

ҲОМИЛА АНТЕНАТАЛ ҶУЛИМИ СОДИР БЎЛГАНДА БАЧАДОН БЎЙНИНИ СУНЪИЙ ЕТИЛТИРИШ ВА ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИНИ ОЛИБ БОРИШ УСУЛЛАРИ

Ў.Н. КЕНЖАЕВА, Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА

Самарқанд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ РОДОВОЙ ИНДУКЦИИ И ИСКУССТВЕННАЯ ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Ў.Н. КЕНЖАЕВА, Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА

Самаркандский государственный медицинский институт Республика Узбекистан, г. Самарканд

METHODS OF CONDUCTING INDUCTION AND SEMI-GENERIC TRAINING CERVIX DURING ANTENATAL FETAL DEATH

U.N. KENJAYEVA, G.Sh. ELTAZAROVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ҳомила антенатал ўлими нафақат репродуктив йўқотиш, балки аёл учун кучли рухий зарба ҳамдир. Ҳозирги вақтга ҳомила антенатал ўлими (ҲАЎ) бутун жаҳон даражасидаги муаммо бўлишига қарамасдан, халқаро аниқ битта классификацияси йўқ ва турли адабиётларда турлича кўрсатилади. Дунёнинг турли минтақаларида “ўлик туғилиш” тушунчаси гестация муддатининг пастки чегараси, яъни ҳомиланинг 20 дан 28 ҳафтасигача ва ҳомила вазнини 350гр. дан 1000 гр. гача кўрсатилади [1,4].

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти ҲАЎ (fetal death)ни ҳомиладорликнинг 20- ҳафтасидан кейин деб белгилайди, агар гестация муддати аниқланмаган бўлса, ҳомила оғирлиги 500гр. ва ундан юқори кўрсаткичларда ҳисобланади. Бу нормал ривожланаётган, гестация муддати 22 ҳафталик бўлган ҳомиладорликка тўғри келади. ҲАЎ гестация муддатига кўра, икки даврга: эрта ҲАЎ 20-22 дан 28 ҳафtagача ва кечки (late fetal death) ҲАЎ 28 ҳафтадан кейин юз беришига кўра тасниф этилади [4,7].

Ҳар йили бутун дунё бўйича 3.2 млн ҲАЎ рўйхатга олинади (2,5,8.). ҲАЎ содир бўлиши кўпроқ 28 ҳафталик муддатгача учрайди 60.9%, 28 ҳафтадан етилган муддатгача ҲАЎ 50% гача, 40 ҳафтадан юқори муддатда 4.9%гача учрайди (1).

Жаҳон миқёсида ҲАЎни 45дан ортиқ классификацияси бор, кенг тарқалганлари қуйидагилар: Aberdeen, Wigglesworth, Recode, Tulip, Psanz, Codac [6,9,13].

Замонавий акушерликда ҲАЎ содир бўлганда қўлланиладиган, бир қанча кенг тарқалган туғруқ кўзгатувчи усуллар мавжуд. Лекин уларни ҳеч бири мукамал эмас, ҳаммасини ижобий ва салбий томонлари бор. Туғруқ индукциясини олиб боришнинг асосий шароити табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қарши кўрсатма бўлмаган ҳолатдир, масалан,

плацентанинг олдинда жойлашуви, анамнездан бачадонда йиртилиш ёки корпорал кесар-кесиш операцияси ўтказганлиги, бачадон бўйни раки ва бошқа ҳолатлар, яъни туғруқни ягона абдоминал йўл орқали тугатиш ҳолатлари шулар жумласидандир.

Туғруқ индукцияларини қўллашдан олдин албатта ҳомиладор аёлга нима мақсадда муолажа ўтказилаётганлиги врач томонидан тушунтириб берилади ва розилиги олинади. Ҳар бир ҳолатда индукциялашдан олдин қуйидагилар алоҳида эътиборга олиниб, баҳоланади: аёл чанок ўлчамлари, организмни туғруққа тайёргарлиги, бачадон бўйни етилганлик даражаси, ҳомила тахминий оғирлиги ва ҳ.к. Туғруқ индукцияси бачадонни қисқариш хусусияти бошланиши, бачадон бўйни етилишини таъминлашга йўналтириш мақсадида ҳомиладор аёлга бошланади. Туғруқ йўллари тайёр бўлгандан сўнг кучанч фаолияти бошланади. Турли акушерлик асоратларини олдини олиш учун туғруқ йўллари тайёрлик даражасини аниқлаб, индукция усулини индивидуал танлаш керак бўлади. Туғруқ индукцияси қўллашдан олдин кўпгина авторлар таъкидлаганидек, бачадон бўйнини турли усуллар ёрдамида тайёрлаб олиш керак бўлади.

Эстроген, витаминлар, кальций глюконат кабилар билан туғруққа тайёрлашни бугунги кунда кўпгина олимлар етарлича эффект бермайди, деб баҳолайди.

Л.А. Щербин (1997) маълумотида кўра, туғруққа тайёрлашнинг оптимал усули антиоксидантларни (унитиол, аскорбин кислота) комплекс қўллашдир, деб ҳисоблайди.

Ҳозирга қадар адабиётларда ҲАЎда фаол ва кутиш тактикасини қўллаш кенг муҳокама қилиб келинмоқда [1,11,13]. Ўлик ҳомилани бачадон бўшлиғидан “узиш” ҳомиладорликни II-III уч ойлик муддатларида бачадон инертлиги ва бачадон бўйнини тайёр эмаслиги ҳисобига

баъзан етарлича кийинчиликлар келтириб чиқаради. Ўлик ҳомилада ҳомиладорликни тўхтатишнинг олдинги усуллари (интраамниал суюқлик юбориш, амниотомия қилиб бош-тери қисқичини юк билан қўйиш ва б.к.) тромбоземболия, қон кетиш, инфекция каби аёл организми учун жиддий бўлган асоратларга олиб келган. ҲАЎда ҳомиладорлик муддати ҳамда ўлик ҳомилани бачадон бўшлиғида қанча вақт турганлиги билан пропорционал равишда асоратларни частотаси ва ҳавфи ортиб боради, шунинг учун ҳам кўпчилик авторлар ҲАЎ аниқлангандан бачадонни қисқариш хусусиятини қўзғатувчи усулни кечиктирмасдан бошлаш таклифини киритади. J.P.Neilson [12] маълумотларига кўра, ҲАЎда ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш асосан II уч ойликда кийин кечади, деб ҳисоблайди. R. Romero [15] маълумотида кўра, ўлик ҳомиладорликда бачадон инертлигини юқорилик даражаси ўлик ҳомилани ўлганлигига қанча вақт бўлишига қараб пропорционал равишда ошиб боради, яъни бачадонда ўлик ҳомила қанча турган бўлса миометрийни қисқариш эффективлиги шунча кийин кечишини таъкидлайди.

Айрим давлатларда натрий хлориднинг гипертоник эритмасини интраамниал юбориш методлари қўлланилади, бу усул 1934 йил Aburel томонидан таклиф этилган. Ушбу усулда 20% ли натрий хлорид трансцервикал, трансабдоминал ва қин олдинги гумбазидан юборилади. Асосий таъсир механизм шундан иборатки, лизосом мембранадаги осмотик босимни ошиши ҳисобига децидуал тўқимадаги эндоген простогландинларнинг локал синтези кучаяди. Ушбу механизм асосида қуйидаги ножўя эффектлар ҳам қўшилиши мумкин: гипернатриемия, АҚБ нинг тушиши, аллергия реакциялар, эритроцитлар гемолизи, қон кетиш. Яна ҳам оғир ҳолатларда: анурия, буйраклар функциясини бузилиши, юрак қон-томир патологиялари, МНСдаги ўзгаришлар кузатилади.

Трансабдоминал йўлда бачадон тубининг 6 см пастидан қорин олдинги девори орқали амнион қават пункция қилиниб, қорин оқ чизиғининг чап томонидан натрий хлорид юборилади. Ушбу усулни қўллаганда, бачадон девори некрози каби асорат кузатилиши мумкин. Қарши кўрсатмалар: семизликнинг II-III даражалари, қорин бўшлиғидаги чандикли жараёнлар (анамнезидан операция бўлганлар). Ушбу ҳолатларда яна ҳам қулай ва ҳавфсиз усул бу трансцервикал йўл орқали суюқлик юборишдир. Бу усулнинг хусусиятлари: бачадон тўқимаси орқали суюқлик юбориш имкони бўлмаганда қўлланилади, бемор учун

жароҳатлаш кўрсаткичи кам, оддий усулда бажарилади (муолажа услубида цервикал канал орқали амнион бўшлиқ пункция қилиниб, суюқлик юборилади) [23,27,29].

Механик усуллардан: “Фолей” катетери ва табиий дилататорлар (ламинария) механик босим остида кенгайтириш ва простагландин маҳсулотини ошиши ҳисобига бачадон бўйнини “етилишини” тезлаштириш каби хусусиятларга эга [14,16,17,18,30]. Ушбу усул бачадон қисқариш активлигини ўта кучайтириб юбормайди, ножўя эффектлар жуда ҳам кам учрайди, жуда оддий усул ва молиявий жиҳатдан кийинчилик туғдирмайди.

1950-йилдан буён окситоцин индукция сифатида кенг қўлланилиб келинмоқда. Препаратни ярим сўрилиш вақти 5-12 дақиқа, қон плазмасига ўтиш вақти 40 дақиқа, бачадон активлигини турғун сақлаш вақти 30 дақиқани ташкил этади [16,30]. Туғруқ индукцияси мақсадида окситоцидан фойдаланилганда, бачадон гиперстимуляцияси кузатилиши ҳам мумкин. Бачадоннинг ортиқча активлиги деб, 10 дақиқа оралиғида 5 ва ундан ортиқ бачадон қисқариши ёки қисқариш вақти 120 сониягача чўзилишига айтилади. Ҳозирги вақтда окситоцинни қўлланилиши простагландинлар билан таққосланганда, кўпроқ меҳнат талаб қилинади ва камроқ эффект беради, деб ҳисобланади, яъни юқори даражадаги асоратлар ва омадсизликлар қўшилиб келади. Ушбу ҳолатда фақатгина бачадон бўйни очилишининг актив фазасида амниотомия қилиш эффективли ва бачадон бўйни 4 см гача очилганда кам эффективли, деб ҳисобланади [20].

Простогландинлар туғруқни индукциялашда асоратланишни камлиги, туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб боришни етарлича юқори фоизли кўрсаткичи, оператив туғруқни паст частотали кўрсаткичи билан аҳамиятлидир. Лекин шуни ҳам таъкидлаб ўтиш керакки, простогландинни вена ичига юбориш (энзапрост) маълум даражада асоратларга олиб келади, улар: тромбоцитлар агрегация функциясини бузилиши, тромбофлебит, ошқозон-ичак трактини бузилиши, бронхоспазм, бош миёга қон қуйилишлардир [17,21,29]. Бачадон бўйни етилишини тезлаштириш учун туғруқ индукциясини қўллаш жавобгарликни талаб этадиган муолажа ҳисобланади ва натижаси кўпинча танланган усулга боғлиқ бўлади. Ҳозирги вақтда простогландинлардан қуйидаги усуллари кенг қўлланилмоқда:

- Простогландин ПГЕ2 сақловчи геллар
- бачадон бўйни ичи гели ПГЕ2
- қин ичи гели ПГЕ2
- Дозаланган ПГЕ2

- “Мизопростол”
- “Мифепристон” (“Мифегин”, “Пенкрофтон”)

Кўпроқ тарқалган усуллардан бири бачадон бўйни ичи гели ПГЕ2 (динопростон- “Препидил гель”-0.5 мг) ва қин ичи гели ПГЕ2 (динопростон- “Простин Е2” -1 ва 2 мг) дир. Ушбу препаратлар бачадон бўйни етилишини тезлаштириш мақсадида қўлланилади. Кўпчилик изланувчиларнинг фикрича, юқоридаги препаратлардан энг самарали деб охириги хулосани бериш учун маълумотлар етарли эмас.

Қўллашга қарши кўрсатмалар: бачадон чандиғининг мавжудлиги, плацентанинг олдинда жойлашуви, эгиз ҳомиладорлик, ҳомиладаги яққол гипоксия белгилари, тор чаноклик, қоғоноқ пуфаги бутунлиги бузилганда, кўз ичи босимининг юқорилиги, астма ва бошқалар.

“Препидил гель” куйидаги ҳолатлар асосида фақат стационар шароитида қўлланилади: бачадон бўйни “етилмаган” ёки етарлича етилмаганда; қоғоноқ пуфагининг бутунлигида; табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қарши кўрсатма бўлмаганда.

“Диноппростон” (ПГЕ2) туғруқ индукциясидан олдин бачадон бўйнини юмшатиш (етилтириш) мақсадида бачадон бўйни ичига қўлланилади. Ўзига хос махсус таъсир механизми охиригача ўрганилмаган. Клиник кўрсаткичлардан шундай хулосага келиш мумкинки, динипростон бачадон бўйнида қон айланишини тўлиқ кучайтиради, яъни худди спонтан туғруқнинг бошлангангич даврида юз берадиган жараёндек таъсир этади [10,11]. Юқоридаги клиник асосланган маълумотларга кўра шундай хулосага келиш мумкинки, диноппростон бачадон бўйни гемодинамикасини яхшилайти ва бачадон бўйни етилишига олиб келади.

Бачадон бўйни ичига диноппростон қўйилгандан (0.5 мг) сўнг унинг плазмадаги максимал концентрацияси 30-45 дақиқада амалга ошади, кейин бачадон активлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда тезлик билан концентрацияси олдинги ҳолатдагидек камаяди.

“Препидил”- гелнинг 0.5мг/3грлик миқдори цервикал каналга қўйилганда, етилган ва деярли етилган ҳомиладорликда эффектив ҳисобланиб, бачадон бўйнини юмшатади ва очилишини тезлаштиради. “Препидил гель” ва Простин Е2- қин гели” қўллангандан сўнг туғруқ кучларини сустлиги келиб чиқишини икки баробар камайтиради [20]. Препаратларни яна бир хусусияти туғруқ вақти қон кетишини камайтиради [22]. Артериал қон босимини кўтармайди, ҳатто артериал гипертензия вақти

қўлланганда ҳам бундай ҳолат кузатилмайди. Беморларнинг нафас олишини ва юрак уриш сонини тезлаштирмайди [4,10]. ПГЕ2 эндоцервикал ва қин ичига қўлланилганда, бошқа простогландин сақловчи дори кўринишларида учрайдиган ножўя таъсирларга нисбатан юқоридаги икки кўринишда жуда кам учрайди.

Мифепристон таркибидаги кам дозадаги простогландин одатда бачадон бўйнини етарли даражада етилтиради, лекин туғруқ индукцияси учун етарлича таъсир кўрсатмайди. Бу препарат бачадон қисқаришига эмас, балки бачадон бўйнининг бириктирувчи тўқимасига таъсири билан боғлиқ.

Мифепристон билан ҳомиладорликни тўхтатишнинг эффективлиги ҳомила муддати билан боғлиқдир. Ҳомила муддати қанча катта бўлса, шунчалик кучли бачадон қисқарувчанлигини “чақириш” керак бўлади. Ҳомила муддатини ошиб бориши билан ҳомиладорликни тўхтатиш эффективлигини камайиши аниқ кўрсаткичлар ҳисобига асослаб берилмаган бўлсада, кўпчилик изланувчиларнинг кузатув натижалари ҳомиладорликни тўлиқ тўхтатишда катта муддатларга нисбатан, 4 ҳафталиккача муддатда эффектив ҳисобланади, деб баҳолайди. Ҳомиладорлик муддатини ошиб бориши билан простагландинни дозасини ва қўллаш усулини танлаш муаммоли масала ҳисобланади. Клиник текширувлар натижасида шундай хулосага келиш мумкинки, катта муддатли ҳомиладорликда Мифепристон фақат қинга қўйилганда, натижа эффектив яқунланади. Яна бир кенг тарқалган усуллардан бири мизопростолдир (Cytotec, Сайтотек) [16,17,18]. Мизопростол-простогландин Е1нинг синтетик аналози бўлиб, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг профилактикаси ҳамда давосида қўлланилади, бу ностероид анальгетик хусусияти билан боғлиқ.

Ҳозирги вақтда кўп сонли адабиёт маълумотлари ва йиғилган тажрибалар оқибатида мизопростол-бачадон бўйни етилишини тезлаштириши ва туғруқни индукция қилишдаги иштироки аниқланди. Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ССТ) нинг эксперт қўмитаси туғруқ индукциясида қўллаш учун дори препаратлари қаторига микродозали мизопростолни (25 мкг) киритди [27]. Жаҳон миқёсидаги йиғилган тажрибалар натижасида Сайтотекни қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар ишлаб чиқилди.

Кўрсатмалар: туғруқ индукциясида ва туғруқ индукцияси учун бачадон бўйнини тайёрлаш (етилтириш)да, қоғоноқ сувларининг

вактидан олдин кетган шароитида. Қарши кўрсатмалар: туғруқ индукциясига қарши кўрсатма бўлган барча ҳолларда.

Бачадон бўйнини тайёрлаш (етилтириш) учун кинни орқа бўшлиғига таблеткани 1/4 қисми (50 мкг) бир кунда 1 марта қўйилади, бу спазмолитикни м/о га юбориш билан бирга олиб борилади (но-шпа 4,0).

Бачадон бўйни етилган шароитида туғруқ индукцияси учун кин орқа бўшлиғига таблеткани ¼ қисми (50 мкг) қўйилади, бунда ҳам спазмолитикни м/о га юбориш билан бирга олиб бориш мумкин. Бачадон бўйнида 4см.дан кам бўлмаган очилиш шароити бўлганда, амниотомия ўтказилади. Мизопростол қўллангандан бсоатдан кейин зарур бўлганда окситоцин схема бўйича бошланади.

Мизопростол қўллангандан 3 соатдан сўнг кўпчилик беморларда бачадон бўйни ҳолати ўзгариши аниқланади, яъни 1,0-0,5 см гача қисқаради, юмшайди ва ички ҳалқа йўқолади, бунда бачадон бўйни орқали ички бўғизга “енгил” ўтиб пастки сегмент аниқланади. Ва бачадон бўйнининг бошқа етилиш белгилари аниқланади. Дастлабки 12 соатда кўпчилик беморларда бачадон бўйни “етилган” ҳолатга келади ва уларнинг кўп қисмида спонтан туғруқ фаолияти ривожланади. Агар дастлабки 6 соат ичида бачадон бўйни “етилмаган” ҳолатда қолса, мизопростолнинг худди шу дозасини (50 мкг) яна қайтариш мумкин. Максимал қўллаш мумкин бўлган доза- 24 соат давомида 200 мкг гача, яъни битта таблетка.

Мизопростолнинг энг кам дозаси (50 мкг) қўлланганда, қуйидаги ҳолатда эффектив деб баҳоланади: 12 соат давомида бачадон бўйни етарли даражада “етилади”, 24 соат давомида туғруқ фаолияти бошланади. Бачадон қисқариши одатда равон кечади, лекин “препидил гель” билан таққослаганда мизопростол бачадонни гиперактив қисқарувчанлигига олиб келади [25].

Туғруқ индукцияси учун бачадон бўйнини кераклича “етилган” ҳолатга келтириш учун мизопростолнинг 50-100 мкг дозаси етарли бўлади. Қиндан таблеткани тушиб кетмаслиги учун аёл чалқанчасига бир соат давомида ётиши тавсия этилади.

Индукция мақсадида мизопростол қўлланганда, қуйида кўрсатилган қатъий қоидаларга риоя қилиш керак: ҳар 3 соатда акушерлик ҳолатини баҳолаб бориш, яъни бачадон бўйни очилиш ҳаракатини аниқлаш. Препарат ҳар 6 ёки 12 соатда 50 мкг дан дозаси қайтарилади (2-3 марта бир кунда), максимал доза 200 мкг дан ошмаслиги лозим: бачадон

қисқарувчанлиги етарли эмас, деб топилса 50 мкг қайта қўлланилади. Агар биринчи дозадан кейин эффект бўлмаса 100 мкг қайта юборилади.

Мизопростолнинг клиник эффекти барча простогландин Е гуруҳидаги препаратлар билан бир хил ифодаланади:

1. Артериал босимни яққол тушириб юбормайди.

2. Турли аъзолардаги кичик артерияларни кенгайтиради.

3. Прессор гармонларни ингибирлаш хусусиятига эга.

4. Қўл-оёқлар, жигар, буйрак ва бош миёдаги қон айланишни яхшилаиди.

5. Креатинин клиренсини, гломеруляр фильтрациясини кучайтиради.

6. Буйрак каналчаларидаги натрий ва сув реабсорбциясини камайтиради, уларни экскрециясини оширади.

7. Агрегацияга учраши тезлашган тромбоцитлар хусусиятини сусайтиради.

8. Микроциркуляцияни яхшилаиди.

9. Қон оксигенациясини кучайтиради.

10. Кўз тубидаги янги ишемик ўчоқларни сўрилишини таъминлайди, кўз тўр пардасидаги геморрагияларни камайтиради.

Ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики, эстрогенлар ва циклик АМФ миометрий хужайраларидаги прогестерон рецепторларини кучайтиради. Прогестерон хужайралараро оксил синтезини блоклайди ва мушаклар қисқаришига тўсқинлик қилади. Шунинг учун синтетик антигестагенлардан (мифепристон,онапристон) фойдаланилади, бу прогестеронни блоклаш хусусиятини йўқотиб, циклик АМФ синтезини сусайтиради ва бутун бачадон бўйлаб қисқариш хусусиятини ривожлантиради. Мифепристон бачадон бўйнини тайёрлашда 81.5% эффект беради, шуларнинг ярмида спонтан туғруқ фаолияти бошланиши кузатилган. Айрим вазиятда, яъни зудлик билан бачадон бўйнини туғруққа тайёрлаш керак бўлган ҳолатда, простагландин Е2 нинг эффективлиги юқори ҳисобланади [24,26].

Адабиётлар таҳлил қилиб кўрилганда, ҲАЎда ҳомиладорликни тўхтатиш акушерлик ва гинекологиянинг долзарб муаммоси бўлиб сакланиб қолмоқда. ҲАЎда ҳомиладорликни тўхтатишнинг энг тўғри ва самарали усулини танлаш, ҳомиладорликни турли муддатларида препаратларнинг оптимал дозасини, уларни биргаликда қўллаганда самарадорлигини яхшилаш, ҳамда гемостаз системаси ҳолатини баҳолаш ечими охиригача топилгани йўқ.

Адабиётлар:

1. Абдуллаева Д.Д., Ворожейкин В.М. Структурная характеристика плаценты при многоплодной беременности с антенатальной гибелью одного из плодов / Д.Д. Абдуллаева, В.М. Ворожейкин // Мед. журн. Узбекистана.
2. Байматова У.Х., Курбанов С.Д. Антенатальная компьютерная кардиотокография в оценке состояния плода при индукции родов у беременных с экстрагенитальной патологией / У.Х. Байматова, С.Д. Курбанов // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №1. - С. 10-14. - Библиогр.: 6 назв.Ташкент, 2002. - №2-3. - С. 64-66.
3. Байматова У.Х., Антенатальная компьютерная кардиотокография в оценке состояния плода при индукции родов у беременных с экстрагенитальной патологией / С.Д. Курбанов // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №1. - С. 10-14. - Библиогр.: 6 назв.
4. Байматова У.Х. Влияние мизопростол (сайтотека) на сократительную деятельность матки при индукции родов у беременных с экстрагенитальной патологией / У.Х. Байматова, С.Д. Курбанов // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №4. - С. 43-48.
5. Байматова У.Х. Эффективность мизопростол (сайтотека) при идукции родов у беременных с экстрагенитальной патологией / У.Х. Байматова, С.Д. Курбанов // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №1. - С. 70-73.
6. Габдрахманова С. Ф. Влияние аналога мизопростол - 11-дезоксимизопростол на сократительную активность матки крыс и его abortивные свойства : научное издание / С. Ф. Габдрахманова, Т. А. Сапожникова [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. - Москва, 2010. - №3. - С. 18-20.
7. Жураев Н. Б., Антенатальная диагностика поражений плода: Тезисы / Н. Б. Жураев, М. Т. Хатамова, Ш. Ж. Шукурлаева // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2011. - N1. - С. 18 (Шифр Н9/2011/1
8. Ихтиярова Г.А. Состояние системы гемостаза женщин при антенатальной гибели плода / Г.А. Ихтиярова, Ф.М. Аюпова // Вестник врача. - Самарканд, 2009. - №3. - С. 17-19. - Библиогр.: 6 назв. 10.Каримова Ф.Д. Эхоскопическая диагностика и лечение субинволюции матки в послеродовом периоде синтетическим аналогом простагландина Е1 мизопростол / Ф.Д. Каримова // Новости дерматовенерол. и репродукт. здоровья. - Ташкент, 2004. - №2. - С. 29-32.
9. Каттаходжаева М.Х. Эффективность применения простагландина Е-мизопростол в прерывании неразвивающейся беременности / М.Х. Каттаходжаева, М.У. Назирова, Ш.Ш. Ходжаева, М.Х. Эшкабилова, Г.З. Янгиева, С.А. Жалилова // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2003. - №1. - С. 51-54.
10. Каримова Ф.Д. Подготовка к родам простагландином Е1 с инфузиями в- адреномиметиков : научное издание / Ф.Д. Каримова // Вестн. врача общей практики. - Т, 2003. - Спец. вып. ч. 2. - С. 73-75.
11. Курцер М. А. Синдром внезапной смерти плода : научное издание / М. А. Курцер, Ю. Ю. Кутакова [и др.] // Акушерство и гинекология . - Москва, 2011. - №7-1. - С. 79-83.
12. Кондриков Н.И., И.В.Барина // Проблема исследования “необъяснимой” антенатальной гибели плода : научное издание. Архив патологии. Москва, 2010-№1.-С.6-11.
13. Мальмберг О.Л. Пути снижения перинатальной смертности на Крайнем Севере : научное издание / Т.В. Ласточкина // Акушерство и гинекология. - М., 2004. - №6. - С. 47-48 Значение ультразвукового исследования в ранней диагностике пороков развития плода / О.Л. Мальмберг, Е.А. Сайкина, В.А. Гнетецкая, Е.Н. Лукаш, Л.М. Каппушева // Акушерство и гинекология. - М., 2007. - №3. - С. 18-16.
14. Магзумова Н.М. Хомиладор аёлларда тугрукни мизопростол билан преиндукция килиш / Н.М. Магзумова, Г.З. Чориева, Г.А. Ахмедова, М.Р. Содикова // Патология. - Т., 2006. - №3. - С. 63-66.
15. Мироненко М. М. Полиморфизмы генов иммунного ответа как возможная причина антенатальной гибели плода / М. М. Мироненко, Т. И. Долгих, Т. Ф. Соколова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2011. - N2. - С. 20-22.
16. Назирова М.У. Значение применения синтетического простагландина мизопростол в снижении кровопотери при прерывании неразвивающейся беременности : научное издание / М.У. Назирова, М.Х. Каттаходжаева, А.Р. Шукурова, С.А. Жалилова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Т., 2006. - №1-2. - С. 83-87.
17. Неманова С. Б. Состояние гемостаза при медикаментозном abortе : научное издание / С. Б. Неманова, И. А. Шлаганова [и др.] // Акушерство и гинекология. - М., 2011. - №8. - С. 66-71.
18. Неманова С. Б. Эффект комплексного влияния на систему гемостаза препаратов (антигестагенов и простагландинов), применяемых с целью прерывания беременности в малом сроке : научное издание / С. Б. Неманова, И. А. Шлаганова [и др.] // Журнал акушерства и женских бо-

- лезней. - Санкт-Петербург, 2011. - Вып. 1. - С. 47-55. - Библиогр.: 15 назв.
19. Нишанова Ф. П. Вопросы искусственного созревания шейки матки и индукции родов при антенатальной гибели плода: прошлое, настоящее и будущее: обзор : научное издание / Ф. П. Нишанова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2011. - N2-3. - С. 87-94 (Шифр Н9/2011/2-3).
20. Нишанова Ф. П. Анализ течения беременности и родов у женщин с антенатальной гибелью плода : научное издание / Ф. П. Нишанова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2012. - N2. - С. 104-106 (Шифр Н9012).
21. Нишанова Ф. П. Содержание средних молекулярных пептидов при антенатальной гибели плода : научное издание / Ф. П. Нишанова // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2012. - N3. - С. 81-83 (Шифр Ж1/2012/3).
22. Норова Г. И. Изменение системы гемостаза у женщин при антенатальной гибели плода : научное издание / Г. И. Норова, И. Ш. Фаттахова, Г. А. Ихтиярова, Д. А. Кодирова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2012. - N4. - С. 109-110 (Шифр Н9012)
23. Стрижаков А. Н. Антенатальная гибель плода вследствие невнимательного исполнения профессиональных обязанностей : научное издание / А.В. Северский, С.А. Саверская, А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк // Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. - М., 2004. - №8. - С. 67-76
24. Стрижаков А. Н. Этиология и патогенез антенатальной гибели плода: обзор : научное издание / А. Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, Ю. Ю. Попова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - М., 2012. - №3. - С. 31-40.
25. Шахгильдян В.И. Диагностика цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных беременных женщин и определение факторов риска антенатального и интранатального заражения плода цитомегаловирусом : научное издание / В.И. Шахгильдян, О.Ю. Шипулина, В.В. Сильц, М.К. Шамшурина и др // Акушерство и гинекология. - М., 2005. - №2. - С. 24-29
26. Alfirevic Z. Weeks A/ Oral misoprostol for induction of labour//Cochrane Database of Systemic Reviews 2007; Issue 4/ Art/ No.: CD001338; DOI:10.1002/14651858/ CD001338.pub2.
27. Bishop E.H. Pelvic scoring for elective induction of labor// Obst. Gynecol. 1964. Vol. 24. № 2. 266-274.
28. Hofmeyr G.J., Gulmezoglu A.M. Vfginal for cervical ripening and induction of labour. // Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4. Art. No.: CD000941, DOI: 10.1002/14651858. CD000941.
29. Macones GA. Akush Ginekol (Sofia). 2013;52(4):15-20. [Stillbirth rate and perinatal mortality--criteria for quality of prenatal obstetric care].[Article in Bulgarian] [No authors listed].
30. Mabaga BT BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Dec 2;12:139. doi: 10.1186/1471-2393-12-139. Causes of perinatal death at a tertiary care hospital in Northern Tanzania 2000-2010: a registry based study. Mmbaga BT, Lie RT, Olomi R,