

PLASENTA NOTO‘G‘RI JOYLASHISHINING AKUSHERLIK VA PRENATAL SABABLARI

Sabirova I.S. Zakirhodjaeva D.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

E-mail: iroddsabirova@mail.ru

ANNOTATSIYA

Xomiladorlikda plasentaning noto‘g‘ri joylashishi sog‘liqni saqlash sohasidagi katta sa’y-harakatlar va sezilarli yutuqlarga qaramay, hozirgi kunda butun dunyoda ham homilador ayolning ham dunyoga keladigan chaqaloqlarning salomatligi uchun katta xavf tug‘diradi va xattoki o‘limi bilan yakunlanishi mumkin bo‘lgan dolzarb muammodir. Muddatidan oldingi tug‘ruqlarda XPNJ chastotasi - 20-40% ini tashkil qiladi. Muddatiga yetmagan homiladorlikda XPNJ perinatal o‘lim bilan bog‘liq bo‘lib uning 18-20% ini tashkil etadi. O‘limning asosiy sabablari bo‘lib chala tug‘ilish, qon ketish, o‘pkalar gipoplaziyasi yuqori o‘rin tutadi.

Kalit so‘zlar: muddatidan oldingi tug‘ruq, tokolitik terapiya, plasenta praviva.

АКУШЕРСКИЕ И ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Сабирова И.С. Закирходжаева Д.А.

E-mail: iroddsabirova@mail.ru

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Несмотря на большие усилия и значительный прогресс в области здравоохранения, пороки расположения плаценты при беременности представляют большой риск для здоровья как беременных женщин, так и детей и могут даже привести к летальному исходу. При преждевременных родах частота ХРНЖ составляет 20-40%. При преждевременной беременности ХРНЖ связана с перинатальной смертностью и составляет 18-20% случаев. Основными причинами смерти являются недоношенность, кровотечения, гипоплазия легких.

Ключевые слова: преждевременные роды, токолитическая терапия, предлежание плаценты.

OBSTETRICAL AND PRENATAL CAUSES OF WRONG LOCATION OF THE PLACENTA

Sabirova I.S. Zakirhodzhaeva D.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute

E-mail: iroddsabirova@mail.ru

In spite of great efforts and significant progress in the field of health care, placental malposition in pregnancy poses a great risk to the health of both pregnant women and babies, and can even result in death. is an urgent problem. In premature births, the frequency of XPNJ is 20-40%. In preterm pregnancy, XPNJ is associated with perinatal death and accounts for 18-20% of it. The main causes of death are prematurity, bleeding, lung hypoplasia.

Keywords: premature birth, tocolytic therapy, placenta previa.

Xomiladorlikda plasentaning noto'g'ri joylashishi sog'liqni saqlash sohasidagi katta sa'y-harakatlar va sezilarli yutuqlarga qaramay, hozirgi kunda butun dunyoda ham homilador ayolning ham dunyoga keladigan chaqaloqlarning salomatligi uchun katta xavf tug'diradi va xattoki o'limi bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan dolzarb muammodir. Muddatidan oldingi tug'ruqlarda XPNJ chastotasi - 20-40% ini tashkil qiladi. Muddatiga yetmagan homiladorlikda XPNJ perinatal o'lim bilan bog'liq bo'lib uning 18-20% ini tashkil etadi. O'limning asosiy sabablari bo'lib chala tug'ilish, qon ketish, o'pkalar gipoplaziyasi yuqori o'rin tutadi. Muddatidan oldingi tug'ruqda chaqaloqlar orasida erta neonatal o'lim 60-70% ini va chaqaloqlar o'limi esa 65-75% ini tashkil qiladi. O'z vaqtidagi tug'ruqqa nisbatan muddatidan oldingi tug'ruqda o'lik tug'ilish darajasi 8-13 baravar yuqori. Hayotining birinchi haftasidayoq nobud bo'lganlarning 80%i erta tug'ilgan chaqaloqlardir [2, 4]. Tirik tug'ilgan chaqaloqlar orasida 1500 g dan kam og'irlikda tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim ehtimoli 200 baravar ko'p, ular omon qolgan taqdirda ham 2500 g dan ortiq vaznda tug'ilgan bolalarga qaraganda 10 baravar ko'proq nevrologik va somatik asoratlarga duchor bo'lishadi [9].

Muddatidan oldingi tug'ruqning sabablari va uni oldini olishning zamonaviy diagnostikasi masalasi doimo dolzarbdir. Yuqori xavf guruhidagi ayollarda muddatidan oldingi tug'ruq belgilarini aniqlash, homiladorlik muddatini hisobga olgan holda, homilada respirator distress sindromining oldini olish uchun tokolitik terapiyani tanlash, qon ketishni oldini olish, shuningdek, DVS sindromini oldini olish va davolash orqali muddatiga yetmagan tug'ruqlar oqilona boshqariladi. Amaliyotda qo'llaniluvchi oson diagnostik testlarning joriy etilishi, muddatidan oldingi tug'ruqda kesarcha kesish

bo'yicha ko'rsatmalarning kengaytirilishi, istmik- servikal yetishmovchilikni o'z vaqtida tuzatish, muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqlarni intensiv terapiya bo'limida davolashning yo'lga qo'yilganligi muddatidan oldingi tug'ruqlar darajasini pasaytiradi va sog'lom bolalar tug'ilishiga olib keladigan to'liq muddatdagi tug'ruqlar sonining ko'payishiga sabab bo'ldi [10].

JSST tomonidan tavsiya etilgan tirik tug'ilish uchun yangi mezonlarning kiritilishi bilan homiladorlikning 22-24 haftalarida sodir bo'luvchi XPNJ muammosining dolzarbligi oshdi. XPNJ fonida homiladorlikning uzaytirilishi ko'proq yetuk bolalar tug'ilishining oshirishga imkon beradi. Bugungi kunda, tug'ruq faoliyati bo'lmaganda, odatda XPNJda homiladorlikni kutish taktikasi qabul qilinadi. Homiladorlik muddati qanchalik kichik bo'lsa, kutish taktikasi shunchalik afzalroqdir. Bu ona va homila holatini doimiy kuzatib borishni, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda respirator distress sindromi, yuqumli kasalliklar asoratining oldini olishni talab qiladi. Tokolitik terapiya neonatal respirator distress sindromining oldini olish uchun zarur bo'lib, u 48 soat ichida amalga oshiriladi [5].

Plasentaning noto'g'ri joylashuvi uchun xavf omillari:

a) akusherlik va ginekologik anamnezning o'ziga xos xususiyatlari: ayolning yoshi, bachadonning anomal rivojlanishi, anamnezda ikki yoki undan ortiq tabiiy yoki sun'iy abortlar;

b) homiladorlikning asoratlari: ko'p homilalik, homiladorlikning turli muddatlarida tushish xavfi, homilador ayollarda kamqonlik, ketma ket tug'ruq, homilaning chanoq bilan joylashishi, homiladorlikning turli bosqichlaridagi o'tkir respirator virusli infeksiyalar, homiladorlik toksikozlari ayollarda preklampsiya holatlari;

d) yondosh ekstragenital kasalliklar: endometrit, har xil turdagi qandli diabet, ayirish tizimining yallig'lanish kasalliklari.

Ba'zi tadqiqotchilar platsenta oldingi holatining paydo bo'lishini chekish bilan bog'laydilar, chunki taxmin qilingan gipoksemiya yo'ldoshning kompensatsion gipertrofiyasiga olib keladi, ko'pincha bachadon bo'yni ichki qismini "yopib qo'yadi". Placenta oldingi va past holat ko'pincha tug'ish yoshida kuzatiladi [6]20 - 40 yoshda. Homiladorlikning birinchi trimestrida yo'ldoshning bachadonning old devorida past joylashishi bilan, qorinning pastki va pastki qismida og'riqlar ko'pincha paydo bo'ladi, platsentaning orqa devorida shakllanishida esa asosiy simptom hisoblanadi. og'riq belgisi bilan birgalikda genital trakt dan qonli oqindi. II trimestrda homiladorlikni to'xtatish tahdidining chastotasi pasayadi, ammo platsenta bachadonning old devorida joylashganida (46,5%) yuqori bo'lib qoladi; bir vaqtning o'zida og'riq belgisi (18,4%) va bu belgilarning kombinatsiyasi tez-tez kuzatiladi, jinsiy yo'ldan qonli oqindi biroz kamroq (9,7%) paydo bo'ladi. Homiladorlikning III trimestrida, platsenta bachadonning old devorida

joylashganida, asoratlar soni II trimestrga nisbatan 2 baravar kamayadi. Bunday vaqtda homiladorlarga qattiq yotoq rejim gemolitik terapiya va homila muddatiga yetganda keser kesish amaliyoti qo'llaniladi. Plasenta previadagi yana bir xususiyat - takroriy qon ketish fonida gipovolemiya natijasida homilador ayolning progressiv anemiyasi [4, 6]. Bunday holda, BCC etishmovchiligi eritrotsitlar va plazma qon hajmining pasayishi oqibatidir. Plasenta previa va uning past joylashuvi bilan tug'ilishning asosiy asoratlari qon ketishi, mehnatdagi anomalionalar (zaiflik, diskoordinatsiya), xomilalik gipoksiya hisoblanadi. Bu holda erta tug'ilishlar soni 40-60% ni tashkil qiladi [5]. Tug'ruqdan keyingi va erta tug'ruqdan keyingi davrda konservativ tug'ilish bilan ko'proq ayollar vafot etadi. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'pincha platsentaning anormal joylashishi bilan homiladorlikning birinchi trimestrida qonli oqindi borligi belgilari mavjud, bu homiladorlik xavfi va xorionning bachadonning pastki to'qimalariga chuqur kirib borishidan dalolat beradi [4]. Shunday qilib, past platsenta joylashuvi abortning asosiy belgilari bachadondan qon ketishi, og'riq belgisi va bachadonning kontraktil faolligining oshishiga olib keladi. Plasenta previa uchun xarakterli xususiyat ham homilador ayollarda gipotenziv sindromning mavjudligidir [6], bu ayollarning 1/3 - 1/4 qismida uchraydi. Plasenta previa bilan homilador ayollarda erta toksikoz va preeklampsiya rivojlanadi [2]. Homiladorlikning 1-yarmining toksikozi platsentadan oldingi ayollarning 50% da uchraydi [8]; Bemorlarning 8,6 foizida gestoz mavjudligi qayd etilgan : sezilarli darajada shishgan tarkibiy qism, har uchdan birida o'rtacha og'irlikdagi gestoz bor. Shu bilan birga R. D. _ Jelsema , R. _ K. _ Bhatiya , I. _ E. _ Zador [2] past platsentatsiya platsenta qon aylanishining oshishi tufayli preeklampsi xavfini kamaytirish bilan bog'liqligini ta'kidlaydi. Bu davrda homilador ayollarning arterial qon bosimi doimiy dinamik ravishda nazorat qilib boriladi. UQT o'tkazilib SOE, EchT, QBT tekshirilib taxlil natijalariga asoslanib (toksikonorm, kurantil) tavsiya beriladi. Xomildorlarda plasentaning anormal joylashuvi natijasida patologik belgilar rivojlanib anemiya, gemolitik shok, membranalarining erta yorilishi, perinatal o'limga sabab bo'ladi. Shuning uchun, XPNJning namoyon bo'lishida muhim omillar - jinsiy yo'llar infeksiyasi, abort, kechki va ketma ket tug'ruqlar. Bu ona va homilada homiladorlik va tug'ruqning asoratlari, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda RDS va asfiksiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)

1. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 2013.-№6.- С.12-18.
 2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации. Журнал акушерства и женских болезней. 2002; 2: 13-7
 3. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды // Москва. «Медицина» 2002. 13с.
 4. Орлова В.С., Калашникова И.В., Набережнев Ю.И. Подходы к ведению недоношенной при преждевременном излитии околоплодных вод. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. 2010; 6(87), вып. 11: 13 – 21.
 5. Полозская Ю.В., Щакурова Е.Ю., Попова Т.В. Акушерство и гинекология. 2014; 5 – 32
 6. Пестрикова Т. Ю. и соавт. Ведение беременности и родов высокого риска: Рук-во для врачей. 2001.
 7. Плеханова Е.Р. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности. Тактика ведения беременности и родов. Автореферат дисс. канд.мед.наук. 2008.
 8. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., ред. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо. М.: Медибюро Статус презенс; 2011. 20с.
 9. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребёнок: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР Медиа; 2006. 447с.
 10. Серов В.Н., Сухорукова О.И. Эффективность профилактики преждевременных родов. Акушерство и гинекология. 2013; 3- 49
 11. Тоноян Л.А. Тактика ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Автореферат дисс.док.мед.наук. 2007.
 12. AJOG, Outcomes of children at two years after multiple courses of antenatal corticosteroids for threatened preterm birth: the multiple antenatal corticosteroids study (MACS). 2009. Issue 6. Volume 201.
- RCOG. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity (Green-top Guideline No.7) 2010