

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ

© 2015. М. Амонова, Г.Ш. Элтазарова, Д.И. Тугизова

СамМИ даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси

Ключевые слова: внематочная беременность, диагностика, ретроспективный, проспективный, хорионический гонадотропин.

Keywords: ectopic pregnancy, diagnostics, retrospection, prospection, chorionic gonadotropin.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

За последние годы внематочная беременность является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, которое не только угрожает жизни женщины, а также приводит к нарушению дальнейшей репродуктивной функции.

EARLY DIAGNOSTICS OF ECTOPIC PREGNANCY

M. Amonova, G.S. Eltazarova, D.I. Tugizova

In recent years, ectopic pregnancy is one of the most common diseases, not only threatens female life, and also leads of further disruption of reproductive function.

Мавзуни долзарблиги: Бачадондан ташқари ҳомиладорлик (БТХ) кейинги йилларда тобора кўпроқ учраётган касаллик бўлиб, нафақат бемор аёл ҳаётига хавф солади, балки аёлнинг кейинги ҳаётида репродуктив функция бузилишига олиб келади (Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. 2013 й).

БТХ нинг диагностикаси ва даволаш гинекология амалиётида долзарб муаммолардан биридир. Эрта муддатларда касалликка ташҳис қўйиш учун қондаги хорион гонадотропин (ХГ) бета-суббирликлари (субъединица) ни аниқлаш лозим бўлади. Қонда 10 МЕ/л хорион гонадотропин бўлади. Агар орадан 48 соат ўтиб, такрорий текшириш ўтказилганда ХГ (бета-суббирликлари даражаси 2 баравардан зиёд кўпайса, бунда БТХ бўлиши мумкин. Бу усул гинекология амалиётида тобора кўп қулланилмоқда. Қийин вазиятларда диагностик лапароскопиядан фойдаланиш мумкин. Фақатгина кучли битишмали жараён бўлганда ёки кўп қон йўқотилган ҳолларда катта лапаротомия бажарилади (Гриля В.И., Назаренко Т.С 1998 й).

Шундай қилиб, клиник амалиётда БТХ диагностика қилиш ва замонавий технологияларни жорий этиш мазкур патологияга амалий ёндошувни бутунлай ўзгартирди. Аммо шу билан бирга БТХ ўз вақтида ташҳислаш ва шошилиш ёрдамни ўз вақтида ташкил этиш масаласи ҳам ўз долзарблигича колмоқда.

Шунинг учун, биз мазкур диссертацияда қуйидаги мақсадни ўз олдимизга қўйдик:

Ишнинг мақсади: РШТЁИМСФ гинекология бўлимида стационар шароитда бачадондан ташқари ҳомиладорликда диагностик тадбирларининг самарадорлигини ошириш.

Текшириш усули ва материаллари: Тадқиқот учун РШТЁИМСФ гинекология бўлимида бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан 50 та бемор олинган. Улардан 20 таси I гуруҳ (асосий ёки проспектив), 30 таси эса II гуруҳ (ретроспектив) ни ташкил этади. Проспектив гуруҳдаги беморларни клинко-биохимик текшириш РШТЁИМСФда ва махсус лаборатор таҳлиллар «Sangzor» диагностика маркази лабораториясида ўтказилди.

Текшириш вазиваси: РШТЁИМСФ гинекология бўлимида 2013-2015 йилларда ётган касаллар сони ва уларга нисбатан БТХ фоизи (жадвал №1).

Тадқиқот изчиллиги махсус тузилган саволнома орқали таъминланган. Унда бемор анамнези, ўтказган гинекологик ва соматик касалликлари, оператив аралашувлар менструация бошланиши, уни регуляриги, давомийлиги оғриқли ёки оғриқсиз кечиши, менструал қон миқдори, жинсий ҳаёт регуляри ёки регуляри эмаслиги, контрацепциядан фойдаланиши, ҳомиладорликни сони каби маълумотлар киритилган.

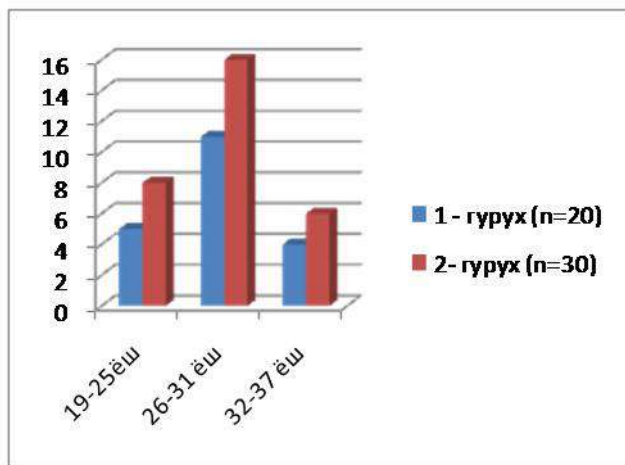
Жадвал № 1

Аёллар сони	2013	2014	2015
Жами ётган беморлар сони,	1096	1106	1062
Шу жумладан, кишлок аҳолиси	712	760	756
БТХ ташҳиси куйилганлар сони	14	11	9
ва фоизи	1,3%	1,0%	0,8%
лапароскопик операция	12	10	9
килинганлар сони	85,7%	90,9%	100%

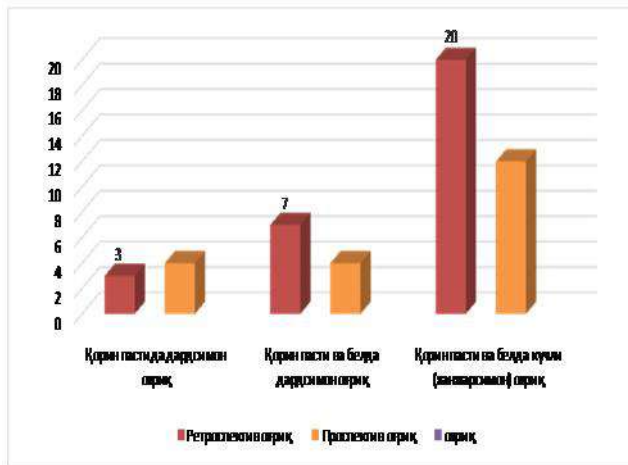
Беморларни ёшига қараб 3 та гуруҳга бўлинган 1- гуруҳ 19-25 ёш; 2 - гуруҳ 26-31 ёш; 3- гуруҳ 32-37 ёш. БТХ ни ёшга қараб учраши қуйидаги диаграммада келтирилган (расм 1). Кўриниб турибдики БТХ ни энг кўп учраши 26-31 ёшда кузатилаган. Буни бу даврда жинсий активлик нисбатан юқори бўлиши, жинсий йўл билан юқувчи касалликлар юқиш хавфи юқорилиги, жинсий аъзоларда кўпроқ оператив аралашувлар (бачадонни қўл билан текшириш, бачадон бўшлиғини кириш, кесар кесиш операцияси) шу даврда кўп бўлиши бу кўрсаткичлар бўлишига сабаб бўлиши мумкин.

Тадқиқот натижалари: Биз беморларни қабул қилинган вақтидаги диагноз ва стационар кузатувдан кейин қўйилган клиник диагнози ўртасидаги фарқни аниқлаш учун кузатув олиб бордик. Бунинг учун иккала гуруҳдаги БТХ кузатилган беморлардаги турли гинекологик касалликларни ўрганиб чиқдик БТХ диагнозини бошқа клиник тасдиқланган гинекологик касалликлар билан қўшилиб келиши I гуруҳдаги 20 та аёлдан 11 тасида, II гуруҳдаги 30 та аёлдан 22 тасида кузатилди. Кўпинча беморлар клиник диагнозида иккита ёки учта гинекологик касаллик қўшилиб келган. Жинсий аъзолардаги сурункали яллиғланиш фонида 7 (35%), бачадон бўйни эрозияси ва эндоцервицитда 5 та (25%) БТХ ривожланган. БТХ га ўз вақтида диагностика қўйиш асосан ривожланаётган ёки най аборти типидagi билинарсиз клиника билан кечаётган вақтида қийинчилик туғдирган. Биз кузатган иккала гуруҳда ҳам диагностик қийинчилик туфайли беморларга диагноз қўйиш анча қийинчилик туғдирди.

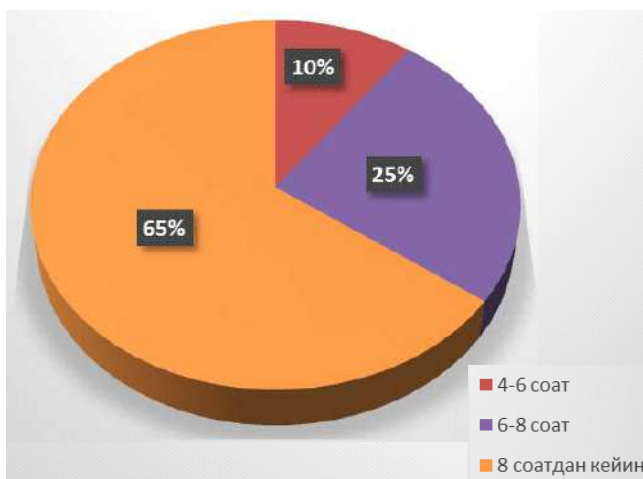
Энг кўп кузатиладиган белги - қорин пастидаги оғрикнинг характери тўғрисидаги маълумотлар қуйидагича (расм 2): қорин пастида дардсимон оғриқ ретроспектив гуруҳда 3 та, проспектив гуруҳда 4 та беморда, қорин пасти ва белда ухтин-ухтин дардсимон оғриқлар эса мос равишда 7 ва 4 тадан беморда кузатилган, бу беморларда БТХ га диагноз қуйиш анча қийинчилик туғдирган, кейинчалик уларда ривожланаётган (узилмаган) БТХ ташҳиси қўйилган. Ретроспектив гуруҳдаги 20 нафар, асосий гуруҳдаги 12 нафар бемор эса ўткир қорин белгилари билан мурожаат этган, уларда қорин пасти ва белда ўткир ханжар санчган-



Расм 1



Расм 2. БТХ да оғриқ синдромининг характери



Расм 3. Геморрагик синдромнинг пайдо бўлиш муддати



Расм 4

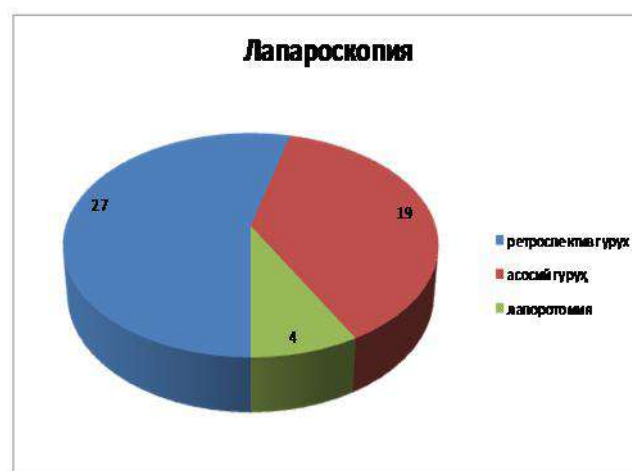
дек оғриқ кузатилган. Уларга диагноз қўйиш катта қийинчилик туғдирмади, УТТ ва орқа гумбаз пункцияси асосида уларга бачадондан ташқари ҳомиладорлик диагнози қўйилди.

Учраши бўйича иккинчи ўринда жинсий йўллардан қонли ажралма келиши бўлиб, у асосий гуруҳда 12 та, ретроспектив гуруҳда 19 та беморда кузатилган. Кузатишлардан маълум бўлишича, қон келиши фақатгина БТХ бузилгандан кейин бошланади. Ўткир қорин белгилари пайдо бўлгандан сўнг қон келиши бошланган вақтгача бўлган муддат куйидаги диаграммада кўрсатилган (расм. 3).

Кейинги босқич УТТ бўлиб, у асосий гуруҳдаги беморларнинг барчасида, ретроспектив гуруҳда эса 27 та (90%) беморда ўтказилган.

УТТ асосида БТХ га муваффақиятли диагноз қўйиш ретроспектив гуруҳда жами 27 бемордан 21 тасида (77,8%), асосий гуруҳда 16 (80%) беморда кузатилган. Ретроспектив гуруҳдаги 3 та (11,1%), асосий гуруҳдаги 2 та (10%) беморда тухумдон кистаси мавжудлиги диагноз қўйишни қийинлаштирган ва БТХ назардан четда қолган. Шунингдек, ретроспектив гуруҳдаги 1 та эндометриоз ҳолати ҳам янглиш диагноз қўйишга сабаб бўлган. Ҳар иккала гуруҳда 2 тадан беморга хато равишда гидросалпинкс диагнози қўйилган (расм 4).

Нихоят, энг ишончли диагностика, айти пайтда даволаш усули бу - лапароскопия бўлиб, у ретроспектив гуруҳдаги беморларнинг 27 таси ва асосий гуруҳдаги аёлларнинг 19 тасида бажарилган, жами 4 та беморда лапоротомия усули ўтказилган. Бунга сабаб бу беморлар қорин бўшлиғидаги битишмали жараёндир (расм 5).



Расм 5.

Фойдаланадиган адабиётлар:

1. Газета «Правда Востока» от 30 января 2010 года за №21 (26715). 29 января 2010 года состоялось заседание Кабинета МинРУз. Название статьи «Наша главная задача - дальнейшее развитие страны и повышение благосостояния народа» Доклад Президента Республики Узбекистан И.А.Каримова.
2. Газета «Народная слово» от 28 января 2010 год за №19 (4904) Название статьи «Модернизация страны и построение сильного гражданского общества - наш главный приоритет» «Доклад Президент Республики Узбекистан И.А.Каримова на совместном заседании Законодательной Палаты и Сената Олий Мажлиса

РУз.

3. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии // М., 2003. С. 143.
4. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Автореферат диссертации....д. м. н. М., 2001.
5. Абдусаламова К.И., Назирова М.Н., Хасанов Э.Х. Осложненная брюшная беременность // Медицинский Журнал Узбекистана. 1990. №10. С. 18-20.
6. Абрамян Р.А. Роль лапароскопии в диагностике внематочной беременности // Экспериза и клиника. 1991. № 1. С. 58-60.
7. Азлина Н.В., Жуарская Э.К. Доржиев Д.Д К Вопросы о диагностике трубной беременности // Акушерство и гинекология. 1990. №3.
8. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки (этиология, клиника, диагностика, терапия) // Автореферат диссертации....д. м. н. М., 2000.
9. Аронов Б.Е Сочетание маточной и внематочной беременности // Современная медицина. 1986. №8. С. 118-119.
10. Батуревич Н.В. Гнойное воспаление придатков матки (клинико-лабораторная диагностика) // Автореферат диссертации...к. м. н. Омск, 2004.
11. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.Л. Гинекология. М., 2003.
12. Бахтияров И.А., Мальцева М.И. Значение УЗИ в диагностике брюшной беременности // Казанский медицинский журнал. 1991. №2.
13. Баграмян Э.Р., Котляровская Е.И. Иммунологический метод определения ХГ в моче // Акушерство и гинекология. 1993. №9.
14. Байков М.В. Исследование проходимости маточных труб и оценка состояния полости матки методом контрастной ультразвуковой гистеросальпингографии с использованием анэхогенных и гиперэхогенных контрастных веществ // Акушерство и гинекология. 1998. №1. С. 29-30.
15. Буянова С.Н., Смирнова В.С., Симакова М.Г. Основные принципы современной диагностики и лечения внематочной беременности // Вестник Российской Ассоциации акушерства и гинекологии. 2002.