

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ

Сатторова Матлюба Акбар кизи

Илмий раҳбар: Амонова Мадина Фуркатовна

Самарканд Давлат Тиббиёт Университети

3 - сон акушерлик ва гинекология кафедраси

Аннотация: Бугунги кунда ҳомиладорлик муаммоси гинекологияда жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу патология ҳомиладорликнинг умумий сонининг 2-4% да аниқланади ва унинг частотаси тобора ортиб бормоқда. Муаммонинг долзарблиги бачадондан ташқари ҳомиладорлик дунёда оналар ўлимининг сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Бундан ташқари бачадондан ташқари ҳомиладорликдан сўнг, аёлларнинг 60-80 фоизида бепуштлик, 20-30 фоизида эса такрорий бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланади

Калит сузлар: Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, диагностика, хорион гонадотропин, ретроспектив, проспектив усул, лапароскопия.

Мавзунинг 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 [1].

БТХ нинг диагностикаси ва даволаш гинекология амалиётида долзарб муаммолардан биридир. Эрта муддатларда касалликка ташхис 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 битишмалари жараён бўлганда ёки кўп қон йўқотилган ҳолларда катта лапаротомия бажарилади [3].

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 ташхислаш ва шошилиш ёрдамни ўз вақтида ташкил этиш масаласи ҳам ўз долзарблигича қолмоқда.

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

Текшириш усули ва материаллари: Тадқиқот учун 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 РШТЎИМСФда ва махсус лаборатория таҳлиллар ўтказилди.

Текшириш вазиваси: гинекология бўлимида 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

микдори, жинсий хаёт регуляр ёки регуляр эмаслиги, контрацепциядан фойдаланиши, ҳомиладорликни сони каби маълумотлар киритилган.

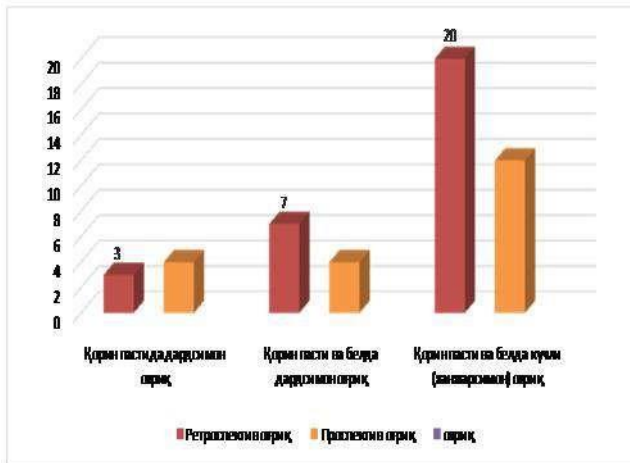
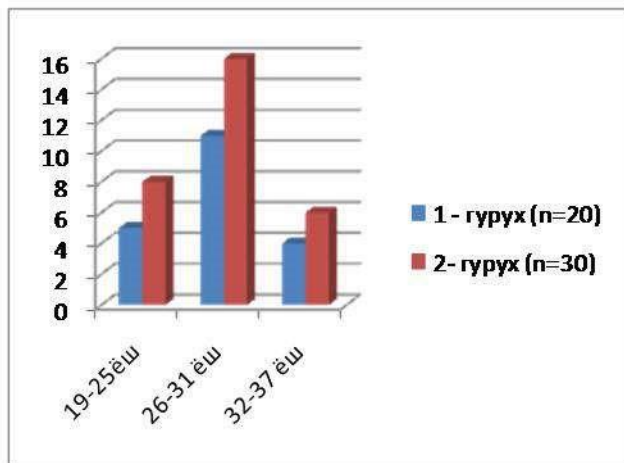
Жадвал № 1

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

Беморларни ёшига қараб 3 та гуруҳга бўлинган 1- гуруҳ 19-25 ёш; 2 - гуруҳ 26-31 ёш; 3гуруҳ 32-37 ёш. БТХ ни ёшга қараб учраши қўйидаги диаграммада келтирилган (расм 1). Кўришиб 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.

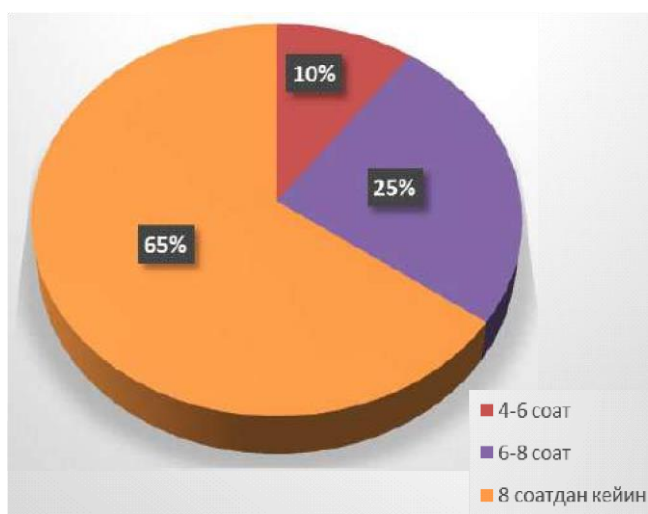
Тадқиқот натижалари: Биз беморларни қабул қилинган вақтидаги диагноз ва стационар кузатувдан кейин қўйилган клиник диагнози ўртасидаги фарқни аниқлаш учун кузатув олиб бордик. Бунинг учун иккала гуруҳдаги БТХ кузатилган беморлардаги турли гинекологик касалликларни ўрганиб чиқдик БТХ диагнозини бошқа 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 фониди 7 (35%), бачадон бўйни эрозияси ва эндоцервицитда 5 та (25%) БТХ ривожланган. БТХ га ўз вақтида диагностика қўйиш асосан ривожланаётган ёки най аборти типидидаги 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 оғриқнинг характери тўғрисидаги маълумотлар қўйидагича (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 қўйиш анча қийинчилик туғдирган, кейинчалик уларда ривожланаётган (узилмаган) БТХ ташҳиси қўйилган.



Расм 2. БТХ да оғриқ синдромининг характери

Расм 1



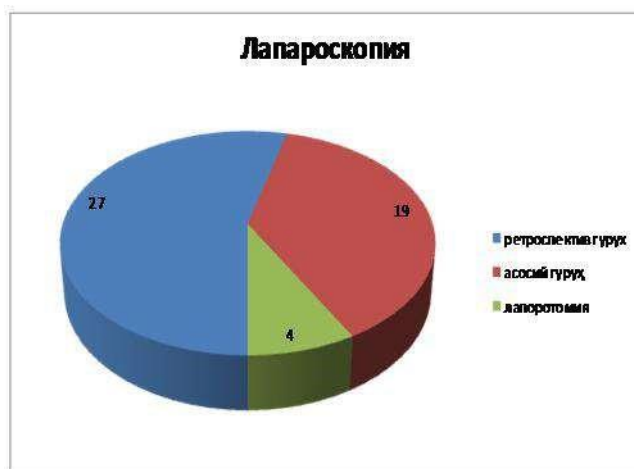
Расм 3. Геморрагик синдромнинг пайдо бўлиш муддати



Расм 4

Ретропроспектив гуруҳдаги 20 нафар, асосий гуруҳдаги 12 нафар бемор эса ўткир қорин белгилари билан мурожаат этган, уларда қорин пасти ва белда ўткир ханжар санчгандек 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, ретропроспектив 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 Расм 5. қуйидаги диаграммада кўрсатилган (расм. 3).



Кейинги боскич 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).

Ниҳоят, энг ишончли диагностика, айни 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 жараёнدير (расм 5).

Соғломлаштириш тадбирлари

Умумий қуватлантирувчи ва физиотерапевтик муолажалар. 5-6 ой давомида соғломлаштирувчи курсларнинг ўтказилиши. Дори дармонлар билан даволаш (гидротубатцияси, электрофорез) Санаторий ва курортларга бориш

ХУЛОСА ВА ТАВСИЯЛАР. Соғлом турмуш тарзига амал қилиб, спорт билан шуғулланиш. Тўғри ва сифатли овқатлар (таркибида Е,А,В гуруҳли витаминлар ва следерей, гулкарам, анор, балиқ, мева-сабзавотлар, сут маҳсулотлари, творог) истеъмол қилиш. Шифокор гинеколог кўригида бўлиш.

Фойдаланадиган адабиётлар:

1. Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Садикова Д.Р., Шодиева Х.Т. “Акушерлик ва гинекологиядаги инновацион амалиётлар”. Ўқув қўлланма. - Ташкент. “RIO TMA” нашриёти. 2019 й
2. Aurova F.M., Gabbarova Y.Q. “Ginekologiya”. Дарслик. - Тошкент. “Меҳридаре” нашриёти. 2015 й.
3. Под редакцией В.Е. Радзинского и А.М. Фукса. « Гинекология». Учебник. - Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2014 г.
4. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии // М., 2003. С. 143.
5. Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Автореферат диссертации....д. м. н. М., 2001.
6. Абдусаламова К.И., Назирова М.Н., Хасанов Э.Х. Осложненная брюшная беременность // Медицинский Журнал Узбекистана. 1990. №10. С. 18-20.
7. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки (этиология, клиника, диагностика, терапия) // Автореферат диссертации....д. м. н. М., 2000.
8. Батуревич Н.В. Гнойное воспаление придатков матки (клинико-лабораторная диагностика) // Автореферат диссертации...к. м. н. Омск, 2004.
9. Farrukh S. ORGANIZATION OF DIGITALIZED MEDICINE AND HEALTH ACADEMY AND ITS SIGNIFICANCE IN MEDICINE //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. Special Issue 8. – С. 493-499.

10. Adamyan LV et al. Modern approaches to surgical treatment of ectopic pregnancy. Endoscopy in diagnosis, treatment and monitoring of women's diseases: Collection of scientific works. 2000. P. 533_556. Russian (Адамян Л.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: Сб. науч. тр., 2000. С. 533_556.)
11. Alyev ShA. Prevention of adhesions in the surgical treatment of tubal pregnancy with the application of barrier preparation: abstract dis. cand.med. sciences. Kazan, 2010. 24 p. Russian (Алыев Ш.А. Профилактика спаечного процесса при хирургическом лечении трубной беременности с применением барьерного препарата: автореф. дис. канд. мед. наук. Казань, 2010. 24 с.)
12. Aylamazyan EK, Ryabtseva IT. Emergency care under extreme conditions in gynecology: a practical guide. N_Novgorod: NGMA, 2000. 163 p. Russian (Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: практическое пособие. Н_Новгород: НГМА, 2000. 163 с.)