

Samatova F.J.

Axmedov I.M.

Qodirova Sh.A.

Negmadjanov B.B.

Fattaeva Sh.M.

HOMILADORLIKNING II-TRIMESTRIDA RIVOJLANMAY QOLGAN HOMILADORLIKNI MEDIKAMENTOZ YO'L BILAN UZISHNING XUSUSIYATLARI

SamMI (rektori - prof. Shamsiev A.M.) Pediatriya fakulteti akusherlik va ginekologiya kafedrası (mudiri - prof. Negmadjanov B.B.)

Mavzuning dolzarbligi. Bugungi kunda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining reproduktiv yoshdagi ayollar salomat- ligini yaxshilash, bemor ayollarni sog'lomlashtirish borasida, ularni bepul va samarali kontrasepsiya vositalari bilan ta'minlash yo'lida olib borayotgan saiyi harakatlariga qaramasdan, fertil yoshdagi ayollar orasida abortlar soni sira kamaymayapdi. Sun'iy abortlar esa har doim ham ayol salomatligi uchun tabiiy tug'ruqdan ko'ra ko'proq xavf tug'diradi. Ayniqsa, homiladorlikni uning II- trimestrida uzish juda xavfli hisoblanadi, chunki buning uchun bir qator invaziv usullar - transservikal va transvaginal amniosentez, giper- tonik eritmalarni bachadon ichiga infuziya qilish, undan keyin esa enzoprost yoki oksitotsinni vena ichiga tomizib yuborish qo'llaniladi.

Homiladorlikni medikamentoz yo'l bilan uzish- ning asosiy ko'rsatmalaridan biri rivojlanmay qol- gan homiladorlikdir (RQH). Ma'lumki, RQH tufay- li homiladorlikni uzish boshqa ginekologik xastali- klardan keskin farq qiladi. Negaki RQH da qon ivish tizimining ozmi ko'pmi darajada buzilishi, shuningdek, RQH ning o'ziga sabab bo'lgan fon kasalliklari kata xavf tug'dirib turadi. Shuning uchun RQH da homiladorlikning uzishning iloji boricha xavfsiz, noinvaziv yo'llarini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Loyixa rnaqsadi: Gestatsiyaning II-trimestrida rivojlanmay qolgan homiladorlikni medikamentoz yo'l bilan uzishning xususiyatlari va samaradorlig- ini o'rganish.

Tekshirish materiallari va usullari. Bizning o'z tekshiruv ishlarimiz davomida Samarqand sha- har №3 sonli majmuasida 2011-2013 yillar davomida kelib davolangan, homilasi rivojlanmay qolgan 70 nafar homilador ayol tanlab olingan. Homilasi rivojlanmay qolgan ayollarni kasallik tarixini retro - va prospektiv tahlil qildik.

Ultratovush tekshiruvi. Barcha homilador ayol- larda har bir trimestrida ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Tekshirish ultratovush apparati yordami- da transabdominal usulda 2,45 MGs kuchda sektoral (xonveksital) datchik yordamida o'tkazildi. TeKshirish davomida plasentaning joylashishi, un- ing strukturasi va yetilish muddati, gestatsiyaning muddati bo'yicha muddati bo'yicha plachentaning rivojlanish darajasi o'rganildi. Homila biometriyasi bir necha bosqichda homilaning umumiy anatomi- yasi, boshining ko'rinishi va bosh miya strukturasi bundan tashqari umurtqa pog'onasi tekshirildi. Ko'krak qafasi a'zolarining tuzilish, qorin devori, qo'l- oyoqlarning tuzilishi tekshirildi. Fetometrik o'lchovlardan homila boshining biparietal o'lchami, qorin aylanasi, son suyagining uzunligi aniqlandi va gestatsiyaning muddatiga ko'ra xomila o'lchovlari solishtirildi.

Barcha homiladorlarda axusherlikda o'tkaziladigan zaruriy umumtibbiy klinik, laborator tekshirishlar o'tkazildi.

Umumiy qon tahlili - 1 ml qon hajmida eritrositlar soni, gemoglobin konsentratsiyasi aniqlandi. 1 ml qonda leykositlar

soni, leykositlar formula tekshirildi. 1 soatda eritrositlamig cho'kish fezlgi aniqlandi.

Umumiy siydik tahlili siydikning miqdori, tar- kibi, tiniqligi, nisbiy zichligi tekshirildi. 1 ml siydikda bakteriyalar, eritrositlar, leykositlar soni sanaldi. Siydik ajratish tizimida infeksiyon asoratlar bilan kechgan homiladorlarda Zimnitskiy sinamasi o'tkazildi. Qon ivish vaqti Suxarev bo'yicha tek- shirildi.

Mikrobiologik tekshirish. Biz o'z ishimizda klinik mikrobiologik tekshirishni 35 nafar homila- dorda kultural mikrobiologik tashxislash o'tkazishda tekshirish materiallaridan maksimal darajada mikroblarning turlari tekshirildi.

BaKteroskopik tekshirish. Tekshirish uchun surtma uretra, servikal kanal, qinning orqa yon de- vorlaridan olindi. Surtmani mikroskopiya shaklli elementlar, epiteliy va florasi aniqlandi

Homila va yo'ldosh to'qimasini gistologik tekshirish. Tug'ruqdan keyin yo'ldoshni takro- va mikroskopik tekshirganimizda yo'ldoshda involyu- tiv, kompensator moslashuv, yallig'lanish jarayon- lari va sirkulyator buzilishlar aniqlandi. Bir vaq- tning o'zida plasentaning ham homila ham ona qismida bir qator patomorfologik o'zgarishlar aniqlandi. Avmiotik parda va xorial plastinkada yallig'lanish reaksiyalarin - stromasining shishi, leykositlar infiltratsiya kuzatildi. Xorial plastinka to- mirlarida devorlarining shishi, endoteliysining pro- liferatsiyasi va uning bo'shlig'ining torayishi, alox- ida holatlarda Tomirlarda staz aniqlandi.

Tadqiqot natijalari. Texshirilgan jami 70 nafar homilador ayollarning yashash joyi bo'yicha: asosiy guruhida 25 (71,4%) nafari qishloq aholisi, 10(28,5%) nafari shahar aholisiga, nazorat guruhida esa 20 (57%) nafari qishloq aholisi ,15(43%) nafari shahar aholisiga to'g'ri keldi. Jami kuzatilgan

homiladorlarning yarmi (54,2%) 18-25 yoshda, 27,1% i 25-30 yoshda va 18,5% i 30 yoshdan kata bo'lganligini ko'rsatdi. Shunday qilib homilasi rivojlanmay qolgan homilador ayollarni 3/4 qismi optimal fertil yoshda ekanligi aniqlandi.

Ulam kasbi bo'yicha taqsimlanishi quyidagicha: 35 (50%) nafari uy bekalari, 15 (21,4%) nafari oliy ma'lumotlilar, 12(17,1%) nafari o'rta malumotliar, 8(11,4%) nafari oddiy ishchilar- ni tashkii etdi.

Homilasi rivojlanmay qolgan homilador ayollarni paritetini o'rganganimizda quyidagi ma'lumotlarga ega bo'ldik. Aniqlanishicha rivojlanmay qolgan homiladorlik xomilador ayollar orasida birinchi homilador bo'lgan ayollar ko'pchilikni tashkii etadi: har ikkala guruhda 24 nafar (34%) ayol birinchi homilador bo'lgan ayol bo'lgan. Anamnezidan 3 ta va undan ko'p tuqqanlar 17 nafar (24,2%) va 16 nafar (22,8%) ni tashkii etdi. Asosiy va nazorat guruhida faqat 13 nafar (16%) ni tashkii qilganlar II-homilador ayollar bo'lganligi aniqlandi.

Bizning o'z tekshiruv ishlarimiz shuni ko'rsatadiki ikkala guruhdagi jami homilador ayol- larning hayot anamnezining turli davrlarida uchra- gan kasalliklarni miqdori quyidagi ko'rsatkichlar bilan namoyon bo'ldi: 42,8% bemorlarda anemiya

Bizga murojat etganda homiladorlarni ku- zatganimizda tekshiruvlar o'tkazganimizda homilarni rivojlanishdan ortda qolishiga olib keluvchi sabablar aniqlandi. RQH etiologiyasida infeksiyon agentning roli muhim ekanligi bir necha marta o'rganilgan bo'lsada, shunga qaramay asosiy infeksiya manbai bu bakterial virusli infeksiya va shu bilan bir qatorda jinsiy yo'l

xozir- gi homiladorlikni kechishi bilan ko'p darajada bog'liqligi aniqlandi. Asosiy va nazorat guruhidagi homilasi rivojlanmay qolgan ayollarni anamne- zidagi ginekologik kasalliklari uchrash foizi quyidagicha kuzatildi. Kolpit 45%, surunkali metroendometrit 21%, surunkali adneksit 15%, servisit 9%, bachadon bo'yni eroziyasi 8%, hayz siklining buzilishi 3% holatlarda bo'lganligi aniqlandi. Qayta homiladorlarning akusherlik anamnezini o'rganganimizda asosiy va nazorat gurux- ida homilarni o'z-o'zidan tushishi, rivojlanmay qolgan homiladorlik, sun'iy abortlar, muddatdan oldingi tug'ruq, bepustlik va bachadondan tashqari homiladorlik aniqlandi:

Jadval

(36%) bemorda, xandidoz 11 ta (16%) bemorda, Trixomoniaz 10 ta (14%) bemorda kuzatildi.

Bizning kuzatishlarimiz natijasida TORCH infeksiyasi RQH sabablari orasida asosiy o'rinni egal- ladi. Bundan tashqari boshqa sabablar orasida O'RV1 16 ta (23%) bemorda, garmonal yet- ishmovchilik 15 ta (21,4%) bemorda, idiopatik 8 ta (11,4%) bemorda, immunkonflikt homiladorlik 4 ta (6%) bemorda, qarindoshchilik 3 ta (4,2%) bemorda kuzatildi.

RQH tashxisi bilan murojat etgan asosiy guruhdagi ayollarda aniqlangan natijalarni tahlil qilganimizda mazkur homiladorlikni kechishida bir qancha asoratlar kuzatilgan. Tekshiruv natijalariga ko'ra: homila tushish xavfi 19 nafar (27,5%) bemorda, pielonefrit 15 nafar (21,5%) bemorda, ko'psuvlilik 9 nafar (12,5%) bemorda, Kamsuviilik 9 nafar

Kuzatilgan ayollarda homiladorlikni istarsiz oqibatlarini uchrashi

Oqibatlar	Asosiy guruhNazorat guruhi			
	n	%	n	%
Homilarni o'z-o'zidan tushishi	12	34	10	28,5
Rivojlanmay qolgan homiladorlik	8	23	6	17
Sun'iy abortlar	6	17	9	26
Muddatdan oldingi tug'ruq	4	11,5	6	17
Bepustlik	3	8,5	4	11,5
Bachadondan tashqari homiladorlik	2	6	-	-

bilan beriladigan xavfli infeksiyadir. Bizga RQH tashxisi bilan muro- jat etgan homilador ayollarni tekshirganimizda asosiy guruhda 14 nafar bemorda, nazorat guruhida 10 nafar bemorda TORCH infeksiyasi borligi aniqlandi. Jami 24 nafar (34%) bemordan: SMV1 - 8 ta (11,5%) bemorda, toKsoplazmoz - 6 ta (8,5%) be- morda, herpesvirusli infeksiya - 4 ta (6%) bemor- da, urogenital xlamidiaz - 3ta (4%) bemorda, ureaplazmoz 3 ta (4%) bemorda aniqlandi. Bundan tashqari qin mikroflorasida bakterial vaginoz 25 ta kasaliigi, 21,4% bemorlarda O'RV1 va gripp. 18,5% bemorlarda surunkali pielonefrit, 11,6% bemorlarda surunkali bronxit va 5,7% bemorlarda qalqonsimon bez kasalliklari borligi aniqlandi. Bundan ko'rinib turibdiki organizmdagi turli xil yallig'lanish kasalliklari, surunkali yallig'lanish o'choqlari reproduk- tiv sistemaga va immun tizimga salbiy ta'sir qiladi va natijada reproduktiv yo'qotishlarga sabab bo'ladi. Tekshirilayotgan kontingentni ginekologik anamnezini o'rganganimizda genitalliy organlarini yallig'lanish kasalliklarini va ularning asoratlarini kuzatilishi ko'p miqdorda uchrayotganligi va

(12,5%) bemorda, Kolpit 16 nafar

ko'psuvlilik 9 nafar (12,5%) bemorda, Kamsuvlilik 9 nafar (12,5%) bemorda, Kolpit 16 nafar (23%) bemorda, fetoplasentlar yetishmovchilik 2 nafar (3%) bemorda kuzatildi.

Biz o'rganayotgan RQH tashxisi bilan murojat qilgan ayollarning homiladorlik muddati asosiy va nazorat guruhida quyidagicha bo'lgan. RQH holatlarining 57% i homiladorlikning 13-18 haftasida, 43%i esa homiladorlikning 19-24 haftasida kuzatilgan.

RQH tashxisi bilan homiladorlikni turli muddatlarida murojat etgan asosiy guruhdagi homiladorlarni shikoyatlari quyidagicha kuzatilgan. Shundan 15 nafar bemor anamnezida ziddiyatlashgan ginekologik anamnez borligi uchun tasodifan UTT tekshiruvda aniqlangan. Qolgan bemorlarda bir qancha klinik belgilar: qorin pasti va bel sox- asidagi og'riq, bachadon o'lchamlarini kichiklashishi, homila harakatining yo'qligi, jinsiy yo'llardan qonli surtiluvchi ajralma kelishi kuzatilgan. Ba'zi bemorlarda Klinik belgilarsiz, shikoyatsiz va simptomatsiz kechgan.

Ikkala guruhdagi RQH ga ega bo'lgan ayollar UTT va skrining orqali tekshiruvdan o'tkazilganda homila nuqsonlari quyidagicha kuzatilgan. RQH 31 ra (44%), homilaning antenatal o'limi 23 ra (33%), homila anensefaliyasi 5 ra (7%), homila gidrosefaliyasi 4 ra (6%), orqa miya churrasi 3 ra (4,3%), homila mikrocefaliyasi 3 ra (4,3%), Kindik tizimchasining tushishi 1ra (1,4%) homilada aniqlandi.

Aniqlangan patologik holatlarga va qo'yilgan RQH tashxisiga asosan asosiy va nazorat guruhlarida homiladorlikni uzishning turli usullari qo'llanilgan. Shunga ko'ra retrospektiv guruhda RQH da homiladorlikni uzish usullari quyidagicha bo'lgan. 30 nafar (86%) ayolda transservikal amniosentez, 5 nafar (14%) ayolda esa bachadon bo'shlig'ini qirish usuli qo'llanilgan. Homiladorlikni uzish usuli uni muddatiga: 12-13 haftagacha bo'lgan homiladorlikda bachadon bo'shlig'ini qirish yo'li bilan, 14-22 haftagacha bo'lgan RQH ni esa transservikal amniosentez usulidan foydalanishga asoslangan.

Shunday qilib retrospektiv guruhda RQH ni uzishdan

keyingi asoratlar tahlil qilinganda jami 12 nafar (34%) bemorda asoratlar kuzatilgan. Shu- lardan 7 ra (20%) bemorda yiringli septik asoratlar, 3 ra (8%) bemorda patologik qon ketish, 2 ra (6%) bemorda bachadon perforatsiyasi kabi asoratlar kuzatilganligi sababli og'ir oqibatlariga olib kelgan.

Asosiy guruhdagi RQH ga ega ayollarning hammasiga homiladorlikni uzish uchun medi- kamentoz usul qo'llanilgan. Buning uchun prostaglandin E 1 preparati misoprostol (saytotek) qo'llanilgan. Preparat 400 mkg dan: 200 mkg til ostiga, 200 mkg qin orqa gumbaziga har 3 soatda qo'yilgan. Preparat miometriy silliq mushak tolalari qisqarishini va bachadon bo'yni dilatatsiyasini kuchaytirganligi uchun homiladorlikni uzilishiga olib kelgan. Tahlil natijalari shuni ko'rsatadiki homiladorlikni uzilishida deyarli asoratlar kuzatilmadi. Keyingi davrda esa 5 nafar (14%) bemorda septik endometrit rivojlanganligi kuzatilgan.

Retrospektiv va prospektiv Tahlillarda quyidagilarni xulosa qilish mumkin:

- RQH ga sabab bo'lgan barcha omillarni shu jumladan yuqori ko'rsatkich hisoblanadigan jinsiy yo'l orqali o'tadigan infeksiyalarni bartaraf etish;

- Homiladorlikdan oldingi davrda ayollarni to'liq klinik laborator tekshirish va davolashni to'g'ri olib borish;

- Yuqorida kuzatilgan asoratlarni inobatga olib va homiladorlikni uzishda kamchiliklar kuzatilganligi uchun homiladorlikni uzishning samarali medikamentoz usullarini takomillashtirish kerak bo'ladi.

Amaliy tavsiyalar

- Homilador ayollarning anamnezida kichik chanoq va genitalliy a'zolarini surunkali yallig'lanish kasalliklarini borligi va ular RQH ga olib keluvchi xavf guruhi bo'lganligi uchun homiladorlikni erta muddatlarida UTT skriningga murojat etishlari kerak;

- Homiladorlikni uzishda prostaglandin E 1 preparati misoprostol (saytotek) ni sxema bo'yicha 400 mkg dan: 200 mkg til ostiga, 200 mkg qin orqa gumbaziga har 3 soatda qo'yish kerak. Umumiy doza 1200 mkg bo'lishi kerak.

Shunday qilib RQH ni uzishda prostaglandin E 1 preparati misoprostol (saytotek) qo'llanilganda bachadonni qisqarish qobiliyati va bachadon bo'ynining yetilish darajasi tezlashganligi, qon yo'qotish hajmini va shuningdek homiladorlikni uzishdan keying asoratlarni kamligiga olib keladi.

Adabiyotlar

1. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. 2. Астахова Т.М. Сравнительное изучение консервативных методов искусственного прерывания беременности в втором триместре. //Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, М., 1993, 24стр
2. Булгакова Е.Б Медико-социальный портрет женщин с неразвивающейся беременностью .
3. Василенко В.Л., Змеева М.А. «Индукция родовой деятельности при перенашивании беременности».
4. Ванко Л. Вирусная инфекция в генезе неразвивающейся беременности II триместра Электронный ресурс. / Е.И. Новиков [и др.] // Электрон. Мед. журн.
5. Газазян М.Г., Лунова И.С., Смирнов А.М. В сб. «Искусственное прерывание беременности». Саратовский мед. университет, 2002, с.41-42
6. Гилязутдинова З.Ш. Роль инфекции в патологии репродуктивной системы женщины, плода и новорожденного
7. Gemzell-Danielsson K. And Ostlund E. "Termination of second trimester Pregnancy with Mifepristone and Gemeprost". Acta Obstet Gynecol Scand 2000, 79, p.702-706.
8. Gemzell-Danielsson K., Marions L., Rodrigues A. et all. "Comparison between Oral and Vaginal Administration of Misoprostol on Uterine Contractility.