

**КАМСУВЛИЛИКДА ТУҒРУҚ КЕЧИШИ ВА ҲОМИЛА ҲОЛАТНИНГ  
КАРДИОТОКОГРАФИК ТАҲЛИЛИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Д. Х. Жумаева, Д. Т. Раббимова, В. О. Ким**  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон**Ключевые слова:** кам сувлилик, ҳомила, кардиотокография, Апгар шкаласи.**Таянч сўзлар:** кам сувлилик, ҳомила, кардиотокография, Апгар шкаласи.**Key words:** low water, fetus, cardiotocography, apgar scale.

Кардиотокография (КТГ) ҳозирги кунда ҳомила ҳолатини баҳолашнинг асосий усули бўлиб, у маълумотларни барқарорлиги ва хавфсизлиги билан ажралиб туради. КТГни ҳомиладорлик пайтида ҳам туғруқ жараёнида ҳам қўллаш мумкин, бу ўз навбатида туғруқ натижаларини яхшилайдди. Амниотик суюқлик ҳомила нормал усиши ва ривожланишининг омили, ҳомиладорлик кам сувлилик билан кечганда эса ҳомила ҳолати мониторинги бугунги кун талабидир.

**АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ  
КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ МАЛОВОДИИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Д. Х. Жумаева, Д. Т. Раббимова, В. О. Ким**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Ўзбекистон

Кардиотокография (КТГ) в настоящее время является основным методом оценки состояния плода, который характеризуется стабильностью и сохранностью данных. КТГ можно использовать как во время беременности, так и во время родов, что в свою очередь улучшает исходы родов. Амниотическая жидкость является фактором нормального роста и развития плода, и мониторинг состояния плода является требованием сегодняшнего дня, когда беременность протекает маловодно.

**ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY AND ASSESSMENT OF FETAL CONDITION USING  
CARDIOTOCOGRAPHY IN LOW WATER****G. T. Rabbimova, B. B. Negmadjanov, D. X. Jumaeva, D. T. Rabbimova, V. O. Kim**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Cardiotocography (CTG) is currently the main method of assessing the condition of the fetus, which is characterized by the stability and safety of the data. CTG can be used both during pregnancy and during childbirth, which in turn improves birth outcomes. Amniotic fluid is a factor in normal fetal growth and development, and fetal status monitoring is a requirement of today when pregnancy is low in water.

**Кириш:** Амниотик суюқлик ҳомилани усиши ва ривожланишида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Суюқлик ҳажми патологик ўзгариши ҳомила ва утероплацентар тизимда қатор ўзгаришларга чақиради. Амниотик суюқлик она организими, ҳомила ва плацента орасидаги алмашинув маҳсулоти булиб, унинг миқдори тор доирада фарқланиб туради. Алмашинув жараёнидаги бузилишлар эса суюқлик миқдори камайишига олиб келиши мумкин. Кам сувлиликга сабабларга яна сийдик ажратиш тизими туғма нуқсонлари, нафас олиш тизими нуқсонлари, плацентар етишмовчилик, муддатдан ўтган ҳомиладорлик, амниотик суюқликнинг пренатал кетишида вақтида ташхис қуйилмаслиги ҳам келтирсак бўлади. Бу ҳолатлар ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида акушерлик аралашувлари, жарроҳлик амалиётлари учраш частотасини 21,5–57,7% ошишига сабаб булиши мумкин. Акушерлик патологияси бўлган ҳомиладор аёллар орасида сув етишмовчилиги ҳолатлари сезиларли даражада юқори: ҳомила ривожланиши кечиккан ҳолларда сув етишмовчилиги учраш частотаси 42,3% ни ташкил этади ва ҳомила туғма нуқсони билан кечган ҳолларда - 7,4% - 24,9% захм касаллиги бўлган ҳомиладор аёлларда - 35,2%. Сув миқдори кам бўлган ҳомиладорликнинг кечиши мураккаб-лашади: муддатидан олдинги туғруқ хавфи (48,8-67%), сурункали ёки бирламчи инфекциянинг кучайиши (86,8%), гестоз (27%), плацента етишмовчилиги, ҳомила ривожланишдан орқада қолиши. Туғруқ жараёнида эса - ўткир ҳомила гипоксияси, жумладан киндик тизимчаси сиқилиши, туғруқ травмаси ва туғруқдан кейинги қон кетиши натижасида мураккаб-лашади. Турли муаллифлар фикрига кўра, туғруқ фаолиятининг кучсизлиги 9,8% - 48% ичида, 77,6% гача ҳам етиб боради. Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила гипоксияси, кам

сувлилик фонида ривожланади, хомиланинг нотўғри ҳолати, ривожланишидан орқада қолиш, ва кесар кесиш частотасининг ошишига олиб келади 35,5% - 54,8%. Бундай ҳолатларда антенатал кардиотокографияни қўллаш, ҳомила ҳолатини баҳолаш ва бўзилишларини эрта аниқлаш, шунингдек ташҳислаш имконини беради.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Вилоят Перинатал Марказида 2021-2022 йилларда камсувлилик кузатилган аёлларнинг 50 нафари ўрганилади. Барча аёллар ултратовуш текширувидан ўтказилди. Улар ҳомилалари ҳолати туғруқгача кардиотокография текширувлари орқали баҳолаб борилди. Шу билан бирга 50 нафар янги туғилган чақалоқлар ҳам ашгар шкаласида баҳоланди.

**Натижа ва муҳокамалар:** Вилоят Перинатал Марказида Ҳомиладор аёлларда ултратовуш текширувлари ўтказилиб, улар орасидан кам сувлилик ташҳиси билан 50 нафар ҳомиладор аёллар танлаб олдик ва уларда ҳомиладорлик кечиши, ҳомила ҳолатини туғруқ вақтигача ва туғруқдан сўнг чақалоқлар кузатилди. Ҳомиладор аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиши, туман аҳолиси шаҳар аҳолисидан 3/1 нисбатда кўп ва ёшига қаралганда 19-42 ёш ораликни ташкил қилди. 19-24ёш 36%, 25-29ёш 38%, 30-39 ёш 20%, 40 ёш ва ундан юқори 6%.

Кузатувдаги ҳомиладор аёллар 2 та ката гуруҳга булинди. 1-гуруҳ кам сувлилик ташҳиси қўйилган лекин қоғоноқ пардаси туғруқгача ёрилган (n=28) 56%, 2-гуруҳ кам сувлилик ташҳиси қўйилган ва қоғоноқ пардаси бутунлиги туғруқгача сақланган (n=22) 44% ҳомиладорлар. Бу гуруҳларни ҳам ўз навбатида туғруқ олиб борилишига қараб 2 гуруҳга ажралди, булар (n=17) 34% табиий, (n=33) 66% оператив йул билан. Оператив олиб борилишига сабаблар етакчи бачадон кесар кесишдан кейинги чандик, бачадон носозлиги, хомиланинг кундалан жойлашуви, чанок-бош диспропорцияси, ва кам ҳолларда нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши ва бошқалар. Ҳомиладорлик муддати ва туғруқлар сонига нисбатан I-ҳомиладорлик (n=27) 54% III-(n=10) 20%, IV-(n=6) 12% лар нисбатан юқори. Муддатига кўра 29-33 ҳафта(n = 3) 6%, 34-36 ҳафта(n=12) 24%, 37-39 ҳафта (n=27) 54%, 40 ва ундан юқори (n=8) 16%. Амниотик суюқлик миқдори ва тозолик ҳолатига кура, кам сувлилик энгил даражада (n=21) 42%, кам сувлилик урта даражада (n=10) 20%, кам сувлилик юқори даражада (n=18) 36%, сувсизлик (n=2) 4%, ифодаланган. Тоза (n=16) 32%, хира (n=9) 18%, меконийли (n=20) 40%, бўтқасимон бадбуй (n=5) 10%.

Ашгар шкаласи бўйича чақалоқлар 3 гуруҳга булинди 1-гуруҳ амалий соғлом 7-9 балл (n=32) 64%, 2-гуруҳ энгил даражада асфиксияда 5-6 балл (n=14) 28%, 3-гуруҳ асфиксия ўрта оғир даражаси (n=4) 8% ташкил қилди.

Кардиотокография маълумотлари 4 та параметрда баҳоланди: базал ритм, юрак уриш тезлигининг ўзгарувчанлиги, тахикардия, брадикардия. Базал ритм деганда ҳомила юрак уриш тезлигини ўртача частота тушунилади ва 10 минут ёки ундан кўпроқ вақт давомида сақланиб туради. Ўртача частота юрак тезлиги (базал тезлиги) 120-160 зарба/ мин, лекин ҳомила ҳаракат вақтида, у 10-15 зарба/мин да нормада ўзгариши мумкин. 110 зарба/мин дан паст - брадикардия, 161 зарба/мин дан юқори – тахикардия. Базал ритмнинг частотаси (n=50) 100% сақланган. Тахикардия - ҳомила юрак уриш тезлиги 15 га ошиши ёки ундан кўп, давомийлиги 15 сек дан ортиқ бачадон қисқариши ёки ҳомила ҳаракати билан боғлиқ ҳисобланади ва (n=3) 6% да тахикардия кузатилди. Брадикардия- пасайиш частотасининг вақтинчалик эпизодлари ҳомила юрак уриши 15 марта ёки ундан кўп давомийлиги 15 сек. брадикардиянинг ерта, кеч ва ўзгарувчан тури бўлади. Брадикардия учраши (n=5) 10% кузатилди. Янги туғилган чақалоқлар тана массаси 1360 гр. дан 4440 гр. гача ва киндик тизимчаси узунлиги 35-60 см, йуқотилган қон ҳажми 700 мл. гача яна чақалоқларда киндик тизимчаси уралиш ҳолати (n=13) 26%. учради.

**Ҳулоса:** Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб шуни айтиш керакки, кам сувлилик ҳолатида КТГни қўллаш ҳомила ҳолатини аниқлашда, ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнида туғруқ натижаларини олдиндан айтишга ёрдам беради. Шунга кўра ҳомила ичи кислород танқислиги ва гипоксиясининг олдини олишга қаратилган чора тадбирларини эрта олиб бо-

риш имконини яратади.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Логинов В. В. и др. Особенности адаптации плода к кардио-токографическому исследованию как критерий оценки его состояния //Акушерство и гинекология. – 2021. – Т. 3. – С. 138-144.
2. Мочалова М. Н., Мудров В. А., Мудров А. А. Роль состава околоплодных вод в структуре перинатальной патологии //Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. – №. 2. С. 19-22
3. Мудров В. А., Мочалова М. Н., Мудров А. А. Особенности определения объема околоплодных вод на современном этапе //Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67. – №. 5.
4. Панченко А. С., Панова М. С. Биохимические маркеры гипоксического поражения головного мозга у доношенных новорожденных //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 12-16.
5. Приходько А. М. и др. Современные принципы кардиотокографии в родах //Медицинский совет. – 2020. – №. 3.
6. Чистякова О. М., Гуреева Л. В., Радьков О. В. Клиническое значение маловодия у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек при недоношенной беременности //Acta Biomedica Scientifica. – 2021. – Т. 6. – №. 2. – С. 9-15.
7. Abdou A. M. et al. Diagnostic accuracy of lamellar div count as a predictor of fetal lung maturity: A systematic review and meta-analysis //European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X. – 2020. – Т. 5. – С. 100059.
8. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2017. – С. 152.