

PREKLAMPSIYA FONIDA TUG'ULGAN CHAQALOQLARDA PARENXEMATOZ A'ZO JIGARNING PATOMARFALOGIK O'ZGARISHLARI

Abror Xayrullayev Parda o'g'li

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Patagogikanatomiya fanidan

Ilmiy rahbarim: Babayev Xamza Nurmatovich

Dotsent lavozimi

ANNOTATSIYA

Sog'lom homiladorlikda yo'ldoshning rivojlanishi homila sitotrofoblast hujayralarining onaning bachadon spiral arteriolalariga kirib borishiga olib keladi, qon tomir endoteliysini epiteliyadan endotelial fenotipga o'zgartiradi, bu esa kamroq qarshilik bilan ko'proq qon ta'minotiga olib keladi. Preeklampsiyada trofoblastik invaziya zaif bo'lib, spiral arteriolalar orqali etarli qon aylanishini ta'minlay olmaydigan tomirlarning qayta tuzilishiga olib keladi, bu esa gipoksiya va platsenta ishemiyasini keltirib chiqaradi. Bu muhit oksidlovchi stressning kuchayishiga va yallig'lanishli sitokinlarning chiqarilishiga olib keladi, bu esa umumiy tizimli ona endotelial disfunktsiyasiga olib keladi. Yuqorida aytib o'tilgan sabablarga ko'ra, preeklampsiya davosi sifatida PDE ingibitorlaridan foydalanish tavsiya etiladi. Sildenafil tomonidan PDE-5 ingibirlanishi onaning tizimli vazodilatatsiyasiga va qon bosimining pasayishiga yordam beradi. Bundan tashqari, u sGMP gidrolizini oldini oladi, uning hujayra ichidagi konsentratsiyasini oshiradi va uteroplental gipoperfuziyani kamaytiradi, homila gipoksiya muhitini kamaytiradi, homiladorlikni muddatini uzaytiradi va homila tug'ruqdan keying oqibatlarini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: Preeklampsiya, gestatsion gipertenziya, vazodilyatatsiya, PDE-5 ingibitorlari, sildenafil, tadalafil.

KIRISH

Holmilador ayolda yuzaga kelgan og'ir preeklampsiyada fosfodiesteraza-5 ingibitorlarini qo'llash orqali homila yashash qobiliyatini oshirish, homiladorlik muddatini homila yashash muddatigacha cho'zish.

Preeklampsiya ilmiy va amaliy akusherlikning eng murakkab va muhim muammolaridan biridir. Ushbu jiddiy patologik holat homiladorlik jarayonini murakkablashtiradi va nerv tizimi, qon tomir, immun, endokrin tizimlar va gemostaz tizimlarining buzilishi, shuningdek, hayotiy muhim organlarning funktsiyalaridagi turli hil metabolik o'zgarishlar kelib chiqishi bilan tavsiflanadi. Shuningdek, preeklampsiya homiladorlikning gipertenziv kasalligi sifatida ona va homilaning salbiy oqibatlari, shu

jumladan onalar va perinatal o‘limning asosiy sabablaridan biri bo‘lib, uning oldini olish mumkin ekanligi qayd etilgan.

Preeklampsiya hozirgi zamon va uning tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy tomonini hisobga olgan holda, zamonaviy akusherlikning eng muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Preeklampsiya bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning 25% qismida jismoniy va psixoemotsional rivojlanish buzilganligi kuzatilmoqda. Chaqaloqlik va erta bolalik davrida preeklampsiya barcha homiladorliklarni murakkablashtiradi va perinatal kasalliklarning asosiy sabablaridan biri bo‘lib qolmoqda va butun dunyo bo‘ylab homilador ayollarning uchdan bir qismida o‘lim holati qayd etilmoqda, bu homiladorlik davridagi barcha gipertenziv holatlarning asosiy qismini tashkil qiladi. Dunyoning yuqori rivojlangan mamlakatlarida gipertenziv kasalliklardan onalar o‘limi o‘rtacha beshdan bir qismini tashkil qiladi. Statistik ma'lumotlarga ko‘ra, MDH mamlakatlarida onalar o‘limi tarkibida preeklampsiya, ekstragenital kasalliklar va qon ketishdan keyin uchinchi o‘rinda turadi. Abort, homila rivojlanishining kechikishi va yo‘ldoshning erta ajralishi bilan bir qatorda, preeklampsiya "yirik akusherlik sindromlari" deb ataladigan kasalliklarga kiradi.

ADABIYOTLAR TAHLILI VA TADQIQOT METODIKASI

Platsentaning patologiyasi bilan bog‘liq barcha onalik yo‘qotishlarining katta qismini to‘rtta sabab bilan belgilanadi: preeklampsiya, ekstragenital kasalliklar, qon ketish va septik asoratlar. Ko‘pincha oxirgi ikkitasi preeklampsiyaning og‘ir kechishi bilan bog‘liq. Lekin ularning patogenezi to‘liq o‘rganilmagan, shifokorlar uchun bu kasalliklarni prognoz qilish hali ham qiyin vazifadir. Shu bilan bir qatorda preeklampsiyadan ayollar o‘limi xavfining oshishi bilan bir qatorda, kesar kesish amaliyoti ham ko‘payadi, normal joylashgan yo‘ldoshning muddatidan oldin ajralishi, miyada qon ketishi, tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiya sindromi, homila o‘shishining chegaralanish sindromi, o‘pka shishi va buyrak etishmovchiligi, erta tug‘ilish va antenatal homila o‘limi kabi ko‘rsatgichlari ham ortadi. Preeklampsiya juda yosh yoki juda keksa, juda kam daromadli hududlarda yashovchi ayollarda uchrash chastotasi ko‘proq bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Preeklampsiya bilan og‘rigan ayollarni tug‘ruq davrigacha etkazib berish tibbiy aralashuv zarurati (kesar kesish amaliyoti, qon quyish, gisterektomiya), og‘ir asoratlar (buyrak bog‘liq. Preeklampsiya akusherlik qon ketishi va yuqumli asoratlar bilan birgalikda onalar o‘limining aksariyat qismiga sabab bo‘lgan "o‘lim triadasi"ni tashkil qiladi. Preeklampsiya - homiladorlikning 20- haftasidan keyin paydo bo‘ladigan, homiladorlikning o‘ziga xos sindromi bo‘lib, proteinuriya bilan birgalikda arterial gipertenziya yuzaga keladi va ko‘pincha shish va ko‘pchilik a'zolar etishmovchiligi bilan namoyon bo‘ladi.

Preeklampsiyadagi patogenetik o‘zgarishlar umumiy tomirlarning spazmiga, qonning ivish va reologik xususiyatlarining buzilishiga, gipovolemiyaga olib kelishi bilan xarakterlanadi, bu esa hayotiy organlarning perfuziyasining pasayishiga va

natijada ularda distrofik ortga qaytmas o'zgarishlarning rivojlanishiga olib keladi. Ko'p sonli tadqiqotlar va nashrlarga qaramay, preeklampsiyaning etiologik omillari noma'lumligicha qolmoqda. Preeklampsiyaning paydo bo'lishi haqida 30 dan ortiq asosli etiopatogenetik mulohazalar mavjud, ammo ularning hech biri homiladorlikning ushbu asoratida yuzaga keladigan morfofunktsional o'zgarishlar va klinik ko'rinishlarning hilma-hilligini aniq va to'liq tushuntirmaydi. Hozirgi vaqtda eng ustuvor g'oya bu yo'ldosh nazariyasi bo'lib, u anomal platsentatsiya natijasida preeklampsiya paydo bo'lishini tushuntiradi, bu esa o'z navbatida yo'ldosh ishemiyasiga olib keladi. Ishemik yo'ldosh endotelial hujayralarga zarar etkazishi mumkin bo'lgan turli omillarni ishlab chiqaradi. Bu omillar qon tomir endotelial o'sish omili va platsenta o'sish omili ta'sirini bloklaydi, bu esa o'z navbatida angiogenezning buzilishiga olib keladi. Xavf omillari: oldingi homiladorlikdagi preeklampsiya/eklampsiya, qarindoshlarida yuzaga kelgan preeklampsiya, ko'p homilali homiladorlik.

MUHOKAMA VA NATIJALAR

Og'ir preeklampsiya tashxislashda quyidagilarni e'tiborga olish kerak: og'ir darajadagi gipertenziya + proteinuriya, har qanday og'irlikdagi gipertenziya + proteinuriya + xavf belgilaridan biri (kuchli bosh og'rig'i, ko'rishning buzilishi, epigastral sohada og'riq va/yoki ko'ngil aynishi, qusish, umumiy shish, oliguriya (30 ml / soat dan kam yoki 24 soat ichida siydik 50 ml dan kam), jigarni paypaslashda og'riq yoki o'ta sezuvchanlik, trombositlar soni 100×10^9 g/l dan past, jigar fermentlarining ko'payishi). Shuningdek, preeklampsiya tug'ruqdan keyingi davrda ham o'ta xavfli holat bo'lib, ona va bolaning hayoti uchun bir xil darajada xavf tug'diradi. Preeklampsiya bilan hayotiy muhim organlarning funktsiyalari buziladi: buyraklar, miya, jigar, o'pka, bu ko'pincha poliorgan etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi.[1,4] Preeklampsiya oqibatlari nafaqat erta tug'ruqdan keyingi davrda, balki ayol hayotining keyingi davrlarida ham namoyon bo'ladi. Bugungi kunda homiladorlik davridagi gipertenziv kasalliklar (preeklampsiya) – bu qon tomir endotelial o'sish omilining etarli darajada ishlab chiqarilmasligi bilan bog'liq bo'lgan yo'ldosh tomirlarining o'sishi, differentsiatsiyasi va faoliyatining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan murakkab endotelial disfunktsiya (endoteliyoz) ekanligi, shuningdek, DVS sindromining surunkali variantini rivojlanishi bilan koagulyatsion qon potentsialining buzilishi umumiy qabul qilinadi. Hozirgi vaqtda yo'ldosh o'sish omillari tizimi yo'ldosh tomirlarining o'sishi va faoliyatini tartibga solishi aniqlandi. Homiladorlik davrida gipertenziv kasalliklarning (preeklampsiya) rivojlanishiga olib keladigan asosiy sabablardan biri bu yo'ldoshning o'sishi, rivojlanishi va shakllanishini ta'minlaydigan o'sish omillarining ishlab chiqarilishi va faoliyatining o'zgarishi tufayli hujayralarni tartibga solish jarayonlarining va uning qon tomir tizimining shakllanishining buzilishidir. Bir tomondan, ular angiogenez

stimulyatorlari tomonidan (tomir endotelial o'sish omili, platsenta o'sish omili), ikkinchi tomondan, autokrin mexanizm orqali trofoblastning metabolik faolligini tartibga soladi. Preeklampsiya yuzaga kelish ehtimolligi homiladorlikdan oldin va homiladorlikning boshida glisemik nazoratning yaxshilanishi bilan kamayadi. Gomotsisteinning yuqori darajasi bir qator patologik mexanizmlar tufayli tananing qon tomir tuzilmalarining shikastlanishiga olib keladi. Gomotsistein endoteliyga to'g'ridan-to'g'ri sitotoksik ta'sir ko'rsatadi, qon tomir devoriga zarar etkazadi, azot oksidi sarfini oshiradi, trombositlar giperaggregatsiyasini keltirib chiqaradi va XII, V qon ivish omillari va to'qimalar omilini faollashtirib, prokoagulyant vosita sifatida ishlaydi. Homiladorlikning keyingi bosqichlarida gipergomotsisteinemiya surunkali fetoplasentar etishmovchilik va surunkali homilalik gipoksiya rivojlanishiga sabab bo'ladi, shuningdek, klinik jihatdan preeklampsiya sifatida namoyon bo'ladigan umumiy mikroangiopatiyaga olib keladi. Preeklampsiyaning diagnostik mezonini 6 soatlik interval bilan ikki marta o'lchanganda sistolik arterial qon bosimi 140 mm Hg dan yuqori va/yoki diastolik arterial qon bosimi 90 mm Hg dan yuqori bo'lishidir. Homiladorlik davrida yoki tug'ilgandan keyin 15 daqiqadan ko'proq davom etadigan arterial gipertenziya 160/110 mm Hg dan yuqori yoki unga teng bo'lishi, favqulodda akusherlik holati hisoblanadi va darhol yordam berishni va tezkor davolanishni talab qiladigan vaziyat hisoblanadi. Proteinuriyaning diagnostik chegarasi kunlik siydikda 300 mg ni tashkil qiladi. 24 soat ichida to'plangan siydikda protein miqdorini aniqlash proteinuriyani aniqlashning eng aniq usuli hisoblanadi. Hozirgi vaqtda preeklampsiyaning quyidagi tasnifga bo'linishi taklif etiladi: o'rtacha og'ir, og'ir, shuningdek surunkali arterial gipertenziya fonida rivojlangan preeklampsiya. Bundan tashqari, erta boshlangan preeklampsiya ajralib turadi, uning klinik ko'rinishi homiladorlikning 20 dan 27-34 haftasiga qadar va kech preeklampsiyada namoyon bo'ladi. Og'ir preeklampsiyada perinatal va onalar kasallanishi va o'lim darajasi eng yuqori ko'rsatgichlari bilan tavsiflanadi.

XULOSA

Kasallik kechishining bu varianti homila o'sishning kechikish sindromi, homila va bachadon qon oqimining anomal rivojlanganligi, tug'ilish vaqtida kichik yo'ldosh, erta tug'ilishning yuqori darajasi, neonatal kasallanish va o'lim bilan ajralib turadi. Erta preeklampsiyaning rivojlanishi trofoblast invaziyasining buzilishi, spiral bachadon arteriyalarining to'liq shakllanmasligi, immunitet tizimining noto'g'ri rivojlanishi va endotelial disfunktsiya belgilari darajasining oshishi bilan bog'liq. Preeklampsiyani prognoz qilishda uning xavfini baholashning zamonaviy imkoniyatlari katta ahamiyatga ega hisoblanadi. Preeklampsiya kasalligi ayollarda semirishning mavjudligi, ayollarning onalik yoshining o'sishi va qo'shma kasalliklarning mavjudligiga qarab ortib bormoqda. Ma'lumki, Preeklampsiya ona va bolada yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omili bo'lib, erta profilaktika choralarini talab qiladi.

Preeklampsiya turli etiopatologiyalarga ega bo‘lishi mumkin bo‘lgan erta (34 haftalik homiladorlik haftasidan oldin) va kechki (34 haftalik homiladorlikdan keyin) pastki turlarga bo‘linadi. Preeklampsiyaning erta boshlanishi yo‘ldosh disfunktsiyasi bilan bog‘liq.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Абдурахманова Дилноза Наримановна, Мадаминова Малика Шавкатовна, Садуллаева Амина Файзуллаевна. Преэклампсия - актуальная проблема в современном акушерстве. International scientific review. 2016г
2. Агаева К.В. Проблема преэклампсии в современном акушерстве. Журнал Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії 2018г.
3. С. ЮСУПОВА, В.А. НОВИКОВА, А.С. ОЛЕНЕВ. Современные представления о преэклампсии — патогенез, диагностика, прогнозирование Practical Medicine 2018г. DOI: 10.32000/2072-1757-2018-16-6-45-51
4. З.Е. Ержан, Р.М. Раева, Г.Н. Мошкалова, Б.Б. Сагатбекова, Г.И. Абдулова, А.Ж. Баймешова, Ю.С.Иванова, С.К. Журумбаева, Д.Н. Имирова, М.Н. Мезенцева. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства (обзор литературы). Вестник казну, №4(1) – 2013.
5. Прокопенко Т.В. Острое повреждение почек и беременность. Том 22, № 2 (2018) . doi.org/10.24884/1561-6274-2018-22-2-39-49