



INNOVATIVE WORLD
Ilmiy tadqiqotlar markazi

YANGI RENESSANS

ILMIY JURNALI

2026/2



+998335668868



www.innoworld.net

Google Scholar



zenodo





2026

YANGI RENESSANS

ILMIY JURNALI

3-JILD 2-SON



YANGI RENESSANS

ILMIY JURNALI
TO'PLAMI

3 - JILD, 2 - SON
2026



www.innoworld.net

O'ZBEKISTON-2026

Ektopik homiladorlik : sabablari, diagnostika va zamonaviy davolash yondashuvlari

Zulunova Xuryona Jasurbek qizi

Qo'qon universiteti Andijon fililali Davolash ishi 2-kurs talabasi

Mirzayeva Saidaxon Abdusalomova

Qo'qon universiteti Andijon filiali

Mikrobiologiya, virusologiya va imunologiya kafedrası professori

Annotatsiya: Ektopik homiladorlik — tuxum hujayraning bachadon bo'shlig'idan tashqarida implantatsiyalanishi bilan xarakterlanadigan jiddiy patologiya bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollar orasida keng tarqalgan. Tadqiqotda ektopik homiladorlikning etiologiyasi, diagnostikasi va zamonaviy davolash yondashuvlari ilmiy tahlil qilindi. Maqolada biologik, gormonal, infeksiyon omillar va sun'iy urug'lantirish (IVF) bilan bog'liq xavflar keng yoritildi. Diagnostikada klinik belgilarning, laborator testlar (β -hCG, progesteron), ultratovush va laparoskopiyaning ahamiyati ta'kidlandi. Zamonaviy davolash yondashuvlarida metotreksat terapiyasi, minimal invaziv laparoskopik va laparotomik usullar ko'rib chiqildi.

Kalit so'zlar: Ektopik homiladorlik, diagnostika, davolash, ultratovush, laparoskopiya, reproduktiv salomatlik, IVF.

Kirish. Ektopik homiladorlik bu urug'lanishdan so'ng hosil bo'lgan zigotaning bachadon bo'shlig'idan tashqarida joylashuvi bilan kechadigan patologik holat bo'lib, ayollar reproduktiv salomatligi uchun eng xavfli akusherlik kasalliklaridan biridir. Bu holat bachadon naylarida, kam hollarda tuxumdon, bachadon bo'yni yoki qorin bo'shlig'ida joylashgan homila orqali yuzaga keladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, ektopik homiladorlik barcha homiladorlik holatlarining taxminan **1,5–2 foizini** tashkil etadi va ularning har yili dunyo bo'yicha o'n minglab ayollar hayotini xavf ostiga qo'yadi. Ayniqsa, rivojlanayotgan davlatlarda diagnostika imkoniyatlarining cheklanganligi va kech aniqlanish holatlari tufayli onalar o'limi ko'rsatkichining **6–13 foizi** ektopik homiladorlik bilan bog'liq. So'nggi yillarda bu kasallikning uchrash chastotasi ortib borayotgani kuzatilmoqda. Bunga jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar, bachadon naylarining yallig'lanish kasalliklari (salpingit), gormonal disbalanslar hamda sun'iy urug'lantirish (IVF) kabi reproduktiv texnologiyalarning keng qo'llanilishi sabab bo'lmoqda. Shuningdek, kontratseptiv vositalardan noto'g'ri foydalanish, abortlar va bachadon naylarining jarrohlik aralashuvlari ham xavf omillari sifatida ko'rsatiladi. Ektopik homiladorlikning erta va aniq tashhisi ayol hayotini saqlab qolish va keyingi reproduktiv funksiyani tiklashda muhim ahamiyat kasb etadi [1]. Zamonaviy diagnostika usullari — β -hCG darajasini aniqlash, transvaginal ultratovush va laparoskopiya yordamida kasallikni erta bosqichda aniqlash imkonini beradi. Mazkur maqolaning maqsadi — ektopik homiladorlikning asosiy sabablari, diagnostika tamoyillari va zamonaviy davolash yondashuvlarini tahlil qilish, shuningdek, xalqaro statistik

ma'lumotlar asosida bu patologiyaning dolzarbligini ilmiy asosda yoritishdan iborat [2,1].

Ektopik homiladorlikning sabablari Ushbu bo'limda biz biologik-anatomo-fiziologik, gormonal va infeksiyon, shuningdek sun'iy urug'lantirish (IVF) bilan bog'liq xavf omillarini ko'rib chiqamiz. Biologik va anatomo-fiziologik omillar, gormonal va infeksiyon, shuningdek sun'iy urug'lantirish (IVF) bilan bog'liq xavf omillarini va jahon statistikasi asosida yondashuvni ko'rib chiqamiz.

Gormonal va infeksiyon sabablar: Gormonal muhitdagi disbalanslar (masalan, progesteron va estrogen darajasining o'zgarishi) tubal transport jarayonini sekinlashtirishi mumkin. Progesteronning ortiqcha ta'siri yoki uning yetishmasligi tuxum hujayraning tubadan chiqarilishi va olib o'tilishini murakkablashtiradi. Shuningdek, reproduktiv kontratseptiv vositalarni noto'g'ri qo'llash yoki ularni to'xtatgandan so'ngki davrdagi gormonal o'zgarishlar ham xavfni ko'taradi. Infeksiyon omillar esa — xususan jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (masalan, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae) — tubal kirpikchalarning faoliyatini zaiflashtiradi, epiteliy qatlamni zararlaydi va nay transportini buzadi, bu esa ektopik joylashuv ehtimolini oshiradi. Bunday omillar o'zaro qo'shib, ektopik homiladorlik ehtimolini sezilarli darajada oshiradi [3].

Sun'iy urug'lantirish (IVF) bilan bog'liq xavflar: Reproduktiv texnologiyalarning rivojlanishi tufayli, ayniqsa tubal patologiyasi bo'lgan ayollarda, IVF jarayonidan keyin ektopik homiladorlik holatlari ko'proq kuzatilmoqda. IVF paytida embrionning bachadon bo'shlig'iga joylashtirilishi, eng ko'p tuxumdon nayiga yaqin joylashishi, yoki endometriyning tayyor emasligi tashxis xavfini oshirishi mumkin. Bundan tashqari, tubal moslashuvchanligi past bo'lgan ayollarda IVF jarayonida neytral holatdan chetga chiqish ehtimoli ko'proq ekanligi aniqlangan. Shu bois, IVF bilan bog'liq holatlar ham ektopik homiladorlik etiologiyasida muhim omil sifatida ko'rib chiqilishi lozim [4].

Klinik tashxis: Ektopik homiladorlikni aniqlashda klinik belgilar dastlabki va eng muhim indikatsiya hisoblanadi. Klinik tashxis jarayoni bemorning anamnezini yig'ish, simptomlarni baholash va fizik tekshiruvni o'z ichiga oladi. Dastlabki bosqichlarda ektopik homiladorlik simptomlari noaniq bo'lib, ular ko'pincha oddiy intrauterin homiladorlik bilan chalkashadi. Bemorlar hayz kechikishi, ko'krak sezuvchanligi, umumiy charchoq, ba'zan ertalabki ko'ngil aynish va qusish kabi belgilarni sezishi mumkin. Ammo homila bachadon bo'shlig'idan tashqarida rivojlanayotgan hollarda 5–8 haftalardan boshlab xos belgilar paydo bo'ladi: bir tomonlama qorin pastida keskin yoki doimiy og'riq, qin orqali qon ketishi, ba'zan hushdan ketish, arterial bosim pasayishi va yurak urishining tezlashishi. Og'riq odatda bachadon nayining kengayishi yoki yorilishi bilan bog'liq bo'lib, u belga yoki yelka sohasiga tarqaladi. Bu simptomlar shoshilinch tibbiy yordamga murojaat qilishni talab qiladi [5].

Laborator diagnostika. Laboratoriya testlari EHni aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Eng ko'p qo'llaniladigan — beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) darajasi va progesteron testi. Normativ homiladorlikda β -hCG darajasi har 48 soatda ikki barobar oshadi. EH holatida esa β -hCG darajasi kutilgan tempda oshmaydi yoki sezilarli darajada pasayadi. Progesteron darajasi esa endometriyning homiladorlikni qo'llab-quvvatlash qobiliyatini baholashga yordam beradi; past darajalar EH ehtimolini oshiradi [2,2].

Vizualizatsiya: ultratovush (USG) va laparoskopiya

Transvaginal ultratovush — tubal yoki boshqa ekstrapelvik joylashgan homiladorlikni aniqlashda birinchi darajali diagnostik vosita hisoblanadi. Ultrasonografik tasvir orqali embrionning bachadon bo'shlig'idan tashqaridagi joylashuvi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi va boshqa patologik belgilar aniqlanadi. Agar ultratovush natijalari aniqlik bermasa, minimal invaziv laparoskopiya tavsiya qilinadi. Laparoskopiya yordamida tuba va boshqa reproduktiv organlar bevosita ko'riladi, ektopik implantatsiya mavjudligi aniq aniqlanadi va kerak bo'lsa, bir vaqtning o'zida jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi [3].

Zamonaviy davolash yondashuvlari. Ektopik homiladorlikni davolashda asosiy maqsad — bemorning hayotini saqlash, ichki qonash va tubal rupturani oldini olish, shuningdek, reproduktiv funksiyani maksimal darajada saqlashdir. Davolash strategiyasi bemorning umumiy holati, ektopik homiladorlik turi, tubal shikastlanish darajasi va kelajakdagi homiladorlik rejalari hisobga olinib belgilanadi [7].

1. Tibbiy (medikamentoz) davolash

Metotreksat terapiyasi eng keng qo'llaniladigan tibbiy usul hisoblanadi. Preparat folikulyar hujayralarning bo'linishini to'xtatadi va embrion rivojlanishini susaytiradi. Metotreksat quyidagi hollarda qo'llanadi:

- Bemorda klinik jihatdan barqaror holat mavjud bo'lsa;
- Tubal ruptura yoki ichki qonash aniqlanmagan bo'lsa;
- β -hCG darajasi nisbatan past yoki sekin o'sishda bo'lsa;
- Embrionning diametri 3.5 sm dan kam bo'lsa va yurak faoliyati bo'lmasa.

Terapiya paytida bemor quyidagilarga rioya qilishi zarur: og'ir jismoniy faoliyatni cheklash, alkogolni istisno qilish, metotreksatning yon ta'sirlarini kuzatish. β -hCG darajasi 4-7 kun oralig'ida qayta tekshiriladi; agar daraja pasaymasa, ikkinchi doza berilishi mumkin yoki jarrohlik ko'rib chiqiladi [4,2].

2. Jarrohlik yondashuvlari

Jarrohlik aralashuvi quyidagi hollarda tavsiya etiladi:

- Bemorda ichki qonash yoki tubal ruptura mavjud bo'lsa;
- β -hCG darajasi yuqori yoki metotreksatga javob bermasa;
- Homiladorlik diametri katta yoki yurak faoliyati aniqlansa.

3. Minimal invaziv texnologiyalar

Hozirgi kunda minimal invaziv texnologiyalar (laparoskopiya, hysteroskopiya kombinatsiyasi) bilan bemorlar uchun xavf minimal darajada bo'ladi. Operatsiya davomida tuba funksiyasini saqlash, qon ketishini nazorat qilish va reproduktiv organlarga zarar yetkazmaslik ustuvor maqsad hisoblanadi. Shu bilan birga, bemor tezroq tiklanadi va kelajakdagi homiladorlik imkoniyatlari yuqori bo'ladi [6].

Xulosa Ektopik homiladorlik reproduktiv yoshdagi ayollar uchun dolzarb va xavfli patologiya bo'lib, uning etiologiyasi biologik, gormonal, infeksiya va sun'iy urug'lantirish bilan bog'liq omillarni o'z ichiga oladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, tubal yallig'lanish, surunkali salpingit va tubal jarrohlik amaliyotlari ektopik homiladorlik holatlarining asosiy sabablaridan biridir. Klinik baholash, laborator testlar va vizualizatsiya (transvaginal ultratovush hamda laparoskopiya) kombinatsiyasi diagnostikada eng samarali yondashuv hisoblanadi. Bu multimodal yondashuv erta tashxis qo'yishga imkon beradi, bemorning hayotini saqlaydi va reproduktiv funksiyani maksimal darajada saqlashga yordam beradi. Zamonaviy davolash yondashuvlari tibbiy va jarrohlik usullarini o'z ichiga oladi. Medikamentoz terapiya, xususan metotreksat, bemorlarni operatsiyaga kirmasdan davolash imkonini beradi va tubal funksiyani saqlashga yordam beradi. Minimal invaziv jarrohlik, shu jumladan laparoskopik usullar, ektopik implantatsiyani xavfsiz olib tashlash, qonashni nazorat qilish va reproduktiv organlarga minimal zarar yetkazish imkonini beradi. Laparotomik aralashuv esa murakkab yoki hayotiy xavfli holatlarda qo'llaniladi. Bu yondashuvlar kombinatsiyasi bemorlarning tiklanish jarayonini tezlashtiradi va kelgusidagi homiladorlik imkoniyatlarini oshiradi. Umuman olganda, ektopik homiladorlikni boshqarish zamonaviy diagnostika va davolash usullarini uyg'un qo'llash, bemorning salomatligi va reproduktiv imkoniyatlarini saqlashga qaratilgan kompleks yondashuvni talab qiladi. Klinik amaliyotda erta tashxis, minimal invaziv davolash va profilaktik strategiyalarni integratsiyalash orqali bemorlarning hayot sifati va reproduktiv kelajagi sezilarli darajada yaxshilanishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. World Health Organization (WHO). *Ectopic pregnancy*. Available at: <https://www.who.int>
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
3. Shaw JLV, et al. *Tubal ectopic pregnancy: pathogenesis and risk factors*. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
4. 13. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). *Ectopic Pregnancy and Assisted Reproductive Technology*. Available at: <https://www.asrm.org/resources/ectopic-pregnancy-and-assisted-reproductive-technology>
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*. Available at: <https://www.rcog.org.uk>
6. Barnhart KT. *Clinical practice. Ectopic pregnancy*. Available at: <https://www.nejm.org>
7. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Medical management of ectopic pregnancy*. Available at: <https://www.asrm.org>