

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК 618.1.2.3.39-021.3.079.6

ГАЙБУЛЛАЕВА ЗАМИРА ФУРКАТ ҚИЗИ

**АБОРТДАН КЕЙИНГИ КОНТРАЦЕПЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган

ДИССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар: Доцент в.в.б., PhD Насирова З.А.

Самарқанд - 2023 йил

МУНДАРИЖА

Шартли қисқартлмалар	2
Кириш	3
I-БОБ. Аборт ва абортдан кейинги реабилитация	9
1.1. Аборт ва унинг асоратлари.	9
1.2. Антипрогестинлар ва простагландинларни қўллаш фонида гемостаз тизимининг ўзгаришлари.	18
II-БОБ. Тадқиқот материал ва усуллари	25
2.1.Текширилаётган аёлларнинг клиник тавсифи.	25
2.2. Тадқиқот усуллари.	34
III-БОБ Шаҳсий текшириш натижалари	37
3.1. Текширилган аёлларнинг клинικο-анамнестик характеристикаси.	37
3.2. Медикаментоз аборт ва ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш усули билан қиёсий баҳолаш.	44
3.3. Медикаментоз аборт ва ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш усулида гемостаз кўрсаткичларини баҳолаш.	46
3.4. Абортдан кейинги контрацепция ва реабилитация усулларини такомиллаштириш.	47
3.5. Гормонал контрацепция қабули вақтида гемостаз кўрсаткичларини баҳолаш.	58
ХОТИМА.	60
ХУЛОСА	65
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	66
Адабиётлар рўйхати	67

Шартли қисқартмалар.

АОК-аралаш орал контрацептивлар

АКБ-артериал қон босим

БИВ- бачадон ичи воситаси

БЖССТ- бутун жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти.

ГГЦ- гипергомоцистеиенемия

ДҚБ - диастолик қон босими

ЕТА- Европа тиббий агентлиги

ЖССТ - Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти

ЖАЯК- жинсий аъзолар яллиғланиш касалликлари

ИТИ- илмий тадқиқот иши

КОК- комбинацияланган орал контрацепция

КЧАЯК- кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари

РФВ- рекальцификациянинг фаоллашган вақти

САК-систолик артериал қон

ТМИ - тана массаси индекси

ТС- тромбоцитлар сони

ТУХ- тромбоцитлар ўртача хажми

ТПКС- тухумдонлар поликистоз синдроми

ТВИ- тана вазни индекси

УТТ-ультра товуш текшируви

ФКТБ- фаоллашган қисман тромбопластин вақти

ХМН- халқаро мьёрлаштирилган нисбати

Нь- гемоглабин

НСТ- гемокрит

КИРИШ (магистр диссертацияси мавзусининг асосланиши ва унинг долзарблиги)

Исталмаган ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш (аборт) аёллар репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатувчи муҳим тиббий-ижтимоий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, абортни, аёллар репродуктив саломатлигини сақлашнинг жиддий муаммоси деб тан олган.

Бутун дунёда ҳар бир тўртинчи аёл умри мобайнида ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасига бир ёки бир неча марта мурожаат қилади. Дунё бўйича абортларнинг йиллик сони тахминан 56 миллионни ташкил этади, улардан 25 миллиони хавфсиз эмас, бунинг натижасида 22 000 аёл вафот этади ва у оналар ўлимининг барча ҳолатларини қарийб 8% ини ташкил этади.

Абортлар сонининг барқарор камайишга бўлган мойиллигига қарамадан, абортлар муаммоси оналар ўлими, жинсий аъзоларнинг яллиғланишли касалликлари, бепуштликнинг етакчи сабабларидан бири бўлганлиги сабабли ҳанузгача ҳал қилинишни талаб этади, шунингдек, у ҳомила тушиши, оналар ва перинатал патология сонини ошириб, кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади.

2010 йил мартада аборт муаммолари бўйича Бутунжаҳон конгрессининг тан олишича (Лиссабон), медикаментоз аборт –дунё ҳамжамияти томонидан тан олинган ҳомиладорликни тўхтатишнинг энг хавфсиз технологияси бўлиб ҳисобланади. Абортларнинг, шу жумладан хавфли абортларнинг тарқалганлиги кўпинча мамлакатнинг қонунчилик сиёсати билан белгиланади.

Аҳолининг репродуктив саломатлигини сақлаш, оилани режалаштириш ва абортларнинг хавфсизлиги муаммолари давлат учун жуда ҳам долзарб

бўлиб ҳисобланади. Бу 2019 йилда Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида”ги қонуни билан тасдиқланади.

Бироқ, асоратсиз абортдан кейин тезликда жинсий фаолликнинг эрта тикланиши ва фертиллиқнинг эрта тикланишини (биринчи уч ойликда сунъий аборт қилингандан кейин 10 кун ўтгач, овуляциянинг содир бўлиш эҳтимоли 75,9%ни ташкил этади) ҳисобга олиб [3,7], аёлларга абортдан кейин дарҳол қўллашлари мумкин бўлган юқори самарали контрацептив усулларни таклиф этиш жуда муҳим [1, 8, 11].

Мазкур илмий-тадқиқот ишини (ИТИ) олиб бориш шунинг учун ҳам долзарбдирки, дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортдан кейин гемостатик ўзгаришларни коррекциялаш заруриятини ҳисобга олувчи реабилитациянинг тизимлаштирилган мақбул схемалари мавжуд эмас. Юқорида кўрсатилган фактлар бизнинг ишимиз йўналишини белгилаб берди.

Тадқиқот объекти ва предмети.

периферик венанинг веноз қони у эрталаб оч қоринга ҳомиладорликни тўхтатишдан аввал, 200 мг мифепристон қабулидан сўнг 1-чи суткада, 800 мкг мизопростол қабулидан сўнг 1-чи суткада, 1,3 ва 6 циклда КОК фаол таблеткалари қабулининг 19-21 куни олинган.

Тадқиқотнинг мақсади- аниқланган гемостазиологик ўзгаришларга қараб, медикаментоз абортдан сўнг контрацепция ва реабилитация усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

1. Ҳомиладорликни медикаментоз йўл билан тўхтатишда гемостаз ҳолатини ўрганиш.

2. Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан ва дори дармонлар ёрдамида тўхтатиш усуллари қўлланилганда абортдан кейинги даврнинг клиник кечишини қиёсий баҳолаш.

3. Аборт ўтказилган аёлларда, гемостаз тизимининг ҳолатини ҳисобга олиб, контрацепция ва реабилитациянинг мақбул усуллари аниқлаш.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги

Илк маротаба ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан ва дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш усуллари қўлланилганда гемостаз тизимининг ҳолати ўрганилган ва гемостаз тизимининг ҳолатига қараб реабилитациянинг мақбул усули аниқланган.

Амалий аҳамияти:

Ўтказилган тадқиқот натижасида дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган аборт фониди ва абортдан кейинги реабилитация жараёнида гемостаз тизимини текшириш зарурияти илмий жиҳатдан асосланган.

Тадқиқот мавзусининг ўрганилганлик даражаси. Абортдан кейинги асоратлар ривожланишининг эҳтимоллиги ўтказилган муолажалар сони ортиши билан авж олиб бормоқда. И.С. Савельеванинг маълумотларига кўра, анамнезида иккитагача ҳомиладорликни тўхтатишнинг мавжудлиги 3-4 % ҳолатларда асоратларга олиб келади; анамнезида уч-тўртта аборт 20% ҳолатларда асоратланади; олтитадан кўп абортни ўтказган аёллар эса 100% ҳолатда асоратлар пайдо бўлиш хавфига дучор бўлишади. Абортдан кейинги даврда гормонал контрацепциянинг қўлланилиши юзага келган асоратларни (хайз функциясининг бузилиши, КЧАЯК) даволашда патогенетик восита бўлиб хизмат қилади, шунингдек, гинекологик патология ривожланишининг (бачадон миомаси, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари, эндометриоз) профилактикаси бўлиб ҳисобланади [11,15].

Тадқиқот материали ва усуллари.

Тадқиқотимизга 105 та ҳомиладорлигини тўхтатиш бўйича (аменореянинг 63 кунигача ёки гестациянинг 9 ҳафтасигача) мурожаат қилинган аёллар киритилди. Текширилган аёллар 20 ёшдан 40 ёшгачани ташкил қилди. Ўртача ёш $29,7 \pm 3.2$ ёшни ташкил қилди. Барча аёллардаги ушбу ҳомиладорлик исталмаган ҳомиладорлик бўлган. Асосий гуруҳдаги аёлларга Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 17 сентябрдаги 229-буйруғига асосан “Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий клиник баённомаси” га мувофиқ ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усули (мифепристон 200 мг ва мизопростол 800 мкг) ўтказилди. Қиёсий гуруҳга хирургик аборт қилган аёллар ва назорат гуруҳи ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин текширилди.

Тадқиқот усуллари.

Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин ва кейин:

1. умумклиник текширув;
2. Гинекологик текширув;
3. рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда);
4. фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ сонияларда);
5. тромбин вақти (ТВ сонияларда);
6. халқаро меъёрлаштирилган нисбат (ХМН);
7. фибриноген (г/л да);
8. тромбоцитлар сони;
9. Кичик чаноқ аъзоларининг трансвагинал эхографияси.

Танланган контрацепция усулининг мақбуллиги гемостаз тизимига таъсири, тана вазн индекси, АҚБ катталиги, субъектив кечирилиши, ножўя таъсир ва асоратларнинг мавжудлиги бўйича баҳоланади.

Назарий ва амалий қиймати

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида медикаментоз аборт фониди ва абортдан кейинги реабилитация жараёнида гемостаз тизимини ўрганиш зарурлиги илмий асосланган.

Медикаментоз абортдан сўнг реабилитация тадбирлари мажмуасига антиагрегантлар билан АОК биргаликда қўлланилиши тромботик асоратлар хавфини камайтиришга имкон беради.

Магистерлик диссертациясининг тузилиши ва ҳажми.
Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, учта боб, хотима, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 74 бетни ташкил этган.

1- БОБ. АБОРТ ВА АБОРТДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ

(АДАБИЁТЛАР ШАРХИ)

1.1. Аборт ва унинг асоратлари

Аборт [лот. abortus – бола ташлаш] – аёлларда ҳомиладорликнинг дастлабки 28 ҳафтасида бачадондан ҳомила тушиши. Абортнинг эрта (ҳомиладорликнинг 12 ҳафтаси ичида керакли даво чоралари кўрилмаганда бола тушиши) ва кечикиб (13-27 ҳафта ичида бола тушиши) содир бўлиши кузатилади. Сунъий бола тушириш аёлнинг ўз истаги ёки соғлиғига қараб ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасига қадар, тиббий сабабларга кўра эса бундан кечроқ муддатларда туғруқхоналарда амалга оширилади [3,27].

2010 йил март ойида abort бўйича Жаҳон Конгресси (Лиссабон) тиббий abort-жаҳон ҳамжамияти томонидан тан олинган абортнинг енг тараққий етган технологияси еканлигини еътироф етди. Абортларнинг, шу жумладан хавфли бўлмаганларнинг тарқалиши кўп жихатдан мамлакатнинг Қонунчилик сиёсати билан белгиланади. ЖССТ тавсияларига кўра, соғлиқни сақлаш мутахассислари abort бўйича миллий Қонунчилик асосларини билиш ва қўллаш ва амалдаги Қонунчилик томонидан тақдим етилган юқори сифатли хизматларнинг мавжудлигини таъминлаш учун норматив-ҳуқуқий база, стратегия ва протоколларни янада ривожлантиришга ҳисса қўшишлари керак. Аҳолининг репродуктив саломатлигини асраш, оилани режалаштириш ва абортлар хавфсизлигини таъминлаш муаммолари давлат учун ўта долзарбдир. Бу 2019 йилда Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган қонун билан тасдиқланади (Национальный клинический протокол о порядке проведения искусственного прерывания беременности, 2020).

Ғайриихтиёрий аборт (бола ташлаш) сабаблари:

1) ўткир ва юқумли касалликлар, масалан, терлама, безгак, бруцеллёз, захм ва бошқа(лар);

2) она билан ҳомила қони резус факторининг мос келмаслиги (она қонида резус фактор манфий, ҳомилада мусбат бўлиши);

3) умумий касалликлар (юррак, қон томирлари, ўпка ва нафас аъзолари, буйрак, эндокрин без касалликлари);

4) жинсий аъзо касалликлари (тухумдон фаолиятининг бузилиши); бунда сариқ тана гормони кам ишланиб чиқиб, бачадон мушакларини қисқартирувчи омиллар, жумладан, фолликулин кучайиб кетади, натижада аборт рўй беради;

5) ички жинсий аъзоларнинг турли сабаблар билан яллиғланиши;

6) аёл таносил аъзосининг етарли ривожланмаганлиги (инфантилизм);

7) турли шикастлар (ҳомиладорлик вақтида йиқилиш, оғир юк кўтариш, лат ёйиш ва ҳ. к.); ҳомиладорнинг бирор нарсадан қаттиқ кўрқиши, ҳаяжонланши [13,17].

Бола тушиши ҳомиланинг бачадондан кўчиш даражасига қараб турлича кечади. Аборт хавфи туғилганда бел оғриб, жинсий аъзодан бироз қон келади, бачадон ҳомила муддатига номувофиқ катталашади; тўғри даво қилинса, ҳомиладорликни сақлаб қолиш эҳтимоли ортади. Бундай ҳолат бошланаётганида оғриқ сезилиб, қон келади, бачадон таранглашади. Бунда ҳам ҳомила тирик бўлса, ҳомиладорликни сақлаб қолиш имкони мавжуд. Бу жараён жадаллашганида лахта-лахта қон келади, бачадон таранглашади, қисқаради. Чала абортда ҳомила бутун чиқмай, унинг кўчмаган қисмлари бачадон ичида қолади, кўп қон кетади, бачадон ҳомиладорлик муддатига нисбатан кичик бўлиши кузатилади [3,27].

Тўлиқ абортда ҳомила бутун тушади; қон келиши тез тўхтайдди, бачадон кичрайдди. Агар ҳомила нобуд бўлиб, бачадон қисқариши жуда суст кечса, ҳомиланинг ажралиши ва тушиши узоқ вақтга чўзилиши мумкин (чўзилган аборт). Бунда бачадондан анча вақтгача қон кетади, гоҳида ҳомила бачадон деворидан кўчади, бироқ бачадон бўйин каналининг ташқи тешиги ёпиқ бўлса, бўйин каналида тўхтаб қолади ва бу бачадон бўйнига бола тушиши дейилади. Гоҳида ҳомила нобуд бўлса ҳам (бачадон қисқармаса), тушмаслиги мумкин. Атрофидаги сув шимлиб, ўзи бужмайиб, мўмиёсимон бўлиб қолади ва у ёпилиб қолган аборт дейилади. Бола тушишига инфекция сабаб бўлганида, Инфекция ҳомилани зарарлаб, бачадон ва бошқа(лар) жинсий аъзолар билан биргаликда қорин пардаси яллиғланади, ҳомиладорнинг иситмаси кўтарилади.

Медикаментоз абортдан кейинги реабилитация

Исталмаган ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш (аборт) аёллар репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатувчи муҳим тиббий-ижтимоий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, абортни, аёллар репродуктив саломатлигини сақлашнинг жиддий муаммоси деб тан олган.

Бутун дунёда ҳар бир тўртинчи аёл умри мобайнида ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасига бир ёки бир неча марта мурожаат қилади. Дунё бўйича абортларнинг йиллик сони тахминан 56 миллионни ташкил этади, улардан 25 миллиони хавфсиз эмас, бунинг натижасида 22 000 аёл вафот этади ва у оналар ўлимнинг барча ҳолатларини қарийб 8% ини ташкил этади.

Абортлар сонининг барқарор камайишга бўлган мойиллигига қарамадан, абортлар муаммоси оналар ўлими, жинсий аъзоларнинг яллиғланишли касалликлари, бепуштликнинг етакчи сабабларидан бири бўлганлиги сабабли ҳанузгача ҳал қилинишни талаб этади, шунингдек, у ҳомила тушиши, оналар ва перинатал патология сонини ошириб, кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади.

2010 йил мартада аборт муаммолари бўйича Бутунжаҳон конгрессининг тан олишича (Лиссабон), медикаментоз аборт –дунё ҳамжамияти томонидан тан олинган ҳомиладорликни тўхтатишнинг энг хавфсиз технологияси бўлиб ҳисобланади. Абортларнинг, шу жумладан хавфли абортларнинг тарқалганлиги кўпинча мамлакатнинг қонунчилик сиёсати билан белгиланади.

Аҳолининг репродуктив саломатлигини сақлаш, оилани режалаштириш ва абортларнинг хавфсизлиги муаммолари давлат учун жуда ҳам долзарб бўлиб ҳисобланади. Бу 2019 йилда Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида”ги қонуни билан тасдиқланади.

Бироқ, асоратсиз абортдан кейин тезликда жинсий фаолликнинг эрта тикланиши ва фертиллиқнинг эрта тикланишини (биринчи уч ойликда сунъий аборт қилингандан кейин 10 кун ўтгач, овуляциянинг содир бўлиш эҳтимоли 75,9%ни ташкил этади) ҳисобга олиб [3,7], аёлларга абортдан кейин дарҳол қўллашлари мумкин бўлган юқори самарали контрацептив усулларни таклиф этиш жуда муҳим [1, 8, 11].

Гормонал контрацепциянинг усуллари: аралаш (эстроген ва прогестаген) ёки соф гестаген усулларни мизопростол (одатда бу медикаментоз абортнинг учинчи куни) қабули вақтида беришни бошлаш мумкин. Бу усуллар орал контрацептив воситаларни, инъекцион усулларни (масалан, депо- медроксипрогестерон ацетат), имплантларни ва контрацептив пластрни ўз ичига олади. Аралаш эстроген-прогестагенли ҳомиладорликка қарши қин ҳалқасини мизопростол қабулидан кейин бир кун ўтгач ёки кўп миқдорда қон кетишда 2-3 кун ўтгач қўллашни бошлаш мумкин. Бу тавсия клиник тажрибага асосланган, аммо абортдан кейин давомли ва кўп миқдордаги қон кетишлар вагинал ҳалқанинг самарадорлигини қай даражада пасайтириши номаълум [5, 8]. Ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида

амалга оширилган дори-дармонлар ёрдамидаги абортдан кейин дарҳол кин халқасини қўллаш бўйича айрим маълумотлар мавжуд, бу маълумотларда абортдан кейин уч ҳайз даври мобайнида бирор-бир жиддий салбий ҳолатлар ёки инфекция билан боғлиқлик аниқланмаган [4, 9].

Баъзи тадқиқотчиларнинг фикри бўйича, уч-тўрт ой мобайнида аралаш гормонал контрацептивни узайтирилган узлуксиз равишда қабул қилиш тартиби айниқса самаралидир. КОКлар қабулининг узайтирилган схемаси, даврий тартиб билан солиштириш мумкин бўлган ножўя таъсирларнинг хавфи ва қабул қилиш асоратларига эга бўлади ҳамда эндометрида пролифератив жараёнларнинг самарали сусайишига ва ҳайз вақтида қон йўқотишларнинг камайишига сабаб бўлади [3,13].

Бачадон ичи воситаларни дори-дармонлар ёрдамидаги аборт тугагандан кейин ҳар қандай вақтда, яъни уруғланган тухум хужайра экспульсиясидан кейин 48 соат мобайнида киритиш мумкин [1, 15]. Тўлиқ дори-дармонлар ёрдамидаги аборт аёлнинг экспульсия ҳақидаги анамнестик маълумотлари билан биргаликда, эхографик равишда, одам хорионик гонадотропинига тест ўтказиш ёки кичик чаноқ аъзоларини текшириш билан тасдиқланиши мумкин. Агар БИВнинг киритилиши кейинги ташрифга режалаштирилган бўлса (уч ҳафтадан сўнг), унда аёл мазкур даврдаги жинсий фаоллиги пайтида тўсиқли ёки гормонал контрацептивлардан фойдаланиши лозим.

Презервативлар, диафрагмалар ва спермицидлар сингари тўсиқли усуллар жинсий фаоллик тикланганда қўлланилиши мумкин [6,12].

Аёллар стерилизацияси аёл томонидан ихтиёрий хабардорлик розилиги имзоланганидан кейин амалга оширилиши мумкин [12,15].

Ишчи гуруҳ тиббий ходимлар, тадқиқотчилар ва БЖССТнинг ташқи экспертларини ўз ичига олган. Маълумотларни йиғиш учун гуруҳли ва индивидуал сўров усуллари, жамоатчилик вакиллари ва провайдерлар билан муҳокама қилиш, ҳомиладорликни тўхтатиш туфайли ёки контрацепция

узулини танлаш учун муружаат қилган аёллар орасида сўровнома ўтказиш, абортни бажариш мониторинги, абортдан олдин ва кейин маслаҳат ўтказиш қўлланилган. Ўтказилган тадқиқот, айниқса, ижтимоий ҳимоя қилинмаган гуруҳлар орасида аҳолининг беморлар ҳуқуқлари ҳақида; контрацепциянинг мавжудлиги ва абортлар ҳақида; репродуктив саломатликни сақлаш масалаларида шерикнинг роли ҳақида хабардорлигини ўрганишга бағишланган. Бундан ташқари, мазкур тадқиқотда тақдим этилаётган хизматларни, айнан абортдан олдинги маслаҳат, аборт муолажаларини ташкиллаштиришни (қўлланилаётган усуллар, оғриқсизлантириш тури, асоратларни олдини олиш усуллари) молиялаштириш, бошқариш, уларнинг нархи ва сифати каби масалалар кўтарилган. Тадқиқот натижалари ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш ҳақида ҳам, унинг профилактикаси ҳақида ҳам маълумотнинг ифодаланган танқислигини аниқлади. Бундан ташқари, тадқиқот мобайнида Россия жамиятининг турли қатламлари орасида контрацепцияга турлича муносабат аниқланди, бу эса контрацепциянинг мавжуд усулларини самарадорлиги, афзалликлари, ножўя таъсирлари ва ҳаммабплиги ҳақидаги хабардорлик билан боғлиқ. Сўралганларнинг фикри бўйича контрацепциянинг мақбуллигига ва унинг ҳомиладорликни тўхтатишдан кўра афзалроқ эканлигига қарамасдан, контрацепциянинг саломатликка салбий таъсир қилиши ҳақидаги кенг тарқалган фикр туфайли, сўралганларнинг жуда ҳам кам қисми уни мунтазам қўллашади [5,9].

Аммо исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш усуллари ҳақида маълумот олиш учун репродуктив ёшдаги аёлларнинг ярмидан камроғи (45%) шифокорга муружаат қилишади. Қолганлар эса ўз билимларига ва атрофдаги яқинларининг тажрибаларига таянишни афзал билишади [10].

Абортдан кейинги асоратлар ривожланишининг эҳтимоллиги ўтказилган муолажалар сони ортиши билан авж олиб бормоқда. И.С. Савельеванинг маълумотларига кўра, анамнезида иккитагача ҳомиладорликни тўхтатишнинг мавжудлиги 3-4 % ҳолатларда асоратларга

олиб келади; анамнезида уч-тўртта аборт 20% ҳолатларда асоратланади; олтидан кўп абортни ўтказган аёллар эса 100% ҳолатда асоратлар пайдо бўлиш хавфига дучор бўлишади. Абортдан кейинги даврда гормонал контрацепциянинг қўлланилиши юзага келган асоратларни (ҳайз функциясининг бузилиши, КЧАЯК) даволашда патогенетик восита бўлиб хизмат қилади, шунингдек, гинекологик патология ривожланишининг (бачадон миомаси, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари, эндометриоз) профилактикаси бўлиб ҳисобланади [11,15].

Абортдан кейин стресс ҳолати фонида гипоталамо-гипофизар тизимнинг қўзғалиши натижасида организмда стероид гормонлар – фолликула стимулловчи, адренкортикотроп, эстрогенлар ва глюкокортикоидларнинг ишлаб чиқарилиши рўй беради, шу сабабли гипоталамуснинг қўзғалувчанлигини пасайтириш ва мувофиқ равишда тухумдонларда ўзгаришлар ва эндометрийда гиперпластик жараёнларнинг ривожланишини олдини олиш зарурияти пайдо бўлади. Қайта абортларда ҳайз функциясининг бузилиши 25-30% аёлларда қайд этилади. Мазкур бузилишлар билан боғлиқ бўлган асоратлар аста-секин ривожланади ва кўпинча, уларнинг клиник белгилари кеч пайдо бўлиши ҳисобига уларни илгари ўтказилган абортлар билан боғлашмайди [6, 15]. Тадқиқотчиларнинг фикрича, эстроген-гестаген орал контрацептивларининг қўлланилиши постаборт даврда гипоталамо-гипофизар тизим функциясининг мувофиқ реабилитациясига ва репродуктив функциянинг тикланишига олиб келади. Абортдан кейин дарҳол КОКнинг қўлланилиши қуйидагиларни таъминлайди: қон кетиш ифодаланганлигини камайтириш (йўқотиш); пролифератив жараёнларни сусайтириш; эндометрий даражасида яллиғланишга қарши ва регенераторли таъсир кўрсатиш; гипоталамо-гипофизар тизим қўзғалувчанлигини камайтириш ва гонадотроп фаолликни пасайтириш; эстроген ва прогестинлар танқислигини йўқотиш; ҳомиладорликдан сақланиш [7,12]. Бу ўсмир қизлар ва ёш аёллар учун муҳим аҳамият касб этади, чунки тўлақонли шаклланмаган

репродуктив тизимда рўй берган биринчи ҳомиладорликни тўхтатиш кўпгина ҳолларда бепуштликка олиб келади [8, 16].

Медикаментоз абортдан кейин реабилитация масаласида инфекция асоратларни олдини олиш ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда. Ҳозирги вақтда жарроҳлик йўли билан қилинадиган абортни бажаришда ўтказиладиган антибиотикопрофилактика инфекция асоратларни олдини олиш имконини бериши исботланган (исботланганликнинг А синфи)

Гормонал контрацептивларнинг қўлланилиши туфайли келиб чиқадиган ножўя таъсирлар ва асоратларни эсан чиқармаслик лозим. Улардан энг даҳшатлиси бўлиб тромбозлар ва тромбоемболиялар ҳисобланади [12, 13]. Бунда уларнинг хавфи қўлланилиш давомийлиги ортиши билан 2-7 мартабага ошади [11,15]. Турли муаллифларнинг маълумотига кўра, аралаш орал контрацептивларнинг қўлланилиши аёлнинг организмида гемостатик оғишлар билан ўтади, уларга гиперкоагулемияга мойиллик сифатида қаралади ҳамда у гиперфибриногенемия, VII омилнинг фаоллашуви билан намоён бўлади, C протеинга резистентлик ортади [7, 13]. Кўпинча плазминогеннинг плазминга (ёки фибринолизинга) айланиш тезлигини аниқловчи плазминоген фаоллашувининг ингибитори микдорининг камайиши ҳисобига амалга ошириладиган фибринолиз - фибрин ҳосил бўлишнинг кучайишига бўлган реакция фаоллашади [6, 8]. Ивишга қарши салоҳиятга орал контрацептивларнинг таъсири истисно этилмайди, гарчи адабиётда ҳамма имкониятлар қайд этилади: бировлар микдорнинг камайишини аниқласа, бошқалар сезувчанликнинг бўлмаслигини, учинчилар жинсий гормонлар таъсирида антитромбин III нинг сусайишини аниқлашган [1]. Гемостатик ўзгаришларнинг жадаллиги эстроген компонентнинг дозаси ва контрацептивнинг қўлланилишини давомийлиги ортиши билан кучаяди; гемостазнинг тромбоцитар ва коагуляцион бўғинларида оғишлар боғланган ва бир йўналишли табиатга эга бўлади. Гемостазнинг коагуляцион (биокимёвий) компонентидаги ўзгаришлар пайдо бўлиш вақтидан аввал, тромбоцитар

бўғинда ифодаланган ўзгаришлар гормонал контрацептивларни қўллашнинг биринчи даврида юзага келади, бу эса ивишнинг фаоллашувида тромбоцитларнинг ташаббускорона роли ҳақида далолат беради [2, 7].

Аралаш орал контрацептивларининг қўлланилишига муқобил восита бўлиб, соф гестагенли воситалар ҳисобланади, уларнинг гемостазга таъсири, айрим муаллифларнинг фикрича, камроқ ифодаланган [10], бошқа муаллифларнинг фикрига кўра эса гемостазнинг тромбоцитар ва коагуляцион бўғинларида ўзгаришлар жадаллигини ва гипергомоцистеинемия (ГГЦ) миқдорини оширади [5,6]. Ҳозирги вақтда ГГЦ тромботик ва атеросклеротик асоратлар ривожланиш хавфининг асосий омилларидан бири бўлиб ҳисобланади [13]. Гипергомоцистеинемия кўпгина ирсий ва орттирилган омилларнинг қўшма таъсирининг натижаси бўлиб, гемостаз тизимининг ҳам тромбоцитар, ҳам коагуляцион бўғинларида кузатиладиган гемостатик оғишларини рағбатлантиради, шу билан бирга табиий антикоагулянтларнинг ва фибринолиз тизимининг фаоллигини сусайтиради [12]. Шундай қилиб, ҳомиладорликни сунъий тўхтатишдан кейин аёлларни олиб бориш тактикаси нафақат стандарт терапияни, периперацион асоратларни даволашни ўз ичига олишдан ташқари, аёллар саломатлиги учун янги асоратларни ва узоқдаги салбий оқибатларни олдини олиш учун КОКни профилактик тарзда тайинлашни кўзда тутиш лозим, чунки бу фармакоиктисодий жиҳатдан асослидир. Фақат бу ҳолатда асоратлар, бинобарин, узоқ вақтдан кейин ривожланадиган касалланиш ва ўлим сони камаяди, бу эса катта иқтисодий самарани таъминлайди ҳамда аёлларнинг соматик ва репродуктив саломатлигига ижобий таъсир кўрсатади.

1.2. АНТИПРОГЕСТИНЛАР ВА ПРОСТАГЛАНДИНЛАРНИ ҚЎЛЛАШ ФОНИДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ.

Ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш усуллари хавфсиз ва самарали эканлиги исботланган [2,43]. Энг самарали тартиб мифепристон

прогестеронли рецепторларининг блокатори қўлланилишига асосланган бўлиб [67], у прогестероннинг прогестеронли рецепторларини боғлаб олади ва ингибирлайди ҳамда шу йўл билан ҳомиладорликнинг ривожланишини тўхтатади.

Кокрейн базаларининг маълумотларига кўра, 600 мг га (мизопростол билан комбинацияда) нисбатан 200 мг мифепристон тўлиқ абортга эришишда бир хил самарани кўрсатган ва 96-98%ни ташкил этган ҳамда дунёнинг етакчи малакали уюшмалари (акушер ва гинекологларнинг Америка конгресси, акушер ва гинекологларнинг Қироллик жамияти, Гинекологлар ва акушерларнинг Халқаро федерацияси), БЖССТ ва ЕТА (Европа тиббий агентлиги) томонидан маъқул деб топилган.

Ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш тартиблари Мифепристонни бачадоннинг қисқаришини кучайтирувчи ва уруғланган тухум хужайранинг қувилиб чиқишига олиб келувчи простогландинларнинг синтетик аналогини (одатда мизопростол) кейинчалик қўллаш билан комбинацияда тайинлашни ўз ичида мужассам этади [32,76]. Қарийб 90% аёлларда уруғланган тухум хужайранинг қувилиб чиқиши мизопростолни 46 соат мобайнида қўллашдан сўнг содир бўлади. Бу даврда кўпчилик аёлларга тўлғоқсимон оғриқни йўқотиш учун анальгетиклар талаб этилади [12,72,77]. Ҳомиладорликни эрта муддатларида дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш ҳайзга ўхшаш реакция типига рўй берадво икки даврни ўз ичига олади. Яширин давр восита қабул қилинган 24-48 соат давом этади ва клиник жиҳатдан ҳеч қандай белги билан намоён бўлмайди. Мазкур даврда прогестеронли рецепторларнинг трансформацияси ва генлар транскрипциясининг блокадаси содир бўлади, бу эса уруғланган тухум хужайранинг ривожланиши сўнишига ва децидуал парда ажралишига олиб келади. Дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортнинг асосий даври бачадон қисқариши туфайли юзага келган тўлғоқсимон оғриқнинг пайдо бўлиши ва жадаллиги бўйича ҳайз вақтида кузатиладиган қон кетишларни

эслатувчи ҳайзга ўхшаш давомли қон кетишлар билан тавсифланади. Қон кетиш мизопростолни қабул қилгач ўртача 1,4 соатдан кейин бошланади, простогландин қабулидан сўнг 3-6 соатга келиб эса қонли ажралмаларнинг ажралиши максимал даражага етади. Агар қон кетиш 400 мкг мизопростолнинг қабулидан сўнг уч соат мобайнида юз бермаса, дозани қайта қабул қилиш зарур.

Мифепристон ва простагландинларнинг аналоглари ўткир ва сурункали жигар ва буйрак усти беши етишмовчилигида, ирсий порфирияларда ва воситаларнинг ҳар қайсисига аллергия кузатилганда қўллаш мумкин эмас [9,21]. Глюкокортикоидларни узоқ вақт қабул қилганда, гемостаз бузилишида, оғир камқонликда, юрак-томир касалликларида ва уларнинг хавф омилларида эҳтиёткорлик билан қўллаш ва индивидуал ёндашиш зарур [16,18].

Ҳомиладорликнинг кичик муддатларида дори-дармонлар ёрдамида аборт қилиш бўйича ўтказилган тадқиқотларнинг турли-туманлигига қарамасдан, гемостаз тизимининг айрим кўрсаткичлари ўзгаришларини тавсифловчи маълумотлар кам сонли ва турличадир [21,45]. Нью-Йорк ва Будапештлик олимларнинг жамоавий тадқиқотлари маълумотига кўра, антипрогестин – мифепристоннинг абортив ва ҳайз сингари таъсири икки омил: эндометриал қон кетиш ва ҳужайрадан ташқаридаги матрикснинг деградацияси билан боғлиқ. Ушбу жараёнлар периваскуляр децидуал ҳужайравий гемостатик фаолликнинг пасайиши ва ҳужайрадан ташқаридаги матрикснинг деградациясини келтириб чиқарадиган протеазали фаолликнинг ошишини акс эттиради.

Нью Хэвенлик тадқиқотчилар ҳам гемостазнинг асосий ташаббускори бўлган тўқима омилнинг прогестеронни ишлаб чиқаришини сусайтиришда антипрогестин – мифепристоннинг ролини, бунинг натижасида ҳайзнинг секретор даврида эндометрийнинг гемостатик ҳолати бузилиши ва ҳайз вақтида қон кетишининг юзага келишини таъкидлаб ўтишади [56,59].

Мексикалик олимлар мифепристоннинг томирни торайтирувчи таъсирини ва унинг одамда тромбоцитларнинг АДФ индуцирланган агрегациясига таъсирини таҳлил қилишди. Мазкур тадқиқотда аниқланишича, мифепристон калий хлорид ёки серотонин юборилиши натижасида торайган томирларнинг, ҳам эндотелий иштирокида ва ҳам эндотелийсиз, тезликда ва қайтар вазорелаксациясини, шунингдек одамда тромбоцитларнинг АДФ индуцирланган агрегациясини зудлик билан тўхташини келтириб чиқаради [1,24,76].

Гемостазга простагландин мизопростолнинг таъсири бўйича маълумотлар ҳам кам сонли. Краков тиббиёт коллежининг тадқиқотчилари томонидан периферик артерияларнинг касалликларида мизопростол (1 ой мобайнида 200 мкг дан суткасига 3 маҳал) билан давомли даволаш вақтида фибринолитик тизимнинг фаоллашуви, айнан эса эуглобулин лахтаси лизисининг вақти қисқарганлиги ва тўқима типидagi плазминоген фаоллигининг ошиши аниқланган. Тромбоцитларнинг коллагенга бўлган сезгирлигининг пасайиши ҳам кузатилган [10].

Эронлик олимлар кесарча кесиш операциясидан кейин қон кетишни тўхтатиш учун сублингвал тарзда қўлланилган мизопростол билан вена ичига юборилган окситоциннинг самарасини таққослашга доир тадқиқотни ўтказишди, натижада мизопростол қўлланилган гуруҳда қон йўқотилиши ҳажмининг статистик жиҳатдан ишончли равишда камайиши, шунингдек, бу гуруҳда окситоцин воситаларининг қўшимча равишда юборилишига ишончли равишда эҳтиёжнинг камайиши қайд этилган. Аммо мазкур кузатувда муаллифлар қон йўқотилиши ҳажмининг пасайиши қайси фармакологик механизм ҳисобига, фақат утеротоник таъсир сабаблими ёки гемостаз тизими бўғинларининг фаоллашуви туфайли рўй берганлигини баён этишмаган [19,43].

Акушерлик қон кетишларни тўхтатишда простагландин E1 нинг аналоги – мизопростолнинг самараси бошқа хорижий ва маҳаллий манбаларда

ҳам келтирилган [71]. Мизопростол ҳам даволаш, ҳам профилактика мақсадида қўлланади. 800-1000 мкг дозада per rectum шаклидаги простагландин E1 нинг терапевтик аналоги йўлдошнинг вақтидан олдинги кўчишида, йўлдош ва туғруқдан кейин даврларда кузатиладиган гипотоник қон кетишларда, кесарча кесиш операциясида кўп қон кетишида, гемостаз тизимининг ирсий ва орттирилган нуқсонлари қайд этилган аёлларда қўлланилади. Профилактика мақсадида 400-600 мкг дозада per rectum шаклидаги мизопростол йўлдошнинг олдинда келишида ва пастда жойлашувида, кўп сувлиликда, кўп ҳомилаликда, ҳомиланинг вазни катта бўлганда, туғруқ фаолиятининг аномалияларида, ҳомиланинг антенатал ўлимида қўлланилади [34,58].

Бундан ташқари, ХМН параметрлари бўйича референс қийматлар чегарасида қон прокоагулянт салоҳиятининг кучайиши, протромбин индексининг (ПТИ) 2,2%га ошишига, фаоллашган қисман тромбопластин вақтининг (ФҚТВ) 2,4% га қисқаришига, VIII омил фаоллигининг 19%га сусайишига бўлган мойилликлар қайд этилган [45,83].

Томир ичи қон ивишининг бошланғич маркери сифатида уруғланган тухум хужайранинг қувилиб чиқиши билан боғлиқ қон кетишининг чўққиси, яъни 3-4-чи суткада С протеини фаоллигининг 4,5%га пасайишига бўлган мойиллиги белгиланади. Бундан ташқари, тадқиқотчилар эуглобулинли лизис даражасининг дастлабки қийматга нисбатан 12,5% га пасайишини, плазминоген миқдорининг 5,0%га камайишига ва Д-димер концентрациясининг 19,2%га ошишига бўлган мойилликни кузатишган, бу эса қон йўқолиши фонида қон ивиш жараёнининг физиологик фаоллашувини ва фибринолизни тасдиқлайди. Тадқиқотда а2-антиплазминнинг фаоллиги 10,2% га камайган [45,51].

3-4-чи суткада қоннинг умумий таҳлилида қизил қон таначалари концентрациясининг 2,1% га, гемоглобиннинг 4,8% га ва гематокритнинг 4,5% га камайиши қайд этилган, ранг кўрсаткичи ўзгармаган [67,71].

Дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортнинг 10-суткасига келиб, дастлабки қийматга нисбатан фибриноген концентрациясининг 7,4% га, VIII омил фаоллигининг 12,8%га пасайиши, физиологик қийматлар доирасида Виллебранд омили фаоллигининг пасайишга, С протеини фаоллигининг 5,6%га ошишига, плазминоген фаоллигининг 4,0%га ва а2-антиплазминнинг 15,1%га ошишига, Д-димер миқдорининг 29%га пасайишига бўлган мойиллиги қайд этилган. Қоннинг биокимёвий таҳлилида АЛТ концентрациясининг ошиши кузатилган [56,58].

Муаллиф томонидан 600 мкг дан паст дозада мизопростол қўлланилганда қонда эритроцитлар миқдорининг табиий камайиши аниқланган. Қайд этилишича, 400-600 мкг дозадаги мизопростол ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатилишининг 3-4-суткасига келиб, фибриноген концентрациясининг пасайиш даражасини камайтиради [7,9].

Мизопростолни каттароқ дозада ва вагинал йўл билан киритиш бачадоннинг яхшилаб қисқаришини таъминлайди ва бу билан қон йўқолиш ҳажмини камайтиришга мойиллик уйғотади, шу сабабли воситани вагинал йўл билан киритиш дори-дармонлар ёрдамида амалга ошириладиган абортда афзал бўлиб ҳисобланади [15,37].

Мазкур хулосага қарама қарши равишда, хорижий олимлар фармакологик абортнинг эҳтимолий инфекцион асоратлари фоизини ишончли тарзда камайтириш мақсадида мизопростолни асосан трансбукал киритиш ҳақида билдиришади [15,26].

Неманова С.Б. ўзининг илмий-тадқиқот ишининг натижалари бўйича ишлаб чиққан амалий тавсияларида мақбул тестларни ажратган ҳамда уларни 42 кунлик аминорея ҳолатидаги ҳомиладорликни фармакологик тўхтатишда гемостазиологик гомеостазнинг ҳолатини таҳлил қилиш учун қўллашни: 3-4 суткада халқаро меъёрлаштирилган нисбат кўрсаткичларини, тромбоцитлар агрегация даражасини, а2-антиплазмин фаоллигини, Виллебранд омилини ва

дори-дармонлар ёрдамида амалга ошириладиган абортнинг 10-суткасида Д-димер миқдорини аниқлашни таклиф этган [18,28].

Гемостаз тизими ўзгаришларининг айнан шу муддатларида мониторинг қилиш қизиқиш уйғотади, чунки бачадондаги ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш учун воситаларни қўллаш кўрсатмасига мувофиқ, мифепристоннинг ярим чиқариш даври 18 соатни, мизопростолники эса 36-40 дақиқани ташкил этади. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот қўлланилаётган воситаларнинг қон ивиш тизимига таъсирини тўлиқ ҳажмда очишга имкон бермайди, балки улар ҳайзга қараганда узоқроқ ва жадалроқ қон кетишини келтириб чиқариши ҳисобига организмда рўй бераётган ўзгаришларини акс эттиради.

Бачадондаги ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш учун қўлланилгандан сўнг биринчи суткада гемостаз тизимига мифепристон ва мизопростолнинг изолирланган таъсири бўйича, шунингдек, постаборт даврда тромботик асоратларнинг юзага келиш хавфининг ошиши масалалари бўйича хорижий ва маҳаллий адабиётларни излаш натижасида нашрларнинг сони етарлича эмаслиги аниқланди. Адабиётда ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатишнинг тромбоцитар омилларнинг фаоллик даражасига таъсири ҳақида маълумот топилмади.

Исталмаган ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатишнинг постаборт даврида гемостаз тизимига гормонал контрацепциянинг таъсир даражаси ҳақида ҳам маълумотлар мавжуд эмас. Прогестин воситалари простогландинлар билан биргаликда қўлланилганда оддий ҳайзга нисбатан ифодаланган қон кетишининг бошланганидан сўнг жинсий гормонлар протромботик таъсирининг кучайиши истисно этилмайди.

Исталмаган ҳомиладорликнинг кичик муддатларида дори-дармонлар ёрдамида тўхтатишдан сўнг реабилитация чоралари ҳақида тадқиқотчиларнинг фикрлари қарама-қарши ва турли-тумандир. Одатда, постаборт даврида воситалар нишон аъзо – бачадон фаолиятини тиклаш

мақсадида тайинланади ва умуман организмда аборт келтириб чиқарган ўзгаришлар ҳисобга олинмайди.

Резюме. Шундай қилиб, юқорида айтилганларнинг барчаси тадқиқотимизнинг йўналишини аниқлаб берди – бачадондаги ҳомиладорликни кичик муддатларида тўхтатиш мақсадида ва постаборт реабилитацияси жараёнида антипрогестин ва простагландинни қўллаш фонидида клиник самарани ва гемостаз ҳолатини таҳлил қилишдан иборат бўлди. Натижада аниқланган гемостатик оғишларга қараб, дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортдан сўнг постаборт реабилитациясининг мақбул усулини ишлаб чиқиш режалаштирилмоқда.

2-БОБ. Тадқиқот материали ва усуллари

2.1. Текширилаётган аёлларнинг клиник тавсифи.

Таdqиқот 2020 йилдан 2022 йилга қадар олиб борилди. Таdqиқот объектини Самарқанд шаҳрида истеъқомат қилувчи 22 ёшдан 40 ёшгача бўлган 105 нафар аёл ташкил этиб, уларга 2-сон туғруқхонасида аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги исталмаган ҳомиладорликнинг тиббий тўхтатилиши амалга оширилган. Абортдан кейинги контрацепция мақсадида таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадинон ацетат (ХМА) (“Белара”) бўлган паст дозали комбинирланган орал контрацептив тайинланган. Илмий таdqиқотнинг лаборатор қисми “” хусусий клиникаси базасида бажарилган.

Абортдан кейинги контрацепция учун препарат танлови антиандроген таъсирнинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлиб, у кейинчалик ҳам репродуктив функциянинг бузилишларини олдини олишга имкон беради, мазкур ҳолат эса репродуктив функцияси амалга оширилмаган аёллар учун айниқса муҳимдир, шунингдек у тери ва сочларнинг ҳолатига ҳам ижобий таъсир кўрсатади ва бу билан ёш аёллар учун яхши рағбатлантирувчи омил бўлиб ҳисобланади.

Барча текширилган аёллар 1-жадвалда келтирилган бир неча гуруҳларга бўлинган.

Назорат гуруҳига киритиш мезонлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланган:

- а) репродуктив ёш (бизнинг таdqиқотимизда 22 ёшдан 40 ёшгача);
- б) аёлларнинг текширишга бўлган хабардорлик розилиги;
- в) аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатилишини режалаштириш;
- г) ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатилишига монеъликларнинг йўқлиги.

Асосий гуруҳларга киритиш мезонлари:

- а) репродуктив ёш (18 ёшдан 40 ёшгача);

б) 2- ва 3-гурухлар учун дори-дармонлар ёрдамида аборт ўтказилишига ихтиёрий хабардорлик розилиги;

в) абортдан кейинги даврда таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадион ацетат мавжуд бўлган КОК гормонал контрацепциясининг қўлланилиши ҳамда БЖССТ контрацепцияси усуллари мақбуллигининг тиббий мезонларига мувофиқ равишда уни қўллашга монёликларнинг йўқлиги []. Аёлларнинг текширишга бўлган хабардорлик розилиги

Истисно этиш мезонлари қуйидагилардан иборат бўлди:

а) аёлнинг тадқиқотда иштирок этишдан бош тортиши;

б) 18 ёшдан кичик ва 40 ёшдан катта бўлган ёш;

в) шахсий ва оилавий анамнезида ҳар қандай локализациядаги тромбозлар;

г) гормонал контрацепцияни қўллашга бошқа монёликларнинг бўлиши;

д) тадқиқотда қатнашишдан камида уч ой олдин гормонал контрацептивларнинг қўлланилиши;

е) бачадондаги ҳомиласи ривожланмаган аёллар;

ж) дори-дармонлар ёрдамида бажарилган абортнинг инфекцион асоратлари.

2.1 - жадвал.

Тадқиқот дизайни.

№	Гуруҳ	Аёллар сони
1	Гестация муддати аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда исталмаган ҳомиладорликни тўхтатиш учун муружаат этган аёллар (назорат гуруҳи).	35

2	Аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги ҳомиладорликнинг тўхтатилиши дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган аёллар (асосий гуруҳ).	35
3	Аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги ҳомиладорликнинг тўхтатилиши жаррохлик йули ёрдамида амалга оширилган аёллар (таккослаш гуруҳи)	35

Назорат гуруҳини гестация муддати 63 кунгача бўлган бачадондаги исталмаган ҳомиладорликни тўхтатиш учун мурожаат этган 35 нафар аёл ташкил этди.

Иккинчи гуруҳга аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги ҳомиладорликнинг тўхтатилиши дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган, 600 мг мифепристон (препарат йўриқномасига мувофиқ) ва 800 мкг мизопростол қўлланилган 35 нафар аёл киритилган.

Учинчи гуруҳни аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда бачадондаги ҳомиладорликнинг тўхтатилиши жаррохлик усулида бажарилган 35 нафар аёл ташкил этди.

Исталмаган ҳомиладорликни тўхтатиш бўйича биринчи марта мурожаат этган барча аёлларга ҳомиладорликни тўхтатишнинг жоиз усуллари, уларнинг афзалликлари ва камчиликлари ҳақида, шунингдек овуляциянинг аборт қилинган 14 кундан сўнг эҳтимолий эрта тикланиши ва абортдан кейинги контрацепцияни эрта бошлаш зарурияти ҳақида маълумот берилди.

Исталмаган ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш аёлларнинг репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатадиган энг муҳим тиббий ва

ижтимоий омиллардан биридир. ЖССТ абортни аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлашдаги жиддий муаммо деб тан олинган.

Дунёда ҳар бир тўртта аёлдан биттаси ўз ҳаёти давомида бир ёки бир неча марта ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасини ўтказиш учун мурожаат қилади. Дунёда ҳар йили абортларнинг сони сони 56 миллионга яқин бўлиб, шундан 25 миллиони хавфли аборт ҳисобланади, натижада 22 минг аёл вафот этиб, барча оналар ўлимнинг 8% ини ташкил қилади.

Абортлар муаммоси, уларнинг сонини камайтириш тенденциясига қарамасдан, оналар ўлими ҳолатлари, жинсий аъзолар яллиғланиш касалликлари, бепуштликни, шунингдек кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечишига салбий таъсир кўрсатиб, ҳомиланинг ўз ўзидан тушиш частотаси, оналик ва перинатал хасталиклар сони ошишининг асосий сабабларидан бири бўлганлиги туфайли, ўз ечимини топишини талаб қилади.

2010 йил март ойида Жаҳон аборт муаммолари бўйича конгресси (Лиссабон) дунё ҳамжамияти томонидан тан олинган ҳомиладорликни дори воситалари билан тўхтатиш энг замонавий ва хавфсиз усул эканлигини тан олди.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун лозим бўлган хужжатлар рўйхатига қуйидагилар киради:

1. Амбулатор тиббий варақа (Ф.025/Х)
2. Ҳомиладор ва (ёки) туққан аёлнинг индивидуал варақаси (Ф.111-х)
3. Амбулатория-поликлиника шароитида дори воситаси орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси
4. Шифохона шароитида дори воситаси орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси
5. Жарроҳлик йўли билан ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси
6. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш варақаси (Ф.003-1)
7. Ҳомиладор аёлнинг касаллик тарихи (Ф.003/Х)

8. Ҳомиладор аёлнинг туғруқ тарихи (Ф.096/У)
9. Ҳомиланинг ривожланиш тарихи (Ф. 097/Х)
10. Консилиум журнали
11. Ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатишга ихтиёрий розилик аризаси
12. Дори воситаси орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш уйда ўтказилган аёлларга ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма
13. Ҳомиладорлиги сунъий равишда тўхтатилган аёлларга ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма
14. Аёлларга маслаҳат бериш мақсадида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни жарроҳлик йўли билан амалга ошириш таърифланган кўрғазма ва ёзма материаллар.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби тўғрисидаги низомга кўра:

1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тиббиёт муассасалари томонидан қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:

ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра;

ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар.

2. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш акушерлик-гинекологик муассаса томонидан эр ва хотиннинг ёзма розилиги билан, эр бўлмаган тақдирда аёлнинг ўз розилигига асосан амалга оширилади.

3. Аёл ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга мажбур қилиниши мумкин эмас.

4. Тиббиёт муассасаси ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тўғрисида ёки ҳомиладорликни тўхтатишни рад этиш ҳақида қарор қабул қилган аёлни унинг соғлиғи учун ҳар қандай эҳтимол тутилган салбий оқибатлар ҳақида хабардор этиши шарт.

5. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга оширишда ҳомиладор аёлнинг қонунчилик ҳужжатларида белгиланган репродуктив ҳуқуқлари таъминланиши шарт.

6. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ва ундан кейинги контрацепция билан боғлиқ маълумотлар қонунчилик ҳужжатларига мувофиқ шифокорлик сирини ташкил этади.

7. Ҳомиланинг ҳолати бўйича бирламчи маслаҳат олиш, тиббий текширувдан ўтиш ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун ҳомиладор аёл яшаш манзили ёки доимий яшаш жойи ёхуд вақтинча турган жойи бўйича рўйхатга олинган бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларига мурожаат қилади.

8. Бирламчи тиббий-санитария муассасасининг умумий амалиёт шифокори ёки акушер-гинеколог шифокор томонидан ҳомиладор аёлга ҳомиладорлик муддатини аниқлаш ва ҳомиладор аёлнинг соғлиғи ҳолатини баҳолаш учун керакли текширувни ўтказиш ҳамда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг оқибатлари тўғрисида маълумот берилади.

9. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун ҳомиладор аёл умумий амалиёт шифокори ёки акушер-гинеколог шифокор томонидан ҳомиладорлик муддати ва саломатлик ҳолатидан келиб чиқиб, белгиланган стандартларга мувофиқ зарур бўлган тиббий текширувлардан, шунингдек тор мутахассислар маслаҳатидан ўтказилади.

10. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш дори воситалари ёки жарроҳлик усули орқали амалга оширилади.

11. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари тўғрисида акушер-гинеколог шифокор, умумий амалиёт шифокори, акушерка ва патронаж ҳамширалари ҳомиладор аёлга маслаҳат беришлари лозим.

12. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усули ҳомиланинг муддати, ҳомиладор аёлнинг умумий аҳволи ҳамда тиббий кўрсатмалар асосида ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра танланади.

13. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ҳомиладорликнинг муддати ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усулига кўра амбулатор ёки стационар шароитда ўтказилади.

14. Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладорликни сунъий равишда дори воситалари билан тўхтатиш бирламчи амбулатор-поликлиникада, жарроҳлик усули билан тўхтатиш акушерлик-гинекологик муассаса қошидаги амбулатор-поликлиникада амбулатор шароитда амалга оширилади.

15. Ҳомиладор аёл ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш таклифини рад этса, консилиум ҳулосасига биноан умумий амалиёт шифокори ёки акушер-гинеколог шифокор томонидан ҳомиладор аёлнинг эри, эри бўлмаган тақдирда ота-онаси, шунингдек ҳомиладор аёл вояга етмаган ёки муомалага лаёқатсиз бўлган тақдирда бошқа қонуний вакилларига ушбу ҳомиладорликда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар ҳақида маълумот берилиши лозим.

Илк клиник-лаборатор текширув дори-дармонлар ёрдамида ўтказилган абортдан олдин амалга оширилган, сўнгра динамикада клиник назорат олиб борилган ҳамда мифепристон қабулидан кейин 1-чи суткада ва мизопростол қабулидан сўнг 1-чи суткада гемостаз кўрсаткичларининг текшируви ўтказилган.

Аёлларга сунъий абортдан кейин сифатли ёрдам кўрсатишнинг зарурий таркиби такрорий ҳомиладорликни олдини олиш ҳисобланади.

Дори воситалари усулидаги сунъий абортдан кейин аралаш орал контрацептивлар (АОК) ёрдамида “гормонал реабилитация” ни қўллаш илмий асосга эга эмас, чунки абортдан кейинги даврда гонадотроп ва стероид гормонлар синтези ўзгармайди ва мифепристон қабул қилингандан сўнг 55%

аёлларда 2 ёки 3 ҳафтадан сўнг, 85% аёлларда эса кейинги циклда, яъни популяция даражасида овуляция тикланади.

Сўнги йилларда олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики, сунъий абортдан кейин контрацептив воситалардан фойдаланишни имкон қадар эрта- ҳомиладорлик тўхтатилиши билан бошлаш керак. Бу ишончли контрацептивлардан фойдаланувчилар сони ошиши, яъни кечиктирилган контрацептивлар билан таққослаганда ўз вақтида қўлланилган контрацептив воситасидан узоқроқ фойдаланишга ёрдам беради.

2.2 - жадвал.

**Контрацептив воситаларнинг абортдан кейин қўллаш
маълумотлари.**

Усул	Қачон бошлаш керак
Гормонал контрацептивлар (таблеткалар (АОК), гормонал халқа, пластирь, инъекцион дори воситалари, имплант)	Аборт амалга оширилган куни ёки Мифепристон (Мизопростол) қабул қилинган куни
БИВ	Назорат кўриги куни (9-14 кунлар оралиғида), ҳомиладорлик мавжуд эмаслигига ишонч ҳосил қилганда
Барьер усул	Жинсий фаолият тиклаганда

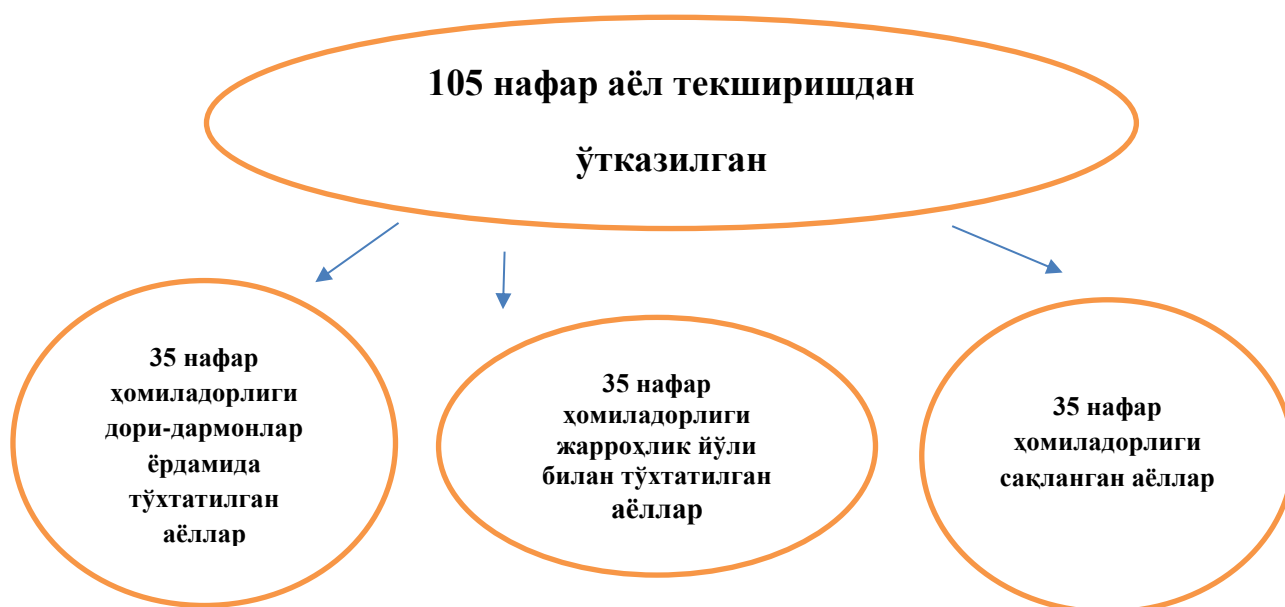
Постаборт контрацепция мақсадида аёлларга таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадион ацетат бўлган КОК 6 ой муддат давомида қўллаш учун тайинланган. Аёллар препаратни ҳар куни бир вақтда 21 кун давомида қабул қилишган, кейин эса етти кунлик танаффус қилишган.

Исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш усуллариининг самарадорлиги ва мақбуллигини ўрганиш қуйидаги параметрлар бўйича ўтказилган:

- контрацептив самара: дори воситасини қабул қилиш жараёнида содир бўлган режалаштирилмаган ҳомиладорлик сонини қайд этиш асосида баҳоланди;

- индивидуал мувофиқлик (мақбуллик): асоратларнинг учраш сони, табиати ва ножўя таъсирларининг таҳлили асосида аниқланди;

- воситаларнинг тизимли таъсири- анамнестик маълумотлар, шикоятлар, объектив кўрсаткичлар (АҚБ, тана вазни, қон ва сийдик таҳлили, кин ажралмаси динамикаси) асосида ўрганилган. Бундан ташқари, ультратовушли текширув, иммунологик ва бактериологик текширувлар ўтказилди.



1-расм. Тадқиқот дизайни

Лаборатор текширув учун материал периферик венанинг веноз қони бўлиб, у эрталаб оч қоринга ҳомиладорликни тўхтатишдан аввал, 200 мг мифепристон қабулидан сўнг 1-чи суткада, 800 мкг мизопростол қабулидан сўнг 1-чи суткада, 1,3 ва 6 циклда КОК фаол таблеткалари қабулининг 19-21 куни олинган.

2.2. Тадқиқот усуллари

Ўтказилган тадқиқот ёши, ижтимоий ва оилавий аҳволи, соматик ва гинекологик касалликлари, акушерлик анамнези, охириги меъёрий ҳайзнинг биринчи куни, зарарли одатлари, аллергия ва ирсий анамнези, айниқса шахсий ва оилавий тромботик анамнези, юрак-томир тизимининг касалликлари мавжудлиги (юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, веналарнинг варикоз касаллиги ва бошқалар), илгари гормонал контрацепциянинг қўлланилиши ҳақидаги анамнестик маълумотларни йиғишни ўзида мужассам этади. Ирсий анамнези тромботик асоратлар бўйича зиддийлашган аёллар танламадан истисно этилган. Бундан ташқари қорин пальпацияси, тана вазн индексини аниқлаш, АБ, ЮУС, тана ҳароратини ўлчашни ўз ичига олган умумий объектив текширув, гинекологик текширув: бимануал қин текшируви, бачадон ўлчамларини ва ҳомиладорликнинг эрта белгиларини аниқлаш, постаборт даврда – тугалланган абортнинг белгилари, бачадон ўлчамларини, бачадон бўшлиғида эмбрионнинг визуализацияси ва ҳомиладорликнинг муддатини аниқлаш билан ўтказилган кичик чаноқ аъзоларининг УТТи, бачадонда уруғланган тухумхужайранинг ёки унинг элементларининг йўқлигини тасдиқловчи, эндометрий ҳолатини баҳоловчи қайта назорат УТТи ҳам ўтказилган. Контрацепциянинг танланган усулининг мақбуллиги тана вазн индексининг, артериал босим катталигининг динамикаси, субъектив ўтказиш ҳолати (яхши, қониқарли ёки ёмон), ножўя таъсирлар ва асоратларнинг мавжудлиги бўйича баҳоланган.

Ҳар бир аёлнинг клиник-анамнестик ва лаборатор текширувларининг маълумотлари индивидуал статистик картасида акс эттирилди.

Тромбоцитлар ва коагулятсион гемостазни баҳолаш усуллари

1. Коагуляция гемостазнинг кўрсаткичлари автоматик гемостаз анализатори "HumaClot Junior" (Германия) ёрдамида аниқланди. Қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди: рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ) сек., фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ) сек., Тромбин

вақти (ТВ) сек., Протромбин индекси (ПТИ)%, халқаро меъёрлаштирилган нисбат (ХМН) ва фибриноген г / л да.

2. Тромбоцитлар гемостази, гематокрит ва гемоглобин миқдори кўрсаткичларини баҳолаш МИНДРАЙ БС-5800 (Хитой) автоюклагичли автоматик гематологик анализатор ёрдамида амалга оширилди. Тромбоцитларнинг умумий сони (ТС), тромбоцитлар индекслари флакондаги тромбоцитларнинг ўртача ҳажми (ТЎХ), тромбоцитлар (Т)% баҳоланди.

3. Д-димерлар OSIYOVEDIKA фирмаси, Mindray MR-96A анализатори иммунофермент тўплами ёрдамида аниқланди.

Ультратовушли текшириш. Контрацептив воситаларнинг репродуктив тизим ҳолатига таъсирини ўрганиш мақсадида кичик чанок аъзолари «Toshiba» (Харю SSA-660A) фирмасининг ультратовушли аппаратида текширилди.

Эхография иккита технология бўйича ўтказилган: умумий қабул қилинган усулда, яъни сийдик пуфагини тўлдириб, трансабдоминал датчик билан 3,5 мгц частотада ҳамда трансвагинал датчикдан фойдаланган ҳолда. Ультратовушли биометрия бачадоннинг учта ўлчамини (узунлиги, олдинги-орқа ўлчами ва кенглиги) ўлчашни, М-эхо ўлчовини, БИВ ва бачадон туби ўртасидаги масофани ўлчашни, БИВ ва эндометрийнинг юқори қавати ўртасидаги масофани ўлчашни ўзида мужассам этган. Бачадон танасининг узунлиги бўйлама кесимда ички бўғиздан бачадон тубининг энг узокдаги нуқтасигача ўлчанди. Бачадон танасининг олдинги-орқа ўлчами бачадон танасининг энг кенг жойида, олдинги ва орқа деворининг ташқи контурлари бўйлаб олдинги ўлчовига перпендикуляр ҳолатда аниқланди. Бачадон танасининг кенглиги кўндаланг сканерлашда бачадон танаси ён деворларининг ўнг контуридан чап контуригача энг кенг қисмида ўлчанган.

Эндометрийнинг УТТини ўтказишда унинг қалинлиги, тузилиши ва ҳайз даврига мувофиқлиги баҳоланган. Эндометрийнинг қалинлигини

баҳолашда бачадонни бўйлама сканерида М-эхо олдинги-орқа ўлчамини ўлчаш қўлланилган.

Бактериологик тадқиқот Самарқанд шаҳар 2-сон тугрук мажмуасида ўтказилган (лаборатория бошлиғи – Собирова Адиба Примкулова). Қин ажралмасининг культурал тадқиқотини ўтказиш мақсадида экма учун материал цервикал каналдан стерил пахтали тампон билан олингач, транспортли муҳитга жойлаштирилиб амалга оширилади. Бактериологик тадқиқот анъанавий схема бўйича ўтказилган: цервикал каналдан текширилувчи материал олинди, озик муҳитларга экилди, тоза культура ажратилди ва микроорганизмларнинг ажратилган культуралари тенглаштирилди. Анаэроб микрофлорани ажратиш мақсадида термостат ёрдамида микроорганизмларнинг культуралаш усули қўлланилган. Текширилувчи материалда шартли-патоген бактериялар аниқланди. 1-2 соат давомида лабораторияга олиб келинган материал микроорганизмларнинг қуйидаги гуруҳларига текширилган: аэроблар ва факультатив анаэроблар, ачитқисимон замбуруғлар. Экмалар микроорганизмларнинг турли гуруҳларини аниқлаш учун қатор озик муҳитларда амалга оширилган: натурал агар асосида, тузли агар (стафилококкларни ажратиш учун), Сабуро муҳитида (замбуруғларни ажратиш учун) (37°C) термостатда ўстирилган. Ажратилган микроорганизмларнинг миқдори агарли косачалар секторларида ўсиш зичлиги бўйича баҳоланган. Таҳлил натижалари 72 соатда тайёр бўлган.

III БОБ. ШАХСИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Текширилган аёлларнинг клинко-анамнесик характеристикаси.

Тадқиқотимизга 105 та ҳомиладорлигини тўхтатиш бўйича (аменореянинг 63 кунигача ёки гестациянинг 9 ҳафтасигача) мурожаат қилинган аёллар киритилди. Текширилган аёллар 20 ёшдан 40 ёшгачани ташкил қилди. Ўртача ёш $29,7 \pm 3.2$ ёшни ташкил қилди. Барча аёллардаги ушбу ҳомиладорлик исталмаган ҳомиладорлик бўлган. Асосий гуруҳдаги аёлларга Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 17 сентябрдаги 229-буйруғига асосан “Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий клиник баённомаси” га мувофиқ ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усули (мифепристон 200 мг ва мизопростол 800 мкг) ўтказилди. Қиёсий гуруҳга хирургик аборт, яъни бачадон бўйнини сунъий кенгайтириш ҳомила тухумини эвакуация қилиш (К ва Э) қилган аёллар ва назорат гуруҳи ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин текширилди.

Тадқиқотга киритилган аёлларнинг кўпчилиги шаҳарда истеъкомат килувчи (54%) ва қолган қисми туманлардаги аёллар ташкил қилди (46%).

Асосий гуруҳдаги аёлларнинг кўпчилиги, 14 та аёл ишлайдиган (40%), 9 нафари талаба (25%), қолган қисми ишламайдиган аёлларни ташкил қилди. Қиёсий гуруҳдаги 13 нафари (37%) ишлайдиган, 25% талаба ва қолган қисми уй бекаларини ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги аёллар ҳам социал жиҳатдан иккала юқори гуруҳ аёлларидан фарқ қилмади.

Текширилган аёлларнинг 88% да никоҳ қайд қилинган ва бу рақам гуруҳлар кесимида фарқ қилмади.

Асосий гуруҳдаги аёлларда менархенинг ўртача ёши $12,9 \pm 0,8$ ёшни ташкил қилди, жинсий ҳаётни эса бу аёллар ўртача $19,1 \pm 1,2$ ёшда бошлашган. Ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатишга биринчи марта ҳомиладор бўлган аёллар мурожаат қилмаган; иккинчи

ҳомиладорликни 14% аёллар, учинчи ҳомиладорликни 23% аёллар ва тўртинчи ва ундан ортиқ ҳомиладорликни қолган аёллар тўхтатиш учун мурожаат қилишган. Текширилган аёлларнинг 61% табиий туғруқ йўллари орқали тукқан бўлиб, 39% аёллар анамнезида кесар кесиш операциясини ўтказишган. 41% аёллар анамнезида ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш амалиёти ўтказилган, 9,5% аёлларда ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши ва 3,8% да бачадондан ташқари ҳомиладорлик кузатилган.

3.1-жадвал.

Текширилган аёлларнинг клинικο-анамнестик характеристикаси.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Қиёсий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Ўртача ёши, ёш	28,7	30,2	29,4
Ёши, n (%)			
18-24 ёш	12 (34%)	10 (28%)	9 (25%)
25-34 ёш	10 (28%)	12 (34%)	11 (31%)
35 ва ундан катта	13 (37%)	13 (37%)	15 (42%)
Социал ҳолати, n (%)			
Ишлайди	14 (40%)	13 (37%)	12 (34,3%)
Талаба	9 (25,7%)	8 (22,9%)	10 (28,6%)
Уй бекаси	12 (34,3%)	14 (40%)	13 (37,1%)
Оилавий аҳволи, n (%)			
Никоҳ қилинган	30 (86%)	31 (88,6%)	31 (88,6%)
Никоҳ қилинмаган			
Яшаш жойи, n (%)			
Шаҳар	18 (51%)	20 (57%)	19 (54%)
Қишлоқ	17 (49%)	15 (43%)	16 (46%)

Текширилган аёллардаги акушерлик анамнез.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Қиёсий гуруҳ	Назорат гуруҳи
2-хомиладорлик	4 (14%)	5 (14,3%)	3 (8,6%)
3-хомиладорлик	8 (23%)	9 (25,7%)	12 (34,3%)
4 ва ундан ортиқ хомиладорлик	23 (65,7%)	21 (60%)	20 (57%)
Табиий туғрук йўллари орқали туғрук	23 (65,7%)	22 (62,9%)	21 (60%)
Ҳомилани сунъий тўхтатиш	12 (34,3%)	13 (37,1%)	14 (40%)
Ҳомиланинг ўз- ўзидан тушиши	3 (8,6%)	4 (11,4%)	3 (8,6%)
Бачадондан ташқари хомиладорлик	1 (2,8%)	2 (5,7%)	1 (2,8%)

3.3-жадвал

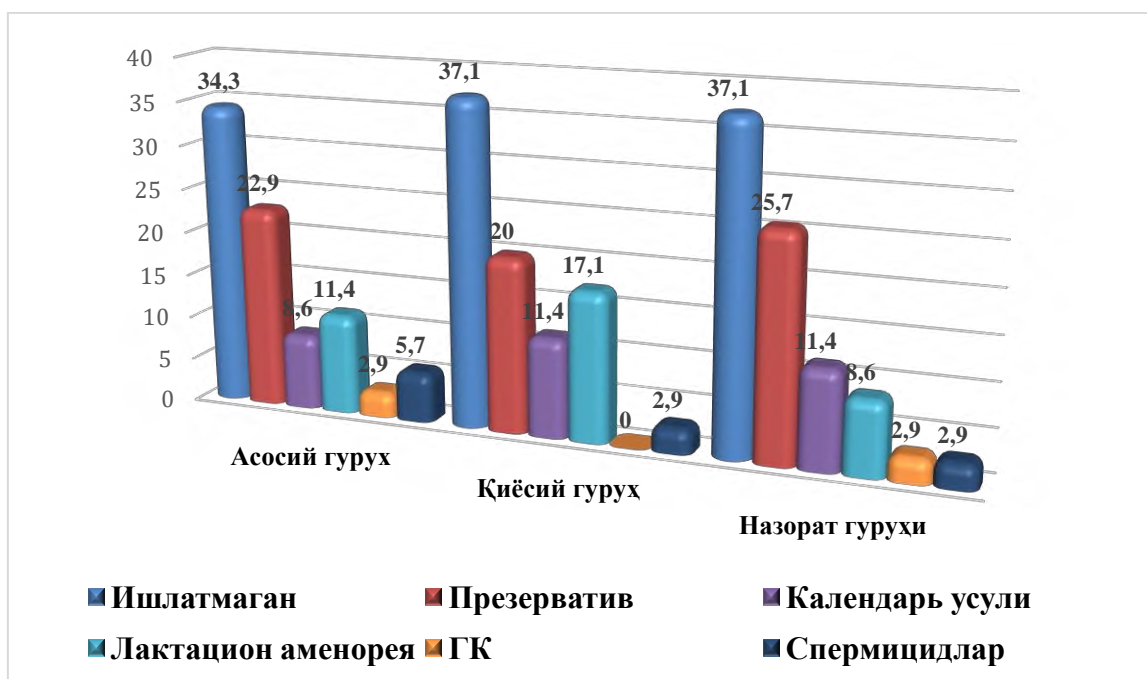
Туғруқлар орасидаги интервалга кўра аёлларнинг тақсимланиши

Туғруқлар орасидаги интервал (йил)	Асосий гуруҳ	Қиёсий гуруҳ	Назорат гуруҳи
0,25 - 0,5	4 (11,4%)	5 (14,3)	2 (5,7%)
0,5 – 1	8 (22,9%)	9 (25,7%)	9 (25,7%)
1,1 – 3	13 (37%)	14 (40%)	4 (11,4%)
3,1 – 5	4 (11,4%)	4 (11,4%)	5 (14,3)
5,1 – 7	2 (5,7%)	2 (5,7%)	13 (37%)
7,1 – 10	4 (11,4%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)

Жадвалдан кўриниб турибдики, текширилаётган аёлларда туғруқдан кейинги ўртача интервал асосий гуруҳда $2,2 \pm 0,7$ йилни, қиёсий гуруҳда $2,1 \pm 0,5$ йилни назорат гуруҳида $2,5 \pm 0,8$ йилни ташкил этди. 5 йил ва ундан кўп йил аёллар сони камчилик – мос равишда асосий гуруҳда 6 (17,1%); қиёсий гуруҳда 3 (8,6%) ва назорат гуруҳида 15 (42,9%) нафар бўлган.

Асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг ёш бўйича ва туғруқнинг муддати бўйича тақсимотида аҳамиятли тафовутлар кузатилмади, бу эса уларни параметрлар маълумотлари бўйича бир хил деб ҳисоблаш ва тегишли таққослашларни ўтказишга имкон беради.

Ҳозирги ҳомиладорликка қадар қуйидаги контрацептив усулларидан фойдаланилган.



3.1-расм. Контрацепция усулларининг қўлланилиши бўйича аёлларнинг тақсимланиши

3.1– расмдан кўриниб турибдики, асосий афзаллик самараси паст усулларга - презервативга, узилган жинсий алоқага ва календарли усулга берилган, гормонал контрацепция уччала гуруҳда ҳам камдан-кам

қўлланилган, нотўғри қўлланилган. Туғруқдан кейинги биринчи йилда аборт қилган аёллар орасида исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш учун кам самарали усулларни қўллаган аёллар асосий гуруҳда, қиёсий ва назорат гуруҳида деярли фарқ қилмаган. Асосий гуруҳдаги 34,3%, қиёсий гуруҳдаги 37,1% ва назорат гуруҳидаги 37,1% аёллар контрацептив воситаларни қўллашмаган.

Аёллар маълумот даражаси контрацепция усулларида фойдаланишга ҳам таъсир қилади. Олий ва ўрта махсус маълумотли аёллар юқори самарадорликка эга контрацепция усулларида фойдаланмаган бўлсада, контрацепция воситаларни қўллашга ҳаракат қилишган.

Юқори самарадорликка эга контрацепция воситалари (гормонал ва БИВ) асосий гуруҳдаги 5 нафар (14,3%), қиёсий гуруҳдаги 6 нафар (17,1%) ва назорат гуруҳидаги 7 нафар (20%) аёл контрацепция усулларида қўллаш саломатликка салбий таъсир кўрсатади, деб ҳисоблашади. Гормонал контрацепция қўлланилишига текширилган аёлларнинг кўпчилиги, 17,1% салбий қарашади, буни тана вазни ошиши ва моддалар алмашинувида таъсири билан боғлашади. Кесар кесишдан кейин 14,3% аёллар чандикни жароҳатлаши эҳтимоллиги туфайли ва ўзлари мустақил туққан 11,4% аёллар ҳайз вақтида қон йўқотишлар кўплиги ҳамда яллиғланишли касалликлар эҳтимоли сабабли бачадон ичи контрацептивларини қўллашга салбий қарашади.

Бизнинг маълумотларга кўра, контрацепцияни қўллашни ҳал қилишда асосий ўринда аёлнинг турмуш ўртоғи/қайнонасига тегишли (мос равишда 40%, 37,1% ва 42,9%). Аёлларнинг 19,0% контрацептивларни қўллаш ҳақида мустақил қарор қабул қилишган, ҳамда фақатгина 21,0% аёллар тиббий ходимлар билан маслаҳатлашишган.

Бизнинг тадқиқотларимиз маълумотларига кўра, соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини томонидан аёлларга нисбатан контрацепция усуллари бўйича фаол маслаҳат берилиши керак.

Текширилаётган аёлларнинг соматик касалликлар бўйича саломатлик индекси нисбатан қониқарли бўлган (3.4-жадвал).

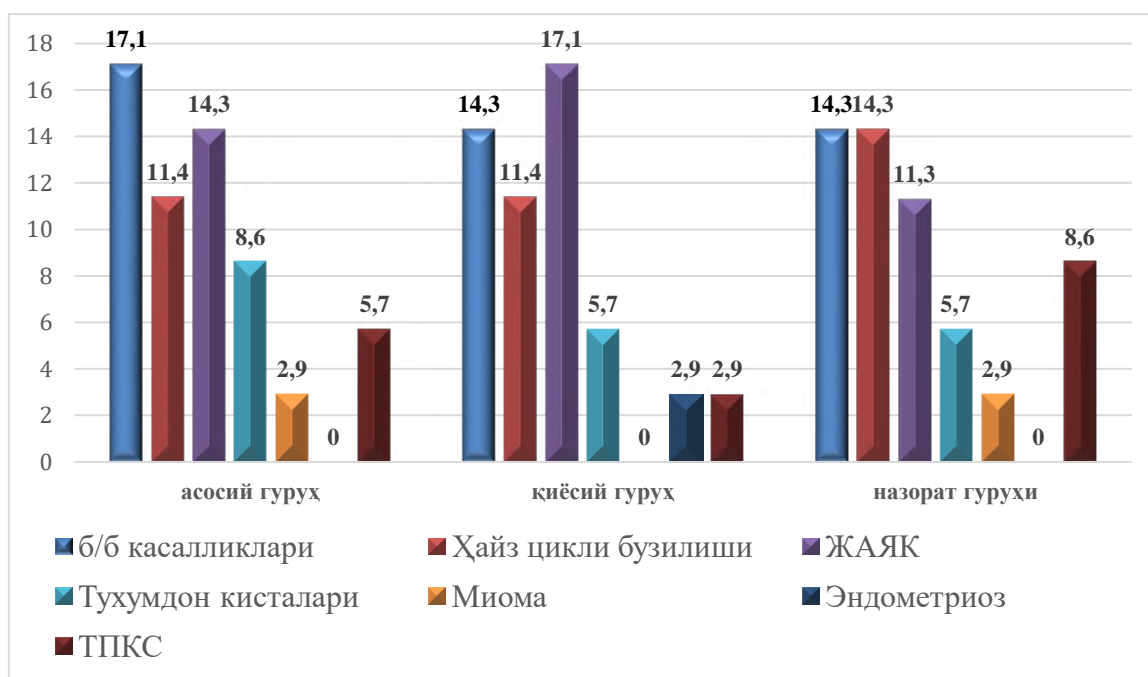
3.4-жадвалдан кўришиб турибдики, энг кўп тарқалган касалликлар семизлик бўлган ва у гуруҳлар кесимида 20%, 14,3% ва 14,3% учраган. Иккинчи ўринда сийдик ажратиш тизими касалликлари учраб ўртача 17,1% учраган. Кейинги ўринда нафас олиш тизими касалликлари учраб, гуруҳлар орасида 11,4%, 17,1% ва 8,6% учраган. Қолган касалликлар гуруҳлар орасида деярли бир хил нисбатда, учраб, умумий олганда 81,9% аёлларда бирор бир хил соматик патология мавжуд бўлган.

3.4 - жадвал

Кузатиш гуруҳларидаги аёллар анамнезидаги соматик касалликлар

Касалликлар	Асосий гуруҳ		Қиёсий гуруҳ		Назорат гуруҳ	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нафас олиш тизими касалликлари	4	11,4	6	17,1	3	8,6
Суюк бўғини тизими касалликлари	2	5,7	1	2,9	3	8,6
Ошқозон ичак тракти касалликлари	4	11,4	5	14,3	4	11,4
Кўриш аъзолари касалликлари	4	11,4	5	14,3	4	11,4
Сийдик чиқариш аъзолари касалликлари	6	17,1	5	14,3	7	20
Қалқонсимон без касалликлари	3	8,6	2	5,7	1	2,9
Семизлик	7	20	5	14,3	5	14,3
Жами	30	85,7	29	82,9	27	77,1

Текширилаётган аёлларда гинекологик касалликлар учраши 3.2- расмда келтирилган.



3.2- расм. Гинекологик касалликларнинг учраши.

3.2- расмдан кўришиб турибдики, энг кўп тарқалган гинекологик касалликлар, бачадон бўйни касалликлари бўлиб, гуруҳлар кесимида 17,1%; 14,3% ва 14,3% учраган. Иккинчи ўринда жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари бўлиб, ўртача 14,2% учраган, кейинги ўринда ҳайз циклининг бузилиши бўлиб, асосий ва қиёсий гуруҳда 11,4%, назорат гуруҳида 11,3% учраган. Тухумдон кисталари, миома ва эндометриоз касалликлари кам учраган. Тухумдонлар поликистози синдроми уччала гуруҳда ўртача 5,7% учраган.

3.2. Медикаментоз аборт ва ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш усули билан қиёсий баҳолаш.

Ўтган асрнинг 90 йилларига қадар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг асосий жарроҳлик амалиёти дилатация ва кюретаж бўлган, афсуски бу усул ҳозирги кунга қадар баъзи бир муассасаларда бажарилади. Ушбу усулда бачадон ва ички аъзоларга шикаст етказиш, шунингдек бачадон

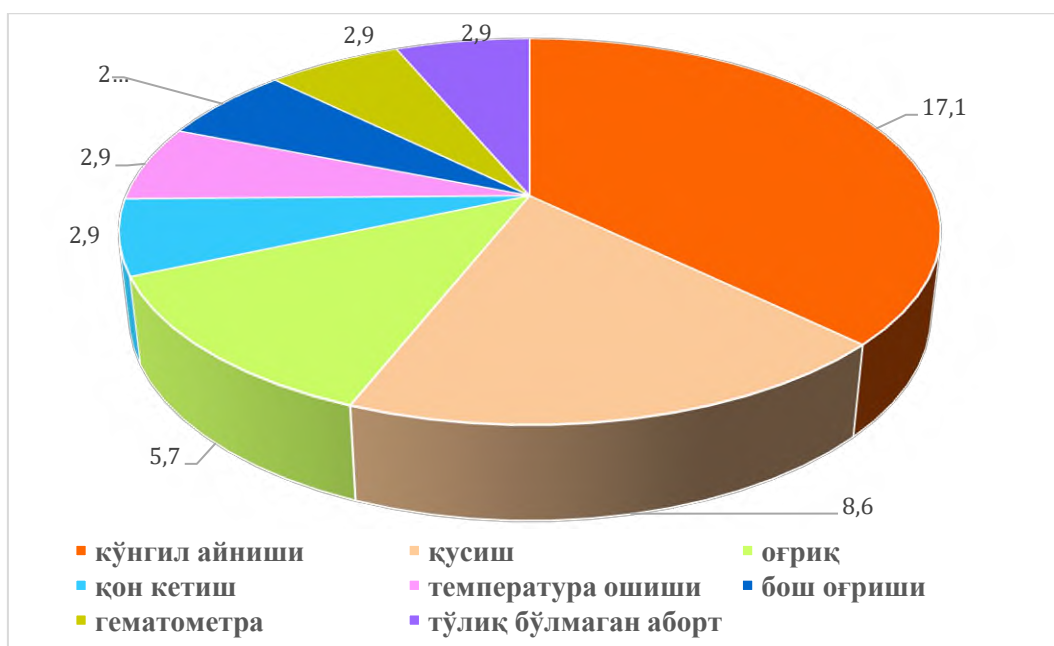
эндометрийсига зарар етказиш хавфи юқори бўлиб, шунинг учун кўпгина ҳолатларда вакуумли аспирация усули қўлланилади. Бу усулнинг юқори самарадорлиги кўп тадқиқотларда исботланган.

Вакуумли аспирация ҳомиладорликнинг 15 ҳафта муддатигача тавсия этиладиган хавфсиз усул ҳисобланади. Электрик ва механик вакуумли аспирациянинг самарадорлиги бир хил. Биз ўз текширишларимизда электрик вакуумли аспирация қилинган аёлларни олдик.

Асосий гуруҳ аёллари ҳомиладорликни тўхтатиш Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий клиник баённомага (17.09.2021 й, 229 буйруғи) кўра учун 200 мг мифепристон ва 800 мкг мизопростол тавсия этилган.

Кўп ҳолларда медикаментоз аборт ва хирургик аборт, абортдан кейинги давр асоратсиз кечди. Баъзи ҳолларда медикаментоз абортдан кейин 17,1% кўнгили айнаши, 8,6% ҳолатда қусиш, 5,7% ҳолатда кучли оғриқ (анальгетик ичиш буюрилган), 2,9% ҳолатда кўп миқдорда вагинал қон кетиш кузатилган. Ушбу аёлда қон кетиш давомийлиги 10 кунни ташкил қилган.

Бундан ташқари аёлларда температуранинг ошиши (2,9% ва 5,7%), диарея (2,9% ва 2,9%), бош оғриғи 5,7% ва 8,6% учраб, тиббий ёрдам учун шифокорга мурожаат қилишган. Медикаментоз абортнинг асоратлари орасида гематометра 2,9% ҳолатда, тўлиқ бўлмаган аборт 2,9% ҳолатда (3.3- расм), хирургик абортдан кейин метроэндометрит 5,7%, тўлиқ бўлмаган аборт 2,9% учради.



3.3- расм. Медикаментоз абортдан кейин учраган асоратлар.

Бундан ташқари медикаментоз аборт ўтказилгандан кейин аёлда куйидаги кўрсаткичлар динамикада баҳоланди: АҚБ, ТВИ, гемоглобин миқдори (Нб), гематокрит (НСТ). Ушбу кўрсаткичлар 3.5 -жадвалда кўрсатилган.

3.5 -жадвал.

Динамикада баъзи бир кўрсаткичларнинг натижалари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Қиёсий гуруҳ	Назорат гуруҳи
САҚ, мм.с.уст.	108,8±3,2	110,2±3,6	113,2±4,1
ДҚБ, мм.с.уст.	70,8±2,6	72,6±2,2	74,1±2,9
ТВИ,кг/м ²	21,6±0,8	22,2±1,2	22,1±0,9
Нб, г/л	110,2±3,1	108,2±3,7	113,2±4,2
НСТ, %	34,6±1,7	33,4±1,6	36,8±1,8

3.3. Медикаментоз аборт ва ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш усулида гемостаз кўрсаткичларини баҳолаш.

Медикаментоз аборт ўтказилгандан кейин гемостаз тизимида бир қанча ўзгаришлар юзага келди. Бунда фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ сонияларда) 6,5% га, тромбин вақти (ТВ) 5,0%, фибриноген концентрациясининг ошиши 6,1% кузатилди. Рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда) камайди. Д- димер миқдори медикаментоз аборт фонида ўзгармади ва $0,1 \pm 0,02$ мкг/мл атрофида сақланиб қолди. Тромбоцитлар миқдори назорат гуруҳига нисбатан 6%га камайди. Бу кўрсаткичлар 3.5 -жадвалда батафсил ёритилган.

3.6 -жадвал.

Текширилган аёлларда гемостаз кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Қиёсий гуруҳ	Назорат гуруҳи
ФҚТВ, сония	31,8±2,7	27,9±2,1	28,1±1,8
ТВ	17,2±1,2	15,8±1,4	15,6±1,2
Фибриноген	3,5±0,8	3,2±1,1	3,2±1,4
РФВ, сония	101,1±4,8	104,2±4,6	105,6±5,5
Д- димер, мкг/мл	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02
МНО	1,0±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2
Тромбоцитлар, 10 ⁹ /л	258,6±18,4	270,5±19,2	271,4±21,2

Шундай қилиб, медикаментоз абортдан кейин, мифепристон ва мизопростол фонида гемостаз тизимида ўзгаришлар вужудга келади.

3.4. Абортдан кейинги контрацепция ва реабилитация усулларини такомиллаштириш.

Хирургик ва медикаментоз абортдан кейин аёлларга постаборт контрацепция мақсадида аёлларга таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадион ацетат бўлган КОК 6 ой муддат давомида қўллаш учун тайинланган (Белара). Аёлларга гормонал контрацептивни қўллаш бўйича

маслаҳатлар берилди. Уларга тадқиқот ҳақида, жумладан турли усулларнинг афзалликлари ва чекловлари ҳақида батафсил маълумот берилди, ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш операциясидан олдин эса қайта консультация ўтказилган.

Аёллар препаратни ҳар куни бир вақтда 21 кун давомида қабул қилишган, кейин эса етти кунлик танаффус қилишган. Бундан ташқари, гемостаз тизимидаги ўзгаришларни ҳисобга олиб, АОК билан биргаликда антиагрегант восита- ацетилсалицил кислотаси 75 мг/суткасига 4 ҳафта давомида тавсия этилди. АОК контрацептив эффективлиги 100% ни ташкил қилди. Медикаментоз аборт ўтказган аёлларда АОК нинг мақбуллиги яхши, деб қабул қилинди. 3.6-жадвалда, медикаментоз ва хирургик абортдан кейин қабул қилинган АОК нинг субъектив жиҳатдан тавсифномаси келтирилган. Медикаментоз аборт ўтказган аёлларнинг 6 таси, хирургик абортдан кейин 8 та аёл АОК қабул қилишдан воз кечди, уларга бошқа контрацепция усули тавсия этилди ва бизнинг кейинги босқич тадқиқотимиздан чиқарилди.

3.7-жадвал

АОК нинг субъектив жиҳатдан тавсифи

Мақбуллиги	Асосий гуруҳ (n=29)			Қиёсий гуруҳ (n=27)		
	1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин	1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин
Яхши	23 (79,3%)	26 (89,7%)	28 (96,6%)	22 (81,5%)	24 (88,9%)	26 (96,3%)
Қониқарли	4 (13,8%)	2 (6,9%)	1 (3,4%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)
Ёмон	2 (6,9%)	1 (3,4%)	0	2 (7,4%)	1 (3,7%)	0

АОК фонида ҳайз функциясининг тахлили шуни кўрсатдики, тадқиқотда қатнашаётган аёлларнинг кўпчилиги ҳайз функцияси стабиллашганлигини, оғриқлар камайганлиги, кетаётган қон ҳажми ва давомийлиги камайлигини

кўрсатишди. Асосий гуруҳдаги 2 нафар (6,9%) аёл ва қиёсий гуруҳдаги 3 (11,1%) аёл ҳайз цикли ўртасидаги озгина қон суркалишига, 3 циклда эса асосий гуруҳдаги 1 нафар (3,4%) ва қиёсий гуруҳдаги 2 нафар (7,4%) аёлда қон суркалиши ва 3 циклда қон суркалишига иккала гуруҳ аёллари ҳам шикоят қилишмади.

3.8-жадвал

АОК қабул қилганда ҳайз функциясининг характеристикаси

Кўрсаткичлар	Ҳомиладорликни тўхтатишгача (n=70)	АОК қабул қилганда (n=56)		
		1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин
Кўп қон кетиш	9 (12,9%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	0
Мўътадил қон кетиш	59 (84,3%)	47 (83,9%)	50 (89,3%)	50 (89,3%)
Кам қон кетиш	2 (2,8%)	4 (7,1%)	4 (7,1%)	6 (10,7%)
Ҳайзлараро қон кетиш	3 (4,3%)	5 (8,9%)	3 (5,4%)	0
альгодисменорея	19 (27,1%)	7 (12,5)	4 (7,1%)	1 (1,8%)
давомийлиги	5,4±0,8	4,8±0,6	4,4±0,7	4,1±0,6

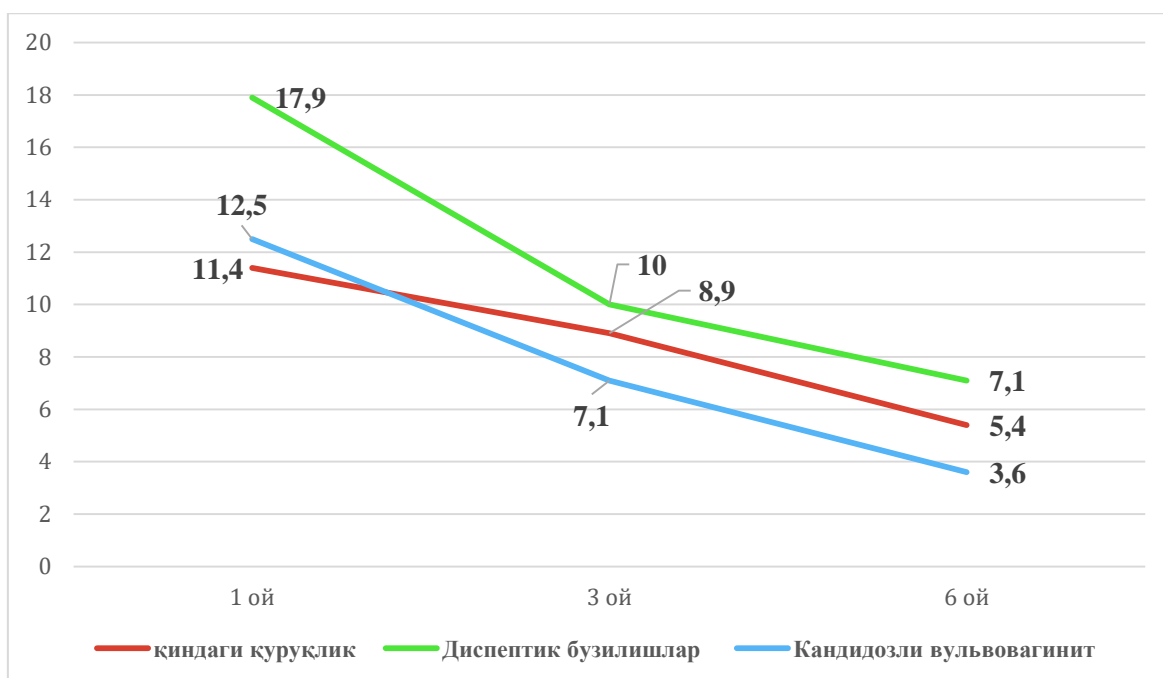
Альгодисменорея АОК қабул қилгунча 19 нафар (27,1%) аёлни безовта қилган бўлса, АОК қилгандан кейин 3 ойдан кейин 7,1% ни, 6 ойдан сўнг эса 1,8% ни ташкил қилди, яъни бу кўрсаткич 15 мартага камайди, деб айта оламиз. АОК қабулидан ҳайз функциясининг давомийлиги ўртача 5,4±0,8 кунни ташкил қилган бўлса, АОК қабули вақтида 6 ойдан кейин 4,1±0,6 кунни ташкил қилди.

Бундан ташқари мастодиния, сут безларининг дағаллашуви, шишлар, кайфиятнинг ўзгариши қаба предменструал синдром белгилари ҳам анча камайди ва булар 3.9-жадвалда ўз аксини топган.

АОК нинг даволовчи хоссалари

Симптомлар	Ҳомиладорликни тўхтатишгача (n=70)	АОК қабул қилганда (n=56)		
		1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин
Сут безлари дағаллашуви	29 (41,4%)	10 (17,9%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)
мастодиния	21 (30%)	7 (12,5)	3 (5,4%)	0
депрессия	4 (5,7%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	0
шишлар	8 (11,4%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)
Кайфият ўзгариши	7 (10%)	3 (5,4%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)
Акне ва себореяли дерматит	10 (10%)	5 (8,9%)	3 (5,4%)	1

Аралаш орал контрацепциянинг мақбуллигини ўрганиш учун унинг ножўя таъсирларини билиш керак бўлади. Ушбу ножўя таъсирларга қиндаги қуруқлик, дискомфорт, диспептик бузилишлар, эпигастрал соҳада дискомфорт ва кўнгил айниши киради. Белара қабули вақтида бу ножўя таъсирлар унча кўп учрамади. Абортдан кейинги вақтда Белара қабулида қиндаги қуруқлик 1 ойдан кейин 8 нафар аёлда (11,4%), 3 ой ва 6 ойдан сўнг 8,9% ва 5,4% учради. Диспептик бузилишлар эса, АОК қабул вақтида 1 ойдан кейин 17,9%, 3 ой ва 6 ойдан сўнг эса 10% ва 7,1% учради. Кандидозли вульвовагинит АОКнинг 1 циклидан кейин 12,5%, 3 ва 6 ойдан кейин эса 8,9% ва 3,6% учради. Ушбу ножўя таъсирлар учраши 3.4- расмда келтирилган.



3.4- расм. АОК қабул вақтидаги ножўя таъсирлар учраши.

АОК қабул вақтида кўп ҳолларда қиндаги микробиоценоз ўзгаради. Шунинг учун, абортдан кейинги даврда гормонал контрацептив воситаси қўлланилгандан сўнг қин микробиотасини ўрганиш мақсадида абортдан олдин ва контрацептив қўллашдан кейин амалга оширилган.

Кичик чаноқ аъзолари ва бачадон бўйни инфекцияси йирингли ажралмалар мавжуд бўлган, бачадон бўйни, бачадон ёки ортиқлари соҳасида оғриқ кузатилган, иситмаси чиққан ёки иситма кузатилмаган аёлларда қайд этилади, деб ҳисобланган. Назорат гуруҳини аборт қилинган, аммо контрацепция қўлланилмаган 35 нафар аёл ташкил этган. Тадқиқот маълумотларини талқин қилиш 3.10-жадвалда кўрсатилган қийматларга мувофиқ амалга оширилди.

3.10-жадвал

Бактериологик тадқиқот кўрсаткичларини талқин қилиш

Кўрсаткич	Изоҳ
«Салбий»	Натижа салбий, микрофлоранинг ўсиши йук

$\leq 10^2$ КОЕ Сапрофит микрофлора	Натижа салбий, патоген микрофлора ажратилмаган
$\geq 10^2$ КОЕ Шартли патоген микрофлора	Натижа ижобий, антибиотик терапияси бўйича тавсиялар берилди

- кам ўсиш - 10^2

- ўртача ўсиш - 10^3

- кўп ўсиш $\geq 10^4$

Қин ажралмасини культурал текшириш учун материал цервикал каналдан стерил пахтали тампон билан олинган ва уни транспортли муҳитга жойлаштирилган. Бактериологик текширув анъанавий схемада амалга оширилган: цервикал каналдан тадқиқот материаллини олиш, озиқ муҳитларга экиш, тоза культурани ажратиш ва микроорганизмларнинг ажратилган культураларини идентификация қилиш. Анаэроб микрофлорани аниқлаш мақсадида микроанаэрогат ёрдамида микроорганизмларни культивация қилиш усули қўлланилган. Текширилаётган материалда шартли-патоген бактериялар учун $>10^4$, замбуруғлар учун $>10^3$ КОЕ/мл кўрсаткичлар диагностик титр бўлиб ҳисобланади. Лабораторияга 1-2 кун мобайнида олиб келинган материал куйидаги микроорганизм гуруҳларига текширилган: аэроблар ва факультатив анаэроблар, ачитқисимон замбуруғлар. Микроорганизмларнинг турли гуруҳларини аниқлаш учун озиқ муҳитларга экилган: бруцеллэзли агар асосида витаминли ўсиш омилларини қўшган ҳолда қонли агар (анаэробларни ажратиш учун), маннит – тузли агар (стафилококларни ажратиш учун), Сабуро муҳити (замбуруғларни ажратиш учун). Қонли агарли муҳитлар карбонат ангидриднинг кўп миқдори (5-10%) билан бирга термостатда культивация қилинган.

Ажратилган микроорганизмларнинг идентификацияси компьютер дастурларидан фойдалнган ҳолда бактериологик анализатор ёрдамида бажарилган. Ажратилган микроорганизмларнинг сони агарли косачалар секторида ўсиш зичлиги бўйича баҳоланган.

Абортдан кейин гормонал контрацепцияни қўллаш фонида жинсий аъзоларнинг инфекция-яллиғланишли касалликларини бирламчи аниқлаш таҳлили шуни кўрсатдики, вульво-вагинал кандидоз, бактериал вагиноз, кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланишли бўлмаган патология ҳолатлари қайд этилган. 3.11-жадвалда асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларда *Lactobacillus spp.* ни бактериологик текширишнинг кумулятив натижалари келтирилган.

3.11-жадвал

Текширилаётган аёлларни бактериологик текшириш натижалари

(*Lactobacillus spp.* тупда $> 10^7$):

	Микроорганизмлар концентрацияси	АОК қабул қилишдан олдин (%)	АОК қабул қилишдан кейин (%)
асосий гуруҳ	$<10^7$	22,6	31,7
	$\geq 10^7$	77,4	68,3
Назорат гуруҳи	$<10^7$	23,2	32,6
	$\geq 10^7$	76,8	67,4

3.10-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, абортдан кейинги даврда иккала гуруҳда ҳам қарийб бир хилда *Lactobacillus spp.* нинг анчагина камайиши қайд этилган ($p < 0,05$).

Цервикал каналдан олинган материални бактериологик текширувида деярли барча аёлларда полимикробли тасвир аниқланган. Микроорганизмларнинг ассоциацияси асосан шартли патоген микроорганизмларнинг турли бирикмалари билан намоён бўлган.

Турли микроорганизмлар ва уларнинг бактериологик текширувдаги концентрацияларини аниқлаш ҳолатлари ҳақидаги маълумотлар 3.12-жадвалда келтирилган.

3.12-жадвал

Текширилган аёлларда бактериологик текшириш натижалари

Патоген тури	Концентрация	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
		Ҳомиладорликнинг тўхтатилишидан олдин	АОК дан фойдалангандан кейин	Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин	Ҳомиладорлик тугаганидан кейин
Staphylococcus spp.	$\leq 10^4$	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-
Streptococcus spp.	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	-	-	-	-
Ent. Faecalis	$\leq 10^4$	-	1(2,9%)	1(2,9%)	2 (5,8%)
	$> 10^4$	-	1 (2,9%)	-	1 (2,9%)
Enterobacteriaceae spp.	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	-	1(2,9%)	-	2 (5,8%)
E.coli	$\leq 10^4$	-	-	-	-
	$> 10^4$	-	1(2,9%)	-	1 (2,9%)
C. albicans	$\leq 10^4$	1(2,9%)	4(11,42%)-	2 (5,8%)	1 (2,9%)
	$> 10^4$	1(2,9%)	4(11,42%)-		2 (5,8%)
Klebsiella spp.	$\leq 10^4$	-	1(2,9%)	-	1 (2,9%)
	$> 10^4$	-	-	-	-
G.vaginalis	$\leq 10^4$	-	-	-	-

	>10 ⁴	2 (5,8%)	2 (5,8%)	2 (5,8%)	3 (8,7%)
--	------------------	----------	----------	----------	----------

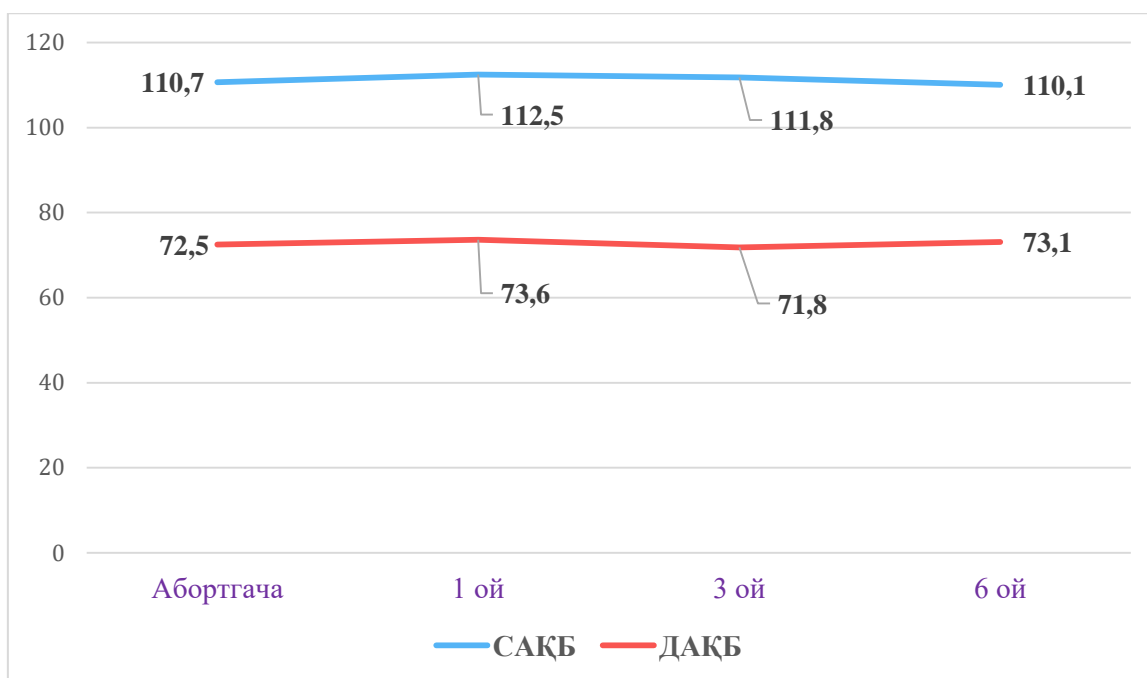
3.12-жадвалда келтирилганлардан кўриниб турибдики, гуруҳларда катта фарқлар мавжуд эмас.

Жадвал маълумотларига кўра, иккала гуруҳда абортдан кейинги даврда шартли-патоген микрофлора *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.* ва *E. Coli* >10⁴ концентрацияда ўсиши, деярли бир хилда учраши қайд этилади. Грамманфий облигат анаэроблардан кўпинча *S. Albicans* ажратилган.

3.12-жадвалда келтирилган бактериологик текширув маълумотларига кўра, абортдан кейинги даврда гормонал контрацепциядан фойдаланувчи аёлларда шартли-патоген флора - *S. albicans* 11,4% ҳолатда яққол ўсиши қайд этилади. Текширишда бирорта ҳам аёлда *N.gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *Ch. Trachomatis* аниқланмаган, шунинг учун биз АОК фонида кин микробиоценозини яхшилаш учун, **биотерол** препаратини ҳам тавсия қилдик.

Ярим йиллик кузатишимиз давомида абортдан кейинги реабилитация вақтида клиник параметрларининг: артериал қон босими, ТВИ, гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари ҳам динамикада кузатилди.

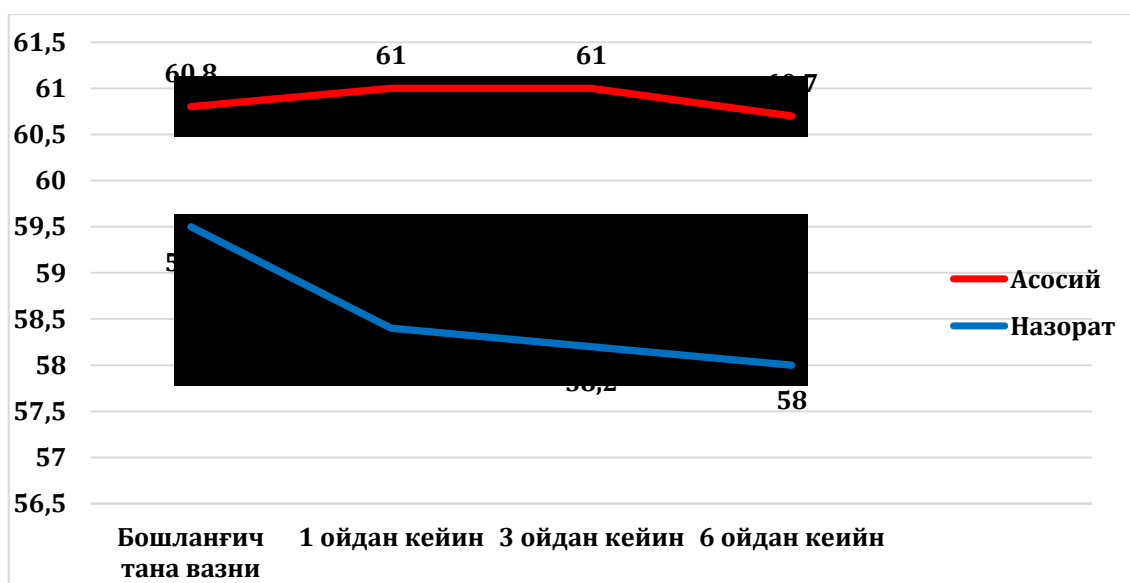
Бунда систолик артериал қон босими ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин 110,7±3,2 мм симоб устунига тенг бўлса, АОК ва антиагрегантлар билан бирга буюрилганда 1 ой дан кейин 112,5±2,8 мм симоб устунига, 3 ойдан кейин 111,8±1,2 мм симоб устунига ва 6 ойдан кейин 110,1±2,2 мм симоб устунига тенг бўлди (3.5 -расм). Диастолик қон босими эса 72,5±2,2 мм симоб устунига, АОК ва антиагрегантлар билан бирга буюрилганда 1 ойдан сўнг 73,6±1,2 мм симоб устунига, 3 ойдан сўнг 71,8±1,6 мм симоб устунига, 6 ойдан сўнг 73,1±1,1 мм симоб устунига тенг бўлди (3.5- расм).



3.5- расм. Динамикадаги артериал қон босими.

Аёлларнинг кўпчилиги гормонал воситалар тана вазини оширади, деб қўрқишади ва шунинг учун уларни истеъмол қилишмайди.

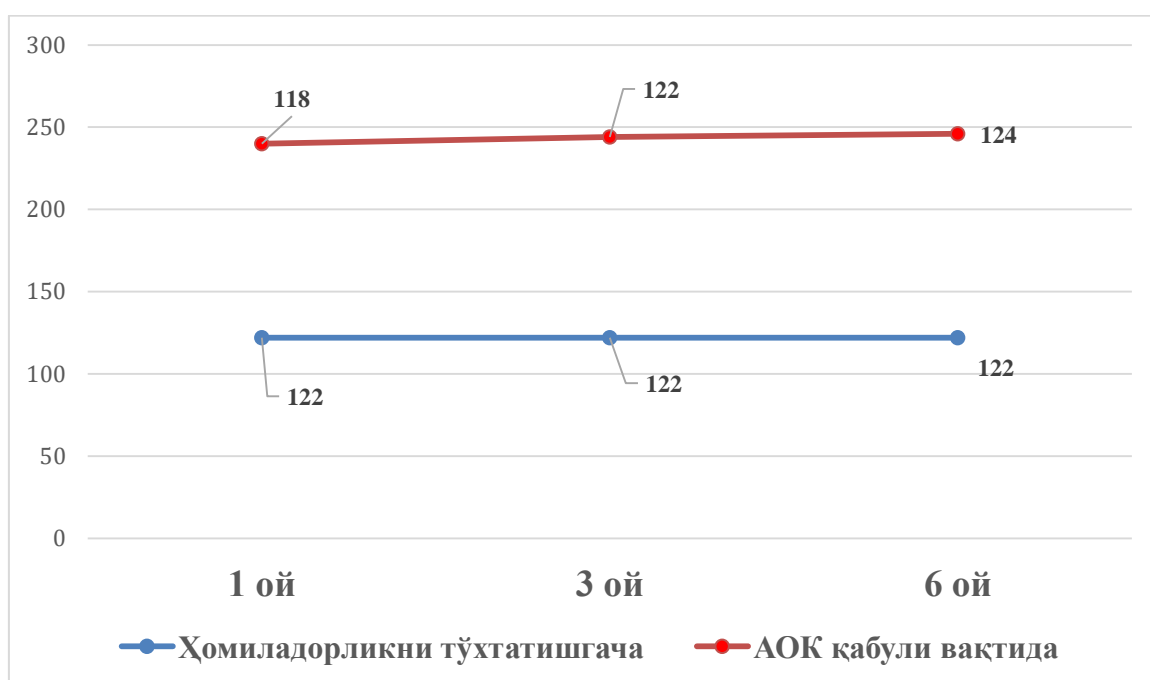
КК ўтказилган аёллар аралаш контрацепцияни қўллаш жараёнида тана вазни ўртача кўрсаткичларининг ўзгариши кўпчилик аёлларда (87%) кузатилмаган (3.6- расм).



3.6- расм. Тана вазни ўртача кўрсаткичлари динамикаси

Абортдан кейинги вақтда АОК қабул қилувчи аёлларнинг (89%) 6 ой давомида динамик кузатишда тана вазнининг ўртача кўрсаткичи дастлабки вазнига – $60,8 \pm 4,3$ кг бўлган бўлса, 3 ойдан кейин ҳам – $61,0 \pm 3,8$ кг ва 6 ойдан кейин ҳам – $61,0 \pm 4,1$ кг ишончли тарзда ўзгармаган. АОКни қўллашнинг 6 чи ойига келиб, тана вазнининг ўртача кўрсаткичи дастлабки кўрсаткичга нисбатан пасайиб, $60,7 \pm 4,3$ кг ни ташкил қилган, аммо бу ўзгаришлар ҳам статистик жиҳатдан ишончли бўлмаган. 3 нафар аёл, 6 чи ойга келиб, воситани қабул қилишдан бош тортишган, чунки уларнинг вазнига 3,2 – 3,5 кг қўшилган.

Динамикада биз гемоглобин концентрациясини кузатдик. Тадқиқотимизнинг олтинчи ойига келиб гемоглобин миқдори ошганлигига амин бўлдик (3.7– расм).



3.7– расм. Динамикада гемоглобин концентрацияси.

АОК қабули вақтида гемоглобин миқдорининг ошиши АОК фониди хайз цикли давомийлигининг, йўқотиладиган қон миқдори камайиши билан боғлиқ, деб ўйлаймиз.

3.5. Гормонал контрацепция қабули вақтида гемостаз кўрсаткичларини баҳолаш.

Медикаментоз аборт ўтказилгандан аралаш орал контрацепция ва антиагрегантлар билан реабилитация давомида гемостаз тизими ўрганилди. Бунда фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ сонияларда), тромбин вақти (ТВ), фибриноген концентрацияси кузатилди. Рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда) 6 ой дан кейин референс кўрсаткичларга яқинлашди. Д- димер миқдори медикаментоз абортдан кейин реабилитация фонида ўзгармади ва $0,1 \pm 0,02$ мкг/мл атрофида сақланиб қолди. Тромбоцитлар миқдори назорат гуруҳига нисбатан деярли фарқ қилмади. Бу кўрсаткичлар 3.13 -жадвалда батафсил ёритилган.

3.13 -жадвал.

АОК қабули вақтида гемостаз кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Ҳомиладорликни тўхтатишгача (n=70)	АОК қабул қилганда (n=56)		
		1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин
ФҚТВ, сония	28,1±1,8	27,9±2,1	28,2±1,1	26,9±2,2
ТВ	15,6±1,2	15,8±1,4	16,2±1,6	15,9±0,9
Фибриноген	3,2±1,4	3,2±1,1	3,2±1,0	3,3±0,8
РФВ, сония	105,6±5,5	104,2±4,6	105,2±4,2	105,3±3,6
Д- димер, мкг/мл	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02
МНО	1,1±0,2	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,1
Тромбоцитлар, $10^9/л$	271,4±21,2	270,5±19,2	271,5±18,2	272,5±17,8

Шундай қилиб, медикаментоз абортдан кейин, мифепристон ва мизопростол фонида гемостаз тизимида ўзгаришлар вужудга келиши, бунда яна контрацепция тавсия қилганда гемостаз тизимидаги ўзгаришларни олдини

олиш учун ацетил салицил кислотаси комплекс буюрилганда, гемостаз тизимида **деярли фарқ учрамади.**

ХОТИМА.

Исталмаган ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш (аборт) аёллар репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатувчи муҳим тиббий-ижтимоий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, абортни, аёллар репродуктив саломатлигини сақлашнинг жиддий муаммоси деб тан олган.

Бутун дунёда ҳар бир тўртинчи аёл умри мобайнида ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасига бир ёки бир неча марта мурожаат қилади. Дунё бўйича абортларнинг йиллик сони тахминан 56 миллионни ташкил этади, улардан 25 миллиони хавфсиз эмас, бунинг натижасида 22 000 аёл вафот этади ва у оналар ўлимининг барча ҳолатларини қарийб 8% ини ташкил этади.

Абортлар сонининг барқарор камайишга бўлган мойиллигига қарамадан, абортлар муаммоси оналар ўлими, жинсий аъзоларнинг яллиғланишли касалликлари, бепуштликнинг етакчи сабабларидан бири бўлганлиги сабабли ханузгача ҳал қилинишни талаб этади, шунингдек, у ҳомила тушиши, оналар ва перинатал патология сонини ошириб, кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади.

Тадқиқотимизнинг асосий йўналишини– бачадондаги ҳомиладорликни кичик муддатларида тўхтатиш мақсадида ва постаборт реабилитацияси жараёнида антипрогестин ва простагландинни қўллаш фонидида клиник самарани ва гемостаз ҳолатини таҳлил қилишдан иборат бўлди. Натижада аниқланган гемостатик оғишларга қараб, дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортдан сўнг постаборт реабилитациясининг мақбул усулини ишлаб чиқишни мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқотнинг мақсади- аниқланган гемостазиологик ўзгаришларга қараб, медикаментоз абортдан сўнг контрацепция ва реабилитация усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

1. Ҳомиладорликни медикаментоз йўл билан тўхтатишда гемостаз ҳолатини ўрганиш.
2. Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан ва дори дармонлар ёрдамида тўхтатиш усуллари қўлланилганда абортдан кейинги даврнинг клиник кечишини қиёсий баҳолаш.
3. Аборт ўтказилган аёлларда, гемостаз тизимининг ҳолатини ҳисобга олиб, контрацепция ва реабилитациянинг мақбул усуллари аниқлашдан иборат бўлди.

Тадқиқотимизга 105 та ҳомиладорлигини тўхтатиш бўйича (аменореянинг 63 кунигача ёки гестациянинг 9 ҳафтасигача) мурожаат қилинган аёллар киритилди. Текширилган аёллар 20 ёшдан 40 ёшгачани ташкил қилди. Ўртача ёш $29,7 \pm 3.2$ ёшни ташкил қилди. Барча аёллардаги ушбу ҳомиладорлик исталмаган ҳомиладорлик бўлган. Асосий гуруҳдаги аёлларга Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 17 сентябрдаги 229- буйруғига асосан “Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий клиник баённомаси” га мувофиқ ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усули (мифепристон 200 мг ва мизопростол 800 мкг) ўтказилди. Қиёсий гуруҳга хирургик аборт қилган аёллар ва назорат гуруҳи ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин текширилди.

Тадқиқотга киритилган аёлларнинг кўпчилиги шаҳарда истеъкомат қилувчи (54%) ва қолган қисми туманлардаги аёллар ташкил қилди (46%).

Медикаментоз аборт ўтказилгандан кейин гемостаз тизимида бир қанча ўзгаришлар юзага келди. Бунда фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ сонияларда) 6,5% га, тромбин вақти (ТВ) 5,0%, фибриноген

концентрациясининг ошиши 6,1% кузатилди. Рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда) камайди. Д- димер миқдори медикаментоз аборт фониди ўзгармади ва $0,1 \pm 0,02$ мкг/мл атрофида сақланиб қолди. Тромбоцитлар миқдори назорат гуруҳига нисбатан 6%га камайди ва бу натижаларимиз Аксентьева А. В. (2018 йил) маълумотларига мос келади.

Абортдан кейинги контрацепция ва реабилитация усулларини такомиллаштириш мақсадида хирургик ва медикаментоз абортдан кейин аёлларга постаборт контрацепция мақсадида аёлларга таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадион ацетат бўлган КОК 6 ой муддат давомида қўллаш учун тайинланган (Белара). Аёлларга гормонал контрацептивни қўллаш бўйича маслаҳатлар берилди. Уларга тадқиқот ҳақида, жумладан турли усулларнинг афзалликлари ва чекловлари ҳақида батафсил маълумот берилди, ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш операциясидан олдин эса қайта консультация ўтказилган.

Аёллар препаратни ҳар куни бир вақтда 21 кун давомида қабул қилишган, кейин эса етти кунлик танаффус қилишган. Бундан ташқари, гемостаз тизимидаги ўзгаришларни ҳисобга олиб, АОК билан биргаликда антиагрегант восита- ацетилсалицил кислотаси 75 мг/суткасига 4 ҳафта давомида тавсия этилди. АОК контрацептив эффективлиги 100% ни ташкил қилди, бу тадқиқот натижалари Григорьева Н. В., Рюмин И. В., Спирина Е. А. (2018 йил) текшириш натижаларига монанд.

Ярим йиллик кузатишимиз давомида абортдан кейинги реабилитация вақтида клиник параметрларининг: артериал қон босими, ТВИ, гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари ҳам динамикада кузатилди.

Бунда систолик артериал қон босими ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин $110,7 \pm 3,2$ мм симоб устунига тенг бўлса, АОК ва антиагрегантлар билан бирга буюрилганда 1 ой дан кейин $112,5 \pm 2,8$ мм симоб устунига, 3 ойдан кейин $111,8 \pm 1,2$ мм симоб устунига ва 6 ойдан кейин $110,1 \pm 2,2$ мм симоб устунига

тенг бўлди (3.5 -расм). Диастолик қон босими эса $72,5 \pm 2,2$ мм симоб устунига, АОК ва антиагрегантлар билан бирга буюрилганда 1 ойдан сўнг $73,6 \pm 1,2$ мм симоб устунига, 3 ойдан сўнг $71,8 \pm 1,6$ мм симоб устунига, 6 ойдан сўнг $73,1 \pm 1,1$ мм симоб устунига тенг бўлди, ушбу натижаларни Ярмолинская М. И., Маклецова С. А., Ипастова И. Д. (2017 й) ҳам беришмоқда.

Аёлларнинг кўпчилиги гормонал воситалар тана вазнини оширади, деб кўрқишади ва шунинг учун уларни истеъмол қилишмайди.

КК ўтказилган аёллар аралаш контрацепцияни қўллаш жараёнида тана вазни ўртача кўрсаткичларининг ўзгариши кўпчилик аёлларда (87%) кузатилмаган.

Медикаментоз аборт ўтказилгандан аралаш орал контрацепция ва антиагрегантлар билан реабилитация давомида гемостаз тизими ўрганилди. Бунда фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ сонияларда), тромбин вақти (ТВ), фибриноген концентрацияси кузатилди. Рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда) 6 ой дан кейин референс кўрсаткичларга яқинлашди. Д- димер миқдори медикаментоз абортдан кейин реабилитация фониди ўзгармади ва $0,1 \pm 0,02$ мкг/мл атрофида сақланиб қолди. Тромбоцитлар миқдори назорат гуруҳига нисбатан деярли фарқ қилмади, бу хулосаларимиз Cameron S. T., Glasier A., Johnstone A. (2017 й) натижалари билан ҳамоҳанг.

Шундай қилиб, медикаментоз абортдан кейин, мифепристон ва мизопропростол фониди гемостаз тизимида ўзгаришлар вужудга келиши, бунда яна контрацепция тавсия қилганда гемостаз тизимидаги ўзгаришларни олдини олиш учун ацетил салицил кислотаси комплекс буюрилганда, гемостаз тизимида **деярли фарқ учрамади.**

ХУЛОСА.

1. Мифепристон ва мизопростол ёрдамида ҳомиладорликни тўхтатиш юқори самарали усул ҳисобланади, аммо бу гемостатик мувозанатнинг бузилишига олиб келади ва гемостазнинг қон томир-тромбоцитлар ва коагуляцион боғланишида ўзгаришларга олиб келади.
2. Абортдан кейинги даврда 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадион ацетат (ХМА) (“Белара”) сақловчи АОК воситасидан фойдаланиш тромбоцитлар агрегацияси фаоллигини оширишга, шунингдек гемостазнинг коагуляцион звеносида гемостатик силжишларга олиб келади, бу рекальцификациянинг фаоллашган вақти (РФВ сонияларда) қисқариши билан намоён бўлади, фибриноген концентрациясининг ошишига, бунинг натижасида, антикоагулянт ҳимоя фаоллигининг пасайиши кузатилади.
3. Медикаментоз абортдан кейин АОК воситаси ацетилсалицил кислотаси (75 мг) билан биргаликда қўлаш гемостаз тизимидаги ўзгаришларни олдини олишга ёрдам беради ҳамда бунинг натижасида АОК воситасининг ҳам мақбуллигини оширади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Гемостаз тизимининг ҳолатини медикаментоз абортдан олдин ва ва медикаментоз аборт фонида, шунингдек, абортдан кейинги контрацепциянинг 1, 3 ва 6 циклларида кузатиб бориш, бунда тромбоцитлар миқдорига агрегацион функциясига, коагулограмма кўрсаткичлари: фаоллашган рекальцификация вақти, тромбопластин вақти, фибриноген концентрациясини баҳолаш лозим.
2. Медикаментоз абортдан кейин фертиллиكنинг дарҳол тикланишини ҳисобга олиб, гормонал контрацепцияни мизопростол воситасини ичгандан кейин дарҳол бошлаш керак.
3. Гемостаз тизимидаги ўзгаришларни ҳисобга олиб, АОК билан биргаликда антиагрегант восита- ацетилсалицил кислотаси 75 мг/суткасига 4 ҳафта давомида тавсия этиш лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.

1. Абдуллаева Л. М., Негматшаева А. Р. Хронический эндометрит–как причина синдрома потери плода (обзор литературы) //Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
2. Аксентьева А. В., Полякова В. А., Карпова И. А. Изменения в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза на фоне реабилитации после медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков и метод их коррекции //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 5. – С. 77-77.
3. Аксентьева А. В. Изменения гемостаза на фоне гормональной контрацепции после медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков //Международный научно-исследовательский журнал. – 2018. – №. 1-2 (67).
4. Аксентьева А. В. Сдвиги в системе гемостаза у женщин на фоне медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков //Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3. – №. 2. – С. 5-7.
5. Аксентьева А. В. Оптимизация реабилитации после медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков: дис. – Южно-Уральский государственный медицинский университет, 2019.
6. Алехина А. Г. и др. Влияние искусственного прерывания беременности на репродуктивные возможности женщин //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21. – №. 1.
7. Агабабян Л. Р., Насирова З. А. Послеабортный уход-особенности контрацепции //Фундаментальные и прикладные исследования науки XXI века. Шаг в будущее. – 2017. – С. 48-50.
8. Виноградова О. П. Определение степени тяжести воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста

- на основании показателей системы гемостаза : дис. – Саратовский Государственный медицинский университет, 2017.
9. Ворошилова Е. А. Оптимизация реабилитационных мероприятий после артифициального аборта в результате применения в комплексной терапии аминодигидрофталазиндиона натрия //Медицинский совет. – 2018. – №. 21.
 10. Воробцова И. Н. и др. Патогенетические особенности нисходящего распространения персистирующей хламидийной инфекции после медицинского аборта //International Journal of Medicine and Psychology. – 2020. – Т. 3. – №. 1. – С. 122-126.
 11. Галущенко Е. М., Петров Ю. А., Арндт И. Г. Медикаментозный аборт и контрацепция после него //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – №. 4. – С. 204-208.
 12. Григорьева Н. В. Клинико-гематологические особенности применения гормональных препаратов после фармакологического прерывания неразвивающейся беременности раннего срока //Ульяновский медико-биологический журнал. – 2020. – №. 2.
 13. Григорьева Н. В., Рюмин И. В., Спирина Е. А. Оценка состояния коагуляционного звена гемостаза у женщин, прервавших неразвивающуюся беременность раннего срока медикаментозным способом //Университетская медицина Урала. – 2018. – Т. 4. – №. 3. – С. 12-14.
 14. Данияров А. А., Нажмутдинова Д. К., Курбанбекова Д. С. Актуальные вопросы медикаментозного прерывания беременности в сельской местности //The 10th International scientific and practical conference “Perspectives of world science and education”(June 17-19, 2020) CPN Publishing Group, Osaka, Japan. 2020. 560 p. – 2020. – С. 218.

15. Дикке Г. Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике. – Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 384-384.
16. Доброхотова Ю. Э. и др. Контрацепция после аборта: как сделать правильный выбор? // Гинекология. – 2021. – Т. 23. – №. 2. – С. 205-209.
17. Исмаилова Ф. К., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Медицинский аборт как причина нарушения репродуктивной функции будущей матери // Здоровая мать-здоровое потомство. – 2020. – С. 166-172.
18. Кацай А. М., Шестаков Г. С. Повышение качества медицинской помощи в амбулаторных условиях женщинам при нежелательной беременности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №. 1-2.
19. Кацай А. М., Дикке Г. Б., Шестаков Г. С. Обоснование необходимости выбора планового метода контрацепции, интегрированного с медицинской помощью по прерыванию нежеланной беременности // Фарматека. – 2017. – №. 3. – С. 25-30.
20. Коновалова М. В. и др. Патогенетическое обоснование профилактики инфекционных осложнений после аборта у женщин с урогенитальным хламидиозом в анамнезе // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2018. – №. 2 (108).
21. Кравченко Е. Н. и др. Комплексная реабилитация женщин после позднего аборта по медицинским показаниям // Бюллетень медицинской науки. – 2017. – №. 3 (7).
22. КРАМАРСКИЙ В. А. и др. Прогнозирование вынашивания беременности при сравнении эффективности лечения начавшегося выкидыша микронизированным прогестероном и дидрогестероном // Эффективная фармакотерапия. – 2018. – №. 13. – С. 8-13.
23. Махмудова С. Э., Ахмедова А. Т. Особенности контрацепции после медицинского аборта // Вестник врача. – С. 23.

24. Малышкина А. И., Назаров С. Б. Особенности системы гемостаза у женщин с угрожающими преждевременными родами.
25. Полунина Ю. А. Возможности адаптации репродуктивной системы после прерывания беременности малых сроков // Синергия Наук. – 2017. – Т. 1. – №. 18. – С. 1166-1179.
26. Пешкова А. Д. и др. Изменения гемостаза по данным тестов тромбодинамики и контракции сгустков крови у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе // Акушерство и гинекология. – 2019. – Т. 12. – С. 111-9.
27. Рахимова Х. М. и др. Современные аспекты по улучшению качества ведения больных с патологией эндокринных органов в условиях первичного звена медицинской помощи // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 10 (51).
28. Рузиева Н. Эрта туғруқ хавфи юқори бўлган хомиладорларда диагностика, даволаш ва профилактика чора-тадбирларини оптималлаштириш. – 2019.
29. Озолиня Л. А., Овсепян Н. Р., Савченко Т. Н. Первый этап медицинской реабилитации пациенток после самопроизвольного выкидыша // Медицинский совет. – 2019. – №. 7.
30. Стребков А. И., Шевякова А. М. Конфликты на почве аборта: об их разнообразии и способах преодоления // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2017. – №. 2. – С. 17-29.
31. Утробин М. В., Юрьев С. Ю., Орлова Е. В. Прогностическая роль сочетания полиморфизма генов системы гемостаза и изменения уровня эмбриотропных аутоантител в первом триместре беременности при формировании ретрохориальной гематомы // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 3.
32. Ярмолинская М. И., Маклецова С. А., Ипастова И. Д. Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы и тромбозы: взгляд реалиста

- //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2017. – №. 2. – С. 69-78.
33. Ящук А. Г. и др. Реабилитация женщин после медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12. – №. 5 (71).
34. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 137 буйруғи, 2012 й
35. Aziza N., Habiba N. NEW APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF POST ABORTION CHRONIC ENDOMETRITIS // Editorial Board of the Uzbek medical journal. – 2020. – С. 48.
36. Aksentieva A. V. CHANGES OF HEMOSTASIS ASSOCIATED WITH HORMONAL CONTRACEPTION AFTER MEDICAMENTAL INTERRUPTION OF UTERINE PREGNANCY AT SMALL DURATION OF GESTATION // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – №. 1 (67) Часть 2. – С. 25-29.
37. Alden G., Elshader A. A. Determination of Fibrinogen level in Recurrent Abortion in Shendi Town : дис. – Hamza Ahmed Hassan Mohammed Eltoum, 2018.
38. Amo-Adjei J., Darteh E. K. M. Unmet/met need for contraception and self-reported abortion in Ghana // Sexual & Reproductive Healthcare. – 2017. – Т. 13. – С. 118-124.
39. Barreto Cardoso V. et al. Humanization in nursing care to women in post abortion situations // Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. – 2021. – Т. 158.
40. Benson J. et al. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries // Global public health. – 2018. – Т. 13. – №. 1. – С. 35-50.

41. Biggs M. A. et al. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study // *JAMA psychiatry*. – 2017. – T. 74. – №. 2. – C. 169-178.
42. Briel R. C. Hemostasis in abortion // *Voluntary Termination of Pregnancy*. – Springer, Dordrecht, 1984. – C. 93-98.
43. Biggs M. A., Taylor D., Upadhyay U. D. Role of insurance coverage in contraceptive use after abortion // *Obstetrics & Gynecology*. – 2017. – T. 130. – №. 6. – C. 1338-1346.
44. Cartwright A. F. et al. Identifying national availability of abortion care and distance from major US cities: systematic online search // *Journal of medical Internet research*. – 2018. – T. 20. – №. 5. – C. e186.
45. Cameron S. T., Glasier A., Johnstone A. Comparison of uptake of long-acting reversible contraception after abortion from a hospital or a community sexual and reproductive healthcare setting: an observational study // *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. – 2017. – T. 43. – №. 1. – C. 31-36.
46. Caruso S. et al. Sexual function and quality of life of women adopting the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS 13.5 mg) after abortion for unintended pregnancy // *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. – 2018. – T. 23. – №. 1. – C. 24-31.
47. ElDanasori N. et al. Thrombin-Activatable Fibrinolysis Inhibitor Gene Polymorphism (TAFI1040C/T) in Women With Recurrent Spontaneous Abortion // *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. – 2018. – T. 24. – №. 3. – C. 532-535.
48. Foster D. G. et al. Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion // *JAMA pediatrics*. – 2018. – T. 172. – №. 11. – C. 1053-1060.

49. Gyllenberg F. et al. Long-acting reversible contraception free of charge, method initiation, and abortion rates in Finland // *American journal of public health*. – 2018. – T. 108. – №. 4. – C. 538-543.
50. Gill R. K. et al. Feasibility and Acceptability of a Mobile Technology Intervention to Support Postabortion Care (The FACTS Study Phase II) After Surgical Abortion: User-Centered Design // *JMIR human factors*. – 2019. – T. 6. – №. 4. – C. e14558.
51. Gupta K. et al. A rare case of COVID-19 related stomach gangrene after an abortion: a case report // *International Surgery Journal*. – 2021. – T. 8. – №. 4. – C. 1360-1365.
52. Goyal V. et al. Postabortion contraceptive use and continuation when long-acting reversible contraception is free // *Obstetrics and gynecology*. – 2017. – T. 129. – №. 4. – C. 655.
53. Heikinheimo O., Suhonen S. Contraception After an Induced Abortion and Childbirth // *Female and Male Contraception*. – Springer, Cham, 2021. – C. 229-242.
54. Ibrahim Z. M. et al. Knowledge, attitude and practice towards abortion and post abortion care among Egyptian private obstetricians and gynaecologists // *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. – 2020. – T. 25. – №. 4. – C. 245-250.
55. Idi N. et al. Rare Case of Abortion Complication: Bilateral Abscess of the Shoulders // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2018. – T. 8. – №. 14. – C. 1578-1582.
56. Ikhtiyarova G. A., Tosheva I. I., Narzulloeva N. S. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // *Asian J Res*. – 2017. – T. 3. – №. 3. – C. 13-31.
57. Jiao Y. et al. Application of ultrasound multimodal score in the assessment of endometrial receptivity in patients with artificial abortion // *Insights into imaging*. – 2020. – T. 11. – №. 1. – C. 1-7.

- 58.Lähteenmäki P. et al. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion //American journal of obstetrics and gynecology. – 1981. – Т. 141. – №. 2. – С. 175-179.
- 59.Langari A. et al. Aging-related changes in the calorimetric profile of red blood cells from women with miscarriages //Journal of Thermal Analysis and Calorimetry. – 2020. – Т. 142. – №. 5. – С. 1919-1926.
- 60.Lee J. K., Zimrin A. B., Sufrin C. Society of Family Planning clinical recommendations: Management of individuals with bleeding or thrombotic disorders undergoing abortion //Contraception. – 2021.
- 61.Lohr P. A. et al. Telephone or integrated contraception counselling before abortion: impact on method choice and receipt //BMJ sexual & reproductive health. – 2018. – Т. 44. – №. 2. – С. 114-121.
- 62.Ln S., Nm V., Ov L. Rehabilitation of gestational possibilities of endometrium in women with a history of pregnancy lost //Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2018. – №. 2 (62).
- 63.Lundberg P. C. Contraception practices among young unmarried women seeking abortion following unintended pregnancy in Ho Chi Minh City, Vietnam //Culture, Health & Sexuality. – 2020. – С. 1-14.
- 64.Makins A., Cameron S. Post pregnancy contraception //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2020.
- 65.Michie L., Cameron S. T. Emergency contraception and impact on abortion rates //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2020. – Т. 63. – С. 111-119.
- 66.Mutua M. M. et al. Spatial and socio-economic correlates of effective contraception among women seeking post-abortion care in healthcare facilities in Kenya //Plos one. – 2019. – Т. 14. – №. 3. – С. e0214049.
- 67.Nelson D. B. et al. Sex hormones, hemostasis and early pregnancy loss //Archives of gynecology and obstetrics. – 2002. – Т. 267. – №. 1. – С. 7-10.

68. Nikolaevna P. V. et al. Can the fertilized egg come out without blood. Medical method of abortion. – 2019.
69. Postlethwaite D. et al. Contraception after abortion and risk of repeated unintended pregnancy among health plan members //The Permanente Journal. – 2018. – T. 22.
70. Pohjoranta E. et al. Intrauterine contraception after medical abortion: factors affecting success of early insertion //Contraception. – 2017. – T. 95. – №. 3. – C. 257-262.
71. Rahmanian F. et al. Needs assessment for gender sensitive reproductive health services for adolescents //International journal of adolescent medicine and health. – 2020. – T. 32. – №. 5.
72. Rocca M. L. et al. Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review //Pharmaceuticals. – 2021. – T. 14. – №. 6. – C. 548.
73. Rocca C. H. et al. Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial //American journal of obstetrics and gynecology. – 2018. – T. 218. – №. 1. – C. 107. e1-107. e8.
74. Roe A. H., Bartz D. Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion //Contraception. – 2019. – T. 99. – №. 1. – C. 2-9.
75. RUKHLIADA N. N., KRYLOV K. Y. Visanne and Qlaira in therapy of metrorrhagic adenomyosis, leading to excessive menstrual blood loss and anemia //Global Reproduction. – 2019. – №. 3. – C. 12-16.
76. Schmidt-Hansen M. et al. Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses //Human reproduction update. – 2020. – T. 26. – №. 2. – C. 141-160.
77. Slunsky R. Legal abortion and hemostasis. Histological examinations and comparison to post partum hemostasis (author's transl) //Archiv fur Gynakologie. – 1976. – T. 220. – №. 4. – C. 325-338.

78. Schubring C. et al. Fibrinolysis and factor XIII in women with spontaneous abortion // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. – 1990. – T. 35. – №. 2-3. – С. 215-221.
79. Veiga-Junior N. N. et al. Post-abortion contraception before hospital discharge after installation of a surveillance network in Brazil // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2020. – T. 150. – №. 2. – С. 200-205.
80. Wang H., Liu Y., Xiong R. Factors associated with seeking post-abortion care among women in Guangzhou, China // *BMC Women's Health*. – 2020. – T. 20. – №. 1. – С. 1-7.
81. Wicaksono R. A. Comparison of Fibrinogen Level Changes between Pregnancy with History of Abortion and Normal Pregnancy // *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2011.
82. Xia W. T. et al. Motherwort injection in preventing post-abortion hemorrhage after induced abortion: A multi-center, prospective, randomized controlled trial // *EXPLORE*. – 2020. – T. 16. – №. 2. – С. 110-115.
83. Yoshimura T. et al. Sudden increase of plasma fibrinopeptide a levels after induced abortion // *Ricerca in clinica e in laboratorio*. – 1987. – T. 17. – №. 3. – С. 265-268.
84. Yasnikovska S. M., Petriyk B. V. Correction of disorders in the system of hemostasis at miscarriage in the I-st trimester of pregnancy // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. – 2016. – №. 15, № 2. – С. 73-76.
85. Zarei M. et al. Resilience and Coping Strategy after Abortion due to Fetal Malformation: A Web-Based Randomized Controlled Intervention. – 2020.