



КЕСАРЧА КЕСИШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ БАЧАДОН ЧАНДИҒИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТАБИЙ ФИЗИОЛОГИК ТУҒРУК ТАҲЛИЛИ

¹Магзумова Н. М.,

²Ахмедова Г. Ш.

^{1,2}Тошкент тиббиёт академияси.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7379457>

ARTICLE INFO

Received: 19th November 2022

Accepted: 27th November 2022

Online: 29th November 2022

KEY WORDS

Бачадон чандиғи, табиий-физиологик туғруқ.

ABSTRACT

Йил сайин бачадон чандиғи бўлган аёллар сони ошиб бормоқда. Кесарча кесишдан кейин аёлларда туғиш жараёни ва натижаларини урганиш табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун аёлларни диққат билан танлаш имконини беради.

Тадқиқот мақсади: Тошкент тиббиёт академия (ТТА) 2-клиникаси Туғруқ комплексида анамнезида Кесарча кесиш операцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар: Кесарча кесишдан кейинги бачадон чандиғи бор аёлларда проспектив таҳлил олиб бориш (2022й).

Натижалар: Клиник материаллар таҳлили шуни кўрсатдики, танланган 85 беморнинг 5тасида (5.9%) да туғруқ консерватив кечган, юрак етишмовчилиги 19 (22.3%), ҚПТОЁ ва сохта туғруқ 30 (35.3%), латент фаза чўзилиши ва чаноқ-бош номутаносиблиги 13 (15.4%), чандиқнинг гистопатик йиртилиш хавфи 3 (10%), туғруқ фаолияти сустлиги ва хомила гипоксияси 13 (15.4%) йўлдошнинг олдинда жойлашуви 2 (2.3%) оператив туғруққа сабаб бўлган. Ўртача қон йўқотиш кўрсаткичи операция вақтида 548.9 ± 25.6 (87.7%), ТФТ вақтида

250 ± 10.0 (сезиларли даражада паст) ни ташкил этди. Бачадон бўйни етуклик даражаси чандиқнинг мустахкамлигини кўрсатиш эҳтимоли юқори.

Хулоса: Бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларни оқилона даволаш, туғруқ муддати ва усулини тўғри танлаш акушерлик ва перинатал патология хавфини камайтириши мумкин.

Бутун дунё бўйича замонавий акушерликда кесарча кесиш - бу энг кенг тарқалган акушерлик операцияси булиб, она ва хомила учун хавф солувчи асоратларда туғруқни тез амалга ошириш мақсадида амалга оширилади. Охирги 10 йилликда бачадонида чандиғи бор кайта тугувчи аёллар сонининг ўсиш тендецияси кузатилди [1, 2]. Хар тўртинчи хомиладор аёл оператив туғруқ ўтказган [3]. Замонавий акушерликда 1та бачадон чандиғи Кесарча кесиш операцияси учун кўрсатма эмас [4, 5]. Юқоридаги холатлар бачадон чандиғи бор аёлларда туғруқ жараёнини бошқариш режасини



танлаш муаммосининг аҳамиятини белгилайди [6, 7].

Аёллар учун табиий физиологик туғруқда психологик қўллаб -қувватлаш ўта муҳим аҳамиятга эга. Муаммонинг иқтисодий томони ҳам муҳим. Кесарча кесиш операциясидан кейин бачадонда чандиқ шаклланади. Натижада бачадон чандиғи бор ҳомиладорлар сони доимий ортиб боради. Дунё буйича умумий хисобда ўртача 18.7% чақалоқ кесар кесиш йўли орқали туғилади (ЖССТ, 2014). Операция учраш сони Ғарбий Европа ва АҚШ клиникаларида 20-27%, Лотин Америкасида 60% [8, 9]. Бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларни оқилона даволаш, туғруқ муддати ва усулини тўғри танлаш акушерлик ва перинатал патология хавфини камайтириши мумкин [11].

Материал ва усуллар

ТТА Туғруқ комплексида 3 ой давомида бачадон чандиғи бор аёлларда проспектив анализ ўтказилди. Эпидемиологик, клиник ва анамнестик маълумотларни, Хомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр хусусиятлари, чақалоқ ҳолатини баҳолаш амалга оширилди.

Натижалар

Ёш буйича қуйидаги шаклда: 20 ёшгача - 3 (3.5%), 21-25 ёш -12 (14.1%), 26-30 ёш - 31 (36.4%), 31-35 ёш - 27 (31.8%), 36-40 -11 (12.9%). Булардан 28 (33%) шахар аҳолиси ва 57 (67%) қишлоқ аҳолисини ташкил этади. Туғувчи аёлларнинг аксарият қисми -49та (57.6%) иккинчи туғруқ, 23та(27%) учинчи, 11та(12.9%) тўртинчи, 2та (2.34%) бешинчи туғруқ. Бачадон чандиғи билан 5 тасида табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошган (5.9%). Барча туғруқларда бир

хомилалик, болани бош қисми билан келиши кузатилган. Улардан 4 тасида (80%) битта кесар кесишдан кейинги бачадон чандиғи, 1тасида (20%), иккита кесар кесишдан кейинги бачадон чандиғи билан амалга ошган.

Туғруқ комплексида хомиладорлик 38 хафталик булган бачадон чандиғили аёллар касалхонага ётқизилди (қўшимча кўрсатмалар бўлганда). Абдоминал оператив туғруқ учун кўрсатма бўлса гестация муддати 37 хафтадан кейин туғруқ режалаштирилган. Туғруқни табиий физиологик олиб боришда анамнестик, клиник, чандиқнинг ҳолатини, эхографик белгилари, шунингдек умумий ва акушерлик статусни баҳолаш, синчковлик билан комплекс баҳоланади.

Аёлларни саралашда эътиборга молик мезонлар: ўтказилган операцияга кўрсатма, операциядан кейинги давр кечиши, боланинг соғломлиги, ўтказилган операция усули ва техникаси, бачадон пастки сегментида кесар кесишдан кейинги 1та чандиқ борлиги, ўтказилган оператив амалиётдан кейинги 2 йилдан кейин хомиладорлик бўлиши. УТТ маълумотларига кўра бачадон чандиғи баҳоланади: қалинлиги камида 0.4 см, гомоген, қалинлашманан, юпқалашмаган, бачадоннинг пастки сегментида, плацента чандиқ устида жойлашмаган булиши керак. Ҳомила тахминий вазни 4000 гр дан ошмаслиги, туғруқ вақтида операция хонаси тайёр туриши ва қарор қабул қилинган вақтдан бошлаб 15 дақиқадан кечиктирмай шошилиш операция қилиш мумкин булиши керак. Барча босқичда хомиладор аёл билан туғруқ



кечишини мухокама қилинган, хабардор қилинган холда физиологик туғруққа розилик олинган.

Хомиладорлик муддатига қараб қуйидагича тақсимланди: муддатдаги бачадон чандиғи билан шошилиш олиш -61 (71.7%), муддатидан олдин-10 (11.7%), булардан мустақил туғруқ фаолияти- 45(73.7%) та холатда, улардан 8таси (13.1%) хомиладорлар патологияси булимида даволанганлар.

5 та хомиладорда консерватив туғруқ муваффақиятли кечди (5.9%), юрак етишмовчилиги 19 (22.3%), ҚПТОЁ ва сохта туғруқ 30 (35.3%), латент фаза чузилиши ва чаноқ- бош номутаносиблиги 13 (15.4%), чандиқнинг гистопатик йиртилиш хавфи 3 (10%), туғруқ фаолияти сустлиги ва хомила гипоксияси 13 (15.4%) йўлдошнинг олдинда жойлашуви 2 (2.3%) оператив туғруққа сабаб бўлган. Операция давомида юқорида кўрсатилган ҳолатларда чандиқда ўзгаришлар аниқланмаган. Утеротониклар билан туғруқни стимуллаш амалга оширилмади. Туғруқ давомида хомила юрак уриши ва бачадон қисқариш фаолияти доимий назорат остида амалга ошди. Туғруқ давомийлиги 5 соат 10 минутдан 13 соат 40 минунгача бўлди. Туғруқ динамикаси партограмма асосида олиб борилди, чандиқ ҳолати клиник (аёл шикоят ва қорин пастки сегменти пальпациясига асосланиб) баҳоланди, шунингдек туғруқ фаолияти хусусияти ва КТГ маълумотлари таҳлил қилинди. Дардлар орасида ва қорин пастки сегменти пальпациясида оғриқларга шикоят йўқлиги, туғруқ жараёнининг регуляр кечиши, КТГ нормал кўрсаткичлари туғруқ вақтида бачадон

пастки сегменти мустаҳкамлигини билдиради.

Оғриқсизлантириш спазмолитиклар, нонаркотик аналгетиклар орқали амалга оширилди. Туғруқнинг 3-даври актив олиб борилди. Қўл билан текширув одатдаги акушерлик кўрсатмаларига асосан қўлланилди. Туғруқдан сўнг кичик чаноқ аъзолари УТТ тукшируви ўтказилди. Бачадон чандиғи тахминий ҳолати, бачадон девори бутунлиги, бачадон бушлиғи ҳолати, кичик чаноқ бўшлиғидаги эркин суюқлик бор йўқлиги баҳоланди.

Бачадон чандиғили хомиладорларда физиологик туғруқни баҳолашда туғилган чақалоқнинг ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга. Болаларнинг ҳаммаси қониқарли ҳолатда (100%). Перинатал йўқотишлар қайд қилинмади.

Умумий қон кетиши 150-300мл ни ташлил қилди. Инфекцион асоратлар қайд қилинмади.

Хулоса

Клиник материалларнинг проспектив текширув натижалари шуни кўрсатдики, танлаб олинган бачадон чандиғи бор аёлларнинг 5.9% ида физиологик туғруқ муваффақиятли амалга ошган. Туғруқ натижалари ижобий баҳоланди. Юрак етишмовчилиги 19 (22.3%), ҚПТОЁ ва сохта туғруқ 30 (35.3%), латент фаза чузилиши ва чаноқ- бош номутаносиблиги 13 (15.4%), чандиқнинг гистопатик йиртилиш хавфи 3 (10%), туғруқ фаолияти сустлиги ва хомила гипоксияси 13 (15.4%) йўлдошнинг олдинда жойлашуви 2 (2.3%) ҳолатда кузатилди. Бачадон бўйни етуклик даражаси чандиқнинг мустаҳкамлигини кўрсатиш эхтимали юқори. Хар бир ҳолатда



туғруқни бошқарув режаси индивидуал тузилиши керак. Ижобий натижага эришиш учун аёлнинг шифокорга ишончи муҳим ҳисобланади.

Бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларни оқилона даволаш, туғруқ муддати ва усулини тўғри танлаш акушерлик ва перинатал патология хавфини камайтириши мумкин. Қайта

кесарча кесиш эҳтимолини камайтириш учун антенатал даврда бачадон чандиғили ҳомиладорларда сифатли прегравидар тайёргарлик, эффектив психопрофилактика ишларини олиб бориш физиологик туғруқ кўрсаткичларини ошишига сабаб бўлади.

References:

1. Aylamazyan EK, Serov VN, Radzinskiy VYe, Savel'yeva GM. National leadership. Short edition. Moscow: GEOTAR-Media. 2015. 608 p. Russian (Айламазян Э.К., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭ-ОТАР-Медиа. 2015. 608 с.)
2. Radzinskiy VYe. Obstetric aggression. M: Publishing house of the magazine Status Praesens, 2011. 688 p. Russian (Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М: Издательство журнала Status Praesens, 2011. 688 с.)
3. Aylamazyan EK, Kuz'minykh TU, Polenov NI, Shelayeva YeV, Kolobov AV. Preparation of pregnant women with a scar on the uterus after cesarean section to deliver. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2008; 57(1): 3-10. Russian (Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Поленов Н.И., Шелаева Е.В., Колобов А.В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней. 2008. № 57(1). С. 3-10.)
4. Adamyan LV, Serov VN. Cesarean section: indications, methods of anesthesia, surgical technique: clinical recommendations. M., 2013. 29 p. Russian (Адамян Л.В., Серов В.Н. Кесарево сечение: показания, методы обезболивания, хирургическая техника: клинические рекомендации. М., 2013. 29 с.)
5. Samigullina AYe., Vybornykh VA. Indications for cesarean section in modern obstetrics. Science, new technologies and innovations. 2016; 2: 44-47. Russian (Самигуллина А.Е., Выборных В.А. Показания к операции кесарево сечение в современном акушерстве //Наука, новые технологии и инновации. 2016. № 2. С. 44-47.)
6. Krasnopol'skiy VI, Logutova LS, Petrukhin VA, Buyanova SN, Popov AA, Chechneva MA et al. The place of abdominal and vaginal operative delivery in modern obstetrics. Reality and prospects. Obstetrics and Gynecology. 2012; 1: 4-8. Russian (Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Буянова С.Н., Попов А.А., Чечнева М.А. и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы //Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 4-8.)
7. Kravchenko YeN, Novosel'tseva NM, Vakulenko MA. Delivery of pregnant women with a scar on the uterus after cesarean section. Omsk Scientific Bulletin. 2008; 51: 57-59. Russian (Кравченко Е.Н., Новосельцева Н.М., Вакуленко М.А. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения //Омский научный вестник. 2008. № 51. С. 57-59.)



8. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016; 11(2): e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343.
9. Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP. Vaginal birth after caesarean section. North American Journal of Medicine and Science. 2013; 5(2): 140-144. doi: 10.4103/1947-2714.107537.
10. Gabidullina RI, Shamsutdinova LG. On the use of prostaglandin E2 in pregnant women with scar on the uterus after a cesarean section. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2013; 2: 48-51. Russian (Габидуллина Р.И., Шамсутдинова Л.Г. К вопросу о применении простагландина E2 у беременных с рубцом на матке после операции кесарева сечения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. № 2. С. 48-51.)
11. Сеницына С.С., Кравченко Е.Н., Рублева Г.Ф., Владимирова М.П., Куклина Л.В. Городской Клинический Перинатальный Центр, Омский Государственный Медицинский Университет, г. Омск, Россия 24.12.2017 г.