

**HOMILADOR AYOLLARDA GIPERTENZIV BUZILISHLAR VA TUG'RUQNING
KECHISHI**

Qosimova Ziyodaxon Muhammad qizi

Imomniyozova Shahnoza Yodgorjon qizi

*Toshkent davlat stomatologiya institute Akusherlik va Ginekologiya kafedrası
ordinatori*

Komilova Mastura Safarovna

*Toshkent davlat stomatologiya instituti Akusherlik va Ginekologiya kafedrası
o'qituvchisi t.f.d dotsent*

Muammoning dolzarbligi. Homiladorlar gipertenziv buzilishlari o'z asoratlari va uchrash ko'rsatgichlari bilan akusherlik amaliyotida aktual muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Gipertenziv buzilishlar homiladorlik va tug'ruqning kechishini og'irlashtirib onalar o'limi sababi bo'yicha 2-3 o'rinda turadi. Homilaning ona qornida rivojlanishiga ta'sir qilib perinatal kasalliklar va o'lim foizining oshishiga olib keladi [5].

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, gipertenziv buzilishlar 8-17% hollarda uchraydi . Bistritskaya T.S. 2000 y. fikrlari bo'yicha har 7-9 ta homiladordan bittasida gipertenziv buzilishlar uchraydi BJSST 2003 y. ma'lumotlariga ko'ra barcha gipertenziv buzilishlar bilan kechuvchi homiladorlikning 2-8% ni homiladorlar gipertenziv buzilishlari tashkil qiladi. Bir qancha Rossiya olimlarining ma'lumotlariga ko'ra gipertenziv buzilishlar 12-17% homilador ayollarda aniqlanadi [4].

Gipertenziya bosh miya qon aylanishining buzilishi (Geneva, 2008), ko'z to'r pardasining ko'chishi. Gipertenziv buzilishlar va platsentaning kuchishi natijasida kelib chiquvchi massiv qon ketishlarga olib keladi [10].

Maqsad va vazifalarimiz: Gipertenziv buzilishlari bo'lgan homilador ayollarni retrospektiv va prospektiv tahlil qilish va BJSST taklif qilgan davolash usulining samaradorligini isbotlab berish. Biz o'z oldimizga gipertenziv buzilishda tug'ruqning kechishini, gipertenziv buzilishning ona va xomilaga ta'sirini o'rganib, e'tiborimizni bu patologiyaning intensiv davo uslublarining samaradorligiga qaratdik. Oldimizga qo'yilgan maqsad va vazifalarimizni yechish uchun 25 ta retrospektiv kasallik tarixini tahlil qildik va 25 ta homiladorlikni prospektiv o'rgandik. 50 nafar ayoldan 36 (72%) nafarida og'ir darajali gipertenziv buzilish, 4 (8%) nafarida o'rta darajali gipertenziv buzilishlar, 10 (20%) nafarida esa gipertenziv buzilishning yengil darajasi aniqlandi. Prospektiv guruh homiladorlarining umumiy ahvoli BJSST tomonidan ishlab chiqilgan gipertenziv buzilishlar tasnifi bo'yicha baholandi. Homila ahvoli va uning rivojlanishdan orqada qolish darajasini baholash uchun UTT aparatidan foydalanildi.

Tekshirish natijalari quyidagilarni ko'rsatdi. Barcha bemorlar orasida 20 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan homiladorlar 55% ni tashkil qildi. Homiladorlarda ko'proq uchragan ekstragenital kasalliklar: kamqonlik, buyrak kasalliklari, semizlik, yurak qon-

tomir kasalliklari, gipertenziv buzilishlar va hokazo. Ba'zi homiladorlarda ekstragenital kasalliklarning 2-3 xil turi aniqlandi. Gipertenziv buzilishlarning toza turlari birinchi bor tug'uvchi homilador ayollarda 9% uchradi. Kasallik turlarinig qo'shilishi bilan gipertenziv buzilishlar og'irroq kechib, davolashlar samara berganligi kuzatildi. Gipertenziv buzilishning kechishiga ekstragenital kasallikning og'irlik darajasi va davomiyligi ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi.

Bizning kuzatuvimizdagi kechki gipertenziv buzilishlari bo'lgan homiladorlarda homiladorlar qusishi (24%), kamqonlik (90%), buyrak kasalliklari (20%) aniqlangan. Bu homiladorlarning yarmidan ko'p qismi ro'yxatga o'z vaqtida olinmagan. Bizning tahlilimiz bo'yicha gipertenziv buzilishi belgilari ichida gipertenziya (100%), shish (64%), proteinuriya (78%) uchrab. shulardan faqat 3 nafar homilador siydigida oqsil 3 g/l dan ko'p ekanligi kuzatildi. Homilaning distres sindromi (17%) homiladorlarda aniqlandi. Bu esa homiladorlikning ko'proq qishloq sharoitida hatto gipertenziv buzilish kelib chiqish xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarni hali ham ayollar maslahatxonalarida ro'yxatga kech olinayotganligini ko'rsatadi. Bizning nazoratimizda bo'lgan 25 nafar homiladorda gipertenziv buzilishni davolash yuqorida keltirilgan magnezial davo sxemasi bo'yicha olib borildi. Davolash natijasida 20 nafar (80%) homiladorlarda AQB ni pasayishi kuzatildi. 5 nafar (20%) homiladorda davo samarasiz bo'ldi. Qiyosiy guruhda gipertenziv buzilishni an'anaviy yo'l bilan davolaganda 10 (40%) nafar homiladorda davo samarasiz bo'lgan. Bioximik tekshiruvlarda qon zardobidagi umumiy oqsil miqdori kamayganligi (60,0-70,0 g/l) aniqlandi, bu ko'rsatgichni homiladorlar siydigi orqali oqsil yuqotilishi bilan bog'lash mumkin. Mochevina va kreatinin ko'rsatgichlarida deyarli o'zgarishlar kuzatilmadi. Bizning kuzatuvimizda bo'lgan 44% homiladorda homiladorlik muddatli tug'ruq bilan yakunlandi. Magnezial davo uslubini qo'llash natijasida, muddatdan oldingi tug'ruqlar, hamda induksiyalangan tug'ruqlar soni qiyosiy guruhga qaraganda ikki baravar kamaydi. Tug'ruq umumiy davomiyligining o'rtacha ko'rsatkichi gipertenziv buzilishning yengil va og'ir darajalarida deyarli farq qilmadi. Asosiy guruh homiladorlari orasida normal joylashgan platsentaning vaqtdan oldin ko'chisi 4%, gipertenziv buzilishning yengil darajadan og'ir darajaga o'tishi 14% kuzatildi. Bu holatning kelib chiqishi qon -tomir devorinig murtligi bilan bog'liq. Og'ir darajali gipertenziv buzilishlar orasida tug'ruqni operativ yo'l bilan tugallash magniy sulfat samarasiz bo'lganda 5 (18 %) ni tashkil etdi. Adabiyotlarda gipertenziv buzilishlarning o'zi 1,4- 6,2% hollarda kesar-kesish operatsiyasiga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi [2]. Asosiy guruhda 10%, retrospektiv guruhda 7% ni ko'rsatdi. Akusherlik qisqichlari asosiy guruhda 4% holda ishlatildi. Gipertenziv buzilishlar og'irlik darajasi qancha o'sib borsa homila va chaqaloq uchun tug'ruq oqibati shuncha kam muvafaqqiyatli buladi. Og'ir darajali gipertenziv buzilishlar xomila va chaqaloq salomatligi uchun juda katta xavf tug'dirishi mumkin. HROQS kursatkichi qiyosiy guruhdagi bemorlarga qaraganda asosiy guruhdagi bemorlardan ikki marotaba kamaygan. "Bexatar onalik" dasturi asosida olib borilgan

magnezial davosi natijasida, homila distress sindromi (3%) ga chala tug'ishlar soni ikki baravar, perinatal o'lim 1,5 baravarga kamaydi. Magniy sulfat o'zining sedativ, gipotenziv, diuretik, spazmolitik, tokolitik, talvasaga qarshi va hokazo ta'sirlarga ega bo'lganligi uchun, akusherlik amaliyotida avval gipertenziv buzilishni davolashda ishlatilgan bir qancha preparatlar, spazmolitiklar (Papaverin, Noshpa, Baralgin), sedativ (relanium, seduksen), gipertenziv (dibazol, eufillin), siydik haydovchi (furosemid, gipotiazid), neyroleptik moddalar ganglioblokatorlar (benzozeksoniy, pentamin), tokolitiklar va boshqalar o'rnida qo'llanilishi tejamkorlik tomonidan ham maqsadga muvofiqdir. Gipertenziv buzilishi bo'lgan homiladorlarni olib borish hamda tug'ruqni hal qilish vaqti va uslubini belgilashda kasallikning og'irlik darajasiga, homiladorlik, tug'ruq va farzandlar soniga e'tibor qaratish lozim.

Xulosalar. 6-son shahar tug'ruq kompleksi ma'lumotiga ko'ra gipertenziv buzilishlar 2002-2003 yilda 12,5%, 2009-2011 yilda 6,6 % homiladorlarda uchraydi. Yengil darajali gipertenziv buzilishlar 41 (82 %) , og'ir preeklampsiya 9 (18 %) , bemorda kuzatildi. Anemiya 90,6% , buyrak kasalliklari 14,4 % , semizlik 6,2 % ni tashkil qildi. Preeklampsiya bo'lgan ayollarda homiladorlik natijasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, 30 nafar ayol (60%) saqlangan homiladorlik bilan uyiga javob berildi. Ulardan homiladorlar patologiyasida yotgan o'rtacha o'rin kuni 12- 15 kuni tashkil etgan. Ularning hammasi qon bosimi, siydigidagi oqsil miqdori, qon va siydik taxlillari to'la ortga qaytgan holda uyiga javob berilgan. Ayollarning 35 tasida (70 %) muddatli tug'ruq, 12 tasida (24%) muddatdan oldingi tug'ruq, 2 tasida (4%) cho'zilgan homiladorlik va bittasida (2 %) muddatdan o'tgan tug'ruq kuzatilgan. Tug'ruq 21 nafar (84%) ayollarda boshqariluvchi gipotoniya ostida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib borildi. 4 nafar (8 %) ayollarda esa tug'ruq kesar kesish operatsiyasi bilan yakunlandi. "Bexatar onalik" dasturi asosida olib borilgan effektiv perinatal parvarish natijasida tug'ruqni induksiyalash ikki baravarga, chala tug'ishlar soni ikki baravarga, perinatal o'lim 1,5 baravarga kamaydi.

ADABIYOTLAR:

1. Абдуллаев Д.Н. Антогонисты кальция в комплексной регуляции родовой деятельности при аномалиях родовой сил, гестозе , гипертоническое болезни и вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Санкт-Петербург 1998 . стр 35.
2. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. // Ассоц. РОСМЕДПОЛИС", 2000. С. 29 -52.
3. Каримов А.Х., Аляви Ф. Л., Нажмутдинова Д.К. Ультразвуковая диагностика в акушерской практике.- Ташкент, 2002. 102 стр.
4. Серов В.И. Практическое акушерство. - М., Медицина,- 2002.

5. Токова З.З. Методология изучения и профилактики материнской заболеваемости и смертности // Акуш. И гин. 1988.-№2.-С. 54-58.
6. Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным: Руководство для клинической практике. ВОЗ, Женева 2003г.
7. Рахимов А.У., Меликулов Х.М. Акушерликда геморрагик шокнинг замонавий муаммолари. Тошкент. « Истиклол» - 2005,
8. Geneva Foundation for Medical Education and Research ([http:// www. Gfrner. org. / civGuidelines / Qbstetriasy — gynecology- guidelines. Php](http://www.Gfrner.org/civguidelines/Qbstetriasy-gynecology-guidelines.Php)), 2008.
9. Hill L. M., Breckle R., Gehrking W. Abruptio placentae; an unusual ultrasonic presentation - intraamniotic blood clot. // Am. J. Obstet. Gynec., - 2002, - Vol 148,-N 3,- P. 1144-1145.
10. Gilabert J., Estelles A., Azner J. et al. Abruptio placenta and disseminated intravascular coagulation. - Acta Obstet.