

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Кул ёзма ҳуқуқида:

УДК: 616-053.083:618.25

Умаров Умид Эшимович

**ЭГИЗ ХОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ВА
ТУҒРУҚНИ ЯКУНЛАШДА ЭФФЕКТИВ ПЕРИНАТАЛ
ПАРВАРИШ ТАМОЙИЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ
НАТИЖАЛАРИ**

5A510101 – «Акушерлик ва гинекология»

**Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган
ДИССЕРТАЦИЯ**

Илмий раҳбар: т.ф.н. Жумаев И.Ж.

Илмий маслаҳатчи: т.ф.н. Элтазарова Г.Ш.

Самарканд – 2015 йил

Мундарижа

Мавзунинг долзарблиги	4-7
I боб. Эгиз ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни яқунлашда эфектив перинатал парвариш тамойиллари.	8-23
1.1. Кўп ҳомилалик – юқори ҳавф гуруҳидаги ҳомиладорликдир	8-15
1.2. Эгиз ҳомилалар ҳолатини анте- ва интранатал диагностика қилиш	15-18
1.3. Эгиз ҳомиладорликни эфектив перинатал парвариш тамойиллари буйича олиб бориш	18-23
II боб. Текшириш усуллари ва материали	24-31
III боб. Тадқиқот натижалари	32-39
3.1. Теширилган беморларнинг умумий характеристикаси	32-34
3.2. Кўп ҳомилали ҳомиладорликнинг кечиши	34-39
3.3. Кўп ҳомилали туғруқларнинг кечиши	39-53
IV боб. Олинган натижалар муҳокамаси	54-63
Хулосалар	64
Амалий тавсиялар	65
Фойдаланилган адабиётлар руйхати	66-79

АББРЕВИАТУРА

ЖССТ	Жахон согликни саклаш ташкилоти
ИФА	Иммунофермент анализ
ОИТС	Одам иммун танкислиги синдроми
ТТУ	Танадан ташқарида уруғлантириш
КК	Кесар кесиш
КТГ	Кардиотокография
УТТ	Ультатовуш текшириш
УТД	Ультратовуш диагностикаси
ФФГС	Фета-фетал гемотрансфузия синдроми
ҲБП	Ҳомиланинг биофизик профилини
ҲРОҚС	Ҳомила ривожланишдан орқада қолиш синдроми
ҲРН	Ҳомила ривожланиш нуқсони
ҲЮУС	Ҳомила юрак уришлар сони
ЭПП	Эффектив перинатал парвариш
ЭКЎ	Эмбрионни кўчириб ўтқазиш

ЭГИЗ ХОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ВА ТУГРУҚНИ ЯКУНЛАШДА ЭФФЕКТИВ ПЕРИНАТАЛ ПАРВАРИШ ТАМОЙИЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Мавзунингдолзарблиги

Ҳомиладорлик вақтида иккита ва ундан ортиқ хомиланинг бир вақтда ривожланишига эгиз ёки куп хомилалик дейилади (Бодяжина В.И. вamuаллиф., 1998). Кўп хомилаликнинг иккита бир-биридан катта фарқ қилувчи кўриниши мавжуд бўлиб, бири монозиготали, яъни бир тухумдан ривожланган, иккинчиси эса дизиготали – икки тухумдан ривожланган хомиладорлик деб юритилади.

Бутун дунёда монозиготали эгиз хомиладорлик учраши бир хил – 0,3% ни ташкил қилади. Айни пайтда дизиготали эгизаклар учраши турли ирқ ва миллат вакилларида турлича бўлиб, бу ирсий мойиллик билан боғлиқ. Ер сайёрасида куп хомилалик Японияда энг кам (0,5%), Нигериянинг Йоруба кабиласида эса энг баланд (5%) кузатилган (Arias F., 2006; Babay Z.A. et al., 2008).

Куп хомилаликни фето-плацентар етишмовчилик модели деб ҳисоблаш мумкин (Сичинава Л.Г. ва муаллиф., 2003; Frenzer A. et al., 2005). Бунга сабаб, у одатдаги хомиладорликка нисбатан гестация ва тугруқ асоратларининг 2-3 баравар купрок учраши билан характерланади. Масалан, Фукс М.А. ва муллифдошларнинг ёзишича жами акушерлик асоратлари 70-85% ни ташкил этади, хомиладорликнинг узилиш хавфи 50% аёлларда, гипертензив бузилишлар 13,2-68,4% ҳолатларда кузатилади. Бу факат МДХ мамлакатларига эмас, балки дунёнинг ривожланган мамлакатларига ҳам тегишлидир. Масалан Kovacs B.W. (2010) ёзишича, АКШ да куп хомилаликдаги акушерлик асоратлари 83,7% га етади, шу жумладан, гипертензив бузилишлар 23,3%, хомиланинг антенатал улими 3,9% учрайди ва хоказо.

Шуларни эътиборга олиб, эгиз ҳомилалик ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни яқунлаш муаммоси акушерлик амалиётида ҳам доим алоҳида долзарблик касб этиб келган. Турли даврларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикасига турлича қарашлар устунлик қилиб келди ва улар акушерлик асоратлари учраши ва перинатал натижаларга сезиларли таъсир кўрсатиб келган. Бугунги кунда УзР да туғруққа ёрдам бериш хизмати ЭПП (эффектив перинатал парвариш) принциплари асосида ташкил этилган. Унга кўра, туғруқни олиб бориш биринчи ҳомиланинг қайси қисми одлинда ётганига боғлиқ. Агар ҳомила боши энса олдинда келишининг олдинги тури билан келган бўлса, туғруқ бир ҳомила ҳомиладорлик каби партограмма асосида олиб борилади. Худди шунингдек, чаноқ олдинда келиши ҳам табиий йўллар орқали партограмма асосида олиб борилиши лозим. КК операциясига кўрсатмалар одатдагидек.

Маълумки, эгиз ҳомиладорликда одатда иккинчи ҳомиланинг туғилиши кўпроқ муаммо туғдиради. Кўп ҳолатларда бошида бўйлама жойлашган иккинчи ҳомиланинг кўндаланг туриб қолиши, ёки бошчасининг ёзилиб кетиши, қўлчасининг ёки киндик қовузлоғининг тушиб қолиши кўзатилади. Афсуски, бу асоратлар бугунги кун амалиётида ҳам учраб турибди. Россия федерациясида эгиз ҳомиладорлик муаммоси буйича энг катта мутахасис саналган Фукс М.А. ўз вақтида бир қатор рационал туғдириш усуллари ишлаб чиққан ва уларнинг самарадорлигини исботлаб берган эди. Масалан, биринчи ҳомила туғилгандан сунг иккинчи ҳомиланинг кўндаланг ҳолатининг олдини олиш усули, бошқа рус акушерлари томонидан Фукс усули деб ном олган усул катта эътиборга лойиқ.

Шундай қилиб, мазкур магистрлик диссертация ишида эгиз ҳомилали туғруқни муваффақияли яқунлаш учун нафақат ЭПП балки бошқа самарали усуллар ва амалларнинг самарадорлигини урганиш назарда тутилмоқда.

Мазкур диссертация мақсади:

Кўп ҳомилаликда гестация ва туғруқ натижаларини оптималлаштириш учун эффектив перинатал парвариш тамойилларини қўллаш ва унинг самарадорлигини урганиш.

Вазифалар:

1. Самарқанд Вилоят перинатал марказида 2013-2015 йиллар давомида эгиз ҳомилалик билан келган аёлларда гестация асоратлари, хомила ҳолати ва зиготаликни ретроспектив гуруҳ билан таққослаб урганиш.
2. ВПМ да эгиз ҳомилалик билан туққан аёлларда туғруқ натижалари, перинатал касалланиш ва улим курсаткичларини қиёсий урганиш.
3. Проспектив гуруҳда ЭПП ва Фукс М.А. усули самарадорлигини ретроспектив гуруҳ билан таққослаб урганиш.

Ишнинг илмий янгилиги

Минтақамизда илк бор эгиз ҳомилали аёлларни олиб боришда эффектив перинатал парвариш тамойилларини кенг қўламли қўлланди ва унинг самарадорлигини тадқиқ этилди. Иккинчи ҳомиланинг кўндаланг ҳолатининг олдини олиш учун Фукс усулини қўллаш натижалари урганилди.

Тадқиқот материали ва усуллари

1. Самарқанд ВПМ да 2009-2012 йиллар мобацнида эгиз хомила туққан аёлларнинг туғруқ тарихларини ретроспектив урганиш (n=35).

2. ВПМда 2012-2015 йилларда эгиз ҳомилалик билан қабул қилинган аёллар ва уларнинг болаларини проспектив кўзатиш (n=35).
3. Проспектив гуруҳдаги аёлларни УТТ, лаборатор ва клиник текширувлардан утказиш.
4. Туққан аёлларнинг плаценталари, шунингдек, перинатал йўқотишларни патологоанатомик таҳлил қилиш.

Ишнинг амалий аҳамияти

Тадқиқот натижалари эгиз ҳомиладорликда гестация ва туғруқ натижаларини оптималлаштиришга, акушерлик асоратларининг олдини олиш ва перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон беради.

Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш

Тадқиқот натижалари Самарканд вилоят перинатал маркази ва вилоятининг барча тугрукка ёрдам курсатиш муассасаларида амалиётга жорий этилади.

Мавзуга оид калит сўзлар

Ўзбек тилида: эгиз ҳомиладорлик, кўп ҳомилалик, эгизаклик, эгиз ҳомилали туғруқ, юқори даражали эгиз ҳомиладорлик, учталиқ эгиз ҳомиладорлик.

Рус тилида: многоплодная беременность, многоплодие, двойня, многоплодные роды, сверхмногоплодная беременность, беременность тройней.

Инглиз тилида: twin pregnancy, multiple pregnancy, twins, multiple delivery, high order multiple pregnancy, triple pregnancy.

I боб. ЭГИЗ ХОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ВА ТУҒРУҚНИ ЯКУНЛАШДА ЭФФЕКТИВ ПЕРИНАТАЛ ПАРВАРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

1.1. Кўп ҳомилалик – юқори ҳавф гуруҳидаги ҳомиладорликдир

Қадим –қадимдан эгизаклар туғилиши катта қизиқиш, хавотир ва хатто қурқув ўйғотиб келган. Эгизаклар ҳақида кўплаб афсоналар ҳам туқилган. Рим шаҳри гербида унинг афсонавий асосчилари Ромул ва Рим суратлари акс этади. Зардуштийлик динида яхшилик худоси Ахурамазда ва ёмонлик худоси Ахриманга сиғинишган, зардуштийлар эътиқодича улар асли эгизаклар бўлсада, бир-бирига ашаддий душман бўлишган.

Кўпчилик халқлар, шу жумладан Ўзбекистон халқи, эгизаклар феноменига ижобий ёндошади, зеро, бирваракайига иккита фарзандга эга бўлиш чексиз қувонч ва завқ бағишлайди.

Бир қарашда кўп ҳомилалик оддий ва бехатар бўлиб кўриниши мумкин, аммо афсуски бу алдамчи таассуротдир. Акушерлик амалиётида эгиз ҳомиладорлик каби жиддий ва серқирра муаммони учратиш мушкул.

Кўп ҳомилаликни фето-плацентар етишмовчилик модели деб ҳисоблаш мумкин, она, ҳомила ва янги туғилган чақалоқ томонидан учрайдиган асоратлар миқдорида кўра, у шубҳасиз, юқори ҳавф гуруҳидаги ҳомиладорлик ҳисобланади (Сичинава Л.Г. ва муаллиф., 2003; Frenzer A. et al., 2005).

Бутун дунёда кўп ҳомилали ҳомиладорликлар жами туғруқларнинг ўртача 0.7-2.0% ини ташкил этади, аммо бу кўрсаткич аста секин ортиб бормоқда. Учталик ҳомилали ҳомиладорликлар жами кўп ҳомилалик ҳолатларига нисбатан 1% ни ташкил қилади (Егорова О.А., 2009; Chen S.C., et al., 2006; Shah Y.Q., 2006). Ривожланган Ғарб давлатларида кейинги ўн йил ичида кўп ҳомилалик ҳомиладорликлар ҳолатлари икки баравар

кўпайди, юқори даражали кўп ҳомилали ҳолатлар эса уч барабар кўпайди (Vacsmann S. et al., 2000; Bryan E. et al., 2007; Фролова О. Г. и соавт., 2002). Бу эса ёрдамчи репродуктив технологиялар – танадан ташқарида уруглантириш ва эмбрионни кучириб утказиш, шунингдек, тухумдонни кломифен цитрат ҳамда хориал гонадотропин билан стимуляция қилиш натижасидир (Collins M.S., 2000; Derom C et al., 2007).

Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш жоизки, эгиз ҳомиладорлик учраши турли халқлар ва ирқ вакилларида турлича ва бу фақат икки тухумдан ривожланган (дизиготали) эгиз ҳомиладорликка тааллуқлидир. Чунки бир тухумдан ривожланган эгизаклик ҳодисаси ва икки тухумдан ривожланган эгизаклик ҳодисаси бир-биридан тубдан фарқ қилади, улар тамомила бошқа-бошқа феноменлардир. Бир тухумдан ривожланган эгизаклик мутлақо тасодифий рўй беради, яъни эмбрион шаклланишининг илк босқичларидан бирида у тасодифан иккига ажралиб кетади ва ҳар бири алоҳида-алоҳида ривожланади. Табиийки уларнинг генотиби бутунлай бир хил ва улар бир-бирига икки томчи сув каби ўхшайдилар. Бу феномен дунёнинг барча миллат ва элатларида бир хил учрайди ва 0.3% ни ташкил этади.

Айни дамда икки тухумдан ривожланган эгизаклик ҳодисаси бир қатор генетик ва ташқи муҳит омилларига боғлиқ ва ҳар бир халқ ва ирқ вакилларида хилма-хил. Масалан Нигериянинг Йоруба қабиласида бу кўрсаткич энг юқори бўлиб, 4.7% ни ташкил этади. Бунга 0.3% бир тухумдан ривожланган эгизакликларни ҳам қушсак, эгиз тугилиш мазкур қабиллада жами 5% ни ташкил этади, бу эса аҳолининг қарийб ўнтадан биттаси онадан эгиз бўлиб тўғилган демакдир. Икки тухумдан ривожланган эгизаклик энг кам учрайдиган мамлакат Ярония бўлиб, бу ерда у 0.2% ни ташкил этади. Монозиготали эгизакларни қушиб ҳисоблаганда 0.5% билан Японияда дунёда эгизаклар энг кам тугиладиган мамлакат сифатида қайд этилади.

Қандай омиллар икки тухумдан ривожланган эгизаклик ходисасини келтириб чиқаради?

Собиқ Совет Иттифоқида кўп ҳомилалик ходисасини ҳеч ким Фукс М.А. ва унинг шогирдлари каби чуқур ва кенг миқёсда урганмаган. Улар бу мавзуда 10 дан ортиқ мақола ва тезислар, 3 та монография ёзишган. Мазкур мактаб асосчисининг фикрича, икки тухумдан ривожланган эгизакликни келтириб чиқарувчи асосий омил – гипофиз олдинги бўлагида гонадотроп гормонларининг нисбатан кўпроқ ишлаб чиқарилишидир. Бунинг оқибатида тухумдоннинг табиий гиперстимуляцияси келиб чиқади ва тухумдонда ёки тухумдонларда бирваракайига иккита доминант фолликул ривожланиб овуляцияланади. Табиийки ҳар иккиси ҳам деярли бир вақтда уруғланади ва иккита эмбрион шаклланади. Уларнинг генотипи одатда ҳар хил, шунинг учун ҳам улар бир-бирига шунчаки ака-сингил ёки опа-ука каби ўхшаш бўлишади. Ҳатто икки эркақдан уруғланган эгизаклик ҳолатлари ҳам маълум, албатта бу казуистик ҳолатларга киради.

Эгизаклар туғилишга аёлнинг ёши, паритети, тана тузилиши, яшаш тарзи (асосан парҳез) ҳам таъсир этади. Муаллифларнинг таъкидлашларича, кўп марта такрор туғувчи, баланд бўйли ёки тўлачадан келган, айти фертил ёшидаги аёллар эгизак туғишга кўпроқ мойил бўладилар (Фукс М.А. ва муаллиф., 1994;). Масалан 35-40 ёшдаги аёлларда эгизак туғилиши 20 ёшдагиларга нисбатан 6 баравар юқори бўлиши исботланган .

Юқорида ҳам таъкидлаб ўтилганидек, эгизаклар туғилишида ёрдамчи репродуктив технологиялар – танадан ташқарида уруғлантириш (ТТУ) ва эмбрионларни кўчириб ўтқазиб (ЭКЎ) жуда катта аҳамиятга эга. Сўнгги маълумотларга кўра, ТТУ ва ЭКЎ дан кейин оддий эгизак туғилиши 25-40% ни ташкил этади. Айти пайтда юқори даражали эгизаклик – учталиқ эшиз туғилиши 2.6%, туртталиқ эгиз туғилиши 0.5% ни ташкил этади (Bryan E. et al., 2007;).

Икки тухумдан ривожланган эгизакларнинг 1/3 қисми икки жинсли (яъни ўғил ва қиз), 1/3 қисми фақат ўғил, 1/3 қисми эса фақат қиз бўлиб туғилади. Аммо бу ўртача ҳисоб китоб, аниқроғи эса ўғил болалар оддий бир ҳомилали эгизакларга нисбатан кўпроқ туғилади (аммо кўпроқ нобуд бўлади ҳам).

Эгиз ҳомиладорликнинг физиологияси анча мураккаб: уларда айланиб юрган қон ҳажми (АЮҚХ) одатдаги бир ҳомилаликка нисбатан 20% юқорироқ, шунинг учун қизил қон таначалари сони нормадан анча орқада қолади ва кўпинча гестацион анемия ривожланади. Анемия ҳолатлари эгиз ҳомиладорликда бутун дунёда 40-86.7% ни ташкил этади (Егорова О.А., 2009;).

Адаптацион-мосланиш механизмларининг тез-тез бузилиши бир катор ҳомиладорлик асоратларига сабаб бўлади. Энг кўп учрайдигани гипертензив бузилишлар бўлиб, улар мазкур ҳомиладорларда 13.2- 68.4% гача учрайди. Гипертензив бузилишлар монозиготали эгизакликда айниқса кўпроқ кўзатилади ва оғирроқ кечади (Kovacs B.W. et al., 2010, Lazarov L., 2003, Фукс М.А. ва муаллиф., 1991).

Эгиз ҳомиладорликга хос бўлган яна бир патология ҳомиладорликнинг муддатга етмай узилиши ва узилиш ҳавфидир. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича, бунга асосий сабаб бачадон деворларининг ҳаддан ортиқ чузилишдир. Аммо фақат бугина эмас. Ҳаддан ортиқ физиологик зуриқиш, гормонлар миқдорининг ўта юқорилиги, плацентанинг катталиги ва катта майдонни эгаллаши ҳаммаси биргаликда юқоридаги асоратларни келтириб чиқаради. Айламазян Э.К. (2004) муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи диссоциацияланган эгиз ҳомиладорликда 36%, диссоциацияланмаган эгиз ҳомиладорликда эса 88.5% учрашини аниқлади. Умуман олганда, ҳомиладорликнинг муддатга етмай узилиши 42.7-51.0% ҳолатларда ўрин тутади (Laor D., Seidman D.S., 2009).

Кўп сувлилик жами эгиз ҳомиладорлик ҳолатларининг 12.9% ида кўзатилади. Одатда хомилалардан биттасининг амнион бушлиғида кўп сувлилик ривожланади. Бу асорат ҳам кўпроқ монозиготали эгизларда кўпроқ кўзатилади (Allen G., Parisi P., 2010).

Эгиз ҳомиладорликда плацентар патология эгизаклик феноменининг ўзи билан ёки ҳомила тухумларидан бирининг қисилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Плацентанинг олдинда ётиши 0.55-2.6% ҳолатларда учрайди. Юқори паритет кўпинча эгиз ҳомиладорлик билан бирга учрайди ва плацента олдинда ётишида катта роль ўйнайди (Amato M., Nuppi P., 2010).

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши (НЖПВОК) анча кўп – жами эгиз ҳомиладорлик ҳолатларининг 2.1% ида кўзатилади. Эслатиб ўтамиз, маскур ўта ҳавфли асорат оддий бир ҳомилали ҳомиладорликда 0.8-1.0% учрайди ва оғир асоратларга олиб келади. НЖПВОК бачадоннинг ҳаддан зиёд чузилиши билан, ёки тулғоқ вақтида қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши натижасида кескин декомпрессияланиши оқибатида ривожланади (Егорова О.А., 2009;).

Шубҳасиз, эгиз ҳомиладорликда учрайдиган энг қурқинчли асоратлардан бири – олдинда ётган ҳомиланинг киндик тизимчаси тушиб қолишидир. Бу айниқса биринчи ҳомиланинг чаноғи олдинда келганда, ёки биринчи ҳомила кўндаланг ётганда келиб чиқади. Шу ўринда айтиб ўтиш жоизки, ҳомиланинг чаноқ билан келиши оддий бир ҳомилали ҳомиладорликка нисбатан 10 баравар кўп учрайди. Bryan E.M. et al., (2004) ёзишича, ҳомила чаноғининг олдинда келиши жами эгиз ҳомиладорликарнинг 1/3 қисмига туғри келади.

Ҳомила киндик тизимчасининг тушиб қолиши диамниотик эгиз ҳомиладорликда 5% учраса моноамниотик эгиз ҳомиладорликда 17% гача учраши қайд этилган . Албатта мазкур асорат ҳар доим қоғоноқ

сувларининг муддатдан одлин кетиши (ҚСМОК) туфайли ривожланади. ҚСМОК эса жами эгиз ҳомиладорликларнинг 63.3% ида кўзатилади (Amato M., Nurpi P., 2010)

Алоҳида таъкидлаб ўтиш жоизки, бу маълумотлар бироз олдин, яъни эффектив перинатал технологиялар (ЭПП) жорий этилмаган даврларда тўпланган. Шубҳасиз, ЎзР да ЭПП жорий этилгандан сўнг бу асоратлар камроқ учраши аниқ.

Эгиз ҳомиладорлик билан боғлиқ яна бир жиддий асорат – туғрук кучларининг сустлиги, янги терминология буйича туғрукнинг кониқарсиз прогрессиدير. Бу асорат ҳам бачадоннинг ҳаддан ортиқ чузилиши билан, шунингдек, иккита плацента жойлашган катта майдоннинг қисқариш жараёнида қатнашмаслиги билан боғлиқдир. Шунга ўхшаш, туғрук кучларининг дискоординацияси ҳам сезиларли даражада кўп учрайди ва 39-40 хафталик муддатда содир бўлаётган жами эгиз ҳомидали туғрукларнинг 1-5% ида учрайди.

Перинатал ўлим эгиз ҳомиладорликда одий бир ҳомидали ҳомиладорликка нисбатан 3-4 баравар юқоридир, учталиқ ҳомидали эгиз ҳомиладорлик эса 60%гача етади (Стыгар А.М. ва муаллиф., 2008; Wenson R.C., Pernoll M.L., 2004). Аммо, Самарқанд вилоят перинатал марказида туғилган учталиқ эгизакларнинг ҳаммаси соғ-саломат уйига жавоб берилган (ВПМ 2012, 2013 йил конъюнктур ҳисоботига кўра).

Ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми (ХРОҚС) айниқса катта аҳамиятга ва эътиборга лойиқ. Турли муаллифларнинг гувоҳлик беришларича, ХРОҚС эгиз туғилган чақалокларнинг 23-56% ида кўзатилади (Amato M., Nurpi P., 2010).

Ҳомила ривожланиш нуқсонларининг (ХРН) кўп учраши ҳам алоҳида эътиборга сазовордир. Муаллифларнинг маълумотларига кўра у 6.8-10.3%

ҳолатларда учрайди . Шу уринда таъкидлаб утиш лозимки, монозиготали эгизакликда ХРН дизиготали эгизакликка нисбатан 50% кўпроқ кўзатилади (Murray W. Enkin et al, 2000).). Шу билан бирга, монозиготали эгиз ҳомиладорликда 22.2% ҳолатларда ХРН дискордант (икки ҳомилада икки хил, бир-бирига ўхшамайдиган), 77.8% ҳолатларда эса конкордант (хар икки ҳомилада бир хил) бўлган (Frenzer A. et al., 2005).

Фақат эгиз ҳомиладорлик учун хос бўлган ривожланиш нуқсони фето-фетал гемотрансфузия синдроми (ФФГС) бўлиб, мазкур нуқсон хар иккала ҳомила учун битта бўлган плацентадаги кўп сонли томирлар анастомозлари билан боғлиқдир. Бу анастомозлар артерио-артериал, вено-веноз, артерио-веноз анатомоз бўлиши мумкин. Монохориал эгиз ҳомиладорликда қон томирлар анастомозлари 85-94% кўзатилсада, ФФГС фақат 5-7% ҳолатларда манифестацияланади (юзага чиқади) .

Юқоридаги маълумотлардан сезилиб турганидек, ҳомиладорликнинг кечиши монохориал ва дихориал эгиз ҳомиладорликларда тамомила бошқачадир. Федерякина О.Б. (2005) маълумотларига кўра, янги туғилган чақалоқларнинг туғилгандаги аҳволи монохориал эгизакликда дихориал эгиз ҳомиладорликка нисбатан ўрта ҳисобда 1,5 баравар оғирроқ бўлади. Респиратор дистресс синдроми (РДС) монохориал эгиз ҳомиладорликда сезиларли даражада кўп учрайди. Худди шунингдек, перинатал йўқотишлар ҳам дихориал ва монохориал эгиз ҳомиладорликларда мос равишда 5.8-1.8% (58-18‰) қайд этилади. Кохрейн маълумотлар базасининг кўрсатишича, ХРН лари монохориал эгиз ҳомиладорликда дихориалга эгизакликка нисбатан 2 баравар кўпроқдир.

Шундай қилиб, биз ўрганиб чиққан адабиёт маълумотларига кўра, эгиз ҳомиладорлик ҳам акушерлик, ҳам перинатал нуқтаи назаридан юқори хавф гуруҳига мансубдир. Мазкур аёллар вақтида ҳисобга олиниб, алоҳида кўзатув остида бўлишлари шарт. Туғиш муддати келганда, ёки асоратлар юзага келганда уларни юксак даражада ихтисослашган шаҳар туғруқ

комплексларига госпитализация қилиниши лозим. ЎзР ССВнинг регионализация тўғрисидаги буйруғига кўра, агар ҳомиладорлик нормал кечаётган бўлса улар шу муассасаларда туқиши мумкин, агар оғир асоратлар юзага келса Вилоят перинатал марказларига юборилишлари керак.

1.2. Эгиз ҳомилалар ҳолатини анте- ва интранатал диагностика қилиш

Замонавий перинатологиянинг триумфал муваффақияти кўп даражада она қорнидаги ҳомилалар аҳолини анте- ва интранатал баҳолаш билан боғлиқ. Бу жуда катта стратегик аҳамиятга эга, негаки у туғруқни қачон ва қандай йўл билан яқунлашга асос бўладиган маълумотларни беради. Керакли диагностик жиҳозлар бўлмаса, перинатал кўрсаткичларни яхшилаш ҳақида гап бўлиши мумкин эмас.

Перинаталогия соҳасида кейинги 25 йил ичида сунгги 2500 йил ичида эришилган муваффақиятларга тенг даражада ютуқларга эришилди. Ривожланган бой мамлакатларда диагностика ва даволашнинг такомиллашгани эвазига перинатал ўлим кўрсаткичи 12‰ га, айрим давлатларда (Швеция, Япония) 3-5‰ гача камайтирилди.

Энг кўп қўлланиладиган, нисбатан арзон ва информатив текшириш усулларида бири – ультратовуш текшируви дир (УТТ).

Фукс М.А. (2000) эгиз ҳомиладорликда УТ биометриясини урганиб, эгизаклар ривожланишининг қуйидаги 5 та типини аниқлади:

1. Физиологик ривожланиш, бунда биометрик кўрсаткичлар нормадагидан фарқ қилмайди.
2. Ривожланиш диссоциациясиз гипотрофия – ҳомилаларнинг хар иккиси гипотрофик ривожланади.
3. Диссоциацияланган ривожланиш - ҳомилалардан бири нормал, иккинчиси гипотрофик ривожланади.

4. Ҳомила ривожланиш нуқсонлари
5. Ҳомиланинг (ҳомилаларнинг) антенатал ўлими.

УТТ ни айниқса ҲРН лари ва ФФГС ни аниқлаш учун специфик текшириш усули деб ҳисоблаш мумкин. Оғир даражали ФФГС да ҳомилалардан бирида кўп сувлилик ва ҳомиланинг биометрик параметрларининг нисбатан катталиги аниқланади. ФФГС нинг патогномоник белгиси реципиент ҳомилада сийдик пуфагининг катталиги аниқланади, иккинчи ҳомилада эса (“донор” ҳомилада) аксинча, сийдик пуфаги кўринмайди, гўё “бўлмайди”. Шунингдек, “донор” ҳомилада камсувлилик, ҳаракат ва нафас олиш ҳаракатларининг кескин сусайганлиги аниқланади. Буйин соҳасида шиш Даун синдромининг белгиси ҳисобланади

Эгизакларни УТ текширишда уланинг зиготалигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Зиготалик плацентация типи, эгизаклар жинси ва ҳомилалар уртасидаги тусиқнинг бор-йўқлиги, агар бўлса қалинлигига қараб аниқланади. Эгизакларни УТ текшириш учун оптимал муддат 6-9 ҳафта ҳисобланади. Шу муддатда агар ҳомилалар уртасида қалин тусиқ бўлса, бу дихориал эгизакликнинг исботидир. 9 ҳафтадан кейин бу тусиқ аста-секин юпкалашади ва диагностик аҳамиятини йўқотади. Аммо шунда ҳам энг четки қисмида қалинлашган жой қолади ва бу γ-белги (гамма белгиси) деб аталади. Унинг қалинлиги дихориал эгизакликда 1.2 мм дан ошади, монохориал эгизакликда 0.8-1.1 мм бўлади.

УТТ да нафақат ҳомила биометрияси, балки унинг функционал ҳолати – юрак уришлар сони, нафас ҳаракатлари сони, йирик ҳаракатлар сони, ҳомила тонуси, шунингдек, плацентанг етилиш даражаси ва қоғоноқ сувлари миқдори ҳам аниқланади. Булар ҳаммаси биргаликда ҳомиланинг биофизик профилини (ҲБП) ташкил этади.

Ҳомиланинг юрак уриши ҳомила ахволини белгиловчи сезгир ва юқори информатив мезонлардан бири ҳисобланади. Бунинг учун бугунги

кунда асосан кардиотокография (КТГ) қўлланилади. КТГ да хомиланинг юрак уриши камида 30 минут давомида тухтовсиз регистрация қилиниб, кейин интерпретация қилинади. Хомила юрак уришлар сони (ХЮУС) 15 секунд давомида 15 зарба/мин дан паст бўлиб кетса, бу децелерация дейилади ва бу хомила дистресси белгиси бўлиб ҳисобланади. Шаклига қараб оддий V-симон, U-симон ва W –симон децелерациялар аниқланади. Энг ёмони U-симон ва W –симон децелерациялар ҳисобланади. Аксинча, ХЮУС нинг 15 секунд давомида 15 зарба/мин дан баланд бўлиб кетса, бу акцелерация дейилади. Акцелерация одатда яхши белги бўлиб, хомиланинг компенсатор-мосланиш имкониятлари юқори эканлигидан дарак беради.

Хомила аҳволини функционал УТТ йўли билан текширишда асосий мезонлардан бири унинг нафас олиш харакатлари сонидир. Нафас олиш харакатлари сони физиологик кечаётган 39 хафталик хомиладорликда 52.3 ± 2.5 /минутни ташкил этади (Рустамов У.Х., 1995). Хомиланинг йирик харакатлари сони эса 1 соатда 5-6 та бўлиши керак, 3 тадан кам ёки 6 тадан зиёд бўлса, патология ҳисобланади. Хомила тонуси нормал бўлганда у бошини ва қўлчаларини ҳамда оёқчаларини буккан ҳолда тухумсиомон шаклга кириб ётади. Агар хомила тонуси паст бўлса юқоридаги буғимлардан ёзилиб кетиш кўзатилади.

Manning F. et al. (2000) хомиланинг аҳволини максимал даражада адекват баҳолаш учун 5 параметрдан иборат хомиланинг биофизик профили шкаласини таклиф этган: юрак уришлар сони ностресс тести, нафас харакатлари сони, йирик харакатлар сони, хомила тонуси ва қоғоноқ сувлари миқдори. Ундан кейин яна кўплаб шкалалар киритилган. Улардан бири 2005 йилда И.Ж.Жумаев томонидан таклиф этилган ва ҳимоя қилинган ХБП шкаласи бўлиб, у айнан эгиз хомиладорлик учун мўлжалланган.

1.3. Эгиз ҳомиладорликни эффектив перинатал парвариш тамойиллари буйича олиб бориш

Эффектив перинатал парвариш (ЭПП) буйича эгиз ҳомиладорликни олиб боришда қўйидаги тавсияномаларга амал қилинади. Энг аввало шуни эътиборга олиш лозимки, эгиз ҳомиладорликда темир ва фолат кислоталарига эҳтиёж кучаяди, шунинг учун мазкур препаратларни бериб бориш тавсия этилади.

Эгиз ҳомиладорликда учрайдиган ҳавфли асоратлардан бири ҳомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлишидир. Бундай ҳолатда иккинчи ҳомиланинг ахволи ўлимга олиб келган омилларга, хорионнинг умумийлиги ёки алоҳидалиги, ўлим билан иккинчи ҳомиланинг туғилиши орасидаги интервалга боғлиқ.

Дизиготали ҳомиладорликда ўлик ҳомила иккинчисига мутлағо халақит бермаган ҳолда сўрилиб кетиши мумкин. ДВС-синдром бундай аёлларад жуда камдан кам рўй беради. Монозиготали эгизакликда иккинчи ҳомила 99% ҳолатларда нобуд бўлади. Мабодо иккинчи ҳомила тирик қолган тақдирда унда мультикистоз энцефаломалаяция ҳавфи ўта юқори бўлади (Murray W. Enkin et al, 2000).

Ҳомила киндигида чин тугун ҳосил бўлиши ёки киндикнинг ҳомила бўйнига ўралиб қолиши айниқса монокориал моноамнионал эгизакликда 70% ҳолатларда учрайди ва 50% гача перинатал ўлимга олиб келиши мумкин. Бундай ҳавф агар ҳомилалардан бири 32 ҳафтадан кейин нобуд бўлган бўлса кескин камаяди (Murray W. Enkin et al, 2000).

Эгиз ҳомиладорликда перинатал ўлим юқорилигини таъминлайдиган асосий омил бу муддатдан олдинги туғруқлардир. Муддатдан олдинги туғруқ бачадон буйинини пальпация қилиш, ультратовуш текшируви, бачадон буйни шиллиғида фетал фибронектин миқдорини аниқлаш асосида прогноз қилинади. Муддатдан олдинги туғруқларни олдини олиш

учун бугунги кунда бир қатор услублар тадбирлар ишлаб чиқилган: бачадон буйнига айлантириб чок қуйиш, бачадон активлигини уй шароитида мониторинг қилиб бориш, доимий тушак режимини таъминлаш мақсадида госпитализация қилиб бориш, бета-адреномиметиклар қўллаш ва хоказо. Аммо, муддатдан олдинги туғруқларни профилактика қилишда мазкур чора-тадбирларни биронтасининг ҳаққоний самарадорлиги исботланмаган.

Эгиз ҳомиладорликда иккинчи ҳомила чаноғи билан келган ҳолатда кесар кесиш операциясини қўллаш самарадорлиги Рандомизацияланган назоратли тадқиқотларда текшириб чиқилди ва перинатал ўлимни камайтиришда ҳеч қандай ўзгариш кўрилмади. Аксинча, операция ва оғриқсизлантириш билан боғлиқ равишда оналар касалланиши, акушерлик асоратлари анча кўпайди. Демак, кесар кесиш операцияси фақат жиддий акушерлик кўрсатмаларига асосланиб утказилиши лозим.

Туғруқни табиий йўллар орқали олиб боришда биринчи ҳомила туғилишида туғруқнинг 1 даврида веноз катетер ўрнатилади ва оддий физиологик эритма қуйиш бошланади. Бу керак бўлганда хар доим вена ичига тушиш мумкин бўлиши учун қилинади.

Ҳомиланинг юрак уриши мунтазам текшириб турилади. Агар ХЮУ да юрак уришлар соғни 100 дан кам ёки 180 дан юқори бўлса ҳомила дистресси диагнози қўйилади. Бунда зудлик билан аёлга ярим утириш ҳолати берилади ёки чап томонига ўтқизилади. Агар окситоцин томизилиаётган бўлса, уни тухтатиш лозим. Агар кейинги 3 та дард давомида патологик юрак уриш сони сақланиб қолса, қин орқали кўриб, киндик олдинда ўтиши ёки киндик тушиб қолиши, плацента кўчиши каби патологияларни истисно қилиш лозим. Агар қин орқали қуюқ меконийли ажралма кела бошласа аёлни туғруқни тезроқ яқунлаш лозим. Бунинг учун агар туғруқ йўллари тайёр бўлса табиий йўллар орқали, аксинча бўлса кесар кесиш йўли билан туғдириш лозим.

Эгиз ҳомилали туғрукни олиб боришда биринчи ҳомила қандай қисми билан келаётганлиги катта аҳамиятга эга. Агар энса олдинда келишининг олдинги тури аниқланса туғрукни табиий йўллар орқали олиб бориш мақсадга мувофиқ. Туғрук худди бир ҳомилали ҳомиладорликдаги каби партограмма асосида олиб борилади.

Чанок олдинда келишида ҳам худди битта ҳомила бўлгани каби усуллар қўлланилади. Туғрук прогресси партограмма асосида олиб борилади. Агар ҳомилалардан бири кундаланг ётган бўлса, туғрук кесар кесиш йўли билан яқунланади.

Табиий йўллар орқали туғрук содир бўлганда, биринчи ҳомила туғилгандан сунг, унинг киндигига қисқич қўйилади ва иккинч ҳомила туғлиши кутилади. Тулғоқ фаолияти бошланиб, иккинчи хомиланинг пуфаги пастга яқинлашгач, уни амниотомия қилиш лозим. Мана шу уринда бир нарса жуда катта аҳамиятга эга. Биринчи ҳомила туғилиши билан аёл қорнини пайпаслаб, иккинчи ҳомила жойлашувини аниқлаш керак. Агар у кийшик ёки кундаланг ҳолатда бўлса, Эффе́ктив перинатал парвариш дастури ташқи буриш йули билан хомилани буйлама ҳолатга келтиришни тавсия этади.

Рус акушер-гинеколог олими Фукс М.А. 1990 йилда химоя қилинган докторлик диссертациясида иккинчи хомиланинг туғрук вақтида, айнан биринчи ҳомила туғилгандан кейин кундаланг ҳолатга келиб қолишини исботлаб берган ва унинг олдини олиш учун махсус методика тавсия этган. Бу акушерлик амалиётида Фукс усули деб аталади. Бунда биничи ҳомила туғилгандан сунг акушер иккала қўлини аёл қорнига буйлама ҳолатда қўйиб, бачадон тубига салгина босган ҳолда тутиб туради. Бу ҳолат иккинчи хомиланинг кундаланг ҳолатга келиб қолиши самарали профилактика қилади. Эффе́ктив Перинатал парвариш эса мабодо иккинчи ҳомила аллақачон кундаланг ҳолатга келган бўлса, уни ташқи буриш билан буйлама ҳолатга келтиришни тавсия этади.

Биз эса шу ўринда Фукс усули ва ЭПП тавсиясини комбинация қилган ҳолда иккинчи хомиланинг кундаланг келиши ҳолатларини ва шу туфайли бажариладиган КК операциялари сонини минимум даражада камайтирмоқчимиз.

Хомиланинг юрак уришини ҳар бир тулғоқ орасида эшитиб туриш лозим. Агар тулғоқ кучлари сусайиб қолса, туғруқ фаолиятини окситоцин ёрдамида стимуляция қилиш тавсия этилади. Бунда окситоцин томчилари сонини то яхши туғруқ фаолияти тиклангунча, ҳар 15 минутда ошириб бориш тавсия қилинади. Яхши туғруқ фаолияти деганда ҳар 10 минутда 3 та тулғоқ ва ҳар бир тулғоқ давомийлиги 40 секунддан кам бўлмаслиги тушунилади.

Агар биринчи хомила туғилгандан сунг яхши туғруқ фаолияти фонида 2 соат ичида хомила туғилмаса ёки патологик хомила юрак уриши кўзатилса (яъни хомила юрак уриши 100 дан кам ёки 180 дан кўп).

Агар иккинчи хомила чаноғи билан келса ва биринчисига нисбатан унча катта бўлмаса, уни табиий йўллар орқали туғдрган маъкул. Туғруқ кучлари сусайиб қолса, уни окситоцин билан стимуляция қилиш мумкин. Хомила думбалари яхши пастга тушгандан сунг, хомила пуфагини очиш лозим. Агар иккинчи хомилани қин орқали туғдириш имкони бўлмаса, туғруқни кесар кесиш операцияси орқали яқунлаш мақсадга мувофиқ.

Агар иккинчи хомила кундаланг ҳолатда булса ва хомила пуфаги бутун булса, ташки буриш йули билан уни буйлама ҳолатга келтириш лозим. Агар бу самара бермаса, иккинч хомилани оёғидан буриш операциясини бажариш тавсия этилади. Аммо бунинг учун врач акушер анча тажрибали бўлиши шарт. Агар ҳаракатларингиз самара бермаса, кайсарлик билан уринишда давом этманг. Яхшиси, кесар кесиш орқали туғруқни яқунланг.

Тугрукдан сунг 10 ТД окситоцин вена ичига томчилаб юборилади ёки 0,2 мг эргометрин мушак орасига килинади.

Эгиз хомилали тугрук асоратлари.

Эгиз хомилали хомиладорликда хомила тарафидан кўйидаги асоратлар кўзатилиши мумкин:

- Анемия,
- Хомиладорлик тухташи
- Хомиладорлик билан боғлиқ гипертензив ҳолатлар
- Кўп сувлилик
- Туғруқ кучлари сустлиги
- Плацента ёки унинг бўлаклари қолиб кетиши
- Туғруқдан кейинги қон кетишлар.

Туғувчи аёл томонидан кўйидаги асоратлар рўй бериши мумкин.

- Плацента олдинда ётиши
- Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кучиши
- Плацентар етишмовчилик
- Муддатдан олдинги туғруқ
- Кам вазнли чақалоқ туғилиши
- Хомиланинг нотуғри жойлашуви
- Киндик тушиб қолиши
- Туғма ривожланиш нуқсонлари

Шундай қилиб, келтирилган адабиёт маълумотларидан кўриниб турганидек, эгиз хомиладорлик муаммоси ниҳоятда ранг-баранг ва баъзан карама қарши аспектларга эга. Хар бир миллат ва халқ ўз генофондига эга бўлгани учун, эгиз хомиладорликнинг учраши хар бир мамлакат ва минтакаларда хар хил. Ўзбекистон Республикасида, хусусан Самарканд вилоятида бу кўрсаткич қандай? Буни урганиш ҳам алоҳида аҳамиятга эга. Эгиз хомиладорликнинг кечиши бизнинг минтакамизда қандай ўзига

хосликларга эга, буни урганиш ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда эътиборга олиниши лозим. Ана шунда минтакамизда эгиз ҳомиладорлик билан боғлиқ перинатал ўлим ва касалланиш кўрсаткичларини, қолаверса оналар ўлими ва касалланишини камайтириш имкониятларига эга бўламиз.

Эффектив перинатал парвариш тамойиллари оналар ўлими ва перинатал ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон берди. Аммо илм-фан ҳар доим ривожланишда. Ҳеч қайси хулоса ва тавсияни мутлоқ ҳақиқат деб бўлмайди. Уни доимо кузатиш, урганиш ва керак булса модификация лозим. Айниқса хориж давлатларида текшириб курилган илмий хулосалар ҳар бир минтаканинг маҳаллий шароитларига мослаштирилиши инкор этиб бўлмайдиган зарурат. Шу фикрлардан келиб чиқиб, эгиз ҳомиладорликни олиб боришда ЭПП тамойилларини қўллаш натижаларини урганиш катта илмий-амалий аҳамиятга эга.

II бoб. ТЕКШИРИШ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ

Тадқиқотлар Самарканд Вилоят перинатал марказида (ВПМ) олиб борилди. Текшириш учун ВПМ га 2012-2014 йилларда эгиз хомиладорлик билан келган 65 бемор танлаб олинган. Мазкур аёлларнинг ҳаммаси проспектив усулда бевосита кўзатув ва актив олиб бориш асосида тадқиқ этилди.

Тадқиқот инструменти сифатида махсус ишлаб чиқилган ва ишончилиги текширилган Кўзатув картасидан фойдаланилди. Хар бир аёл учун алохида кўзатув картаси юритилган ва бевосита текширилиб, урганилган. Кўзатув картаси жами 34 параметрдан иборат булиб, унда паспорт маълумотларидан ташқари, аёлнинг жисмоний кўрсаткичлари, анамнези, диагноз ва утказилган оператив аралашувлар, акушерлик статуси ҳамда барча лаборатор тахлиллар киритилган. Бундан ташқари унда тугрук натижалари, чакалокка тегишли маълумотлар ҳам урин олган. Аёлга утказилган даво муолажалари ҳам эътибордан четда колмаган.

Кўзатув картаси СамМИ Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5 курс учун акушерлик ва гинекология курси мажлисида кўриб чиқилиб, тасдиқланган (Протокол № 3, 2012 йил, 21 Ноябрь).

Текширилган беморларда хомиладорлик, тугрук ва чилла даврининг кечиши, фон хасталиклар, асоратлар кенг хажмда урганилди. Эктрагениатал касалликлар мавжуд булса, уларни даволаш тактикасини белгилашда касаллик шакли, давомийлиги, кузгатувчиси, кузгатувчининг антибиотикларга сезгирлиги, хомиладорлик асоратларига ахамият берилди. Умумий сийдик тахлили, Ничепоренко тахлили, Зимницкий синамаси, сийдикни бактериологик текшириш, буйракларни УТ текширишдан ташқари коннинг биохимик тахлиллари, кон ивиш тизимининг курсаткичлари, шунингдек гематограмма, гематокрит курсаткичи ва бошқалар урганилган. Буйрак функционал холатини

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 харакатлиги, уларнинг сони ва тури, эгизак хомилаларнинг харакат активлиги (gross fetal movements), хои́ла тонуси, қоғоноқ сувлари миқдори аниқланди. Маълумки, нафас олиш харакатлари нормада минутига 30 тадан кам бўлмаслиги ва даврий равишда такрорланадиган апноэ ҳолатлари 15 минутдан ошиб кетмаслиги керак. Агар нафас харакатлари сони 30 минутдан кам бўлса ва апноэ ҳолатлари 15 минутдан ошиб кетса бу ЭПП буйича хои́ла хаётига тахдид солувчи ҳолат хисобланади.

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

Хомиланинг нормал тонуси деганда унинг тана мушакларини букиш ёки ёзиш қобилияти тушунилади. Нормал тонусда бола кўл ва оёқларини буккан ҳолатда бошини сал эгиб туради. агар хои́ла қимирлаган пайтда кўл 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 УТГ 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.

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

Маълумки, кўп ҳомидаликда ЭГК орасида пиелонефрит айниқса кўп учрайди, камқонликдан сўнг, албатта. Пиелонефрит билан оғриган беморларни даволашда хомиладорлик муддатига қараб ампициллин, цефазолин, мегацеф қўлланилди. 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 эффеќтига 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 шкала асосида интерпретация қилинди.

Таблица 2.1.

Кардиотокография курсаткичлари интерпретацияси учун Фишер шкаласи, 1991.

№	КТГ параметри	Балларда баҳолаш		
		0	1	2
1	Юрак уришлари базал частотаси	>100 <180	100-120 160-180	120-160
2	Лаҳзали осцилляциялар амплитудаси	<2	2-4	>4
3	Лаҳзали осцилляциялар частотаси	<5	5-10 >30	10-30
4	Акцелерациялар (юрак уриши тезлашишлари)	Йўқ	Периодик	Спорадик
5	Децелерациялар (юрак уриши секинлашишлари)	Кечки узок вариабел децелерация- лар ёмон	Кечки қисқа ёки уртача вариабел	Йўқ Эрта децелера-

		прогностик белгилар билан	децелера- циялар	циялар
--	--	---------------------------------	---------------------	--------

Фишер шкаласи буйича 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, туғруқ индукцияси тавсия этилади. 4 баллдан кам – кучли ифодаланган ҳомила дистесси, бу ҳолда Кесар кесиш йўли билан туғруқни яқунлаш лозим.

Она қорнидаги ҳомиланинг аҳволини ҳеч бир усул унинг биофизик профили каби аниқ баҳолай олмайди. Биз қўйидаги БПП шкаласидан фойдаландик.

Жадвал 2.2.

Ҳомила биофизик профили шкаласи (Закирова Н.И., Жумаев И.Ж., 2006).

№	ҲБП параметрлари	Баллар		
		0	1	2
1	Ҳомила биометрик параметрлари	Ассимтерик гипотрофия	Симметрик гипотрофия	Гестация муддатига мос
2	Нафас олиш ҳаракатлари сони	Йўқ, ёки ҳиқиллаган	Минутига 30 тадан кам	Минутига 30 тадан кўп
3	Йирик ҳаракатлари сони	Йўқ	Соатига 1-5 ҳаракат	Соатига 6 тадан кўп
4	Ҳомила тонуси	Гипотония	Паст	Нормал
5	Плацентанинг етилиш даражаси	I даража	II даража	III даража

6	Қоғоноқ сувлари миқдори	Камсувлилик	Кўпсувлилик	Сувлар нормада
7	КТГ ностресс тест	Фишер шкаласи буйича 4 баллдан кам	5-7 балл	8-10 балл

Мазкур шкала буйича 10-14 балл норма, 9-10 балл – енгил дистресс, 7 баллдан кам – оғир дистресс ҳисобланади.

Маълумки, кўпҳомилалик кўпинча сурункали ҳомила дистресси ва ҲРОҚС билан асоратланади. ҲРОҚС 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 ҳомиланинг тахминий оғирлиги аниқланади, кейин мазкур формула буйича ушбу муддатга мос келувчи вазн топилади ва таққосланади. Агар ҳомиланинг реал вазни тахмин қилинган вазндан 400 гр кам бўлса ҲРОҚС 1 даражаси, 500-800 гр кам бўлса – ҲРОҚС 2 даражаси, 800 гр дан кўпроқ кам бўлса ҲРОҚС 3 даражаси диагнози қўйилади.

Тадкик этилган 65 нафар аёллар тулик клиник лаборатор текширишлардан утишган. Утказилган текшириш усуллари хакидаги маълумотлар куйидаги жадвалда келтирилган:

Жадвал №2.3.

Текшириш усуллари ва сони

<i>№</i>	<i>Текшириш усуллари</i>	<i>Сони</i>	<i>%</i>
1	Умумий физикал текшириш	65	100%
2	Акушерлик текшируви	65	100%
3	Ультратовуш текшириш	65	100%
4	Умумий кон ва сийдик тахлили	65	100%
5	Ничепоренко тахлили	65	100%
6	Зимницкий синамаси	65	100%
7	Сийдик экмасини бактериологик текшириш	65	100%
8	Кон гурухи ва Rh-омилни аниклаш	65	100%
9	Коннинг биохимик тахлиллари	65	100%
10	Кон ивувчанлигини Сухарев буйича аниклаш	65	100%
11	Протромбин вакти ва индекси	65	100%
12	Гематокрит курсаткичи	65	100%
15	Кин тозалик даражасини текшириш	65	100%
16	Мутахасислар куриги	65	100%
17	ЭКГ	25	38,5%
18	Перинатал йукотишларни патологоанатомик текшириш	2	3,1%
Жами		1067	-

Шундай килиб, жами 1067 та клиник, лаборатор ва аппаратли текшириш усуллари утказилган.

Перианатал улим 2 та чакалоқда кузатилди, уларда утказилган патолого-анатомик текшириш улим сабаблари аникланди.

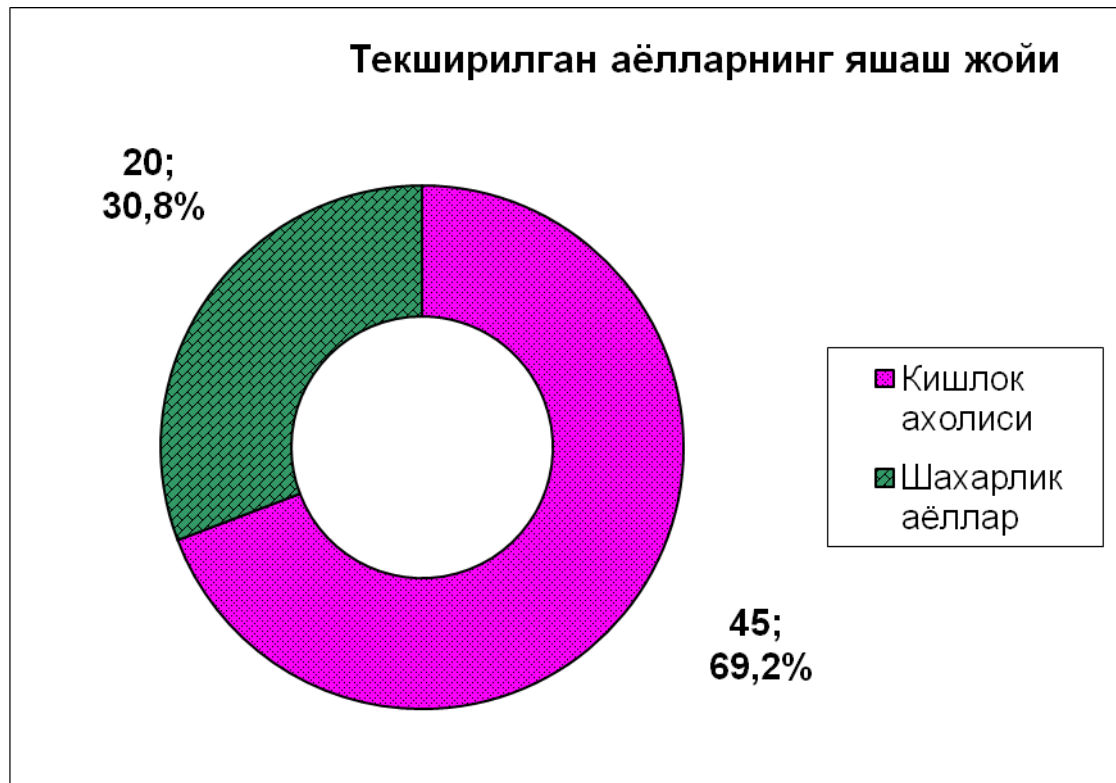
Тадкикот когорт усулида булиб, текшириш объектлари вақт буйича рандомизация мезони билан танланган.

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

III БОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ

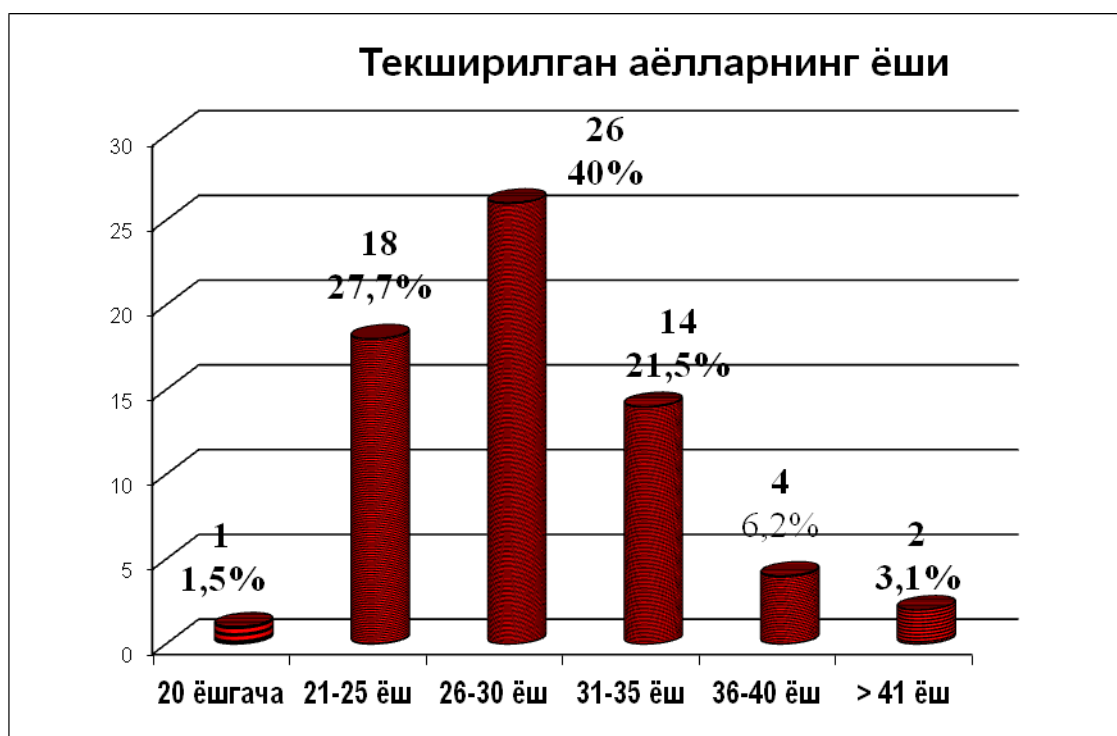
1.1. Текширилган аёлларнинг умумий характеристикаси

Текширилган жами 65 нафар аёлнинг 45 таси қишлоқ аҳолиси, қолган 20 нафари эса шаҳарликлар эди (Расм 3.1.)



Расм 3.1. Аёлларнинг яшаш манзили.

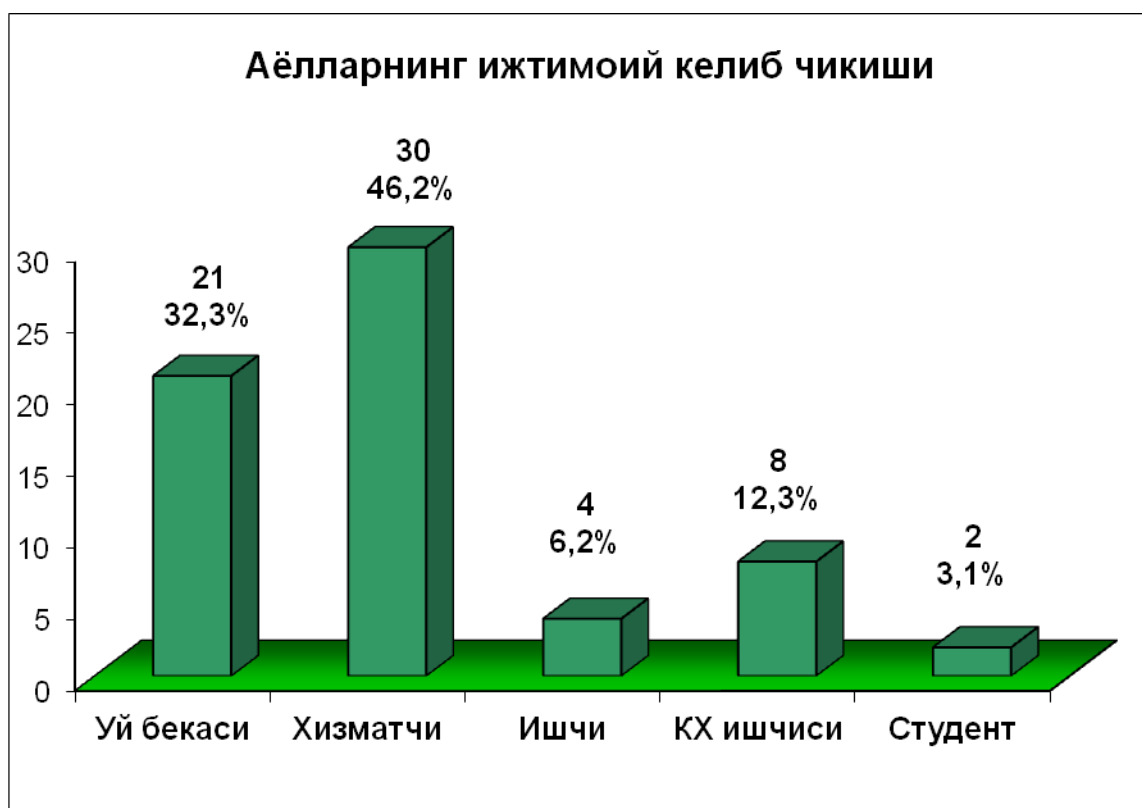
Текширилган аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши кўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.2.)



Расм 3.2. Аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши.

Аёлларнинг аксарият қисми (89,2%) 21 ёшдан 35 ёшгача бўлиб, бу оптимал фертил ёшга тўғри келади. Аёлларнинг 27,7% 21-25 ёш оралиғида, 40% 26-30 ёш оралиғида ва 21,5% 31-35 ёш ўртасида бўлган. Кўп ҳомилали аёлларнинг 9,3% 36 ёшдан катта бўлган, фақат биргина аёл 19 ёшда бўлган.

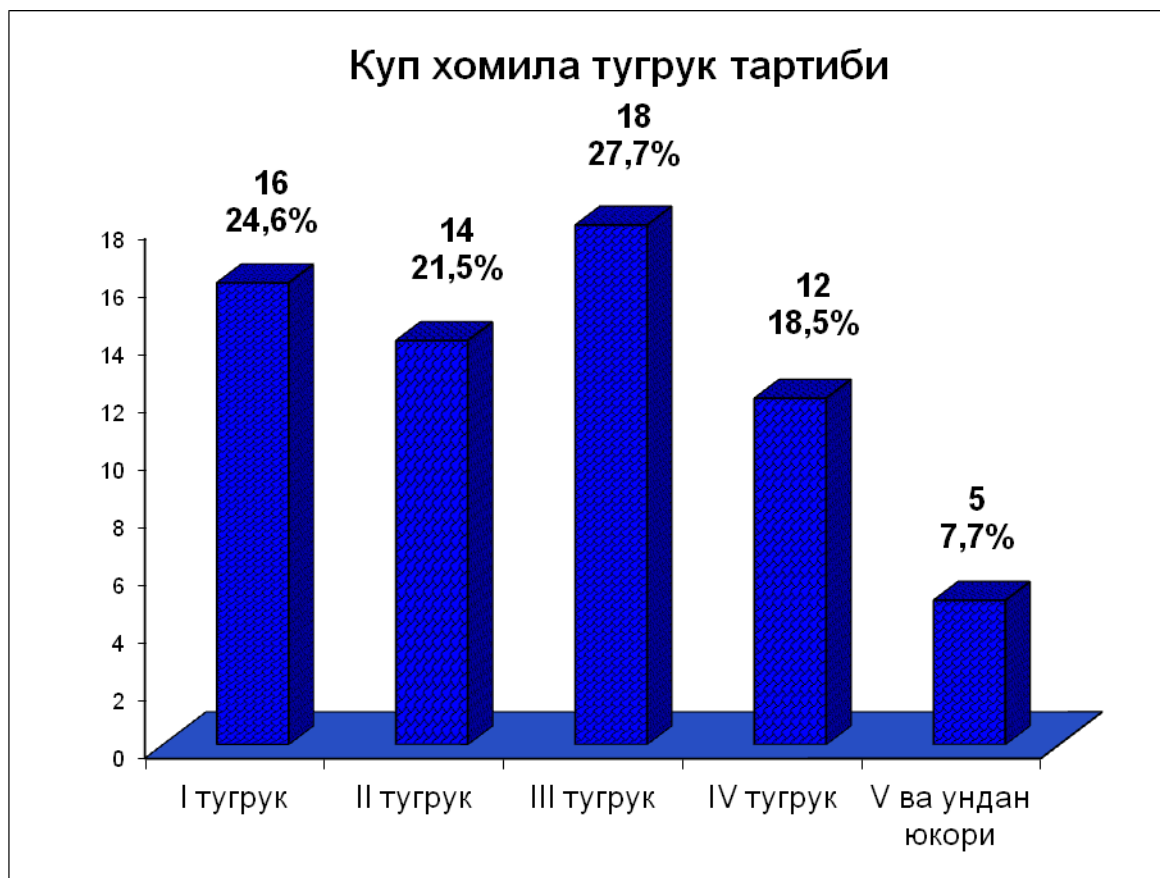
Аёлларнинг касб-кори ва ижтимоий келиб чиқиши ўрганилганда, уларнинг деярли ярми (46,2%) хизматчилар, учдан бир қисми (32,3%) уй бекалари эканлиги аниқланди. Аёлларнинг қолган тўртдан бир қисми ишчи, қишлоқ хўжалик ишчилари ва студентлар эди (расм 3.3).



Расм 3.3. Аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиши.

3.2. Кўп ҳомилали ҳомиладорликнинг кечиши

Тадқиқ этилган аёлларнинг 16 нафари (24,6%) биринчи туғувчилар бўлиб, қолган 49 таси (85,4%) такрор туғувчи аёллар эди. Уларда тугрук тартиби кўйидагича бўлган (расм 3.4).



Расм 3.4. Кўп ҳомилали аёлларда туғруқлар тартиби.

Кўп ҳомилали аёлларнинг 24,6% ида биринчи туғруқ, 21,5% ида иккинчи туғруқ, 27,7% ида учинчи ва 18,5% ида тўртинчи туғруқ кайд этилган. Фақат 7,7% аёлда ҳомиладорлик ва туғруқлар сони 5 тадан зиёд бўлган.

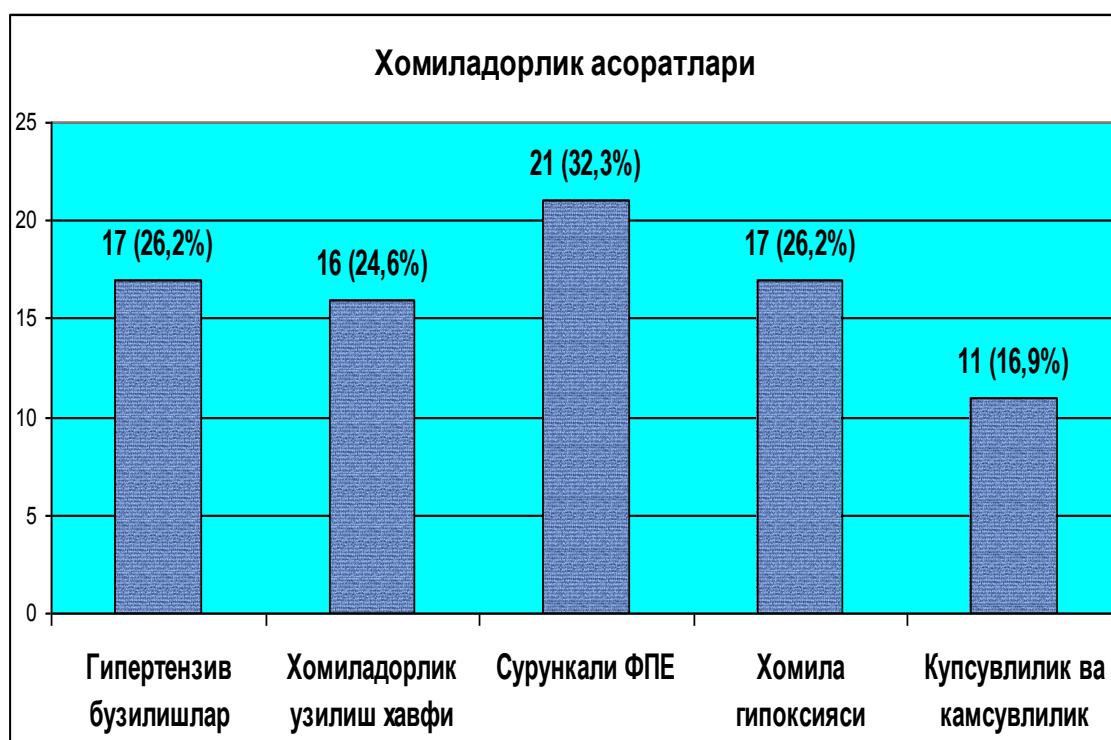
Маълумки, экстрагенитал касалликлар кўп ҳомилали ҳомиладорликнинг кечиши ва натижаларига салбий таъсир курсатади. Текширилган аёлларнинг 93,8% ида (61 нафар) турли туман экстрагенитал касалликлар аниқланди (расм 3.5.)



Расм 3.5. Аёлларда аниқланган экстрагенитал касалликлар таркиби.

Эгиз хомилали хомиладор аёлларда экстрагенитал касалликлар структураси тугрисидаги маълумотлар юқоридаги гистограммада келтирилган (расм 3.5). Куришиб турганидек, ЭГК лар таркибида камконликдан кейин иккинчи уринда гестацион пиелонефрит туради. ЭГКлар структурасида анемия биринчи уринда туради ва 86,5% ни ташкил этади.

Эгиз хомиладорлик билан стационарга ёткизилган 65 нафар аёлда куйидаги хомиладорлик асоратлари кузатилди.



Расм 3.6. Текширилган аёлларда ҳомиладорлик асоратларининг учраши.

Кўриниб турганидек, аёлларнинг 43 нафаридан (66,1%) бир ёки бир неча акушерлик асоратлари учради. Жумладан, текширилган аёлларнинг ҳар учинчисидан сурункали фето-плацентар етишмовчилик белгилари мавжуд бўлган, 26,2% ҳомила дистресси урин тутган. Беморларнинг 26,2% (17 аёл) да гипертензив бузилишлар кузатилган бўлиб, шулардан 10 нафар аёлда (15,4%) оғир даражали преэклампсия бўлган. Ҳомиладорлик узилиш хавфи ҳар тўртинчи аёлда урин тутган, ҳар олтинчи беморда қоғоноқ сувлари нормадан кўп ёки кам бўлган.

Мазкур ҳомиладорлик асоратлари туфайли ҳомиладор аёллар ВПМ ХПБ да бир ёки бир неча бор даволаниб кетишган. Мазкур юқори ҳавф гуруҳига киритилиб, маъсул врачлар томонидан назоратда бўлди, шу билан бирга бизнинг узлуксиз кўзатувимизда бўлиб турди.

Маълумки, эгиз ҳомилали ҳомиладорликда энг долзарб муаммолардан бири ҳомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлишидир. Бундай ҳолатларда акушерлик тактикаси қандай бўлиши

лозимлиги адабиёт маълумотларида кўп бора муҳокама қилинган. Фукс М.А. (1991) бундай ҳолларда иккинчи ҳомила ҳеч бир муаммосиз нормал ривожланиши мумкинлигини исботлаб берган. Нобуд бўлган ҳомила бундай ҳолларда аста-секин резорбцияланиб кетади ва «қоғоз ҳомила», “Fetus Paperitus” га айланади. Патологоанатомик текширишлар ўлган ҳомила плацентасидаги қон айланиши тухтагач, ундаги қон томирларда тромб ҳосил бўлиб, она ва бола уртасидаги барча алоқалар батамом тўхташини кўрсатди. Шу билан бирга ҳомила тухуми ташқаридан диффузия йўли билан сўрилиб боради.

ЭПП кўрсатмаларида ҳомилалардан бирининг антенатал ўлимида иккинчи ҳомиланинг тақдири бир қанча омилларга боғлиқ:

– зиготаликка; агар эгиз ҳомиладорлик дизиготали бўлса, иккинчи ҳомиланинг нормал ривожланишига 99% имконият мавжуд. Аксинча, агар эгизаклик монозиготали бўлса, 99% ҳолатларда иккинчи ҳомила ҳам зарарланиши мумкин.

– аёл организмининг ҳолатига; агар аёлда иммун тизим ҳолати суст бўлса,

– ҳомила ўлимига олиб келган сабаб; агар биринчи ҳомила она қорнидаги инфекция туфайли ўлган бўлса, бу инфекция иккинчи ҳомилага ҳам утиш эҳтимоли жуда катта. Табиийки иккинчи ҳомила ҳам инфекция туфайли нобуд бўлиши мумкин.

Бизнинг кўзатишларимизда иккинчи ҳомиланинг антенатал ўлими битта ҳолатда кўзатилди.

Саъдинова Махфуза, 24 ёш. Қушработ тумани, Пангат қишлоғи.

Диагноз: Ҳомиладорлик 2, 28 ҳафта. Тугрук 2. Эгиз ҳомиладорлик. Иккинчи ҳомиланинг антенатал ўлими.

Зиготалик: дизиготали {1. ҳомилалар икки жинсли, 2. йўлдоши - иккита, бир-бирига қушилиб кетган, 3. Ҳомилалар орасидаги тўсиқ ғ- белгисига эга}

Қон ивиш тизими текшириб кўрилди, ҳеч бир патологик ўзгариш йўқ.

Туғруқ 37 хафталикда нормал муддатга етган табиий йўллар орқали туғруқ билан яқунланди. Иккинчи ҳомила аутолизга учраган, вазни 650 грамм, бўйи 32 см.

Шундай қилиб, кўп ҳомилали ҳомиладорлик 66,1% ида (43 нафар) ҳомиладорлик асоратлари учради ва уларнинг аксарияти Ҳомиладорлик патологияси бўлимида даволаниб кетди. 61 нафар (93,8%) аёлда экстрагенитал касалликлар аниқланди. Бундан кўриниб турибдики, эгиз ҳомиладорлик фето-плацентар етишмовчилик модели сифатида аёл организмига катта зўриқиш қуяди ва қачонки, аёл организми бу зўриқиш билан мослаша олса, ҳомиладорлик асоратсиз ўтиши мумкин.

3.3. Кўп ҳомилали туғруқларнинг кечиши

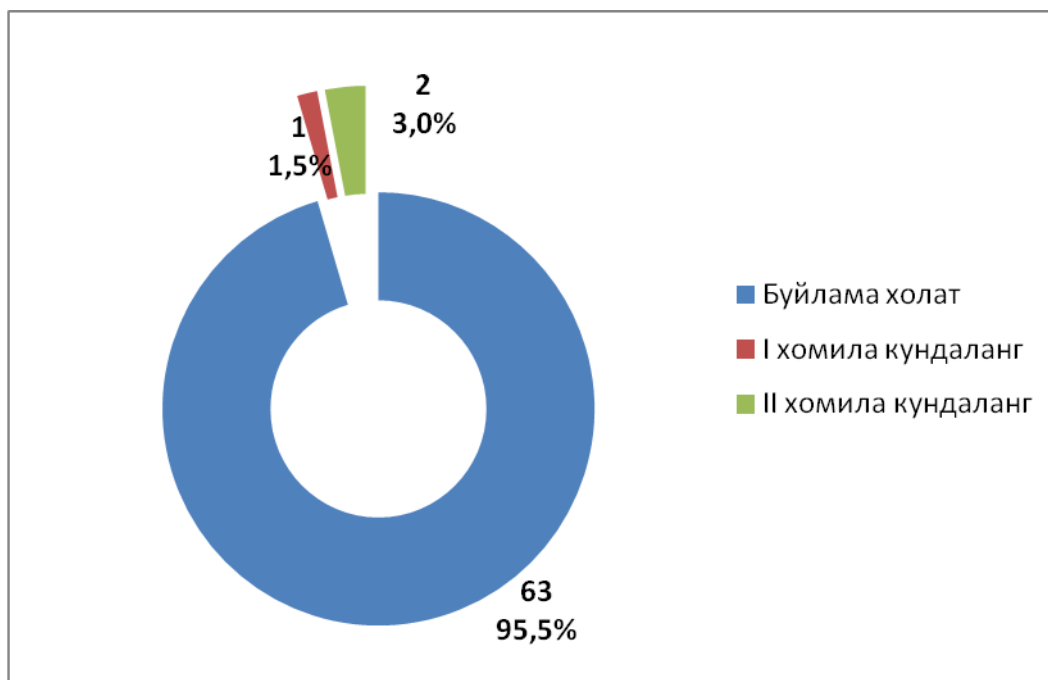
Маъумки, кўп ҳомилали туғруқнинг қандай кечиши кўйидаги омилларга боғлиқ:

1. Ҳомилаларнинг ҳолати, тури ва олдинда келувчи қисми
2. Гестация муддати
3. Ҳомилаларнинг ўлчами,
4. Туғруқ кучлари интенсивлиги
5. Ҳомила юрак уриши ва бошқа функционал кўрсаткичлари
6. Туғувчи аёлнинг умумий ахволи

7. Акушерлик анамнези.

Мазкур омилларнинг ҳар бири ҳисобга олинган ҳолда, туғрукни олиб бориш тактикаси ҳал этилади.

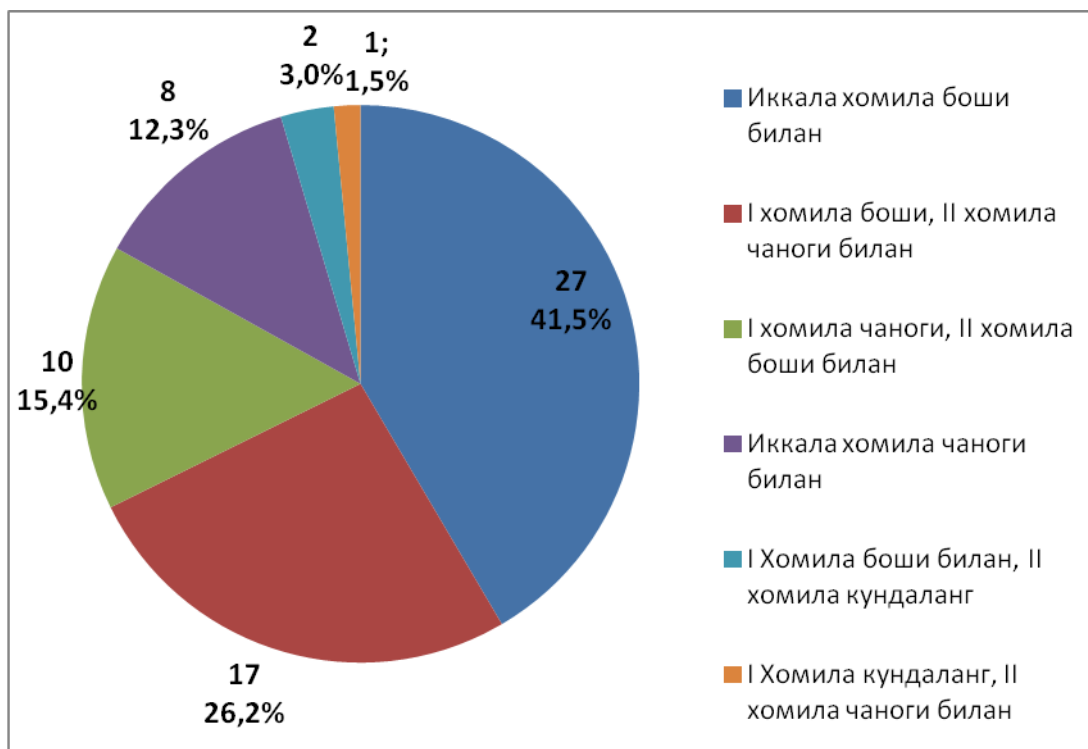
Бизнинг кўзатишларимизда эгиз ҳомилар ҳолати қўйидагича эди.



Расм 3.7. Эгиз ҳомидаларнинг бачадондаги ҳолати

Ҳомидаларнинг ҳолати 95% аёлларда бўйлама бўлиб, фақат 5% ҳолатларда ҳомидалардан бири кундаланг бўлган. ҳар икала ҳомиланинг кундаланг ҳолати бизнинг кўзатишларимизда учрамади. Шуниси диққатга сазофорки, гестация муддати қанча кичик бўлса ҳомидалардан бирининг кундаланг ҳолати шунча кўп учради. Мазкур кўзатишларда жами 3 аёлда ҳомидалардан бирининг кундаланг ҳолати учраган бўлса, улардан 2 тасида гестация 30 ҳафта, биттасида эа 28 ҳафта бўлган.

Ҳомиланинг олдинда келувчи қисми нималиги ҳам жуда катта аҳамиятга эга. Бу тўғридаги батафсил маълумотлар қўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.8.)



Расм 3.8. Эгиз хомилаларнинг олдинда келувчи қисми

Агар диққат билан қараладиган бўлса, жами 130 нафар ($65 \cdot 2 = 130$) эгизакларнинг 83 нафари боши билан, 44 таси чаноғи билан ва 3 таси кундаланг. Бу нарса Британия Акушерлик ва гинекология буйича Қироллик коллежи таклиф этган қоида, яъни $1/3$ қоидасига тўғри келади. Бунга кўра хомилаларнинг абсолют сонини оладиган бўлсак, уларнинг $1/3$ қисми чаноғи билан, $2/3$ қисми боши билан келади.

Мазкур Қироллик коллежи таклиф этган яна бир $1/3$ қоида мавжуд бўлиб, у зиготаликка дахлдор. Унга кўра, жами хомилаларнинг абсолют сонининг $1/3$ қисми монозиготали, $2/3$ қисми эса дизиготали бўлиши керак.

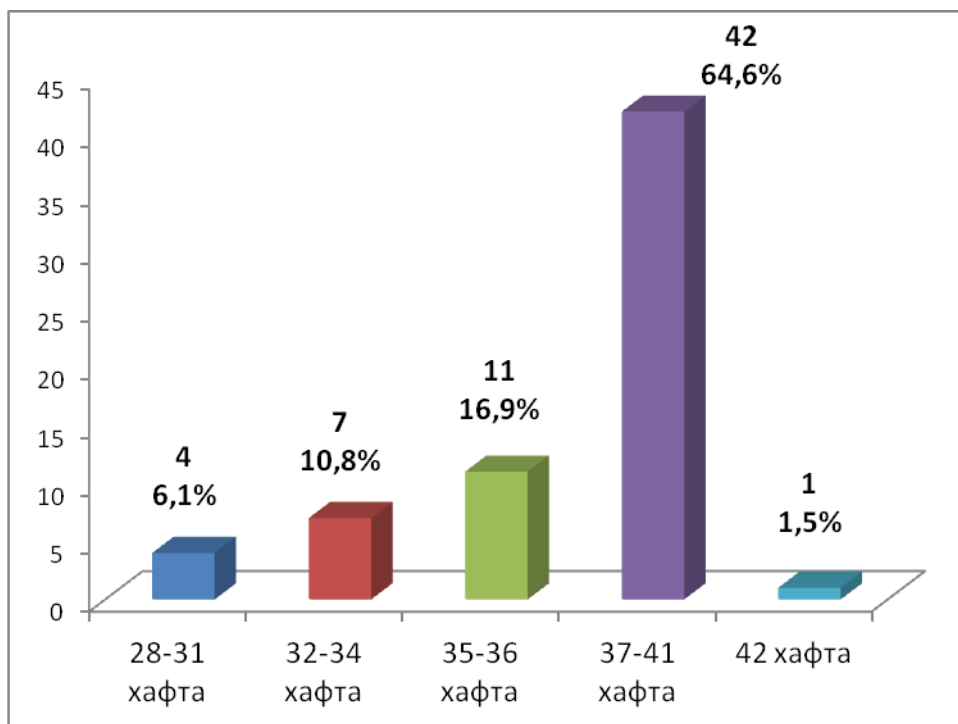
Туғруқ тактикасини ҳал этишда аёлнинг туғруқ муассасасига қачон мурожаат этганлиги ҳам ката аҳамиятга эга. Бизнинг кўзатишларимизда жами текширилган 65 нафар аёлнинг 17 таси туғруқдан 1-2 hafta олдин келиб ХПБ да ётган. Бунга сабаб кўп холларда турли экстрагенитал касалликлар ва хомиладорлик асоратлари бўлган (жадвал 3.1.)

Эгиз ҳомилали аёлларнинг туғруқ арафасида ХПБ га ётишига кўрсатма бўлган ҳолатлар

№	Госпитализацияга кўрсатма бўлган ҳолатлар	Аёллар сони	%
1	Ҳомиладорлик анемияси	16	94,1%
2	Сурункали пиелонефрит кўзғалиши	4	23,5%
3	Юрак қон томир патологияси	2	11,8%
4	Ҳомиладорликда гипертензив бузилишлар	12	70,6%
5	Ҳомиладорлик узилиш ҳавфи	6	35,3%
6	Кўпсувлилик ва камсувлилик	6	35,3%
	Жами ХПБ да ётган аёллар	17	100,0%

Кўриниб турганидек, ХПБ га туғруқдан олдин госпитализация қилинган аёлларнинг аксариятида битта эмас бир нечта ҳасталиклар бўлган. Кўп ҳолатларда ЭГК ва ҳомиладорлик патологияси қушилиб келган. Бу аёллар туғруқ муддати яқин қолганлиги туфайли туғруққача Перинатал марказда бўлган ва туғруқдан кейин болалари билан бирга шифохонадан чиқарилган.

Туғруқ содир бўлганда гестация муддати кўйидагича бўлган (расм 3.9).

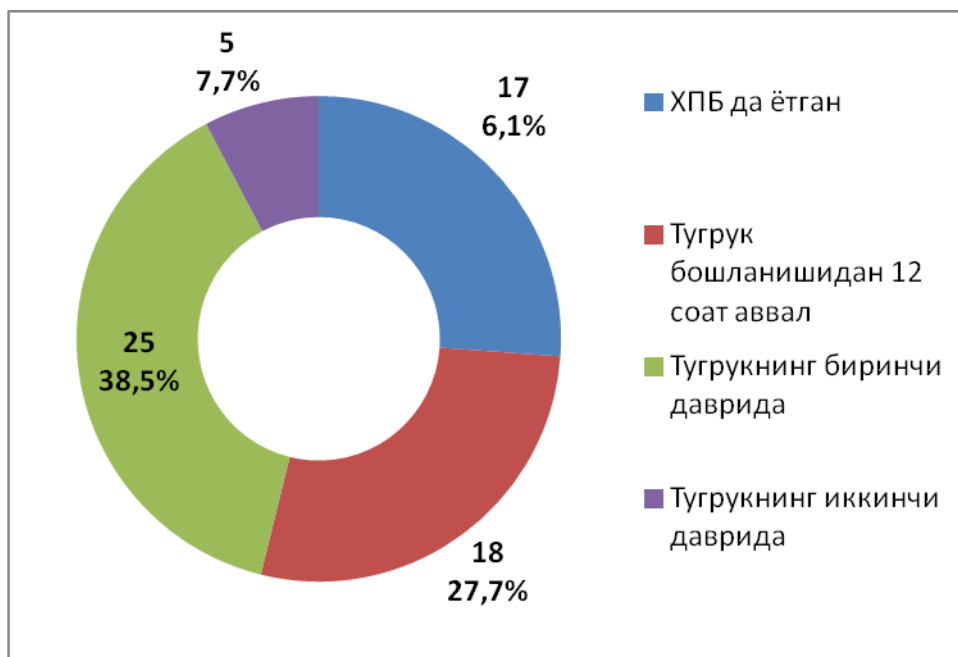


Расм 3.9. Туғруқ пайтидаги гестация муддати

Эгиз ҳомилали туғруқларнинг 33,8% (22 та) муддатдан олдинги туғруқлардир. Бу Британия Акушерлик ва гинекология буйича Қироллик коллежи таклиф этган **учинчи** 1/3 қоидасига тўғри келади, яъни жами кўп ҳомилали туғруқларнинг ҳар учтадан биттаси муддатдан олдин содир бўлади.

Муддатдан ўтган туғруқ эгиз ҳомиладорлик учун характерли эмас. Шундай бўлсада, бизнинг кўзатишларимизда битта муддатдан ўтган туғруқ ҳолати учради. Туғруқларнинг қолган 64,6%и муддатли туғруқларга тўғри келди.

Юқорида аёлларнинг 17 нафари туғруқ арафасида Перинатал марказнинг ХПБ да бўлганлигини айтиб ўтдик. Аёлларнинг қолган 48 таси туғруқдан 12 соат аввал, ёки туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврида Перинатал марказга қабул қилинди (расм 3.10).

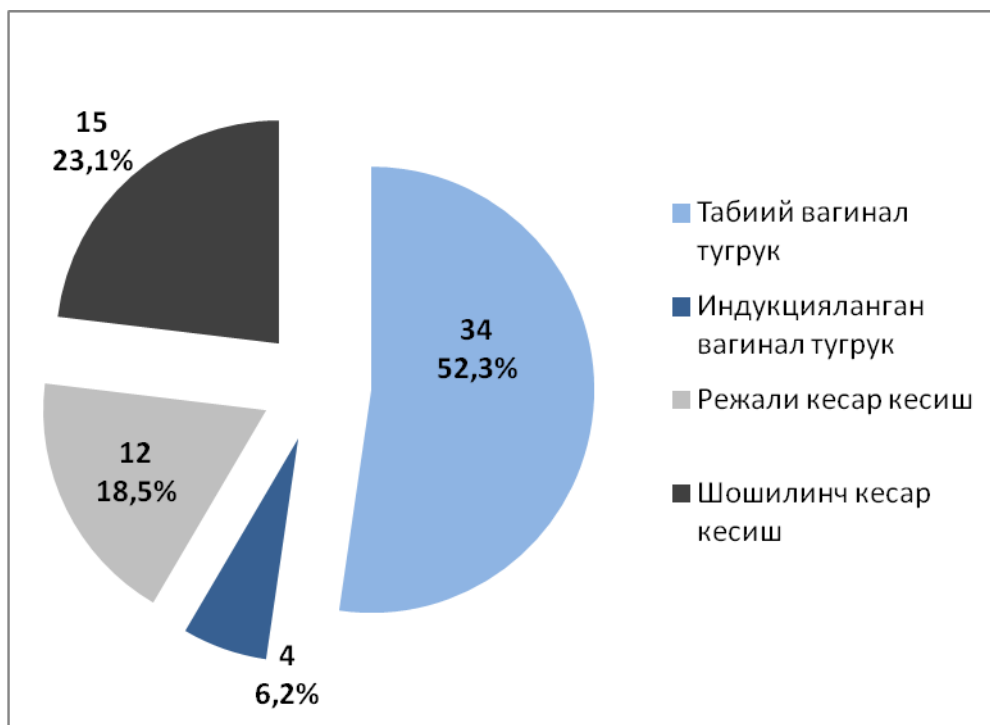


Расм 3.10. Аёлларнинг ВПМ га қачон қабул қилинганлиги

Диаграммадан кўриниб турганидек, аёлларнинг энг катта контингенти (38,5%, 25 нафари) туғруқнинг биринчи даврида келган. Қолаверса, 18 наар аёл (27,7%) туғруқ бошланишидан атиги 12 соат аввал ВПМ га мурожаат этган. Уларнинг мурожаат этишига сабаб бўлган ҳолатлар қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши (9 нафар аёлда), туғруқ хабарчи белгилари ва патологик перинатал давр (9 нафар аёлда) бўлган.

Энг ачинарлиси аёлларнинг 5 нафари (7,7%) хатто туғруқнинг иккинчи даврида келганлигидир. Аёлларнинг туғруқ вақтида, айниқса туғруқнинг иккинчи даврида келиши туғруқ тактикасини белгилаш эркинлигини кекин чеклайди. Кўп ҳолатларда ҳатто операцияга кўрсатма бўлган тақдирда ҳам, туғруқни фақат табиий йўллар орқали олиб боришдан ўзга чора қолмайди. Чунки аёл ва унинг қариндошлари операцияга розилик бермаслиги, уларнинг аниқ бир қарорга келиши учун анча вақт талаб қилиниши мумкин. Бу орада КК операциясини утказиш имконияти йўққа чиқади. Натижада перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари ошади. Бизнинг кўзатишларимизда ҳам бундай ҳолатлар, афсуски, учраб турди.

Эгиз ҳомилали аёлларда туғрукни яқунлаш усули кўйидаги гистрограммада кўрсатилган (расм 3.11).



Расм 3.11. Кўп ҳомилали аёлларда туғрукни яқунлаш усули

Кўп ҳомилали туғруқларнинг ярмидан ортиғи (52,3%, 34 нафар) табиий туғруқ йўллари орқали **туққан**, уларда туғруқ асоратлари жуда кам кўзатилди, аммо перинатал касалланиш ва ўлим кўраткичлари бироз юқори.

4 нафар аёлда турли акушерлик кўрсатмалари (қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши, муддатдан утган ҳомиладорлик) туфайли туғруқ сунъий йўл билан кўзғатилди. Уларда айрим кичик туғруқ асоратлари (туғруқ йўллари юмшоқ туқимасининг энгил шикастланиши) ни ҳисобга олмаганда туғруқ оқибати яхши бўлди.

Жами 41,6% аёлда (27 нафар) кесар кесиш операцияси утказилди. Шулардан 18,5% (12 нафар) аёлда Кесар кесиш операцияси режали равишда утказилди. Мазкур аёлларнинг 7 таси ХПБ бўлимида ётган, 3 таси туғруқдан 12 соат олдин келган ва 2 нафари туғруқнинг биринчи даврида келган.

Аёлларнинг 23,1% (15 нафар) ида Шошилинч кесар кесиш операцияси ўтказилди. Бу аёлларнинг кўпчилиги туғруқдан 12 соат олдин ёки туғруқнинг биринчи даврида келган эди.

Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар қўйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 3.2).

Жадвал 3.2.

Эгиз ҳомилали аёлларда кесар кесиш операциясига кўрсатмалар

№	Кесар кесишга кўрсатмалар	Аёллар сони	%
1	Оғир гипертензив бузилишлар:	11	40,7%
	- преэклампсия оғир даражаси	9	33,3%
	- гестацион гипертензия оғир даражаси	2	7,4%
2	Биринчи ҳомила чаноғи билан келиши	13	48,1%
	- соф думба олдинда келиши	7	25,9%
	- аралаш думба олдинда келиши	4	14,8%
	- оёқ билан келиши	2	7,4%
3	Ҳомилалардан бирининг кўндаланг ҳолати	3	11,1%
4	Қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши + + туғруқ йўллари тайёр эмаслиги	12	44,4%
5	Ҳомила хаётига таҳдид солувчи ҳолат	3	11,1%
	Шу жумладан, ҳомила гипотрофияси	2	7,4%
6	Асоратланган акушерлик анамнези	5	18,5%
	Шу жумладан, бачадонда чандиқ	3	11,1%

7	Туғруқ кучлари суслиги	2	7,4%
8	Плацента олдинда ётиши	1	3,7%
9	Моноамниотик эгиз ҳомиладорлик	2	7,4%
10	Бошқа кўрсатмалар	2	7,4%
	Жами	27	100%

Кўрсатмалар орасида биринчи ҳомиланинг чаноқ билан келиши энг кўп кўзатилган (48,1%), аммо, таъкидлаб ўтиш жоизки, бу фақат 5 ҳолатдагина асосий кўрсатма бўлган холос, бошқа 8 ҳолатда чаноқ олдинда келиши қушимча кўрсатма бўлиб келган.

Кўрсатмалар орасида қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши билан биргаликда туғруқ йўллари тайёр эмаслиги 12 та ҳолатда учраган. Аммо бу ҳолат ҳам асосан КК га қушимча кўрсатма сифатида роль ўйнаган.

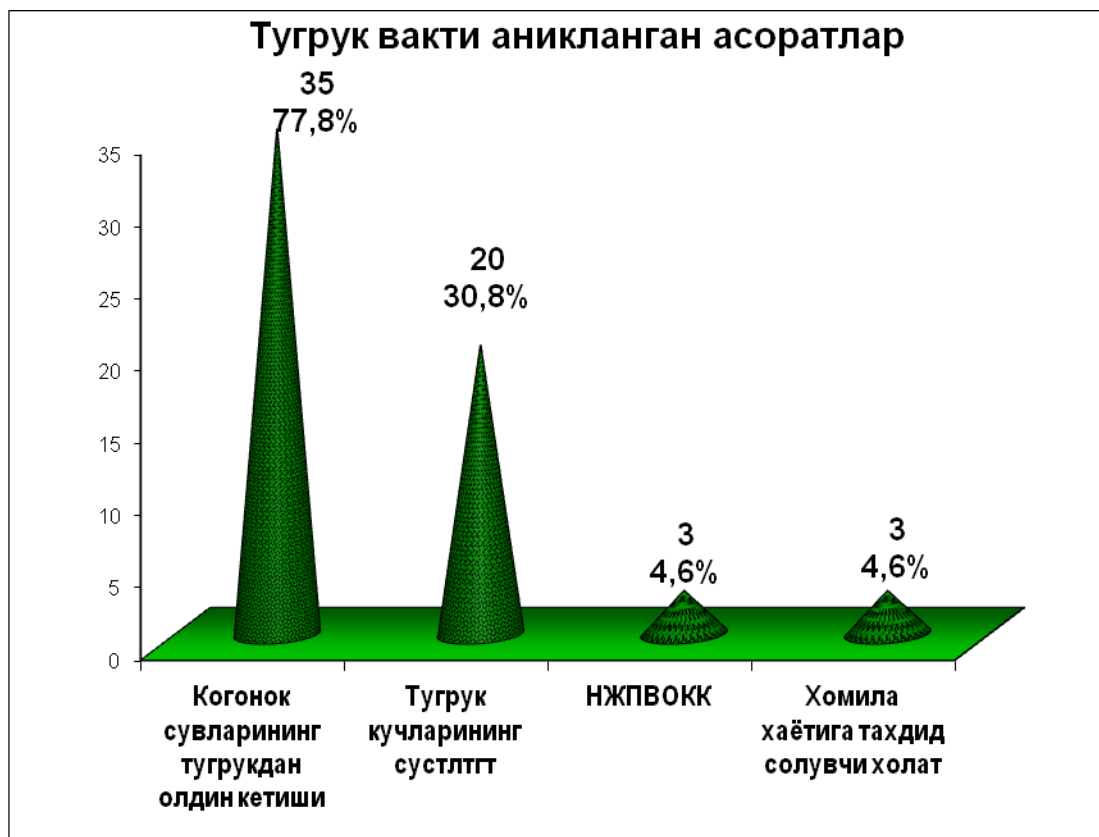
Оғир гипертензив бузилишлар (преэклампсия оғир даражаси ва гестацион гипертензия оғир даражаси) жами 11 ҳолатда (40,1%) КК га кўрсатма бўлган. Мазкур ҳомиладорлик асорати ҳамма ҳолатларда ҳам асосий кўрсатма бўлиб хизмат қилган.

Ҳомилалардан бирининг кўндаланг келиши ва ҳомила хаётига таҳдид солувчи ҳолат 3 тадан ҳолатда кесар кесишга кўрсатма бўлган, мазкур ҳолатлар ҳам асосий кўрсатма бўлиб саналган.

Жами 5 нафар аёлда асоратланган акушерлик анамнези, шу жумладан 3 ҳолатда бачадонда чандиқ ва 2 ҳолатда анамнезида бепуштлик кўзатилди.

Моноамниотик эгиз ҳомиладорлик КК га кўрсатма сифатида 2 ҳолатда (7,4%) кўзатилди.

Туғрукдаги акушерлик асоратлари тўғрисидаги маълумот кўйидаги расмда келтирилган (расм 3.12).



Расм 3.12. Туғрук пайти аниқланган асоратлар

Туғрук асоратлари жами 45 та (69,2%) беморда кузатилган бўлиб, улар орасида коgonoк сувларининг туғрукдан олдин ва эрта кетиши алоҳида муҳим аҳамиятга эга. Туғрук кучлари сустлиги 20 та (30,8%), нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин ўткир қисман кўчиши 3 та аёлда (4,6%) ва хомила хаётига тахдид солувчи ҳолат яна 3 нафар аёлда (4,6%) қайд этилди.

Мазкур ҳолатларда қандай акушерлик тактикаси қўлланганлиги катта қизиқиш ўйғотиши табиий. Хар бир ҳолатда асорат рўй берган вақт, хомила олдинда ётувчи қисмининг ҳолати, туғрук кучлари характериға қараб турлича тактика танланган. Бу ҳақидаги батафсил маълумот кўйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 3.3.).

Жадвал 3.3.

Эгиз ҳомилали асоратланган туғруқда акушерлик тактикаси

№	Туғруқ пайтида рўй берган асорат	Табиий туғруқ	Туғруқ стимуляцияси	Кесар кесиш операцияси
1	Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши, n=35	21 32,3%	2 3,1%	12 18,5%
2	Туғруқ кучлари сустлиги, n=20	18 27,7%	18 27,7%	2 3,1%
3	Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин ўткир қисман кўчиши, n=3	3 4,6%	-	-
4	Ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат, n=3	-	-	3 4,6%

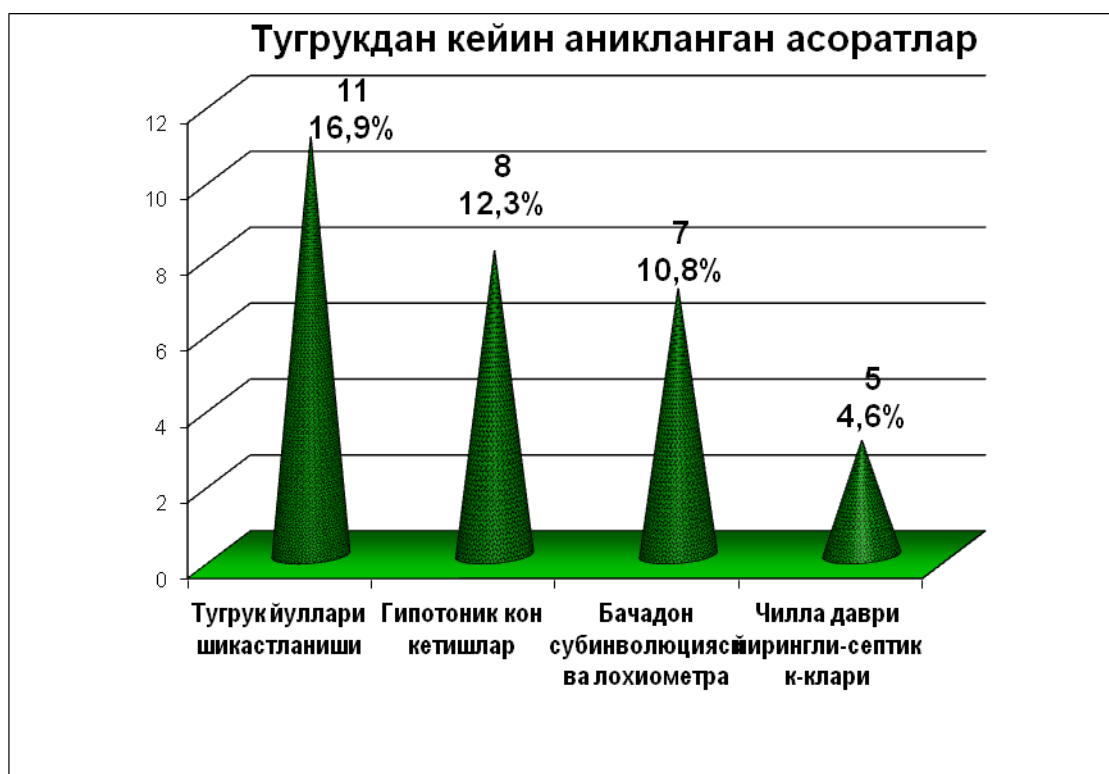
Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши 21 нафар аёлда ҳеч бир аралашувсиз, табиий туғруқ билан яқунланди, фақат икки аёлда сувсиз давр чўзилганлиги учун туғруқ стимуляцияси утказилди ва яна 12 нафар аёлда туғруқ кесар кесиш операцияси биан яқунланди.

Туғруқ кучлари сустлиги, ёки туғруқнинг қоникарсиз прогресси, 18 ҳолатда окситоцин ёрдамида стимуляция қилиниб, муваффақият билан табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди. Фақат 2 нафар аёлда шошилинич кесар кесиш операцияси ўтказилди, бунга сабаб бошқа асоратли ҳолатлар, масалан оғирлашган акушерлик анамнези, туғруқ стимуляцияси самарасизлиги, биринчи ҳомиланинг чаноқ билн келиши кабилар ҳисобга олинди.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин ўткир қисман кўчиши 3 ҳолатда аниқланди, шундан 2 таси туғруқ биринчи даври охирида ва биттаси туғруқдан кейин аниқланди. Мазкур ҳолатлар ҳомила ахволига деярли таъсир кўрсатмади.

Ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат 3 аёлда кўзатилди, шундан 2 таси ҳомила гипотрофияси билан, биттаси ҳомила гипоксияси билан боғлиқ эди. мазкур ҳолатларнинг ҳаммаси кесар кесиш операцияси билан яқун топди.

Туғруқдан кейин аниқланган асоратларни алоҳида келтиришни лозим топдик (расм 3.12).



Расм 3.13. Туғруқдан кейин аниқланган акушерлик асоратлари

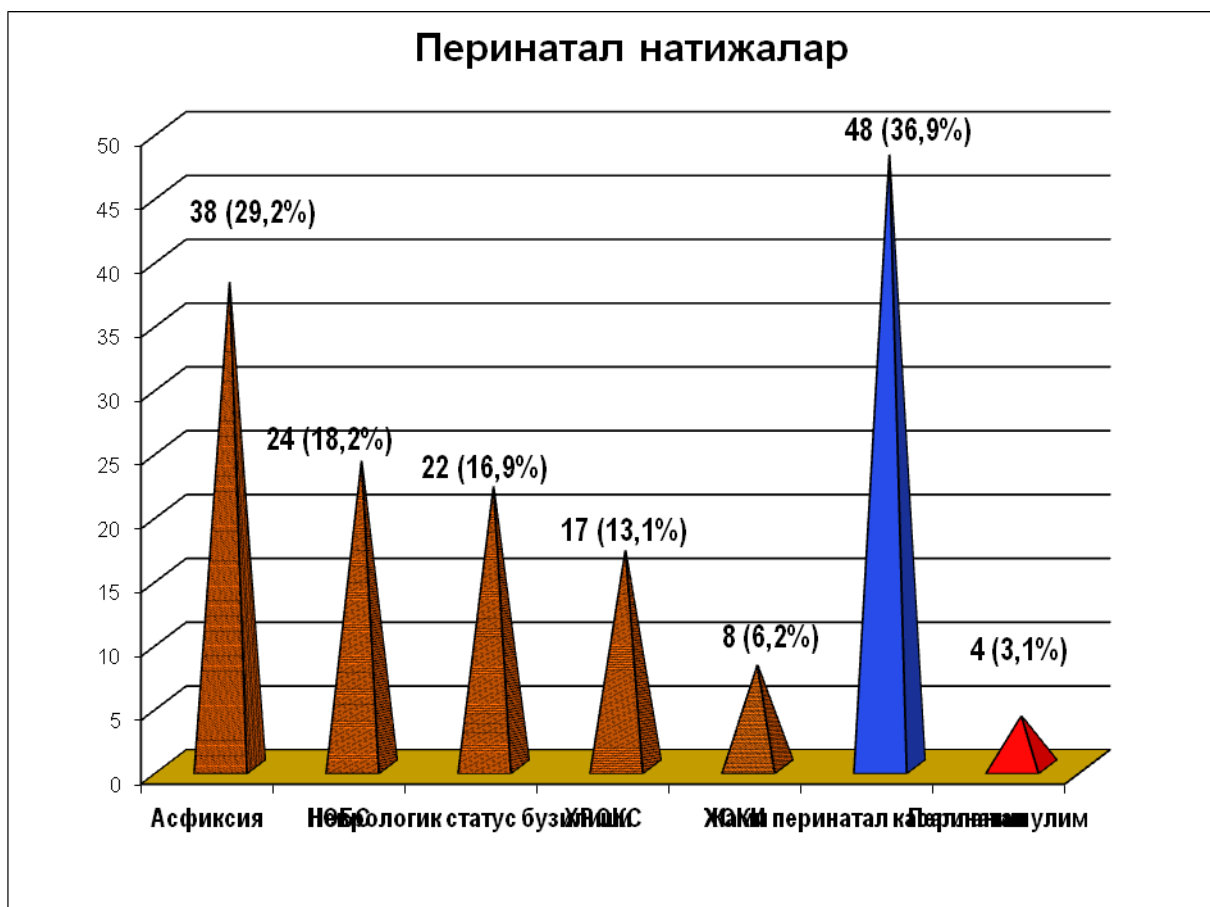
ВПМ да ЭПП тамойилари киритилгандан сўнг, туғруқ йўллари шикастлари ўчраши кескин камайди. Шунга қарамасдан эгиз ҳомиладорлик туфайли ўтказиладиган акушерлик манипуляциялари, (ҳомила чаноғи олинда келганда), туғруқ стимуляцияси сабабли туғруқ йўллари шикастланишлари жами 11 аёлда (16,9%) кўзатилди. Уларнинг

аксарияти энгил шикастланишлар бўлиб, 2 ёки 3 та кетгутли чоклар билан тикилди.

Маълумки, эгиз ҳомиладорликда бачадоннинг ҳаддан зиёд чўзилиб кетиши туфайли гипотоник қон кетишлар кўп кўзатилади. Бизнинг кўзатишларимизда эрта чилла даврида гипотоник қон кетиш жами 8 нафар аёлда кўзатилди ва 12,3% ни ташкил этди. Ҳудди шунингдек, чилла даврида бачадон субинволюцияси ва лохиометра бир ҳомилали туғруқларга нисбатан икки марта кўпроқ кўзатилди ва 10,8% (7 киши) ни ташкил этди.

Афсуски, чилла даври йирингли септик касалликлари жами 3 нафар аёлда учраб, 4,6% ни ташкил этди.

Кўзатилган аёлларда перинатал касалланиш ва улим курсаткичлари куйидаги расмда акс эттирилган:



Расм 3.13. Эгизакларда перинатал натижалар (n=130)

Кўп ҳомилали аёлларда перинатал касалланиш курсаткичи 36,9% (48) ни, перинатал улим эса 3,1% (4) ташкил этди. Перинатал касалликлар орасида чақалоқлар асфиксияси биринчи ўринда туради – 29,2%, Нафас олиш бузилиши синдроми (чала туғилган чақалоқларда) 18,2%, неврологик статуснинг бузилиши (марказий нерв тизимининг гипоксик - ишемик зарарланиши, МНТ қўзғалиш синдроми, перинатал энцефалопатия) 16,9%, ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми (ХРОКС) 13,1%, ҳомиланинг она корнида инфекцияланиши (ХОКИ) 6,2% чақалоқларда кузатилган.

Ва нихоят сунгги кўйидаги жадвалда туғрукни олиб бориш усули ва перинатал натижалар орасидаги корреляцион боғланишни кўрсатиб ўт моқчимиз (жадвал 3.4.)

Жадвал 3.4.

Эгиз ҳомиладорликда туғрукни олиб бориш усули ва перинатал натижалар орасидаги корреляцион боғланиш

№	Чақалоқлар ҳасталиклари	Табиий туғруклар n=76		Режали кесар кесиш n=24		Шошилнч кесар кесиш n=30	
		Сони	%	Сони	%	Сони	%
1	Чақалоқлар асфиксияси n=38	31	40,8	1	4,2	6	20,0
2	Нафас олиш бузилиши синдроми, n=24	18	23,7	3	12,5	3	10,0
3	Неврологик статус бузилишлари, n=22	19	25,0	-	-	3	10,0
4	Ҳомила	10	13,2	5	20,8	2	6,7

	ривожланиши орқада қолиши синдроми n=17						
5	Ҳомиланинг она қорнида инфекция- ланиши, n=8	5	6,6	1	4,2	2	6,7
6	Жами перинатал касалланиш, n=48	35	46,0	4	5,3	9	30,0
7	Перинатал ўлим, n=4	3	39‰	-	-	1	33,3‰

Мазкур таққослашлардан кўриниб турганидек, жами перинатал касалланиш кўрсаткичлари табиий туғруқ йўллари орқали туғилган чақалоқларда нисбатан кўпроқ, айниқса, чақалоқлар асфиксияси шошилишч КК билан олинган болаларга нисбатан 2 баравар, режали КК билан олинган эгизаклага нисбатан эса 10 баравар юқоридир . нафас олиш бузилиши синдроми, неврологик статуснинг бузилиши каби асоратлар ҳам табиий йўл билан туғилган чақалоқлар орасида аничагина юқори. Аммо ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми абдоминал йўл билан олинган болаларда анча юқори, бунга сабаб, ХРОҚС аниқланган аёллар кўпинча КК операцияси билан туғдирилган.

Шуни ҳам алоҳида таъкидлаб ўтиш жоизки, режали КК операцияси перинатал натижалар нуқтаи назаридан шошилчч КК га нисбатан 2 баравар самаралидир. Шу билан бирга, эгиз ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда ЭПП тамойиллари билан бир вақтда Кесар кесиш операциясига кўрсатмаларни рационал доирада кенгайтириш перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон яратади.

IV боб. ОЛИНГАН НАТИЖАЛАР МУХОКАМАСИ

Эгиз ҳомиладорликнинг келиб чиқишида нафақат ирсий омиллар, балки ташқи муҳит омиллари ҳам катта роль ўйнайди. Зеро, организмда гонадотроп гормонлари (ФСГ ва ЛГ) миқдорининг юқори бўлиши эгизаклик феноменининг асосида ётади. Шунинг учун, аёлларнинг яшаш тарзи, ёши тана тузилиши кабиларни урганиш катта амалий аҳамият касб этади (Shah Y.G. et al., 2004, Tabsh K., 2010).

Бизнинг кўзатишларимизда текширилган жами 65 нафар аёлнинг 45 таси қишлоқ аҳолиси, қолган 20 нафари эса шаҳарликлар эди. Аёлларнинг аксарият қисми (89,2%) 21 ёшдан 35 ёшгача бўлиб, бу оптимал фертил ёшга тўғри келади. Аёлларнинг 27,7% 21-25 ёш оралиғида, 40% 26-30 ёш оралиғида ва 21,5% 31-35 ёш уртасида бўлган. Кўп ҳомилали аёлларнинг 9,3% 36 ёшдан катта бўлган, фақат биргина аёл 19 ёшда бўлган. Аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиши ва ижтимоий бандлиги урганилганда, уларнинг 46,2% хизматчилар, 32,3% уй бекалариб тўртдан бир қисми ишчи, қишлоқ хўжалик ишчилари ва студентлар эканлиги аниқланди.

Паритет ҳам кўп ҳомилалик эпидемиологиясида катта аҳамиятга эга. Фукс М.А. ва муаллифдошларнинг ёзишича, эгиз ҳомиладорлик кўпроқ такрор туғувчи аёллар орасида кўзатилади. Бунга сабаб, маълумки, бизнинг минтақамизда биринчи туғувчилар кўпинча анча ёш – 20 ёшлар атрофида бўлиб, бу ёшда организм тўлиқ етилмаган ва ГТГ миқдори ҳам унча баланд бўлмайди. Биз кузатган аёлларнинг 16 нафари (24,6%) биринчи туғувчилар бўлиб, қолган 49 таси (85,4%) такрор туғувчи аёллар эди. Кўп ҳомилали аёлларнинг 24,6% ида биринчи тугрук, 21,5% ида иккинчи тугрук, 27,7% ида учинчи ва 18,5% ида туртинчи тугрук кайд этилган. Фақат 7,7% аёлда ҳомиладорлик ва тугруklar сони 5 тадан зиёд бўлган.

Маълумки, кўп ҳомилалилик аёл организмига нормадан ортиқ зўриқиш (нагрузка) қўяди, бу эса мавжуд ЭГК ларнинг қўзғалиши ёки янги ларининг пайдо бўлишига шароит яратади. Ўз навбатида экстрагенитал касалликлар кўп ҳомилали хомиладорликнинг кечиши ва натижаларига салбий таъсир курсатади. Текширилган аёлларнинг 93,8% ида (61 нафар) турли туман экстрагенитал касалликлар аниқланди, улар таркибида камконликдан кейин иккинчи уринда гестацион пиелонефрит туради. ЭГКлар структурасида анемия биринчи уринда туради ва 86,5% ни ташкил этади.

Шу билан бирга, эгиз ҳомиладорлик билан стационарга ётқизилган 65 нафар аёлда куйидаги хомиладорлик асоратлари кузатилди. Аёлларнинг 43 нафарида (66,1%) бир ёки бир неча акушерлик асоратлари учради. Жумладан, текширилган аёлларнинг ҳар учинчисида сурункали фетоплацентар етишмовчилик белгилари мавжуд бўлган, 26,2% хомила дистресси урин тутган. Беморларнинг 26,2% (17 аёл) да гипертензив бузилишлар кузатилган бўлиб, шулардан 10 нафар аёлда (15,4%) огир даражали преэклампсия бўлган. Хомиладорлик узилиш хавфи ҳар туртинчи аёлда урин тутган, ҳар олтинчи беморда қоғоноқ сувлари нормадан кўп ёки кам бўлган.

Kovacs B.W. et al. (2010), Lazarov L., (2003), Фукс М.А. ва муаллиф. (1991) маълумотларига кўра, кўп ҳомилаликда хомиладорлик асоратлари бир ҳомилали хомиладорликка нисбатан 2-3 баравар зиёд бўлади. Мазкур хомиладорлик асоратлари туфайли хомиладор аёллар ВПМ ХПБ да бир ёки бир неча бор даволаниб кетишган. Мазкур юқори хавф гуруҳига киритилиб, маъсул врачлар томонидан назоратда бўлди, шу билан бирга бизнинг узлуксиз қўзатувимизда бўлиб турди.

Маълумки, эгиз ҳомилали хомиладорликда энг долзарб муаммолардан бири ҳомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлишидир. Бундай ҳолатларда акушерлик тактикаси қандай бўлиши лозимлиги адабиёт

маълумотларида кўп бора муҳокама қилинган. Фукс М.А. (1991) бундай ҳолларда иккинчи ҳомила ҳеч бир муаммосиз нормал ривожланиши мумкинлигини исботлаб берган. Нобуд бўлган ҳомила бундай ҳолларда аста-секин резорбцияланиб кетади ва «қоғоз ҳомила», “Fetus Paperitus” га айланади. Патологоанатомик текширишлар ўлган ҳомила плацентасидаги қон айланиши тухтагач, ундаги қон томирларда тромб ҳосил бўлиб, она ва бола уртасидаги барча алоқалар батамом тўхташини кўрсатди. Шу билан бирга ҳомила тухуми ташқаридан диффузия йўли билан сўрилиб боради.

ЭПП кўрсатмаларида ҳомилалардан бирининг антенатал ўлимида иккинчи ҳомиланинг тақдири бир қанча омилларга боғлиқ, масалан, зиготаликка, агар эгиз ҳомиладорлик дизиготали бўлса, иккинчи ҳомиланинг нормал ривожланишига 99% имконият мавжуд. Аксинча, агар эгизаклик монозиготали бўлса, 99% ҳолатларда иккинчи ҳомила ҳам зарарланиши мумкин. Аёл организмнинг ҳолатига ҳам катта роль ўйнайди, агар аёлда иммун тизим ҳолати суст бўлса, бу ҳолат иккинчи ҳомилага ҳам таъсир қилиши мумкин. Ҳомила ўлимига олиб келган сабаб ҳам катта аҳамиятга эга. Агар биринчи ҳомила она қорнидаги инфекция туфайли ўлган бўлса, бу инфекция иккинчи ҳомилага ҳам утиш эҳтимоли жуда катта. Табиийки бундай ҳолатда иккинчи ҳомила ҳам инфекция туфайли нобуд бўлиши мумкин.

Ўзбекистон Республикасида мазкур муаммо билан Абдуллаева Д.Д. профессор Султанов С.Н. раҳбарлигида илмий тадқиқотлар олиб борган. Унда эгизаклардан бири нобуд бўлганда қон гемостатик ҳолатини урганилган ва фраксипарин (Шпаст молекуляр гепарин) нинг самарадорлиги урганилган. Илмий изланиш 2002 номзодлик диссертацияси ҳимояси билан якунланган.

Бизнинг кўзатишларимизда иккинчи ҳомиланинг антенатал ўлими битта ҳолатда кўзатилди, ҳомиладорлик муваффақият билан сақланди.

Шундай қилиб, кўп ҳомилали ҳомиладорлик 66,1% ида (43 нафар) ҳомиладорлик асоратлари учради ва уларнинг аксарияти Ҳомиладорлик патологияси бўлимида даволаниб кетди. 61 нафар (93,8%) аёлда экстрагенитал касалликлар аниқланди. Бундан кўриниб турибдики, эгиз ҳомиладорлик фето-плацента етишмовчилик модели сифатида аёл организмига катта зўриқиш қуяди ва қачонки, аёл организми бу зўриқиш билан мослаша олса, ҳомиладорлик асоратсиз ўтиши мумкин.

Илмий изланишларимизнинг энг марказий масаласи эгиз ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни яқунлаш муаммоси бўлганлиги учун, бу масалага алоҳида эътибор қаратдик. Кўп ҳомилали туғруқнинг қандай кечиши ҳомидаларнинг ҳолати, тури ва олдинда келувчи қисми, гестация муддати, ҳомидаларнинг ўлчами, туғруқ кучлари интенсивлиги, ҳомила юрак уриши ва бошқа функционал кўрсаткичлари, туғувчи аёлнинг умумий ахволи ва акушерлик анамнези каби омилларга боғлиқ.

Ҳомидаларнинг ҳолати 95% аёлларда бўйлама бўлиб, фақат 5% ҳолатларда ҳомидалардан бири кундаланг бўлган. ҳар икала ҳомиланинг кундаланг ҳолати бизнинг кўзатишларимизда учрамади. Шуниси диққатга сазоворки, гестация муддати қанча кичик бўлса ҳомидалардан бирининг кундаланг ҳолати шунча кўп учрайди. Мазкур кўзатишларда жами 3 аёлда ҳомидалардан бирининг кундаланг ҳолати учраган бўлса, улардан 2 тасида гестация 30 ҳафта, биттасида эа 28 ҳафта бўлган.

Буюк Британия Акушерлик ва гинекология буйича Қироллик коллежи (Royal College of Obstetrics and Gynecology) 2004 йилда чоп этилган «Эгиз ҳомиладорликни олиб бориш буйича қўлланмалар» (Guidelines on the Management of Multiple Pregnancy) да учта «**учлик қондасини**» таклиф этади. Уларнинг биринчиси кўп ҳомилаликда ҳомидаларнинг олдинда ётувчи қисмига таълуқли. Бунга кўра ҳомидаларнинг абсолют сонини оладиган бўлсак, уларнинг 1/3 қисми чаноғи билан, 2/3 қисми боши билан келади.

Бизнинг натижаларимиз мазкур биринчи «учлик» қоидасига тўғри келади. Жами 130 нафар ($65 \times 2 = 130$) эгизакларнинг 83 нафари боши билан, 44 таси чаноғи билан ва 3 таси кундаланг. Мазкур Қироллик коллежи таклиф этган иккинчи «учлик қоидаси» зиготаликка дахлдор. Унга кўра, жами ҳомилаларнинг абсолют сонининг $\frac{1}{3}$ қисми монозиготали, $\frac{2}{3}$ қисми эса дизиготали бўлиши керак. Бизнинг кўзатишларимизда аёлларнинг 30,1% монозиготали, 69,9% и дизиготали эканлиги аниқланди. Акушерлик тактикасини аниқлашда аёлнинг туғруқ муассасасига қачон мурожаат этганлиги ҳам ката аҳамиятга эга. Бизнинг кўзатишларимизда жами текширилган 65 нафар аёлнинг 17 таси туғруқдан 1-2 hafta олдин келиб ХПБ да ётган. Бунга сабаб кўп ҳолларда турли экстрагенитал касалликлар ва ҳомиладорлик асоратлари. ХПБ га туғруқдан олдин госпитализация қилинган аёлларнинг аксариятида битта эмас бир нечта ҳасталиклар бўлган. Кўп ҳолатларда ЭГК ва ҳомиладорлик патологияси кушилиб келган. Бу аёллар туғруқ муддати яқин қолганлиги туфайли туғруққача Перинатал марказда бўлган ва туғруқдан кейин болалари билан бирга шифохонадан чиқарилган.

Буюк Британия Акушерлик ва гинекология буйича Қироллик коллежи таклиф этган **учинчи «учлик қоидаси»** қоидасига тўғри келади, яъни жами кўп ҳомилали туғруқларнинг ҳар учтадан биттаси муддатдан олин содир бўлади. Эгиз ҳомилали туғруқларнинг 33,8% (22 та) муддатдан олдинги туғруқлардир. Муддатдан ўтган туғруқ эгиз ҳомиладорлик учун характерли эмас. Шундай бўлсада, бизнинг кўзатишларимизда битта муддатдан ўтган туғруқ ҳолати учради. Туғруқларнинг қолган 64,6%и муддатли туғруқларга тўғри келди.

Жами 65 нафар аёлларнинг 17 нафари туғруқ арафасида ВПМ нинг ХПБ да бўлган, қолган 48 таси туғруқдан 12 соат аввал, ёки туғруқнинг I ва II даврида Перинатал марказга қабул қилинган. Аёлларнинг энг катта контингенти (38,5%, 25 нафари) туғруқнинг I даврида келган. Қолаверса, 18 нафар аёл (27,7%) туғруқ бошланишидан атиги 12 соат аввал ВПМ га

мурожаат этган. Уларнинг 9 нафари қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши, қолган 9 нафар туғруқ хабарчи белгилари ва патологик перинатал давр сабабли мурожаат этган. Аёлларнинг 7,7% хатто туғруқнинг иккинчи даврида келганлигидир. Аёлларнинг туғруқ вақтида, айниқса туғруқнинг II даврида келиши туғруқ тактикасини белгилаш эркинлигини кекин чеклайди. Кўп ҳолатларда хатто операцияга кўрсатма бўлган тақдирда ҳам, туғруқни фақат табиий йўллар орқали олиб боришдан ўзга чора қолмайди. Чунки аёл ва унинг қариндошлари операцияга розилик бермаслиги, уларнинг аниқ бир қарорга келиши учун анча вақт талаб қилиниши мумкин. Бу орада КК операциясини утказиш имконияти йўққа чиқади. Натижада перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари ошади. Кўп ҳомилали туғруқларнинг ярмидан ортиғи (52,3%, 34 нафар) табиий туғруқ йўллари орқали тукқан, уларда туғруқ асоратлари жуда кам кўзатилди, аммо перинатал касалланиш ва ўлим кўраткичлари биров юқори.

Туғруқ индукцияси 4 нафар аёлда қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши, муддатдан утган ҳомиладорлик каби акушерлик кўрсатмалари туфайли кўзғатилди. Уларда айрим кичик туғруқ асоратлари (туғруқ йўллари юмшоқ туқимасининг енгил шикастланиши) ни ҳисобга олмаганда туғруқ оқибати яхши бўлди. Туғруқ индукцияси Гландин Е ни вагинал қўллаш, кейин амниотомия қилиб, окситоцинни вена ичига томозиш орқали амалга оширилди.

Ҳомиладорлик асоратлари, ЭГК лар, туғруқ вақтидаги асоратларнинг кўплиги эгиз ҳомиладорликда КК операцияси улуши катта бўлишига сабаб бўлади. Адабиёт маълумотларига кўра абдоминал туғруқ жами кўп ҳомилали аёлларнинг 25-32% да кўзатилади (Абрамченко В.В. ва муаллиф., 2005, Arias F., 2004). Кейинги йилларда мазкур кўрсаткич янада ошиб бормоқда. Бизнинг кўзатишларимизда жами 41,6% аёлда (27 нафар) кесар кесиш операцияси утказилди. Шулардан 18,5% (12 нафар) аёлда Кесар кесиш операцияси режали равишда утказилди. Мазкур аёлларнинг 7 таси ХПБ бўлимида ётган, 3 таси туғруқдан 12 соат олдин келган ва 2

нафари туғруқнинг биринчи даврида келган. Аёлларнинг 23,1% (15 нафар) ида Шошилинич кесар кесиш операцияси ўтказилди. Бу аёлларнинг кўпчилиги туғруқдан 12 соат олдин ёки туғруқнинг биринчи даврида келган эди. Кўрсатмалар орасида биринчи ҳомиланинг чанок билан келиши энг кўп кўзатилган (48,1%), аммо, таъкидлаб ўтиш жоизки, бу фақат 5 ҳолатдагина асосий кўрсатма бўлган холос, бошқа 8 ҳолатда чанок олдинда келиши қушимча кўрсатма бўлиб келган. Қоғонок сувларининг вақтидан олдин кетиши билан биргаликда туғруқ йўллари тайёр эмаслиги 12 та ҳолатда учраган. Аммо бу ҳолат ҳам асосан КК га қушимча кўрсатма сифатида роль ўйнаган.

ВПМ да оғир преэклампсия билан келувчи аёллар контингенти анча юқори. Оғир гипертензив бузилишлар (преэклампсия оғир даражаси ва гестацион гипертензия оғир даражаси) жами 11 ҳолатда (40,1%) КК га кўрсатма бўлган. Мазкур ҳомиладорлик асорати ҳамма ҳолатларда ҳам асосий кўрсатма бўлиб хизмат қилган. Ҳомилалардан бирининг кўндаланг келиши ва ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат 3 тадан ҳолатда кесар кесишга кўрсатма бўлган, мазкур ҳолатлар ҳам асосий кўрсатма бўлиб саналган. Жами 5 нафар аёлда асоратланган акушерлик анамнези, шу жумладан 3 ҳолатда бачадонда чандиқ ва 2 ҳолатда анамнезида бепуштлик кўзатилди.

Эгизаклик учун алохида хос бўлган кўрсатма - моноамниотик эгиз ҳомиладорлик КК га кўрсатма сифатида 2 ҳолатда (7,4%) кўзатилди.

Кўп ҳомилаликда туғруқ асоратлари ҳам бир ҳомилали ҳомиладорликка нисбатан деярли икки баравар кўп учрайди (Kovacs B.W. et al., 2010, Lazarov L., 2003, Фукс М.А. ва муаллиф.,1991). Туғруқ асоратлари жами 45 та (69,2%) беморда кузатилган бўлиб, улар орасида коғонок сувларининг туғруқдан олдин ва эрта кетиши алохида муҳим аҳамиятга эга. Туғруқ кучлари сустлиги 20 та (30,8%), нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин уткир қисман кучиши 3 та аёлда (4,6%) ва

хомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат яна 3 нафар аёлда (4,6%) қайд этилди. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши 21 нафар аёлда ҳеч бир аралашувсиз, табиий туғруқ билан яқунланди, фақат икки аёлда сувсиз давр чузилганлиги учун туғруқ стимуляцияси утказилди ва яна 12 нафар аёлда туғруқ кесар кесиш операцияси билан яқунланди. Туғруқ кучлари сустлиги, ёки туғруқнинг қоникарсиз прогресси, 18 ҳолатда окситоцин ёрдамида стимуляция қилиниб, муваффақият билан табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди. Фақат 2 нафар аёлда шошилинич кесар кесиш операцияси утказилди, бунга сабаб бошқа асоратли ҳолатлар, масалан оғирлашган акушерлик анамнези, туғруқ стимуляцияси самарасизлиги, биринчи ҳомиланинг чаноқ билан келиши кабилар ҳисобга олинди.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин ўткир қисман кучиши 3 ҳолатда аниқланди, шундан 2 таси туғруқ биринчи даври охирида ва биттаси туғруқдан кейин аниқланди. Мазкур ҳолатлар ҳомила ахволига деярли таъсир кўрсатмади. Ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат 3 аёлда кўзатилди, шундан 2 таси ҳомила гипотрофияси билан, биттаси ҳомила гипоксияси билан боғлиқ эди. мазкур ҳолатларнинг ҳаммаси кесар кесиш операцияси билан яқун топди.

ВПМ да ЭПП тамойилари киритилгандан сунг, туғруқ йўллари шикастлари учраши кескин камайди. Шунга қарамасдан эгиз ҳомиладорлик туфайли утказиладиган акушерлик манипуляциялари, (ҳомила чаноғи олинда келганда), туғруқ стимуляцияси сабабли туғруқ йўллари шикастланишлари жами 11 аёлда (16,9%) кўзатилди. Уларнинг аксарияти енгил шикастланишлар бўлиб, 2 ёки 3 та кетгутли чоклар билан тикилди. Маълумки, эгиз ҳомиладорликда бачадоннинг ҳаддан зиёд чузилиб кетиши туфайли гипотоник қон кетишлар кўп кўзатилади. Бизнинг кўзатишларимизда эрта чилла даврида гипотоник қон кетиш жами 8 нафар аёлда кўзатилди ва 12,3% ни ташкил этди. Ҳудди шунингдек, чилла даврида бачадон субинволюцияси ва лохиометра бир ҳомилали

туғруқларга нисбатан икки марта кўпроқ кўзатилди ва 10,8% (7 киши) ни ташкил этди.

Туғруқдан кейинги чилла даврида йирингли септик касалликлари жами 3 нафар аёлда учраб, 4,6% ни ташкил этди.

Кўп ҳомилали ҳомиладорликнинг энг оғриқли масалаларидан бири – бу перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш муаммосидир. Перинатал ўлим эгиз ҳомиладорликда одий бир ҳомилали ҳомиладорликка нисбатан 3-4 баравар юқоридир, учталиқ ҳомилали эгиз ҳомиладорлик эса 60%гача етади (Стыгар А.М. ва муаллиф., 2008; Venson R.C., Pernoll M.L., 2004).

Кўп ҳомилали аёлларда перинатал касалланиш курсаткичи 36,9% (48) ни, перинатал улим эса 3,1% (4) ташкил этди. Перинатал касалликлар орасида чакалоқлар асфиксияси биринчи уринда туради – 29,2%, Нафас олиш бузилиши синдроми (чала туғилган чакалоқларда) 18,2%, неврологик статуснинг бузилиши (марказий нерв тизимининг гипоксик - ишемик зарарланиши, МНТ кузгалиш синдроми, перинатал энцефалопатия) 16,9%, ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми (ХРОКС) 13,1%, ҳомиланинг она корнида инфекцияланиши (ХОКИ) 6,2% чакалоқларда кузатилган.

Адабиёт маълумотларига кўра, перинатал касаланиш ва ўлим кўрсаткичлари бошқа омиллар қаторида, туғруқни олиб бориш усулига боғлиқ (Ботвин М. А., Сидорова И. С., 2008; Василевская Л. Н. ва муаллиф., 2004; Babay Z. A. et al., 2000; Gummerus M., 2007). Туғруқни олиб бориш усули ва перинатал натижалар орасидаги корреляцион боғланишни ургандик. Текширишлар шуни кўрсатдики, жами перинатал касалланиш кўрсаткичлари табиий туғруқ йўллари орқали туғилган чакалоқларда нисбатан кўпроқ, айниқса, чакалоқлар асфиксияси шошилинич КК билан олинган болаларга нисбатан 2 баравар, режали КК билан олинган эгизаклага нисбатан эса 10 баравар юқоридир. нафас олиш

бузилиши синдроми, неврологик статуснинг бузилиши каби асоратлар ҳам табиий йўл билан туғилган чақалоқлар орасида анчагина юқори. Аммо ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми абдоминал йўл билан олинган болаларда анча юқори, бунга сабаб, ХРОҚС аниқланган аёллар кўпинча КК операцияси билан туғдирилган.

Шундай қилиб, режали КК операцияси перинатал натижалар нуқтаи назаридан шошилиш КК га нисбатан 2 баравар самаралидир. Шу билан бирга, эгиз ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда ЭПП тамойиллари билан бир вақтда Кесар кесиш операциясига кўрсатмаларни рационал доирада кенгайтириш перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон яратади.

ХУЛОСАЛАР

1. Текширилган аёлларнинг 93,8% ида (61 нафар) турли туман ЭГК лар аниқланди, 66,1% ида (43 нафар) бир ёки бир неча акушерлик асоратлари учради, улар орасида гипертензив бузилишлар (26,2%), ҳомила дистресси (26,2%), ҳомиладорлик узилиш ҳавфи (24,6%) ва кўпсувлилик ҳамда камсувлилик (16,9%) кўзатилган.

- Жами 130 нафар эгизакларнинг 83 нафари (63,8%) боши билан, 44 таси (33,8%) чаноғи билан ва 3 таси (2,3%) кундаланг келиши аниқланди. Аёлларнинг 30,1% монозиготали, 69,9%и дизиготали эди.

- Кўп ҳомилали туғруқларнинг 52,3%, (34 аёл) табиий туғруқлар орқали, 6,1% (6 та) туғруқ индукцияси ёрдамида ва 41,6% (27 нафар) кесар кесиш операцияси орқали яқунланди.

2. Кўп ҳомилали аёлларда перинатал касалланиш курсаткичи 36,9% (48) ни, перинатал ўлим эса 3,1% (4) ташкил этди. Перинатал касалликлар орасида чакалоқлар асфиксияси (29,2%), Нафас олиш бузилиши синдроми (18,2%), неврологик статуснинг бузилиши (16,9%), ҳомила ривожланишининг орқада қолиш синдроми (13,1%), ҳомиланинг она корнида инфекцияланиши (6,2%) чакалоқларда кузатилган.

3. Асосий гуруҳда ЭПП ва Фукс усулини рутин равишда қўллаш перинатал кўраткичларни яхшилашга имкон берди. Перинатал касалланиш кўрсаткичлари табиий туғруқ йўллари орқали туғилган чакалоқларда нисбатан кўпроқ, айниқса, чакалоқлар асфиксияси шошилишч КК билан олинган болаларга нисбатан 2 баравар, режали КК билан олинган эгизакларга нисбатан эса 10 баравар юқоридир.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Кўп ҳомилаликда Британия Қироллик коллежи тавсия этган 4 та учлик қоидаси бизнинг минтақамизга ҳам тўғри келади: эгизакларнинг 1/3 қисми монозиготали, 1/3 қисми муддатдан олдин туғилади, 1/3 қисми чаноғи билан келади. Тўртинчи учлик қоидаси эгизаклар жинсига таълуқли: уларнинг 1/3 қисми бир жуфт ўғил, 1/3 қисми бир жуфт қиз ва 1/3 қисми бир ўғил ва бир қиз бўлади.
2. Эгиз ҳомиладорликни олиб боришда Эффе́ктив перинатал парвариш тамойилларини қўллаш акушерлик асоратлари, перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш имконини беради.
3. Фукс усули буйича иккинчи ҳомиланинг кундаланг ҳолатини профилактика қилиш ЭПП принципларига тўғри келади ва катта самара беради. Кўп ҳомилали туғруқларни олиб боришда ЭПП тамойиллари билан бир вақтда Кесар кесиш операциясига кўрсатмаларни рационал доирада кенгайтириш перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон яратади..

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Абдусалямов А. А. Количественные показатели при синдроме задержки развития плода //Вестник врача общей практики. -1997. -№1. -С. 15- 18.
2. Абдуллаева Д. Д., Ворожейкин В. М. Структурная характеристика плаценты при многоплодной беременности с антенатальной гибелью одного из плодов //Мед. журн. Узбекистана. –2002. -№2-3. –С. 64-66.
3. Абдуллаева Д. Д., Султанов С. Н. Особенности течения гестации у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов //Хирургия Узбекистана. -2001. -№3. –С. 102-104.
4. Абдуллаева Д. Д., Султанов С. Н. Применение фраксипарина у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов //Проблемы репродуктологии. –2001. –Том.7. -№1. -С. 47-48.
5. Абдуллаева Д. Д., Султанов С. Н., Кузнецова Т. Г. Особенности функционирования системы гемостаза у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов //Бюл. ассоциации врачей Узбекистана. –2000. -№3-4. -С. 10-12.
6. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. –М.: Ассоц. РОСМЕДПОЛИС, 2000. - С. 29-52.
7. Байдаева З. Х. Реактивность плода во время беременности и родов по данным кардиомониторного наблюдения //Вопр. охр. мат. и дет. -1996. -Т.26. -№4. -С. 57-61.
8. Биохимические показатели регуляции сократительной деятельности матки у женщин с двойней /В. А. Бурлев, М. А. Фукс, В. Э. Исоколян, Ю. Б. Замиховский //Акуш. и гинек. –1992. -№8. –С. 15-19.

9. Ботвин М. А., Сидорова И. С. Многоплодная беременность /Под ред. проф. И. С. Сидорова //Актуальные вопросы акушерской патологии. – Ташкент, 1991.
10. Бриллиантова С. А., Фукс М. А. Особенности системы гемостаза при многоплодной беременности //Акуш. и гинек. –1992. -№10. –С. 13-17.
11. Бунин А. Т., Федорова М. В. Синдром задержки развития плода: патогенез, клиника, диагностика и лечение //Акуш. и гин. –1998. -№7. –С. 74-78.
12. Бычков В. И., Образцова Е. Е., Шамарин С. В. Диагностика и лечение хронической фето-плацентарной недостаточности //Акуш. и гинек. –1999. -№6. –С. 3-5.
13. Бычков П. А. Сравнительная оценка ультразвуковых способов антенатального определения массы плода //Акуш. и гинек. –1989. -№1. –С. 68-69.
14. Василевская Л. Н., Фукс М. А., Шеховцев Б. К. Диагностическое значение кардиотокографии при беременности двойней //Акуш. и гинек. – 1987. -№6. –С. 30-33.
15. Василевская Л. Н., Фукс М. А., Чернуха Е. А. Многоплодная беременность: Метод. рекомендации. –М.: Б. и., 1987. –21 с.
16. Ведение беременности и родов высокого риска /В. В. Абрамченко, А. Г. Киселев, О. О. Орлова, Д. Н. Абдуллаев. -СПб., 1995. -С. 190.
17. Ведение беременности и родов высокого риска /Т. Ю. Пестрикова, Г. В. Чижова, Е. П. Шапиро и соавт.: Руковод. для врачей. -2004. -287 с.
18. Ведение беременности и родов после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов: осложнения и их лечение /А. Н. Стрижаков, В. М. Здановский, З. М. Мусаев и соавт. //Акуш. и гинек. – 2000. -№2. -С. 22-26.
19. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов /Г. М. Савельева, Р. И. Шамина, З. М. Керимова и соавт. //Акуш. и гин. –1999. -№3. –С. 10-15.

20. Генык И. А., Лановой И. Д., Илькович Ф. Л. К вопросу об определении массы внутриутробного плода //ВОМид. –1998. –Т. 23. -№4. –С. 65-67.
21. Демидов В. Н., Бычков П. А., Логвиненко А. В. Возможности использования ультразвуковой фетометрии в определении массы плода в III триместре беременности //ВОМид. –2007. -№6. –45-48.
22. Демидов В. Н., Бычков П. А., Логвиненко А. В. Определение массы плода при ультразвуковой фетометрии //Акуш. и гинек. –2005. -№11. –60-61.
23. Демидов В. Н. Значение ультразвукового измерения отдельных частей тела в определении предполагаемой массы плода //ВОМид. –2009. –Т. 24. -№10. –55-57.
24. Добротина А. Ф., Гусева О. И., Соболева И. Ю. Современные аспекты проблемы многоплодия //Нижегор. мед. журн. –1997. -№1. –С. 20-23.
25. Изменение кардиотокографических изменений показателей при гипотрофии плода /А. В. Логвиненко, М. А. Воронкова, И. К. Сигизбаева с соавт. /Акуш. и гинек. –1999. -№9. –С. 37-39.
26. Захарова О. Ю., Милованов А. П., Фукс М. А. Морфометрическая характеристика плацент при многоплодной беременности //Вопр. охр. мат. и дет. – 1991. –Т. XXXIII. -№2. –С. 52-55.
27. Ларичева И. П., Фукс М. А., Баранов А. Н. Состояние фето-плацентарной системы у женщин с многоплодной беременностью //Акуш. и гинек. –1998. -№10. –С. 21-23.
28. Логвиненко А. В., Бычков П. А., Боронкова М. А. О возможности антенатального выявления гипотрофии плода //Вопр. охр. мат. и дет. 1999. -№7. –С. 40-43.
29. Лукашевич Г. А., Герасимович Г. И., Китунович Н. Б. Определение массы плода с целью прогнозирования родов //Здравоохранение Белоруссии. –2000. -№4. –С. 63-64.

30. Мамакаева М. Дж. Возможности прогнозирования многоплодной беременности: Автореф. дисс....канд. мед. наук. –Ташкент, 1989. -19 с.
31. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии /О. Г. Фролова, С. В. Глиняная, И. А. Ильичева и соавт. //Акуш. и гинек. –2001. -№3. –С. 3-5.
32. Многофакторный анализ особенностей течения многоплодной беременности и периода ранней адаптации новорожденных из двойни /М. Ф. Дещекина, В. Ф. Демин, Л. И. Ильенко и др. //Вопр. охр. мат. и дет. – 1990. –Т. XXXV. -№8. –С. 24-27.
33. Монохориальная двойня: особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы /Л. Г. Сичинава, С. А. Калашникова, О. Б. Панина и соавт. //Акуш. и гинек. -№3. -2003. –С. 17-20.
34. Новое в лечении беременных с синдромом задержки развития плода /Н. В. Орджоникидзе, П. А. Клименко, Г. Д. Дживелегова и соавт. //Акуш. и гин. –. -№3. –С. 32-36.
35. Об интерпретации кардиотокограмм во время беременности при фето-плацентарной недостаточности /И. О. Макаров, И. С. Сидорова, М. И. Кузнецов и соавт. //Акуш. и гин. -1997. -№2. –С. 23-27.
36. Оценка физического развития новорожденных при многоплодной беременности (двойни) /М. А. Фукс, О. И. Дементьева, О. И. Дедушкина и соавт. //ВОМид. –1987. –Т. 32. -№1. –22-26.
37. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности /Л. Е. Мурашко, Ф. С. Бадоева, Г. У. Асымбекова и др. //Акуш. и гин. –2006. -№4. –С. 43-45.
38. Побединский Н. М., Титов С. Ю., Ляшко Е. С. Исследование плацентарных белков при многоплодной беременности //Акуш. и гинек. - №2. -2002. –С. 27-31.
39. Прогноз состояния новорожденных у беременных группы высокого риска /М. Б. Охалкин, А. Р. Слепцов, В. И. Майден, Н. И. Белов //Материнство и детство. –1999. –Т.37, №1. –С. 36-39.

40. Пьянков А. В., Ходасевич Л. С., Рогозин И. А. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии при однойцевой двойне: диагностика и перспективы пренатального лечения //Акуш. и гинек. –1999. -№5. –С. 6-8.
41. Раисова А. Т. Особенности родов и перинатальная патология при многоплодной беременности //Акуш. и гинек. –2005. -№8. –С. 64-65.
42. Раисова А. Т., Шамова А. К. Этиологические факторы и некоторые акушерские аспекты многоплодия //Вопр. охр. мат. и дет. –1984. –Т. XXIX. №9. –С. 72-76.
43. Родзинский В. Е., Ордянец И. М. Плацентарная недостаточность при гестозах //Акуш. и гин. –1999. -№1. –С. 11-16.
44. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шамина Р. Н. Роль интранатальной охраны плодов в улучшении перинатальных исходов //Акуш. и гинек. –2000. -№5. –С. 3-8.
45. Савельева Г. М., Шамина Р. И., Каримова З. М. Внутриутробная задержка развития плода: ведение беременности и родов //Акуш. и гинек. – 1999. -№3. –С. 10-15.
46. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. -М., 1989. -356 с.
47. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Этапы развития и совершенствования ультразвуковых методов оценки состояния внутриутробного плода //Акуш. и гин. –2007. -№5. –С. 34-40.
48. Стыгар А. М., Каретникава Н. А. Редукция эмбрионов – способ оптимизации прогноза многоплодной и сверхмногоплодной беременности //Акуш. и гинек. –2008. -№1. –С. 31-32.
49. Сидорова И. С., Макарова И. О. Анте- и интранатальная кардиотокография //Росс. вестник перинат. и пед. –2006. –Т.41. -№1. –С. 15-20.
50. Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Фирсов Н. Н. Ультразвуковая плацентометрия во время беременности //Акуш. и гин. –2008. -№9. –С. 14-18.

51. Сичинава Л. Г., Шраер О. Т. Биофизический профиль плода у беременных с ОПГ-гестозом //Акуш. и гинек. -1990. -№8. –С. 20-23.
52. Слипченко А. Ф. Современные аспекты ультразвуковой диагностики многоплодной беременности //Акуш. и гинек. –2001. -№8. -С. 12-14.
53. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения беременности и родов при многоплодии /Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, С. А. Калашникова и соавт. //Акуш. и гинек. -2001. –№6. –С. 5-10.
54. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения многоплодной беременности /Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, С. А. Калашникова //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Том 1. Выпуск 1. Раздел [П]. Акушерство. – 2003.
55. Чернуха Е. А., Кочиева С. К., Короткова Н. А. Родоразрешение при многоплодной беременности //Акуш. и гинек. –1997. -№6. –С. 25-28.
56. Федорова М. В. Плацентарная недостаточность //Акуш. и гин. – 2007. -№5. –С. 40-43.
57. Фролова О. Г., Пугачева Т. Н., Макарова Е. Е. Причины перинатальной смертности при многоплодных родах //Акуш. и гинек. -№, - 2002. – С. 28-30.
58. Фукс М. А., Маркин Л. Б. Многоплодная беременность. - Киев, 1990.
59. Фукс М. А., Милованов А. П., Захарова О. Ю. Особенности развития плацент при многоплодной беременности //Акуш. и гин. –1989. - №9. –С. 35-37.
60. Фукс М. А., Шеховцев Б. К. Характеристика сердечной деятельности плодов в родах у женщин с двойней //Вопр. охр. мат. и дет. - 1990. -№5. –С. 45-49.
61. Фукс М. А. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития при многоплодной беременности //Акуш. и гин. –1990. -№9. –С. 15-17.

62. Фукс М. А., Проскуракова О. В. Пренатальная оценка биофизического профиля плода // *Вопр. охр. мат. и дет.* -1990. -Т.35, №1. – С. 34-38.
63. Фукс М. А., Сеницына Е. В. Зрелость легочной ткани у плодов при многоплодной беременности // *Акуш. и гинек.* –1988. -№1. –С. 26-30.
64. Фукс М. А., Сумовская А. Э., Чехонацкая М. Л. Пренатальная оценка зрелости плодов // *ВОМид.* – 1989. –Т. 34. -№9. –С. 14-18.
65. Фукс М. А., Титченко Л. И. Оценка функционального состояния миокарда у женщин при многоплодной беременности // *Акуш. и гин.* –1998. -№4. –С. 21-24.
66. A prospective study of the active management of labor in women of high parity /D. Laor, D. S. Seidman, H. Yaffe, F. Voss, Y. Z. Diamant, R. Gale // *Europ. J. Obstetr. Gynecol.* -2009. –Том.30, №2. –P. 111 - 115.
67. Amato M., Huppi P., Schneider H. Hypoxic risk in twins assessed by serum creatine kinase brain isoenzyme measurement // *Europ. J. Obstetr. Gynecol.* –2000. –Vol. 34. -№1-2. –P. 73-78.
68. Antenatal diagnosis and management of monoamniotic twins /J. F. Rodis, A. M. Ventzileous., W. A. Campbell et al // *Amer. J. Obstet. Gynec.* – 2007. –Vol. 157, №5. –P. 1255-1257.
69. Allen G., Parisi P. Trends in monozygotic and dizygotic twinning rates by maternal age and parity. Further analysis of Italian data. –1949-85 and rediscuaaion of US data, 1964-85 // *Acta Genet. Med. Gemellol.* –2000. –Vol.39. –P. 317-28.
70. Arias F. Twin pregnancy: epidemiology, diagnostics and management // *Amer. J. Obstet. Gynec.* –2004. –Vol. 170, №5. –P. 1233-1237.
71. Babay Z. A., Addar M. H., Al-Meshari A. A. Multiple pregnancy management: The King Khalid University Hospital Experience // [www. Atlanta.com./clindisc/vol-2. –№4. html](http://www.Atlanta.com/clindisc/vol-2. –№4. html). –2000.
72. Baldwin V. Pathology of multiple pregnancy /Ed. V. Baldwin. –New York, 2004. –P. 167-197.

73. Benson R. C., Pernoll M. L. Handbook of Obstetrics and Gynecology. -U.S.A., 2004.
74. Berkowitz R. L., Wilkins I. A., Lynch L. Selective second trimester reduction of the anomalous fetus in twin pregnancies //Obstetr. Gynecol. –1989. –Vol. 73. -№5. –P. 690-694.
75. Birth Weight in Twins: an Analysis of Discordancy and Growth Retardation /W. O'Brien, R. A. Knuppel, J. Scerbo, P. K. Rattan //Obstetr. Gynecol. –2006. –Vol. 67, №4. –P. 483-486.
76. Boklage C. E. Survival probability of human conceptions from fertilization to term //Int. J. Fertil. –2000. –P. 35-75.
77. Braunsdorf A., Bohm B., Fuchs M. Sterblichkeit und Untergemichtigenrate bei Mehrlingsgeburten – Einige statistische Probleme //Zbl. Gynakol. –2009. –Bd. 111. -№6. –S. 356-363 (нем).
78. Bryan E. M., Denton J., Hallet F. Facts about multiple births //Guidelines of Multiple Births Foundation, London, 2007.
79. Bryan E. M., Denton J., Hallet F. Guidelines for professionals. Multiple Pregnancy. The MBF. -London, 2007.
80. Bryan E. M. Determination of zygosity. In: Twins & higher multiple births: a guide to their nature and nurture. London: Edward Arnold. -2002. –P. 26-30.
81. Bryan E. M. The biology of twinning. In: Twins & higher multiple births: a guide to their nature and nurture //Sevenoaks. -Arnold, 2004. –Vol.2. -P. 9-30.
82. Burn J., Corney G. Zygosity determination and the types of twinning //In: I. MacGillivray, D. M. Campbell, B. Thomson eds. Twinning & Twins //Chichester: John Wiley. -2008. –Vol.2. –P. 7-26.
83. Caesarean section for the birth of the second twin /J. S. Samra, H. Spillane, J. Mukoyoko et al //Brit. J. Obstet. Gynecol. –2000. -Vol.97, №3. –P. 234-236.

84. Chalmers B., Hofmeyer G. F. The training course on childbirth problems //Obstetr. gynecol –2009. –Vol. 10. –P. 179-187.
85. Chen S. C. Multiple pregnancy //Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei). –2004. –Vol. 53, №1. –P. 37-41.
86. Chervenak F. A. Antenatal diagnosis and prenatal outcomes in a series of 385 consecutive twin pregnancies //J. Reprod. Med. –2004. –Vol. 29:727.
87. Collins M. S., Bleyl J. A. Seventy-one quadruplet pregnancies: management and outcome //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2000. –P. 162-1384.
88. Criteri ultrasonografici per la valutazione della placentazione nelle gravidanze gemellari /N. Uccello, F. aniele, F. Sannino //Minerva ginecol. –2008. –Vol. 41, №2. –P. 75-77.
89. Crowther C. A. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. //In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
90. Dunn A., Macfarlane A. Recent trends in the incidence of multiple births associated mortality in England and Wales //Arch. Dis. Child. -2006. –Vol.75. –P. 10-19.
91. Efficacy of transabdominal multifetal pregnancy reduction: collaborative experience among the world's largest centers /M. I. Evans, M. Dommergues, R. J. Wapner et al //Obstet. Gynecol. –2003. –Vol.82. –P. 61-6.
92. Embazos Triplets. Una revision de 16 casos /J. C. Melchor, F. J. Podrigues-Escudero, G. Aranguran et al. //Rev. Lat. Am. Ester Fert. –2009. –Vol.3. –P. 64.
93. Elliott J. P., Finberg H. J. Biophysical profile testing as an indicator of fetal well-being in high-order multiple gestations //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2005. –Vol.172, №2, Part.1. –P. 508-512.
94. Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring. IV. An analysis of prenatal morbidity and mortality /F. A. Manning, C. R. Harman, I. Morrison et al. //Amer. J.Obstetr. Gynecol. –2000. –Vol.162, №3. –P. 703-709.

95. Fetal biophysical profile score. VI. Correlation with antepartum umbilical venous fetal pH /F. A. Manning, R. Snijders, C. R. Harman, K. Nicolaides et al. //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2003. –Vol. 196. -№5. –P. 755-763.
96. Finberg H. Ultrasosnographic diagnostics in mutifetal pregnancy management //J. Ultrasound med. –2002. –Vol.11. –P. 571-577.
97. Formulas for fetal weight estimation by ultrasound measurements based on neonatal specific gravities and volumes /N. Shinozuko, T. Okai, Sh. Kohzuma et al //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2007. –Vol. 157. -№5. –P. 1140-1145.
98. Frenzer A. Epidemiology of twin pregnancies //Schweiz. Med. Wschr. –2004. –Bd. 124. -№16. –S. 687-691.
99. Gummerus M., Halonen O. Prophylactic long term oral tocolysis of multiple pregnancies //Brit. J. Obstet. Gynecol –2007. –Vol. 94, №3. –P. 249-251.
100. Hepp H. Hohergradige Mehrlinge – ein klinisches und ethisches Problem der Reproduktionsmedizin. //Geburtsh. Frauenheilk. –2009. –Bd. 49. - №3. –S. 225-233 (HEM).
101. Hill A. V. S., Jeffreys A. J. Use of minisatellite DNA probes for determination of twin zygosity at birth //Lancet. -2005. –P. 1394-5.
102. Iatrogenic multiple pregnancies in East Flanders, Belgium /C. Derom, R. Derom, R. Vlitnick et al //Fertil. Steril. –2003. –Vol.60. –P. 493-6.
103. Increased monozygotic twinning rates after ovulation induction /C. Derom, R. Derom, R. Vlitnick et al //Lancet. –2007. –P. 1266-8.
104. James W. H. Sex ratio and placenta in twins //Ann. Hum. Biol. – 1990. –Vol.7. –P. 273-6.
105. Kanakas N., Boos R., Schmidt W. Twin pregnancy in the right horn of a uterus dedelphys: A case report //Europ. J. Obstetr. Gynecol. –2009. – Vol.32, №3. –P. 287-292.

106. Keirse M., Enkin M. Lumley J. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. –2009. –Vol. 2. –P. 805-814.
107. Keith L., Papiernick E., Keith D. M. Multiple pregnancy: Epidemiology, Gestation and Perinatal Outcome. –Carnforth, 2005.
108. Koonings P. P., Paul R. H., Campbell K. Umbilical cord prolapse: A contemporary look //J. Reprod. Med. –2000. –Vol. 35. -№7. –P. 690-692.
109. Kovacs B. W., Kirshbaum Th. H., Paul R. H. Twin gestation: I. Antenatal care and complications //Obstet. Gynecol. -2010. –Vol. 74. -№3. –P. 313-317.
110. Lasarov L. Etiology of twinning in man //Fkush. Ginecol. –2003. –Vol. 32. -№1. –P. 9-10.
111. Laveri L. P. //J. Reprod. Med. – 2004. –Vol. 39. -№1. –P. 55-60.
112. Les grosses multifoetale. II. Epidemiologie aspects cliniques /S. Vaksman, P. Bouchart, P. Patey-Savateir //J. Gyn. Obstetr. Biol. Reprod. (Paris). –2004. –Vol. 19. -№4. –P. 383-394.
113. Lopez-Lleran, De la luna Olsen E., niz Ramos J. Eclampsia in twin pregnancy //J. Reprod. Med. –2009. –Vol. 34. -№10. –P. 802-806.
114. MacGillivray I., Campbell D. M. The changing pattern of cerebral palsy in Avon //Paediatr. Perinat. Epidemiol. –2005. –Vol.9. –P. 146-55.
115. MacGillivray I., Samphier M., Little J. Factors affecting twinning /In: I. MacGillivray, D. M. Campbell, B. Thomson Twinning and Twins //Chichester. - Jhon Wiley. -2008. -№5. –P. 76-98.
116. Monteguado A., Timor-Tritsch I., Sharma S. //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2004. –Vol.179. –P. 824-832.
117. Multifetal pregnancy reduction by transvaginal puncture: evaluation of the technique used in 134 cases /I. E. Timor-Tritch, D. Peisner, A. Monteaagudo et al //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2003. –Vol.168. –P. 799-804.
118. Multiple pregnancy with late death of one fetus /P. H. Cherouny, I. A. Haskins, Johnson et al //Obstetr. Gynecol. –2009. –Vol. 74. -№3. –P. 318-320.

119. Newton E. R. Antepartum care in multiple gestation //Seminar Perinatol. –2002. –Vol.10, №1. –P. 19-29.

120. Pergament E. Postnatal zygosity determination /L. G. Keith, E. Papiernik, D. M. Keith et al //Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome. Carnforth: Parthenon. –2005. –Vol.48. -P. 637-644.

121. Perinatal outcome after multifetal reduction to twins compared with nonreduced multiple gestations /C. A. Melgar, D. L. Rosenfeld, K. Rawlinson et al //Obstet. Gynecol. –2006. –Vol.78. -P. 763-766.

122. Petterson B., Stanley F., Alberman E. Cerebral palsy in multiple births, in Western Australia: genetic aspects //Am. J. Med. Genet. –2005. –Vol.37. -P. 346-351.

123. Preterm labor in twin pregnancies: can it be prevented by hospital admission? /C. A. Crowther, J. P. Neilson, D. A. A. Verkuy et al //Brit. J. Obstetr. Gynaecol. –2000. –Vol.96. -№7. –P. 850-853.

124. Prognose von sonographisch früh diagnostizierten Zwillingsschwangerschaften /H. J. Prompeler, Ch. Wilhelm, H. Madjar et al //Geburtsh Frauenheilk. –2009. –Bd.54, №8. –S. 715-719.

125. Risques perinatal et maternel es grossesses multiples /A. Picard, R. Nlome-Nze, W. Ogovet-Igumu et al //Rev. Franc. Gynecol. Obstetr. –2006. –Vol.84, №5. –P. 381-391.

126. Rydhstrom H., Ingemarsson I., Ohrlander St. Lack of correlation between a high caesarean section rate and improved prognosis for low birth weight twins (<2500 g) //Brit. J. Obstetr. Gynecol. –2005. –Vol. 97. -№3. –P. 229-233.

127. Schröder W. Sectio-Indicationsstellung zur Entwicklung des 2. Zwillings nach vaginaler Geburt res 1. Zwillings //Geburshilfe Frauenheilkd. –2011. –Bd.49, №2. –S. 165-168.

128. Schröder W. Zur Frage der Risikobeurteilung aktiven geburtshilflichen Vorgehns im Entbindungs zeitintervall bei der Leitung von vaginalen //Geburshilfe Frauenheilkd. 2011. –Bd. 50, №6. –S. 447-453.

129. Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester /R. L. Berkowitz, L. Lynch, U. Chitkara et al //N. Engl. J. Med. –2008. –Vol. 318. –P. 1043-1047.
130. Sexual discordance in monozygotic twinning /E. J. Pellman, J. Stetton, C. M. Tuchmuller, A. M. Fauber et al. //Am. J. Med Genet. –2006. -№3. –P. 551-7.
131. Shah Y. G. //Amer. J. Perinatol. –2011. –Vol. 11. -№3. –P. 208-212.
132. Slomsko Z., Ruskiewicz Z., Breborowicz G. Indications for cesarean section in multiple pregnancy //Ginek. Pol. –2007. –Vol.56. -№ 2. –P. 86-93
133. Strong J. H., Brar H. S. Placenta previa in twin gestations //J. Reprod. Med. –2005. –Vol.34. -№6. –P. 415-416.
134. Tabsh K. Genetic amniocentesis in multiple gestation: A new technique to diagnosis monoamniic twins //Obstetr. Gynecol. –2000. –Vol.75, №2. –P. 296-298.
135. Term birth after midtrimester hysterectomy and selective delivery of an acardiac twin /N. A. Ginsberg, M. Appelbaum, S. A. Rabin et al //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2006. –Vol.167. –P. 33-7.
136. The genetics of multiple pregnancy: review of the literature /W. Meulemans, D. Boomsma, C. Derom et al //In: Genetic epidemiology of twins and twinning. Amsterdam: Free University of Amsterdam, 2005. –P. 53-70.
137. The Human Fertilization and Embryology Authority Annual Report. London: HFEA, 2010.
138. Twinning in southern Israel; Secular trends; ethnic variation and effects of maternal age and parity /R. Picard, D. Fraser, Z. J. Hagay et al. //Europ. J. Obstet. Gynecol. –2005. –Vol.33. -№2. –P. 131-139.
139. Twin pregnancy //www. Atlanta-com./clindisc/vol-2. –No 4. html. –2002.
140. Uterine activity characteristics in multiple gestations /T. J. Garite, D. L. Benthley, Ch. Hamer et al //Obstetr. Gynecol. –2001. –Vol.76, №4. –P. 43-46.

141. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation /Th. Strong H., J. P. Phelan, O. Ahn, A. P. Sarno //Amer. J. Obstetr. Gynecol. -2010. - Vol.161, №1. -P. 29-31.

142. Vaksman S., Bouchard Ph., Monnier J. Les grossesses mutifoetales. I. Mythes et realites //J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. -2008. -Vol. 19, №3. - P. 261-267.

143. Wenderlein J. M., Rembold U. Perinatole Aspects bei 520 Zwillingssgeburten zwishen 1965-1987 an der UFK-Ulm //Z. Geburtshilfe, Perinatol. -2000. -Bd.194, №2. -S. 75-80.

144. Wenderlein J. M., Rembold U. Klinoische Tendenzen bei 520 Zwillingsschwangerschaften in 22 Jahren //Z. Geburtshilfe, Perinatol. -2000. - Bd. 194. -№1. -S. 13-16.

145. Wenstrom K. D., Syrop C. H., Hammitt E. G. Increased risk of monochorionic twinning associated with assisted reproduction //Fertil. Steril. - 2005. -Vol.60. -P. 510-3.

146. Williams K., Hennessy E., Alberman E. Cerebral palsy: effects of twinning, birthweight and gestational age //Arch. Dis. Child. -2008. -Vol.75. - P. F178-182.

147. Zakirov I., Abdusalamov A. A. GI and AIGI quantitative indicators of gestation quantitative paramete //Newsletter. -Geneva, 1996. -Vol.2., №1. -P. 18.

148. Zwillingsschwangerschaften mit feto-fetalen transfusionsyndrom /E. M. Grishke, R. Boos, W. Schmidt et al //Z. Geburtshilfe, Perinatol. -2006. - Bd.194, №1. -S. 17-21.