

ЙЎЛДОШНИНГ БАЧАДОН ДЕВОРИГА ПАТОЛОГИК ЎСИБ КИРИШИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ПРОГНОЗЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МЕЗОНЛАРИ

Салимова Ситора Муртазоевна
Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. *Йўлдошнинг бачадон деворига патологик ўсиб кириши (Placenta accreta) — ҳомиладорликнинг оғир асоратларидан бири бўлиб, бунда ҳомилани озиқлантириш ва кислород билан таъминлашда иштирок этувчи йўлдош бачадон деворига меъёрдагидан чуқурроқ бирикади. Ушбу ҳолат ўз вақтида аниқланмаса ва тегишли тиббий ёрдам кўрсатилмаса, муддатидан олдин туғруқ, туғруқдан кейинги даврда кўп миқдорда қон кетиши ҳамда она ва ҳомила учун бошқа жиддий асоратларга олиб келиши мумкин.*

Дунё миқёсидаги маълумотларга кўра, йўлдошнинг бачадон деворига патологик ўсиб кириши тахминан ҳар 500–700 та ҳомиладорликдан бирида, яъни 0,14–0,19% ҳолатларда учрайди. Сўнгги йилларда ушбу патологиянинг учраш частотаси ортиб бормоқда. Бу, аввало, кесар кесиш орқали туғруқлар сонининг кўпайиши билан боғлиқ. Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши кўпроқ 30–40 ёшдаги аёлларда учрайди, бироқ ушбу асорат ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин [1,8,15].

Сабаблари ва хавф омиллари

Аввалги кесар кесиш орқали туғруқ. *Йўлдошнинг бачадон деворига патологик ўсиб кириши учун энг муҳим хавф омилларидан бири аввалги кесар кесиш ҳисобланади. Кесар кесишлар сони ортиб бориши билан кейинги ҳомиладорликда ушбу асорат ривожланиш хавфи ҳам ошади.*

Йўлдош олдинда жойлашиши. *Бунда йўлдош бачадон бўйнининг ички тешигини қисман ёки тўлиқ беркитиб туради.*

Бачадонда аввал ўтказилган жарроҳлик амалиётлари. *Бачадон девори яхлитлигининг бузилишига олиб келадиган операциялар, жумладан, бачадон миомасини олиб ташлаш, бачадон бўшлиғини қириш каби амалиётлар кейинчалик бачадонда чандиқ ҳосил бўлишига сабаб бўлиб, кейинги ҳомиладорликларда йўлдошнинг патологик ўсиб кириш хавфини оширади.*

Аввалги ҳомиладорликлар сони. *Бир неча марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳам мазкур асорат ривожланиш хавфи юқорироқ бўлиши мумкин [2,6,13].*

Она ёши. *Она ёшининг ортиши, айниқса 35 ёшдан кейин, йўлдошнинг патологик ўсиб кириши хавфини ошириши мумкин.*

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши белгилари

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини имкони қадар эрта аниқлаш жуда муҳим, чунки бу ҳомиладорликни тўғри олиб бориш ва она ҳамда ҳомила учун хавфларни камайтириш имконини беради. Бироқ айрим ҳолатларда клиник белгилар туғруқча намоён бўлмаслиги ҳам мумкин.

Ҳомиладор аёлларда кузатилиши мумкин бўлган белгилар:

Қорин соҳасида оғриқ. Йўлдошнинг патологик ўсиб киришида баъзи аёлларда кичик чанок, қов усти соҳаси ёки қоринда ўткир, маҳаллий оғриқ кузатилиши мумкин. Бу йўлдошнинг бачадоннинг муайян қисмига ортиқча таъсир кўрсатиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Белги асосан ҳомиладорликнинг II–III триместрларида намоён бўлиши мумкин.

Жинсий йўллاردан қон кетиши. Бу ҳолатда энг муҳим клиник белгилардан бири ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг III триместрида сабабсиз, оғриқли ёки оғриқсиз қон кетиши кузатилиши мумкин. Қон кетиши кам миқдордаги қонли ажралма кўринишида ёки кўп миқдорда бўлиши мумкин [3,7,14].

Муддатидан олдин бачадон қисқаришлари. Айрим аёлларда бачадон қисқаришлари эрта бошланиши ва тез-тез такрорланиши мумкин. Ҳомиладорликда даврий «машқ» ёки «ёлғон» қисқаришлар меъёрий ҳолат бўлиши мумкин, аммо йўлдошнинг патологик ўсиб кириши бўлган аёлларда улар эртароқ муддатда мунтазамлашиши мумкин.

Шуни таъкидлаш лозимки, юқоридаги белгиларнинг ҳеч бири йўлдошнинг патологик ўсиб кириши учун мутлақо хос эмас ва улар асосида мустақил равишда ташхис қўйиб бўлмайди. Бироқ хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларда бундай белгилар қўшимча текширув ўтказиш учун асос бўлади.

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши патогенези

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши механизмларини тушуниш учун аввало меъёрий ҳомиладорликда йўлдошнинг бачадонга қандай бирикишини билиш муҳим. Меъёрда йўлдош бачадон деворининг ички юзасига бирикади, аммо унинг чуқур қатламларига кириб бормайди. Йўлдош она ва ҳомила ўртасида муҳим боғловчи тузилма бўлиб, кислород, озуқа моддалари ва модда алмашинуви маҳсулотларининг алмашинувини таъминлайди. Туғруқдан кейин йўлдош одатда бачадон деворидан ажралиб, ташқарига чиқади [4,9,13].

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши асосан эндометрийнинг йўлдош бирикадиган қисми — децидуал қаватдаги патологик ўзгаришлар билан боғлиқ деб ҳисобланади. Децидуал қаватнинг тўлиқ шаклланмаслиги ёки етишмовчилиги, айниқса аввалги кесар кесиш ва бошқа бачадон операцияларидан кейин ҳосил бўлган чандиқлар соҳасида, йўлдошнинг бачадон деворига чуқурроқ кириб боришига шароит яратади.

Йўлдошнинг бачадон деворига кириб бориш чуқурлиги ортиши билан патологик қон томирлар тармоғи ҳам ривожланади. Шу сабабли туғруқдан кейин йўлдошни ажратишга уриниш вақтида кучли қон кетиши хавфи ортади. Патологик бирикиш бачадоннинг туғруқдан кейин нормал қисқаришига ҳам халақит бериши мумкин. Чуқур инвазия бачадон тўқималари ва қўшни аъзолар шикастланишига олиб келиши ҳамда айрим ҳолатларда гистерэктомия ўтказишни талаб қилиши мумкин.

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши таснифи

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши унинг бачадон деворига кириб бориш чуқурлигига қараб таснифланади. Инвазия қанчалик чуқур бўлса, ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ хавфлар шунчалик юқори бўлади.

Placenta accreta — ***йўлдошнинг патологик бирикиши***. Бу нисбатан енгилроқ шакл бўлиб, йўлдош миометрийга жуда яқин бирикади, аммо миометрий тўқимасига чуқур кириб бормайди. Бироқ оддий ҳомиладорликка нисбатан қон кетиш хавфи юқори бўлади.

Placenta increta — ***йўлдошнинг бачадон мушак қаватига ўсиб кириши***. Бунда йўлдош миометрийнинг чуқур қатламларига бармоқсимон ўсмалар кўринишида кириб боради. Бу ҳолат туғруқ вақтида ва туғруқдан кейин кучли қон кетиши хавфини сезиларли даражада оширади [5,10,12].

Placenta percreta — ***йўлдошнинг бачадон девори орқали ўсиб ўтиши***. Бу энг оғир шакл бўлиб, йўлдош миометрийнинг бутун қалинлиги орқали ўтиб, бачадоннинг ташқи сероз қаватигача етиб бориши ва ҳатто қўшни аъзоларга, кўпинча сийдик пуфагига ўсиб кириши мумкин.

FIGO таснифига кўра, placenta percreta қуйидаги шакллarga бўлиниши мумкин:

- бачадон сероз қавати билан чекланган;
- сийдик пуфагига тарқалган;
- кичик чанокнинг бошқа аъзоларига тарқалган.

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши учун бошқа касалликлардаги каби аниқ босқичли стадиялаш тизими мавжуд эмас. Амалда юқоридаги тасниф инвазиянинг чуқурлиги ва патологик жараён оғирлигини баҳолаш учун қўлланилади.

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришидаги асоратлар

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши, айниқса унинг оғир шакллари, она ва ҳомила учун жиддий асоратларга олиб келиши мумкин.

Қон кетиши. Энг хавфли асоратлардан бири туғруқ вақтида ёки туғруқдан кейинги даврда кучли қон кетишидир. Чуқур бириккан йўлдош туғруқдан кейин бачадон деворидан ажралмаслиги мумкин. Бу кўп микдорда қон йўқотишга ва қон компонентларини қуйиш заруратига олиб келиши мумкин.

Муддатидан олдин туғруқ. Она ва ҳомила учун хавфлар туфайли айрим ҳолатларда ҳомиладорликни муддатидан олдин якунлаш зарурати туғилиши мумкин. Бу эса чақалоқда нафас олиш тизими ва бошқа аъзолар етуқлиги билан боғлиқ муаммоларга сабаб бўлиши мумкин.

Бачадон ёрилиши. Жуда чуқур инвазия ҳолатларида патологик жараён бачадон деворининг тўлиқ қалинлигига тарқалиб, унинг яхлитлиги бузилишига олиб келиши мумкин.

Кўшни аъзоларнинг шикастланиши. Йўлдош сийдик пуфаги каби кўшни аъзоларга ўсиб кирган ҳолларда ушбу аъзолар шикастланиши мумкин.

Гистерэктомия зарурати. Кучли қон кетиш ёки йўлдошнинг чуқур ўсиб кириши ҳолатларида туғруқдан кейин бачадонни олиб ташлаш талаб қилиниши мумкин. Бу аёлнинг кейинчалик ҳомиладор бўлиш имкониятини йўқотишига олиб келади. Шу сабабли йўлдошнинг патологик ўсиб киришида ҳомиладорликни мунтазам кузатиш ва тажрибали мутахассислар иштирокида ўз вақтида текширув ўтказиш муҳим аҳамиятга эга [8,9,11].

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини ташхислаш

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши гумон қилинган ҳомиладор аёл акушер-гинеколог кўригидан ўтиши керак. Тўғри ва ўз вақтида ташхис қўйиш она ва ҳомила хавфсизлигини таъминлаш ҳамда туғруқ тактикасини режалаштиришда муҳим аҳамиятга эга.

Бирламчи кўрик вақтида анамнезга алоҳида эътибор берилади. Жумладан:

- аввалги ҳомиладорликлар ва уларнинг натижалари;
- бачадонда ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, айниқса кесар кесиш;
- аввалги ҳомиладорликларда йўлдош олдинда жойлашиши каби асоратларнинг кузатилганлиги;
- жинсий йўллاردан қон кетиши каби клиник белгилар.

Физикал текширув акушерлик-гинекологик кўрикни ўз ичига олиши мумкин, бироқ унинг йўлдошнинг патологик ўсиб киришини аниқлашдаги диагностик имкониятлари чекланган. Қоринни пальпация қилиш орқали ҳомиланинг ҳолати ва бачадон катталиги баҳоланади.

Ультратовуш текшируви

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини ташхислашда асосий усул ультратовуш текшируви (УТТ) ҳисобланади. Трансвагинал ёки трансабдоминал УТТ орқали йўлдошнинг жойлашуви, унинг бачадон деворига нисбатан муносабати ва инвазияга хос белгилари баҳоланади. УТТда бачадон ва йўлдош ўртасидаги чегаранинг нотекислиги, патологик қон томирларининг шаклланиши, йўлдош ва сийдик пуфаги орасидаги соҳада қон томирларининг кўпайиши каби белгилари йўлдошнинг патологик ўсиб киришига шубҳа уйғотиши мумкин. Патологик УТТ белгилари ҳомиладорликнинг биринчи

триместридаёқ аниқланиши мумкин, аммо диагностик аниқлик ҳомиладорликнинг кейинги муддатларида юқорилайди.

Қўшимча текширув усуллари

Магнит-резонанс томография (МРТ). УТТ натижалари ноаниқ бўлган ҳолларда МРТ йўлдошнинг бачадон деворига ўсиб кириш даражаси ҳақида қўшимча маълумот бериши мумкин. Айниқса патологик жараённинг қўшни аъзоларга тарқалганлигига шубҳа қилинганда қимматли диагностик усул ҳисобланади.

Қон таҳлиллари. Қон таҳлиллари йўлдошнинг патологик ўсиб киришини бевосита тасдиқламайди, аммо она организмнинг умумий ҳолатини, гемоглобин, тромбоцитлар миқдори ва эҳтимолий жарроҳлик амалиётига тайёргарлик даражасини баҳолашда муҳимдир. Зарур ҳолларда умумий қон таҳлили, коагуляция кўрсаткичлари ва бошқа лаборатор текширувлар ўтказилади.

Дифференциал ташхис

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини қуйидаги ҳолатлардан фарқлаш зарур:

- йўлдошнинг меъёрий бирикиши;
- патологик ўсиб киришсиз йўлдош олдинда жойлашиши;
- ҳомиладорликнинг III триместрида қон кетишининг бошқа сабаблари;
- ҳомила томирларининг олдинда жойлашиши;
- бачадон ёрилиши;
- йўлдошнинг қўшимча бўлаги;
- бачадон бўшлиғида йўлдош тўқималарининг қолиб кетиши.

Анамнез, клиник маълумотлар ва визуализация усуллари натижаларини комплекс баҳолаш ташхисни аниқлаш имконини беради. Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши аниқланган ёки унга гумон қилинган ҳолларда ҳомиладор аёлни юқори даражада ихтисослашган акушерлик муассасасига йўналтириш мақсадга мувофиқ.

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини даволаш

Даволашнинг асосий мақсади кучли қон кетиш хавфини камайтириш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида бартараф этишдан иборат.

Даволаш усуллари

Режали кесар кесиш. Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши тасдиқланган ёки юқори даражада гумон қилинган ҳолатларда туғруқни режалаштириш индивидуал равишда амалга оширилади. Операцияни ихтисослаштирилган муассасада, етарли қон компонентлари ва зарур мутахассислар мавжуд бўлган шароитда ўтказиш муҳим.

Гистерэктомия. Йўлдошнинг чуқур ўсиб кириши ёки назорат қилиб бўлмайдиган кучли қон кетиш ҳолатларида кесар кесишдан кейин бачадонни олиб ташлаш зарурати туғилиши мумкин. Бу усул қон кетишни назорат қилишга ёрдам беради, бироқ кейинчалик ҳомиладор бўлиш имкониятини йўқотишга олиб келади.

Метропластика ва орган сақловчи усуллар. Айрим танланган ҳолатларда, патологик жараён кичик соҳани қамраб олган ва аниқ чегараланган бўлса, бачадонни сақлаб қолишга қаратилган жарроҳлик усуллари кўриб чиқилиши мумкин. Бундай ёндашув фақат юқори малакали мутахассислар томонидан, хавф ва фойда нисбати синчиклаб баҳоланган ҳолда амалга оширилади.

Қон компонентларини қўйиш. Кучли қон кетиш ривожланган ҳолларда эритроцит массаси, янги музлатилган плазма ва бошқа қон компонентларини қўйиш талаб қилиниши мумкин.

Бачадон артериялари эмболизацияси. Бу кам инвазив эндоваскуляр усул бўлиб, бачадонни қон билан таъминловчи томирлар оқими махсус материаллар ёрдамида чекланади. Айрим клиник ҳолатларда қон кетишни камайтириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Реабилитация

Даволашдан, айниқса жарроҳлик амалиётидан кейин реабилитация муҳим аҳамиятга эга. У қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

- чаноқ туби мушакларини тиклашга қаратилган даволаш жисмоний машқлари;
- психологик қўллаб-қувватлаш ва маслаҳат;
- бачадон олиб ташланган ва тухумдонлар фаолияти эрта пасайган ҳолатларда, кўрсатмаларга мувофиқ, гормонал даволаш масаласини кўриб чиқиш.

Йўлдошнинг патологик ўсиб кириши бўлган беморларни олиб бориш кўп тармоқли ёндашувни талаб қилади. Акушер-гинеколог, жарроҳ, анестезиолог-реаниматолог ва бошқа мутахассисларнинг ҳамкорлиги она ва ҳомила хавфсизлигини таъминлашда муҳимдир.

Прогноз ва профилактика

Ўз вақтида ташхис қўйиш ва тўғри тактика танлашда клиник натижалар яхшироқ бўлади. Йўлдошнинг юзакироқ патологик бирикишида хавфлар чуқур инвазия шаклларига нисбатан пастроқ бўлади. Placenta increta ва placenta percreta каби чуқур инвазия шаклларида эса қон кетиши ва жарроҳлик асоратлари хавфи юқорироқ бўлади. Гистерэктомиядан кейин аёлнинг ҳомиладор бўлиш имконияти йўқолади. Шу сабабли ҳомиладорликни режалаштириш ва хавф омилларини олдиндан баҳолаш муҳим аҳамиятга эга.

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини профилактика қилиш

Йўлдошнинг патологик ўсиб киришини тўлиқ олдини олиш ҳар доим ҳам мумкин эмас. Бироқ хавфни камайтириш ва патологияни эрта аниқлаш учун қуйидаги чоралар муҳим:

- ҳомиладорлик даврида мунтазам акушерлик назорати ва УТТ ўтказиш;
- аввал кесар кесиш ёки бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилган аёлларни юқори хавф гуруҳи сифатида кузатиш;
- йўлдош олдинда жойлашган ҳолатларда патологик ўсиб кириш хавфини баҳолаш;
- бачадонда асоссиз жарроҳлик амалиётларини камайтириш;
- кейинги ҳомиладорликни режалаштиришда аввалги кесар кесишлар ва бошқа бачадон операциялари тарихини ҳисобга олиш.

Йўлдошнинг бачадон деворига патологик ўсиб кириши мураккаб акушерлик муаммоси ҳисобланади. Эрта аниқлаш, хавф омилларини тўғри баҳолаш, ультратовуш диагностикаси ва ихтисослаштирилган акушерлик ёрдамидан ўз вақтида ташкил этиш она ва ҳомила учун хавфларни камайтиришда муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар рўйхати:

1. Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Абдиқаримов А., Валиев Ш.Н., Ким В.О. Кесар кесишдан кейин бачадон чандиқларида плацента бирикиш аномалиялари: замонавий ташхислаш ва даволаш // Доктор ахборотномаси. – 2021. – №3 (100).
2. Шопулатов Э.Х., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Абдиқаримов А., Валиев Ш.Н., Раббимова Д.Т. Особенности маточно-фетоплацентарной гемодинамики у беременных с предлежанием и вращением плаценты // Доктор ахборотномаси. – 2022. – №2.2 (104). – С. 95–98.
3. Хамроева Л.К., Рустамова Н.А. Современные возможности ранней диагностики вращающейся плаценты // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2025. – №5 (165). – С. 411–414.
4. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Уринов М.И., Машарипов Ш.Х. Оптимизация хирургической тактики и кровесберегающих технологий при вращении плаценты в рубец на матке // Акушерство и гинекология. – 2022. – №3. – С. 112–120. DOI: 10.18565/aig.2022.3.112-120.
5. Игнатко И.В., Богомазова И.М., Тимохина Е.В., Белоусова В.С., Федюнина И.А., Карданова М.А., Самара А.Б., Гуцу В. Вращение плаценты: современный взгляд на вопросы этиопатогенеза и акушерской тактики // Акушерство и гинекология. – 2024. – №1. – С. 5–11. DOI: 10.18565/aig.2023.251.

6. Латышкевич О.А., Курцер М.А., Савельева Г.М. и др. Антенатальная диагностика вращающейся плаценты у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – №6. – С. 36–42.
7. Милованов А.П., Димова Е.А. Спорные вопросы патогенеза вращающейся плаценты в стенку матки // Архив патологии. – 2011. – Т. 73, №2. – С. 54–57.
8. Баев О.Р. Аномалии прикрепления плаценты // Акушерство и гинекология. – 2009. – №4. – С. 5–10.
9. Михеева А.А., Шмаков Р.Г., Рогачевский О.В. и др. Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин после органосохраняющих операций при вращении плаценты // Акушерство и гинекология. – 2022. – №1. – С. 90–96.
10. Jauniaux E., Bhide A., Kennedy A., Woodward P., Hubinont C., Collins S. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – Vol. 140, №3. – P. 274–280. DOI: 10.1002/ijgo.12408.
11. Jauniaux E., Chantraine F., Silver R.M., Langhoff-Roos J. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – Vol. 140, №3. – P. 265–273. DOI: 10.1002/ijgo.12407.
12. Sentilhes L., Kayem G., Chandrachan E., Palacios-Jaraquemada J., Jauniaux E. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – Vol. 140, №3. – P. 291–298. DOI: 10.1002/ijgo.12410.
13. Jauniaux E., Ayres-de-Campos D., Langhoff-Roos J., Fox K.A., Collins S. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2019. – Vol. 146, №1. – P. 20–24. DOI: 10.1002/ijgo.12761.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Placenta Accreta Spectrum. Obstetric Care Consensus No. 7 // Obstetrics & Gynecology. – 2018. – Vol. 132, №6. – P. e259–e275.
15. Jauniaux E., Collins S., Burton G.J. The placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2018. – Vol. 218, №1. – P. 75–87.