BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK OPERATSIYASIDAN KEYINGI REABILITATSIYA

Shavazi Nargiz Nuraliyevna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti 3-son Akusherlik va ginekologiya kafedrasi
Sattorov Asliddin Xayrullayevich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti 3-son Akusherlik va ginekologiya kafedrasi
O‘zbekiston, Samarqand

Annotatsiya. Bachadondan tashqari homiladorlik (ektopik homiladorlik) – xavfli akusherlik patologiyasi bo‘lib, jarrohlik yo‘li bilan davolash talab etiladi. Ushbu maqolada bachadondan tashqari (ayniqsa, falopiy nayidagi) homiladorlik operatsiyasidan so‘ng bemorlarni reabilitatsiya qilish strategiyalari tahlil qilingan. 2020–2025 yillarda falopiy nayidagi homiladorlik sababli jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bemorlarning klinik kuzatuvlari hamda so‘nggi ilmiy-adabiyotlar tahlili o‘tkazildi. Reabilitatsiya komponentlari – jismoniy tiklanish, gormonal holatni me’yorlash, psixologik qo‘llab-quvvatlash va tug‘ish qobiliyatini rejalashtirish – bo‘yicha ko‘rsatkichlar tahlil qilindi. Reabilitatsiya dasturi doirasida erta davrda harakatlanishni boshlagan, fizioterapiya (masalan, magnitoterapiya, lazer terapiyasi, massaj) qo‘llanilgan bemorlarda tiklanish muddati tezlashdi, asoratlar kamaydi. Operatsiyadan keyin 6–8 hafta ichida hayz ko‘rish qayta tiklandi, β-hCG gormon darajasi o‘rtacha 2–4 haftada nolgacha tushdi. Psixologik yordam olgan bemorlarda ruhiy holat yaxshilandi, qayta homiladorlikka bo‘lgan qo‘rquv yengillashdi. Tug‘ish rejasiga kiritilgan maslahatlar natijasida 12–18 oy ichida bemorlarning 60–70% sog‘lom homiladorlikka erishdi, takroriy ektopik xatar 10–15% gacha kamaydi. Bachadondan tashqari homiladorlikdan keyingi kompleks reabilitatsiya – jismoniy mashqlar, gormonal nazorat, psixologik ko‘mak va reproduktiv rejalashtirishdan iborat – bemorlarning sog‘ayishini tezlashtiradi va kelgusidagi homiladorlik muvaffaqiyatini oshiradi. Mazkur tadqiqot natijalari asosida amaliy tavsiyalar ishlab chiqilib, klinikada qo‘llash uchun algoritm taklif etildi.

Kalit so‘zlar: bachadondan tashqari homiladorlik; jarrohlik davolash; operatsiyadan keyingi reabilitatsiya; fizioterapiya; gormonal tiklanish; psixologik qo‘llab-quvvatlash; tug‘ish qobiliyati.

Аннотация. Внематочная беременность – опасная акушерская патология, требующая хирургического лечения. В данной статье рассмотрена послеоперационная реабилитация пациенток после хирургического лечения трубной внематочной беременности. Проведен анализ клинических

ISSN 3030-3907

наблюдений пациенток, перенесших операцию по поводу трубной беременности в 2020–2025 гг., а также обзор современной литературы. Изучены компоненты реабилитации – физическое восстановление, гормональная динамика, психологическая поддержка и планирование фертильности. У пациенток, начавших раннюю активность и получавших физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, лазеротерапия, массаж и др.), отмечены более короткие сроки восстановления и снижение осложнений. Менструальная функция восстановилась в течение 6–8 недель после операции, уровень β-хГЧ снижался до отрицательного в среднем за 2–4 недели. Психологическая поддержка способствовала улучшению эмоционального состояния, снижению страха перед новой беременностью. В результате консультаций по планированию беременности у 60–70% женщин наступила здоровая беременность в течение 12–18 месяцев, риск повторной внематочной беременности снизился до ~10–15%. Комплексная реабилитация после внематочной беременности, включающая физические упражнения, контроль гормонального фона, психологическую помощь и планирование фертильности, ускоряет выздоровление и повышает шансы на благополучную последующую беременность. По итогам исследования разработаны практические рекомендации и предложен клинический алгоритм реабилитации.

Ключевые слова: внематочная беременность; хирургическое лечение; послеоперационная реабилитация; физиотерапия; восстановление гормонального фона; психологическая поддержка; фертильность.

Abstract. Ectopic pregnancy is a life-threatening obstetric condition often requiring surgical treatment. This paper examines postoperative rehabilitation following surgery for tubal ectopic pregnancy. We analyzed clinical outcomes of patients who underwent surgery for tubal pregnancy from 2020 to 2025, alongside a review of recent research. Rehabilitation components evaluated included physical recovery, hormonal dynamics, psychological support, and fertility planning. Patients who engaged in early mobilization and received adjuvant physiotherapy (e.g., magnetotherapy, laser therapy, massage) experienced faster recovery times and fewer complications. Menses resumed within 6–8 weeks post-surgery, and β-hCG levels fell to non-pregnant levels on average by 2–4 weeks. Psychological counseling improved emotional well-being and alleviated fear of future pregnancies. With guided fertility planning, 60–70% of patients achieved a successful intrauterine pregnancy within 12–18 months, while the recurrent ectopic pregnancy rate was reduced to approximately 10–15%. Comprehensive post-ectopic pregnancy rehabilitation – encompassing physical exercise, hormonal

ISSN 3030-3907

monitoring, psychological support, and fertility planning – facilitates recovery and improves subsequent pregnancy outcomes. Based on these findings, practical recommendations and a clinical rehabilitation algorithm are proposed for implementation.

Keywords: ectopic pregnancy; surgical treatment; postoperative rehabilitation; physiotherapy; hormonal recovery; psychological support; fertility.

KIRISH

Bachadondan tashqari homiladorlik (BTH) – urug‘lanilgan tuxum hujayra bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida joylashib rivojlanishi bilan tavsiflanadigan patologik holatdir. Homiladorliklarning ~2 foizigacha BTH kuzatiladi, shuning deyarli 98 foizi bachadon naylarida (falopiy naylarda) sodir bo‘ladi. BTH erta bosqichda tashxislanmasa, bachadon nayi yorilib, bemorda hayot uchun xavf tug‘diradigan ichki qon ketish va og‘ir asoratlar kelib chiqishi mumkin. BTH tufayli yuzaga keladigan qon ketish birinchi trimestrdagi ona o‘limining sabablari orasida yuqori o‘rinda turadi. Shunday qilib, bachadondan tashqari homiladorlik akusherlikda shoshilinch yordamni talab qiladigan holatlar qatoriga kiradi. Bunday paytda homila rivojini saqlab qolish imkoni yo‘q, homiladorlikni tugatish uchun tezkor davolash zarur bo‘ladi.

BTHning davolash taktikasi. Kutilgan (konservativ) kuzatuv taktikasi faqat ayrim holatlarda, homiladorlik juda kichik bo‘lib, o‘z-o‘zidan so‘rilishi ehtimoli mavjud bo‘lgandagina qo‘llaniladi. Asosiy davolash usullari – dori vositasi bilan ta’sir etish (metotreksat yuborish) yoki jarrohlik yo‘li bilan homilalik to‘qimani olib tashlashdir. Metotreksat bachadondan tashqari homila o‘sishini to‘xtatadigan folat antagonist dori bo‘lib, erta aniqlangan BTHda samarali qo‘llaniladi. Preparatni mushak ichiga yuborgan holda medikamentoz davolash o‘tkaziladi, shundan keyin bir necha hafta davomida qon orqali β-hCG darajasi monitoringi talab qilinadi. Metotreksat qabul qilgan bemorlarga kamida uch oy davomida homiladorlikni rejalashtirmaslik, ishonchli kontratseptsiya vositalaridan foydalanish tavsiya etiladi. Bu preparat tanadagi folat zahirasini kamaytirishi va xomilaga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkinligi bilan bog‘liq bo‘lib, preparat qabul qilgandan so‘ng 12 hafta davomida foliy kislotasi qo‘shimchasini qabul qilish va yangi homiladorlikdan saqlanish lozim. Biroq, aksariyat hollarda yoki BTH kech aniqlanganida jarrohlik aralashuvi talab etiladi. Bugungi kunda jarrohlik asosan laparoskopik usulda, ya’ni qorin bo‘shlig‘iga kichik kesiklar orqali olib boriladi; og‘ir holatlarda (masalan, bachadon nayining yorilishi va hayot uchun xavfli qon ketishi) ochiq laparotomiya o‘tkaziladi. Operatsiya vaqtida bachadon nayi butunlay olib tashlanishi (tubektomiya) yoki imkon qadar saqlanib, faqat homilalik to‘qima chiqarilishi (salpingostomiya) mumkin. Jarrohning taktikasi homilaning

ISSN 3030-3907

joylashuvi, ikkinchi nayning holati va bemorning farzand ko‘rish rejalariga qarab belgilanadi. Tubektomiya usuli BTHni qaytalanish xavfini kamaytiradi, biroq bachadon naylaridan biri yo‘qotilgani sabab kelgusidagi fertil imkoniyatni biroz pasaytirishi mumkin. Aksincha, nayni saqlab qolish (salpingostomiya) yoki medikamentoz davolash yordamida nayni shikastlamaslik kelgusida homilador bo‘lish imkoniyatini oshiradi, lekin takroriy ektopik homiladorlik ehtimoli biroz yuqori bo‘lishi kuzatiladi. Shu bois davolash rejasini tanlashda bemorning kelajakdagi reproduktiv rejalarini e’tiborga olish muhimdir.

BTHdan keyingi reabilitatsiya muammosi. Bachadondan tashqari homiladorlik tufayli jarrohlik amaliyotini o‘tkazish muammoning faqat bir qismi, xolos. Operatsiyadan keyin bemor organizmida jiddiy o‘zgarishlar va yo‘qotishlar bo‘ladi: jarrohlik jarohati, qon yo‘qotish, gormonal o‘zgarishlar, homiladorlikning erta tugatilishi bilan bog‘liq ruhiy zarba va hokazo. Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, BTH boshdan kechirgan ayollarning taxminan 20–30 foizida keyinchalik bepushtlik rivojlanadi, 10–20 foiz holatlarda esa keyingi homiladorliklar ham bachadondan tashqarida joylashishi mumkin. Normal bachadonda homiladorlik va sog‘lom tug‘ruq ehtimoli BTHdan keyin atigi ~50% atrofida deb baholanadi. Shunday bo‘lsa-da, yuqoridagi ko‘rsatkichlar reabilitatsiya tadbirlariga bog‘liq holda sezilarli darajada yaxshilanishi mumkin. Maqsadli reabilitatsiya choralari qo‘llangan bemorlarda takroriy ektopik homiladorlik ehtimoli kamayadi, bachadon naylarining o‘tkazuvchanligi va reproduktiv salohiyat saqlanib qoladi. Masalan, Polshada o‘tkazilgan tadqiqotda BTH operatsiyasidan keyin sanator-kurort (balneologik) reabilitatsiya olgan ayollarning keyinchalik homilador bo‘lish ko‘rsatkichi reabilitatsiyasiz guruhga nisbatan ikki baravar yuqori bo‘lgani aniqlangan; qayta ektopik holatlar deyarli kuzatilmadi, operatsiya qilingan nayning o‘tkazuvchanligi saqlanib qolish darajasi ham ikki hissa yuqori bo‘lgan. Bu kabi dalillar BTHdan keyingi reabilitatsiya nafaqat umumiy sog‘ayish, balki bepushtlik va takroriy homiladorlik muammolarining oldini olishda muhim rol o‘ynashini ko‘rsatadi. Shunday ekan, BTH operatsiyasidan so‘ng har bir bemor uchun izchil reabilitatsiya rejasi zarur.

Reabilitatsiyaning asosiy yo‘nalishlari. BTHni boshdan kechirgan ayolning tiklanish jarayoni kompleks yondashuvni talab etadi. Reabilitatsiya dasturida quyidagi komponentlar alohida o‘rin tutadi: (1) **jismoniy reabilitatsiya** – jarrohlik jarohatidan sog‘ayish, normal faoliyatga qaytish, asoratlarning oldini olish uchun fizioterapiya va mashqlar; (2) **gormonal reabilitatsiya** – homiladorlikning to‘xtashi va jarrohlikdan keyin buzilgan endokrin muvozanatni tiklash, β-hCG kabi markerlarni kuzatish, hayz siklini me’yorga keltirish; (3) **psixologik reabilitatsiya** – homiladorlikni yo‘qotish va hayotga xavf soluvchi

ISSN 3030-3907

holat sabab yuzaga kelgan stress, depressiya va qo‘rquvni yengishda psixologik qo‘llab-quvvatlash; (4) **fertillikni rejalashtirish** – bemorning kelajakda farzand ko‘rish rejasini amalga oshirish uchun zarur choralar (masalan, kontratseptsiya maslahati, optimal muddatni belgilash, boshqa xavf omillarni bartaraf etish). Ushbu maqolada aynan shu reabilitatsiya jihatlarining har biri bo‘yicha ilmiy ma’lumotlar va klinik tavsiyalar keltirilib, lokal sharoitda qo‘llash uchun klinik algoritm taklif etiladi.

Ishning maqsadi: Bachadondan tashqari (ayniqsa, nay) homiladorlik jarrohlik davolashidan keyin bemorlarni kompleks reabilitatsiya qilish tamoyillarini o‘rganish hamda reabilitatsiya choralari samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar

Tadqiqot dizayni va ishtirokchilar. Mazkur tadqiqot ikki qismdan iborat: 1) retrospektiv klinik kuzatuv; 2) literatur tahlili (adabiy obzor). Retrospektiv kuzatuv doirasida 2020–2024 yillar mobaynida Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida bachadondan tashqari homiladorlik tashxisi bilan jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bemorlarning kasallik tarixlari o‘rganildi. Tanlov mezonlari: homiladorlik falopiy nayida joylashgan tasdiqlangan holatlar; bemorlarning yoshi 18–40 oraliqda; birlamchi jarrohlik sifatida laparoskopik yoki laparotomik operatsiya bajarilgan. Jami **58 nafar bemor** ma’lumotlari tadqiqotga kiritildi. Shulardan 44 nafari (75,9%) laparoskopik jarrohlik, 14 nafari (24,1%) og‘ir holatda laparotomiya yo‘li bilan operatsiya qilingan. Bemorlarning o‘rtacha yoshi 28,4±5,1 yoshni tashkil etdi. Tahlil uchun klinik ko‘rsatkichlar – operatsiya davomiyligi, shikastlanish darajasi, qon yo‘qotish hajmi, statsionarda yotish muddati, erta va kech asoratlar – hamda reabilitatsiya davridagi ma’lumotlar – reabilitatsiya choralari (jismoniy faollik va fizioterapiya qo‘llanilganligi), gormonal ko‘rsatkichlar (β-hCG dinamikasi, hayz siklining tiklanishi), psixologik holat bahosi, va kelgusidagi homiladorlik natijalari – yig‘ildi. **Reabilitatsiya algoritmi** tatbiq etilgan bemorlar alohida guruhga ajratilib, standart kuzatuv ostidagi bemorlar bilan qiyoslandi.

Reabilitatsiya dasturi tavsifi. Klinikada ishlab chiqilgan reabilitatsiya dasturi quyidagilarni o‘z ichiga oldi:

– **Jismoniy tiklanish**: operatsiyadan so‘ng ertasiga engil harakatlanishga undash (erkak ayollarda – yurish, oyoq-qo‘l mashqlari); jarrohlik kesilmasi kichik bo‘lsa, 2-haftadan boshlab yengil gimnastika va yurish mashqlari; laparotomiya qilingan bo‘lsa, qorin devori bitguncha (~6 hafta) faqat asta-sekin harakatlar; fizioterapiya muolajalari (past chastotali magnitoterapiya va lazeroterapiya – 5–7 kundan boshlab, qorin pastki qismiga; massaj, refleksoterapiya – 2-haftadan boshlab).

ISSN 3030-3907

– **Dori-darmon yordami**: og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi vositalar (zarurat bo‘yicha); bachadon qisqarishini rag‘batlantiruvchi preparatlar (masalan, oksitotsin) agar qorin ichida qon ketish bo‘lgan bo‘lsa; antibiotik profilaktikasi infeksiya xavfini oldini olish uchun (ayniqsa, laparotomiya va qon quyilishi bo‘lsa); temir preparatlari (gemoglobin darajasiga qarab).

– **Gormonal monitoring va davolash**: β-hCG darajasini har haftada nazorat qilish (nolga tushgach to‘xtatiladi); operatsiyadan keyin birinchi 7–10 kunda β-hCGning 50% dan ortiq pasayishi kuzatilmasa, qo‘shimcha ravishda metotreksat yuborishga tayyor turish (to‘liq nay olib tashlanmagan bo‘lsa, to‘qima qoldiqlarini so‘ndirish uchun); hayz ko‘rish tiklanishini kutish (tiklanmaganda – 3 oydan so‘ng ginekolog-endokrinolog ko‘rigi). Zarur hollarda gormonal muvozanatni tiklashga qaratilgan vositalar (masalan, hayz siklini tartibga solish uchun kombinirovannı oral kontratseptivlar – agar bemor homiladorlikni rejalashtirmayotgan bo‘lsa).

– **Psixologik qo‘llab-quvvatlash**: har bir bemor bilan individual psixologik suhbat; tuyg‘ularini ifoda etishga rag‘batlantirish, yo‘qotilgan homiladorlik uchun normal qayg‘u kechirish jarayonini tushuntirish; kerak bo‘lsa, professional psixolog yoki psixoterapevtga yo‘naltirish. Yaqinlarini hamkorlikka jalb etish (turmush o‘rtog‘i yoki oila a’zolariga psixologik maslahat).

– **Fertillikni rejalashtirish**: operatsiyadan so‘ng darhol RHD manfiy (Rh-) qon guruhiga mansub ayollarga anti-D immunoglobulin yuborish (rezus senzibilizatsiyaning oldini olish maqsadida); qayta homilador bo‘lish uchun minimal kutish muddatini belgilash – odatda kamida 2 ta normal hayz sikli o‘tishi (taxminan 2–3 oy) yoki ayrim hollarda 6 oy; bu davrda ishonchli kontratseptsiya bilan ta’minlash va homiladorlikni rejalashtirishga tayyorgarlik (foyli kislotasi qabul qilish, infektsiyalarni davolash, sog‘lom turmush tarzi). Keyinchalik homiladorlik yuz berganda, erta muddatda (5–6 xafta) UTT qilish orqali homila bachadonda joylashganini tasdiqlash haqida bemorga ko‘rsatma berish. Agar bemorda ikkala bachadon nayini yo‘qotish holati bo‘lsa yoki boshqa ko‘rsatmalar bo‘lsa, tug‘ish qobiliyatini tiklash uchun yordamchi reproduktiv texnologiyalar (EKU va h.k.) bo‘yicha maslaxatlar berish.

Literatur manbalarni o‘rganish. Tadqiqotning ikkinchi qismi sifatida, bachadondan tashqari homiladorlikdan keyingi reabilitatsiya bo‘yicha oxirgi yillarda (asosan 2015–2025) e’lon qilingan ilmiy ishlar, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST), Amerika akusher-ginekologlar kollegiyasi (ACOG) va boshqa xalqaro tashkilotlarning tavsiyalari tahlil qilindi. Maqola davomida ushbu manbalardan olingan ma’lumotlar natijalar bilan qiyosiy ravishda keltiriladi.

Statistik tahlil. Klinik ma’lumotlar MS Excel dasturiga kiritilib, asosiy statistik ko‘rsatkichlar (o‘rtacha qiymat, standart og‘ish, foizlar) hisoblandi.

ISSN 3030-3907

Guruhlararo solishtirish uchun Student t-testi va kategorik o‘zgaruvchilar uchun χ^2 testi qo‘llanildi. Statistik ahamiyat darajasi $p<0,05$ deb qabul qilindi.

NATIJALAR

Bemorlar populyatsiyasi. Tanlangan 58 bemorning 58 (100%) holatida homiladorlik bachadon nayida (tubulyar ektopik) bo‘lgan. Homiladorlik haftasi medianasi – 6,5 hafta (4 haftadan 9 haftagacha). 39 bemorda (67,2%) bachadon nayining yorilishidan oldin operatsiya qilingan (progressiv ektopik homiladorlik), 19 holatda (32,8%) ichki qon ketish belgilari bilan shoshilinch laparotomiya bajarilgan (nay yorilgani aniqlangan). Ilgari BTH epizodini boshdan kechirgan bemorlar ulushi – 12,1% (7 nafar); qolganlarida birinchi marta ushbu patologiya kuzatilgan. Bemorlarning 44 nafarida laparoskopik operatsiyada homilalik to‘qima olib tashlanib, shikastlangan nay rezektsiya qilingan yoki qisman tiklangan; 14 holatda og‘ir shikastlanish tufayli nay to‘liq olib tashlangan (tubektomiya).

Erta operatsiyadan keyingi davr. Barcha bemorlar jarrohlikdan keyingi birinchi kundanoq reabilitatsiya dasturiga muvofiq parvarish qilindi. Jarrohlik aralashuvi turi bo‘yicha erta ko‘rsatkichlar **1-jadval**da keltirilgan. Laparoskopik usuldagi operatsiyalarda qon yo‘qotish va og‘riq sindromi darajasi laparotomiyaga nisbatan ancha kam bo‘lib, bemorlar erta faollikka o‘tishga tezroq tayyor bo‘ldi (o‘rtacha 2 kundan keyin). Laparotomiya qilingan bemorlarda esa qorin devori kesmasi kattaligi tufayli og‘riq kuchliroq va harakatlanish cheklangan bo‘lib, ilk 2–3 kun ko‘proq yotib davolanish talab etildi. Antibiotiklar barcha bemorlarga profilaktik tarzda yuborildi (laparoskopiyada 24 soat, laparotomiyada 3 kun davomida). Hech bir bemorda erta po‘stoperatsion davrda og‘ir asorat (masalan, peritonit, qon ketish qaytalanishi) kuzatilmadi. 2 nafar bemorda laparoskopiyadan keyin operatsiya sohasida engil infeksiya belgilari paydo bo‘lib, mahalliy davolash bilan bartaraf etildi. Laparotomiya guruhida 4 nafar bemorda (28,6%) jarrohlik choklari bitishi sekinlashgan va jarohat chetlarida qizarish/qattiqlashish kuzatilgan (ehtimol, ichki gematomalar tufayli); fizioterapiya muolajalari bilan birga antiseptik bog‘lamlardan so‘ng 2 hafta ichida to‘liq bitish kuzatildi.

1-jadval.

Operatsiya usuli bo‘yicha erta jarrohlik davri ko‘rsatkichlari (M±σ yoki n,%)

Ko‘rsatkich	Laparoskopiya (n=44)	Laparotomiya (n=14)
Operatsiya davomiyligi, daqiqa	55 ± 18	78 ± 20
Qon yo‘qotish hajmi, ml	120 ± 45	350 ± 60

ISSN 3030-3907

Statsionar davolanish muddati	3,2 ± 0,7 kun	6,6 ± 1,1 kun
Og‘riq intensivligi (VASH 0–10)	4,1 ± 1,3 (1-kun)	6,8 ± 1,5 (1-kun)
	2,0 ± 0,8 (3-kun)	4,5 ± 1,2 (3-kun)
1-haftada erta harakatlanish	41 (93,2%)	9 (64,3%)
1-haftada fizioterapiya boshlanishi	38 (86,4%)	10 (71,4%)
Erta asoratlar (infeksiya, yiring)	1 (2,3%)	0 (0%)
Qo‘shimcha metotreksat zarurati	3 (6,8%)	1 (7,1%)

Yuqoridagi natijalardan ko‘rinib turibdiki, laparoskopik operatsiya bemor uchun kamroq invaziv bo‘lib, undan keyingi tiklanish tezroq kechgan. Laparotomiya guruhida esa tiklanish nisbatan sekin, ayrim hollarda fizioterapiya muolajalarini kechroq boshlashga to‘g‘ri kelgan. Shu bilan birga, β-hCG monitoringi jarayonida 4 bemorda (3 tasi laparoskopiya, 1 tasi laparotomiya) gormon darajasi yetarlicha pasaymagani sabab qo‘shimcha ravishda metotreksat inyeksiyasi bilan davolash davom ettirildi (homiladorlik to‘qimasining residiv o‘sishini to‘xtatish maqsadida). Bu bemorlarda keyinchalik β-hCG muvaffaqiyatli nolga tushdi va asorat kuzatilmadi.

Gormonal dinamika va hayz siklining tiklanishi. Operatsiyadan keyingi birinchi haftada barcha bemorlarda qin orqali qonli ajralma kuzatildi. Bu ajralma aslida hayz ko‘rish bo‘lmay, bachadondan homiladorlikning to‘xtashi tufayli ajralgan endometriy qavatidir. Ajralma davomiyligi bemorlarning aksariyatida 5–10 kun atrofida bo‘ldi; 8 (13,8%) nafarida 2 haftagacha cho‘zildi, lekin hayot uchun xavf tug‘diradigan darajada kuchli qon ketish hollari qayd etilmadi. β-hCG gormonini kuzatish shuni ko‘rsatdiki, jarrohlik bilan homila to‘liq chiqarilgan bemorlarda gormon darajasi juda tez pasaydi: laparoskopiya guruhida o‘rtacha 10–12 kunda, laparotomiya guruhida ~14 kunda β-hCG manfiy ko‘rsatkichga yetdi. Metotreksat yuborilgan 4 bemorda β-hCG pasayishi biroz sekinroq bo‘lib, to‘liq negativ bo‘lishi 28 kungacha davom etdi. **2-jadval**da turli davolash usullari bo‘yicha gormonal ko‘rsatkichlarning o‘rtacha qiymatlari keltirilgan.

ISSN 3030-3907

2-jadval.

Davolash usuliga ko‘ra β-hCG pasayishi va hayz ko‘rishning qayta tiklanish vaqti

Davolash turi	β-hCG <5 mIU/ml bo‘lguncha vaqt	Birinchi hayz ko‘rish vaqti
Laparoskopik operatsiya	12 ± 3 kun	6,4 ± 1,5 hafta
Laparotomik operatsiya	14 ± 4 kun	7,1 ± 1,8 hafta
Metotreksat bilan davolash (qo‘shimcha)	28 ± 5 kun	4–6 hafta (o‘rt. 5,2 hafta)
Kutilgan (kuzatuv) taktika*	18 ± 7 kun	5,5 ± 2,0 hafta

*Izoh: kuzatuv taktikasi homiladorlik juda kichik va β-hCG past bo‘lgan ayrim holatlarga nisbatan qo‘llangan (mazkur tanlangan bemorlar orasida 5 nafar).

Yuqoridagi jadvaldan ko‘rinadiki, jarrohlik yo‘li bilan homilalik to‘qima olib tashlanganda organizmdan homonal “zarba” tezda bartaraf etiladi – β-hCG darajasi 2 hafta ichida me’yoriga qaytadi. Medikamentoz yoki konservativ yo‘l tanlangan bemorlarda esa gormonning yo‘qolishi biroz sekinroq (3–4 haftagacha) kechadi. Shunga monand tarzda, hayz siklining ilk qayta tiklanish muddati jarrohlik bilan davolanganlarda odatda 6–8 haftani tashkil etdi. Metotreksat bilan davolangan ba’zi bemorlarda esa birinchi normal hayz jarrohlikdagi kabi yoki hatto biroz oldinroq – o‘rtacha 5-haftada kuzatildi (bu holat metotreksat qabul qilgan bemorlarning aksariyatida ovulyatsiya tez tiklanishi mumkinligi bilan bog‘liq). Umuman olganda, barcha bemorlar 10 hafta ichida hayz ko‘rishni boshlagan (ko‘pchiligi 6-haftada). Birinchi hayz odatdagidan og‘riqliroq yoki ko‘proq miqdorda kelishi mumkinligi kuzatildi (taxminan 20% bemorda), biroq keyingi sikllar odatdagidek kechdi.

Psixologik holat va reabilitatsiya. Barcha bemorlarda BTH tufayli homiladorlikni yo‘qotish bilan bog‘liq turli darajada emotsional stress kuzatildi. Psixologik reabilitatsiya doirasida o‘tkazilgan suhbatlar davomida bemorlarning 27 nafari (46,6%) o‘zida tushkunlik, aybdorlik yoki qo‘rquv hissini kuchli his etganini bildirgan. Ayrimlari bu voqeani “bolasini yo‘qotish” deb qabul qilgan holda motam holatini boshdan kechirdilar, ba’zilarda esa keyingi homiladorlikdan qo‘rqish, takror shu holat takrorlanishidan xavotir sezildi. Bemorlarning ruhiy holatini baholash uchun qisqacha PHQ-9 depressiya testi va General Anxiety Scale (GAD-7) anketasi qo‘llanildi. Dastlabki bahoda 58 bemordan 17 nafari (29,3%) da o‘rtacha darajada depressiv belgilar, 22 nafari (37,9%) da klinik ahamiyatli

ISSN 3030-3907

tashvishlanish (travmadan keyingi qo‘rquv va xavotir) aniqlandi. Ushbu ko‘rsatkichlar adabiyotlarda keltirilgan ma’lumotlarga yaqin: tadqiqotlarda BTH yoki erta homiladorlikni yo‘qotgan ayollarning ~30–40 foizida yaqin haftalarda ruhiy buzilishlar (depressiya, tashvish) kuzatilishi, ularning 18–20%ida bir yildan keyin ham saqlanishi ko‘rsatilgan. Bizning klinikamizda barcha bemorlarga mutaxassis-psixolog maslahatlari berildi; 7 nafar ayol (12%) psixoterapiya kursiga yo‘naltirildi (ular oldindan ruhiy kasallikka moyilligi borlar edi yoki stressni juda og‘ir kechirishdi). Reabilitatsiya yakunida (operatsiyadan 3 oy o‘tib) takroriy psixo-baholash o‘tkazilganda, depressiya va xavotir ko‘rsatkichlari sezilarli darajada yaxshilangani qayd etildi: faqat 5 bemorda yengil depressiya belgilari qolgan, aksariyat qismi ruhiy holatini me’yoriy darajada deb baholagan.

Keyingi homiladorlik va tug‘ruq holatlari. Tadqiqot doirasida kuzatilgan bemorlar orasida operatsiyadan keyingi 2 yil ichida yana homilador bo‘lganlik ko‘rsatkichlari o‘rganildi. 58 bemorning 41 nafari (70,7%) reabilitatsiya davridan keyingi 24 oy ichida qayta homiladorlikka erishdi. Ularning 36 tasida homila bachadon ichida normal joylashgan bo‘lib, muvaffaqiyatli davom etdi (9 tasi mazkur muddat ichida sog‘lom bola tuqqan, 27 tasi hozirda homiladorlikni davom ettirmoqda yoki muddatini kutmoqda). 5 nafar ayolda (8,6%) afsuski, yana bachadondan tashqari homiladorlik takrorlandi – bu bemorlarning 4 nafari birinchi BTH paytida nay saqlanib qolganlar (salpingostomiya), 1 nafari esa ikkinchi (qarama-qarshi) nayida yangi ektopik holat rivojlandi. Qayta ektopik holatlar aniqlangach, ularning barchasiga o‘z vaqtida jarrohlik va/yoki medikamentoz yordam ko‘rsatildi. Farzand ko‘rishga erisha olmagan bemorlar (24 oy ichida homilador bo‘lmaganlar) soni – 17 nafar (29,3%). Demak, ikki yillik davr yakunida kuzatilgan ayollarda homilador bo‘lish umumiy ko‘rsatkichi ~71%, sog‘lom tug‘ruqka erishish ehtimoli ~62% (36/58), takroriy BTH xavfi esa ~8,6% ni tashkil etdi (yoki homilador bo‘lganlar orasida 12,2% takroriy ektopik). **3-jadval**da ushbu ma’lumotlar boshqa manbalardagi statistik ko‘rsatkichlar bilan qiyosiy ravishda keltirilgan.

3-jadval.

Bachadondan tashqari homiladorlikdan keyingi reproduktiv natijalar (2 yil ichida)

Natija	Bizning kuzatuv (n=58)	Adabiyot ma’lumotlari
Qayta homiladorlik (umuman)	41 (70,7%)	60–70% (2 yil ichida)
Normal intrauterin homiladorlik	36 (62,1%)	50–65% (tirik tug‘ruq)

ISSN 3030-3907

Takroriy ektopik homiladorlik	5 (8,6%)	10–20% xavf
Homilador bo‘lolmagan (bepushtlik)	17 (29,3%)	~30% atrofida

Yuqoridagi taqqoslash shuni ko‘rsatadiki, bizning klinikamizda qo‘llangan reabilitatsiya choralari yordamida erishilgan natijalar jahon adabiyotlaridagi o‘rtacha ko‘rsatkichlarga mos yoki ayrim jihatdan yaxshiroqdir. Xususan, bizda ikki yillik sog‘lom homiladorlik ko‘rsatkichi 62% bo‘lib, ayrim manbalarda keltirilgan 50–55% ko‘rsatkichidan yuqoriroqdir. Bu farq reabilitatsiya dasturining samaradorligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Takroriy ektopik homiladorliklar ulushi esa 8,6% (bizda) ga teng bo‘lib, adabiyotlarda ko‘rsatilgan diapazondan (10–20%) pastroq chiqdi. Ayniqsa, balneofizioterapiya olgan bemorlar orasida takroriy BTH kuzatilmadi. Shu bilan birga, homilador bo‘la olmaganlar ulushi ~29% ni tashkil etdi, bu ham jahon statistikasi bilan deyarli uyg‘un (20–30%). Qayd etish kerakki, bizning kuzatuvimiz nisbatan kichik tanlamali bo‘lib, natijalar ehtiyotkorlik bilan talqin etilishi lozim. Shunga qaramay, umumiy tendentsiya – to‘g‘ri reabilitatsiya yordamida ko‘plab bemorlarda reproduktiv muvaffaqiyatga erishish imkoni oshadi – yaqqol namoyon bo‘lmoqda.

Reabilitatsiya samaradorligi tahlili. Kuzatilgan bemorlar “to‘liq reabilitatsiya dasturini olgan” va “standart parvarish” guruhlariga taqqoslandi. 58 bemordan 34 nafari (58,6%) belgilangan reabilitatsiya algoritmiga to‘liq rioya qilgan (jumladan, fizioterapiya muolajalarini to‘liq olgan, psixologga murojaat qilgan va h.k.); qolgan 24 bemor turli sabablarga ko‘ra (uyiga ertaroq javob berilgan, reabilitatsiyani rad etgan yoki imkoniyati bo‘lmagan) standart kuzatuvda qolgan. Taqqoslash natijasida, to‘liq reabilitatsiya olgan bemorlarda quyidagi afzalliklar kuzatildi: jismoniy sog‘ayish muddati o‘rtacha 1,5 hafta tezlashdi (mehnatga layoqatli holatga qaytish muddati 5,2±1,1 hafta vs. 6,7±1,4 hafta, $p<0,01$); surunkali tos og‘riqlari kamroq kuzatildi (11,8% vs. 29,2%, $p<0,05$); hayz siklining tartibsizliklari kamroq davom etdi (faqat 2 nafar vs. 6 nafar, $p>0,05$); psixologik testlarda depressiya ballari sezilarli past bo‘ldi (PHQ-9 o‘rtacha 4,3 vs. 7,1, $p<0,05$). Eng muhimi, reabilitatsiya dasturi to‘liq qo‘llangan guruhda 2 yil ichida homiladorlikka erishish ko‘rsatkichi 76,5% bo‘ldi, standart parvarish guruhida esa 62,5% (farq ahamiyatli emas, $p=0,19$), takroriy ektopik esa mos ravishda 5,9% vs. 12,5% ($p=0,36$). Tanlanma kichikligi sabab bu farqlar statistik ahamiyatga ega deb chiqmasa-da, klinik jihatdan reabilitatsiya foydasi sezilmoqda.

Yuqorida keltirilgan barcha natijalar postoperatsion reabilitatsiya choralari bemorlar salomatligi va kelajakdagi onalik rejasiga ijobiy ta’sir ko‘rsatishini tasdiqlaydi.

ISSN 3030-3907

MUHOKAMA

Jismoniy reabilitatsiya va asoratlarning oldini olish. Bachadondan tashqari homiladorlik uchun o‘tkaziladigan jarrohlik amaliyotidan keyingi ilk vazifa – bemorning umumiy somatik holatini barqarorlashtirish va operatsion jarohatdan sog‘ayishni tezlashtirishdir. Tadqiqotimiz natijalari ko‘rsatdiki, jismoniy reabilitatsiyaning eng muhim unsurlaridan biri – **erta mobilizatsiya**, ya’ni bemorni imkon qadar tezroq o‘rnidan turib harakat qilishga undash. Laparoskopik operatsiyalardan keyin bemorlar allaqachon 2-kuniga yengil mashqlarni boshlashga qodir bo‘ladi, bu esa qon aylanishini yaxshilab, yopishmalar (spaykalar) hosil bo‘lish xavfini kamaytiradi. Aksincha, uzoq muddatli yotib qolish tromboembolik asoratlar va bitish jarayonining sekinlashishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun, zamonaviy tavsiyalarga ko‘ra (ERAS – erta reabilitatsiya protokoli), hatto qorin bo‘shlig‘i operatsiyalaridan keyin ham bemorlarni imkon darajada erta faollashtirish kerak. Bizning bemorlarimiz orasida 93% laparoskopiya qilinganlar va 64% laparotomiya qilinganlar 1-hafta ichida mustaqil yurishni boshlaganlari, natijada hech birida ichak parezi yoki tromboz kabi asoratlar kuzatilmagani buni tasdiqlaydi (1-jadval).

Ikkinchi muhim jihat – **fizioterapevtik muolajalar**. Barchamizga ma’lumki, fizioterapiya jarrohlikdan keyingi davrda yara bitishini tezlashtiradi, og‘riqni kamaytiradi va chuqur to‘qimalarda qon aylanishini yaxshilaydi. Biz medikamentoz va fizioterapevtik muolajalarni birgalikda qo‘llash orqali bachadon naylari funksiyasini yaxshilashga erishish mumkin deb hisoblaymiz. Ayniqsa, magnit maydon bilan davolash va past energiyali lazer nurlarining yallig‘lanishga qarshi va biostimulyatsion ta’siri mavjud. Tadqiqot davomida 48 bemorda (83%) shu usullar qo‘llanildi, qolganlarida qarshi ko‘rsatma yoki imkoniyat yo‘qligi sabab cheklangan edi. Natijada, fizioterapiya olgan bemorlarning birontasi operatsiyadan keyingi yallig‘lanma asoratlari (masalan, endometrit yoki adneksit) bilan shifoxonaga qaytib kelmadi; fizioterapiya olmagan guruhda esa 2 ta subklinik adneksit holati qayd etildi (ambulator davolandi). Albatta, namuna kichik bo‘lsa-da, bu farq e’tiborga molik. Bundan tashqari, fizioterapiya tos a’zolarida qon aylanishini kuchaytirib, bachadon naylari o‘tkazuvchanligini saqlashga yordam berishi mumkin. Buni avval keltirilgan balneoterapiya haqidagi tadqiqot ham qo‘llab-quvvatlaydi: sanatoriylarda davolangan ayollarning keyinchalik naylari o‘tkazuvchanligi ikki hissa yuqori bo‘lgani aniqlangan. Bizning klinikamiz amaliyotida ham operatsiyadan 2-3 oy o‘tib, bepushtlik bo‘yicha tekshiruv doirasida o‘tkazilgan gisterosalpingografiya (GSG) natijalari fizioterapiya olgan bemorlarning 90% ida qolgan nay (yoki tiklangan nay) o‘tkazuvchan ekanini, fizioterapiya olmaganlarda esa bu ko‘rsatkich ~70% atrofida ekanini ko‘rsatdi (farq

ISSN 3030-3907

P<0,05). Demak, jismoniy reabilitatsiya va fiziomuolajalar nafaqat bemorning umumiy holatini yaxshilaydi, balki uning keyingi fertillik salohiyatini ham oshiradi.

Gormonal holat va endokrin reabilitatsiya. Bachadondan tashqari homiladorlik jarayonida organizm odatdagi homiladorlikka o‘xshash gormonal o‘zgarishlar kechiradi – xususan, bachadonda homila bo‘lmasa-da, implantatsiya yuz bergani uchun sariq tana faoliyat yuritib β-chorionik gonadotropin (β-hCG) ajrata boshlaydi. BTH ertasida β-hCG darajasi odatda normal homiladorlikdagidan pastroq bo‘ladi, ammo baribir sezilarli darajada oshadi (masalan, 6-haftada 1000–2000 mIU/ml atrofida bo‘lishi mumkin). Jarrohlik bilan ushbu ektopik homilalik to‘qima olib tashlangach, gormonal darajalar bir necha kun ichida keskin o‘zgaradi: β-hCG tez pasayadi, sariq tana regressiyaga uchraydi, progesteron va estrogen darajalari ham kamayadi. Bu keskin o‘zgarish bemorda fiziologik va emotsional “gormon yetishmovchiligi” holatini keltirib chiqarishi mumkin. Tadqiqotimiz natijalarida ham ko‘rindi: operatsiyadan keyin ~3–7 kunda ko‘plab ayollarda kayfiyatning tushkunligi, jizzakilik, uyquning buzilishi kabi belgilar kuzatildi – ular qisman gormonal o‘zgarishlar bilan ham bog‘liq bo‘lishi mumkin. Shu bois, **gormonal reabilitatsiya**ning asosiy elementi – gormonal darajalarni kuzatish va tartibga solishdir. β-hCG monitoringi BTHdan keyin majburiy hisoblanadi: gormonning doimiy tushishi homilalik to‘qima to‘liq olib tashlanganini tasdiqlaydi, aksincha, pasayish to‘xtasa yoki sekinlashsa – organizmda homila qoldiqlari borligidan darak beradi. Biz bunday holatlarni aniqlab, vaqtida metotreksat yuborish orqali asoratlarni oldini oldik (4 bemorda). Gormonlar muvozanatini tiklashda organizm odatda o‘zi kurashadi: birinchi ovulyatsiya operatsiyadan atigi 2 hafta o‘tib sodir bo‘lishi mumkinligi ma’lum. Biroq, bemor bunga tayyor emasligi mumkin, shuning uchun tug‘ilishni rejalashtirmagan bemorlarga shu davr uchun gormonal kontratseptivlar (masalan, kombinə qilingan tabletkalar) tavsiya etilishi mumkin – bu bir tomondan endometriyni fiziologik holga keltiradi, boshqa tomondan reabilitatsiya davrida kutilmagan homiladorlikdan saqlaydi. Bizning amaliyotimizda 18 nafar ayol (31%) reabilitatsiya davrida kontratseptiv maqsadida KOK qabul qildi, qolganlari to‘siqli kontratseptiv vositalar yoki ovulyasiya hisobiga tayandi. Gormonal tabletkalar qabul qilganlarda birinchi hayz tartibli ravishda va kamroq og‘riq bilan o‘tdi, lekin bu guruh kichik bo‘lgani uchun umumiy xulosa uchun yetarli emas.

Albatta, BTHdan keyingi gormonal muvozanat masalasi nafaqat jinsiy gormonlar bilan cheklanmaydi. Stress holati gipotalamo-gipofizar-adrenal tizimga ta’sir etib, kortizol darajasini oshirishi, hayz ko‘rishning vaqtincha buzilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Shuningdek, agar BTHga olib kelgan omillar orasida

ISSN 3030-3907

endokrin buzilishlar (masalan, poliokistik tuxumdon sindromi yoki gipotireoz) bo‘lsa, ularni ham reabilitatsiya davrida davolash kerak. Biz kuzatgan bemorlar orasida 4 nafarida suyaklarning immunologik-yallig‘lanish kasalliklari va 3 nafarida endometrioz aniqlandi – bu holatlar BTH sabablari orasida bo‘lishi mumkinligi ma’lum. Ular tegishli ravishda reabilitatsiya davrida mutaxassislar yordamida davolandi.

Psixologik reabilitatsiya ahamiyati. Bachadondan tashqari homiladorlik – ayol va uning oilasi uchun faqat jismoniy emas, balki katta ruhiy sinov hamdir. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, BTHni boshdan kechirgan ko‘plab ayollar kuchli qayg‘u, depressiya, xavotir va hatto post-travmatik stress sindromiga xos alomatlarni his qilishadi. Bu holat ba’zan tibbiy yordam ko‘rsatishda e’tibordan chetda qoladi. Bemor homiladorlikni yo‘qotganini anglash bilan birga, o‘z hayoti xavf ostida qolganidan qattiq qo‘rqadi – bularning barchasi uning ruhiyatida chuqur iz qoldirishi mumkin. Shuning uchun BTHdan keyingi reabilitatsiyada **psixologik qo‘llab-quvvatlash** alohida o‘rin tutishi lozim. Bizning dastur doirasida, yuqorida ta’kidlanganidek, har bir bemorga professional psixolog maslahatlari taklif etildi. Natijalar bemorlarning ruhiy holati sezilarli darajada barqarorlashganini ko‘rsatdi: 3 oy o‘tib, dastlab depressiya belgilari bo‘lganlarning aksariyati normal holatga qaytdi. Afsuski, hamma joyda ham psixolog xizmatlari bemorlarga oson mavjud emas, yoki bemorlar bunday yordamni izlashga tortinishi mumkin. Shifokorlar esa, o‘z navbatida, e’tiborni jismoniy muolajalarga qaratib, bemorning kechinmalarini “unutib qo‘yishi” ehtimoli bor. Shu bois, bizningcha, har bir akusher-ginekolog bemorning ruhiy holatini ham e’tiborda tutishi, kerak bo‘lsa uni ruhiy salomatlik mutaxassisiga yo‘naltirishi kerak. Bundan tashqari, oilaning qo‘llab-quvvatlashi ham muhim: turmush o‘rtog‘i va yaqinlariga mazkur vaziyat jiddiy stress ekanini tushuntirib, bemorga mehr-oqibat va sabr bilan yondashish lozimligini uqtirish kerak. Ayrim madaniy muhitlarda farzandsizlik yoki homiladorlikni yo‘qotish atrofdagilar tomonidan noto‘g‘ri tushunilishi, ayolni ayblash kabi holatlar uchrashi mumkin. Bunday stigmalar bemorga qo‘shimcha ruhiy bosim yuklaydi. Shuning uchun ham psixologik yordam nafaqat individual, balki ijtimoiy darajada ham ko‘rsatilishi zarur (masalan, maxsus qo‘llab-quvvatlash guruhlari, ijtimoiy xizmatlar orqali). Xulosa qilib aytganda, BTHdan keyingi psixologik reabilitatsiya – muvaffaqiyatli tiklanishning ajralmas qismi bo‘lib, u jismoniy sog‘ayishni ham tezlashtiradi. Tadqiqotlar ko‘rsatishicha, ruhiy holati yaxshi ayollarda keyingi homiladorlikka jur’at etish va uni muvaffaqiyatli olib borish ehtimoli yuqoriroq bo‘ladi.

Fertillikni rejalashtirish va kuzatuv. Reabilitatsiya davrida bemorlarning eng ko‘p beradigan savollaridan biri – “Qachon qayta homiladorlikka harakat

ISSN 3030-3907

qilsam bo‘ladi?” dir. Bu tabiiy savol, chunki bir tomondan ayollar yo‘qotilgan homiladorlik o‘rnini tezroq to‘ldirishni xohlashadi (ayniqsa, farzandi yo‘q bo‘lsa), boshqa tomondan esa qo‘rquv ham bor – yana shu holat takrorlanmaydimi? Shifokorning vazifasi bemorga individual maslahat berib, optimal muddatni tavsiya etish va shu muddatgacha homilador bo‘lib qolishdan saqlanish uchun kontratseptsiya masalasini hal etishdir. Dunyo miqyosidagi tavsiyalarga ko‘ra, agar bemor metotreksat olgan bo‘lsa, kamida 3 oy kutishi kerak (dori ta’siri tufayli), agar jarrohlik bo‘lsa – kamida 2 ta normal hayz ko‘rguncha kutish tavsiya etiladi (taxminan 2–3 oy). Bizning amaliyotimizda ko‘pchilik bemorlar kamida 3 oy kutishgan; ammo 4 nafar ayol (~7%) 2 oy o‘tmay homilador bo‘lib qolgan (ularning biri sog‘lom homiladorlikka erishgan, ikkisida erta tushuk, birida – afsuski, takroriy BTH). Shunday holatlarning oldini olish maqsadida bemorlarga birinchi hayz ko‘rgunga qadar albatta himoyalanish kerakligi uqtirildi. Agar bemor yaqin orada farzand rejalashtirmasa, kontratseptsiya usuli tanlashda yordam ko‘rsatildi (masalan, bachadon ichi spirali, tug‘ruqdan keyingi sterilizatsiya masalasi – bemor xohishiga ko‘ra va tibbiy ko‘rsatmaga muvofiq).

BTH bilan bir marta to‘qnash kelgan ayol keyingi har bir homiladorlikda xavotir bilan yashashi tabiiy. Statistik jihatdan, avval BTH o‘tkazgan ayollarda takroriy ektopik homiladorlik xatari taxminan 10–15% ni tashkil qiladi. Bu xavf omili, ayniqsa, agar ayolda bepushtlik tarixi yoki tubal patologiya bo‘lsa, yanada ortadi. Shuning uchun, reabilitatsiya jarayonida bemorga keyingi homiladorlikni imkon qadar erta nazoratga olish (5-6 haftada ultratovush tekshiruvi qilish) tavsiya etilishi zarur. Biz barcha bemorlarimizga bu haqda tushuntirdik va natijada takror homilador bo‘lgan 41 ayoldan 39 nafari homiladorlik testining ijobiy natijasini olishi bilan qisqa fursatda shifokorga murojaat qilgan. Bu ularga homilaning bachadonda ekanligini erta tasdiqlash va xotirjam bo‘lish imkonini berdi; 5 nafar takroriy ektopik holatda esa erta tashxis qo‘yilib, bemorlar o‘z vaqtida davolanib, sog‘lom qolishdi. Ko‘rinib turibdiki, **klinik kuzatuv va maslahatlashuvlar** reabilitatsiya jarayonining muhim bo‘lagi hisoblanadi. Bemor reabilitatsiya yakunida ham nazoratdan “chiqib ketmasligi” kerak – kamida homilador bo‘lguniga qadar muntazam ravishda ginekolog ko‘rigida bo‘lib turishi lozim. Bizning markazimizda BTH o‘tkazgan bemorlarga maxsus “qo‘ng‘iroq eslatma” xizmati joriy etilgan bo‘lib, unda hamshira reabilitatsiya davomida va keyingi 1 yil ularni telefon orqali kuzatib, holidan xabar oladi, savollariga javob beradi. Bu bemorlar uchun ruhiy madad sifatida ham ijobiy qabul qilinmoqda.

Mahalliy protokollar va xalqaro tavsiyalar. O‘zbekiston Respublikasida bachadondan tashqari homiladorlikni davolash bo‘yicha klinik protokollar mavjud bo‘lsa-da, unda asosan diagnostika va jarrohlik yordami qamrab olingan, ammo

ISSN 3030-3907

reabilitatsiya masalalariga yetarlicha e’tibor berilmagan. Mahalliy shifokorlar ko‘p hollarda BTHdan keyin an’anaviy davo (antibiotiklar, og‘riq qoldiruvchi) bilan chekalanib, fizioterapiya yoki psixologik yordamni taklif etmaydilar. Ushbu tadqiqot natijalari esa reabilitatsiya kompleksini klinik protokollarga kiritish zarurligini ko‘rsatadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) homiladorlik asoratlaridan omon qolgan ayollar uchun, shu jumladan BTHdan so‘ng, reproduktiv salomatlikni tiklashga qaratilgan integratsiyalashgan yondashuv taklif etadi. Bu yondashuv tarkibida kontratseptiv maslahati, psixososial yordam va agar kerak bo‘lsa, yuqori texnologik yordamchi reproduktiv usullar ko‘rib chiqilishi kerakligi ta’kidlanadi. Amerika akusher-ginekologlar kollegiyasi (ACOG) ham BTHni davolash bo‘yicha ko‘rsatmalarida bemorlarga keyingi homiladorlik borasida maslahat berishni, Rh-manfiy bo‘lsa, anti-D immunglobulin kiritishni, va β-hCG izdan chiqmaguncha kuzatishni alohida urg‘ulaydi. Mazkur maqolada keltirilgan klinik algoritm aynan mana shunday tavsiyalarni inobatga olgan holda ishlab chiqildi va mahalliy muhitga moslashtirildi.

Yuqoridagi algoritm klinik qaror qabul qilishni yengillashtirish uchun mo‘ljallangan. Uning bosqichlari ketma-ket bo‘lib, har bir keyingi qadam oldingi bosqich bajarilganidan so‘ng amalga oshiriladi. Masalan, 5–7-kunlarda massaj va fizioterapiya boshlash uchun bemorning umumiy ahvoli barqaror bo‘lishi, qon ketish to‘xtagan bo‘lishi kerak; 6–8 xafta bo‘lganda hayz ko‘rish qaytmasa, endokrinolog tekshiruvi shundan keyin tavsiya qilinadi va hokazo. Algoritmni amaliyotga tatbiq etish orqali har bir bemor uchun individual reabilitatsiya dasturini tizimli ravishda olib borish mumkin bo‘ladi.

Cheklovlar. Bizning tadqiqotimiz ayrim cheklovlarga ega: bemorlar soni nisbatan kam, ularning hammasi bitta ixtisoslashgan markazdan olingan (bu esa natijalarning umumiy populyatsiyaga tatbiq etilish imkoniyatini cheklaydi). Shuningdek, reabilitatsiya samaradorligini baholashda randomizatsiya qilinmagan guruhlarni solishtirdik, bu esa ma’lum darajada bias (noaniqlik) kiritishi mumkin. Kelgusida ushbu mavzuda kengroq, prospektiv tadqiqotlar o‘tkazish rejalashtirilmoqda. Shunga qaramay, mavjud natijalar reabilitatsiya zarurati va foydasini ko‘rsatishda yetarli asos beradi deb hisoblaymiz.

XULOSA

Bachadondan tashqari homiladorlikni jarrohlik yo‘li bilan bartaraf etish muolajalar siklining faqat birinchi bosqichidir. Operatsiyadan keyingi to‘liq va kompleks reabilitatsiya esa bemorning sog‘lig‘ini tiklash, uning kelgusidagi tug‘ish qobiliyatini saqlash va psixologik farovonligini ta’minlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bizning o‘tkazilgan tadqiqot va tahlillarimiz asosida quyidagi xulosalarga kelish mumkin:

ISSN 3030-3907

1. **Jismoniy reabilitatsiya**: BTH operatsiyasidan keyin bemorlarni erta harakatlantirish, fizioterapiya (magnitoterapiya, lazeroterapiya, massaj va boshqalar)ni qo‘llash jarrohlik jarohatlarining bitishini tezlashtiradi, yopishmalar hosil bo‘lishining oldini oladi hamda tiklanish muddatini sezilarli qisqartiradi. Laparoskopik operatsiyalar reabilitatsiya uchun qulayroq sharoit yaratadi (kam invazivlik), laparotomiya qilingan hollarda esa kengroq fizioterapevtik yondashuv talab etiladi.
2. **Gormonal tiklanish**: Operatsiyadan keyingi β-hCG darajasini muntazam kuzatish zarur – gormonning normaga qaytishi (odatda 2–4 haftada) homiladorlik to‘liq tugatilganini ko‘rsatadi, uning pasaymasdan qolishi esa zudlik bilan qo‘shimcha davo zarurligini bildiradi. Birinchi hayz ko‘rish odatda 4–8 haftada qayta tiklanadi, bu davrgacha bemorlarni homiladorlikdan saqlanish haqida ogohlantirish lozim. Zarur bo‘lganda gormonal muvozanatni tiklash uchun terapiya (masalan, kontratseptivlar) qo‘llanishi mumkin.
3. **Psixologik yordam**: BTHni boshdan o‘tkazgan bemorlarning uchdan bir qismigacha ruhiy holat buzilishlari (depressiya, kuchli xavotir) kuzatiladi. Shifoxona sharoitidanoq psixolog yoki psixoterapevt jalb etilishi, bemorning emotsional tajribalarini tinglash va kerakli maslahatlarni berish lozim. Psixologik qo‘llab-quvvatlash bemorning reabilitatsiyasini tezlashtiradi, uning keyingi homiladorlikka nisbatan ishonchini oshiradi. Zarur hollarda (ruhiy zo‘riqish yuqori bo‘lsa) professional davolash (psixoterapiya, dori vositalari) tavsiya etilmog‘i lozim.
4. **Fertillikni rejalashtirish**: Bemor bilan kelgusidagi homiladorlik rejalari batafsil muhokama qilinishi kerak. Kamida 2 hayz sikli (yoki shifokor tavsiyasiga ko‘ra 3–6 oy) davomida yangi homiladorlikdan saqlanish tavsiya etiladi. Bu muddat ichida kontratseptsiya vositasi tanlanadi, bemorning umumiy sog‘lig‘i mustahkamlanadi, psixologik tayyorgarlik ko‘riladi. Kelgusida homiladorlik yuz berganda, erta muddatdagi UTT tekshiruvlar, qon guruhiga ko‘ra RHD manfiy bo‘lsa immunoprofilaktika kabi choralar ko‘rilishi lozim. Agar bemorda ikkala nay yo‘q bo‘lsa yoki boshqa bepushtlik muammolari aniqlansa, yordamchi reproduktiv texnologiyalar (EKU) masalasi ko‘rib chiqiladi.
5. **Kuzatuv va maslahatlar**: Reabilitatsiya yakunida ham bemor muntazam ravishda ginekolog ko‘rigiga borishi, agar homiladorlik kechiksa – buning sabablarini tekshirtirishi zarur. BTH takrorlanishining oldini olish uchun jinsiy yo‘l infektsiyalaridan saqlanish, kontratseptsiya vositalaridan to‘g‘ri foydalanish, homiladorlikni erta muddatlarda aniqlash kabi profilaktik choralarga rioya etish kerakligi bemorga tushuntirilishi lozim.

ISSN 3030-3907

Yuqoridagi punktlar bachadondan tashqari homiladorlikdan keyingi reabilitatsiya jarayonining ajralmas tarkibiy qismlari bo‘lib, ularning barchasiga birgalikda amal qilingandagina maksimal samaraga erishiladi.

AMALIY TAVSIYALAR

Yuqoridagi tadqiqot va xulosalar asosida quyidagi amaliy tavsiyalar ishlab chiqildi, ularni mahalliy davolash muassasalarida BTH operatsiyasini boshdan o‘tkazgan bemorlarni reabilitatsiya qilishda qo‘llash tavsiya etiladi:

- **Reabilitatsiya jamoasini shakllantirish**: BTH operatsiyasidan keyingi bemorni kuzatish uchun akusher-ginekolog, fizioterapevt va psixologdan iborat multidisiplinar jamoa biriktirish maqsadga muvofiq. Bu jamoa reabilitatsiya rejimini belgilaydi va ijrosini nazorat qiladi.
- **Erta harakatlantirish**: Agar qarshi ko‘rsatma bo‘lmasa, bemorni operatsiyadan keyingi 24 soat ichida yotoqdan turishga va qisqa masofa yurishga jalb etish. Laparoskopiyadan keyin 2-3 kunlarda, laparotomiyadan keyin 5-7 kunlarda yengil jismoniy mashqlar (aylanma harakatlar, nafas mashqlari) boshlash.
- **Fizioterapiya qo‘llash**: Bemorlarni imkon qadar 1-haftadan boshlab fizioterapiya xonasiga yuborish. Magnitoterapiya, ultratovush yoki lazeroterapiya kurslari (8–10 seans) operatsiya sohasida va tos bo‘shlig‘ida amalga oshirish. Qo‘shimcha ravishda refleksoterapiya (ignaterapiya) va tibbiy massaj (umumiy tinchlantiruvchi va lomber-soha massaji) kurslarini taklif etish.
- **Infeksiya profilaktikasi**: Operatsiyadan so‘ng 5–7 kun davomida keng spektrli antibiotiklar profilaktik berish (ayniqsa, bachadon ichiga qon quyilgan bo‘lsa). Yara parvarishi va aseptika qoidalariga rioya qilishni ta’minlash. Lozim bo‘lsa, probiotiklar buyurib ichak mikroflorasini saqlash.
- **β-hCG monitoringi**: Chiqishdan oldin β-hCG darajasini o‘lchash va keyin har hafta poliklinika sharoitida tekshirtirib borishni tashkil qilish. Gormon darajasi pasayish dinamikasi qoniqarsiz bo‘lsa, qo‘shimcha tashxis (UTT) va davo (metotreksat kiritish) choralarini ko‘rish. β-hCG nolga tushgach ham bir marta nazorat qilish (rezidual to‘qima yo‘qligiga ishonch hosil qilish uchun).
- **Gormonal holat bahosi**: Agar 2 oy o‘tib hayz ko‘rish boshlanmasa, gormonal panel (FSH, LH, prolaktin, TSH va boshqalar) tekshirish va endokrinolog ko‘rigi. Sikl buzilishlari bo‘lsa, sababi aniqlanib, tegishli davo (masalan, xastalik aniqlansa – o‘sha kasallikni davolash) qo‘llash.
- **Psixolog maslahati**: Barcha BTH operatsiyasi o‘tkazgan bemorlarni 1-2 hafta ichida psixolog bilan uchrashtirish. Zarurat bo‘lsa, takroriy seanslar yoki psixoterapiya kurslarini tashkil qilish. Agar psixolog shtat birliklari mavjud bo‘lmasa, shifokorlar o‘zlari bemor bilan suhbat o‘tkazib, uning hissiyotlariga e’tiborli bo‘lishi lozim.

ISSN 3030-3907

• **Kontratseptsiya va muddat**: Bemorni yangi homiladorlikdan saqlanish zarurati haqida ogohlantirish. Aniqlangan tavsiyaga ko‘ra (jarrohning xulosasi) – kamida 2 oy (yoki 6 oy) kutish lozimligini tushuntirish. Bu davr uchun optimal kontratseptsiya usulini tanlashga yordam berish (masalan, KOK, bachadon ichi vosita yoki prezervativlar).

• **Takroriy homiladorlik monitoringi**: Bemor qayta homilador bo‘lganda, imkon qadar erta (5-6 haftada) UTT tekshiruvidan o‘tishi va ginekolog ko‘rigiga kelishi zarurligini yozma va og‘zaki eslatmalar orqali ta’minlash. Qayta homiladorlik ro‘y berganda uning ketishini diqqat bilan kuzatish (avval BTH bo‘lganini inobatga olib).

• **Patologiyani aniqlash**: Agar bemor 1 yil ichida homilador bo‘lmasa, uni bepushtlik bo‘yicha chuqurlashtirilgan tekshiruvga yo‘naltirish (kontrastli HSG, follikulometriya, erkak faktorini tekshirish). Zarur bo‘lsa, reproduktolog bilan maslahat (ayniqsa, ikkala nay yo‘qligida – EKU bo‘yicha).

• **Ma’lumot berish**: Bemorlar va ularning oilalariga BTH haqidagi tushuncha berish (qanday xavf omillari borligi, takrorlanish ehtimoli, belgilari). Bemorning o‘zi kelgusida ogohlantiruvchi alomatlarni (qorin og‘rig‘i, g‘ayrioddiy qon ketishi) bilishi va homiladorlik testini imkon qadar erta o‘tkazib borishi uchun ta’lim berish.

Yuqoridagi tavsiyalar sog‘liqni saqlash tizimida e’tiborga olingan holda, bachadondan tashqari homiladorlikdan keyingi parvarish sifati yaxshilanadi deb umid qilamiz. Bemorlarning reproduktiv salomatligini saqlash va ularning onalik baxtiga erishishida reabilitatsiya muhim bo‘g‘in bo‘lib xizmat qiladi.

ADABIYOTLAR

1. Moustakli E. va boshq. After the Shock: Impact of Ectopic Pregnancy on Subsequent Fertility and Parenthood. Biomedicines. 2025;13(9):2205.
2. Hendriks E., Rosenberg R., Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2020;101(10):599-606.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No.193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e91-e103.
4. Bugaevsky K.A. Consideration of the Peculiarities of Non-Drug Rehabilitation Treatment After an Ectopic Pregnancy. J Endocrinol Disorders. 2024;7(6):1-3.
5. Mielnik J. va boshq. [Falopiy nay ektopik homiladorligi operatsiyasidan keyingi balneologik reabilitatsiya]. Ginekol Pol. 1993;64(12):582-6.
6. NHS (UK National Health Service). Ectopic Pregnancy – Treatment (23 Aug 2022).

ISSN 3030-3907

7. Med360.uz (Tibbiy portal). Bachadondan tashqari homiladorlik – sabablari, alomatlari, davolash, xavflari.
8. Junaydullayeva M.O‘. Bachadondan tashqari homiladorlik va bitta bachadon nayida homilador bo‘lish imkoniyati. Pedagogs Int. Res. Journal. 2025;95(2):43-46.
9. The Ectopic Pregnancy Trust. Returning to Day-to-Day Activities after Ectopic Pregnancy (2025).
10. The Ectopic Pregnancy Trust. Trying to Conceive Again Following an Ectopic Pregnancy (2025).
11. Uktamovna N. S. et al. YURAK KASALLIKLARI BO ‘LGAN AYOLLARDA TUG ‘RUQNING O ‘ZIGA XOS KECHISHI //YANGI O ‘ZBEKISTON, YANGI TADQIQOTLAR JURNALI. – 2025. – T. 3. – №. 3. – C. 262-264.
12. Ёркулова Г. Р., Наркулова С. У. НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ //TA’LIM, TARBIYA VA INNOVATSIYALAR JURNALI. – 2025. – T. 1. – №. 9. – C. 76-79.
13. Narkulova S., Xudoyberdiyeva Z. INNOVATIVE THERAPEUTIC STRATEGIES FOR MANAGING POST CASTRATION SYNDROME AFTER OVARIAN HYPERSTIMULATION //Medicine, pedagogy and technology: theory and practice. – 2025. – T. 3. – №. 6. – C. 60-62.
14. Uktamovna N. S. MUDDATIDAN OLDINGI TUG ‘RUQNI BELGILARI, ETIOLOGIYASI, ASORATLARI HAMDA DAVOLASH CHORA TADBIRLARI //YANGI O ‘ZBEKISTON, YANGI TADQIQOTLAR JURNALI. – 2024. – T. 1. – №. 3. – C. 224-228.
15. Uktamovna N. S. MUDDATIDAN OLDINGI TUG ‘RUQNI BELGILARI, ETIOLOGIYASI, ASORATLARI HAMDA DAVOLASH CHORA TADBIRLARI //YANGI O ‘ZBEKISTON, YANGI TADQIQOTLAR JURNALI. – 2024. – T. 1. – №. 3. – C. 224-228.
16. Норкулова С. У. РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ГИНЕКОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ //Central Asian Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. – 2024. – T. 1. – №. 14. – C. 111-114.

ISSN 3030-3907