



HOMILADORLIKDA SIMFIZIT: U OG'RIQ SINDROMIMI YOKI TUG'RUQ USULIGA TA'SIR QILUVCHI KLINIK MUAMMO?

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti 1-son Tibbiy radiologiya kafedrası

Assisteti **Shakirova Lobar Mavlon qizi**

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti 2-son davolash fakulteti

222-A guruh talabasi **Abduazimova Odina Akmal qizi**

Annotatsiya: *Ushbu maqolada homiladorlik davrida tez-tez uchraydigan simfizit muammosi tahlil qilinadi. Simfizit faqat og'riq sindromi emas, balki tug'ruq usuliga bevosita ta'sir qiluvchi muhim klinik muammo ekanligiga asoslanadi. Maqolada simfizitning etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, diagnostikasi, davolash va profilaktika choralari yoritilgan. Pubik simfiz kengligi 10-12 millimetrdan oshganda va simfizioliz xavfi mavjud bo'lganda abdominal tug'ruq usuli tavsiya etilishi ko'rsatilgan. Erta tashxis va kompleks davo asoratlar rivojlanishining oldini olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Maqola akusher-ginekologlar, ortopedlar va umumiy amaliyot shifokorlari uchun amaliy tavsiyalar beradi.*

Kalit so'zlar: *simfizit, simfiziopatiya, pubik simfiz, tos suyaklari orasidagi bo'g'im, homiladorlik, relaksin, tos bo'g'implari disfunktsiyasi, simfizioliz, og'riq sindromi, "o'rdak yurishi", qaychi simptomi, ultratovush diagnostikasi, pubik simfiz kengligi, ortopedik bandaj, fizioterapiya, kalsiy va D vitamini, abdominal tug'ruq, profilaktika.*

Kirish: Simfizit yoki simfiziopatiya homiladorlik davrida pubik simfiz bo'g'imi sohasida yuzaga keladigan yallig'lanish va og'riq sindromidir. Homiladorlikda relaksin gormoni ta'sirida bog'lamlarning fiziologik yumshashi pubik simfiz kengligining 5-6 millimetrgacha oshishiga olib keladi [1,6,7], ammo



ba'zi ayollarda bu jarayon haddan tashqari meyordan oshib, patologik kengayish va beqarorlikka sabab bo'ladi. Ushbu holat homilador ayollarning taxminan 10-25 foizida uchraydi [3,6,7] va klinik ko'rinishining og'irligiga qarab hayot sifatini sezilarli darajada pasaytirishi mumkin. Simfizitning dolzarbligi uning nafaqat og'riq sindromi, balki tug'ruq usuliga bevosita ta'sir qiluvchi muhim akusherlik muammosi ekanligi bilan belgilanadi. Yengil holatlarda tabiiy tug'ruq yo'li bilan tug'ish mumkin bo'lsa-da, simfizit kengligi 10-12 millimetrdan oshganda yoki simfizioliz xavfi mavjud bo'lganda abdominal tug'ruq tavsiya etiladi [7,8,9]. Tug'ruqdan keyingi davrda simfizioliz uzoq muddatli og'riq, harakat cheklanishi va hatto nogironlikka olib kelishi mumkin. Shuningdek, simfizit anamnezi bo'lgan ayollarda keyingi homiladorliklarda qaytalanish ehtimoli sezilarli darajada yuqori bo'ladi [8,18,20]. Ushbu maqolaning maqsadi simfizitni klinik, diagnostik va akusherlik nuqtai nazaridan tahlil qilib, uning tug'ruq usulini belgilovchi muhim muammo ekanligini asoslashdan iborat.

Asosiy qism:

Etiologiya va xavf omillari. Simfizitning rivojlanishida asosiy omil homiladorlik davrida organizmdagi gormonal o'zgarishlar hisoblanadi. Homiladorlikning dastlabki haftalaridan boshlab sariq tana, keyinchalik esa platsenta tomonidan ishlab chiqariladigan relaksin gormoni qonga ko'p miqdorda ajrala boshlaydi. Relaksin tos bo'g'imlari, shu jumladan pubik simfizit bog'lamlarining kollagen tolalarini yumshatadi [6,17]. Bu fiziologik jarayon tug'ruq vaqtida homilaning tos bo'shlig'idan o'tishini osonlashtirishga qaratilgan bo'lib, tabiat tomonidan dasturlashtirilgan adaptiv mexanizmdir. Biroq ba'zi ayollarda bu jarayon haddan tashqari kuchli kechadi, bog'lamlar me'yorida ortiq

SJIF 5.219



darajada yumshab, simfiz bo'g'imining beqarorligiga olib keladi. Estrogen va progesteron ham bog'lamlarning elastikligini oshirish orqali bu jarayonga qo'shimcha ta'sir ko'rsatadi [6,17]. Natijada simfiz kengligi fiziologik 3-5 millimetrdan patologik darajaga – 10 millimetr va undan ko'pga yetishi mumkin. Simfizit rivojlanishida bir qator xavf omillari muhim rol o'ynaydi. Ulardan eng muhimi oldingi homiladorliklarda simfizit yoki tos bo'g'implari bilan bog'liq muammolar bo'lganligi hisoblanadi. Bir marta simfizit bilan tug'gan ayollarda keyingi homiladorliklarda qaytalanish ehtimoli sezilarli darajada yuqori bo'ladi. Katta homila (makrosomiya) ya'ni homilaning taxminiy vazni 4000 grammdan ortiq bo'lgan holatlar ham pubik simfizga ortiqcha bosim tushishiga sabab bo'lib, bo'g'imning haddan tashqari kengayish xavfini oshiradi [8,11,12]. Ko'p homiladorlik (egizak, uch egizak) holatlarida bachadonning haddan tashqari kattalashishi va tos bo'g'implariga tushadigan yukning ortishi simfizit ehtimolini oshiradi [6,8]. Ayolning tana massasi indeksi ham muhim xavf omili hisoblanadi. Semizlik (tana massasi indeksi 30 va undan yuqori) tos bo'g'implariga doimiy ortiqcha yuk tushishiga olib keladi, bu esa homiladorlik davrida bog'lamlarning yumshashi bilan birgalikda simfizit rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi [6,18]. Aksincha, haddan tashqari past tana massasi indeksi ham mushak korsetining zaifligi sababli xavf omili bo'lishi mumkin. Anamnezda tos bo'g'implari, umurtqa pog'onasi yoki son bo'g'implari shikastlanishlari, shuningdek, avvalgi tug'ruqlarda simfizit bilan bog'liq asoratlari bo'lgan ayollar simfizit rivojlanishiga ko'proq moyil bo'ladilar [6,18]. Jismoniy faollik darajasi ham muhim rol o'ynaydi. Homiladorlik davrida og'ir jismoniy yuklar, ayniqsa, doimiy tik turishni talab qiladigan ish sharoiti, noto'g'ri tana harakatlari, bir oyoqqa



tayanib turish, og'ir narsalarni ko'tarish pubik simfiz bo'g'imiga ortiqcha yuklanishga olib kelib, bo'g'imning beqarorlashuvini tezlashtirishi mumkin. Shu bilan birga, yetarlicha jismoniy faoliyatsizlik, ya'ni gipodinamiya ham mushak korsetining zaiflashishiga sabab bo'lib, kompensator mexanizmlarning ishdan chiqishiga olib keladi. Kalsiy, magniy va D vitamini yetishmovchiligi simfizit patogenezida muhim metabolik omillardan biridir [1,15]. Homiladorlik davrida homilaning skeleti shakllanishi uchun kalsiyga bo'lgan ehtiyoj keskin ortadi. Agar ayol organizmida kalsiy zaxirasi yetarli bo'lmasa, suyak to'qimasi va bo'g'imlarning mustahkamligi pasayadi. D vitamini esa kalsiyning so'rilishini ta'minlaydigan asosiy omil hisoblanadi. Ushbu mikroelementlarning yetishmovchiligi pubik simfiz bog'lamlarining zaiflashishiga va bo'g'imning patologik o'zgarishiga olib keladi. Genetik moyillik ham e'tibordan chetda qolmasligi kerak. Ayrim ayollarda biriktiruvchi to'qima displaziyasi (masalan, Ehlers-Danlos sindromi) bilan bog'liq genetik xususiyatlar mavjud bo'lib, ularda bog'lamlar tabiatan elastikroq va zaifroq bo'ladi [6,18]. Bunday ayollarda homiladorlik davrida simfizit rivojlanish xavfi boshqa ayollarga nisbatan ancha yuqori. Shuningdek, anamnezida simfizit yoki tos bo'g'imlari bilan bog'liq muammolar bo'lgan ayollarda ham simfizit xavfi ortadi. Yosh omili ham ma'lum ahamiyatga ega. O'smir va yosh ayollarda (18 yoshgacha) tos suyaklari to'liq yetilmagan bo'lishi mumkin, bu esa pubik simfizitning ortiqcha yuklanishga chidamliligini pasaytiradi. Katta yoshdagi ayollarda (35 yoshdan keyin) esa biriktiruvchi to'qimaning regenerativ qobiliyati pasayadi va bog'lamlar elastikligini yo'qotadi, bu ham simfizit rivojlanishiga zamin yaratadi. Shuningdek, homiladorlik davridagi siydik yo'llari va tos a'zolarining infeksiyalari simfizit



rivojlanishida qo‘shimcha omil bo‘lishi mumkin. Infekzion jarayon pubik simfiz bo‘g‘imi atrofidagi to‘qimalarga tarqalib, yallig‘lanishni kuchaytiradi va og‘riq sindromini yanada og‘irlashtiradi. Ayrim tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, siydik yo‘llari infeksiyalari bilan og‘rigan homilador ayollarda simfizit uchrash chastotasi nisbatan yuqoriroqdir.

Patogenez. Simfizit patogenezini bir necha bosqichda rivojlanadi:

Birinchi bosqichda homiladorlik davrida platsenta va sariq tana tomonidan relaksin gormoni ko‘p miqdorda ishlab chiqariladi. Relaksin pubik simfiz bog‘lamlaridagi kollagen tolalarini yumshatadi. Bu fiziologik jarayon tug‘ruq vaqtida tos halqasining ochilishi uchun zarur bo‘lsa-da, ba‘zi ayollarda bu jarayon haddan tashqari kuchli kechadi. Ikkinchi bosqichda bog‘lamlar me‘yorida ortiq yumshashi natijasida pubik simfiz kengligi oshadi. Normal homiladorlikda simfiz kengligi 5-6 millimetrni tashkil qilsa, patologik holatda bu ko‘rsatkich 10 millimetr va undan ortib ketadi. Bo‘g‘im beqarorlashadi, tos halqasining oldingi qismida harakatlanuvchi segment hosil bo‘ladi. Uchinchi bosqichda beqaror simfiz doimiy mikrotravmatizatsiyaga uchraydi. Natijada bo‘g‘im atrofida aseptik yallig‘lanish boshlanadi. Yallig‘lanish mediatorlari – interleykinlar, tumor nekrozi omili (TNF- α) va prostaglandinlar faollashadi. Ular og‘riq reseptorlarini qo‘zg‘atadi, to‘qimalarning shishishiga va mahalliy qon aylanishining buzilishiga olib keladi. To‘rtinchi bosqichda biomexanik o‘zgarishlar yuzaga keladi. Homiladorlikda bachadonning kattalashishi bilan og‘irlik markazi oldinga siljiydi. Ayolda kompensator ravishda bel sohasida lordoz kuchayadi va “o‘rdak yurishi” shakllanadi [2,4,15]. Agar pubik simfiz zaiflashgan bo‘lsa, tos suyaklarining bir-biriga nisbatan vertikal siljishi kuzatiladi. Beshinchi bosqichda metabolik omillar

qo‘shiladi. Kalsiy va D vitamini yetishmovchiligi pubik simfizning fibroz tog‘ay diski va bog‘lamlarining mustahkamligini pasaytiradi [1,15,16]. Magniy yetishmovchiligi esa simfiz atrofida mushaklarning reflektor spazmini kuchaytiradi. Yakuniy bosqichda simfiz kengligi 13 millimetrdan ortganda, bog‘lamlar butunlay yoriladi. Tos suyaklari bir-biridan 20-30 millimetrgacha uzoqlashishi mumkin. Bu holat simfizioliz deb ataladi va og‘ir darajadagi harakat cheklanishiga, kuchli og‘riq sindromiga hamda uzoq muddatli reabilitatsiyaga olib keladi.

Klinik belgilari. Simfizitning klinik belgilari kasallikning og‘irlik darajasiga qarab turlicha namoyon bo‘ladi. Simptomlar odatda homiladorlikning 30-32 xaftaligidan boshlab aniqroq ko‘rinadi [2,3,4]. Asosiy simptom tos sohasidagi og‘riqdir. Og‘riq pubik simfizning to‘g‘ridan-to‘g‘ri proyeksiyasida lokalizatsiya qilinadi, ammo chov, sonning ichki yuzasi, bel va dumg‘aza sohasiga tarqalishi mumkin. Og‘riq harakat vaqtida kuchayadi va dam olishda kamayadi. Og‘riqni kuchaytiruvchi harakatlarga: bir oyoqqa tayanib turish, o‘rnidan turish, yurishning birinchi qadamlari, zinapoyaga chiqish va tushish, karavotda o‘girilish, oyoqlarni yon tomonga yoyish kiradi [3,4,15].

Yurishning o‘zgarishi simfizitning muhim belgisidir. Og‘riq tufayli ayol qadamlarini qisqartiradi va “o‘rdak yurishi” (chayqalib yurish) shakllanadi [2,4,15]. Tos sohasi palpatsiyasida og‘riq aniqlanadi, ba‘zi hollarda pubik simfiz ustidagi to‘qimalarning shishishi va qizarishi kuzatilishi mumkin.

Og‘irlik darajasi bo‘yicha klinik farqlar:

Yengil daraja – og‘riq faqat jismoniy yuklanishlarda (uzoq yurish, zinapoya, og‘ir narsa ko‘tarish) yuzaga keladi, dam olishda butunlay yo‘qoladi. Yurish



mexanikasi o'zgarmagan. Simfiz kengligi 7-9 mm [5,7]. O'rtacha daraja – og'riq doimiy, ammo intensivligi harakatga qarab o'zgaradi. Yurish mexanikasi o'zgargan ("o'rdak yurishi"). Kundalik faoliyat sezilarli darajada cheklangan. Simfiz kengligi 10-12 mm [7,9,19]. Og'ir daraja (simfizioliz) – og'riq juda kuchli, eng oddiy harakatlar ham qiyin. Ayol mustaqil harakatlana olmay qolishi mumkin. Simfiz kengligi 13 mm dan ortiq (ba'zan 20-30 mm gacha). Palpatsiyada tos suyaklarining patologik o'zgarishlari aniqlanadi. Asoratlar sifatida tos halqasining beqarorlashuvi, siydik chiqarish va defekatsiya aktlarining buzilishi, tug'ruqdan keyin bir necha oy yoki bir yilgacha davom etadigan og'riq va harakat cheklanishi kuzatilishi mumkin.

Diagnostika. Simfizit diagnostikasi kompleks yondashuvni talab qiladi va klinik tekshiruv, instrumental usullar hamda laborator tahlillarni o'z ichiga oladi. Diagnostikaning asosiy maqsadi – simfizitni erta aniqlash, uning og'irlik darajasini baholash, differensial diagnostika o'tkazish va tug'ruq usulini belgilash uchun zarur ma'lumotlarni to'plashdan iborat. Simfizit diagnostikasida birinchi navbatda akusher-ginekolog, ortoped va kerakli hollarda nevropatolog, fizioterapevt kabi mutaxassislarning hamkorligi muhim ahamiyatga ega. Klinik tekshiruv diagnostikaning asosiy bosqichi hisoblanadi. Tekshiruv anamnez yig'ishdan boshlanadi. Shifokor ayolning shikoyatlariga qarab, og'riqning qachon boshlanganini, qanday harakatlarda kuchayishini, og'riqning lokalizatsiyasi va xarakterini, shuningdek, avvalgi homiladorliklarda ham shunday muammolar bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlaydi. Anamnezda tos bo'g'imlari shikastlanishlari, biriktiruvchi to'qima kasalliklari, kalsiy va D vitamini yetishmovchiligi, siydik yo'llari infeksiyalari kabi omillarga alohida e'tibor qaratiladi. Homiladorlikning SJIF 5.219



qaysi haftasida simptomlar paydo bo'lganligi, og'riq intensivligi va ayolning harakat faolligi qanday o'zgarganligi haqida ma'lumot olinadi. Klinik tekshiruvning keyingi bosqichi – klinik tekshiruvdir. Pubik simfiz sohasi vizual tekshiriladi: terining rangi, shish, assimetriya, tos suyaklarining bir-biriga nisbatan holati baholanadi. Palpatsiya simfizit diagnostikasida eng muhim usullardan biridir. Shifokor simfiz ustiga barmoq bilan bosim berib ayolning og'riq reaksiyasini baholaydi. Simfiz kengaygan hollarda bo'g'im yorig'idagi bo'shliqni palpatsiya orqali aniqlash mumkin. Simfiziolda esa tos suyaklarining bir-biriga nisbatan patologik o'zgarishi aniqlanadi. Simfizit diagnostikasi uchun bir qator maxsus testlar qo'llaniladi. Patrick testi (yoki Faber testi) – ayol yotgan holatda bir oyog'ini tizza va son bo'g'imidan bukib, tovonini qarama-qarshi oyog'ining tizzasiga qo'yadi, so'ngra bukilgan oyog'ining tizzasini pastga bosadi [5,15]. Bu harakat pubik simfizga yuklanishni keltirib chiqaradi va simfizit mavjud bo'lganda og'riq paydo bo'ladi. Trendelenburg testi – ayol bir oyoqda turadi, shifokor esa tos suyaklarining holatini kuzatadi [7,15]. Simfizitda tayanch oyoq tomondagi tos suyagi pastga tushadi, bu esa simfizning beqarorligini ko'rsatadi. Menell testi – ayol yotgan holatda oyoqlarni bir-biriga siqadi, so'ngra shifokor qo'l bilan ikkala tizzani bir-biridan uzoqlashtirishga harakat qiladi. Simfizitda bu harakat og'riqni kuchaytiradi. Qaychi simptomi – ayol yotgan holatda oyoqlarini bir-biridan yoyishga harakat qilganda og'riq tufayli buni uddalay olmaydi [5,7]. Bu simptom simfizitga xos bo'lib, diagnostik ahamiyati yuqori. Instrumental tekshiruvlar ham simfizit diagnostikasida muhim rol o'ynaydi. Ultratovush tekshiruvi simfizit diagnostikasida birinchi navbatdagi instrumental usul hisoblanadi [1,5,16]. Ushbu usul homilador ayollar uchun xavfsiz, arzon, keng tarqalgan va yuqori informativ

SJIF 5.219



usuldir. Ultratovush tekshiruvda simfiz kengligi o'lchanadi – bu simfizitning asosiy ob'ektiv ko'rsatkichidir. Normal homiladorlikda simfiz kengligi 5-6 millimetrni tashkil qiladi. 7-9 millimetr oralig'idagi kengayish yengil darajadagi simfizitga, 10-12 millimetr o'rta darajaga, 13 millimetrdan ortiq kengayish esa og'ir darajadagi simfizit yoki simfiziolizga mos keladi. Ultratovush tekshiruvda shuningdek, bo'g'im atrofida to'qimalarning holati, shish, gematomalar, infeksiyon jarayon belgilari ham baholanadi. Rentgen tekshiruv simfizit diagnostikasida ancha informativ bo'lsa-da, homiladorlik davrida homilaga nurlanish ta'siri tufayli cheklangan holatda qo'llaniladi. Rentgen odatda tug'ruqdan keyingi davrda, simfiziolizga shubha bo'lganda yoki abdominal tug'ruq usulini belgilashda qo'shimcha ma'lumot olish uchun buyuriladi. Rentgen tasvirida simfiz kengligi, tos suyaklarining bir-biriga nisbatan vertikal siljishi, bo'g'im yuzalarining holati aniq ko'rinadi. Magnit-rezonans tomografiya (MRT) eng aniq va informativ usul bo'lib, homiladorlik davrida xavfsiz hisoblanadi. MRT pubik simfiz va uning atrofida yumshoq to'qimalarning batafsil tasvirini beradi, yallig'lanish jarayonlari, shish, gematomalar, bog'lamlar va tog'ay to'qimalarining holatini aniqlash imkonini beradi [6,7]. Biroq MRT qimmat usul bo'lganligi va keng tarqalmaganligi sababli, asosan murakkab va noaniq holatlarda qo'llaniladi. Laborator diagnostika simfizitni differensial diagnostika qilishga va infeksiyon asoratlarni aniqlashga yordam beradi. Klinik qon tahlilida leykotsitlar sonining oshishi va eritrotsitlar cho'kish tezligining (EChT) ortishi yallig'lanish jarayonini ko'rsatadi. Biokimyoviy qon tahlilida kalsiy, magniy, D vitamini darajasi aniqlanadi – bu metabolik omillarni baholash va korreksiya qilish uchun muhimdir. C-reaktiv oqsil darajasi yallig'lanish faolligini ko'rsatadi. Infeksiyon simfizitga

shubha bo'lganda, qon va siydikning bakteriologik tahlili, shuningdek, simfiz bo'g'imining suyuqligi mikrobiologik tekshiruvdan o'tkaziladi. Differensial diagnostika simfizitni boshqa kasalliklardan ajratish uchun muhim ahamiyatga ega. Simfizit ko'pincha quyidagi holatlar bilan farqlanishi kerak: lumbal va sakral osteoxondroz – bu holatda og'riq asosan bel sohasida lokalizatsiya qilinadi va oyoqqa tarqaladi, simfizga bosimda og'riq kuzatilmaydi; son-chanoq nervi nevropatiyasi – og'riq oyoqning orqa yuzasi bo'ylab tarqaladi, tos sohasida og'riq bo'lmaydi; siydik yo'llari infeksiyalari – og'riq siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lib, tos sohasidan ko'ra siydik pufagi proyeksiyasida kuchliroq bo'ladi; tos bo'g'imlari artriti – bir yoki ikkala son bo'g'imida harakat cheklanishi va og'riq kuzatiladi; appenditsit – og'riq o'ng qorin pastki qismida lokalizatsiya qilinadi, isitma va dispeptik simptomlar bilan kechadi. Differensial diagnostikada anamnez ma'lumotlari, klinik tekshiruv natijalari, instrumental va laborator tahlillar kompleks ravishda baholanadi. Simfizitga xos bo'lgan “qaychi simptomi”, “musbat Patrick testi”, simfiz palpatsiyasida og'riq, yurishning o'zgarishi kabi belgilar differensial diagnostikadagi asosiy mezonlar hisoblanadi. Simfizit diagnostikasining muhim jihatlaridan biri – uning og'irlik darajasini aniqlashdir. Bu tug'ruq usulini belgilash va davolash strategiyasini ishlab chiqishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Pubik simfiz kengligi 7-9 millimetr bo'lganda yengil daraja, 10-12 millimetr bo'lganda o'rta daraja, 13 millimetrdan ortiq bo'lganda og'ir daraja (simfizioliz) tashxisi qo'yiladi. Tashxislashda klinik belgilarning og'irligi, ayolning harakat faolligi, og'riq intensivligi va asoratlar xavfi hisobga olinadi.



Davolash usullari. Simfizitni davolash kompleks yondashuvni talab qiladi va kasallikning og‘irlik darajasiga, klinik belgilarning intensivligiga, homiladorlik muddatiga, shuningdek, asoratlarning xavfi mavjudligiga qarab har bir bemor ayolga individual tarzda belgilanadi. Davolashning asosiy maqsadlari og‘riq simptomini kamaytirish, pubik simfiz bo‘g‘imining beqarorligini bartaraf etish, ayolning harakat faolligini tiklash, asoratlarning rivojlanishining oldini olish va tug‘ruq jarayoniga tayyorgarlik ko‘rishdan iboratdir. Simfizitni davolashda konservativ usullar asosiy o‘rinni egallaydi, og‘ir holatlarda esa tug‘ruq usulini o‘zgartirish va tug‘ruqdan keyingi reabilitatsiya masalalari qo‘llaniladi. Konservativ davoning asosini ortopedik rejim tashkil etadi. Simfizit bilan og‘irgan ayollarga jismoniy faollikni cheklash, og‘ir narsalarni ko‘tarishdan, uzoq yurishdan, tik turishdan, bir oyoqqa tayanib turishdan, zinapoyaga tez-tez chiqish va tushishdan saqlanish tavsiya etiladi. Ayol o‘rnidan turganda, karavotda o‘girilganda sekin va ehtiyotkor harakat qilishi, oyoqlarini bir-biriga siqib, tizzalarini birlashtirgan holda o‘girilishi kerak. Uxlash uchun qattiq matras tanlash, oyoqlar orasiga yumshoq yostiq qo‘yib yotish pubik simfizga tushadigan yukni kamaytiradi. Yotgan holatda oyoqlarni bir-biridan yoymaslik, bir oyoqni ikkinchisi ustiga tashlamaslik muhimdir. Tayanch-bog‘lovchi vositalar simfizitni davolashda muhim rol o‘ynaydi. Maxsus tos bandaji yoki simfiz tasmasi tos halqasini siqib, simfiz bo‘g‘imining patologik o‘zgarishini cheklaydi va og‘riqni kamaytiradi. Bandajni tanlashda uning kengligi, siqish darajasi va materiali muhim ahamiyatga ega. Bandaj yotgan holatda, tos suyaklari simmetrik holatda bo‘lganda taqiladi va tik turgan holatda siqish darajasi sozlanadi. Bandajni kunduzi faol harakat vaqtida, ayniqsa yurish va tik turishda qo‘llash tavsiya etiladi, kechasi va dam olish vaqtida esa yechib olib qo‘yiladi.

SJIF 5.219



Bandajni noto‘g‘ri qo‘llash yoki haddan tashqari siqish qon aylanishini buzishi va homilaga zarar yetkazishi mumkin, shuning uchun uni shifokor tavsiyasi bilan tanlash va qo‘llash lozim. Fizioterapiya va maxsus mashqlar simfizitni kompleks davolashning ajralmas qismidir. Jismoniy terapiya simfiz atrofidagi mushaklarni – tos bo‘shlig‘i mushaklari, gluteal mushaklar, qorin mushaklari, sonning adduktor va abduktor mushaklarini mustahkamlashga qaratilgan. Mashqlar kompleksi individual tarzda, fizioterapevt nazoratida ostida tanlanadi. Kegel mashqlari tos bo‘shlig‘i mushaklarini mustahkamlaydi. Tos suyaklarini stabilizatsiya qiluvchi mashqlar – yotgan holatda tizzalarni bukib, oyoqlarni bir-biriga siqib, so‘ngra bo‘shatish; yotgan holatda tosni ko‘tarib tushirish; yonboshlab yotgan holatda oyoqlarni ko‘tarish va tushirish; hammom to‘pidan foydalanib mushaklarni kuchaytiruvchi mashqlar samarali hisoblanadi. Suvda mashq qilish – akvaerobika, suzish simfizga yuklanishni kamaytiradi va mushaklarni kuchaytirishga imkon beradi. Mashqlar paytida og‘riq kuchaymasligini nazorat qilish, o‘tkir og‘riq paydo bo‘lganda mashqni to‘xtatish va shifokor bilan maslahatlashish muhimdir. Og‘riqni qoldirish simfizitni davolashning muhim yo‘nalishidir. Homiladorlik davrida og‘riq qoldiruvchi vositalarni tanlash ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Paratsetamol (asetaminofen) homiladorlik davrida xavfsiz hisoblanadi va simfizitda og‘riqni qoldirish uchun birinchi tanlov preparati hisoblanadi [1,11,13]. Nonsteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar (NSAID) – ibuprofen, diklofenak kabilarni homiladorlikning uchinchi trimestrida qo‘llash mumkin emas [11,12,13], chunki ular homilada arterial kanalning erta yopilishiga va oligogidroamnionga olib kelishi mumkin. Birinchi va ikkinchi trimestrlarda esa ular qat‘iy shifokor nazoratida qisqa muddatli qo‘llanishi mumkin. Og‘riqni kamaytirish uchun SJIF 5.219



mahalliy sovuq kompresslar, iliq vanna, massaj ham qoʻllanilishi mumkin. Metabolik buzilishlarni korreksiya qilish simfizit patogenetik davosining muhim yoʻnalishidir. Kalsiy va D vitamini yetishmovchiligi aniqlanganda, tegishli preparatlar buyuriladi. Kalsiy karbonat, kalsiy sitrat, D vitamini (xolekalsiferol) kombinatsiyalangan preparatlari keng qoʻllaniladi. Kalsiyning sutkalik dozasi 1000-1500 milligramm, D vitaminining sutkalik dozasi 400-800 XB ni tashkil qiladi. Magniy preparatlari (magniy B6, magniy laktat) mushaklarning spazmini kamaytirishga va asab tizimini tinchlantirishga yordam beradi. Biokimyoviy qon tahlili nazoratida preparatlarning dozasi individual tanlanadi. Simfizitni davolashda fizioterapevtik usullar ham qoʻllaniladi. Magnitoterapiya simfiz sohasidagi yalligʻlanishni kamaytiradi, ogʻriqni qoldiradi va toʻqimalarning regeneratsiyasini tezlashtiradi. Akupunktura (iglorefleksoterapiya) ogʻriqni kamaytirishda samarali usullardan biridir. Lazeroterapiya va ultratovush terapiyasi ham ayrim hollarda qoʻllaniladi. Fizioterapevtik muolajalar homiladorlik davrida ehtiyotkorlik bilan, homilaga zarar yetkazmaslik tamoyiliga rioya qilgan holda buyuriladi. Gigiyenik tavsiyalar simfizitni davolashda yordamchi ahamiyatga ega. Ayolga qulay, barqaror poyabzal kiyish, poshnali poyabzaldan voz kechish tavsiya etiladi. Oʻtirganda orqasiga tayanch qoʻyish, oyoqlarni bir-biriga parallel holda, tizzalarni yon tomonga yoymasdan oʻtirish kerak. Mashina haydashda bel sohasiga tayanch qoʻyish, uzoq yoʻlga chiqishdan saqlanish lozim. Uy ishlarini bajarishda ogʻir yuklarni koʻtarmaslik, supurish, pollarni yuvish kabi ishlarni minimal darajaga kamaytirish tavsiya etiladi. Simfizitning infeksiyon shaklida davolashga antibiotiklar qoʻshiladi. Antibiotikni tanlash mikroorganizmning sezgirligiga, homiladorlik muddatiga va preparatning xavfsizligiga qarab amalga oshiriladi.

SJIF 5.219 585



Homiladorlik davrida qo'llash mumkin bo'lgan antibiotiklar – penitsillinlar, sefalosporinlar, makrolidlar hisoblanadi. Antibiotikoterapiya kursi odatda 7-14 kun davom etadi, davolash samaradorligi klinik va laborator ko'rsatkichlar asosida baholanadi. Simfizitni davolashda tug'ruq usulini belgilash muhim ahamiyatga ega. Simfizitning o'zi tug'ruq usuliga ko'rsatma emas chunki yengil va o'rta darajadagi simfizitda tabiiy tug'ruq yo'li bilan tug'ish mumkin. Biroq tabiiy tug'ruq vaqtida ehtiyotkorlik talab etiladi: tug'ruqning ikkinchi davrida oyoqlarni keng yoymaslik, majburiy qisqich yoki vakuum-ekstraksiyani qo'llamaslik, homilaning tez va shiddatli chiqishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Simfizit kengligi 10-12 millimetr va undan ortiq bo'lganda, simfizioliz xavfi mavjud bo'lganda, anamnezda simfizioliz bo'lgan ayollarda, katta homila va ko'p homiladorlik bilan birga kelgan simfizitda abdominal tug'ruq usuli tavsiya etiladi [8,9,11]. Abdominal tug'ruq pubik simfizit bo'g'imining tug'ruq vaqtida travmatizatsiyasini oldini oladi va simfizioliz rivojlanish xavfini keskin kamaytiradi. Tug'ruqdan keyingi davrda simfizitni davolash davom ettiriladi. Tug'ruqdan keyin relaksin darajasi pasayishi bilan simfizit bog'lamlari asta-sekin tiklana boshlaydi [6,15]. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ayolga yotoq rejimi, simfizit sohasiga sovuq kompresslar, bandaj qo'llash tavsiya etiladi. Og'riq qoldirish uchun parasetamol yoki laktatsiya davrida qo'llash mumkin bo'lgan nonsteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (ibuprofen) buyuriladi. Fizioterapiya va maxsus mashqlar tug'ruqdan 1-2 hafta o'tgach boshlanadi. Simfizioliz rivojlangan ayollar uzoq muddatli reabilitatsiyaga muhtoj bo'lib, ba'zi hollarda ortopedik vositalar (qo'litiq tayoq, korset) va maxsus fizioterapiya dasturlari talab etiladi. Simfizitni davolashda psixologik qo'llab-quvvatlash ham muhim ahamiyatga ega. Og'riq va harakat cheklanishi ayollarda



tashvish, depressiya, tugʻruqdan qoʻrquv, oʻz-oʻziga boʻlgan ishonchning pasayishiga olib kelishi mumkin. Shifokor ayolga simfizitning mohiyatini, davolash rejasini, prognozni tushuntirishi, uning savollariga javob berishi va psixologik yordam koʻrsatishi kerak. Kerakli hollarda psixolog yoki psixoterapevt maslahati tavsiya etiladi.

Profilaktika. Simfizit profilaktikasi xavf omillarini bartaraf etish va tayanch-harakat tizimini mustahkamlashga qaratilgan. Profilaktik chora-tadbirlar homiladorlikni rejalashtirish davridan boshlab, butun homiladorlik va tugʻruqdan keyingi davrni qamrab oladi [1,3,16]. Homiladorlikni rejalashtirish davrida anamnezda tos boʻgʻimlari shikastlanishlari, osteoxondroz, skolioz yoki birlashtiruvchi toʻqima displaziyasi boʻlgan ayollar simfizit rivojlanishi yuqori darajada boʻlgan guruhga kiritiladi. Ushbu ayollarga homiladorlikdan oldin mushak korsetini mustahkamlash – tos boʻshligʻi, qorin va bel sohasi mushaklarini kuchaytiruvchi mashqlarni muntazam bajarish tavsiya etiladi. Kalsiy, magniy va D vitamini yetishmovchiligining oldini olish simfizit profilaktikasining muhim yoʻnalishidir. Ushbu guruhdagi ayollarga profilaktik maqsadda kalsiy va D vitamini preparatlari buyurilishi mumkin. Jismoniy faollikni toʻgʻri tashkil etishda ogʻir narsalarni koʻtarish, uzoq vaqt tik turish, bir oyoqqa tayanib turish, zinapoyaga tez-tez chiqish va tushish kabi harakatlardan saqlanish kerak. Suzish, homiladorlar uchun yoga, pilates va yurish tavsiya etiladi. Tana vaznini nazorat qilish homiladorlik davrida optimal vazn ortishi, ayolning homiladorlikgacha boʻlgan tana massasi indeksiga bogʻliq: normal vaznli ayollar uchun 11-16 kg, ortiqcha vaznli ayollar uchun 7-11 kg, semiz ayollar uchun 5-9 kg. Shaxsiy gigiyena – siydik yoʻllari infeksiyalari va bachadon qoʻshimchalarining



yallig‘lanish kasalliklari simfizit xavfini oshirganligi sababli, ayol gipotermiyadan saqlanishi, jinsiy a‘zolar gigiyenasiga rioya qilishi, infeksiyalar erta aniqlanganda ularni o‘z vaqtida davolashi kerak. To‘g‘ri turish va harakatlanish mexanikasi – tik turganda og‘irlikni ikkala oyoqqa teng taqsimlash, bir oyoqqa tayanmaslik; o‘tirganda orqaga tayanch qo‘yish, oyoqlar parallel holatda ushlab; karavotdan turishda yonboshlab o‘girilib, qo‘llarga tayanib turish; barqaror, past va keng tovonli (2-4 sm) poyabzal kiyish tavsiya etiladi. Simfizit xavfi bo‘lgan ayollarga homiladorlikning II va III trimestrlarida ultratovush tekshiruvi orqali simfizit kengligini o‘lchash tavsiya etiladi. Simfizitning dastlabki belgilarida darhol ortopedik rejim, fizioterapiya va maxsus mashqlarni boshlash kasallik rivojlanishini to‘xtatadi.

Xulosa. Simfizit homiladorlik davrida uchraydigan oddiy og‘riq sindromi emas, balki ayolning hayot sifatiga jiddiy ta‘sir ko‘rsatadigan va tug‘ruq usulini belgilovchi muhim klinik muammodir. Kasallikning rivojlanishida gormonal o‘zgarishlar, biomexanik omillar, metabolik buzilishlar va yallig‘lanish jarayonlari o‘zaro chambarchas bog‘liq holda kechadi. Simfizitning erta tashxisi, ayniqsa ultratovush tekshiruvi orqali simfizit kengligini aniqlash, asoratlarning oldini olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Tabiiy tug‘ruq vaqtida ehtiyotkorlik – oyoqlarni keng yoymaslik [7,11,12], majburiy qisqich va vakuumdan voz kechish simfizit travmatizatsiyasini kamaytiradi. Tug‘ruqdan keyingi davrda reabilitatsiya choralari, jumladan fizioterapiya va mushak korsetini mustahkamlash to‘liq tiklanish uchun muhimdir. Simfizitning profilaktikasi homiladorlikni rejalashtirish davridan boshlanib, to‘g‘ri jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish va mikroelementlar yetishmovchiligini oldini olishni o‘z ichiga oladi. Xulosa qilib



aytganda, simfizitga nafaqat og‘riq sindromi, balki tug‘ruq taktikasini belgilovchi jiddiy klinik muammo sifatida qarash har bir homilador ayolning sog‘lig‘ini saqlash va tug‘ruqdan keyingi hayot sifatini yaxshilashning asosiy omilidir.

Adabiyotlar ro‘yhati:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal Care: Management of Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. London, 2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573945/>

2. Cleveland Clinic. Symphysis Pubis Dysfunction (SPD): Causes and Treatment. Ohio, USA, 2024.

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22122-symphysis-pubis-dysfunction>

3. NHS. Pelvic Pain in Pregnancy (PGP/SPD). United Kingdom, 2023.

<https://www.nhs.uk/pregnancy/common-symptoms/pelvic-pain/>

4. NHS Inform. Pelvic Girdle Pain During Pregnancy. Scotland, 2024.
<https://www.nhsinform.scot/healthy-living/pregnancy-and-maternity/pelvic-girdle-pain/> (<https://www.nhsinform.scot/healthy-living/pregnancy-and-maternity/pelvic-girdle-pain/>)

5. Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust. Pelvic Girdle Pain (PGP) in Pregnancy. Cambridge, 2024.

<https://www.cuh.nhs.uk/patient-information/pelvic-girdle-pain-ppg-in-pregnancy/>

6. Kanakaris N.K., Roberts C.S., Giannoudis P.V. Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain: An Update. BMC Medicine, 2011; 9(15): 1–10.

<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-15>

7. Vleeming A., Albert H.B., Ostgaard H.C., Sturesson B., Stuge B. European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pelvic Girdle Pain. European Spine Journal, 2008; 17(6): 794–819.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-008-0602-4>

8. Bjelland E.K., Stuge B., Engdahl B., Eberhard-Gran M. The Effect of Pelvic Girdle Pain on Pregnancy and Delivery. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2013; 92(1): 64–70.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12031>

9. Yoo J.J., Ha Y.C., Lee Y.K., Hong J.S., Kang B.J., Koo K.H. Incidence and Risk Factors of Symphysis Pubis Diastasis After Vaginal Delivery. Journal of Korean Medical Science, 2014; 29(2): 281–286.

<https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2014.29.2.281>

10. Jain N., Sternberg L.B. Symphysis Pubis Dysfunction During Pregnancy. Current Women's Health Reviews, 2017; 13(2): 102–109.

11. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., et al. Williams Obstetrics. 26th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2022.

<https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2977>

12. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 8th edition. Philadelphia: Elsevier, 2021.

13. DeCherney A.H., Nathan L., Laufer N. Current Diagnosis and Treatment: Obstetrics and Gynecology. 12th edition. New York: McGraw-Hill, 2019.



<https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2559>

(<https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2559>)

14. Reece E.A., Hobbins J.C. Clinical Obstetrics: The Fetus and Mother. 4th edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2018.

15. Physiopedia. Pregnancy Related Pelvic Pain. 2024.

https://www.physio-pedia.com/Pregnancy_Related_Pelvic_Pain

16. North Bristol NHS Trust. Pregnancy Related Pelvic Girdle Pain. Bristol, 2024.

<https://www.nbt.nhs.uk/maternity-services/pregnancy/pregnancy-complications/pregnancy-related-pelvic-girdle-pain-pgp>

17. Aldabe D., Milosavljevic S., Bussey M.D. Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain and Its Relationship With Relaxin Levels During Pregnancy: A Systematic Review. European Spine Journal, 2012; 21(9): 1769–1776.

18. Bastiaanssen J.M., de Bie R.A., Bastiaenen C.H., et al. Etiology and Prognosis of Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain. Spine, 2005; 30(17): 196–200.

https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2005/09010/Etiology_and_Prognosis_of_Pregnancy_Related.11.aspx

19. Albert H.B., Godsken M., Westergaard J.G. Prognosis in Four Syndromes of Pregnancy-Related Pelvic Pain. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2001; 80(6): 505–510.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2001.080006505.x>

20. Ostgaard H.C., Andersson G.B.J. Previous Back Pain and Risk of Developing Back Pain in a Future Pregnancy. Spine, 1991; 16(4): 432–436.
SJIF 5.219



https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1991/04000/Previous_Back_Pain_and_Risk_of_Developing_Back.8.aspx