



Azərbaycan Respublikasının
Təhsil Nazirliyi



Azərbaycan Respublikasının
Təhsil Problemləri
İnstitutu



Azərbaycan
Tibb Universiteti

COXDÖLLÜ HAMİLƏLİK ZAMANI HAMİLƏLİYİN DOĞUŞUN GEDİŞATININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

(Metodik vəsait)



Bakı - 2003

ÇOXDÖLLÜ HAMİLƏLİK

Çoxdöllü hamiləlik analar, döl və yenidoğulmuşlarda rast gəlen fəsadlara görə patoloji mamalığa aid edilir. Çoxdöllü hamiləlik zamanı doğuşlarda perinatal və uşaq ölümü təkdöllü doğuşlara nisbətən 3-4 dəfə artıqdır.

Bu da ana və döl üçün hamiləliyin fəsadlaşması, vaxtından əvvəl pozulması, doğuşun ağırlaşması ilə əlaqədardır.

Çoxdöllü hamiləlikdə doğuşun gedişi və nəticəsi hamilə qadının doğuşa hazırlanmasından, profilaktik tədbirlərin görülməsindən, doğuşun rəşional idarə endilməsindən asılıdır. Əsas şərtlərdən biri erkən diaqnoz qoyulmasıdır. Bu isə profilaktiki və müalicəvi tədbirlərin əvvəlcədən həyata keçirilməsinə zəmin yaradır. Çoxdöllülük bir və ya iki yumurta hüceyrəsinin mayalanması nəticəsində baş verə bilər. Çoxdöllü hamiləlik zamanı doğulan uşaqlar əkilər adlanır. Əkilər bir və ya iki müxtəlif follikulların mayalanmasından əmələ gəlir. Tək yumurta əkiləri bir yumurta hüceyrəsinin spermatozoidlə mayalanıb sonradan iki və ya daha artıq döl yumurtalarına bölünməsi nəticəsində əmələ gəlir. İki yumurta əkizi zamanı hər bir hüceyrə spermatozoidlə mayalanıb ayrıca döl yumurtasına çevrilir.

Çoxdöllü hamiləlik aşağıdakı hallarda rast gələ bilər:

- 1. Nəşildə çoxdöllülük.**
- 2. Fərdlərin qohum olması.**
- 3. Anamnezində aybaşı siklinin pozulması, sonsuzluq, hormonal müalicə, mayalanmanın stimulyasiya, hazırkı hamiləliyə qədər kontraseptivlərdən istifadə edilməsi.**
- 4. Ekstrakorporal maylandırma.**
- 5. Yaşlı təkrar doğan hamilə qadınlar.**

Sağlamlıqla əlaqədar olan xəstəlik və problemlərin Beynəlxalq statistika təsnifatının 10-cu yenidən baxılmasında (1995-ci il) çoxdöllü hamiləlik XV «Hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövr» (000-099) sinfində və XXI «Əhəlinin sağlamlıq vəziyyətinə təsir edən amillər və səhiyyə idarələrinə müraciət» (Z00-Z99) sinfində 2 bölmədə təqdim edilmişdir [3].

XV sinifdə çoxdöllü hamiləlik fəsilətlərə ayrılmışdır (şifr 030): ikiəkizli hamiləlik (030.0), üçəkizli hamiləlik (030.1), dördöllü (030.2); çoxdöllü hamiləliyin digər formaları (030.8).

Bundan başqa, 031 fəslində çoxdöllü hamiləlik üçün səciyyəvi olan ağırlaşmalar ayrılmışdır: bir və ya birdən çox dölün (031.0) abortundan sonra davam edən hamiləlik; bir və ya birdən çox dölün bətdaxili məhvindən (031.2) sonra davam edən hamiləlik; çoxdöllü hamiləlik üçün səciyyəvi olan başqa ağırlaşmalar (031.8).

032.5 fəslində bir və ya bir neçə dölün qeyri-düzgün gəlişi ilə çoxdöllü hamiləlik verilir, bu hal anaya tibbi xidmət göstərilməsini tələb edir.

Döl tərəfindən olan ağırlaşmalar əkilə ciftli transfuziya sindromu fəslində (043.0) təqdim olunmuşdur.

(084) fəslində çoxdöllü doğuşlar ayrılmışdır: tam özbaşına çoxdöllü doğuşlar (084.0); maşalar və vakuüm-ekstraktorun (084.1) tətbiqi ilə tam çoxdöllü doğuşlar; kəsər kəsiyi yolu ilə (084.2) tam çoxdöllü doğuşlar; müəyyənləşdirilməmiş (084.9) çoxdöllü doğuşlar.

XXI sinifdə «Reproduktiv funksiyalara aid şəraitlə əlaqədar olaraq səhiyyə idarələrinə müraciət» (Z30-Z39) bölməsində çoxdöllülük zamanı doğuşun nəticəsi (Z37) aşağıdakı fəsillərə ayrılmışdır: hər ikisi canlı doğulmuş əkilə uşaq (Z37.2); əkilə uşaqlardan biri canlı digəri isə ölü doğulmuşlar (Z37.3); hər ikisi ölü doğulmuş əkilə uşaqlar (Z37.4); hamısı canlı doğulanlar (Z37.5) digər çoxdöllü doğuşlar, hamı ölü doğulmuşlar (Z37.7); göstəricisi olmayan çoxdöllü doğuşlar (Z37.9).

Həmin bölmədə anadan olma yerinə görə aşağıdakı fəsillər təqdim olunmuşdur; stasionarda doğulanlar (Z38.3); stasionardan kənar doğulan əkilə uşaqlar (Z38.4); qeyri-təyin yerdə doğulan əkilə uşaqlar (Z38.5); çoxdöllü doğuşdan stasionarda digər yeni doğulanlar (Z38.6); çoxdöllü doğuşdan stasionardan kənar digər yeni doğulanlar (Z38.7); çoxdöllü doğuşdan qeyri-təyin yerdə digər yeni doğulanlar (Z38.8).

Yuxarıdan verilən təsnifat çoxdöllü doğuşların klinik-statistik təhlilində və tibbi xidmətin keyfiyyətinin qiymətləndirilməsində istifadə oluna bilər.

Müxtəlif tədqiqatların məlumatlarına əsasən hamiləlik arasında ilkin itki təbii döllənmə (mayalanma) nəticəsində əkilə hamiləlik zamanı uşaqların yaşama mümkünlüyü nəzəri olaraq qiymətləndirilmişdir [12]. Bu tədqiqatlara əsasən əkilə diri doğulmalar bütün döllənmiş əkilərlərin 2,05%-ni təşkil etmişdir, bununla belə canlı doğulmuşların ümumi miqdarı bütün döllənmişlərin 24,2%-dir.

C.Boklage [12] alınmış mə'lumatları təhlil edərək, aşağıdakı 3 mövqeni təklif etmişdir, bu nəinki mümkündür, həm də böyük dərəcədə həqiqətə uyğundur:

1. Hər səkkiz döllənmədən biri əkidir.

2. Hər doğulmuş əkilər cütünün 10-12 əkilə hamiləliyi birdövlü doğuşla başa çatır.

3. Bir dövlü 4 təbii döllənmənin biri birdövlü doğuşla başa çatır, ikili 50 döllənmənin ancaq biri doğuşla qurtarır.

Ona görə də bəzi müəlliflər hestasiyanın ilk 12 həftəsində pasientlərin çoxdövlüliyün mövcudluğuna dair mə'lumatlandırılmasından çəkinməyi təklif edirlər [5,21].

Bütün çoxdövlü hamiləliyin doğuşlarla qurtarması içərisində əkilərin 96-99% təşkil etməsilə əlaqədar olaraq, çoxdövlü hamiləliyin epidemioloji aspektlərini işıqlandıran ədəbiyyatda daha çox əkilər haqqında mə'lumatlar istifadə olunur [23,25].

Çoxdövlü hamiləliyin tezliyi ölkələr üzrə təsvir edilir. J.Little, B.Thompson [25] əkilərin çoxdövlü hamiləliyin tezlik səviyyəsinə görə ölkələri 3 qrupa bölməyi təklif edirlər. Aşağı səviyyə (1000 hamiləliyə 2-7) Uzaq Şərq ölkələrində (Yaponiya, Tayvan, Havayi); orta səviyyə (1000 hamiləliyə 9-20) Afrika, Amerika, Asiya və Okeaniya ölkələrinin çoxunda; yüksək isə (1000 hamiləliyə 20-dən çox) Afrika ölkələrinin hissəsində, xüsusilə Nigeriyada, Seyşel adalarında, Zimbabvedə, Transvaal vilayətində, Amerikanın bəzi hissələrində, xüsusilə Baham adalarında, Dominikan respublikasında, Yamaykada rast gəlinir. Rusiya çoxdövlü doğuşların aşağı göstəriciləri olan ölkələr qrupuna aiddir. RF Səhiyyə Nazirliyinin məlumatına görə, son 5 ildə çoxdövlü doğuşların payı əhəmiyyətsiz dərəcədə dəyişirdi, 1994 və 1998-ci illərdə uyğun olaraq 1000 doğuşa 7,6 və 7,4 olmuşdur. Belə ki, çoxdövlü hamiləlik içərisində əkilər 99%-ə yaxın təşkil edirdi.

W.William və Yr.Beck [1] çoxdövlü hamiləlik üzrə aşağıdakı statistikanı göstərir. Əkilərin doğulma tezliyi - 0,4-1,6%, əkilərin uşaqlar 1:90; üç əkilər – 1:90², dörd əkilər 1:90³. Doğulan əkilər arasında oğlan uşaqları çoxdur. Əkilərin doğulma tezliyini, müəlliflərin fikrincə, bu formula üzrə dəqiq hesablamaq olar: 87 doğuşa bir əkilər; 87 əkilər uşağa bir üç əkilər uşaq və s. düşür. 10 mln. doğuşa isə bir siam əkiləri düşür.

İqtisadi inkişaf etmiş ölkələrdə populyasiya tədqiqatları müasir reproduktiv texnologiyaların [17,29,32] istifadəsi ilə əlaqədar çoxdövlü hamiləlik səviyyəsinin artdığını göstərir.

Çoxdövlü hamiləlik eyni vaxtda yetişmiş iki və daha artıq toxum hüceyrəsinin mayalandırılması nəticəsində baş verə bilər, eyni zamanda bir mayalandırılmış toxum hüceyrəsindən bir və daha çox embrionların inkişafı həm özbaşına, həm də ovulyasiya, EKM və PE stimullaşdırılması zamanı da meydana çıxmaqla.

Beləliklə, ikitoxumlu (çoxtoxumlu) əkilərin uşaqların mənşəyi aşağıdakı kimi şərtlənmişdir:

- birdəfəlik ovulyasiya ilə (bir ovarial tsikl müddətində) bir yumurtalığın müxtəlif follikullarında yetişən yumurta hüceyrəsinin sonradan iki və daha artıq toxum hüceyrəsi tərəfindən mayalandırılması;

- hər iki yumurtalığın müxtəlif follikullarında yetişmiş iki və daha artıq yumurta hüceyrəsinin mayalandırılması ilə birdəfəlik ovulyasiya;

- bir follikulda yetişmiş iki və daha artıq yumurta hüceyrəsinin ovulyasiyası və mayalandırılması ilə;

- müxtəlif kişilərin spermatozoidləri ilə iki və daha artıq birdəfəlik ovulyasiya etmiş yumurtanın mayalandırılması ilə.

Belə bir fərziyyə də mövcuddur ki, artıq mövcud hamiləlik fonunda ovulyasiya etmiş yumurta hüceyrəsinin mayalandırılması da mümkündür.

Bir yumurtalı əkilərin uşaqların mənşəyi aşağıdakı kimi şərtləndirilə bilər:

- bir neçə spermatozoidlərlə çoxnüvəli yumurta hüceyrəsinin mayalandırılması ilə;

- bölünmə (doğranma) mərhələsində konseptusun (proembrion və ya predembrion) iki hissəyə bölünməsilə; hissələrin hər birindən döl (rüşeym, embrion) əmələ gəlir.

Üç əkilər uşaq biryumurtalı, müxtəlif yumurtalı ola bilər, həmçinin iki biryumurtalı və bir tək döl əmələ gəlməsi mümkündür.

Dörd dövlü hamiləlik bir yumurtalı, müxtəlif yumurtalı, iki əkilər uşaq; üç və bir tək döl ola bilər.

İki yumurtalı əkilər zamanı mayalanmış yumurta hüceyrələr bir-birindən asılı olmayaraq inkişaf edir. İmplantasiyadan sonra hər bir embrionun özünün amnion və xorionu əmələ gəlir; sonradan hər bir əkilərin özünün ciftinə malikdir, onların qan dövranı sistemi isə ayrıdır. Əgər toxum hüceyrəsinin implantasiyası bir-birindən uzaqda baş vermişsə, ciftlər qarşılaşmır. Yaxın məsafədən implantasiya zamanı embrionlar ümumi desidual qışaya malikdir, hər iki ciftin kənarı qovuşur, iki döl torbası arasında arakəsmə dörd qışadan ibarətdir; iki sulu və iki xovlu. Hər bir cift müstəqil damar şəbəkəsinə malikdir. Bəzən ciftlərin damarları arasında anastomozlar əmələ gəlir, bunun da səbəbi əkilərin qan təchizinin bərabər olmaması və onların qeyri-oxşar inkişafıdır.

İki yumurtalı əkilər bir cinsiyyətli, müxtəlif cinsiyyətli ola bilər. Onların qan qrupu bir və müxtəlif ola bilər.

Bir yumurtalı əkilər zamanı mayalanmadan başlayaraq hüceyrə kütləsinin bölünməsinə qədər vaxt məsafəsi sonradan onun cift-membran qarşılıqlı əlaqə tipini müəyyən edir. Əgər hüceyrənin bölünməsi embrional dövrün ilk 3-4 günündə, yəni morulun formalaşmasına qədər baş verirsə, monohüceyrəli dixorial diamniotik əkil olur (bütün monohüceyrəli əkinin 30%-ə qədər). Əgər bölünmə mayalanmadan sonra 5-ci və 8-ci günlər arasında baş verirsə, onda morula formalaşmış və xorion hüceyrələri differensiallaşmışdır, monohüceyrəli əkil monoxorial diamniotik olur ($\frac{2}{3}$ monohüceyrəli əkil, bütün əkil hamiləliyin $\frac{1}{5}$).

Hüceyrənin mayalanmadan 8 gündən sonra və daha bölünməsi monoxorial monoamniotik əkinin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır ki, bu da bütün monohüceyrəli əkilərin təxminən 1-2%-də baş verir və perinatal ölümün son dərəcə yüksək riskinə gətirib çıxarır [13,19,25].

13-cü gündən sonra bölünmə müxtəlif inkişaf qüsurlarının və döllərin bitişməsinin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bütün hüceyrəli əkilər dixorialdırlar, yəni müstəqil fetal damar şəbəkəsinə malik ayrılmış ciftlərə malikdir.

Monoxorial cift-vahid struktur olub, iki dölün qan dövrəni sisteminin plasentarı arasında 90% damarlı anastomoz tərkibə malikdir, bu da bir sıra hallarda əkil transfuziya-sindromunun inkişafı üçün, ya da fetofatal transfuziyalı sindromda əsas rol oynayır.

Risk amilini qiymətləndirmək və çoxdöllü hamilə qadınların aparılma taktikasını müəyyən etmək üçün çoxdöllü hamiləliyin tipini və onun neçə ciftli olmasını daha tez müəyyən etmək fəvqəladə dərəcədə mühümdür.

Çoxdöllü hamiləliyin diaqnostikası, onun həqiqiliyi, çoxdöllülük vaxtının müəyyən edilməsi həm ana, həm də döl üçün onun son nəticəsi alınmasında böyük əhəmiyyət kəsb edir [7].

Diaqnostika

Çoxdöllü hamiləliyin diaqnozunu qoyulması mürəkkəbdir. Çox zamanı diaqnoz doğuş zamanı qoyulur. Yolverilməz olan bu hal profilaktik tədbirlərin keçikməsinə səbəb olur.

Çoxdöllü hamiləliyin diaqnozu aşağıdakı əlamətlərə görə qoyulur: hamiləlik müddətinə nisbətən uşaqlıq dibini hündür olması, döllərin hərəkətinin ekrən hiss edilməsi (15-16 həftə), qadında gestoz əlamətləri olmadıqda (hamiləliyin 14-16 həftəsi) çəkisinin normadan artıq olması, xarici müayinə zamanı uşaqlıqda dölün üç və artıq olması, xarici müayinə zamanı uşaqlıqda dölün üç və artıq iri hissəsi, çoxlu kiçik hissələrin əllənməsi, auskultasiya vaxtı döllərin ürəkdöyünməsinin iki və daha artıq yerlərdə say fərqi ilə (10-15) eşidilməsi.

Çoxdöllülüyn diaqnozunda daha böyük informativ məlumatı dölün US, R-qrafik müayinəsi, fonoelektrokardiografiyası verir və çoxmayelilikdən, iri döldən və beçəxordan fərqləndirməyə imkan yaradır. Çoxdöllülüyn müəyyən olunmasında daha optimal metod ultrasəs skrining proqramının həyata keçirilməsi sayılır. Exoqrafiya nəinki çoxdöllülüyə erkən diaqnoz qoyulmasına kömək edir, hətta ciftin, amniotik boşluqların miqdarını müəyyən edir, yəni doğuşa qədər ciftin xarakterini aydınlaşdırır.

Çoxdöllü hamiləliyin US-diaqnostikası ilkin vaxtlarda uşaqlıq boşluğunda bir neçə embrionun vizual müşahidəsinə əsaslanır və artıq hestasiyanın 6-7 həftəsindən mümkündür [4,5,6]. Ancaq qadınların 42,2-68%-də uşaqlıq boşluğunda bir neçə döl yumurtasının I rübdə aşkar edilməsindən sonra əkilərin doğulması müşahidə edilmişdir [5]. Hamiləliyin ilkin vaxtlarında döl yumurtalarının bir hissəsi rezorbsiyaya (geri sorulmağa) məruz qalır [29,31]. İlk növbədə bu, çoxdöllü yumurtadan birinin anembrioniyası ilə əlaqədardır. Çoxsaylı müşahidələrin əksəriyyətində embrionsuz yumurta hamiləliyin artması nəticəsində tədrici rezorbsiyaya məruz qalır. İlkin vaxtlarda döl yumurtalarının sayı ilə çoxdöllü hamiləliyin sayı arasındakı uyğunsuzluğun digər səbəbi ilk vaxtlarda embrionun birinin məhv olmasıdır, bu da hadisələrin 7-10%-də itmiş əkil» («vanishing twin») fenomeni adı ilə məşhurdur [21,29,31]. Embrionun rezorbsiyası hestasiyanın ilk 7 həftəsi ərzində böyük dərəcədə müşahidə olunur və 14 həftədən gec rast gəlmir [29] «İtməmiş əkil» fenomeni bütün çoxdöllü doğuşun 21,2-30,8%-də həqiqətən təsdiq edilmişdir [28,29,31]. Uşaqlıq yolu ötürücülərinin istifadə olunması artıq hestasiyanın 4-5-ci həftəsindən çoxdöllülüyn diaqnostika etməyə imkan verib [2].

ABŞ, Kanada, Yaponiya, İngiltərə, Danimarka, Hollandiya, Avstriya, Norveç, İsveç və Finlyandiya kimi iqtisadi inkişaf etmiş ölkələrdə son 25 ildə çoxdöllü hamiləlik səviyyəsinin əhəmiyyətli artması aşkar edilmişdir [15,22,24,26,30,33,35]. Həmçinin Qonkonqda, İzraildə, Tayvan və Avstraliyada çoxdöllü hamiləlik səviyyəsinin yüksəlməsinə dair məlumatlar vardır. Hamiləliyin üç və daha artıq döllü artımı qeyd olunur. Belə ki, Amerika tədqiqatçıları 1971-1977 və 1996-cı illər ərzində çoxdöllü hamiləliyin üç və artıq döllü səviyyəsinin xüsusilə kəskin artmasını müəyyən etmişlər: üç döllü 4 dəfə, dörd döllü 11 dəfə və beş döllü isə 5 dəfə artmışdır [14,22]. Amerika və Avropa məlumatlarına əsasən, 70-ci illərin əvvəlindən 80-ci illərin ortasına qədər çoxdöllü hamiləlik səviyyəsinin artımı bütün hamilələr arasında 30-39 yaşlı qadınlara düşən payının yüksəlməsi ilə paralel baş verirdi [15,33], bu da qismən də olsa, müşahidə olunan ənənəni izah edir.

Bundan başqa, bu dövrdə əkiliz uşaqların artımı sonsuzluğu müalicə üçün [15,18] ovulyasiyanı stimullaşdıran hormonların tətbiqinin genişlənməsi nəticəsi hesab olunur. Şərqi Flandriyada çoxdöllü hamiləliyin planlı tətbiqinə əsasən, iki əkilizin miqdarının artması istisnasız olaraq sonsuzluğu müalicə üçün tətbiq edilən preparatlarla şərtlənir, belə ki, bu illər ərzində özbaşına (spontan) hamiləliyin sayı artmamışdır. Əgər 80-ci illərin ortasına qədər induksiyaşdırılmış iki əkilizin sayı nisbətən ləng, lakin, arası kəsilmədən, artırdısa, 1991-1992-ci ildə iki əkilizin induksiyaşdırılmış hamiləliyi artıq bütün iki əkilizin doğumundan $\frac{1}{3}$ dəfə artıq idi. 80-ci illərin ortasından EKM və PE kimi belə müasir üsulların tətbiqi çoxdöllü hamiləliyin tezliyində kəskin sıçrayışı əsaslandırdı. Əgər 1986-cı ilə kimi belə texnologiyalar zamanı çoxdöllü hamiləlik bütün yatrogen iki əkilizlərin əhəmiyyətsiz faizini təşkil edirdisə, artıq 90-cı illərin əvvəlində onlar Şərqi Flandriyada [15] bütün sün'i iki əkilizli hamiləliyin 35%-dən çoxunu təşkil edirdi. İsveçdə son illərdə çoxdöllü hamiləlik səviyyəsinin $\frac{1}{3}$ yüksəlməsini EKM-ya aid edirlər [10]. İngiltərədə EKM və PE-nin tətbiqi nəticəsində doğulmuş bütün uşaqların 50%-ə qədəri çoxdöllü hamiləlikdən baş verir. ABŞ-da EKM və PE-dən sonra doğumun 32%-ini ikili əkilizlər və 7%-ni və daha çoxunu üçlü əkilizlər təşkil edir.

L.Hamburger (İsveç) EKM və PE nəticəsində doğulmuş iki və üç əkilizlərin tezliyinə dair aşağıdakı məlumatları verir (cədvələ bax).

EKM və PE-dən sonra (1995-ci il) hamiləliyin nəticəsi (%-lə).

Ölkə	İki əkiliz uşaqlar	Üç əkiliz uşaqlar	Dörd əkiliz uşaqlar
Sinqapur	18	10,4	-
İtaliya	21	7,1	-
Latin Amerikası	22	6,3	0,8
ABŞ	29	6,0	0,6
İngiltərə	27	5,2	-
Kanada	21	4,4	-
Yaponiya	19	4,4	-
Belçika	30	2,3	-
Fransa	24	2,0	-
Finlyandiya	22	1,6	-
İsveçrə	25	0,9	-

Verilən cədvəldən görünür ki, iki əkilizlərin tezliyi 18-30%, üç əkilizlərinki isə 0,9-10,4% həddində təsvir edilir.

EKM və PE-dən sonra hamiləliyin əlverişsiz nəticəsinin başlıca riski yarımçıqlıq səviyyəsinin 5-6 qat yüksəlməsi və doğum zamanı bədənə aşağı kütləsi ilə müəyyən edilirsə, onda bu üsulun tətbiqindən sonra əlverişsiz nəticənin profilaktika üzrə əsas tədbirlər çoxdöllü hamiləlik səviyyəsinin aşağı salınmasına yönəldilməlidir [11,16,34]. Bunun EKM zamanı daşınan embrionlar sayının ikiyə qədər aşağı salınması ilə əldə olunması, idealda isə bir embrionun daşınması ilə kifayətlənməsi təklif olunur [16,34].

Rusiyada çoxdöllü hamiləliyin artımı əsasən iri şəhərlərdə qeydə alınır, burada sonsuzluğun müalicəsi üzrə klinik mərkəzlər fəaliyyət göstərir. Belə ki, Moskvada son 2 ildə (1997-1998-ci illər) çoxdöllü doğuşlar hər 1000 doğuşa 8,4 təşkil etmişdir ki, bu bütövlükdə Rusiya ilə müqayisədə yüksəkdir.

Ədəbiyyatda ölkələr üzrə plasentasiya tiplərinin müxtəlif tezliyinə dair məlumatlar vardır. ABŞ ilə müqayisədə Yaponiyada monoxorial diamniotik iki əkilizlər çox, dixorial diamniotiklər isə azdır.

Mayalandırılmış yumurta hüceyrələrinin birində inkişaf edən monohüceyrəli iki əkilizlərin tezliyi bütün dünya üzrə nisbətən stabil olub, hər 1000 hamiləliyin 3,5-5-nə çatır [13,25]. Deməli, ölkələr arasında iki əkilizli çoxdöllü hamiləliyin səviyyəsindəki fərq əsas etibarilə iki müxtəlif yumurta hüceyrəsinin mayalanma nəticəsi olan di hüceyrəli iki əkilizlərin tezliyindəki müxtəlifliklə şərtlənir.

Populyasiyada di hüceyrəli iki əkilizlərin tezliyinə nəzarət edən əsas amillərdən biri yumurtalağın follikullarının böyüməsinə və yetişməsinə təsir edən hipofizar qonadotropinlərin sekresiyası hesab olunur [13]. Məlumdur ki, di hüceyrəli iki əkilizlərin tezliyi ana və atanın yaşı ilə yüksəlir, eyni zamanda qadının irqi mənsubiyyətindən asılı olaraq dəyişkən şəkildə göstərilir. Analıq yaşının artması ilə hipofizar qonadotropinlərin sekresiyası səviyyəsinin yüksəlməsi arasında əlaqə, həmçinin onların neqroid irqi qadınlarında yüksək

səviyyəsi və yapon qadınlarında aşağı olması, avropalılarla müqayisədə, belə bir fərziyəni təsdiq edir ki, dünyanın müxtəlif regionları arasında dihiüeyrəli iki əkilzilər səviyyəsilə hipofizar qonadotropinlərin sekresiya səviyyəsində fərq vardır [25]. Qeyd edilən amillərdən başqa, dihiüeyrəli iki əkilzilərin tezliyi genetik mənsubiyyətdən (bir ailədə iki əkilz uşaqların təkrarı izlənilmişdir), ətraf mühitin bəzi amillərindən, qidalanmadan, mövsümi tərəddüdlərdən asılıdır. Son vaxtlarda müəyyən edilmişdir ki, fertilliyə təsiredici hormonal preparatlardan və digər üsullardan geniş istifadə edilməsi çoxdöllü hamiləliyin səviyyəsinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir [13,15]. Belə ki, Rusiya da daxil edilməklə, populyasiyanın böyük hissəsi üçün xarakter olan ikili əkilzlərdə çoxdöllü hamiləliyin orta hesabla $\frac{2}{3}$ -ni dihiüeyrəli və $\frac{1}{3}$ -ə qədər isə monohüeyrəli əkilzlər təşkil edir [25].

Statistik məlumatlar çoxdöllü hamiləlik tezliyinin doğum səviyyəsi ilə korrelyasiyasını göstərir, bu zaman doğum sayı ilə müqayisədə çoxdöllü hamiləliyin artmasının daha intensiv sürəti qeyd olunur

B.Lukenin məlumatına görə, ABŞ-da doğum sayının kəskin artımı, İkinci dünya, həm də Koreya müharibəsindən sonra, 70-ci illərin əvvəlinə doğru tədricən aşağı endi, sonra isə doğumun sayı yenidən artmağa başladı. 1975-ci ilə qədər çoxdöllü doğuşların sayı bir döllü doğuşların sayına paralel olaraq dəyişirdi. 1973 və 1990-cı illər arasında əhalinin reproduktiv davranışında belə dəyişikliklərlə əlaqədar olaraq (uşaq doğmanın gecikdirilməsi, eləcə də köməkçi reproduktiv texnologiyaların geniş tətbiqi ilə əlaqədar), çoxdöllü doğuşların artması sürətində müəyyən dəyişikliklər baş verdi. İkili əkilzlərlə doğum tezliyi təkdöllü doğuşlarla müqayisədə 2 dəfə artdı (uyğun olaraq 65 və 32% artımı), ancaq çoxdöllü doğuşların artım tempi daha yüksək dərəcədə, təkdöllü doğuş zamanı olduğundan 7 dəfə çox oldu (uyğun olaraq 22,1 və 32%).

Dövlət statkomunun məlumatına görə RF-də ikili əkilzlərin rəsgəlmə tezliyinin artımı qeyd olunur: 1995-ci ildə hər 1000 doğuşa 5,9; 1996-cı ildə nisbətən cüzi tərəddüdlə 6,6 (1995-ci il – 9,3%;, 1999-cu il 8,4%) düşür. Qeyd edilən ənənə həm şəhər, həm də kənd əhalisi arasında nəzərə çarpır.

Çoxdöllü hamiləliyin «ideal nəticə» konsepsiyası maraq doğurur, bu da B.Luke və S.Leurgange [27] tərəfindən elan edilmişdir. Onların işi 1989-dan 1991-ci ilə qədər və 1993-cü ildə hər il Tvinsburqda keçirilən (Oqayo ştatı, ABŞ) «Əkilzlər günü» festivalında aparılan tədqiqatlara əsaslanır. Müəlliflər 924 anadan onların 1848 əkilzi haqqında sorğu aparmışdılar. Bu sorğunun nəticələrinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, çoxdöllü hamiləliyin «ideal» nəticəsi hamiləliyin 35-38-ci həftəsində baş verən doğumdur; doğum zamanı əkilzin orta çəkisi 2500-2800 q-dır.

Hamiləlik nəticəsi «ideal» hesab olunan qadınlar az papiros çəkirdilər, çəkidə isə «qeyri-ideal» nəticəli qadınlara nisbətən daha çox artırdılar (orta hesabla demək olar ki, 18,5 kq).

Hamiləliyin gedişi

Çoxdöllü hamiləliyin, gedişində yalnız 15-30 % hallarda hamiləlik fizioloji keçir, 70-85 %-i isə fəsadlaşır.

Ağırlaşmalar arasında ən çox rast gəlinən uşaqsalma və vaxtından qabaq doğuşdur. Hamiləliyin pozulması (hər 2 nəfərdən birində) üçün ən təhlükəli müddət 8-12, 18-20. 31-34 həftələrdir. Çoxdöllü hamiləlikdə özbaşına uşaqsalma halları uşaqlıq əzələsinin funksional çatışmamazlığından irəli gəlir. Bu da onun həddən artıq gərginləşməsi və bioelektrik fəaliyyətinin artması ilə əlaqədardır.

Çoxdöllü hamiləlikdə uşaqsalma və vaxtından qabaq doğuma uşaqlıq boyunun yararsızlığı da səbəb olur.

Fəsadlar arasında tez-tez rast gəlinən hamiləlik anemiyasıdır (hər 3-cü qadında).

Ağırlaşmalardan biri də (3-5 % hallarda) çoxmayelilikdir. Bu halda uşaqlıq ölçülərinin həddən artıq böyüməsi ürək ürək çatmamazlığı əlamətlərinin (təngnəfəslik, taxirkardiya) yaranmasına səbəb olur.

Çoxdöllü hamiləliyin ikinci yarısında rast gəlinən daha bir ağırlaşma gestozlardır (hər 5 nəfərdən birində). Onlar hamiləliyin erkən müddətində baş verir, ağır keçir və çox zaman müalicə kifayət dərəcədə nəticə vermir.

Çoxdöllü hamiləlikdə ana bətnində dölün inkişafdan qalması kimi ağırlaşma da rast gələ bilər.

Yuxarıda göstərilən fəsadlar zamanı aşağıdakı tədirlər görülməlidir:

Hamiləliyin erkən pozulma təhlükəsində uşaqlıq boynu hətta 4 sm açıq olduqda belə hamiləliyin müddətini davam etdirmək üçün uşaqlıq əzələsinin yığılma qabiliyyətini azaltmaq məqsədilə müdafiə-yataq rejimi, rəasional qida, spazmolitik. Badrenomitiklərin təyini, nəm oksigen, ağrısızlaşdırmaq, qorxu və digər mənfi emosiyaların aradan qaldırmaq məqsədilə sedativ dərmanlardan istifadə olunması, uşaqlığının elektrorelaksasiyası, iynə refleksoterapiya aparılması məsləhət görülür.

İstmiko-servikal çatmamazlıq olduqda uşaqlıq boynu bərpa olunmalıdır.

Anemiya oldunda hamilə qadınlara antianemik müalicə təyin olunur. (10-14 gün müddətində gündə 5-6 qr qədər dəmir preparatları 1 qr dəmirə 0,1 qr askorbin turşusu – yeməkdən 30-40 dəqiqə sonra, hemostimulin 0,6 qr gündə 3 dəfə, vit. B₁₂ 200 mkq əzələdaxilinə

Günaşırı vena daxilinə 50,0 40 % qlükoza+300 mq askorbin turşusu və 50-100 mq kokarboksilaza, 1 ml-10 % kardiziol, 5 %-li natrium bikarbonat, 150-200 ml vena daxilinə damcı üsulu ilə). Dölyanı mayenin çoxluğunda antibakterial, dehidrotsion, vitaminoterapiya təyin edilməli,, nəticə vermədikdə hamilə qadının vəziyyətini nəzərə alaraq hamiləliyin pozulması məqsədəuyğun sayılır.

Gestozlarda müdafiə-müalicə rejimi (yuxu və istirahət, Şarko miksturası, refleksoterapiya); brom; kofein; hipotenziv terapiya (eufillin); spazmolitiklər (no-şpa, papaverin); damar keçiriciliyi qabiliyyətinin artırılması (rutin, vitamin C); hipovolemianın aradan qaldırılması; su-duz mübadiləsinin tənzimlənməsi (diuretik dərmanlardan biri); dölün bətnə daxili hipoksiyası və hipotrofiyasının profilaktika və müalicə tədbirləri görülməlidir.

Ana bətnində döl yumurtasının tələf olması baş verdiklə kliniki gedişi başlanğıc uşaqsalmanı xatırladır (cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat).

Bu halda müdaxilə ehtiyatla və US müayinəsi ilə dölün ürək döyünməsinin olmaması təsdiqindən sonra aparılmalıdır.

Çoxdöllülükdə doğum və fəsadları

Təxmini doğum vaxtını təyin etmək üçün sonuncu aybaşı və US müayinəsi ilə alınmış dölün biometrik ölçülərinə əsaslanmaq lazımdır.

Çoxdöllülükdə 36 həftədən sonra doğum şərti olaraq vaxtında doğum hesab edilir. Bu isə lazım gələndə doğuşa hazırlıq və süni həftəsindən sonra yenidoğulmuşlar və ciftə gecikmə əlamətləri rast gəlinir.

Doğuşun gedişi aşağıdakı faktorlardan asılıdır:

- hamiləliyin müddəti
- orqanizmin hazırlığı
- döllərin vəziyyəti, kütləsi
- uşaqlıq boynunun hazırlıq dərəcəsi
- doğuş fəaliyyətinin xüsusiyyəti, su qovuğunun təmliyi, dölyanı mayenin miqdarı
- ciftlərin sayı və yerləşməsi
- döllərdə nəzərə çarpan inkişaf anomaliyalarının olması.

Çoxdöllü hamiləlik zamanı çox vaxt doğuş ana və döl üçün fəsadlara keçir. Bununla əlaqədar doğuşun idarə edilməsi məmaliğin mürəkkəb problemlərindən biri sayılır. Birinci dölün köndələn vəziyyətdə olması, dölyanı mayenin vaxtsız axması, doğum fəaliyyətinin zəifliyi kimi fəsadlara rast gəlinir. Doğuşda ən ağır fəsadlardan bir ciftin vaxtıdan əvvəl ayrılması, hətta ikinci döl doğulana qədər düşməsidir. Bu ağırlaşma uşaqlıq həcmnin kiçilməsi və daxili təzyiqin artması ilə əlaqədardır.

Çoxdöllülük zamanı qorxulu fəsadlardan biri də döllərin ilişməsidir (kolliziyası)

Çoxdöllü hamiləlikdə vaxtından qabaq doğuşun aparılması xüsusiyyətləri

Yetişməmiş hamiləlikdə (28-36 həftə) doğum fəaliyyəti başladıqda su kisəsi tam olarsa uşaqlıq boyunun açıqlığı 4 sm-ə qədər olarsa hamiləliyi uşaqlığın yığılma qabiliyyətini tormozlandırmaq yolu ilə mümkün qədər uzatmaq daha məqsədəuyğundur. (B adrenomimetiklər və digər dərmanlar). Qadına yataq rejimi, rəasional qida (maye və yağlı qidaları az qəbul etmək), uzunmüddətli osigenasiya (nəm oksigen) təyin edilir.

Qorxunu götürmək, ağrısızlaşdırmaq məqsədilə trankvilizatorlar təyin olunur. Tokoliz effekt vermədikdə müntəzəm doğum fəaliyyəti olduqda doğan qadına adi dozada spazmolitik və analgetiklər verilir.

Dölyanı mayenin cüzi axması döl qovuğunun təmliyinə şübhə olarsa doğan qadına dinamik nəzarət olunmalı (teromometriya, qan analizi, cinsiyyət yollarından axan ifrazatın xarakterinə nəzarət) və iltihaba qarşı mübarizə aparılmalıdır (nitrofuran, antibiotiklər).

Diamniotik çoxdöllü doğan qadınlarda birinci dölün dölyanı mayesi vaxtından qabaq axdıqda ikinci dölün su qovuğu bütün olarsa gözləmə həkim praktikası aparılır. Bununla yanaşı, cift qan dövranını normallaşdırmaq və yenidoğulmuşlarda tənəffüs çatmamazlığının profilaktikası məqsədilə müalicə tədbirləri görülməlidir. (40 %-li qlükoza, 5 %-li askorbin turşusu, sigetin kokarboksilaza, oksigen, qlükortikoidlər).

Monoamniotik çoxdöllü hamiləlikdə dölyanı maye vaxtsız axarsa orqanizmi doğumu sürətləndirmədən doğuşa hazırlamaq lazımdır. (EVQ fon, abdominal dekompressiya, elektroanalgeziya). İltihabi pro-

sesə və dölün hipoksiyasına qarşı profilaktik tədbirlər aparılmalıdır. Doğum fəaliyyətinin zəifliyi olduqda stimulyasiya ehtiyatla aparılmalıdır.

Birinci döl sağrı gəlişində olarsa doğuş konservativ aparılır.

İkinci dövrdə doğum fəaliyyətinin zəifliyi olduqda oksitosin vena daxilinə yeridilir. İrəliləyən gələcək hissəni travmadan qorumaq məqsədilə pudendal olaraq aralığa 0,25 %-li novokain məhlulunda lidaza, papa-verin vurulur, ya da perineotomiya ekpiziotomiya aparılır.

Qovulma dövrü sürətli olduqda görkəmə əks böyrü üstə uzatmaq, güc verməyə icazə verməmək, oksigen ilə dərinə nəfəs almaq təklif olunur. Döl kafi vəziyyətdə olduqda Sovyanov üsulu ilə əl yardımı aparılır, hipoksiya halı olduqda isə döl ixrac əməliyyatı ilə xaric edilir.

Yetişmə dərəcəsini qiymətləndirməkdə onların çəkisinin az olması həlledici faktor olmalıdır. Çoxdöllü hamiləlikdə dölün antinatal inkişafı və ağciyərlərin yetişməsi təkdöllü hamiləliyə nisbətən erkən baş verir (33-34 həftəsində). Yenidoğulmuşların ağciyər toxuması kifayət qədər yetişmiş olur. Respirator sindromun yaranması gümanı çox azdır.

Yenidoğulmuş ekizlər uşaq şöbəsinə köçürülür. Kəskin yetişməməzlik əlamətləri olduqda yenidoğulmuşlar güvzlərə yerləşdirilir və göstərişlə intensiv terapiya aparılır.

Doğuşun idarə edilməsi

Birinci döl boylama vəziyyətdə olduqda doğuşun birinci dövrü təkdöllü hamilliklə olduğu kimi aparılır. Doğum fəaliyyətinə, gələcək hissənin irəliləməsinə, ürək döyünməsinə, dölün mayenin axması vaxtına nəzarət edilir. Dölün baş gəlişi adi qaydada, çanaq gəlişi isə Sovyanov üsulu- əl yardımı ilə aparılır.

Dölün mayenin vaxtsız axması və doğum fəaliyyətinin zəifliyi olduqda doğuş təkdöllü hamiləlikdə olduğu kimi idarə edilir.

Uşaq boynu yetişməmiş ya da kifayət qədər yetişməmiş olduqda prostoqlandinlərdən istifadə etməə məsləhət görülür.

Doğum fəaliyyətinin zəifliyində uşaq əzələsinin yığılma qabiliyyətini artıran dərmanlardan ehtiyaqla istifadə edilməlidir. Sürətləndirmək məqsədilə oksitosin, Q2 prostoqlandin ilə birlikdə verilməsi məqsəduyğundur. Oksitosin vena daxilinə 5 vahid (1 ml) 5 %-li 500 ml qlükoza və ya fizioloji məhlulda damcı şəklində 1 dəqiqədə 5 damcıdan başlayaraq sonradan hər 10 dəqiqədən bir 4-5 damcı artıraraq uşaq əzələsinin yığılma qabiliyyətindən asılı olaraq maksimum 1 dəqiqəyə 35-40 damcı olmaq şərtlə yeridilir.

Doğum fəaliyyəti qüvvətli və ya diskoordinasiya olarsa spazmatiklərdən istifadə edilməsidir.

Döl çanaq gəlişində olduqda doğumun birinci dövrü konservativ aparılır.

Qovulma dövrü isə oksitosin vena daxilinə damcı şəklində ya da fraksiya yeridilməklə aktiv aparılır. Bununla yanaşı, dölün hipoksiyasının profilaktikası üçün tədbirlər görülməlidir (vena daxilinə 40 %-li qlükoza məhlulu 20,0+5 %-li vitamin S₂, 1%-li siqetin 2,0-4,0 kokarboksilaza 100 mq, oksigenlə inhalyasiya).

Birinci döl doğulandan sonra ikinci döldə hemotransfuzion sindromun qarşısını almaq məqsədilə göbək ciyəsinə təcili sıxıcılar qoyulmalıdır. Sonra daxili müayinə aparılmalı və ikinci dölün vəziyyət gəlişindən asılı olaraq müvafiq tədbir görülməlidir.

İkinci dölün su qovduğu özy yırtılmasa onu 20-25 dəq. Sonra açmaq məsləhət görülür. Bu tədğir sonun vaxtından əvvəl soyulması və zahılıq qanaxmasının profilaktikası məqsədilə aparılır.

Birinci döl köndələn vəziyyətdə olarsa doğuşun idarə edilməsi müəyyən çətinlik törədir. Döl yaşamaq qabiliyyətinə malik olarsa doğuş fəaliyyəti başladıqda doğuşu kəsar kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatdırmaq məsləhət görülür. İkinci döl köndələn vəziyyətdə və hərəkətli olduqda su kisəsini açmalı, dölü aaq üzərinə döndərərək ixrac etmək lazımdır (klassik döndərmə).

Çəkisi 3 kq və artıq, fəsadlı mamalıq anamnezi, birinci dölün operativ yolla xaric edilməsi olarsa kəsar kəsiyi əməliyyatı aparılmalıdır.

Diri döllərin ilişməsi (kslliziyası) olduqda doğuş kəsar kəsiyi əməliyyatı ilə, ödü olduqda embriotomiya ilə başa çatdırılmalıdır.

Çoxdöllü hamiləlikdə döllərdə anadangəlmə qüsurlar meydana çıxanda (monoamniotik tiplərdə rast gəlin bitişmiş ekizlər) doğuşun aparılması xüsusilə çətinləşir. Bu anomaliyalar doğuşa qədər ultrasəs və rentgen müayinədə aşkara çıxarılmalıdır. Başın kiçik ölçülərində bəzi bitişmələrdə (başların bitirmələrində) doğuş özbaşına keçə bilər.

Bəzən çoxdöllü hamiləlikdə uşaq əzələsinin həddən artıq gənəlməsi üzündən, gücvermə zəifləyir. Bu zaman döl üçün hipoksiya, ana üçün infeksiya təhlükəsi olur. Hər iki ağırlaşmaya qarşı vaxtında tədbir görülməlidir (40 %-li qlükoza məhlulu, 5 %-li askorbin turşusu, siqetin, kokarboksilaza, oksigen, güc sa-

nıclarını stimulyasiya etmək üçün damcı şəklində oskitosin). Qarın pressı çatmamazlığı olduqda süni dayan Verbov mələfəsindən istifadə olunmalıdır. Görülən tədbirlər nəticə verməyə, dölün hipoksiya təhlükəsi olsa doğuşu vakuum-ekstraksiya və ya maşa ilə qurtarmaq lazımdır.

Çox zaman çoxdöllü hamiləlikdə doğum təbii doğum yolları vasitəsilə başa çatır, lakin ana və döl üçün risk artıdığı hallarda kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır. Çoxdöllü hamiləlik zamanı keçsar kəsiyi əməliyyatı aparılır. Çoxdöllü hamiləlik zamanı kesar kəsiyə əməliyyatına göstəriş aşatıdakılardır:

1. Uşaqlıq boyunun hamiləliyin 38-ci həftəsinə hazırlıqsız olması və dölün bətdaxili hipoksiyasının müalicəsi nəticə vermədikdə.
2. İlk doğanlarda yetişmiş hamiləlikdə hər iki dölün çanaq gəlişində, köndələn vəziyyətdə olması ilə yanaşı fəsadlı mamalıq anamnezi, yaşı 28-dən artır, sonsuzluq, uşaqsalma olduqda.
3. Yetişmiş hamiləlikdə doğum fəaliyyəti başlayan zaman birinci dölün köndələn vəziyyətdə olduqda.
4. Doğum zəifliyində 3 saat müddətində sürətləndirmə nəticə vermədikdə.
5. Başqa hallarda kesar kəsiyi əməliyyatı ümumi göstərişlər daxilində ola bilər: ana tərəfindən ekstragenital patologiya, mamalıq ağırlaşmaları (uşaqlıq qanaxmaları, gestozları ağır formaları).

Son və zahılıq dövrünün gedişi və aparılması

Sonların ayrılmasını təyin etmək üçün ultrasəs müayinəsindən istifadə edilir. Qan itkisinin miqdarı birinci döl doğulduğu vaxtdan hesab edilməlidir və 150-200 ml-dən artıq olmamalıdır.

Çoxdöllü hamiləlikdə doğuşun son dövründə qanaxma təhlükəsi var. Bu da uşaqlığın yığılma qabiliyyəti ilə əlaqədardır. Qanaxmanın profilaktikası birinci döl doğulduqdan 15-20 dəqiqə sonra başlanmalı, üçüncü dövrdə davam etməli və zahılıq dövründə tamamlanmalıdır. Son dövründə qanaxmanın profilaktikası ikinci dölün qovuğunun yırtılmasından, müalicə tədbirlərindən (vena daxilinə oksitosin məhlulu ilə yanaşı 1 ml 0,02 metileqrometrin 20 ml 40 %-li qülkoza məhlulunda) ibarətdir. Bu tədbirlərin orta qan itkisini və doğuşdan sonrakı hipotonik qanaxmaların sayını azaldır. 20 dəqiqə müddətində cift ayrılmasa əllə müdaxilə etmək lazımdır.

Zahılıq dövrü uşaqlığın geriye inkişafının (involyusiya) pozulması, süd ifrazının ləngiməsi (laktostaz) ilə fəsadlaşa bilər. Bəzi hallarda infeksiya ağırlaşmalar da baş verə bilər. Profilaktika məqsədilə uğeronik preparatlardan (oksitosin 5 vah əzələ daxilinə, sutkada 2 dəfə 5 gün müddətində) nitrofuranlardan (furazolidon 0,05 2-3 dəfə) istifadə edilməlidir.

Bu tədbirlərin doğuşdan sonra 5 gün müddətində aparılmalıdır.

Çoxdöllü hamiləlik qeyd olunduqda qadınlara məsləhətxana həkimləri daha fəal və məsuliyyətlə nəzarət etməlidirlər. Əlavə müayinə üsullardan ultrasəs müayinəsi (4 həftədən bir), kardiografiya, hamiləliyin 34-cü həftəsindən qanın ətraflı müayinəsi (hemotokrit, retikulositlər, dəmir zərdabı, kaoqulogramma, ümumi zülal, bilirubin, qalıq azot), mümkün olduqda fetoplasentar kompleksi qiymətləndirməlidir.

Hamiləliyin 35-36 həftəsində qadınlar hamiləliyin patologiyası şöbəsinə yerləşdirilməlidirlər. Kliniki, hərtərəfli müayinə aparılmalı, doğumun rəasional idarə edilməsi taktikası seçilməlidir.

Qadın məsləhətxanası çoxdöllü hamiləlik aşkar edilən kimi aşağıdakı profilaktik tədbirlər mütləq aparılmalıdır.

1. Müalicə-müdafiə rejimi
2. Hamilələrə keyfiyyətli qidalar, zülal və vitaminlərlə zəngin qidaların (ət, kəsmik) verilməsi məsləhət görülür.
3. Qadına hamiləliyin pozulma təhlükəsində brikanil 0,0025 (gündə ½ həbb, 1-2 dəfə), partusisten 0,005 (gündə ¼ həbb 1-2 dəfə) turinal, spazmolitiklər vermək lazımdır.
4. Anemiya olduqda (fermopleks gündə 2 tabl. 4 dəfə ferroseron 0,3x3 dəfə) uzunmüddətli (3 aya qədər) ağızdan 70 mq-dan az olmayan dəmir preparatları verilir.

Beləliklə, ədəbiyyatın icmalı göstərir ki, müasir şəraitdə çox döllü hamiləlik bir sıra ölkələrdə elmi tədqiqat obyektı olmuşdur. Bununla yanaşı, bu problemin metodoloji aspektləri kafi dərəcədə işıqlandırılmamışdır, bu da təqdim edilən icmalın hazırlanmasına təkan vermişdir.

ӘДӘБИҮҮАТ

1. Акушерство и гинекология: Пер. с англ. – М., 1997.
2. Демидов В.Н., Стыгар А.М., Зыкин Б.И., Медведев М.В. // Ультразвуковая диагностика. – М., 1990. – С. 401-418.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – Женева, 1995. – Т. 1, ч. 1.
4. Слипченко А.Ф. // Акуш. и гин. – 1991. – № 8. – С. 12-15.
5. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. УЗ-диагностика в акушерской клинике. – М., 1990. – С. 102-110.
6. Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность. – Киев, 1990.
7. Фукс М.А., Захарова О.Ю. // Вестн. АМН СССР. – 1991. – № 5. – С. 15-17.
8. Anonymous // Fertil. And Steril. – 1999. – Vol. 71. – P. 798-807.
9. Benirschke K., Kaufmanns P. Pathology of the Human Placenta. – 3-rd Ed. – New York, 1995.
10. Bergh N., Ericson F., Hillensjo T. et al. // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 1579-1585.
11. Blickstein I., Weissman A. // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 341. – P. 1313-1314.
12. Boklage C.E. // Keith L.G., Papiernik E., Keith D., Luke B. (Eds). Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation, and Perinatal Outcome. – London, 1995. – P. 41-50/
13. Bomsel-Helmreich O., Al Mufti W. // Ibid. – P. 25-40.
14. Creinin M. // Ibid. – P. 93-112.
15. Derom R., Orlebeke J., Eriksson A., Thiery M. // Ibid. – P. 145-162.
16. Fisk N.M., Trew G. // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 1572-1573.
17. Grutsner H., Grutsner P., Grutzwr B. // Geburtsh. u. Frauenheilk. – 1990. – Bd 50, N 5. – S. 368-370.
18. Hecht B.R. // Keith L.G., Papiernik E., Keith D., Luke B. (Eds). Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation, and Perinatal Outcome. – London, 1995. – P. 175-190.
19. Hollenbach K.A., Hickok D.E. // Clin. Obstet. Gynaecol. – 1990. – Vol. 33. – P. 3-9.
20. Human Fertilith and Embryology Authority. Seventh Annual Report. – London, 1998.
21. Huter O., Brezinka Ch., Busch G., Pfaller Ch. // Geburtsh. u. Frauenheilk. – 1990. – Bd 50, N 1. – S. 989-992.
22. Imaizumi Y. // Acta Genet. Med. Gemellol. – 1992. – Vol. 41. – P. 165-175.
23. Imaizumi Y. // Ibid. – 1997. – Vol. 46. – P. 209-218.
24. James W.H. // Hum. Reprod. – 1995. – Vol. 10. – P. 3042- 3044.
25. Little J., Thompson B. // MacGillivray I., Campbell D.M., Thompson B. (Eds). Twinning and Twins. – Chichester, 1988. – P. 37-66.
26. Luke B. // Obstet. And Gynecol. – 1994. – Vol. 84. – P. 101-106.
27. Luke B., Leurgans S. // J.Am. Diet. Assoc. – 1996. – Vpl. 96. – P. 178-181.
28. Machin G., Keith L.G. // Clin. Obstet. Gynaecol. – 1998. – Vol. 41. – P. 105-113.
29. Manzur A., Goldman M.P., Stone S.C. et al. // Fertil. And Steril. – 1995. – Vol. 63, N 2. – P. 252-257.
30. Millar W.J., Wadhera S., Nimrod C. // Hith Rep. – 1992. – Vol. 4. – P. 223-250.
31. Nerlich F., Wisser J., Krone S. // Geburtsh. u. Frauenheilk. – 1992. – Bd. 52, N 4. – S. 230-234.
32. Queck M., Hitschold T., Berle P. // Ibid. – 1990. – Bd 50, N 11. – S. 856-860.
33. Taffel S.M. // Keith L.G., Papiernik E., Keith D., Luke B. (Eds). Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation, and Perinatal Outcome. – London, 1995. – P. 131-143.
34. Templeton A., Morris J.K. // J. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 339. – P. 573-577.
35. Westergaard T., Wohlfahrt J., Aaby P., Melbye M. // Br. Med. J. – 1997. – Vol. 314. – P. 775-779.