

## ASORATLANGAN AKUSHERLIK ANAMNEZI BO‘LGAN AYOLLARNING RETROSPEKTIV TAHLILI

**Yangibayeva D.T., Yuldasheva D.Yu., Choriyeva G.Z.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya  
kafedrası, Toshkent

Statistika ma‘lumotlariga ko‘ra, go‘daklar o‘limining asosiy sabablaridan biri bu homilaning tug‘ma nuqsonlar bilan tug‘ilishidir. Hozirgi kunda 4 mingdan ortiq ma‘lum bo‘lgan homila rivojlanish nuqsonlari mavjud [3,12].

Eng keng tarqalgan homila rivojlanish nuqsonlaridan biri bu nerv nayining rivojlanishidagi nuqsonlari (NNRN) bo‘lib, bu patologiya har yili dunyoda 300 ming yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda qayd etiladi. Ushbu patologiyaga ega bo‘lgan ko‘plab omon qolgan bemorlar umurtqa pog‘onasi nuqsonining lokalizatsiyasiga qarab nogironlik guruhlarida hisobda turadi [2,3,7,8]. Spina bifida bilan plegiya, siydik pufagi va ichak funksiyasini boshqarishning buzilishi, gidrosefaliya va o‘rganish qobiliyatining buzilishi kabi holatlar bog‘liq bo‘lishi mumkin [2,4,5,6,9].

NNRNning sabablari to‘liq aniqlanmagan bo‘lib, uning rivojlanish genezida genetik va atrof-muhit omillari muhim rol o‘ynaydi deb hisoblaniladi. Onaning pregravidar va homiladorlikning dastlabki bosqichlaridagi folat statusi holati atrof-muhit omillarining asosiy kalitidir. 1995 yilda Daly va boshqalar onaning eritrositlarida folat kontsentratsiyasi va nerv nayi nuqsonlari xavfi o‘rtasida to‘g‘ridan-to‘g‘ri proporsional bog‘liqlik mavjudligi aniqlashdi. Unga ko‘ra onaning qizil qon hujayralarida folat kontsentratsiyasi qanchalik yuqori bo‘lsa, malformatsiya xavfi shunchalik kamayadi [3,8,10,11,12].

Klinik tadqiqotlar yana shuni ko‘rsatdiki, homiladorlikning asoratlari va uning salbiy oqibatlarining yuzaga kelishida gomosistein muhim marker hisoblanadi. NNRN rivojlanishining sezilarli xavfi va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kam vaznlilik

ushbu moddaning konsentratsiyasining ortishi (gipergomosisteinemiya) bilan bog‘liq [1]. Gipergomosisteinemiya xavfi trombovaskulyar patologiyaning shakllanishidan iborat bo‘lib, yurak kasalliklari, bachadon va yo‘ldosh o‘rtasida qon aylanishining buzilishi xavfi ortishi, shuningdek homiladorlikni ko‘tara olmaslik, homila rivojlanishdan to‘xtashi, homila ichi gipoksiyasi, homila gipotrofiyasi, homilaning umumiy mikroangiopatiyasi, preeklampsiya va eklampsiya, normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi kabi holatlar xavfi ortadi. Xavf omillari juda ko‘p ekanligini hisobga olgan holatda, homiladorlikni rejalashtirayotgan barcha ayollar uchun pregravidar tayyorgarlik ko‘rish muhimligini aytib o‘tish joiz. U quyidagi bosqichlarni o‘z ichiga oladi: genetik maslahati, psixolog maslahati, ekstragenital patologiyani aniqlash va o‘z vaqtida davolash uchun terapevt maslahati. Maxsus diagnostika laboratoriyalarida jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar mavjudligini tekshirish, genital infeksiyaning o‘choqlarini sanatsiya qilish va davoning samaradorligini nazorat qilish lozim. kerak. Pregravidar davrda antioksidant terapiya, temir tanqisligi holatlarining oldini olish, akusherlik patologiyasining prediktori bo‘lmish folat yetishmovchilik holatlarini oldini olish zarurati mavjud [1,2,3,9,10].

Tadqiqot maqsadi. O‘zbek populyatsiyasidagi anamnezida ayollarda retrospektiv tahlil orqali homila rivojlanish nuqsonlari va homila o‘sishtan to‘xtashining uchrash chastotasini aniqlash.

Tadqiqot vazifalarini bajarish uchun 185ta ayol bizning nazoratimiz ostida bo‘ldi, ular ikki guruhga bo‘lingan edi. Asosiy guruhga anamnezida homila tug‘ma nuqsonlari va homila rivojlanishi to‘xtashi kuzatilgan 110 ta bemor kiritildi. Taqqoslash guruhini homila rivojlanish nuqsonlari va homila o‘sishtan to‘xtashi kuzatilmagan 75ta sog‘lom ayollar tashkil etdi.

1-jadvalni tahlil qilishda homila o‘sishtan to‘xtashi (HO‘T) va homila rivojlanish nuqsonlari (HRN) bo‘lgan ayollarda sun‘iy abortning yuqori foizi e‘tiborga olinadi. O‘z-o‘zidan abortlar foizi asosiy guruhlarda nazorat guruhidagi ayollarga qaraganda ancha yuqori( $p<0.05$ ).

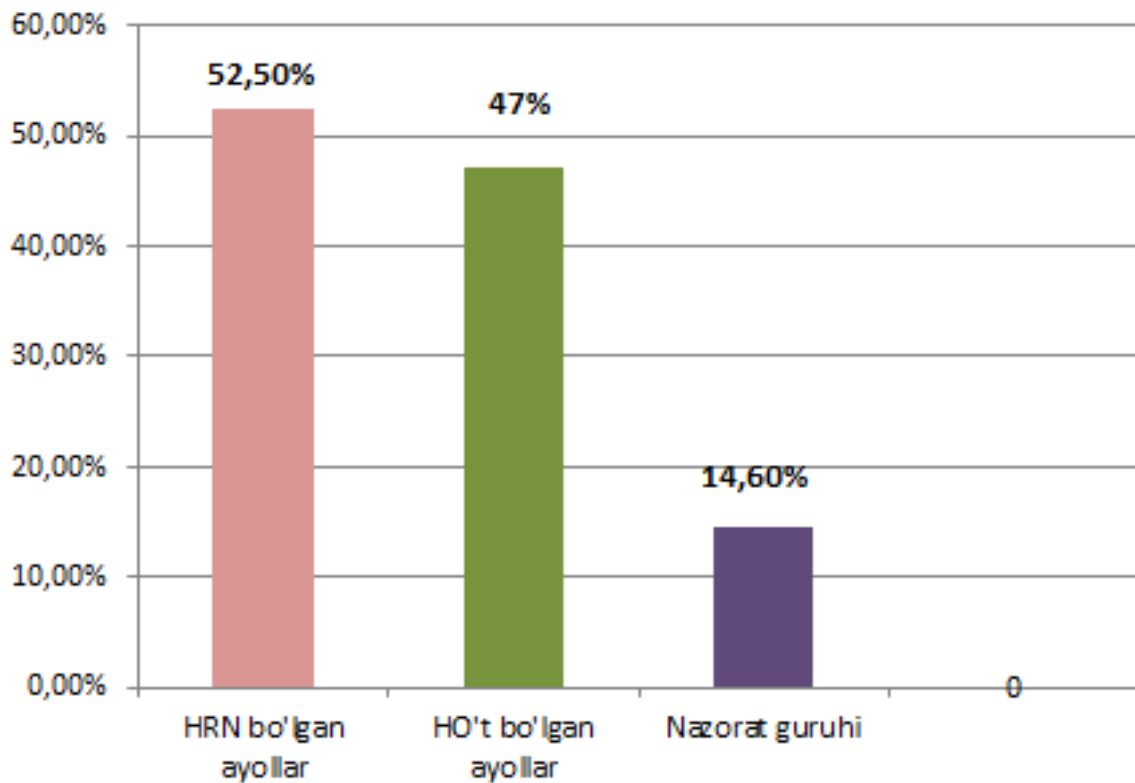
Jadval 1.

## Tekshirilgan ayollarning ginekologik anamnezi

Oldingi homiladorlikning natijalari	Anamnezida HRN bo‘lgan ayollar (n=40)		Anamnezida HO‘T bo‘lgan (n=70)		Nazorat guruhi (n=75)	
	abs	%	abs	%	abs	%
Tibbiy abort 1-2 trimestrlarda	23	57,5%	30	42,8%	3	4%
O‘z o‘zidan abort 1-2 trimestrda	12	30%	18	25,7%	3	4%
Homila rivolanishidan to‘xtashi	20	50%	70	100%	0	0
Muddatdan oldingi tug‘ruq	6	15%	14	20%	2	2,6%
Homila antenatal o‘limi	2	5%	8	11,4%	0	0
Neonatal o‘lim	9	22,5%	7	10%	1	1,3%
Gestasion gipertensiya	10	25%	21	30%	3	4%
Plasentar disfunksiya	18	45%	27	38,5%	10	13,3%

- nazorat guruhi( $p<0.01$ ) bilan solishtirganda HO‘T va HRN bo‘lgan ayollarda ko‘rsatkichlardagi farqlarning ishonchliligi.

HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda—oilaviy akusherlik va oilaviy trombotik bemorlarda anamnezni to‘plashga alohida ahamiyat berildi. HRN bilan 21ayol (52,5% hollarda) va HO‘T bilan 33 ayol (47,1% hollarda) oilaviy trombotik anamnezi asoratlanganligi aniqlandi (Rasm 2).



Rasm 2. HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda oilaviy trombotik anamnezi

HO‘T va HRN tarixi bilan ayollarning (52,5% va 47% hollarda) qarindoshlari ko‘pincha qon tomir patologiyasidan aziyat chekdilar ( $p>0,01$ ).

HO‘T va HRN bo‘lgan ayollarda menarxening o‘rtacha yoshi 13,5 yoshni, hayz ko‘rish davomiyligi 31 kun, hayz ko‘rish davomiyligi 6 kuni tashkil qildi.

Ginekologik anamnezni o‘rganish 2-jadvalda keltirilgan:

Jadval 2.

Bemorlarning ginekologik anamnezini tavsiflash.

Ginekologik kasalliklar	Asosiy guruh (n=110)	Nazorat guruhi (n=75)
Surunkali salpingooforit	23 (20,9%)*	5(6,6%)
Endometrit	21(19%)*	3(4%)
Kolpit	62 (56,3%)*	25(33,3%)
Servikal eroziya	14(12,7%) *	2 (2,6%)
Bepushtlik	4(3,6%)*	0
Tuxumdon kistasi	7(6,3%)	2(2,6%)
Bachadon miomasi	2(1,8%)	1(1,3%)
Mastopatiya	6 (5,4%) *	2(2,6%)

\* - nazorat guruhi ( $p < 0.05$ ) bilan solishtirganda antenatal o'lim va homila nuqsonlari bo'lgan ayollarda ko'rsatkichlar farqlarining ishonchliligi.

Yuqoridagi jadvalda HO'T va HRN tarixi bilan ayollarda ginekologik kasalliklar nazorat guruhining ayollaridan ( $p < 0,05$ ) ko'ra tez-tez uchraydi. Shunday qilib, asosiy guruh ayollarning anamnezida surunkali salpingooforit 20,9%, endometrit 19%, kol'pit 56,3%, servikal eroziya 12,7% uchradi.

Tez-tez uchraydigan kasalliklar orasida surunkali salpingooforit, bachadon miomasi, bachadon ektopiyasi, mastopatiya, tuxumdon kistasi mavjud bo'lib, ular reproduktiv funktsiyaga ( $p < 0,05$ ) ta'sir qilishi mumkin.

Akusherlik va ginekologik tarixida HO'T va HRN bo'lgan ayollarda 57(51%) ta ayolda qayta homila o'sishdan to'xtashi holati, 4 (3,6%) tasida qayta o'z-o'zidan abort holati, muddatdan oldingi tug'ruq 20 (18,1%) ta ayolda, 10 (9%) ta ayolda antenatal homila o'limi, 24 (21,8%) ta ayolda o'z-o'zidan abort kuzatilgan.

## Jadval 3.

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan ayollarning oldingi homiladorlik natijalari

Oldingi homiladorlik natijalari	Asosiy guruh (n=110)	Nazorat guruhi(n=75)
Qayta homila o‘shishdan to‘xtashi	57(51%)	0
Qayta o‘z-o‘zidan abort	4 (3,6%)	0
Muddatdan oldingi tug‘ruq	20 (18,1%)	2(2,6%)
Antenatal homila o‘limi	10 (9%)	0
O‘z-o‘zidan abort	24 (21,8%)	3(4%)
Neonatal o‘lim	16 (14,5%)	1(1,3%)

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda Ureaplasma Urealitica, Mycoplasma hominis, Chlamidia trachomatis, Candida albicans, rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus infeksiyon profili aniqlandi (Jadval 3).

## Jadval 4.

Bemorlarning infeksiyon profili.

Patogen	Asosiy guruh (n=110)	Nazorat guruhi (n=75)
Ureaplasma Urealitica	26(23,6%)	3(4%)
Mycoplasma Mycoplasma	12(10,9%)	2(2,6%)
Chlamidia trachomatis	7(6,3%)	1(1,3%)
Rubella IgG	4(3,6%)	2(2,6%)
Cytomegalovirus	40(36,3%)	8(10,6%)
Herpes Simplex (1 turi va 2), IgG antikorlari	51(46,3%)	9(12%)

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda yuqumli kasalliklarning ko‘p uchrashi e‘tiborni tortdi. Asosiy guruhda Cytomegalovirus, Herpes Simplex (1 turi va 2) nazorat guruhiga nisbatan 3 marta ko‘p uchradi. Shuningdek asosiy guruhda Ureaplasma Urealitica nazorat guruhiga nisbatan 6 marta ko‘p uchragani kuzatildi. Bu natijaga ko‘ra, asosiy guruh ayollarida HO‘T va HRN rivojlanishida va homiladorlik asoratlanishida infeksiyaning ham ta‘siri borligini taxmin qilish

mumkin.

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan barcha bemorlarning ekstragenital patologiyasi o‘rganildi. Ekstragenital patologiyaning tuzilishi 6-jadvalda keltirilgan.

Jadval 4.

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda barcha kichik guruhlardagi bemorlarda ekstragenital kasalliklar

Kasalliklar	Asosiy guruh (n=110)	Nazorat guruhi (n=75)
Oshqozon ichak trakti	7(6,3%)	5(6,6%)
Varikoz kasalligi	26 (23,6%)*	4(5,3%)
Siydik yo‘llari infeksiyasi	17(15,4%)	5(6,6%)
Yurak, qon-tomir	11(10%)	2(2,6%)
O‘rta va yuqori darajadagi	3(3,3%)	2(2,6%)
Nafas yo‘llari kasalliklari	7(6,3%)	4(5,3%)
Semizlik	5 (4,5%)	3(4%)
Gipotireoz	69 (62,7%)	11(14,6%)
Autoimmun tireoidit	41 (37,2%)	3(4%)
Anemiya 1 daraja	59(53,6%)	36(48%)
Anemiya 2 daraja	12(11%)	13(17,3%)

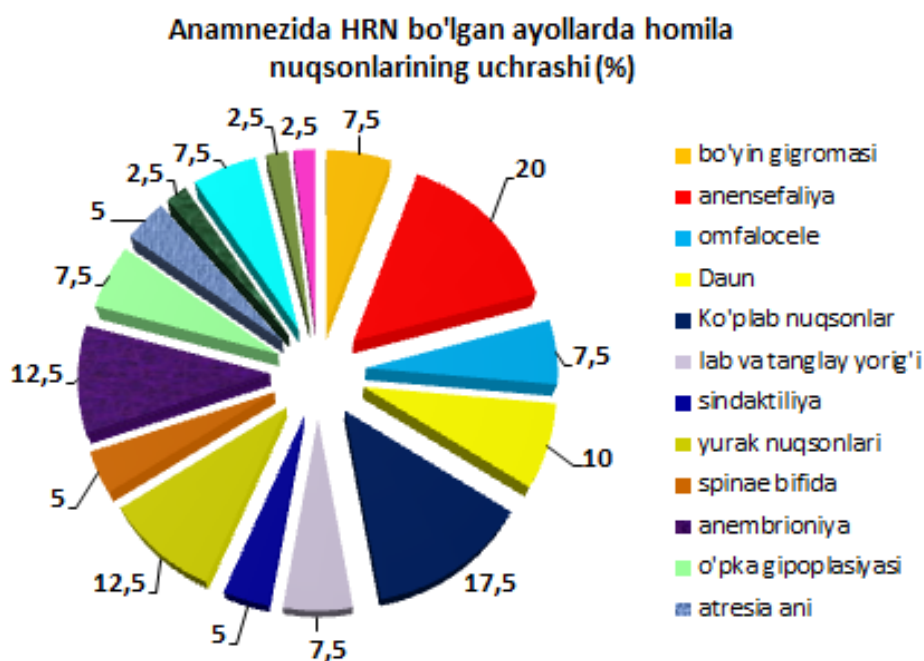
- nazorat guruhi ( $p < 0.01$ ) bilan solishtirganda antenna o‘limi va homila nuqsonalari bo‘lgan bemorlarda indikatorlardagi farqlarning ishonchliligi.

Anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda ekstragenital patologiyaning uchrashida eng ko‘p gipotireoz 62,7%, autoimmune tireoidit 37,2%, varikoz kasalligi 23,6%, yurak, qon-tomir kasalliklari 10%, siydik yo‘llari infeksiyasi 15,4% uchraganligi aniqlandi.

Anamnezida HO‘T va HRN va gipergomosisteinemiya bilan og‘rigan bemorlarda homiladorlikdan tashqari gemostaz tizimida sezilarli o‘zgarishlar yuz berdi: plazma bog‘lanishida giperkoagulyatsiya (90% holatlar).

5700 ME va 100mg dozalarida fraxiparin va aspirin buyurilgandan so‘ng, 10-14 kundan keyin giperkoagulyasiya belgilarining pasayishi ijobiy dinamikasi qayd etildi.

Homiladorlikning asoratlaridan HO‘T va HRN lar bilan yakunlangan homiladorlikning asoratlarini tahlil qilganda, homiladorlik paytida bemorlarda quyidagi asoratlar mavjudligi aniqlandi: homiladorlik rivojlanishdan ortda qolish sindromi (HROQS), normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi (NJYBK) ( $P < 0.01$ ). Anamnezida HRN bo‘lgan ayollarda homila deformatsiyalarning tabiatini tahlil qilinganda homila bo‘yni gigromasi 3 (7,5%), anensefaliya 8 (20%), omfaloccele 3 (7,5%), Daun sindromi 4 (10%), bir nechta nuqsonlar birga kelishi 7 (17,5%), homila tanglay va lab yorig‘i 3 (7,5%), sindaktiliya 2 (5%), yurak nuqsonlari 5 (12,5%), spinae bifida 2 (5%), anembrioniya 5 (12,5%), o‘pka gipoplasiyasi 3 (7,5%), atresia ani 2 (5%), yelka aplasiyasi 1 (2,5%), gidrocefaliya 3 (7,5%), mikrocefaliya 1 (2,5%), megacistis 1 (2,5%) ta ayolda uchraganligi aniqlandi (rasm 3).



Rasm 3. Anamnezida HRN bo‘lgan ayollarda homila rivojlanish nuqsonlarining uchrashi.



Shunday qilib, anamnezida HO‘T va HRN bo‘lgan bemorlarda qon tomir patologiyasi (yaqin qarindoshlardagi turli lokalizatsiya trombozi), varikoz tomirlari mavjudligi, asoratlangan akusherlik anamnezi (muddatdan oldingi tug‘ruq, homila o‘shidan to‘xtashi, homila o‘z-o‘zidan tushishi), og‘ir preeklampsiya, NJYBK, HO‘OQS, yo‘ldosh disfunkciyasi kabi asoratlar kuzatildi. Ushbu akusherlik asoratlari gemostazning yashirin nuqsonlari mavjudligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, bu ularning keyingi homiladorligiga ta‘sirini oldini olish lozimligini ko‘rsatadi. Ushbu asoratlarning asosi gipergomositseiniemiya va folat siklidagi genetik nuqsonlar bo‘lishi mumkin deb taxmin qilish mumkin.

### АДАБИЁТЛАР

1. Алиева Т.Д. Изучение роли ассоциации полиморфизмов генов фолатного цикла и хромосомного полиморфизма у матери в формировании репродуктивных потерь // Вісник проблем біології і медицини. 2013. Т. 1, №104. С. 78-84.

2. Бобоев К. Т., Саиджалилова Д. Д., Ходжаева Д. Н., Мирзаева Д. Б. Роль полиморфизма тромбофилических генов гемостаза в невынашивании беременности при экстракорпоральном оплодотворении // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2020, № 1, Ташкент Стр. 61-63.

3. Лифанов А.Д. Ассоциация полиморфизмов генов MTHFR, MTR и MTRR с развитием гипергомоцистеинемии у спортсменов// Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2013. №8. С. 98-101.

4. Трифонова Е.А., Еремина Е.Р. Генетическое разнообразие и структура неравновесия по сцеплению гена MTHFR в популяциях Северной Евразии// Acta Naturae. Т. 4, №1. 2012. С. 55-71.

5. Шаманова М.Б., Гоголевская И.К., Лебедева И.Г. и др. Роль мутаций в генах FII, FV и MTHFR у пациенток с привычным невынашиванием // Пробл. репрод. – 2009. – № 1. – С. 104—107.

6. Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Садикова Д.Р., Чориева Г.З., Садулаева У.А. Вклад полиморфных вариантов генов фолатного цикла в нарушение ранних этапов эмбрионального развития человека. Вестник ТМА №9, 2022. Стр. 141-143.

7. Nair R.R., Khanna A. Association of maternal and fetal MTHFR A1298C polymorphism with the risk of pregnancy loss: a study of an Indian population and a metaanalysis // Fertil Steril. 2013. Vol. 99, No. 5. P. 1311-1318.

8. Rodríguez-Guillén M., Torres-Sánchez L., Chen J. et al. Maternal MTHFR polymorphisms and risk of spontaneous abortion // Salud Publ. Mex. – 2009. – Vol. 51. – P. 19—25.

9. Smith AD, Refsum H. Homocysteine - from disease biomarker to disease prevention. J Intern Med. 2021 Oct; 290(4):826-854.

10. Yang M., Gong T. Maternal gene polymorphisms involved in folate metabolism and the risk of having a Down syndrome offspring: a metaanalysis // Mutagenesis. 2013. No. 6. P. 661-671.

11. Yangibayeva D. T. et al. The Role of Folate Cycle Genes in the Developing of Fetal Disorders //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 388-391.

12. WHO. Guideline: Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. Geneva: World Health Organization; 2015: 44.