.

Маълумки уз-узидан хомила тушишининг кечишида бешта клиник босқичи булиб, уларнинг клиник намоён булиши турличадир (Сидельников В.М., 2001, 2002). Бизнинг кузатишларимизда бу тугрида куйидаги маълумотлар олинди.

купчилик аёлларда, яъни асосий гурухда 45,7%, назорат гурухида 42,9% аёлда анэмбриония бошка касалликлар туфайли, ёки шунчаки

профилактик текширув максидида стационарда утказилган УТТ вақтида тасодифан аниқланган. Яшаш жойида аниқланиб, йуланма билан юрилган беморлар асосий гуруҳда 34,3% назорат гуруҳида 20% ни ташкил этди. Фақатгина 20% ва 17,1% аёлларда анэмбриония клиник белгилари асосида аниқланиб, сунгра УТТ да тасдиқланган. Хулоса қилиб айтиш мумкинки, УТТ асосида аниқланган ҳолатларнинг курсаткичлари юқори булиб, аёлларда клиник белгиларга асосланиб мазкур патологияни аниқлаш ҳолатлари жуда кам учраган

Сидельников В.М. (2001) маълумотларига қура эрта муддатларда ҳомила тушиши қузатилган аёлларнинг қупчилиги бошланган ва йулдаги аборт босқичларига стационарда муружаат этишади.

Адабиёт манбаларида бахс-мунозараларга сабаб булиб келаётган муаммолардан бири – анэмбрионик ҳомиладорликда базал температуранинг узғариш характериدير. Қупчилик муаллифлар ( ) базал ҳарорат узғармайди, деган фикрдалар, негаки, ҳомила йук булгани билан ҳомила тухуми мавжуд, трофобласт хужайралари эса ХГ ишлаб чиқаради ва бу тухумдонда сарик тананинг ишини стимуллайди. Сарик тана ишлаб чиқараётган прогестерон базар ҳароратнинг доимо баланд булишини таъминлайди. Бизнинг текширишларимизда бу фикр уз тасдигини қисман топди. Аммо ҳар доим ҳам шундай булавермайди, ҳомила нобуд булиши билан ҳомиладорликка ҳос гормонал фон аста-секин узғариб бошлайди. Ҳар иккала гуруҳга тегишли аёлларда стационарда келган қунидан бошлаб, ҳар қунги эрталабги базал ҳарорати улчаниб борилди. Асосий гуруҳда 18 та (51,4% ) назорат гуруҳида 16 та (45,7% ) аёлда базал ҳарорат 37,4<sup>0</sup> дан паст эканлиги аниқланди. Бу эса уз навбатида ҳомила тушиш хавфидан, ривожланмаётган ҳомиладорликдан дарак беради.

Анэмбриония туфайли ҳомиладорлик тухташи клиникасида асосий характери симптом – жинсий йуллардан қонли ажралма келиши булиб, у асосий гуруҳда 14 та (40%), назорат гуруҳида 12 та (34,3%) аёлда

кузатилган. Корин пастида ва белда дардсимон огрик бола тушишида куп кузатиладиган белги булиб, мос равишда асосий гуруҳда 15 та (42,9%) ва назорат гуруҳида 14 та (40%) аёлларда кайд этилган. Бачадоннинг усишдан тухташи факат ривожланмай колган хомиладорлик (РКХ) анэмбриония учун характерли булиб, асосий гуруҳда 2 (5,7%) ва назорат гуруҳида 1 (2,9%) беморда урин тутган. Худди шу ташхис билан келган аёлларнинг 2,9% келган вақтда ҳеч қандай шикоят билдирмаган.

Анэмбрионик хомиладорлик асоратлари асосий гуруҳда жами 6 та (17,1%), назорат гуруҳида 9 та (25,7%) беморда кузатилди: патологик кон кетишлар мос равишда 2 та (5,7%) ва 3 та (8,6%) беморларда кузатилди. Тегишли муолажалар килингандан сунг кон кетишлар 2-2,5 соат ичида тухтатилиб, аёлларнинг умумий ахволи коникарлигича булиб турди. Факатгина асосий гуруҳдаги 1 та (2,9%) аёлда камконликнинг огир даражаси булганлиги сабабли унинг ахволи бироз огирлашган булганлиги сабабли кон урнини босувчи суюкликлар куйилиб, умумий кувватловчи терапия утказилди. Асосий гуруҳда 2 та (5,7%) назорат гуруҳида 3 та (8,6%) аёлда йирингли-септик асоратлар абортдан кейинги эндометрит аникланди. Назорат гуруҳида 1 та (2,9%) аёлда бачадон ичини кириш пайтида бачадон перфорацияси содир булган. Шундай килиб, уз – узидан хомила тушишининг клиник кечишини тахлил килиш асосида куйидагиларни хулоса чиқарилди:

- ✚ Хомила тушиши беморларнинг деярли ярмида жуда эрта муддатларда (5-6 хафталиккача) содир булган: асосий гуруҳда 46,7%, назорат гуруҳида 46% аёлда хомиладорлик 6 хафталиккача узилган.
- ✚ Хомила тушиши клиникасида асосан жинсий йуллардан кон кетиш ва корин пастида огрик белгилари кузатилган.
- ✚ Анэмбрионик хомиладорлик асоратлари асосий гуруҳда жами 6 та (17,1%), назорат гуруҳида 9 та (25,7%) беморда кузатилди.

Лойихамизнинг асосий максоди эрта муддатларда хомила тушишининг сабабларини урганиш булганлиги учун бу масалага алоҳида эътибор қаратдик. Уз- узидан хомила тушиши сабаблари таҳлил қилинганда беморларнинг деярли ярмида - асосий гуруҳда 19 та 54,3%, назорат гуруҳида 20 та 57,1% аёлда TORCH – инфекциялар аниқланди Бу анэмбрионик хомиладорликнинг энг асосий сабаби булиб ҳисобланади. Олинган текшириш натижаларимиздан қуриниб турибдики TORCH – инфекцияларнинг аҳоли орасида нихоятда кенг тарқалганлиги юқори курсаткич ҳисобланади.

Газазян М.Г. (2000), Сидельников В.М. (2002) далолат беришларича эрта муддатларда хомиладорликнинг узилишга асосий сабаблардан бири генетик омил булиб, у хромосома дисбаланси билан ифодаланади. Beguin F. (2006), William W.B. et al. (2001) маълумотларига қура, тушган эмбрионларни цитогенетик текширилганда уларнинг 50-65% ида хромосома аномалиялари аниқланган. Бошқа сабаблар орасида хомиладорлик асоратлари асосий гуруҳда 5 та (14,3%) назорат гуруҳида 5 та (14,3%), ЭГК 3 та (8,6%), 2 та (5,7%), кон – кариндошлар орасидаги никоҳ асосий гуруҳда 3 та (8,6%), назорат гуруҳида 2 та (5,7%), гормонал етишмовчилик ва инфантилизм 1 та (2,9%), 0 (0%) урин тутди.

Хомила ривожланишига деструктив таъсир қурсатувчи TORCH – инфекциялар орасида токсоплазмоз биринчи уринда туради: асосий гуруҳда жами 19 беморнинг 8 тасида 42,1% да, назорат гуруҳида 20 беморнинг 7 тасида 35% да қузатилган. Урогенитал хламидиоз мос равишда асосий гуруҳда 5 та 26,3% ва назорат гуруҳида 4 та 20% аёлларда, цитомегаловирусли инфекция – 7 та 36,8% ва 6 та 30%, герпесвирусли инфекция – 6 та 31,6% ва 6 та 30%, беморларда учраган. Ураеплазмоз ва микоплазмозли инфекциялар нисбатан камроқ беморларда аниқланган.

Бу маълумотлар адабиёт манбаларида келтирилган маълумотлардан анча фарк килади. Alliare A.D. ва муаллиф. (2007) маълумотларига кура хомиладорликнинг муддатдан олдин узилиши сабаблари орасида хламидияли инфекция 12-15% ни ташкил этади. бунда децидуал тукимада цитотоксик хужайралар, макрофаглар ҳамда Тх1-типдаги цитокинлар жуда куп микдорда кузатилади. Бизнинг минтакамизда бола тушиши сабаблари орасида токсоплазмоз, цитомегаловирусли ва герпес - вирусли инфекциялар купрок кузатилади (Абдуллаева М.А., 2008; Барашев Ю. И., 2006).

Асатова М.М. ва муалифларнинг (2002) маълумотларига кура УУБТ курсаткичи Республикамизда Самарканд, Фаргона, Андижон ва Наманган вилоятларида анча юкори. Бу йод – дефицити холати ва у Билан боглик гормонал етишмовчиликка боглик. Бизнинг кузатишларимизда эндемик букок асосий гурухда 1 та, назорат гурухида 2 та аёлда кузатилган. Шунинг учун хомиладорликка тайёрлаш ва хомиладорликни саклашда йод - дефицити холатларини коррекция килиш катта амалий ахамиятга эга.

Хомиладорлик асоратлари орасида хомиладорлар кусиши асосий гурухда 3 та, назорат гурухида 2 та аёлда урин тутган, птиализм эса хар икки гурухда биттадан хомиладорда кузатилган.

Асосий гурухда битта беморда (2,9%) гормонал етишмовчилик анэмбрионияга сабаб булган. Адабиёт маълумотларига кура (Асатова М.М. ва муаллиф., 2002) гормонал етишмовчилик бола тушишига, шу жумладан анэмбрионияга ҳам олиб келиши мумкин.

Текширишлармизда хомила тушиши содир булган аёлларда кин тозалик даражаси (кин флораси) курсаткичларини ҳам ургандик. Кин тозалигининг биринчи даражаси асосий гурухда 7 та 20%, назорат гурухида 6 (17,1%) беморларда аникланди. III даражали кин тозалиги асосий гурухда 20 та 57,1% беморда аникланган булиб, уларнинг 9 нафариди носпецифик кольпит, 11 нафариди бактериал вагиноз клиникаси

кузатилди. Назорат гуруҳида кин тозалигининг III даражаси 19 та 54,3% беморда аникланиб, улардан 10 тасида кольпит, 9 тасида бактериал вагиноз ташхиси куйилди. IV даражали кин тозалик даражаси асосий гуруҳда 8 та 22,9% назорат гуруҳида 10 та 28,6% беморда кайд этилиб, уларда урогенитал хламидиоз, трихомониаз ва кандидоз диагностика килинган. Бу натижалар адабиёт маълумотларига буткул мос келади (Дуда В.Л. ва муаллиф., 2004; Сидельников В.М., 2002; Каримова Ф.Д. ва муаллиф., 2008).

Репродуктив йукотишларни патоморфологик ва гистологик урганиш тугрисида хориж илмий нашрларида маълумотлар учрайди, аммо Республикамизда бу муаммо урганилмаган. Тушган хомилаларни патолого-анатомик ва гистологик текшириш асосий гуруҳда хомила тушиши содир булган аёлларнинг барчасида утказилган. Текширилган аёллар орасида хомила тухумининг инфекцияланиши купчиликни ташкил этган: жами патолого-анатомик текширувдан утган хомилаларнинг 12 та 34,3% да инфекция белгилари тасдиқланган. Яллигланиш ва дистрофик узгаришлар 9 та 25,7% хомилада аникланди. Хомила тухумида генетик нуксонлар белгилари топилди 4 та (11,4%) беморда аникланди. 28,6% да куринарли патоморфологик узгаришлар аникланмади.

Шундай қилиб, анэмбрионик хомиладорлик муаммоси замонавий акушерлик ва гинеоклогия амалиётининг ута долзарб, кўп қиррали, кам урганилган муаммоларидан биридир. Ўзининг ниҳоятда «маккор» (коравный) табиати билан кутилмаганда оғир асоратлар келтириб чиқариши, аёл ҳаётини хавф остига қўйиши билан амалиётчи врачлардан катта хушёрлик, билим ва малака талаб қилади.

## ХУЛОСАЛАР

1. Анэмбрионик хомиладорлик Вилоят Перинатал маркази гинекология булимида 2011-2012 йиллар мобайнида жами 1711 нафар хомиладор аёлдан 67 тасида анэмбриония кузатилган, бу эса 3,9% ни ташкил этди.
2. Анэмбрионик хомиладорлик сабаблари тахлил килинганда беморларнинг деярли ярмида - асосий гуруҳда 54,3%, назорат гуруҳида 57,1% аёлда TORCH – инфекциялар аникланди. Бошқа сабаблар орасида хомиладорлик асоратлари (14,3%), ЭГК (8,6 ва 5,7%), кон - кариндошлик (8,6 ва 5,7%), гормонал етишмовчилик (инфантилизм) асосий гуруҳда 1 та (2,9%) ҳолатда урин тутди.
3. Анэмбрионик хомиладорликнинг олдини олиш учун TORCH – инфекцияларни, шунингдек, ЭГК ва хомиладорлик асоратларини уз вақтида самарали даволаш, кон–кариндош никоҳларнинг олдини олиш, гормонал етишмовчиликни уз вақтида коррекция килиш лозим.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Анэмбрионик хомиладорлик этиологиясида TORCH – инфекциялар катта урин тушини хисобга олиб, янги турмуш кураётган ёшларни хомиладорликдан олдин мазкур инфекцияларга текшириш репродуктив йукотишларни кескин камайтиришга имкон беради.
2. Анэмбрионияни вактида аниклаш учун 5-6 ва 10-12 хафталик муддатда УТТ текшируви утказиш лозим.
3. Хомиладорлик вактида скрининг текширувидан утиш лозим.
4. Махалла авторитетлари ва УАШ якин кариндошлар орасидаги никохнинг одини олиш буйича маданий окартув ишларин олиб боришлари керак.

## АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности (современные методы диагностики и лечения). Новосибирск 2007; 505.
2. Айламазян Э.К. и др. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002 г.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. – СПб.: СпецЛит, 2002 г.
4. Акушерство от десяти учителей под ред. Стюарта Кемпбелла и Кристофа Лиза. –, М: МИА, 2004 г.
5. Апресян С.В. Оптимизация восстановления фертильности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием Автореф. М-2003
6. Азимова Э. И., Попова Н.В. Влияние вируса простого герпеса на иммунный статус беременных и особенности состояния их новорожденных в период адаптация Педиатрия 2000 №4 с-10-12
7. Акушерско-гинекологическая помощь /О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, З.З. Токова и др; Под ред. В.И. Кулакова. - М.: Медицина. - 1995. - 304 С.
8. Акунц К.Б., Оганесян Н.С. Акушерство. М., 2002. «Триада-Х».
9. Асадов Д. А. Планирование семьи и материнская смертность// Мед. ж. Узб. -2003. -N3. -С. 63-66.
10. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Демографик курсаткичларнинг ижтимоий-гигиеник жихатлари //Узб. Тиббиет журнали. -1997. -N 11-12. -Б. 73-75.

11. Асатова М.М., Гафарова Д.Х., Ешимбетова Г.З. Невынашивание беременности «Пособие для врачей» Т-2002
12. Бадриддинова М.С. Котиб колган хомиладорликда содир булмай колган аборт ёки тугрук ва унинг асоратлари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси. Услубий тавсиянома. Самарканд, 2005.
13. Барашев Ю. И. Риск репродуктивных потерь и шанс рождения здорового ребенка при желанной и нежеланной беременности //Российский Вестник перинат. и педиатр. -2006. - Т 41. -№6-С. 23-29.
14. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.Л. Акушерство. – 2003. – М., Медицина.
15. Бодяжина В.И., Любимова А.И., Розовский И.С. Привычный выкидыш М-1973
16. Воробьева Н.Н., Галенок В.П., Воробьева А.М Вопросы вирусологии 1975 №6 с-648-54
17. Виктор В.Х., Щульцек С. М Анестезия при кесаревом сечении современной состояния проблемы Архангельск-2000 с-81-89
18. Вульф Х., Вуд Э. К. Недоношенность пер. с англ. М-1991
19. Гавалло В.И. Иммунология репродукции М-1999
20. Ганина С.А. Патология плодного яйца и внезародышевых органов у женщин с генитальной инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск 2001; 23.
21. Газазян М.Г. Этиологические факторы неразвивающейся беременности. //Акуш. и гинек. 2000, №4, - С. 24-26.
22. Гизнбург Б.Г. Пробл. репродуктол. 2000 Т-№6 с-57-59
23. Денисов И.Н. Практическое руководство по акушерству М-2001 ГЕОТАР-мед

24. Демидова Е.М Привычный выкидыш. Акушерская тактика М-1998
25. Денисов И.Н. Практическое руководство по акушерству. – М., -2001. ГЕОТАР-мед.
26. Дуда В.Л., Дуда В.И., Дуда И.В. Гинекология. Минск, 2004.
27. Зарубина Е. Н., Творогов П. А., Баринов В. Г. Профилактика и лечение кровотечений в акушерском стационаре //Акуш. и гинек. -2002. -№4. -С. 19-22.
28. Ефремов А. А Анес. Реаниматол. 2003 №2 с12-17
29. Залесский П.Д К учению о вирусном роде ревматизма Новос-1998 с-13-68
30. Зильбер А П.,Шифман Е.А Акушерство глазами анестезиолога Петроводск-1997
31. Ильин В. И. Журнал невропат. и псих. 1999 №2.
32. Каримов А. Х., Аляви Ф. Л., Нажмутдинова Д. К. Ультразвуковая диагностика в акушерской практике Ташкент-2002 с-102.
33. Каримова Ф.Д. «Простагландины в преиндукции, индукции и регуляции аномалий родовой деятельности», Автореферат дисс. док. мед. наук., 2005г.
34. Киселев В.И., Латыпова М.Ф., Дмитриев Г.А. //Полимеразная цепная реакция в диагностике и контроле лечения инфекционных заболеваний. – М., 1998. – С. 54-55.
35. Качалина Т. С., Гречканёв Г. О. Опыт использования озонотерапии в комплексном лечении невынащ-я беременности. Акуш. и Гинеко. 2007 №3.

36. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врача. М: Филинь 1997; 536.
37. Кошелёва Н.Г., Башмакова М. А., Плужникова Т. А. Урогенитальная инф, и невынашивание беременности. Мир медицины 2002 №2 с-3-8.
38. Ковалёвская Т. С., Вассерман Н. Н. Мед. Генетика 2003 №11. с-480-484.
39. Кошелёва Н. Г. Современная тактика ведения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов 1998 №3 с-45-51.
40. Кошелёва Н. Г., Лужникова Р. А. мир медицины 1998 №11-12 с-43-46.
41. Кузьмин В. Н. Цитомегаловирусная инфекция у беременных и новорожденных лечащий врач. 2001 №10 с-55-58.
42. Кулаков В. И., Сидельникова В. М. Журнал «там же» №7 с-15-18.
43. Кулаков В.И. и соавт. Руководство по безопасному материнству. – М., 2004. – 140-165.
44. Кулешов В. М., Илизарова Н. А., Чернякова О. Ф. Лечение вильпрафеном урогенитального хламидиоза у пациенток с привычным невынашиванием Бер-сти. Акуш. и гинекол. 2002 №3 с-45-57.
45. Красильников А. А., Никифаров В. Н. Токсоплазмоз и эпидемиологическое состояние населения: Определение интенсивности передачи токсоплазмоза Акуш. и гинекол. 2007 №2 С-31-35

46. Медведев М.В. //Ультразвук. диагн. в акушер. гин. и педиатр. 2003, №3, - С. 39-44.
47. Медведев М.В., Юдина Е.В. Дифференциальная ультразвуковая диагностика в акушерстве. – М., 1997
48. Материнская смертность: Пути ее снижения //Хроника ВОЗ. - 1996. -Т. 40. -№6. -С. 3-13.
49. Лихванцев В.В.,Субботин В.В.,Ситников А.В Вестник интенсив. Терапия 2002 №4 с-69-72
50. Лобзин Ю. В., Васильев В. В Токсоплазмоз беременных; достижения и нерешенные вопросы Росс. мед. журнал 2001 №3 с-37-39.
51. Лобзин Ю. В. Токсаплазмоз у беременных. Росс. мед. журнал 2001 №4 с-24-27.
52. Лозовская Л. С., Соболева В. Д., Дуб Н. В « Вопросы вирусологии» 1995 №6.
53. Малова И. О., Дружинина Е. Б. Лечение хламидийной инфекция урогенитального тракта у беременных женщин Акуш. гинек. 2001 №4 с-45-47.
54. Мамадалиева Н .М. Привычное невынашивание избранные клинические лекции по акушерству и гинекологии Алматы-1999 с26-59
55. Мамадалиева Н.М., Исенова С. Ш Невынашивание беременности инфекционного генеза. Изоб.клин.лек.по акуш.и гинекол. Алматы-1999 с-77-111
56. Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности Авторефер М-2004

57. Мещерякова А.В., Демидова Е.М., Старостина Т.А. Актуальные вопросы гинекологии М-2004 с-55-60.
58. Макацария А.Д., Долгушина Н.В. Герпетическая инфекция. Антифосфолипидный синдром и синдром потери плода. М: Триада-Х 2002; 80.
59. Мещерякова А.В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности первого триместра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 19.
60. Нисвандера К.А Эванса Акушер; Справочник калифорнийского университета пер. англ. М-1999
61. Несеява Е.В Невынашивание беременности Медицинский центр «АРТ-МЕД» 2005 Данн. интернет
62. Никонов А.П.,Асцатурова О.Р Генитальный герпес и беременность Акуш и гинек. 1997 №5 с-11-12
63. Потин В.В.,Камаров Е.К., Евечникова Ф.А и др.Патогенез и диагностика различных форм яичниковой недостаточности. «Актуальные проблемы диагностики и лечения эндокринных заболеваний Рига- 1998
64. Пустотина О.А Клинические,морфологические и цитологические критерии внутриутробного инфицирования и прогнозирования инфекционных осложнений у матери и новорожденного. Автореф. дисс. канд .мед. наук. М-1999
65. Райт А.А Основы иммунологии пер. англ. М-2000
66. Раздинский В.Е.,Кондратьева Е.М., Милованов А.П. Патология околоплодной среды. Киев-1998
67. Раздинский В.Е.,Честякова М. Б. ТО комплекс и его роль в перинатологии Акуш и гинек. 2002 №8 с-4-7.

68. Резник С. Р., Смирнов В. В., Вьюницкая В. А. «Колонизационная резистентность М-1999.
69. Савельева Г. М. Акушерство. «Руководство для врачей М. Геатор 2004.
70. Савельева Г. М., Сичинова Л. Г. Международная научно-практическая конференция акуш. и гинек. 2003 №1 с-59-60.
71. Самородинова Л. А., Титова Е. В., Иванова Н. В. И др. «Материалы Российского форум» «Мать и дитя». М-2003 с-191-192.
72. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1998; 41.
73. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности М-2002.
74. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности М-1986.
75. Сидельникова В. М. Актуальные проблемы невынашивание беременности 1999 с-23-24.
76. Сидельникова В. М. 2002 «Данный интер».
77. Соловьева И. В. «Характеристика микрофлоры влагалища женщин в норме и патологии» Дис. Канд. мед. наук. 2002.
78. Серов В. Н., Маркин С. А., Лубкин А. Ю. «Эклампсия» М-2007.
79. Серов В. Н., Манухин И. Б. Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода. Акуш. и гинек. 2007 №6 с-16-19.
80. Серов В. Н., Срижков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. М-1989.
81. Тиллербоев В. Х., Чумаков М. В., Давыдова Н. А., Ефремов А. А. анестиз. И реаниматология 2003 №2 с-12-17.

82. Тетруашвили Н. К., Сидельникова В. М., Верясов В. В. Вестник Росс. ассоц. Акуш. гинек. 1999 №3 с-37-45
83. Тетруашвили Н. К. Роль системы цитокинов в патогенезе привычного выкидыша и преждевременных родов. Автореф. М-2000.
84. Фламм Г. Перинотальные инфекции человека. Пер. англ. М-1999.
85. Элтазарова Г.Ш. Эмбриопатология при юзага келишида TORCH – инфекцияларнинг урни. //Проблемы медицины и биологии. 2006. -№ 4. – С. 91-98. Яркулов А. Б., Алимов А. В., Нарзикулова С. А. Здоровье матери - счастье семьи и процветание общества //Мат. IV съезда акушеров-гинеков. Узб.: Тез. докл. - Ташкент. -1995. -С. 1-3.
86. Antenatal care and maternal health: How effective is it? A review of the evidence //WHO, Geneva. -2002. -47 P.
87. Anteby E.Y., Tadmor O., Revel A., Yagel S. Post-term pregnancy with normal cardiotocograph and amniotic fluid columns: the role of Doppler evaluation in predicting perinatal outcome //Eur. Obstet. Gynecol.-2004.- V.54, N 2.-P 93-98.
88. Axelsen S. Prolonged pregnancy: Management in the EBCOG countries // Europ. J. Obstet. Gynecol. - 2009- V. 86,-Suppl.- S.23.
89. Axemo P. Maternal and Child Health Care. Module 3: high risk women and infants, Ed 2. Addis Ababa: Family Health Department, Ministry of Health. -2001.
90. Baird D.T. Medical abortion in the first trimester. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. 2002; Vol 16. N2. – P. 221-236.
91. Brajenovic-Milic B., Petrovic O., Krasevic M. et al. Fetal Diagn Ther 2008; 13: 3: 187—191.

92. Carp H.J.A. Thrombophilia in recurrent pregnancy loss: Book of abstracts. 17 European Congress of Obstetrics and Gynaecology, Prague 2002; 37.
93. Carp H. J. A Пробл. Репрод. 2000 Т 6 №1 с-65
94. Criscelli C., Durandy A., Ballet J et al Path Biol (Paris) 2001 vol-26 №7 p-26.
95. Overall J C. Textbook of Pediatric infections. Diseases Eds P. D. Feigin J.D. Cherry –Philadelphia 1999 p684-721/
96. Hill J. A., Choi B. C. Reprod: Ferfil-2000 vol-55 Supple. P-91-97/
97. Adriaanse A. H. Europ J. Cynee obstet. Biol Reprod 2002 vol-102 p-102-103
98. Gtagno S. the infection Diseases of the Fetus and Newbord infant Eds J. S. Remington J. O. Klein-philadelphia 1990 p-241-281.
99. Jaffe R. J Clin Ultrasound 1993; 21: 521—526.
100. Jauniaux E., Gulbis B., Jurkovic D., Gavriil P., Campbell S. Am J Obstet Gynec 1995; 173; 1749—1753.
101. Stephenson M. D. Ensom M. N. 2002.
102. Yamamoto T., Takahashi Y., Kase N., Mori H. Clin Exp Immunol 2004; 116: 449—452.
103. Yen S., Jaffe R. 1989: Siiteri P. K., Febres et al 2000.
104. Neathersbee P. S/. 1999.
105. William W.B. obstetrics and Gynecolgy . // London, 2001
106. El-Zibden MY Randomised clinical trial comparing the efficacy of dydrogesteron, human chorionic gonadotrophin or no treatment in the redaction of spontaneous abortion. Gynecological Endocrinology 2001; 15-44

107. Piccini MP , Maggi E , Romagnani S. Role of hormone-controlled T-cytokines in the maintenance of pregnancy. // Biochem Soc Trans.-2000-Feb; 28 (2).-P.212-5.
108. Rodger L. Bick , Games Madden , Karen B. ALI Toofanian – Medscape Womens Health 3 (3) , 1998. Привычное невынашивание беременности: причины, обследование и лечение. Хьюстон , США ( Данные Интернет)
109. Cunningham F. G., MacDonald P.C., Gant N.F. et al. // Williams Obstetrics.-New York, 2005.-P. 201-320
110. Gifford D.S. et al // Obstet. And Gynecol.-2005.-Vol.85.-P.5421-2012
111. Flamm B.L., Quilligan E.Y. Cesarean Section.-New York, 2005.
112. <http://www.rodi.ru/consult/list/search/16455.html>, 2007.
113. Kilpatrick S.Y., Safford K.L., //Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2003. – Vol. 84, -N. 3. – P. 208-214.
114. Matsumoto L.C., Cheung C.Y., Brace R.A. //Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2001. – Vol. 184, -N. 1. – P. 1008-1014.
115. Maternal Health and Safe Motherhood programme. Progress report, 2001-2002/WHO. -2003. -P. 44.
116. Winikoff B. //Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 185. – N 5. – P. 1226-1231.
117. William W.B. Obstetrics and Gynecology. //London, 2005.
118. Zimmermann P., Alback T., Koskinen J. et al. Doppler Flow velocimetry of the umbilical artery, uteroplacental arteries and fetal middle cerebral artery in prolonged pregnancy // Ultrasound Obstet. Gynecol.-2005. vol.5, N3.- P189-197.