

**САМАРҚАНД ВИЛОЯТ ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗИДАГИ КЎП ҲОМИЛАЛИЛАР-НИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ДАВРИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, М. А. Абдиева,  
Д. Т. Раббимова, Ш. Н. Валиев**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** кўп ҳомилалик, монохориал эгизаклар, дихориал эгизаклар, муддатидан олдинги туғруқ.**Ключевые слова:** многоплодная беременность, монохориальные близнецы, дихориальные близнецы, преждевременных родов.**Key words:** multiple pregnancy, monochorial twins, dichorial twins, premature birth.

Ҳозирги вақтда ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш, она ёшининг 35 ёшдан юқорилиги, 4- туғруқдан кейин, овуляцияни стимул қилувчи препаратлар қўлланилиши натижасида кўп ҳомилаликни учраш даражаси йилдан-йилга ошмоқда. Кўп ҳомилаликда яқка ҳомиладорликка нисбатан оналар ўлими 3-7 марта юқори бўлиб, ёндош касалликларнинг асоратлари ва соматик касалликларнинг кўзиши юқори бўлади. Кўп ҳомилаликда ҳомиланинг антенатал, перинатал касалланиш кўрсаткичи юқори бўлиб, ҳомиланинг ривожланиш нуқсон, муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи, ҳомила дистресс синдроми кўп учраши билан характерланади. Она организмига юклама кўп тушганлиги сабабли ҳомиланинг ва онанинг турли хил касалликларнинг учраши ҳам ошади.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, М. А. Абдиева, Д. Т. Раббимова, Ш. Н. Валиев**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В настоящее время частота многоплодных беременностей увеличивается из года в год в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, увеличения возраста матери более 35 лет, увеличения количества родов более 4-х, применения препаратов, стимулирующих овуляцию. При многоплодной беременности материнская смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодной, а частота осложнений сопутствующих заболеваний и соматических заболеваний выше. При многоплодной беременности высок антенатальный, перинатальный уровень заболеваемости плода, характеризующийся пороками развития плода, повышенным риском преждевременных родов, синдромом дистресса плода. Из-за большой нагрузки на организм матери увеличивается и частота возникновения различных заболеваний плода.

**THE COURSE OF MULTIPLE PREGNANCIES AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN ACCORDING TO THE SAMARKAND REGIONAL PERINATAL CENTER****G. T. Rabbimova, B. B. Negmajanov, V. O. Kim, M. A. Abdieva, D. T. Rabbimova, Sh. N. Valiev**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Currently, the frequency of multiple pregnancies increases from year to year as a result of the use of assisted reproductive technologies, increasing the age of the mother more than 35 years, after 4 births, the use of drugs that stimulate ovulation. In multiple pregnancies, maternal mortality is 3-7 times higher than in single pregnancies, and the incidence of complications of comorbidities and somatic diseases is higher. In multiple pregnancies, the antenatal, perinatal level of fetal morbidity is high, characterized by fetal malformations, an increased risk of premature birth, and fetal distress syndrome. Due to the heavy load on the mother's body, the frequency of various fetal diseases also increases.

**Қириш.** Кўп ҳомилалик - ҳомиладор аёл организмида икки ва ундан кўп ҳомиланинг ривожланишига айтилади [1,5,7,]. Кўп ҳомилаликда бир ҳомиланинг ўлими 3,7 – 6,8% ни ташкил қилади [2,]. 37 ҳафтагача бўлган муддатларда (муддатидан олдинги туғруқ) уч ҳомилаликнинг туғилиши 80%, икки ҳомилаликнинг туғилиши 43%, бир ҳомилаликда – 9% ни ташкил қилади [4,5,6]. Кўп ҳомилали ҳомиладорларда гипертензия ва шиш қон-томир тизими ҳажмининг ошиши, протеинурия кам миқдорда ёки бўлмаслиги, динамикада гематокрит пасайиши ҳисобига плазма ҳажмининг ошиши рўй беради. Томир ичи ҳажмининг ошиши ҳисобига энг асосий асоратлардан бири анемия 50-100% ни ташкил қилади. Бу плазма ҳажмининг ошиши, гематокрит ва гемоглобин миқдорини пасайиши, эритропоэтиннинг ошиши ҳисобига темир танқислик анемия сезиларли даражада учрайди [8]. Ҳомиладорлик даври ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми бир ҳомилаликка нисбатан 10 баробар кўп

учраб, монохориалда 34% ва бихориалда 23% учрайди [10]. Плацентация типига кўра хомила ўсиши чегараланиши монохориалда 7,5%, бихориалда 1,7% иккала хомилада ҳам кузатилади. Агар монохориал эгизакларда хомилалар вазни орасидаги фарқ 25% дан юқори бўлса, кам вазнли хомиланинг антенатал ўлими юқори даражада бўлади [5].

Кўп хомилалик учраш даражаси Ўрта Осиёда 0,6% , Европада 1 – 2 % , Африкада 4 % ни ташкил қилади [7]. Перинатал ўлим эгиз хомилада бир хомиллага нисбатан 5 марта, хомила антенатал ўлими – 4 марта, неонатал ўлим – 6 марта юқорилиги билан характерланади [3,9].

**Тадқиқот мақсади:** Кўп хомилаликда йўлдошнинг монохориал ва дихориал турига қараб хомиладорлик ва перинатал даврини таққослаш.

**Материал ва усуллар:** Самарқанд вилоят Перинатал марказида 2020-2022 йиллар оралиғида кўп хомилалик аниқланган 40 нафар хомиладор аёлларнинг дастлабки тиббий хужжатларининг таҳлили ўтказилди.

Кўп хомилаликда йўлдошнинг хориал турига қараб, текширилган барча хомиладор аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинган:

I гуруҳ - 18 нафар аёлларда йўлдошнинг монохориаллиги аниқланган;

II гуруҳ - 22 нафар аёлларда йўлдошнинг дихориаллиги аниқланган;

Беморларнинг касаллик тарихи, анамнез маълумотлари, объектив текширув маълумотлари, лабаратор ва инструментал текширув натижалари, терапевт кўриклари Самарқанд вилоят Перинатал марказида қилинган.

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

2. Професионал омиллар

3. Умумий кўрик маълумотлари

4. Гинекологик анамнези

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

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

7. Акушерлик анамнези (хомиладорлик, туғруқ, абортлар, ушбу хомиладорликнинг кечиши)

8. Бошидан кечирган касалликлари.

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

10. Тор мутахассислар кўриги.

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

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

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

Кузатувга олинган аёлларнинг умумий сонидан 13 нафари (32,5%) биринчи туғувчи аёллар, 27 нафари (67,5%) қайта хомиладор бўлган аёллар; шу жумладан 6 нафари (15%) – кўп марта туғувчи аёл. Шундай қилиб, қайта туғувчи аёлларнинг сони устунлик қилди. Репродуктив анамнез ҳақидаги маълумотлар 1- жадвалда келтирилган.

Қайта хомиладор бўлган аёлларнинг деярли 2/5 қисмида (40%) оғирлашган ва асоратланган акушерлик анамнези кузатилган. Беморларнинг тўртдан бир қисмидан кўпроғида

1 жадвал.

**Текширилган аёлларнинг репродуктив анамнези ҳақидаги маълумотлар.**

Текширилганларнинг гуруҳлари	1-2 гуруҳ	
	n	%
Биринчи марта ҳомиладор бўлганлар	13	32,5
Қайта ҳомиладор бўлганлар	27	67,5
5 ва ундан кўп марта туккан аёллар	6	15

ҳомила тушиш ҳолати кузатилган (ҳомиланинг ўз ўзидан тушиши - 15%, муддатидан олдин туғилиш - 65%). Ҳар тўрт нафар аёлларнинг бирида (26,8%) салбий перинатал натижа кузатилган: ўлик туғилганлар - 4,5%, эрта туғилган чақалоқларнинг ўлими - 22,3%. Илгари ҳомиладор бўлган беморларда абдоминал туғдириш кузатилган (33,1%), шу жумладан 16 нафар аёлларда ушбу ҳолат бир неча бор кузатилган.

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

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

Ҳомиладорларда учраган соматик касалликлардан: вирусли гепатит- 2 нафар, миопия- 1 нафар, сурункали гастрит- 1 нафар, сурункали холецистит– 1 нафар, бронхиал астма ва аллергик ринит фонида 1 нафар, гинекологик касалликлар: колпит- 4 нафар, бепуштлик (10 йил) - 1 нафар, бачадон миомаси- 2 нафар, икки шохли бачадон- 1 нафар бачадон бўйни электроканизациясидан кейинги ҳолат- 2 нафар аёлларда учради.

2 жадвал.

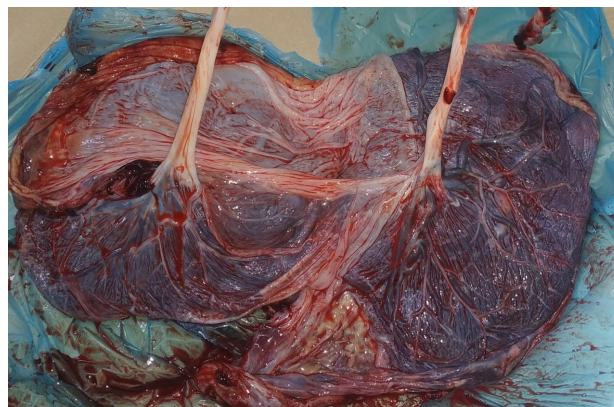
**Текширувдан ўтган аёлларнинг акушерлик анамнези.**

Акушерлик анамнези	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	n	%	n	%
Ҳомилани ўз ўзидан тушиши	2	11,1	3	13,6
Муддатидан олдин туғилиш	16	88,89	14	63,63
Преэклампсия	5	27,77	3	13,6
Ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши	2	11,1	1	4,5
Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқлар	15	83	17	77,2
Кесар кесиш операцияси орқали туғруқлар	3	16,67	5	22,7-

Биз кўп ҳомилали ҳомиладорларни таққослаб кузатганимизда ҳомиладорликнинг



1 расм. Монохориал моноамниал плацента (МХМА).  
Она юзаси ва ҳомила юзаси томонидан кўриниши.



2 расм. Дихориал диамниал плацента(ДХДА). Она томондан ва ҳомила юзасидан кўриниши.

яқунланиш муддатларида ўзаро фарқ борлигига амин бўлдик. (3-жадвал).

Бу жадвалдан кўриниб турибдики монохориал кўп ҳомилалик дихориал кўп ҳомилаликка нисбатан муддатидан олдинги туғруқ кўп кузатилар экан.

I гуруҳда туғруқларнинг 78-80% ида 36 ҳафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди. II гуруҳда туғруқларнинг 40-44 % ида 36 ҳафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди.

Туғилган чақалоқлар вазни кўриб чиқилганда: I гуруҳда 750гр, 900гр, 950гр, 1200гр, 1350гр, 1460гр, 1600гр, 1975гр - 3210гр, 3440гр гача вазнли ўртача ҳисобда 2450гр чақалоқлар туғилди.

II гуруҳда 1600гр, 1650гр, 1800гр, 1900гр, 1960гр-2600гр, 2650гр, 2700гр, 2800гр, 2900гр, 3000гр гача вазнли ўртача ҳисобда 2650гр чақалоқлар туғилди.

Туғилган чақалоқлар жинси кўриб чиқилганда: I гуруҳда 11нафар (30%) ўғил, 25 нафар (70%) қизча туғилган. II гуруҳда 26 нафар (60%), ўғил 18 нафар (40%) қизча туғилган. Туғруқ баёни кўриб чиқилганда: I гуруҳда 10 нафар (55%) ҳомиладорда оператив, 8 нафар (45%) ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди. II гуруҳда 14 нафар (64%) ҳомиладорда оператив 8 нафар (36%) ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди.

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

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

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Л. С. Абдуллаева, М. Х. Каттаходжаева, А. Т. Сафаров, С. С. Гайибов Прогнозирование и профилактика акушерских и перинатальных осложнений при многоплодной беременности // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.109-112. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-109-112
2. Костюков К.В., Гладкова К.А. Перинатальные исходы при монохориальной многоплодной беременности, осложненной синдромом селективной задержки роста плода // Акушерство и гинекология. - №6. – 2020. - С. 50-58
3. Косякова О.В., Беспалова О.Н. Сложности и перспективы прогнозирования преждевременных родов при многоплодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. - Т. 67. - №4. - 2018. - С. 48-59
4. Мальгина Г.Б., Башмакова Н.В. Многоплодная беременность как причина сверхранних преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. - Т. 16. - № 6. - С. 58-62.

5. Папышева Е.И., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е. Проблема многоплодной беременности при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. - №5. -2019. - С.137-143.
6. Прохорова В.С., Павлова Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии //Журнал акушерства и женские болезни. -2010. - №3. - С.55-59.
7. Althabe F, et al. Рожденные слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов // Науч. ред. Ch. Howson, M. Kinney, J. Lawn. - Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2014. - 112 с.
8. Fiona L. Mackie, R. Katie Morris, Mark D. Kilby. The prediction, diagnosis and management of complications in mono chorionic twin pregnancies: the OMMIT (Optimal Management of Mono chorionic Twins) study // Mackie et al. BMC Pregnancy and Childbirth. - 2017. -P. 2-5
9. Mary D'Alton, Noelle Bresli. Management of multiple gestations // International Journal Gynecol Obstet. - V.150. - 2020. - P. 3-9.
10. Rissanen, AR.S., Jernman, R.M., Gissler, M. et al. Maternal complications in twin pregnancies in Finland during 1987–2014: a retrospective study // BMC Pregnancy Childbirth 19. - 337. - 2019.
11. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. - 2017. - С. 152