

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГИПЕРТЕНЗИВ БУЗИЛИШЛАР ВА ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ

Тияходжаева Г

*Фарғона Жамоат Саломатлиги тиббиёт
институту*

Жунайдуллаева Махлиё

*2-сон Фарғона Абу Али ибн Сино
номидаги жамоат саломатлиги техникуми.*

Муаммонинг долзарблиги. Ҳомиладорлар гипертензив бузилишлари ўз асоратлари ва учраш кўрсаткичлари билан акушерлик амалиётида актуал муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Гипертензив бузилишлар ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечишини оғирлаштириб оналар ўлими сабаби бўйича 2-3 ўринда туради. Ҳомиланинг она қорнида ривожланишига таъсир қилиб перинатал касалликлар ва ўлим фоизининг ошишига олиб келади .

Адабиётлардаги маълумотларга кўра, гипертензив бузилишлар 8-17% ҳолларда учрайди . Бистрицкая Т.С. 2000 й. фикрлари бўйича ҳар 7-9 та ҳомиладордан биттасида гипертензив бузилишлар учрайди БЖССТ 2003 й. маълумотларига кўра барча гипертензив бузилишлар билан кечувчи ҳомиладорликнинг 2-8% ни ҳомиладорлар гипертензив бузилишлари ташкил қилади. Бир қанча Россия олимларининг маълумотларига кўра гипертензив бузилишлар 12-17% ҳомиладор аёлларда аниқланади .

Гипертензия бош мия қон айланишининг бузилиши (Генева, 2008), кўз тўр пардасининг кўчиши. Гипертензив бузилишлар ва плацентанинг кучиши натижасида келиб чиқувчи массив қон кетишларга олиб келади .

Мақсад ва вазифаларимиз: Гипертензив бузилишлари бўлган ҳомиладор аёлларни ретроспектив ва проспектив таҳлил қилиш ва БЖССТ таклиф қилган даволаш усулининг самарадорлигини исботлаб бериш.

Биз ўз олдимизга гипертензив бузилишда туғруқнинг кечишини, гипертензив бузилишнинг она ва хомиллага таъсирини ўрганиб, эътиборимизни бу патологиянинг интенсив даво услубларининг самарадорлигига қаратдик. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларимизни ечиш учун 25 та ретроспектив касаллик тарихини таҳлил қилдик ва 25 та ҳомиладорликни проспектив ўргандик. 50 нафар аёлдан 36 (72%) нафарида оғир даражали гипертензив бузилиш, 4 (8%) нафарида ўрта даражали гипертензив бузилишлар, 10 (20%) нафарида эса гипертензив бузилишнинг енгил даражаси аниқланди. Проспектив гуруҳ ҳомиладорларининг умумий аҳволи БЖССТ томонидан ишлаб чиқилган гипертензив бузилишлар таснифи бўйича

баҳоланди. Ҳомила аҳволи ва унинг ривожланишдан орқада қолиш даражасини баҳолаш учун УТТ апаратидан фойдаланилди.

Текшириш натижалари қуйидагиларни кўрсатди. Барча беморлар орасида 20 ёшдан 30 ёшгача бўлган ҳомиладорлар 55% ни ташкил қилди. Ҳомиладорларда кўпроқ учраган экстрагенитал касалликлар: камқонлик, буйрак касалликлари, семизлик, юрак қон-томир касалликлари, гипертензив бузилишлар ва ҳоказо. Баъзи ҳомиладорларда экстрагенитал касалликларнинг 2-3 хил тури аниқланди. Гипертензив бузилишларнинг тоза турлари биринчи бор туғувчи ҳомиладор аёлларда 9% учради. Касаллик турларининг қўшилиши билан гипертензив бузилишлар оғирроқ кечиб, даволашлар самара берганлиги кузатилди. Гипертензив бузилишнинг кечишига экстрагенитал касалликнинг оғирлик даражаси ва давомийлиги маълум даражада таъсир кўрсатади.

Бизнинг кузатувимиздаги кечки гипертензив бузилишлари бўлган ҳомиладорларда ҳомиладорлар қусиши (24%), камқонлик (90%), буйрак касалликлари (20%) аниқланган. Бу ҳомиладорларнинг ярмидан кўп қисми рўйхатга ўз вақтида олинмаган. Бизнинг таҳлилимиз бўйича гипертензив бузилиши белгилари ичида гипертензия (100%), шиш (64%), протеинурия (78%) учраб, шулардан фақат 3 нафар ҳомиладор сийдигида оқсил 3 г/л дан кўп эканлиги кузатилди. Ҳомиланинг дисстресс синдроми (17%) ҳомиладорларда аниқланди. Бу эса ҳомиладорликнинг кўпроқ қишлоқ шароитида ҳатто гипертензив бузилиш келиб чиқиш хавфи юқори бўлган ҳомиладорларни ҳали ҳам аёллар маслаҳатхоналарида рўйхатга кеч олинаётганлигини кўрсатади. Бизнинг назоратимизда бўлган 25 нафар ҳомиладорда гипертензив бузилишни даволаш юқорида келтирилган магнезиал даво схемаси бўйича олиб борилди. Даволаш натижасида 20 нафар (80%) ҳомиладорларда АҚБ ни пасайиши кузатилди. 5 нафар (20%) ҳомиладорда даво самарасиз бўлди. Қиёсий гуруҳда гипертензив бузилишни анъанавий йўл билан даволаганда 10 (40%) нафар ҳомиладорда даво самарасиз бўлган. Биохимик текширувларда қон зардобидаги умумий оқсил миқдори камайганлиги (60,0-70,0 г/л) аниқланди, бу кўрсаткиччи ҳомиладорлар сийдиги орқали оқсил юқотилиши билан боғлаш мумкин. Мочевина ва креатинин кўрсаткичларида деярли ўзгаришлар кузатилмади. Бизнинг кузатувимизда бўлган 44% ҳомиладорда ҳомиладорлик муддатли туғруқ билан яқунланди. Магнезиал даво услубини қўллаш натижасида, муддатдан олдинги туғруқлар, ҳамда индукцияланган туғруқлар сони қиёсий гуруҳга қараганда икки баравар камайди. Туғруқ умумий давомийлигининг ўртача кўрсаткичи гипертензив бузилишнинг енгил ва оғир даражаларида деярли фарқ қилмади. Асосий гуруҳ ҳомиладорлари орасида нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиси 4%, гипертензив бузилишнинг енгил даражадан оғир даражага ўтиши 14% кузатилди. Бу ҳолатнинг келиб чиқиши қон-томир деворининг муртлиги билан боғлиқ. Оғир даражали гипертензив

бузилишлар орасида туғруқни оператив йўл билан тугаллаш магний сульфат самарасиз бўлганда 5 (18 %) ни ташкил этди. Адабиётларда гипертензив бузилишларнинг ўзи 1,4- 6,2% ҳолларда кесар-кесиш операциясига кўрсатма бўлиб ҳисобланади . Асосий гуруҳда 10%, ретроспектив гуруҳда 7% ни кўрсатди. Акушерлик қисқичлари асосий гуруҳда 4% ҳолда ишлатилди. Гипертензив бузилишлар оғирлик даражаси қанча ўсиб борса ҳомила ва чақалоқ учун туғруқ оқибати шунча кам мувафақиятли булади. Оғир даражали гипертензив бузилишлар ҳомила ва чақалоқ саломатлиги учун жуда катта хавф туғдириши мумкин.

ҲРОҚС курсаткичи қиёсий гуруҳдаги беморларга қараганда асосий гуруҳдаги беморлардан икки мартаба камайган. Бехатар оналик дастури асосида олиб борилган магнезиал даво натижасида, ҳомила дисстресс синдроми (3%) га чала туғилишлар сони икки баравар, перинатал ўлим 1,5 бараварга камайди. Магний сульфат ўзининг седатив, гипотензив, диуретик, спазмолитик, токолитик, талвасага қарши ва ҳоказо таъсирларга эга бўлганлиги учун, акушерлик амалиётида аввал гипертензив бузилишни даволашда ишлатилган бир қанча препаратлар, спазмолитиклар (Рараверин, Ношпа, Баралгин), седатив (реланиум, седуксен), гипертензив (дибазол, эуфиллин), сийдик ҳайдовчи (фуросемид, гипотиазид), нейролептик моддалар ганглиоблокаторлар (бензогексоний, пентамин), токолитиклар ва бошқалар ўрнида қўлланилиши тежамкорлик томонидан ҳам мақсадга мувофиқдир. Гипертензив бузилиши бўлган ҳомиладорларни олиб бориш ҳамда туғруқни ҳал қилиш вақти ва услубини белгилашда касалликнинг оғирлик даражасига, ҳомиладорлик, туғруқ ва фарзандлар сонига эътибор қаратиш лозим.

ХУЛОСАЛАР

Гипертензив бузилишлар 2002-2003 йилда 12,5%, 2009-2011 йилда 6,6 % ҳомиладорларда учрайди. Енгил даражали гипертензив бузилишлар 41 (82 %) , оғир прееклампсия 9 (18 %), беморда кузатилди. Анемия 90,6% , буйрак касалликлари 14,4 %, семизлик 6,2 % ни ташкил қилди. Прееклампсия бўлган аёлларда ҳомиладорлик натижасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 30 нафар аёл (60%) сақланган ҳомиладорлик билан уйига жавоб берилди. Улардан ҳомиладорлар патологиясида ётган ўртача ўрин куни 12- 15 кунни ташкил этган. Уларнинг ҳаммаси қон босими, сийдигидаги оқсил миқдори, қон ва сийдик тахлиллари тўла ортга қайтган ҳолда уйига жавоб берилган. Аёлларнинг 35 тасида (70 %) муддатли туғруқ, 12 тасида (24%) муддатдан олдинги туғруқ, 2 тасида (4%) чўзилган ҳомиладорлик ва биттасида (2 %) муддатдан ўтган туғруқ кузатилган. Туғруқ 21 нафар (84%) аёлларда бошқарилувчи гипотония остида табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилди. 4 нафар (8 %) аёлларда эса туғруқ кесар кесиш операцияси билан яқунланди.Бехатар оналик дастури асосида олиб борилган эффефектив перинатал парвариш натижасида туғруқни индукциялаш

икки бараварга, чала туғишлар сони икки бараварга, перинатал ўлим 1,5 бараварга камайди.

АДАБИЁТЛАР:

1. Абдуллаев Д.Н. Антогонистқ калғция в комплексной регуляции родовой деятельности при аномалиях родовқх 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 помоўғ при экстремалғнқх состояниях в акушерской практике. // Ассоц. РОСМЕДПОЛИСИ, 2000. С. 29 -52.
3. Каримов А.Х., Аляви Ф. Л., Нажмутдинова Д.К. Улғтразвуковая 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 новорожденнқм: 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 Ressearch (<http://www.Gfrner.sp/ciVGuidelines/Qbstetrias—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 placntae and disseminated intravascular coagulation. - Acta Obstet.