



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**4 (78) 2025**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (78)**

**2025**

*апрель*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 618.12-07.251

## БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ УЛЬТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКАСИ

Қаюмова Г.М. <https://orcid.org/0000-0002-4192-1784> E-mail: [guzalqayumova@mail.ru](mailto:guzalqayumova@mail.ru)

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,  
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Сўнги йилларда бачадондан ташқари ҳомиладорлик муаммоси жуда долзарб бўлиб қолди. Бу ҳолат, айниқса, сўнги пайтларда ушбу турдаги ҳомиладорлик патологиясига чалинган аёллар сонининг тобора ортиб бораётгани билан изоҳланади. Эктопик ҳомиладорлик ҳолатларининг 98,7% ни бачадон найи (фаллопий найи) ҳомиладорлиги ташкил этади. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик – бу ҳомила тухуми имплантацияси бачадон бўшлигидан ташқари жойлашган ҳолда ривожланадиган ҳомиладорлик туридир.*

*Калит сўз: Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ультратовуш текшируви, экстракорпорал урулантириш.*

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Қаюмова Г.М. <https://orcid.org/0000-0002-4192-1784> E-mail: [guzalqayumova@mail.ru](mailto:guzalqayumova@mail.ru)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В последние годы проблема внематочной беременности стала весьма актуальной. Такая ситуация объясняется, особенно в последнее время, ростом числа женщин, страдающих данным видом патологии беременности. 98,7% внематочных беременностей являются трубными (фаллопиевыми) беременностями. Внематочная беременность — тип беременности, при котором имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки.*

*Ключевые слова: Внематочная беременность, ультразвуковое исследование, экстракорпоральное оплодотворение.*

## ULTRASOUND DIAGNOSIS OF EXTRA-UTERINOMY PREGNANCY

Қаюмова Г.М. <https://orcid.org/0000-0002-4192-1784> E-mail: [guzalqayumova@mail.ru](mailto:guzalqayumova@mail.ru)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*In recent years, the problem of ectopic pregnancy has become very relevant. This is explained, in particular, by the fact that in recent years the number of women suffering from this type of pregnancy pathology has increased. 98.7% of ectopic pregnancies are tubal (fallopian tube) pregnancies. Ectopic pregnancy is a type of pregnancy in which the implantation of the fetal egg occurs outside the uterine cavity*

*Key words: Extrauterine feeding, ultrasound imaging, in vitro fertilization*

## Долзарблиги

Сўнги йилларда бачадондан ташқари ҳомиладорлик муаммоси жуда долзарб бўлиб қолди. Бу ҳолат, айниқса, сўнги пайтларда ушбу турдаги ҳомиладорлик патологиясига чалинган аёллар сонининг тобора ортиб бораётгани билан изоҳланади [1,2,3]. Эктопик ҳомиладорлик ҳолатларининг 98,7% ни бачадон найи (фаллопий найи) ҳомиладорлиги ташкил этади. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик – бу ҳомила тухуми имплантацияси бачадон бўшлиғидан ташқари жойлашган ҳолда ривожланадиган ҳомиладорлик туридир. Бачадон найи ҳомиладорлигининг тўрт хил клиник кечиши мумкин:

- бачадон найидаги ҳомиладорликнинг ривожланиб бориши;
- ҳомиладорликнинг бачадон найидаги аборт тури билан тўхтатилиши;
- ҳомиладорликнинг бачадон найи ёрилиши тури билан тўхтатилиши;
- бачадон найида ҳомиланинг ривожланмаслиги.

Замонавий тиббиёт ютуқларига қарамай, бачадондан ташқари ҳомиладорлик жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Охириги 20 йил ичида ушбу ҳомиладорлик асоратининг кўпайиши кузатилмоқда, бу эса ҳомилани сунъий тушириш амалиётининг кўпайиши, кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бачадон ичи спиралларидан фойдаланиш, нейроэндокрин бузилишлар ва XXI аср аёлларининг юқори психоэмоционал зўриқиши билан боғлиқ [4,6,7,15]. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик (халқаро номланиши – «эктопик ҳомиладорлик») – бу ҳомиладорлик бўлиб, унда уруғланган тухум ҳужайра бачадон бўшлиғидан ташқари жойга имплантация (бирикиш) қилади [5,10,8,12].

Индустриал ривожланган давлатларда бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ўртача учрашиш тез-тезлиги умумий ҳомиладорликлар сонига нисбатан 1,2-1,7% ни ташкил қилади.

Сабаблари ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланишининг хавф омиллари:

бачадоннинг қўшимча аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (бунда энг хавфлиси хламидия инфекцияси ҳисобланади), хроник сальпингит бачадондан ташқари ҳомиладорликка учраган аёлларнинг ярмида аниқланади;

бачадон найларида ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, аввал бошидан кечирилган эктопик ҳомиладорлик (қайта бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфи 7-13 марта ортади). Лапароскопик электрокоагуляциядан кейин бачадондан ташқари ҳомиладорлик 50% ҳолатларда, сальпингостомиядан кейин эса 15-20% ҳолатларда ривожланади;

бачадон ичи контрацептивларидан фойдаланиш;

овуляцияни стимуляция қилиш;

бачадон ва қўшимча аъзоларнинг ўсма ва ўсмасимон шаклланишлари;

эндометриоз, кичик чанокда ёйилган жараёнлар билан характерланади;

генитал инфантилизм;

гормонал контрацептивлардан фойдаланиш;

жинсий аъзолар ривожланиш аномалиялари;

олдин ўтказилган абортлар;

репродукциянинг ёрдамчи усулларини қўллаш – ЭКО 5% ҳолатда бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан қийинлашади;

бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфи ёшга боғлиқ равишда ошади ва энг юқори кўрсаткич 35-44 ёшли аёлларда кузатилади [9,11,13].

**Ишнинг мақсади:** бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлашда ультратовуш текшируви (УТТ) имкониятлари.

## Материал ва методлар

УТТ Siemens Sonoline G40 (Корея) сканерида 5-3,5 МГц частотали конвекс датчик ва 9-4,5 МГц частотали трансвагинал датчик ёрдамида ўтказилди. 2024 йил феврал ойидан 2025 йил феврал ойигача бачадондан ташқари ҳомиладорликка шубҳа билан 149 та мурожаат қайд этилди.

Эктопик ҳомиладорликнинг эхокардиографик белгилари:

Ишончли белгилар: бачадон бўшлиғидан ташқарида тирик эмбрион (ҳомила) бўлган ҳомиладорлик тухуми аниқланиши;

Нисбий белгилар:

Бачадоннинг қўшимча проекцияларида турли шакл ва ўлчамларга эга бўлган тузилмалар визуализацияси;

Бачадонда ҳомиладорликнинг аниқланмаслиги;

Миометрийда органик ўзгаришлар ёки бачадондаги ҳосиладорлик мавжуд бўлмаган ҳолда бачадон ўлчамларининг катталашishi;

Прогестерон таъсирида эндометрий стимуляцияси натижасида ўрта М-эхонинг калинлашиши (децидул реакция);

Бачадон бўшлиғида сохта ҳомиладорлик тухуми топилиши;

Кичик чанок бўшлиқларида эркин суюқлик аниқланиши;

Сариқ тана кисталари топилиши;

Қўшимча тузилмада гипертаскуляризация зонаси.

Қўшимча проекцияларда патологик тузилманинг аниқланиши энг муҳим билвосита белгилардан бири ҳисобланади. Ушбу тузилма ҳомила сақловчи найни ифодалайди. Прогрессив бачадон найи ҳомиладорлигида бачадон найи йўлагиди доиравий-овал шаклдаги амнион бўшлиғи аниқланиб, унинг ичида ҳалқасимон тузилма кўринишидаги сариқ тана визуализация қилинади. Бачадон найида ҳомила тухумининг визуализация хусусияти хорионнинг яхлит аниқланиши бўлиб, у амнион бўшлиғини периферия бўйлаб қопловчи каттик тўқима тузилмаси кўринишида бўлади. Бачадон ҳажмининг ошиши эктопик ҳомиладорликда 20–30% ҳолларда учрайди.

Эндометрийнинг децидуал реакцияси юқори эхогенликка эга бўлиб, унинг қалинлиги 12–24 мм ни ташкил қилади ва миометриядан аниқ чегараланган бўлади.

Сохта ҳомила тухуми – кам учрайдиган белги бўлиб, амнион бўшлиқни стимуляция қилувчи бачадон бўшлиғидаги анэхоген тузилма сифатида намоён бўлади. Сохта ҳомиладорлик эндометрийдаги найсимон безларнинг гиперсекрецияси ёки бачадон бўшлиғига қон тўпланиши билан боғланади. Амалиётда, асосан, узилган ҳомиладорлик билан тўқнаш келинади. Агар най ёрилиши содир бўлса, у ҳолда бачадоннинг орқа-ён қисмига туташган конгломерат ҳосил бўлади, у ўз ичига ёрилган най, ҳомила жойлашган бўшлиқ, қон лахталари ва геморагик массаларни олади. Бачадон найларидаги аборт турида тўхтаган ҳомиладорлик эхографик жиҳатдан най ёрилиши билан фарқ қилмайди. Тўхтаган бачадон найи ҳомиладорлиги ҳолатларининг 60% да кичик чанок бўшлиғида эркин суюқлик пайдо бўлиши кузатилади.

Барча билвосита ультратовуш белгилари биргалликда кузатилганда, тўғри ташхис қўйиш эҳтимоли 97-99% ҳолларда сезиларли даражада ошади. Бироқ, амалиётда ҳар доим ҳам етарли эхографик маълумотлар аниқланмайди. Шу сабабли, сифат жиҳатидан (ҳомиладорлик тестлари) ёки миқдорий (лаборатория) хорион гонадотропини аниқлаш талаб этилади. Шундан сўнг, динамик ультратовуш кузатувини ўтказиш мақсадга мувофиқлиги ҳақида қарор қабул қилиш лозим.

### **Натижа ва таҳлиллар**

Ҳар бир қорин ёки чанок оғриғи, шунингдек, ноодатий бачадон қон кетишларига дуч келган беморда албатта бачадондан ташқари ҳомиладорлик эҳтимоли кўриб чиқилади. Бачадондан ташқари ҳомиладорликка гумон қилинган аёлларда (149 нафар бемор) кичик чанок аъзоларининг ультратовуш текшируви ўтказилганда, 77 (53%) ҳолатда бу ташхис инкор этилди. Эхографик текширув натижаларига кўра, уларда эрта муддатли бачадон ҳомиладорлиги, ўткир сальпингоофорит, ўз-ўзидан тушиш ҳолати (гематометра, гематосервикс) ва тухумдонларнинг кўп сонли фолликуляр кисталари аниқланди. 72 (47%) беморда бачадон найларида жойлашган ҳомиладорлик аниқланди. Шулардан 62 (87,3%) ҳолатда эхографик тасвир куйидагича кўринди: кичик чанокда 1,7 – 3,0 см баландликда эркин суюқлик мавжудлиги, айрим ҳолларда эса номутаносиб шаклдаги, ўртача ёки юқори эхогенлиликка эга қон пойташлари аниқланди. Труба ҳомиладорлиги бузилган ҳолларда, бачадон найи проекциясида ноаниқ ва тегишсиз чегараларга эга, гетероген, кистоз-солид тузилмали тўқима кўринди. Бу эхографик белгилари бўйича трубалар аборти туридаги бачадондан ташқари ҳомиладорлик сифатида баҳоланди ва най ёрилиши билан тўхтаган ҳомиладорлик эҳтимолини истисно қилмайди. 6 (8,4%) беморда ривожланмайдиган трубалар ҳомиладорлиги аниқланди. Уларда хорион соҳасидаги қон томир тасвирларининг камайиши ва алоҳида ранг локуслари кўринишида эхографик ўзгаришлар кузатилди. 4 (7,0%) аёлда эса ривожланаётган трубалар ҳомиладорлиги эхографик тасвирда

аниқланди. Бунда бачадон найи проекциясида тирик эмбрионга эга ҳомилавий тухум тасвирланди.

Юқорида санаб ўтилган патологик ҳолатлар фонида уруғланган тухум хужайранинг бачадон томон физиологик ҳаракатланиши бузилади. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг барча локализациялари орасида энг кўп учрайдиган шакл – бачадон найидаги ҳомиладорлик бўлиб, у 97,7% ҳолатларда қайд этилади. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, ҳомиладор тухум хужайра ампуляр қисмда 50-80% ҳолатларда, истмик қисмида 13-40% ҳолатларда, интерстициал қисмида 2-3% пациентларда ва фимбрия соҳасида 5-10% ҳолатларда жойлашади. Тухумдон, бачадон бўйни, қорин бўшлиғи (абдоминал), интралигаментар ва рудиментар шохда ривожланувчи ҳомиладорлик бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ноёб шаклларига киритилади. Тухумдондаги ҳомиладорлик 0,2-1,3% ҳолатларда, қорин бўшлиғи ҳомиладорлиги 0,1-1,4% ҳолатларда, бачадон бўйни ҳомиладорлик эса 0,1-0,4% ҳолатларда учрайди. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда ҳомиладор тухум хужайра бачадон бўйни каналидаги цилиндрик эпителийга имплантация қилинади. Трофобласт ворсинкалари бачадон бўйни мушак қаватига чуқур кириб бориб, унинг тўқималари ва қон томирларини зарарлайди ва бу ҳолат массив қон кетиш билан тугайди. Жуда кам ҳолларда гетеротопик ҳомиладорлик (кўп ҳомиладорлик) ҳодисаси кузатилади, бунда бир ҳомиладор тухум хужайра бачадон бўшлиғи ичида, иккинчиси эса бачадон ташқарисида жойлашади. Ушбу патология замонавий ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЭКО) қўлланилиши натижасида кўпроқ учрайди ва бундай ҳолларда 100-620 ҳомиладорликдан 1 та ҳолатда тўғри келади.

Клиник картинаси бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ҳомиладор тухум хужайранинг жойлашуви, ҳомиладорлик муддати ва унинг прогрессияси ёки тўхташига боғлиқ. Агар бачадондан ташқари ҳомиладорлик тўхтаса, унинг клиник белгилари ҳомиладорликнинг тўхташи турига – аборт ёки найнинг йиртилишига боғлиқ бўлади. Ҳомиладорлик тестининг ижобий натижаси, ҳомиладорликнинг барча белгилари (ҳайз кечикиши, кўнгил айниши, сут безларининг катталаниши ва ҳ.к.), бироқ УТТ да эмбрион кўринмаслиги, кўшимча равишда қорин паст қисмида кучайиб боровчи оғриқ ва ноодатий қин ажраламалари кузатилиши – бачадондан ташқари ҳомиладорлик симптомларини қисқача ифодалаши мумкин. Бачадон найидаги ҳомиладорлик одатда 4-6 ҳафталикда (жуда кам ҳолларда 8 ҳафталиккача) тўхтади. Кўпинча аборт кўринишида ривожланиб, бу ҳолат тўлқосимон оғриқлар билан кечади, бу эса ҳомиладор тухум хужайранинг яхлитлиги бузилганлигидан далолат беради. Оғриқнинг тўсатдан пайдо бўлиши хос бўлиб, у кучли ҳолсизлик, бош айланиши, кўнгил айниш, ҳаддан ташқари терлаш ва ҳатто ҳушдан кетиш билан кечиши мумкин. Оғриқлар кўпинча тўғри ичак, бел ва оёқларга узатилиши мумкин. Одатда оғриқ хуружидан бир неча соат ўтиб, беморларнинг 50-80% ида қиндан қон кетиши ёки оз миқдордаги қоронғу, баъзан қаҳваранг қонли ажраламалар кузатилади. Бачадон найидаги аборт ҳолатида кўпинча оғир интраабдоминал қон кетиш ва ўтқир камқонлик кузатилмайди. Симптоматика кучсиз ифодаланган бўлиб, касалликнинг кечиши одатда секин, бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин.

Ҳар учинчи беморда бачадондан ташқари ҳомиладорлик найнинг йиртилиши кўринишида кечиб, бу ҳолат кўп миқдорда қон кетиш билан кечади. Беморларда, қоидага кўра, қорин паст қисмда тўсатдан кучли оғриқ пайдо бўлиб, у тўғри ичак, калит суяк ва коворға ости соҳасига узатилиши мумкин. Беморнинг ҳолати кескин ёмонлашади, кучли ҳолсизлик, совуқ тер, ҳушдан кетиш, бош айланиши, кўнгил айниш ва қусиш кузатилади. Ташқаридан кўздан кечиришда беморда сустлик, бефарқлик, тери ва шиллик қаватларнинг оқариши, лабларнинг оқариши ёки цианози, совуқ тер ва нафас қисилиши аниқланади. Интраабдоминал қон кетиши туфайли жиддий қон йўқотиш фонида қулоқларда шовқин, кўз олдида "чиғириқлар" пайдо бўлиши, шунингдек, систолик артериал босимнинг 80 мм симоб устунидан пастлашиши кузатилиши мумкин.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликни ташхислаш кўпинча қийин кечади. Анамнез маълумотлари, қин текшируви ва УТТ натижаларига таяниш зарур. Тажрибали УТТ шифокори бачадондан ташқари ҳомиладорлик белгиларига 4 ҳафталикдан бошлаб аҳамият қаратиши мумкин. Ҳатто агар эмбрион аниқланмаса ҳам, шифокорни бачадон найидаги зичлашув, ҳомиладорлик муддатига мос келмайдиган (кичик) бачадон ўлчами ҳамда бачадон ортида суюқлик мавжудлиги шубҳа остига олиши керак. 6 ҳафталикдан бошлаб УТТда ҳомиланинг ўзи

аниқ визуализация қилинади. Тўхтаган ҳомиладорликдан шубҳаланилган ҳолатларда УТГ назорати остида тўғри ичак-бачадон чуқурлигининг нишонли пункциясини ўтказиш текширув самарадорлигини 1,5-2 марта оширади ва минимал интраабдоминал қон кетишни ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Лапароскопия муҳим ташхислаш усули бўлиб, у бачадон, тухумдонлар, найларнинг ҳолатини визуал баҳолаш, қон йўқотиш ҳажмини аниқлаш, эктопик ҳомиладор тухум хужайранинг локализациясини аниқлаш, ҳомиладорликнинг хусусиятини (прогрессия қилувчи ёки тўхтаган) баҳолаш ва кўп ҳолларда жарроҳлик муолажасини ўтказиш имконини беради. Ҳозирги кунда хорион гонадотропининг бета-суббирлигини аниқлаш прогрессия қилувчи ҳомиладорликни тасдиқлаш учун ёрдамчи тест ҳисобланади. Нормал ҳомиладорликда дастлабки 2-3 ҳафта давомида ХГ миқдори ҳар 1,2-1,5 суткада икки баравар ортиб боради, 3-6 ҳафталарда эса ҳар 2 суткада икки баравар кўпайиши керак. Бачадондан ташқари ҳомиладорликда эса ХГ даражаси секин ўсади.

Дифференциал ташхисни бачадондан ташқари ҳомиладорликни қуйидаги ҳолатлар билан ўтказиш лозим: қисқа муддатли прогрессия қилувчи бачадон ҳомиладорлиги; хавф солувчи ва бошланган аборт; қон қуйилган сариқ тана кистаси; тухумдон апоплексияси; бачадон қўшимчаларининг яллиғланиши; дисфункционал бачадон қон кетиши; қўшимчалар ўсмаси оёғининг айланиши; миома тугунида қон айланишининг бузилиши; ўткир аппендицит, перитонит. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни даволашнинг асосий усули жарроҳлик ҳисобланади. Бироқ, сўнгги йилларда найни ва унинг функциясини сақлаб қолиш мақсадида тобора кўпроқ минимал инвазив жарроҳлик усуллари қўлланилмоқда. Дунёнинг барча ҳудудларида бачадондан ташқари ҳомиладорликни даволашда лапароскопия кўп ҳолларда биринчи танлов усулига айланган. Қорин бўшлиғини очиш орқали операция, одатда, гемодинамик бузилишлари мавжуд бўлган беморларни, шунингдек ҳомиладор тухум хужайра рудиментар бачадон шохида жойлашган ҳолатларда даволаш учун қўлланилади.

Бундан ташқари, бундай усул лапароскопияни ўзлаштирмаган жарроҳлар учун, шунингдек лапароскопик кириш мураккаб бўлган беморларда (масалан, оғир семизлик, қорин бўшлиғида катта миқдорда қон йиғилиши, жуда ифодаланган ёпишишлар мавжудлиги) мақбулроқ ҳисобланади. Бачадон найидаги ҳомиладорликда жарроҳлик усули ва унинг ҳосияти беморнинг умумий ҳолати, қон йўқотиш ҳажми, кичик ёрғоқдаги йопишма жараёнининг ифодаланганлиги, ҳомиладор тухум хужайранинг жойлашуви ва ўлчами, эндоскопик ускуналарнинг сифати ҳамда жарроҳ-эндоскопистнинг малакасига боғлиқ. Бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейинги реабилитация тадбирлари операциядан кейин репродуктив функцияни тиклашга қаратилган бўлиши керак. Бунга қуйидагилар қиради: ёпишиш жараёнининг олдини олиш, контрацепция, организмдаги гормонал ўзгаришларни нормаллаштириш. Ёпишиш жараёнининг олдини олиш учун физиотерапия усуллари кенг қўлланилади: ўзгарувчан импульсли кам частотали магнит майдони, кам частотали ультратовуш, кам частотали тоқлар (ультратототерапия), кам интенсивли лазер терапияси, бачадон найларининг электр стимуляцияси, УТЧ-терапия, рух ва лидаза электрофорези, шунингдек импульсли режимдаги ультратовуш.

Контрацепция тавсия этилади, унинг муддати беморнинг ёши ва репродуктив функциясининг хусусиятларига қараб индивидуал ҳал этилади. Гормонал контрацепция муддати ҳам жуда шахсий ҳисобланиб, одатда, операциядан кейин камида 6 ой бўлиши керак. Реабилитация тадбирлари яқунланганидан сўнг, беморга ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин диагностик лапароскопия ўтказиш мақсадга мувофиқ, бу эса бачадон найининг ва кичик ёрғоқдаги бошқа органларнинг ҳолатини баҳолаш имконини беради. Агар назорат лапароскопияси давомида ҳеч қандай патологик ўзгаришлар аниқланмаса, беморга кейинги ҳайз циклидан бошлаб ҳомиладорликни режалаштиришга руҳсат берилади.

### Хулосалар

Ҳозирги вақтда бачадондан ташқари ҳомиладорлик ҳолатларининг кўпайиши кузатилмоқда, бу эса абортлар сонининг ортиши, кичик ёрғоқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бачадон ичи спиралларидан фойдаланиш, нейроэндокрин бузилишлар ва XXI асрда аёлларнинг юқори психоэмоционал зўриқиши билан боғлиқ. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин бўлган асоратлар ва летал ҳолатларнинг олдини олади. Ҳар бир бачадондан ташқари ҳомиладорлик ҳолатида операциядан кейин репродуктив функцияни тиклашга қаратилган реабилитация тадбирлари ҳақида унутмаслик лозим. Кичик чанок аъзоларининг

трансвагинал датчик ёрдамида ультратовуш текшируви бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлашда жуда самарали усул ҳисобланади. Амалий тажрибада бачадон найидаги ҳомиладорликнинг барча вариантлари орасида энг кўп учрайдиган ҳолатлар – бачадон найларидааги аборт турида тўхтаган ҳомиладорлик ва най ёрилиши натижасида тўхтаган ҳомиладорликдир.

#### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Алыев Ш. А. Профилактика спаечного процесса при хирургическом лечении трубной беременности с применением барьерного препарата: дис. – Казань, 2018.
2. Аникин С. С., Лившиц И. В., Рыбалка А. Н. Этиопатогенез трубной беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2012;3-4:4-9. Re-Health Journal Rhj-3-2023 121
3. Габидуллина Р. И. и др. Трудности диагностики внематочной беременности // Вестник современной клинической медицины. 2019;6(5):166-170.
4. Гуляева Л. Б., Озерская И. А., Митьков В. В. Возможности эхографии в диагностике внематочной беременности (обзор литературы) // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2017;3:101-107.
5. Давыдов А. И. и др. Внематочная беременность // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2023;2(3):45-55.
6. Давыдов А. И. и др. Возможности современной эхографии в диагностике внематочной беременности различной локализации // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2019;14(6):69-78.
7. Давыдов А. И., Попова В. С. Роль трансвагинальной эхографии в системе диагностики внематочной беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;10(3):80-86.
8. Додхоева М. Ф., Сабурова Х. Ш. Внематочная беременность: вопросы эпидемиологии и этиологии // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. 2016;4:100-108.
9. Каушанская Л. В., Салов И. А. Современные технологии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2019;5:4.
10. Климко У. В., Смирнова Т. А. Диагностика внематочной беременности на различных этапах // Наука через призму времени. 2018;3:75-77.
11. Комарова Е. В., Коротких И. Н., Фролов М. В. Исследование, анализ и классификация основных причин возникновения эктопических форм беременности // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2019;8(3):712-716.
12. Комарова Е. В., Фролов М. В., Судаков Д. В. Диагностика внематочной беременности на догоспитальном этапе // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2017;6(1):87-89.
13. Лялина Е. А., Лапочкина Н. П., Козина М. В. Профилактика инфекционновоспалительных осложнений после органосохраняющих операций по поводу эктопической беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;13(5):92-94.
14. Магомедова П. А. и др. Способ профилактики повторной внематочной беременности. – 2018.
15. Макаров Р. Р. Внематочная беременность / Л.: Медгиз. 2017; 128 стр.

Қабул қилинган сана 20.03.2025