

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE



ТОМ – III



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.  
Тел.: +998662333034, +998915497971  
E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1	<b>Сагдуллаева М.А., Маллаев Ш.Ш.</b> МУДДАТДАН ЎТИБ ТУҒИЛИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.....	6
2	<b>Сагиндыкова Б.А., Амандык Айгерим Алпамысовна</b> ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ КАПСУЛ ИМОДИУМА И ЕГО ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ АНАЛОГОВ.....	9
3	<b>Ирина А.С., И. Р.Ильясов, Р. П.Терехов, Д.И.Панков</b> РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ «ЗЕЛеноЙ» ХИМИИ В ФАЗОВОЙ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ.....	12
4	<b>Сулайманова Н.Э., Рахимова Х. М.</b> ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И РОДИТЕЛЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1–3 ЛЕТ.....	15
5	<b>Сайдалиева Ф.А., Файзиева З.Т. Нарзуллоева Г.</b> ТУБУЛҒИБАРҒЛИ БЎЙМОДАРОН ЎСИМЛИГИНИНГ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИ ВА УНИНГ ТАБЛЕТКА ШАКЛИНИ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИ.....	18
6	<b>Санакулов А.Б.</b> БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ КЛИНИК - ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.....	21
7	<b>Сиддиқов О. А., Даминова Л.Т., Абдурахмонов И. Р.</b> ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРДАН ФойДАЛАНИШНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ.....	25
8	<b>Султанова Н. С., Бобомуратов Т. А., Маллаев Ш.Ш. Хошимов А. А.</b> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА.....	28
9	<b>Таджиханова Д. П., Шамсиев Ф.М.</b> ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	31
10	<b>Токсанбаева Ж.С., Ибрагимова А. Г., Акшабаева А.Г.</b> НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ФЛОРЫ КАЗАХСТАНА.....	34
11	<b>Тугаева Д.Х.</b> BOLALARDA METABOLIK SINDROM VA GERATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	37
12	<b>Турсымбек Ш. Н. Сатбаева Э.М. Ананьева Л.В., Ю К., А. Давлетбаков</b> ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТРИМЕКАИНА, ДИФЕНГИДРАМИНА, ТОЛПЕРИЗОНА.....	40
13	<b>Тураева Н.О.</b> НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	43
14	<b>Умарназарова З.Е., Ахмедова Н.Р., Гофурова З.Б.</b> ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	46
15	<b>Уралов Ш.М., Юлдашев Б.А., Халиков К.М.</b> ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ – КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	50
16	<b>Umarova Saodat Sulaymonovna, Burxonova Dilovar Sadriddinovna</b> REVMAТИК ISITMA PATOGENEZI HAQIDA ZAMONAVIY MA'LUMOTLAR.....	53
17	<b>Файзуллаева Х.Б., Абудуллаева М.Н., Халиков К.М., Назарова Г.Ш.</b> КОРРЕКЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ.....	56
18	<b>Xalikov Q.M., Sattarova X.G., Mamedov A.N., Nazarova M.E.</b> EXINOKOKKOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BOKIMYOVIY KO'RSATGICHLAR TANIHLI.....	59
19	<b>Хамраев А.Ж.</b> ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСТРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ.....	64
20	<b>Хайдарова Х.Р.</b> IMMUNITETNI SHAKLLANTIRISHDA PROBIYOTIKLARNING ROLI.....	68
21	<b>Хасанова Г.М., Агзамова Ш.А.</b> КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	71
22	<b>Хлямов С.В., Маль Г.С., Аргюшко Е.Б.</b> ЭЛЕМЕНТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПО ТИПУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	74
23	<b>Халимова З.Ю., Азимова О.Т., Улугова Х.Т.</b> АГРЕССИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА И ВОЗРАСТНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ.....	77
24	<b>Царькова С.А.</b> ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ – ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ КРУПА У ДЕТЕЙ.....	80
25	<b>Шавази Н.Н., Ахгамова Н.А., Собирова А, Шавази Р.Н.</b> ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН.....	84

26	<b>Шавазы Н.Н., Ахтамова Н.А., Раимжанова К.</b> ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: НОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	89
27	<b>Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Бурханова Д.С.</b> ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ .....	92
28	<b>Румянцев А.Г., Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТИПИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	95
29	<b>Шадиева Х.Н., Турдиева Н.С., Кодирова М.М.</b> ВРОЖДЕННАЯ ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	99
30	<b>Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф., Шавкатова З.Ш., Пулатова Н.Ю.</b> ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	104
31	<b>Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	107
32	<b>Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Абдуллаев С.К.</b> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	110
33	<b>Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Синдаров А.Ф.</b> РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	113
34	<b>Ягупова А.В., Климов Л.Я., Курьянова В.А.</b> ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D, УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ПРИЕМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ..	116
35	<b>Абдуллаев Б. С., Хамидова Ф. М., Исламов Ш. Э., Норжигитов А. М., Махматмурадова Н. Н.</b> СОСТОЯНИЕ АПУДОЦИТОВ В ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	120

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.514.8-07

**Шавази Наргиз НУРАЛИЕВНА**PhD, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №3  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан.**Ахтамова Нилуфар АКБАРЖОНОВНА**Ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан.**Камила Раимжанова**Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан.**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: НОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ****For citation:** Shavazi N. N., Akhtamova N. A., Raimzhanova K. / Perinatal risk of premature birth: new obstetric opportunities. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.89-91 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7311695>**АННОТАЦИЯ**

Преждевременные роды (ПР) являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально-экономическими затратами. Тяжесть осложнений, связанных с недоношенностью, пропорциональна гестационному сроку преждевременных родов. В настоящее время перед акушерами стоят две основные задачи: детекция угрожающих преждевременных родов во избежание ненужных вмешательств и подготовка плода к преждевременному рождению с помощью адекватных и одновременно безопасных медикаментозных средств. Большинство материнских осложнений развиваются во время беременности, и многие из них можно предотвратить или вылечить. В этих методических рекомендациях рассказывается о влиянии преждевременных родов на акушерские осложнения, о методах диагностики и видах коррекции различных нарушений, а также о результатах исследования.

**Ключевые слова:** Преждевременные роды, амниотическая жидкость, плод, плацента, перинатальная патология.**Shavazi Nargiz NURALIEVNA**PhD, Associate Professor, Head of the  
Department of Obstetrics and Gynecology No. 3  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan.**Akhtamova Nilufar Akbarzhonovna**Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №3  
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.**Kamila Raimzhanova**Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**PERINATAL RISK OF PREMATURE BIRTH: NEW OBSTETRIC OPPORTUNITIES****ANNOTATION**

Premature birth (PR) is a complex medical and social problem associated with solving problems to improve the quality of subsequent life of children born prematurely and associated material and economic costs. The severity of complications associated with prematurity is proportional to the gestational age of premature birth. Currently, obstetricians face two main tasks: detection of threatening premature birth in order to avoid improper interventions and preparation of the fetus for premature birth with the help of adequate and at the same time safe medications.

Most maternal complications develop during pregnancy, and many of them can be prevented or cured. These guidelines describe the impact of premature birth on obstetric complications, diagnostic methods and types of correction of various disorders, as well as the results of the study.

**Keywords:** Premature birth, amniotic fluid, fetus, placenta, perinatal pathology.

**Ведение.** Преждевременные роды являются проблемой общественного здоровья в связи с тем, что ежегодно в мире рождаются 15 миллионов недоношенных детей. Преждевременные роды представляют собой ведущую причину неонатальной

смертности и вторую по частоте причину смертности детей в возрасте до 5 лет (Howson CP, 2013; Liu L, 2016) [1]. Преждевременное прекращение поступления макро- и микронутриентов от матери к плоду сочетается с отсутствием возможности у недоношенного ребенка к продукции необходимого количества метаболически незаменимых ключевых питательных веществ, таких как докозагексаеновая и арахидоновая кислоты, вызывая проблемы в развитии.

Несмотря на наличие необходимости в проведении большего числа исследований, современные данные (преимущественно полученные по результатам наблюдательных исследований) свидетельствуют о том, что ускоренный рост недоношенных детей до скорректированного возраста доношенности (скорректированный возраст) благоприятно отражается на развитии нервной системы, однако сопровождается риском развития метаболических нарушений в дальнейшей жизни, учитывая то, что «догоняющий» рост преимущественно заключается в увеличении жировой массы в организме (Ong KK, 2015; Belfort MB, 2013) [2]. Пищевая потребность у недоношенных превышает таковую у здоровых доношенных детей, поэтому они нуждаются в дополнительной медицинской помощи, чтобы обеспечить оптимальный рост и в то же время избежать недостаточного и избыточного питания, как на раннем этапе, так и в дальнейшей жизни. Таким образом, ранний постнатальный рост всех новорожденных, включая недоношенных детей, должен быть настолько физиологичным, насколько это возможно для их оптимального выживания и благоприятных отдаленных исходов (Villar J 2015) [3].

**Цель исследования:** Изучить Перинатальные риски при преждевременных родах и новые акушерские возможности.  
**Материал и методы исследования.** Работа выполнена в

Областном перинатальном центре города Самарканда в отделении патологии беременных. Всего было обследовано 700 беременных женщин для оценки факторов риска развития ПР. Ретроспективно проанализированы 350 историй родов за 2017-2019 гг. Проспективно проанализированы исходная клиническая характеристика, а так же особенности течения беременности. Под нашим наблюдением находились 350 беременных. Беременные женщины были включены в исследование по мере обращаемости. В соответствии с полученными данными клиничко-лабораторного обследования, поставленным диагнозом и разработанными критериями включения в исследования.

Под нашим наблюдением находились 350 беременных. Основную группу составили 250 беременных женщин со сроком гестации 28-35 недель беременности которые были разделено на 3 группы по изучению анамнеза. Контрольную группу составили 100 беременных женщин с физиологическим течением беременности.

Критериями для выявления факторов риска при преждевременных родах (ПР) по материалам историй родов являлись исходы родов ретроспективный группы который был собран нами в Перинатальном центре г. Самарканда за 2017-2019 гг.

Было изучено 350 истории родов беременных, которые перенесли преждевременные роды в сроке гестации 30-34 недель беременности. При выявлении ПР было выявлено что чаще беременные отмечали жалобы на следующее: частый стресс, вредные привычки, профессиональные вредности, возраст от 18 до 37, угроза прерывания беременности в анамнезе, ранние гестозы в анамнезе, преэклампсия в анамнезе, эклампсия в анамнезе маловодия, многоводия, ПР в анамнезе в малых сроках, и экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ).

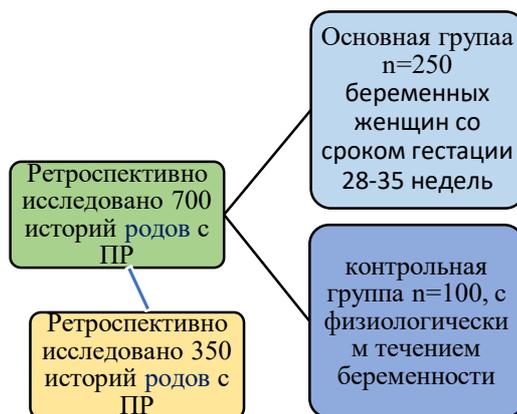


Рисунок 1 – Дизайн формирования клинических групп

Всем беременным женщинам, включенным в исследование, выполняли стандартный набор обследований. В ходе работы были использованы общеклинические и специальные методы исследований: лабораторные, инструментальные.

Результаты исследования Возраст женщин варьировал от 18 до 34 лет. Чаще встречалась 20-24 лет 36, 2%, а также 25-29 лет 32, 8% а меньше встречалась старше 35 лет 4, 2% и меньше 19 лет 3, 1%.

По социальному статусу преобладали служащие 29, 4%, домохозяйки 56, 0%, студентки 14, 5%. При этом у обследованных с преждевременными родами наблюдалось повышение частоты факторов риска в сравнении с женщинами с сохраненной беременностью: стресс (31,2%), вредные привычки (3,6%), возраст до 18 после 30 лет (6,33%), аборт в анамнезе (44,7%), гинекологические заболевания (56,5%), угроза прерывания беременности (99,5%), ранние гестозы (100%), ПР до 22 недель (0,90%), ПР до 36 недель (45,2%), сердечно-сосудистые заболевания (5,4%), гипертензивные нарушения (11,3%). При сборе анамнеза было выявлено что чаще беременные отмечали жалобы на следующее, частый стресс, вредные привычки, профессиональные вредности, возраст до18 после 30, угроза

прерывания берем в анамнезе, токсикозы в анамнезе, преэклампсия в анамнезе, эклампсия в анамнезе, маловодия, многоводия, ПР в анамнезе в малых сроках, и экстрагенитальная патология. Немаловажную роль в развитии осложнений играла наличие и частота ЭГЗ у обследованных женщин.

Примерно 55% всех преждевременно родившихся детей – мальчики. Следует отметить, что мальчики имеют непропорционально более высокий риск смерти по сравнению с девочками, родившимися в таком же сроке гестации.

Более 80% преждевременных родов происходили между 32ой и 37ой неделями беременности.

Большинство детей, родившихся в данном сроке беременности, выживали при наличии необходимой помощи новорожденным.

После применение 1 месяца данного препарата был проведен повторный анализ именно на содержание мочевой кислоты. Результат анализа был в пользу беременной снижение концентрации мочевой кислоты был уменьшен от 70% до 40%.

Следящий задачей перед нами стоял вопрос о методе родоразрешения беременной при уже начавшихся преждевременных родах учитывая осложнения или согласие

матери на операцию кесарева сечения. При рассмотрении перинатальных исходов на сроке 34-36 недель

гестации у рожденных через естественные родовые пути в 1,3 раза реже отмечалась гипоксия при рождении, а частота синдрома дыхательных расстройств (СДР) была достоверно ниже (4,45% и 13,79%;  $p < 0,01$ ; RR 3,9; 94%CI 1,420-8,823). Однако ни в одном случае не было необходимости проведения ИВЛ - использовались только вспомогательные режимы вентиляции легких СРАР.

Также не было выявлено различий в частоте ВЖК, и она не превышала 0,6%. Продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не отличалась.

Перинатальные исходы на сроке 31-33 недели СДР в 2,4 раза чаще отмечен у детей, рожденных путем операции кесарева сечения (56,2% и 28,5%;  $p < 0,05$ ; RR 1,30; 96%CI 1,294-3.601

Также ни один ребенок не требовал проведения искусственной вентиляции легких. Частота церебральной депрессии не отличалась в группах, а внутрижелудочковые кровоизлияния в 2 раза чаще были диагностированы у детей, рожденных через естественные родовые пути (4,41% и 2,08%;  $p > 0,05$ ; RR 2,12; 95%CI 0,027-19,75), однако данные различия не были статистически достоверны. Средняя продолжительность пребывания детей в отделении реанимации и интенсивной терапии также не отличалась составила 7,6 и 8,2 суток, соответственно.

Перинатальные исходы на сроках 28-30 недель гестации вызвал наибольший интерес учитывая не зрелость.

Почти 80% требовал проведения искусственной вентиляции легких. Частота церебральной депрессии не отличалась в группах, а внутрижелудочковые кровоизлияния в 4 раза чаще были диагностированы у детей, рожденных через естественные родовые пути (5,41% и 5,08%;  $p > 0,05$ ; RR 4,12; 95%CI 0,027-19,75), однако данные различия не были статистически достоверны. Средняя продолжительность пребывания детей в отделении реанимации и интенсивной терапии также не отличалась составила 20,6 и 22,2 суток, соответственно.

Таким образом, проведенное нами исследование перинатальных исходов ПР в зависимости от тактики родоразрешения показало, что у недоношенных детей на сроках 34-36 недель 6 дней очень низкая частота ВЖК (0,58%) и она не зависит от метода родоразрешения. Однако частота СДР

достоверно выше (в 3,7 раза) у детей, рожденных путем операции кесарева сечения. Таким образом, можно говорить о том, что оптимальным методом родоразрешения для недоношенных детей на сроках 34-36 недель 6 дней являются роды через естественные родовые пути.

На сроках 31-33 недели 6 дней также достоверно чаще выявлен СДР у детей, рожденных путем операции кесарева сечения ниже (4,45% и 13,79%;  $p < 0,01$ ; RR 3,9; 94%CI 1,420-8,823). Однако никому из этих детей не требовалась ИВЛ, а лишь вспомогательные режимы вентиляции. В тоже время частота ВЖК была в 2,1 раза выше при родах через естественные родовые пути (56,2% и 28,5%;  $p < 0,05$ ; RR 1,30; 96%CI 1,294-3.601. При расчете рисков можно говорить о том, что роды через естественные родовые пути более чем в 2 раза повышают риск ВЖК на сроке 31-33 недели 6 дней. Однако родоразрешение путем операции кесарева сечения приводит к 2х кратному увеличению риска РДС плода, что повышает риск ВЖК в раннем неонатальном периоде. Поэтому на данных сроках беременности оптимальным методом родоразрешения являются роды через естественные родовые пути.

В сроках 28-30 недель у всех новорожденных выявляется СДР и всем детям требуется респираторная поддержка. Мы не нашли достоверной разницы между необходимыми параметрами вентиляции (ИВЛ и СРАР) и методом родоразрешения. В тоже время частота ВЖК была в 2,5 раза выше у детей, рожденных через естественные родовые (5,41% и 5,08%;  $p > 0,05$ ; RR 4,12; 95%CI 0,027-19,75). При расчете относительного риска выявлено, что в случае проведение родов через естественные родовые пути на сроках 28-30 недель риск ВЖК повышен в 2,5 раза, чем при выполнении операции кесарева сечения, и частота ВЖК достигает почти 15%.

Таким образом проведенное нами исследование позволили нам сделать вывод о том, что оптимальным методом родоразрешения для недоношенных новорожденных на сроках 28-30 недель является родоразрешение путем операции кесарева сечения, что позволит снизить частоту внутрижелудочковых кровоизлияний и приведет к снижению перинатальной и детской заболеваемости. После 31 недель оптимальным методом родоразрешения являются роды через естественные родовые пути.

## Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35. Epub 2016/11/11. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8.
2. Ong KK, Kennedy K, Castañeda-Gutiérrez E, Forsyth S, Godfrey KM, Koletzko B, et al. Postnatal growth in preterm infants and later health outcomes: a systematic review. *Acta Paediatr*. 2015;104(10):974-86. doi: 10.1111/apa.13128.
3. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC, et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. *Lancet Glob Health*. 2015;3(11):e681-91. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00163-1.
4. Ахтамова Н. А., Шавазии Н. Н. PREDICTION OF OBSETRIC BLOOD LOSS IN WOMEN WITH PRETERM BIRTH (LITERATURE REVIEW) //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 5.
5. ШАВАЗИ Н. Н. и др. TOTAL GISTEREKTOMIYANING SUBTOTAL GISTEREKTOMIYADAN USTUNVORLIGINI TAHLILLASH //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
6. Nuraliyevna S. N., Dilshodovna J. M. MORPHOFUNCTIONAL STRUCTURE OF THE PLACENTA IN PREMATURE LABOR //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 10. – №. 4. – С. 381-384.



ISSN 2181-1008

Doi Journal 10.26739/2181-1008

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE

ТОМ – III

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)  
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)  
ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000