

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК 618.252

АБДИЕВА МАДИНА АБДУРАШИД ҚИЗИ

**Кўп ҳомиладликда йулдошнинг хориал турига
асосланиб ҳомиладорлик ва перинатал даврининг
кечиш хусусиятлари**

5А 510101 - АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ йўналиши бўйича

Магистр илмий даражасини олиш учун ёзилган

ДИССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар: Доцент, PhD. Раббимова. Г.Т.

Самарқанд-2023 йил

МУНДАРИЖА:

Қисқартирмалар.....	4
Кириш	5
I-боб. Адабиётлар шархи.....	9
1.1 Эпидемиологияси.....	9
1.2 Классификацияси.....	10
1.3. Терминология.....	11
1.4. Этиологияси.....	12
1.5. Патогенези.....	15
1.6. Диагностикаси.....	16
1.7. Хомиладорликнинг кечиши	18
1.8. Хомиладорликни олиб бориш.....	18
1.9. Туғруқни кечиши ва олиб бориш.....	23
1.10. Кўп хомилаликнинг асоратлари.....	24
II-боб. Текширув материаллари ва усуллари.....	33
2.1. Текширилган беморларнинг умумий ва клиник хусусиятлари ...	33
2.2. Текширилган беморларда хайз функцияси.....	34
2.3. Монохориал ва дихориал кўп хомилаликда хомиладорнинг кечиши.....	37
2.4. Беморларнинг репродуктив функцияси.....	38
2.5. Кўп хомилаликда хомиладорлик даврининг кечиши.....	40
2.6. Кўп хомилаликда хомиладорларни текшириш усуллари.....	44
III-боб. Текшириш натижалари	55
3.1. Беморларда мазкур хомиладорликнинг кечиши.....	55
3.2. Текширилган беморларнинг умумий хусусиятлари.....	56
3.3. Хомиладор аёлларнинг бошидан кечирган касалликлари.....	56
3.4. Текширилган беморларда хомиладорликнинг уч ойликларга кўра кечиши.....	58

3.5. Беморларда туғруқ кечиши натижалари.....	61
3.6. Чақалокларни баҳолаш.....	63
IV-БОБ. ХУЛОСА.....	67
Амалий тавсиялар.....	68
Адабиётлар рўйхати.....	71

Қисқартирмалар

ФЕ-фетоплацентар етишмовчилик

ЎЧС-ўсишнинг чегараланиш синдроми

ПЭ-преэклампсия

ФФТС фето- фетал- трансфузион- синдром

МХМА-монохориал- моноамнионик

МХБА-монохориал- биамнионик-

БХБА-бихориал- биамнионик-

ТХТА-трихориал- триамнионик

БХТА-бихориал- триамнионик-.

БХБА-бихориал- биамнионик уч хомилалик

МХТА-монохориал- триамнионик-

МХБА-монохориал- биамнионик уч хомилалик-

МХМА-монохориал- моноамнионик уч хомилалик-

УТТ- ултра товуш текшируви

КИРИШ (магистр диссертацияси мавзусининг асосланиши ва унинг долзарблиги)

Кўп ҳомилалик ҳомиладорлар ичида 1,5-2,5%ни ташкил қилиб, 50-60 та ҳомиладорликдан биттасига тўғри келади. Ҳомиладорлар учун кўп ҳомилалик хавф ҳисобланиб 35 ёшдан ошган аёлларда кўпроқ учрайди. Эгиз ҳомила монозиготали ёки дизиготали бўлиб, дизиготали эгиз ҳомилалардан 70% ини биамнион, дихорионли эгизаклар ташкил қилади. (Савельев В.С, Трофимова О.А 2007).

Охириги 15-20 йил ичида кўп ҳомилаликка қизиқиш ҳамда репродуктив технологиялар ривожланиши билан кўп ҳомилалик учраш кўрсаткич и сезиларли даражада ошди.(Краснопольский В.И, Новикова С.В, Цивцивадзе Е.Б. Жарова А.А 2015). Аммо кўп ҳомилаликнинг асоратлари холи ҳам кўплаб кузатилмоқда, асоратларидан бири – бир ҳомила нобуд бўлиши бўлиб 3,7% дан 6,8% гача учрайди. Бу ҳолат асосан ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигига тўғри келади. Антенатал ўлим – йўлдошга боғлиқ бўлиб, 4 % дихорионли эгиз ҳомиладорликда, 12 % монохорионли эгиз ҳомиладорликда учрайди. (Кузнецов. А.А, Романовский .А.Н. 2020 г статья).

Кўп ҳомилаликда перинатал ўлим ва касалланиш бир ҳомилаликдан 3-7 марта кўпроқ, антенатал ўлим 15 марта, оғир преэклампсия эса 3-4марта кўпроқ учрайди. Улардан 50% ҳолатда муддатдан олдин туғруқ (32 ҳафталиккача) кузатилиб турибти, шунинг учун кўп ҳомилаликда учрайдиган асоратларни ва перинатал даврнинг яқунларини ўрганиш зарур. (Прохорова В.С., Павлова Н.Г. Макацария Н.А.2014г)

Аёл организми эволюцияси битта ҳомила ривожланишига мослашган бўлиб, кўп ҳомилалик фетоплацентар етишмовчиликни классик кўриниши ҳисобланади. Ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейин ҳомиладорлик кўпинча кўп ҳомилали бўлиб, 35 % ни ташкил қилади .

Олиб келувчи факторлар

- Онанинг ёши 30-35 дан юқори бўлиши
- Наслий фактор (она томонидан)
- кўп туғруқ
- бачадон ривожланиш аномалияси
- орал контрацептив дори воситалар қабул қилгандан сўнг дарров хомиладор бўлиши
- Овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар
- Экстракорпорал уруғлантириш.

Охирги ўн йилларда эгизакларнинг туғилиш кўрсаткичи юқори бўлиб, бу репродуктив технологиялар, хомиладор аёл ёшини 35 ёшдан юқорилиги яни тухумдонларнинг гормонал стимуляцияси юқорилиги сабабли келиб чиқмоқда .

Кўп хомилалик билан кечувчи сабаблар .

- Туғруқлар сонини кўплиги (4- хомилаликдан кейин кўп хомилалик 4 марта кўп учрайди)
- Генетик мойиллик (агар она томонидан бўлса учраши 7,5%, ота томонидан бўлса 1,7% учрайди)
- Ирқий мансублик (Хитойда эгизакларнинг туғилиши 0,3%, Нигерияда 20 марта кўп 5,7% ташкил қилади).
- Аёлларни конституцияси (кўп хомилалик асосан йирик ва узун бўйли аёлларда кузатилади)
- Хомиладорликдан олдинги фолат кислотаси қабул қилиш.
- Орал контрацептик дорилар қабул қилиш.

Икки тухумли эгизаклар – бир овулятор цикл давомида иккала тухумдонда бир вақтда иккита тухум хужайра уруғланади. Буларнинг хусусий йўлдоши амнион ва хориал қобиғи, хомила орасидаги тўсиқ тўрт каватдан иборат бўлади. Бу икки тухумли эгизаклар бихориал биомнионик дейилиб, умумий эгизакларни 70% ни ташкил қилади

Мақсад: Кўп ҳомилаликда йўлдошнинг хориал турига асосланган ҳолда ҳомиладорлик ва перинатал даврини олиб боришни такомиллаштириш.

Ишнинг вазифалари:

1. ВПМ бўйича 2019-2022 йилларда кўп ҳомилаликларнинг учраш даражасини ўрганиш.
2. Кўп ҳомилаликда монохориал ва дихориал плацентага боғлиқ бўлган ҳолда фетоплацентар тизимининг ҳолатини ўрганиш.
3. Кўп ҳомилаликда монохориал ва дихориал плацентага боғлиқ бўлган ҳолда перинатал яқунларини ўрганиш.

Текширув материаллари:

Самарқанд Вилоят Перинатал марказида 2019-2022 йилларда кўп ҳомилалик аниқланган ҳомиладор аёллар. Биз ҳомиладорларни 2 гуруҳга бўлиб ўргандик.

I гуруҳ - 18 нафар аёлларда йўлдошнинг монохориаллиги аниқланган; II гуруҳ - 22 нафар аёлларда йўлдошнинг дихориаллиги аниқланган ҳомиладорлар ўрганилди. Улар анамнестик, умумий клиник текширишлардан ўтказилди.

Текширув услублари:

Умумий клиник текширувлар (умумий қон анализи, умумий сийдик анализи, биохимик анализ, коагулограмма),

Акушерлик текшируви,

УТТ ва доплерометрия текширувини ўтказиш.

- **Илмий янгилиги** Биринчи марта Самарқанд Вилоят Перинатал марказида кўп ҳомилаликда йўлдошнинг хориал турига асосланган ҳолда ҳомиладорлик ва перинатал даврини олиб бориш таққослаб ўрганилди.

Изланишдан кутилаётган натижалар:

Кўп хомилаликда йулдошнинг хориал турига асосланиб хомиладорлик ва перинатал яқунлари ўрганилди.

Олинган маълумотлар ва унинг таҳлили:

Олинган статистик маълумотлар “Statistics for Windows 7.0” ва Excel 2010 Дастури орқали таҳлил қилинди. Олинган статистик кўрсаткичда кўрсаткичлар $P=0,05$; $P<0,05$ бўлганда кўрсаткич фарқи хақиқий ҳисобланди.

I БОБ

Кўп ҳомилаликда йўлдошнинг хориал турига асосланиб ҳомиладорлик ва перинатал даврининг кечиш хусусиятлари.

(адабиётлар шархи.)

Кўп ҳомилалик- деб ҳомиладор аёл организмида икки ва ундан кўп ҳомиланинг ривожланишига айтилади[5,7,9,14,19,69].

1.1 Эпидемиологияси.

Одатий ҳомиладорларга нисбатан кўп ҳомилаликда оналар ўлими 3-7 марта ошиб, оналар касалликлари, асоратлари ва соматик касалликлар кўзиши 100% ни ташкил қилади. Буларда гестозлар (преэклампсия) 45% ҳолларда учраб, гестозлар эрта муддатларда учраб гиперплацентоз ҳисобига оғир кечиши билан характерланади. Эгиз ҳомилалиларда бола ўлими одатий ҳомилаликдан 5 марта кўп, уч ҳомилаликда эса 14 марта кўп кузатилади [1,3,11,38].

Кўп ҳомилалиликда бир ҳомиланинг ўлими 3,7 – 6,8 % ни ташкил қилади [2,80]. 37 ҳафтагача бўлган муддатда уч ҳомилаликнинг туғилиши 80 %, икки ҳомилаликни туғилиши 43 % , бир ҳомилаликда – 9 % ни ташкил қилади [4,33,58].

Ҳомиланинг 1500 г дан кам туғилиши икки ҳомилалида 2,1% ва 0,9 % бир ҳомилаликда кузатилади. Перинатал ўлим кўрсаткичи эгиз ҳомилалида 11% бўлиб, муддати етмаслиги ва туғма ривожланиш нуқсони билан боғлиқ бўлади.[10,22,29,44].

Кўплаб ҳомиладорларда гипертензия ва шиш, қон-томир системаси ҳажмининг ошиши, коптокчалар филтрациясини ошиши, протеинурия кам миқдорда ёки йўқ, динамикада гематокрит пасайиши ҳисобига плазма ҳажмининг ошиши рўй беради. Томир ичи ҳажмининг ошиши ҳисобига энг асосий асоратлардан- анемия 50-100% ни ташкил қилади. Бу плазма ҳажмининг ошиши, гематокрит ва гемоглобин миқдорининг пасайишига, эритропоэтиннинг кўпайиши ҳисобига темир танқислик анемия сезиларли

даражада кузатилади. [8,13,21,36]. Хомиладорлик даврида хомила ўсиши чегараланиши бир хомилаликка нисбатан 10 баробар кўп учраб, монохориалда 34% ва бихориалда 23% учрайди [1,26,39]. Плацентация типига кўра хомила ўсиши чегараланиши монохориалда 7,5%, бихориалда 1,7% иккала хомилада ҳам кузатилади. Агар монохориал эгизакларда хомилалар массаси орасидаги фарқ 25% дан юқори бўлса, кам массали хомиланинг хомила ичи ўлими юқори даражада кузатилади [5,66].

Эгизакли хомила бўлиш частотаси Ўрта Осиёда 0,6% , Европада 1 – 2 % , Африкада 4 % ни ташкил қилади [17,55].

Перинатал ўлим эгиз хомилада 5 марта, хомила ичи ўлими – 4 марта, неонатал ўлим – 6 марта юқорилиги билан характерланади [30,57,76].

Эгизак хомилаларда болалар церебрал паралижи 3 – 7 марта, уч хомилалиларда 10 марта юқори кузатилади [6,12].

Хомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхташи 11 - 24 хафтагача дихориал эгизакларда 2 % , монохориал эгизакларда 10 % ни ташкил қилади [31,60].

МКБ-10 бўйича клиник шифрлар:

О30- кўп хомилалик

О30.0- икки хомилалик

О30.1- уч хомилалик

О30.2- тўрт хомилалик

О30.8- кўп хомилаликни бошқа формалари

О30.9- аниқланмаган кўп хомилалик [45,56,74,81].

1.2 Классификацияси.

-О.30 Кўп хомилалик:

*О.30.0- эгиз хомила

*О.30.1- уч хомила

*О.30.2- тўрт хомила.

-О.31 кўп хомиладорликка характерли асоратлар:

*О.31.0- бужмайган хомила

*O.31.1- бир абортдан кейин давом этувчи хомиладорлик.

*O.31.2- бир ёки кўп хомила ўлимидан кейин давом этувчи хомиладорлик.

-O.43 Йўлдошдаги ўзгаришлар:

*O43.0- эгизакларда плацентар трансфузион синдром.

-O.84 Кўп хомилали туғруқ:

*O.84.0- кўп хомилали туғруқ, бутунлай табиий.

*O.84.1- кўп хомилали туғруқ, барчасида акушерлик қисқичлари ва вакум-экстракторлар қўлланилган.

*O.84.2- кўп хомилали туғруқ, бутунлай кесарча кесиш орқали олиб борилган.

*O.84.8- кўп хомилаликда бошқача туғруқни яқунлаш.

Кўп хомилаликнинг туғруқ натижаси:

Икки хомилаликда иккала хомила ҳам тирик туғилган.

*Z37.3 Икки хомилаликда битта хомила тирик, бошқаси ўлик.

*Z.37.4 Икки хомилаликда, иккаласи ҳам ўлик.

*Z.37.5 Бошқа кўп хомилали туғруқ, барчаси тирик.

1. Хомиланинг миқдорига кўра:

-эгиз хомилалик

-уч хомилалик

-тўрт хомилалик

2. Зиготага кўра:

-икки тухумли (дизиготали)

-бир тухумли [14,26,37,52].

1.3. Терминология:

-монохориал- моноамнионик- хомилаларда умумий йўлдош ва умумий амнион бўшлиқ бўлади.

-монохориал- биамнионик- хомилаларда умумий йўлдош, лекин алохида амнион бўшлиқ бўлади.

-бихориал- биамнионик- хомилаларда алохида йўлдош, алохида амнион бўшлиқ бўлади.

-трихориал- триамнионик- хар бир хомилада алохида йўлдош, алохида амнион бўшлиқ бўлади.

-бихориал- триамнионик- бир хомилада алохида йўлдош, қолган хомилада умумий йўлдош, алохида амнион бўшлиқ бўлади.

-бихориал- биамнионик уч хомилалик- бир хомилада алохида йўлдош ва алохида амнион бўшлиқ, икки хомилада умумий йўлдош ва умумий амнион бўшлиқ бўлади.

-монохориал- триамнионик- уччала хомилаларда умумий йўлдош, лекин алохида амнион бўшлиқ бўлади.

-монохориал- биамнионик уч хомилалик- уччала хомилаларда умумий йўлдош, бир хомилада алохида амнион бўшлиқ, икки хомилада умумий амнион бўшлиқ бўлади.

-монохориал- биамнионик уч хомилалик- уччала хомилаларда умумий йўлдош, бир хомилада алохида амнион бўшлиқ, қолган икки хомилада умумий амнион бўшлиқ бўлади.

-монохориал- моноамнионик уч хомилалик- уччала хомилаларда умумий йўлдош, умумий амнион бўшлиқ бўлади [9,16,43].

1.4. Этиологияси

Аёл организми эволюцияси битта хомила ривожланишига мослашган бўлиб, кўп хомилалик фетоплацентар етишмовчиликни классик кўриниши хисобланади [8,19,26,69]. Ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейин хомиладорлик кўпинча кўп хомилали бўлиб, 35 % ни ташкил қилади [11,83].

Олиб келувчи факторлар [14,35,47,69]:

-Онанинг ёши 30-35 дан юқори бўлиши

-Наслий фактор (она томонидан)

-кўп туғруқ

-бачадон ривожланиш аномалияси

-орал контрацептив дори воситалар қабул қилгандан сўнг дарров хомиладор бўлиши

-Овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар

-Экстракорпорал уруғлантириш.

Хеллин формуласига кўра эгизакларнинг туғилиш частотаси ёрдамчи репродуктив технологияларсиз икки хомилалик 1:80 туғруққа, уч хомилаликда 1:80² (1:6400), тўрт хомилаликда 1:80³ (1:512000) ни ташкил қилади [32,45]. Дунё бўйича бир тухумли эгизаклар ўртача 0,2-0,4 % ни ташкил қилади. Бир тухумли ва икки тухумли эгизаклар мос равишда 30 ва 70% ни ташкил қилади [70]. Охириги ўн йилларда эгизакларнинг туғилиш кўрсаткичи юқори бўлиб, бу репродуктив технологиялар, хомиладор аёл ёшини 35 ёшдан юқорилиги яни тухумдонларнинг гормонал стимуляцияси юқорилиги сабабли келиб чиқмоқда [16,40,52].

Кўп хомилалик билан кечувчи сабаблар [10,23,47,58]:

- Туғруқлар сонини кўплиги (4- хомилаликдан кейин кўп хомилалик 4 марта кўп учрайди)
- Генетик мойиллик (агар она томонидан бўлса учраши 7,5%, ота томонидан бўлса 1,7% учрайди)
- Ирқий мансублик (Хитойда эгизакларнинг туғилиши 0,3%, Нигерияда 20 марта кўп 5,7% ташкил қилади).
- Аёлларни конституцияси (кўп хомилалик асосан йирик ва узун бўйли аёлларда кузатилади)
- Хомиладорликдан олдинги фолат кислотаси қабул қилиш.
- Орал контрацептик дорилар қабул қилиш.

Икки тухумли эгизаклар – бир овулятор цикл давомида иккала тухумдонда бир вақтда иккита тухум хужайра уруғланади. Буларнинг хусусий йўлдоши амнион ва хориал қобиғи, хомила орасидаги тўсиқ тўрт қаватдан иборат бўлади. Бу икки тухумли эгизаклар бихориал биомнионик дейилиб, умумий эгизакларни 70% ни ташкил қилади [1,19,36,45,66].

Бир тухумли эгизакларда бир тухум хужайра уруғланади. Йўлдош мембрана муносабатига кўра уруғланган тухум хужайрани бўлиниш муддатига боғлиқ хисобланади. Агар бўлиниш уруғланишни биринчи уч кун морула босқичига бўлса эмбрионлар, иккитадан амнион, хорион ва умумий йўлдош бўлиши мумкин. Хомила орасидаги тўсиқ тўрт қаватдан иборат бўлиб, бу бихориал, биамнионик кўп хомиладорлик дейилади [22,31,45,57].

Тухум хужайраларининг бўлиниши 3-8 сутка интервали давомида бластоциста босқичи рўй берса иккитадан эмбрион, амнион лекин, хорион ва йўлдош умумий бўлади. Хомила орасидаги тўсиқ икки амнион қаватдан иборат бўлади. Бу эгизаклар монохориал, моноамнионик дейилади [13,29,36,47].

Уруғланган тухум хужайра кечки муддатларда эмбрионал диск пайдо бўлгандан кейин бўлинса бир-бирига қўшилган эгизаклар пайдо бўлади [76].

Кўп хомиладорликда асосий текширув усули УТТ бўлиб, хомиладорликни 4-5 хафталигида бачадон бўшлиғида хомила тухумлари ва эмбрионларнинг сонини аниқлаш мумкин [17,26,46].

Монозигитали эгизакларни бир тухумдан ривожланиши бир хил жинсли, генотиплари ва қон гурухлари бир хил бўлиб, бир-бирига ўхшайди [67].

Дизиготали эгизаклар алохида тухум хужайралардан ривожланиб, алохида сперматозоидлар томонидан уруғланиб, генетик ҳар хил бўлиб, ака ва сингилларга ўхшаб ҳар хил бўлади [48,80]

Наслий фактор энг муҳим аҳамиятга эга бўлиб, 4-7 марта кўп учрайди. Бу бир тухумли эгизакларда икки тухумли эгизакларга нисбатан кўп учрайди [59].

Йўлдош мембрана муносабатларига кўра уруғланган даврдан бошлаб монозигитали хомиладорлик турлари [11,28,32,49,69]:

- 3-4 кун (морула ривожланиши ва трофобластга дифференциация бўлиши) бихориал - биамнионик.

- 5-8 кун (морула шаклланган, хорион хужайралари дифференцияланган, амнион шаклланган) монохориал-биомнионик.
- 8-12 кун монохориал – моноамнионик.
- 13 кун ва ундан юқори кунларда бир-бирига қўшилган эгизаклар (сиам эгизаклар) пайдо бўлади.

Қўшилган эгизаклар қўшилган қисмларига кўра бўлинади [12,53,67]:

- Краниопагия (бош)
- Торакопагия (қўкрак қисми)
- Омфалопагия (қарши қисми)
- Пигопагия (умуртқанинг пастги қисми).

Қўшилган эгизакларни 1/3 қисми ўлик туғилиб, 1/3 қисми хаётининг биринчи кунида ўлади. Қўшилган жойи ва даражасига кўра хирургик ажратилади.

1.5. Патогенези:

Табиий ҳолатда кўп хомила бир нечта ооцитлар (гетерозиготали хомиладорлар 2/3 ҳолларда) ёки ооцит хомиладорликнинг эрта босқичларида (1/3 монозиготали хомиладорларга) бўлиниши натижасида пайдо бўлади. Гомозиготали эгизаклар бўлиниш кунида аниқланиб “ 4 кун қонуни” га амал қилиб, уруғланишнинг 4 кунида, тухум хужайранинг морула босқичи рўй бериб дихориал диамнионик эгизаклар пайдо бўлади. Бўлинишининг биринчи 4 чи кунида бластоциста даврида рўй бериши монохориал диамнионик эгизаклар пайдо бўлади [16,27,39,77].

Эмбриобластнинг кейинги 4 кунига бўлиниши натижаси, амнион пайдо бўлишидан кийин содир бўлса моноамнион-монохориал эгизак пайдо бўлади. (1%) 12 – куннинг кийинги бўлиниши натижасида ажралмаган (сиам) эгизаклар пайдо бўлиб, 1 : 4000 туғруққа тўғри келади [18,25,31,47].

Кўп хомилали хомиладорлар табиий плацентар етишмовчиликнинг бир кўриниши бўлиб, патогенезида эндотелиал дисфункция, ангиоген ва ангиоген факторлар дисбаланси, метаболик ўзгаришлар ётади [12,82].

Физиологик кечадиган хомиладорлар функционал йўлдош ангионезида марказий ролни ангиоген ўсиш фактори – плацентар ва васкулоэндотелиал, эрувчан эндоглин ва васкулоэндотелиал – 1 рецептори кўп хомилаликда қон томирга боғлиқ ривожланиши нуқсонини преэклампсия, хомила ичи ўсишининг чегараланиш синдроми аномал плацентация қелиб чиқишига энг асосий омил ҳисобланади [3,24,41,54,68].

Вазоактив моддаларнинг муносабати бузилиши асосан азот оксиди синтезининг бузилиши вазокостриктор эндотелин -1 синтезини оширади. Эндотелий дисфункцияси узоқ вақтли зарарловчи омиллар гипоксия, интоксикация, гемодинамик зўриқиш натижасида қелиб чиқади [20,42].

Ангиогенезнинг жараёнининг бузилиши ва эндотелий дисфункцияси фето-плацентар тўқима ривожланишида энг муҳим омил бўлиб, асоратлар қелиб чиқишига сабабчи бўлади [34,51,64].

1.6. Диагностикаси

Кўп хомилаликда хомилани умумий ҳолатини баҳолашнинг умумий функционал диагностика методлари кардиотокография она-йўлдош-хомилани томирларининг доплеромеретрик текширув монохориал типли плацентацияда ўрта мия артериясида максимал қон оқими аниқланади. Бу аёлларда хомиладорлик даври юрак қон томир, ўпка, жигар, буйраклар ва бошқа органлар кучли зўриқиш билан ишлайди [11,15,50,68].

Клиник кўриниши [14,37,61]:

- 2-3 триместрда хомила муддатига қараганда бачадон ҳажмини катталашини.
- Кечки муддатларни ташқи акушерлик текширувида икки ва ундан ортиқ хомила қисмлари пайпасланади.
- Икки нуқтада хомила юрак уришини эшитиш мумкин.

УТТ белгилари [27,62,79]:

- иккита алохида жойлашган йўлдош хомила ўртасидаги тўсиқ (2мм юқори) бўлса-бихориал эгизаклар
- агар умумий йўлдошга эга бўлса монохориал ёки бихориал эгизакларни аниқлаш керак.
- специфик УТТ белгиларига Т ва Л белгили хомила орасидаги тўсиқлар асосланган бўлиб Т- монохориал белгисини, Л-белгиси бихориал тип плацентация белгиси хисобланади.
- 16 хафтадан кейин Л- белги текшириш учун жуда хам қулайдир.
- Хомиладорликни кечки муддатларида алохида жойлаш йўлдошга кўра хориаллиги диагностика қилиш мумкин.
- Якка ёки қўшилган аниқланиши монохориал типли плацентация белгиси хисобланади.

Хомиладорларни эрта муддатлиги хомилани анатомияси ўрганиб туғма ривожланиш нуқсони хромасома патология маркерли моноамнионик эгизакларга қўшилганлиги аниқланади [63].

УТТ бўйича иккала эгизаклар физиологик ривожланиши дискордант хомила ривожланиши (тана массаси 20% фарқ қилиши) иккала хомила ўсиши чегараланиши аниқланади [25,57,73].

Фетометриясига кўра йўлдош структураси ва етилиш даражаси,хомила олди сувлари миқдори, киндик чиқиш жойи, киндик бирикиши аниқланади.Перинатал ўлим кўрсаткичи монозиготали эгизакларда дизиготали эгизакларга нисбатан 2,5 баробар кўп учрайди [38,65]. Хозирги вақтда УТТ текширувидан ташқари эхография текширув методи юқори диагностик аҳамиятга эга.Бу ёрдамида эрта диагностика қилишдан ташқари, хомиланинг ривожланиш кўрсаткичларининг биометрик кўрсаткичлари хам аниқланади [37,65,78]. Физик ривожланиш кўрсаткичлари якка хомиладорликка нисбатан бошқа норматив кўрсаткичлари ёрдамида бахоланиб, бунда массаси, бош айланиши ва кўкрак айланаси хисобга

олинади. Бу усул ёрдамида 36 хафтадан кейин фетоплацентар етишмовчилик 25,5%, ривожланишдан орқада қолиш 20,5% га ошганлиги аниқланади [23,47,71].

1.7. Хомиладорликнинг кечиши

Хомиладорликни олиб бориш учун 1- триместрида хориал турига асосан (йўлдош сони) тўғри олиб бориш усули танланади [72].

Айнан хориаллигига кўра (зиготалигига эмас) хомиладорликни кечиши, натижалари, перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини аниқлаш мумкин. Кўп хомилаликда энг кўп учрайдиган асоратлардан бири муддатдан олдинги туғруқ бўлиб, бачадоннинг кенгайиши ҳисобига содир бўлиб, хомилаларнинг сони қанча кўп бўлса муддатдан олдинги туғруқ шунча эрта содир бўлади [35,58,75,81].

Муддатидан олдинги туғруқ, тирик хомила ўлими, янги туғулганларда касалланиш ва ўлим кўрсаткичи юқорилиги билан характерланади. Асосий перинатал кўрсаткич фактори бир хомиланнинг антенатал ўлими бўлиб, ўлим вақтидаги хомиладорлик муддати ва кўп хомилалилик типига боғлиқ [28,46].

Моноамнион эгизакларда яшовчанлик ва хомила йўқотиш рискинни пасайтириш учун хомиладорликни 1- триместридан даволаш- профилактика ишларини олиб бориш керак [20,36,58].

Кўп хомилаликда гестацияни 26 -хафтасигача муддатдан олдин хомила қобиғининг ёрилиши 1–2% учраб, 2 – триместрида хомиладорликни тугаш хавфи кўп кузатилади [1,43,79,80].

1.8. Хомиладорликни олиб бориш

Кўп хомилали хомиладорлар аёллар маслахатхонасига бир хомилали хомиладорларга нисбатан 28 хафтасигача ойига икки марта кўп учраши, 28 хафтадан кейин ҳар 7-10 кунда кўриниши зарур. Терапевт кўриги хомиладорлик давомида 3 марта бўлиб, балансланган озиқ- овқат (оқсил, минерал, витаминлар) га бой бўлиши керак. Хомиладорлар умумий тана

вазни 18-20кгга ошган бўлиб, хомиладорликнинг биринчи ярмида 10 кг дан кам бўлмаслиги керак[23,74].

Кўп хомилаликда аёлларга 16-20 ҳафталигидан бошлаб темир танқислик анемияси профилактикаси (темир 60-100 мг сутка ва фолат кислота 1 мг/сутка) мақсадида препаратлар буюрилади [2,17,57].

Муддатдан олдинги туғруқ хавфини билиш учун 19-20 ҳафталигидан трансвагинал цервикография ёрдамида бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади[2,46,58]. 22-24 ҳафталикдан 36 ҳафтагача бачадон бўйнининг узунлиги 34мм бўлса юқори хавф бўлиб, 32-35 ҳафталикда 27мм гача муддатдан олдинги туғруқ кўрсаткичи, 32 ҳафтада 19мм гача бўлса эрта муддатдан олдинги туғруқ белгиси ҳисобланади. 19-20 ҳафталикда трансвагинал цервикографияда бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади [1,54,68].

22-24 ҳафталигидан 36 ҳафтагача бачадон бўйнини узунлиги 3-4 мм бўлса юқори хавф бўлиб, 32-35 ҳафталигида 27 мм муддатидан олдинги туғриқ риск кўрсаткичи 32-ҳафтага 19 мм бўлса эрта муддатдан олдинги туғриқ белгиси ҳисобланади [13,14,54,78]

ФФТС нинг энг оптимал аниқлайдиган вақт 16- 24 ҳафта бўлиб, асосий даво усулини оптимал қўллаш вақти 16-25 ҳафтада бўлади [24].

Кўп хомилаликда хомиладорларнинг умумий парвариши [13,37]:

А)Умумий парвариш:

-яшаш жойи яқин бўлган жойда чора- тадбирларни амалга ошириш.

-эгиз ёки уч хомилали аёлларга мултидисциплинар гуруҳ таъминлаш керак. Таркибида умумий амалиёт шифокори, акушер- гинеколог, акушеркалар, УТТ врачлари бўлади.

-керак бўлганда психолог кўриги туғруқдан олдин ўтказилади.

-хомиладорларга кўп хомилаликда учраши мумкин бўлган асоратлар билан таништириш, муддатдан олдин туғруқ хавфи бўлганда кортикостероидлар билан РДС профилактикасини ахамиятини тушунтириш.

-умумий хаёт тарзини ташкиллаштириб, озиқ- овқати оқсил ва витаминларга бой бўлиши керак.

-юқори асоратлар кузатилганлиги сабабли антенатал кўрик эгиз хомиладорликда минимал 9 марта (8-12, 11-14, 16,20, 21, 24, 28, 32, 34, 36- хафталарда) бўлиб, акушер- гинеколог кўриги камида 2-3 марта бўлиши керак.

-уч ва ундан кўп хомидаликда минимал 10 марта (8-12, 11-14, 16,20, 21, 24, 28, 30, 32, 34, 36- хафталарда) бўлиб, акушер- гинеколог кўриги бўлиши керак.

Она асоратлари хомиладорлик давридаги бир нечта хомилага она организмнинг адаптациясининг бузилишидан келиб чиқади. Она организмга кўп зўриқиш тушиб,кучайиб борувчи чарчаш, хансираш, сийдик ажралиши қийинлашиши, ич кетиши кузатилади. Хомиладорлик 70-85% холларда асоратли кечади[6,81].

Биринчи триместрда кўпинча хомила тушиши ва хомиладорлар қусиши билан асоратланади. Иккинчи триместрда сезиларли гиповолемия (физиологик гемодиллюция) кузатилиш хисобига, анемия учраш частотаси 2-3 марта ошади [11,36,78].

Гестацион диабетнинг учраши эгиз хомидаликда- 7%, уч хомидалиларда- 9%, тўрт хомидалиларда 11% ни ташкил қилади. Сийдик йўлларининг инфекцион касалликларининг учраши 1,5 баробар ошади. Она организмга кўп юклама тушганлиги сабабли варикоз кенгайган веналарнинг пайдо бўлиши ва тромб хосил бўлишига мойиллик ҳам ошади. Кўпинча кўп хомидалик кўп сувлилик билан кечади. Монозиготали хомиладорликда хомила аномалияси ва хомила ўсиши чегараланиши синдроми 2-4% ни ташкил қилади. Кўп хомиладорликда учрайдиган асоратлар: эгизакларнинг йўқолиш феномени кўп учраб 50% ни ташкил қилади. Эмбрионнинг биттасининг редукцияси хомиладорликнинг биринчи триместрида бўлиб, хомиладорликнинг эрта босқичларида резорбцияси кузатилади. Эмбрионнинг резорбцияси хомиладорликнинг биринчи 7 хафтасида кузатилиб, 14-

хафтадан кейин кузатилмайди. Бунда ўлган хомила мумификацияланади, иккинчиси нормал ривожланиб ўз муддатида туғилади. Бунинг сабаби хомиланинг қон- томир системасидаги ўзаро муносабатлари натижасида бўлади [4,39,44,70].

Муддатдан олдинги туғруқнинг патогенетик механизимидан бачадоннинг кенгайиб кетиши ва бачадон бўйнида структур ўзгаришлар натижаси келиб чиқади. Муддатдан олдинги туғруқни аниқлашда трансвагинал ултратовуш цервикометрия олдин стандарт текшириш усули бўлиб, бачадон бўйнининг узунлиги ўлчанади, ички бўғизнинг кенгайганлиги даражаси ва тузилиши, цервикал канал ҳолати аниқланади [35,56,77].

Кўп хомилаликларда муддатдан олдинги туғруқнинг аниқ профилактикаси ва давоси юқори технологик имкониятларга қарамасдан холи ҳам йўқ [45].

Ҳозирда бутун дунё бўйича кўп хомилалик 1,6- 35,4% гача ошиб, 3% туғруқ ва 14% перинатал ўлим кўрсаткичи ошган. Перинатал ўлим кўрсаткичи юқорилиги кўпинча плацентар етишмовчилик натижасида бўлиб, 90- 95% ҳолларда монохориал эгизакларда кучли қон- томир анастамозлари аниқланади. Кўп хомилаликда истмико- цервикал етишмовчилик 15-42% ҳолларда учраб, хирургик усуллар ёрдамида даволанади [13,48].

Темир етишмовчилиги анемияси кўп хомилаликда 36,2% ни ташкил қилиб, анемия натижасида хомила ўсиши чегараланиши синдроми 2 марта, муддатдан олдинги туғруқ 60%, хомила ичи ўлими, гестозлар, 3 марта кўп кузатилади [22,36,45].

Кўп хомилаликда хориалликка қарамасдан тромбофилиянинг учраш частотаси 15-18 ҳафталикда гиперкоагуляция ҳисобига кузатилиб, табиий антикоагулянт системаси бир хомиладорликка нисбатан активлиги пасайиб, бу эса туғруқ даврида тромбогеморрагик асоратлар учраш частотасини оширади. Кўп хомилаликда ФФТС 20% ҳолларда ўлик хомила билан биргаликда учрайди. Кўп хомилаликда 37,1% ҳолларда муддатдан олдинги

туғруқ ва ўлик туғилиш (3,6%- биринчи, 5,7%- иккинчи хомила); эрта неонатал ўлим (35%- биринчи, 5,2%- иккинчи хомила); интенсив терапия бўлимига ётиши (23,6%- биринчи, 29,3%- иккинчи хомила); ёмон сифатли перинатал натижа (67%- биринчи, 72,3%- иккинчи хомила) ташкил қилади [10,33,41,57,60,78].

Ўтказилиши керак бўлган текширишлар [14,36,48,80]:

1. Даун синдромига скрининг 11-14 хафталикда ёки 16-20 хафталикда қилинади. Даун синдромининг учраши 1:150 бўлиб, текширилганда ижобий натижа олинса учинчи даражали муассасаларда қайта олиб борилади.

2. УТТ текшируви:

-11-14 хафталикда қилинади (дум-тепа суяги ўлчами 45-84 мм). Мақсад: гестация муддати ва плацентация типини аниқлаш.

-гестация муддати катта хомилага нисбатан аниқланиб, биометрик кўрсаткичларга кўра бахоланади.

-агар 11-14 хафталикда гестация муддати ва плацентация типи аниқланмаса 14 хафталикдан кейин қайта текширилади.

-агар 11-14 хафталикда аниқлашни иложи бўлмаган бўлса монохориал эгизаклар қаторига киритилиб, кейинги УТТ текширувигача юқори перинатал асоратли гуруҳга киритилиши керак.

-20-21 хафталикда ФФТС ва хомиланинг уғма нуқсонлари аниқланади.

-28 хафталикдан бошлаб, плацентаци типига қарамасдан ҳар бир хомиладор ҳар ойда текширилиб, специфик хомила асоратлари бор ёки йўқлиги аниқланади.

-20-21 хафталикдан доплерометрия текшируви ўтказилади.

-ҳар бир кўрикда гипертензив ҳолатлар бор ёки йўқлиги аниқланади.

Кўп хомиладорли хомиладорларда гипертензив ҳолатлар профилактикаси учун хомиладорликнинг 12 хафталигидан 75 мг аспирин буюрилади [18,81].

Аспирин терапияга кўрсатмалар [16,46,67]:

- биринчи хомиладорлик
- хомиладор аёлнинг ёши 40 ва ундан юқори бўлиши
- хомиладорлик даври орасидаги муддат 10 йил ва ундан юқори бўлса
- тана масса индекси $35\text{кг}/\text{м}^2$ ва ундан юқори бўлса
- оилавий анамнезда презклампсия учраган бўлса.

Кўп хомиладорлик кўпинча анемия фонида кечганлиги сабабли темир препаратлари ёрдамида профилактика қилиниши керак. Муддатдан олдинги туғруқ профилактикасида ётоқ режими қўлланилиш билан биргаликда, бачадон бўйнига чок қўйилади. Мушак орасига ёки вагинал прогестерон, орал токолитиклар қўлланилади [11,32,57].

1.9. Туғруқни кечиши ва олиб бориш.

Кўп хомилаликда туғруқни оптимал олиб бориш хомилани холати ва олдинда ётган қисми хомиладорликнинг охирида аниқланади. Кўпинча иккала хомила тўғри холатда (80%), бош-бош, чаноқ – чаноқ, бош-чаноқ, чаноқ-бош холатлари кўп учрайди. Кам холларда 1-тўғри,2-кўндаланг, иккала хомила ҳам кўндаланг вазияти кам учрайди. Икки хомилаликда болаларнинг 50% кўкроғи 2500 г атрофида туғилади [26,57,76,79].

Кўп хомилали аёллар юқори перинатал рискли гуруҳга кириб, туғруқдан икки хафта олдин хомиладорлик ва туғруқни олиб бориш учун госпитализация қилинади. Хомиладорлик даврида муддатидан олдинги туғруқ хавфини камайтириш мақсадида бачадон бўйнига чок қўйилиб, токолитиклар қўлланилади [11,36,50].

Муддатдан олдинги туғруқ ва хомила сувларининг муддатидан олдин кетиши 70% аёлларда кузатилади. Хомиладорлик асоратлари, соматик ёндош касалликлар, хомиладаги турли ўзгаришлар туфайли туғруқ кўпинча оператив усулда олиб борилади. Туғруқни олиб бориш кўпинча хомиланинг холати ва олдинда келган қисми, хомилаларнинг массалари ҳисобга олинади [26,45,65,79].

Хеч қандай асоратларсиз кечганда режали оператив туғрук қўлланилади. Табиий туғрук йўллари орқали биринчи хомила боши билан, иккинчи хомила чаноғи билан келганда қилинади. Идеал туғрукни яқунлаш муддати икки хомилаликда- 36-37 хафтада, уч хомилаликда 34-35 хафтада энг маъқул хисобланади [45,78].

Туғрукни кечиши ва уни олиб бориш туғрукдан олдин ёки туғрукнинг латент даврида хомила олди сувлари кетса, токолитик терапия ва дексаметазон ёки бетаметазон билан РДС профилактикаси қилиниб, туғрук 24-48 соат давомида яқунланади. Неонатал инфекция ва хориоамнионит профилактикаси мақсадида антибиотикотерапия қилинади [11,28,37].

1.10 Кўп хомилаликнинг асоратлари. [9,47,79,82]:

-хомиланинг юмшоқ қисмлари ва киндигини тушиб қолиши

-хомила холатининг нотўғри бўлиши

-туғрук кучларининг сустлиги

-хомила гипоксияси

-биринчи хомила туғилгандан сўнг нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши.

Муддатдан олдинги туғрук профилактикасида физик активликни чеклаш, кундузги дам олиш вақтини ошириш (1-2 соатдан 3 марта) керак. Профилактика мақсадида акушерлик пессарийлари қўлланилади. Туғрук даври одатий хомиладорликка нисбатан асоратли бўлиб, туғрук кучларининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги, киндик тизимчасининг тушиб қолиши, хомиланинг юмшоқ қисмлари ва биринчи, иккинчи хомиланинг йўлдошининг муддатдан олдинги кўчиши хисобланади. Йўлдошнинг кўчиши биринчи хомила туғилгандан сўнг бачадон хажмини тез пасайиши ва бачон босимининг пасайиши бўлиб бу монохориал эгизаклар учун хавфли хисобланади. Интранатал асоратлар агар биринчи хомила думба билан, иккинчи хомила бош билан келганда биринчи хомила туғилиш вақтида кичик чанокқа кириш қисмида бир- бирига чалкашади. Бу холатларда шошилинич

кесарча кесиш ўтказилади. Агар хомилалар ҳолати бўйлама, бош билан иккаласи ҳам жойлашса, туғруқни табиий йўллар орқали олиб бориш мумкин. Биринчи хомила чаноқ, иккинчи хомила бош билан ёки биринчиси бош, иккинчиси кўндаланг бўлса оператив туғруқ кўрсатма ҳисобланади [24,35,59,66].

Туғруқ бихориал эгизакларда асоратлар кузатилмаганда 37 хатадан кейин (38 ҳафтадан кечиктирмасдан), монохориал эгизакларда эса 36 ҳафтадан кейин (37 ҳафтагача) яқунлаш керак [14,55,62].

Монохориал-моноамнионик эгизакларда 33-34 ҳафта оптимал муддат ҳисобланади. Режали оператив туғруқ бачадоннинг кенгайиб кетиши йирик хомилаларда (хомилалар массаси 6 кг ва ундан юқори) ёки кўп сувлиликда, уч ёки ундан кўп хомилалаикда 34-35 ҳафта туғруқни яқунлашга оптимал муддат ҳисобланади. Агар туғруқ табиий йўллар орқали олиб борилганда хомиладорнинг умумий ахволига, хомилаларнинг доимий юрак мониторинги қилинади. Хомиладор аёллар доим пастки ковак вена синдроми олдини олиш учун ёнбошга ётиши керак [16,28,47,59].

Йўлдошдан ва туғруқдан кейинги даврда қон кетиши профилактикаси қилиниб, бу аёллар кенгайиб кетган бачадон туфайли гипотоник қон кетишига мойилдир. Хомиладор аёллар ҳаммаси акушерлик стационарга ётқизилиши керак [1,18,24,33].

Туғруқнинг 1- даврини олиб бориш [25,38,47]:

- 1.Туғруқ кучлари бошланмасдан магистрал веналар катетеризацияси, қон гуруҳи ва резус омилга қон олиш.
- 2.Туғруқ кучлари бошланишидан олдин иккала хомилани юрак уришини электрон мониторинги, буни имконияти бўлмаса ҳар 15 минутда хомиладорнинг юрак уришини стетоскоп ёрдамида эшитиш.
- 3.Операцион хонани доимий тайёр ҳолда эканлигини таъминлаш.
- 4.Туғруқни оғриқсизлантириш керак бўлганда эпидурал анестезияни қўллаш.

5.Туғруқ кучларининг сустлиги бўлганда окситоцинни кам дозасидан бошлаб, дозасини хар 30 минутда ошириш.

6.Кўп сувлиликда амниотомия қилиш. Сувларни секин-аста чиқариш керак. Сувларнинг тез чиқиб кетиши киндик тизимчасининг ва қўлларнинг тушиб қолишига, муддатдан олдин йўлдош кўчишига сабаб бўлади.

Биринчи хомила нормал туғилиб, иккинчи хомилага кесарча кесиш учун кўрсатмалар [45,78,81]:

1.Бош билан келганда қўлчаларнинг тушиб қолиши.

2.Иккинчи хомила ахволининг қониқарсизлиги.

3.Иккинчи хомиланинг кўндаланг жойлашиши.

4.Иккинчи хомиланинг кўшалок жойлашиши.

Кўп хомилаликда асосан оператив туғруқ 51,8% бўлиб, иккинчи хомила учун оператив туғруқ 8,7% ни ташкил қилади. Бунда анестезиологик усулни танлашда акушерлик ва экстрагенитал касалликлар бор ёки йўқлиги, гестация муддати, хомиланинг бачадон ичи ривожланиш ҳолати, шошилиш ҳолатлар ҳисобга олинади. Ҳозирда энг маъқул усул регионар анестезия усули бўлиб (эпидурал, спинал, эпидуроспинал) кўпроқ қўлланилиб, умумий анестезия ва сунъий ўпка вентиляцияси камроқ қўлланилади.

Оғриқсизлантириш турларини ўзини афзалликлари ва камчиликлари бор. Умумий оғриқсизлантиришнинг салбий томонлари: интубацияни тўғри қилолмаслик, аспирацион синдром ривожланишининг ошиши, анестезия юзаки бўлиб, эс-хушнинг сақланганлиги, гипертензион реакция, трахея интубацияси ва ларингоскопияга жавобан тахикардия бўлиши, хомилага медикаментоз таъсир бўлиши кўп кузатилади. Умумий оғриқсизлантириш онанинг оғир касалликлари ва ўлимига нейроакциал оғриқсизлантиришга караганда қон кўп йўқотилиши ва тромбоземболик асоратлар кўп учрайди. Спинал анестезияда бачадон-плацентар ва буйракларда қон айланиши яхшиланиб, хомиладорларда катехоламинлар миқдорини камайтиради,

симпатик блокада гипотензив таъсир чақириб, кам қон кетишига олиб келади [4,24,33,45,59,83].

Ўлим кўрсаткичи дихориал 4 % монохориал эгизакларда 12 % ни ташкил қилади. Янги туғилган чақалокларда неврологик асоратлар ривожланиши антенатал ўлимидан сўнг хориалликка кўра фарқ қилиб, монохориалда 18 %, дихориал эгизакларда 1 % ни ташкил қилади [3,18,26,59].

Монохориал эгизакларнинг йўлдоши қўшилиши натижасидаги эгизакларнинг қон- томир системасида анастамозлар пайдо бўлади. Қон- томир системасидаги босим градиенти натижасидаги фето- фетал- трансфузион- синдром (ФФТС) бир хомила- донор, иккинчи хомила- реципиент бўлади [11,19,28,30].

Қон оқимининг бир системага ўтиши натижасида донор хомилада анемия, ўсишнинг чегараланиш синдроми, кам сувлилик, реципиент хомилада эритремия, кардиомегалия, димланишли юрак етишмовчилиги, ноиммун истисқо, кўп сувлилик ривожланади. ФФТС да перинатал ўлим 70 – 100% ни ташкил қилади. Массив ривожланган ФФТС иккала хомила антенатал ўлими кузатилади. Монохориал эгизакларда бир хомила ўлганда иккинчи хомила ноиммун истисқо натижасида некротик зарарланиш кузатилиб, хар хомиладорларнинг 4 таси тирик қолиб қолганлари ўлади [9,15,45,78].

Донор хомила ўлгандан сўнг хомиладорликнинг 34 ҳафтагача реципент хомилани перинатал ўлиш хавфи 50% ни ташкил қилиб, 34 ҳафталигидан кейин 20% ни ташкил қилади[40,58,69].

Антенатал ўлим донор хомилада кузатилса реципиент хомилани 1/3 қисми эрта неонатал даврда ўлади. Бунда реципиент хомилани ўлими сабаблари: ўпка гипертензияси, чап қоринча чиқиш қисми обструкцияси, жигар ва буйрак етишмовчилиги ҳисобланади [16,27,38,44].

ФФТС монохориал эгизакларда 10 – 15 % учраб, 1 – 3 :10000 хомиладорларга тўғри келади [80].

ФФТС ни аниқлайдиган энг информатив текшириш усули УТТ бўлиб, ФФТС ни УТТ белгилари [42,55,68,72]:

- Реципиент хомилада – кўп сувли истисқо (тери ости шишиши 5 мм дан юқори, плеврал, перикардиал шиш, асцит)
- Донор хомилада – кам сувлилик, ўсиш чегаралариниши. Хомила орасидаги масса фарқи 20% ва ундан юқори, Бундай эгизаклар дискордант эгизаклар дейилади.
- ФФТСнинг қўшимча УТТ белгилари:
- -реципиент хомилада йирик сийдик пуфаги полиурия белгилари билан, сезиларли кўп сувлилик фонида кузатилади. Баъзан донор хомилада анурия фонида сийдик қопи бўлмаслиги мумкин, кам сувлилик фонида харакат активлигининг пасайиши кузатилади.
- ФФТС нинг босқичларига кўра хомиладорликни олиб бориш ва хирургик усулни танлашга ёрдам беради.
- 1-босқич: донор хомилада сийдик қопи аниқланади.
- 2-босқич: донор хомилада сийдик қопи аниқланмайди, қон айланиш холати критик холатда эмас.
- 3-босқич: қон айланиш критик холати донор ва реципиент хомилада аниқланади.
- 4-босқич: реципиент хомилада истисқо аниқланади.
- 5-босқич: бир ёки иккала хомиланинг антенатал ўлими.
- Эндоскопик лазеркоагуляция терапиядан кейин бир хомила тирик қолиши 70-80% амниодренажлашдан кейин 30-85% ни ташкил қилади/
- Қайтар артериал перфузия фақат монохориал эгизакларда кузатилиб, киндик артерио- артериал анастомозлар реципиент хомила учун донор хомиладаон ривожланади. Донор хомилада структур ривожланиш нуқсони кузатилмай, лекин истисқо белгилари аниқланади.

- Реципиент хомила (паразит) доим кўплаб ривожланиш нуқсони кузатилиб, яшаш учун лаёқатсиз: анэнцефалия, юрак ва бошқа органларда сезиларли нуқсон аниқланади. Донор хомила хаёти коррекция қилинмаса ўлим кўрсаткичи 50% ни ташкил қилади. Донор хаётини сақлашни ягона йўли реципиент хомила фетоцидидир. Жаҳон бўйича умумий тирик туғилган болаларнинг 3% кўп хомилаликлар ташкил қилади. Оналар ўлими якка хомиладорликка нисбатан 2,5 баробар кўп кузатилади. Ўлик туғилиш хавфи якка хомиладорликка нисбатан 12,3:1000, уч хомилаликда 31,1:1000, якка хомилаликда 5:1000 ни ташкил қилади.

ФФТСнинг қўшимча УТТ белгилари:

-реципиент хомилада йирик сийдик пуфаги полиурия белгилари билан, сезиларли кўп сувлилик фонида кузатилади. Баъзан донор хомилада анурия фонида сийдик қопи бўлмаслиги мумкин, кам сувлилик фонида ҳаракат активлигининг пасайиши кузатилади.

ФФТС нинг босқичларига кўра хомиладорликни олиб бориш ва хирургик усулни танлашга ёрдам беради.

1-босқич: донор хомилада сийдик қопи аниқланади.

2-босқич: донор хомилада сийдик қопи аниқланмайди, қон айланиш ҳолати критик ҳолатда эмас.

3-босқич: қон айланиш критик ҳолати донор ва реципиент хомилада аниқланади.

4-босқич: реципиент хомилада истисқо аниқланади.

5-босқич: бир ёки иккала хомиланинг антенатал ўлими.

Эндоскопик лазеркоагуляция терапиядан кейин бир хомила тирик қолиши 70-80% амниодренажлашдан кейин 30-85% ни ташкил қилади.

Қайтар артериал перфузия фақат монохориал эгизакларда кузатилиб, киндик артерио- артериал анастомозлар реципиент хомила учун донор хомиладан

ривожланади. Донор хомилада структур ривожланиш нуқсони кузатилмайди, лекин истиско белгилари аниқланади[24,47,59].

Реципиент хомила (паразит) доим кўплаб ривожланиш нуқсони кузатилиб, яшаш учун лаёқатсиз: анэнцефалия, юрак ва бошқа органларда сезиларли нуқсон аниқланади. Донор хомила хаёти коррекция қилинмаса ўлим кўрсаткичи 50% ни ташкил қилади. Донор хаётини сақлашни ягона йўли реципиент хомила фетацидидир. Жахон бўйича умумий тирик туғилган болаларнинг 3% кшп хомилаликлар ташкил қилади. Оналар ўлими якка хомиладорликка нисбатан 2,5 баробар кўп кузатилади. Ўлик туғилиш хавфи якка хомиладорликка нисбатан 12,3:1000, уч хомилаликда 31,1:1000, якка хомилаликда 5:1000 ни ташкил қилади [15,26,74,80].

ФФТС давоси [15,35,48,57]:

1. амниоредукция – реципиент хомила терапевтик амниоцентез ўтказилиб, амнион ичи босим пасайтирилади.
2. септостомия – амнион орасидаги тўсиқ перфорацияси қилиниб, иккала амнион бўшлиқда хомила олди сувлари циркуляциясини тامينлашдир. Бу терапевтик амнеоцентез давомида тўсатдан қилиниб натижаси ижобий бўлган.
3. хомилани селектив эвтоназияси- кам қўлланиладиган усули перинатал ўлим 50% ни ташкил қилади. Бу усул яшаш учун тўғри бўлиб, ўлган хомила кейинги хомилага хавф солса қилинади.
4. йўлдошдаги қон томир анастамозлари эндоскопик лазер коагуляцияси- олтин стандарт даво усули хисобланади. Комбинацияланган эндоскопик ёки эхографик усул ёрдамида визуал кўриш ёрдамида қон томир анастамози эндоскопик лазер ёрдамида коагуляцияланади. Бу усулни асорати қон томир анастамозлари коагуляциясидан кейин бир хомила ўлими 7% иккала хомила ўлими 1%, ФФТС 13% ни ташкил қилади. Кўп хомилалиларда ҳеч қачон муддатдан ўтган хомиладорлар кузатилмайди.

Монохориал эгизакларда 1/3 қисми асосан икки хомилалик бўлиб, фето-фетал – трансфузион- синдром (ФФТС) 15-20% учраб даво қилинмаса перинатал ўлим 80-100 % ни ташкил қилади. Хомиладорларни 11-24% хафталигида спонтан тугаши дихориал эгизакларда 2 %, монхориалларда 5 марта кўп 10 %ни ташкил қилади [17,25,48].

Монохориал эгизакларда ўлим кўрсаткичи дихориалга нисбатан 3-4 марта кўп учрайди. Адабиётларга кўра умумий хомиладорликни 1,5 – 2,5% ни кўп хомилалик ташкил қилади [18,41,76].

Перинатал ўлим кўрсаткичи якка хомилаликка нисбатан 3 – 7 марта кўп учраб, бир хомиланинг ўсиши чегараланиши 10 марта кўп учрайди [1,49].

Спонтан аборт ва муддатдан олдинги туғруқ кўп хомилаликда 20 – 50% учраб, хомилани сонига боғлиқ бўлади. Антенатал давр асоратлари 80 % ни ташкил қилади. Монохориал эгизакларда 24 хафтагача спонтан аборт 3,6 марта, бихориал эгизакларда 28 хафтагача спонтан аборт 4,2 марта кўп учрайди [17,46,79].

Хомидаларнинг бир хил ривожланмаслиги эгиз хомилаликда 5 – 15%, уч хомилаликда 30 % ни ташкил қилади [45].

Перинатал ўлим кўрсаткичи юқорилиги сабаблари: муддатига етмаслик, сурункали хомила ичи гипоксияси, ўсишнинг чегараланиш синдроми, хромасома бузилишларининг юқори частотаси, хомила травмаси хавфи 2 марта кўп учрайди [19,47,56].

Фето-плацентар тизимда гемодинамиканинг бузилиши классификацияси (Михайлов А.В 2001) [47,55,62,75]:

1 – даража (А ва Б):

Бачадон- йўлдош қон айланиши бузилиб, хомила- йўлдош қон айланишида ўзгаришлар йўқ ёки аксинча.

2 – даража:

Бир вақтнинг ўзида бачадон- йўлдош ва хомила- йўлдош қон айланиши бузилган, лекин критик ҳолатда эмас.

3 – даража:

Хомила- плацентар қон оқимининг критик бузилиши, йўлдош қон айланиш тизими ўзгармаган ёки ўзгарган бачадон аниқланади.

ФФТС эрта диагностик белгиси ёқа бўшлиғи кенгайиши, реципент хомилада веноз қон оқими аномалияси, дискордант эгизаклар бўйи, амниотик тўсиқда бурмасимон ўзгариш аниқланади [19,26,48,59].

Хомила қон айланишида умумий плацента бўлганда 3 типли томир анастомози: артерио – артериал 80 %, артериовеноз – 75%, вено- веноз 15 % учрайди [15,65,71].

ФФТС клиник белгилари [18,27,35]:

Донор хомила:

гиповолемия, олигоурия, кам сувлилик, анемия, ўсишнинг чегараланиш синдроми, сийдик қопи эхогенлиги йўқ бўлиб, унча катта бўлмаган ўлчамда аниқланади.

Реципиент хомилада:

гиперволемия, полиурия, кўп сувлилик, сийик қопини катта размери, полицитемия (эритремия) гиперосмолярлик, генерализацияланган шиш, асцит, гидроторакс, гидроперикард), юрак етишмовчилиги ривожланади.

Хулоса қилиб айтганда хозирги вақтда ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш, она ёшининг 35 ёшдан юқорилиги, 4-туғруқдан кейин, овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар қўлланилиши натижасида кўп хомилаликни учраш частотаси йилдан йилга ошмоқда.

Кўп хомилаликда якка хомилдорликка нисбатан оналар ўлими 3-7 марта юқори бўлиб, ёндош касалликларнинг асоратлари ва соматик касалликларнинг кўзиши юқори бўлади. Кўп хомилаликда хомиланинг антенатал, перинатал касалланиш кўрсаткичи юқори бўлиб, хомиланинг ривожланиш нуқсони, муддатдан олдинги туғруқ хавфи, хомила дистресс синдроми кўп учраши билан характерланади.

Она организмига юклама кўп тушганлиги сабабли турли хил касалликларнинг учраш даражаси ҳам ошади.

2-Боб

2.1.Текширилган ҳомиладор аёлларнинг клиник хусусиятлари

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, Вилоят Перинатал марказида 2020-2022 йиллар оралиғида кўп ҳомилалик аниқланган 40 нафар ҳомиладор аёлларнинг дастлабки тиббий ҳужжатларининг таҳлили ўтказилди.

Кўп ҳомилаликда йўлдошнинг хориал турига қараб, текширилган барча ҳомиладор аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинган:

I гуруҳ - 18 нафар аёлларда йўлдошнинг монохориаллиги аниқланган;

II гуруҳ - 22 нафар аёлларда йўлдошнинг дихориаллиги аниқланган;

Расм 2.1



Текширилган ҳомиладорлар сони

Беморларнинг касаллик тарихи, анамнез маълумотлари, объектив текширув маълумотлари, лабаратор ва инструментал текширув натижалари, терапевт кўриклари Самарқанд вилоят Перинатал марказида қилинган. Ҳамма беморлар учун статистик карта тўлдирилиб, қуйидагиларни ўз ичига олган:

1. Социал ва оилавий ҳолати. Манзили: анамнестик маълумотлар йиғиш, наслий мойиллиги бор ёки йўқлиги, касалликка мойиллик факторлари: стрессли ҳолатлар, ўткир ва сурункали касалликлари, ёндош қон- томир касалликлари, ҳомиладорлик ва ҳомиладорликдан олдинги даврдаги мойиллик факторлари

2. Профессional факторлар

3. Умумий кўрик маълумотлари

4. Гинекологик анамнези

5. Ҳайз циклининг хусусиятлари: бошлангани, бошланиш характери, давомийлиги, ўзгаришлар бор ёки йўқлиги, биринчи ҳомиладорлик вақти, хусусиятлари, ҳомиладорликдаги асоратлар бор ёки йўқлиги, уччала триместрни кечиши.

6. Гинекологик касалликлари (беморнинг ўзида, онасида, синглиси, опасида)

7. Акушерлик анамнези (ҳомиладорлик, туғруқ, абортлар, ушбу ҳомиладорликнинг кечиши)

8. Бошидан кечирган касалликлари.

9. Лаборатор текширувлар умумий қон анализи, умумий сийдик анализи, қоннинг биохимик анализи, бачадон ултраторовуш текшируви.

10. Тор мутахассислар кўриги.

11. Соматик касалликлар анамнези (пайдо бўлган вақти, ҳомиладорликнинг кечишига таъсири)

2.2. Текширилган беморларда ҳайз функцияси.

Иккала гуруҳ беморларда ҳайз функцияси 13-14 ёшдан бошланган. Ҳайз функциясининг эрта бошланиши 1- гуруҳ беморларда 8%, 2- гуруҳда 4% ни ташкил қилди. Ҳайз функциясининг кеч бошланиши 1- гуруҳ

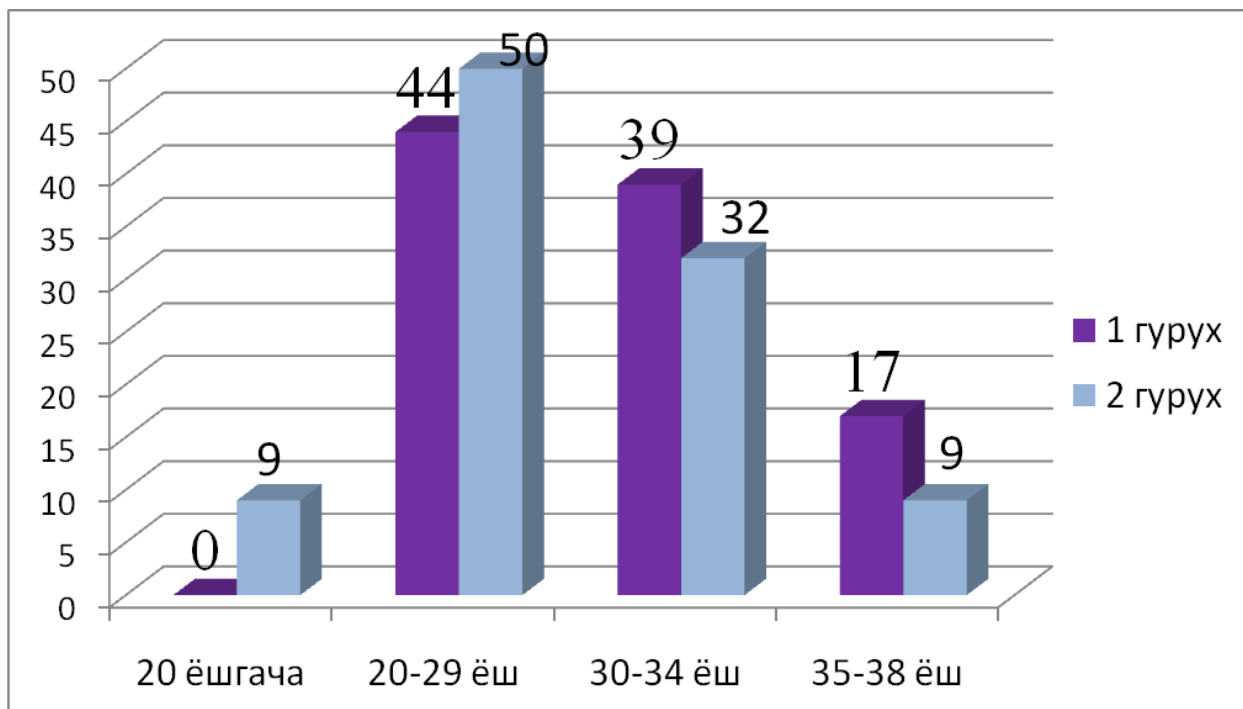
беморларда 6%, 2- гуруҳда 2% ни ташкил қилди. Менструал циклниги мунтазамлиги ушбу ҳомиладорлик давомида 1- гуруҳ беморларда 92%, 2- гуруҳда 94% ни ташкил қилди. Ҳайз функцияси ўртача 3-4 кун бўлиб, барча гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади. Ҳайз циклининг давом-ийлиги 27- 30 кунни ташкил қилди.

Анамнезида гипоменорея 2% беморда кузатилди. Гиперменорея 1- гуруҳ беморларда 10%, 2- гуруҳда 16% ни ташкил қилди.

Алгодисменорея барча гуруҳ беморларда беморларда 6% ни ташкил қилди. Беморларда учраган гинекологик касалликлардан бепуштлик-2 нафар (5%), бачадон миомаси- 2 нафар (5%), бачадон бўйни эктопияси- 4 нафар (10%), колпит- 7 нафар (17.5%) ни ташкил қилди.

Текширувдан ўтказилган ҳомиладорларнинг ёши ўртача $29,4 \pm 0,2$ ёшни ташкил этиб, 18 ёшдан 38 ёшгача бўлган индивидуал ўзгаришлар кузатилди. Иккинчи расмда кўриниб турибдики, ҳар иккала гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ёш таркиби тахминан бир хил бўлиб, уларнинг аксарияти 20 ёшдан 29 ёшгача бўлган аёллардир.

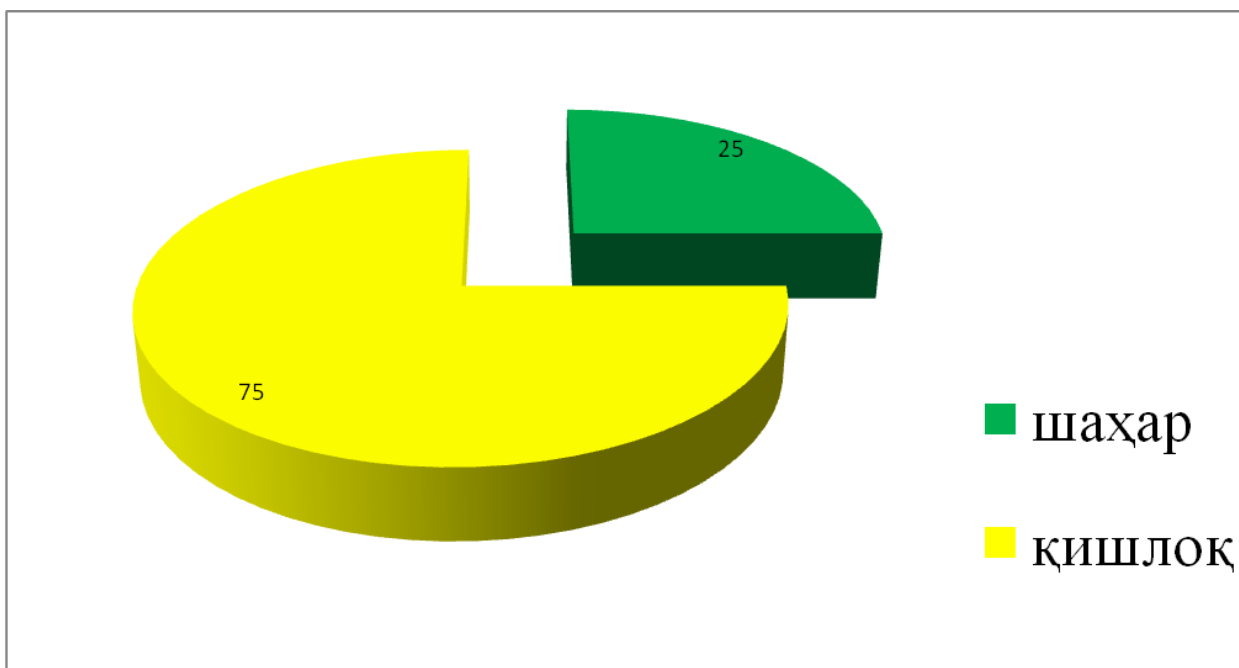
Расм 2.2.



Текширилган аёлларнинг ёш таркиби

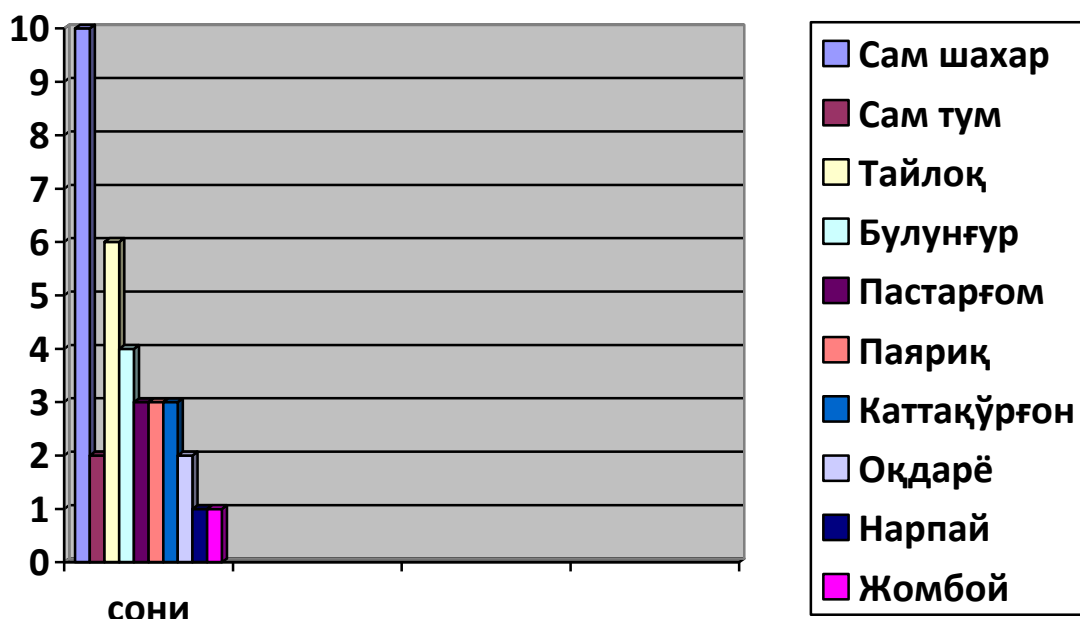
Беморларнинг яшаш жойи бўйича шаҳар аҳолиси 10 нафар 25%, қишлоқ аҳолиси 30 нафар 75% ни ташкил қилиб, асосий беморлар қишлоқ аҳолиси эди.

Расм 2.3



Беморларнинг яшаш жойи бўйича тақсимланиши.

Худудлар бўйича Самарканд шаҳар 10 нафар (25%), Самарканд тумани- 2 нафар (5%), Каттакўрғон- 3 (7.5%), Пастарғом 3 (7.5%), Паяриқ 3 (7.5%), Жомбой, Нарпай- 1 нафардан (2.5%), Булунғур 4 нафар (10%), Ургут- 5 нафар (12.5%), Оқдарё- 2 (5%), Тайлоқ- 6 (15%) ни ташкил қилди.



Худудлар бўйича

2.3. Ҳомиладорлар репродуктив функцияси.

Иккала гуруҳ беморларининг репродуктив функцияси солиштирилганда қайта ҳомиладорлик ва такрор туғувчи аёллар 1 гуруҳда энг кўп миқдорни ташкил қилиб, биринчи туғувчи аёллар кам учради. 2- гуруҳ беморларда ҳам такрор туғувчи аёллар сони юқори бўлиб, биринчи туғувчилар 31.5% ни ташкил қилди.

Кузатувга олинган аёлларнинг умумий сонидан 14 нафари (32,5%) биринчи туғувчи аёллар, 26 нафари (67,5%) қайта ҳомиладор бўлган аёллар; шу жумладан 6 нафари (15%) – кўп марта туғувчи аёл. Шундай қилиб, қайта туғувчи аёлларнинг сони устунлик қилди. Репродуктив анамнез ҳақидаги маълумотлар 2.1. жадвалда келтирилган.

Жадвал 2.1.

Текширилган аёллар	1 гуруҳ	1 гуруҳ	2 гуруҳ	2 гуруҳ
--------------------	---------	---------	---------	---------

	N	%	N	%
Биринчи марта ҳомиладор бўлганлар	7	39	7	32
Қайта ҳомиладор бўлганлар	11	61	15	68,2
5 ва ундан кўп марта туққан аёллар	2	11,11	2	9,09

Текширилган аёлларнинг репродуктив анамнези ҳақидаги маълумотлар Қайта ҳомиладор бўлган аёлларнинг деярли 2/5 қисмида (40%) оғирлашган акушерлик анамнези кузатилган. Беморларнинг тўртдан бир қисмидан кўпроғида ҳомила тушиш ҳолати кузатилган (ҳомиланинг ўз ўзидан тушиши - 15%, муддатидан олдин туғилиш - 65%). Ҳар тўрт нафар аёлларнинг бирида (26,8%) салбий перинатал натижа кузатилган: ўлик туғилганлар - 4,5%, эрта туғилган чақалоқларнинг ўлими - 22,3%. Илгари ҳомиладор бўлган беморларда абдоминал туғдириш кузатилган (33,1%), шу жумладан 16 нафар аёлларда ушбу ҳолат бир неча бор кузатилган.

2.4. Кўп ҳомилаликда ҳомиладорлик даврининг кечиши

Ҳомиладорлик даври асоратланишига кўра 1- гуруҳ: ҳомила тушиш хавфи билан-9 нафар, ҳомиладорлик токсикози- 7 нафар, кўп сувлилик- 2 нафар, кам сувлилик- 2 нафар, фетоплацентар етишмовчилик- 1 нафар, сурункали пиелонефрит- 6 нафар, преэклампсия- 5 нафар, қоғонок сувларининг туғруққача кетиши- 12 нафар, гестацион гипертензия- 1 нафар, семизлик- 1 нафарни ташкил қилди.

2-гуруҳ беморларда гестацион гипертензия- 1 нафар, қоғонок сувларининг туғруққача кетиши- 5 нафар, преэклампсия- 6 нафар, ҳомиладорлик токсикози- 8 нафар, ҳомила тушиш хавфи билан-7 нафарни ташкил қилди.

Ҳомиладорларда учраган соматик касалликлардан: вирусли гепатит- 2 нафар, миопия-1 нафар, сурункали гастрит- 1 нафар, сурункали холецистит-

1нафар, бронхиал астма ва аллергик ринит фониди 1 нафар, гинекологик касалликлар: колпит- 4 нафар, бепуштлик (10йил)- 2 нафар, бачадон миомаси- 2 нафар, икки шохли бачадон- 1нафар бачадон бўйни электроканизацияси- 2 нафарни ташкил этди.

Жадвал 2.2.

Акушерлик анамнези	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	n	%	n	%
Ҳомилани ўз ўзидан тушиши	2	11,1	3	13,6
Муддатидан олдин туғилиш	2	11,1	14	63,63
Прееклампсия	5	27,77	3	13,6
Ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши	2	11,1	1	4,5
Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқлар	8	44,5	8	36,4
Кесар кесиш операцияси орқали туғруқлар	10	55,5	14	63,6
Купсувлилик	2	11,1	5	22,7-
Камсувлилик	3	16,67	3	13,6

Текширувдан ўтган аёлларнинг акушерлик анамнези

Кесар кесиш операцияси анамнездан асосий кўрсаткичлар туғилиш аномалиялари, онадаги чанок ва ҳомила ўртасидаги номутоносиблик, плацентанинг муддатдан олдин ажралиши ва оғир прееклампсия, асосан эклампсия бўлган. Баъзи ҳолатларда плацентанинг тўлиқ олдинда жойлашиши, асоратланган акушерлик анамнези (асосан ўлик туғилиш ва эрта неонатал ўлим) ва ҳомиланинг кўндаланг ҳолати туфайли кесар кесиш операцияси амалга оширилди. Ҳар бешинчи беморда олдинги ҳомиладорлик пайтида қорин бўшлиғи орқали туғдириш сабаби ҳақида маълумот олишнинг

бирон бир ҳужжат йўқлиги ҳамда бемор аёлнинг ўзи бунинг сабабини билмаслиги туфайли имкони бўлмади.

2.5. Текширилган ҳомиладор аёлларнинг кесар кесиш операциясига кўрсаткичлари анамнези

Жадвал 2.3.

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ	2 гуруҳ
Чаноқ ва ҳомила ўртасидаги номутаносиблик	1(5,5%)	
Гипертензив ҳолатлар,	1(5,5%)	6(27,3%)
Йўлдошнинг тўлиқ олдинда жойлашуви		
ОАА. Кесар кесиш операциясидан кейинги бачадондаги чандиқ	2 (11,1%)	5 (22,7%)
Ҳомиланинг кўндаланг жойлашуви	1(5,5%)	3 (13,6%)
Ҳомила ичи гипоксияси		1 (4,5%)
Қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши	1(5,5%)	1 (4,5%)
Миопиянинг юқори даражаси		1 (4,5%)
Ҳомила оёқчаларининг олдинда келиши	2 (11,1%)	3 (13,6%)

Текширилган ҳомиладор аёлларнинг кесар кесиш операциясига кўрсаткичлари анамнези

2.5. Монохориал ва дихориал кўп ҳомилаликда ҳомиладорнинг кечиши.

Ҳомиладорни кузатишда қуйидагилар эътиборга олинади:

1. Анамнезни йиғиш; 2. Ҳомиланинг ҳолатини (ҳолати, олдинда келувчи қисми, юрак уруши, оғирлиги) ва онани баҳолаш (Ps, АҚБ, нафас сони, онг, тери ҳолати, бачадонни пайпаслаш, қиндаги ажралмалар ҳолати, қин орқали текширув); 3. Қон текшируви (гемоглобин, тромбоцитлар сони, лейкоцитлар сони), биокимёвий қон текшируви ва коагулограмма (кўрсаткичлар бўйича), қон гуруҳи, Резус фактор, резус антитаначалар, сифилис, ОИТС, гепатит Б ва С ни текшириш; 4. ФПТ ҳолатини доимий назорат қилиш; 5. Агар керак бўлса, тегишли мутахассисларга маслаҳати; 6. УТТ ларидан ва скринг

текширувларидан ўтказиш; 7. Ҳомилалар ҳолати, олдинда келувчи қисми ва позицияларини, юрак урушларини текшириш; 8. Барча ҳолларда тромбоемболик асоратларининг олдини олиш учун компрессион трикотаждлардан фойдаланиш; 9. ФПТ ҳолатини доимий назорат қилиш; 10. Кўрсатмаларга мувофиқ инфузион терапияни ўтказиш;

Беморларнинг социал ҳолатига кўра уй бекалари- 34 (85%), давлат муассаларида ишчилар- 6 (15%)ни ташкил қилди (Расм 2.3).

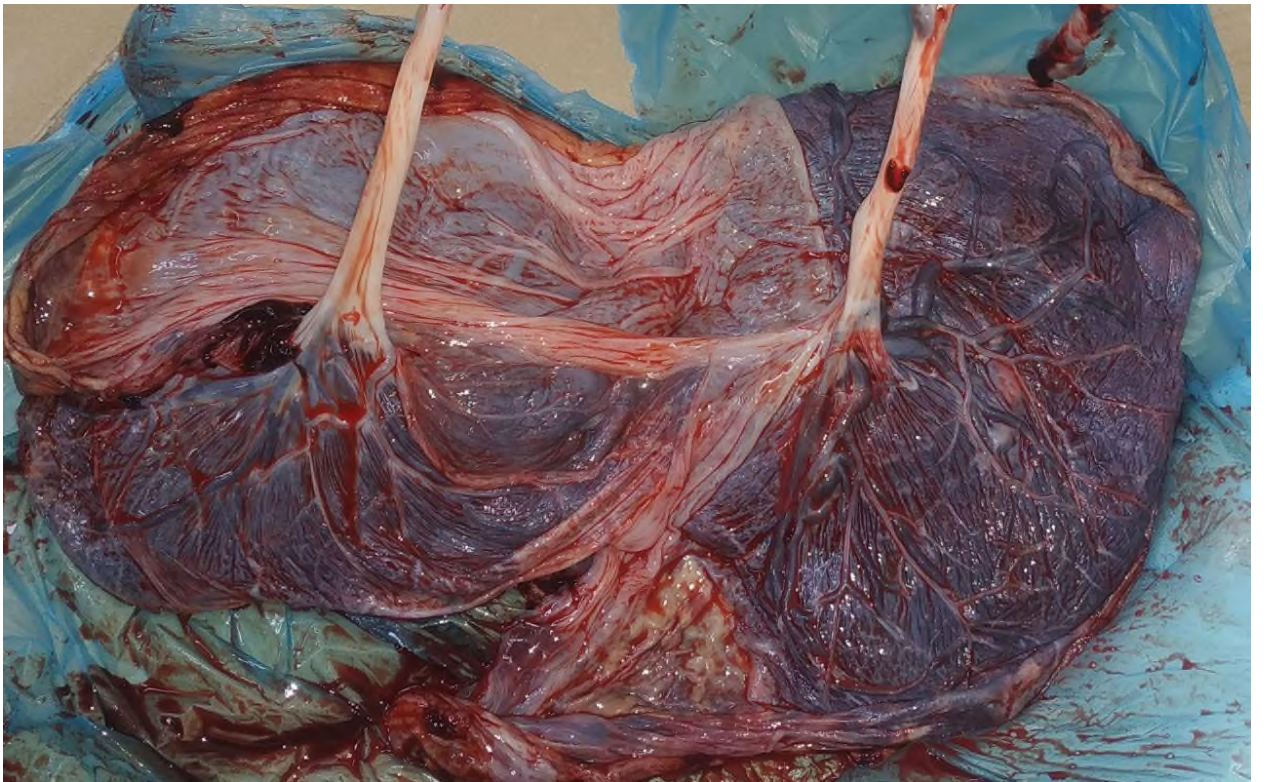
2.4. Монохориал моноамниал плацента(МХМА)



Монохориал моноамниал плацента(МХМА) Она томондан кўриниши.



Расм 2.5. Дихориал диамниал плацента(ДХДА)



2.6. Кўп ҳомилаликда ҳомиладорларни текшириш усуллари.

УТТ 40 нафар аёлларга Соносапе-ай 1000 аппаратида (Жанубий Корея) н 3,5 МГц частотали датчик билан ўтказилди. Йўлдош соҳаси, йўлдошнинг хориал турига, унинг қалинлиги, локал жойлашишига, бачадоннинг қаватларига эътибор берилди.



Ультратовуш аппарати

Ультратовуш текшируви (УТТ), сонография – ультра товуш тўлқинлари ёрдамида инсон танасини ноинвазив усулда ўрганилишидир.

Ультратовушнинг физика электрик эффектидир. Баъзи кимёвий бирикмаларнинг монокристаллари (кварс, барийтитанат) ультратовуш тўлқинлари таъсирида деформацияланганда, букристаллар юзасида қарама-қарши белгили электрзарядлари пайдо бўлади - тўғридан-тўғри пьезоэлектрикэфект деб аталади. Уларга ўзгарувчан электрзаряди қўлланилганда, ультратовуш тўлқинларининг чиқиши билан кристалларда

механик тебранишлар пайдо бўлади. Шундай қилиб, бир хил пьезоэлектрик элемент муқобил равишда қабул қилувчи ёки ултратовуш тўлқинларининг манбаи бўлиши мумкин. Ултратовуш қурилмаларидаги бу қисм акустик трансдусер ёки датчик деб аталади (ҳосил қилувчи трансдусерда бир ёки бир нечта кварцкристаллари мавжуд, улар пьезоэлектрикэлементлар деб ҳам аталади). Худди шу кристаллар товуш тўлқинларини қабул қилиш ва узатиш учун ишлатилади. Шунингдек, датчикда товуш тўлқинларини филтрловчи товушни ютувчи қатлам ва керакли тўлқинга диққатни қаратиш имконини берувчи акустиклинза мавжуд.

Тос аъзоларининг вазифалари ва анатомик хусусиятларига қараб, у трансабдоминал (тўлдирилган қовуқорқали) ва трансвагинал (бунда қовуқ бўшатилиши зарур) тарзда амалга оширилиши мумкин. Ҳозирги вақтда кўп ҳолларда трансвагинал эхографияга устунлик қилади.

Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви деярли ҳар қандай гинекологик касаллик билан хасталанган беморларни текшириш стандартларига киритилган. Ўткир патологияга шубҳақилинган тақдирда ултратовуш текширувининг ўрни жуда муҳимдир - эктопикҳомилдорлик, тухумдон апоплексияси, тухумдон ўсмасининг ёрилиши ёки оёқчасининг буралиши, най тухумдонларнинг яллиғланиш шаклланишида унинг ташхисловчи имкониятлари жуда мақбул. Ултратовуш текширувисиз бачадон миомаси, полип ва эндометриял гиперплазия, тухумдон кисталарининг аниқ ташхисини тўлиқ ўрнатиш мумкин эмас.

Тос аъзоларида қон айланишини (ранг ва энергия харитаси, импульсли Допплерография) ўрганиш учун Допплер усулларида фойдаланиш турли хил гинекологик патологиялар, айниқса кўп ҳомилаликда ҳар бир ҳомиланинг алоҳида қон айланишини, қон томирларини кўришга, бачадон ва тухумдонларнинг яхши ва ёмон сифатли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис қўйиш имконини беради.

Тос аъзоларининг такрорий (динамик) ултратовуш текшируви хомиладорликнинг кечишини, хомиланинг ривожланишини баҳолашда, касалликнинг кечишини баҳолаш, миома, эндометриал гиперпластик жараёнлар, функционал тухумдон кисталари ва бир қатор яллиғланиш жараёнларини даволаш самарадорлигини кузатиш имконини беради. Миома, аденомиоз, тухумдон ўсмалари учун ултратовуш текшируви натижалари беморларни бошқариш тактикасига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин - улар, агар керак бўлса, жарроҳлик даволашни ўз вақтида ўтказишга, жарроҳлик амалиётининг оптимал ҳажми ва усулини белгилашга ёрдам беради.

Ултратовуш текшируви бепуштлик ва ҳайз даврининг бузилиши билан хасталанган беморларни даволашда алоҳида аҳамиятга эга. Бепуштлик билан ҳайз даврида фолликулнинг ўсиши ва етуклигини, уруғланган тухумни имплантация қилиш учун бачадоннинг функционал тайёрлигини баҳолаш мумкин. Қолаверса Кесарча кесиш операциясидан кейин битиш жараёни, бачадон деворининг тузилиши, чандикнинг тузилишини ўрганиш мумкин. Гинекологик касалликларни ташхислаш даволуметрик ултратовуш муҳим рол ўйнайди. 3Д-технологиялар бачадон бўшлиғининг шакли ҳақида ноёб маълумот олиш, бачадон тузилишидаги аномалияларни аниқлаш имконини беради, бу эса бепуштлик ва такрория бортга олиб келиши мумкин ҳолатларни олдини олади. 3Д эхографиядан фойдаланмасдан бундай ташхис қўйиш мумкин эмас. Субмукоз бачадон миомалари, эндометриал полиплар, интраутеринсинехия ҳолатларида волуметри креконструкция технологияларидан фойдаланиш фойдалидир. Олинган маълумотлар даволашнинг оптимал усулини танлашга ёрдам беради, шужумладан минимал инвазив ва органларни сақлаш операцияларини қўллаш имконини яратади.

Шуни эсда тутиш керакки, кўплаб гинекологик касалликлар етарлича узоқ вақт давомида симптомсиз бўлиши мумкин, масалан, раколди

касаликлар ва ҳатто ёмон сифатли тухумдон ўсмалари. Шунинг учун ҳар бир аёл йилига камида бир марта гинекологнинг профилактик текширувдан ўтиши ва ултратовуш текширувидан фойдаланиши керак. Ушбу ёндашув кўплаб гинекологик касаликларни эрта ташхислаш, ўз вақтида даволаш ва репродуктив функцияни сақлаб қолиш имконини беради.

МОНОХОРИАЛ ДИАМНИОНЛИ ЭГИЗ ҲОМИЛАНИНГ УТТ.





ДИХОРИАЛ ДИАМНИОНЛИ ЭГИЗ ҲОМИЛАНИНГ УТТ.

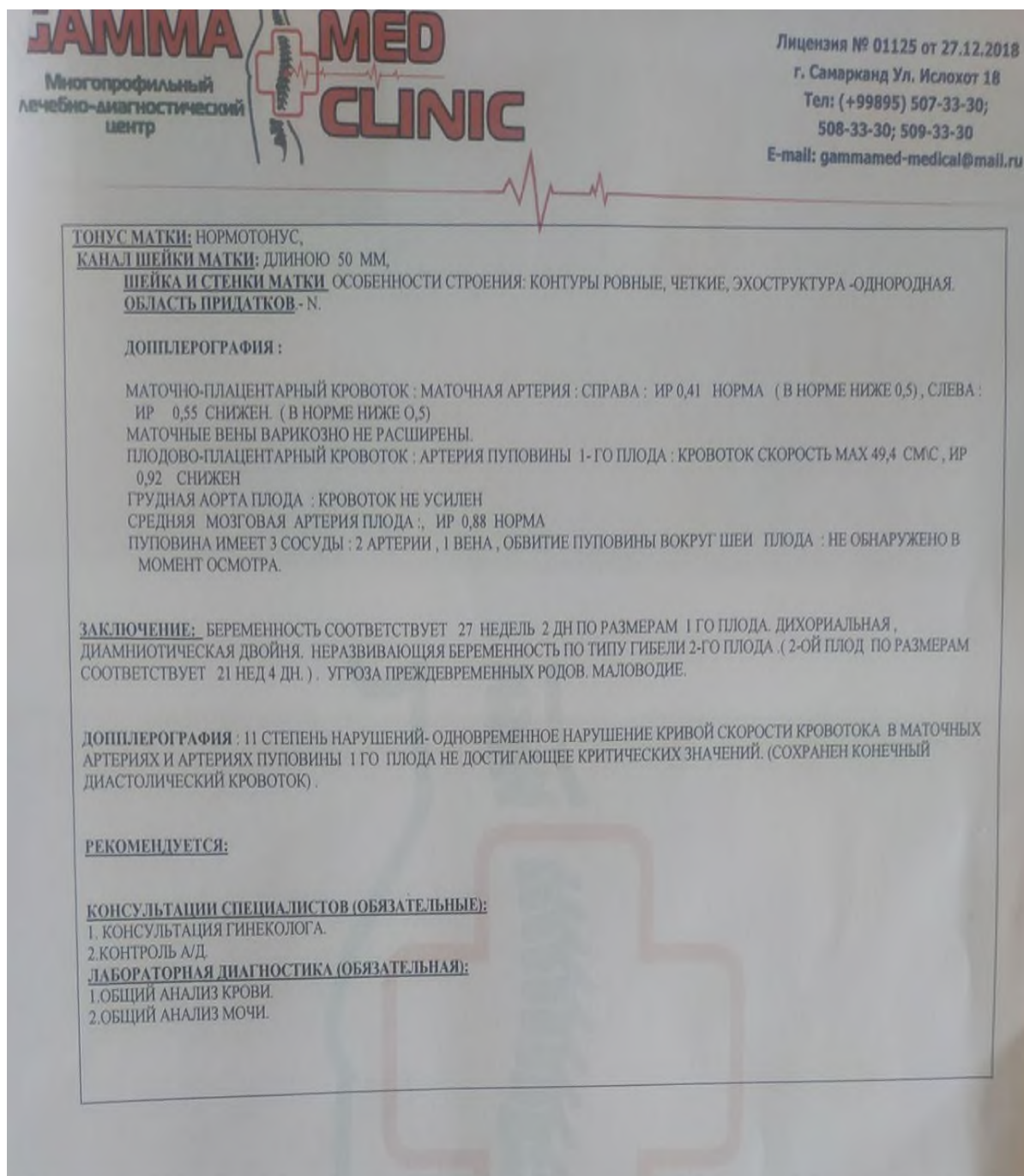


Бемор:Т

ёши:22 ёш

т./с: Ҳомиладорлик I, 27 ҳафта, Туғрук I, ДХДА эгиз ҳомила. II –

хомиланинг антенатал ўлими(21ҳафта 4кун). Муддатдан олдин туғиш хавфи.
Камсувлилик



Монохориал кўп ҳомилаликда ФФТС кўп учрайдиган асоратлардан бири бўлиб, у асорат хар иккала ҳомилада хам оғир ҳолда кечади.

Биз кўп ҳомилали ҳомиладорларни таққослаб кузатганимизда ҳомиладорликнинг якунланиш муддатларида ўзаро фарқ борлигига амин бўлдик.

2.4 жадвал

Муддати(хафта)	Монохориал(N)	%	Дихориал(N)	%
29 хафта	1	5.55	-	-
30хафта	3	16.7	1	4.5
31хафта	1	5.55	-	-
32хафта	1	5.55	-	-
33хафта	2	11.1	2	9.1
34хафта	1	5.55	-	-
35хафта	1	5.55	2	9.1
36хафта	4	22.2	5	22,7
37хафта	1	5.55	6	27.3
38хафта	2	11.1	4	18.2
39хафта	1	5.55	-	-
40хафта	-	-	2	9.1

Туғруқ муддатиға кўра фарқланиши.

Бу жадвалдан кўриниб турибдики Монохориал кўп ҳомилалик Дихориал кўп хомилаликка нисбатан муддатидан олдинги туғруқ кўп кузатилди.

I гуруҳда туғруқларнинг 78-80% ида 36 хафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди.

II гуруҳда туғруқларнинг 40-44 % ида 36 хафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди.

2.5 жадвал

КЎРСАТГИЧЛАР	1 гуруҳ	2 гуруҳ
	1 ҳомила ўртача оғирлиги	1860.4±63.5
2 ҳомила ўртача оғирлиги	1945.5±65.3	2147.2±65.9
1 ҳомила ўртача узунлиги	42.8±0.8	43.5±
2 ҳомила ўртача узунлиги	42.9±0.6	1±

Ҳомилаларнинг антропометрик кўрсаткичлари

Туғилган чақалоқлар жинси кўриб чиқилганда: I гуруҳда 11нафар(30%) ўғил, 25 нафар(70%) қизча туғилган. II гуруҳда 26нафар(60%), ўғил 18 нафар(40%) қизча туғилган.

Туғруқ баёни кўриб чиқилганда: I гуруҳда 10нафар (55%)ҳомиладорда оператив, 8 нафар (45%)ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди. II гуруҳда 14нафар (64%)ҳомиладорда оператив 8 нафар (36%)ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди.

Биз кузатаётган гуруҳларда ҳомилалардан бирининг антенатал ўлими хар иккала гуруҳларда ҳам 1 нафардан учради.

2.6 жадвал

Текшириш методлари	Текширилган беморлар сони
УҚА	40 (100%)
УСА	40 (100%)
Қон биохимияси	40 (100%)
Бачадон УТТ	40 (100%)
Терапевт кўриги	40 (100%)

Текшириш усуллари.

Текширувда мунтазам текширувлардан ташқари (сийдикнинг умумий қон текшируви, фибриноген, умумий оқсил, билирубин, карбамид, ЭКГни

аниқлаш) гемоглобинни цианметгемоглобин усули билан аниқлаш, МГЦ-8 микроцентрифугасидаги гематокрит қийматини аниқлаш ва тромбоцитларни санашни ўз ичига олган. Кўрсатмаларга кўра ҳомила ва доплер ултратовуш ўлчовлари Доплер импульсли тўлқин бирлиги билан жиҳозланган Алока 650 ССД (Япония) ёрдамида амалга оширилди (частота филтри 100 Ҳз, конвекс зонд 3,5 МГц). Шу билан бирга, фетометриянинг мажбурий минимал ҳажми бипариетал бош ўлчамини (БПД), фемурнинг узунлигини (ЖБ) ва қорин бўшлиғининг ўртача диаметрини (ИД) аниқлашни ўз ичига олади. Доплерометрия ёрдамида бачадон артериялари, киндик артерияси, аорта ва ҳомиланинг ўрта мия артериясида систолик-диастолик нисбати (СДР), пулсация индекси (ПИ) ва қаршилик кўрсаткичи (ИҚ) асосий "бурчакка боғлиқ бўлмаган" кўрсаткичлар ўрганилди. Кесар кесиш операцияси пайтида операциянинг умумий давомийлиги ва ҳомилани экстракциялаш вақти ҳисобга олинди. Қон йўқотиш ҳажми гравиметрик усул билан баҳоланди. Плацентанинг вақтидан олдин кўчиши ҳолатларида операциядан олдин қон йўқотиш ҳисобга олинмади. Операциядан кейинги даврда барча беморларда ултратовуш текшируви 2-6 кунларда ўтказилиб, бачадон инволюцияси даражасини баҳолаш учун ўтказилди. Шу билан бирга, биз бачадоннинг узунлиги, кенглиги ва антеропостериор катталиги, бачадоннинг танаси ва тикув соҳасидаги бачадоннинг орқа ва олд деворларининг қалинлиги, тикув ва танаси соҳасидаги бачадон бўшлиғининг кенглиги ва бачадоннинг ҳажми ҳисоблаб чиқилди. Бундан ташқари, бачадондаги тикувлар соҳасини (инфилтрация, гематомалар, нуқсонлар) ва бачадон бўшлиғининг таркибини визуал баҳолаш ўтказилди.

Олинган маълумотлар ва унинг таҳлили

Олинган статистик маълумотлар "Statisticsfor Windows 7.0" ва Excel 2010 Дастури орқали таҳлил қилинди. Олинган статистик кўрсаткичда кўрсаткичлар $P=0,05$; $P<0,05$ бўлганда кўрсаткич фарқи ҳақиқий ҳисобланди.

ХУЛОСА: Монохориал ва дихориал ҳомиладорликда, таққослаганимизда хомиланинг тушиш ҳавфи (51% ва 56,9%), анемия (62% ва 59,3%), гестоз (38% ва 32%), муддатдан олдинги туғруқлар (88,89% ва 63,63%), оператив туғруқлар (55% ва 64%), кузатилди. Туғилган чақалоқлар гипотрофияси (60,8% ва 36,8%), бир хомиланинг антенатал ўлими (4,8% ва 5,5%) гуруҳларга мос равишда учради.

III -Боб

ШАХСИЙ ИЗЛАНИШ ИШ НАТИЖАЛАРИ

Кўп ҳомилаликда йўлдошнинг хориал турига асосланиб

ҳомиладорлик ва перинатал натижалари

3.1. Беморларда мазкур ҳомиладорликнинг кечиши

Олдинга қўйилган масала ВПМ бўйича кўп ҳомилаликларнинг учраш даражаси, кўп ҳомилаликда плацентага боғлиқ бўлган ҳолда фетоплацентар тизимининг ҳолатини, монохориал ва бихориал плацентага боғлиқ бўлган ҳолда перинатал яқунлар ўрганилди

Умумий объектив кўриқда тана тузилиши, тукланиши, кўкрак безларининг ҳолати, тери ости ёғ қаватининг ҳолати, таянч- ҳаракатланиш тизими, соматик касалликлари, нафас, юрак қон- томир, сийдик ажратиш системалари ўрганилди. Текштурувдаги барча гуруҳ беморлари тўғри ривожланган эди. Беморларнинг умумий кўригида бўйи 155-172 см (ўртача 162см), тана массаси индекси 17-25 (ўртача 21,5), иккиламчи жинсий белгилар, кўкрак безлари ва тукланиши нормал типда бўлиб, аёлларга хос эди.

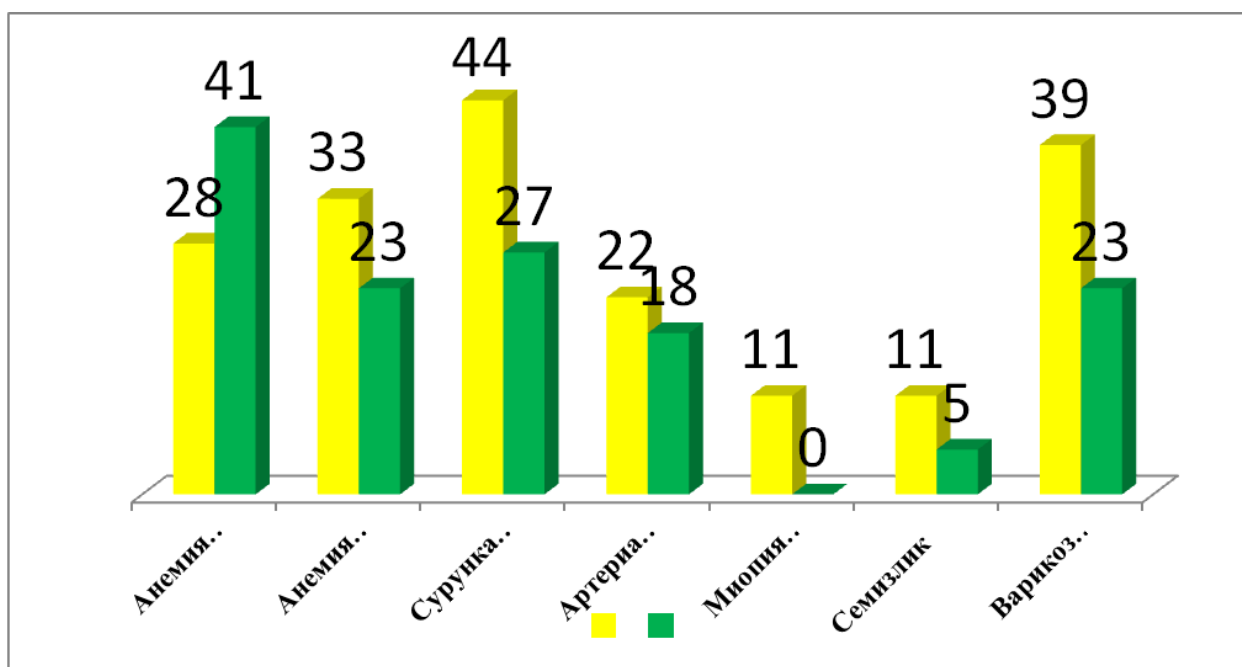
Барча беморларга умумклиник, клиник-лабаратор ва ташқи акушерлик текширувлари: ҳомила ҳолати, позицияси, олдинда келувчи қисми, бачадон тонуси; бачадон туби баландлиги, қорин айланаси ўлчанди. Ҳомилаларнинг юрак уриши аускултация қилинди. Деярли барча ҳомиладорларда стандарт бўйича қин суртмасининг бактериоскопик текшируви ўтказилди. Қоннинг биохимик анализи ва коагулограмма асосан 1 ва 2 гуруҳ беморларда ўтказилди. Гуруҳлар терапевт кўрикидан ўтказилди.

Барча ҳомиладор аёллар оилавий поликлиникадаги аёллар маслахатхонасига 8- 12 ҳафталикда мурожаат қилган. Беморлар ҳамма мутахассислар терапевт, эндокринолог, офталмолог, стоматолог, оториноларинголог кўриклари ва умумий текширув услублари (УҚТ, УСТ, қон гуруҳи ва резус фактор, қонда глюкоза миқдори, қин суртмаси текшируви, гепатит “В” ва “С”, ОИВ га қон тахлили, туғруққача психопрофилактик тайёрлаш курсларини ўтаган.

3.2. Ҳомиладор аёлларнинг бошидан кечирган касалликлари

Мазкур ҳомиладорларда учраган соматик касалликлардан: вирусли гепатит- 2 нафар (5%), миопия-1 нафар (2.5%), ўткир гастрит- 4нафар (10%), ўткир холецистит– 3 нафар (7.5%), бронхиал астма ва аллергия ринит фониди 1 нафар (2.5%), гинекологик касалликлар колпит- 5 нафар (12.5%), бактериал вагиноз-6 нафар (15%), ургенитал кандидоз- 7 нафар (17.5%), бачадон миомаси- 2 нафар (5%), бачадон бўйни электроконизацияси- 2 нафар (5%) ни ташкил қилди.

(3.1 расм)



Мазкур ҳомиладорларда учраган соматик касалликлар

3.3. Текширилган беморларнинг умумий хусусиятлари

Ушбу ҳомиладорлик даврени таҳлил қилиш шуни кўрсатдики 70 % аёлларда ушбу давр экстрагенитал касалликлар фонида ривожланган (3.1. жадвал). Энг кенг тарқалган патология анемия бўлиб, у соф шаклда барча беморларнинг учдан бирида (29,7 ва 34,4%ни ташкил қилди), пиелонефрит билан биргаликда ҳомиладор аёлларнинг яна 6,6 ва 3,1 % иккала гуруҳда учрайди. Экстрагенитал патологиянинг учраши бўйича гуруҳлар статистик жиҳатдан бир-биридан фарқ қилмади.

Жадвал3.1

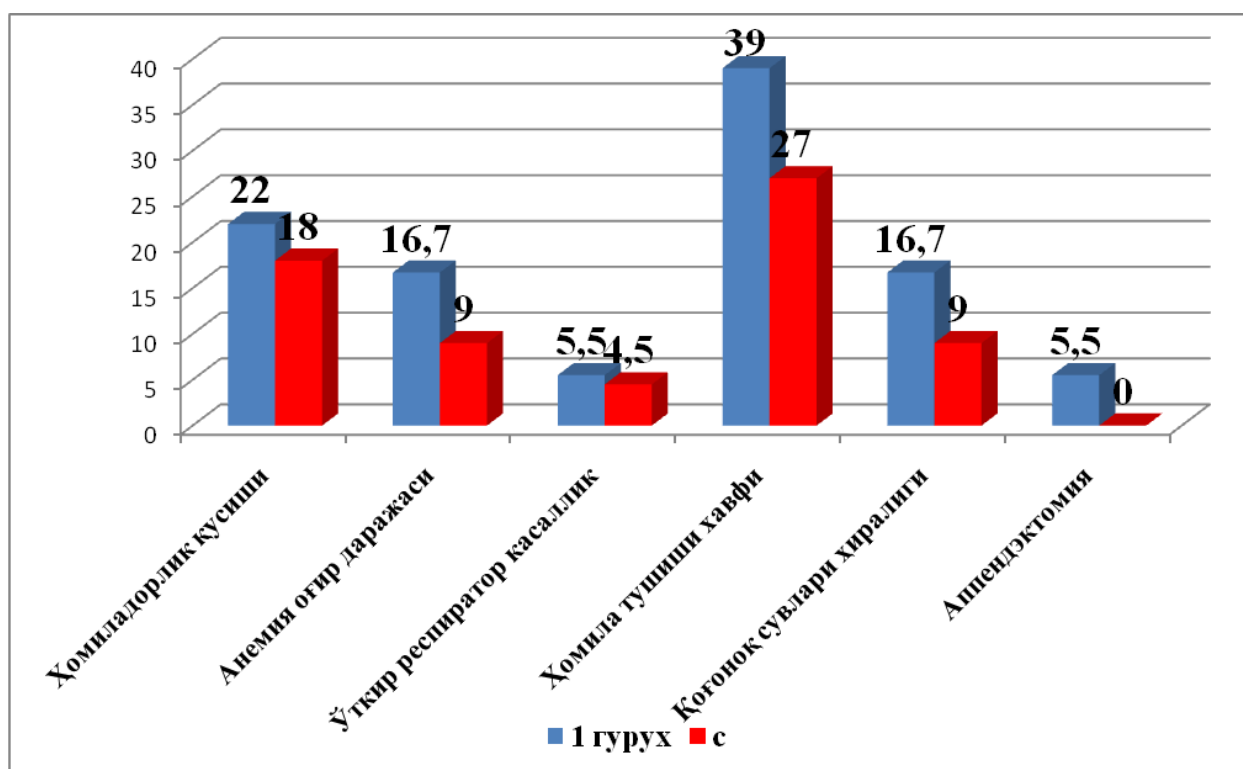
Экстрагенитал касалликлар	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	N	%	n	%
Анемия				
ўрта даражаси	9	29,7	11	34,4
оғир даражаси	3	10	5	15,6
Сийдик чиқариш тизимининг касалликлари:				
Сурункали пиелонефрит	1	3,3	2	6,25
Анемия билан бирлашган пиелонефрит	2	6,6	1	3,1
Гестацион пиелонефрит	6	20	5	15,6
Юрак қон-томир тизимининг касалликлари				
Орттирилган юрак касаллиги	1	3,3	1	3,1
Гипертоник тур бўйича НЦД	1	3,3	1	3,1
Нафас олиш касалликлари				
Сурункали бронхит	6	20	7	21,8
Семизлик	3	10	2	6,25

Текширилган аёлларда экстрагенитал касалликларнинг тузилиши

Ушбу ҳомиладорлик даврини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ҳар бешинчи кишидан биттаси (21,6%) ҳеч қандай асоратларни бошдан кечирмаган. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида энг кўп учрайдиган асорат ҳомиладорлар қусиши (расм 3.1) бўлиб, у беморларнинг 50% да кузатилган. Аммо шуни таъкидлаш керакки, 2 нафар (1%) аёлларда ушбу патологиянинг ўртача оғирлиги кузатилди, бу эса стационар шароитда даволанишни талаб қилади. Бошқа ҳолларда, эрта токсикознинг енгил даражаси кузатилди. Ҳомиланинг тушиш хавфи 1 гуруҳда 23%ни ташкил қилди, ва 2 гуруҳда 18,7%ни ташкил қилди.

3.4. Текширилган беморларда ҳомиладорликнинг уч ойликларга кўра кечиши

(3.2 расм)

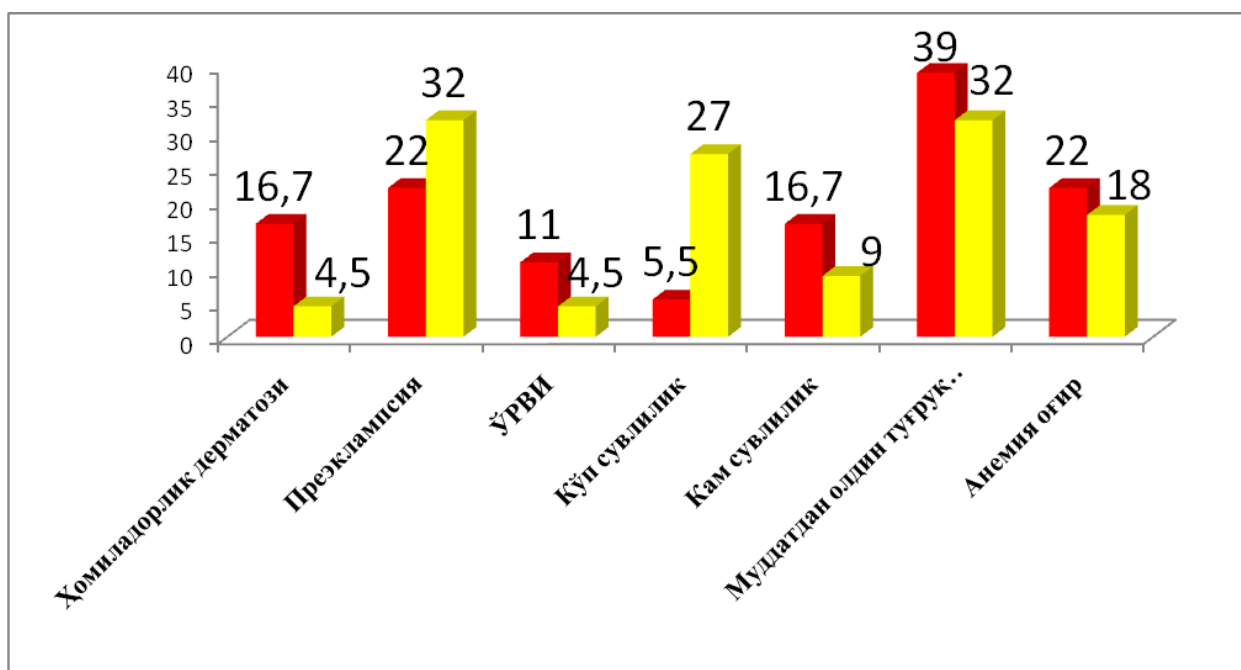


Ҳомиладорликнинг 1- триместрида асоратланишига кўра

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида энг кўп учрайдиган асоратлар ҳомиланинг муддатдан олдин туғилиши(16,3%)ва шишлар(8,1%)бўлиб, улар асосан оёқларда шиш билан намоён бўлди ва 4 нафар аёлларда қорин бўшлиғида шиш пайдо бўлди. Презекламписия ҳам ҳомиладорликнинг кўп

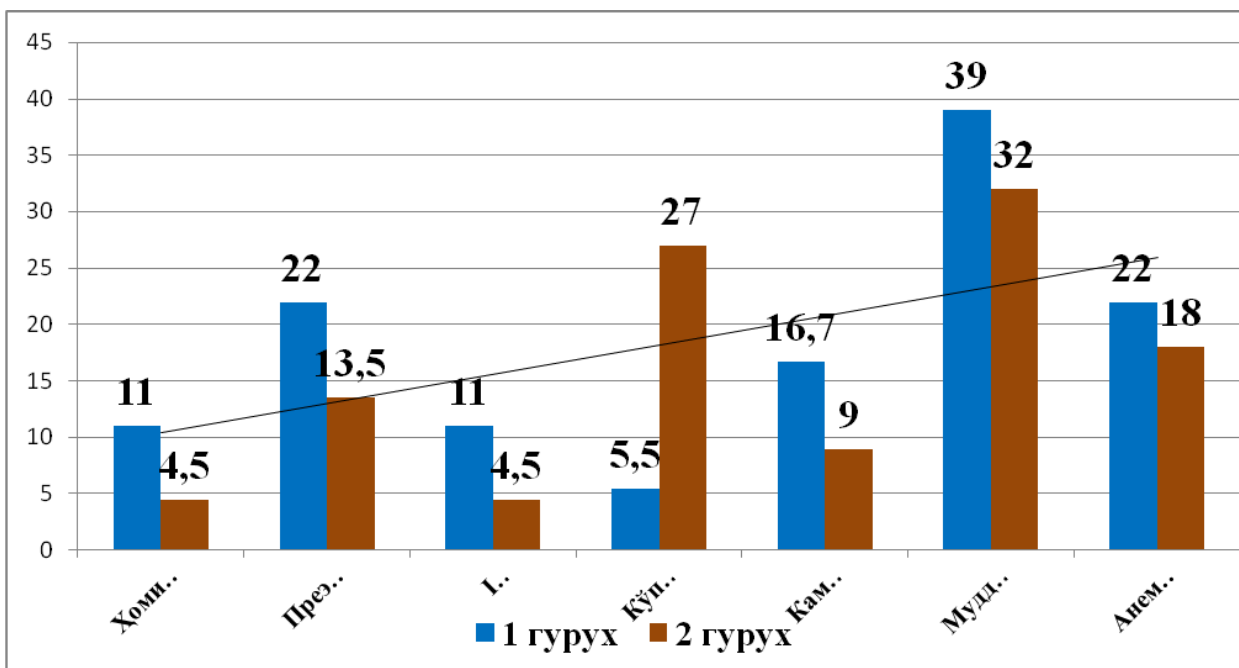
учрайдиган асоратларидан бири бўлган –18,7% беморларда 1 гуруҳда, ва 13,2% 2 гуруҳда учради. Ҳомиладорлик пайтида беморларнинг 3,3% холларда 1 гуруҳда ўткир респираторли инфекциялар қайд этилган ва ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида уларнинг касалланиш даражаси 2 гуруҳда 2 бараварга юқори бўлган ва 6,6% ташкил қилди.

(3.3 расм)



Ҳомиладорликнинг 2- триместрида асоратланишига кўра

(Расм 3.4)



Ҳомиладорликнинг 3- триместрида асоратланишига кўра

Ҳомиладорликнинг 3- уч ойликларга кўра кечишида иккала гуруҳларда ҳам 1тадан антенатал ўлим кузатилди. Ацсит 1 гуруҳда 1 нафар 2 гуруҳда 2 нафар учради. Муддатдан олдинги туғруқ эса гуруҳларга мос равишда 78% га 45.5%, ҚПТЁ 39% га 18,2 % тўғри келди. Асоратлар ичида енг катта фарқ ФПЕ да бўлди 16.5%га 4.5% ида кузатилди.

(3.5 расм)



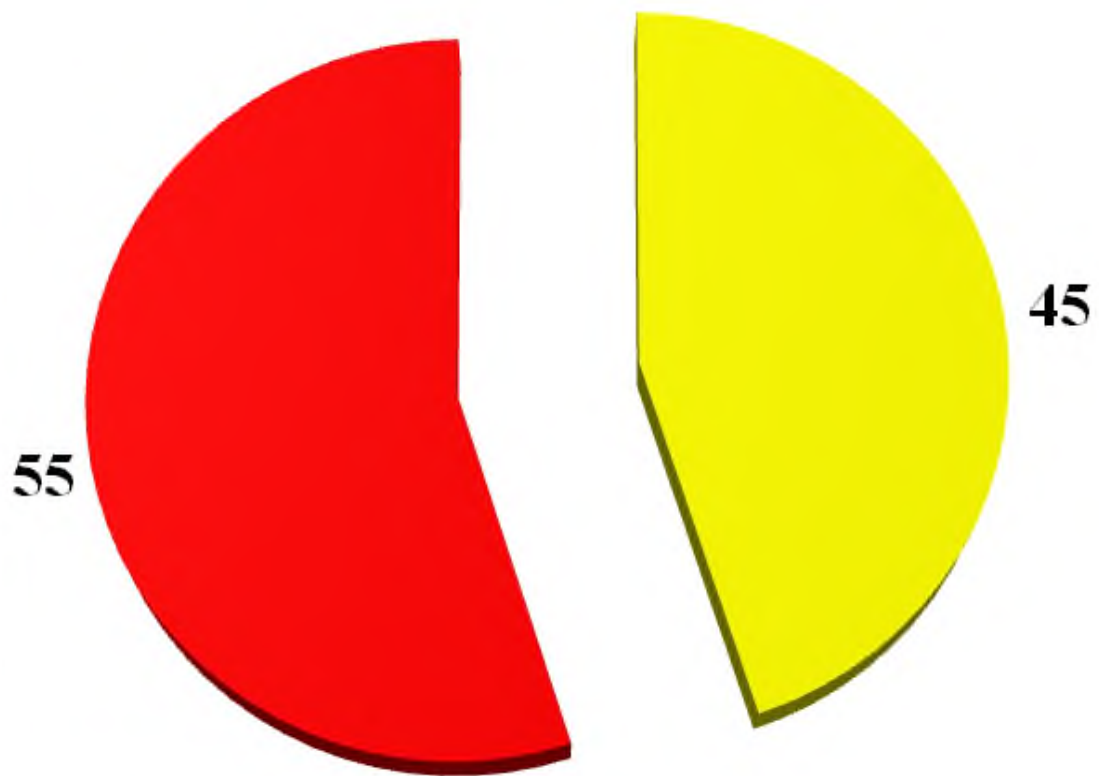
Бемор Б. М. 24 ёш, туғруқ тарихи: №12929 Яшаш жойи: Пастарғом туман. Ташхис: Ҳомиладорлик V, 37 ҳафта, Туғруқ II. ОАА. I ҳомиланинг кўндаланг жойлашуви ва антенатал ўлими. ҚПТЁ. Сурункали пиелонефрит кўзиш даври. Анемия енгил даражаси.

3.5. Беморларда туғруқ кечиши натижалари.

Текширилган 40 нафар ҳомиладорлардан 16 нафари таббий йўллар орқали туғди, шулардан 8 нафари 1 гуруҳга мансуб. Оператив туғруқлар 24 нафар бўлиб шулардан 10 нафари 1 гуруҳдан. Иккала гуруҳда ҳам 1-тадан ёрдамчи репродуктив технология орқали ҳомиладорлик. 2 та ҳолатда 1 ҳомила антенатал ўлими.

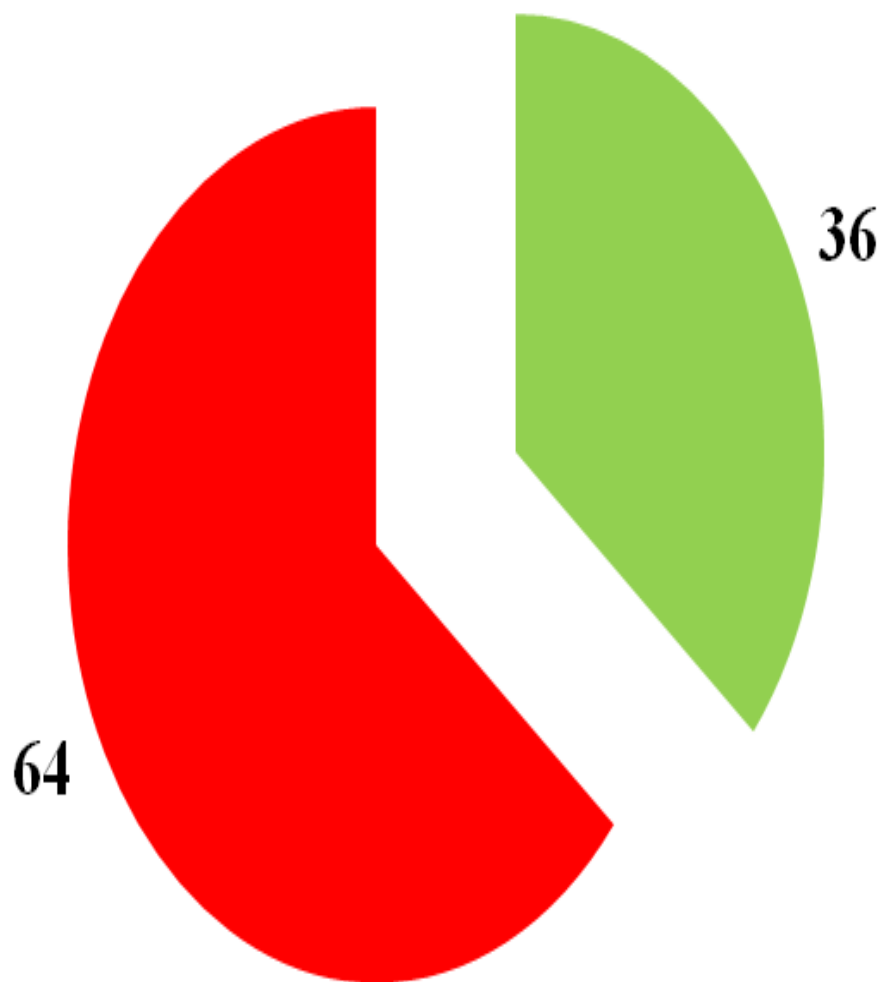
(3.5 расм)

1 гурух



- Табиий туғруқ йўллари орқали
- Кесар-кесіш йўли орқали

2 гуруҳ

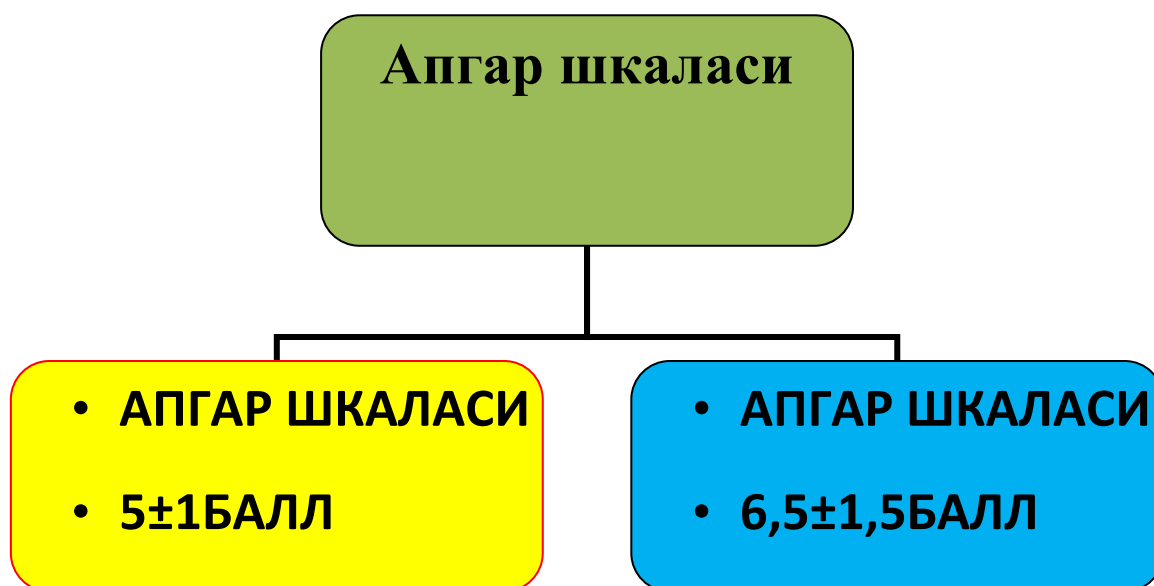


■ Табиий туғруқ йўллари орқали

■ Кесар-кесиш йўли орқали

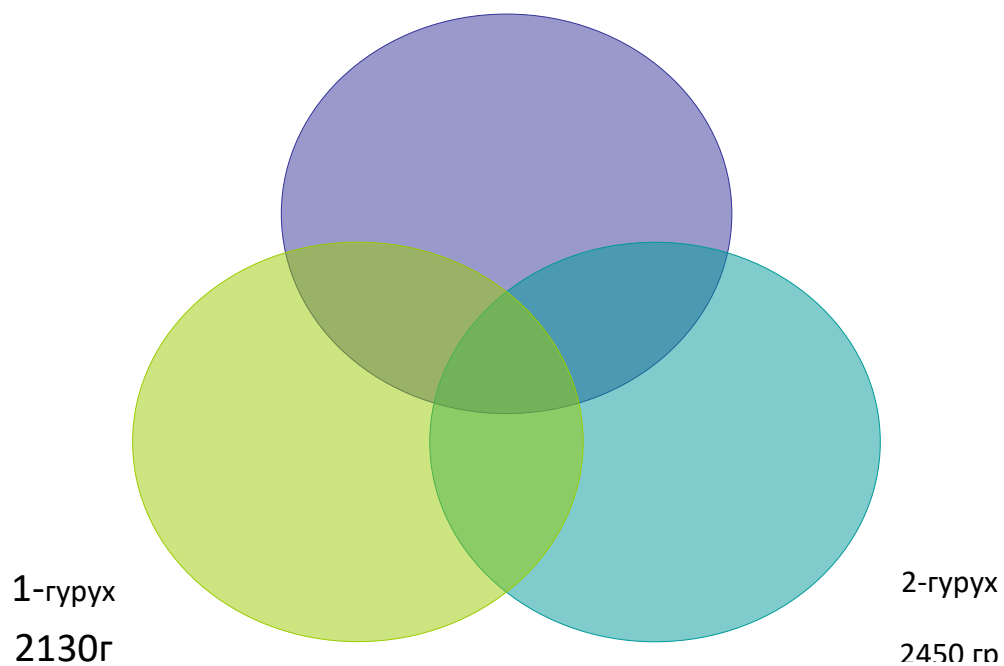
3. 6. ЧАҚАЛОҚЛАРНИ БАҲОЛАШ

Туғилган чақалоқларни Апгар шкаласи бўйича баллар берилади. Баллар ўртачаси ҳисобланди. 1 гуруҳ муддатдан олдинги туғруқлар 50% гача кузатилади.



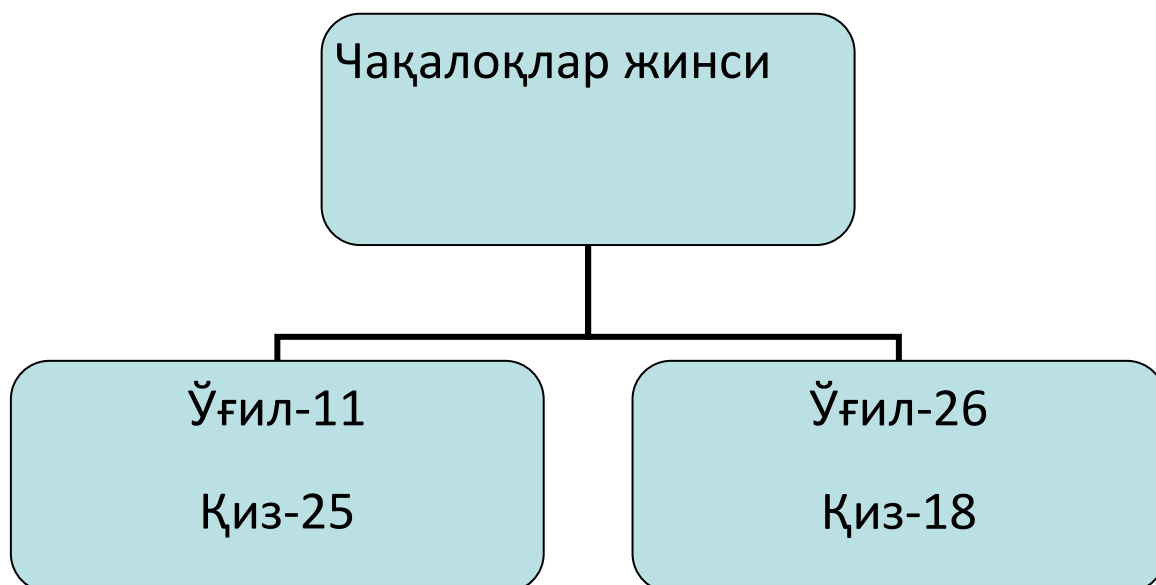
Туғилган чақалоқларни оғирлиги бўйича ўлчанди. Оғирлиги ўртачаси ҳисобланди. 1 гуруҳ муддатдан олдинги туғруқлар 50% гача кузатилади.

Ўртача
оғирлиги



Туғилган чақалоқларни жинси бўйича ҳисобланди. 1 гуруҳда қизча туғилишлари, 2-гуруҳда ўғилча туғилиши кўпроқ

кузатилди.



IV-БОБ. ХУЛОСА.

1. Самарқанд Вилоят Перинатал маркази бўйича 2019-2022 йилларда кўп ҳомилаликларнинг учраш даражаси 1,9-2,6% ни ташкил қилди.

2. Кўп ҳомилаликда монохориал ва дихориал плацентага боғлиқ бўлган ҳолда фетоплацентар тизимининг ҳолатини ўрганилди. Ўрганишлар монохориал кўп ҳомилаликда дихориал кўп ҳомилаликка нисбатан Фето-плацентар етишмовчилик 3.7 баробар кўп учради.

3. Кўп ҳомилаликда монохориал ва дихориал плацентага боғлиқ бўлган ҳолда перинатал яқунларини ўрганилди. Муддатдан олдинги туғруқ 1 гуруҳда 1.7 баробарга, Қоғоноқ пуфагининг туғруққача ёрилиши 2.1 баробарга кўп учради. Нормал туғруқ 1 гуруҳда 44.5% га 2 гуруҳда 36.4 % учради.

Туғилган чақалоқлар Апгар шкаласи ўртача 1 гуруҳда 5 ± 1 балл, 2-гуруҳда $6,5 \pm 1,5$ баллда баҳоланди.

Оғирлиги 1 гуруҳда ўртача 2130гр ± 250 гр га 2-гуруҳда 2450 ± 250 гр ҳисобланди.

Амалий тавсиялар

Эрта муддатларда йўлдошнинг хориал турини аниқлаш;

Допплерометрияда назоратдан ўтиш 16ҳафтадан кейин ҳар 2ҳафтада бир марта; (ФФТС, ХЎЧ истесно қилиш учун)

Камқонлик, камсувлилик, кўпсувлилик, қоғоноқ сувларининг ҳиралигида стационар даво муолажаларини қабул қилиш;

Туғрукни 37-38 ҳафталигида яқунлаш;

Кўп хомилали хомиладорлар аёллар маслахатхонасига бир хомилали хомиладорларга нисбатан 28 ҳафтасигача ойига икки марта кўп учраши, 28 ҳафтадан кейин ҳар 7-10 кунда кўриниши зарур. Терапевт кўриги хомиладорлик давомида 3 марта бўлиб, балансланган озиқ- овқат (оқсил, минерал, витаминлар) га бой бўлиши керак. Хомиладорлар умумий тана вазни 18-20кгга ошган бўлиб, хомиладорликнинг биринчи ярмида 10 кг дан кам бўлмаслиги керак.

Кўп хомилаликда аёлларга 16-20 ҳафталигидан бошлаб темир танқислик анемияси профилактикаси (темир 60-100 мг сутка ва фолат кислота 1 мг/сутка) мақсадида препаратлар буюрилади .

Муддатдан олдинги туғруқ хавфини билиш учун 19-20 ҳафталигидан трансвагинал цервикография ёрдамида бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади. 22-24 ҳафталикдан 36 ҳафтагача бачадон бўйнининг узунлиги 34мм бўлса юқори хавф бўлиб, 32-35 ҳафталикда 27мм гача муддатдан олдинги туғруқ кўрсаткичи, 32 ҳафтада 19мм гача бўлса эрта муддатдан олдинги туғруқ белгиси ҳисобланади. 19-20 ҳафталикда трансвагинал цервикографияда бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади .

22-24 ҳафталигидан 36 ҳафтагача бачадон бўйнини узунлиги 3-4 мм бўлса юқори хавф бўлиб, 32-35 ҳафталигида 27 мм муддатидан олдинги туғриқ риск кўрсаткичи 32-ҳафтага 19 мм бўлса эрта муддатдан олдинги туғриқ белгиси ҳисобланади .

ФФТС нинг энг оптимал аниқлайдиган вақт 16- 24 хафта бўлиб, асосий даво усулини оптимал қўллаш вақти 16-25 хафтада бўлади.

Қўп хомилаликда хомиладорларнинг умумий парвариши .

А) Умумий парвариш:

-яшаш жойи яқин бўлган жойда чора- тадбирларни амалга ошириш.

-эгиз ёки уч хомилали аёлларга мултидисциплинар гуруҳ таъминлаш керак.

Таркибида умумий амалиёт шифокори, акушер- гинеколог, акушеркалар, УТТ врачлари бўлади.

-керак бўлганда психолог кўриги туғруқдан олдин ўтказилади.

-хомиладорларга қўп хомилаликда учраши мумкин бўлган асоратлар билан таништириш, муддатдан олдин туғруқ хавфи бўлганда кортикостероидлар билан РДС профилактикасини ахамиятини тушунтириш.

-умумий ҳаёт тарзини ташкиллаштириб, озиқ- овқати оқсил ва витаминларга бой бўлиши керак.

-юқори асоратлар кузатилганлиги сабабли антенатал кўрик эгиз хомиладорликда минимал 9 марта (8-12, 11-14, 16,20, 21, 24, 28, 32, 34, 36- хафтalarda) бўлиб, акушер- гинеколог кўриги камида 2-3 марта бўлиши керак.

-уч ва ундан қўп хомилаликда минимал 10 марта (8-12, 11-14, 16,20, 21, 24, 28, 30, 32, 34, 36- хафтalarda) бўлиб, акушер- гинеколог кўриги бўлиши керак.

Ўтказилиши керак бўлган текширишлар

1. Даун синдромига скрининг 11-14 хафталикла ёки 16-20 хафталикда қилинади. Даун синдромининг учраши 1:150 бўлиб, текширилганда ижобий натижа олинса учинчи даражали муассасаларда қайта олиб борилади.

2. УТТ текшируви:

-11-14 хафталикда қилинади (дум-тепа суяги ўлчами 45-84 мм). Мақсад: гестация муддати ва плацентация типини аниқлаш.

-гестация муддати катта хомиллага нисбатан аниқланиб, биометрик кўрсаткичларга кўра баҳоланади.

-агар 11-14 хафталикда гестация муддати ва плацентация типи аниқланмаса 14 хафталикдан кейин қайта текширилади.

-агар 11-14 хафталикда аниқлашни иложи бўлмаган бўлса монохориал эгизаклар қаторига киритилиб, кейинги УТТ текширувигача юқори перинатал асоратли гуруҳга киритилиши керак.

-20-21 хафталикда ФФТС ва хомиланинг уғма нуқсонлари аниқланади.

-28 хафталикдан бошлаб, плацентаци типига қарамасдан хар бир хомиладор хар ойда текширилиб, специфик хомила асоратлари бор ёки йўқлиги аниқланади.

-20-21 хафталикдан доплерометрия текшируви ўтказилади.

-хар бир кўрикда гипертензив ҳолатлар бор ёки йўқлиги аниқланади.

Кўп хомиладорли хомиладорларда гипертензив ҳолатлар профилактикаси учун хомиладрликнинг 12 хафталигидан 75 мг аспирин буюрилади.

Аспирин терапияга кўрсатмалар:

-биринчи хомиладорлик

-хомиладор аёлнинг ёши 40 ва ундан юқори бўлиши

-хомиладорлик даври орасидаги муддат 10 йил ва ундан юқори бўлса

-тана масса индекси $35\text{кг}/\text{м}^2$ ва ундан юқори бўлса

-оилавий анамнезда преэклампсия учраган бўлса.

Кўп хомиладорлик кўпинча анемия фонида кечганлиги сабабли темир препаратлари ёрдамида профилактика қилиниши керак. Муддатдан олдинги туғруқ профилактикасида ётоқ режими қўлланилиш билан биргаликда, бачадон бўйнига чок қўйилади. Мушак орасига ёки вагинал прогестерон, орал токолитиклар қўлланилади

Қўлланилган адабиётлар

1. Алексеева С. Ю., Максимова Н. А. Тактика и ведение многоплодной беременности при антенатальной гибели одного плода, клинический случай //Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. – 2018. – С. 25-26.
2. Архипов В. В. и др. Многоплодная беременность-риск преждевременных родов //Мать и дитя в Кузбассе. – 2012. – №. Спецвыпуск 1.
3. Ахмадеев Н. Р., Фаткуллин И. Ф., Фаткуллин Ф. И. Оптимизация абдоминального родоразрешения при многоплодной беременности //Практическая медицина. – 2011. – №. 54.
4. Ахмадеев Н. Р., Фаткуллин И. Ф., Фаткуллин Ф. И. Оптимизация абдоминального родоразрешения при многоплодной беременности //Практическая медицина. – 2011. – №. 54.
5. БАРАНОВ И. И., Токова З. З., Тадевосян А. А. Перинатальные исходы при многоплодных родах //Акушерство и гинекология. – 2012. – №. 1. – С. 98-102.
6. Баринов С. В. и др. Клинический случай течения многоплодной беременности при внутриутробной гибели двух плодов //Мать и дитя в Кузбассе. – 2013. – №. 3.
7. Белоцерковцева Л. Д., Коваленко Л. В., Мордовина И. И. Актуальные проблемы самостоятельной и индуцированной многоплодной беременности //Север России: стратегии и перспективы развития: материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Сургут. – 2017. – С. 21-26.

8. Белоцерковцева Л. Д., Коваленко Л. В., Мордовина И. И. Актуальные проблемы самостоятельной и индуцированной многоплодной беременности //Север России: стратегии и перспективы развития: материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Сургут. – 2017. – С. 21-26.
9. Беспалова О. Н., Саргсян Г. С. Профилактика преждевременных родов при многоплодной беременности //Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. 5.
10. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. Анализ течения многоплодной беременности //Молодой ученый. – 2019. – №. 14. – С. 30-32.
11. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. ВЛИЯНИЕ ЭКО НА МНОГОПЛОДНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ //Исследования в области естественных и технических наук: междисциплинарный диалог и интеграция. – 2019. – С. 52-53.
12. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ //Исследования в области естественных и технических наук: междисциплинарный диалог и интеграция. – 2019. – С. 54-55.
13. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И БЛИЗНЕЦОВ, РОДИВШИХСЯ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ //Вопросы методологии естествознания и технических наук: современный контекст. – 2019. – С. 35-37.
14. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. ПАТОЛОГИИ РАСПОЛОЖЕНИЯ БЛИЗНЕЦОВ В МАТКЕ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ //Вопросы методологии естествознания и технических наук: современный контекст. – 2019. – С. 39-42.

15. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ //Исследования в области естественных и технических наук: междисциплинарный диалог и интеграция. – 2019. – С. 57-59.
16. Блинов Ф. В., Неприимерова М. С. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ //Исследования в области естественных и технических наук: междисциплинарный диалог и интеграция. – 2019. – С. 59-60.
17. Васько А. А. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ //Молодежный инновационный вестник. – 2017.
18. Гараева Г. Х. К вопросу о правоспособности эмбриона на примере многоплодной беременности //Евразийский юридический журнал. – 2017. – №. 11. – С. 168-171.
19. Гусева О. И. Ведение многоплодной беременности в антенатальном периоде: мнения врачей //Медицинский альманах. – 2015. – №. 4 (39).
20. ДАНИЛКО В. А., ДИКУСАРОВА С. Н., ЯНЮТА С. М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ-ЕСТЕСТВЕННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ. – С. 113.
21. Доброхотова Ю. Э. и др. Диссоциированный рост плодов при двойне. Серьезная патология или вариант нормы? //Акушерство и гинекология. – 2016. – №. 1. – С. 5-9.
22. Егорова А. Т. и др. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности //Актуальные проблемы медицины. – 2015. – Т. 30. – №. 10 (207).
23. Егорова А. Т., Руппель Н. И., Маисеенко Д. А. Задержка роста и гипотрофия плода при многоплодной беременности //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – Т. 16. – №. 6. – С. 54-57.

- 24.Ерышкина Ю. В., Жданова В. В. Многоплодная беременность: двойная радость или двойной риск //Неделя молодежной науки-2020. – 2020. – С. 31-32.
- 25.Камилова М. Я. и др. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у беременных с монохориальной и бихориальной многоплодной беременностью //Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №. 1. – С. 22-26.
- 26.Костюков К. В., Гладкова К. А. Диагностика синдрома селективной задержки роста плода, синдрома обратной артериальной перфузии при монохориальной многоплодной беременности //Акушерство и гинекология. – 2016. – №. 2. – С. 14-18.
- 27.Краснопольский В. И. и др. Ведение беременности и родов при многоплодной беременности //Альманах клинической медицины. – 2015. – №. 37.
- 28.Круть Ю. Я., Бабинчук Е. В. Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему //Здоровье женщины. – 2013. – №. 6. – С. 83-85.
- 29.Логутова Л. С., Шилкина П. С. Современные аспекты диагностики и коррекции фето-фетального трансфузионного синдрома при многоплодной монохориальной беременности //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – Т. 20. – №. 3. – С. 11-17.
- 30.Макаров Р. А. и др. Адаптация центральной гемодинамики матерей при одноплодной и многоплодной беременности в третьем триместре //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 2. – С. 74-77.
- 31.Макаров Р. А. и др. Адаптация центральной гемодинамики матерей при одноплодной и многоплодной беременности в третьем триместре //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 2. – С. 74-77.

- 32.Макаров Р. А. и др. Адаптация центральной гемодинамики матерей при одноплодной и многоплодной беременности в третьем триместре //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 2. – С. 74-77.
- 33.Маслянюк Н. А. Многоплодная беременность после экстракорпорального оплодотворения как фактор риска недоношенности и задержки внутриутробного развития //Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. 59. – №. 1.
- 34.Мельник О. В. Клинические аспекты течения беременности и родов при многоплодной беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий //Здоровье женщины. – 2016. – №. 3. – С. 80-80.
- 35.Нікітіна І. М. и др. Особливості неонатальної адаптації новонароджених із двійні. – 2016.
- 36.Новикова С. В., Цивцивадзе Е. Б., Климова И. В. Антропометрические показатели новорожденных при многоплодии в различные сроки беременности //РМЖ. Мать и дитя. – 2014. – №. 1.
- 37.Поварова А. А. и др. Особенности роста плодов при монохориальной двойне //Вестник РГМУ. Специальный. – 2011. – №. 2011. – С. 39-41.
- 38.Прибушения О. В. и др. Определение зиготности при многоплодии. Обзор литературы и собственные клинические наблюдения самопроизвольно наступивших беременностей тройней //Пренатальная диагностика. – 2016. – Т. 15. – №. 4. – С. 318-327.
- 39.Прохорова В. С., Павлова Н. Г. Перинатальные исходы при многоплодии //Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. 59. – №. 3.
- 40.Сичинава Л. Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – Т. 8. – №. 2.

- 41.Тарбаева Д. А. и др. Акушерские и перинатальные риски монохориальной беременности //Acta biomedica scientifica. – 2018. – Т. 3. – №. 3.
- 42.Тарбаева Д. А. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ МОНОХОРИАЛЬНОЙ И ДИХОРИАЛЬНОЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ //Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 2019. – С. 80-84.
- 43.Тарбаева Д. А. и др. ОЦЕНКА АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ РИСКОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ //Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2018. – С. 5-14.
- 44.Ткаченко А. В. Многоплодная беременность в современном акушерстве (Обзор литературы) //Семейная медицина. – 2018. – №. 1. – С. 116-120.
- 45.Ходжиева П. И. и др. Дифференцированные подходы терапии плацентарной недостаточности донатором оксида азота тивортином у беременных с двойней в зависимости от типа хориальности //Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2018. – №. 3. – С. 80-87.
- 46.Цивцивадзе Е. Б., Новикова С. В. Многоплодная беременность: современный взгляд на проблему ведения беременности и родов (обзор литературы) //РМЖ. Мать и дитя. – 2014. – №. 1.
- 47.Aquino C., Baião A. E. R., de Carvalho P. R. N. Perinatal Outcome of Selective Intrauterine Growth Restriction in Monochorionic Twins: Evaluation of a Retrospective Cohort in a Developing Country //Twin Research and Human Genetics. – 2021. – С. 1-5.
- 48.Armson BA O. 'Connell C., Persad V., Joseph KS, Young DC, Baskett TF (2006). Determinations of perinatal mortality and serious neonatal morbidity in the second twin //Gynecol Obstet. – Т. 108. – С. 556-566.

49. Aziz S., Soomro N. Twin births and their complications in women of low socioeconomic profile //J Pak Med Assoc. – 2012. – T. 62. – №. 11. – C. 1204-8.
50. Aziz S., Soomro N. Twin births and their complications in women of low socioeconomic profile //J Pak Med Assoc. – 2012. – T. 62. – №. 11. – C. 1204-8.
51. Blickstein I., Barak O. Multiple pregnancies and births //Evidence-based Obstetrics and Gynecology. – 2019. – C. 467-477.
52. Brubaker S. G., Gyamfi C. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth in twin gestations //Seminars in perinatology. – WB Saunders, 2012. – T. 36. – №. 3. – C. 190-194.
53. Brubaker S. G., Gyamfi C. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth in twin gestations //Seminars in perinatology. – WB Saunders, 2012. – T. 36. – №. 3. – C. 190-194.
54. Chasen S. T., Chervenak F. A. Twin pregnancy: Prenatal issues //UpToDate, Waltham, MA (Accessed on Aug. 18, 2016). – 2017.
55. Chasen S. T., Chervenak F. A. Twin pregnancy: Prenatal issues //UpToDate, Waltham, MA (Accessed on Aug. 18, 2016). – 2017.
56. Dimassi K. et al. Ultrasound monitoring of cervical length in twin Pregnancies //La Tunisie medicale. – 2017. – T. 95. – №. 3. – C. 192-195.
57. Egorova A. T. et al. Integrated assessment of social status and reproductive and somatic histories in pregnant women with induced multiple pregnancy //Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa. – 2014. – T. 14. – №. 4.
58. ER P., NA I. J. O. U. R. The comparison of the perinatal outcomes in monochorionic twin pregnancies with and without selective intrauterine growth restriction //Perinatal Journal. – 2021. – T. 29. – №. 1. – C. 20-26.
59. Fox N. S. et al. Blood pressure changes across gestation in patients with twin pregnancies //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2014. – T. 27. – №. 9. – C. 898-903.

- 60.Hirsch L. et al. Patterns of discordant growth and adverse neonatal outcomes in twins //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021.
- 61.Iwama N. et al. Blood pressure changes during twin pregnancies: the Japan Environment and Children's Study //Journal of hypertension. – 2019. – Т. 37. – №. 1. – С. 206-215.
- 62.Kostyukov K. V., Gladkova K. A., Ionov O. V. Assessing an impact on perinatal outcome in monochorionic and dichorionic twin pregnancy complicated with discordant fetal growth //Obstetrics, Gynecology and Reproduction. – 2021. – Т. 15. – №. 1. – С. 51-60.
- 63.Krasnopol'sky V. I. et al. Management of pregnancy and delivery in multiple pregnancy //Almanac of clinical medicine. – 2015. – Т. 37. – С. 32-40.
- 64.Kuleva M. et al. Maternal cardiac function in normal twin pregnancy: a longitudinal study //Ultrasound in obstetrics & gynecology. – 2011. – Т. 38. – №. 5. – С. 575-580.
- 65.Lavie A. et al. Maternal hemodynamics in late gestation and immediate postpartum in singletons vs. twin pregnancies //Archives of gynecology and obstetrics. – 2018. – Т. 297. – №. 2. – С. 353-363.
- 66.Lipko O., Potapova L., Tkachenko A. New data in the etiology of a multiple pregnancies. – 2018.
БелоконеваТ. С. и др. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ //Клинические и медико-организационные решения по сохранению репродуктивного здоровья семьи. – 2017. – С. 44-45.
- 67.Melnik O. V. Трехплодная беременность в современном акушерстве //Здоровье женщины. – 2016. – №. 5 (111). – С. 37-40.
- 68.Melnik O. V. Трехплодная беременность в современном акушерстве //Здоровье женщины. – 2016. – №. 5 (111). – С. 37-40.

69. Micheletti T. et al. Complications of Monochorionic Diamniotic Twins: Stepwise Approach for Early Identification, Differential Diagnosis, and Clinical Management // *Maternal-Fetal Medicine*. – 2021. – T. 3. – №. 1. – C. 42-52.
70. Nair A., Radhakrishnan S., Iyer K. S. Twin pregnancy in a Fontan-palliated patient // *Cardiology in the Young*. – 2016. – T. 26. – №. 6. – C. 1221.
71. Ochsenbein-Kölble N. Twin pregnancies // *Ultraschall in der Medizin-European Journal of Ultrasound*. – 2021.
72. Okby R. et al. Twin pregnancy: is it a risk factor for long-term cardiovascular disease? // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. – 2016. – T. 29. – №. 10. – C. 1626-1630.
73. Orabona R. et al. Maternal functional hemodynamics in uncomplicated twin pregnancies: A longitudinal study using impedance cardiography // *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. – 2019. – T. 98. – №. 2. – C. 188-195.
74. Rehal A. et al. Early vaginal progesterone versus placebo in twin pregnancies for the prevention of spontaneous preterm birth: a randomized, double-blind trial // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2021. – T. 224. – №. 1. – C. 86. e1-86. e19.
75. Rode L., Tabor A. Prevention of preterm delivery in twin pregnancy // *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. – 2014. – T. 28. – №. 2. – C. 273-283.
76. Schmitz T. et al. Perinatal outcome after planned vaginal delivery in monochorionic compared with dichorionic twin pregnancy // *ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY*. – 2021.
77. Shek N. W. M., Hillman S. C., Kilby M. D. Single-twin demise: pregnancy outcome // *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. – 2014. – T. 28. – №. 2. – C. 249-263.

78. Tarbaeva D. A. et al. Obstetric and perinatal outcomes of monochorionic pregnancy // *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. – 2018. – Т. 3. – №. 3. – С. 41-46.
79. Vas'ko A. A. et al. OSOБENNOSTI TEChENIYa BEREMENNOSTI I RODOV PRI MNOGOPLODII // *Молодежный инновационный вестник*. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 114-116.
80. Ventskivskiy B. M., Poladych I. V., Avramenko S. O. Роль провоспалительных цитокинов в патогенезе преждевременной родовой деятельности при многоплодной беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // *Здоровье женщины*. – 2016. – №. 5 (111). – С. 73-76.
81. Waszak M. et al. Effects of intrauterine environment on the magnitude of differences within the pairs of monozygotic and dizygotic twins // *Twin Research and Human Genetics*. – 2017. – Т. 20. – №. 1. – С. 72-83.
82. Zork N. et al. Decreasing prematurity in twin gestations: predicaments and possibilities // *Obstetrics & Gynecology*. – 2013. – Т. 122. – №. 2 PART 1. – С. 375-379.