

БАЧАДОНДА ЧАНДИҒИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ ВА ТУҒРУҚ ТАКТИКАЛАРИ



Курбаниязова Венера Энверовна

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Курбаниязова Венера Энверовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN APPROACHES AND DELIVERY TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH UTERINE SCAR

Kurbaniyazova Venera Enverovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақола ҳомиладор аёлларда бачадонда чандиқ бўлган ҳолларда тайёрлаш ва олиб боришнинг замонавий ёндашувлари ва тактикаларини умумий шаклда кўриб чиқади. Унда хавфсизликни таъминлаш, она ва бола саломатлигини ҳимоялаш, шунингдек, чандиқ билан боғлиқ хавфларни камайтиришга қаратилган замонавий методлар ва тавсиялар муҳокама қилинади. Мазкур таҳлил сўнгги илмий маълумотлар ва амалий стратегияларни ўз ичига олади.

Калим сўзлар: бачадондаги чандиқ, туғруқни олиб бориш, такрорий кесарча кесиш, кесарча кесишдан кейинги вагинал туғруқ (VBAC), акушерлик тактикаси.

Abstract. This article provides a review of current approaches and tactics for managing childbirth in pregnant women with a uterine scar. It examines modern methods and recommendations aimed at ensuring the safety of both mother and baby, as well as minimizing risks associated with the presence of a scar. The review includes up-to-date scientific data and practical strategies for labor management in such cases.

Keywords: uterine scar, labor management, repeat cesarean section, vaginal birth after cesarean (VBAC), obstetric tactics.

Олдинги ККдан кейин бачадонида чандиғи бўлган аёлларда туғруқни олиб бориш муаммоси бугунги кунда бутун дунё бўйлаб акушер-гинекологлар орасида катта ташвиш ва катта кизиқиш уйғотмоқда, чунки КК операциялар сони, шу жумладан режалаштирилган операциялар ҳар йили ўсиб бормоқда, лекин оналар ва перинатал ўлим нафақат камаймаяпти, балки, аксинча, ошиши кузатилмоқда [2, 10].

Адабиётларга кўра, ККдан сўнг аёлларнинг тахминан 30%и қайта ҳомиладор бўлишни режалаштиришади. Муаллифларнинг таъкидлашича, акушерлик шифохонасидан чиққандан сўнг, туғруқдан кейинги ҳар бир аёлда операцияга кўрсатмалар, туғруқнинг давомийлиги ва операциядан олдинги сувсиз давр давомийлиги, КК усули, бачадондаги кесма тури,

чок кўйиш усули, ишлатиладиган тикув материали, жарроҳлик пайтидаги асоратлар, кон йўқотиш ҳажми ва операциядан кейинги даврнинг кечиши кўрсатилган алмашинув варағи бўлиши керак. Ушбу маълумотлар вагинал йўл орқали кейинги туғруқни олиб бориш учун номзодларни танлаш учун зарурдир [14]. Тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, диспансер кузатуви пайтида шифокорлар аёлнинг шикоятларига (чандиқ соҳасидаги оғриқлар, бачадон яқинида жойлашган аъзоларнинг дисфункцияси, жинсий аъзолардан ажралмалар ва б.), лактация даврининг табиати ва вақтига, қорин соҳаси терисидаги чандиқнинг ҳолатига эътибор беришлари керак. Бачадонида чандиғи бўлган аёлларда кейинги ҳомиладорликни режалаштириш ҳар томонлама чандиқни баҳолаш

асосида белгиланади [13]. Бироқ, бу масалалар ахборот манбаларида кам ёритилган. Аёлларнинг фақат 40%ида такрорий ККдан кейин репродуктив функция тўлиқ тикланганлиги аниқланган [17].

Маълумотлар ўртасидаги тафовутни ҳисобга олган ҳолда, бачадондаги чокларнинг тўлиқ битишини аниқлайдиган омиллар ҳали ҳам ноаниқ бўлиб қолмоқда. Баъзи аёлларда кесманинг тўлиқ тикланиши мушак тўқималарининг ривожланиши билан содир бўлади, баъзиларида бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши устунлик қилиб, мушак толалари камайиши кузатилади. Жарроҳлик аралашувидан кейин ўтган вақт давомида чандиқ соҳасида дистрофик жараёнлар ривожлана бошлайди, бу эса бачадон ёрилиши хавфини оширади. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг морфологик белгилари операциядан 5 йил ўтгач аниқроқ кўринади [15, 18].

ККдан кейин бачадондаги чандиқларнинг гистологик тузилишига асосланиб, чандиқларни соз ва носоз бўлиши таҳлил қилинади. Соз чандиқ, бу лимфоид ҳужайраларнинг энгил инфильтрацияси билан бириктирувчи тўқималарнинг кичик қатламларини ўз ичига олган чандиқдир. Носоз чандиқларга келсак, улар тўқималарнинг фибрози ва гиалинози, эндотелиал пролиферация ва чандиқда ёки яқин атрофдаги тўқималарда сезиларли кичик ҳужайрали инфильтратлар билан аниқ яллиғланиш реакцияси билан тавсифланади [11, 17].

Бепуштлиқ омилларидан бири қорин бўшлиғи аъзоларининг операциядан кейинги битишма касаллиги бўлиб, биринчи лапаротомиядан кейин беморларнинг 14%ида ва учинчидан кейин 96%ида ривожланади. Лапаротомия қилинган беморларнинг клиник ва ўлимдан кейинги тадқиқотларида қорин бўшлиғи битишмаларининг салмоғи 55%дан 100%гачалиги кўрсатилган [7, 8, 16]. Битишмалар матрикс деградациясининг камайиши ва фибринолитик фаолликнинг пасайиши билан боғлиқ бўлган ҳужайрадан ташқари матрикс шаклланишининг кучайиши билан тавсифланади [1, 4, 16]. Битишма шаклланиши ангиоген, фибриноген ва фибринолитик омиллар ўртасидаги ўзаро таъсирнинг бузилиши натижасидир [6, 9].

Битишмаларнинг гистопатологик тузилиши моноклеар ҳужайралар, фибробластлар, адипоцитлар, қон томир эндотелиал ҳужайралари ва коллаген толалари билан ифодаланади [7, 8, 11]. Битишмаларнинг бу компонентлари маълум нисбатда бир бири билан боғлиқ бўлади. Битишмаларда фибробластларнинг маълум бир фенотипи ҳақида ҳам адабиётда маълумотлар мавжуд. Оддий фибробластлар билан солиштирганда, уларда коллаген ва фибронектин,

матрикс металлопротеиназа-1, тўқима металлопротеиназа-1, интерлейкин (IL)-10 каби ҳужайрадан ташқари матрикс компонентлари даражаси ошади ва тўқималарда плазминоген миқдори камаяди [8]. Оддий перитонеал фибробластлар билан солиштирганда, битишма фибробластлари ўсиш омили β -1 (ФБҰО- β 1), қон томир эндотелиал ўсиш омили (КТЭҰО) ва силлиқ мушак а-актинининг (СМ а-А) юқори базал даражасини ишлаб чиқаради.

Бошқа томондан, плазминоген активатор / плазминоген активаторининг ингибитори, IV типдаги коллаген нисбати камаяди. Бундан ташқари, гипоксияга жавобан циклооксигеназа ва фибробласт ёпишиш оксилларининг ифодаланиши мумкин бўлган яллиғланиш реакциясини кўрсатади. IV типдаги коллаген, эластин, протеогликанлар ва гликопротеинлар каби бириктирувчи тўқима оксилларини парчаланишида биологик фаол молекулалар, жумладан, ўсиш омиллари, битишма молекулалари функциясини тартибга солишда муҳим аҳамиятга эга. Қон плазмаси ва бошқа биологик суюқликларда, шунингдек, турли ҳужайралар ва тўқималарда алоҳида ферментлар ёки ферментлар гуруҳлари фаолиятини танлаб блокловчи оксил ингибиторлари юзага келади. Бундай ингибиторлар тизимлари физиологик шaroитда пептид гидролазаларнинг фаоллигини тартибга солади ва оксилларни бошқариладиган парчаланишдан ҳимоя қилади.

Физиологик жараёнларнинг нормал кечиши учун зарурий шартлардан бири IV типдаги коллаген ва уларнинг ингибиторлари фаоллиги ўртасидаги мувозанатни сақлашдир. IV типдаги коллагеннинг ифодаланиши ва синтези ўртасидаги мувозанат уларнинг бириктирувчи тўқима ҳужайралари ва лейкоцитлар томонидан синтезланадиган асосий эндоген ингибиторлар томонидан тартибга солинади. Битишмали жараёнда IV типдаги коллаген миқдори камаяди. Шундай қилиб, жарроҳлик йўли билан кўзғатилган тўқималар ишемияси битишмалар ривожланишини рағбатлантирувчи омилларнинг маҳаллий ишлаб чиқаришини кучайтиради, яъни васкулогенезни рағбатлантириш учун ҳужайралар томонидан ишлаб чиқариладиган томир эндотелиал ўсиш омили, IV типдаги коллаген бириктирувчи тўқиманинг ҳужайралараро моддасининг асосий таркибий қисмларидан бири, унинг фаолияти ҳужайрадан ташқари матрикснинг деградацияси ва кенгайишига ҳамда битишмаларининг шаклланишига таъсир қилади. Коллагеннинг IV тип тўқималар фибрози ва склероз жараёнларидаги роли, ушбу ферментлар гуруҳининг аъзолар склерози патогенезида иштирок этиши кўпчилик тадқиқотчилар томонидан шубҳасиз кўрсатилган [6; 9]. Биринчидан, коллагеннинг IV тип тўқималардан

ташқари матрикс оксиллари алмашинуви механизмларида иштирок этади, мРНКни ифодалаш, инсулинга ўхшаш ўсиш омилини бошқарадиган ўзига хос тўқималар ингибиторлари концентрацияси орқали уларнинг парчаланиш интенсивлигини ва ҳ.к.ларни назорат қилади. Иккинчидан, коллагеннинг IV типи эпителий хужайраларининг фибробластларга айланишини фаоллаштириш орқали тўқималарнинг склерози жараёнида иштирок этади.

ККдан кейин ўз вақтида, етарли даражада реабилитация муолажаларининг ўтказилмаганлиги кесма зонасини тикланиш жараёнининг пастлигига олиб келади ва кўпинча такрорий оператив туғруққа сабаб бўлади [5; 11]. Яллиғланиш асоратларини олдини олиш учун операциядан кейинги даврда қўлланиладиган замонавий дори-дармонлар мавжудлигига қарамасдан, такрорий КК улуши пасайишга мойил эмас. Шу нуктаи-назардан, бачадондаги чандиқ тўлиқ шаклланиши муаммоси етакчилардан биридир.

Жисмоний реабилитация фан сифатида ривожланиши натижасида бугунги кунда гинекологияда физиотерапия ва жисмоний реабилитация усулларида фойдаланиш имконияти сезиларли даражада ошди. Шундай қилиб, дори-дармонлар билан даволаш қаторида реабилитация босқичларида ва операциядан кейинги даврда, физик омилларни қўллаш доираси сезиларли даражада кенгайди. Натижада физиотерапия, бальнеологик муолажалар ва жисмоний реабилитациянинг бошқа усулларида фойдаланиш зарурати ва мақсадга мувофиқлиги сезиларли даражада ошди [16; 20]. Дори воситалари билан биргаликда физиотерапевтик усулларнинг мақсадга мувофиқлиги шундан иборатки, жисмоний омилларни маҳаллий қўллаш аёл жинсий аъзоларида қон айланишини яхшилайди, таъсирланган соҳадаги метаболик жараёнларнинг жадаллашишига ёрдам беради, бу эса дориларнинг тўпланишига ва маҳаллий таъсирига ёрдам беради.

Бироқ, баъзи касалликлар ва шароитлар учун физиотерапиядан фойдаланиш мумкин эмаслигини ҳам эсга олиш керак. Ҳар қандай физиотерапия муолажалари мутлақо қўллаб бўлмайдиган умумий қарши кўрсатмалар мавжуд бўлиб, бу ҳар қандай локализацияли ёмон сифатли ўсма, қон кетиш ҳолатлари, аёлнинг умумий оғир аҳволи, асосан тана тизимларининг декомпенсацияси билан бирга келади соматик касалликлар қиради [16]. Жисмоний воситалардан имкон қадар тезроқ фойдаланиш, уларни профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирларининг барча босқичларида изчил фаол қўллаш тўлиқ даволанишга олиб келади. Клиник

ва физиологик асослаш нуктаи-назардан, терапевтик жисмоний омилларни қўллашнинг этиологик ва патогенетик асосларини кузатиш керак. Аёл танасининг дастлабки функционал ҳолатини ҳисобга олиб таъсир этувчи физик омилнинг специфик таъсирига ишонч ҳосил қилиш зарур.

Турли хил физиотерапевтик омилларнинг танага ижобий таъсирининг қулай даври бир хил эмас. Гинекологик беморларни физиотерапевтик даволашнинг узок муддатли натижаларини ўрганаётганда, у ўртача 2 ойга яқин давом этиши аниқланган. Масалан, лой терапиясининг тўлиқ курсидан сўнг таъсир вақти 6 ойни ташкил қилади [13, 15].

Гинекологик касалликларни даволашда жисмоний омилларнинг аёллар танасига терапевтик таъсири механизми жуда хилма-хилдир. Ультрабинафша нурланиш (УБН) билан терапевтик таъсир оғриқ қолдирувчи, яллиғланишга қарши, десенсибилизация қилувчи, иммуностимуляция қилувчи, тикловчи таъсирлардан иборат. УБН асаб ва суяк тўқималарининг янгилашишига ёрдам беради. Дори электрофорези ёрдамида сувда ёки диметил сулфоксидда эрийдиган препаратлар тери ва шиллиқ пардалар орқали беморнинг танасига қиради. У оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши хусусиятларга эга бўлган кўп қиррали эритувчидир. Бу электродлараро бўшлиқнинг чуқур тўқималарида қон ва лимфа айланишини фаоллаштиради, бу даволаш жараёнида тўқималарнинг трофикасини яхшилайди, метаболик маҳсулотларни патологик марказдан олиб ташлаш, инфильтратларнинг резорбцияси, чандиқларни юмшатиш ва битишига ёрдам бериш, шикастланган тўқималарни қайта тиклаш, бузилган функцияларни нормаллаштириш ва бошқаларда иштирок этади [2, 11, 14,]. Дарсонвализация тўқималарнинг қон билан таъминланишини яхшилайди, артериолалар ва капиллярларни кенгайтиради ҳамда томир тонусини оширади. Яхшиланган қон таъминоти яллиғланишга қарши таъсирни таъминлайди, эпителизация ва регенерацияни тезлаштиради, таъсир юмшоқ чандиқ шаклланиши билан давом этади. Дори воситаларининг ультрафонофорези (фонофорези) - ультратовуш ва дори воситаларининг ультратовуш таъсирига учраган соҳаларда тери ва шиллиқ пардаларга кириб боришини таъминлайди.

Магнитотерапия терапевтик ва профилактик мақсадларда доимий (магнитофорлар) ёки ўзгарувчан паст частотали магнит майдонни (АЛМФ) "Магнитер", "Поле" ва бошқалар каби махсус қурилмалар орқали қўлланилади.

Анамнезида КК бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнининг ўзига хос хусусиятларига бир нечта тадқиқотлар бағишланган. Маълумки, такрорий КК кейинги

хомиладорликда жиддий асоратлар хавфини оширади: эктопик ҳомиладорлик, йўлдошнинг олдинда келиши, преэклампсия, маълум бир ҳомиладорлик муддати учун кичик вазнли ҳомиланинг туғилиши, йўлдош жойлашиш нуксонлари, йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиши, бачадон ёрилиши киради [4, 8].

Муаллифларнинг таъкидлашича, йўлдош дисфункцияси (ЙД) муаммоси замонавий акушерликнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, бу унинг ҳомилага салбий таъсири ва перинатал ўлимнинг кўпайиши билан боғлиқ. ККдан кейин бачадонида чандиғи бўлган аёллар ЙД ривожланиши учун хавф гуруҳида бўлиб, алоҳида аҳамиятга эга [9; 10]. Бачадон чандиғи бўлган деярли ҳар иккинчи аёлда ҳомиладорлик ЙД фонида кечади. Умуман олганда, ЙД ҳомила ва йўлдошнинг она организмнинг турли патологик шароитларига мураккаб реакцияси натижасидир. Бу молекуляр, ҳужайра ва тўқималар даражасида фетоплацентар комплекснинг (ФПК) компенсатор-адаптив механизмларининг бузилишига асосланади [5; 7].

ЙД ҳомиладорликнинг деярли барча асоратлари билан бирга келади. Вирусли ва бактериал инфекцияли беморларда унинг салмоғи ўртача 50-60%ни ташкил қилади. ЙД маълум бир патоморфологик асосга эга бўлиб, у йўлдош соҳасидаги спирал артериолаларнинг торайиши, уларнинг бурмалилиги ва калибрларининг гетерогенлиги, артериал тармоқ зичлигининг пасайиши, капиллярларнинг торайиши, баъзи соҳаларда турғунлик ва ҳосил бўлган элементларнинг ёпишиши – агрегацияси билан намоён бўлади [8; 6-56-62, 19; 6-5-6]. Муаллифлар йўлдош тўқималарида массив сўргичлараро фибрин тўпламларини, хорион сўргичлари шиши ва фиброзини, бирламчи қон томирларининг бузилишидан келиб чиққан дегенератив ўзгаришларни аниқладилар. Бир гуруҳ тадқиқотчилар йўлдошнинг шаклланиши ва ривожланиши даврида терминал сўргичлар ҳажми ва юзасининг силжиши туфайли йўлдош томирларида иккиламчи ўзгаришлар (йирик томирлар девори қалинлигининг пасайиши шаклида) юзага келишини исботлади [10, 12]. Бачадонида чандиғи бўлган аёлларда ЙД муаммоси бўйича кўплаб илмий нашрларга қарамай, уни тўлиқ ўрганилган деб ҳисоблаб бўлмайди, айниқса ЙДни эрта ташхислаш, шунингдек терапевтик ва профилактика чораларининг самарадорлиги ҳалиям тиббиётнинг долзарб масалалари бўлиб қолмоқда [5; 14, 18].

Анамнезида КК бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомилани кўтара олмаслик, имплантация ва йўлдош ривожланишининг бузилиши, йўлдош етишмовчилиги, ҳомила гипотрофияси, бачадон чандиғининг етишмовчилиги, туғруқ аномалиялари, туғруқдан кейинги эрта даврда қон кетиш ва

бошқа асоратлар бўйича юқори хавф гуруҳига киради [6, 13, 17]. Шу билан бирга, тадқиқотчилар ККдан кейин бачадонида чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларда турли перинатал асоратларни ривожланиш хавфи юқори эканлигини ва мавжуд терапевтик ва профилактика чоралари ҳар доим ҳам самарали эмаслигини аниқладилар.

Адабиётларга кўра, дисгормонал ва дисметаболик касалликлар ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасидан бошлаб ККдан кейин бачадон чандиғи бўлган аёлларда бошланади ва эстриол, прогестерон, плацента лактогени, хорионик гонадотрапин ва плацентага хос протеин даражасининг сезиларли даражада пасайиши билан тавсифланади. Кортизол, фетопропротеин, плацента α -1-микроглобулин унумдорлиги α -2-микроглобулин концентрацияси эса ошади [6, 8]. Ҳомиладорликнинг иккинчи триместридан бошлаб ККдан кейин бачадонида чандиғи бўлган аёлларда тизимли иммунитет ва цитокин ҳолатининг номутаносиблиги кузатилади ва СД3 + СД4+; СД16+; СД20+ лимфоцит рецепторлари, лизоцим, интерлейкин-4 ва интерферон даражасининг концентрациясини ошиши ва СД8+ СД23+; интерлейкин-1; интерлейкин-2 ва ўсма некрози омили таркибининг сезиларли даражада пасайиши билан тавсифланади [4, 11, 19].

Тадқиқотларга кўра, ККдан кейин бачадонида чандиғи бўлган аёлларда абдоминал такрорий туғруқ частотаси 80,0%ни ташкил қилади, кўрсатмалар таркибида ЙД (40,0%); бачадон чандиғи етишмовчилигининг клиник ва эхографик белгилари (40,0%) ва соматик патология (20,0%) устунлик қилади. Бачадоинида чандиғи бўлган аёлларда туғруқнинг перинатал оқибатлари КК сабабларига боғлиқлиги аниқланган. Такрорий ККдан кейинги аёллардан туғилган болаларда ҳомила дистрессининг клиник белгиларининг улуши (16,0 га нисбатан 10,0%); морфологик ноетуклик (28,0% 14,0 га қарши); шиш синдроми (22,0 ва 6,0%); автоном неврологик касалликлар (8,0 га қарши 4,0%) ва постгипоксик энцефалопатия (24,0 га қарши 14,0%) юқори бўлади.

Аниқланишича, режали КК туғруқ пайтида ўтказилган операцияга қараганда асоратлар кўрсаткичи анча паст, аммо туғруқдаги муваффақиятли уриниш билан солиштирганда анча юқори. Бироқ, КК билан кўп марта туғруқни яқунлаш кейинги ҳомиладорликдаги хавфни сезиларли даражада оширади. Мисол учун, маълум қилинишича, КК сони бўйича мажбурий чеклов мавжуд бўлмаган Қўшма Штатларда биринчи операциядан кейин йўлдошнинг олдинда келиш даражаси (0,24%) олтинчи (6,74%) жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳолат билан солиштирганда деярли 30 барабар паст. Йўлдошнинг олдинда келиши билан асоратланган беморларда

йўлдошнинг ўсиб кириши битта КК бўлган аёлларда 3%дан тўрт ёки ундан ортиқ операция қилинган аёлларда 61-67%гача етади. Бундай ҳолатлар, ҳатто онанинг ўлимига олиб келиши мумкин бўлган энг оғир ҳолат сифатида баҳоланади.

КК бўлган аёлларга врач кўригидан кейинги туғруқга тайёргарлик учун маслаҳат бериш, унинг соғлиғини тўлиқ текширишни, олдинги туғруқ ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлишни талаб қилади.

Ишончли илмий далиллар базасига эга бўлган адабиёт маълумотларига кўра (далиллар даражаси II C), табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш муваффақиятига таъсир килувчи омиллар қуйидагилардир:

1. Кесма тури. Тадқиқотчилар пастки сегментдаги кўндаланг кесма ва вертикал кесма ёрилиш хавфи арзимас даражада эканлигини аниқладилар, классик вертикал ёки Т-кесма эса ёрилиш хавфини оширади ва шунинг учун туғруқга уриниш учун қарши кўрсатма сифатида қаралиши керак. Классик вариантда ёки Т шаклидаги кесмада бачадон ёрилиши даражаси 4-9%ни ташкил қилади, пастки вертикал кесмада - 1-7% ва пастки кўндаланг кесмада - 0,2-1,5%.

2. Бачадоннинг яхлитлигини тиклаш тури. Муаллифларнинг таъкидлашича, олдинги операцияда бачадон ярасини ёпиш учун бир ва икки қаторли чокларни қўллашда бачадон ёрилиши хавфини аниқловчи омиллар бўйича ҳамфикрлик мавжуд эмаслигига қарамай, бачадон чокининг табиати тўғрисида маълумотлар бўлиши керак деб ҳисобланган.

3. Она соғлиғининг хусусиятларидан семизлик ва 30 ёшдан ошган ёш муҳим аҳамиятга эга.

4. Олдинги КК дан кейинги вақт оралиғи. Қисқа интергравидар интервал (аввалги туғруқдан кейинги ойлар сонининг туғруқ индексига нисбати сифатида аниқланади) хавфни ошириши аниқланган. 24 ой, 18 ой, 6 ойдан камроқ вақт оралиғидаги қиёсий маълумотларни ўрганиш КК дан кейинги уруғланиш учун энг камида 15 ой ўтиши мақсадга мувофиқлигини кўрсатди. Ҳомиладорлик ўртасидаги қисқа (2 йилдан кам) интервал йўлдошнинг олдинда келиши ва йўлдошнинг ажралиши хавфи юқори бўлиши билан бирга келади. Учта кичик кузатув тадқиқотлари туғруқ оралиғи 12-24 ойдан кам бўлган аёлларда бачадон ёрилиши хавфининг икки-уч барабар ошишини кўрсатди. Илмий кизиқиш уйғотадиган энг катта, КК дан кейин вагинал туғруқга уринган 1527 нафар аёллар иштирок этган тадқиқот биринчи ККдан кейинги интервалнинг давомийлигига қараб, туғруқ натижаларини ўрганиш бачадон ёрилиши учраши бўйича қуйидаги маълумотларни берди: 12 ойдан кам -

4,8%, 13-24 ой - 2,7%, 25-36 ой - 0,9%, 36 ойдан ортиқ - 0,9%.

5. Туғруқнинг бошланиши. Тадқиқотчилар, простагландинлар E2, E1 билан туғруқ индукцияси бошлаш бачадон ёрилиши хавфини ошириши билан боғлиқлигини аниқладилар.

6. Олдинги ККлар сони. Адабиётга кўра, олдинги ККлар сони, ҳатто кўндаланг кесма билан бўлсада, бачадон ёрилиши хавфини оширади. Бир нечта КК, агар барчаси пастки кўндаланг кесма билан амалга оширилган бўлса, ўтмишдаги битта операция билан солиштирганда, ўтказилган тадқиқот давомида бачадон ёрилиши хавфини бироз оширади. Муаллифларнинг таъкидлашича, бу омиллар анамнезида КК бўлган аёлнинг бутун клиник "портрети" ни, хусусан, операция қилинган бачадоннинг морфофункционал хусусиятларини, туғруқга ҳақиқий психологик муносабатини ва бошқаларни тўлиқ кўрсатмайди. Кўпгина маълумотларга кўра, анамнезида КК бўлган она ва бола учун муваффақиятли туғруқга уриниш бўлган аёллар сони кенг кўламга эга (30% дан 80%гача), бу эҳтимол хавфни баҳолаш учун клиник ёндашувларнинг тўлиқ эмаслигини кўрсатади.

Мавжуд далиллар шуни кўрсатадики, анамнезида КК бўлган аёлларда вагинал туғруқ баъзи хавфларга эга, аммо бачадоннинг пастки сегментида КК бўлган аёлларнинг аксарияти олдинги ККдан кейин вагинал туғруқга уриниш учун номзодлардир. Шунинг учун олдинги КК дан кейин вагинал туғруқга уриниш таклиф қилиниши мумкин бўлган бачадонида чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларни эҳтиёткорлик билан танлаш, шунингдек, вагинал туғруқни тўғри бошқариш жуда долзарбдир [8].

ККдан кейин табиий туғруқга уринишга рози бўлган аёлда турли хил асоратлар туфайли такрорий ККга эҳтиёж юзага келиши мумкин, улар орасида энг кўп учрайдиган асорат туғруқнинг сустлиги ёки ҳомила ҳолатидаги қониқарсиз ўзгаришларидир. ККдан кейин туғруқ пайтида бачадон ёрилишининг кутилаётган хавф даражаси (200 та туғилишдан биттаси) паст, аммо 4% ҳолларда ҳомиланинг қорин бўшлиғига чиқиши унинг ўлимига олиб келади ва она учун оғир даражали қон кетиш (90 та бундай туғилишда 1 та ҳолат) ёки гистерэктомия (500 та туғруқдан биттаси) хавфи мавжуд [10].

Бундай ҳомиладорликни бошқариш ёндашувлари бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлга стандарт парваришнинг барча таркибий қисмларини ўз ичига олади, бунда энг муҳим асоратларга диққат билан эътибор қаратилади ва агар улар юзага келса, бошқарув режасини индивидуал равишда ўзгартирилади. Ушбу асоратлар хавфи сезиларли даражада ошганини ҳисобга олсак ҳам,

хомиладорликни тўхтатишни тавсия қилиш учун ҳеч қандай сабаб йўқ.

Адабиётлар:

1. Абдуразакова М.Д. Факторы риска перинатальной заболеваемости и смертности у многорожавших женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Т., 2013. – 19 с.
2. Адамян А.В., Козаченко А.В., Кондратович Л.М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез: обзор литературы // Проблемы репродукции. – 2013. – № 6. – С. 7-13.
3. Азов С.Х., Лиев А.А., Знаменская С.В., Колягина А.В. Physiotherapy – Физиотерапия (учебное руководство) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 9. – С. 24-25.
4. Алиева Э.Н., Кулбаева С.Н. Кесарево сечение – резервы снижения частоты // Вестник КазНМУ. – 2015. – № 4. – С. 5–6.
5. Анчева И.А. Клиническая характеристика плацентарной дисфункции с позиции тенденции современного акушерства (обзор литературы) // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 1. – С. 196–199.
6. Априсян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. 2-е изд. М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. – 146 с.
7. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение: Учебное пособие. СПб.: Нордмед-Издат, 2012. – 32 с.
8. Бапаева Г.Б., Кулбаева С.Н. Возможности прогнозирования риска развития послеродовых кровотечений у многорожавших женщин // Сборник статей по материалам XXV международной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы». – 2013. – № 11(25). – С. 25–27.
9. Бабкина Т. М. Эхографические методы исследования в акушерстве. Клиническая медицина. 2016. № 3. С. 56–62.
10. Барашян Л.Г., Лалаян Р.С., Казьменкова Э.М., Бондаренко Н.Ю., Чередниченко А.А., Кибишев З.Б. Морфологические исследования рубца на матке при кесаревом сечении Уральский научный вестник. 2019. Т. 5. № 3. С. 12-15.
11. Боровков В.А., Черкасова Т.М., Пачковская О.Ю., Сафарова Г.А., Гуревич Н.Л. Оценка перинатального риска у беременных с рубцом на матке Бюллетень медицинской науки. 2019. № 2 (14). С. 50-55.
12. Дворянский С.А., Емельянова Д.И. Анализ родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке Вестник СурГУ. Медицина. 2019. № 2 (40). С. 8-11.
13. Дуброва Л.Ю., Назаренко Л.Г., Соловьёва Н.П. Усовершенствование оценки послеоперационного рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе. // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, № 2. – С. 66-69.
14. Захарова К.В., Себякина Т.А. Выявление факторов, влияющих на состояние послеоперационного рубца на матке после родоразрешения путем кесарева сечения В сборнике: Молодежь – практическому здравоохранению Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков. 2018. С. 397-400.
15. Каюпова Н. А. Критерии выделения групп риска акушерских осложнений у беременных. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 5–8.
16. Курбаниязова В. Э. Ранняя реабилитация женщин, перенесших кесарево сечение, и оптимизация ведения последующих родов // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 2 (56). – С. 106-109.
17. Курбаниязова В. Э., Худоярова Д. Р. Реалии времени. реабилитация женщин с рубцом на матке // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 23-1 (101). – С. 72-78.
18. Курбаниязова В. Э. Критерии оценки состоятельности послеоперационного рубца и реабилитация женщин, перенесших кесарево сечение // Перенесших Кесарево Сечение.
19. Мамытбекова З. М. Оценка состояния рубца на матке в первые три месяца после кесарева сечения. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2010; 3: 57–9
20. Banyasz I., Bokodi G., Vasarhelyi B., Treszl A., Derzbach L., Szabo A. et al. Genetic polymorphisms for vascular endothelial growth factor in perinatal complications. Eur. Cytokine Netw. 2006; 17(4): 266–70.
21. Bolten K., Fischer T., Bender Y. Y., Diederichs G., Thomas A. Pilot Study of MRI/US fusion in the assessment of the cesarean section scar in the postpartum period. Ultrasound Obstet. Gynecol; 2016. DOI: 10.1002/uog.17349
22. Cauwe B., Van den Steen P. E., Opdenakker G. The biochemical, biological, and pathological kaleidoscope of cell surface substrates processed by matrix metalloproteinases. Crit. Rev. Biochem. Mol. Biol. 2007; 42(3): 113–85.
23. Enverovna K. V. Causes, symptoms, diagnosis, treatment of infantilism // Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D4. – С. 191-194.
24. Enverovna K. V. Modern approaches to the management of pregnant women with uterine scars and

- delivery tactics in them // Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D4. – С. 154-160.
- 25.Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 6378-6383.
- 26.Hsu, C. Y., Jasim, S. A., Rizaev, J. A., Basunduwah, T. S., Abbot, V., Chahar, M., ... & Hussein, A. (2025). Hydrogel Micro/Nanostructures for the Delivery of Oncolytic Viruses: Overcoming Limitations and Improving Efficacy. Advanced Pharmaceutical Bulletin.
- 27.Khazratov, A. I., Rizaev, J. A., Lisnychuk, N. Y., Reimnazarova, G. D., Kubaev, A. S., & Olimjonov, K. J. (2021). Morphofunctional Characteristics Of The Oral Mucosa Of Experimental Rats In Experimental Carcinogenesis. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 8(2), 227-235.
- 28.Khasanov, I. I., Rizaev, J. A., Abduvakilov, J. U., Shomurodov, K. E., & Pulatova, B. Z. (2021). Results of the study of indicators of phosphorus-calcium metabolism in patients with partial secondary adentia. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 25(1), 251-258.
- 29.Khudayarova D., Kurbaniyazova A. The role of the endometrium in the genesis of abortion // Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D6. – С. 5-10.
- 30.Rizaev J. A., Bekmuratov L. R. Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 3.
- 31.Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.
- 32.Rizaev J. A., Kuliev O. A. Risk factors of anemia in children and prognosing of it //Электронный инновационный вестник. – 2018. – №. 4. – С. 62-65.
- 33.Rizaev J. A., Ruzimurotova Y. S., Khaydarova G. A. The impact of social and health factors at work and at home on nurses'health //Вестник магистратуры. – 2022. – №. 2-1 (125). – С. 10-12.
- 34.Rizaev J. A. et al. Physico-chemical parameters of mixed saliva and their correction in patients in the post-covid period //Cardiometry. – 2022. – №. 25. – С. 1168-1173.
- 35.Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Курбаниязова В.Э.

Резюме. Данная статья представляет собой обзор современной литературы, посвящённый подходам и тактикам проведения родов у беременных женщин с рубцом на матке. В ней рассматриваются актуальные методики и рекомендации, направленные на обеспечение безопасности матери и ребёнка, а также минимизацию рисков, связанных с наличием рубца. Обзор включает современные научные данные и практические стратегии ведения родов в таких случаях.

Ключевые слова: рубец на матке, ведение родов, повторное кесарево сечение, вагинальные роды после кесарева (vbac), акушерская тактика.