



ҲОМИЛА ЎСИШИ ЧЕГАРАЛАНИШ СИНДРОМИ МАВЖУД ҲОМИЛАДОРЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУГРУК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ, ЯНГИ ТУГИЛГАН ЧАКАЛОКЛАР ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Аслонова М.Ж.

Бухоро давлат тиббёт институти Акушерлик ва гинекология
кафедраси

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7482855>

ARTICLE INFO

Received: 14th December 2022

Accepted: 24th December 2022

Online: 25th December 2022

KEY WORDS

ABSTRACT

Замонавий неонатология ва акушерлик назарияси ва амалиётида ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми (ҲЎЧС) ва уни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш, уларнинг ҳолисона классификациясини ўрнатиш муаммосини долзарб масала сифатида қараш жамиятнинг перинатал ва репродуктив саломатлигини ташкиллаштиришда муҳим аҳамият касб этади.

Замонавий неонатология ва акушерлик назарияси ва амалиётида ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми (ҲЎЧС) ва уни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш, уларнинг ҳолисона классификациясини ўрнатиш муаммосини долзарб масала сифатида қараш жамиятнинг перинатал ва репродуктив саломатлигини ташкиллаштиришда муҳим аҳамият касб этади. Муаммонинг долзарблиги ҲЎЧС туфайли ҳомидалар орасида ўлим ҳолатларининг кузатилиши, туғилган болаларда эса анатомик мослашувида паталогияларнинг кузатилиши билан шартланган.

Ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми (ҲЎЧС), ўз вақтида туғилган чақалоқлар орасида 5 дан 22% частотагача, муддатидан олдин туғилган чақалоқлар орасида – 18 дан 24% гача частотада учрайди. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг мутахассисларини маълумотларига кўра Марказий Осиёда

ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми частотаси 31,1%, АҚШ да 10-15% га, Россияда 2,4-17% га етади. Ҳомиладорликнинг ривожланмаслиги ва ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми ривожланишда кўпинча умумий патогенетик механизмлар мавжудлиги билан бир-бири билан боғлиқ бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги кунга қадар, Ўзбекистон шароитида ҲЎЧС ни ташҳис қилиш, уни аниқлаш ва даволашни қамрайдиган ҳолисона, умумий қабул қилинган ягона клиник ёндашув ҳали таклиф қилинмаган. ҲЎЧСнинг кузатилиш интенсивлиги жуда ўзгарувчан қийматга эга – унинг кўрсаткичи 1-30% интервалида ўзгариб туради. Бу ҲЎЧСнинг республика вилоятлари бўйича нотекис тақсимланганлигидан далолат беради. Бухоро вилояти аёлларида ҲЎЧС тарқалганлигини ўрганиш бўйича тадқиқотлар ҳозирги кунгача амалга оширилмаган. Ҳам



гравидар босқичдан аввал, ҳам гестациянинг эрта муддатларида ХҶЧС ни прогноз қилишнинг комплекс тизимлари йўқ. Мавжуд илмий маълумотлар ХҶЧС нинг мултифакториал характеридан далолат беради, лекин на генетик, на эпигенетик омилларнинг аҳамияти охиригача аниқланмаган. ХҶЧС нинг асосий сабаби бачадон-плацента-ҳомила тизимида ўзаро муносабатларнинг бузилишига олиб келувчи плацентар етишмовчилик ҳисобланади деб тахмин қилинади. Бугунги кунда трофобластнинг инвазия жараёнлари, спирал артерияларнинг ўзгаришлари, гормонлар ва ўсиш омилларининг маҳаллий фаоллиги воситасида трофобластлар ва эндометрия ўртасида паракрин ўзаро муносабатлар, ҳомилани ўсиши ва ривожланишига плацентар стероидлар ҳамда пептидларнинг таъсири ўрганилган.

Тадқиқотнинг мақсади Ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми кузатилагн ҳомиладорларда ҳомиладорлик ва тугрук кечиш хусусиятлари, янги тугилган чакалоқлар ҳолатини баҳолаш натижаларини ўрганишдан иборат

Тадқиқотнинг объекти жами 120 нафар ҳомиладорлар текширилди. Барча текширилган аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинди: I-гуруҳ – асосий гуруҳ, текширув вақтида

ҳомиладорлиги ХҶЧС ривожланиши кузатилган 90 нафар ҳомиладорлар ташкил қилди. II- назорат гуруҳи, 30 нафар нисбатан соғлом ҳомиладорлар киритилди.

Асосий гуруҳда ҳомиладорларнинг ўртача ёши $26,78 \pm 0,63$ ёшни, назорат гуруҳида $26,20 \pm 0,9$ ёшни (19 ёшдан 37 ёшгача) ташкил этди ($p < 0,05$).

Тадқиқот давомида асосий гуруҳ ҳомиладорларда назорат гуруҳига нисбатан ҳомиладорлик давомида бир неча хил асоратлар юзага келди, жумладан: ҳомиладорликнинг дастлабки даврларида ҳомила тушиши хавфи (асосий гуруҳда 44,2% назорат гуруҳида 10,7% га нисбатан, $P < 0.05$), ретрохореал гематома (асосий гуруҳда 20%), муддатдан олдинги туғруқ хавфи (асосий гуруҳда 43,3%, назорат гуруҳида 10% га, $P < 0.05$), камсувлилик (17.7% назорат гуруҳида 3.3%, $P < 0.05$), енгил преэклампсия (8.9% назорат гуруҳида 1%, $P < 0.05$) ривожланиши ҳам анча кўп кузатилган. Оғир преэклампси 12,2% ҳолларда асосий гуруҳда ҳомиладорлик жараёнини мураккаблаштирди ва назорат гуруҳида қайд этилмади. Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши (НЖЙОА) асосий гуруҳда 4,4% ни ташкил этди, назорат гуруҳида ушбу асорат кузатилмади (1-жадвал).

1-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларидаги ҳомиладорларда ҳомиладорлик кечишининг хусусиятлари

Асоратлар	Асосий гуруҳ (n=90)		Назорат гуруҳ (n=30)		фарқларнинг ишончлилиги
	абс.	%	абс.	%	
Ҳомила тушиш хавфи	30	33.3	3	10	$p < 0,05$
Ретрохореал	18	20	0	0	$p < 0,05$



гематома					
Ҳомиладорликнинг муддатдан олдин туғиш хавфи	39	43.3	3	10	p< 0,05
Енгил преэклампсия	8	8.9	1	3,3	p< 0,05
Оғир преэклампсия	11	12.2	0	0	p< 0,05
Камсувлилик	16	17.7	1	3.3	p< 0,05
НЖЙОА	4	4,4	0	0	p<0,05
Ҳомила ноаниқ ҳолати	10	11.1	0	0	p<0,05

Умуман олганда, ҲЎЧС ривожланиши патогенетик механизмларини инобатга олган ҳолда, уларни клиник ва диагностик аҳамиятини ҳар томонлама ўрганган ҳолатда хавф гуруҳига кирган ҳомиладорларни аниқлаш ва текшириш, ҲЎЧС ривожланишини башоратлаш имконини берди, жумладан:

1. Клиник ва анамнестик текширув;
2. Ультратовуш маркерлар орқали хомиланинг ўсишини прогностик баҳолаш;
3. Фетоплацентар тизим қон оқимининг доплерометрияси: - (СДО, ПИ,РИ, ЦПН);
4. Плацента ва амниотик суюқликни баҳолаш;
5. Ҳомиладорларнинг гемостаз параметрларини ўрганиш (кўрсаткичларни аниқлаш гемостазнинг плазма боғланишидан (АҚТТ, ПИ, МНО) ва тромбофилия маркерларидан (Д-димер)
6. Эндотелиал дисфункция генларини аниқлаш (ITGB-3)

Хавф омилларини, ҳомила ўсишини чегараланиш синдроми ривожланишининг патогенетик сабабларини ўрганиш, ҳомиладорларни замонавий текшириш усулларини ўрганиш асосида ҲЎЧС даволаш самарадорлиги ҳамда перинатал натижалар таҳлил қилинди. ҲЎЧС

кузатилган ҳомиладорларни комплекс даволаш чораларига киритилган:

ҲЎЧС билан биргаликда ҳомиладорликнинг асоратлари (преэклампсия, муддатдан олдинги туғиш хавфи, камқонлик, ҳомила ичи инфекцияси) ва соматик касалликларни миллий стандарт ва протоколлар бўйича даволаш.

Генетик тромбофилия аниқланганда, коагулограмма параметрлари ва тромбофилия маркерлари (д-димер) назорати остида паст молекуляр оғирликдаги гепарин препаратлари (клексан) қўлланилди

I даражали ҲЎЧС кузатилган ҳомиладорларда, фетометрик кўрсаткичлари, доплер кўрсаткичларини нормаллаштириш ва комплекс дифферециал терапиянинг самарадорлиги 81,9% ни ташкил этди. Ҳомиладорларнинг кўпчилигининг туғилиши ҳомиладорликнинг 37 дан 40 ҳафтагача бўлган даврда содир бўлган. Табиий туғруқ йўллари орқали 82.3% ни, кесарча кесиш операцияси орқали 17.6 % ҳолатда яқунланди. I даражали ҲЎЧС билан табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни амалга ошириш кўрсатмаларига: ҳомила боши билан келиши, тўлиқ муддатли ҳомиладорлик, бачадон бўйни етилганлиги, табиий туғруқнинг бошланиши, ҳомила



ҳолатини кузатиш ва бачадоннинг қисқарувчанлик фаолияти. **II даражали ХҶЧС** кузатилган ҳомиладорларда, комплекс дифференциал терапиянинг самарадорлиги 35,5 % ни ташкил этди. II даражали ХҶЧСда ҳомиладорлик узайтириш мезонлари қуйидагиларни ташкил этди: фетометрик кўрсаткичларнинг барқарор туриши, ҳомила-плацента қон айланиши ва ёки ҳомила қон оқимининг марказлашувининг дастлабки белгилари (ўрта мияда СДО 2.8-2.9 қиймат оралиғида 34-37 ҳафта бўйича), бачадон йўлдош қон оқимининг бузилишларининг йўқлиги (бачадон артериясида СДО 2.4 қийматдан юқори ҳолатда) енгил прееклампсия; ҳомилада қон оқимининг марказлашуви йўқлиги ёки УТТ бўйича гипоксиянинг дастлабки белгилари кузатилган ҳомиладорлар.

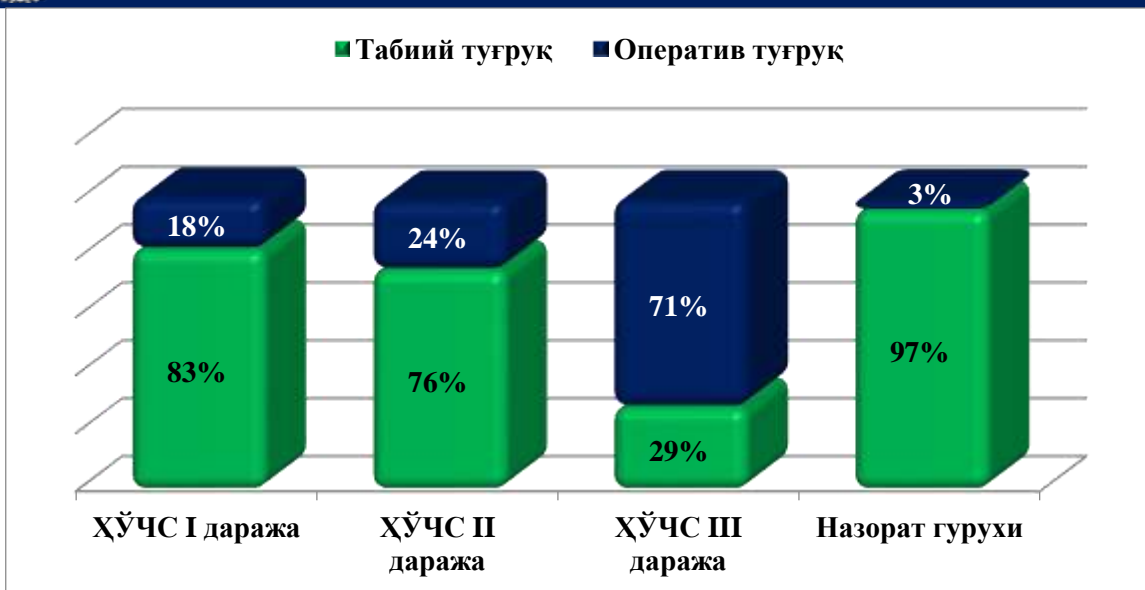
ХҶЧС II даражаси билан 51.1% ҳолатда туғруқ 34 дан 38 ҳафтагача бўлган муддатларда содир бўлди.

Ушбу гуруҳда ҳомиладорларнинг 76.1% табиий туғруқ йўллари орқали, 23.8% кесар кесиш йўли билан олиб борилди. 15.8% да операция даво муолажаларнинг самарасизлиги ва/ёки ҳомиланинг ёмонлашиши, прееклампсия, экстрагенитал патология ва/ёки онанинг оғир акушерлик-гинекологик анамнези билан II даражали ХҶЧС комбинацияси туфайли режали равишда амалга оширилди. 8% да - шошилиш равишда сурункали ҳомила ичи гипоксия ва туғруқ асоратлари кўпайиши сабабли амалга оширилди.

III даражали ХҶЧС кузатилган ҳомиладорларда, комплекс дифференциал терапиянинг самарадорлиги 9,9 % ни ташкил этди. Фетометрик кўрсаткичларнинг ошиб бориши, бачадон йўлдош қон оқими кўрсаткичларининг барқарорлаштириш, ҳомила қон оқимининг марказлашувининг йўқлиги ёки дастлабки белгилари, УТТ да ҳомилада ўзгариш кузатилмаган ҳолатда, она ва боланинг аҳволи динамикада кузатув остида ва албатта 34 ҳафта муддатидан олдин кортекостероидлар қўлланилган ҳолатда узайтирилди.

III даража ХҶЧС кузатилган аёлларнинг 71.4% да оғир даражали прееклампсия, ҳомила ўткир гипоксияси ҳамда нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши каби асоратлар сабабли шошилиш кесарча кесиш амалиёти ўтказилди (расм 1). Фақатгина 28.6% ҳолатда оғир дарали ХҶЧС кузатилган аёлларда ҳомиладорлик табиий туғруқ йўллари орқали тугатилди. Бунда ҳомиладорлик ХҶЧС I ва II даражали ҳомиладорларга нисбатан оғир даражали ХҶЧС мавжуд аёлларда туғруқ муддатидан олдинроқ, 71.6% ҳолатда 32-36 ҳафталарда туғруқ содир бўлди.

Шундай қилиб, ХҶЧС мавжуд ҳомиладорларни дифференциал ендашув асосида олиб борилганда бир канча акушерлик ва перинатал асоратлар кўрчаткичи пасайишига, антенатал ва перинатал ўлим ҳолатларини камайишига олиб келиши аниқланди.



1 Расм. Асоратланмаган ва ХЎЧС кузатилган ҳомиладорларда табиий туғрук ҳамда оператив туғилиш частотаси

Умуман, тадқиқот натижалари бу ХЎЧС акушерлик тактикаси учун замонавий табақалаштирилган ёндашув перинатал натижаларини яхшилаш мумкин, деб кўрсатилган. Янги туғилган чақалоқларнинг ҳолатини ва туғилиш пайтида асфикциянинг оғирлик

даражасини Апгар шкаласи бўйича ўрганганимизда қуйидаги натижалар кузатилди.

Асосий гуруҳда муддатида туғилган чақалоқлар 67 % ни, эрта туғилган чақалоқлар 33 % ни ташкил этди.

2-жадвал

Янги туғилган чақалоқларнинг умумий хусусияти, %

Асосий кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Фарқларнинг аҳамияи
Муддатда туғилган	67	100	P <0,005
Муддатдан олдин туғилган	33	0	P <0,005
Тана вазни	2030,9±600*	3645,7±370	P <0,005
Тана узунлиги	40±4,5**	52±1,8	P <0,005

Эслатма: *P>0,05; **P<0,01; назорат гуруҳи билан солиштирилаётган гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлардаги фарқларнинг ишончилиги.

Янги туғилган чақалоқнинг туғруқдан кейинги ўлими асосий гуруҳдаги болада 1 ҳолатда содир бўлган, аммо ўлимнинг асосий сабаби илгари аниқланмаган туғма юрак нуқсони бўлган: трикуспидал клапан гипоплазияси ва юрак етишмовчилиги, кардиомегалия

Тиббий ёрдам ҳажми асосий ва назорат гуруҳларида янги туғилган чақалоқларни стационар даволаш муддати сезиларли даражада фарқ қилди

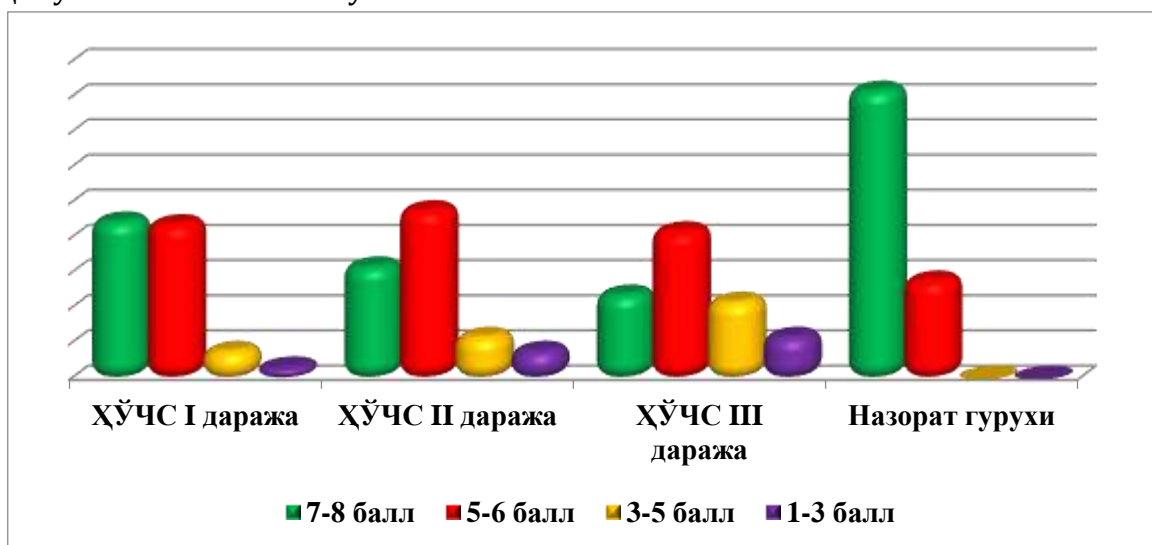
Туғилган болаларнинг ҳолатини баҳолашда шуни таъкидлаш керакки, назорат гуруҳи болаларининг 89% ва асосий гуруҳ янги туғилган чақалоқларнинг 65,9% мустақил нафас олди (p<0,05).



Болаларнинг қониқарли аҳволи (7-8 Апгар балл) назорат гуруҳида сезиларли даражада кўпроқ қайд етилди - 67,9%, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 44,8% ($p < 0,05$) ни ташкил этди. Ўртача гипоксия (5-6 Апгар балл) янги туғилган чақалоқларнинг асосий гуруҳида - 43,7%, назорат гуруҳида эса ўртача гипоксия 32,1% болаларда кўпроқ тарқалган.

Шуни таъкидлаш керакки, частотадаги фарқ унчалик катта бўлмаган ва

ишончлилик мезонларига жавоб бермаган ($p > 0,05$). Асосий гуруҳда ўртача оғирликдаги гипоксия (3-5 Апгар балл) 8% ҳолларда аниқланган, назорат гуруҳида бундай гипоксия аниқланмаган ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда оғир гипоксия (1-3 Апгар ҳисобида) 3,4% ни ташкил этди, назорат гуруҳида туғилганда аҳволи оғир болалар йўқ эди (расм 2).



Расм.3 Тадқиқот гуруҳларида Апгар шкаласи бўйича туғилган чақалоқларда асфиксия оғирлик даражасини баҳолаш, %

SPAP технологияси назорат гуруҳида 31% га нисбатан 7% асосий гуруҳ болаларида тез-тез ишлатилган ($p < 0,05$). Сунъий ўпка вентиляцияси (вентилятор) дан фойдаланиш асосий гуруҳнинг 6% ҳолатларида талаб қилинган ва назорат гуруҳида қўлланилмаган, асосий гуруҳ болаларининг 46% ва назорат гуруҳи болаларининг 93% туғилгандан кейин она ва бола тизимида ўтказилган.

Шундай қилиб, истиқболли тадқиқотлар таҳлили натижалари шуни кўрсатдики, патогенетик текширувга асосланган ХЎЧС билан ҳомиладор аёлларни бошқаришга замонавий ёндашув, шунингдек, ушбу асорат билан ҳомиладор аёлларни даволаш ва етказиб беришда табақалаштирилган тактика перинатал натижаларни сезиларли даражада яхшилаши мумкин.

References:

1.Arutyunyan A.V., Zainulina M.S., Korniyushina E.A., Pustygina A.V., Mirashvili M.I. Modern approaches to diagnosis, drug therapy and prevention of obstetric complications in women with thrombophilia. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2010; LIX (4): 90-8.



2. Aslonova M.Zh., Ikhtiyarova G.A., Khafizova D.B., Mirzoeva M.R. Microbiological and hormonal characteristics of the formation of non-developing pregnancy // *Fundamental and practical issues of immunology and infectious diseases. Collection of scientific articles of the participants of the international scientific-practical conference. UFA. - 2018. -- S. 9-15.*
3. Aslonova MJ, Ikhtiyarova GA, Mavlyanova NN. Association of ITGB3 gene polymorphisms with the risk of developing fetal growth restriction syndrome. *MOJ Women's Health*. 2021;10(4):97–100. DOI: 10.15406/mojwh.2021.10.00296
4. Аслонова М. Ж., Ихтиярова Г. А., Мавлянова Н.Н. ОЦЕНКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНТЕГРИН АЛЬФА-2 (ГЛИКОПРОТЕИН IA/IIА ТРОМБОЦИТОВ PLAII)(ITGA2) У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА // NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT. – С. 19.
5. Dustova N.K. Ikhtiyarova G.A. Aslonova M.Zh. The role of infectious factors in fetal loss syndrome // *Tibbiyotda yangi kun. - 2020. - No. 1 (30/2) - P. 116 - 119.*
6. Dustova N.K., Ikhtiyarova G.A., Aslonova M.Zh. Correlation of cytokine status and vascular endothelial growth factor in pregnant women with chronic venous insufficiency // *Tibbiyotda yangi kun. - 2020. -- S. 197 - 201.*
7. Zamira Shukhratovna Kurbanova, Gulchehra Akmalovna Ikhtiyarova, Makhliyo Juraboyevna Aslonova. (2021). METHODS OF DIAGNOSIS OF HORMONAL AND BIOCHEMICAL DISORDERS IN GIRLS WITH THE SYNDROME OF DEVELOPING POLYCYSTIC OVARIES. *Journal of Natural Remedies*, 22(1(1), 71-82. Retrieved from <http://www.jnronline.com/ojs/index.php/about/article/view/769>
8. Ikhtiyarova G.A., Aslanova M. Zh., Dustova N.K. Microbiological changes in pregnant women with antenatal fetal death // *European journal of research. - 2019. - No. 2. - R. 102 - 109.*
8. Ikhtiyarova G.A., Aslonova M. Zh., Dustova N.K. Early markers of fetal growth restriction syndrome // *Reproductive Medicine. - 2020. - No. 3. - S. 48-51.*
9. Ikhtiyarova G.A., Aslanova M.Zh., Dustova N.K. Microbiological changes in pregnant women with antenatal fetal death // *European journal of*
10. Ikhtiyarova G.A., Aslonova M.Zh., Khafizova D.B. Microbiological and hormonal characteristics of the formation of non-developing pregnancy // *Fundamental and practical issues of immunology and infectious diseases. - 2018. - C. 9 - 15.*
11. Karimov Kh.Ya., Saidov A.B., Boboev K.T., Assessorova Yu.Yu. et al. Fundamental and applied aspects of molecular genetics in medicine. / *Scientific publication. - Tashkent: IPTD "Uzbekistan", 2016 - 352 p.*
12. Mashkova T.Ya. The clinical significance of determining the factors of angiogenesis, genetic and acquired forms of thrombophilia in the system of measures for the prevention of repeated IVF failures. // *author. Cand. Dissertation. - Moscow. - 2016. - p. 28.*
14. Khruslov M.V., Boeva M.I., Zhabin S.N., Ukhanova I.Yu., Avagova S.A. The incidence of thrombophilic polymorphisms in women with fetal loss syndrome living in the Kursk region. *Thrombosis, hemostasis and rheology. 2014; 3: 35-8.*
15. Bakhramova, S. U., Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Kudratova, R. R. (2021). Thrombophilic Complications in the Development of Gestational Hypertension. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 6198-6205.



16. Druil L., Damante G., D'Elia A. et al. Genetic thrombophilias and uterine artery Doppler velocimetry and preeclampsia // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* -2005 - Vol.88. - P.265 - 270.
17. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Kudratova, R. R., Bakhramova, S. U., & KHAFIZOVA, D. B. (2021). Pre-Course Training of Women With Reproductive Loss of Fetus in Anamnesis. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 6219-6226.
18. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7 (7), 530-535. Retrieved from www.scopus.com
19. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I, et al. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation. *J Med - ClinRes & Rev.* 2020; 4 (6): 1-4.
20. Shakhnoza F. Bakhodirova, Gulchekhra A. Ikhtiyarova, Aslonova M.J., Salim S. Davlatov. Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies // *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020.p-6350