



INNOVATIVE
WORLD



ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

- Medicine
- Pharmaceuticals
- Biology
- Chemistry
- Geology
- Agriculture

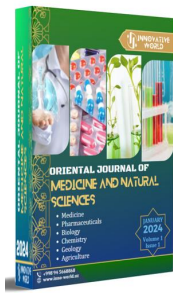
JANUARY
2024

Volume 1
Issue 1



+998 94 5668868

www.inno-world.uz



УДК 618.39.021.3/618.396

ОДАТИЙ ҲОМИЛА ТУШИШИНИ ТАШХИСЛАШДА ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ВА ГИСТОЛОГИК УСУЛЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Султонова Н.А., Негматуллаева М.Н.

Бухоро Давлат Тиббиёт Инститuti Врачлар
малакасини ошириш факультети оилавий
шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини
ошириш кафедраси

ARTICLE INFO

Received: 23th January 2024

Accepted: 23th January 2024

Online: 24th January 2024

КАЛИТ СЎЗЛАР

ўз-ўзидан ҳомила тушиши,
хавф омиллари.

АННОТАЦИЯ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра, ўз-ўзидан бола ташлаш деганда (аборт) ҳомиладорликнинг 22-ҳафтасигача 500 гр гача бўлган эмбрион ёки ҳомиланинг ўз-ўзидан бачадондан ҳайдалишига айтилади. Анамнезда ҳомиладорликнинг 22-ҳафтасигача бўлган муддатда 3 ёки ундан ортиқ марта ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишига ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши дейилади. Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши (ХЎТ) ҳомиладорликнинг бошланғич муддатларида кўпроқ содир бўлувчи асорат бўлиб, унинг учраши 8 дан 20% гачани ташкил этади. 80% гача содир бўлувчи ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши ҳомиладорликнинг биринчи 12-ҳафтасида учрайди. Ушбу ҳолат бизни мазкур мавзуга доир ўз тадқиқотимизни ўтказишга сабаб бўлди.

Долзарблиги. Бугунги кунда ҳомиладорликнинг биринчи триместрда вужудга келадиган ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишига қаратилган хавф омилларини аниқлашга қаратилган тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда [1,4,8,10]. Ушбу механизмни пайдо бўлишини ўрганиш ушбу патологияни даволаш ва профилактика қилишнинг калити бўлиб ҳисобланади. Ҳомила ривожланишига таъсир этувчи ташқи омиллар, ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши муаммоси кўп сонли эълон қилинган илмий ишлар бажарилганлигига қарамай, ўз долзарблигини йўқотмаган [2,3,5,6]. Ҳозирги кундаги пасаймайтган статистика ушбу муаммони ўрганишга сабаб бўлувчи тадқиқотнинг муҳим йўналишларидан бўлишига асос бўлади [7,9,11].

Тадқиқот мақсади. Йўлдош морфофункционал ўзгаришлари, гемостазиологик ва липид алмашинуви тизими бузилишларини ўрганиш асосида ўз-ўзидан ҳомила тушишининг эрта башорат маркеларини аниқлаш ва уни олдини олиш чора-тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотда олдимизга қўйган мақсадни амалга тошириш мақсадида биз 2019 йил январ ойидан то 2021 октябр ойигача бўлган муддатда 208 нафар аёллар

текширилди. Ҳомиладорлик даврида 208 нафар аёлда изчил равишда чуқурлаштирилган текширувлар олиб борилди, бунда уларга тавсия этилган даво чораларининг самарадорлиги ҳам баҳолаб борилди. Тадқиқотда умум клиник, инструментал, ультратовуш, биокимёвий, гормонал, морфологик ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилди. Биринчи гуруҳни аввалги ҳомиладорликлари нормал кечган 53 нафар ҳомиладор аёл ташкил этди (I- гуруҳ), иккинчи гуруҳни эса, 98 нафар акушерлик анамнези оғир бўлган ҳомиладор аёллар ташкил этди, уларда ҳомила тушиши кузатилган эди (II- гуруҳ). Тадқиқотга киритилган ҳомиладор аёллар Бухоро шаҳрининг аёллар маслаҳатхоналарида, вилоят перинатал марказида ва Республика шошилиш тиббиёт илмий маркази Бухоро филиали гинекология бўлимида даволанган эдилар.

Гуруҳларга киритилишнинг асосий мезонлари: анамнезида ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасигача икки ёки ундан ортиқ ҳомила тушиши кузатилган аёллар киритилди.

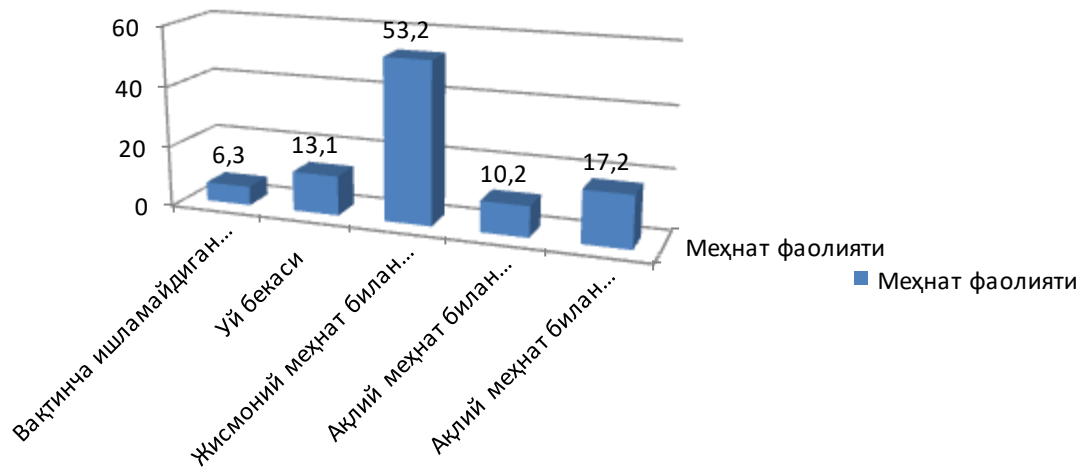
Гуруҳдан четлатилиш мезонлари: ҳомилада генетик аномалиялар ёки антифосфолипид синдром (АФС) мавжуд бўлган аёллар, жинсий аъзолар инфекцияси мавжуд ёхуд эндокрин тизим патологияси кузатилган ҳомиладор аёллар.

Тадқиқот натижалари. Текширув натижасида аниқландики, гуруҳларда ҳайз цикли функцияси бўйича гуруҳларда жиддий ўзгаришлар аниқланмади. Менархенинг ўртача ёши $14,05 \pm 0,2$ назорат гуруҳида – $13,9 \pm 0,4$ ёшни ташкил этди ($p \leq 0,05$). Ҳайз циклининг ўртача давомийлиги 26 дан 32 кунгачани ташкил этиб, ўртача 4,1 кунни, назорат гуруҳида – 4,2 кунни ташкил этади ($p \leq 0,05$). Ҳайз циклининг десквамацион фазаси гуруҳларда 3, 1 ва 3, 3 кунни ташкил этди ($p \leq 0,05$). Ҳайз миқдори барча аёлларда ўртача деб ҳисобланди.

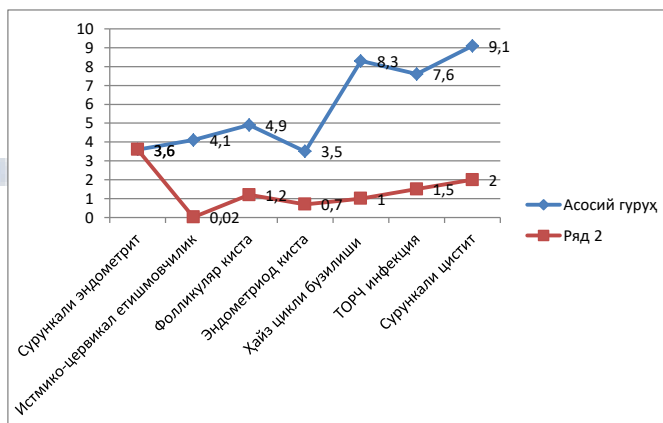
Аёлларнинг ўқимишлилик даражаси ва бажарадиган иши ҳам албатта уларнинг ҳаёт тарзини ҳақида кўп маълумот берганлиги учун ҳам уларни ўрганишга қарор қилинди. Натижада беморлар орасида 19,4% вақтинча ишламаслиги ва 80,6% эса ишлаши аниқланди. Ишламайдиган беморларнинг 6,3% вақтинчалик ишсиз бўлиб, қолган 13,1 % уй бекаси эканликлари аниқланди. Ишлайдиган беморларнинг 53,2% жисмоний меҳнат билан, 27,4 % эса ақлий меҳнат билан шуғулланар эдилар. Ушбу кўрсаткичлар қуйидаги 1-расмда берилган. Ақлий меҳнат билан шуғулланувчиларнинг 10,2% олий маълумотли, қолган 17,2 % эса ўрта маълумотга эга эдилар.

1-расм. Текширилган беморларнинг иш фаолияти маълумотлари

Меҳнат фаолияти



Бундан ташқари, текширилган ҳомиладор аёлларда мавжуд бўлган гинекологик касалликлар тузилиши ўрганилади. Бунда асосий гуруҳдаги аёлларда назорат гуруҳига нисбатан гинекологик касалликлар кўпроқ учраши аниқланган. Қуйидаги 2-расмда текширилган гуруҳ аёлларида учрайдиган гинекологик касалликлар учраш нисбати келтирилган.



2-расм.Текширилган гуруҳ аёлларида гинекологик касалликларининг учраш нисбати n=208.

Расмда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, сурункали эндометрит иккала гуруҳда ҳам бир хил нисбатда учраган. Истмико-цервикал етишмовчилик эса, асосий гуруҳда таққослама гуруҳга нисбатан 4,08% га, фолликуляр киста 3,7 % га, эндометриод киста 2,8% га, ҳайз цикли бузилиши 7,3 % га, ТОРЧ инфекция 6,1% га ҳамда сурункали цистит 7,1% га кўп учраганлиги аниқланди.

Ундан ташқари беморларда учраган соматик патология ҳам ҳомиладорликга бевосита таъсир этишини ҳисобга олсак, уни ҳам анамнез маълумотларига ва физикал текширув натижаларига кўра, аниқлаштириш муҳим аҳамият касб этишини эътироф қилиш лозим. Текширилган аёлларда қуйидаги соматик касалликлар аниқланди. 1-жадвалга қаранг.

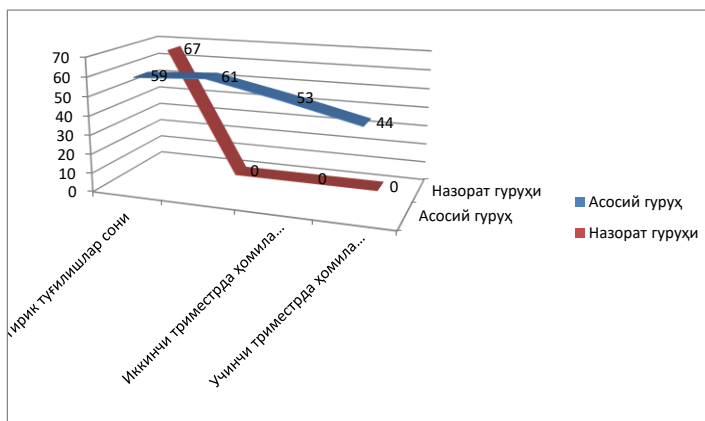
1-жадвал.

Текширилган аёлларда аниқланган соматик касалликлар n=208.

Нозология	Асосий гуруҳ	Таққослама гуруҳ
Анемия	35,7%	17,9%
Диффуз бўқоқ	21,3%	9,6%
Варикоз касаллиги	18,2%	5,9%
Қандли диабет	6,4%	1,8%
Сурункали артериал гипертензия	10,8%	2,1%
Семизлик	19,5%	6,8%

*Изоҳ: ишончлилик даражаси $p \leq 0,05$

Текширилган аёллар гуруҳида акушерлик анамнези ўрганилганда, қуйидагилар аниқланди. Унга кўра, асосий гуруҳда тирик туғилганлар сони 59 тани, биринчи триместрда ҳомила тушиши 61 тани, иккинчи триместрда 53 тани ва учинчи триместрда эса, 44 тани ташкил этди. Жами ушбу гуруҳда одатий ҳомила тушишлари сони 158 тани ташкил этди, унинг салмоқли ҳиссаси биринчи триместрга тўғри келди. Назорат гуруҳида тирик туғилишларнинг умумий сони 67 тани ташкил этди. Ушбу кўрсаткичлар 2-расмда берилган.

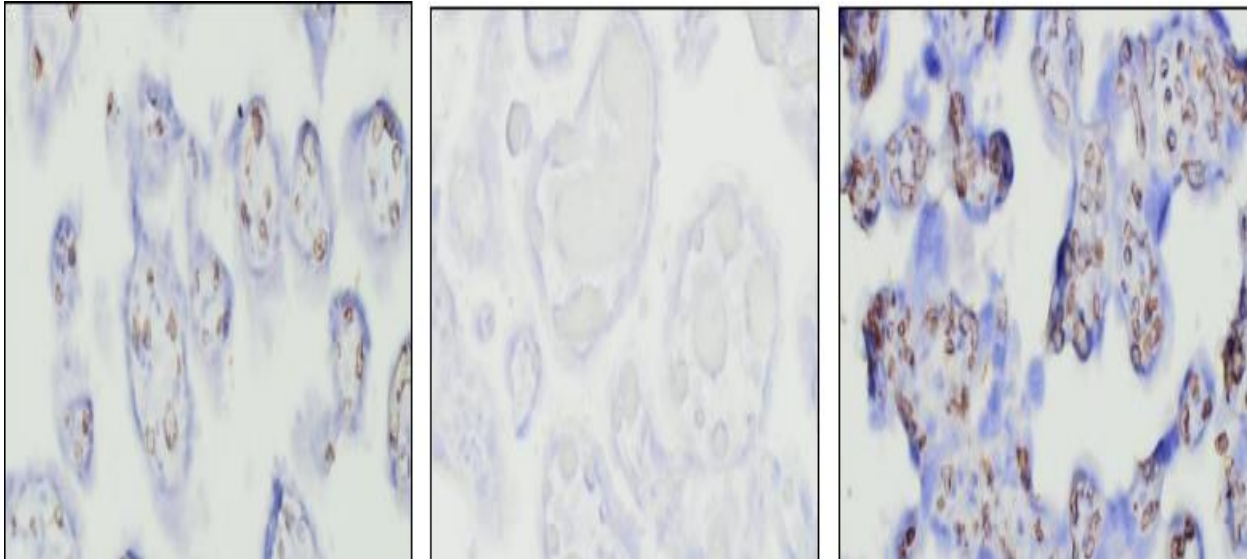


3-расм. Текширилган аёлларнинг акушерлик анамнези

Бундан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда аввалги ҳомила тушиши кейинги ҳомила тушиш хавфини оширади. Аёлларда иккала гуруҳда ҳам ишлатилинган контрацепция усуллари ўрганилганда, БИВ асосий ва назорат гуруҳларида 24% ва 21% ни, ОК 16,1% ва 19,4% ни, ИК 4,5% ва 3,2% ни, календар усули 15,4% ва 19,0% ни, умуман контрацепциядан фойдаланмайдиганлар 40,0% ва 37,4 % ни ташкил этди. Бундан шундай хулоса келиб чиқадики, гуруҳлар орасида контрацептивлар ишлатиш орасида деярли катта фарқ аниқланмади.

Тадқиқотимизда биз одатий бола ташлаш содир бўлган ва нормал ҳомиладорликни тиббий кўрсатмаларга асосан тўхтатган аёлларнинг йўлдошларини морфологик жиҳатдан ўргандик. Бунда қуйидаги натижаларни аниқладик.

Биринчи асосий гуруҳда йўлдош хорионининг ворсинали бўшлиғида CD 34 энг кам экспрессияси аниқланди, иккинчи асосий гуруҳда биринчисига нисбатан ушбу кўрсаткич экспрессия 1,8 баравар юқори эди ($7,34 \pm 0,44\%$, $p \leq 0,05$). Назорат гуруҳида эса, ушбу кўрсаткич норма чегарасида эди.

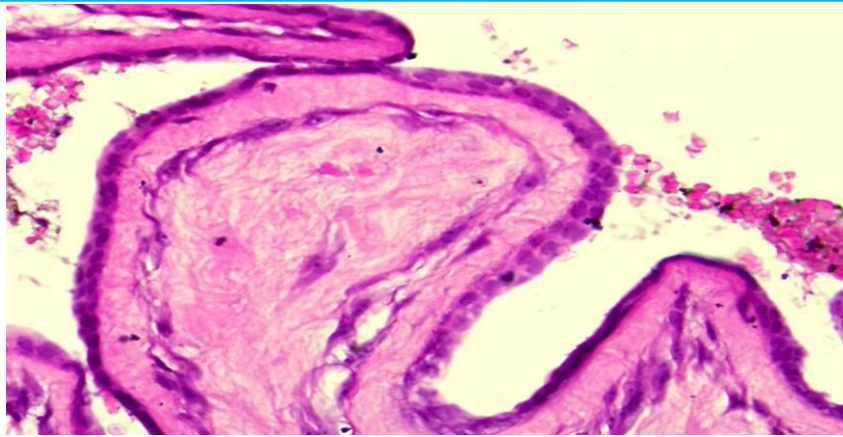


Расм 4. 1-чи асосий тадқиқот гуруҳида CD 34 маркёри экспрессияси; б 2-чи асосий тадқиқот гуруҳида CD 34 маркёри экспрессияси; назорат гуруҳида CD 34 маркёри экспрессияси.

Олиб борилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, CD 34 маркёри экспрессияси юзаси иккала таққосланаётган гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан паст эканлиги хорион ворсиналарида қонтомирлари билан тўлиқ таъминланиш жараёнининг бузилишидан далолат беради, бу эса ўз навбатида йўлдош функционал фаоллигининг пасайишига олиб келиб, йўлдош етишмовчилигига олиб келади, ушбу ҳолат ҳомила ривожланишига негатив таъсир қилади.

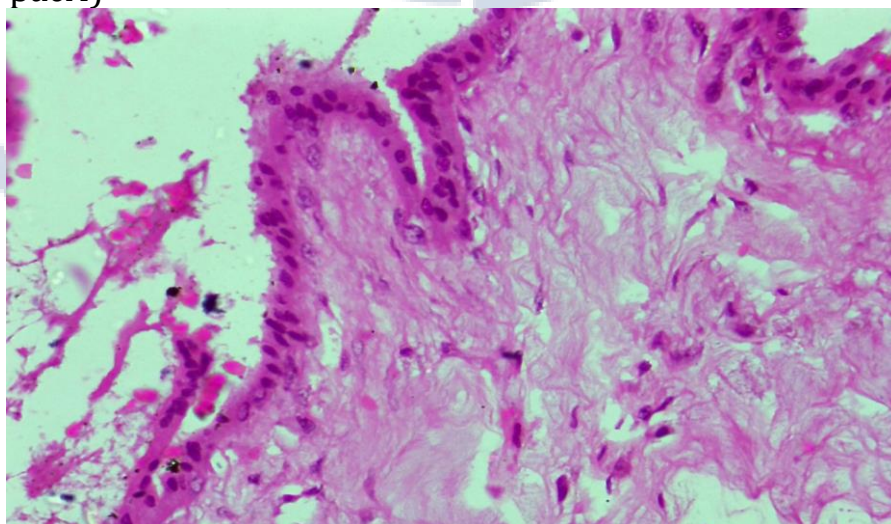
Ҳомиладорликни тиббий кўрсатмаларга асосан тўхтатган аёлларда қоғоноқ пуфаги қалинлигининг ҳар хил бўлишининг асосий сабаби, компакт қават, хориал ва децидуал қаватнинг қалинлигининг фарқи туфайли содир бўлган. Ҳомиладорлик физиологик кечаётган аёлларда плацентар диск қирраларида децидуал қобиқнинг асосий қисми ва ворсинали хорионнинг бузилиши кузатилмаган, у хорионга тўлиқ бирикган бўлиб, пластинани қоплаб олганлиги туфайли йўлдош лакуналаридан қоннинг чиқишига тўсқинлик қилади.

Амнионнинг йўлдошга алоқадор бўлмаган қисми бир қаватли паст цилиндрик шаклдаги қалин эпителийдан иборат бўлиб, у қоғоноқ пуфаги бўшлиғида тўлқинсимон шаклга кирган дўмбоқчаларни ҳосил қилади (5-расм).



Расм. 5. Амнионал қават қопловчи эпителий, базал мембрана ва ғовак бириктирувчи тўқимадан иборат. Бўялиш: гематоксилин ва эозин билан. Катталаштириш: ок.10, об.40.

Амнионал эпителий остида юпқа базал қават – базал мембрана жойлашган бўлиб, у ҳар хил зичликдаги гомоген моддага ўтиб кетади. Унинг остида тарқоқ бириктирувчи тўқима ва куб шаклидаги периферик цитотрофобласт жойлашган бўлиб, у қалин полиморфядроли эозинофилли цитоплазмадан иборат, унинг бир қисмида шаффоф цитоплазма ва вакуоллар мавжуд эди. Амнионал қобиқнинг зич қаватидаги бириктирувчи тўқима, фибробластлар ва ретикуляр хужайралардан иборат бўлиб, улар коллаген ва ретикуляр хужайралар орасида жойлашган жамланмалар, хусусан ғовак бириктирувчи тўқиманинг хорион тўқимасига бирикиши билан давом этади. (6-расм)



6-расм. Амнионал қават компакт қавати коллаген тўқимаси жамланмалари, фибробласт ва ретикуляр хужайралардан иборат. Бўялиш: гематоксилин ва эозин билан. Катталаштириш: ок.10, об.40.

Амнион қавати остида хужайра ва тўқималар, псевдобазал мембрана ва трофобластдан иборат бўлган силлиқ хорион жойлашган. Силлиқ хорион хужайра-фибробласт ва икки қаватли қопловчи эпителий, трофобласт ва цитофибробластлардан иборат бўлиб, у децидуал қаватга тегиб туради. Ички қопловчи эпителий аниқ

кўриниб турувчи алоҳида хужайралардан иборат. Шундай қилиб, текширув натижасида қоғоноқ пардаси ва йўлдошнинг морфологик тузилмаси, хусусан амнион қавати, силлиқ хорион, децидуал қават ҳолатини ўрганиш натижасида унинг йўлдошнинг ўрганилаётган соҳаларига ҳолати билан бевосита функционал боғлиқлиги мавжудлигини аниқладик. Амнион қавати эпителийси, ҳомила қоғоноқ сувларининг ишлаб чиқариш ва сўриш функциясидан ташқари, модда алмашинуви ҳосилаларини чиқариш, ҳимоя ва трофик функцияси, хорион гонадотропин ишлаб чиқариш хусусиятига ҳам эга. Децидуал пластинка, ҳимоя функциясидан ташқари – фагоцитар активлик, она-йўлдош-ҳомила тизимида алмашинув каби функцияларни ҳам бажаради. Бу она ва йўлдош орасидаги параплацентар алмашинув амнион-цитотрофобласт-децидуал хужайра ўртасидаги боғлиқликдан далолат беради.

Хулосалар.

1. Одатий бола ташлашда ҳомиладорликнинг 8-12 ҳафтасида ворсиналар етилишининг бузилиши, инвалютив-дистрофик жараёнларнинг авж олиши фибриноидлар тўпланиши, терминал ворсиналар склерози ва калцинатларнинг тўпланиши, васкуляризация ҳажмининг камайиши, синцитиокапилляр мембрана ва буйрак синцитийсида яллиғланиш реакциясининг лейкоцитар ва лимфоцитар ўчоқ сифатида ривожланиши, компенсатор механизмнинг бузилиши билан намоён бўлади.

2. Йўлдош етишмовчилиги етишмовчилигининг гистологик белгилари амниотик, паренхиматоз ва аралаш типдаги яллиғланиш ривожланиш шаклида намоён бўлади. Шунингдек, ўзак хужайралари стромаси, кичик ворсиналар фибрози ва дистрофик ва некробиотик ўзгаришлар, ворсиналарнинг сушт васкуляризацияланиши, синцитиокапилляр мембрананинг кенг тарқалмаганлиги, катта гиперхром синцитиал тугунли синцитиотрофобластнинг пролиферациси билан кечади.

3. Иммуногистокимёвий асосий маркер сифатида эса, CD-34 нинг нормага нисбатан пасайиши хавф омили сифатида баҳоланади.

Адабиётлар.

1. Ашурова Н.Г. The effect of the thyroid gland on the function of reproductive system of women. Тиббиётда янги кун, 1(29) 2020. Стр.155-157.

2. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020. стр.39-42.

3. Зенкина В.Г., Сахоненко В.А., Зенкин И.С. Патоморфологические особенности плаценты на разных этапах

гестации // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 6.

4.Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун №4 (34) 2020 392-395 стр.

5.Султонова Н.А. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в республике Узбекистана. Новый день медицины // 2020 . - 4 (34).- стр.-366-368.

6.Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 2000;320:1708

7.Stirrat GM. Recurrent miscarriage. Lancet. 2010; 336: 673-5.[CAS Article PubMed Google Scholar](#)

8.Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.

9.Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. European journal of biomedical and pharmaceutical sciences. 2020.Vol-7, issue-[CAS Article PubMed Google Scholar](#)

10.Kerchelaeva S.B. The value of antibodies to phospholipids and phospholipid-binding proteins in non-developing pregnancy // Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist. 2013. - Volume 3, No. 4. - P.11 - 16.

11.Schleussner E., Kamin G., Seliger G., Rogenhofer N., Ebner S., Toth B., Schenk M., Henes M., Bohlmann MK., Fischer T., Brosteanu O., Bauersachs R., Petroff D., ETHIG II group. Low-molecular-weight heparin for women with unexplained recurrent pregnancy loss: a multicentertrial with a minimization randomization scheme// Ann Inter Med. 2015 May 5;162(9): 601-9