

ABORTNING HOMILADORLIK VA TUG'ISH JARAYONIGA TA'SIRI

Ziyayeva Dildoraxon Faxriddin qizi

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti.

Akusherlik va ginekologiya yo'nalishi magistri

Annotatsiya: *Birinchi homiladorligi abort bilan tugallangan ayollarda ko'p holatlarda ikkilamchi bepushtlik, homilani o'z-o'zidan tushishi, ektopik homiladorlik, erta tug'ruq va ona hamda homila salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan asoratlarning yuzaga kelishi aniqlangan. Maqsad: to'xtatilgan birinchi homiladorlik sonini aniqlash va abortning keyingi homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrga ta'sirini aniqlash.*

Kalit so'zlar: *abort, anemiya, platsenta etishmovchiligi.*

Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, barcha homiladorlikning 50% rejalashtirilmagan, 25% istalmagan [3]. Ko'p yillar davomida abort tug'ilishni tartibga solishning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. JSSTning reproduktiv salomatlik va oilani rejalashtirish dasturlari joriy etilganiga qaramay, rejalashtirilmagan homiladorlik nafaqat Rossiyada, balki butun dunyoda hal qilinmagan muammo hisoblanadi. 2008 yilda Rossiya Federatsiyasida tug'ish yoshidagi 1000 ayolga to'g'ri keladigan abortlar soni 32 tani tashkil etdi, bu rivojlangan mamlakatlarga qaraganda 3 baravar ko'p. Har yili dunyoda 53 million abort amalga oshiriladi. 20 yoshgacha bo'lgan yosh ruslar homiladorlikni sun'iy ravishda tugatishning 10 foizini tashkil qiladi. Hisobga olingan abortlarning 50% dan ortig'i 20-30 yoshdagi ayollarda, eng yuqori reproduktiv davrda amalga oshiriladigan faoliyat. 30-34 va undan katta yoshdagi ayollar homiladorlikni 2,5 baravar kamroq to'xtatadilar [3].

Birinchi homiladorligi abort bilan tugatilgan ayollarda endometriyni yallig'lanishi kuzatiladi va oqibatda yallig'langan endometriyda rivojlangan homilada rivojlanishni buzilishi va homiladorlik asoratlarning paydo bo'lishining asosiy sababidir. Takroriy abortga kelgan go'yoki reproduktiv jihatdan sog'lom ayollarning 25 foizida surunkali endometrit borligi isbotlangan. Surunkali endometrit tizimli yallig'lanish reaksiyasi sifatida infertillikni, implantatsiya nuqsonlarini, homilani o'z-o'zidan tushishini keltirib chiqaradi, homiladorlik va tug'ish jarayonini murakkablashtiradi. Surunkali endometrit sharoitida rivojlanadigan homiladorlik, agar u o'z-o'zidan to'xtatilmasa, platsenta etishmovchiligi, homila o'sishining kechikishi, perinatal va onalik kasalliklari va o'lim ko'rsatkichlarining oshishi bilan otoimmunos tajovuzning noqulay sharoitida davom etadi.

Erta reproduktiv yoshdagi yo'qotishlar juda xavfli. Abortlarning umumiy sonining pasayishiga va "tug'ilish: abort" nisbatining yaxshilanishiga qaramay (rasmiy statistika ma'lumotlariga ko'ra 1:0,8 va ekspert ma'lumotlariga ko'ra 1,6:1,7), artifitsal abortlar ham reproduktiv yo'qotishlar, ham mamlakatning reproduktiv salohiyatining zaiflashuvidir. Abortni tug'ilishni tartibga solish usuli sifatida mantiqsiz barqaror tanlash, ko'plab

sotsiologik tadqiqotlar bilan ko'rsatilgan, faqat kontratsepsiya, abortning ijtimoiy reklama targ'ibotiga ishonishga imkon bermaydi. Hayotdagi birinchi homiladorligi abort bilan tugatilgan ayollarning 50% dan ortig'i anketalarda bergan javoblariga ko'ra, keyingi homiladorlik xuddi shu usul bilan tugaydi! 2006-2008 yillardagi turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, birinchi homiladorlikning 11 foizi sun'iy ravishda to'xtatilgan, ekspert baholariga ko'ra esa 40 foizi [3].

Tadqiqotga qo'shilish mezoni (I guruh) birinchi homila tug'ilish bilan tugagan, shuningdek, (II guruh) anamnezida dastlabki homiladorlik artifitsal abortlar bilan tugagan qayta birinchi tug'uvchilar edi.

Tadqiqotdan biz rivojlanmay qolgan homiladorlik, o'z-o'zidan homila tushish, ektopik homiladorlik tarixiga ega bo'lganlarni chiqarib tashladik.

Birinchi trimestrda quyidagi asoratlar kuzatildi: abort xavfi, toksikoz, platsentaning past birikishi, anemiya. Tahdid qiluvchi abort anamnezida abort bo'lgan ayollarda homilani rivojlanishida, qolgan nazorat guruhiga qaraganda 3 baravar ko'proq uchradi. Platsentaning past birikishi (Previa) birinchi trimestrda faqat II guruh vakillarida tashxis qo'yilgan, bu ayollar soni II va III trimestrlarda saqlanib qolgan. Birinchi trimestrda toksikoz va anemiya chastotasi guruhlarni taqqoslashda statistik jihatdan farq qilmadi.

Ikkinchi trimestr majoziy ma'noda homiladorlikning "uyg'onish davri" deb nomlanadi, chunki birinchi trimestrning ko'plab asoratlari kamayadi yoki butunlay yo'qoladi, ayol homiladorlikka "ko'nikadi", uning farovonligi sezilarli darajada yaxshilanadi. Shu bilan birga, farovonlik har doim ham holatni aks ettirmasligi aniq. Bunday holda, haqiqiy "uyg'onish" faqat gormonal, biokimyoviy, tadqiqot usullarining normal ko'rsatkichlari bilan mumkin. Biroq, birinchi homiladorligi abort bilan tugagan ayollarda xayoliy "farovonlik" "bo'ron oldidagi tinchlik" dan boshqa narsa emas.

Homiladorlikning 15-haftasida sitotrofoblast invaziyasining 2-to'lqini boshlanadi, bu 16-18-haftalarda maksimal darajaga etadi, ammo sun'iy ravishda to'xtatilgan birinchi homiladorligi bo'lgan ayollarda surunkali endometrit mavjudligi sababli to'liq invaziya bo'lmaydi. Bu bachadon tomirlarining angiopatiyasi mavjudligini, lakuna-xorion vorsinkalari mikrosirkulyatsiyani ta'minlamasligini, uteroplasental arteriyalarning diametri va elastikligini pasayishini va ulardagi hajmli qon oqimining pasayishini anglatadi, bu esa perinatal asoratlar xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Bizning tadqiqotimizda II trimestrning asoratlari platsentaning past biriktirilishi (Previa), platsenta etishmovchiligi, homila o'sishining kechikishi bilan namoyon bo'ldi va bular faqat abort qilgan ayollarda kuzatildi. II trimestrda abort qilish xavfi og'ir anamnezi bo'lgan ayollarda homiladorlik jarayonini 2 baravar ko'proq murakkablashtirdi.

Homilador ayollarning anemizatsiyasini tahlil qilish orqali qiziqarli natijalarga erishdik. Agar birinchi trimestrda anemiyaning tarqalishi guruhlarda farq qilmasa, unda II trimestrda biz abort tarixi bo'lgan takroriy homilador ayollarda ushbu asoratning ko'payishiga aniq tendentsiyani qayd etdik, bu III trimestrga kelib guruhlarni taqqoslashda statistik jihatdan

ishonchli farqlarga erishdi ($p < 0,05$) va og'ir anamnezli homilador ayollarda 4 baravar tez-tez uchraydi.

III trimestrda tashxis qo'yilgan poligidramnnoz II guruhda sezilarli darajada tez-tez uchraydi.

Platsenta etishmovchiligi, gestoz va homila o'sishining kechikishi, statistik jihatdan ahamiyatli farqlarga ega bo'lmasa-da, birinchi abort qilgan ayollarning homiladorligini ham murakkablashtirdi.

Qayta tug'uvchi ayollar guruhida operativ tug'ilish ustunlik qildi: ular tug'ruq tarixi bo'lmagan ayollarga qaraganda 1,5 baravar ko'proq kesar kesish bilan tug'ishgan ($p < 0,05$). Ushbu ayollarning yarmida platsenta markaziy joylashuvi ($p < 0,05$) operatsiyaga ko'rsatma bo'lgan. Abort qilgan boshqa ayollarda taqqoslash guruhiga qaraganda 2 baravar ko'p kesar kesish, tug'ilish anomaliyalari va homilaning noto'g'ri joylashishi tufayli amalga oshirildi. Birinchi homiladorlar guruhida kesar kesish uchun ko'rsatmalar orasida klinik tor tos suyagi ustunlik qildi.

Abort qilish tarixi bo'lgan homilador ayollarda fiziologik tug'ilish barcha holatlarning faqat yarmida sodir bo'lgan, bu anamnezida abort bo'lmagan homilador ayollarga qaraganda 1,5 baravar kam.

Tug'ruqdan keyingi davr. Anamnezida abort bo'lgan ayollarda 20 (12%) tug'ruqdan keyingi bachadonning kechiktirilgan involyutsiyasi bilan murakkablashdi, bu qolgan nazorat guruhidagi ko'rsatkichdan uch baravar yuqori.

Tug'ruqdan keying gipotonik qon ketish abort o'tkazgan ayollarda 8 (4,7%) tug'ruqxonada va faqat 5 (0,8%) nazorat guruhidagi ayollarda murakkablashtirdi.

Bizning tadqiqotlarimiz va tadqiqotlarimiz natijalarini taqqoslashda T. S. Cherednichenko (2001) quyidagilarni ta'kidlash mumkin::

- kutilganidan farqli o'laroq (mamlakat aholisining iqtisodiy ahvoli yaxshilandi) umumiy soni ko'paydi: anemiya, gestoz, kesar kesish;

- agar 2001 yilda guruhlarda anemizatsiyada sezilarli farq bo'lmasa, 2009 yilga kelib o'rganilgan guruhlarda anemiya sezilarli farqlarga erishdi ($p < 0,05$), abort tarixi bo'lgan ayollarda 66% ni tashkil etdi%;

- gestoz, aksincha, abort qilgan ayollarda homiladorlikning yomonlashishiga birinchi homilador ayollarga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatli ta'sir ko'rsatishni to'xtatdi;

- abort, platsenta etishmovchiligi, homila o'sishining kechikishi va kesar kesish bilan og'rigan ayollarda ushbu asoratlar natijasida imtiyozli rivojlanish tasdiqlandi;

- tug'ruqdan keyingi asoratlar, garchi ular hali ham og'ir anamnezi (4,7%) bo'lgan ayollarda uchraydi so'nggi o'n yil ichida zamonaviy perinatal texnologiyalarning to'liq joriy etilishi bilan ajralib turdi, o'tgan 10 yil ichida sezilarli darajada 2 baravar kamaydi.

Shunday qilib, birinchi homiladorligi sun'iy ravishda to'xtatilgan ayollar homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda erta va kech asoratlarni rivojlanish xavfi ostida bo'ladi. Artifitsal abortlar sonining aniq pasayish tendentsiyasiga qaramay, birinchi

homiladorlikning sun'iy ravishda to'xtatilishi natijasida reproduktiv yo'qotish muammosi bugungi kungacha dolzarb bo'lib qolmoqda.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

[1] Kirbasova N. P. abortni tejash / / Status prasaens. - Jild 1. - 2009. - № 6. 71-sahifa.

[2] Radzinskiy V. E. XXI asrda katta yo'lning bosqichlari. Keyin nima bo'ladi? // Status prasaens. - Jild 1. - 2009. - № 6. 6-7-sahifalar.

[3] Radzinskiy V. E., Orasmuradov A. A. erta homiladorlik / Ed. 2-nashr., ISPR. va qo'shimcha M.: Status prasaens, 2009. -394 s.

[4] Cherednichenko T. S. birinchi homiladorlikni sun'iy ravishda to'xtatgandan keyin ayollarda homiladorlik va tug'ish va ularning chaqaloqlarining sog'lig'i: Muallif. diss. ... 2001 yil. -22 s.