



ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF
BIOLOGY *and*
MEDICINE

БИОЛОГИЯ *ва*
ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ

2021, № 1.1 (126)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
Самаркандским отделением
Академии наук Республики Узбекистан
Выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ

Редакционная коллегия:
*Н.Н. Абдуллаева, С.А. Блинова,
К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),
С.С. Давлатов, А.С. Даминов, Ш.Х. Зиядуллаев,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Б.Б. Негмаджанов, М.Р. Рустамов, Н.А. Ярмухамедова*

*Учредитель Самаркандский государственный
медицинский институт*

2021, № 1.1 (126)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

Сайт

<http://pbim.uz/>

e-mail

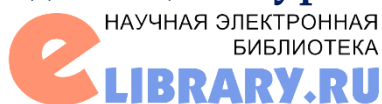
pbim@pbim.uz
sammi-xirurgiya@yandex.ru

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список,
утвержденный приказом № 219/5
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук

Индексация журнала



Редакционный совет:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
М.М. Амонов	(Малайзия)
Т.У. Арипова	(Ташкент)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
А.В. Девятов	(Ташкент)
Б.А. Дусчанов	(Ургенч)
А.Ш. Иноятов	(Бухара)
А.И. Икрамов	(Ташкент)
А.К. Иорданишвили	(Россия)
Б. Маматкулов	(Ташкент)
Ф.Г. Назиров	(Ташкент)
А.М. Шамсиев	(Самарканд)
А.К. Шодмонов	(Ташкент)
А.М. Хаджибаев	(Ташкент)
Б.З. Хамдамов	(Бухара)
М.Х. Ходжибеков	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)

Подписано в печать 19.01.2021.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 56,96

Заказ 9

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международной научно-практической конференции

(Самарканд, 21 января 2021 г.)

**Данный журнал посвящается 95-летию со дня рождения
выдающегося ученого, основателя акушерской школы
Узбекистана, заслуженного деятеля науки республики
Узбекистан, академика АН Республики Узбекистан,
доктора медицинских наук, профессора
Ислама Захидовича Закирова**

Самарканд – 2021

Редакционный совет:

- Ризаев Ж.А.** д.м.н., профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института
- Ярмухамедова Н.А.** доцент, проректор по учебной работе Самаркандского государственного медицинского института
- Закирова Н.И.** д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Самаркандского государственного медицинского института
- Худаярова Д.Р.** д.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Самаркандского государственного медицинского института

Редакционная коллегия:

- Абдуллаева Н.Н.** д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе СамГМИ
- Зиядуллаев Ш.Х.** д.м.н., доцент, проректор по научной работе и инновациям СамГМИ
- Мавлянов Ф.Ш.** д.м.н., доцент, заведующий отделом научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров СамГМИ
- Шавазы Н.Н.** к.м.н., председатель Совета молодых ученых СамГМИ
- Очилов У.У.** к.м.н., главный специалист отдела научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров СамГМИ
- Лутфуллаев Г.У.** д.м.н., доцент, декан лечебного факультета СамГМИ
- Рахманов К.Э.** шеф-редактор и ответственный за выпуск, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 СамГМИ

УДК: 61[618.17]

Здоровье женщины – здоровье нации: сборник трудов Международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 21 января 2021 г.) / отв. ред. **Ризаев Ж.А.** - Самарканд, 2021. – 490 с.

В сборнике статей Международной научно-практической конференции опубликованы работы молодых ученых и преподавателей из медицинских и других учебных заведений. В нем представлены как результаты экспериментальных исследований, так и публикации по клинической тематике материнства и детства. В материалах конференции рассмотрены актуальные вопросы современной медицины. Сборник предназначен для широкого круга читателей.

НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Закирова Н.И., Закирова Ф. И., Закирова Б.И., Кадилова А.М., Азимова К.Т.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**ПОСВЯЩАЕТСЯ 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЕНОГО,
ОСНОВАТЕЛЯ АКУШЕРСКОЙ ШКОЛЫ, ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН, АКАДЕМИКА АН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН,
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА
ИСЛАМА ЗАХИДОВИЧА ЗАКИРОВА**



«Врач, оказывающий помощь при родах, должен иметь, помимо необходимых знаний и технических навыков, большую выдержку, хладнокровие, трезво оценивать акушерскую ситуацию и осуществлять все мероприятия, направленные на сохранение жизни матери и ребенка»

ИСЛАМ ЗАКИРОВ

Когда заходит разговор об И.З.Закирове, у людей на лицах появляется улыбка, и они начинают с воодушевлением перечислять сделанные им хорошие дела. А ведь начало его творческого пути было нелегким...

Родился Ислам Захидович Закиров в г. Самарканде в семье служащего. Школу Ислам Закиров окончил намного раньше своих сверстников. Будто угадав, какие удивительные способности заложены в их сыне, родители старались всячески поддерживать в нем интерес к учебе, знаниям, высеченные природной одаренностью. В школе он учился на «отлично», активно участвовал во всех мероприятиях. Шел 1943 год. В Самарканде в ту пору было сконцентрировано множество учебных заведений – принимали всех желающих. Выбор И.Закирова пал на институт инженеров дальнего плавания. Но через 2 месяца учебы от романтики морских путешествий пришлось оказаться, студентов должны были перевести в Сибирь, но его отец был категорически против. Что было дальше? Однажды попал в аудиторию СамМИ, в

которой читал лекции по биологии профессор Факторович. Решил поступить в Самаркандский медицинский институт, где успешно учился (был отличником, Сталинским стипендиатом) и проработал там всю свою жизнь. Исламу Закирову повезло, так как во время учёбы в институте читали лекции и проводили практические занятия видные врачи-учёные, приехавшие в Самарканд из Военно-медицинской академии г Ленинграда.

После окончания СамМИ в 1948 году Ислам Захидович Закиров был оставлен в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии СамМИ. Отец Ислама Закирова сказал мудро: «Если ты спасешь жизнь хотя бы одной женщине, считай, что свою прожил не зря». Сегодня мы знаем, сколько жизней спас это опытейший врач, скольким малышам дал жизнь, а женщинам – возможность ощутить радость материнства! Многие страницы жизни Ислама Захидовича можно начать со слов: «первый, впервые, самый...». Так, он был первым в республике врачом акушером-гинекологом среди мужчин местной национальности, первым в республике поднял такую проблему: «женщины, ожидающие рождение ребенка, должны наблюдаться не в женских консультациях с их узкопрофильностью и маломощной технической базой, а в поликлиниках, по месту жительства». Необходимо подчеркнуть, что Ислам Закиров в последующем стал также первым и последним академиком по специальности!

Обаяние, природный ум, самодисциплина, стремление познать больше помогли его успешному продвижению. По окончании клинической ординатуры он был избран ассистентом, а после блестящей защиты кандидатской диссертации в 25 лет (1954г) – доцентом данной кафедры. А когда он успешно защитил в 37 лет докторскую диссертацию, то получил ученую степень профессора. Закирову было чуть больше 30ти, когда альма-матер доверила ему, одному из самых лучших питомцев, кафедру акушерства и гинекологии. И это было впервые – ни до, ни после Закирова в столь молодом возрасте такую ответственную должность в СамМИ не получал никто, руководил он бессменно ею 40 лет.

Требовательность к сотрудникам, студентам, чёткость в работе, любовь и уважение к окружающим и к своему делу, последовательность во всём – этих правил придерживался Ислам Захидович. Был требователен к себе и своим коллегам, всегда принимал участие в трудных операциях, привлекая молодых сотрудников. Был приверженцем классического акушерства, противником частого применения кесарева сечения. На утренних конференциях, которые проводились каждый день с глубочайшим анализом суточного дежурства, разбирались подробно всё, что было за сутки в клинике. Помимо разборов всех родов, уделялось большое внимание показаниям, технике акушерских и гинекологических операций, тщательно разбирались осложненные роды и гинекологические заболевания, наблюдающиеся за сутки с подробным описанием состояния всех вновь поступивших и тех, кто находился в клинике, обсуждались также планы и задачи на новый день или вернее, сутки. «Не уничтожение заболевшего органа, не устранение его функций, а восстановление его целостности – вот конечная цель всякой операции», – говорил И. Закиров. На каждой утренней конференции, помимо врачей, отчитывались дежурные студенты всех трёх курсов (4-й, 5-й, 6-й) и анализировалось их участие в работе клиники и что они освоили за дежурство.

Свои обязанности И. Закиров выполнял блестяще. Ему довелось принимать участие во многих международных конгрессах, симпозиумах, съездах – в США, Румынии, Венгрии, Германии, Сингапуре, дважды в Японии и др. Ислам Захидович проводил огромную работу и в областях Узбекистана, выезжал в различные области, вплоть до Каракалпакстана, Термеза, где находились студенты нашего института на производственной практике, и анализировал работу студентов акушеров-гинекологов в областях – в каких условиях они находятся, как работают и что осваивают. Ежемесячно в обязательном порядке в Самаркандской области Ислам Захидович проводил заседания общества акушеров-гинекологов, где обсуждались анализы работы различных лечебных учреждений и родильных домов в области, случаи перинатальной и материнской смертности, новейшие достижения науки и практики, приказы Минздрава УзССР и СССР.

В апреле 1989 года Ислам Закиров был избран кандидатом в народные депутаты СССР представителями практического здравоохранения. Тогда еще им была предложена программа «Здоровое материнство», охватывающая все стороны проблемы охраны здоровья матери и ребенка, в ней большое внимание уделялось путям предупреждения материнской и перинатальной смертности, снижению врожденных пороков развития у новорожденных. «Мы преступно мало думаем о здоровье матери, женщины и ежегодно теряем из-за неблагополучных родов и аборт достаточное количество женщин.», говорится в программе.

«Необходимо бороться за улучшение условий жизни, питания, быта, производства, предупреждать, раньше выявлять и лечить заболевания среди всех слоев населения. Последнее прямо связано с укреплением материально-технической базы учреждений здравоохранения, с участием и чувством ответственности за здоровье людей руководителей всех рангов. Буду бороться с командно-административным диктатом, невежеством, с низкой культурой обслуживания в здравоохранении», подчеркивал Ислам Закиров. Это и многое другое является наиболее актуальным сегодня, настолько прозорлив был этот человек!

Ислам Закиров создал целую школу акушеров-гинекологов, подготовил более 60 кандидатов и 8 докторов медицинских наук. Его важнейшим качеством был талант родниться наукой, заражать и увлекать своей страстью к любимому делу, подвижничеству. Привлекал молодежь к науке, помогал ей выбрать направление. Любые малейшие успехи видел, всегда мог оценить. Это редчайший человеческий дар, все мы испытали на себе.

Имея благородную внешность и обаяние, дивный голос и добрый взгляд, будучи простым в общении с людьми, он снискал любовь и признательность коллег-врачей, студентов-медиков. Уделял большое внимание студенческому научному кружку, был ответственным педагогом и замечательным врачом. Прекрасный лектор, оратор, он мастерски читал лекции и проводил практические занятия со студентами, лекции его из года в год дополнялись новыми научными сведениями о новых методах лечения. Простота и скромность, умение разговаривать с больными вселяли уверенность в скором выздоровлении.

Ислам Закиров был созидателем и отдавал все свои силы, энергию и весь свой человеческий талант для нынешних поколений и для будущих, следил за любым сотрудником и все для него были родными. Несмотря на занятость, никогда не отмахивался от человеческих проблем. Атмосфера на кафедре всегда была мирная. Талантливый ученый, он быстро решал сложные вопросы и делал правильные выводы, много работал, мы видели полную самоотдачу, причем радостную. Для нас был примером надежности. С ним было надёжно и удобно работать, всегда любая интересная здоровая идея находила поддержку с его стороны. Мало того, он предлагал все усилия к тому, чтобы что - то получилось.

И.З. Закиров являлся заместителем председателя Всесоюзного Общества акушеров- гинекологов Советского Союза, членом научного совета при МЗ СССР, редактором раздела Большой Медицинской Энциклопедии, членом редакционной коллегии журнала «Акушерство и гинекология»

Ислам Закиров в 1995 году был избран действительным членом академии Наук Республики Узбекистан, затем - заслуженным деятелем науки Республики Узбекистан, членом Европейской Ассоциации акушеров – гинекологов, пользовался большим авторитетом в научном мире. Так, на съезде в Алматы профессор Н.А.Каюпова назвала Ислама Закировича «Авиценной XX века».

Заслуги и достижения Ислама Закировича велики. И.З. Закиров был членом экспертной комиссии – ВАК, и председателем специализированного совета по защите диссертации по акушерству и гинекологии. По его инициативе был основан научно – практический журнал «Вестник врача общей практики», он являлся главным редактором этого журнала. Редактором был неистовым. Читал все статьи, присланные в редакцию и материалы к ним. Ему постоянно звонили, он сам решал вопрос по журналу. И даже когда «Вестник ВОП» состоялся, приобрёл свое лицо, беспокойство и волнение главного редактора не убывали. Как учёный, подходил к делу системно. Всегда оставался твёрд и последователен, на уступки главный редактор не шёл, ни при каких обстоятельствах.

Количество научных статей, написанных И.З. Закировым, велико, им издано ряд монографий, в сотнях журналов имеются его научные статьи, опубликованные в материалах симпозиумов, съездов, конгрессов, конференций как за рубежом, так и на территории СССР., посвящённые вирусному гепатиту, ревматизму, гестозам, перинатологии. Труды по претоксикозу были представлены на ВДНХ СССР, отмечены медалью и дипломом.

И.З. Закиров впервые в СССР 1958 году организовал специализированное отделение для беременных с болезнью Боткина при инфекционной больнице. Используя современные методики, смог разработать ряд мероприятий по снижению недоношенности, мертворождаемости, материнской и детской смертности. Им был установлен факт, указывающий на то, что самопроизвольное или искусственное прерывание беременности ухудшает течение болезни Боткина и повышает летальность. Это получило одобрение других научных центров и практических врачей.

Большое значение И.З. Закиров придавал изучению взаимосвязи осложнений для матери и плода при таких заболеваниях, как анемии и ревматизм. Им изучены отдельные стороны этиопатогенеза слабости родовой деятельности, предложено включение меди в арсенал родоускоряющих средств, много сделал для изучения токсикозов беременных и возникновения кровотечения при родах, их предупреждения и лечения. В научно-исследовательских работах им освещены проблемы опухолей гениталий, трофобластических болезней, дисфункциональных маточных кровотечений и лечения их лагохилусом и микроэлементами.

Благодаря широкой научной эрудиции, его дальновидности, способности поддержать новое, им было положено начало новому направлению – организации научно – исследовательского института акушерства и гинекологии, и это было поддержано государством

Это было вообще в характере И. Закирова – замечать хорошее, новое. За простоту и скромность его горячо любили и сотрудники института, академик пользовался общей симпатией и любовью. Главное его человеческое качество – открытость и азартный интерес жизни, ко всем его разнообразным проявлениям, к каждому конкретному человеку. Это отмечают все, кто хоть ненадолго встречался с ним. Одинаково легко общался с людьми, любил дружеские компании, весёлые разговоры, был чрезвычайно деликатным человеком. Многих приглашал к себе домой, подолгу беседовал с ними. При всей академической занятости, он был достаточно простым и скромным человеком, был внимателен к людям, и они часто обращались к нему за помощью и советом. Он никогда не оставлял их в беде. Оказывал материальную и моральную поддержку. Это был воистину мудрый, справедливый и добрый человек!!!

Теперь, отмечая 95 –летие со дня рождения Ислама Закировича Закирова, мы ещё и ещё раз убеждаемся, что понесли большую утрату. Однако, жизнь была прожита не зря, он блестяще выполнил свою миссию не только как замечательный врач, учёный и педагог, а ещё и любимый отец семерых дочерей, которые, получив медицинское образование, пошли по стопам отца, причем без какого-либо родительского «нажима» и продолжают его дело. Все, что создано за 50 лет практической и научной деятельности Ислама Закировича и его многочисленными учениками, делалось и делается во имя одного: здоровья женщины, их материнского счастья.

«Я всю жизнь занимаюсь любимым делом. И потом, у меня особое окружение- и дома, и на работе. Всегда рядом со мной - самое лучшее из созданий – ЕЕ ВЕЛИЧЕСТВО ЖЕНЩИНА», было сказано Исламом Закировым на 70-летнем юбилее, за два года до смерти.

Всю свою жизнь И.З.Закиров посвятил людям, среди которых и для которых он жил на Земле, оставил после себя богатое наследие. Сегодня многочисленные ученики И.З. Закирова работают как в нашей стране, так и за её пределами, продолжают дело своего Учителя.

Его нет с нами уже двадцать лет... Да, мы не властны над судьбой, вернуть минувшие дни нельзя. Но мы по-прежнему любим его, храним о нем добрую светлую память.

УСТОЗИМНИ ЭСЛАБ

Талабалик йилларим
Ўдимга тушар
Устоз Ислом Зокиров
Маъруза бошлар
Катта аудитория
200 нафар
Ўфил-киз жон қулоқла берилиб тинглар
Устоз сўзлари сўзмас
Тукилмоқда дур
Меҳр ила боққан кўзмас
Ой таратган нур
«Икки тирик хужайра» -
Дер- «хаёт боши
Ва улар бирлашиши
Мухр- тамал тоши»
Илк бор жаррох қўлларим
Титрайди бироз
Устоз очик юз-ла дер
«Қўрқма, олға бос»
Неча йиллар ёнма-ён
Меҳнатда пишдик
Хаёт учун , бахт учун
Тун- кун курашдик
Устоз сўзлари ҳар гал
Қолдиради лол
Дер- «Олим бўл, лек аввал
Инсон бўлиб қол
Доим бемор юзига

Табассум – ла боқ
Эътибор бер сўзига
Шошилма бироқ
Даво изла, гуё у
Опанг ё онанг
Дардин олгин бўл малҳам
Бўлмай дунё танг
Китоб ўқи дунё кез
Чарчок билмагин
Пок қалбларда колсин из
Изла тинмагин»
Навбат билон шогирдлар
Амал урганар
Хеч ким колмас «пиёда»
Улов «тарқалар»
Ўдимда доим дилкаш
Инсофлиги
Камтаринлик, талабчан
Қалби софлиги
Қанийди, ҳар бир устоз
Исломиё бўлса
Қуёшдек шогирд қалбим
Муннавар этса
Дунё янада куркам
Гўзал бўларди
Башарият софлиги-у
Нурга тўларди

Мастура Бадриддинова
2021 йил 6 январь

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВРАЧА, УЧЕНОГО И ПЕДАГОГА, УЧИТЕЛЯ И НАСТАВНИКА

Аллаяров Я.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Учитель - как много смысла в этом замечательном слове. Полководец Александр Македонский писал: "Учитель стоит выше, чем даже отец, так как отец дал жизнь, а учитель научил, как жить. Известно, что легче родиться, чем жить. Академик академии наук Республики Узбекистан, заслуженный деятель науки, профессор Ислам Захидович Закиров являлся одним из таких замечательных учителей.

Родился он в январе 1928 года в г. Самарканде в семье кустика. Рано поступил в школу и, получив аттестат с отличием, стал в 1943 году студентом Самаркандского государственного медицинского института, который окончил в 1948 году. Вся его трудовая деятельность связана с alma mater, ибо в СамМИ он прошел путь от клинического ординатора до заведующего кафедрой.

После клинической ординатуры в 1951 году был избран ассистентом, в 1954 году - доцентом и с 1959 года до конца своей жизни был заведующим кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ. Вновь открытие кафедры педиатрического и усовершенствования врачей факультетов были укомплектованы учениками И.З. Закирова. В становлении его как врача, ученого и педагога важную роль сыграли профессора Э.С. Аюбян, Г.И. Иоффе-Голубчик.

Ислам Захидович получил знания от замечательных ученых, педагогов: профессоров Г.Г. Абдуллаева, Р.Д. Абдуллаева, Ф.М. Голуба, Н.И. Медведева, В.Г. Туркевича, В.И. Руднева, Ф.И. Шевченко. А.И. Магрупова. М.А. Мирзамухамедова, А.Дж. Джалалова, А.Х. Хайдарова, доцентов А.К. Адылова, М.Н. Хаитова, Х.З. Захидова, Б.Х. Караходжаева и многих других, проработавших долгое время в Самаркандском медицинском институте.

В 1953 году он защитил кандидатскую, а в 1965 году докторскую диссертации. Его докторская диссертация "Влияние болезни Боткина на беременность, роды, плод и новорожденного" была завершена под руководством академика академии медицинских наук СССР, лауреата Государственной премии, Героя труда Л.С. Персианинова и члена корреспондента АМН СССР, академика АН Узбекистана, профессора И.К. Мусабаева.

Ислам Закиров автор 240 опубликованных научных работ, в том числе 8 монографий, редактор 11 сборников работ ученых Узбекистана и СамМИ. Его научные статьи были опубликованы не только в Узбекистане, но и за рубежом.

Он принимал участие в международных конгрессах в Сингапуре, дважды в Японии, в США, Румынии, Венгрии, Польше, Германии, Москве, в конференциях и семинарах ВОЗ в Турции, Австрии и в республиках бывшего Союза. В 1974 г. во исполнение задания министра здравоохранения Узбекистана профессора К.С. Заирова, И.З. Закирову удалось обосновать и получить разрешение Государственного комитета науки и техники (ГКНТ) бывшего СССР в открытии в Ташкенте НИИ акушерства и гинекологии. Научная, педагогическая, врачебная деятельность профессора явились основанием для избрания его заместителем председателя Всесоюзного общества акушеров-гинекологов, членом научного совета при Президиуме АМН и консультативного совета при Минздраве, редактором раздела БМЭ, членом редсовета журнала "Акушерство и гинекология". Он был избран председателем Правления Узбекского общества акушеров-гинекологов, назначен членом редколлегии "Медицинский журнал Узбекистана". С 1988 г. был членом Европейской ассоциации акушеров-гинекологов EAGO, с 1997 г. - членом совета этой международной организации, с 1986 года - член Международной федерации акушеров-гинекологов FIGO.

В июне 1995 г. он избран действительным членом Академии наук Республики Узбекистан. Это было результатом признания его заслуг, как крупного ученого, внесшего большой вклад в развитие медицинской науки, создателя и бессменного руководителя акушерской школы в Самарканде, известной за ее пределами. Об этом писали в своих поздравительных телеграммах исполняющий обязанности Президента Академии наук Ж. Абдуллаев, бывший министр здравоохранения академик Ш.И. Каримов, академики П.К. Хабибуллаев, Я.Х. Туракулов, С.Ш. Рашидова и другие.

Одной из больших заслуг Ислама Закировича следует признать учреждение и издание с 1997 года в Самарканде нового научно-практического журнала "Вестник врача общей практики".

И.З. Закиров каждый год получал много писем от своих бывших студентов за интересные и содержательные лекции, консилиумы по разбору тяжелых больных и показательные операции, которые помогали им в их практической деятельности. "Мы ваши ученики, - пишет кандидат медицинских наук Ш.О. Кенжаев из г. Карши, - в диагностике и лечении тяжелых больных опираемся на ваши советы. При встрече с друзьями вспоминаем о ваших советах и наставлениях и гордимся вами".

И.З. Закиров награжден медалями "За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.", "Мустакиллик". "Шухрат", Почетной грамотой Президиума Верховного Совета, значком "Отличник здравоохранения". В 1980 г. ему было присвоено почетное звание "Заслуженный деятель науки УзССР".

Как высококвалифицированный врач акушер-гинеколог он спас жизнь сотням больным, беременным и их детям. Вот что пишет инвалид Отечественной войны З. Бахриев: "Уважаемый академик Ислам Закирович! Вы нашей семье дали радость и счастье. Если бы не было такого грамотного, опытного похорого на Авиценну специалиста как вы, могли бы распрощаться с жизнью двое. Слава Аллаху, что вы спасли жизнь моей дочери и ее ребенка. Вся наша семья преклоняется перед вашей благородной душой. С искренним уважением, З. Бахриев". Вот что пишут мать и дочь, спасенные профессором И.З. Закировым: "Дорогой Ислам Закирович! Благодарим вас за все то, что сделали для нас ваши золотые руки. Искренне желаем вам крепкого здоровья, огромного счастья, больших творческих успехов. Благодарные за право жить Ш. и У.".

Мы, его ученики, научились у него не только врачебному искусству, но и строить примерную семью, воспитанию детей, встречать гостей, проведению различных мероприятий. Он как глава семьи совместно со своей супругой, педагогом Нубуват-ая воспитали прекрасных семерых дочерей. Все они врачи: Нодира - доктор медицинских наук, зав. кафедрой акушерства-гинекологии, Фотима и Бахора - доценты, Зухра - кандидат медицинских наук, ассистент. Они тоже в свою очередь со своими супругами построив примерную семью, радовали и радуют своих родителей и близких.

Примерной и долгой дружбе Ислама Закировича с академиками У.А. Ариповым, Г.М. Савельевой, профессорами И.П. Ивановым, Е.М. Вихляевой, Т.В. Черваковой, М.М. Шехтман(Москва), Г.А. Паллади(Кишнев), В.М. Садаускас(Каунас), С.М.А. Омаров(Махачкала), З.А. Чиладзе(Тбилиси), И.И. Грищенко, В.И. Грищенко(Харьков), Е.Т. Михайленко(Киев) и другими может завидовать каждый.

Ислам Закирович был человеком требовательным, трудолюбивым, строгим, но объективным, справедливым. Благодаря тому, что у него строгость сочеталась со справедливостью и человечностью, и он сам всегда и везде был примером, на него никто не обижался. Все его любили. О благородных делах Ислама Закировича за более 50-летнюю деятельность и его благородных, общечеловеческих качествах сколько бы не говорили и писали, будет мало. Светлая память о нем живет и будет жить навсегда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ

Абдикулов Б.С., Каримов З.Дж., Яхшибоев И.Я.

Главное управление Здравоохранения г. Ташкента, Ташкентский городской перинатальный центр
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. За последние десятилетия отмечается резкое возрастание случаев вставания плаценты в рубец на матке (ВПРМ) в 50-60 раз: 1:25000-50000 родов до 1:500-1000 в наше время [2, 3]. Высокие риски массивной кровопотери и материнской смертности выдвигают проблему родоразрешения данного контингента пациенток в число первостепенных, а оптимизация кровосберегающих технологий стала её важнейшим аспектом. Оптимизация хирургической тактики определяет баланс между характером хирургической травматизации, эффективностью и безопасностью вмешательства в каждом конкретном случае.

Цель исследования: изучение результатов родоразрешения беременных с ВРНМ в зависимости от клинического статуса и использованных методов кровосбережения.

Материал и методы исследования. В данное выборочное ретроспективное исследование вошли 54 беременных в сроках более 22 недель, наличием 1 и более РНМ после КС, поступившие в Ташкентский Городской перинатальный центр (ТГПЦ) в период: февраль 2018 - март 2020г.г. Критерием включения в исследование явилось наличие у пациентки с рубцом на матке после КС центрального предлежания плаценты (ПП) и признаков ВП по данным УЗИ и МРТ. Использовались кровосберегающие технологии: перевязка трех пар магистральных сосудов матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г., временное клеммирование общих подвздошных артерий.

Клиническая характеристика материала. Возраст пациенток колебался от 21 до 41 года (средний показатель $31,9 \pm 3,6$ лет). Среднее число беременностей в анамнезе – $3,9 \pm 1,3$. С одним РНМ было 15(27,8%) женщин, с 2 – 28(51,8%), с 3 – 7(12,9%), с 4 – 4(7,4%). Самопроизвольные роды (до КС) в анамнезе были у 6(11,1%) женщин. Артифицированных аборт в анамнезе не отмечено, замерших беременностей было 8(14,8%) в сроках гестации от 5 до 14 недель. Срок беременности, при котором проведено оперативное родоразрешение колебался от 24 до 39 недель: 24 - 30 недель – у 7(13,0%), 31 - 34 недель – у 17(31,5%), 35 - 37 недель – у 24(44,4%), 38-39 недель – у 6(11,1%). Все беременные поступали без регулярной родовой деятельности. Презклампсия легкой степени имела место у 9(16,7%), тяжелой степени – у 4(7,4%) из 54. Осложнения беременности в момент поступления: прогрессирующая отслойка ПП – у 9(16,7%), наличие старых ретроплацентарных гематом (УЗИ) отмечено у 29(53,7%); антенатальная гибель плода в сроке 31 неделя отмечена в 1(1,9%) случае. Угроза прерывания беременности с кровяными выделениями до поступления отмечалась у 27(50,0%) женщин. Пренатально, в женской консультации, первичный диагноз ВПРНМ, был установлен у 38(70,4%) из 54 женщин, в сроках беременности от 16 до 27 недель беременности. У остальных 16(29,6%) диагноз устанавливался при urgentном поступлении в стационар: - у 10(18,5%) в приёмном отделении, а у 6(11,1%) интраоперационно. Диагноз центрального ПП, ВПРНМ устанавливался на основании УЗИ (доплеровское исследование). МРТ-исследование проведено у 21(38,9%) пациентки из 54. Во всех случаях выявлены признаки ВПРНМ. В плановом порядке оперировано 34(63,0%) пациентки, в экстренном - 20(37,0%). Основанием для проведения экстренного вмешательства во всех случаях была прогрессирующая отслойка ПП. Во время операции использовались следующие кровосберегающие хирургические методы: комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г. – у 30(55,6%) женщин [4]. Интраоперационное прямое временное клеммирование общих подвздошных артерий (ВКОПА) использовалось - у 11(20,4%) женщин. Временное клеммирование абдоминальной аорты проведено в 1(1,9%) случае. Баллонная окклюзия подвздошных артерий не использовалась из-за отсутствия технологического оснащения. Резекция измененных участков передней стенки НСМ (метропластика) вместе с плацентой применялась в плане органосохранения. Критериями выбора объема операции были макроскопические маркеры глубины и распространенности ВП, признаки предвещающие технические трудности проведения операции и большой объем кровопотери. Удаляемый материал: резецированные участки НСМ, плацента, матка после гистерэктомии, направлялись на гистологическое исследование.

Результаты исследования. Путём донного КС родоразрешены 47(87,0%) из 54 женщин. Утеротомия в остальных 7(13,0%) произведена была поперечным разрезом по верхнему краю плаценты. Уровень кровопотери от 500 до 1000 мл. составил у 20(37,0%), от 1001 до 1500 мл. – у 19(35,2%), от 1501 до 2000 мл. – у 8(14,8%), от 2001 до 3500 мл. – у 7(12,9%) женщин. Из 39 женщин с уровнем кровопотери до 1500,0мл - 24(61,5%) имели 2 и более РНМ, а с кровопотерей от 1501,0 до 3500,0мл все 15 женщин с таким статусом. Донное КС ни в одном случае не сопровождалось кровопотерей более 2000,0мл, в то время как из 7 женщин, среди которых проведено КС поперечным разрезом по верхнему краю предлежащей плаценты, у 6 кровопотеря была в диапазоне 2000,0 – 3500,0мл. В число этих пациенток вошли 2 женщины статуса «pear miss». У обеих, во время операции, в результате большой кровопотери в течение нескольких минут отмечалась остановка сердца. Быстрая успешная реанимация позволила сохранить жизнь женщинам и выписать их из ТГПЦ вместе с младенцами [1]. Поверхностные формы ВП не давали кровопотери более 1,5 литра. Кровопотеря более 1,5литра наблюдалась только среди пациенток с placenta increta и placenta percreta. Важным фактором, обуславливающим большую кровопотерю, перекликающимся с глубиной плацентарной деструкции, является поражение мочевого пузыря. Вынужденное вскрытие, резекция мочевого пузыря последовала в 7(13,0%) случаях; вскрытие мочевого пузыря без резекции его стенки – в 2(3,7%). Перевязка трех пар магистральных сосудов матки, только в 1 случае из 7 сопровождалась кровопотерей не более 1,0 литра. Это те самые 7 пациенток у которых КС проводилось поперечным разрезом по верхнему краю предлежащей плаценты. У 1 из них не отмечалось глубокоинвазивного поражения, не было несостоятельности РНМ, и не потребовалось метропластики. Остальные 6 женщин дали кровопотерю в диапазоне 2,0-3,5 литра: минимальная кровопотеря среди них – 2,0 литра была у 1 женщины, 2,5-3,0 литра – у 3, до 3,5 литров – у 2-х. Из 5 женщин, среди которых проводилась перевязка внутренних подвздошных артерий перед метропластикой и экстракцией плаценты, у 4-х кровопотеря составила: 1800,0мл – у 2-х, 1900,0мл – у 2-х и 2400,0мл – у 1-й. ВКОПА и абдоминальной аорты использовалось у 12 из 54 женщин с наиболее сложным, макроскопически определяемым составом патологии, где отмечались крайние формы несостоятельности РНМ с формированием обширной маточной грыжи, выраженные формы гипертрофии сосудов в зоне РНМ, очевидные признаки врастания плаценты в заднюю стенку и дно мочевого пузыря. У 8 из 12 женщин кровопотеря не превышала 1,5 литров, у 4-х – 2,0 литров. Длительность пережатия артериальных магистралей не превышало 35 минут. Наиболее эффективным способом снижения кровопотери в нашем исследовании явился комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шмакову [4]. Он использовался у 30(55,6%) из 54 женщин. Кровопотеря во всех 30 случаях не превышала 1,5 литров: медиана – 1200,0, минимальная кровопотеря 700,0мл, максимальная

1500,0 в единичном случае. Гистерэктомия проведена у 17(31,5) из 54 женщин. Из этого числа - у 2(11,8%), помимо ВПРНМ отмечалось глубокоинвазивное поражение задней стенки НСМ и тела матки. В остальных 37(68,5%) случаях осуществлялась метропластика, органосохранение. Результаты гистологического исследования показало, что placenta accreta выявлена у 15(27,8%), placenta increta – у 30(55,6%), placenta percreta – у 8(14,8%) женщин из 54. Список послеоперационных осложнений включал: эндометрит – у 2(3,7%), инфекция мочевых путей – 4(7,4%), формирование гематом под переходной складкой – у 3(5,6%). Релапаротомии не было, тромбозомболических осложнений, в том числе связанных с временным клеммированием артериальных магистралей также не было. Материнская смертность отсутствовала, перинатальные потери - 4(7,4%) случая из 54 в результате: антенатальной гибели плода в сроке 31 неделя беременности – у 1(1,9%), глубокой недоношенности – у 3(5,6%).

Обсуждение. В одной из последних работ Palacios-Jaraquemada JM, et al., (2019г.), относительно наиболее сложного контингента PAS - «near miss», показано, что пренатальная визуализация (УЗИ или МРТ), выявляла инвазивную плаценту только в 54,4% (95% ДИ 41,0–67,5) случаев «near miss», а в 45,2% (95% ДИ 32,5–59,0) – интраоперационно [8, 9]. Также следует отметить: в 22,1% (95% ДИ 9,7–37,9) случаев PAS, диагностированных пренатально, степень тяжести вращаения, выявленная интраоперационно, была тяжелее, чем сообщалось до операции. До сих пор нет убедительных данных о том, может ли пренатальная визуализация идентифицировать случаи с самым высоким риском PAS, при которых ожидаем неблагоприятный материнский исход [5, 7, 8, 9]. Если случаи «near miss» в исследованиях Palacios-Jaraquemada J.M., в основном были связаны с поражением задней стенки мочевого пузыря, то в наших наблюдениях – это вероятно следует связывать с не совсем оправданными попытками родоразрешения путём проведения КС по верхнему краю подлежащей плаценты. В свете вышеуказанных работ, а также принимая во внимание наш собственный опыт, вероятно следует признать, что такой подход может быть оправдан, когда параллельно осуществляется эндоваскулярный блок на уровне общих подвздошных артерий [6] (так называемая методика «Triple-P»), а при отсутствии баллонной окклюзии, рассчитывать на перевязку трех пар маточных сосудов после извлечения плода – это малооправданный риск. Гистерэктомия, в большинстве исследований, включая международные экспертные группы, позиционируется, как вполне оправданный этап завершения операции при PAS. Вместе с тем, к вопросу сохранения матки некоторые акушерские школы, вероятно небезосновательно, подходят весьма трепетно, пытаются достичь высоких показателей. Используя ангиографические пособия, ряд российских исследователей, добиваются хороших результатов органосохранения [2, 3], несмотря на крайне тяжелые по глубине и площади формы PAS. На наш взгляд, современная акушерская наука находится в эпицентре данной дискуссии, а на результатах исследований сказывается не только технологическая оснащенность, но и региональные особенности - показатели рождаемости. Базируясь на собственном опыте работы, мы можем предположить о том, что метод комплексного компрессионного гемостаза по Р.Г. Шамакову, в ближайшем обозримом будущем станет базовым при оперативном родоразрешении пациенток с PAS. Такая точка зрения сформировалась в результате достаточно продолжительной практической работы с данным контингентом, а также глубокая убежденность в окончательной правоте и торжестве закономерной эволюции, в том числе управляемых человеком процессов, где царит простота и целесообразность. В данной методике есть лишь одно уязвимое место, т.е. ограничение её использования – это случаи серьезных осложнений, связанных с вращением плаценты в мочевой пузырь, когда его диссекция (для обеспечения наложения «удавки» на начальные отделы шейки матки) может быть связана с дебютом неуправляемого кровотечения.

Заключение: Комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шамакову явился наиболее рациональным и перспективным методом кровосбережения, приемлемый среди большинства пациенток с PAS. Временное клеммирование общих подвздошных артерий целесообразно при поражении задней стенки мочевого пузыря. Сохранение матки: при глубокоинвазивном поражении, включая случаи сочетанного повреждения задней стенки НСМ или тела матки, значительной кровопотери до поступления женщины в стационар – не является императивом хирургической тактики. В таких случаях, при отсутствии эндоваскулярных методов управления маточного кровотечения, гистерэктомия является оправданным объемом завершения операции.

Литература:

1. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Случай «near miss» в структуре вращаения плаценты в рубец на матке // Хирургия Узбекистана. – 2020. - № 3. – С. 77-81.
2. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., и др. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вращением плаценты //Акушерство и гинекология.- 2018. - №4. - С. 31-37.
3. Шамаков Р.Г., Пирогова М.М., Васильченко О.Н. и др. Хирургическая тактика при вращении плаценты с различной глубиной инвазии // Акушерство и гинекология.- 2020.- №1.- С. 78-82.
4. Шамаков Р.Г., Чупрынин В.Д., Виноцкий А.А. Комплексный компрессионный гемостаз при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с вращением плаценты: пат. 2627633 Рос. Федерация: МПК А61В 17/42 (2006.01).
5. Aitken K., Allen L., Pantazi S. et al. MRI Significantly improves disease staging to direct surgical planning for abnormal invasive placentation: A single centre experience. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2016; 38(3): 246–251. e1
6. Chandrharan F., Rao S., Belli A.M., Arulkumaran S. The tripl-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for pla-centa percreta. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2012; 117: 191-194.

7. D'Antonio F., Iacovella C., Palacios-Jaraquemada J., Bruno C.H., Manzoli L., Bhide A. Prenatal identification of invasive placenta using magnetic resonance imaging: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2014; 44(1): 8–16.
8. Palacios-Jaraquemada J.M., Bruno C.H. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: Surgical correlation of new findings. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2005; 84(8): 716–724.
9. Palacios-Jaraquemada J.M., D'Antonio F., Buca D. et al. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2019; 30: 1–8.
10. Say L., Souza J.P., Pattinson R.C. et al. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2009; 23(3): 287–296

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Абдуллаева М.Н., Абдуллаева Г.Д., Икромова З.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Расширение исследований по оценке отдаленных последствий патологии перинатального периода, изучение роли перинатальной и неонатальной патологии в формировании отдаленных последствий, совершенствование критериев ранней диагностики с последующей дифференцированной терапией остаётся актуальной проблемой в решении дальнейшего прогнозирования динамики наблюдаемых изменений [8, 9].

Множественные полиорганные дисфункции с непрерывной связью отдельных звеньев патологического процесса, возникшими еще внутриутробно, чаще вызваны гипоксией, нарушением гемодинамики, внутриутробным инфицированием. Эти осложнения, в частности, объясняют накоплением в крови и тканях избытка свободных радикалов, продуктов перекисного окисления липидов (“кислородный парадокс” токсичность избытка кислорода после периода длительной гипоксии) протеолитических ферментов, ионов кальция в цитозоле нейронов, метаболических нарушений и осложнений, т.е. дисэлектролитемией [1,2,3].

Подобные метаболические расстройства создают фон для усугубления клинической симптоматики неврологических расстройств, энцефалопатии при гипербилирубинемии, постгипоксических осложнений, судорожной готовности, сердечно-сосудистых нарушений. Среди факторов, нарушающих мембранную структуру и функцию нейронов, повышающих чувствительность нейронов к токсическому действию непрямого билирубина, выделяют и тяжелую асфиксию, гипогликемию, гипоальбуминемия и дисэлектролитемия в целом. Особо акцентируется внимание на необходимости установления метаболических нарушений и их устранения, чаще это касается гипогликемии, гипокальцемии, гипонатриемии. Эти обменные нарушения клинически малосимптомны или бессимптомны в неонатальный период.

Целью работы. 1. Клинико-диагностическое лабораторное обследование новорожденных с асфиксией в анамнезе. 2. Выделить возможное влияние на развитие билирубиновой интоксикации постгипоксической дисэлектролитемии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 82 доношенных новорожденных с наличием в анамнезе данных за длительную внутриутробную гипоксию или острую асфиксию новорожденных. По диагнозам выделены две группы больных:

1 группа- с гемолитическая болезнь новорожденных желтушная форма у 32 новорожденных, пролонгированная неонатальная гипербилирубинемия у 12.

2 группа-признаки гипоксико-ишемической энцефалопатии у 36 новорожденных. Внутриутробное инфицирование у 27 новорожденных, внутриутробная пневмония у 17.

У 74% больных отмечалось сочетание 2-3 диагнозов.

Все больные новорожденные наблюдались в отделении патологии новорожденных Самаркандского детского многопрофильного медицинского центра. Для выполнения поставленной задачи использовались следующие методы исследования: клинические, лабораторно-диагностические, биохимические.

Из родильных комплексов поступило 56% новорожденных, из дома 44%. Средней возраст матерей от 19 до 38 лет. При анализе анамнестических данных особо акцентировалось внимание на наличие факторов высокого риска развития антенатальной и интранатальной гипоксии. Из факторов высокого риска развития антенатальной гипоксии плода выделено: длительный гестоз беременных у 52% матерей, анемия у 72% матерей, угроза выкидыша у 25% матерей, цистит, пиелонефрит, гепатит у 26%, вредные привычки как курение и наркомания у 5%. У 22% матерей при ультразвуковом обследовании имелись признаки задержки внутриутробного развития плода, хотя ребенок родился доношенным с нормальной массой и длиной тела.

Из факторов высокого риска развития интранатальной асфиксии плода и новорожденного особо отмечались: кесарево сечение по различным показаниям (болезнь матери, отслойка плаценты, кровотечение, анатомически или функционально узкий таз у 12% матерей, многоводие или маловодие в 9% случаев, длительный безводный промежуток в 6% случаев, использование лекарств и наркоза до родов и в родах у 28% матерей.

Из выявленных факторов высокого риска развития гипоксии патогенетически можно выделить основные причины развития постгипоксического синдрома у наблюдаемых больных:

Прерывание кровотока через пуповину -20% случаев

Нарушение обмена газов через плаценту - 48%

Неадекватная гемоперфузия материнской части плаценты -25%

Ухудшение оксигенации крови матери -58%

Недостаточность дыхательных усилий новорожденного -29%

У более половины наблюдений имеется сочетание 2-3 факторов высокого риска развития постгипоксических осложнений.

Из 32 новорожденных с желтушной формой гемолитической болезни новорожденных 12 больных с групповым конфликтом по АВО системе и 20 с резус конфликтом.

В родильном комплексе проводился полный объем реанимационных процедур, соответствующих степени тяжести общего состояния новорожденного, в дальнейшем поддерживающая, посиндромная и антибактериальная терапия. По показаниям и фототерапия.

Всем новорожденным проведено клинко-инструментальное обследование согласно показаниям. Наблюдение проводилось в зависимости от тяжести состояния, обеспечивалось непрерывное слежение за состоянием жизненно важных функций организма и параметров гомеостаза.

Динамическое наблюдение и обследование новорожденных включало все указанные параметры клинического, аппаратного и лабораторного мониторинга. При постановке диагноза обязательно учтены периоды адаптации, особенности пограничных состояний, в частности анатомические и функциональные признаки периода новорожденности.

Лабораторный мониторинг: общий анализ крови, мочи, кала, бактериологический посев из крови, зева, других выделений по клиническим показаниям и антибиотикограмму, гематокрит, тромбоциты, свертывающая система, биохимическое обследование с использованием аппарата KONE (Аналитические системы t/O Analytical Systems 2000 г), билирубин сыворотки крови, его фракции, электролиты плазмы, кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, активность трансаминаз.

При необходимости показатели определялись в динамике с момента госпитализации.

Результаты: как видно из представленной таблицы, признаки гипербилирубинемии проявляются уже в период адаптации, в первые дни стационарного лечения до 225,4+10,5 мкмоль/л с нарастанием в динамике. Непрямой билирубин от 192,6+10,1 в первые дни в процессе лечения нарастает до 243,6 мкмоль/л, что создает риск развития неврологической симптоматики на фоне гипоксии, т.к. отягощенный фон создает условия для проникновения в ткани токсичного непрямого билирубина.

Таблица 1. Метаболические сдвиги у наблюдаемых новорожденных (М+м)

	Тесты	2-3 день		5-7 день	
		Группы		Группы	
		I (n-13)	II (n-13)	I (n-13)	II (n-13)
1	Ca(2,25-2,78)ммоль/л	2,11+0,18*	2,14+0,19	2,18+0,01	2,17+0,03
2	P(1,29-1,78)ммоль/л	0,95+0,06	1,13+0,53	0,74+0,01	2,84+0,16
3	Общий белок(65-80) моль л/л	56,2+12,5*	59,0+50,0*	51,5+11,5	58,0+1,0
4	Щелочная фосфатаза (58-60)ммоль/л	79,3+18,6*	100,4+16,2		
5	Mg(0,78-1,4)ммоль/л	0,62+0,08*	0,68+0,12		
6	Билирубин общий (34-170)мкмоль /л	225,4+10,5	204,4+33,4	262,0+4,5	230,8+17,2
7	Билирубин прямой (0-34)мкмоль/л	33,6+12,0	27,1+1,8	36,2+3,8	31,85+4,46
8	Билирубин не прямой (29-56)мкмоль/л	220,8+7,8	137,6+8,4	243,6+14,2	174,5+2,6
9	АСТ(0,1-0,5)ммоль/л	0,36+0,04	0,36+0,02	0,36+0,01	0,35+0,12
10	АЛТ(0,1-0,7)ммоль/л	0,716+0,02	0,71+0,01	0,77+0,12	0,7+0,11

Примечание: *достоверность различия (P<0,05) по отношению к здоровым новорожденным.

Наличие в анамнезе риска внутриутробного инфицирования не исключает гепатоцеллюлярной этиологии повышения прямого билирубина до 33,6+12,0 и 36,2+3,8 мкмоль л. Умеренное увеличение печеночных ферментов, в данном случае аминотрансфераз в сочетании с увеличением уровня щелочной трансферазы указывает на тенденцию к развитию. Холестатической желтухи, с нарастанием уровня прямого билирубина, что на фоне внутриутробной гипоксии может быть связано с незрелостью ферментных систем печени, задержкой постнатального созревания желчных ходов и их дифференцировки.

Сложившаяся гипофосфатемия с тенденцией к снижению указывает на снижение участия фосфора в синтезе белка и уменьшение фосфора в составе АТФ и АДФ, гипофосфатемия сочетается со снижением уровня белка сыворотки крови. При таких метаболических сдвигах функции печени снижение содержания макроэргических соединений не обеспечивает интенсивность пластических процессов для полноценного энергетического обмена.[6].

Как известно, изменения неврологического статуса при гипербилирубинемии не столько зависят от уровня билирубина, сколько от фонового состояния, отягощенного анамнеза, гипоксии. Особенно этот процесснастораживает при гемолитической болезни новорожденных на фоне дисэлектролитеми, гипоксии и других отягощающих факторах, что способствует облегчению токсического воздействия непрямого билирубина на нервные клетки и проникновению в ткани.

Фосфор, в свою очередь, играет существенную роль в миелинизации нервных волокон, в наших наблюдениях мы видим усугубление неврологической симптоматики, торможение миелинизации совпадает с токсическим воздействием непрямого билирубина. Эти особенности взаимосвязи гипербилирубинемии и гипофосфатемии нужно учитывать при дифференциальной диагностике неврологической симптоматики у новорожденных.

Снижение уровня белка, в свою очередь, способствует высвобождению и накоплению токсичного непрямого билирубина и длительному сохранению желтушного синдрома с нарастанием неврологической симптоматики билирубиновой интоксикации при первой фазе билирубиновой энцефалопатии. Внутритробное инфицирование плода не всегда проявляется конкретной клинической симптоматикой, но изменение печеночных проб в наших наблюдениях, как: АЛТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, возможно и является тем лабораторным феноменом или реакцией, индикатором предрасположенности к определенным патологическим состояниям. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии.[4,5,6].

Заключение: Таким образом, наблюдаемые малосимптомные клинические изменения в ранний неонатальный период у новорожденных с асфиксией диктуют необходимость обязательного лабораторного обследования. При отсутствии клинической симптоматики признаки дисэлектролитемии служат индикатором предрасположения к определенным патологическим дисфункциям. При гемолитической болезни новорожденных оценка метаболических сдвигов как существенного фактора нейротоксичности непрямого билирубина наряду с уровнем НБ служит основанием для определения тактики активности лечения и устранения дисэлектролитемии как отягощающего фактора.

Литература:

1. Асфиксия новорожденных/ Шабалов Н.П., Ярославский В. К. Любименко В. А. Пальчик А.Б. М.:МЕД.пресс-информ.2003. 367с.
2. Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья ребенка.М.: МЕД-пресс-информ.2005-207с.
3. Основы перинатологии/ Под ред. Шабалова Н.П. и Ю.В.Цвелева. М.:МЕД.пресс-информ.2004- 633с.
4. А.Б.Пальчик. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. (А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов)2011-272.
5. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных. М.2012-176с.
6. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии А.А.Ананенко, Ю.И.Барашнев, Ю.Е.Велтищев и др. под ред. Ю.Е.Велтищева., Н.С.Кисляк – М.:Медицина. 1988-624 с.
7. Шабалов Н.П. Неонатологии 2019.2т с 265.
8. Шабалов Н.П. Педиатрия 2019.943с.
9. Aly H, Khashaba M. T., Nada A. et al. The role of complement innturodevelopmental impairment following neonatal hypoxic-ischemic ensephalopathy/Am.J. Perinatal. 2009. oct. 26(9)-p.659-665.

ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ ТРИМЕСТРИДА ПЛАЦЕНТА ЕТИШМОВЧИЛИК ДИАГНОСТИКА АСПЕКТЛАРИ

Абдусамадова М.Ф., Каримов А.Х.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш: Плацентар етишмовчилик (ёки плацента дисфункцияси) - бу йўлдошда морфо-функционал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ва компенсатор - мослашув механизмларининг бузилиши билан кечадиган синдромдир (1,3). Бу патологияда плацентанинг трофик, транспорт, эндокрин ва метаболит функциялари издан чиқади, бу эса ўз навбатида ҳомилада ва чақалоқларда кузатиладиган ривожланиш нуқсонларининг сабаби бўлиб хизмат қилади (1,2). Ҳомиладорлик вақтида турли патологияларнинг ҳомилага таъсир даражаси ва характери қуйидаги омилларга боғлиқ: ҳомиладорлик муддати, таъсир давомийлиги, компенсатор механизмлар ҳолатига (4). Шунинг учун мақсад қуйдик: ҳомиладорликнинг биринчи триместрида плацентар дисфункциянинг этиологик, клиник, эхографик аспектиларини ўрганиш.

Изланиш материаллари ва усуллари: Изланиш Тошкент Тиббиёт Академияси куп тармокли клиникаси базасида ўтказилди. 60 та ҳомиладор аёл (ретроспектив таҳлил 1-гурух) ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ҳомила тушиш хавфи ва бошланган ҳомила тушиши бўлган, 40 та ҳомиладор аёлларда (проспектив 2-гурух) текширув ўтказилди. Ҳомиладорлик нормал кечаётган 20 та аёл назорат гуруҳига ҳомиладорликнинг биринчи триместрида олинди. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида касаллик тарихларини ўрганиб чиқиб ретроспектив таҳлил қилиш, проспектив таҳлил-клиник усуллар, ултратовуш текшируви, доплерометрия, хорион хажми ва васкулиризация индексини аниқлаш. Олинган натижалар: Солиштирма таҳлил қилиш мақсадида ўрганилаётган аёлларнинг барча гуруҳлари бир хил ёшдаги аёллардан ташкил топган. Ўрганилаётган аёлларнинг ўртача ёши 25,3±3,6 ёш бўлди. 21-24ёш оралиғидаги аёллар кўпчилигини ташкил қилган (мос равишда 40 ва 50%). Учраш частотаси бўйича иккинчи ўринда 25-29 ёшдаги аёллар. (мос равишда 30 ва 37,5%). Текширилаётган аёллар нисбатини ўрганиш шуни кўрсатдики, текширув гуруҳида қайта ҳомиладор бўлган аёллар кўпчилигини ташкил қилган(60%), шу вақтнинг ўзида 2-гуруҳдаги қайта ҳомиладор бўлган ва биринчи марта ҳомиладор бўлган аёллар фоиз нисбати ўзаро тенг бўлган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, аёлларнинг кўпчилиги анемия билан касалланган. Шундан 1 даражали анемия билан 1-гуруҳдаги аёлларнинг 60%и, 2-гуруҳдаги аёл-

ларнинг 50%и касалланган. Экстрагенитал касалликлар орасида иккинчи ўринда СЙИ сурункали пиелонефрит кўринишида учрайди, аммо УТТ да буйракда ҳеч қандай структур ўзгаришлар топилмади. Шундай қилиб, 1-гуруҳ аёлларда СЙИ 2-гуруҳдагиларга нисбатан 2,4 баробар кўпроқ учраган. Сурункали тонзиллит ҳам учраш частотаси бўйича 1-гуруҳ хомилдорларда 30% ни, 2- гуруҳ аёлларда 25% ни ташкил қилган ҳолда иккинчи ўринда турибди. Нозологиялар орасида қалқонсимон безнинг диффуз катталашиси учраши бўйича учинчи ўринда бўлди ва 1-гуруҳ аёлларида 1,6 марта кўпроқ учради. Хар бир аёлда биттадан учтагача соматик касалликлари мавжудлиги аниқланди. Қайта хомилдор бўлганларни акушерлик олдинги хомилдорлик анамнезини тахлил қилиш шуни кўрсатдики, 1- ва 2- гуруҳ беморларда акушерлик анамнези асоратланган бўлиб, иккала гуруҳдан умумий қайта туғувчиларнинг 36 тасидан 32 тасида (87,5%) асоратланган акушерлик анамнези(ААА)бўлган. ААА да энг кўп учраган ҳолат бу табиий абортлар бўлиб, иккала гуруҳда бир хил 50%ни ташкил қилди(3.2.4 жадвал). Кесар кесиш амалиёти биринчи гуруҳдаги 16,7% (4та аёлда) ўтказилган Артифициал абортлар 30 % ҳолатда(36тадан 12тасида) учраб, 1-гуруҳда 33,3% (24 тадан 8 тасида) ва 2-гуруҳдан 25% (3 та беморда) учраган. Муддатидан олдинги туғруқ 1-гуруҳда 4та, 2-гуруҳда 3та аёлда кузатилган (мос равишда 16,7 ва 25 %). Туғруқдан кейинги инфекциялар фақатгина 1-гуруҳдаги 8 та беморда(33,3%) кузатилгани аниқланди. Шундай қилиб, акушерлик анамнезини тахлил қилиш натижасида 1-гуруҳ ААА хусусан, ривожланмаган хомила, кесар кесиш ва туғруқдан кейинги инфекцион асоратлар бўйича хавф гуруҳи сифатида эътироф этилди. Гинекологик анамнезга кўра хайз циклининг бузилиши хавф гуруҳидаги аёлларда 2,4 марта кўпроқ учраган. Фақат 1 гуруҳда бирламчи бепуштлик (10%), сурункали аднексит 8та беморда (20%), АГС синдром 8 та (20%) беморда аниқланган. Гинекологик анамнезни тахлил қилиш натижасида ААА кўпроқ хайз циклининг бузилиши билан намоён бўлган, қолган патологиялар эса фақатгина 1- гуруҳда аниқланди. Текширилаётган аёлларни солиштирма тахлил қилиш мақсадида хомила тухумини УТТ текшируви орқали уч ўлчамли(3D) режимда текширилди, йўлдош қон айланиш тизими эса хомилдорликнинг биринчи триместри – 8 ҳафтадан 13 ҳафтасигача энергетик доплер режимида текширилди. 2-гуруҳдаги хомилдорлик физиологик кечаётган хомилдорларда хомилдорликнинг 13- ҳафтасига келиб хорион тўқимасининг ҳажмини 20,2 дан 158 см³ гача ортган, айниқса, ворсинкалар шаклланишининг охирига келиб хорион ҳажми кескин ортади, 2 ҳафта оралиғида (10- ва 12- ҳафта оралиғида) йўлдош ҳажми деярли икки баробарга ошади. Биринчи гуруҳда эса хорионнинг ўсиши ноадекват кечиб, хорион ҳажми камайиши билан характерланади ва бу келажақда бирламчи ПД ривожланишига сабаб бўлади. 2-гуруҳда васкуляризация индекси хомилдорликнинг 10- ҳафтасига келиб аста секин ортиб боради, ундан кейин эса бироз камаяди. Бу ерда қизиқ боғлиқликка эътибор бериш лозим: хорион ҳажмининг кескин ортиш вақтида васкуляризация индекси камайиши кузатилади, бу хомилдорликнинг 11 ҳафтасига келиб хорионда қон оқимининг гетероморфизми кузатилмаслиги билан боғлиқ, хорион марказий қисмлари ва четки қисмларидаги қон оқими орасида ишончли фарқ аниқланмади. 12-ҳафтадан сўнг қон томир гетероморфизми пайдо бўлади – марказий қисмда васкуляризация индекси периферик қисмлардагига қараганда юқорироқ бўлади. 1-гуруҳдаги аёлларда бу кўрсаткич хомилдорликнинг 10-ҳафтасига келиб минимал даражага етади ва бирламчи ПД ривожланишига замин яратиши мумкин. Қон айланиш индекси хомилдорликнинг 1-триместрда 2-гуруҳда ортганидек 1-гуруҳда ҳам ортиб борди. Ворсинкалар ривожланиш даврида ва котиделонлар шаклланишида бу кўрсаткичда сезиларли фарқ аниқланмади. 1-гуруҳ беморларининг хомилдорлик вақти ва туғруқ натижаларини кузатиш натижасида 1- триместрда хорионнинг доплерометрик кўрсаткичларининг ўзгариши кузатилди. Хомилдорликнинг ва туғруқнинг патологик кечиши хомилдорликнинг эрта муддатларидаги хорионнинг васкуляризация индекси(ВИ) ва хорион ҳажми ортишининг(ХХО) секинлашуви билан намоён бўлган патологияси натижаси бўлиши мумкин. ХХО ва ВИ кўрсаткичларининг физиологик кечувчи хомилдорлик кўрсаткичларига нисбатан ўзгаришига кўра текширилаётган гуруҳлардаги аёллар ретроспектив 3 та гуруҳчаларга бўлинди. I а гуруҳ- 12 та аёлдан иборат бўлиб, хорион ҳажми 25-45% га, ВИ 45-55 % га камайган. II а гуруҳ- 20 та хорион ҳажми 46-65% га, ВИ 56-65 % га камайган аёлдан иборат. III а гуруҳ- хорион ҳажми ва ВИ 66% ва ундан ҳам камайган 8 та аёлдан иборат. Юқоридаги маълумотларга кўра I триместрдаги плацентар қон оқимини характерловчи доплерометрик кўрсаткичларга боғлиқ равишда хомилдорлик ва туғруқнинг кечиши прогнозлари қуйидагича кўрсатди: ПД I а гуруҳда 33,3%, II а ва III а гуруҳларда мос равишда 80 ва 100%, хомиланинг тушиш хавфи I а гуруҳда 66,7% ни, II а ва III а гуруҳларда 100%. Муддатидан олдинги туғруқ ва НЖЙБК фақатгина II а ва III а гуруҳларда кузатилди(мос равишда 20 ва 50%). Йўлдошнинг зич жойлашиши III а гуруҳдаги 1 та аёлда аниқланди (50%). Шундай қилиб, хомилдорликнинг 1-триместрида ўтказилган 3D режимидаги эходопплерографик текширувлар юқори информативликка эга бўлган замонавий текшириш усули бўлиб, хомилдорликнинг патологик кечишини прогнозлаш ва эрта ташхислашга имкон беради. Иккала гуруҳдаги хомилдор аёллар туғруқгача кузатилганида 1-гуруҳимизда туғруқгача 67,5% хомилдор етиб борган бўлса, 2-гуруҳда 87,5% аёл туғруқгача етиб борди. Асосий гуруҳда 10% ҳолатда ривожланмаган хомила, 20% ҳолатда табиий аборт, 2,5% ҳолатда хомиланинг антенатал ўлими билан тугалланди хомилдорлик. Назорат гуруҳимизда бу кўрсаткичлар 4,2% ҳолатда ривожланмаган хомила, 8,3 % ҳолатда табиий аборт тугалланди хомилдорлик.

Хулоса. 1.Ретроспектив тахлил қилинганда, ёшлиқда ўтказилган касалликлар (ўткир респиратор инфекция, вирусли гепатит энг кўп учради), бундан ташқари асоратланган акушерлик анамнези, оғирлашган гинекологик анамнез бўлган беморлар, ҳамда ушбу хомилдорликда ўтказилган ўткир респиратор инфекция хомилдорликнинг 1-триместрида хомила кўтара олмаслигининг ва турли акушерлик ҳамда перинатал асоратларнинг асосий сабабларидан бўлиши мумкин.

2. Хомила тушиш хавфи бўлган беморларда 8- ҳафтадан 13-ҳафтагача хорионнинг доплерометрик кўрсаткичлари пасайиши кузатилади. Физиологик хомилдорликка нисбатан хорион ҳажми 1,4 дан 1,7 мартагача, ВИ 1,8дан 2,2

мартагача, қон оқими индекси тахминан 1,3 мартага камайди. Хорион хажмининг 25-45% га, ВИ нинг 45-55%га камайиши хомиладорликнинг патологик кечишига олиб келади.

3. Ҳавф гуруҳидаги аёлларни олиб боришда уларни албатта назоратга олиш, умум клиник, доплерометрик текширувдан ўтказиш керак.

Адабиётлар:

1. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод. Руководство для врачей./ Москва: Медицина, 2010. - 274-310 с.
2. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность при гестозе // Акушерство и гинекология. 1999 - №1. С. 11-16.
3. Papageorgiou A. T., Yu, C.K, Nicolaides, K.H, The role of uterine artery Doppler in predicting adverse pregnancy outcome. // Best Pract Res Clin Obstet Gynaec 18, 2004. - P. 383-396. 4.Placental morphometry in pregnancies with reversed enddiastolic flow in the umbilical artery or fetal aorta / Ertan A. K., He, J.P., Weickert, U., et al. // Z Geburtshilfe Neonat 2003 Sep-Oct; 207 (5) 173-178.

РОЛЬ ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ В БЛАГОПОЛУЧНОМ ИСХОДЕ РОДОВ

Абдухалик-Заде Г.А., Набиева Ш.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Доказано, что беременность-это очень важный период надежд, а также логических тревог, так как многочисленны те сомнения и страхи, которые обычно возникают на протяжении девяти месяцев ожидания. Сомнения и страхи, которые абсолютно оправданы, если представим, что деликатный процесс, происходящий в утробе матери, результатом которого является рождение новорожденного, кажется даже специалистам чуть не волшебным. Чтобы избавиться от тревог, было бы хорошо, чтобы будущие родители познакомились с основными аспектами развития беременности, включая обычные изменения, а также возможные отклонения. Это позволит обсудить с врачом любую проблему и прояснить ситуацию. Медицинское наблюдение за беременностью выполняет ключевую профилактическую роль. В настоящее время медики располагают методиками, которые позволяют определить состояние плода на каждом этапе его развития, и ими следует пользоваться. Чтобы беременная женщина и ее супруг более спокойно относились к возможной беременности, самое лучшее, чтобы они обладали точной и достоверной информацией, которая способствовала бы глобальному пониманию того, что происходит во время этого чудесного процесса. В связи, с чем перед нами была поставлена задача изучить роль дородовой подготовки в благополучном исходе родов.

Материалы и методы исследования: Обследовано с этой целью в родильном комплексе №3 г. Самарканда и в семейной поликлинике №2 г. Самарканда были созданы школы дородовой подготовки, где беременные женщины и члены ее семьи могли получить информацию о физиологических и психологических изменениях во время беременности, пройти физическую подготовку, включающие занятия на фитболе, лечебную гимнастику, а также арттерапию. В создании школ большая роль принадлежит главным врачам лечебных учреждений и коллективу, благодаря чему были созданы условия приближенные к домашним, что способствовало лучшему прохождению занятий. Были разработаны алгоритмы работы школы дородовой подготовки.

В родильном комплексе №3 занятия посещали беременные женщины, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии беременных. Пребывание женщин в родильном доме значительно облегчает посещение школы и приобретение знаний. При составлении групп обязательно учитывался срок беременности, учитывая высокий риск прерывания беременности на ранних сроках условием посещения школы был срок более 14 недель, мобильность женщин, т.е. состояние не нуждалось в постельном режиме и занятия рекомендованы лечащим врачом. Школу посетило 1250 женщин. Из них первородящих 870 (67%), повторнородящих 380(33%). В акушерском анамнезе Анемия была у 985(78%), Многоводие 54(4%), Нефропатия 123(10%), ОРВИ 23 (3%), Угроза прерывания беременности 65(5%). Занятия проводились как по желанию индивидуально, так и в группах, с участием мужа или родственников. В поликлинике занятия посещали все беременные женщины, которые территориально относятся к этому учреждению. Для женщин были созданы условия для свободного посещения. Создан кабинет здорового ребенка, где беременные женщины во время занятия могли оставлять своих детей под присмотром медицинского персонала. В программу обучения были включены теоретические аспекты физиологического течения беременности и родов, психологические изменения во время беременности в зависимости от периода беременности, обезболивания и правильного питания. Физическая подготовка включала в себя гимнастику, занятия на фитболах. Большое внимание уделялось отвлекающей терапии –арттерапии, где женщины могли заниматься различными рукоделами, что очень подымало настроение беременных. В подготовке беременных женщин принимали участие такие специалисты как акушер-гинекологи, которые информировали о физиологии беременности и родов, терапевты давали советы по правильному питанию и профилактике экстрагенитальных заболеваний, неонатологи - готовили будущих мам к рождению малыша, анестезиологи останавливались на вопросах медикаментозного и не медикаментозного обезболивания,сотрудники кафедры обращали внимание беременных женщин на симптомах при которых надо было срочно обратиться за медицинской помощью, акушерки учили женщин как вести себя в родах, медицинские сестра отделения новорожденных обучали женщин уходу за новорожденным, технике правильного прикладывания к груди, физическая подготовка включала занятия гимнастикой, дыхательные упражнения, занятия на фитболе, а также большая роль отводится работе психолога, которая помогала справиться со многими проблемами.

Результаты: Установлено по результатам катамнестического наблюдения учеба в школе оказывала благотворное влияние на исход родов. Женщины понимали какие изменения происходят в их организме, как протекают роды,

как помочь себе обезболить в какой-то степени роды, как вести себя в родах, что приготовить к родам для малыша, почему нельзя пропустить первые минуты знакомства малыша с внешним миром и конечно получали информацию о важности грудного вскармливания. Результаты работы школы дородовой подготовки показали, что на исход родов в значительной степени влияет информированность женщин о многих физиологических изменениях, происходящих в организме с которыми она должна справиться при помощи поддержки родных ей людей и с помощью врачей. Подготовленность к родам значительно повышало сознание роженицы и значительно облегчало работу медицинского персонала, а также благоприятно влияло на исход родов. В 98% родов исход был хорошим, родились здоровые новорожденные, послеродовый период и ранний неонатальный период протекали благополучно. Остальные 2% детей родились больными, что было связано с внутриутробной патологией.

Заключение: Таким образом необходимо уделять большое внимание вопросам дородовой профилактики, учитывая положительные результаты. Школа материнства входит в стандарт оказания акушерской помощи и организована в женских консультациях и во многих родильных домах с целью проведения психофизиологической профилактической помощи подготовки беременных к родам. Желаемый конечный результат – профилактика осложнений во время беременности и родов, снижение перинатальных потерь. Будущие родители должны считать команду врачей, ответственную за наблюдение, своими лучшими друзьями и союзниками, которые всегда помогут им и дадут добрый совет. Но они не должны ограничиваться занятием пассивной позиции, ведь их активное участие не только будет воспринято командой врачей, но и станет лучшей гарантией того, что все пройдет хорошо.

Литература:

1. Беременность, роды и послеродовый период: физиология, психопатия, психотерапия и профилактическая подготовка. Станько Э.П., Лискович В.А., Наумова И.А. Гарбуз С.А.-Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2005 -194.
2. Роль участкового педиатра в охране плода, дородовый врачебный патронаж. Омолева Т.С. Методические разработки к практическим занятиям.-Иркутск:ИГМУ, 2011 -18 с.
3. Психопрофилактическая помощь к родам –новое о старом, К.А.Силаев, И.Б. Манухин С.Д. Сичихин. г.Москва 2018-187с.
4. Влияние современной методики дородовой психопрофилактической подготовки беременных и альтернативных способов вагинального родоразрешения на течение и исход родов. Силаев К.А. Россия-г. Москва 2018- 131.
5. Физиологическая беременность, «Многоплодная беременность», Острый пиелонефрит при беременности», «Инфекции при беременности» Б:2013- 116с.
6. Беременность и роды...: большая книга родителей/ пер. с исп. Е.В. Андреевой.- М.:АСТ: Астрель 2009-287
7. WHO standarts for maternal and neonatal care.(Стандарты ВОЗ в области материнской и неонатальной медицинской помощи):http | www.who.int/making_pregnancy_safer/publications |standarts.
8. WHO recomendations for prevention and trediment of pre-eklampsia and eklampsia. World Health Organization 2011.
9. Неонатология, Москва, "МЕДпресс-инфо"2009 Н.П.Шабалов.
10. Неонатология, Учебник, Медицина, Санкт - Петербург, 2016г
11. Неонатология. Тошкент. "NOSHIR". 2013. А.В. Алимов.
12. Neonatology Management. Procedures, On-Call Problems, diseases, and drugs. 2015. Tricia Lacy Gomella with M. Douglas Cunningham and Fabien G. Eyal

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Агабабян Л.П., Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.

Самарқандский государственный медицинский институт, Самарқанд, Узбекистан

Введение: Изначально новый коронавирус, случаи которого впервые были зарегистрированы в китайском городе Ухань в декабре 2019 года, получил название 2019-nCoV (от англ. 2019 novel coronavirus). Сейчас оно практически не встречается. В феврале 2020 года по решению Международного комитета по таксономии вирусов (ICTV) возбудителю коронавирусной инфекции было присвоено новое название SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. ВОЗ ввела термин для обозначения заболевания, вызываемого новым коронавирусом, – COVID-19 (от англ. COrona Virus Disease 2019). 11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила пандемию коронавируса COVID-19, который к этому моменту поразил 118 тысяч человек в 114 странах. Сегодня болезнь имеет одно название (COVID-19), а вирус – другое (SARS-CoV-2). Инкубационный период составляет в среднем 5–7 дней (с колебаниями от 2 до 14). Так, в первом эпицентре вспышки, городе Ухане, была отмечена летальность на уровне 2,3%. На 28 мая 2020 - 355 628 умерших в мире (6,2%).

Во многих странах, включая Узбекистан, беременным женщинам рекомендован строгий режим самоизоляции, чтобы уменьшить шансы заражения коронавирусом. Но что известно о влиянии вируса на развитие ребенка в утробе матери? Как Covid-19 влияет на беременных женщин? Медики еще мало знают о том, как именно вирус влияет на развитие плода. Однако в случае заражения коронавирусом беременные женщины не проявляют более тяжелых симптомов по сравнению с другими здоровыми взрослыми. Как говорит, Кристоф Лиз, профессор акушерства и гинекологии из Имперского колледжа Лондона - "Если бы уровень риска был очень большим, мы бы уже об этом знали". Беременность - это особое время, полное волнений и ожиданий. Но для будущих мам страх, беспокойство и неопределенность омрачают это счастливое время в связи с существующей в настоящее время ситуацией по коронавирусной инфекции (COVID-

19). В условиях пандемии многие беременные женщины, как и все здоровые люди испытывают чувство страха, беспокойство, повышение артериального давления, сердцебиения в связи с ограниченным пространством и нахождением в карантинных условиях.

Преэклампсия по-прежнему является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности, во всем мире ей подвержены 5–10% беременных женщин [9]. Более того, невысокий, но заслуживающий внимания, процент случаев ПЭ остается необнаруженным, сопровождая бессимптомное протекание заболевания, что приводит к неотложному вмешательству на поздней стадии беременности [6, 8]. Риск развития преэклампсии также повышается при наличии у женщин таких факторов, как ожирение, ПЭ в индивидуальном или семейном анамнезе, хроническая гипертензия или многоплодная беременность. Преэклампсия может провоцировать дальнейшие серьезные осложнения, такие как задержка внутриутробного развития плода, отслоение плаценты, почечная недостаточность, эклампсия и даже смерть матери и/или ребенка [3]. Наиболее высокий риск отмечается в случае очень ранней преэклампсии (до 32 недель), когда показатель младенческой смертности в 70 раз выше, чем при родах, осуществляемых в срок [5].

Особенности течения тяжелой преэклампсии в условиях пандемии COVID-19 наиболее частым проявлениями преэклампсии является повышение артериального давления, головной боли, нарушение зрения, протеинурия, тревожные состояния. В условиях пандемии COVID-19 беременные с преэклампсией стали больше обращаться с жалобами на головные боли, повышение артериального давления, тревожные расстройства, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, страх потери контроля над собой, страх потери сознания, отмечали перебои в работе сердца, ощущение жара или холода, затрудненное дыхание, не системное головокружение. Все вышеизложенное явилось объектом предстоящего исследования для выявления тяжелой преэклампсии или тревожного расстройства невротического уровня связанным со стрессом. Панической атакой называется интенсивный приступ страха, при этом он всегда сопровождается физическими, телесными проявлениями. Среди таких симптомов учащенное сердцебиение, слабость, потливость, тошнота, озноб, боль в груди, одышка, головокружение, ощущение покалывания в пальцах, у человека могут неметь конечности. Как правило, паническая атака длится от 5 до 20 минут, однако иногда ее продолжительность может достигать до часа.

Цель исследования: Изучить наблюдение за состоянием здоровья беременных женщин с тяжелой преэклампсией в условиях пандемии SARS-CoV-2 и самоизоляции и дифференциации от состояния панической атаки.

Материалы и методы исследования: В период пандемии SARS-CoV-2 и самоизоляции количество поступивших беременных с предварительным диагнозом преэклампсия тяжелой степени увеличилось по сравнению с тем же периодом 2019 года и симптомы преэклампсии некоторых беременных сместились в сторону вегетосудистого, невротического тревожного состояния с гипертензивным и гипотензивным состоянием. В связи с чем встал вопрос о применении родоразрешения естественным путем или оперативным путем и дифференциации диагноза преэклампсия от других невротических тревожных состояний. С целью изучения особенностей течения тяжелой преэклампсии и тревожного расстройства невротического уровня связанным со стрессом в условиях пандемии SARS-CoV-2, было проведено анкетирование 120 женщин г. Самарканда: 46 женщин с тяжелой преэклампсией (основная группа), 32 беременных женщин с физиологически протекающей беременностью (контрольная группа) и 42 беременных женщин с тревожным расстройством невротического уровня т.е. паническая атака (группа сравнения).

Результаты: При подборе контрольной группы и группы сравнения был сделан ориентир на то, чтобы по ряду важных социально-гигиенических параметров эта группа не отличалась от основной. Статистическая обработка производилась с помощью прикладной статистической утилиты программы Excel 7.0. Возраст респонденток колебался от 19 до 38 лет, средний возраст составил 26,9 лет и 27,3 лет в основной, контрольной группах и в группе сравнения соответственно. Достоверных различий по возрасту среди женщин обеих групп не было ($p > 0,05$).

Таблица 1. Распределение респонденток в зависимости от возраста

Группы	Возраст абс. (%)		
	18-24	25-34	35-38
Основная n = 46	22 (47,8%)	15 (32,6 %)	9 (19,5%)
Контрольная n = 32	12 (37,5%)	15 (46,8%)	5 (15,6%)
Группа Сравнения n=42	18(42,8%)	17(40,4%)	7(16,6%)

Среди респонденток всех групп преобладали женщины в возрасте, наиболее важном с позиции репродуктивной значимости – 18 – 34 года (90 % и 96 % соответственно).

Таблица 2. Распределение респонденток в зависимости от интервала после родов

Группы	Интервал после родов в годах абс. (%)					
	0,25-0,5	0,5- 1	1,1 - 3	3,1 - 5	5,1 – 7	7,1 - 10
Основная n = 46	7 (15,2)	14 (30,4)	12 (26)	3 (6,5)	5 (10,8)	1 (2,1)
Контрольная n = 32	6 (18,7)	1 (3,1)	13 (40,6)	9 (28,1)	3 (9,3)	-
Группа Сравнения n=42	8 (19)	3 (7,1)	15 (35,7)	11 (26,1)	3 (7,1)	2 (4,76)

На момент опроса средний интервал после родов в основной группе составлял $2,3 \pm 1,7$ года, в контрольной $2,4 \pm 1,8$ года и в группе сравнения $2,2 \pm 1,8$ года.

Распределение респонденток основной, контрольной групп и группы сравнения не имело существенных различий по возрасту, паритету и давности родов ($p > 0,05$), что позволило считать их по данным параметрам однородными и проводить соответствующие сравнения.

По супружескому статусу все группы респонденток оказались идентичными ($p > 0,05$). Замужем были 43 (93,4%) женщин основной 30 (93,7%) женщин контрольной группе и в группе сравнения 41 (97,6%) соответственно. Не состояли в зарегистрированном браке 3 (6,5%) женщины основной группы, 2 (6,2%) женщины контрольной группы и в группе сравнения 1 (2,4%).

Основным местом проведения бесед с беременными проводили в родильных комплексах. Из анамнеза было выявлено что наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта 32 (69,5) в основной, в контрольной группе 22 (68,7%) и заболевания мочевыделительной системы в основной 39 (84,7%). Наиболее важным моментом было выявлено что в группе сравнения было выявлено наиболее часто заболевания нервной системы 32 (76,1%).

Распределение респонденток основной, контрольной групп и группы сравнения не имело существенных различий по анемии ($p > 0,05$), т.е. во всех группах наиболее часто встречалась анемия легкой и средней степени.

При опросе беременных женщин во всех группах по поводу пандемии SARS-CoV-2 об опасных признаках, возникающих у беременных и знают ли куда им необходимо немедленно обратиться при появлении опасных признаках таких как повышение температуры тела, боли в животе, появление кровянистых выделений, прекращение ощущения шевеления плода были информированы наибольшая часть беременных соответственно 109 (90,8%).

Распределение респонденток основной, контрольной групп и группы сравнения не имело существенных различий по соблюдению карантинных мер т.е. ношение маски соблюдают 118 (98,3%), самоизоляции соблюдают 116 (96,6%), мытьё рук с мылом в течение дня не менее 10 раз соблюдают 112 (93,3%) беременных женщин.

Таблица 3. Распределение респонденток в зависимости от испытывали ли они чувство тревоги или страха в связи с беременностью во время пандемии коронавируса

Группы	ДА	НЕТ
Основная (n=46)	32(69,5%)	14(30,4%)
Контрольная (n=32)	18 (56,2%)	14(43,7%)
Группа сравнения (n=42)	39(92,8%)	3 (7,1%)

Как видно из данной таблицы наиболее часто испытывали чувство тревоги и страха в связи с беременностью во время пандемии коронавируса в группе сравнения 39 (92,8%) беременных женщин. При опросе этих беременных выявлено что панические атаки могут возникать в дневное или в ночное время суток, преимущественно в ночное время суток с гипертоническим синдромом.

Распределение пациенток по повышению артериального давления было выявлено что, повышение артериального давления 160/110 мм.рт.ст и более наиболее часто наблюдалось в основной группе - 32(69,5%) и купировались гипотензивной терапией в течение 4х часов. А в группе сравнения наблюдалось повышение артериального давления 160/110 мм.рт.ст и более- 39(92,8%) соответственно, и не было существенных изменений в анализах мочи по поводу протеинурии, также повышение артериального давления не купировалось гипотензивной терапией в течение 4х часов. Приступ нередко начинался с того, что перехватывает горло, становится трудно дышать, не хватает воздуха, а каждый вдох дается с трудом. Но чаще всего первым сигналом панической атаки служит толчок в сердце, от которого оно принимается отсчитывать бешенный ритм (140 ударов в минуту). При этом стучит в висках, может сильно болеть голова, знобить. Руки-ноги немеют, тело покрывается «гусиной кожей», а температура повышается до 38~39°C. Панические атаки это приступы внезапно возникающей тревоги, которые проявляются рядом физических ощущений и страхом потери контроля над своим состоянием.

Диагностические критерии панического расстройства по МКБ-10:

Повторное возникновение панических атак. Для диагностики необходимы как минимум 2 спонтанные панические атаки в течении одного месяца. У пациентов с паническими расстройствами могут возникать ситуативно-обусловленные панические атаки.

Панические атаки наблюдаются в течение месяца и более и сопровождаются следующими симптомами:

- постоянным беспокойством по поводу повторения атак,
- беспокойством по поводу осложнений атак или их последствий (потеря контроля над собой, тяжелая органическая патология)
- значимыми изменениями поведения из-за возникновения атак

Возникновение атак не обусловлено соматическими заболеваниями, действием каких-либо веществ и другими психическими заболеваниями.

Главный инструментом для борьбы с паническими атаками у беременных является психотерапия. Именно работа с психотерапевтом поможет выявить скрытые причины, вызвавшие паническое расстройство. Лечение проводится на основании этих причин - негативные установки прорабатываются и заменяются на позитивные, вскрываются скрытые страхи, налаживается самооценка и уверенности в собственной силе. Ведь в формировании страха беременной женщины огромную роль играет ее субъективное восприятие и мыслительная переработка поступающей информации, которая сопровождается соответствующими эмоциями.

Заключение: Таким образом, длительно существующий психоэмоциональный стресс обусловил развитие расстройств психики беременны, что чревато стимулированием соматоформных и психосоматических расстройств, число которых будет увеличиваться через некоторое время. Вероятнее всего, количество заболевших и пострадавших от усиления и усугубления психосоматической патологии будет намного больше, чем количество пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Профилактика психосоматических расстройств при возможных повторных вспышках инфекционных заболеваний требует дальнейшего изучения и анализа для внесения корректив в организацию и оказание психиатрической помощи беременным женщинам.

Литература:

1. Агабабян, Лариса Рубеновна, et al. "Особенности чистопрогестиновой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией." Вопросы науки и образования 26 (75) (2019).
2. Герасимович А., Клишина О., Ющенко М. Коронавирус и беременность: временное руководство. – Litres, 2020.
3. Махмудова С.Е., Атаева Ф.Н. Эволюционные взгляды на гипертензивные расстройства беременности (Обзор Литература) // Передовая наука. - 2019. - С. 183-187.
4. Назарьев Н. В. и др. Психосоматические расстройства после вспышки коронавирусной инфекции (клинические случаи).
5. COVID-19 бўйича миллий қўлланма. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти. Тошкент, 2020
6. COVID CDC, команда R. Тяжелые исходы среди пациентов с коронавирусной болезнью 2019 (COVID-19) - Соединенные Штаты, 12 февраля - 16 марта 2020 г. // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. - 2020. - Т. 69. - №. 12. - С. 343-346.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ С АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ

Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Дилмурадова В.К.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Ожирение является причиной развития многих социально-значимых заболеваний: сахарного диабета II типа, ишемической болезни, артериальной гипертензии, желчнокаменной болезни, но также гормонально-зависимые опухоли, заболевания матки и молочных желез [4,5]. В настоящее время ожирение рассматривается в качестве одной из основных причин нарушений функции репродуктивной системы у женщин, что сопровождается снижением фертильности и патологическим течением беременности и родов [1,3]. Избыток жировой ткани приводит к ускорению фолликулогенеза, при длительной стимуляции овуляции без уменьшения массы тела может развиваться синдром истощения яичников и раннее развитие менопаузы. Избыток жировой ткани приводит к снижению циркулирующих в крови эстрогенов, повышению секреции тестостерона, особенно при андройдном типе ожирения [3,7]. Избыток жировой ткани приводит к накоплению стероидов, в связи с этим количество и активность циркулирующих в крови эстрогенов снижается. Аномальное функционирование гипоталамуса приводит не только к нерегулярным менструальным циклам, но и гипоменструальному синдрому и вторичной аменорее. Многие исследователи отмечают повышение секреции тестостерона, особенно выраженное при андройдном типе ожирения, хроническую ановуляцию [2,8]. Ожирение приводит или сочетается с аменореей и бесплодием, однако механизм возникновения НМЦ изучен недостаточно. Одной из частых ошибок в ведении данного контингента пациенток является то, что до назначения лечения ожирения проводится стимуляция функции яичников. При длительной стимуляции овуляции без уменьшения массы тела может развиваться синдром истощения яичников. Для восстановления цикличности менструальной функции нередко достаточно снижения массы тела на 10-15%, что в свою очередь нормализует стероидогенез и фолликулогенез в яичниках. Своевременная коррекция массы тела приводит к нормализации цикла, а у многих больных без применения какой-либо дополнительной терапии и к восстановлению фертильности.

Цель: прогнозировать менструальную и репродуктивную функцию у девушек- подростков с алиментарной формой ожирения

Материал и методы исследования: Нами было проведено клинические (анамнестические данные), инструментальные (УЗИ), гормональные (содержание ФСГ, ЛГ, этродиол, прогестерон, ТТГ в сыворотке крови), биохимические (холестерин в липопротеидах низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности, и статистические (среднее значение гирсутного числа по шкале Ферримана-Голлвея).

Основную группу составили 38 девушек с ожирением и НМЦ, группу контроля 30 практически здоровых девушек

На клиническом материале были изучены некоторые механизмы нарушения менструальной функции у девушек с различными степенями ожирения и выяснена их зависимость от степени ожирения.

Характер распределения жировой ткани определяли с помощью коэффициента окружности талии (более 88 см)/окружность бедер (ОТ/ОБ). Согласно данной классификации абдоминальное (центральное, андройдное) ожирение характеризуется снижением ОТ/ОБ > 0,85, гиноидное (ягодично-бедренное) – ОТ/ОБ < 0,85. Критериями отбора пациенток в настоящее исследование явились наличие НМЦ, развившейся на фоне алиментарного ожирения (индекс массы тела более 29 кг/м²).

Средняя масса тела обследованных пациенток составила 87,10±0,67 кг (от 74 кг до 105 кг), средний рост – 162,7±2,26 см (от 153 см до 169 см). Длительность ожирения колебалась в широких пределах и составила в среднем 4,56±0,74 года. Средний показатель ОБ у обследованных больных был равен 103,28±0,48 см (от 90 до 114 см), ОТ –

89,85±0,23 см (от 81 до 97 см), при этом величина индекса ОТ/ОБ превышала 0,8 и составила 0,871±0,003 (от 0,80 до 0,94).

У 17,2% обследованных девушек отмечена 1-я степень алиментарного ожирения, у 56,9% – 2а степень и у 25,3% – 2б степень ожирения. При этом индекс массы тела (ИМТ) колебался от 28,97 кг/м² до 39,35 кг/м², составляя в среднем 32,92±0,26 кг/м². При этом у девушек с 1-й степенью алиментарного ожирения данный показатель составил 29,10±0,15 кг/м², со 2а – 32,34±0,12 кг/м², с 2б – 36,75±0,24 кг/м².

У 67,2% обследованных девушек с алиментарным ожирением выявлен андройдный (центральный) тип ожирения, что характеризовалось снижением ОТ/ОБ>0,85, у 32,8% женщин отмечен смешанный тип ожирения.

Результаты собственных исследований. Большинство обследованных девушек перенесли ОРВИ (55%), инфекционные заболевания (82,8%), различные формы гепатита (30,2%). Анализ частоты и характера соматических заболеваний у обследованных пациенток показал высокую частоту их встречаемости. Как видно из представленного материала, в основной группе с высокой частотой выявлялись диффузный токсический зоб (ДТЗ) (22,4%), дисфункция желчного пузыря (28,4%), хронический гепатит (30,2%). Следует сказать, что у женщин со 2 а и б степенями ожирения частота встречаемости патологий гепатобилиарной системы была существенно выше, чем с 1-й степенью ожирения. У данной группы пациенток отмечено также развитие мастопатии (6%).

Таким образом, у обследованных пациенток с ИМЦ на фоне алиментарного ожирения довольно часто выявлялись соматические патологии. Среди них ведущее место занимала патология гепатобилиарной системы (58,6%). Полученные нами данные свидетельствуют о важной роли вышеперечисленных патологий в развитии алиментарного ожирения и ИМЦ.

Изучение гормонов гипофиза показало повышение их уровня, выраженность которых зависела от степени ожирения. Так, содержание ТТГ в сыворотке крови девушек с ожирением статистически значимо возрастает с 1,93±0,28 мМЕ/л до 3,07±0,26 (P<0,001), 3,60±0,10 и 3,69±0,21 мМЕ/л (P<0,001), соответственно при 1-й, 2-й а и 2-й б степени ожирения, превышая значения практически здоровых девушек в 1,59; 1,86 и 1,91 раза (рис. 3.3). При этом наибольшие изменения были характерны для пациенток со 2-й б степенью алиментарного ожирения.

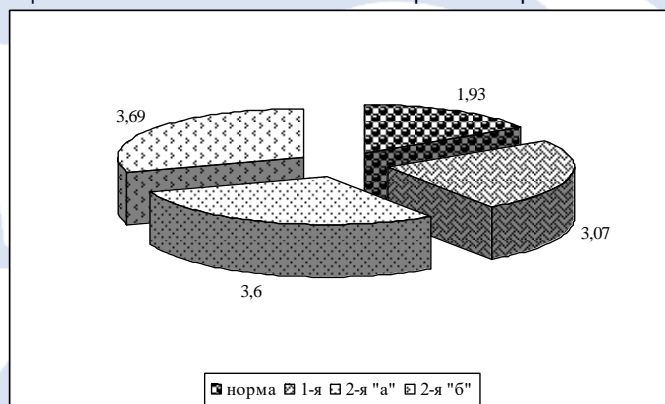


Рис. 1. Изменение уровня ТТГ (мМЕ/л) в сыворотке крови девушек с алиментарным ожирением различной степени.

Уровень ФСГ в сыворотке крови обследованных девушек составил 11,18±1,46; 12,59±0,80 и 14,74±1,52 МЕ/л, соответственно для 1-й, 2-й а и 2-й б степени ожирения при значении данного показателя у практически здоровых девушек 5,73±0,41 МЕ/л (рис. 3.4). Как видно из представленных данных, по мере увеличения массы тела уровень ФСГ статистически значимо возрастает в 1,95 (P<0,001), 2,2 (P<0,001) и 2,57 (P<0,001) раза, соответственно степеням алиментарного ожирения.

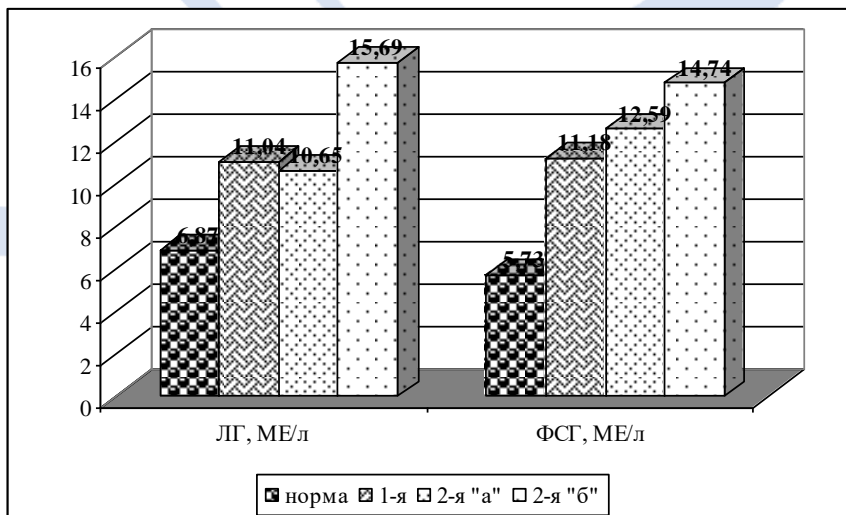


Рис. 2. Изменение уровня ФСГ и ЛГ в сыворотке крови девушек с алиментарным ожирением различной степени.

Уровень ЛГ статистически значимо возрастает во всех группах больных: в 1,61 ($P<0,01$); 1,55 ($P<0,01$) и 2,28 ($P<0,001$) раза, составляя $11,04\pm 2,07$; $10,65\pm 0,64$ и $15,69\pm 1,09$ МЕ/л, соответственно в группах с 1-й, 2-й а и 2-й б степенями ожирения, при значении этого показателя у практически здоровых девушек $6,87\pm 0,53$ МЕ/л.

Следовательно, при алиментарном ожирении различной степени уровень тропных гормонов статистически значимо возрастает по мере увеличения массы тела. Анализ уровня эстрадиола у девушек с алиментарным ожирением и НМЦ показал тенденцию к его увеличению при 1-й степени ожирения до $133,28\pm 10,48$ мМЕ/л, при значении этого показателя у практически здоровых девушек $122,86\pm 13,23$ мМЕ/л (рис. 3).

По увеличению массы тела его значения постепенно снижаются до $126,47\pm 4,13$ и $119,76\pm 9,13$ мМЕ/л, соответственно 2-й а и 2-й б степенях ожирения и достигают нормативных значений. При этом нарушается регуляторная связь его выработки с гипофизарными гормонами. Анализ уровня прогестерона в сыворотке крови девушек с алиментарным ожирением показал резкое его снижение.

Так, уровень его при 1-й, 2-й а и 2-б степенях ожирения снизился с $12,06\pm 1,13$ нмоль/л в контроле, до $0,775\pm 0,160$; $0,700\pm 0,075$ и $0,423\pm 0,071$ нмоль/л (в 15,56, $P<0,001$; 17,23, $P<0,001$ и 28,51, $P<0,001$ раза), соответственно. Как видно из представленного материала, низкий уровень прогестерона совпадал с высокими значениями ЛГ, особенно при 2-й а и 2-й б степенях ожирения. Наиболее выраженное снижение прогестерона было характерно для 2-й б степени ожирения.

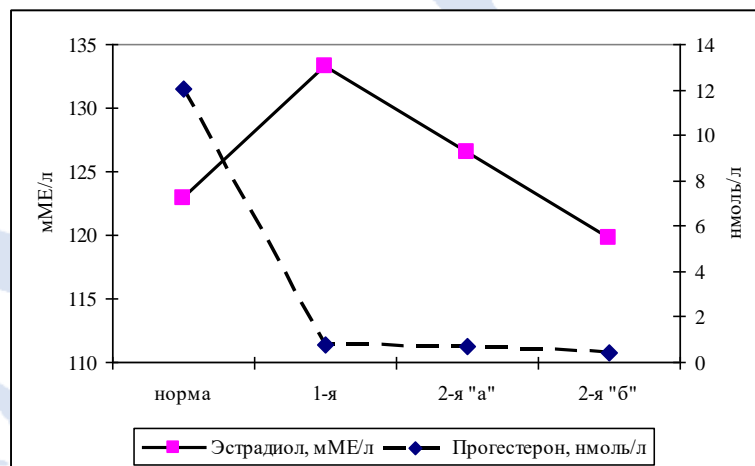


Рис. 3. Изменение уровня эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови девушек с различной степенью алиментарного ожирения.

Заключение: Таким образом, у девушек с алиментарным ожирением отмечается дисбаланс гормонов. Уровень тропных гормонов прогрессивно возрастает по мере увеличения массы тела пациенток. Уровень эстрадиола в сыворотке крови возрастает при 1-й степени ожирения, с усугублением ожирения снижается. Содержание прогестерона резко снижено, что свидетельствует об отсутствии овуляции. В отличие от них, уровень тестостерона в сыворотке крови обследованных прогрессивно возрастает по мере увеличения массы тела пациенток. Полученные результаты совпадают с особенностями изменения менструального цикла. Можно предположить, что секреторная активность яичников снижается вне зависимости от степени алиментарного ожирения преимущественно при ановуляции. Можно сказать, что ожирение приводит к нарушению менструальной функции, возникающей на фоне гипоталамо-яичниковой дисфункции и неадекватной продукции прогестерона.

Литература:

1. Болотова Н. В. и др. Транскраниальные методы физиотерапевтического воздействия в лечении девочек с синдромом поликистозных яичников //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2018. – Т. 14. – №. 3.
2. Джамал Х. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины //Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2017. – Т. 4. – №. 2.
3. Иванова Е. А., Радынова С. Б. Ожирение как фактор риска нарушения репродуктивной функции женщины //Дневник науки. – 2019. – №. 3. – С. 4-4.
4. Солнцева А. В., Волк Ю. В., Волкова Н. В. Преждевременное адренархе у девочек: обзор Литература и диагностический поиск на основе разбора клинического случая //Украинский журнал детской эндокринологии. – 2019. – №. 3. – С. 43-48.
5. Leeners B. et al. Ovarian hormones and obesity //Human reproduction update. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 300-321.
6. Rigamonti A. E. et al. Whey proteins reduce appetite, stimulate anorexigenic gastrointestinal peptides and improve glucometabolic homeostasis in young obese women //Nutrients. – 2019. – Т. 11. – №. 2. – С. 247.
7. Roomruangwong C. et al. The menstrual cycle may not be limited to the endometrium but also may impact gut permeability //Acta Neuropsychiatrica. – 2019. – Т. 31. – №. 6. – С. 294-304.
8. Tambucci R. et al. Association between obesity/overweight and functional gastrointestinal disorders in children //Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. – 2019. – Т. 68. – №. 4. – С. 517-520.
9. Rad M., Sabzevary M. T., Dehnavi Z. M. Factors associated with premenstrual syndrome in female high school students //Journal of education and health promotion. – 2018. – Т. 7.

ТУХУМДОНЛАРНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИНГИ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШГА БЎЛГАН ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я., Тангирова Ю.О.
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Эрта менопауза содир бўлиши билан боғлиқ бўлган тухумдонларнинг вақтидан олдинги етишмовчилиги (ТВЕ) фертил даврда фолликулаларнинг жадал йўқолиши ва тухумдонлар функциясининг вақтидан олдин тўхташи билан тавсифланади [1–3]. Бу жараён бутун аёл организми учун оқибатларга эга, шу жумладан шу сабаблики, жисмоний ўзгаришлардан ташқари, у, психологик бузилишлар (руҳий-ижтимоий ноқулайлик) билан ҳам тавсифланади, булар бир-галликда эрта менопаузали аёлнинг ҳаёти сифатини анчагина пасайтиради [2, 4].

Маълумки, тухумдонлар фаолиятининг давомийлиги тухумдондаги муртак ҳужайраларнинг сони ва аёлнинг ҳаёти давомида уларнинг апоптозини (режалаштирилган ўлими) келтириб чиқарувчи омиллар билан аниқланади. Бунда тухумдонда муртак ҳужайраларнинг максимал сони ҳомиладорликнинг 6-чи ҳафтасида содир бўлади (> 700 минг тухумҳужайра). Аёлнинг бутун ҳаёти давомида муртак ҳужайраларнинг апоптози суткасига тахминан 25-150 та ҳужайра тезлигида рўй беради. Менархе даврида тухумҳужайралар сони 50%га камаяди ва менопауза бошланишида уларнинг сони 1000 тага яқин бўлиб қолади [1].

ТВЕ 40 ёшгача бўлган аёлларда фолликулостимулловчи гормон (ФСГ) миқдорининг ошиши билан бирга аменореядан иборат.

Одам репродукцияси ва эмбриология бўйича Европа жамиятининг Қўлланмасига (ингл. European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) кўра, ташхис 4 ойдан кам бўлмаган муддат давомида аменорея (асосан иккиламчи) ва 4 ҳафтадан зиёд интервал билан икки марта (овуляция вақтида эмас) тасдиқланган $ФСГ > 25$ МЕ/л миқдорининг ошиши асосида қўйилади [7, 8]. Шунингдек, ташхисот учун фолликулаларни кўриш мақсадида трансвагинал ёки абдоминал ультратовушли текшириш (УТТ) ва қонда ТВЕда анчагина пасаядиган антимюллерли гормон миқдорини аниқлаш муҳимдир [2, 9].

ТВЕ – полиэтиологик касаллик бўлиб, бунда кўпчилик аёлларда сабаби номаълумдир. Энг кўп тарқалган сабаблардан генетика билан боғлиқ сабаблар, аутоиммун реакциялар, апоптознинг фаоллашуви ёки токсик зарарланиш этироф этилади. Камроқ ҳолларда фолликуляр дисфункция қайд этилади, яъни УТТ ёки биопсияда фолликулаларнинг етарлича миқдори аниқлансада, улар керакли даражада фаолият юритишмайди [1, 2, 10, 11].

ТВЕнинг руҳий-ижтимоий ва эмоционал таъсири кўпинча етарлича баҳоланмайди, чунки клиник кўринишлар биринчи ўринга чиқади. Аммо ТВЕли аёллар кўпгина ҳолларда фертил функциялари ҳақида қайғуришади. ТВЕли аёллар жинсий функцияга салбий таъсир этувчи депрессия ва ўзига паст баҳо бериш каби турли психологик бузилишларни намоён этишади [6].

ТВЕ ташхиси кўпинча аёл учун катта стресс бўлиб ҳисобланади. ТВЕ ташхиси қўйилгандан сўнг улар дарҳол руҳий зарбани ҳис қилишади ва саросимага тушишади. Шунинг учун аёлга руҳий кўмакни таклиф этиш лозим [2, 4].

Эрта менопауза, шунингдек, неврологик дисфункция (когнитив функцияларнинг пасайиши) ва ақли заифлик ривожланишининг катта хавфи билан боғлиқ бўлиши мумкин: чунки ёшлик даврида мия эстрогенларнинг танқислигига жуда сезгир бўлади. Шуни қайд этиш жоизки, ТВЕнинг клиник кўриниши ёшга қараб ҳар хил бўлади. Жуда эрта, ўсмирлик даврида бошланиши жинсий етилишдан орқада қолишга ва бирламчи аменореяга олиб келади. Менархедан сўнг эстроген танқислиги ва иккиламчи аменорея белгилари номунтазам ҳайзлар ёки бепуштлик билан намоён бўлади. Бундан ташқари, ТВЕ клиникаси генетик синдромларнинг бир қисми ва аутоиммун касалликларнинг белгиларидан бири бўлиши мумкин [1, 2, 9].

Ташхисот ва мониторинг. Навбатдаги ҳайзи 3 ойдан зиёд муддатга кечикиши кузатиладиган ёш аёллар шифокорга қилган илк ташрифларида тегишли эътиборга лойиқдирлар [45]. Шу билан бирга, ТВЕ ни ўз вақтида аниқлаш ҳақиқий клиник муаммо бўлиб ҳисобланади: 50% дан ортиқ иккиламчи аменореяли аёллар, лаборатор текширувларга йўлланмасдан туриб, 3 ва undan кўп нафар турли мутахассислар кўригидан ўтишади [6]. Тухумдонларнинг вақтидан олдинги заифлашувининг аниқ ташхисотли мезонлари ҳозирги вақтгача ишлаб чиқилмаган, клиник амалиётда аменореянинг мавжудлиги (4 ойдан кам бўлмаган муддатда) ва қон зардобидида ФСГ нинг 40 МЕ/л гача ошишида касалликни чама-лашга тўғри келади [7]. ФСГнинг юқори миқдори, ҳаттоки 4 ойдан зиёд давом этган аменореяда ҳам, тухумдонлар функциясининг қайтариб бўлмас даражада издан чиқиши ташхисотининг ягона мезони бўла олмайди [4, 5]. Бундан ташқари, ФСГ миқдорининг ошиши фолликуляр захиранинг камайишидан далолат бермайди ва тухумдонлар функциясининг қайтариб бўлмас даражада издан чиқишига тенг эмас [1]. Муҳокама этилаётган тухумдонларнинг “заифлашуви” контексти фақатгина фолликулалар етилишининг даврий ва олдиндан айтиб бўлмайдиган бузилишини ҳамда ТВЕли ёш аёлларнинг деярли 50%ида йиллар давомида кузатилувчи аменорея ҳолатларини билдиради [1, 7]. Зид фикр шундан иборатки, тухумдонларда сақланган фолликулалар мавжуд бўлиб, гонадотропинларнинг концентрацияси юқори бўлсада, фолликулалар, кўпгина ҳолларда фаолият юритмайди, овуляциянинг тикланишини ҳам умуман олдиндан айтиб бўлмайди: ТВЕли аёлда мунтазам овуляция 8 йил давом этган аменореядан кейин тикланганлиги баён этилган [1, 7, 10]. ТВЕда овуляциянинг тикланиши ёки ҳомиладорлик рўй беришининг эҳтимоллигини аниқловчи прогностик маркерлар мавжуд эмас. Ташхисотнинг биринчи босқичи, ўз ичига, одам хорионик гонадотропини- ХГЧ (ҳомиладорликни истисно этиш), пролактин, ФСГ ва тиреотроп гормони (ТТГ) миқдорини аниқлашни мужассам этади. Агар 40 ёшдан ёшроқ бўлган аёлда ФСГ

менопауза учун хос бўлган кўламда бўлса, гипогонадизмни тасдиқлаш учун тест эстрадиол (Е2) миқдорини аниқлаш билан бирга ўтказилади. Қон зардобиди ФСГ ва Е2 ни миқдорий аниқлаш носпецифик прогестинли тестнинг тўлиқ ўрнини босади (унинг натижаси фақат м-эхо катталигига боғлиқ бўлади ва м-эхо 4 мм дан катта бўлганда, аменореянинг сабабидан қатъий назар, доимо мусбат бўлади). Эстрогенларнинг танқислиги вақтинча бўлганлиги сабабли, тест такрорланганда, кўпчилик аёллар прогестинга ҳайзга ўхшаш реакция билан жавоб қайтаришади, бу эса ташхисотли хатолликларнинг манбаи бўлиши мумкин [7]. Тухумдонларнинг ташхисотли лапароскопияси ва биопсияси умуман фойдасиз – ҳаттоки, агар фолликулалар ФСГ рағбатлантирилишига жавоб бермасалар, тухумдондаги фолликулаларнинг борлиги уларнинг кейинги тўлақонли ривожланишига кафолат бермайди. Аёл билан унинг касаллигини моҳияти ҳақида суҳбат қуриш натижасида аёлнинг эмоционал реакциясининг даражаси аниқланади: ташхисни англагандан сўнг эмоционал тушкунлик даври юзага келади. Шунинг учун ташхис максимал даражада тўғри шаклда, синчиклаб ўйлаб, ҳамдардлик оҳанги билан хабар берилади. Шубҳасиз, ташхиснинг ўзини эмоционал таъсирини енгиш учун вақт бериш лозим.

ТВЕли аёллар учун умумқабул қилинган амалиёт бўлиб, меъёрдаги менопауза содир бўлгунча (50 ёшгача) тухумдонлар стероидли гормонларини физиологик ўрнини босиш – ўринбосар гормонал терапия (ЎГТ) ҳисобланади. ЎГТнинг мақсади эстрадиолнинг етарлича концентрациясини ушлаб туриш бўлиб, ТВЕли аёлларни эстрогенларнинг узоқ муддатли танқислиги билан боғлиқ жиддий оқибатларнинг ривожланишидан ва вақтидан олдинги ўлим содир бўлишидан ҳимоя қилиш имконини беради [1, 2, 7, 9].

Ёш аёлларда ЎГТни қўллаш тамойили даволаш мақсади ҳаёт сифатини ушлаб туриш бўлган каттароқ ёшдаги аёлларда ишлатиладиган МГТ ни қўллаш тамойилидан озгина фарқ қилади, холос. Ёш аёлларга, ёши каттароқ бўлган аёллар гуруҳига нисбатан, эстрогенларнинг каттароқ дозаси талаб этилиши мумкин. Бундан ташқари, бундай аёлларда жинсий функцияга нисбатан каттароқ умидлар бўлиши мумкин, бу эса, одатда, вагинал эстрогеннинг (эстриол) қўлланилишини ва андрогенларнинг ўрнини босишни талаб этади [1, 29, 30].

ТВЕли аёлларда ЎГТ комбинирланган орал контрацептивларни (КОК) қўллашдан афзалроқдир, чунки КОК таркибиди катта миқдорда стероид гормонлар мавжуд бўлиб, бу эса ТВЕни коррекциялаш учун зарур. Оқибатда, КОК қўлланилганда, салбий натижалар юзага келиш хавфи ошади.

Хулоса. Шундай қилиб, ТВЕ аёлларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтирадиган, биринчи навбатда, бепуштлиқ билан боғлиқ тамға туфайли, шунингдек, эстрогенлар миқдори пасайиши билан боғлиқ кўринишлар – қиндаги ноқулайлик, диспареуниялар, сийдикни ушлолмаслик, иккиламчи инфицирланиш кузатиладиган полиэтиологик касаллик бўлиб ҳисобланади. Бу ҳолат нуқсонли доирани туташтирувчи эмоционал бузилишлар ва руҳий-ижтимоий ноқулайликнинг ривожланишига олиб келади. ТВЕ бошқа аъзо ва тизимлар касалликларининг кенг доираси билан боғлиқ, уларнинг асосийлари бўлиб, 2-типдаги қандли диабет, остеопороз ва юрак-томир касалликлари ҳисобланади.

ТВЕни даволашнинг афзал усули бўлиб, ўрта ёшгача, табиий менопауза бошланишига қадар давом эттириш лозим бўлган ЎГТ тан олинган. ГУМСда ТВЕли аёлларнинг иштирокида ўтказилган клиник тадқиқотларда ўзининг самардорлигини ва хавфсизлигини намоён этган эстриолнинг асл воситалари билан маҳаллий терапияни ўтказиш кўрсатилган. Даволашни биринчи ҳафтада даво дозасида, кейинчалик эса қайталанишларни олдини олиш мақсадида узоқ вақт мобайнида ушлаб турувчи тартибда ўтказиш лозим. Эстриолнинг қўлланилиши урогенитал дистрофик ўзгаришларнинг сусайишига, ГУМС белгилари минимал даражада кузатилишига ва жинсий ҳаёт яхшиланишига, бу эса руҳий-ижтимоий ноқулайликнинг йўқолишига ва ТВЕли аёлларнинг ҳаёт сифати ошишига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Абсатарова Ю. С., Андреева Е. Н. Преждевременная недостаточность яичников: современные аспекты ведения пациенток //Сборник тезисов III Всероссийской конференции с международным участием" Репродуктивное здоровье женщин и мужчин". – 2018. – С. 5-5.
2. Адамьян Л. В. и др. Одноэтапный хирургический метод активации функции яичников (первое клиническое наблюдение) //Проблемы репродукции. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 97-99.
3. Блинов Д. В. и др. Ранняя менопауза и преждевременная недостаточность яичников: проблемы и перспективы //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2020. – Т. 14. – №. 3. – С. 328-345.
4. Игнатьева Р. Е. и др. Эндотелиальная дисфункция в системе микроциркуляции у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т. 16. – №. 1.
5. Игнатьева Р. Е. и др. Нарушение функции эндотелия сосудов у женщин с преждевременной недостаточностью яичников //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – Т. 15. – №. 3.
6. Кумыкова З. Х., Батырова З. К., Уварова Е. В. Преждевременная недостаточность яичников в раннем репродуктивном возрасте: современные аспекты диагностики и ведения //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2019. – Т. 15. – №. 4 (85).
7. Петров Ю. А., Блесманович А. Е., Алехина А. Г. Преждевременная овариальная недостаточность (обзор Литература) //Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – №. 2-2.
8. Позднякова А. А. и др. Особенности функционального состояния эндотелия и возможности его коррекции при преждевременной недостаточности яичников //Акушерство и гинекология. – 2016. – №. 11. – С. 86-94.
9. Позднякова А. А. Преждевременная недостаточность яичников: от диагностики к профилактике и лечению последствий заболевания //Главный врач Юга России. – 2020. – №. 4 (74).

10. Позднякова А. А. и др. Метаболический профиль и функциональное состояние эндотелия сосудов у женщин с разными формами преждевременной недостаточности яичников //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 3.
11. Царегородцева М. В., Новикова Я. С., Подольян О. Ф. Преждевременная недостаточность яичников: новые возможности терапии //Климактерий. – 2016. – Т. 3. – С. 26-31.
12. Цихилова Б. А. Преждевременная недостаточность яичников //Гигиена: здоровье и профилактика. – 2018. – С. 226-227.
13. Guo F. et al. Menstrual blood derived mesenchymal stem cells combined with Bushen Tiaochong recipe improved chemotherapy-induced premature ovarian failure in mice by inhibiting GADD45b expression in the cell cycle pathway //Reproductive Biology and Endocrinology. – 2019. – Т. 17. – №. 1. – С. 56.
14. Igboeli P. et al. Intraovarian injection of autologous human mesenchymal stem cells increases estrogen production and reduces menopausal symptoms in women with premature ovarian failure: two case reports and a review of the literature //Journal of Medical Case Reports. – 2020. – Т. 14. – №. 1. – С. 1-11.
15. Ye X. et al. Exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and risk for premature ovarian failure and reproductive hormones imbalance //Journal of Environmental Sciences. – 2020. – Т. 91. – С. 1-9.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Азимов Ф. Р., Туксанова Д.И., Бабаева Н.Э.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Воспаления придатков матки по частоте занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости и составляют 60-65%, из них наиболее тяжелыми являются гнойные воспалительные процессы маточных труб и яичников, на их долю приходится до 4-15%. [2,3]. Кроме того, в последние годы отмечен повсеместный рост частоты острых сальпингоофоритов в общей популяции женщин репродуктивного возраста на 13% и на 25% у женщин с внутриматочными контрацептивами [1,4]. Воспалительные заболевания органов малого таза нередко принимают хронический характер, что оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивную, сексуальную, менструальную функции женского организма, приводит к наличию стойкого болевого эффекта и расстройствам психического, физического здоровья, стойкой утраты трудоспособности. [5].

Важным фактором риска возникновения ВЗОМТ является возраст. По результатам исследований, большинство больных (75%) женщины репродуктивного возраста [2]. Пик заболеваемости приходится на период от 15 до 24 лет. [6].

В связи с этим не утрачивает актуальности проблема оценки значимости различных факторов риска возникновения гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза и особенностей их клинического течения в возрастном аспекте.

Целью исследования является изучение особенностей клинико-лабораторных особенностей течения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и оценка эффективности различных методов лечения у женщин разных возрастных группах

Материал и методы: Было проведено исследование 98 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки, которых наблюдали в гинекологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП в 2017-2020 гг. Возраст больных колебалась от 18 до 49 лет, которые были разделены на три сопоставимые группы: В 1 группу – входили 38 (39%) женщины в возрасте 18-29 лет, во 2 группу входили 41(42%) от 30-40 лет. В 3 группу 19(19.3%) от 40-49 лет.

В исследованию входило анализ крови, мочи, кровь на С-реактивный белок, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Исследование влагалищного мазка, посев содержимого влагалища и цервикального канала и пунктат из брюшной полости, полученный путём пункции через задний свод влагалища, или лапароскопии. В первой группе 14 больным произведена лапароскопия, 9 больным традиционная лапаротомия и 15 больным произведена традиционная консервативная терапия в сочетании малоинвазивной терапией. Во второй группе 12 больным произведена лапароскопия, 8 больным традиционная лапаротомия и 21 больным произведена традиционная консервативная терапия в сочетании малоинвазивной терапией. В третьей группе 4 больным произведена лапароскопия, 12 больным традиционная лапаротомия и 3 больным традиционная консервативная терапия. Всем больным первые 3 суток пребывания в стационаре проводили операции различных объемов (экстирпация матки с придатками, дренирование брюшной полости, аднексэктомия, тубэктомия, туботомия, лапароскопия и санация брюшной полости). В традиционную консервативную терапию входила антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, витаминно-комплексная терапия.

Оценивали анамнестические данные, число осложнений, особенности течения послеоперационного периода.

Статистический анализ проведен методом анализа таблиц сопряженности с определением относительного риска по Мантел-Ханзелу в стратифицированной по возрасту выборке. Для расчетов использован пакет прикладных программ Statistica 12.5 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. Клиническая картина изученных случаев была стереотипной. У пациенток преобладали жалобы на боль внизу живота, повышение температуры тела, общая слабость, сухость во рту, тошнота, у каждой пятой пациентки на момент поступления отмечалась рвота. Признаки раздражения брюшины были выявлены у 94,6 % больных. В возрастной структуре преобладали женщины в возрасте от 18 до 30 лет (67,8 % от общей численности изученных клинических случаев). Содержание групп микроорганизмов в вагинальном отделяемом у женщин различных возрастных группах представлено в табд. 1

Таблица 1. Содержание групп микроорганизмов в вагинальном отделяемом у женщин различных возрастных группах

Виды микроорганизмов	Возраст 18-29 лет (n-38)	Возраст 30-40 лет (n-41)	Возраст 41-49 лет (n-19)
Облигатные анаэробы	28 (73%)	25 (61%)	10 (49%)
Факультативные анаэробы	25(65%)	22 (54%)	8 (43%)
Лактобактерии	10(26.3%)	11 (27%)	4 (18%)
Дрожжеподобные грибы Candida,	12(31%)	11 (26%)	4 (17%)

Практически во всех случаях условно-патогенные микроорганизмы высевались в ассоциациях, состоящий из трёх и более видов. Наиболее часто высевались облигатные анаэробы родов *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, дрожжеподобные грибы *Candida*, *Echerichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Corinebacterium species*. Наблюдаемые различия в клинических проявлениях на момент обращения в приемное отделение клиники у больных различного возраста мы объясняем особенностями реактивности организма, разной интенсивностью воспалительного процесса и микробного агента и возрасту больных. У больных старших возрастных групп наблюдается менее манифестная клиническая картина: на фоне признаков общей интоксикации симптомы раздражения брюшины были менее выражены, а в общем анализе крови были менее высокими показатели СОЭ и количества лейкоцитов, по сравнению с больными в возрасте до 30 лет. Нами была обнаружена зависимость тяжести заболевания от присутствия в анамнезе женщины абортов.

Выводы. Возрастным аспекте, воспалительные заболевания придатков матки имеют свои клинико-лабораторные особенности. В репродуктивном периоде, наряду с изменениями влагалишной микрофлоры и изменениями местного иммунитета приводит к остро протекающих воспалительных процессов с осложненными формами. Тяжёлому гнойному воспаления придатков матки в репродуктивном периоде в возрасте от 30 до 49 лет способствует длительное применение ВМК, наличие в анамнезе хронического воспалительного процесса в придатках матки, ранее перенесенные инфекции с половым путем передачи, частые искусственные аборты, ранний дебют половой жизни и низкий уровень контрацепционной культуры.

Литература:

1. Тихомирова А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Д.М. Современный алгоритм терапии воспалительных заболеваний половой системы. / Рус.мед.журнал.2003. Т.11.,№1. С.12-17.
2. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Гнойные воспаления придатков матки. М.,1996.
3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (проблемы патогенеза, диагностики, хирургического лечения и реабилитации). М.1998.
4. Кондранина, Т. Г. Оптимизация тактики ведения больных при гнойно - воспалительных заболеваниях придатков матки: автореферат дис.... д-ра мед. наук: 14.01.01, 14.03.03 / Кондранина Татьяна Геннадьевна. - Челябинск, 2012. - 38 с.
5. Юрасов, И.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: Современные аспекты тактики / И.В. Юрасов, Т.Ю. Пестрикова // Дальневосточный медицинский журнал. - 2013. - № 1. - С. 130-133.
6. Gorunescu F. Data Mining: Concepts, Models and Techniques (Intelligent Systems Reference Library) / F. Gorunescu NY, Springer, - 2011 - 360 p.

ГЕПАТИТ В БИЛАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ИНФЕКЦИЯНИНГ ВЕРТИКАЛ ЎТИШНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Азимова К.И., Исроилова Г.П., Аманова М.Ф.

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг фикрига кўра вирусли гепатит В глобал муаммо ҳисобланиб, бу касаллик нафақат камбағал ва ривожланаётган давлатларда, балки жаҳоннинг етакчи иқтисодий мамлакатларида ҳам кўп учрамоқда [1]. Статистик маълумотларга кўра, ҳозирги вақтда вирусли гепатит В билан инфицирланиш 240 миллионни ташкил этади. Охириг икки ўн йилликда инфекциянинг тарқалиши мамлакатларнинг иқтисодий статусига боғлиқ равишда камайиши кузатилди[2]. Ҳомиладор аёллар орасида HBsAg нинг тарқалиши аниқ белгиланмаган. АҚШ да инфекция 0,7-0,9 % аниқланади [8], Европа мамлакатларида инфекция тарқалиши 0,1 дан 5,6% гача [9], Россияда 0,5% га етади [10]. Ҳомиладорликда вирусли гепатит В нинг асосий муаммоси вируснинг онадан вертикал йўл билан ўтиши ҳисобланади. То ҳозирги давргача вирусли гепатит В юқишида парентерал йўл асосий ҳисобланар эди. Шунинг учун хавф гуруҳига тери бутунлигининг бузилиши ва шиллиқ қаватларда бўладиган тиббий ва тиббий бўлмаган муолажалар ўтказиладиган шахслар киритилар эди. Мазкур ҳолатларга вена ичига наркотик воситаларни қабул қилиш, қон қуйиш, узоқ муддатли гемодиализ ва бошқалар мансуб эди [21, 22]. Гепатит В вирусининг вертикал ўтишининг муаммоси нафақат инфицирланиш, балки болаларда сурункали ВГВнинг ривожланиш эҳтимолиятининг ошишидир. Таққослаш учун сурункали ВГВ ривожланиши хавфи катталарда 5%, болаларда 10-15%, инфицирланган онадан туғилган янги чақалоқларда зарурий профилактика ўтказилмаганда 90% ни ташкил этади [26]. Шунинг учун кўпчилик мамлакатларда ВГВ билан курашишнинг замонавий стратегиясида қуйидаги масала қўйилади: туғруқга кўмаклашувчи муассасаларда универсал скрининг дастурини жорий этиш. Мазкур дастур гравидар олди тайёргарлик ва ҳомиладорлик

босқичларида ВГВ ташувчанлигини аниқлаш ҳамда янги туғилган чақалоқларда пассив-актив иммунопрофилактика ўтказиш имконини беради [27].

Бугунги кунда етук тавсия ҳомиладорлик пайтида ВГВ га текшириш ҳисобланади. Кўпчилик малакатларда ўтказилган тажрибаларга кўра, мазкур оддий жараёни жорий этиш неонатал инфицирланиш хавфини сезиларли даражада камайшига олиб келди.

Ҳозирги вақтда скрининг ўтказиш учун ягона регламент мавжуд эмас. АҚШда универсал скрининг сифатида HBsAg ни аниқлаш ишлатилади. Бу ҳомиладорни биринчи ташрифида амалга оширилади[28].

Тенофовир ламивудинга нисбатан ҳомиладорлик даврида хавфсиз ва дорига нисбатан резистентликни ривожланиши кам учраши жаҳатидан самарали ҳисобланади. Шунинг учун охириги йилларда мазкур препарат ҳомиладор аёлларда перинатал инфицирланиш кимёпрофилактикасининг 1чи чизиғи сифатида тавсия этилади[63].

1-Жадвал. Ҳомиладорлик вақтида қўлланиладиган вирусга қарши препаратларнинг токсиклик категориялари (FDA классификацияси) жадвалда келтирилган.

Категория	Ҳомилага таъсири	Вирусга қарши терапия препарати
A	Кузатув натижалари ҳомиладорликнинг 1чи уч ойлигида ҳомилага хавф аниқланмади, кейинги уч ойликларида хавф туғилиши ҳақида маълумотлар йўқ	-
B	Ҳайвонларда олиб борилган кузатувлар натижаси ҳомила учун хавфни аниқламади; ҳайвонлар ва ҳомиладорларда ўтказилган тадқиқотларда препаратнинг ҳомилага ножўя таъсири аниқланмади	Телбивудин, тенофовир
C	Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларга асосан ҳомилага манфий таъсири аниқланган; одамларда тадқиқот ўтказилмаган; бироқ препаратни ҳомиладорда қўллашнинг потенциал нафи ҳомиланинг потенциал хавфидан ошади	Ламивудин, энтекавир, адефовир
D	Препаратнинг ҳомилага нисбатан манфий таъсири ҳақида назорат ва постмаркетинг тадқиқотлар асосида олинган маълумотлар мавжуд, бироқ препаратни ҳомиладорда қўллашнинг потенциал нафи ҳомиланинг потенциал хавфидан ошиши мумкин	-
X	Нazorat ва постмаркетинг тадқиқотлар асосида олинган маълумотларга кўра ҳомилада ривожланиш нуқсонини келтириб чиқариши аниқланди; препаратни қўллаш хавфи потенциал нафдан мутлақ ошади	Интерферон

Ҳомиладорлар учун тенофовир FDA классификациясига кўра В категориясига киради. Унинг тератоген самарасининг мавжуд эмаслиги бир неча РНТ асосида тасдиқланган [62].

Жигарни ўрганиш бўйича Европа ассоциацияси (European Association for the Study of the Liver) EASL (2017) тавсиясига кўра, тенофовир билан терапия ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталаридан бошланиб, ВГВ ДНК си 200000 МЕ/мл дан ошса ёки HBsAg, миқдори 4 log₁₀ МЕ/мл дан ошса амалга ошириш керак ва туғруқдан кейин 12 ҳафтагача давом эттириш керак [30]. Айрим тадқиқотчилар ҳомиладорлик пайтида тенофовир билан кимётерапияда виремияни баҳолаш учун қўшимча мезон сифатида АСТ ва АЛТ миқдорининг 1,5-2 баробар ортишини инобатга олишни тавсия этадилар [63, 64].

Ҳомиладорлар учун телбивудин FDA классификацияси бўйича В категорияга киради. HBsAg мусбат ҳомиладорларда виремия даражаси > 200000 МЕ/мл бўлганда ҳомиладорликнинг II ва III уч ойликларида перинатал инфицирланиш профилактикасида қўлланилиши самараси аниқланган [65]. Han L. (2011) тадқиқотида кўра, 135 нафар 20 ҳафталикдан 32 ҳафталиккача юқори виремияли аёлларда телбивудин 600 мг/сут қўлланилган ва туғруқдан сўнг болаларга гепатит В га қарши специфик иммуноглобулин билан эмланган. Туғруқдан кейинги 28 ҳафтада телбивудин қабул қилган аёллар гуруҳида болаларнинг перинатал инфицирланиши 0%ни ташкил этган. Кимётерапия қабул қилмаган аёллар гуруҳида эса 8% ни ташкил этган [66].

Кўкрак сутида нуклеотид аналогларининг секрецияси ва янги туғилган чақалоқларнинг ривожланишида таъсири ҳақида маълумотлар чекланган. Шунинг учун туғруқдан кейинги кимётерапияда кўкрак сути билан озиқлантириш тавсия этилмайди. Тенофовир қабул қилувчи аёлга кўкрак сути билан озиқлантиришда препаратнинг хавсизлиги тўғрисида аниқ маълумотлар мавжуд эмаслиги ва кўкрак сути билан озиқлантиришнинг фойдали томонлари ҳақида маълумот берилмади, бемор ўзи онгли равишда танлаши мумкин[67]. Бу тавсия тенофовир қабул қилувчи ВИЧ инфицирланган аёлларда кўкрак сутида препарат метаболитининг секрецияси кам миқдордалиги, бу болалар учун тавсия этилган суткалик дозанинг 0,03% ни ташкил этишига асосланиб олинган [68]. EASL (2017) нинг фикрига биноан профилактик ёки даволаш мақсадида тенофовир қабул қилинганда кўкрак сути билан озиқлантиришни инкор этмаслик тавсия этилади [30].

Бугунги кунда HBsAg мусбат бўлган ҳомиладор аёлларда кесар-кесиш операцияси ВГВ нинг вертикал инфицирланишини камайтириши тўғрисида исботлар мавжуд булмаганлиги сабаб мазкур туғдириш усули ҳаммага бирдай амалиётда тавсия этилмайди [11].

Хулоса: Репродуктив ёшдаги сурункали вирусли гепатит В билан беморларда яққол жигар циррози бўлмаган, яқин вақтда ҳомиладорлик режалаштирилган ҳолатда вирусга қарши терапия туғруқгача қолдирилиши мақсадга мувофиқдир. Репродуктив ёшдаги сурункали вирусли гепатит В билан беморларда ошиб борувчи фиброз ёки жигар циррози

бўлган, ҳомиладор бўлишни кейинга қолдиришга рози бўлган аёлларда сифатли контрацепция фонида интерферон препарати билан даволаш муҳимдир.

Мазкур беморларда ҳомиладорликни кейинга суриш имкони бўлмаса, тенофовир билан даволаш тавсия этилади. HBsAg мусбат аёлларда юқори резистентлик ВГВ ДНК даражаси (> 200000 МЕ/мл) бўлганда ёки HBsAg даражаси $4 \log_{10}$ МЕ /мл дан юқори бўлган ҳолатларда кузатилади. Шунинг учун мазкур аёлларда ҳомиладорликнинг 3чи уч ойлигида кимёпрофилактика ламивудин, тенофовир ва телбивудин билан ўтказилади. Буларни ичида тенофовир самаралироқ ҳисобланади. Кимёпрофилактиканинг давомийлиги аниқ белгиланмаган, туғруқдан олдин ёки туғруқдан кейинги 3чи ойда тўхтатиш мумкин. Кимёпрофилактика фонида кўрак сути билан озиқлантиришни давом эттириш мумкин. Интерферон препаратларини ҳомиладорлик вақти қўллаш мумкин эмас. Онасида сурункали ВГВ бўлган болалар учун кўрак сути билан озиқланиш безарардир.

Адабиётлар:

1. WHO. Weekly epidemiological record 2 October 2009, 84th year No. 40. 2009; 84: 405-420.
2. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: A systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*. 2015; 386: 1546-1555.
3. Coppola N, Alessio L, Gualdieri L, Pisaturo M, Sagnelli C, Caprio N, et al. Hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection in undocumented migrants and refugees in southern Italy, January 2012 to June 2013. *Euro Surveill*. 2015; 20(35): 30009.
4. Hampel A, Solbach P, Cornberg M, Schmidt RE, Behrens GM, Jablonka A. Current seroprevalence, vaccination and predictive value of liver enzymes for hepatitis B among refugees in Germany. *Bundes gesundheits blatt Gesundheits forschung Gesundheits schutz*. 2016; 59(5):578_583.
5. On the state of sanitary and epidemiological well being of the population in the Russian Federation in 2018: State report. M.: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Wellbeing, 2019; 254 p. Russian.
6. Яковлев А.А., Котлярова С.И., Мусатов В.Б., Федуняк И.П., Карнаухов Е.В., Лукашевич Э.Н., Мусатова Е.В. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт_Петербурге //Журнал инфектологии. 2011. № 3(4). С. 49-54.)
7. Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, Fitzmaurice C, Vos T, Abubakar I, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the global burden disease study 2013. *Lancet*. 2016; 388: 1081-1088.
8. Kubo A, Shlager L, Marks AR. Prevention of vertical transmission of hepatitis B: an observational study. *Ann Intern Med*. 2014; 160: 828-835.
9. Susan JM Hahne, Irene K Veldhuijzen, Lucas Wiessing, Tek_Ang Lim, Mika Salminen, Marita van de Laar. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost_effectiveness of screening. *BMC Infect Dis*. 2013; 13: 181.
10. Белопольская М.А., Аврутин В.Ю., Останкова Ю.В., Дмитриева М.И., Рукояткина Е.А., Дмитриев А.В., Калинина О.В. Распространенность и генетические варианты вирусного гепатита В у беременных женщин //ВИЧ_инфекция и иммуносупрессии. 2017. № 9(4). С. 55-64.)
11. Alberto Enrico Maraolo, Ivan Gentile, Antonio Riccardo Buonomo, Biagio Pinchera. Current evidence on the management of hepatitis B in pregnancy. *World J Hepatol*. 2018; 10(9): 585-594.
12. Jonas MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver Int*. 2009; 29 Suppl 1: 133-139.
13. Han YT, Sun C, Liu CX, Xie SS, Xiao D, Liu Li. Clinical features and outcome of acute hepatitis B in pregnancy. *BMC Infect Dis*. 2014; 14: 368.
14. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, et al. Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment and of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Hepatology*. 2018; 67(4): 1560-1599.
15. Sookoian S. Liver disease during pregnancy: acute viral hepatitis. *Ann Hepatol*. 2006; 5: 231.
16. Huang QT, Chen JH, Zhong M, Xu YY, Cai CX, Wei SS, et al. The risk of placental abruption and placenta previa in pregnant women with chronic hepatitis B viral infection: a systematic review and metaanalysis. *Placenta*. 2014; 35(8): 539- 545.
17. Kong D, Liu H, Wei S, Wang Y, Hu A, Wenhui Han, et al. A meta_analysis of the association between gestational diabetes mellitus and chronic hepatitis B infection during pregnancy. *BMC Res Notes*.2014; 7: 139.
18. Huang QT, Wei SS, Zhong M, Hang LL, Xu YY, Cai GX, et al. Chronic hepatitis B infection and risk of preterm labor: a meta analysis of observational studies. *J ClinVirol*. 2014; 61: 3-8.
19. Keramat A, Younesian M, GholamiFesharaki M, Hasani M, Mirzaei S, Ebrahimi E. Inactive Hepatitis B Carrier and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review and Meta_analysis.Iran J Public Health. 2017; 46(4):468-474.
20. Huang QT, Chen JH, Zhong M, Hang LL, Wei SS, et al. Chronic Hepatitis B Infection is Associated with Decreased Risk of Preeclampsia: A Meta Analysis of Observational Studies. *Cell Physiol Biochem*. 2016; 38: 1860-1868.
21. Reddick K L, Jhaveri R, Gandhi M, James A H, Swamy G K. Pregnancy outcomes associated with viral hepatitis. *J Viral Hepat*. 2011; 18(7): e394-e398.
22. Косых С.Л., Мозес В.Г. Опыт использования комбинированного антибиотика местного действия при неспецифическом бактериальном вульвовагините у девочек //Российский вестник акушера гинеколога. 2013. Т. 13, № 1. С. 42- 45.)
23. Patton H, Tran TT. Management of hepatitis B during pregnancy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014; 11: 402- 409.
24. Schwarz KB, Cloonan YK, Ling SC, Murray KF, Rodriguez_Baez N, Schwarzenberg SJ, et al. Children with Chronic Hepatitis B in the United States and Canada. *J Pediatr*. 2015; 167(6): 1287- 1294.

25. Ghany MG, Perrillo R, Li R, Belle SH, Janssen HL, Terrault NA, et al. Characteristics of adults in the hepatitis B research network in North America reflect their country of origin and hepatitis B virus genotype. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015; 13: 183-192.
26. Dionne_Odom J, Tita ATN, Silverman NS. Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. *AJOG*. 2016; 214: 6- 14.
27. Косых С.Л., Мозес В. Г. Диагностика и лечение вульвовагинитов у девочек //Мать и Дитя в Кузбассе. 2012. № 4(51). С. 3-6.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Viral hepatitis in pregnancy. *ACOG Practice bulletin no. 86. Obstet Gynecol*. 2007; 110:941-955.
29. Management of Hepatitis B in pregnancy. *RANZCOG* 2016; 1-13.
30. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J of Hepatology*. 2017; 67: 370-398.
31. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н г. Москва «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий). Российская газета: спецвыпуск. 2013. № 6066.
32. Terrault NA, Lok A S, McMahon B J, Chang K M, Hwang J P, et al. Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment and of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Hepatology*. 2018; 67(4): 1560-1599.
33. Yueyuan Zhao, Hui Jin, Xuefeng Zhang, Bei Wang, Pei Liu. Viral hepatitis vaccination during pregnancy. *Hum VaccinImmunother*. 2016; 12(4):894- 902.
34. Naleway A L, Kurosky S, Henninger M L, Gold R, Nordin JD, et al. Vaccinations given during pregnancy, 2002_2009: a descriptive study. *Am J Prev Med*. 2014; 46: 150-157.
35. Makris MC, Polyzos KA, Mavros MN, Athanasiou S, Rafailidis PI, et al. Safety of Hepatitis B, Pneumococcal Polysaccharide and Meningococcal Polysaccharide Vaccines in Pregnancy A Systematic Review. *Drug Saf*. 2012; 35: 1-14.
36. Sangkomkarn U S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 11.
37. Sheffield J S, Hickman A, Tang J, Moss K, Kouros A, et al. Efficacy of an accelerated hepatitis B vaccination program during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2011; 117: 1130- 1135.
38. Grosheide P.M, Schalm S.W, Vanos H.C, Fetter WPF, Heijtkink R.A. Immune_Response to Hepatitis_B Vaccine in Pregnant Women Receiving Postexposure Prophylaxis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993; 50: 53-58.
39. Ingardia C, Morgan M, Feldman D, Bobrowski R. Hepatitis B vaccination in pregnancy factors associated with immunity in subsequent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189: 102-107.
40. Sheffield J, Roberts S, Vanessa L, Hickman A, Tang J, et al. The efficacy of an accelerated hepatitis B vaccination program during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195: 73-77.
41. Bozzo P, Narducci A, Einarson A. Vaccination during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2011; 57: 555-557.
42. Celikel A, Ustunsoz A, Guvenc G. Determination of vaccination status of pregnant women during pregnancy and the affecting factors. *J Clin Nurs*. 2014; 23: 2142-2150.
43. Anselem O, Parat S, Theau A, Floret D, Tsatsaris V, et al. Vaccination and pregnancy. *Presse Med*. 2014; 43: 715- 721.
44. Yu WB, Grubor Bauk B, Mullick R, Das S, Gowans EJ. Vaccination for pregnant women: Need to address. *Hum VaccinImmunother*. 2014; 10:3576-3578.
45. Chen LZ, Zhou WQ, Zhao SS, Liu ZY, Wen SW. A nested case- control study of maternal neonatal transmission of hepatitis B virus in a Chinese population. *World J Gastroenterol*. 2011; 17: 3640-3644.
46. Yi W, Pan CQ, Hao J, Hu Y, Liu M, Li L, Liang D. Risk of vertical transmission of hepatitis B after amniocentesis in HBs antigen positive mothers. *J Hepatol*. 2014; 60: 523-529.
47. Gagnon A, Davies G, Wilson RD, Wilson RD, Audibert F, et al. Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Prenatal invasive procedures in women with hepatitis B, hepatitis C, and/or human immunodeficiency virus infections. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36: 648-655.
48. Yang J, Zeng XM, Men YL, Zhao LS. Elective cesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B virus: a systematic review. *Viol J*. 2008; 5: 100.
49. Beasley RP, Hwang LY, Stevens CE, Lin CC, Hsieh FJ, Wang KY, et al. Efficacy of hepatitis B immune globulin for prevention of perinatal transmission of the hepatitis B virus carrier state: final report of a randomized double blind, placebo controlled trial. *Hepatology*. 1983; 3: 135- 141.
50. Beasley RP, Hwang LY, Lee GC, Lan CC, Roan CH, Huang FY, Chen CL. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. *Lancet*. 1983; 2: 1099-1102.
51. Chen HL, Chang MH, Ni YH, et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in children: ten years of mass vaccination in Taiwan. *JAMA*. 1996; 276: 906-908.
52. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Assessing completeness of perinatal hepatitis B virus infection reporting through comparison of immunization program and surveillance data-United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011; 60(13): 410-413.
53. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В. М., 2014. С. 51-59.
54. Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercely B, et al. Risk of hepatitis B transmission in breastfed infants of chronic hepatitis B carriers. *Obstet Gynecol*. 2002; 99: 1049-1052.

55. Soleimani Amiri MJ, Hasanjani Roushan MR, Baiany M, Taheri H, Hasanjani Roushan M. Outcomes of passive active immunoprophylaxis given to infants of mothers infected with hepatitis B virus in Babol. Iran. J Clin Virol. 2010; 49(4): 283- 285.
56. Pan C.Q, Duan Z.P, Bhamidimarri K.R, Zou H.B, Liang X.F, et al. An algorithm for risk assessment and intervention of mother to child transmission of hepatitis B virus. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10(5): 452- 459.
57. Zou H, Chen Y, Duan Z, Zhang H, Pan C. Virologic factors associated with failure to passive_active immunoprophylaxis in infants born to HBsAg positive mothers. J Viral Hepat. 2012; 19(2): 18-25.
58. Xu WM, Cui YT, Wang L, Yang H, Liang ZQ, Li XM, et al. Lamivudine in late pregnancy to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection: a multicenter, randomized, double blind, placebo controlled study. J Viral Hepat. 2009; 16: 94-103.
59. Wiseman E, Fraser MA, Holden S, Glass A, Kidson BL, Heron LG, et al. Perinatal transmission of hepatitis B virus: an Australian experience. Med J Aust. 2009; 190: 489-492.
60. Shi Z, Yang Y, Ma L, Li X, Schreiber A. Lamivudine in late pregnancy to interrupt in utero transmission of hepatitis B virus: a systematic review and meta analysis. Obstet Gynecol. 2010; 116(1): 147- 159.
61. Pan C.Q, Duan Z.P, Bhamidimarri K.R, Zou H.B, Liang X.F, et al. An algorithm for risk assessment and intervention of mother to child transmission of hepatitis B virus. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10(5): 452-459.
62. Han L, Zhang H.W, Xie J.X, Zhang Q, Wang HY, Cao GW. A meta analysis of lamivudine for interruption of mother to child transmission of hepatitis B virus. World J Gastroenterol. 2011; 17(38): 4321-4333.
63. Pan CQ, Duan Z, Dai E, Zhang S, Han G, Wang Y, et al. Tenofovir to prevent hepatitis B transmission in mothers with high viral load. N Engl J Med. 2016; 374: 2324-2334.
64. Keeffe E B, Dieterich D T, Han S H, Jacobson I M, Martin P, Schiff ER, et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: 2008 update. Clin Gastroenterol Hepatol. 2004; 2(2): 87-106.
65. Pan CQ, Han GR, Jiang HX, Zhao W, Cao MK, et al. Telbivudine prevents vertical transmission from HBsAg_positive women with chronic hepatitis B. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10(5): 520-526.
66. Han GR, Cao MK, Zhao W, Jiang HX, Wang CM, Bai SF, et al. A prospective and open label study for the efficacy and safety of telbivudine in pregnancy for the prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2011; 55(6): 1215-1221.
67. Dunkelberg JC, Berkley EMF, Thiel KW, Leslie KK. Hepatitis B and C in pregnancy: a review and recommendations for care. J Perinatol. 2014; 34(12): 882-891.
68. Benaboud S, Pruvost A, Coffie PA, Ekouevi DK, Urien S, Arriviy E, et al. Concentrations of tenofovir and emtricitabine in breast milk of HIV 1 infected women in Abidjan, Cote d'Ivoire, in the ANRS 12109 TEmAA Study, Step 2. Antimicrob Agents Chemother. 2011; 55(3): 1315- 1317.
69. Pan CQ, Zou HB, Chen Y, Zhang XH, Zhang H, et al. Cesarean section reduces perinatal transmission of hepatitis B virus infection from hepatitis B surface antigen_positive women to their infants. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013; 11(10): 1349-1355.

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Азимова Д.А., Вафакулова Г.Б., Вафаева И.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ежегодно выявляется около 500 000 новых заболеваний раком шейки матки. Женщины, использующие длительную внутриматочную контрацепцию, не участвуют в скрининговых исследованиях. Вопросы здоровья женщин и сохранения здоровья семьи находятся в центре внимания государства и правительства Республики Узбекистан, о чем свидетельствует ряд принятых за последние годы постановлений – постановление кабинета Министров № 46, 2000 – “За здоровое поколение”, №68, 2001 – “мать и ребенок”, №32, 2002 – “О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения”, №242, 2002 – “О мерах по реализации приоритетных направлений медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения”. В этой связи рациональное использование контрацептивов приобретает особую важность. Среди всех методов контрацепции самым распространенным в нашей стране является внутриматочная контрацепция, на долю которой приходится 46% всех пользователей контрацептивов. Вместе с этим актуальными в современном здравоохранении остаются вопросы профилактики и своевременной терапии заболеваний шейки матки, что объясняется значительной распространенностью и сложным генезом этих заболеваний, а так же отсутствием в медицинских учреждениях, как гинекологической направленности, так и первичного звена, единой системы подхода к их диагностике. Значительный рост заболеваемости и смертности отмечен в последние годы во многих развивающихся странах, в том числе и в странах бывшего Союза.

Целью исследования. Изучить состояние шейки матки у женщин, использующих внутриматочную контрацепцию.

Материал и методы исследования. Произведен анализ результатов диагностики и лечения 100 женщин с ВМС за 2011-2014гг.

Клиническому обследованию подверглись всего 100 женщин, использующих ВМС. Из них –50 женщин, использующих ВМС CuT 380A (группа А), 25 женщин с ВМС Multiload (группа Б) и 25 женщин, использующих ВМС Mirena (группа В). Группу сравнения составили 25 женщин детородного возраста, не применяющих контрацептивы.

Средний возраст обследованных женщин составил $26,5 \pm 3,8$ года с колебаниями от 19 до 43 лет (таблица 1).

Из общего числа обследованных жительниц города было 76 (76%) и жительниц сельской местности было 24 (24%). В социальной структуре преобладали домохозяйки – 82 человек (82%), остальные 18 (18%) – служащие и студентки.

Экстрагенитальная патология отмечена у 64 (64%) женщин. Наиболее частыми среди них были: анемия – у 54 (54%), ожирение, заболевания почек и сердечно-сосудистые заболевания имели место у остальных 10 пациенток.

Таблица 1. Возраст обследованных женщин

Возраст	Количество женщин	%
До 20 лет	1	1%
21 – 29 лет	48	48%
30 – 34 года	32	32%
35 – 39 лет	12	12%
40 лет и старше	7	7%
Всего	100	100,0

Таблица 2. Особенности течения беременностей и родов.

Анамнез	Количество женщин	%
Аборты (искусственные и самопроизвольные)	36	36%
Преждевременные роды	4	4
Мертворождение	8	8
Ранняя неонатальная смертность	4	4
Кесарево сечение	12	12
Внематочная беременность	5	5
Акушерские щипцы	1	1
Вакуум – экстракция	1	1
Краниотомия	3	3

Необходимо отметить, что половина женщин перенесли в прошлом воспалительные заболевания гениталий.

При сборе акушерского анамнеза установлена высокая частота искусственного - (20%) и самопроизвольного (16%) прерывания беременности. В таблице 2 представлены сведения об особенностях течения беременностей и родов.

При сборе акушерского анамнеза установлена высокая частота искусственного - (20%) и самопроизвольного (16%) прерывания беременности. В таблице 2 представлены сведения об особенностях течения беременностей и родов.

Из таблицы видно, что у 70% женщин был отягощенный анамнез, при этом обращает на себя внимание факт большого количества абортов – 36%, особенно абортов перед первыми родами, которые имели место у 14 (14%) женщин. По три и более аборта имели 9 женщин. Особого внимания заслуживает факт, что 12 (12%) обследованных в прошлом имели кесарево сечение, т.е. они пользовались ВМС на фоне оперированной матки, 5% - перенесли внематочную беременность.

Почти половина обследованных женщин в анамнезе (48 %) имели патологию гениталий: воспалительные заболевания гениталий – у 36, опухоли матки и придатков матки – у 3. Бесплодием длительностью от 2 до 4 лет страдало 6 (6%) женщин. Первичное бесплодие имели 4 женщины. Нарушение менструальной функции зарегистрировано у 6 пациенток, в том числе аменорея – у 1, синдром Штейна-Левенталя – у 2 и у 1 пациентки имела место альгодисменорея. Все они в прошлом получали амбулаторное или стационарное лечение.

Заключение. Внутриматочные контрацептивы не вызывают специфических изменений шейки, независимо от вида и срока использования. Женщины, использующие ВМС имеют высокую частоту (40%) заболеваний шейки матки, что требует регулярного диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Адамян, Л. В. Видеофлюоресцентный метод диагностики при кольпоскопическом исследовании / Л. В. Адамян, Л. А. Беляева, А. В. Азаров // Первый Международный конгресс по репродуктивной медицине. - М., 2019. - С.35.
2. Аветисян, Т. Г. Репродуктивная функция женщин после оперативного лечения заболеваний шейки матки / Т. Г. Аветисян, А. Н.
3. Иванян, Л. И. Харитоновна // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: тезисы международного конгресса. - М., 2016. - С.5.
4. Азамова, З. Ш. Современная диагностика фоновых и
5. Предраковых процессов шейки матки как профилактика малигнизации / З. Ш. Азамова // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: тезисы международного конгресса. - М., 2006. - С.7.
6. Азамова, З. Ш. Тактика лечения фоновых и предраковых процессов шейки матки / З. Ш. Азамова // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: тезисы международного конгресса. - М., 2016. - С. 8.
7. Аминова И.П. Клинико-морфологические изменения эндометрия в зависимости от длительности внутриматочной контрацепции и типа контрацептива / И.П. Аминова, Л.П. Перетятко, И.К. Богатова //Актуальные проблемы здоровья семьи: Сб. науч. тр., посвящ. 20-летию основания ин-та. - Иваново, 2019.- С.155-158.

ЕЛБУҒОЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАРНИ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Аманов А.К., Рахимов Ж.Х., Тайлокова М.Б., Субхонов У.Ж., Эсанкулова Б.С., Низомова И.Б.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш: Елбуғоз касаллиги охири вақтларда гинекологик амалиётда олдинги ўринларни эгалламоқда. Бу касаллик билан аёлларни 100% ҳолларда соғайиб кетиши, касаллик ҳужайраларини химиявий препаратларга юқори сезгирлиги туфайли уни даволашда химиявий препаратларни қўллаш орқали исботланмоқда.

Статистик маълумотларга кўра трофобластик касалликлар учраш частотаси йилдан-йилга ошиб бормоқда. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2012 йилги маълумотида кўра шу касалликлар туфайли рўйхатга олинганлар сони 46 000 дан ортиқ, химиятерапия давосини олган беморлар сони 40 000 дан ортиқ бўлиб, шу кунгача бу кўрсаткич ортиб бормоқда. Женева шаҳридаги 2011 йилда ўтказилган йиғилишда ҳар 1 000 та туғруқнинг 1 таси елбуғоз касаллигига тўғри келади. Бутун дунё бўйича 1 йилга 126 млн. та туғруқ бўлса, шулардан 126 000 таси елбуғоз касаллиги ёки хорионкарциномага тўғри келади. Лекин 1 йилги трофобластик касалликлар билан рўйхатга олинганлар сони 150 000 тага етган. Трофобластик ўсма касалликлари 20 ёшгача ва 40 ёшдан кейин ҳам учраши мумкин, хорионкарцинома асосан постменапаузадан кейин учраши таъкидланади.

Трофобластик ўсма касалликларининг ўртача учраш ёши 26-37 ёш (2009 й) бўлиб, 2012 йилдаги статистик маълумотларига кўра 21-30 ёшларда учраши 68.4% ни ташкил қилган. Ichizuka маълумотларига кўра (2011й) 10 йиллик натижалар кузатилганда 5 млн. аёллардан 1.52 млн. ҳомиладор аёллар аниқланган бўлиб, улардан 2 903 тасида елбуғоз кузатилган ва кейинчалик уларнинг 13.6% да хорионкарцинома, 41.2% да инвазив елбуғоз, 45.2% да морфологик верификациясиз ТБЎ аниқланган. Ҳозирги кунда трофобластик касалликлар репродуктив ёшдаги аёлларда кўп учраганлиги сабабли, аёлларда бепуштлиқка, ногиронлиқка, руҳий зўриқишга, ҳаттоки ўлимга сабаб бўлмоқда.

Ҳозирги кунда ТБК ларни химиотерапия усулида даволаш самарадорлиги юқори бўлиб, аёлларда репродуктив функциянинг сақланиб қолиши ва туғруқ нормал кечиби, 80-85% соғлом бола туғилмоқда. (3,7,8,)

Мақсад: Елбуғоз касаллигини даволашда ва профилактикасида юқори натижага эришиш учун, касалликнинг барча турларини эрта аниқлашнинг клинко-морфологик мезонларини ишлаб чиқиш.

Материал ва методлар: Республика Иқтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази Самарқанд Филиали(РиОваРИАТМСФ) Онкогинекология бўлимида 2016-2019- йилларда елбуғоз касаллиги билан даво олган беморлар касаллик тарихи ва амбулатор картасидаги маълумотларга асосан ретроспектив олиб борилди.

Елбуғоз касаллиги репродуктив ёшдаги аёлларда кейинги 10 йил ичида ошиб бораётганлиги кузатилмоқда, шу жумладан Самарқанд вилояти бўйича елбуғоз касаллиги билан касалланган беморлардан 40 таси танлаб олинди ва ретроспектив ўрганилди.

Баъзи адабиётларда келтирилишича (1,2,4,5,6) елбуғоз билан касалланиш беморларнинг яшаш тарзига, иқтисодий-ижтимоий ҳолати, социал омилларга боғлиқ. Шу сабабли касалликнинг шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида тарқалиш даражасини таҳлил қилинди. Бу таҳлилга кўра қуйидагилар аниқланди. Ўрганилган 40 та беморимиздан 28 таси (70%) қишлоқ аҳолиси, 12 таси (30%) шаҳар аҳолисига тўғри келади.

Таҳлилимиздан маълум бўлишича қишлоқ аҳолиси жуда юқори кўрсаткичга эга. Бу қишлоқ аҳолисининг шаҳар аҳолисига нисбатан кўплиги, шу билан бирга қишлоқ аҳолиси ўртасида ҳомиладорлик сонининг, бола тушиш ҳолларининг кўплиги, бу ҳол кузатилганда аёлларнинг гинекологларга мурожаат этмаслиги, тиббий маданиятнинг пастлиги, Соғлиқни Сақлаш Тизимининг биринчи бўғинларида диагностиканинг қониқарли эмаслиги сабаб бўлмоқда.

Натижалар. Елбуғоз касаллигининг ривожланишида бир неча омиллар муҳим аҳамият касб этади. Бу омиллардан беморнинг ёши, ҳомиладорликнинг умумий сони, ҳомиладорликнинг оқибати қандай тугаганлиги, нормал туғруқ, аборт ёки эрта бола тушиши билан яқун топиши муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари аёлларда ҳайз циклининг жуда эрта ёки кеч бошланиши, эрта ёки кеч жинсий ҳаётнинг бошланиши, аёлнинг биринчи ҳомиладорликдаги ёши, жинсий органлар сурункали яллиғланиш касалликлари, гормонал бузилишлар, беморларнинг касаллик белгилари кузатилгандан сўнг махсус клиникаларга мурожаат қилган вақтига боғлиқ. Беморлар анамнезига асосан елбуғоз касаллиги ривожланишига сабаб бўлган ҳолатларни таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларга эришилди. Беморларнинг ижтимоий, социал, иқтисодий шароити ўрганиб чиқилганда, қуйидагиларга эришдик. Таҳлилимиздаги 40 та бемордан 28 таси қишлоқ аҳолиси, 12 таси шаҳар аҳолисига тўғри келди.

Таҳлилимиздан маълум бўлишича қишлоқ аҳолиси жуда юқори кўрсаткичга эга. Бу қишлоқ аҳолисининг шаҳар аҳолисига нисбатан кўплиги, шу билан бирга қишлоқ аҳолиси ўртасида ҳомиладорлик сонининг, бола тушиш ҳолларининг кўплиги, бу ҳол кузатилганда аёлларнинг гинекологларга мурожаат этмаслиги, тиббий маданиятнинг пастлиги, Соғлиқни Сақлаш Тизимининг биринчи бўғинларида диагностиканинг қониқарли эмаслиги сабаб бўлган. Таҳлил натижасига кўра энг юқори кўрсаткич 20-24 ёшдаги беморларга тўғри келади. Елбуғоз касаллиги билан касалланиш ёшариб бораётганлиги аниқланди.

Беморлар анамнезидан маълум бўлдики, 19 та (47.5%) беморимизда ҳайз цикли кеч (17-18 ёшдан) бошланганлиги, 10 та (25%) беморда 15-16 ёшда, 5 та (12.5%) беморда 13-14 ёшда, 6 та (15%) беморда 11-12 ёшда бошланганлиги маълум бўлди. Кузатишларга асосланиб шуни айтишимиз жоизки ҳайз цикли кеч бошланган беморлар ҳам хавф гуруҳига кириши маълум бўлди.

Жинсий ҳаёт бошланиши қанча эрта бўлса елбуғоз касаллигининг келиб чиқиш хавфи шунча юқори бўлади.

Хулоса. Шундай килиб, елбуғоз касаллиги ривожланишида асосан беморларнинг ёши, эрта ҳомиладорлик, ўз вақтида тиббий кўриқда бўлишлиги, жинсий ҳаёт тарзи, репродуктив ҳолати, турмуш тарзи, ҳамда социал-иқтисодий, ижтимоий омиллар муҳим аҳамиятга эга эканлиги аниқланади. Елбуғоз касаллигида хавфли омиллар, беморнинг бирламчи мурожаати, клиник белгиларга асосан даво турлари ҳар бир бемор учун индивидуал танланиши муҳим аҳамиятга эга эканлиги аниқланади. Елбуғоз касаллигида 70 % беморда МХТ давоси ўтказилган, 40 % беморга МХТ+ПХТ давоси ўтказилиб, 95 % и репродуктив функция тиклангани кузатилди. Шуни таъкидлаш керакки, касаллигининг эрта муддатла рида шифокорга бирламчи мурожаат қилган беморларда касаллигининг оқибати яшхи, яъни аёлнинг репродуктив фаолияти сақланиб қолади.

Адабиётлар:

1. Баринов А.А, Ботерашвили Н.М., Алешина Г.М., //Там же. С. 165-166ст.
2. Баженова Л.Г., Промзелев Е.Г., Промзелева Н.В. и др. // Тез. докл. научно- прак. қонф., посвященной 70-летию кафедры акушерства и гинекологии Новокузнецкого ГИДУВ. Новокузнецк, 2012. С. 36-37.
3. Гершанович.М.Л Борисов. В.И., Сидоренко Ю.С., Современные возможности и перспективы лекарственной терапии в онкологии, вопросы онкологии -2015.
4. Доказательная медицина.Ежигодный справочник. Пер. с англ.-М.: Медиа Сфера, 2012,-вып. 1.-1399с.
5. Жевачевский Н.Г., Юркина Э.А., Ткаченко Т.Н., Офицеров В.И. // Тез. докл. научной қонф. "Проблемы инфекц. патологии в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера". Новосибирск, 2011. С. 98-99.
6. Козаченко В.П. и др. Вопросы онкологии.-2012.-№5.-с.97-103.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-Ю), 10-пересмотр: в 3т.-Женева-М.ВОЗ- Медицина, 2015.
8. Мерзликина Л.А., Акинфеева Л.А., Юркина Э.А. и др. // Новости "Вектор-Бест". 2014. № 3 (13), с. 12-15

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,Ташкент, Узбекистан

Введение: Хронический гепатит В (HBV-инфекция) - одна из актуальных проблем здравоохранении всего мира, в связи с прогрессирующим заболеваемостью вирусным гепатитом В, плохо отражающийся на трудоспособность человека и состояние здоровья из-за частого развития тяжелых осложнений и к смертности приводят как острые так и хронические формы инфекции. По данным ВОЗ более одной трети человечества уже были заражены гепатитом В, в данное время 5% из них это носители этой инфекции (носители вируса HBV в 12-300 раз больше заражаются первичным раком печени, чем не зараженное население).

В общей популяции вазомоторный ринит (ВР) встречается у 25-48% населения. Известно, что ВР очень часто протекает в ассоциации с заболеваниями других органов и систем организма (по данным многих авторов от 88 до 98%), тем не менее практикующие врачи нередко лечение пациентов сочетанной с ВР иной патологии проводят без учета состояния того или иного органа или систем организма, что обуславливает снижение качества проводимой терапии и ухудшает отдаленные результаты лечения Кроме того, при сочетанной патологии происходит синтез патологических реакций с появлением новых расстройств организма, которые не укладываются в рамки классических признаков той или иной болезни и обуславливают возникновение определенных трудностей в диагностическом и лечебном процессах.

Современные представления об этиопатогенезе наиболее распространенных ВР в детской популяции склоняются в большинстве случаев к мультифакториальности их развития. Недооценка единой цепи этиопатогенеза некоторых сочетанных состояний может привести к полипрагмазии, некорректному определению показаний к хирургическому лечению или развитию осложнений. Отсутствие единых подходов к лечению ХГВ и противоречивость взглядов на терапевтическую тактику синуситов, регистрация неблагоприятных исходов, в том числе рецидивирующего течения, склонности к частым респираторным вирусно-бактериальным инфекциям, формированию хронической патологии ЛОР-органов, обуславливают необходимость поиска путей, повышающих результативность терапии.

Учитывая вышеизложенное, изучение особенностей ВР ассоциированных с ХГВ, своевременной его диагностики, разработка и обоснование наиболее оптимальной схемы лечения сочетанной болезни является актуальной задачей для практического здравоохранения.

Материал и методы исследования: В процессе исследования под наблюдением находилось 140 детей аллергическим ринитом на фоне ХГВ в возрасте от 5-х до 15 лет. Подробно изучены жалобы и анамнез больных, общий осмотр, эндоскопия и микроскопия ЛОР органов, при необходимости рентгенография или МСКТ пазух носа. Диагноз ХГВ устанавливали на основании анамнеза заболевания, клинического обследования, ряда биохимических, серологических и инструментальных исследований.

Биохимическое обследование включало общепринятые в гепатологии исследования (АлАТ, АсАТ, общего билирубина, общего белка, тимоловой пробы, гаммаглобулин, холестерин, СМГП, ЦИК, ЛДГ-4, ЛДГ-5) по унифицированной методике.

Из общего число больных 80 детей, на фоне комплексной терапии получили цетиризин гидрохлорид (основная группа), детей контрольной группы была назначена базовая терапия ХГВ без антигистаминных препаратов. Наблюдаемые дети получили лечение в отделение гепатологии и врождённых и приобретённых заболеваний ЛОР органов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии.

В последнее время при лечении аллергического ринита чаще используют антигистаминные препараты второго поколения, что связано с их большей терапевтической эффективностью и безопасностью. К таким препаратам относится препарат цетиризин гидрохлорид, обладая способностью тормозить развитие ранней фазы аллергического ответа и аллергического воспаления, способствует обратному развитию заболевания в случаях ее хронического течения.

Результаты: Большинство больных обеих группы предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, чихание и зуд в полости носа и глотки, ринорею, нарушение обоняния, ощущение сухости и кома в горле и затруднение глотания, апатичность, вялость медлительность, нарушение сна.

Анализируя эндоскопическую картину у больных, следует выделить характерную особенность у 82 (58,5%) лиц слизистая оболочка была равномерно бледной или бледно-розовой, в то же время, у 58 (41,4%) пациентов окраска слизистой была более мозаичной - от бледно-синюшного с пятнами Воячека до матового, местами с неоднородной гиперемией.

Избыточное отделяемое носа (серозное, слизисто-серозное, водянистое) наблюдали значительно чаще 62 (44,8%) у больных второй группы, чем в первой группе 41(29,2%). Более распространенный отек слизистой оболочки полости носа с вовлечением в патологический процесс тканей пазух носа, небной занавески, дужек небных миндалин и язычка, наблюдали несколько чаще у больных первой группы, чем второй (87,1% и 80%, соответственно).

Анализ эндоскопической картины полости носа больных в обеих группах указывало, что характерной особенностью в группе больных ВР, ассоциированным с ХГВ, является выраженный отечный синдром со стороны ВДП, наиболее ярко проявляющийся в отношении носовых раковин, небных дужек, язычка, носоглоточной миндалины и голосовых складок.

При рентгенологическом исследовании околоносовых пазух у 22 (15,7%) больных выявлено нарушение воздушности верхнечелюстных и решетчатых пазух, при этом, у 8 (5,7%) из них определены тени ложных кист.

Обнаруженные рентгенологические изменения со стороны околоносовых пазух больных с ВР на фоне ХГВ были обусловлены, главным образом, отеком слизистой оболочки околоносовых пазух, поскольку при пункциях ОНП у подавляющего большинства больных в обеих группах промывная жидкость была чистой или с незначительным количеством слизи.

Результаты выявленных клинических признаков у наблюдаемых больных до и после комплексной терапии в сравнительном аспекте представлены в таблице. Пациентам был характерен выраженные аллергические и воспалительные процессы носа на фоне назальной обструкции. Всех обследованных больных беспокоила слабость, раздражительность, частый ОРВИ и неприятный запах изо рта.

В динамике лечения в наблюдаемых группах больных отмечались существенные различия в клинической симптоматике заболевания. Так у детей больных, получивших антигистаминные препараты на фоне базисной терапии, наступало улучшение общего самочувствия, исчезли слабость и раздражительность.

Терапевтическая эффективность цетиризин гидрохлорида при вазомоторном рините также была доказана, что у больных основной группы уже после первой сутки лечения уменьшились интенсивность ринорею, зуда и заложенности носа, значительно улучшились сон и повседневная активность. Было показано, что применение цетиризин гидрохлорида способствует уменьшению симптомов вазомоторного ринита и выраженного деконгестивного влияние у больных с ХГВ.

Таблица 1. Частота проявлений клинических симптомов у обследованных больных в динамике

Клинические симптомы	Основная группа n=80				Контрольная группа n=60			
	До лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертрофия нижних носовых раковин	39	97,5	3	7,50	27	90,0	5	16,7
Затруднение носового дыхания	39	97,5	-	-	28	93,4	1	3,0
Ринорея	40	100	5	12,5	30	100	7	23,4
Заложенностью носа	39	97,5	3	7,50	28	93,4	5	16,7
Назальная обструкция	37	92,5	-	-	30	100	3	10,0
Частое чихание	34	85,0	2	5,0	27	90,0	7	23,4
Серозно-слизистая отделяемое из носа	36	90,0	-	-	26	86,7	2	6,7
Слабость	26	65	-	-	20	66,7	-	-
Раздражительность	23	57,5	-	-	19	63,4	-	-

Результаты эффективности проведенной нами терапии оценивались по следующим градациям: «значительное улучшение», «улучшение», и «без перемен».

После проведенной терапии результаты лечения оценивались по следующим градациям, так как у больных после предложенной нами терапии отмечено значительное улучшение – у 58 (72,5%), улучшение – у 20 (25,0%) и без пе-

ремен оставались 2 (2,5%) пациента. У больных группы контроля отмечено значительное улучшение – у 26 (43,3%), улучшение – у 14 (23,3%) и у 20 (33,4%) больных состояние оставалось без изменений.

У 22 больных после проведенной терапии отмечалось значительное улучшение, так как у данной категории больных характеризовалось стойкой клинической эффективностью, исчезновением жалоб больных, регрессией риноскопических признаков, отсутствием обострения аллергического ринита за весь период наблюдения и длительной ремиссией заболевания и нормализовались показатели крови.

Хороший клинический эффект наблюдалось у 8 больных, сокращалось число жалоб больных, уменьшалось фарингоскопических признаков, однократное обострения аллергического ринита в течение периода наблюдения (одного года).

Отсутствие заметного влияния проведенной терапии наблюдалось всего 2 больного, как присутствие основных жалоб, стойкая риноскопическая картина, обострение ВР и более чем два раза в течение одного года, стабильно высокие показатели крови и постоянное превалирование симптомов аллергического ринита.

Непосредственные результаты лечения дают основание положительно оценить их в основных подгруппах обеих групп, ибо практически к концу курса лечения у подавляющего большинства больных из них восстанавливалось носовое дыхание, исчезали выделения из носа, приступы чихания, исчезали головные боли, улучшалось общее самочувствие и сон, нормализовалась общесоматическая симптоматика.

Вместе с тем, у 20 больных соответственно через 6 и 12 месяцев в контрольной группе выявлено ухудшение клинического эффекта. В данную категорию вошли больные с поливалентной сенсибилизацией и высокой аллергической реактивностью организма. Этим больным проведены повторные курсы лечения с поддерживающей терапией, которые, как правило, давали положительный клинический эффект непосредственных и отдаленных результатов.

По результатам наших исследований можно сказать, что цетиризин гидрохлорид характеризуется высоким уровнем безопасности при его применении. Он не вызывает негативных изменений сердечно-сосудистой системы и других органов, не оказывает седативного действия. У находившихся под нашим наблюдением детей с вазомоторным ринитом при лечении цетиризин гидрохлорид была отмечена его хорошая переносимость, а также отсутствие каких-либо побочных явлений.

Заключение: Характерной особенностью эндоскопической картины у больных вазомоторным ринитом ассоциированным с хроническим гепатитом В, является неоднородная окраска слизистой оболочки носовых раковин от бледно-синюшного с пятнами Воячека до матового, местами с участками гиперемии.

Использование препарата цетиризин гидрохлорида у детей с вазомоторным ринитом дает достаточный клинический эффект, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Быкова В. П. Роль лимфоглоточного кольца в создании иммунного барьера слизистых оболочек // Новости оториноларингологии и ЛОР патологии. - 2009. - №4 (12). - С. 49-50.
2. Горбаков В. В. Современные подходы к лечению хронических аллергических заболеваний // Терап. архив. - 2008. - №8. - С. 5-9.
3. Книппенберг А.Э. Клиническая эффективность использования локальной иммунокоррекции в комплексной терапии экссудативного среднего отита: автореф. дис. ...канд. мед.наук. – Новосибирск, 2011. – 26 с.
4. Шабалов Н. П. Детские болезни – Санкт-Петербург: «Питер», 2000. - С. 531-540.
5. Alexander G. Chronic viral hepatitis B // Int. J. Clinic. Pract. - 2010. – Vol.54, №7. - P. 450-456.
6. Anand V.K. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. Otol. Rhinol. Laryngol. Suppl. Chemotherapy. N-Y e.a., 2008; 674-680.
7. Bran iisaeg P. Immunocomplement cells of the upper airway: function in normal and diseased mucosa // Eur. Arch. Otorhinolaryng. - 2011. – Vol.252, suppl. 1 - P. 8-21.
8. Brodsky L., Moore L., Ogra P. The immunology of tonsils in children. // Laryngoscope. - 2012. - 98. - №1. - P. 93-98.

ВЫБОР ДОСТУПА К СРЕДНЕМУ И ВНУТРЕННЕМУ УХУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Амонов А.Ш., Кузовков В.Е.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан;

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи,

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение: Кохлеарная имплантация (КИ) в настоящее время является общепризнанным направлением реабилитации лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью высокой степени и глухотой, не утратив потенциал к развитию [2]. Совершенствование метода заключается не только в улучшении технических характеристик имплантов, но и постоянном расширении показаний к проведению КИ. Появляются атравматичные методики введения активного электрода во внутреннее ухо, позволяя сохранить остаточный слух [4]. Раздвинулись возрастные рамки проведения вмешательства. И, наконец, стало возможным проведение оперативного вмешательства при различной патологии среднего и внутреннего уха: при наличии у пациентов хронического гнойного среднего отита (ХГСО) [3,5], при аномалиях развития внутреннего уха, а также при наличии оксификации лабиринта различной этиологии [1,7].

Проведение КИ при различных патологических состояниях требует особого отношения к выбору хирургической тактики при проведении оперативного вмешательства и осуществлении доступа к структурам среднего и внутреннего уха. [9].

К настоящему времени предложено несколько операционных доступов к улитке, используемых при КИ. Наиболее известна и распространена так называемая «классическая» методика через широкое вскрытие сосцевидного отростка (мастоидотомия) и заднюю тимпанотомия. Экстрамеатальный доступ к мезо- и гипотимпануму через треугольное пространство между лицевым нервом и барабанной струной в 1952 г. разработал Н. Wullstein. С. Jansen (1972) использовал данную технику с сохранением задней стенки слухового прохода, предложив термины «задняя тимпанотомия» и «доступ через лицевой карман» [6,8]. При этом вскрытие улитки и, при необходимости, ревизия среднего уха производится со стороны мастоидальной полости.

Следующие методики получили название «альтернативных». В 1999 г. V. Coletti выполнил кохлеарную имплантацию через среднюю черепную ямку, с наложением кохлеостомы на наиболее выступающей части базального завитка улитки [4]. J. Kropfenberg (2001) выполнил кохлеарную имплантацию без мастоидотомии и задней тимпанотомии, используя супрамеатальный доступ к улитке [1,9]. В 2002 г. Т. Kiratzidis с соавт. предложили использовать трансмеатальный подход к улитке при выполнении кохлеарной имплантации, получивший название «Veria» – операция [3]. Методика заключается в эндауральном подходе к улитке посредством тимпанотомии по Розену через наружный слуховой проход. В кортикальном слое сосцевидного отростка высверливается углубление для избытка электрода, а в костной стенке наружного слухового прохода (НСП) бором прокладывается туннель для активного электрода без мастоидотомии. Среди преимуществ методики авторы указывают лучшую степень обзора структур среднего уха через НСП.

Материалы и методы исследования: Обследовано 98 пациентов в возрасте от одного года до 45 лет прооперированные с диагнозом хронической сенсоневральной тугоухостью IV степени, полностью соответствующим аудиологическим критериям отбора кандидатов для проведения кохлеарной имплантации в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии 2014- 2017 гг.

Пациентам проводился отолгический осмотр (отоскопия, отомикроскопия), объективное аудиологическое обследование (импедансометрия, отоакустическая эмиссия, КСВП), тональная пороговая аудиометрия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височных костей, магнитнорезонансная томография головного мозга, электроэнцефалография. По данным МСКТ височных костей оценивалось строение анатомических структур среднего и внутреннего уха (степень предлежания сигмовидного синуса и мозговых оболочек, выраженность интерпозиции лицевого нерва, наличие оссификаций в спиральных каналах улитки) и сопутствующие заболевания среднего уха (экссудативный средний отит, хронический гнойный средний отит, аномалий развития внутреннего уха).

Из 98 пациентов у 62 (63%) КИ проводилась классическим доступом. При этом у 62 пациентов активный электрод вводился через окно улитки в 49 (79%) случаях, кохлеостому наложили у 13 (21%) больных.

При имеющихся сопутствующих заболеваниях среднего уха КИ выполнялось комбинированном доступом в двух этапах. На первом этапе выполнялась мастоидотомия и задняя тимпанотомия с сохранением задней стенки наружный слуховой проход (НСП). Далее из заушного разреза проводилась отслойка кожи задней стенки НСП до барабанного кольца, барабанное кольцо и задние квадраты барабанной перепонки выделялись из костной бороздки и вскрывалась барабанная полость. КИ комбинированным доступом была проведена у 36 (36,7%) пациентов.

К интраоперационным анатомическим сложностям при выполнении КИ классическим доступом и требующей комбинированного подхода входили следующие:

- предлежание сигмовидного синуса в сосцевидном отростке прекрывающий угол визуализации анатомических структур среднего уха, было выявлено у 8-х (8,2%) пациентов;
- высокое расположение мастоидальной части канала лицевого нерва в лицевом кармане ограничивающей достаточное пространство при выполнении задней тимпанотомии, выявлена у 11 (11,2%) пациентов;
- наличие выраженной оссификации ниши круглого окна или базального завитка улитки, которая определена у 5-х (5,1%) пациентов.

Наличие сопутствующих заболеваний как хронического гнойного среднего отита в 7(7,1%) случаях и экссудативного среднего отита 13(13,26%) случаях было показанием к проведению КИ комбинированным доступом.

При наличии ХГСО кохлеарная имплантация выполнялась с одномоментной тимпанопластикой. Тимпанопластика выполнялась техникой underlay, после восстановления целостности барабанной перепонки кожу наружного слухового прохода укладывали на прежнее место. НСП тампонировался гемостатическими тампонами. Избыток электрода, как и при классическом варианте, располагался в мастоидальной полости. Заушную рану ушивали послойно и накладывали внутрикожные несъемные швы.

У пациентов после перенесенного менингита показанием к применению комбинированного подхода являлось наличие выраженной оссификации базального завитка или улитки в целом. В 3 случаях удалось ввести стандартный электрод, в 1 – укороченную модификацию.

При использовании комбинированного доступа введение активного электрода кохлеарного импланта из 36 пациентов у 23 (64%) осуществляли через мембрану окна улитки, а в 13 (36%) через кохлеостому. Во всех случаях применялся стандартный электрод (длина электродной решетки=31 мм). Проводилась интраоперационная проверка импланта: регистрация рефлекса со стороны сухожилия стременной мышцы и телеметрию нервного ответа. При этом из 36 случаев только у 31 (86,1%) пациента получили рефлексы стременной мышцы, а положительный ответ телеметрии нервного ответа во всех случаях. После выполнения КИ кожу НСП укладывали на место и фиксировали мероцелевым тампоном.

Тампон из НСП удаляли на 7-е сутки после операции. Заживление раны заушной области протекала без особенностей. Для мониторинга правильности расположения активного электрода производили послеоперационную рентгенографию височных костей. Во всех случаях результаты рентгенографии височных костей были удовлетворительные.

Заключение: Таким образом, использованный нами комбинированный подход при кохлеарной имплантации обеспечивает лучшую визуализацию и ориентацию анатомических структур среднего и внутреннего уха. Выполнение имплантации предлагаемым подходом является оптимальным, улучшает доступ к базальному завитку улитки при наличии оссификаций. У всех пациентов с индивидуальными анатомическими особенностями архитектоники среднего и внутреннего уха удается ввести электрод в полном объеме. Комбинированный доступ создает возможность проведения ревизии структур среднего уха и одномоментной тимпанопластики у пациентов имеющих сопутствующий хронический гнойный средний отит.

Литература:

1. Киратцидис Т., Арнольд В., Илиадес Т. Кохлеарная имплантация трансмеатальным подходом // Рос. оторинолар. – 2004. – №2(9). – стр. 11 – 16.
2. Кузовков В.Е., Янов Ю.К., Пашнина О.А. Кохлеарная имплантация у лиц, перенесших ранее оперативные вмешательства по поводу хронического гнойного среднего отита // Рос. Оторинолар. – 2009, № 2. – С. 108 – 115.
3. Кузовков В.Е., Пашнина О.А., Диаб Х.М. Особенности хирургической тактики кохлеарной имплантации у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха в кн: //Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011; 2: 62-66.
4. Особенности хирургического этапа кохлеарной имплантации у лиц, перенесших менингит / Пашнина О.А. [и др.] // Рос. Оторинолар. – 2010.- №1- стр. 100-106.
5. Adunka O.F, Pillsbury H.C., Kiefer J. Combining perimodiolar electrode placement and atraumatic insertion properties in cochlear implantation – fact or fantasy? // Acta Otolaryngol. – 2006. – Vol. 126, № 5. – P. 475 – 482.
6. Colletti V., Fiorino F.G. New window for cochlear implant insertion // Acta Otolaryngol. – 1999. – Vol. 119. – P. 214 - 218.
7. Kronenberg J., Migirov L., Dagan T. Suprameatal approach: new surgical approach for cochlear implantation // J. Laryngol. Otol. – 2001. – Vol. 115. – P. 283-285.
8. Pakdaman M.N. et al. Cochlear implantation in children with anomalous cochleovestibular anatomy: a systemic review // Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 146(2): 180-190.
9. Waltzman S.B., Roland J.T. Jr. Cochlear Implants.- New York: Thieme, 2006; 256.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ Фоллитропина Дельта В СТИМУЛЯЦИЯХ ПРОГРАММАХ ЭКО У ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИМПЛАНТАЦИИ

Анартаева Г.Ж.

ТОО Клиника «Экомед», Алматы, Казахстан

Еще в далеком 1930 году гормоны начали извлекать из гипофиза животных, крови беременной кобылы, человеческой плаценты, крови и мочи менопаузальных женщин. Долгие годы ученые совершенствовали состав и формулу гормонального препарата для более высокого эффекта и в то же время безопасного их применения(1). Современные рекомбинантные фолликулостимулирующие препараты в практике репродуктологов - гинекологов, андрологов – урологов на сегодняшний день воспринимаются как должное, их широко применяют во время лечения бесплодия, при планировании беременности, при ановуляторных циклах у женщин и при гипогонадотропном гипогонадизме у мужчин.

Одним из безопасных в применении и инновационных препаратов современности является фоллитропин дельта (2,3). Целью нашего исследования стало исследование женщин с неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в анамнезе применения этого препарата на практике путем оценки количества полученных ооцитов, их качества, процента оплодотворения и дробления эмбрионов, а также показателей беременности и имплантации, стало.

Материалы и методы. Критерии отбора пациентов и распределение по группам. Исследование проводилось в клинике Экомед города Алматы в период с ноября 2019 года по сентябрь 2020 года. В данное проспективное исследование было включено 19 пациенток (19 попыток ЭКО программ). Все пациентки дали письменное информированное добровольное согласие на прием инновационного лекарственного препарата Рековелль (фоллитропин дельта) и обработку персональных данных.

Все пациентки были отобраны по определенным критериям:

Критерии включения:

Нормоответчики, гиперответчики(СПКЯ).

Неудачные попытки ЭКО в анамнезе.

Возраст от 18 до 35 лет.

ИМТ 18-30.

Нормоспермия, астеноспермия 1,2,3 степени.

Критерии исключения:

Гипоответчики (согласно Боллонским критериям).

Первая программа ЭКО.

Возраст старше 38 лет.

Ожирение, дефицит веса.

Азооспермия (биопсийная сперма).

Клиническое обследование пациентов проводили согласно клиническим протоколам Приказу №627 МЗ РК «Об утверждении правил проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий». Подбор дозы осуществлялся с помощью данных антимюллерового гормона (АМГ) в сыворотке крови и массы тела на момент взятия пациентов в программу ЭКО и с учетом рекомендаций по подбору доз рекомбинантного фолликулостимулирующего препарата фоллитропина дельта с индивидуализированным подбором дозы препарата при неудачных попытках в анамнезе. Так, по результатам анализа уровня АМГ 10 (52%) пациенток имели нормальный показатель антимюллерового гормона, а именно средний показатель $1,9 \pm 0,94$ нг/мл, высокий уровень гормона имело место в 2 случаях (10%). При этом, у пациенток с высоким АМГ отмечался синдром поликистозных яичников, то есть были угрожаемы по развитию синдрома гиперстимулированных яичников.

Средний возраст пациенток согласно критериям включения составил $33 \pm 4,9$ лет. Первичное бесплодие у 14 пациенток (58%), вторичное бесплодие у 42%, из них у 4 (21%) были роды в анамнезе и в 7 случаях (36%) самопроизвольные и искусственные аборты, внематочные беременности в 1 случае (5%).

Гинекологические заболевания в виде нарушений менструального цикла по типу опсоменорреи - 5 случаев (26%), синдром поликистозных яичников 5 женщин (26%), хронического сальпингоофорита встречалась в 12 случаях (63%), миома матки в 3 (16%), кольпит, хронический цервицит, эрозия шейки матки – 7 (47%), генитальный эндометриоз в 5%, эндометриодные кисты яичников в 4 (21%) случаев. Диагностическая гистероскопия была проведена 100% всем пациенткам перед переносом эмбрионов. Гистологическая верифицированная диагнозом в 5% была очаговая гиперплазия, в 32% - фиброзный полип, в 16% - хронический эндометрит.

Операции на внутренних половых органах в анамнезе указывали 9 пациенток, что составило 47% всей группы. Среди инфекций диагностированы хламидиоз (5%), цитомегаловирусная инфекция - 5% и вирусный гепатит С - 5%.

Для контролируемой стимуляции яичников использовали фоллитропин дельта до получения максимального диаметра фолликулов – 20мм, который контролировался в процессе стимуляции суперовуляции под ультразвуковым мониторингом. У 6 пациенток (31%) применили длинный протокол стимуляции, и у остальных (68%) – короткий протокол. В 12 протоколах (63%) к фоллитропину дельта с 6 дня стимуляции был добавлен менопаузальный гонадотропин человека, доза которого зависела от эстридиола крови согласно рекомендациям Reprod Biomed Online 2019 Apr;38(4):528-537, doi: 10.1016/j.rbmo.2018.12.032. Epub 2018 Dec 23. В качестве триггера использовался хорионический гонадотропин и агонист гонадотропин релизинг гормона в длинном и коротком протоколах соответственно. Ни в одном из 19 протоколов не был установлен синдром гиперстимулированных яичников в средней и тяжелой степени тяжести.

Результаты исследования: Анализируя результаты применения нового препарата фоллитропин дельта в контролируемой стимуляции суперовуляции установлено, что благодаря индивидуально подобранной в начале протокола дозе препарата, без step-up и step-down изменений дозы на протяжении всего протокола в результате трансвагинально пункции было получено от 2 до 19 ооцитов. Причем в III стадии развития от 54% до 80% из всех полученных ооцитов. Процент бластуляции составил 40-50% в каждой программе.

При анализе оплодотворения и частоты наступления беременности, было обнаружено что, отмена эмбрио-трансфера произошла в 4 случаях (21%), отрицательный результат показал в 9 случаях (47%), а успешная имплантация перенесенного эмбриона/ов наступила в 6 случаях, что составило 32%, 2 случая – дихориальная диамниотическая двойня.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что как у женщин с нормальным фолликулярным резервом и адекватным ответом на стимуляцию, так и у женщин с синдромом поликистозных яичников применение фоллитропина дельта как в коротком, так и в длинном протоколах влияет на исходное количество ооцитов (не более 19 ооцитов), снижая вероятность осложнений в виде синдрома гиперстимулированных яичников. Фоллитропин дельта влияет на степень зрелости ооцитов, а также по частоте наступления беременности не уступает уже зарекомендованным себя другим фоллитропинам, тем более у такого сложного контингента как пациентов с рецидивирующими неудачами имплантации. За счет контролируемого числа фолликулов и полученных яйцеклеток в результате стимуляции и отсутствия осложнений в виде синдрома гиперстимуляции яичников существенно меняет подход к стимуляциям в программах ЭКО.

Литература:

1. Historical perspectives in gonadotrophin therapy. Bruno Lunenfeld Human Reproduction Update, Volume 10, Issue 6, November/December 2004, Pages 453–467, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmh044>
2. Follitropin delta in repeated ovarian stimulation for IVF: a controlled, assessor-blind Phase 3 safety trial. Ernesto Bosch 1, Jon Havelock 2, Fernando Sánchez Martín 3, Birgitte Buur Rasmussen 4, Bjarke Mirner Klein 5, Bernadette Mannaerts 6, Joan-Carles Arce 6, ESTHER-2 Study Group. Reprod Biomed Online 2019 Feb;38(2):195-205.
3. Individualized versus conventional ovarian stimulation for in vitro fertilization: a multicenter, randomized, controlled, assessor-blinded, phase 3 noninferiority trial. Anders Nyboe Andersen 1, Scott M Nelson 2, Bart C J M Fauser 3, Juan Antonio García-Velasco 4, Bjarke M Klein 5, Joan-Carles Arce 6, ESTHER-1 study group. Fertil Steril. 2017 Feb;107(2):387-396.e4.

ВЛИЯНИЕ ОЖОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Маматкулова М.Дж., Ким В.О.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Частота термической травмы у беременных составляет 6,7-7,8 % (P.Howell, 2009). Исход для матери и плода зависит от степени ожога, наличия или отсутствия осложнений, а также срока беременности. При наличии ожогов 25-50% поверхности тела уровень смертности матери и плода составляют 63%. До настоящего времени не изучена тактика ведения беременных в I-II и III триместре с тяжелой ожоговой травмой и неблагоприятным для жизни матери прогнозом до сих пор остается проблематичной как с лечебной, так и с этической точки зрения.

Цель исследования: Изучить влияние ожоговой травмы на беременность.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 88 историй пострадавших пациенток с термической травмой у беременных. Исследование выполнено в отделении комбустиологии Городской клинической больницы №1 г. Самарканда и в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с 1990 по 2019 гг. Больные были распределены на 2 группы: 1. Основная группа – 48 беременные женщины с ожоговой болезнью. 2. Контрольная группа – 40 небеременные женщины фертильного возраста с ожоговой болезнью. Средний возраст больных составил $25,4 \pm 5,1$ лет с диапазоном от 19 до 32 лет, трудоспособного возраста. В основной и контрольной группе преобладали женщины в возрасте 21-30 лет (73,0 и 67,5% соответственно). Среди пострадавших основной группы первая беременность была у 7 женщин, вторая – у 38 и третья – у 3 больных. тогда как, среди обожженных женщин фертильного возраста (небеременные) в анамнезе отмечена у 25 по одному роды, у 10 – по две и у 3 женщин по три роды.

Время супружеской жизни в основной группе до 1 года составляло у 2, от 1 до 2 лет – у 35, от 2 до 3 лет – у 3, и более 3 лет – у 8 обожженных женщин. В контрольной группе соответственно до 1 года – у 3, до 2 лет – у 23 и более 3 лет – у 14 пострадавших.

Результаты. Причиной ожога у 57 (64,8%) пострадавших было пламя, из них 27 (47,4%) случаев – самоожожения («живой факел»), у 18 (20,5%) кипятком и взрыв газового баллона имело место у 13 (14,7%) беременных женщин.

Площадь поражения оценивали по общепринятому правилу «девятки» предложенный А.В. Wallace (1951), когда площадь всех частей тела обозначается числом процентов равным девяти. При субтотальных у обожженных женщин использовали «правило ладони» (около 1% поверхности тела или 160 см²).

Локализация ожоговых ран была различной, однако, на долю изолированных поражений приходится всего 3,4% наблюдений, а все остальные случаи отмечались обширностью поражения с захватом нескольких анатомических областей, особенно у лиц получивших ожоги пламенем. Немаловажным моментом, для пациенток с сопутствующей беременностью, является как можно быстрое заживление ожоговых ран, локализованных на животе, так как при возникновении необходимости проведение оперативного пособия в родах (кесарево сечение) диктуется наличия «чистого» операционного поля.

Пациенты с распространенными ожогами площади свыше 40% составили в сумме 75 (85,2%) человек. Чаще всего больные имели площадь ожога 81% и более – 25 обожженных. Из них были 14 беременных женщин с термоингаляционной травмой. В связи с необходимостью соблюдения принципов репрезентативности сравнимых групп мы максимально попытались, чтобы группы больных леченных, по данному показателю тяжести травмы выгодно не отличались друг от друга (основная и контрольная).

Тяжесть состояния пострадавшего оценивали также по индексу Франка (G.Frank, 1960), который имеет не только диагностическое, а главным образом прогностическое значение. ИФ – интегральная составляющая площадей поверхностного и глубокого ожога. Он выражается в условных единицах, при этом каждый 1 % поверхностного ожога соответствует 1 единице индекса, а 1% глубокого ожога – 3 единицам. При ожогах верхних дыхательных путей (термоингаляционная травма) в зависимости от тяжести поражения прибавляется 15, 30 или 45 ед. соответственно.

В наших наблюдениях лишь 21,6% пострадавших женщин имели прогностический индекс благоприятный и относительно благоприятный прогноз. Сомнительный и неблагоприятный прогноз (ИФ = 61-90 ед.) мы констатировали в сумме у 69 (78,4%) пациентов.

Именно по удельному содержанию пострадавших женщин с ожогами с сомнительным и неблагоприятным исходом обе группы (основная – 72,9%, контрольная – 69%) не обладали преимуществом, которым мы проводили комплексную терапию.

По площади глубоких ожогов все пострадавшие были распределены следующим образом: пациентов с ограниченными глубокими ожогами до 5% поверхности тела было 3 (3,5%). У 45 (51,13%) пострадавших глубокие ожоги распространялись на площади более 30%, из них у 8 (9,0%) тяжелообожженных более 50% поверхности тела.

Из 42 (47,7%) больных у 27 (56,3%) основной группы и у 15 (37,5%) – контрольной - диагностирован ТИТ различной степеней, в основном у пострадавших получивших ожоги в результате суицидальных попыток.

У 32 больных с личностными расстройствами попытки самоубийства чаще имели демонстративный или шантажный характер. Они совершались в структуре острых аффективных реакций, во время которых больные плохо контролировали свое поведение и смутно, сознавали его цели.

В большинстве наблюдений пострадавшие получили термический ожог тяжелой степени с поражением от 45 до 85% поверхности тела и соответствующим поражением дыхательных путей (ТИТ). В связи с большой тяжестью соматических повреждений у ожоговых суицидентов была высокая смертность – 71,4% (умерли из 42 – 30 человек).

У большинства женщин были обширные глубокие ожоги и у 42 с ТИТ (суицидальные «живой факел»). Глубокие ожоги (IIIБ-IV степени) диагностированы у всех женщин с термическими поражениями. Площадь глубокого ожога у боль-

шинства больных (у 85 из 88) превышала более 10% п.т. Из них, 48 из основной группы. 40 беременных женщин имели тяжелое поражение кожных покровов с площадью глубокого ожога от 20 до 85% п.т. По нашим данным резко ухудшает прогноз ожогов сопутствующая термомингалиционная травма, особенно при обширных глубоких ожогах. Данные сочетания были предметом исследования у 27 умерших. Термомингалиционная травма была выявлена у 37,5%, отравление СО – у 40,7% погибших.

Проведенное исследование показало, что клиническое течение ожогового поражения у беременных женщин и у женщин фертильного возраста и развивающиеся в ранах процессы определялись, прежде всего, характером и глубиной поражения. Достоверно подтвержденных особенностей течения раневого процесса у беременных, нами не выявлено. Сроки самостоятельной эпителизации поверхностных ожогов II степени составила 7-8 дней, IIIA степени - 18-21 день. Сроки подготовки ран при глубоких ожогах (IIIБ-IV степени) к аутодермопластике в среднем составила 25-30 дней после травмы. Лечение проводилось по общепринятым методикам совместными усилиями комбустиолога и гинеколога с использованием УЗ-диагностики и применением управляемого микроклимата («КлиниТрон»). Из комплекса медикаментозной терапии были исключены препараты обладающие тератогенной активностью, для улучшения плацентарного кровотока и в качестве антиоксиданта применялся Актовегин по 400 мг ежедневно, парентерально. Перевязки и другие активные вмешательства проводились при достаточном обезболивании. Обожженным беременным с самого начала назначались спазмолитики.

Общее и местное консервативное лечение ожогов у беременных и женщин фертильного возраста проводилось по принятому в центре методу. При глубоких ожогах все мероприятия были направлены на возможно раннее отторжение некротических тканей, т.е. производилась бескровная, щадящая, поэтапная некрэктомия и подготовка гранулирующей раны к оперативному восстановлению кожного покрова.

Ожоговая болезнь с характерной симптоматикой и осложнениями развилась у всех женщин с площадью глубокого ожога более 10% поверхности тела. Ее тяжесть и исход зависели в основном от площади глубокого поражения и ТИТ. Развитие ожогового шока отмечено у 40 (83,3%) пострадавших. Ожоговый шок у беременных женщин, несомненно, протекал с более выраженной симптоматикой. Значительная тахикардия, лабильность АД, нарушение диуреза (анурия в течении 6-9 часов, в дальнейшем олигурия), постоянная тошнота и рвота, Характерен замедленный выход больных из состояния шока, как правило, к концу 3-х суток. Острую ожоговую токсемию (ранние психозы, гипертермия) наблюдали у 34 (70,8%) и септикотоксемию (сепсис, пневмония, пиелонефриты) – у 27 (77,2%) беременных женщин.

Практически у всех беременных женщин с термическими травмами наблюдались изменения в моче (протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, и цилиндрурия, появление ацетона и сахара), развивались анемия и гипопропротеинемия. Важным вопросом является оценка исхода травмы для матери и плода. Как показывают наши данные, 3 беременных женщин с ожогами II-IIIА степени переведены с прогрессирующей беременностью в специализированные акушерские стационары. Роды у всех прошли в срок. У 5 беременных с ожогами IIIА-Б степени 10-15% п.т. также произошли срочные роды, осложненные вторичной слабостью родовой деятельности. Из поступивших женщин с глубокими ожогами более 20% поверхности тела, первая половина беременности закончилась самопроизвольным выкидышем 1-3 дня после травмы у 4 женщин, на 5-4 день – 9. Преждевременные роды на 15-20 день после травмы имели место у 11 женщин и срочные роды – у 3. У 3 женщин площадью глубокого ожога свыше 30% поверхности тела, умерших в период септикотоксемии, беременность (38-39 недель) не разрешилась. В основной группе умерли 27 (56,3%) больных, в контрольной – 13 (32,5%).

Заключение. Таким образом, исход для матери и плода зависит от степени ожога, наличия или отсутствия осложнений, а также срока беременности. Всегда основной задачей при лечении беременной с ожоговой травмой является стабилизация состояния матери. Выживание матери обычно наблюдается при выживании плода. Выживает ли ребенок впоследствии, зависит главным образом от степени его зрелости. В связи с этим мы рекомендуем прибегать к акушерскому вмешательству лишь в случаях, когда у женщин с тяжелыми ожогами в III триместре беременности развивается сепсис, гипотензия или гипоксия и у которых при этом не произошло самопроизвольных родов.

Литература:

1. Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Яковлев В.П. Ожоговая инфекция. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение. Москва. «ВУЗовская книга», 2010. - 414 с.
2. Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Шлык И.В. и др. Диагностика и лечение ожогового шока: клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Москва, 2014 - 17 с.
3. Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Негмаджанов Б.Б. и др. Беременность и ожоговая травма. // «Медицина и качество жизни» Москва. 2012., №3, с. 14-15.
4. Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Негмаджанов Б.Б. и др. Оптимизация ведения беременных женщин в остром периоде ожоговой болезни. Методические рекомендации. Самарканд. 2012., 16 с.
5. Арзиева Г.Б. Тактика ведения беременных с ожоговой болезнью в зависимости от срока беременности // Ж: новый день в медицине, 4(34)2020 С.75-79
6. Ахмедов Р.Ф., Х.К. Карабаев, К.Р. Тагаев и др. «Эффективность гепатопротекторной терапии у больных с ожоговым сепсисом» Мат. Всероссийской конференции с межд. участием. «Актуальные вопросы комбустиологии». Сочи 1-5 октября 2019. с 13.
7. Вагнер Д.О., Зиновьев Е.В., Солошенко В.В. и др. «Диванная травма» в комбустиологии // Мат. 18-го Всероссийского конгресса посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России. - Санкт-Петербург, 30-31 мая 2019 г. - с. 32-33.

8. Дмитриев И.Д. Самоубийства как социальная проблема. – СПб.,Азбука – 2000. 58 с.
9. Дмитриев Д.Г. Реабилитация больных с ожогами верхних конечностей на этапе восстановления кожного покрова. Ж.Имени Н. Ермолинский И.Н. Влияние термической травмы на репродуктивную, менструальную функцию и беременность (клинико-экспериментальное исследование); Автореф.дисс.к.м.н. –М. – 1998. 18с.
10. Карабаев Х.К., Ахмедов Р.Ф., Нарзуллаев С.К., Тагаев К.Р. Генерализованная инфекция у тяжелообожженных прогнозирования, диагностика и профилактика.// Мат. IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана.Ташкент, 2018. 116-117.
11. Фаязов А.Д. Камиллов У.Р., Шукуров С.И., Рузимуродов Д.А. «Современные подходы к хирургическому лечению глубоких электроожогов». // Мат. конф. «Акад. Хаджибаева А.М., Шарипов А.М., Султанов Д.Т. и др. Служба скорой медицинской помощи республики Узбекистан: достижения и перспективы развития. Ж. //Вестник экстренной медицины,2019., т.12., №3.-с 6.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз,
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Материнская смертность является актуальной проблемой во всем мире и по данным ВОЗ, ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирают около 810 женщин [1,6]. На глобальном уровне коэффициент материнской смертности (КМС) за 25 лет (1990-2015гг.) снизился почти на 44% – с 385 в 1990 г. до 216 случаев материнской смерти на 100 тысяч живорожденных в 2015 г. [1,6,10]. В Узбекистане за тот же период КМС снизился в более чем в 3 раза: в 1990 году КМС составляла 65,5 на 100 тысяч живорожденных, а в 2015г. - КМС составила 18,9. [15]. Несмотря на достигнутые успехи, за последние 17 лет (с 2000г. по 2017г.) в нашей стране отмечается замедление темпов снижения материнской смертности: например, в Белоруссии за этот период КМС снизился на 91%, в Казахстане - на 84%, в Польше и Монголии на 71%, в Российской Федерации на 70%, в Иране на 67%, в Турции на 60%, в Таджикистане на 68%, в Румынии на 65%, в Молдове на 57%, а в Узбекистане за период 2000-2017гг. КМС снизился всего на 36% [10, 15]. На Саммите ООН в 2015 году были приняты Цели Устойчивого Развития, где одной из целей является снижение материнской смерти на одну треть к 2030 году от уровня 2015 года [8]. Узбекистан, как член ООН, принял данные цели и нашим правительством были приняты ряд важных документов: «Национальные цели и задачи по достижению Целей Устойчивого развития ООН на период до 2030 г.» от 2017г.; Постановление Кабинета Министров №841 от 2018г. "О мерах по реализации Национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года"[13]. В Целях устойчивого развития ООН в Задаче 3.1. наша страна обязуется снизить показатель материнской смертности на одну треть от уровня 2015г. Если снижение материнской смертности в нашей стране будет идти такими же низкими темпами как сейчас, то мы имеем риск не достигнуть Цели Устойчивого Развития по улучшению материнского здоровья к 2030г. В связи с этим, целью нашего исследования было проведение анализа материнской смертности и определение резервов его снижения.

Материал и методы исследования. Были изучены и проанализированы анонимизированные амбулаторные карты, индивидуальные карты беременной, истории родов, истории болезни 916 случаев материнской смерти (МС) за семилетний период – с 2013гг. по 2019гг. и 316 анонимных анкет опросных листов медицинских работников (врачей, акушеров) и родственников умерших. Проведена экспертная оценка каждого случая материнской смерти согласно приказа №243 МЗ РУз. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смерти в родовспомогательных учреждениях Узбекистана»[14]. Были изучены факторы, способствовавшие летальному исходу по степени их предотвратимости и определены механизмы предупреждения случаев материнской смертности.

Результаты исследования и обсуждение. В 2013г КМС в стране составил 20,0, в 2014г.- 19,1, в 2015г.- 18,9, в 2016г. -17,4, в 2017г.- 21,0, в 2018 г. – 20,2, в 2019г. -19,6 на 100 тысяч живорожденных. Хотя имеется тенденция к уменьшению МС, но надо отметить, что в стране за последние 7 лет отмечается замедление темпов снижения материнской смертности - КМС по сравнению с 2013 годом, в 2019 году снизился всего на 2%. Анализ случаев МС выявил, что в нашей стране акушерские прямые причины МС значительно преобладают над непрямими, на долю прямых акушерских причин за 2013-2019гг. приходится 81%, на долю непрямых, косвенных причин - 19% случаев МС. Структура причин МС за 2013-2019 гг.: на первом месте по причине МС акушерские кровотечения- 26,3%, преэклампсия на втором месте – 21,3%, соматическая патология (ЭГЗ) на третьем месте - 17,8%; перипартальный сепсис составил 13,7%, ТЭЛА - 12,9%, эмболия околоплодными водами – 4,4%, анестезиологические проблемы- 1,5%, другие причины составили 2,1%. При изучении динамики структуры причин МС было определено, что акушерские кровотечения и преэклампсия стабильно являются основными причинами МС, в последние годы увеличивается доля ТЭЛА как причина МС: с 8,2% в 2013г. возрос до 15,4% в 2019г., а доля сепсиса несколько снижается: с 14,9% в 2013г и до 12,6% в 2019г. Следует отметить, что соматическая патология, как причина МС стабильно входит в первую тройку, и в структуре соматической патологии преобладает внебольничная пневмония (от 30,2% до 57% среди соматической патологии). На основании выявленных неиспользованных возможностей при оказании помощи беременным, роженицам и родильницам, которые способствовали материнской смерти, были определены следующие резервы по снижению неблагоприятного исхода.

1. Организация своевременной и качественной неотложной акушерской помощи должна быть приоритетной задачей. Задержки при оказании неотложной помощи при акушерских кровотечениях выявлены в 44% случаях, при преэ-

ламписии – в 38% случаях, при сепсисе – в 21% случаях. Задержка с организацией командной работы при оказании экстренной помощи в связи с запоздалым подключением старших врачей для проведения хирургического гемостаза при кровотечениях или других специалистов, в том числе в ночное время или в воскресные дни определены в 34% случаях, задержки при оказании неотложной помощи в связи с ограничением доступа к адекватному оборудованию (ИВЛ, набор для перидуральной анестезии, вакуум экстрактор, дефибриллятор, КТГ, ЭКГ, УЗИ аппарат, инфузионные насосы, кардиомонитор, баллоны для тампонады внутриматочной матки, лабораторное оборудование и др.) выявлены в 28% случаях; в связи с ограничением доступа к лекарственным препаратам (утеротоники, антигипертензивные средства, препараты для свертывания крови) в 25% случаях, задержка с доставкой и введением препаратов крови при послеродовых кровотечениях – в 33%. В каждом родильном учреждении должен быть протокол по оповещению старших врачей в случае экстренных состояний. Каждый руководитель родильного учреждения должен организовать работу своего учреждения так, чтобы была готовность учреждения для своевременного оказания помощи при неотложных состояниях, которое включает:

- организация места оказания неотложной помощи (операционная, телефонная связь, транспорт, каталки, связь между отделениями, электричество, лифт, горячая и холодная вода, доступ к кислороду);
- организация круглосуточного оказания помощи мультидисциплинарной командой (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, лаборантка, операционная сестра, дежурства старших врачей на дому, наличие в бригаде дежурных врачей персонала, владеющего оперативными навыками, обеспечить консультирование других специалистов, вызов консультантов, использование телемедицины и др.);
- обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, расходными материалами и медоборудованием;
- обеспечение круглосуточной доступности препаратов крови;
- обеспечение непрерывного интерактивного обучения медицинского персонала по оказанию неотложной акушерской помощи с использованием ситуационных задач, ролевых игр, симуляционного оборудования;

2. Определение факторов риска у беременных и рациональная маршрутизация в учреждения высокого уровня. Известно, что рациональная регионализация перинатальной помощи способствует снижению материнской смертности [9]. В нашей стране перинатальная помощь имеет трехуровневую структуру. Согласно приказа МЗ РУз. №185 о регионализации, беременные высокого риска должны быть переведены в учреждения 3 и 2 уровня помощи. Анализ случаев МС выявил, что большинство случаев МС произошли в учреждениях первого уровня -36,2%, на третьем уровне в республиканских учреждениях произошли 4,4%, в областных и городских перинатальных центрах 25%, в учреждениях экстренной медицинской помощи в 15,7%, в учреждениях второго уровня - 16,6% случаях, дома или на транспорте –1,2%. Из умерших в родильных учреждениях первого уровня женщин почти 74% имели факторы риска, которые могли служить показанием для направления или перевода на более высокий уровень, где есть условия, персонал, оборудование и больше возможностей для оказания мультидисциплинарной специализированной помощи. Всего из умерших женщин, которые поступили в районные больницы, 7,3% были переведены в учреждения более высокого уровня, а из городских роддомов - 5%. Также нужно отметить, что согласно приказа МЗ РУз. №185 по регионализации перинатальной помощи, в нашей стране более 73% родильных учреждений являются учреждениями 1 уровня, где оказывается базовая перинатальная помощь, а учреждения 2-3 уровня составляют соответственно всего 27%, и это создаёт проблемы с доступом к специализированной помощи, в связи с этим, необходимо решить вопрос об увеличении количества учреждений 2го и 3 уровня, где оказывают специализированную перинатальную помощь.

3. Разработка, внедрение клинических протоколов и стандартов, основанных на доказательной медицине и мониторинг за их использованием. Многими исследователями доказаны эффективность современных перинатальных технологий, которые снижают тяжелые материнские осложнения: активное ведение 3 периода снижает послеродовые кровотечения на 60% [11], магнизиальная терапия снижает риск приступа эклампсии до 40%[4], перевязка магистральных сосудов послеродовой матки снижает гистерэктомию на 62%[11], использование партограммы в родах снижает частоту затяжных родов на 48% и др. Несмотря на разработку клинических руководств по основным проблемам акушерства, недостаточное внедрение клинических протоколов и стандартов при кровотечениях было отмечено в 52% случаях, при преэклампсии – 64%, при сепсисе – 68% случаях МС. Акушерская агрессия была определена почти в каждом четвертом случае МС. Нужно отметить, что проблема недостаточного использования стандартов и протоколов имеет место во всех странах, например в Великобритании по данным анализа материнской смертности за 2003-2005гг., помощь не соответствующая стандартам при кровотечениях отмечается в 59%, при преэклампсии -72%, при сепсисе 78% случаях [3]. В связи с этим, непрерывный мониторинг за применением клинических протоколов позволит внедрению эффективных перинатальных технологий и снизить использование недоказанных практик [2].

4. Внедрение новых подходов для анализа материнской смертности и тяжелой материнской заболеваемости – конфиденциального исследования материнской смертности и аудита критических состояний. Конфиденциальные исследования предоставляют информацию об основных препятствиях на пути преодоления проблемы материнской смертности, дают анализ возможных с практической точки зрения действий и выделяют основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения, а также для разработки клинических руководств в целях улучшения клинических результатов. Более чем 60 летний опыт проведения конфиденциальных исследований материнской смертности в Великобритании показал, что данный подход имеет наибольший потенциал по снижению материнской смертности[2,3,7,12]. В настоящее время большое внимание в мире уделяется также критическим акушерским состояниям, при которых в результате тяжелых осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде женщина, оказавшаяся при смерти, едва не погибает, но все же выживает. Это состояние получило определение - «материнская заболе-

ваемость, едва не лишившая женщину жизни» («near miss maternal morbidity» или «near miss») [2]. В нашей стране в перинатальных центрах с 2009г. проводится аудит критических случаев в акушерстве, имеется положительный опыт внедрения. Аудит критических случаев способствует повышению качества медицинской помощи, уменьшению частоты «near miss» и снижению материнской смертности [2].

Таким образом, в нашей стране основными причинами материнской смертности являются управляемые прямые причины, что свидетельствует о хороших резервах по уменьшению летальных случаев. Своевременная организация качественной неотложной помощи, определение факторов риска при беременности и рациональная регионализация, разработка, внедрение клинических протоколов и стандартов в повседневную практику, непрерывный мониторинг за их применением, использование новых подходов при анализе материнской смертности и критических случаев в акушерстве, будут способствовать ускорению темпов снижения материнской смертности.

Литература:

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 016;387(10017):462–74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
2. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/en/, accessed 4 September 2019).
3. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers Lives 2003–2005. Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London:CEMACH; 2006 www.cemach.org.uk/getattachment/927cf18a-735a-47a0-9200-cdea103781c7/Saving-Mothers--Lives-2003-2005_full.aspx
4. Duley L. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo controlled trial. *Lancet*, 2002, 359, 1877-90.
5. J. D Wright, T.J Herzog, M. Shah, C. Bonanno, Sh. N Lewin, K.Cleary, L.L Simpson, S. Gaddipati, X.Sun, M.E D'Alton, P.Devine. Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality//*Obstet Gynecol*.2010 Jun;115(6):1194-200. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181df94e8
6. Kassebaum N J, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1775–812
7. Knight M, Kenyon S, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J, Kurinczuk JJ, editors (on behalf of MBRRACE-UK). Saving lives, improving mothers' care – lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–2012. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2014.
8. Liu L, Oza S, Hogan D, 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;357:3027–35.pmid:27839855. <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j1608.full.print>
9. Mary E D'Alton, Patricia Devine Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality// *Obstet Gynecol*. 2010 Jun;115(6):1194-200. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181df94e8
10. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. WHO recommendation for prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2014 7
12. Дж.Драйф. Конфиденциальные расследования материнской смертности: как они способствуют повышению качества медицинской помощи в Европе//*Entre Nous*. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью., №70, 2010, стр 12-14.
13. "О мерах по реализации национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года" ПКМ РУз. №841 от 20 октября 2018года <http://lex.uz/docs/4013358>
14. Приказ МЗ РУз 243 от 2009г. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смерти в родовспомогательных учреждениях Узбекистана».
15. Репродуктивное здоровье: Коэффициент материнской смертности в Узбекистане. (данные Государственного комитета республики Узбекистан по статистике). http://web.stat.uz/open_data/ru/6.1%20OD_Maternal_mortality_rus.pdf

ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Аскарова Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Сокращение репродуктивных и перинатальных потерь является одним из важнейших направлений в решении проблемы охраны здоровья матери и ребенка. В Республике Узбекистан до начала XXI века на фоне высокой рождаемости отмечались высокие показатели материнской и младенческой смертности. Это в основном связано с наличием экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста, в частности, АНД (железодефицитная анемия).

Железодефицитная анемия во время беременности - это заболевание, при котором содержание железа в сыроворотке крови, костном мозге и депо снижается за счет увеличения объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементах, уменьшения их отложений, высоких темпов роста плода [23].

В структуре заболеваемости беременных МАР встречается у 15-80% беременных и у 20-40% родов [12, 34]. По современным данным, дефицит железа в конце беременности присутствует у всех беременных в скрытой или явной форме [13, 15, 26, 31]. Клинически IDA проявляется во II-III триместрах, а после родов симптомы заболевания прогрессируют.

Большое значение имеет начальный уровень железа в организме. Обедненные запасы железа имеются у 40-60% женщин репродуктивного возраста [14], поэтому их беременность наступает на фоне дефицита железа или уже развившейся анемии. Известно, что МАР развивается в течение длительного периода времени, и довольно часто организм хорошо к ней адаптируется даже при средней степени тяжести [24], а беременность, обусловленная повышенной потребностью в железе, усугубляет резервный и транспортный фонд метаболизма железа. Некоторые авторы считают МАР одним из наиболее распространенных питательно-зависимых условий у беременных. В частности, недостаток белка в рационе приводит к анемии алиментарного генеза, что в дальнейшем способствует нарушению биосинтеза белка в плаценте [21].

Основными принципами терапии дефицита железа на сегодняшний день являются оптимизация рациона питания и использование различных препаратов железа.

Рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения и исхода беременности, родов, развития плода. Под рациональным питанием у беременных мы понимаем полный набор различных продуктов в соответствии с периодом беременности и правильное распределение диеты в течение дня. Меню для беременной составляется индивидуально, с учетом ее роста и веса, особенностей течения беременности, характера ее работы. Интенсивность основного обмена веществ во время беременности увеличивается в среднем на 10%, поэтому энергетическую ценность пищи следует увеличивать за счет белков, которые активно используются для формирования тканей плода. Беременная женщина должна помнить, что она питается не за двоих, а за двоих.

Нарушение формулы сбалансированного питания (отсутствие или избыток тех или иных компонентов пищи) приводит к нарушению ферментативных систем и обменных процессов, развитию патологических изменений в организме.

Было проведено множество исследований по лечению WFA у беременных женщин.

Целями железodefицитной терапии являются устранение железodefицита и восстановление железodefицитных резервов в организме; обеспечение тканей, играющих роль депо с оптимальным количеством железа [4].

Лечение анемии должно быть патогенетическим и следовать определенным принципам, которые заключаются в коррекции железodefицита, обеспечении адекватного приема микроэлементов, витаминов, белка, устранении гипоксии, нормализации гемодинамики, устранении системных, метаболических и органных нарушений, профилактики и лечении акушерских осложнений, в частности фетоплацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода [19].

Терапия препаратами железа во время беременности должна начинаться не с момента снижения Hb (как это было принято ранее), а с момента выявления дефицита запасов железа. Поэтому для назначения ферротерапии необходимо знать полную картину крови, основные показатели метаболизма железа (ферритин, коэффициент насыщения железа трансферрином, концентрация железа в сыворотке крови) [14].

Современные препараты железа обычно делятся на препараты солей железа, содержащие Fe²⁺ (Sorbyfer Durules и др.) и препараты, содержащие комплексное соединение Fe³⁺ с полимальтозой (Maltifer, Ferrum Lek, Ferlatum).

На сегодняшний день обсуждение преимуществ и недостатков Fe²⁺ и Fe³⁺ продолжается, оценивается толерантность пациентов и возможные побочные эффекты [5, 26]. Таким образом, препараты Fe²⁺ легче усваиваются, чем препараты Fe³⁺ [33]. Входя в желудочно-кишечный тракт, соединения Fe²⁺ проникают в клетки слизистой оболочки кишечника, затем по механизму пассивной диффузии - в кровеносный канал. В крови Fe²⁺ восстанавливается в Fe³⁺, который связывается с трансферрином и ферритином, образуя пул осажденного железа, и при необходимости может быть использован в синтезе Hb, миоглобина и других железосодержащих соединений. При его восстановлении в Fe³⁺ в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта соли Fe²⁺ образуют свободные радикалы с разрушающим эффектом, что может привести к развитию окислительного стресса и, в частности, к развитию побочных реакций со стороны органов пищеварения, которые наблюдаются у более 20% пациентов. Обычно это диспептические явления, металлический вкус во рту, потемнение зубов и десен, тошнота, рвота, ощущение переполнения желудка, запор, понос [26].

Механизм осложнений, вызванных связыванием железа в кишечнике сероводорода, который является физиологическим стимулом для перистальтики. При взаимодействии сульфата железа и сероводорода образуется нерастворимый сульфид железа, который оседает на слизистую оболочку кишечника и предотвращает ее раздражение, способствуя развитию перистальтики, что усугубляет лечение анемии у беременных, так как они уже часто страдают запорами, что приводит к отказу от лечения. Из-за сильного раздражения слизистой оболочки кишечника продолжение лечения сульфатом железа может способствовать дальнейшей потере железа в результате кровоизлияний в кишечник (6). Потемнение эмали зубов также связано с взаимодействием железа и сероводорода, которые могут содержаться в полости рта.

Таким образом, несмотря на рекомендации ВОЗ по использованию препаратов Fe²⁺ для лечения МАР как наиболее эффективных, препараты с низкой биодоступностью на основе Fe³⁺ активно используются в связи с их лучшей переносимостью [2, 26].

Для лечения беременных МАР целесообразно проводить терапию в 3 этапа [1].

- I этап - контроль анемии (восстановление нормального уровня Hb);
- II этап - сатурационная терапия, включающая восстановление резервов железа и белка в организме;

- III этап - поддерживающая терапия (поддержание нормального уровня всех железных фондов).

Суточная доза для профилактики анемии и лечения легких заболеваний составляет 60 мг Fe²⁺, а для лечения тяжелых форм анемии - 120 мг Fe²⁺ [20]. В настоящее время ВОЗ рекомендует 60 мг/сут. железа и 400 мг/сут. фолиевой кислоты во II и III триместрах беременности перед родами для профилактики WIDA [2,]. В регионах с частотой MAP более 40% профилактику железа следует продолжать не менее 3 месяцев после родов [19]. Доза менее 60 мг может быть неэффективной, а частота побочных эффектов увеличивается с назначением более 120 мг.

С увеличением гестационного возраста частота истинного монодефицита железа снижается и превращается в полидефицитный микроэлементоз, который наблюдается более чем у 60% беременных. Следует отметить, что во время беременности организм матери является единственным источником витаминов и других питательных веществ для плода [9].

Дефицит витаминов в прегимплантационный период, и особенно во время беременности, наносит существенный вред здоровью матери и ребенка, повышает риск перинатальной патологии, увеличивает детскую смертность, является одной из причин недоношенных, врожденных уродств, нарушений физического и психического развития у детей [5, 7, 10, 27].

Регулярный прием поливитаминов способствует развитию здорового ребенка, удовлетворяя повышенную потребность матери в микроэлементах [10]. В настоящее время широко используются комплексные препараты, в состав которых помимо железа входят витамины и микроэлементы (Vitrum Prenatal Forte, Pregnavit, Materna, Multi-Tabs, Elevit Pronatal, Complivit Мама и т.д.). Как правило, эти витаминные комплексы принимают в течение всего периода беременности.

Эффективность профилактики и раннего лечения анемии у беременных подтверждается снижением частоты осложнений при родах: преждевременное выделение околоплодной жидкости в 2,5 раза, аномалии родовой деятельности в 2,1 раза, акушерское кровотечение в 2,3 раза, а также снижением повторяющихся репродуктивных потерь и перинатальной смертности в 3 раза [21].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что WAN во время беременности остается одной из актуальных проблем родовспоможения, что объясняется значительной распространенностью данной патологии, ее неблагоприятным воздействием на беременность, состояние плода и новорожденного. Учитывая необходимость длительной терапии железодефицита, а также ограниченный запас времени для достижения клинического эффекта у беременных, особое значение следует придавать ранней диагностике железодефицита и своевременному началу терапевтических мероприятий. Учитывая высокую потребность беременных в микронутриентах, целесообразно использовать витаминно-минеральные комплексы и специализированные пищевые продукты, что позволит значительно снизить частоту осложнений беременности и улучшить перинатальные показатели.

Литература:

1. National leadership / Edited by E.K. Ailamazyan, V.N. Serov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelieva. - Moscow: GOTAR-Media, 2012. - С. 277-282.
2. Baev O.R. Efficiency and tolerability of iron preparations in prevention and treatment of anemia in pregnant women // Akush. and gin. - 2012. - № 8. - С. 78-83.
3. Vitamins and minerals in the pre-conception in pregnant and lactating women: Method for doctors. - Moscow: RSC of the UNESCO International Institute for Microelements, 2005. - 60 с.
4. Gevorkyan M.A., Kuznetsova E.M. Anemia of pregnant women: pathogenesis and principles of therapy // Russian Medical Journal. - 2011. - № 20. - С. 1265-1269.
5. Gromova O.A. Physiological approach to vitamin and mineral correction in pregnant women // Effective pharmacotherapy. Obstetrics and gynecology. - 2012. - № 1. - С. 14-18.
6. Gromova O.A., Rebrov V.G. Iron as a vital nutrient // Effective pharmacotherapy. Obstetrics and Gynecology. - 2012. - № 2. - С. 46-52.
7. Dragun I.E., Mikhailova O.I. Justification of the use of vitamin and mineral complexes in pregnant women (in Russian) // Rus. med. zhurn. - 2008. - № 19. - С. 1262-1265.
8. Kan, N.E.; Balushkina, A.A. Rational therapy of iron deficiency anemia in pregnant women (in Russian) // Effective pharmacotherapy. Obstetrics and gynecology. - 2012. - № 6. - С. 38-43.
9. Kodentsova V.M. Gradation of vitamin intake levels: possible risks in case of excessive consumption // Power supply. - 2014. - Т. 83, № 3. - С. 41-51.
10. Kodentsova V.M., Vrzhesinskaya O.A. Vitamins in the diet of pregnant and lactating women // Vopr. gin., Akush. and perinatol. - 2013. - Т. 12, № 3. - С. 38-50.
11. Kodentsova, V.M.; Vrzhesinskaya, O.A.; Sokolnikov, A.A. Vitaminization of the mass consumption foodstuffs: history and prospects (in Russian). - 2012. - Т. 81, № 5. - С. 66-78.
12. Konovodova E.N. Iron Deficiency Conditions in Pregnant Women and Parents (pathogenesis, diagnosis, prophylaxis, treatment): Authors' DVD. - Doctor of Medical Sciences. - М., 2008. - 48 с.
13. Konovodova E.N., Burlev V.A., Tyutyunnik V.L. et al. Efficiency of the latent iron deficiency therapy in pregnant women (in Russian) // Vopr. gin., Akush. and perinatol. - 2011. - № 10 (5). - С. 26-30.
14. Lebedev V.A., Pashkov V.M. Pathogenesis and therapy of iron deficiency anemia of pregnant women // Difficult patient. - 2011. - Т. 9, № 2-3. - С. 8-12.

15. Logutova L.S., Akhvediani K.N., Petrukhin V.A. Placental insufficiency and perinatal complications in pregnant women with iron deficiency anemia (in Russian) // Ros. vestn. gin. - 2009. - № 5. - С. 72-77.
16. National Program to optimize child feeding in the first year of life in the Russian Federation. - M., 2009. - С. 8-24.
17. Nikulicheva V.I., Safuanova G.S. Iron deficiency anemia - modern aspects. - Ufa: Bashkortostan, 2003. - 143 с.
18. Pavlovich S.V. Diagnostics and Therapy of Anemia in Pregnant Women and Infants: A Manual. - M., 2011. - 64 с.
19. Petukhov V.S. Anemia in pregnancy: current aspects of the problem // Protection of Maternity and Childhood. - 2009. - № 1. - С. 68-77.
20. Protopopova T.A. Iron deficiency anemia and pregnancy // Russian Medical Journal. Obstetrics and gynecology. - 2012. - № 17. - С. 862-866.
21. Radzinsky V.E. Obstetrical aggression. - Moscow: Published in StatusPraesens, 2011. - С. 191-201.
22. V.I. Kulakov, V.N. Serov, P.R. Abakarova, and others. Rational Pharmacotherapy in Obstetrics and Gynecology: A Guide for Practitioners / edited by V.I. Kulakov, V.N. Serov. - Moscow: Litterra, 2006. - С. 314-333.
23. Resnik B.M. Malokrovye. The most effective methods of treatment. - SPb.: Krylov, 2010. - 128 с.
24. Serov V.N., Burlev V.A., Konovodova E.N., and others. Iron Deficiency Conditions in Pregnant Women. - M., 2005. - 35 с.
25. Serov V.N., Kubitskaya Yu.V. Modern Trends in Nutrition of Pregnant Women // Rus. med. zhurnal. - 2008. - № 19. - С. 1284-1287.
26. Stuklov N.I., Kozinets G.I., Levakov S.A., Ogurtsov P.P. Anemia in gynecological and oncogynecological diseases. - M.: MIA, 2013. - С. 219.
27. Tiganova O.A., Ilyenko L.I., Trofimova A.A., Denisova S.N. Modern aspects of prophylaxis and treatment of anemia in pregnant and nursing women // Vopr. de det. dietetology. - 2013. - № 5. - С. 65-72.

ҲОМИЛА ЎСИШДАН ОРҚАДА ҚОЛИШ СИНДРОМИНИНГ ЭРТА ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Салимова Т.Б., Хусейнова Н.Р.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Кириш. Ҳомиланинг ўсишдан орқада қолиш синдроми (ХҶОҚС) перинатал ўлим ва касалланиш даражаси нормал туғилганлар билан таққослаганда юқори кўрсаткичдир. Турли давлатларда ХҶОҚС билан касалланиш сезиларли даражада фарқ қилади. ХҶОҚС билан касалланиш иқтисодий ўсишга ҳам боғлиқ, ривожланган мамлакатларда (4-8%), ривожланаётган мамлакатларга эса (6-30%) нисбатан паст [1]. ЖССТ маълумотларига кўра, умумий популяциясида ХҶОҚС нинг ўртача кўрсаткичи 8% гача. 35-40% ҳолларда ХҶОҚС нинг сабаблари онадаги патологик ўзгаришлар билан боғлиқ, жумладан бу йўлдош етишмовчилиги, ҳомиладорлик гипертензияси, презекламция, юрак-қон томир касалликлари, қандли диабет шунингдек паст ижтимоий-иқтисодий каби ҳолатлар юқори хавфга эга [2]. Кўплаб тадқиқотлар ҳомиладорликнинг ёмон натижалари ва ХҶОҚС ўртасидаги боғлиқликни аниқлайди, яъни ўлик туғилишнинг ярмидан кўпининг сабаби ХҶОҚС билан боғлиқ бўлиб, перинатал ўлимнинг деярли 10% аниқланмаган ХҶОҚС сабабли бўлган [3, 4, 5].

Маълумки, йўлдош тизими ҳомила учун ягона озукавий тизимдир. ХҶОҚС пайтида йўлдошдаги ўзгаришлар ҳомилани етарли миқдорда озиқлантириш билан таъминлай олмайди, бу эса ҳомиланинг нормал она қорнида ривожланиши билан боғлиқ муаммоларга олиб келади [4, 5]. Шу муносабат билан она-бачадон-йўлдош тизими қон айланишини яхшилаш нормал ҳомиладорликни давом эттириш учун зарурдир. Нормада ҳомиланинг ўсиши онанинг, йўлдошнинг ва ҳомиланинг қон айланиш тизимида бир қатор ўзгаришлар ва мослашувлар билан белгиланади [5]. Ушбу ўзгаришларга мослаша олмаслик бачадон-йўлдош қон тизими оқимида патологик қон томир резистентлигини ривожланишига олиб келади. Бу доимий равишда ҳомила соғлиғининг ёмонлашишига ва охир-оқибат ХҶОҚС га олиб келиши мумкин [4]. ХҶОҚС ни эрта аниқлаш ва башорат қилиш кўп жиҳатдан она, йўлдош ва ҳомила қон тизими оқимининг марказий ва периферик қон оқимини самарали ва самарали баҳолаш қобилиятига боғлиқ.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади ХҶОҚС ни эрта ташхислаш учун доплер кўрсаткичларини фойдалилигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объектлари ва усуллари: тадқиқот Бухоро шаҳар туғруқ комплексининг ҳомиладорлар патологияси бўлимида ўтказилди. 2019-2020 йиллар давомида жами 90 нафар ҳомиладор аёллар ХҶОҚС нинг клиник мезонлари билан текширилди. Клиник текширув натижалари, акушерлик доплер текшируви ва перинатал натижалар фақатгина 45 та аёлда баҳоланди. Назорат гуруҳи эса ХҶОҚС белгилари бўлмаган 25 та ҳомиладор аёлдан иборат.

ХҶОҚС касаллигига шубҳа қилинган беморларни танлашнинг клиник мезонларига қуйидагилар кирди:

- анамнезида презекламция, ҳомиладорлик гипертензияси,
- юрак-қон томир касалликлари,
- биринчи ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг хромасома аномалиялари,
- цитомегаловирус ва herpes simplex (TORCH) инфекцияси,
- инсулинга боғлиқ қандли диабет,
- беморлар яъни бачадон туби баландлиги ҳомиланинг бўйлама ҳолатига биноан ҳомиладорлик давридан 3-4

ҳафтагача кам,

Ҳомиладорлик ёшани аниқлаш охириги ҳайз кунининг энг аниқ тахминларига, шунингдек ултратовуш текшируви (УТТ) ёки биринчи ва иккинчи учойликда ҳомиланинг биометрик кўрсаткичларига асосланган.

Ултратовуш текшируви (УТТ) Voluson E9 Expert аппаратида частотаси 3,5 МГц бўлган датчиклар ёрдамида ўтказилди. Допплер ёрдамида биринчи навбатда нормал ҳолатда Б режимдан фойдаланган ҳолда текширилди. Ҳомила ўсишдан орқада қолиш синдроми хавфини баҳолаш учун рангли доплер флоуметрийга асосланган кўрсаткичлар киндик артерияси (КА) ва ўрта мия артерияси (ЎМЯ) пулсация ва қаршилиқ индекси (ПИ ва ҚИ) индексларини текшириш тавсия этилди. Ушбу тадқиқотда учинчи учойликнинг бошида ва охирида ҳомиладорлик даврида бизнинг шароитимизда ушбу доплер индексларининг самарадорлигини баҳолашга ҳаракат қилинди.

Натижалар: барча аёлларнинг ёши 18 дан 37 ёшгача, 26.13 ± 4.21 ёшни ташкил этди. Натижалар шуни кўрсатдики перинатал ўлим, ҲЎОҚС гумон қилинганда бачадон-йўлдош-ҳомила тизими етишмовчилигини башорат қилиш учун юқори башоратли аниқлик учун доплерометрия кўрсаткичлари бачадон етишмовчилиги натижаларини баҳолаш учун энг муҳим мезон ҳисобланади. Ташрифлар давомида, киндик артериясидаги ўртача ПИ, ҚИ, ва СДО қон оқими тезлиги кўрсаткичлари сезиларли даражада юқори эди ҲЎОҚС да физиологик кечаётган ҳомиладорликда қараганда. Ўрта мия артериясида (ЎМА) ПИ, ИР ва СДО кўрсаткичлари ҲЎОҚС билан боғлиқ бўлмаган ҳолатларга нисбатан ҳомиладор аёлларда анча паст бўлган.

Допплер тадқиқотларининг натижалари шуни кўрсатдики, ҲЎОҚС билан ҳомиладор аёлларда бачадон-йўлдош-ҳомила қон оқимининг ўрганилган параметрлари назорат гуруҳига нисбатан салбий йўналишда ўзгартирилди. Допплер параметрларининг ўртача қийматлари (ПИ, ҚИ, СДО), бачадон-йўлдош-ҳомила қон оқими суръатлари эгри чизиқлари маълумотлари 1-жадвалда келтирилган.

Жадвалдан кўриниб турибдики, доплер маълумотларида ҲЎОҚС билан ҳомиладор аёлларда киндик артерияси ва ЎМА даги ўзгаришлари акс этган. ПИ, ҚИ ва СДО каби барча кўрсаткичлар бачадон ва киндик артерияларида 1,5 мартага оширилган.

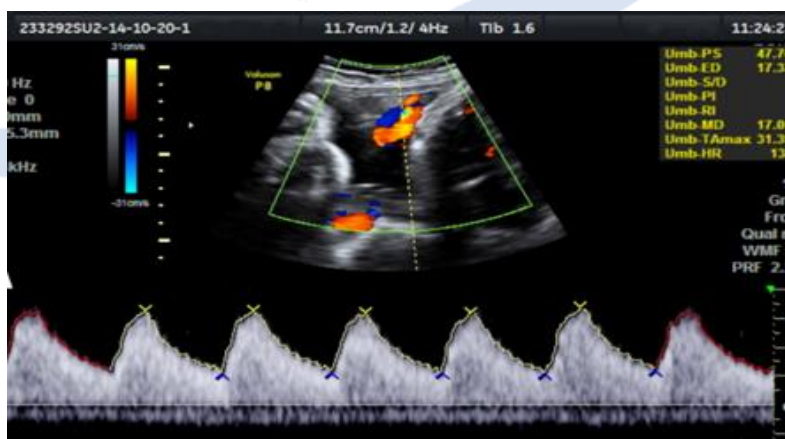
Жадвал 1. Текширилаётган гуруҳлардаги бачадон-йўлдош-ҳомила тизими гемодинамикасининг Допплер кўрсаткичлари (М±м)

Текшириш кўрсаткичлари	СДО	ҚИ	ПИ
Асосий гуруҳ n = 45			
Бачадон артерияси	2,36±0,05*	0,48±0,01	0,64±0,05
Киндик артерияси	3,04±0,05*	1,72±0,02	1,06±0,05
Ўрта мия артерияси	3,09±0,05*	0,51±0,03	0,95±0,02
Назорат гуруҳи n = 25			
Бачадон артерияси	2,18±0,02	0,39±0,05**	0,56±0,02о
Киндик артерияси	2,65±0,05	1,11±0,02**	0,65±0,05о
Ўрта мия артерияси	4,65±0,02	0,74±0,01**	1,39±0,02о

* P<0,05– ишончли ўртасидаги фарқ асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи; ** P<0,05–ишончли ўртасидаги фарқ таққослаш гуруҳи ва назорат гуруҳи;

Бачадон артерияси учун ҚИ 0.48-0.65 дан, киндик артерияси учун 0.64 дан, ўрта мия артерия учун еса 0.95 дан ўзгарган. Йўлдош бирикиш томонида бачадон артерияси ҚИ доим бироз пастроқ бўлган. Ушбу томирлар учун максимал систолик ва диастолик тезликларнинг нисбати мос равишда 2.36, 3.04 ва 3.09 дан ўзгарган. ПИ қийматлари 0.64, 1.06 ва 0.95 дан бачадон артерияси, киндик артерияси ва ЎМА учун ўзгариб туради. 23 (51.1%) аёллар субкомпенсацияланган бачадон-йўлдош етишмовчилик, 11 (24.4%) – ҳомила-йўлдош қон оқими белгиларини кўрсатдилар.

Тегишли қон-томирлар қон оқимининг субкомпенсацияланган етишмовчилиги уларнинг рухсат этилган қийматларининг юқори чегарасидан ошиб, қон томир қаршилигининг ошишида ифодаланган.



Расм 1. 32 ҳафта ҳомиладорлик да киндик артерия эгри, нормал диастолик қон оқими.

ЎМА патологик қон оқимининг Допплер спектри қаршилик кўрсаткичининг кескин пасайиши ва унинг ортиши, тескари қон оқимининг пайдо бўлиши билан характерланади. ЎМА да периферик қон оқими қаршилигининг сезиларли даражада пасайиши компенсатор механизм бўлиб, хомила-йўлдош қон оқимининг ёмонлашуви реакцияси бўлиб, мия тўлиқлигининг билвосита белгиси ҳисобланади, бу ҳам ҳомиланинг муҳим ҳолатини кўрсатади.

Икки томонлама юқори қаршилик кўрсаткичи (ҚИ) ва пулсация индекси (ПИ) сезиларли даражада юқори тарқалишини кўрсатди қайсики муддатидан кичик ҳомила ва ҳомила ўсишдан орқада қолиш синдромида ва натижада Аппар шкаласи даражаси паст туғилган чақалоқларбилан тугалланган.

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқотлар натижалари асосида, биз доплер усули ҲҶОҚС ни аниқлаш учун эрта диагностик кўрсаткич деб тахмин қилишимиз мумкин. Бақадон-йўлдош-ҳомила қон оқимини ўрганиш фетоплацентар тизимдаги бузилишларни ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Натижаларига кўра, киндик артерияларда ва ЎМА доплер кўрсаткичлари ҲҶОҚС эрта босқичларида хос бўлган. Аксинча, кечки босқичларида, ҲҶОҚС ўрта мия артерияси ва киндик артерияларда нормал ёки минимал қаршилик билан ошган доплер кўрсаткичлар билан характерланади.

Адабиётлар:

1. Aditya I, Tat V, Sawana A, Mohamed A, Tuffner R, Mondal T. Use of Doppler velocimetry in diagnosis and prognosis of intrauterine growth restriction (IUGR): A Review. JNeonatalPerinatalMed. 2016;9(2):117-126. doi:10.3233/NPM-16915132
2. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.Б., Мирзоева М.Р. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. Сборник научных статей участников международной научно-практической конференции. УФА. - 2018. - С. 9-15.
3. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I, et al. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation. J Med - ClinRes&Rev. 2020; 4(6): 1-4.
4. Gulchekhira Ikhtiyarova, Makhliyo Aslonova, Dilnoza Khafizova, Klichova Feruza Karimovna, Ashurova Nigora. Criteria for prediction of complications in pregnant women with antenatal fetal death.2 European Journal of Research P. 101-109 (2019).
5. Ratiu D, Hide-Moser K, Morgenstern B, et al. Doppler Indices and Notching Assessment of Uterine Artery Between the 19th and 22nd Week of Pregnancy in the Prediction of Pregnancy Outcome. InVivo. 2019;33(6):2199-2204. doi:10.21873/invivo.11722

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Исламов Т., Махмудов Х.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Одно из важных мест в патологии детского возраста занимают воспалительные заболевания мочевой системы, среди которых особое внимание заслуживают различные формы гломерулонефрита [1, 2]. Наиболее постоянным симптомом гломерулонефрита (ГН) у детей является гематурия, которая может быть ведущим, единственным проявлением болезни. Вопросы острого гломерулонефрита (ОГН) были предметом обсуждения ряда конференций, публикаций последних лет [3, 4].

Интерес этот вызван разнообразием синдромов по механизмам развития и прогнозу (первичные, вторичные). Известны особые диагностические и терапевтические трудности ОГН [5, 6]. ОГН часто начинаются в детском возрасте, могут протекать в течение нескольких десятилетий, а у взрослых трансформироваться в более тяжелые формы болезни [7, 8]. Нами проанализированы показатели функционального состояния почек (ФСП) при различных клинических формах ОГН (ПГН, ВГН) [9].

Целью настоящей работы явилось изучение клинко-лабораторных особенностей течения первичного и вторичного ГН у детей.

Материалы и методы исследования. Всего больных острыми нефритами было 70, из них – ВГН - 35, первичным ГН - 35. Больные острым ГН обследованы в период развернутых клинических проявлений и в динамике.

Изучение ФСП проведено у 70 больных (35 с первичным ГН и 35 с ВГН) и у здоровых детей. Для удобства сравнительного анализа клинко - лабораторных симптомов при описании ВГН условно использованы принципы классификации гломерулонефрита (2015).

Всем больным проводилось клинко - лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, определение в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, остаточного азота, мочевины, креатинина, холестерина, сывороточных трансаминаз, СКФ.

Результаты исследования. Анализ биопсийного материала и функционального состояния почек у 70 детей с ОГН (первая группа - дети с ПГН), вторая группа - больные с ВГН показал, что наиболее часто имели место умеренные тубулоинтерстициальные изменения (42,7%), реже встречались выраженные ТИИ (37,5%), самыми редкими оказались незначительные изменения тубулоинтерстициальной ткани (20%).

Функциональное состояние почек у всех детей этих групп оценивалось в динамике в активную стадию.

У детей 1 и 2 групп степень снижения осмотического концентрирования и клубочковой фильтрации и прогрессирование нарушений функций почек зависели от выраженности воспалительного процесса (табл. 1.). Достоверных различий в изучаемых показателях среди этих больных обнаружено не было. В то же время, средний уровень клубочковой фильтрации у этих пациентов и в ранние сроки заболевания, и после лечения, был достоверно ниже, чем указанные параметры у больных 1 группы. У детей 2 группы средний уровень КФ оказался достоверно ниже, чем в 1 группе (табл. 1.).

Для уточнения зависимости функционального состояния почек при различных клинических формах ОГН проанализирован уровень парциальных функций почек у детей с нефритической формой ПГН в сравнении с теми же показателями у пациентов с нефротической формой ВГН (1 и 2 группы).

У детей 1 группы нефробиопсия не проводилась. Однако, литературные данные позволили предположить у этих больных наличие невыраженных (незначительных и умеренных) тубулоинтерстициальных изменений [15, 32, 34, 158]. Функции почек на момент обследования были сохранены у 8 детей. У 10 (55,6%) - отмечалось снижение осмотического концентрирования (средний уровень $1016,8 \pm 0,29$), средний уровень клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина у этих детей составил $76,6 \pm 1,48$ мл/мин. У 7 детей с ограничением функций был проведен ретроспективный анализ истории болезни. К моменту обследования они имели благоприятный клинический тип. Средний уровень ОК у них был $1016,71 \pm 0,36$, КФ - $75,29 \pm 1,78$ мл/мин. При этом показатели активности нефритического синдрома у больных 1 и 2 групп (протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, гиперглобулинемия) также не имели достоверных различий.

Таким образом, у детей с ОГН наиболее частым оказалось сочетанное снижение осмотического концентрирования и клубочковой фильтрации. По мере нарастания тяжести заболевания отмечено прогрессирование функциональных нарушений. Оно выражалось как в снижении уровня ОК и КФ, так и в увеличении общего числа детей с ограничением ренальных функций и процента больных с сочетанными функциональными нарушениями. Ренальные дисфункции обнаруживались, главным образом, в присутствии прогностически неблагоприятных типов.

Таблица 1. Показатели функционального состояния почек у детей с ОГН

Наименование показателя	У здоровых детей n=20	1 группа n=35	2 группа n=35
Относительная плотность мочи Max m	$1022 \pm 0,62$	$1016 \pm 1,49$ P<0,001	$1020 \pm 0,76$ P>0,1
	$1010 \pm 0,42$	$1003 \pm 1,62$ P<0,001	$1001 \pm 0,97$ P<0,001
Суточная экскреция титруемых кислот (мкг/сут)	$51,0 \pm 2,8$	$25,3 \pm 0,45$ P<0,001	$22,3 \pm 0,52$ P<0,001
Суточная экскреция аммония (мкг/сут)	$46,8 \pm 1,2$	$31,0 \pm 0,52$ P<0,001	$29,67 \pm 0,58$ P<0,001
АК	0,478	0,55	0,57
Креатинин (мкмоль/л)	$98,6 \pm 7,8$	$101,3 \pm 0,87$ P<0,001	$101,9 \pm 0,91$ P<0,001
Мочевина (ммоль/л)	$5,7 \pm 0,8$	$5,21 \pm 0,97$ P>0,1	$5,4 \pm 0,12$ P>0,1
Калий крови (ммоль/л)	$4,98 \pm 1,18$	$4,2 \pm 0,95$ P>0,1	$4,63 \pm 0,78$ P>0,1
Суточная экскреция белка (мг/сут)	$0,02 \pm 0,003$	$0,17 \pm 0,02$ P<0,001	$0,19 \pm 0,03$ P<0,001
Осмолярность мочи (ммоль/сут)	1000 ± 200	$636,6 \pm 11,3$ P<0,001	$651,5 \pm 16,3$ P<0,001

Примечание: P–достоверность различия между показателями здоровых и у детей с ОГН.

Воспалительный процесс влиял на осмотическое концентрирование и клубочковую фильтрацию уже в ранний период заболевания. Влияние неблагоприятных клинического и морфологического типов проявлялось, главным образом, при ВГН.

Выводы. 1. Установлено, что наличие значимой протеинурии и канальцевых нарушений в дебюте ГН указывает на неблагоприятно прогностическое значение. 2. Подчеркнута необходимость длительного нефрологического наблюдения из-за волнообразного течения вторичного ГН.

Литература:

- Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А. Способ лечения хронического пиелонефрита у детей // Монография, Рига (Латвия), 2018.
- Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2013. - № 2. С. 5-12.
- Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Эволюция и здоровье детей (экологическое направление) // Материнство и детство. – 2012. - №12. - С. 30-35.
- Игнатова М.С. Нефрология в аспекте современной генетики // Нефрология. – 2013. – Т.5, № 3. – С. 19-24.
- Папаян А.В., Савенкова Н.Д., Калиничева Е.О. Клиническая нефрология детского возраста. – СПб. Сотис, 2012. - С. 310-331.
- Полякова Л.Е. Статистические методы исследования в медицине и здравоохранении. М.: Медицина, 2014. – 199 с.
- Худайкулов Э.А., Миррахимова М.Х., Курбанова Д.Р. Особенности течения гломерулонефритов у детей на современном этапе // Вестник ТМА, № 2. 2014. С. 147-149.
- Kusumoto Y., Takebayashi S., Taguchi T. et al. Longterm prognosis and prognostic indices of IgA nephropathy in juvenile and adult Japanese // Clin. Nephrol. -2012. – Vol. 28, № 3. – P. 118-124.

РОЛЬ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н.

Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность Основные задачи демографической политики республики Узбекистан продолжение депопуляции, снижение рождаемости и смертности, в том числе материнской и младенческой, направлены на укрепление здоровья, всего населения, в том числе репродуктивного[1,3,4].

Цель исследования: оценить состояния и провести анализ течение раннего неонатального периода новорожденных, родившихся у матерей с преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации в период 2018 по 2020 гг. по родовспомогательным учреждениям города Бухары.

В исследование были включены 280 пар « мать новорожденный». Из них группу I (основную) составили 120 детей у пациенток с преэклампсией (в том числе 58- с ранней (до 34 недели) и 62- с ПЭ который развился после 34 недель; группу II (сравнения – 160 младенцев, родившихся при физиологически протекающей беременности).

Критериями включения в исследование явились: одноплодная беременность с клинической манифестацией ПЭ для основной группы и беременность, не осложненная течением преэклампсии- для группы сравнения.

Критериями исключения явились: тяжелая экстрагенитальная патология, гемолитическая болезнь плода и новорожденного, многоплодная беременность.

Проведен анализ анамнестических данных женщин, особенностей течения беременности, родов, характера родоразрешения, течения раннего неонатального периода новорожденных. Состояние детей при рождении оценивали по шкале Апгар на 1 и 5 минутах, оценку физического развития- при помощи центильных таблиц для доношенных новорожденных, таблиц Т.Р. Fenton(2013) для детей, сроком гестации менее 37 недель, оценку нервно- мышечной и физической зрелости- по шкале Ballard (1979).

Обследование новорожденных в зависимости от их состояния и наличия клинических показаний включало в себя лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови, определение уровня С- реактивного белка, общий анализ мочи; инструментальные методы диагностики (по показаниям)- ультразвуковая диагностика, эхокардиография и рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.

Результаты исследования. При проведения анализа данных анамнеза выявлено, что имеется достоверная связь между возрастом женщины и риском развития преэклампсии, что соответствует данным Литература о связи этих показателей. Нами было выявлено, что фактором риска преэклампсии является возраст пациенток старше 35 лет. Как правило, в большинстве случаев преэклампсия встречалась у первородящих женщин (группа 1 –52(43,3%), группа 2 – 58 (36,2%), $P < 0,001$). Достоверного влияния пола ребенка на увеличение риска развития преэклампсии не было.

При изучении антропометрических данных пациенток нами было выявлено, что на момент наступления беременности в 83,1% случаев у женщин, беременность которых осложнилась преэклампсией, отмечался избыточный вес, в группе сравнения- в 52,6%. ИМТ в основной группе- $30,1 \pm 13,7 \text{ кг/м}^2$, в группе сравнения- $25,66 \pm 1,8 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,001$). Избыточный вес (ИМТ $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$) отмечался у 54 женщин 1 группы (45%), в то время как в группе контроля избыточный вес имели 70 пациентки, что составила 43,7%. Таким образом, влияние избыточного веса на повышение риска развития преэклампсии выявлено не было. Однако, обращает на себя внимание тот факт, что нами были выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) у беременных с ожирением 1-3 степени. Кроме того, нами установлено, что риск развития преэклампсии статистически значимо выше у пациенток с заболеваниями сердечно- сосудистой системы(39,2 и 2,7% по группам соответственно и с заболеваниями почек и мочевыводящих путей (52,5 и 20,3%).

Учитывая разноречивые данные о частоте и структуре осложнений беременности и родов у пациенток с преэклампсией, нами был проведен анализ течения беременности и родов.

Значимыми осложнениями течения беременности ($p < 0,05$) явились: угроза прерывания беременности в 1- триместре ($n = 48; 46,3\%$) и (44; 27,5%). Во 2 триместре значимых различий выявлено не было. В 3 – триместре преобладала задержка роста плода- ($n=6; 5\%$ и $n= 4: 2,5\%$), а также маловодие ($n= 16; 13,3\%$ и $n=12; 7,5\%$).

Нами проанализированы особенности и сроки родоразрешения в исследуемых группах. Следует отметить, что в подавляющем большинстве беременные группы 1 ($n = 82:68,3\%$) были родоразрешены путем операции кесарева сечения, в то время как в группе сравнения – $n= 36(22,5\%)$. При этом, более чем в 50% случаев в основной группе показанием к оперативному родоразрешению явились нарастание степени тяжести преэклампсии и\ или ухудшение состояния плода.

Срок родоразрешения у беременных преэклампсией составил $36,2 \pm 2,1$ недель, в группе контроля – $39,1 \pm 1,1$ недель. Полученные данные соответствуют более низким антропометрическим показателям новорожденных 1 группы ($p < 0,01$); вес при рождении у новорожденных от матерей группы 1 составил $2730,8 \pm 780,0 \text{ г}$, группы – $3408,0 \pm 510,2 \text{ г}$; длина тела – $48 \pm 4,9 \text{ см}$ и $50,7 \pm 2,9 \text{ см}$ (соответственно по группам). Необходимость досрочного родоразрешения в связи с нарастанием тяжести преэклампсии, ухудшением состояния плода на фоне хронической внутриутробной гипоксии сочетается с более низкой оценкой состояния новорожденного по шкале Апгар, высокой частотой среднетяжелой и тяжелой асфиксии при рождении.

Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах были значимо ниже ($p < 0,01$) у новорожденных основной группы (на 1-й минуте- $6,8 \pm 1,2$ в 1 группе, $7,9 \pm 0,7$ - во 2 группе; на 5 минуте у детей 1 группы- $8,1 \pm 0,8$; 2 группы – $8,7 \pm 0,5$).

Частота среднетяжелой и тяжелой асфиксии при рождении в группе детей у матерей с преэклампсией в 3,5 раза выше, чем в группе сравнения 14,4% и 4,1% соответственно.

В структуре заболеваемости у новорожденных от матерей с преэклампсией преобладали дыхательные нарушения 9,4% и 1,9%, гематологические нарушения 15% и 1,2% (по группам соответственно).

Метаболические нарушения в раннем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с преэклампсией отмечались в 5 раз чаще 9,4% и 1,9%, соответственно по группам.

Проведенное исследование показало, что преэклампсия оказывает негативное влияние на состояние плода и новорожденного. От 11 до 20% индуцированных преждевременных родов связано с возникновением данного осложнения. Тяжесть состояния новорожденных, риск неонатальных осложнений, тяжесть течения гипоксически - ишемических состояний имеют прямую корреляционную зависимость от сроков возникновения и тяжести преэклампсии.

Таким образом, прогноз заболеваемости у новорожденных, а также прогноз тяжести неонатальных исходов напрямую зависят от сроков родоразрешения; поэтому акушерская тактика в отношении пациенток, беременность которых осложнилась преэклампсией, должна быть основана на качественной оценке состояния и матери, и плода. Улучшение качества медицинской помощи беременным женщинам с тяжелой акушерско- гинекологической патологией, в том числе с преэклампсией, научное изыскание новых маркеров прогнозирующих развития данной грозной патологии беременности, а также оказание своевременной адекватной терапии матери и ее потомству, является приоритетной задачей родовспомогательных учреждений на всех этапах наблюдения и лечения.

Литература.

1. Ахмедов Ф. К., Аваков В.Е., Негматуллаева М.Н. Функциональный состояние почек при беременности, осложненной преэклампсией// Клиническая нефрология. - 2017. - №1. - С. 23-26
2. Ахмедов Ф. К., Аваков В.К., Негматуллаева М.Н. Оғир преэклампсия билан асоратланган ҳомиладор аёлларда кардиогемодинамика ва юрак геометрияси ҳолати// Дерматология ва репродуктив саломатлик бўйича янгиликлар. - 2017. - №3-4(1). - С. 27-29.
3. Ахмедов Ф.К., Аваков В.К., Негматуллаева М.Н. Особенности почечного кровотока и динамика концентрации мочевой кислоты у женщин при беременности, осложненной преэклампсией// Клиническая нефрология. - 2018. - №1. - С. 38-40.
4. Туксанова Д.И., Аваков В.Е., Нажмутдинова Д.К., Курбанова З.Ш. Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2016. - №2 (73-74). - С. 128-130.
5. Туксанова Д.И., Д.К.Нажмутдинова., Д.Я.Зарипова. Влияние давности течения преэклампсии на исходы беременности и родов// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2015. - №3. - С. 119-120.
6. Туксанова Д.И. Особенности состояния системного и органного кровотока у женщин с физиологическим течением беременности// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент. - 2017. - №3-4(1). - С. 135-136.
7. Туксанова Д.И., Шарипова М.А. Особенности изменений показателей системного и органного кровотока у женщин при тяжелой преэклампсии// Тиббиётда янги кун. - 2018.- № 1(21). – Б. 134-137.
8. Akhmedov F.K. Peculiarities of cardiac hemodynamic in pregnant women with mild preeclampsia// European Science Review. - 2015. - №4-5. - С. 56 -58.
9. Akhmedov F.K. Features of renal function and some indicators of homeostasis in women with mild preeclampsia// European Science Review. - 2015. - №4-5. - С. 58 - 60.
10. Tukanova D.I. Characteristics of the functional state of the liver in postpartum women undergoing preeclampsia// European Science Review. Austria, Vienna. - 2015. - №4-5. – С. 83- 84.
11. Tukanova D.I. Effects of flow period preeclampsia the outcome of pregnancy and childbirth// European Science Review. - Austria, Vienna, 2015. - №4-5. – С. 85- 87.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИТРАКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

Ахмедов Ш.К., Самандаров Н.В., Шарипов Ш.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии и огромный выбор антимикотических препаратов, проблема лечения кандидозного вульвовагинита не теряет своей актуальности [1]. Учитывая высокую частоту заболевания, длительное течение, частое рецидивирование процесса, можно предположить, что, вероятнее всего, в основе лежит необоснованный подход к диагностике и лечению данного заболевания [2,3].

Возбудителем хронического рецидивирующего вульвовагинита в 85% случаев является смешанная кандидозная инфекция, устойчивая к широко используемым антимикотическим средствам. [7]. Трудно найти иной диагноз, который столь часто встречается в медицинской документации акушеров-гинекологов и в то же время является актуальной темой для обсуждения представительницами прекрасного пола. [4,5]. По данным ряда авторов, около 75% женщин в течение жизни перенесли минимум один эпизод кандидозного вульвовагинита (КВ), а у половины из них заболевание часто рецидивирует, нарушая не только качество жизни, но и состояние здоровья (J.D. Sobel, 1994; F.C. Odds, 1997; Г.Р. Байрамова, 1999). У 5-8% взрослых женщин наблюдается часто рецидивирующий КВ, определяемый, как ≥ 4 эпизодов ежегодно (J.D. Sobel, 1994) [5,6,].

Наблюдаемый в последнее время рост заболеваемости (в 2 раза за последние 10 лет), во многом связанный с рядом различных внешних факторов, позволяет присвоить КВ модный нынче ярлык «болезни цивилизации».

Цель исследования: Сравнить эффективность применения препарата итраконазолового ряда 200 мг внутрь в течение 3 дней и интравагинальное введение препарата сертраконазола нитрата в дозе 300 мг в свечах однократно (группа сравнения) у пациенток с давностью кандидозной инфекции урогенитального тракта более трех лет.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 34 женщин с вульвовагинальным кандидозом от 25 до 45 лет с давностью заболевания от 3 до 5 лет. Большинство (76%) не подозревали о наличии заболевания, были выявлены гинекологами и предъявляли жалобы на периодически возникающую «молочницу». В своих проявлениях кандидозные поражения имели классическую клиническую картину. Основными жалобами женщин были зуд и выделения из половых путей. При клиническом обследовании всех женщин выявляли гиперемию и отек слизистых половых путей, наличие во влагалище обильных молочных или творожистых выделений. Предшествующая терапия проводилась у всех 34 больных и включала как местное (нистатин, клотримазол, низорал, пимафуцин, певарил), так и общее лечение (нистатин, низорал, пимафуцин, орунгал, ламизил). У 22 пациенток применяли внутрь препарат итраконазолового ряда (основная группа), 12 женщин получали интравагинальное введение препарата в форме свеч (группа сравнения).

Результаты: При обследовании больных после лечения отметили выраженный эффект препарата на клиническое состояние больных. Исчезновения признаков воспаления, наблюдаемых удалось добиться практически у которых до лечения наблюдали очень сильные воспалительные явления, после лечения сохранялась легкая гиперемия слизистых (клиническая эффективность-88%). Столь выраженный клинический противовоспалительный эффект сопровождался положительной динамикой микроскопических исследований. Сразу после лечения у 25 женщин констатировали исчезновение спор и мицелия грибов рода *Candida* из урогенитального тракта и других слизистых оболочек (микробиологическая эффективность-80%). 4 женщин обнаруживали также незначительное количество спор и мицелия грибов в материале из влагалища и цервикального канала. Лечение прослеживались через один, три и шесть месяцев от начала лечения. Через месяц нуждались в повторном курсе лечения 10 пациенток группы сравнения и 2 пациентки основной группы. Через три месяца от начала лечения у 20 женщин (86,4%), получавших препарат итраконазолового ряда внутрь грибы рода *Candida* лабораторно обнаружены не были, в группе сравнения – у 10 женщин (60,0%), т.е. меньше почти в полтора раза ($P < 2 = 5,49$). Через шесть месяцев лечения у 21 женщин (90,9%), получавших препарат итраконазолового ряда наступило выздоровление, в группе сравнения – у 8 женщин (64,0%) ($P \chi^2 0,05$, $< 2 = 6,35$). $\chi^2 0,05$, Полученные положительные изменения оказались достаточно стойкими при обследовании больных через 1 месяц после лечения рецидив кандидоза выявили только у одной пациентки. У 2 пациенток, у которых после первого обследования несмотря на клиническое излечение обнаруживала мицелий и споры грибов, при микроскопическом исследовании через 1 месяц установили их исчезновение. Таким образом, окончательный показатель клинико-этиологической эффективности составил 84%. Побочных эффектов в виде диспептических явлений, головокружений наблюдали всего у 4 пациентов. Выраженные побочные эффекты требующие отмена препарата ни у кого из исследуемых больных не было.

Активное вещество: итраконазол (itraconazole) Rec.INN зарегистрированное ВОЗ. Противогрибковое средство, производное триазола. Механизм действия связан со способностью ингибировать цитохром P 450-зависимые ферменты чувствительных грибов, что приводит к нарушению синтеза эргостерола клеточной стенки гриба. Обладает более широким спектром противогрибкового действия, чем кетоконазол. Активен в отношении *Aspergillus spp.*, *Blastomyces dermatitidis*, *Candida*, *Coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoformans*, *Epidermophyton*, *Microsporum*, *Trichophyton*, *Histoplasma capsulatum*, *Malassezia furfur*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Sporothrix schenckii*. Терапевтические концентрации в коже сохраняются в течение 2-4 недель после окончания 4-недельного курса лечения. Итраконазол определяется в кератине ногтей через неделю после начала лечения и сохраняется в течение 6 мес после окончания 3-месячного курса терапии.

В результате проведенного исследования мы расширили медицинские показания для использования препарата «итраконазол» и разработали новый способ его применения.

Приоритетом в лечении кандидоза является быстрое облегчение клинических симптомов, значительно снижающих качество жизни пациентов. В этой связи обращает внимание выраженный эффект препарата на клиническое состояние больных. Практически у всех пациентов наблюдали быстрое стихание воспалительных явлений в урогенитальном тракте. Возможно, это связано с угнетением выработки грибами протеиназ, являющихся одним из ведущих компонентов воспаления.

При оценки микроскопических данных до и после лечения мы обратили внимание на снижение количества лейкоцитов в мазках из уретры, влагалища и цервикального канала, исчезновение у 84% больных спор и мицелия грибов *Candida*. Обнаружение у 5 больных сразу после лечения незначительного количества спор и мицелия гриба, расцененное нами как отрицательный результат, по сути, таковым не является. Во-первых, потому что *Candida* относится к условно-патогенной микрофлоре, и, следовательно, просто обнаружение ее в материале из урогенитального тракта при отсутствии клинической симптоматики не всегда можно расценивать, как заболевание. Во-вторых, у 2 пациенток при повторном контрольном исследовании грибы при микроскопии не обнаруживали. Полученные положительные результаты оказались достаточно стойкими: при наблюдении за больными в течение 2-3 месяцев рецидив заболевания, сопровождающийся клинической симптоматикой, наблюдали лишь у 1 пациентки. При проведении терапии очень важно учитывать локализацию инфекционного процесса. Так, например, при лечении женщин необходимо учитывать возможность кандидозного процесса в кишечнике и вероятность проникновения патогенных штаммов *Candida* из прямой кишки в половые пути, что может сказаться на эффективности местной терапии. Безусловно, во время лечения и на период контрольного наблюдения больные должны использовать при половых контактах барьерные контрацептивы. С целью предупреждения рецидивов врач должен дать подробные рекомендации по профилактике кандидоза и советы по индивидуальной

гигиене. Учитывая высокую клинико-этиологическую эффективность итраконазола при уже развившемся у пациента кандидозе, можно предположить, что и при профилактике этого заболевания, в частности, при назначении антибиотиков, препарат будет также эффективен.

Заключение: Препарат «Итраконазол» обладает выраженным этиотропным эффектом, позволяет достичь клинико-этиологического излечения у 90,9% больных кандидозом. Препарат также может быть рекомендован для лечения инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных грибами рода *Candida*, а также для профилактики этих инфекций.

Таким образом, широкий спектр антимикотического действия итраконазола, высокая эффективность при коротком курсе лечения, хорошая переносимость и удобство применения, уменьшение колонизации грибами рода *Candida* влагалище позволяют рассматривать его в качестве одного из препаратов выбора как для лечения, так и для профилактики эпизодов кандидозного вульвовагинита у женщин.

Литература:

1. Быков В. Л. Этиология, эпидемиология и патогенез кандидозного вульвовагинита// Акушерство и гинекология. 1996.
2. Кисина В. И., Степанова Ж. В., Мирзабекова М. А., Курчавов В. А. Зависимость клинической картины кандидозного вульвовагинита от видового состава грибов *Candida* и эффективность флуконазола при первичной и рецидивирующей кандидозной инфекции// Гинекология. 2000.
3. Муравьева В. В., Анкирская А. С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе// Акушерство и гинекология 1996. № 6.
4. Прилепская В. Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза (клиническая лекция)// Гинекология. 2001.
5. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Современные представления о вагинальном кандидозе// Русский медицинский журнал. 1998.
6. Байрамова Г. Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза// Гинекология. 2001.
7. Бурова С. А. Комплексное лечение больных кандидозными вульвовагинитами с использованием дифлюкана// Тез. докл. научно-практ. конф. "Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи". Москва, 22 - 23 окт. 1997.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Ахтамова Н.А., Закирова Н.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Хроническая тазовая боль – патология достаточно распространенная, поскольку у 4-25% женщин репродуктивного возраста (любой этнической принадлежности и социального статуса) диагностируют хроническую тазовую боль. В США о наличии болевого синдрома сообщают 5-15% женщин, в Великобритании соответствующий диагноз устанавливают у 38 женщин из 1000. По данным ВОЗ это наиболее частый и одновременно трудный для диагностики синдром у гинекологических пациенток, он составляет около 10% всей патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу. Именно по поводу болевого синдрома в мире выполняют до 27% всех лапароскопий и до 15% гистерэктомий (International Pelvic Pain Society). Так, например, по данным Национального института здоровья, 12% гистерэктомий в США выполняют в связи с болевым синдромом в области малого таза, в 25% случаев оперативное вмешательство не приводит к ликвидации болевого синдрома. До 40% лапароскопических операций на органах малого таза выполняют в связи с СХТБ, при этом лишь в 30% случаев удается выявить эндометриоз, спаечный процесс, воспалительные изменения или другие висцеральные причины боли. Амбулаторные визиты по поводу СХТБ обходятся страховым компаниям в 881,5 млн долларов ежегодно, а всего на диагностику и лечение этих пациенток тратится более 2 млрд долларов ежегодно.

Цель: Разработать и научно обосновать целесообразность применения внутривлагалищной электротерапии у больных хроническим сальпингоофоритом, осложненным тазовой болью.

Материалы исследования: У женщин с хроническим сальпингоофоритом будет применена комплексная терапия:

- 1) внутривлагалищная электротерапия и медикаментозная электротерапия (основная группа n=50) аппаратом BTL-4000 premium G,
- 2) с применением только медикаментозной терапии у больных с хроническим сальпингоофоритом (контрольная группа n=50)

Методы исследования:

1. Общие клинические методы исследования.
2. Лабораторные методы исследования (гормональный скрининг, мазок на флору)
3. Аппаратные методы исследования УЗИ и Допплерография сосудов малого таза.

Научная новизна: Будет разработан и научно обоснован новый фармако-физиотерапевтический метод внутривлагалищного применения электротерапии у больных хроническим сальпингоофоритом при наличии тазовой боли.

Применение электротерапии будет способствовать выраженной коррекции гормонального статуса у больных хроническим сальпингоофоритом, уменьшений частоты бесплодия и улучшений качество жизни женщины,

Практическая значимость: Для практического здравоохранения будет разработан новый эффективный фармако-физиотерапевтический метод – внутривлагалищная электротерапия при лечении больных хроническим сальпингоофоритом, осложненный хронической тазовой болью. Реализация метода проста в осуществлении и предусматривает применение сертифицированного аппарата для ультразвуковых воздействий BTL-4000 premium G и обладающего противовоспалительным, вазотропным, дефибрирующим, трофостимулирующим действием, что делает разработанный метод доступным для применения в различных лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в санаторно-курортных условиях.

Результаты и обсуждение. При влагалищном исследовании у всех женщин пальпируются утолщенные, умеренно болезненные придатки матки. В 61 случае боль преимущественно локализовалась в правом придатке матки, в 28- в левом придатке матки и в 11 – двусторонней локализации. Во всех случаях не было напряжения вагинальных дуг.

Бактериологическое исследование выделений из влагалища, цервикального канала и уретры выявило преобладание ассоциированных патогенов, среди которых чаще других (по 30%) выявлялись *Escherichia coli* и *Gardnerella vaginalis*.

В качестве еще одного объективного метода диагностики воспаления придатков матки использовались ультразвуковое исследование и доплерография сосудов малого таза. В наших исследованиях ведущим ультразвуковым маркером острого оофорита явилось обнаружение внутри увеличенного яичника многочисленных фолликулярных кист (овальных структур с низким волновым сопротивлением) различного диаметра, разделенных тонкими гиперэхогенными перегородками. В отличие от поликистозных яичников, оофорит не характеризуется утолщением стромы и гиперэхогенной внутренней структурой.

Косвенные эхографические признаки воспаления придатков матки включают обнаружение "свободной" жидкости в малом тазу-эхогенной акустической тени, расположенной в углублениях малого таза. Идентичные эхограммы обычно наблюдаются в постовуляторном периоде. Поэтому для оценки этой особенности следует учитывать фазу менструального цикла.

Нарушения микроциркуляции наблюдались у 85 (93,4%) женщин. Интерпретация результатов выявила два основных типа микроциркуляции: гиперемический у 39 (45,8%) больных, смешанный ("спазм-застой") у 29 (34,1%); изменения ангиоспастического и застойного характера отмечены у 7 (8,2%) и 10 (11,8%) женщин соответственно; у 57 (67,1%) больных дыхательный тест был положительным. О снижении кровенаполнения и сосудистого тонуса свидетельствует снижение реографического индекса до $0,57 \pm 0,03$ ом, малая амплитуда пульсовых волн и увеличение времени их распространения.

Терапия 50 пациентов дополнительно включала применение BTL-4000 premium G (15 мин) в течение 7 дней. Оценка эффективности лечения проводили на 5-й, 7-й день и затем через 30 дней от начала лечебных мероприятий. Рассмотрены основные критерии эффективности проводимой терапии:

* купирование клинических симптомов заболевания (боли, лихорадка, белые пятна, дизурические расстройства);

* отсутствие этиологического возбудителя;

* отсутствие рецидивов заболевания при динамическом наблюдении.

При анализе результатов исследования учитывались:

• положительный клинический эффект;

• положительный микробиологический эффект;

* сочетанные положительные клинические и микробиологические эффекты.

Анализ результатов исследования показал, что к 7 суткам терапии в группе пациентов, дополнительно подвергнутых воздействию БТЛ-4000 премиум г, достигнут 100% клинический эффект при 93% эффективности микробиологического действия (48 из 50 имели 100% положительный комбинированный эффект). К 30 суткам ситуация существенно не изменилась: 100% положительный комбинированный эффект наблюдался у 1 больного, что свидетельствует о нецелесообразности продления терапии более чем на 7 дней.

У пациентов, которым не проводилась дополнительная терапия с использованием аппарата BTL-4000 Premium G, не было достигнуто надежного клинического излечения и потребовалось продолжение медикаментозной терапии.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что использование психокоррекции в рамках комплексной терапии больных ХНСо с длительным болевым синдромом позволяет повысить ее эффективность. Установлено, что применение BTL-4000 Premium G приводит к значительному увеличению скорости выздоровления и уменьшению выраженности болевого синдрома.

Литература:

1. Коррекция нарушений иммунного, цитокинового и антиоксидантного статусов у больных хроническим сальпингоофоритом. Конопля А.А., Петров С.В., Гаврилюк В.П. Медицинская иммунология. 2006. Т.8, № 1. С. 97-100.
2. Комплексный подход к диагностике и лечению тазовой боли у женщин: клинко-экономические аспекты. Н.В. Московенко. Казанский медицинский журнал, 2012. Т. 93, №1. С. 61-67.

ОЦЕНКА КОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ И СОСТОЯНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М., Курбанов Ж.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Естественный прирост населения в Республике зависит от возрастной структуры населения, которая характеризуется низким репродуктивным потенциалом, что повышает актуальность сохранения каждой желанной беременности. В этих условиях главным направлением в работе службы охраны материнства здравоохранения должна стать разработка системы профилактики репродуктивных потерь. Поэтому репродуктивные потери рассматриваются как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье женщины, плода и новорожденного и ведут не только к потере репродуктивного, трудового, интеллектуального, оборонного капитала страны, но и к потере жизненного потенциала популяции. Основная задача профилактики репродуктивных потерь - оценить роль каждого из фактора в формировании осложнения в течение беременности, а не только выделить этот фактор (5).

Изучение вопросов этиологии антенатальной гибели плода, несмотря на большое число проведенных исследований, остается актуальным. Это связано, во-первых, с ростом доли антенатальной гибели плода в структуре невынашивания (от 45 до 86,6%), во-вторых, в 20-40% случаев причина антенатальной гибели плода остается неизвестной (2,4).

По данным Литература, среди причин антенатальной гибели плода (АГП) около 7% приходится на хромосомные аномалии. Эндокринные нарушения составляют от 8 до 20%, у 12-15% имеются анатомические особенности и функциональные нарушения матки. На долю хронических инфекционно-воспалительных заболеваний приходится около 70% наблюдений. Особое внимание уделяют нарушениям в системе гемостаза - генетически детерминированным, приобретенным и комбинированным формам тромбофилии (от 45 до 75%). Несомненно, что даже после одной антенатальной гибели плода важнейшей задачей акушера-гинеколога является проведение тщательного клинико-лабораторного обследования пациенток с использованием современных методов диагностики, для выяснения лидирующих этиологических факторов и патогенеза данной патологии. Это является основой для разработки программы индивидуальной реабилитации и прегравидарной подготовки. В этой связи создание модели прогноза антенатальной гибели плода основанной на анализе данных лабораторного и инструментального обследования, с выявлением индивидуальных факторов риска является чрезвычайно актуальным (1,3).

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 100 беременных с АГП (основная группа) в сроке 22-42 недели. В контрольную группу были включены 50 пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родивших живого ребенка. Масса тела является одним из наиболее важных показателей здоровья. Недостаточный или избыточный вес является фактором риска нарушений репродуктивной системы. Выявлены достоверные различия между группами по ИМТ. Ожирение имели большее число пациенток с антенатальной гибелью плода. Расчет относительного риска показал, что у пациенток с ИМТ > 30 риск АГП в 1,5 раза выше, чем в группе сравнения.

Результаты исследования: Известно, что повышенный ИМТ (> 30 кг/м) связан с возрастанием риска тромбозомболических состояний (Скальная М.Г.2007; Мочалов А.А.2011; Рудакова Е.Б. 2015). В этой связи были проанализированы показатели коагулограммы в исследуемых группах. Отмечена связь повышения ИМТ и положительных маркеров тромбообразования в 100% случаев. Среди пациенток с признаками активации внутрисосудистого свертывания (РКМФ) 2 женщины (6,5%) имели избыток массы тела и (43,5%) - ожирение различной степени. Из пациенток с высокими показателями Д-димера (14,6%), имели избыток массы тела.

Таблица 1. Показатели гемостазиограммы у женщин с антенатальной гибелью плода (M± m)

Показатели	Физиологическая беременность n=50	Беременные с АНГП n=100
АПТВ (с)	28,8±0,14	36,9±2,15*
ПТВ (с)	11,0±0,15	14,6±0,65*
Фибриноген (г/л)	3,0±0,03	5,89±0,43*
ТВ (с)	16,4±0,05	20,2±0,06
РКМФ (мг/л)	1,7±0,05	2,87±0,15*
Д-димер (нг/мл)	398,9±16,48	736,1±12,57*
Антитромбин III (мг/л)	109,1 ± 2,69	75,6 ± 2,53*
Активность протеина С (%)	101,0 ± 9,90	81,9 ± 6,76
С-реактив белок (мг/л)	2,2	3,1

Примечание: * - достоверность различий (P<0,05)

Оценка результатов коагулограммы в подгруппах показала, что в группе с АГП повышение показателей РКМФ отмечено у (13,4%), что достоверно выше группы контроля.

Сывороточная концентрация Д-димера, не превышающая 398,9±16,48нг/мл у беременных во П-Ш триместрах гестации, указывает на благоприятное течение и исход беременности. Увеличение содержания Д-димера более 736,1±12,57нг/мл свидетельствует о высокой вероятности антенатальной гибели плода. Увеличение С-реактивного белка свидетельствует о воспалительном процессе, что свидетельствует о необходимости антибактериальной терапии при антенатальной гибели плода.

Немалую роль в развитии спонтанной преждевременной родовой деятельности играют гормональные взаимодействия. Известно, что прогестерон необходим для поддержания матки в нормальном тоне, посредством подавления

формирования щелевых контактов, синтеза простагландинов и рецепторов окситоцина. Концентрация эстриола в материнском кровотоке является прямым маркером активности фетальной гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая, предположительно, активируется перед развитием родовой деятельности.

На следующем этапе мы проанализировали особенности гормонального фона у женщин с АНГП. Так, в основной группе обследованных у 52% и 59% женщин выявлено гиперандрогения и гиперпрогестеронемия и у 30% синдром поликистоза яичников.

Обращало на себя внимание достоверное повышение концентраций прогестерона и а-фетопротеина в исследуемой группе беременных с АНГП. Прогестерон является мощным фактором, способствующим возникновению и сохранению беременности. Он способствует переходу слизистой оболочки матки из фазы пролиферации в секреторную фазу, а после оплодотворения создает необходимые условия для имплантации и развития оплодотворенной яйцеклетки.

Прогестерон также оказывает расслабляющее действие на гладкую мускулатуру матки. Получены убедительные результаты, указывающие на то, что защитный эффект прогестерона у беременных с АНГП может быть связан с его иммуномодулирующей активностью, в том числе с нормализацией цитокинового баланса при беременности.

Показана иммуномодулирующая активность а-фетопротеина, в том числе его способность усиливать активационный апоптоз лимфоидных клеток, ограничивая тем самым процессы иммунного повреждения и воспаления.

Концентрации стероидных гормонов в крови отражают некоюгированные, а значит, биологически активные фракции гормонов. Задачей настоящего фрагмента исследований явилось сравнительное изучение содержания гормонов стероидной природы - прогестерона и эстрадиола в крови у женщин с физиологическим течением беременности и с АНГП, а также оценка их значимости в ранней диагностике и прогнозировании антенатальных потерь.

Таблица 2. Показатели гормонального статуса в крови у обследуемых женщин

Показатели	Физиологическая беременность n=50	Беременные с АНГП n=100
Эстрадиол пг/мл в крови	224,45± 11,41	134,78±9,89*
ХГЧ, крови мМЕ/мл	332,91± 12,07	6561,18±10,35*
Прогестерон нмоль/л в крови	70,15±5,61	171,93± 9,27
а-фетопротеин, МЕ/мл в крови	62,15±6,92	48,18±2,28*

Примечание: * - достоверность различий (P<0,05)

Как видно из представленных результатов исследований, уровень прогестерона в крови обследованных пациенток с физиологическим течением беременности составило 70,15±5,61 нмоль/л. В группе пациенток с АНГП концентрация прогестерона в крови равна 171,93± 9,27 нмоль/л (p>0,05). Концентрация эстрадиола в крови у беременных с физиологическим течением гестационного периода 224,45± 11,41 нмоль/л. У пациенток с АНГП эстрадиол в среднем был равен 134,78±9,89пг/мл.

Таким образом, исследование гормонального статуса имеет важное значение в выборе тактики родоразрешения беременных женщин с АНГ. Однако на данный момент недостаточно сведений о влиянии уровня стероидных гормонов в выборе метода индукции у беременных с АНГ в зависимости срока гестации, что требует дальнейших исследований.

Литература:

1. Гулиев Н. Д. Антенатальные факторы риска задержки внутриутробного развития ребенка // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2015. - Том 60 N5. - С. 51-54
2. Нишанова Ф. П. Анализ течения беременности и родов у женщин с антенатальной гибелью плода // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2012. - N2. - С. 104-106
3. Норова Г. И. Изменение системы гемостаза у женщин при антенатальной гибели плода // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2012. - N4. - С. 109-110
4. Туманова В.А., Баринаова И.В. Проблема антенатальных потерь: обзор Литература // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. – Т. 9 № 5. - С. 39-45.
5. Фролова О. Г. Снижение антенатальных потерь- важная задача амбулаторной акушерско- гинекологической службы // Справочник фельдшера и акушерки. - М., 2014. - N4. - С. 10-13.

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Байрамалиев С.Дж.

Республиканский перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан

Ведение: Акушерский пессарии использовались в медицине еще в древние времена, история их применения насчитывает тысячи лет. За свою историю пессарии не претерпели значительных изменений, поэтому современные изделия практически не отличаются от древних. Существует много исследований и доказательств о том, каким образом пессарий может помочь предотвратить спонтанные преждевременные роды и, возможно, досрочный преждевременный разрыв околоплодных оболочек, как предполагалось в первом рандомизированном контролируемом исследовании применения [1]. По данным клинических и ультразвуковых исследований предполагалось, что пессарий охватывает шейку и изменяет угол наклона цервикального канала по отношению к матке [2,3,4.]. Это более систематично и объективно было изучено в обсервационном исследовании с использованием МРТ, которое показало, что размещение пессария привело к

образованию более острого угла между телом матки и шейкой и что он сохранялся так долго, сколько pessaries оставался на месте [5,6]. Это изменение может предотвратить прямое давление на оболочки на уровне внутреннего зева шейки матки и собственно на шейку матки. Возможно, что давление массы матки в связи с этим в большей степени направлено к нижнему переднему сегменту матки.

Кроме того, pessaries может предотвращать дальнейшее раскрытие внутреннего зева, на фоне чего часто возникает расслоение амниона и хориона, в частности, когда беременная находится в вертикальном положении [7,8,9,10]. Согласно патенту № FAP 01226 от 14.03.2017 на полезную модель Байрамова С.Д., а также согласно акту рационализаторскому предложению Шавази Н.Н., №1911 от 12.02.2020, было в первые внедрено в практику в городе Самарканде акушерские pessaries. Главной ее стратегией является ее доступность и цена на 3 раза дешевле привозных из за рубежа.

Цель исследования: Внедрить акушерские pessaries в клиническую практику.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 128 беременных женщин которые были разделены на две группы. Основную составило 93 беременных, в контрольную вошли 35 беременных в сроке гестации 30-34 недель которые были госпитализированы в I- клинику СамМИ за период 2019-2020г. Всем беременным проводилась скрининг шейки матки как основной метод выявления укорочения шейки матки.

Результаты исследования: Для лечения угрозы преждевременного прерывания беременности в настоящее время во многих акушерских учреждениях применяются акушерские pessaries.

При этом чрезвычайно важным считается своевременно, до появления болевых ощущений, выявить укорочение шейки матки. Из всех 128 обследованных беременных женщин было выявлено укорочения шейки матки у 42 беременных. Как показали результаты укорочения шейки матки наблюдалась до 20 мм у 3-х что составило 3,2%, у 39 от 20 мм до 28 мм что составила 41,9 %. У 51 беременных (54,8%) патологии не наблюдалась. Также было проведено УЗИ матки основной группы так же у контрольной группы. Как показали результаты у беременных почти у каждой имеется угроза на прерывания, изменение состава околоплодных вод, изменение количество вод как маловодия и многоводия, гипертонус матки как передней, так и задней стенки, нарушение плацентарного кровообращения и варикозное расширение вены матки и синусов также было оценено характер околоплодных вод который в 22,5% был светлым, а 77,4% были мутными.

В зависимости от, количество вод норма была 20,4 %, маловодия 12,9 %, многоводия 66,6%. Нарращения кровообращения достигал до 69 %, угроза наблюдалась почти 55,9 %, а также варикозное расширения вен матки и придатков до 61,2 % случаев. После оценки длины шейки матки (<2,5 см) а также после объяснения и разрешения беременной было осуществлено подготовка к ставлению pessaries путем взятия мазка на флору и обработки влагалища цидиалом после чего был вставлен акушерский ПЕССАРИЙ (модифицированного Байрамова С.Д., согласно акту рационализаторскому предложению Шавази Н.Н.) 37 беременным в сроке гестации 30-34 недель.

При повторном обследовании УЗИ шейки матки через 2 недель было отмечено что шейка матки не укоротилась после введения ПЕССАРИЯ тем самым снизило частоту неблагоприятных исходов и обеспечивало пролонгирование беременности при этом укорочения шейки матки не прогрессировал. Также нужно отметить что беременные не предъявляли жалобу на дискомфорт и использовании pessaries не исключается назначение прогестерона, индометацина а также половая жизнь.

Заключение: 1. Установлено что вставления акушерского Пессария при угрозе преждевременных родов и укорочения шейки матки менее 25 мм уменьшает нагрузку на шейку матки тем самым служит поддерживающим механизмом и профилактикой преждевременных родов.

2. Использование рекомендуемого акушерского ПЕССАРИЯ, модифицированного Байрамова С.Д., согласно акту рационализаторскому предложению Шавази Н.Н., при сроке гестации 22-36 недель у женщин с укорочением шейки матки (менее 25мм) уменьшит затраты для пациента.

Литература:

1. Аполихина И.А., Чочуева А.С., Саидова А.С., Горбунова Е.А., Каган И.И. Современные подходы к диагностике и лечению пролапса гениталий у женщин. Акушерство и гинекология. 2017;3: ст 26-33.
2. Баринов С.В., Шамина И.В., Лазарева О.В., Ралко В.В., Шкабарня Л.Л., Дудкова Г.В., Клементьева Л.Л., Владимирова О.В. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского pessaries у беременных группы высокого риска по преждевременным родам. Акушерство и гинекология. 2016;1:ст93-100.
3. Баскаков П.Н., Торсуев А.Н., Тархан М.О., Татаринов Л.А. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим pessaries. Охрана материнства и детства. 2013;1(21):49-52.
4. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л., Адамян Л.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод) // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 123-134.
5. Царегородцева М.В., Дикке Г.Б. Акушерские pessaries в профилактике невынашивания беременности. Статус Презенс. 2012;3(9):59-62.
6. S ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin No. 160: premature rupture of membranes) Obstet. Gynecol. 2016; 127.
7. Arabin B., Hatbesma J.R., Vork F. et al. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? // J. Perinat. Med. -2003. - Vol. 31. - P. 122-133.
8. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD007873.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК ШИФОХОНАСИ МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА САЛМОНЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Баҳриева З.Д., Джумаева Н.С., Узакова Г.З.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Мавзу долзарблиги: Статистик маълумотларга кўра сўнгги йиллар давомида ижтимоий-иқтисодий ва эпидемиологик шароитлар ўзгариши билан ўткир ичак касалликлари билан касалланиш сонининг ортиб бориши кузатиб келинмоқда. Ҳомиладор аёллар орасида ўткир ичак касалликлари тез тез учраб турса-да, бироқ бу патология охиригача ўрганилмаган. Айрим тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ҳомиладорликда ўткир диарея касалликлари учраши 34% ни ташкил этади [1,9].

Ўткир ичак касалликлари ҳомиладор аёлларда ноҳуш оқибатларга олиб келиши илмий исботланган. Жумладан турли тадқиқотчилар тадқиқотларида 30–44% ҳолларда ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни кўтара олмаслик ошқозон ичак тракти касалликлари билан боғлиқлиги кузатилган [2,3,8]. Ичаклар яллиғланишида ҳомила тушиш хавфи ривожланишида нейрогуморал иммун омиллар муҳим рол ўйнайди. Чунки бачадон ва ичаклар умумий иннервацияга эга. Шу боис, ичакларда кузатиладиган яллиғланиш жараёни ичаклар моторикасининг секинлашишига ёки тезлашуви, спазмларга, метеоризмга, ичаклар ва бачадон орасида висцеро-висцерал рефлекслар пайдо бўлишига олиб келади. Бу ҳолат эса бачадон тонусининг ошишига олиб келади. Бачадон тонусининг ошиши эса ҳомилага салбий таъсир этмасдан қўймайди [4,5,7].

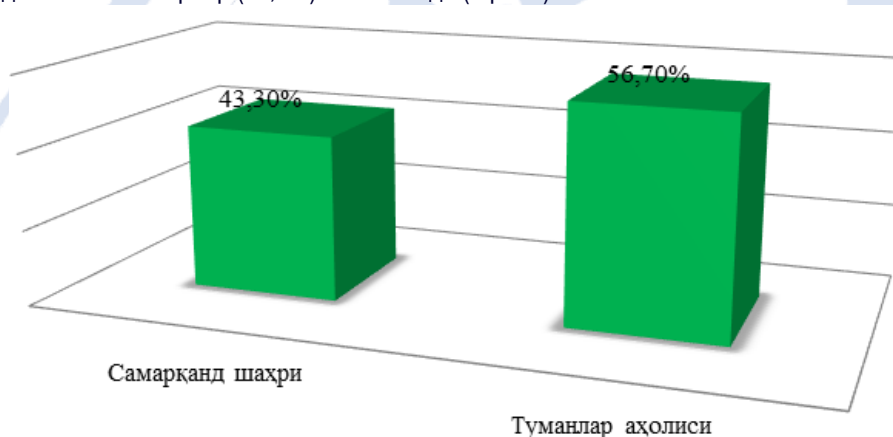
Ҳомиладор аёлларда салмонеллез касаллиги кечиши бўйича маълумотлар адабиётларда жуда кам учрайди. Ўткир ичак касалликлари орасида салмонеллалар томонидан чақириладиган ичак касалликлари алоҳида ўрин эгаллайди [5,6]. Чунки салмонеллез касаллиги госпитал штамлари кенг тарқалган Шу боис, биз ҳомиладор аёлларда салмонеллез касаллиги кечиш хусусиятларини ёритишга қарор қилдик.

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонаси материаллари асосида ҳомиладор аёлларда салмонеллез касаллиги кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига (ВЮККШ) мурожаат қилиб келган 2008-2018 йилларда ЎИИ таххиси билан мурожаат қилиб келган беморлар кузатув остига олинди. Шулардан 5,6% изини салмонеллез инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёллар ташкил этди. Текширув материали сифатида: умумий қон, сийдик, ахлат тахлили ва ахлатнинг бактериологик тахлили ҳисобланади. Текширув усулларида клиник, эпидемиологик, лаборатор, инструментал (УТТ), статистик усуллар қўлланилди. Натижалар ретроспектив ҳолда чуқур таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Ўтказилган тадқиқотда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига (ВЮККШ) мурожаат қилган беморларда ўтказилган кузатув натижаларига асосланган. Кузатув остига олинган беморлар Самарқанд шаҳри, Самарқанд вилояти, туманларидан мурожаат қилиб келишган.

Беморларнинг манзилгоҳлари таҳлил қилинганида қуйидагилар маълум бўлди. Беморларнинг асосий қисмини Самарқанд шаҳридан келган беморлар (56,7%) ташкил этди (1-расм).



1-расм. Беморларни яшаш жойига нисбатан тақсимланиши

Беморларнинг ёши 17 ёшдан 37 ёшгача (ўртача ёши - 29,8 ёш) бўлган аёллар устунлиги ташкил этди. Субъектив маълумотларга асосланган ҳолда беморларнинг 19,9% касалланишни сифатсиз овқат маҳсулотлари билан боғлаш ҳолати, 14,8% тўй ҳашамларда, кўчаларда тартибсиз овқатланиш билан боғлаши, 16,9% беморлар янги чиққан маҳсулотларни истеъмол қилганлиги (мевалар, овқатлар, сабзавотлар), 30,2% экстрагенитал патология юзасидан шифохонада даволаниш чоғида касаллик келиб чиққанлиги билан боғлашди. 39,1% беморлар эса касаллик сабабини аниқ айта олишмади. Беморлар касалхонада ўртача 9,5 кун ётишди. Беморларнинг ярмидан кўпида касалхонада ётиш муддати 8 кундан 14 кунгача бўлган. Беморлар касалхонага асосан касалликнинг биринчи ҳафтасида ётқизилган ва беморларнинг катта қисми касалликнинг дастлабки уч кунда қабул қилинган. Беморларнинг касб корига қараб тақсимланиши 1-жадвалда ёритилган.

1-жадвал. Бемор касб корига қараб тақсимланиши

№	Касб кори	%
1.	Уй бекалари	15,4%
2.	Талабалар	25,6%
3.	Мардикор аёллар	20,6%
4.	Ўқитувчилар	11,2%
5.	Ошхона ходимлари	13,5%
6.	Сотувчилар	13,7%
	ЖАМИ	100%

Беморларда аниқланган ҳамроҳ касалликлар 2-жадвалда ўз аксини топган.

2-жадвал. Беморларда аниқланган ҳамроҳ касалликлар

№	Касалликлар номи	%
1.	Сурункали пиелонефрит	19,1%
2.	Сурункали холецистит	14,5%
3.	Сурункали гастрит	18,9%
4.	Сурункали гепатит В ва С	9,8%
5.	Сурункали панкреатит	6,7%
6.	Бавосил	5,6%
7.	Оғиз бўшлиғи кандидози	4,5%
8.	Овқатга нисбатан аллергия	7,8%
9.	Сурункали обструктив бронхит	13,3%
	ЖАМИ	100%

Беморларнинг 92,3% камқонлик аниқланилди.

Беморларда салмонеллез касаллигининг локализацияси бўйича қуйидаги шакллари аниқланилди:

1. Гастрит 13,9%
2. Гастроэнтерит 32,1%
3. Гастроэнтероколит 30,3%
4. Энтероколит 23,7%

Кузатувдаги ҳомиладор аёллар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди.

1- гуруҳ: ҳомиладорликнинг I триместрида мурожаат қилган аёллар.

2-гуруҳ: ҳомиладорликнинг II триместрида мурожаат қилган аёллар.

3- гуруҳ ҳомиладорликнинг III триместрида мурожаат қилган аёллар.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра: 29,6 % беморларда оғир шаклда, 59,7 % беморларда касалликнинг ўрта оғир шаклининг учраши, 10,7% беморларда касаллик енгил шаклда кечган (2-расм).



2-расм. Касалликнинг оғирлик даражасига кўра тақсимланиши

Ҳомиладорликнинг I триместрида бўлган аёлларда касаллик клиник белгилари таҳлил қилинганида: қорин соҳасидаги оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, аҳлатининг суюқ, яшил рангда, кўпиксимон, кўп миқдордаги шиллиқ аралаш келиши, қусиш, кўнгил айниши, умумий дармонсизлик, иштаҳасининг пасайиши кузатилган. Аҳлатнинг суюқ ҳолда патологик аралашмалар кўшилиб келиши 100% беморларда, қайт қилиш 71,4%, қорин дам бўлиши 69,6%, тери қопламларининг оқимтирлиги 68,9%, тана ҳароратининг кўтарилиши 57,6%, иштаҳанинг пастлиги-100%, холсизлик - 100% ҳолда кузатилган. Бу гуруҳдаги беморларда касаллик асосан гастрит ва гастронтерит кўринишида кечди (13,9% ва 13,4%). Ҳомиладорликнинг I триместрида бўлган аёлларнинг 80 % изида ҳомила тушиш хавфи, 12,5% изида қон кетиш, ҳомила ичи гипоксияси (7,5%) қайд этилди. Улар доимий равишда акушер гинеколог кузатувида бўлиб, керакли муолажаларни олишди.

Ҳомиладорликнинг II триместрида бўлган аёлларда касаллик клиник белгилари таҳлил қилинганида: қорин соҳасидаги оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, аҳлатининг суюқ, яшил рангда, кўпиксимон, кўп миқдордаги шиллиқ аралаш келиши, такрорий қусиш, кўнгил айниши, умумий дармонсизлик, иштаҳасининг пасайиши, ошқозон ва қорин соҳасидаги оғриқлар, бош оғриқ, бош айланиши кузатилган. Аҳлатнинг суюқ ҳолда патологик аралашмалар қўшилиб келиши 100% беморларда, қайт қилиш 41,7%, қорин дам бўлиши 28,6%, тери қопламларининг оқимтирлиги 76,9%, тана ҳароратининг кўтарилиши 77,6%, иштаҳанинг пастлиги-100%, холсизлик -100% ҳолда кузатилган. Бу гуруҳдаги беморларда касаллик гастроэнтерит ва гастроэнтероколит кўринишида кечди (18,7% ва 15,6%). Ҳомиладорликнинг II триместрида аёлларда қуйидаги асоратлар аниқланилди: ФПЕ (фетоплацентар етишмовчилик) 34,5%, қон кетиш 23,6%, ҳомила тушиши хавфи 33% ҳолда кузатилди. Бу гуруҳдаги аёллар доимий равишда акушер гинеколог кузатувида бўлишдан ташқари, кейинги муолажани гинекология бўлимида давом эттиришди.

Ҳомиладорликнинг III триместрида бўлган аёлларда касаллик клиник белгилари таҳлил қилинганида: қорин соҳасидаги оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, аҳлатининг суюқ, яшил рангда, қон аралаш ўтиши, кўпиксимон, кўп миқдорда шиллиқ аралаш келиши, қусиш, кўнгил айниши, зарда қайнаши, умумий дармонсизлик, иштаҳасининг пасайиши, ошқозон ва қорин соҳасидаги оғриқлар, бош оғриқ, бош айланиши кузатилган. Аҳлатнинг суюқ ҳолда патологик аралашмалар қўшилиб келиши 100% беморларда, қайт қилиш 24,7%, қорин дам бўлиши 33,6%, тери қопламларининг оқимтирлиги 76,9%, тана ҳароратининг кўтарилиши 49,8%, иштаҳанинг пастлиги-100%, ҳолсизлик - 100% ҳолда кузатилган. Бу гуруҳдаги беморларда касаллик гастроэнтероколит ва энтероколит кўринишида кечди (14,7% ва 23,7%).

Ҳомиладорликнинг III триместрида аёлларда қуйидаги асоратлар аниқланилди: бу гуруҳдаги аёлларда организм сувсизланиши ҳомилага салбий таъсир қилиши адабиётлардан маълум. Бу гуруҳдаги аёллар синчиклаб кузатилганда ҳомила қимирлашининг секинлашганлиги аниқланилди. Бу гуруҳдаги аёллар кейинги муолажани гинекология бўлимида давом эттиришди.

Кузатувдаги беморлар шифохонага кечикиб мурожаат қилганда ва ўз вақтида тегишлича муолажаларни олмаганда асоратлар кузатилди (45,6%).

Кузатувлар мобайнида кўпроқ ҳомиладорликнинг I ва II триместрларида ҳомила тушиш хавфи кузатилганлиги, 57% ҳолда қон кетиш кузатилган. Демак, салмонеллез касаллиги ҳомиладорликнинг эрта муддатларида жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин. Шунингдек, тадқиқот давомида шу маълум бўлдики, ҳомиладор аёлларда организмнинг сезиларли даражада заҳарланиши ва унинг захираларининг камайиши плацента фаолиятига салбий таъсир этади. Ҳомиладорликнинг III триместрида бўлган аёлларда бу ҳолат яққол кўзга ташланади. Чунки уларда ҳомила қимирлашининг секинлашганлиги, юрак уришининг сустлашганлиги аниқланилди. Ҳомиладор аёлларда салмонеллез фониде фетоплацентар етишмовчилик ривожланади. Бу ҳолат ҳомиланинг керакли миқдордаги озуқа моддалари ва кислород билан таъминланмаслигига сабаб бўлади ва ҳомила ривожланишининг кечикишига ва унинг эрта туғилишига олиб келиши мумкин. Бу сабаблар тадқиқотнинг долзарблигини ошириб, кузатувларни давом эттириш кераклигини таъкидлайди.

Она танасининг сувсизланиши ҳам ҳомилага салбий таъсир қилади. Ҳомиладор онанинг такрорий қусиши ва кучли диарея организмда витаминлар ва муҳим минераллар захирасини камайтиради. Фойдали элементларнинг етишмаслиги ҳомила ривожланишининг секинлашишига олиб келади. Бу ҳолатда ҳомиладорликнинг (22 ҳафтагача) тўхташи ёки ҳомила вазнининг кам туғилиши мумкин.

Беморлар ахлати бактериологик текшируви натижасида асосан *S. enteridis* аниқланди. Беморлар умумий аҳлат таҳлилида макроскопик текширувда: қон, шиллиқ, йирингли ажралмалар кузатилди. Аҳлатнинг микроскопик текширувида: эритроцитлар, лейкоцитлар аниқланди. Қон умумий таҳлилида: Нb 90 г/л дан 50 г/л гача камайганлиги, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг 65 мм/соатгача кўтарилган.

Стационар шароитда даво муолажаларини олган барча беморларга стандарт асосида антибактериал дори воситалари қўлланилган, антибиотикотерапия, дезинтоксикацион, орал регидратацион терапия, симптоматик терапия қўлланилган. Шунингдек, акушер гинеколог кузатуви остида керакли муолажаларни олишган. Беморларнинг 45,6% бошқа шифохоналарга кўчирилган.

Хулоса: 1. Бизнинг кузатувимиздаги ҳомиладор аёлларда касалликнинг клиник шакллари ҳомиладорликнинг турли муддатларига боғлиқ равишда кузатилди.

2. Ҳомиладор аёллар орасида талабаларда бу касаллик кўп учраши қайд этилди. Демак бу ҳолат талабаларнинг кўча куйда овқатланиши билан боғлиқ (25,6%). Ўз вақтида мурожаат қилган ва керакли даво муолажаларини қабул қилган аёлларда ҳомиладорлик томонидан асоратлар кузатилмади.

3. Кузатувлар мобайнида кўпроқ ҳомиладорликнинг I ва II триместрларида ҳомила тушиш хавфи кузатилганлиги, 57% ҳолда қон кетиш кузатилган. Демак, салмонеллез касаллиги ҳомиладорликнинг эрта муддатларида жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин.

Адабиётлар:

1. Levy N, Lemberg E, Sharf M. Bowel habit in pregnancy. *Digestion* 1971; 4 (4): 216–22.
2. Серова О.Р. Особенности ведения пациенток с невынашиванием беременности на фоне миомы матки и эндометриоза. *Рус. мед. журн.* 2005; с. 3–4.

3. Лобзин Ю.В., Якушин С.Б., Захаренко С.М. Практические рекомендации поведению пациентов с инфекционной диареей (по материалам рекомендаций Американского общества инфекционных болезней – Guerrant RL, Gilder TV et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32: 331–50). Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001; 3 (2): 163–82.
4. Fujihara N, Takakura S, Saito T et al. A case of perinatal sepsis by *Campylobacter fetus* subsp. *fetus* infection successfully treated with carbapenem – case report and literature review. J Infect 2006; 53 (5):e 199–202. Epub 2006.
5. Schloesser RL, Schaefer V, Groll AH. Fatal transplacental infection with non-typhoidal *Salmonella*. Scand J Infect Dis 2004; 36 (10): 773–4.
6. Einarson A, Mastroiaco P, Arnon J et al. Prospective, controlled, multi-centre study of loperamide in pregnancy. Can J Gastroenterol 2000; 14:185–7.
7. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1995; 172 (2 Pt 1): 525–9.
8. Caro-Patón T, Carvajal A, Martín de Diego I et al. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 1997; 44 (2): 179–82.
9. D'Souza AL, Rajkumar C, Cooke J et al. Probiotics in prevention of antibiotic-associated diarrhoea: meta-analysis. BMJ 2002; 324: 1361–4.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИЕМИИ

Бобоева Н.Т., Абдуллаева М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Достигая высочайших успехов в сфере здравоохранения особенно в области перинатологии и в частности в неонатологии все-таки наблюдается тенденция роста показателей заболеваемости новорожденных. Одним из самых часто регистрируемых состояний – это пролонгированная неонатальная гипербилирубинемия. Неонатальная гипербилирубинемия приобретает свою актуальность тем, что это состояние параллельно с частым проявлением представляет большой интерес и по времени возникновения и её продолжительности.

Гипербилирубинемия у новорожденных детей в последние десятилетия приобретает более длительное течение. Причина этого феномена не ясна. [1]. Определенная часть данных состояний проходит для ребенка транзиторно и не требует специальной коррекции, однако в ряде случаев неонатальные желтухи принимают затяжное течение, вследствие чего формируется высокий риск развития осложнений, обусловленных нейротоксичностью непрямого билирубина [2,3].

В настоящее время проблема желтухи у новорожденных детей приобретает новую актуальность в связи с наблюдающимся патоморфозом перинатальной патологии [4]. Распространенность и большая частота поражения органов и систем при неонатальных желтухах интересует клиницистов и практикующих врачей в диапазоне выделения ведущих причины развития данной патологии в конкретном случае. В дифференциальной диагностике неонатальных желтух все большее значение имеет маркеры воспалительной активности [5,8,9].

Маркеры воспалительной активности служат одним из подтверждающих факторов при отсутствии положительного бактериального посева. Одним из таких маркеров считается СРБ, но поиск новых маркеров доказал, что прокальцитонин [2,4,6,7], как предшественник кальцитонина высоко чувствителен при инфицировании [10].

Цель исследования: использование маркеров воспаления для выделения причины пролонгированной гипербилирубинемии.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 250 новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (ПНГ).

Все новорожденные с ПНГ поступили на лечение и обследование в ОПН Самаркандского Областного Многопрофильного Детского Медицинского Центра. Во всех случаях гипербилирубинемия длилась более 14 дней.

В исследование не включали новорожденных с серьезными аномалиями развития гепатобилиарной системы, пациентов, которым требовалось хирургическое лечение; новорожденных с наследственными видами неонатальной желтухи. Состояние всех новорожденных при поступлении расценивалось как средне тяжелое, что было обусловлено наличием гипербилирубинемии, которая оценивалась по модифицированной шкале Крамера 3–4-й степени.

Новорожденные поступали в клинику на 15–20 сутки после рождения. В зависимости от клинических признаков пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии (ПНГ) все новорожденные были разделены на 2 группы: I группа – с умеренной пролонгированной гипербилирубинемией (уровень билирубина не более 250,0 мкмоль/л); II группа – с пролонгированной гипербилирубинемией высокой степени (уровень билирубина 250,0–270,0 мкмоль/л, затяжной характер с длительностью более 21 дня). В I группу вошли 34,0% (n=85) новорожденных, во II- 46,0% (n=115) новорожденных. III группа – контрольная 20% (n=50).

В группе наблюдаемых детей представлено 158 мальчиков (63,2%) и 92 девочек (36,8%). Все дети родились в срок (38–40 нед. гестации). 90,0% из физиологических родов, 10,0% детей – путем операции кесарева сечения. Гестационный возраст наблюдаемой группы новорожденных составил 38,15±1,07 недель. Новорожденные были отобраны на основании клинико-биохимических показателей.

В основу диагностических мероприятий была включена сумма факторов, которыми доказывается прямая клиническая связь ПНГ. Из них: анемия беременных, болезни желчевыводящих путей у матери, перинатальные потери, тяжелый гестоз, привычное невынашивание, преждевременная отслойка плаценты, самопроизвольные выкидыши, а также различные осложнения родов: слабость родовой деятельности, стремительные роды, обвитие новорожденного пуповиной.

Анализ акушерского анамнеза и состояния здоровья женщин свидетельствовал о крайне высоком уровне акушерской и соматической патологии. 65% наблюдаемых женщин были первобеременными, с отягощенным акушерским анамнезом: у 24% - самопроизвольные выкидыши, у 16,4% - регрессирующие беременности, у 5,5% - мертворождения. К моменту наступления настоящей беременности все женщины находились в состоянии компенсации в отношении хронических заболеваний.

Среди экстрагенитальной патологии встречалась гипотония 2(1,74%), гестозы беременных 80(69,57%), перенесенный ОРЗ во время беременности 71(61,74%), гипертоническое состояние 2 (1,74%), анемия средней и тяжелой степени 112 (97,39%), многоводье 1 (0,87%) нефропатия 6 (5,22%), пиелонефрит 44 (38,26%), цитомегаловирусная инфекция 3 (2,61%), в группе исследуемых матерей в период беременности так же были выявлены ветрянка, вирусный гепатит, герпес которая составляла 7 (6,09%), угроза прерывания беременности 72(62,61%), отеки 1 (0,87%). На предгравидарном этапе 10% женщин получали йодную профилактику в соответствии с рекомендациями ВОЗ, коррекцию анемии препаратами фолиевой кислоты и железо содержащих препаратов.

Для выделения причин неонатальной гипербилирубинемии нами использовались общепринятые биохимические тесты: билирубин крови и его фракции, трансаминазы, общий белок, альбумин, содержание электролитов. Также проведен анализ белков «острой фазы»- С – реактивный белок (СРБ). СРБ определяли в сыворотке крови с помощью CYPRESS DIAGNOSTICS. Тест основан на принципе твердофазного непрямого иммуноферментного анализа.

Определение уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови проводили иммунохроматографическим методом с использованием тест-систем производства «Brahms Diagnostica», (Германия).

На проведение обследования новорожденных было получено информированное согласие родителей.

Результаты и их обсуждения. У обследуемых новорожденных гипербилирубинемия была основным показателем для госпитализации. Полученные данные показали, что у новорожденных с ПНГ свойственно было визуальные изменения кожных покровов, в виде затянувшейся желтухи по поводу чего и обратились большинство групп родителей. Визуально субиктеричность кожных покровов и слизистых у новорожденных детей с ПНГ чаще появлялись на 3-4 сутки, жизни: у 36,1%- на третьи сутки, у 42,5 % - на четвертые. У 9,9% новорожденных отмечено появление желтухи на второй день жизни, у 10,3% - на пятый, и у 1,2% - на шестой день жизни. При ПНГ субиктеричность кожных покровов и слизистых имел волнообразный характер появления желтухи.

Принимая во внимание степень выраженности гипербилирубинемии по модифицированной шкале Крамера мы предварительно распределили уровни гипербилирубинемии в зависимости от концентрации сывороточного билирубина в сыворотке крови (таблица 1). Во всех обследуемых группах новорожденных не было отмечено увеличение активности сывороточных аминотрансфераз.

Дети с пролонгированной гипербилирубинемией 1 уровня в 96,9% имели легкий желтушный оттенок лица и груди уже на 14-16 сутки жизни, у новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией 2 и 3 уровня данный показатель наблюдался лишь к 20-23 суткам. На двадцать третьи сутки снижения желтушности кожи до 1 степени у новорожденных второй группы не наблюдалось, отмечено более позднее исчезновение желтухи: только к 25-30 дню жизни у 11,6% детей из второй группы уровень иктеричности снизился до 1 степени, а исчезновение желтухи в 58,5% случаев произошло к концу 4-5 недели жизни, в 20,1% - лишь к месяцу. Как видно число новорожденных с гипербилирубинемией 2 уровня во всех обследуемых группах больше по сравнению с числом детей с уровнем билирубина менее 170 мкмоль/л. Число детей с гипербилирубинемией 3 уровня достоверно меньше, чем с гипербилирубинемией 1 уровня.

В целом гипербилирубинемия до 257 мкмоль/л отмечались у 50,5% новорожденных. В наших наблюдениях у новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией на фоне внутриутробного инфицирования и гипоксически ишемической энцефалопатии на фоне инфицирования был отмечен синдром угнетения ЦНС, проявляющийся в виде вялого сосания, снижения двигательной активности, мышечной гипотонии, гипорефлексии, истощаемости физиологических рефлексов. Он встречался у 68% новорожденных. Синдром гипервозбудимости ЦНС – у 9,1% и 10% соответственно.

Результаты клинических исследований показали, что исходно у больных определялись выраженные нарушения метаболических показателей венозной крови (гипербилирубинемия более 250-300 мкмоль/л, гипоальбуминемия, глюкоза менее 1,9ед, гиперкалиемия 45ммоль/л). В связи с тем, что инфекционная патология являлась одной из частых причин ПНГ для дифференциальной диагностики по этиологии, у всех новорожденных были изучены ПКТ и маркеры воспаления (таблица 2).

Наблюдаемое повышение показателей С-реактивного белка (СРБ) при нормальных значениях ПКТ свидетельствует о начале развития воспаления неинфекционного (адапционного) генеза [18,19]. Из обследованных 100 новорожденных с ПНГ прокальцитонин был повышен, т.е выше 0,5нг/мл только у 3 больных из 2 и 3 группы. У других новорожденных ПКТ не увеличен. Это не совпадает с данными Литература[4,5,9,18,19] о высокой чувствительности ПКТ при наличии воспалительной активности, в то время как повышен уровень СРБ и наблюдается лейкоцитоз.

Выводы. При пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии на фоне инфицирования высокий показатель СРБ и лейкоцитоз более достоверны как маркеры воспаления, чем прокальцитонин.

Литература:

1. Логинова Л.А. Особенности течения неонатальной желтухи в современном мире. Монография LAP LAMBERT Academic Publishing (2013-03-11).
2. Логинова, А. А. Возможности прогнозирования длительной гипербилирубинемии в неонатальном периоде / А. А. Логинова. - Текст: непосредственный // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы I Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, июнь 2012 г.). - Челябинск: Два комсомольца, 2012. - С. 56-60. - URL.
3. Яцык Г.В. Руководство по неонатологии. // Г.В.Яцык - М.: Медицинское информационное агентство, 1998.- 400с.
4. Brunkhorst R., Eberhardt O.K., Haubitz M., Brunkhorst F.M. Procalcitonin for discrimination between activity of systemic autoimmune disease and systemic bacterial infection, *Intensive Care Med.*, 2000, 26: 199-201.
5. Brunkhorst F.M., Wegscheider K., Forycky Z.E., Brunkhorst R. Procalcitonin for early diagnosis and differentiation of SIRS, sepsis, severe sepsis, and septic shock, *Intensive Care Med.*, 2000; 26: 148-52.
6. Cheval C., Timsit J.F., Garrouste-Oregas M., Assicot M. et al., Procalcitonin (PCT) is useful in predicting the bacterial origin of an acute circulatory failure in critically ill patients, *Int. Care Med.*, 2000, 26: S153-8.
7. Fernandez-Lopez A.etal., *An EspPediatri* 2001, 55 (4): 321-328
8. Fleischhack G. et al., *Brit.J.Haematol.* 2000, 111: 1093-1102
9. Gerard Y., Hober D., Petitjean S., Assicot M. et al. Procalcitonin level in a 4 year old liver transplant recipient with a disseminated candidiasis, *infections*, 1997, 23: 310-311.
10. Gramm H-J, Dollinger P., and Beier W Procalcitonin-A new marker of host inflammatory response. Longitudinal studies in patients with sepsis and peritonitis, *Chir. Gastroenterol.*, 1995, 11 (Suppl. 2):51-54.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Бозоров А.Г., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.

Бухарский родильный комплекс, Бухара, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Преждевременные роды – один из основных патологий в акушерстве и неонатологии. Уровень перинатальной смертности и заболеваемости зависят от преждевременных родов. Согласно многочисленным исследованиям, почти половина причин преждевременных родов обусловлены инфекцией [1,2,3]. В связи с этим перед акушерами стоят следующие задачи: выявление угрожающих преждевременных родов и своевременное лечение во избежание ненадлежащих вмешательств и предотвращения преждевременного рождения детей. Частота ПР в развитых странах составляет около 7%, неонатальная смертность - 28% [4,5,6]. В зависимости от гестационного срока ПР разделяют на несколько групп: очень ранние ПР (22- 27,6 нед), ранние ПР (28-30,6 нед), ПР (31-33,6 нед) и поздние ПР (34-36,6 нед). Известно, что более 40% ПР начинаются с дородового излития околоплодных вод [7,8,9]. Причины спонтанных ПР гетерогенны. Важным фактором риска развития ПР является урогенитальная инфекция. В настоящее время большое количество исследований посвящено роли субклинической урогенитальной инфекции в генезе ПР [10,11,12]. При этом если ранее основное внимание исследователей и клиницистов было направлено на инфекционные заболевания нижнего отдела гениталий, то на современном этапе появляется все больше сообщений о хронической внутриматочной инфекции и ее роли в осложненном течении беременности [13,14,15]. Внутриматочная инфекция у беременных может быть следствием восходящего инфицирования при наличии инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта, а также персистенции микроорганизмов в эндометрии у женщин с хроническим эндометритом в анамнезе [16,17,18].

Наличие инфекции (как острой так и хронической), активирует каскада провоспалительных цитокинов, обуславливая процесс активации миометрия. Бактерии секретируют фосфолипазы, увеличивают количества арахидоновой кислоты и синтеза простагландина в тканях матки. Бактериальный эндотоксин (липополисахарид), в свою очередь, воздействует на макрофаги плодных оболочек, вызывает увеличение продукции простагландина или провоспалительных цитокинов. Забывать о урогенитальной инфекции и биохимических маркерах [19,20].

С целью выявления маркеров воспалительной реакции, определения активации биохимических маркеров воспаления при инфекциях урогенитального тракта у беременных изучена литература последних лет.

С-реактивный белок (СРБ) – один из самых ранних индикаторов воспаления, вызванного бактериальными инфекциями. Тест на СРБ часто используется для диагностики и мониторинга различных воспалительных процессов, дифференциальной диагностики между бактериальной и вирусной инфекциями, обнаружения послеоперационных осложнений, мониторинга эффективности лечебных мероприятий [3,8]. При бактериальной инфекции более 50% пациентов с тяжелой инфекцией имеют уровень СРБ выше чем, 100 мг/л, и только 5% могут иметь меньше 10 мг/л в случае острого развития инфекционного процесса. При вирусной инфекции концентрация СРБ повышается незначительно [2,11].

Роль С-реактивного белка – опознать чужеродный агент и привлечь средства для его уничтожения. СРБ распознает фосфолипиды бактериальной клетки

СРБ связывается с остатками фосфатидилхолина, с фагоцитами и ускоряет фагоцитоз антигенов и микроорганизмов; связывает широкий спектр лигандов: компонентов бактериальной стенки, токсинов, частиц поврежденных тканей. Продукты такого взаимодействия активируют комплемент по классическому пути, ускоряя процессы фагоцитоза и удаления вредных соединений [1.10].

Нормальные значения СРБ варьируют от 1 до 6 мг/л. Эти значения зависят от возраста, пола, физиологического состояния, наличия хронических заболеваний. Повышение СРБ в крови начинается через 6-24 ч с момента начала воспаления и исчезает в ходе реконвалесценции. СРБ при воспалительном процессе может повышаться в 20 раз и более [2,9].

Цитокины- макрофаги и тучные клетки, присутствующие в тканях, где возникло воспаление, активируются и высвобождают разнообразные медиаторы, цитокины и хемокины. Эндотелиальные клетки также способны секретировать цитокины и хемокины. Ключевая роль в реализации воспалительной реакции и в целом реакций первой линии иммунной защиты принадлежит IL-1, IL-6 и TNF α . Исследование уровня цитокинов в моче может быть использовано для оценки тяжести воспалительных изменений паренхимы почки и при мониторинге эффективности проводимой терапии [5,7].

Гаптоглобин – специфический белок (острофазовый протеин, транспротеин), участвующий в связывании с гемоглобином тем самым предохраняющий его от выделения смочой, что сохраняет очень ценное для организма железо. Усиление гемолиза эритроцитов сопровождается падением уровня гаптоглобина крови, тогда как стрессовые, воспалительные и некробиотические состояния, наоборот, приводят к возрастанию его содержания. Гаптоглобин может участвовать в элиминации некоторых патогенных бактерий. Увеличение содержания гаптоглобина в крови отмечается при острых воспалительных процессах, опухолях, нефротическом синдроме [4,12].

Фибриноген является растворимым предшественником фибрина – главного компонента кровяного сгустка. Увеличение содержания фибриногена в плазме крови отмечается при различных воспалительных процессах в жизненно важных органах, в том числе почках (нефротический синдром, острый и хронический пиелонефрит, гломерулонефрит) [13,15].

Неоптерин является промежуточным продуктом в синтезе биоферина, участвующего в активации лимфоцитов. Измерение содержания неоптерина позволяет определить общее состояние иммунной системы. Для оценки клеточного звена иммунного ответа наибольший интерес представляет измерение высвобождения биологически инертных продуктов, одним из которых является неоптерин. Повышенное содержание неоптерина в сыворотке или моче тесно ассоциировано с различными заболеваниями, связанными с клеточной иммунной реакцией. При самых разных заболеваниях клеточная иммунная система вовлечена в патогенез и концентрация неоптерина отражает прогрессирование заболевания [14,16].

Неоптерин в клинической диагностике используется в дифференциальной диагностике между острыми вирусными и бактериальными инфекциями, для оценки активности и контроля терапии при воспалительных заболеваниях;

Нитротирозин используется в качестве маркера воспаления и синтеза нитрата оксида (NO). Он образуется в присутствии активных метаболитов NO. Нитротирозин является стабильным эндопродуктом окисления пероксинитрита, поэтому определение его концентрации в плазме может быть использовано в качестве полезного маркера NO-зависимых повреждений *in vivo*. Присутствие нитротирозина обнаружено при различных воспалительных процессах, включая хроническую почечную недостаточность и септический шок. В норме в плазме присутствуют низкие, неопределяемые уровни нитротирозина [18,20].

Прокальцитонин -тест применяют для дифференциации бактериальных инфекций от других причин воспаления, оценки тяжести бактериальной инфекции, уточнения показаний к началу или прекращению терапии антибиотиками [11,17].

Цистатин С. В настоящее время основной областью диагностики, в которой используется измерение уровня цистатина С, является исследование функции почек. Скорость синтеза цистатина С в организме постоянна и практически не зависит от антропометрических параметров: пола, возраста, массы тела и мышечной массы. Фильтрационная способность почек представляется по большому счету единственным фактором, определяющим концентрацию цистатина С в сыворотке крови. Скорость, с которой фильтруется жидкость в почечных клубочках, называется скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и является важнейшим параметром, позволяющим судить о сохранности функции почек. Нарушение функции клубочкового аппарата почек приводит к снижению СКФ и, соответственно, накоплению в крови некоторых веществ (в том числе цистатина С). Таким образом, существует зависимость между снижением СКФ и повышением уровня цистатина С в крови. Можно достаточно точно рассчитать СКФ, основываясь на сывороточной концентрации цистатина С [10,14]. Цистатин С используется для определения исходного функционального состояния почек и последующего его мониторинга посредством расчета скорости клубочковой фильтрации на основании сывороточного уровня.

Тест назначается для скрининга и мониторинга почечной дисфункции у пациентов с диагностированным или подозреваемым заболеванием почек; для раннего выявления заболеваний почек, когда другие маркеры нарушения фильтрационной способности (в том числе креатинин) все еще могут быть на уровне нормальных или пограничных значений [16,20].

ФПСИФР-1. Фосфорилированный протеин-1, связывающий инсулиноподобного фактора роста (фПСИФР-1) производится децидуальными клетками. При приближении родов плодная оболочка начинает отделяться от децидуальной оболочки. В результате высвобождается небольшое количество фПСИФР-1 [14,17].

Актив ПАРТУС тест представляет собой высокочувствительный тест на полосках для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете. Тест предназначен для диагностики преждевременных родов или готовности к своевременным родам при неповрежденных плодных оболочках. В качестве пробы используют цервикальный секрет, который экстрагируют прилагаемым буферным раствором. Цервикальный секрет забирают при помощи стерильного влажного зеркала из шейки матки с применением стерильного дакронового тампона из набора [1,6].

Тест основан на иммунохроматографии. При этом используют два различных типа моноклональных антител против фПСИФР-1 человека. Первый тип антител связан с голубыми латексными частицами, второй тип закреплен непосредственно на несущей мембране, где при положительном результате теста появляется видимая полоса. При погружении тестовой полоски в экстракт пробы она забирает часть жидкости, которая начинает подниматься по ней вверх. Если проба содержит фосфорилированный ПСИФР-1, то он связывается антителами, фиксированными на латексе, которые в свою очередь фиксируются в зоне нанесения антител второго типа на несущей мембране. Таким образом, в окне результата появляется голубая линия (положительный результат), если проба содержит больше фосфорилированного ПСИФР-1, чем определенное пороговое значение. Вторая голубая линия (контрольная) свидетельствует о том, что тест был выполнен правильно [8,17].

АктивТМ ПАРТУС для оценки риска преждевременных родов

96% беременных с фПСИФР-1 < 10 мкг/л не родили в течение ближайших 2-х недель

96% беременных с фПСИФР-1 < 10 мкг/л не родили в течение ближайших 2-х недель

У 96% беременных с фПСИФР-1 < 10 мкг/л роды не были преждевременными.

Ни одна из этих женщин не родила при сроке беременности менее 35 недель 88% женщин, поступившие при госпитализации с преждевременными схватками, и родившие преждевременно, имели фПСИФР-1 > 10 мкг/л. Все эти женщины родили при сроке беременности менее 35 недель.

Пресепсин—белок, выделяемый в циркуляцию фагоцитами при фагоцитозе, новый высокоспецифичный и высокочувствительный маркер сепсиса, раньше и быстрее, чем другие известные маркеры отражает динамику сепсиса. Измерение уровня пресепсина эффективно для ранней диагностики сепсиса, оценки и мониторинга его тяжести, для прогнозирования неблагоприятных исходов [7,9]. В целом, за счет быстрого отражения динамики сепсиса, позволяет подбирать адекватные схемы лечения и сократить расходы на лечение [9,19].

Металлопротеиназы и их тканевые ингибиторы (ТИМП)-Актуальность изучения роли матриксных металлопротеиназ (ММП) и их тканевых ингибиторов (ТИМП) в патологии органов мочевой системы определяется ее значительной распространенностью, склонностью к рецидивирующему течению заболеваний почек у беременных. Известно, что ММП-1 обладает провоспалительным действием, а ММП-2 и ММП-9 препятствуют воспалению. ТИМП-1 и ТИМП-2 ограничивают расщепление коллагена. Нарушение равновесия между ММП и ТИМП сопровождается накоплением внеклеточного матрикса, увеличивает риск развития хронической почечной недостаточности. При хроническом пиелонефрите в большей степени выражено снижение содержания ММП-9, препятствующей воспалению. Наиболее значительные изменения обнаруживаются пациентов с нарушенной функцией почек. У больных с острой и хронической патологией почек и мочевыводящих путей наблюдалось повышение уровня ТИМП-1 и ТИМП-2. Увеличение уровня тканевых ингибиторов, повышение содержания ММП-1, снижение ММП-9 способствуют прогрессированию заболевания, развитию воспаления и накоплению белков межклеточного матрикса интерстициальной ткани почек, приводящих к склеротическим и фиброзным изменениям [2,7].

Содержание ММП-1, -2, -9 и ТИМП-1, -2 в сыворотке крови определяется иммуноферментным методом.

RBP4 (Retinolbindingprotein 4-белок, связывающий ретинол 4) Ретинол связывающий белок 4 (RBP4) секретируется печенью и адипоцитами и вовлечен в развитие системной инсулинорезистентности. RBP4 является переносчиком ретинола, в плазме крови находится в связанном состоянии с крупным гомотетрамером транстретином (TTR). Образование данного комплекса приводит к снижению почечного клиренса RBP4. Концентрация RBP4 в плазме крови человека может быть использована в качестве маркера нефропатии у беременных. Определяется в образцах сыворотки или плазмы, а также в культуральной клеточной среде и других биологических жидкостях, таких как слюна, моча, грудное молоко методом иммуноферментного анализа. Диапазон измерения: 6-400.0 нг/мл Чувствительность: 6 нг/мл [2,4,12]. Таким образом, выше описанные маркеры являются прогностическим маркером урогенитальных инфекций при риске развития преждевременных родов, что является основными информативными маркерами профилактики инфекционных заболеваний и септических осложнений при риске развития ПР и перинатальных поражений.

Литература:

1. Вельков В. В., "Цистатин С: индикатор скорости клубочковой фильтрации и маркер тяжести сердечно-сосудистых событий", Лабораторная медицина. №11 (2011). С. 57-64.
2. Демьянов А.В., Котов А.Ю. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике. // Цитокины и воспаление. 2003. №3. С-20-35.
3. Ихтиярова Г.А. Оценка состояния беременных женщин с диабетом при заражении ковид-19 // Тиббиётда янги кун. - 2020. №1 (30/2). –С.114-118.
4. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси 2019. № 4. - С. 78-80.
5. Кальметьева Л.Р. Роль молекулярных медиаторов в патогенезе патологии почек у детей. // Цитокины и воспаление. 2011.Т-10. №4. С-130-135.
6. Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А. Современные аспекты воспалительных изменений в системе мать- плацента- плод при антенатальной гибели плода// Инфекция, иммунитет и фармакология научно-практический журнал. -2019. № 5. -С. 132-135.
7. Котов К.Г., Новикова Е.Г., Фефилов И.В. Клинико-лабораторные характеристики хронического цистита у женщин разных возрастных групп. //Вестник. Новосибирский государственный медицинский университет МЗ России.

8. Маянский А.Н. Цитокины и медиаторные функции уроэпителия в воспалительных реакциях мочевыводящей системы. // Цитокины и воспаление. 2003. №4. С-3-9.
9. Мусихина Н.А., Петелина Т.И., Емеева И.В., Дьячков С.М. Биохимические маркеры воспаления. Атеросклероз. 2019;15(3):56-61. <https://doi.org/10.15372/ATER20190305>
10. Попков В. М., Долгов А. Б., Захарова Н. Б., Понукалин А. Н., Мочевые биомаркеры при остром пиелонефрите // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 1. С. 110–115.
11. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Особенности лечения кандидозного кольпита // Тематичний номер «Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія» № 2 (34), червень 2019 р.
12. Тошева, И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек / И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова // РМЖ. Мать и дитя. - 2020. – Т3, № 1. - С.16-19.
13. Christ-Crain M, Jaccard-Stolz D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M, Muller B. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial. *Lancet*. 2004;363:600-7.
14. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslanova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies // *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. -2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07.-С. 530-535.
15. Jensen J.U, Heslet L, Jensen T.H, Espersen K, Steffensen P, Tvede M. Procalcitonin increase in early identification of critically ill patients at high risk of mortality. *Crit Care Med*. 2006;34:2596-602.
16. Luigi Ferrucci & Elisa Fabbri. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*. 15, 505–522 (2018).
17. Oripova F.Sh, Nuraliev N.A., Ikhtiyarova G.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro – organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs // *American journal of medicine and medical sciences*-2020. № 10(2) P.124-126.
18. Richard A., McPherson), Matthew R. Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods, 23e by St. Louis, Missouri: Elsevier, 2016. Page 170.
19. Segerer S., Nelson P.J. Schlondorff D. Chemokines, chemokine receptors, and renal disease: From basic science to pathophysiology and therapeutics. // *J Am Soc Nephrol*. 2000. 11, p. 152-176.
20. Tosheva, I.I. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death / I.I. Tosheva, G.A. Ikhtiyarova, M.J. Aslanova // *Journal of Problems and solutions of advanced scientific research*. - 2019. - №1. - P.417-424.

ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ НОИНВАЗИВ ВА РАҚАМЛИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА АНИҚЛАШ

Ботиров М.Т., Мамасаидов Ж.Т.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона, Ўзбекистон

Шу нарса исботлангани, биологик суюқликларда (БС) кристаллар ҳосил бўлишига буғланиш, иссиқлик оқими, ҳаво ҳарорати, ҳаво намлиги ва сирт таранглик коэффициенти каби физик жараёнлар таъсир кўрсатади. БС дегидратацияси буғланиш динамикаси 4 босқичдан иборат бўлади.

Қуриётган биологик суюқлик томчиларини тузилмавий эволюцияси мураккаб кўп босқичли жараён бўлиб, унда шартли иккита босқични ажратиш мумкин: эркин сувни буғланиш пайтида ва султ боғланган сувни буғланишида содир бўладиган ҳодиса билан боғлиқдир [26; 17-21].

Тиббиёт ташхисида биологик суюқликлар томчисини қуритишда 180 дан 250 С гача бўлган ҳарорат диапозонидан фойдаланиш тавсия этилган [18; 80-85].

Материал ва текшириш усуллари. Стандарт буюм ойначасида стандарт муолажа, уларни тозалашдан кейин бир хил ҳажмга эга бўлган томчи қуритилади. Тажрибани ўтказишда бир хилликка риоя қилиш натижаларни яхши тасвирларда олиш имконини беради [32; 76].

Фациялардан ажратилган биологик суюқликларни асосий тузилмавий белгиларига қуйидагилар кирди:

- фацияларни зоналарга бўлишда: марказий, периферик, ўтказувчи зоналар фарқланди. Бунда бир қатор ҳолларда доира кўринишдаги зоналар орасида аниқ чегара кузатилди;

- ёриқлар, конкрециялар, кристаллар;

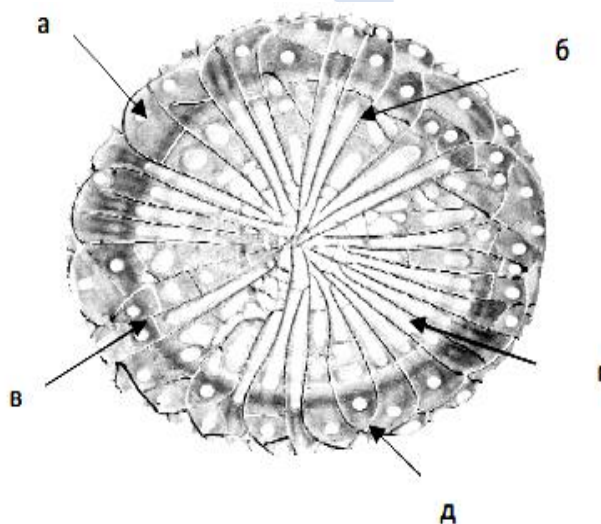
- соғлом одам қон зардобидида марказ билан симметрия кўринишида парсиммон тартибланган ёриқлар пайдо бўлди, патология ҳолатларида эса ёриқлар хусусияти ўзгарди;

- яллиғланиш касалликларида қуриган томчи марказий зоналарда ўзига хос айланма ва айлана ёриқлари, жигар етишмовчилигида эса кўп шохли кўринишдаги ёриқлар характерлидир [5; 87-94];

- бир қатор биологик суюқликларда фациянинг марказий зонаси радиал йўналишга ва фрактал хусусиятга эга бўлган дарахт кўринишдаги (папоротник) кристалл тузилма билан тўла бўлиши; бошқа ҳолларда эса бирламчи ва иккиламчи шохланган дендритли тузилмаларни кузатиш мумкин [19; 21-22];

- патология ҳолатида марказий зонада катакча, тўрсиммон, донатор ва майда донатор аморф тузилмаларни кузатилади;

- марказий зонада воронкасимон ва кратерсимон ёриқлар (патология), пиллакчалар ва доғлар (марказий зона фонини ўзгариши ҳисобига) кузатилди.
 - периферик зонада қўйилган ташхисдан келиб чиқиб, радиал ёриқлар, аркадлар, конкрециялар, носимметрик ёки доимий тузилмалар кузатилди;
 - ўзига хос (штрихли параллел, концентрик ёриқлар, марказий зонадаги «қора ғалвир» туридаги ёриқлар, ўтиш зонасида «балиқ тангаси», Серпинский гилами, Вальнер чизиги ва Арнольд тили) тузилмаларни кузатилди [12; 3-6].
 Қон зардоби фациясини асосий тузилмавий элементларини:
 қон зардоби томчиси аркадларни ҳосил қилиб, перифериясидан марказга томон кетаётган охири айланасимон нур кўринишидаги радиал ёриқлар;
 перпендикуляр -радиал жойлашган кўндаланг ёриқлар;
 сектор- радиал ёриқлар билан чегараланган қон зардобининг фация қисми;
 алоҳидалик – ёриқлар билан ҳамма томондан ажратилган фация қисми (радиал ва кўндаланг);
 конкреция – қон зардоби фациясида унинг тарқалишида пайдо бўлган локал марказ томонидан ўз-ўзидан тузилмаланиши ва фаол қисмида (оқсил) элементлари бир турдаги моддаларини тўпланишидир (одатда тузли тузилмалар) ташкил этди (1-расм).



1- расм. Қон зардоби фацияси ва унинг асосий тузилмавий элементлари: радиал ёриқ (а), кўндаланг ёриқ (б), сектор (в), алоҳида ҳолда (г), конкреция (д); ×10

Биосуюқликларни қаттиқ фазадаги тузилмавий ташкилланишини тадқиқ этиш усули деярли оддий. Шу билан биргаликда биологик суюқликдан олинган тузилма тасвири «портрет фазаси» ўта мураккабдир. Понасимон дегидратацияси уни ўз-ўзидан ташкиллаш жараёнида кимёвий фаолликдаги ритмик тўлқинли тебранишни муҳитнинг суюқ фазасида аниқлаш имконини беради.

Организмда пайдо бўлган патологик ўзгаришлар, физиологик ритм, унинг тузилмаси кимёвий фаоллигини бузилишига олиб келади ва биологик суюқликнинг қаттиқ фазадаги морфологик манзарасида аниқ акс этади.

Қон олиш усули:

Вена қони эрталаб наҳорга олинади. Вена қонини олишда гематологик текшириш натижасига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган бир қатор омилларни ҳисобга олиш зарур: жисмоний зўриқиш (югуриш, тез юриш, зинадан кўтарилиш), эмоционал қўзғалишлар, текшириш кунидан олдинги кундаги овқатланиш, чўмилиш, алкоғолли ичимликлар ичиш ва бошқ.

Ушбу омилларни йўқотиш учун беморларни тайёрлашда қуйидаги шартларга амал қилинди:

вена қонини текширилувчи 15 минут дам олгандан сўнг амалга оширилди;

бемордан қон олиш ўтирган ҳолда, оғир беморларда эса ётган ҳолда амалга оширилди;

чекиш, алкоғол ичиш ман этилди, бевосита текшириш олдидан овқатланганлар текширишдан четлаштирилди.

Лаборатор текширув учун венадан қон олишда асосий усул сифатида вена пункцияси қўлланилди. Вена қони, қоидага биноан билан венасидан олинди.

Максимал тоза зардобни олиш учун қуйидаги шартларга амал қилинади:

1. Пробиркага қон олингандан сўнг йўриқномага мувофиқ қонни қуюқлашиш активатори билан тўлиқ контактга киришиши учун эҳтиётлик билан пробирка айлантирилди.

2. Пробиркани вертикал ҳолатида, хона ҳароратида 20-30 минут давомида қонни қуюқлашиш жараёни тугагунча кутилди.

3. Қон қуйқаларидан зардобни максимал сиқиб чиқариш учун 10 минут давомида 1500 G тезлик билан (3000 айлана/мин) қуюқлашган қонли пробиркани центрифугация қилинди.

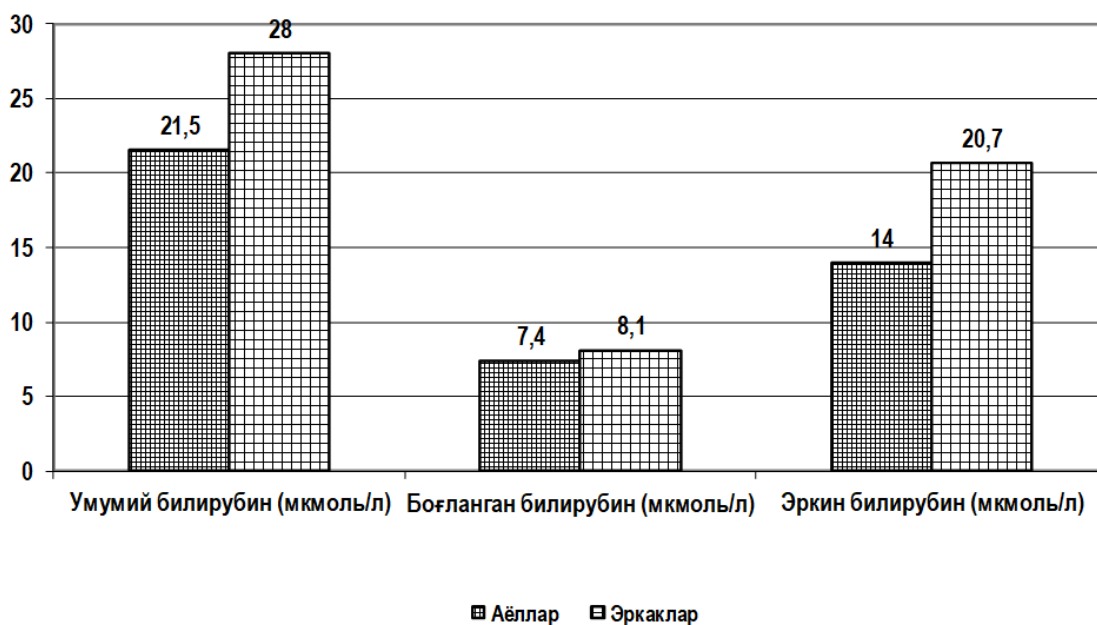
4. Буюм ойначасининг уч жойига бир томчидан 20-25 мкл дан томизилди ва хона ҳароратида микропрепаратлар қуритилди. Қуритиш жараёнида қуйидагилар таъминланди: ҳаво ҳарорати 21-600 С, нисбий намлик 50-65%, қуриш вақти 24 с, препарат учун стол қатъий горизонтал ҳолатда жойлаштирилди. Микропрепаратлар чанг тушишидан ҳимоя қилинди. Қуриган томчини MPS 60 фотосистемали Leica Magnum T 2721-стереомикроскоп орқали ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларни муҳокамаси. Биологик суюқликлар сифатида қон зардоби, перинотал суюқлик, орқа мия суюқлиги, кўз ёши, сўлак ва бошқалар хизмат қилади. Биологик суюқликларни дегидратация натижасида фация деб аталувчи парда пайдо бўлади. Микроскопияда кузатилган фация тасвири биологик суюқликнинг тузилмавий таркибини акс эттиради. Шундай қилиб, фацияни кузатиб, тадқиқ этилаётган препаратнинг тузилмаси ҳақида яқинроқ хулоса қилиш мумкин.

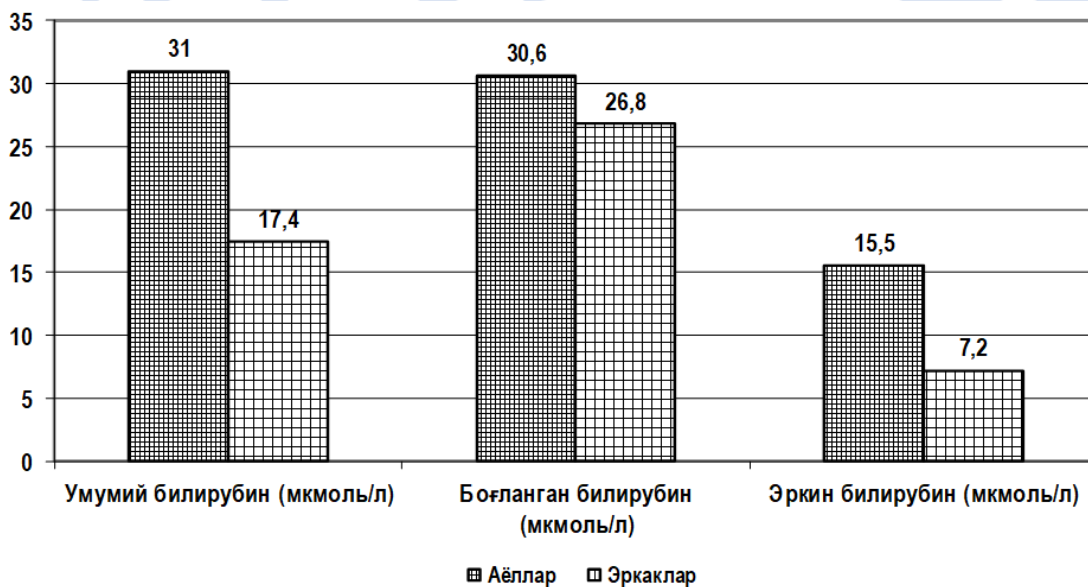
Рақамли камерани тадқиқ этилаётган препарат устида уни автоматик тўғри жойлаштиришни бошқариш мураккаб вазифа ҳисобланади. Микроскопни техник механик бошқариш (тўғрилаш), рақамли камера ва микроскоп жамлама-сидан ҳам қимматроқ турадиган моторлашган предмет столчасидан фойдаланган ҳолда амалга оширилади.

Алгоритм қўлланилгандан сўнг олдинги тасвирдаги фациянинг муҳим соҳалари аниқланди, унга: ташқи чегара, кристаллашув ва оксил зоналари киради.

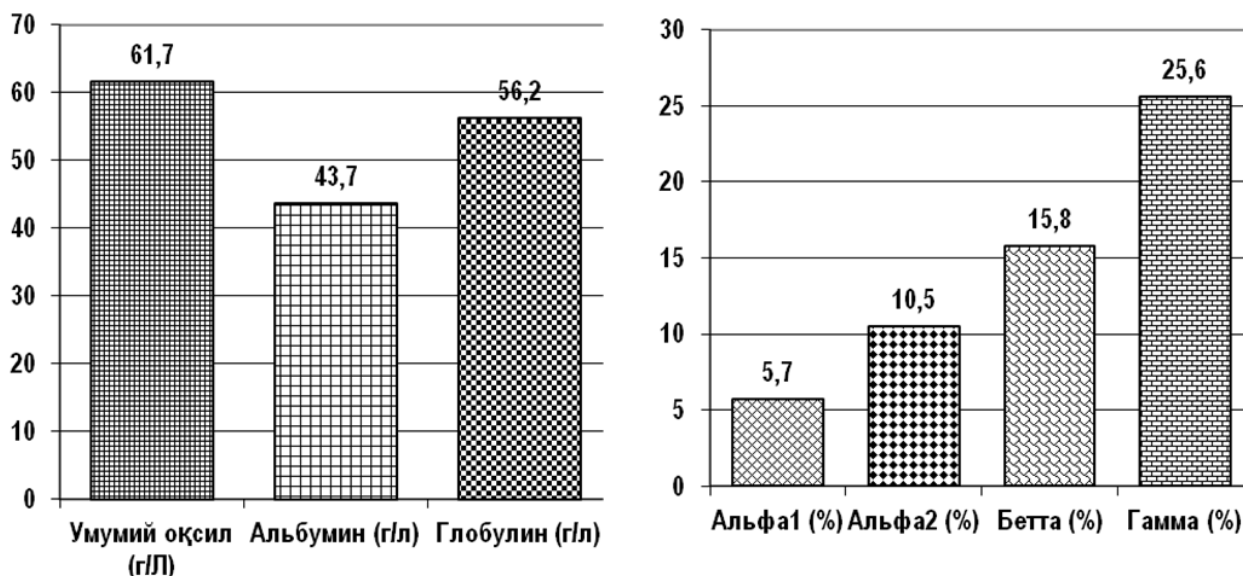
Олинган натижалар. Ўрганилган беморлар касаллик босқичлари, ёш ва жинсга боғлиқ ҳолда асосий биоки-мёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши расмларда келтирилган.



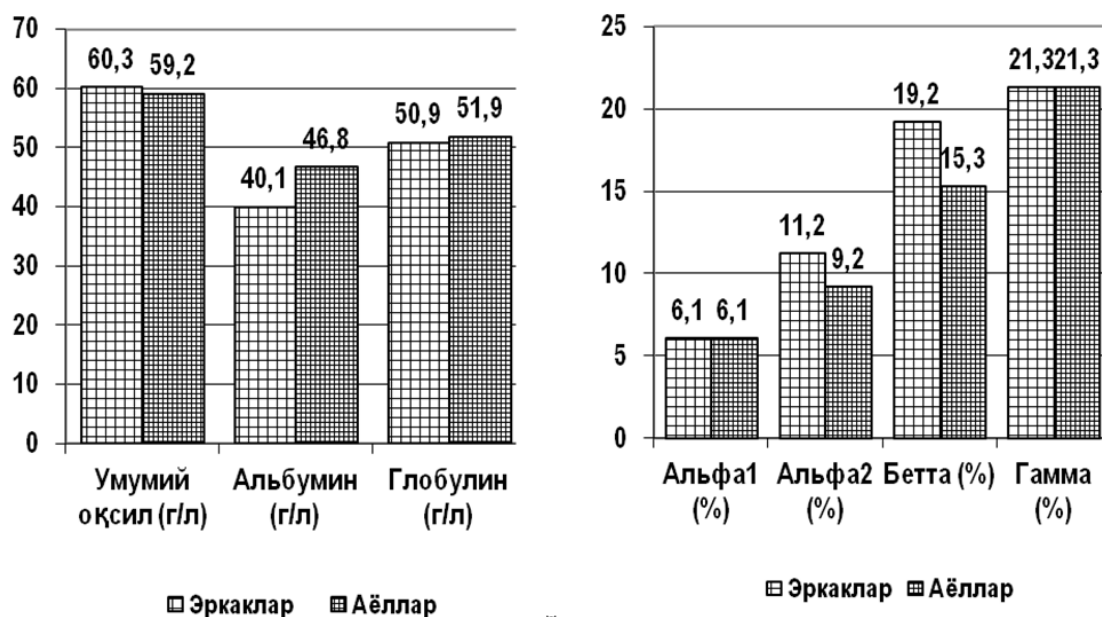
2 -расм. Сурункали гепатит В билан хасталанган 24-59 ёшдаги эркак ва аёллар қонидаги билирубин миқдори



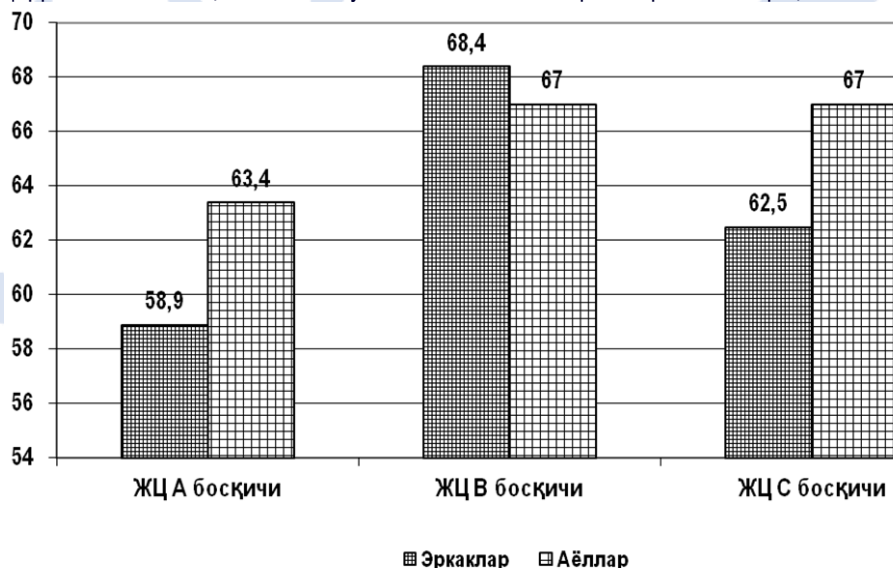
3 - расм. Сурункали гепатит С билан хасталанган 24-59 ёшдаги эркак ва аёллар қонидаги билирубин миқдори



4-расм. Жигар циррозининг В босқичида 16-23 ёшдаги эркеклар ва аёллар қонидаги оқсиллар миқдори



5-расм. Жигар циррозининг С босқичида 60 ва ундан катта ёшдаги эркеклар ва аёллар қонидаги оқсиллар миқдори



6-расм. Жигар циррозида 24-59 ёшдаги эркеклар ва аёллар қонидаги умумий оқсиллар миқдори

Расмлардаги натижалар шуни кўрсатдики, аҳолининг 24дан 59 ёш ўртасида сурункали В гепатитнинг тури билан хасталанган беморлар қонида ўртача умумий билирубин миқдори аёлларда 21,5 мкмоль/л, эркекларда эса 28 мкмоль/л ни, боғланган билирубин миқдори эса аёлларда 7,4 мкмоль/л, эркекларда эса 8,1 мкмоль/л ни, эркин билирубин эса мос равишда 14 мкмоль/л, 20,7 мкмоль/л ни ташкил қилади.

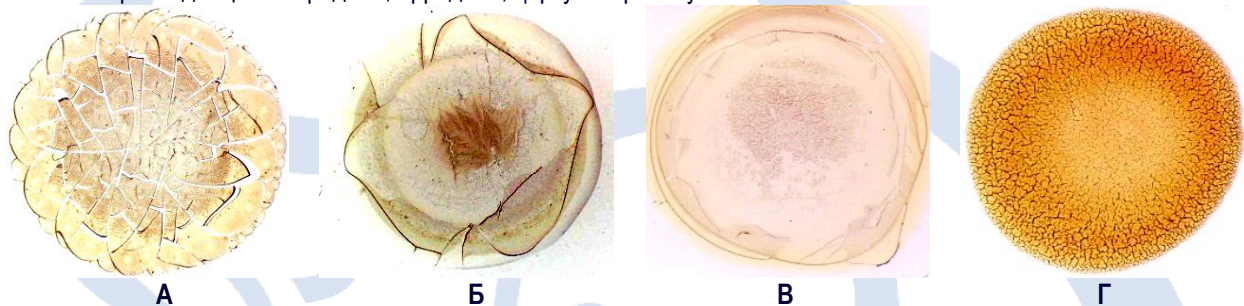
Сурункали С гепатит билан хасталанган беморларда умумий билирубин аёлларда ўртача 31 мкмоль/л, эркекларда 17,4 мкмоль/л ни, боғланган билирубин мос равишда 30,6 мкмоль/л, 26,8 мкмоль/л, эркин билирубин эса 15,5 мкмоль/л, 7,2 мкмоль/л ни ташкил этади.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, СВГ В турида билирубин миқдори эркекларда аёлларга нисбатан 6,5 мкмоль/л га кўпроқ, СВГнинг С турида эса аёлларда эркекларга нисбатан 50% га кўплиги аниқланади.

Жигар циррозининг турли босқичлари билан оғриган беморлар қонидаги умумий оқсилнинг миқдорлари кўрсатилган бўлиб, унда жигар циррозининг А босқичида эркекларда 58,9 г/л, аёлларда 63,4 г/л ни, жигар циррозининг В босқичида эркекларда 68,4 г/л, аёлларда 67 г/л ни, жигар циррозининг С босқичида эркекларда 62,5 г/л, аёлларда 67 г/л ни ташкил қилмоқда. А ва С босқичларида аёлларда эркекларга нисбатан кўп ва В босқичида эркекларда аёлларга нисбатан кўп учрамоқда. Бундан ташқари, жигар циррозининг В босқичида А ва С босқичларига нисбатан умумий оқсил миқдори кўплиги кузатилади.

Жигар патологиялари ва ундаги айрим биокимёвий кўрсаткичларга боғлиқ ҳолда қон зардоби дегидратацияланган фациясининг сифат ва миқдорий кўрсаткичлари таҳлили

Қон зардоби кристаллографик хусусиятларининг таҳлилига кўра, жигар патологиясида структур ҳосил бўлишнинг 4 типи ажратилди: қисман радиал, иррадиал, циркулятор ва «уч шохли».



7– расм. Жигар касалликларида қон зардоби тузилмавий ташкилланишининг типлари

Биринчи тип – қисман радиал тип – радиал тартибли жойлашган секторлар, алоҳидалар ва конкрецияларга нисбатан кам ёки қисман ифодаланган ўзгаришлардан ташкил топган (7 – а расм).

Иккинчи тип – иррадиал тип – тизим даражасида сезиларли ўзгаришлар билан характерланган. Фациялар тасвири носимметрик бўлиб, асосий элементлар миқдорининг камайиши, конфигурациясининг хилма хиллиги билан фарқ қилади (7 - б расм).

Учинчи – циркулятор типнинг хусусиятлари – фациялар периферик ва ўтказувчи зоналари орасида асос структураларнинг айланма жойлашишидан ҳосил бўлган параллел жойлашган йирик ёриқларнинг мавжудлиги билан ифодланади (7 - в расм).

Тўртинчи типнинг структур тасвири юқоридаги қон зардоби фацияларнинг типларидан кескин фарқ қилиб, унда асосий элементлар мавжуд эмас. Унинг тасвири майда уч шохли ёриқлардан ташкил топган бўлиб, ушбу типни «уч шохли» деб номлашга асос бўлади (7 - г расм).

Шундай қилиб, ўткир, сурункали гепатитлар ва жигар циррозида асосан иррадиал типдаги фациялар кўп учраб, ушбу тип доминант бўлиб ҳисобланади ҳамда жигар циррози билан оғриган шахсларда уларнинг улуши бошқаларга нисбатан 1,5 баробарга кўплиги, яъни 66,2% ни ташкил этиши аниқланади. Ўткир гепатит билан касалланган беморларнинг 32,4% «уч шохли», 27% - циркулятор типдаги, сурункали гепатит билан оғриган беморларнинг 30,8% - циркулятор типдаги фациялар кузатилади. Соғлом одамлар қон зардоби фацияларида 100% ҳолатда қисман радиал типдаги морфотекстуралар аниқланади.

Жигар циррозида фация тузилмавий элементларини кўплаб склерозланиш жараёни ва турғун ҳодисалар маркерларини аномаль тузилмалари турли кўринишдаги баргсимон ёриқлар, айниқса «уч шохли» ёриқлар, концентрацион тўлқинлари ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Абжалилова Д.М., Левитан Б.Н., Аюпова А.К., Умерова А.Р., Ларина Н.Н. Структурные особенности сыворотки крови при ХДЗП // Росс.журн. гастроэнтер, гепатол, колопрокт. –2007. –Т.17–№1.-Прил.29 –С.83
2. Воробьев А. В., Мартусевич А. К., Перетягин С. П. Кристаллогенез биологических жидкостей и субстратов в оценке состояния организма. - Нижний новгород. ФГУ «ННИИТО РОСМЕДТЕХНОЛОГИИ», 2008. – 384 с.
3. Заболоцкая Т. Ю. Анализ основных процессов и типов структур при дегидратации биологических жидкостей // Электромеханич. и энергосберегающ. системи. - 2010. – Вип. 4(12). – С. 92-95.

4. Краевой С. А., Колтовой Н. А. Диагностика по капле крови. Кристаллизация биожидкостей // Книга. – 2013. – Т. 1. – С. 47-49.
5. Обухова Л. М. Роль протеинов в формировании структурного макропортрета плазмы крови при интоксикации организма: Автореф. дисс.... д-ра биол. наук. - Нижний Новгород, 2010. - 47 с.
6. Тарасевич Ю. Ю. Математическое моделирование процессов формирования и эволюции межфазных фронтов в высыхающих каплях многокомпонентных жидкостей // Сб. матер. I Межд. конф. «Процессы самоорганизации в высыхающих каплях многокомпонентных жидкостей: эксперименты, теории, приложения». - Астрахань: Изд. дом Астраханский университет, 2010. - С. 7-25.
7. Тарасевич Ю. Ю., Православнова Д.М., Качественный анализ закономерностей высыхания капли многокомпонентного раствора на твердой подложке // ЖТФ. – 2007. – Том 77, Вып. 2. - С. 17-21.
8. Фисенко В. Т., Фисенко Т. Ю. Компьютерная обработка и распознавание изображений: Учебное пособие, Санкт-Петербург, 2008. - С. 195.
9. Яхно Т. А. Основы структурной эволюции высыхающих капель биологических жидкостей // Журнал технической физики. - 2009. – Том 79, Вып. 8. – С. 133-141.
10. Vallet-Pichard A., Mallet V., Nalpas B. et al. FIB-4: an inexpensive and accurate marker of fibrosis in HCV infection. comparison with liver biopsy and fibrotest // Hepatology. - 2007. – Vol. 46, №1. – P. 32–36.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Бурова Н.А., Аболонина О.В., Жаркин Н.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Введение: Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) продолжают оставаться лидирующей гинекологической патологией среди женщин с частотой встречаемости до 50-60% [1,5]. В большинстве случаев ВЗОМТ возникают в фертильном возрасте, нарушают не только репродуктивную функцию, но и деятельность других систем организма. Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последнее десятилетие в диагностике и лечении ВЗОМТ, их результаты нельзя считать высокoeffективными, поскольку нередко не удается предотвратить хронизацию процесса, обуславливающую низкий репродуктивный потенциал, а также предотвратить органосохраняющие операции при прогрессировании заболевания. Показатель заболеваемости ВЗОМТ за первое десятилетие XXI века возрос у пациенток 18-30 лет в 1,5 раза. Экономические затраты на диагностику и лечение острых ВЗОМТ достигают 50-60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению [2,3,6]. В современных условиях клиника течения воспалений изменилась: увеличилась частота стертых форм заболевания с периодами обострения, что, несомненно, создает значительные трудности диагностики воспалительного процесса и способствует недостаточной высокой эффективности рутинных методов лечения, что непосредственно оказывает влияние на возникновение бесплодия, внематочной беременности, невынашивания беременности, снижает овариальный резерв, способствуя неудачным попыткам ЭКО, оказывает негативное влияние на здоровье женщин в целом [4,7,8]. Изучение исходов лечения пациенток с острыми воспалениями в органах малого таза на фоне различных вариантов лечения и выявление возможных путей профилактики хронизации ВЗОМТ явилось целью проведенного нами исследования.

Материалы и методы: Обследовано и пролечено 385 пациенток, разделенных на 2 группы: основную - 205 и группу сравнения 180 обследованных. Критерии включения в исследование: репродуктивный период, острый эпизод неосложненных ВЗОМТ, информированное согласие на участие в исследовании. Уровень боли оценивался с помощью миллиметровой визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), функциональное состояние ЦНС анализировалось путем определения личностной и реактивной (ситуационной) тревожности (психосоциальный профиль личности (ПЭПЛ)) по тесту Ч. Спилбергера - Ю.Л. Ханина (1976). Всем больным при поступлении в стационар проводилось исследование содержимого цервикального канала и полости матки на бактериологический профиль, ПЦР-диагностика хламидиоза, микаплазмоза, гонореи, вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онко-риска, вируса простого герпеса (ВПГ). Выполнялось УЗИ органов малого таза с определением индекса резистентности (IR), пульсационного индекса (PI), систолодиастолического отношения (S/D). Оценка функциональной активности и структурной целостности сосудистого эндотелия больных проводилась путем выполнения пробы с постокклюзионной вазодилатацией (ПОВД) плечевой артерии (ПА) и реактивной гиперемией (РГ) по методике Celestajer D.S., (1993) и определением метаболита оксида азота (NO) iNOS-ингибируемой эндотелиальной NO синтазы, эндотелина-1, количества десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) в плазме крови. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин-добровольцев репродуктивного возраста, обратившихся за подбором метода контрацепции.

С момента госпитализации проводилась комплексная инфузионная, дезинтоксикационная, антибактериальная терапия. В основной группе со 2-х суток начала медикаментозной терапии применяли сочетанное воздействие влажной лазеро-магнитопунктуры и цветоритмотерапии. Осуществляли лазерное синфазное непрерывное воздействие с суммарной мощностью 7 мВт и магнитной индукцией 15 мТл влажной датчиком и цветоимпульсное воздействие на зрительный анализатор в непрерывном режиме зеленым светом с помощью аппарата КАП-ЭЛМ-01 «Андрогин» (ЯНИНВЕСТ, РФ). Сеансы проводились ежедневно по 10 мин в течение 10 дней. После выписки из стационара на 5-7-й дни очередного менструального цикла амбулаторно ежедневно проводилась ультразвуковая кавитация полости матки аппаратом «Фотек АК-101» (РФ), в количестве 5-ти процедур. В качестве кавитирующего раствора использовался Бовгилуронидаза азоксимер 3000 МЕ в 100 мл 0,9% NaCl (в 1-й и 5-й день). На 2-й, 3-й и 4-й день в случае бактериальной

контаминации кавитировался раствор Дезоксирибонуклеата натрия 5 мл в 100 мл 0,9% NaCl. При значимой количественной нагрузке на ВПЧ и/или герпес-вирусной контаминации осуществлялась кавитация Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинином 50 мкг в 100 мл 0,9% NaCl. Частота ультразвуковых колебаний 25 кГц, уровень ультразвуковых колебаний- 50-70 единиц, объем инфузии 200-300 мл. Длительность процедуры 3-4 минуты. На 7-10-й день последующего менструального цикла проводилось УЗИ органов малого таза с доплерометрией, пайпель-биопсия эндометрия с морфологическим, микробиологическим и иммуногистохимическим исследованием (ИГХ). Оценивали уровни Т-лимфоцитов (CD3), плазмочитов (CD138), NK-клеток (CD56) и концентрации лейкомиа-ингибирующего фактора (LIF). Статистическая обработка выполнялась программным пакетом «EXCEL 10.0». Для анализа нормально распределенных показателей использовались методы вариационной статистики с расчетом средних арифметических величин, стандартных отклонений, границ 95% доверительного интервала. Критерий Стьюдента применялся для сравнения средних значений; значения считались достоверными при различии между сравниваемыми рядами при уровне достоверной вероятности 95 % ($p < 0,05$).

Результаты: Все пациентки до начала лечения имели сходные клинические характеристики по уровню боли, изменению ПЭПЛ, микробному пейзажу, частоте эхографических признаков и особенностям спектрального кровотока острого воспалительного процесса в половых органах, а также состоянию сосудистого эндотелия. В микробиоте цервикального канала в 96,3% случаев определялись *Enterobacteriaceae (E. coli)*, энтерококки и анаэробная (*Staphylococcus spp.*) флора $>10^6$ КОЕ/мл с уменьшением концентрации лактобацилл до 10^2 КОЕ/мл в 1,3% и их отсутствием в 98,7% случаев ($p < 0,001$). Гонококковая или хламидийная инфекция не была обнаружена ни в одном случае, наличие ВПЧ более 10^{3-7} отмечалось у 38,2% обследованных, а ВПГ обнаружен у 27,9% пациенток. Ультразвуковое исследование органов малого таза подтвердило наличие сальпингоофорита у 27(43,5%) и эндометрита у 62 (100%) пациенток. Изменения гемодинамики матки в маточной артерии (Ма) характеризовались повышением PI- $12,3 \pm 1,8$, IR- $9,21 \pm 2,1$ и снижением S/D отношения до $4,2 \pm 2,3$. В яичниковой артерии (Яа) PI составил $-12,5 \pm 2,88$; IR $-8,5 \pm 3,15$, а S/D - $2,5 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). У всех обследованных в состоянии покоя величина среднего диаметра плечевой артерии достоверно не различалась. У женщин из группы контроля была нормальная реакция плечевой артерии в пробе с РГ, где вазодилатация была более 10%. ПОВД плечевой артерии у пациенток с ОБЗОМТ достоверно снижалась в 4,1 раза относительно показателей обследованных контрольной группы ($p < 0,01$), что указывало на парадоксальную вазомоторную реакцию, обусловленную сужением сосуда. Скорость кровотока в плечевой артерии исходно в 1,1 раза превышала показатели контрольной группы, а в фазу реактивной гиперемии ее значения возрастали, в 1,6 раза, превышая данный показатель в группе контроля и в 1,2 раза - относительно исходных данных ($p < 0,01$). Уровень оксида азота был в 2,5 раза выше по сравнению с показателями группы контроля ($p < 0,01$), при этом уровень в сыворотке крови i-NOS так же был повышен. Однако, обращало на себя внимание и повышение уровня эндотелина-1, который в 2,8 раз был выше, чем у обследованных группы контроля ($p < 0,01$). Следовательно, в острой стадии воспаления у всех пациенток наблюдалось нарушение сосудодвигательной функции эндотелия с выявленной вазоконстрикцией, что подтверждалось данными пробы с РГ, в результате которой процент прироста диаметра ПА был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Количество ДЭК как показателя повреждения сосудистой стенки у больных с ОБЗОМТ так же достоверно увеличивалось ($p < 0,001$) по сравнению с женщинами контрольной группы. Так, в контрольной группе количество ДЭК составило $2,64 \pm 0,76 \times 10^5$ /л, в то время как у больных, этот показатель составил $10,2 \pm 0,64 \times 10^5$ /л в группе сравнения и $10,8 \pm 0,42 \times 10^5$ /л в основной группе соответственно ($p < 0,001$). Полученные результаты подтверждают наличие дисфункции эндотелия у пациенток с ОБЗОМТ.

К концу проведенного лечения боли были полностью купированы у 98,2% пациенток основной группы, интенсивность болевого синдрома по ВАШ в среднем составила $2,1 \pm 0,23$ мм. В группе сравнения болевого синдром был купирован у 63,8% пациенток, средняя интенсивность боли снизилась до $18,7 \pm 6,27$ мм, что в 3,3 раза ниже, чем до начала лечения ($p < 0,05$), но в 8,9 раза выше, чем в основной группе ($p < 0,01$). Личностная и реактивная тревожность высокой степени ($46,2 \pm 0,76$ баллов/ $49,03 \pm 1,4$ баллов) сохранялась лишь у 3 (8,1%), против 8 (25%) в группе сравнения ($p < 0,05$). Данные УЗИ органов малого таза с доплерометрическими показателями свидетельствовали о достоверной положительной динамике эхографической картины у пациенток основной группы. Утолщение стенок матки отмечалось у 1 (2,7%), против 8 (32%) в группе сравнения; отек эндометрия отсутствовал у 100% обследованных. Неоднородные включения в эндометрии и расширение полости матки сохранялись у 3(12%) в группе сравнения и отсутствовали в основной группе; придатки матки без патологии визуализировались в 98,2% в основной группе и 86,7% в группе сравнения ($p < 0,05$). Отмечалось снижение индексов периферического сопротивления в маточных артериях в основной группе в 2,9 (PI) и в 8,9 (IR), что привело к увеличению S/D в 2 раза, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). PI в яичниковой артерии снизился в 5,7 раза, а IR в 8,1 раза, при этом S/D увеличилось в 2,1 раза ($p < 0,05$). В группе сравнения в маточной артерии PI и IR снизились в 2,3 раза, а S/D увеличилось в 1,8 раза ($p < 0,05$). В яичниковой артерии PI и IR снизились в 1,9 и 3,2 раза соответственно, а S/D увеличилось лишь в 1,5 раза, что свидетельствовало о сохраняющемся гемодинамическом напряжении в органах малого таза, несмотря на проведенное лечение ($p < 0,05$). Положительная эходинамическая картина в начале менструального цикла сопровождалась в основной группе отсутствием морфологических и иммуногистохимических признаков активного воспаления в эндометрии, где выявлялись единичные макрофаги, лежащие диффузно среди клеток стромы. Купирование острой воспалительной реакции привело к отсутствию плазматических клеток CD138, низким уровням Т-лимфоцитов CD3 и NK-клеток CD56, повышению экспрессии рецепторов к LIF, что приближалось к показателям нормальной фазы пролиферации эндометрия ($p < 0,05$). В группе сравнения сохранялась единичная рассеянная лимфоидная инфильтрация, как в железах, так и в строме у 12(48%) пациенток. У 3-х (12%) обнаружены очаги фиброза. При этом уровни CD3 и CD56 в 1,5 и 1,8 раза превышали значения основной группы с сохраняющимися,

хотя и низкими значениями CD138 ($p < 0,001$). Анализ микробиоты цервикального канала и полости матки пациенток основной группы после завершения амбулаторного этапа выявил только *лактобациллы*, причем $>10^4$ КОЕ/мл у 34 (91,9%) и $>10^6$ КОЕ/мл у 3 (8,1%) ($p < 0,001$). У пациенток группы сравнения отмечалась условно-патогенная флора в виде *Staphylococcus spp.* $>10^{2-3}$ КОЕ/мл в 10 (40%), а *лактобацилл* $>10^4$ КОЕ/мл в 20 (80%) случаях. Сочетание бактериальной флоры с ВПЧ более 10^{3-7} и ВПГ не обнаружено. У пациенток основной группы было выявлено выраженное положительное влияние проведенной терапии на показатели функционального состояния эндотелия. Так, отмечено достоверное снижение содержания метаболитов NO и уровня ЭТ-1 в крови до физиологических значений, в отличие от группы сравнения, где данные показатели оставались в 1,5 раза выше ($p < 0,05$). Уровень ДЭК, достоверно снижался от значений до лечения и группы сравнения и всего лишь на $0,37 \pm 0,1 \times 10^5$ /л превышал показатели здоровых женщин ($p < 0,05$). Показатель ПОВД нарастал, за счет увеличения диаметра ПА после выполнения постокклюзионной пробы в среднем до $4,3 \pm 0,6$ мм и приблизился к значениям здоровых обследованных ($p < 0,05$). Максимальная скорость кровотока в ПА после проведения постокклюзионной пробы достоверно снижалась ($p < 0,001$) и соответствовала показателям в группе здоровых обследованных. Из 335 пациенток в течение первых 6 месяцев после окончания лечения беременность наступила у 122 (59,5%) пациенток основной группы (74 самостоятельно, 48 в программах ЭКО) и 32 (24,6%) пациенток группы сравнения (все в протоколах ЭКО). В течение первого года наблюдения в беременность вступили еще 102 (30,5%) пациенток. Причем в основной группе, частота наступления беременности за 6 месяцев была 1,8 раза больше, чем в группе сравнения, а в течение 12 месяцев в 1,7 раза больше, чем в группе сравнения. В естественных циклах беременность наступала в 6 раз чаще в основной группе у 101 (49,3%), против 16 (12,2%) в группе сравнения ($p < 0,001$). В циклах ЭКО частота наступления беременностей была сопоставима ($p > 0,05$), однако в течение периода 7-12 месяцев наблюдения в основной группе была в 1,7 раза выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). В течение года наблюдения потеря беременности в ранних сроках произошла у 3,9% пациенток основной группы и у 6,6% пациенток группы сравнения ($p < 0,05$). Потеря беременности в сроке свыше 12 недель произошла только в группе сравнения у 5,8% пациенток.

Заключение: проведенная сочетанная медикаментозная и физиотерапия оказала существенное влияние на адаптационные возможности организма. После окончания лечения у 97,3% пациенток основной группы не было эхографических маркеров воспаления, что в 3,7 раза больше, чем в группе сравнения - 26,3%, при этом гемодинамические показатели приблизились к значениям здоровых женщин. На фоне раннего включения лазеро-магнитного воздействия у пациенток основной группы условные патогены встречались в меньшей контаминации и в 1,6 раза реже, чем в группе сравнения (44,8% и 70% соответственно). После окончания лечения в основной группе обнаруживались только лактобактерии, а в группе сравнения сохранялась, хотя и не большое (10^{2-3}) присутствие условно-патогенной флоры. Повидимому, лазеро-магнитное влагалитное воздействие и последующая УЗ-кавитация полости матки оказали санационное действие на фоне медикаментозной терапии, как на бактериальную, так и на вирусную флору. Проведенное лечение способствовало снижению выработки токсичных NO и ЭТ-1, что обеспечило восстановление функции эндотелия сосудистой стенки в виде нормализации тонуса сосудов, и восстановлению эпителиоцитов. Эффективность раннего использования сочетанного физиотерапевтического воздействия подтверждалась результатами морфологического и иммуногистохимического анализа, которые свидетельствовали об отсутствии основных маркеров как острого (CD3, CD56), так и хронического (CD138) воспалительного процесса в эндометрии, с повышением рецепторной активности (LIF). Это способствовало более частому наступлению беременности у пациенток основной группы, причем в 66,7% беременности наступали в естественных циклах, а улучшение кровоснабжения и морфофункционального состояния в половых органах привело к тому, что невынашивание беременности у пациенток основной группы встречалось в 2 раза реже, чем у женщин из группы сравнения. Таким образом, раннее включение в лечение пациенток с острым эпизодом ВЗОМТ лазеро-магнитного и цветового ритмического воздействия зеленым светом оказывает позитивное влияние на функциональное состояние ЦНС, что купирует болевой синдром у 98,2% пациенток и улучшает психоэмоциональный профиль личности, со снижением выраженности тревожности в 91,2% случаев. Улучшение трофики внутренних половых органов на фоне быстрого купирования воспалительной реакции, а также нормализация сосудисто эндотелия и кровоснабжения органов малого таза комплексом преформированных факторов воздействия способствует снижению спайкообразования и хронизации воспаления, что уменьшает частоту рецидивов в 4,4 раза и в 2 раза повышает частоту наступления беременности с благоприятными исходами.

Литература:

1. Баранов И.И., Кукарская И.И., Карахалис Л.Ю., Суханов А.А., Виноцкий А.А. Комплексный подход к лечению больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018; 6(4): 65-70.
2. Бурова Н.А., Аболонина О.В., Шумакова Н.И., Жаркин Н.А. Отдаленные результаты применения комплексной восстановительной физиотерапии в лечении воспалений женских половых органов. Российский вестник акушера-гинеколога. 2019; 6(19):51-57.
3. Бурова Н.А., Жаркин Н.А., Аболонина О.В., Свиридова М.А., Селезнева Т.А. Влияние влагалитной лазеро-магнитотерапии на клиническое течение острых воспалительных заболеваний органов малого таза и функциональное состояние эндотелия. Акушерство и гинекология. 2019; 8: 127-133.
4. Бурова Н.А., Сердюков С.В., Садовская К.А., Жаркин Н.А. Биохимические маркеры эндотелиальной дисфункции у пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне различных вариантов лечения. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2019; 6(1):27-31.

5. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Реабилитационная терапия как составляющая комплексного подхода к лечению хронических форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Гинекология. 2018;20(5): 37-41.
6. Сенчукова С.Р., Пичигина А.К., Молодых О.П. Этиологическая структура воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин фертильного возраста в современных условиях. Современные проблемы науки и образования. 2018;5.;URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28093>
7. Cicinelli E., Matteo M., Tinelli R., Pinto V., Marinaccio M., Indraccolo U., De Ziegler D., Resta L. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment. Reproductive Sciences. 2014; 21 (5):640-47. <http://doi:10.1177/1933719113508817>
8. Rehabilitation of endometrial receptivity in patients with different morphological types of chronic endometritis. Burova NA, Zabolotneva KO, Zharkin NA. SOJ Gynecol Obstet Womens Health. 2018.- 4(2). – P. 1-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.15226/2381-2915/4/2/00137>

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ТИОЦИАНАТА И КРЕАТИНИНА В КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ, КУРИВШИХ ЖЕНЩИН

Гаврилюк Л.А., Котова Н.В., Гаврилюк Т.Е.

Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

Национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Одесский областной роддом, Одесса, Украина

Введение. Наибольший вред как активное, так и пассивное курение наносит вред детям и беременным женщинам. В Украине за последние 5 лет количество женщин, которые курят, возросло в 2,4 раза. Несмотря на всем хорошо известную информацию о вреде курения и негативном влиянии табачного дыма на организм беременной женщины и её будущего ребёнка, количество женщин, которые продолжают курить во время беременности, остаётся большим [1].

Никотин, бензпирен, окись углерода (СО) и некоторые радиоактивные вещества табачного дыма, попадая в организм беременной женщины, легко проникают через плаценту к плоду. Показано, что концентрация многих токсичных веществ, в тканях плода значительно выше, чем в крови матери, что, по-видимому, свидетельствует о более активной биотрансформации токсинов и скорости их обезвреживания в организме беременной женщины [6]. При попадании в организм с табачным дымом никотин подвергается биотрансформации, в процессе которой образуются промежуточные метаболиты, одним из которых является котинин [7].

Никотин негативно действует на физическое развитие и психическое состояние будущего ребёнка курящей матери [2]. Доказано, что вдыхание табачного дыма независимо от содержания никотина приводит к выраженной гипоксии тканей плода, обусловленной оксидом углерода, который свободно проникает через плаценту матери в кровь плода, образуя карбоксигемоглобин [12]. В крови развивается гипоксемия, приводящая к гипоксии тканей плода, что ведёт к нарушению всех метаболических процессов.

Целью данного исследования было проведение сравнительного анализа физического состояния новорожденных детей и содержания у них в крови тиоцианата и креатинина, матери которых курили во время беременности, с новорожденными, матери которых не курили.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено согласно этическим принципам. В исследовании добровольно участвовали 62 беременные женщины (19-42 лет), проживающие в Одессе и посёлках Одесской области, которые прошли анонимное анкетирование самооценки своего курения во время беременности. Для сопоставления результатов полученной субъективной информации путём анкетирования с помощью объективного иммунохроматографического метода определяли котинин в моче матерей и их новорожденных [8]. На основании результатов теста на наличие котинина в моче, беременные женщины были разделены на две группы: 1- 45 беременных, не куривших; 2- 17 беременных, не прекративших курение во время беременности. Клинический материал (кровь) был подготовлен в Областном роддоме Одессы. Во время родов кровь из пуповинной вены помещали в пробирку, центрифугировали при 5000 оборотов/мин в течение 15 минут. Сыворотки затем замораживали и хранили при температуре -20о С. Сыворотки размораживались непосредственно перед определением активностей ферментов на спектрофотометре "Humalyzer 2000". Содержание креатинина определяли с помощью метода Bartels A. [4], содержание тиоцианата (SCN) – методом Degiampietro P. [5] и содержание общего белка - методом Watanabe N. [13]. Статистическую обработку полученных результатов проводили по методу Стьюдента с использованием пакета прикладных программ Microstat: Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов анкетирования и объективного метода определения котинина в моче показал их неполное совпадение. Определение котинина в моче 17 женщин и их новорожденных выявило его наличие, однако, две из них курение отрицали. Все наблюдавшиеся женщины родили по одному ребёнку. Средний вес детей, родившихся в срок у женщин, которые не курили, был 3576 г, а средний вес новорожденных, куривших во время беременности женщин, соответствовал 3158 г (88,3%). Средний вес новорожденных мальчиков, не куривших женщин, был 3702 г, а новорожденных мальчиков, куривших женщин – 3300 г (89,1%). Средний вес новорожденных девочек, не куривших женщин, соответствовал 3418,75 г, а девочек, куривших женщин – 3016,7 г (88,2%). Таким образом, полученные результаты свидетельствовали о значительном отставании в весе новорожденных детей, матери которых курили во время беременности.

Второй задачей было проведение сравнительного анализа содержания тиоцианата (SCN) и креатинина в крови новорожденных, куривших и не куривших во время беременности женщин.

Тиоцианат. (SCN). В сыворотке крови новорожденных, куривших женщин, содержание тиоцианата было 91,3 мкмоль/л, составляя 140,9% ($p < 0,05$) от содержания тиоцианата в сыворотке крови новорожденных, не куривших женщин (64,8 мкмоль/л).

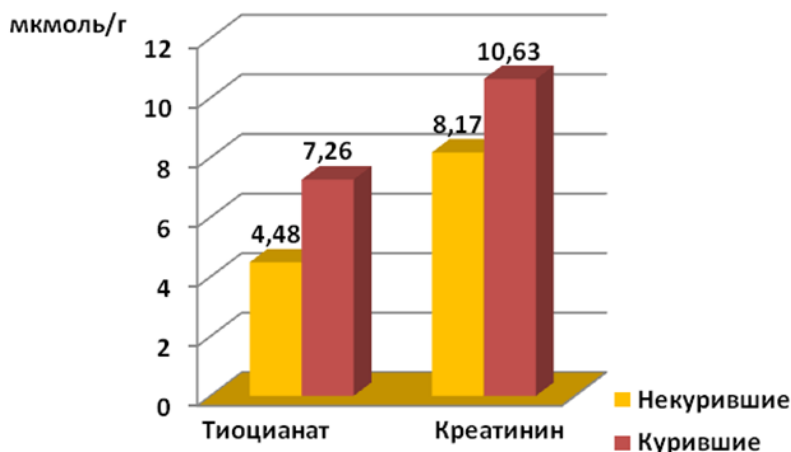


Рис. 1. Содержание тиоцианата и креатинина в крови новорожденных

Содержание тиоцианата относительно содержания общего белка в сыворотке крови, как показал расчёт (рисунок), также было повышенным, составляя 7,26 мкмоль/г белка (148,9%; $p < 0,05$) в сравнении с новорожденными (4,48 мкмоль/г), не куривших женщин.

Миелопероксидаза играет важную роль в процессах иммунной системы организма и процессах развития многих патологий [9]. В нейтрофилах, моноцитах и некоторых тканевых макрофагах миелопероксидаза катализирует реакцию образования гипотиоцианата (HOSCN) из тиоцианата, используя хлорид-ионы [11]. Гипотиоцианат является более активным оксидантом, чем тиоцианат, и его количество эквивалентно количеству тиоцианата. Являясь сильным оксидантом, он избирательно взаимодействует с тиолами, выполняя защитную функцию в организме. В физиологических условиях его содержание в тканях и крови незначительно, но существенно возрастает при патологии и курении [9]. Имеются сведения, что гипотиоцианат в макрофагах инактивирует внутриклеточные ферменты, креатинкиназу и глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназу [3]. Креатинкиназа участвует в энергетических процессах мышечной ткани, а глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназа необходима для гликолитического окисления глюкозы, происходящего в каждой клетке организма. Поэтому, понижение активности этих ферментов в тканях и крови плода может свидетельствовать о нарушении энергетического обмена и развития плода. Полученное нами повышение содержания тиоцианата в крови новорожденных, куривших женщин, также свидетельствовало о негативном влиянии компонентов табачного дыма.

Креатинин. Содержание креатинина в сыворотке крови новорожденных, куривших женщин, было 135,4 мкмоль/л, что составило 135,0% ($p < 0,05$) от его содержания в крови новорожденных, не куривших женщин (101,2 мкмоль/л). Содержание креатинина относительно содержания общего белка в сыворотке крови (рисунок) также было повышенным (10,63 мкмоль/г), составляя 130,1% ($p < 0,05$) по сравнению с содержанием креатинина в крови новорожденных, не куривших женщин (8,17 мкмоль/г). Креатинин образуется в основном в печени, поступает в кровь, затем в мышцы, где происходит его дефосфорилирование креатинфосфокиназой с образованием АТФ и креатинина. Из организма креатинин выделяется почками, не подвергаясь реабсорбции. Определение содержания креатинина используется в диагностике состояния почек, скелетных мышц и сердца. У новорожденных вследствие повышенной нагрузки, которая наблюдается во время родовой деятельности, содержание креатинина намного выше, чем у детей от 1 до 14 лет. В течение первого года жизни содержание креатинина постепенно понижается. В литературе есть сведения о повышении содержания креатинина в крови женщин, куривших во время беременности [10], что часто ассоциировано с преэклампсией. Таким образом, полученные результаты повышения содержания креатинина в крови новорожденных, куривших женщин, также отражают негативное влияние курения.

Заключение. Полученные данные о пониженном весе новорожденных и значительном дисбалансе содержания креатинина и тиоцианата в крови новорожденных свидетельствуют о вредном влиянии курения на организм беременных и их новорожденных.

Литература:

1. Amos A., Greaves L., Nichter M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. // Tob. Control. - 2012. - Vol. 21, № 2. - P. 236-243.
2. Anderka M., Romitti P.A., Sun L. National Birth Defects Prevention Study. Patterns of tobacco exposure before and during pregnancy. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2010. - Vol. 89, № 4. - P. 505-514.
3. Barrett T.J., Pattison D.I., Leonard S.E., Carroll K.S., Davies M.J., Hawkins C.L. Inactivation of thiol-dependent enzymes by hypothiocyanous acid: role of sulfenyl thiocyanate and sulfenic acid intermediates. // Free Radic. Biol. Med. - 2012. - Vol. 52, № 6. - P. 1075-1085.

4. Bartels A. Photometric colorimetric test for endpoint measurements. Method with deproteinization. // Clin. Chem. Acta. - 1971. - № 32. - P. 81.
5. Degiampietro P., Peheim E., Drew D. Determination of thiocyanate in plasma and saliva without deproteinization and its validation as a smoking parameter. // J. Clin. Chem. Biochem. - 1987. - Vol.25, №10. - P. 711-717.
6. Gallo C. Potential therapeutic effects of vitamin E and C on placental oxidative stress induced by nicotine: in vitro evidence/ C. Gallo, P. Renzi, S. Loizzo [et al.] // Open. Biochem. J. – 2010. – Vol. 4. – P. 77-82.
7. Gorrod J.W., Schepers G. Biotransformation of nicotine in mammalian systems. Chapter 3. – P. 45-67. In: J.W. Gorrod, G. Schepers. // Analytical Determination of Nicotine and Related Compounds and Their Metabolites. - 1999. - 758 p.
8. Haufroid V. Urinary Cotinine as a Tobacco-Smoke Exposure Index: A Minireview / V. Haufroid // Intern. Archiv. Occupat. Environ. Health. – 1998. – Vol.71. – P. 162-168.
9. Hawkins C.L. The role of hypothiocyanous acid (HOSCN) in biological systems. // Free Radic. Res. - 2009. - Vol. 43, №12. - P. 1147-1158.
10. Lain K.Y., Markovic N., Ness R.B., Roberts J.M. Effect of smoking on uric and other metabolic markers throughout normal pregnancy. // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2005. - Vol. 90, №10. - P. 5743-5746.
11. Pattison D.I., Davies M.J., Hawkins C.L. Reactions and reactivity of myeloperoxidase-derived oxidants: differential biological effects of hypochlorous and hypothiocyanous acids. //Free Radic. Res. - 2012. - Vol. 46, №8. - P. 975-995.
12. Pogodina C., Brunner Huber L.R., Racine E.F. Smoke-free homes for smoke-free babies: the role of residential environmental tobacco smoke on low birth. // J. Commun. Health. - 2009. - Vol. 34, № 5. - P. 376-382.
13. Watanabe N., Kamei S., Ohkuto A. Urinary protein as measured with a pyrogallol red-molybdate complex: Manually and in a Hitachi 726 automated analyzer. //Clin. Chem. - 1986. - Vol. 32. - P.1551-1554.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ганиев А.Г., Санакулов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Высокая распространенность атопического дерматита у детей, раннее начало и быстрое формирование хронических форм определяют данное заболевание как одну из актуальнейших проблем педиатрии [1,3,4,8]. Атопический дерматит из-за соматических страданий, косметических дефектов, серьезных психосоциальных проблем резко снижает качество жизни как ребенка, так и лиц, ухаживающих за ним [1,8]. Заболевание ложится определенным экономическим бременем на семью больного ребенка и общества в целом [1,4,7].

Ведущую роль в механизмах развития осложненных форм АД отводят *Staphylococcus aureus*, 60% штаммов которого вырабатывают суперантигены (энтеротоксины А, В, С, D), стимулирующие клетки Лангерганса и Т-клеточную пролиферацию, а также действующие как аллергены, усиливающие аллергическое воспаление, что уменьшает барьерную функцию кожи, способствует ее вторичному инфицированию и развитию бактериальной и грибковой инфекций [1,5,8]. Осложненное течение АД обуславливают бактериальная, вирусная и грибковая инфекции кожи. У детей с АД чаще всего происходит бактериальное инфицирование кожи, протекающее как различные формы пиодермии, которые могут быть поверхностными и глубокими [2,5,7]. Одной из современных особенностей атопического дерматита (АД) является патоморфоз клинических проявлений, связанный с формированием осложненных вторичной инфекцией форм заболевания [3,5,6]. Развитие осложненных форм АД обусловлено снижением барьерной функции кожных покровов по отношению к микроорганизмам, нарушением процессов кератинизации, изменением pH кожи, нарушением водно-липидного слоя кожи, препятствующего внедрению условно-патогенных и патогенных бактерий и грибов, наличием входных ворот для инфекции вследствие расчесов и зуда. Кроме того, отмечается изменение количественного и качественного состава микробной флоры вследствие нарушения механического удаления микробов с чешуйками кожи, снижения активности потовых и сальных желез и иммунологической реактивности организма [1,4].

Цель исследования - изучить эффективность терапии у детей раннего возраста с различными формами осложненным вторичной бактериальной и грибковой инфекцией, атопического дерматита.

Материалы и методы исследования: Для диагностики вторичных осложнений проводили углубленное клиническое обследование, культуральное микологическое и бактериологическое исследования с пораженных участков кожи, а также определение в сыворотке крови циркулирующего кандидозного антигена (ЦКА) с помощью амперометрического иммуноферментного сенсора. Были проанализировано 105 клинических случаев (65 мальчика, 40 девочек) атопического дерматита у детей, поступивших в отделениях ОДММЦ г. Андижан с 2018 по 2020 год, в возрасте от 1 месяцев до 3 лет, при этом бактериальные поражения кожи имели место у 36 детей (34,6%). Все пациенты были разделены на две группы: группа А (n=55) - неосложненный АД, группа В (n=50) - АД, осложненный пиодермией.

Всем пациентам проведено полное клиническое обследование; диагноз устанавливался в соответствии с классификацией, установленной в Национальном Согласительном Документе по Атопическому Дерматиту (по стадиям: младенческая, детская подростковая; по распространенности АД: ограниченный, распространенный, диффузный; по степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая; по стадиям: начальная, выраженных изменений, ремиссии, клинического выздоровления).

Эффективность антибактериальной и антимикотической терапии детей, больных АД, оценивалась на основе общего и индивидуального результатов, а также по средней продолжительности периодов обострения и ремиссии. Индивидуальный терапевтический эффект (ИТЭ) определялся по индексу SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis): снижение на 50% и более – высокий индивидуальный терапевтический эффект, на 20–49% – средний, а меньше 20% – его отсутствие. Общий терапевтический эффект (ОТЭ) проводимого лечения оценивался по проценту больных, показавших тот или иной уровень индивидуального терапевтического эффекта. Пациенты были разделены на основную группу (55) и контрольную (50). Различия по полу и возрасту между группами были статистически незначимыми. Результаты и обсуждения. Дети основной группы в составе комплексной терапии получали препараты с противомикробным и противогрибковым действием, а в контрольной – только традиционное противоаллергическое лечение без противогрибковых и антибактериальных средств [5]. Лечение детей, больных осложненными формами АД, проводилось на основании результатов бактериологического и микологического исследований кожи с учетом морфологического характера высыпаний, остроты процесса, возраста ребенка и включало наружную и системную этиотропную терапию. Наружная терапия при осложненных формах АД в основной группе осуществлялась по разработанной нами методике в три этапа.

Антибиотикотерапию назначали 5 (11,9%) больным основной группы с учетом чувствительности возбудителя (цефалоспорины, фузидин натрия, макролиды). Системные антибиотики использовались при вторичной бактериальной инфекции кожи, протекающей с лихорадкой и интоксикацией, сопровождающейся воспалительными изменениями периферической крови, а также при наличии клинических признаков глубокой стафилодермии (фурункулез, карбункулы, абсцессы) и отсутствии эффекта от применения топических наружных антибактериальных средств в течение 3–5 дней. У 26 (25,1%) пациентов с колонизацией кожных покровов стафилококками без клинической манифестации инфекции и признаками поверхностной стафилодермии лечение ограничивалось наружной терапией. При наличии грибковой инфекции у 60 (57,7%) пациентов основной группы, помимо этапной наружной терапии, применяли системные антимикотики. Показаниями к их назначению являлись массивная колонизация кожи грибами рода *Candida* (КОЕ/см²), развитие инвазивных форм кандидозной инфекции (определение в сыворотке крови ЦКА), сочетанные грибковые ассоциации (дрожжеподобные и плесневые грибы), колонизация кожи дерматомицетами в любых концентрациях, рецидив заболевания после наружной терапии при умеренной колонизации грибами рода *Candida*, отсутствие эффекта от наружной антимикотической терапии в течение 5 дней.

Таблица 1. Схема назначения системных антимикотиков при осложненных формах АД грибковой инфекцией

Препараты выбора	Показания	Схема назначения
Итраконазол внутри	1. Вторичная инфекция кожи, вызванная дрожжевыми грибами рода <i>Candida</i> , <i>Rhodotorula</i> , <i>Mallassezia furfur</i> , чувствительными к препарату. 2. Колонизация кожи дерматомицетами, чувствительными к препарату у детей до 2 лет	Орунгал сироп (Итраконазол) / ORUNGA р-р д/перорал. прим. 10 мг/мл фл. 200 мл мг (2 мерных чашки)/сут в 1 или 2 приема - ежедневно 7–14 дней, затем поддерживающая терапия в дозе 1 приема в 1 неделю №1–4 в зависимости от тяжести течения и уровня ЦКА в сыворотке крови
Экзифин (ламизил) внутри	1. Вторичная инфекция кожи, вызванная дерматомицетами и плесневыми грибами, чувствительными к препарату. 2. Вторичная инфекция кожи, вызванная дрожжевыми грибами рода <i>Candida</i> , <i>Rhodotorula</i> , при устойчивости к дифлюкану и чувствительности к ламизилу	125 мг (1/4 табл. – 31,25 мг) в день в возрасте до 3 лет, 125 мг (1/2 табл. – 62,5 мг) в день; при легком течении курс составляет 10–14 дней, при среднетяжелом – 2–3 недели, при тяжелом – 3–4 недели
Комбинация итраконазола и ламизина внутри	Колонизация кожи ассоциацией нескольких грибов (дрожжеподобные, плесневые, мицелиальные) с разной чувствительностью к препаратам	Орунгал сироп (Итраконазол) / ORUNGA р-р д/перорал. 2 мерных приема один раз в неделю № 3–4. Ламизил в возрастных дозировках один раз в день 3–4 недели

Системные антимикотики предписывали дифференцированно с учетом видовой принадлежности возбудителя, чувствительности к противогрибковому препарату, уровня ЦКА в сыворотке крови и возраста ребенка (табл. 2). Оценка клинической эффективности терапии показала, что ОТЭ в основной группе детей составлял 87,7%, а индекс SCORAD снизился в 2,2 раза (с 65 до 29,5 балла), тогда как в контрольной группе – соответственно 9,3% и в 1,4 раза (с 64 до 45 баллов; $p < 0,01$).

Высокий ИТЭ в основной группе отмечался в 57% случаев, тогда как в контрольной группе отсутствовал, средний – соответственно в 33% и 24%. Отсутствие эффекта в группе больных, получавших антибактериальную и антимикотическую терапию, отмечалось в 7,6 раза реже (10%), чем у детей, ее не получавших (78%; $p < 0,001$). Длительность периода обострения в основной группе детей с АД сократилась до 15 дней, тогда как в контрольной группе не изменилась и составляла более 30 дней. Изучение отдаленных результатов по данным клинического наблюдения в течение 1,5–2 лет показало (табл. 3), что средняя длительность ремиссии в основной группе увеличилась в 3,5 раза и составила 9 месяцев, тогда как в контрольной группе 2 месяца ($p < 0,001$). Результаты культурального бактериологического и микологического обследований кожи после проведенного лечения были отрицательными в 80% случаев, а уровень ЦКА снизился до следовых количеств у 71% пациентов.

Таблица 2. Клиническая эффективность лечения детей основной и контрольной групп

Группы	Общий терапевтический эффект, %	Частота обострений (в год)	Средняя длительность ремиссии (мес.)
Основная (n=55)	81,6	1,5	8
Контрольная (n=50)	8,5	5	2

Вывод. Таким образом, применение антибактериальной и антимикотической терапии детей с АД, осложненным вторичной бактериальной и грибковой инфекцией, приводит к общему терапевтическому эффекту в 87,7% случаев, уменьшению частоты обострений в 4 раза и продлению ремиссии в 3,5 раза, позволяет своевременно купировать инфекцию и воспаление кожи, предупредить тяжелое течение АД.

Литература:

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика: пособие для врачей// Науч. ред. Е.Б. Лаврентьева - М., 2014.
2. Ганиев А.Г., Темирова О.Х. Алгоритм базового ухода за кожей при атопическом дерматите у детей// "re-health journal" Андижан 2020/ Научно-практический журнал. Выпуск: 1. Ст.: 298-306.
3. Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Рычкова И.А. и др. // Русск. мед. журн.- 2005 - №5 - С.252-255.
4. Катина М. М. Атопический дерматит у детей: клинические и иммунологические факторы риска бактериальных осложнений, оптимизация терапии //М.М. Катина: Дис.канд.мед.наук.-Красноярск.-2011.102 с.
5. Смирнова Г.И. Аллергология и иммунология в педиатрии// Г.И.Смирнов-2004.- № 1. - С. 34-39.
6. Согласительный документ АДАИР // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2004. - № 2-3. - С.111
7. Хаертдинова Л.А., Мингазова Э.Н., Глушко Н.И., Маланичева Т.Г. // Казанский медицинский журнал - 2005. - № 6. - С. 489-490.
8. Ganiev A. G., Xudayberganov M.R., Nazarov K. D. Modern performance representations and treatment atopic dermatitis in children// World Journal of Pharmaceutical Research/ 2020. Volume 9, Issue 5, Pp.1536-1539.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гафуروف А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Санакулов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан
Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Проблема острой пневмонии (ОП) у детей раннего возраста по-прежнему остается одной из самых актуальных в педиатрии. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении этого заболевания, распространенность пневмонии среди детского населения высока и является одной из основных причин детской смертности [1,5,7]. Физиотерапия (греч. physis природа + thegareia лечение; синоним: физическая терапия, физикальная терапия, физиатрия) - область медицины, изучающая физиологическое и лечебное действие природных и искусственно создаваемых физических факторов и разрабатывающая методы использования их с профилактическими и лечебными целями. В физиотерапии выделяют электролечение, светолечение, водолечение, тепловое лечение, лечение с применением механических воздействий.

Физиотерапия при неспецифических заболеваниях органов дыхания направлена на устранение воспаления, достижение более быстрого рассасывания воспалительного очага, предупреждение перехода острого воспалительного процесса в хронический, улучшение функции внешнего дыхания, особенно бронхиальной проводимости, лимфо- и кровообращения бронхолегочной системы, восстановление нарушенного иммунного статуса, оказание гипосенсибилизирующего действия, тренировку термоадаптационных механизмов. Физиотерапия пневмонии (острые, затянувшиеся, хронические). В комплексном лечении острых пневмоний наиболее широко применяют электромагнитные поля ультравысокой, сверхвысокой, крайневисокой и высокой частот, переменные низкочастотные магнитные поля, ультрафиолетовое облучение, аэрозоли, электроаэрозольтерапию, аппликации парафина, озокерита, лечебных грязей.

Одним из новых подходов к патогенетической терапии ОП, способствующих быстрому разрешению воспалительного процесса в легких, следует отнести метод амплипульстерапии с синусоидальным модулированным током (СМТ) [2,4,6]. Синусоидальные модулированные токи – это синусоидальные токи переменного направления с несущей частотой от 2 до 10 кГц (чаще 5 кГц), модулированные по амплитуде низкими частотами в пределах от 10 до 150 Гц. Используются с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями при самых различных заболеваниях. Лечебный метод, основанный на использовании синусоидальных модулированных токов (СМТ), получил название амплипульстерапии. Лечебное действие СМТ в значительной степени определяется амплитудными пульсациями тока, что и дало основание назвать данный метод амплипульстерапией, а аппараты соответственно "Амплипульс". В настоящее время накоплен опыт эффективного использования СМТ при различных патологических состояниях у взрослых, однако, в педиатрии и, в частности, в детской пульмонологии потенциал клинических возможностей амплипульстерапии остается малоизученным [3,7].

Цель исследования – оценка эффективности включения физиотерапевтических методов терапии в план лечения при острой пневмонии у детей раннего возраста

Материалы и методы исследования. Под наблюдением были 90 детей с ОП в возрасте от 1 до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ОДММЦ г. Андижана, из которых 50 получали СМТ (основная

группа), а 40 пациентов вошли в группу сравнения. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $10 \pm 2,4$ дня, что согласуется с медико-экономическими стандартами. Состояние всех пациентов при поступлении оценено как среднетяжелое, зарегистрированы признаки интоксикации и респираторного синдрома. Физикальные и рентгенологические изменения в легких соответствовали очаговой (84%) и очаговосливной (16%) пневмонии.

Результаты и обсуждение. Общепринятая терапия всех обследованных детей включала антибактериальные средства, преимущественно цефалоспорины I и III поколения (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон), при клинической картине пневмонии, вызванной атипичными возбудителями, - макролиды (гентамицин, азитромицин). Из муколитических средств использовали ингаляции с амброксолом, карбоцистеин и другие средства, по показаниям больным назначали отхаркивающие препараты (микстура с лекарственного корнями алтея, термopsis ланцетного травой), а при наличии синдрома бронхиальной обструкции в терапию включали бронходилататоры (бромгексин + сальбутамол + левоментол, ингаляции с фенотеролом и ипратропия бромидом). Кроме того, широко использовали лечебную физкультуру и массаж грудной клетки.

Эффективность терапии ОП у детей обеих групп оценивали по клиническим параметрам, динамике лабораторных и инструментальных показателей: общего анализа крови, биохимических показателей (С-реактивного белка, щелочной фосфатазы, общего белка, глюкозы, холестерина), сатурации кислорода, рентгенологической картины. Лабораторные исследования проводили в динамике трижды: при поступлении, на 7-е сутки пребывания и при клиническом выздоровлении. На 7-11-е сутки от начала проводимой терапии всем детям осуществляли рентгенологический контроль. Этиологическую структуру ОП расшифровывали методом иммуноферментного анализа с дифференцированной оценкой больных, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Этиологическая структура внебольничной пневмонии у детей

Метод лечения	Возбудитель		
	Типичный возбудитель, % (абс)	M. pneumoniae, % (абс.)	S. pneumoniae, % (абс)
Общепринятая терапия (n=50)	60,0 (30)	20,0 (10)	20,0 (10)
Общепринятая терапия с применением СМТ (n=40)	52,5 (21)	22,5 (9)	25,5 (10)

Из бактериальных возбудителей тестировали *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. Оценивая этиологический фактор, можно говорить о том, что выборки обследованных детей были идентичны по спектру возбудителей и близки по их процентному соотношению внутри группы. У детей основной группы проводили амплипульс-терапию (СМТ) с помощью аппарата «Амплипульс-4». Он улучшает функцию внешнего дыхания и дренажную функцию, снимает бронхоспазм, увеличивает вентиляцию легких, при этом имеет место практически полное отсутствие противопоказаний и возрастных ограничений для применения в педиатрической практике. В курс лечения включали ежедневные сеансы СМТ на протяжении 7 дней. Локусами воздействия были яремная ямка, зона VII шейного позвонка, надключичная ямка, заднебоковая поверхность грудной клетки, передняя поверхность грудной клетки. Время воздействия составляло от 15 до 20 мин. В работе использовали методические рекомендации В.В. Чернышева [6]. Клинические наблюдения, проведенные у детей основной группы, выявили благоприятное влияние СМТ от аппарата «Амплипульс-4» на динамику течения воспалительного процесса. Анализ представленных данных показал, что синдром интоксикации в основной группе у большинства детей купировался уже на $3,2 \pm 1,1$ день, тогда как в группе сравнения - лишь на $7,7 \pm 1,4$ день заболевания. Кроме этого, при СМТ-терапии отмечалось сокращение длительности респираторного синдрома более чем в 1,5 раза ($6,8 \pm 1,3$ день), а регресс физикальных изменений в легких фиксировался в среднем на $10,3 \pm 1,4$ день госпитализации, тогда как в группе сравнения - только к концу 2-й недели. Купирование клинических симптомов у детей основной группы сопровождалось более благоприятными сдвигами показателей гемограммы и характеризовалось достоверным ($p < 0,05$) снижением активности воспалительного процесса (лейкоцитоза, нейтрофилеза, палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы) по основным параметрам уже к 7-му дню (табл.2). При этом к 10-12-му дню у всех детей независимо от проводимого лечения отмечали нормализацию показателей периферической крови по основным показателям. Кроме того, нами оценена динамика содержания С-реактивного белка у детей в исследуемых группах. В основной группе на фоне применения СМТ-терапии к 7-му дню госпитализации уровень С-реактивного белка снизился в 7 раз, тогда как в группе сравнения - только в 2,3 раза ($p < 0,05$).

Таблица 2. Динамика показателей гемограммы у детей с острой внебольничной пневмонией на фоне терапии

Показатели	Основная группа (n=40)		Группа сравнения (n=50)	
	1-й день, % (абс.)	7-й день, % (абс.)	1-й день, % (абс.)	7-й день, % (абс.)
Снижение содержания гемоглобина	3,0 (1)	0	0	0
Лейкоцитоз	63,3 (19)	6,6 (2)*	54,2 (19)	28,5 (10)
Нейтрофилез	66,6 (20)	10,0 (3)*	68,5 (24)	37,1 (13)
Палочкоядерный сдвиг	60,0 (18)	3,0 (1)*	60,0 (21)	28,5 (10)
Анизофилия	16,6 (5)	0	17,1 (6)	11,4 (4)
Лимфопения	13,3 (4)	0	14,2 (5)	11,4 (4)
Лимфоцитоз	3,0 (1)	0	3,0 (1)	2,8 (1)
Повышение СОЭ	83,3 (25)	10,0 (3)*	77,1 (27)	45,7 (16)

Примечание: * ($p < 0,05$) при сравнении показателей гемограммы в исследуемых группах к 7-му дню терапии.

Особый интерес представляли результаты проведенного в динамике рентгенологического исследования органов грудной клетки, из которых видно, что на 7-е сутки полное разрешение воспалительного процесса в легкой в основной группе пациентов зафиксировано у 19 (47,5%) больных, в то время как в группе сравнения таких случаев не отмечено ($p < 0,001$) (табл.3). Напротив, случаи отсутствия достоверных рентгенологических изменений в основной группе не зарегистрированы, тогда как в группе сравнения их число составило 21 (52,5%, $p < 0,001$).

На 11-й день терапии совокупная оценка результатов исследования воздействия методики СМТ в комплексном лечении ОП также показала ее высокую эффективность, что проявилось полным исчезновением инфильтрации у 95,6% детей, тогда как в группе сравнения их число было достоверно ниже ($p < 0,05$) и составило 61,8%. Побочных эффектов при использовании СМТ не выявлено.

Таблица 3. Сравнительная динамика рентгенологической картины ОП у детей исследуемых групп к 7-му дню госпитализации

Рентгенологическая картина	Основная группа (n=40)	Группа сравнения (n=50)
Без динамики	0*	42,0 (21)
Положительная динамика	52,5 (21)	58,0 (29)
Разрешение	47,5 (19)	0

Примечание: * $p < 0,001$).

Вывод. Включение динамической СМТ в комплексную терапию ускоряет сроки регрессирования клинической симптоматики внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста, уменьшает медикаментозную нагрузку на ребенка, сокращает длительность его пребывания в стационаре с $12,1 \pm 2,3$ до $8,4 \pm 2,1$ дня.

Литература:

1. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика. – М.: Оригинал-макет.- 2012. – 64 с.
2. Ганиев А.Г., Абдурашидов А.А., Хайдарова Л.Р. Эффективность амплипульстерапии при острой пневмонии у детей раннего возраста// Научно-практический электронный журнал /Аллея Науки» // <http://alley-science.ru/> Выпуск №6(46),(2 том), (Июнь, 2020). Ст.:410-415
3. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей – М.: Премьер МТ, Наш город.- 2007. – 352
4. Таточенко В.К. Внебольничные пневмонии у детей // Фарматека.- 2012.- №1.- с. 58-63.
5. Таточенко В.К. К вопросу о симптоматическом лечении острых респираторных инфекций // Педиатр. фармакол. -2008.- т.5.- №4. - с. 128-132.
6. Учайкин В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей // Педиатрия. - 2004. - №4. - с. 7-11.
7. Чернышев В.В., Малахов В.В., Власов А.А. и др. Руководство по динамической электростимулирующей терапии. 2-е изд., перераб. и доп. Екатеринбург.- 2002.- 284 с.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Джаббарова Л.А., Рузиева Н.Х., Арифханова З.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) – один из самых важных вопросов проблемы охраны матери и ребенка, так как, они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Преждевременные роды (ПР) происходят в 5–15% всех беременностей и, к сожалению, несмотря на то, что этой проблеме уделяется большое внимание, их число в последние десятилетия увеличилось. Перинатальная смертность при преждевременных родах в 33 раза выше, чем при родах в срок. Немаловажное значение имеют психосоциальные, экономические, демографические аспекты проблемы недонашивания беременности. Рождение неполноценного ребенка, его болезнь или смерть являются тяжелой психологической травмой для семьи. Огромное социальное значение приобретает вопрос преждевременных родов, учитывая высокую стоимость выхаживания недоношенных детей [8].

В нашей стране правительством принято ряд документов по стратегии охраны здоровья женщин и детей на период до 2030 года [1,5,6]. Для разработки более эффективных программ по устранению причин ПР и их профилактики конкретно для каждой страны и региона с учетом социальных и этических норм стало необходимым использование международных подходов [2,4,9]. В связи с этим, наша Республика во исполнении Конвенции по правам ребенка внедрила мировые стандарты оценки критериев живорождения и мертворождения [3], поэтому научный и практический интерес представляет изучить причины недонашивания и перинатальной смертности, начиная с 22 нед. гестации. Данная проблема приобрела особенно важное значение в 2002 -2010гг., когда были организованы 17 перинатальных центров, и в связи с внедрением в республике с 2014 года принципа регионализации [7]. В перинатальных центрах концентрируются беременные с тяжелой соматической и акушерской патологией, с аномалиями развития плода, требующими хирургической коррекции. Таким ведущим родовспомогательным учреждением 3 уровня является РПЦ, где созданы условия и имеется обученный медицинский персонал для выхаживания недоношенных детей, начиная с весовой категории 500г и более.

Ниже приводим основные дефиниции живорождения, рекомендованные ВОЗ [3].

На современном этапе различают роды: преждевременные (ПР) - роды при сроке беременности начиная с 22 недель и до 37 полных недель (259 дней); очень ранние ПР – роды в сроки 22-27 нед, ранние ПР- в сроки 28-33 нед и ПР – в 34-37 нед гестации. Различают следующие категории ПР: избирательные (10-30%), т.е. родоразрешение, проведенное по показаниям, имеющимся у матери или плода (тяжелая преэклампсия, заболевание почек у матери или замедление внутриутробного роста плода). Осложненные (20-50%) предродовым кровотечением или разрывом плодных оболочек. Идиопатические (40-60%) характеризуются самопроизвольными ПР без дополнительных осложнений. Мертворождение (мертворожденный плод) - смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиение, дыхание, пульсация пуповины или явные произвольные движения мускулатуры).

В зависимости от времени наступления летального исхода различают антенатальную и интранатальную смерть плода и постнатальную смерть новорожденного:

1) антенатальная смерть - наступившая в период начиная с 22 недель беременности до начала родов; 2) интранатальная смерть - наступившая в течение родового акта; 3) постнатальная смерть – наступившая после рождения.

Перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя семь полных дней после рождения.

Он включает антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды.

Неонатальный период (период новорожденности) - начинается от момента рождения заканчивается через 28 полных дней после рождения. Различают ранний неонатальный период – первые 7 полных дней жизни новорожденного и поздний неонатальный период – с 8 по 28 полный день жизни ребенка.

Неонатальная смертность - смертность среди новорожденных в первые полные 28 дней жизни, различают раннюю неонатальную смертность (т.е. смертность в течение первых 7 дней жизни) и позднюю неонатальную смертность (т.е. смертность, имеющую место в период после 7 полных дней жизни до 28 полных дней жизни). Раннюю неонатальную смертность разделяют по следующим категориям: менее часа; от 1 до 23 часов; от 24 до 167 часов. Постнеонатальная смертность – это смертность детей после 28 дней жизни.

Цель работы: изучить частоту преждевременных родов с учетом срока гестации в РПЦ и определить пути их снижения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ отчетной документации РПЦ за 5 лет 2015-2019 гг. с использованием матрицы BABIES [B–irthweight/вес при рождении

A–ge at death /возраст в момент смерти B–oxes/ячейки I–nterventions/вмешательства

E–evaluation/оценка S–ystem/система] и MOMS [M–onitoring/ мониторинг; O–of/за; M–aternal/ материнским S–tatus/статусом]. В матрицу вносили абсолютные данные об антенатальных, интранатальных потерях и в раннем неонатальном периоде, выжившие после 7 суток, всего родившихся детей живыми и мертвыми по весовым категориям: 500-999г, 1000-1499г, 1500-2499г и 2500 и более. Далее определяли пропорциональные показатели по отношению к общему числу родившихся новорожденных и использовали матрицу MOMS для выбора определенного пакета вмешательств по повышению качества оказания перинатальной помощи.

Результаты. Установлено, что ежегодно в РПЦ происходит в среднем 5835 родов (6359-5551), при этом количество ПР неуклонно растет с 13% в 2015г до 16,2% в 2019г. Обращает на себя внимание высокая частота многоплодия в 2019 г, что связано с использованием ЭКО при лечении бесплодия. Так, произошли роды двойней -208, тройней-21 и четверней-2, всего родившихся было 5939 детей.

1/3 умерших составляют мертворождения, 2/3 – ранняя неонатальная смерть новорожденного. Высокие цифры ранней неонатальной смертности объясняется увеличением поступления женщин с осложнениями беременности, с увеличением преждевременных родов в сроке с 22 нед до 28 недель более чем в 2 раза с 1.2% до 2.9%, а также в связи с переходом на критерии живорождения и мертворождения с 22 недель беременности согласно приказа МЗ РУз №21.

Перинатальная смертность снизилась с 30,1‰ в 2015г до 26,0‰ в 2019г. Мертвыми родились 44% (из них антенатально погибли 79,4%, интранатально- 20,6%), неонатальные потери составили 15,3%. Доля недоношенных в структуре перинатальной смертности была высока и составила 77,5-79,5%. Медиана выживаемости по всем весовым категориям за эти годы составила: до 1000г –26,7%, 1000– 1499г- 71,3%; 1500-2499 г - 95,7% и более 2500г - 99,5%, с тенденцией увеличения в весовой категории 1000 – 1499 г.

Для выяснения причин очень ранних ПР важным является анализ уровней перинатальной смертности по весовым категориям с использованием матрицы BABIES и MOMS. С помощью матрицы BABIES и MOMS за период 2015-2019гг. установлено, что перинатальную смертность в 65% случаев предопределяет здоровье матери до беременности и в 15% - состояние матери во время беременности, то есть в 80% случаев необходимо осуществить вмешательства до беременности и вмешательства по уходу во время беременности, что позволит снизить перинатальные потери. Полученные результаты близки к данным Г.С.Джураходжаевой [2] из которых следует, что в 50% случаев перинатальные потери обусловлены здоровьем матери до беременности, в 14% - имелись проблемы во время беременности.

Как свидетельствуют полученные данные, в деле снижения перинатальной смертности основной акцент следует перенести на оздоровительные мероприятия до наступления беременности: в подростковом и прегравидарном периодах, реабилитацию в послеабортном, послеродовом и в интергенетическом периодах.

Выводы. Использование матрицы BABIES и MOMS позволило установить, что перинатальная смертность в 65% случаев обусловлена нездоровьем женщины до и 15% - во время беременности, при этом превалирует исходное состояние женщины до наступления гестационного периода. Полученные данные указывают на необходимость создания

медицинских программ по подготовке девушек еще в детском и подростковом возрасте к будущему материнству, что будет способствовать снижению плодово- младенческих потерь.

Литература:

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей, 2016-2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015. http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf?ua=1 (доступ 20 января 2016 года).
2. Джураходжаева Г.С. Причины перинатальных потерь при недонашивании беременности и пути их снижения: автореф...канд. дисс.Ташкент, 2007. 24с.
3. Инструкция по внедрению критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения в Ферганской области Республики Узбекистан. - USAID/CDC. ЮНИСЕФ. -Ташкент, 2003- 140 с.
4. Мишутина А.В., Кравченко Е.Н. Комплексный подход к прогнозированию очень
5. Ранних преждевременных родов.//Вести МАНЭБ Омской области.-2014.-№1(4).-С.36-40.
6. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в европейском регионе. Региональная программа поддержки внедрения политики "Здоровье-2020." Социальные аспекты здоровья населения[сетевое издание] 2017; 53 (1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/814/30/lang,ru/> (Дата обращения: 06 июня 2017).
7. ПКМ №841 от 2018г. "О мерах по реализации Национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года"
8. Приказ минздрава №185 от 28.05.2014г«О регионализации перинатальной помощи в Республике Узбекистан».
9. Рузиева Н.Х. Доклиническая диагностика преждевременных родов// Медицинские новости. - Минск, 2019. - №7-С.74-76(14.00.00,№82)
10. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А., Клименко П.А., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Плеханова Е.Р., Выхристюк Ю.В., Лебедев Е.В. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. Акушерство и гинекология. 2012; 8-2: 4-10.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ COVID-19.

Джумаев К.Ч., Ешимбетова Г.З., Дроненко Л.М.
Родильный комплекс №3 г. Ташкента, Узбекистан

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Введение. Как известно, в начале 2020 года началась пандемия, вызванная Коронавирусной инфекцией SARS-COV-2, а болезнь, вызываемая этим вирусом, названа COVID-19. Вспышка Коронавирусной инфекции COVID-19 была впервые зарегистрирована 31 декабря 2019г. в г.Ухань, Китай [1]. По РУЗ с 16 марта 2020 года был объявлен карантин. В Ташкенте, пик заболевания пришлось на июль и август месяцы [2]. С первых дней карантина (с 17.03.2020г.), Родильный комплекс №3 был перепрофилирован, как родильный дом, обслуживающий как контактных с больными COVID-19, так и беременных с подтвержденной Коронавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. За период с 17.03.2020г по 07.11.2020года в Родильном комплексе №3 было пролечено 1913 больных с акушерской и гинекологической патологией. Из них беременных всего было 2256 женщин в различных сроках гестации. Из них 1890 беременных, были с подтвержденной вирусной инфекцией SARS-COV-2, которые были изолированы и находились в красной зоне, 366 беременных пролечены с различной акушерской и соматической патологией, так как были в контакте с больными COVID-19.

С целью изучения особенностей течения гестационного процесса при данной вирусной инфекции 1890 женщин, зараженных данной вирусной инфекцией, были взяты под наблюдение.

Результаты. Наши наблюдения показали, что Коронавирусная инфекция при попадании в организм беременных вызывает в первую очередь повреждение как верхних, так и нижних дыхательных путей. Так, среди 1890 наблюдаемых беременных, у 65, она привела к поражению верхних дыхательных путей (3,4%), у 726 беременных была диагностирована двусторонняя вирусная пневмония (38,4%).

Конечно, основными показаниями к госпитализации беременных с подтвержденной коронавирусной инфекцией, была различная акушерская патология. Так, самым частым акушерским осложнением явилось Маловодие в сроках гестации выше 28 недель (402 случая, 21,3%). Также, часто. беременные были госпитализированы с диагнозом Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты легкой и тяжелой степени (ПОНПП) (25 случая, 1,3%), Многоводие (17 случаев, 0,9%) и Антенатальная гибель плода (10 случаев, 0,5%). Такое грозное осложнение гестационного периода как Преэклампсия, была диагностирована у 33 беременных. Из них у 26 была легкая (78,8%) и у 7 беременных была выявлена тяжелая преэклампсия (21,2%), что явилось показанием для досрочного прерывания беременности.

Нужно отметить, что для беременных зараженных COVID-19, было характерна высокая частота сопутствующей соматической патологии.

Наиболее часто COVID-19 заражались беременные с железодефицитной анемией (92,6%), среди которых подавляющее большинство составили женщины с хронической анемией, которая развилась до наступления данной беременности (64%). Также заражению SARS-COV-2 вирусной инфекции, чаще остальных, были подвержены беременные с хроническими болезнями органов дыхания, ожирением (6,7%) и инфекцией мочевого тракта (2,4%).

По нашему мнению, течение COVID-19, у беременных протекает особенно тяжело в третьем триместре беременности. У наблюдаемых нами больных, тяжелые осложнения вирусной инфекции, а также снижение иммунитета были зарегистрированы в третьем триместре гестации [3].

Таблица 1. Частота сопутствующей соматической патологии у беременных с подтвержденным COVID-19.

№	Соматическая патология	Всего -1890 беременных	В процентах, %
1	Инфекция мочевого тракта	46	2,4
2	Болезни органов дыхания	73	3,9
3	Железододефицитная анемия	1751	92,6
4	Сахарный диабет	3	0,16
5	Системная красная волчанка	2	0,1
6	Хроническая артериальная гипертензия	12	0,6
7	Ишемическая болезнь сердца	1	0,05
8	Миокардит	12	0,63
9	Врожденные пороки сердца	10	0,53
10	Судорожный синдром неясной этиологии	2	0,1
11	Ожирение	126	6,7

Таблица 2. Осложнения от COVID-19 у беременных в третьем триместре гестации.

№	осложнения	Всего -1890 беременных	В процентах %
1	Дыхательная недостаточность	921	48,7
2	Сердечно- сосудистая недостаточность	46	2,4
3	Тромбоэмболические осложнения	21	1,1
4	Материнская смертность	14	0,74
5	Перинатальная смертность	13 (анте-10, интра-1, пост-2)	0,69

Несмотря на то, что беременные находились под непрерывным наблюдением как гинекологов, так и реаниматологов, периодически были консультированы вирусологами с НИИ вирусологии МЗ РУз, почти у половины зараженных беременных, были отмечены симптомы дыхательной недостаточности (48,7%), такие как одышка, повышение частоты дыхания выше 22 в минуту, снижение сатурации (PO₂ ниже 95%).

Сердечно- сосудистая недостаточность в 10 случаях развилась у женщин, уже имеющих различные пороки сердца, в остальных случаях (у 36 женщин) присоединилась к дыхательной недостаточности из за COVID-19.

Нами отмечено, что вирус SARS-COV-2, приводит к выраженным нарушениям со стороны коагуляционного звена гемостаза. Несмотря на применение, как антиагрегантов, так и инъекционных антикоагулянтов, у 21 беременных в третьем триместре беременности, развились тромбофилические осложнений.

За 8 месяцев работы в условиях карантина, в Родильном комплексе было принято 169 родов. Из них в 69 случаях было проведено Кесарево сечение, что составило 40,8% случаев. Высокие показатели Кесарево сечения можно объяснить тем, что в доношенном сроке беременности или во время родов, имеющее место дыхательная недостаточность была показанием для исключения второго периода родов. Также ПОНРП тяжелой степени диагностирована в 20 случаях, у 7 беременных была выявлена тяжелая преэклампсия, неубедительное состояние плода развилась у 10, тазоголовная диспропорция у 3 и тазовое предлежание плодом, весом выше 3500 грамм было выявлено у 5 рожениц.

За время работы в условиях карантина. отмечено 14 случаев материнской и 13 случаев детской смертности. Причиной материнской смертности были ТЭЛА и полиорганная недостаточность, где преобладали случаи легочно-сердечной недостаточности.

В послеродовом периоде не выявлены такие осложнения как послеродовые кровотечения и метроэндометрит.

Из 159 живорожденных от матерей с подтвержденным COVID-19, в первые 5 дней жизни, COVID-19 подтвердился у 4-х новорожденных.

Таким образом, вирусная инфекция SARS-COV-2, попадая в организм беременной, чаще вызывает двухстороннюю бронхопневмонию.

Чаще других, заражаются беременные, имеющие соматическую патологию, такую как ЖДА, ИМТ и ожирение.

Заболевание COVID-19, вызывает нарушение работы свертывающей системы крови, вызывая такие грозные осложнения как ТЭЛА, ПОНРП, Преэклампсия, в основе которых лежит патология сосудистой системы крови.

Осложнения COVID-19 во время беременности чаще наблюдаются в третьем триместре беременности и обуславливают возрастание частоты Кесарево сечения. Случаев заражения плодов и новорожденных через грудное молоко и трансплацентарно, не зарегистрировано. Все случаи заражения новорожденных были связаны с нарушением ношения средств индивидуальной защиты со стороны матери. У Новорожденных течение заболевания характеризовалось легким или бессимптомным течением.

Закключение. Таким образом, необходимо насторожить врачей, которые ведут беременных женщин, зараженных коронавирусной инфекцией, что этот вирус не только приводит к учащению случаев дыхательной недостаточности, с последующим развитием полиорганной недостаточности, но и является причиной развития акушерских осложнений, свя-

занных с нарушением сосудистой и свертывающей системы. Коронавирусной инфекцией SARS-COV-2 чаще заражаются беременные, имеющие хроническую анемию, болезни органов дыхания, инфекцию мочевых путей и ожирение.

Литература:

1. Официальные Уведомления Государственных Служб о Ситуации с Коронавирусом COVID-19. 2019.стр 1-3.
2. Временный национальный стандарт РУз по ведению больных с COVID-19. Восьмая версия.21.09.2020. Ташкент.
3. Ешимбетова Г.З.,Мусаходжаева Д.А., Чариев К.Ч. Особенности цитокинового статуса у беременных с коронавирной инфекцией.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Джураева Д.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение: Проблема репродуктивного здоровья девочек и их репродуктивного потенциала как будущих матерей привлекает пристальное внимание научных исследователей, поскольку наряду с медицинской значимостью все больше приобретает социальное значение.

Гинекологическая заболеваемость среди девочек-подростков заслуживает особого внимания. Возросла частота нарушений становления репродуктивной системы и отклонений в психосоматическом здоровье подростков/1,2/. Соматическая патология нередко является пусковым моментом в развитии нарушений менструального цикла различной степени тяжести /3,4/.

Целью данного исследования является определение критериев ранней диагностики отклонений в развитии полового созревания и нарушений менструального цикла у девочек –подростков в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. Для достижения намеченной цели нами было обследовано 60 девочек и девочек- подростков в возрасте от 10 до 18 лет

С учетом возрастной периодизации, все девочки были распределены на две группы, равные по количеству (30).

1-ю группу девочки- подростки препубертатного возраста от 8 до 12 лет;

2-ю группу пациентки пубертатного возраста от 12 до18 лет.

Все девочки-подростки были обследованы клинико- анамнестически, проведено ультразвуковое исследование органов малого таза (матки и яичников), проконсультированы смежными специалистами (эндокринолог, окулист,нефролог лор, невропатолог) для уточнения диагноза, при необходимости рентген кистей рук (для определения костного возраста). Гинекологический осмотр включал оценку антропометрических данных с описанием формулы полового развития и бактериоскопию вагинальных выделений.

Результаты собственных исследований.

С целью изучения частоты преобладания того или иного вида репродуктивных расстройств у девочек-подростков сравниваемых групп в возрастном аспекте, нами был проведен сравнительный анализ данных гинекологического и соматического анализов.(Таблица №1).

Таблица 1. Репродуктивные расстройства у девочек в возрастном аспекте (N=60).

Нозология	1 группа 8-12 лет (n=30) abs./%	2группа 12-18 лет (n=30) abs./%
Гинекологической патологии не выявлено	4 (13%)	1 (3%)
Вульвовагинит:		
Острый	4 (13%)	6 (20%)
Хронический	12 (40%)	8 (27%)
Хронический аднексит	3 (10%)	10 (33%)
Дисфункция яичников	18(60%)	10(33%)
Функциональная киста яичника	-	3 (10%)
Гиперандрогения	2 (6%)	9 (30%)
Задержка полового созревания	1 (3%)	3 (10%)
МКПП (маточные кровотечения пубертатного периода		3(10%)
Дисменорея		10(33%)
Заболевания почек	6(20%)	3(10%)
Болезни пищеварительного тракта	16(53%)	4 (13%)

Анализ репродуктивных нарушений у девочек-подростков в сравниваемых группах в возрастном аспекте показал, что среди гинекологических заболеваний преобладает воспалительный генез в виде вульвовагинитов, как острых, так и хронических в школьном возрасте (n=53%), в то время как различные нарушения репродуктивной системы (менструальной функции: альгодисменорея -33%; 1-аменорея -10%; 2-аменорея – 40%;) преобладают у девочек-подростков старшего школьного возраста. Следует особо отметить, что у всех осмотренных имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний или поражение нескольких систем

Согласно представленным в таблице данным, неспецифический вульвовагинит ни в одном случае не был самостоятельным заболеванием, а всегда сочетался с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек разных органов, таких как инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, хронический тонзиллит и дисбактериоз кишечника. При этом микрофлора влагалища у 73,6% девочек оказалась идентичной возбудителям основного заболевания.

Заключение: Таким образом в результате проведенного нами сравнительного анализа, можно сделать следующие выводы:

1. Группу высокого риска составляют девочки с отягощенными экстрагенитальными заболеваниями органов пищеварения (53%) и гинекологические заболевания воспалительного генеза (77%).

2. Существует пропорциональная зависимость между преморбидным фоном и структурой репродуктивных нарушений у девочек-подростков (чем отягощеннее преморбидный фон, тем выраженнее нарушения менструального цикла).

3. Структура нарушения репродуктивной системы определяется возрастом девочки. В младшем школьном возрасте преобладают вульвовагиниты (53%), тогда как в старших классах преобладают нарушения менструального цикла (63%).

Литература:

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласанян В.Г.-«Особенности нарушений и коррекции менструального цикла у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы».-// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2019, №5, стр.80.
2. Богданова Е.А. – «Организация медицинской помощи девочкам с гинекологической патологией».- // Российский педиатрический журнал.- 2017.-№4. – с. 4-6.
3. Гусева Е.В., Кузнецова И.В., Николаев С.Н.- «Структура вульвовагинальной патологии у девочек разных возрастных групп».-//Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2019, №3, стр.50.
4. Fidel P.L. Vaginal candidiasis: review and role of local mucosal immunity. AIDS Patient Care and STDs 2017; 12:359-66.

ЯНГИ КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ COVID-19 НИНГ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДАГИ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Донабоева З.Ж., Агабабян Л.Р., Элтазарова Г.Ш.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассислари маълумотларига кўра COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёллар ва уларнинг янги туғилган чақалоқлари ихтисослашган тиббий ёрдамга кўпроқ муҳтождир. Айниқса сурункали касалликлари мавжуд ҳомиладорларда COVID-19 оғир кечади ва организмда асоратларга сабаб бўлади. Ҳомиладорликни ва туғруқни асоратли кечишига ҳамда перинатал оқибатларни ёмонлашишига олиб келади (1). COVID-19 билан касалланган аёлларнинг аксарияти бир неча кундан кейин ўтиб кетадиган енгил аъломатларга дуч келишади. Аммо ўзини ёмон ҳис қилиши ҳам мумкин (2). Бундан ташқари, COVID-19 нинг ҳомиладорлик ва ҳомила соғлигига қандай таъсир қилиши ҳақида ҳали жуда оз маълумотлар мавжуд. Буюк Британияда олиб борилган бир тадқиқот шуни кўрсатдики, жорий йилнинг 1 мартдан 14 апрелигача коронавирус инфекцияси билан касалхонага ётқизилган 427 ҳомиладор аёлнинг аксарияти иккинчи триместр охирида ёки учинчи триместрда бўлган. Уларнинг 145 нафари бошқа касалликларга чалинган. 41 аёл ўпка сунъий вентилляциясига муҳтож бўлган ва беш нафари вафот этган. Тадқиқотга кўра, янги туғилган 265 чақалоқдан 12 тасида COVID-19 борлиги тасдиқланган. Испанияда 874 нафар ҳомиладор аёл иштирок этган яна бир тадқиқот шуни кўрсатдики, симптомлари бўлган ва касалхонага ётқизишни талаб қиладиган аёллар орасида ҳомиладорликнинг охирига ойларида бўлган аёллар сони кўпроқ бўлган. Америка Касалликларни Назорат қилиш Марказининг мутахассислари - репродуктив ёшдаги, ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган, COVID-19 билан касалланган аёлларнинг соғлиги ҳолатини таққосладилар. Маълум бўлишича, ҳомиладор аёллар сурункали ўпка касаллиги, қандли диабет ва юрак-қон томир касалликларига чалинган. Уларнинг касалхонага ётқизилиши 5,4 баробар, реанимация бўлимида 1,5 баравар, ўпка сунъий вентилляциясига муҳтожлар 1,7 баравар кўп бўлган. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳомиладор аёллар COVID-19 билан боғлиқ жиддий асоратлар хавфи юқори эканлигини билишлари керак. Масалан, Қўшма Штатларда коронавирус вирусини юқтирган 15735 ҳомиладор аёлнинг 37 нафари вафот этди, 4086 нафари касалхонага ётқизилди, 12183 нафари реанимация бўлимига ётқизилди ва 66 нафари, ўпка сунъий вентилляциясига муҳтож бўлган (3).

"Далиллар, ҳомиладорликдан қатъий назар, диабет ёки юқори қон босими каби қўшма касалликлари бўлганда хавф юқорилигини айтади", дейди тадқиқот муаллифи Мерседес Боне (4).

Бу муаммолар бугунги кунда акушерлик-гинекология ва неонатология, пренатология фанларининг ҳали ўрганилиши керак бўлган соҳасидир.

Мақсад ва вазифалари, янги коронавирус инфекцияси COVID-19 бошдан кечирган ҳомиладорларда гестация ва туғруқ оқибатларини ўрганиб чиқиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Ретроспектив ҳомиладорларнинг анамнезини ва янги коронавирус инфекцияси COVID-19 бошдан кечирган аёлларда гестациянинг клиник кечиши хусусиятларини, ҳомиладорлик карталари бўйича ўрганиш. Статистик таҳлиллар ўтказиш. Самарқанд Давлат медицина институти клиникаси, вилоят перинатал маркази, шаҳар туғруқхоналари ва Тайлоқ туман тиббиёт бирлашмаси туғруқ комплексига мурожат қилиб келган ҳомиладорларнинг туғруқ тарихи ретроспектив ўрганилди (n=182).

Текшириш натижалари, тадқиқот гуруҳлари чақалоқлар антропометриясига асосланиб ажратилди. 1-нафар (0,6%) чақалоқнинг вазни 1800 гр ўта кам вазн билан ва 9 нафари (4,9%) 2500 гр дан кам вазн билан туғилди. Натижида 10 нафар (5,5%) ҳомиладорларнинг чақалоқлари 2500 гр дан кам вазн билан туғилган, улар асосий гуруҳ (АГ) деб белгиланди. 22 нафар (12,1%) чақалоқлар вазни 2500 гр дан 3000 гр гача вазнга эга бўлди, улар биринчи назорат гуруҳи (1-НГ) деб аталди. Қолган 150 нафар (82,4%) чақалоқларнинг вазни 3000 гр дан юқори бўлиб, улар иккинчи назорат гуруҳи (2-НГ) деб олинди. Ушбу ҳомиладорлар яшаш жойлари бўйича COVID-19 вирусига иммунологик (ИФА) усулда IgG антителласига текширилган ва натижаларнинг мусбатлиги аниқланган.

Тадқиқотдаги аёлларнинг яшаш жойи ва касби бўйича таҳил натижалари, АГ да шаҳар аҳолиси 2 нафар (20%), қишлоқ аҳолиси -8 нафар (80%), 1-НГ да шаҳар аҳолиси 8 нафар (36,4%), қишлоқ аҳолиси -14 нафар (63,6), 2-НГ да шаҳар аҳолиси 26 нафар (17,3%), қишлоқ аҳолиси -124 нафарни (82,7%) ташкил қилди. Касби бўйича, АГ да уй бекалари 7 нафар (70%), ишчилар 3 нафар (30%), 1-НГ да уй бекалари 15 нафар (68,2%), ишчилар 7 нафар (31,8%), 2-НГ да уй бекалари 99 нафар (66%), ишчилардан 51 нафар (34%) дан иборат бўлди.

Янги Covid-19 вирусининг ҳомиладор аёллардаги клиник белгилари, АГ да тана хароратининг ошиши 4 нафариди (40%), иштахасизлик 10 нафариди (100%), хид сезмаслик 2 нафариди (20%), там сезмаслик 2 нафариди (20%), умумий ҳолсизлик 10 нафариди (100%), тез чарчаш 2 нафарида (20%), хансираш 2 нафариди (20%), нафас етишмаслиги 2 нафариди (20%), бурун битиши 3 нафариди (30%), тамоқ қичиши 4 нафариди (40%), қуруқ йўталлар 2 нафариди (20%), зотилжам 1 нафариди (10%), полиорган етишмаслик 1 нафариди (10%), ўлим 1 нафариди кузатилди. 1-НГ да тана хароратининг ошиши 17 нафариди (77,2%), иштахасизлик 20 нафариди (90,9%), хид сезмаслик 5 нафариди (22,7%), там сезмаслик 4 нафариди (18,2%), умумий ҳолсизлик 20 нафариди (90,9%), тез чарчаш 2 нафарида (9,1%), хансираш 2 нафариди (9,1%), нафас етишмаслиги 2 нафариди (9,1%), бурун битиши 5 нафариди (22,7%), тамоқ қичиши 11 нафариди (50%), қуруқ йўталлар 6 нафариди (27,3%), гепатоспленомегалия, гломерулонефрит ва анемия оғир даражаси 1 нафариди (4,5%), полиорган етишмаслик 1 нафариди (4,5%) учради. 2-НГ да тана хароратининг ошиши 45 нафариди (30%), иштахасизлик 139 нафариди (92,7%), хид сезмаслик 33 нафариди (22%), там сезмаслик 28 нафариди (18,7%), умумий ҳолсизлик 145 нафариди (96,7%), тез чарчаш 4 нафарида (2,7%), хансираш 3 нафариди (2%), нафас етишмаслиги 5 нафариди (3,3%), бурун битиши 29 нафариди (19,3%), тамоқ қичиши 58 нафариди (38,6%), қуруқ йўталлар 22 нафариди (14,7%) ушбу аломатлар аниқланди.

Тадқиқотдаги 182 нафар ҳомиладорларда янги Covid-19 вирусининг аломатлари кузатилиб, уларнинг 28 нафари (15,4%) протокол бўйича даволанган. 10 нафар (5,5%) 2900 гр дан кам вазни билан туққан аёлларнинг барчасида янги Covid-19 вирусининг аломатлари кузатилган, даволанмаган аммо 6 нафари (60%) инсти қабул қилган. 2500-3000 гр гача вазн билан туққан 22 нафар ва 3000 грдан юқори вазн билан туққан 150 нафар жами 172 нафар (94,5%) аёлларнинг 28 нафари (16,3%) протокол бўйича даволанган ва қолган 144 нафар (83,7%) ҳомиладорларнинг 87 нафари (60,4%) худди юқоридагидек инсти қабул қилиш билан чекланган. Қолган 57 нафар (39,6%) ҳомиладорлар даволанмаган.

Янги Covid-19 вирусини бошдан кечирган ҳомиладорларда туғруқнинг кечиши. АГ да, муддатдаги туғруқ-10 нафариди (100%), 8-нафар (80%) ҳомиладорлар таббii туғруқ йўллари орқали туғди, 2 нафариди (20%) кесар кесиш операцияси ўтказилди. 3 нафар (30%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши кузатилди, уларнинг 2 нафариди (20%) хорионамнионит ривожланиб, кесар-кесиш операцияси ўтказилди. 1-НГ да, муддатдаги туғруқ-21 нафариди (95,5%), муддатидан олдинги туғруқ 1-нафариди (4,5%) бўлиб ўтди. 13-нафар (59,1%) ҳомиладорлар таббii туғруқ йўллари орқали туғди, 8 нафариди (36,4%) кесар кесиш операцияси ўтказилди. 5 нафар (22,7%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши кузатилди, уларнинг 1 нафариди (4,5%) хорионамнионит ривожланиб, кесар-кесиш операцияси ўтказилди. Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар: хорионамнионит, бачадондаги чандиқ ёрилиш хавфи, бош чаноқ диспропорцияси, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, презекламциянинг оғир даражаси, нормал жойлашган йўлдошнинг оғир даражаси кўчиши ҳомиланинг чаноқ қисми билан ётиши, эгиз ҳомилаларнинг бирини оёчалари билан ётиши-1 нафардан (4,5%) кузатилди. 2-НГ да, муддатдаги туғруқ-148 нафар (98,7%), муддатидан олдинги туғруқ-2 (1,3%) ни ташкил қилди. 99-нафар (67,3%) ҳомиладорлар таббii туғруқ йўллари орқали туғди, 49 нафариди (32,7%) кесар кесиш операцияси ўтказилди. 21 нафар (14%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши кузатилди. Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар: бачадондаги чандиқ носозлиги-23 нафариди (15,3%), бош чаноқ диспропорцияси-4 нафариди (2,7%), ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, презекламциянинг оғир даражаси, ҳомиланинг чаноқ қисми билан ётиши-3нафардан (2%), бачадондаги чандиқ ёрилиш хавфи, ҳомиланинг оёқчалари билан ётиши-2 нафардан (1,3%), бачадондаги чандиқнинг гистопатик ёрилиши, нормал жойлашган йўлдошнинг оғир даражаси кўчиши, бачадон бўйни чандиқли деформацияси, миопия юқори даражаси, муддатидан ўтган ҳомиладорлик, ҳомиладор аёл анмнезида бош трвммасиолиши ва энцефалопатия си сабабли операция ўтказилганлар-1нафардан (0,67%) ташкил қилди.

Чақалоқлар АГ да, 5 нафари (50%) АШБ 6-7 балга ва қолган 5 нафар (50%) чақалоқлар АШБ 7-7 балга туғилди. Чақалоқларнинг 9 нафари (90%) гипотрофия билан ва бир нафари 10% ўта кам вазн билан туғилди. 1-нафар (10%) чақалоқ бўйнига киндиги бир марта ўралиб туғилди. 3 нафар (30%) чақалоқнинг қўл оёқлари кир ювувчилар қўлига ўхшайди худди муддатидан ўтган чақалоқлардаги каби. Ҳомила ривожланиш аномалияси: полидактили, қулоқ супрасида зиёти бўлиши 1 нафардан (10% дан) чақалоқларда учради. Плацентани макроскопик кўриниши, 10 нафар (100%) аёлларнинг барчасини плацентасида петрификатлар ва кальцинатлар бўлиб яшил рангли эскириб кетган холлари аниқланди.

1-НГ да, 10 нафар (45,5%) чақалоқлар АШБ 6-7 балга, 12 нафари (54,5%) АШБ 7-7 балга туғилди. 1 нафар (4,5%) чақалоқнинг киндиги бўйнига ўралиб дунёга келди. Туғруқдан кейин плацентанинг кўриниши 22 нафар (100%) тадқиқотдаги аёлларнинг барчасини плацентасида петрификатлар ва 8 нафарининг (36,4%) плацентасида кальцинатлар мавжуд ҳамда улар яшил рангли бўлиб эскириб кетган. 2-НГ да 9 нафари (6%) АШБ 6-7 балга, 110 нафари (73,3%) АШБ 7-7 балга ва 31 нафар (20,7%) чақалоқлар АШБ 8-10 балга туғилди. 2 нафар (1,3%) чақалоқларнинг киндиги бўйнига ўралиб туғилди. 1 нафар (0,67%) чақалоқ ҳомила ривожланиш аномалияси - кўкрак қафаси деформацияси билан туғилди. 1 нафар (0,67%) чақалоқ муддатидан ўтган ҳомила белгилари билан дунёга келди. Ушбу чақалоқларнинг плацентасини таърифласак 107 нафариди (71,3%) плацентада петрификатлар ва 14 нафариди (9,3%) кальцинатлар аниқланди ҳамда плацента эскириб яшил рангли бўлиб кетган.

Хулосалар. Янги Covid-19 вируси ҳомиладор аёлларда оғир асоратларга сабаб бўлди. АГ да зотилжам 1 нафариди (10%), полиорган етишмаслик 1 нафариди (10%), ўлим 1 нафариди кузатилди. 1-НГ да %, қуруқ йўталлар 6 нафариди (27,3%), гепатоспленомегалия, гломерулонефрит ва анемия оғир даражаси 1 нафариди (4,5%), полиорган етишмаслик 1 нафариди (4,5%) учради. 2-НГ да касаллик аломатлари енгил кечди.

Даво фақат 28 нафари (15,4%) протокол бўйича даволанган. АГ дан 6 нафар (60%) ва НГ ларидан 87 нафар (60,4%) ҳомиладорлар фақат инсти қабул қилган билан чекланган, 57 нафар (39,6%) ҳомиладорлар даволанмаган.

Туғруқ асоратлари АГ да 3 нафар (30%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши кузатилди, уларнинг 2 нафариди (20%) хорионамнионит ривожланиб, кесар-кесиш операцияси ўтказилди. 1-НГ да 5 нафар (22,7%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши кузатилди, уларнинг 1 нафариди (4,5%) хорионамнионит ривожланиб, кесар-кесиш операцияси ўтказилди. Кесар кесиш операцияси 8 нафариди (36,4%) ни ташкил қилди. 1 нафар (4,5%) ҳомиладорда нормал жойлашган йўлдошнинг оғир даражали кўчиши кузатилди. 2-НГ да 49 нафариди (32,7%) кесар кесиш операцияси ўтказилди. 21 нафар (14%) аёлларда туғруқ қоғоноқ сувининг муддатидан олдин кетиши билан туғруқ асоратланди ва 1 нафар (0,67%) ҳомиладорда туғруқ нормал жойлашган йўлдошнинг оғир даражали кўчиши билан асоратланди. 2-НГ да кесар-кесиш операцияси кўрсатгичи юқори аммо асосий кўрсатмалар бачадондаги чандиқ носозлиги бўлган (15,3%). Юқоридаги маълумотлардан кўриниб трубки, жиддий асоратлар АГ ва 1-НГ кузатилди.

Чақалоқлар асосан 6-7 ва 7-7 балга туғилди, ўрта оғир аҳволда. Чақалоқлар оғир туғилмади. Фақат АГ да плацентанинг эскириб кетганлиги ҳисобига чақалоқлар гипотрофик туғилди. Назорат гуруҳларида ҳам оз миқдорда плацента патологияси аниқланган ҳолларда чақалоқлар нормал антрометрия билан туғилган. Буни плацентанинг компенсация даражаси билан тушинтириш мумкин.

Адабиётлар:

1. <https://www.who.int/ru/news/item/01-09-2020-new-research-helps-to-increase-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>.
2. <https://www.bbc.com/russian/features-52584870>.
3. <https://github.com/cssegisanddata/covid-19>.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Насриддинова Ш.И.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. В настоящее время в период пандемии изучение проблемы тромбофилических осложнений при беременности остается одной из основных, перспективных задач современного акушерства [2, 3, 5]. Исследования последних лет выявили отчетливую связь между развитием аутоиммунных процессов и репродуктивными нарушениями в виде привычного невынашивания, первичного и вторичного бесплодия, преждевременных родов и аутореакции на фосфолипиды [10, 12]. Комплексное воздействие взаимосвязанных повреждающих факторов (коронавирусная инфекция, наличие антифосфолипидных антител, вредные привычки, нервные перенапряжения, нарушение режима и сна) приводят к сдвигу гомеостаза во время беременности. При этом происходит дисбаланс в системе иммунитета, и на фоне сбоя вырабатываются антитела к собственным тканям организма [3, 4, 6].

В период беременности факторами риска являются также наследственные и приобретенные нарушения коагуляции (инфекции, воспаление, ожирение, дегидратация и т.д.). Послеродовой период представляет еще более высокий риск [8, 10, 11], и в течение этого периода он увеличивается в 15–35 раз по сравнению с соответствующими по возрасту небеременными женщинами [10, 12]. Ежедневный риск связанных с беременностью ВТЭ максимально проявляется в течение первых 3–6 нед. после родов [3]. После этого он быстро снижается, хотя небольшой остаточный риск может сохраняться в течение 12 нед. после родов [13]. В структуре причин материнской смертности, хоть и не первостепенное место, занимает акушерская эмболия [12]. Материнская смертность составляет 0,1 на 100 000 родов при естественных родах и в 10 раз выше (1–1,6 на 100 000) после операции кесарева сечения [2]. Венозные тромбозы и эмболии относятся к управляемым причинам материнской смертности, кроме того венозные тромбозы магистральных вен приводят к тромбированию сосудов плаценты, тем самым, приводить к ухудшению маточно-плацентарного кровообращения и внутриутробного состояния плода [6], что создает реальную угрозу жизни и здоровью не только матери, но и плода.

Чтобы лучше понять проблему тромбофилических состояний, необходимо вспомнить, что же такое гемостаз и как он «работает». Система гемостаза – это биологическая система, обеспечивающая сохранение жидкого состояния крови, с одной стороны, предупреждение и остановку кровотечений – с другой, путем поддержания структурной целостности стенок кровеносных сосудов и достаточно быстрого тромбообразования последних при повреждениях [3, 4, 13].

В процессе остановки кровотечения оба механизма взаимосвязаны [2]. Тромбоцитарный тромб останавливает кровотечение лишь в микрососудах с низким артериальным давлением. В более крупных сосудах тромбоцитарный тромб не в состоянии обеспечить надежный гемостаз и здесь главенствующая роль принадлежит коагуляционному гемостазу [11, 12].

В последние годы все больше внимания уделяется изучению роли тромбофилических состояний как в развитии акушерских осложнений, так и тромбозоболоческих осложнений. Проведенный анализ многих исследований позволил выделить тромбофилии в самостоятельную группу причин невынашивания беременности [10]. По данным разных авторов роль тромбофилии в структуре причин синдрома потери плода составляет 40–75 % [1–4, 6, 7]. Среди приобретенных форм тромбофилии самой распространенной остается антифосфолипидный синдром (АФС). С началом бурного развития клинической гемостазиологии и иммунологии в 80–90 гг. XX века один за другим были открыты ряд генетических форм тромбофилии, включая мутацию FV Leiden, мутацию протромбина G20210A, полиморфизмы генов, контролирующей систему фибринолиза: PAI-1, 4G/5G, полиморфизмы тканевого активатора плазминогена t-PA I/D, фибриногена-455 A/G, фактора XII и т.д. [3, 4, 13]. По причине тромбофилии происходит до 55% репродуктивных потерь. Термин «тромбофилия» впервые был введен в 1965 году для описания тенденции к венозным тромбозам в одной из норвежских семей с дефицитом антитромбина III (AT III). Позже этот термин широко внедрился в клиническую практику и стал объединять множество расстройств, сопровождающихся повышенной предрасположенностью к тромбозам, включая как наследственные, так и приобретенные их формы [10, 11, 14].

Цель. Изучить спектр антифосфолипидных антител у пациенток с антифосфолипидным синдромом в период пандемии COVID-19

Методы исследования: Было обследовано 30 пациенток с антифосфолипидным синдромом и 19 беременных перенесших коронавирусную инфекцию, пролеченные в Бухарских и Каганских родильных домах. Контрольную группу составили 15 женщин с физиологическим течением беременности обратившихся в Бухарский городской родильный комплекс. При оценке системы гемостаза определяли активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновый индекс (ПТИ), концентрацию фибриногена, активность антитромбина III (AT III), количество тромбоцитов. Кроме гематологических, биохимических исследований было исследовано доплерометрия маточно-плацентарного круга кровообращения для выявления нарушений в системе кровообращения. Допплерометрические исследования беременных проводились в Бухарском областном скрининговом центре и в частной клинике Файзмед врачом Рахматова.

Результаты исследования: Все 30 обследованные пациентки, у которых была диагностирована инфекция COVID-19 и антифосфолипидный синдром в анамнезе, находились в третьем триместре беременности. У 16 пациенток главным симптомом была лихорадка без значительной лейкопении и лимфопении и у 14 пациенток были выявлены антифосфолипидный синдром. По состоянию на 25 сентября 2020 года ни у одной из 19 женщин болезнь не прогрессировала до тяжелой болезни и не умерли (все пациентки были вылечены и выписаны). Гистопатологический анализ плаценты показал, что у 13,5 % была хорионическая гемангиома и 14,5% мультифокальный инфаркт; во всех случаях наблюдалась разная степень отложения фибрина в интерстиции ворсинок или вокруг него под микроскопом, а также увеличились локальные синцитиальные узелки; хориоамнионита не обнаружено.

Таблица 1. Клинико-лабораторные данные беременных с АФС и COVID-19 в сравнительном аспекте со здоровыми пациентками

Показатель	1-я группа, n=30	2-я группа, n=19	Контрольная группа, n=15
Hb, г/л	84,2±1,3***	83,2±1,3***	99,4±4,3
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,8±0,2**	4,2±0,2	4,8±0,3
Ht, %	32,2±1,0	33±1,0	34,9±1,1
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	11,8±0,4*	18,7±0,4*	5,7±0,5
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	168,3±11,5***	196,3±11,5	210,2±6,0
СОЭ, мм/ч	22,6±1,1***	27,3±1,1*	19,5±0,6

Примечание: * – различия относительно данных контрольной группы значимы (* – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001)

В нашей общей когорте беременных женщин, инфицированных COVID-19, 8 из 19 пациенток (32,6%) изначально не имели симптомов, связанных с COVID-19. Две из этих женщин первоначально поступили для индукции родов по акушерским показаниям. У обеих развились симптомы, имитирующие акушерские осложнения, но в конечном итоге им был поставлен диагноз COVID-19 как часть широкого дифференциала, как ранее описано этой группой.

Исследование лабораторных данных в динамике беременности у пациенток с АФС и COVID-19, показали, что уровни концентрации гемоглобина и количества эритроцитов были достоверно выше и являются компенсаторно-приспособительной реакцией организма матери. У всех обследованных пациенток имела место анемия: Hb – 84,2±1,3% при пониженных значениях Hb на 7,7%. Отмечена склонность к тромбоцитопении, ускорение СОЭ на 33,1%, лейкоцитозу (табл. 2).

Учитывая высокую значимость COVID-19 и антифосфолипидного синдрома как возникновение фактора риска ТЭО, у этих женщин была изучена система свертывания крови, с наличием Д-димеров, ферритина (табл. 3).

Таблица 2. Клинико-лабораторные данные беременных с АФС и COVID-19 в сравнительном аспекте со здоровыми пациентками

Показатель	1-я группа, n=30	2-я группа, n=19	Контрольная группа, n=15
Протромбиновый индекс (ПТИ), %	96,2±1,1*	66,2±0,2*	121±3,2
Фибриноген, г/л	4,0±0,6***	5,3±0,3***	3,5±0,5
Антитромбин III, мг/л	74,1±1,2**	59,9±1,2*	95,6±1,7
АПТВ	32,1±1,1**	30,7±2,3**	40,3±1,5
Д-димер нг/мл	970,2±6,0*	3096,3±11,5*	168,3±11,5
Ферритин нг/мл	122,6±1,1*	327,3±1,1*	29,5±0,6

Примечание: * – различия относительно данных контрольной группы значимы (* – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001)

При исследовании системы гемостаза были выявлены некоторые отклонения: у беременных с COVID-19 наблюдались более выраженные нарушения коагуляционного звена гемостаза по сравнению с контрольной группой. Несмотря на легкое течение заболевания, изменение в системе гемостаза были достоверно выше (P<0,01). Увеличение фибриногена имеет клиническое значение. Уровень D-димера значительно повышается в тяжелых случаях, что является потенциальным фактором риска и основанием для плохого прогноза. У пациентов, получающих антикоагулянтную терапию необходимо следить за уровнем АЧТВ, D-димера, ВСК. Вопрос о прекращении антикоагулянтной терапии должен решаться на основании показателей коагулограммы и D-димера.

COVID-19 и антифосфолипидный синдром представляет собой серьезную угрозу во время беременности, который вполне может быть причиной разных перинатальных осложнений вплоть до антенатальной смертности. Исходя из текущих клинико-лабораторных исследований заболеваемости, необходимо ожидать, именно бессимптомное течение изменение в системе гемостаза достоверно выше, и тем самым обращение беременных за медицинской помощью снижается. Наши результаты доказывают, что COVID-19 часто протекает бессимптомно и его следует рассматривать у всех беременных женщин в регионах с высокой распространенностью заболевания.

Достоверно значимые изменения в МППК у беременных с АФС и COVID-19 в сопоставлении с данными контрольной группы отмечены в артерии пуповины – нарастанием ИР 0,72±0,02; в маточной артерии – увеличение СДО до 2,26±0,02 и ИР до 0,61±0,02; в среднемозговой артерии - снижение данных ИР, ПИ и СДО. Такие изменения в маточной артерии и артерии пуповины указывают на повышение сопротивления в периферических отделах, в средней мозговой артерии наблюдалось снижение всех показателей (табл 2).

Таблица 3. Показатели доплерометрии маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики у женщин обследованных группах (M±m)

Исследуемые параметры	СДО	ИР	ПИ
1 группа, n = 30			
Маточные артерии	2,26±0,02***	0,61±0,02***	0,93±0,05***
Артерия пуповины	3,21±0,02***	0,72±0,02***	0,84±0,08*
Средняя мозговая артерия	2,82±0,02***	0,91±0,02***	1,89±0,02***
2 группа, n = 19			
Маточные артерии	2,06±0,05***	0,48±0,01	0,81±0,05***
Артерия пуповины	3,84±0,05***	0,63±0,01***	0,76±0,05
Средняя мозговая артерия	1,69±0,05***	0,96±0,03***	1,99±0,02***
Группа контроля n = 15			
Маточные артерии	1,89±0,05	0,39±0,05	0,56±0,02
Артерия пуповины	2,65±0,05	1,11±0,02	0,65±0,05
Средняя мозговая артерия	4,65±0,02	0,74±0,01	1,39±0,02

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

При изучении особенностей кровообращения в системы мать-плацента-плод у беременных с АФС и COVID-19 нарушения МППК были выявлены в 30 (68,2%) случаев. Нарушения кровотока в маточных артериях выявлены у 12 (27,2%) пациенток, плодового кровотока – у 8 (18,2%), сочетанные нарушения наблюдалось у 7 (16%) случаев. Также имеет прямая зависимость между степенью тяжести COVID-19 и нарушением кровотока в МППК. У беременных с легкой степенью COVID-19 нарушения в плацентарно-плодовом кровотоке (ППК) не выявляются, при наличии средней и тяжелой степени COVID-19 выявляются значительные изменения в ППК.

Выводы: У беременных перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 и с антифосфолипидным синдромом отмечена гиперкоагуляция, а также нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Беременных, перенесших COVID-19, и женщин с антифосфолипидным синдромом необходимо относить в группу риска по развитию ПН и проводить своевременную профилактику ПН.

Коррекция нарушений в системе гемостаза у беременных с тромбофилией и COVID-19 в период формирования плаценты до завершения инвазии трофобласта необходима не только для пролонгирования беременности, но и для профилактики отдаленных осложнений беременности (тяжелых форм преэклампсии, плацентарной недостаточности, синдрома ограничения роста плода).

Литература:

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Громыко Г.Л. и др. Плацентарная недостаточность: Диагностика и лечение: // Учеб. пособие. - Санкт-Петербург., 2017. –С. 32.
2. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 129.
3. Дустова Н.К. Гипертоническая болезнь и беременность //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2014. Т.2. С. 86.
4. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Садуллаева М. Diagnosis and treatment of COVID - 19 for pregnancy// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №2 (30/2). - С. 98 – 103
5. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж. Оценка морфологических изменений последов у женщин с антенатальной гибели плода / Новый день в медицине № 3 (19) 2017.Узбекистан С.- 4
6. Ихтиярова Г.А., Ходжаева Н.Б., Косимова Н.И. Этиология варикозного расширение вен малого таза при беременности // Проблемы биологии и медицины. Самарканд. 2012г. №1 (68).-С.154-155
7. Мусоев Т.Я., Ашурова Н.Г., Шодиев Б.В. Результаты лечения варикозного расширения вен органов малого таза у женщин // Republic Scientific Practical Conference “Actual problems in healthcare of motherhood and childhood” 2015; - С.76-77
8. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. J Microbiol Immunol Infect 2019; 52: 501–03.
9. Amanat F, Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines: status report. Immunity 2020; 52: 583–89.
10. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Pathogenetic reasons for the development of varicose disease in pregnant women. Central asian journal of pediatrics - 2(2)2019
11. Ikhtiyarova G. et al. Criteria For Prediction Of Complications In Pregnant Women With Antenatal Fetal Death //International Journal of Research. – 2019. – Т. 6. – №. 01. – С. 694-704.
12. Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Tosheva I.I., KurbanovaZ.Sh, Navruzova N.O. “Clinical manifestations of COVID-19 coronavirus infection in pregnant women, measures for pregnancy and childbirth” Methodical recommendation 2020. –P.10-12
13. Inoyatov A.Sh., Navruzova Sh.I. “Coronavirus infection in children (COVID-19) and pneumonia: etiology, epidemiology, clinical, diagnosis, treatment and prevention methods” Tutorial 2020. P. 12
14. Khasanova D.A., Teshayev Sh.J. Topografic-anatomical features of lymphoid structures of the small intestine of rats in norm and against the background of chronic radiation diseases// European science review Vienna, Austria №9-10 2018, Volume 2. Medical science P. 197-198
15. Nuraliyev N.A., Olimova N.I., Ikhtiyarova G.A. Diagnostic value determination of antibodies to antigens of Microorganisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs // American journal of medicine and medical sciences № 10(2) 2020 - P. 124-126
16. Ramsey P.S., Ramin K.D. Пневмония во время беременности [J]. ObstetGynecolClin North Am, 2001, 28 (3): 553-569. DOI: 10.1016 / s0889-8545 (05) 70217-5.
17. Wong S.F., Chow K.M., Leung T.N. и др. Беременность и перинатальные исходы у женщин с тяжелым острым респираторным синдромом [J]. AmJObstetGynecol, 2004, 191 (1): 292-297. DOI: 10.1016 / j.ajog.2003.11.019.
18. Xu X.T., Chen P., Wang J.F. и др. Эволюция нового коронавируса в результате продолжающейся вспышки в Ухане и моделирование его шипового белка для оценки риска передачи вируса от человека [J].SciChinaLifeSci, 21 января 2020 г.].DOI: 10.1007 / s11427-020-1637-5.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Хайдарова Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19), вызванное тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом-2 (SARS-CoV-2), является быстро распространяющейся пандемией. Из-за изменений в иммунной системе и физиологии дыхания беременные женщины подвержены тяжелой вирусной пневмонии. Изменения в иммунной системе и физиологии дыхания делают беременных женщин уязвимыми перед тяжелыми вирусными инфекциями. Чтобы «перенести» развивающийся плод, происходит ослабление клеточного иммунитета (сдвиг от Т-хелперной клетки 1 к Т-хелперной клетке 2). Это, наряду с изменением гормональной среды (простагландины и прогестерон), как известно, увеличивает риск гриппа во время беременности [1, 2, 16]. Беременность также связана с уменьшением объема легких и нарушением способности очищать дыхательные пути, что предрасполагает женщину к тяжелой гипоксии в случаях пневмонии. Беременные женщины, заразившиеся респираторными инфекциями в третьем триместре, чаще имеют тяжелое течение болезни [3, 5, 11]. Физиологический ринит, одышка и сухой кашель, связанные с кислотным рефлюксом гортани, часто встречаются во время беременности и могут привести к задержке диагностики COVID-19. Чтобы

проникнуть в клетку, SARS-CoV-2 связывается с рецепторами ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) через свой шиповидный белок [4, 12]. Во время беременности наблюдается значительное увеличение мРНК ACE2 в почках, плаценте и матке, что может повлиять на уязвимость беременной женщины к COVID-19 [5, 6, 11, 17].

Таким образом, беременные женщины сталкиваются с двойным ударом: повышенным воздействием и восприимчивостью из-за физиологических изменений, как обсуждалось ранее. Согласно имеющимся данным, беременность не увеличивает риск заражения COVID-19 [3, 4]. Тем не менее, нам нужно больше доказательств из проспективных когортных исследований, чтобы установить истинную восприимчивость беременных женщин к COVID-19.

В начале пандемии было высказано предположение, что относительно более молодой возраст этой группы населения может способствовать более легкому заболеванию. Кроме того, повышенное содержание противовоспалительных цитокинов (интерлейкин-4 и интерлейкин-10), связанное с беременностью, может ослабить синдром высвобождения цитокинов, связанный с тяжелым заболеванием [6, 7]. Сопутствующие заболевания (гипертония, диабет, тяжелые заболевания сердца или легких, тяжелое ожирение и состояние с ослабленным иммунитетом) повышают риск тяжелого заболевания, как и у небеременных людей. В ранних сообщениях говорилось, что течение COVID-19 у беременных не хуже, чем у небеременных [10, 12, 13, 17]. Однако в недавнем отчете Центров по контролю за заболеваниями о 91412 беременных женщинах отмечалось, что беременные женщины чаще получали интенсивную терапию (1,5% против 0,9%) и искусственную вентиляцию легких (0,5% против 0,3%) по сравнению с небеременными пациентами даже после поправки на возраст, сопутствующие заболевания и этническую принадлежность [14]. Это контрастирует с ранее опубликованной литературой со всего мира. В когорте из 147 беременных женщин с COVID-19, включенных в отчет совместной миссии ВОЗ и Китая, 8% женщин имели тяжелое заболевание, а 1% когорты исследования были критическими [5, 15]. В систематическом обзоре, включающем 538 беременностей с COVID-19, 15% имели тяжелое заболевание, а 1,4% - критическое [16]. Для сравнения: у 80% небеременных с COVID-19 из Китая болезнь была легкой, у 15% - тяжелой, а у 5% - критическое [17]. В исследовании, проведенном в Нью-Йорке, где все госпитализированные акушеры проходили скрининг на инфекцию SARS-CoV-2, у 14 из 43 (32,6%) женщин было обнаружено бессимптомное течение при обращении, из которых у 10 (71%) женщины появились симптомы во время родов. госпитализация или послеродовой период (у 8 женщин развилась легкая форма заболевания, а у 2 женщин - тяжелое / критическое заболевание) [11, 18]. По состоянию на 11 июня 2020 г. в опубликованной литературе зарегистрировано 13 случаев материнской смерти [9]. Важно отметить, что у большинства этих женщин не было сопутствующих заболеваний. У них был диагностирован COVID-19 на поздних сроках беременности, что могло способствовать неблагоприятному исходу. В средствах массовой информации сообщается о дополнительных случаях смерти, которые также произошли среди преемственных здоровых женщин с диагнозом COVID-19 на поздних сроках беременности [2, 8, 10]. Как свидетельствует эволюция материнского течения COVID-19, абсолютно необходимо, чтобы беременные женщины относились к группе высокого риска и чтобы они находились под пристальным наблюдением на предмет обострения болезни.

Примерно от 25% до 29% небеременных пациентов, которые тяжело болеют COVID-19, могут развить острое повреждение почек (ОПП) [14, 16]. Связанные с беременностью гемодинамические изменения почек делают женщину уязвимой для развития ОПН [12]. У здоровых беременных женщин повышенный почечный кровоток и клубочковая гиперfiltrация приводят к снижению расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ). Таким образом, значения креатинина, считающиеся нормальными для небеременных, будут высокими во время беременности [4, 6, 11, 17]. Следовательно, пороговое значение для рСКФ, определяющего ОПП, ниже, чем у небеременной популяции (> 0,8 мг / дл или > 70,72 мкмоль / л) [19, 20]. ОПП у пациента с COVID-19 можно отнести к нескольким этиологиям. SARS-CoV-2 может вызвать прямое повреждение канальцев или косвенно вызвать ОПП, вторичную по отношению к цитокиновому шторму [20]. Лихорадка и тахипноэ могут способствовать истощению объема, что требует разумной инфузионной реанимации для предотвращения гиповолемии. Внутрпочечная этиология, такая как преэклампсия, тромботические микроангиопатии, послеродовой сепсис, острый кортикальный некроз, острый пиелонефрит, обострение основного гломерулонефрита, такого как волчаночный нефрит, или прогрессирование хронического заболевания почек, также должны быть включены в дифференциальный диагноз дисфункции почек у пациентов с COVID-19.

Также следует рассмотреть возможность оценки обструктивной этиологии ОПН. Для предотвращения истощения объема необходимо разумно использовать диуретики. Особую осторожность следует проявлять во время заместительной почечной терапии, такой как непрерывная заместительная почечная терапия или гемодиализ, чтобы избежать риска интрадиалитической гипотензии, которая может нарушить кровообращение плода.

Беременные женщины с основным заболеванием почек подвергаются более высокому риску развития осложнений у матери и плода [3, 5, 6]. Осложнения со стороны матери включают обострение заболевания почек и вторичную преэклампсию. Неблагоприятные исходы для плода, связанные с беременностью у женщин с заболеванием почек, включают преждевременные роды, задержку роста плода, мертворождение и неонатальную смерть [15, 16].

Таким образом, женщины с заболеванием почек должны находиться под более тщательным наблюдением на протяжении всей беременности. Во время пандемии COVID-19 посещения можно проводить с помощью видеоконференцсвязи, и пациентов следует научить контролировать артериальное давление дома. Они также должны быть обучены отслеживать симптомы обострения болезни почек и преэклампсии, чтобы они могли незамедлительно уведомить клиническую бригаду. Аспирин в низких дозах не противопоказан пациентам с COVID-19 и может снизить риск преэклампсии в этой популяции. У беременных с хроническим заболеванием почек, когда рСКФ снижается <20 мл / мин / 1,73 м² или азот мочевины крови увеличивается > 50-60 мг / дл, предпочтительно начать диализ, поскольку нелеченная уремия связана с плохими исходами для плода [17, 18, 20]. Руководства рекомендуют этим пациентам интенсивный диализ на ос-

нове их остаточной функции почек (до 36 часов в неделю, чтобы содержание мочевины перед диализом было <35 мг / дл). Во время пандемии COVID-19 доступность диализа может быть ограничена, особенно в странах с ограниченными ресурсами. В случае необходимости может потребоваться тщательный мониторинг рСКФ и упреждающее планирование начала диализа [6, 11, 16].

Вывод. В заключение, беременные пациентки составляют уязвимую группу населения, которая требует многопрофильной помощи во время пандемии COVID-19. Мы до сих пор не знаем точного риска и долгосрочных последствий COVID-19 для матери и ребенка. Существует острая необходимость в крупных проспективных исследованиях с международным сотрудничеством. Данные эпиднадзора, собранные во время родовых посещений и посещений при родах, также могут быть экстраполированы на бессимптомные небеременные группы населения, укрепляя базу знаний. Наконец, пациенты с хроническим заболеванием почек, которые забеременели во время пандемии COVID-19, нуждаются в специальной специализированной помощи для успешного течения беременности.

Литература:

1. A.Sh. Inoyatov, A.R. Oblokulov, Sh.J. Teshayev, M.R. Mirzoyeva "Coronavirus infections curriculum" 2020
2. Inoyatov A.Sh., Navruzova Sh.I. "Corona virus infection in children (COVID-19) and pneumonia: etiology, epidemiology, clinical, diagnosis, treatment and prevention methods" Tutorial 2020
3. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Pathogenetic reasons for the development of varicose disease in pregnant women. Central asian journal of pediatrics - 2(2)2019
4. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Peculiarities of pregnancy and lobar peculiarities in patients with varicose veins of the pelvic// International Journal of Bioscience and Biotechnology. - 2019. Vol.11. Iss.9. - P. 92 - 97.
5. Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Tosheva I.I., Kurbanova Z.Sh, Navruzova N.O. "Clinical manifestations of COVID-19 coronavirus infection in pregnant women, measures for pregnancy and childbirth" Methodical recommendation 2020
6. Ikhtiyarova, G.A., Dustova, N.K., Khasanova, M.A., Suleymanova, G.S., Davlatov, S.S. Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus covid-19 // International Journal of Pharmaceutical Research, 2021, 13(1), стр. 1935–1942
7. Ikhtiyarova, G.A., Tosheva, I.I., Aslonova, M.J., Dustova, N.K. Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies // European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 2020, 7(7), стр. 530–535
8. Zhang J.P., Wang Y.H., Chen L.N., Zhang R., Xie Y.F. Клинический анализ беременности во втором и третьем триместре, осложненном тяжелым острым респираторным синдромом Чжунхуа Фу Чан Кэ За Чжи, 38 (8) (2003), стр. 516 - 520
9. Liu, Dehan; Li, Lin; Wu, Xin; Zheng, Dandan; Wang, Jiazheng; Yang, Lian; Zheng, Chuansheng (2020-03-18). "Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis". American Journal of Roentgenology: doi: 10.2214/ AJR. 20. 230 72 ISSN 0361-803X
10. M.A. Murashko, A.Yu. Popova Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infections (2019-ncov) Version 1. temporary guidelines. S52
11. Mojgan Karimi-Zarchi, Hossein Neamatzadeh, Seyed Alireza Dastgheib and etc. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates
12. Tosheva I.I., Ikhtiyarova G.A. Morphological and microbiological changes in the placenta in women with premature discharge of amniotic fluid // F: Problems of Biology and Medicine No. 4.2 (115) 2019 Samarkand. S 146-148
13. А. Леви, Ю. Ягиль, М. Бурштын, Р. Баркалифа, С. Шарф, К. ЯгильЭкспрессия и активность ACE2 повышаются во время беременности Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 295 (6) (2008), стр. R1953 - R1961
14. Ахмедов Ф.К., Туксонова Д.И., Негматуллаева М.Н., Дустова Н.К. Сердечная и почечная гемодинамика у беременных с преэклампсией на фоне ожирения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. Москва. – 2013 – №11 – С. 18–20.
15. Дустова Н.К. Гипертоническая болезнь и беременность //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2014. Т.2. С. 86.
16. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 129.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЛЕБОТОНИКОВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Насриддинова Ш.И., Гайбуллаева Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Коронавирусная инфекция приводит не только материнские осложнения, но и к сожалению возможной различной перинатальной заболеванием и патологии, которая часто осложняется, синдромом отставание плода, антенатальной гибелью плода [6, 10, 11]

По данным американских акушеров и гинекологов, до сегодняшнего дня уровень беременности среди инфицированных вирусом COVID-19 невысок. Однако было отмечено, что риск заражения вирусом COVID-19, таким как грипп и инфекции верхних дыхательных путей, также является высоким [8, 9, 11]. Известно, что во время беременности организм женщины претерпевает различные изменения, которые в свою очередь приводят к снижению иммунной системы, и тем самым приводить к ослаблению фетоплацентарной системы. Такие изменение в фетоплацентарной системе слу-

жить пусковым механизмом для плацентарной недостаточности, который приводит к гипоксии плода и в худших случаях антенатальной гибели плода [7, 10].

Плацентарная недостаточность (ПН) - ключевая проблема акушерства и неонатологии, поскольку функциональная несостоятельность плаценты приводит к угрозе прерывания беременности, отставанию роста и развития плода либо к его гибели [1, 2, 3]. ПН - острый или хронический клинко-морфологический симптомокомплекс, который диагностируется по гормональным сдвигам, данным УЗИ и доплерометрии, корректируется соответствующим лечением и контролируется последующим анализом морфологии родившейся плаценты [2, 4, 5].

Особое значение имеет развитие плацентарной недостаточности у беременных с сердечнососудистой патологией, которая сопровождается генерализованным сосудистым спазмом, стазом крови, нарушением проницаемости стенки сосудов, реологических свойств крови и микроциркуляции. Перечисленные явления - спутники хронической венозной недостаточности, которая представляет собой часто встречающуюся экстрагенитальную патологию сосудистой системы у беременных и родильниц.

Частота встречаемости тромбозомболических осложнений во время беременности, в родах и в послеродовом периоде варьирует от 0,6 до 5,0 на 1000 беременных [5, 9]. По данным авторов, осложнение венозного тромбоза и тромбозомболии легочной артерии во время беременности и в родах встречается в 5,5 раз чаще, чем у небеременных женщин, а послеродовом периоде - в 3-6 раз чаще, чем во время беременности [8, 10]. До сих пор не до конца выяснены этиологические факторы следственной связи в развитии тромбоза, которое возникает это заболевание у пациенток без каких-либо фоновых заболеваний [2, 6, 7]. При научных исследованиях было установлено частота выявления бессимптомного венозного тромбозомболизма во время беременности в пределах 0,18 - 4,9 на 1000 родов [9, 10].

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Флебодиа 600 у беременных с плацентарной недостаточностью перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 44 беременных с ПН и COVID-19 в сроке от 26 до 36 недель беременности, которые получали в дополнение к традиционной терапии препарат Флебодиа 600. В состав традиционного курса лечения входило применение В состав традиционного курса лечения входило применение низкомолекулярного гепарина, антиагрегантов, противовирусных, противовосполительных препаратов и кислородная терапия. В контрольную группу вошли 30 женщин без ПН и COVID-19 с физиологическим течением беременности без плацентарной и хронической венозной недостаточности. До начала и после завершения лечения изучались клинические проявления хронической венозной недостаточности, состояние свертывающей системы пациенток.

Для оценки венозной гемодинамики малого таза при нормально протекающей и осложненной беременности использовался ультразвуковой и доплерометрический методы исследования. С целью оценки маточно-плодово-плацентарного кровотока (МППК) регистрировались доплерометрические индексы кривых скоростей кровотока маточных (МА), артерии пуповины (АП) и средне мозговой артерии плода (СМА). Допплерометрическое исследование входило в стандартное УЗИ плода и проводилось три раза и более (в зависимости от показаний) в течение беременности.

Результаты исследования. Возраст обследованных женщин колебался в пределах от 22 до 36 лет и среднем составил у беременных с COVID-19 и ПН $27,5 \pm 1,4$ и пациенток контрольной группы $24,6 \pm 0,9$ лет. Большинство обследованных были повторнобеременными (88,0% - в основной и 81,6% - в контрольной грппе). Первородящими были 38,2% женщин основной и 26,1% - контрольной группы ($P < 0,001$); повторнородящие составляли 61,8% и 73,9% соответственно ($P < 0,001$).

Таблица 1. Показатели системы гемостаза в динамике предложенной терапии

Показатели	Контрольная группа	До лечения (n=44)	После лечения (n=44)		
			II триместр	III триместр	После родов 3 сутки
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	$95 \pm 0,1$	$113 \pm 1,1^{***}$	$102 \pm 1,0$	$110 \pm 1,2$	$107 \pm 0,7$
Фибриноген (г/л)	$2,8 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,5^*$	$3,5 \pm 0,5$	$4,1 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,3$
Антитромбин III (мг/л)	$104,1 \pm 1,8$	$85,6 \pm 1,7^*$	$96,3 \pm 1,3$	$91,7 \pm 0,9$	$95,1 \pm 1,5$
АПТВ	$46,5 \pm 1,1$	$40,3 \pm 1,5^{***}$	$44,6 \pm 1,1$	$41,8 \pm 0,8$	$44,1 \pm 1,3$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*- $P > 0,05$; **- $P > 0,01$; ***- $P > 0,001$)

Часто встречающейся соматической патологией у беременных явился анемия различной степени, которой наблюдался у 67,4% основной группы и 43,7% у беременных контрольной группы. Из гинекологического анамнеза был выявлен высокий уровень воспалительных заболеваний органов малого таза, который наблюдался чаще у беременных основной группы - 26 (59,1%), чем у пациенток контрольной группы - 11 (36,7%). При изучении данных системы гемостаза у беременных до применения препарата Флебодиа 600, выявлены изменения, демонстрирующие активацию свертывающей системы у беременных с ПН и COVID-19. Под влиянием препарата, отмечено изменения в положительную сторону, однако, показатели не достигались параметров контрольной группы (табл 1).

До лечения ПТИ составило - $113,0 \pm 1,1\%$, фибриноген - $4,3 \pm 0,5$ г/л, и была выявлена снижение концентрации антитромбина (АТ) III - до $85,6 \pm 1,7$ мг/л. После применения препарата Флебодиа 600 в дополнение традиционного лечения было отмечено достоверное снижение протромбинового индекса (ПТИ) и фибриногена, напротив концентрация АТ III повысилась уже после 1го курса лечения на $96,3 \pm 1,3$ мг/л. У пациенток, которые получали комплексную терапию во время беременности было выявлено больше положительного эффекта от лечения.

Достоверно значимые изменения в МППК у беременных с ПН и COVID-19 в сопоставлении с данными контрольной группы отмечены в артерии пуповины – нарастанием ИР $0,72 \pm 0,02$; в маточной артерии – увеличение СДО до $2,26 \pm 0,02$ и ИР до $0,61 \pm 0,02$; в среднемозговой артерии - снижение данных ИР, ПИ и СДО. Такие изменения в маточной артерии и артерии пуповины указывают на повышение сопротивления в периферических отделах, в средней мозговой артерии наблюдалось снижение всех показателей (табл 2).

При изучении особенностей кровообращения в системы мать-плацента-плод у беременных с ПН и COVID-19 нарушения МППК были выявлены в 30 (68,2%) случаев. Нарушения кровотока в маточных артериях выявлены у 12 (27,2%) пациенток, плодового кровотока – у 8 (18,2%), сочетанные нарушения наблюдалось у 7 (16%) случаев. Также имеет прямая зависимость между степенью тяжести COVID-19 и нарушением кровотока в МППК. У беременных с легкой степенью COVID-19 нарушения в плацентарно-плодовом кровотоке (ППК) не выявляются, при наличии средней и тяжелой степени COVID-19 выявляются значительные изменения в ППК.

Таблица 2. Показатели доплерометрии маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики у женщин обследованных группах ($M \pm m$)

Исследуемые параметры	СДО	ИР	ПИ
До лечения, n = 44			
Маточные артерии	$2,26 \pm 0,02^{***}$	$0,61 \pm 0,02^{***}$	$0,93 \pm 0,05^{***}$
Артерия пуповины	$3,21 \pm 0,02^{***}$	$0,72 \pm 0,02^{***}$	$0,84 \pm 0,08^*$
Средняя мозговая артерия	$2,82 \pm 0,02^{***}$	$0,91 \pm 0,02^{***}$	$1,89 \pm 0,02^{***}$
После лечения, n = 44			
Маточные артерии	$2,06 \pm 0,05^{***}$	$0,48 \pm 0,01$	$0,81 \pm 0,05^{***}$
Артерия пуповины	$2,84 \pm 0,05^{***}$	$0,63 \pm 0,01^{***}$	$0,76 \pm 0,05$
Средняя мозговая артерия	$3,69 \pm 0,05^{***}$	$0,86 \pm 0,03^{***}$	$1,61 \pm 0,02^{***}$
Группа контроля n = 30			
Маточные артерии	$1,89 \pm 0,05$	$0,39 \pm 0,05$	$0,56 \pm 0,02$
Артерия пуповины	$2,65 \pm 0,05$	$1,11 \pm 0,02$	$0,65 \pm 0,05$
Средняя мозговая артерия	$4,65 \pm 0,02$	$0,74 \pm 0,01$	$1,39 \pm 0,02$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$)

Изученные нами доплерометрические исследования МППК у пациенток основной группы после лечения препаратом Флебодиа 600 также имели положительную динамику. К моменту после завершения лечения показатели кровотока находились в пределах нормативных значений. Следовательно, уже через неделю после начала применения препарата Флебодиа 600 пациенток, отмечено улучшение кровотока в 1,3 раза, при этом улучшались ультразвуковые параметры фетоплацентарного комплекса.

Выводы.

1. У беременных перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 отмечена гиперкоагуляция, а также нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока.
2. Беременных, перенесших COVID-19, необходимо относить в группу риска по развитию ПН и проводить своевременную профилактику ПН.
3. Полученные результаты исследования показывают целесообразность назначения препарата Флебодиа 600 не менее 3-х раз в течение беременности у женщин с COVID-19 для лечения заболевания и профилактики нарушения кровообращения в фетоплацентарном комплексе.

Литература:

1. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. J Microbiol Immunol Infect 2019; 52: 501–03.
2. Amanat F, Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines: status report. Immunity 2020; 52: 583–89.
3. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Pathogenetic reasons for the development of varicose disease in pregnant women. Central asian journal of pediatrics - 2(2)2019
4. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Peculiarities of pregnancy and lobar peculiarities in patients with varicose veins of the pelvic// International Journal of Bioscience and Biotechnology. - 2019. Vol.11. Iss.9. - P. 92 - 97.
5. Ikhtiyarova G. et al. Criteria For Prediction Of Complications In Pregnant Women With Antenatal Fetal Death //International Journal of Research. – 2019. – Т. 6. – №. 01. – С. 694-704.
6. Ikhtiyarova, G.A., Dustova, N.K., Khasanova, M.A., Suleymanova, G.S., Davlatov, S.S. Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus covid-19 // International Journal of Pharmaceutical Research, 2021, 13(1), стр. 1935–1942
7. Ikhtiyarova, G.A., Tosheva, I.I., Aslonova, M.J., Dustova, N.K. Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies // European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 2020, 7(7), стр. 530–535
8. Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Qayumova G. Diagnostic characteristics of pregnancy in women with antenatal fetal death// European Journal of Research. - 2017. - №5(5). - P. 3 - 15.

9. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2018—conclusions and recommendations. Weekly epidemiological record, 7 December 2018, vol 93, 49 (pp. 661–680). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276544/WER9349.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed July 27, 2020).
10. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. N Engl J Med 2020; 382: 2163–64.
11. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Громыко Г.Л. и др. Плацентарная недостаточность: Диагностика и лечение: // Учеб. пособие. - Санкт-Петербург., 2017. –С. 32.
12. Дустова Н.К. Применение диофлана у пациенток с варикозным расширением вен малого таза и синдромом тазовых болей// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2017. - № 2. - С. 37 - 39.
13. Дустова Н.К. Гипертоническая болезнь и беременность //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2014. Т.2. С. 86.
14. Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Прогностическая ценность цитокинов у женщин с варикозной болезнью при фетоплацентарной недостаточности// Доктор ахборотномаси. - 2019. - № 4. - С. 90 - 94.
15. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 129.
16. Ихтиярова Г.А. Диагностика, лечение и акушерская тактика при синдроме потери плода// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2016. - №1. - С. 74 - 75.
17. Ихтиярова Г.А., Ходжаева Н.Б., Косимова Н.И. Этиология варикозного расширения вен малого таза при беременности // Проблемы биологии и медицины. Самарканд. 2012г. №1 (68).-С.154-155
18. Мусоев Т.Я., Ашурова Н.Г., Шодиев Б.В. Результаты лечения варикозного расширения вен органов малого таза у женщин // Republic Scientific Practical Conference "Actual problems in healthcare of motherhood and childhood" 2015; - С.76-77

СОВРЕМЕННОЕ ВНУТРИУТРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г.

Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан

Введение: Внутриматочные, внутрисосудистые гемотрансфузии под ультразвуковым контролем в настоящее время являются стандартом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода, обеспечивающим эффективную коррекцию у плода анемического синдрома и позволяющим пролонгировать беременность у алло-иммунизированных беременных [1]. Метод заключается в том, что во время выполнения кордоцентеза, в вену пуповины вводят эритроцитарную массу, обедненную лейкоцитами и тромбоцитами O (I) группы крови, резус Rh-отрицательной [2]. Объем переливаемой эритроцитарной массы зависит от срока гестации, уровня гематокрита плода и донора, предполагаемой массы и объема циркулирующей крови плода (150мл/кг) [3]. В связи с налаженной программой анти-D профилактики потребность проведения внутриутробного лечения плодов во многих зарубежных странах низкая и связана с иммунизацией по редким эритроцитарным антигенам [4]. Проведение внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии снижает частоту заменных переливаний крови (ЗПК) у новорожденных на 10-15% и улучшает перинатальные исходы [5]. Большинство перинатальных центров выполняют переливание внутриутробно от 22х до 34х недель беременности. Координация этой процедуры предполагает междисциплинарный подход, в том числе акушеров, специалистов по фетальной медицине, трансфузиологов и педиатров [6]. Внутриматочные трансфузии включают больше осложнений, когда они выполняются до 22х и после 32х недель [7].

Целью нашего исследования явилась оценка результатов внутриутробного, внутрисосудистого лечения гемолитической болезни плода при резус-конфликтной беременности по сравнению с традиционной методикой.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена в Республиканском Перинатальном Центре МЗ РУз в течение 2х лет с 2019 по 2020 г. Всего в исследованиях участвовали 77 повторно беременных женщин с резус-иммунизацией, которые были разделены на 2 группы. Возраст женщин в обеих группах составлял от 23 до 48 лет.

1-я группа 44 беременных с резус-иммунизацией, которым проведено традиционное лечение, то есть досрочное родоразрешение при высоких тирах и постнатальное проведение ЗПК (заменного переливания крови). Срок гестации женщин в 1-й группе составил от 25 до 40-недель

2-я группа 33 беременных с резус-иммунизацией, которым в антенатальном периоде проведено лечение гемолитической болезни плода путем внутриутробного, внутрисосудистого переливания крови 38 раз, так 5 женщинам (15,1%) эта операция проведена дважды. Объем гемотрансфузий составил от 30,0 до 100,0мл 5кратно отмытой O (1) резус отрицательной эритроцитарной массы. Срок гестации женщин во 2-й группе составил от 21 до 35-недель. Доношенной беременности в этой группе не было.

Критериями включения во вторую группу были: Информированное, добровольное согласие пациентки на участие в внутриутробном внутрисосудистом переливании крови плоду, уровень гемоглобина плода ниже 90,0г/л, гематокрита плода ниже 30% по данным трансабдоминального кордоцентеза, одноплодная беременность. Критериями исключения были: многоплодная беременность, доношенная беременность, тяжелая соматическая патология и отказ женщины от участия в операции. До родоразрешения всем беременным ниже срока 34х недель проводили стандартную профилактику СДР-плода Дексаметазоном 24 мг.

Результаты исследования: По паритету беременные были, распределены следующим образом, если 3 и 4 роды в 1 й группе составляли 65,8% 2/3 от общего числа пациентов, то во 2й группе 1/3 женщин 30,3% были 5 и 6 роды.

Таблица 1. Паритет беременных с реузс иммунизацией.

№	Роды	1-я группа (n-44)	%	2-я группа (n-33)	%
1	2-е роды	11	25,0	3	9,1
2	3-е роды	17	38,6	6	18,2
3	4-е роды	12	27,2	7	21,2
4	5-е роды	3	6,8	7	21,2
5	6-е роды	0	-	3	9,1
6	9-е роды	1	2,2	1	3,0

По репродуктивным потерям у всех женщин были перинатальные потери плода за счет иммунной водянки, но частота их была разной. Частота перинатальной смертности в анамнезе у женщин 1й группы составляло 49,9%, то во второй группе этот показатель был выше и составил 72,7%. Точно также показатель детской смертности в анамнезе у женщин если в 1й группе был 13,6%, то во второй группе цифра составила 24,2%.

Таблица 2. Репродуктивные потери беременных с реузс иммунизацией.

№	Репродуктивные потери:	1-я группа (n-44)	%	2-я группа (n-33)	%
1	Аборт	5	11,4	5	15,1
2	Выкидыш	5	11,4	6	18,2
3	Неразвивающаяся беременность	4	9,1	4	12,1
4	Перинатальная смертность	22	49,9	24	72,7
5	Детская смертность	6	13,6	8	24,2
6	Ребенок инвалид	3	6,8	3	9,1

По уровню неполных реузс антител у беременных обеих групп было выявлено, что диапазон нарастания был от 1:16 до 1:512. Для диагностики ГБП гемолитической болезни плода был проведен трансабдоминальный кордоцентез по одно игольной методике в 1-й группе 7 женщинам (16,0%) а во второй группе всем 33 женщинам (100%). При тяжелой анемии у плодов концентрация гемоглобина и гематокрита были достоверно ниже, чем при анемии средней степени. Уровень общего и непрямого билирубина в венозной крови плодов не были достоверно выше как при средней, так и при тяжелой анемии.

Таблица 3 Гематологические и биохимические средние показатели венозной крови плодов до операции внутриутробного переливания крови.

Исследуемый показатель	ГБП средней степени	ГБП тяжелой степени.
Гемоглобин, г\л	102,51±1,69	72,35±1,79
Гематокрит, %	34,52±1,84	26,42±1,28
Общий билирубин, ммоль\л	13,42±1,13	61,76±1,55
Непрямой билирубин, ммоль\л	13,01±1,11	45,76±1,42

Показатель оперативных родов в 1-й группе был у 22х женщин (50,0%), а во второй группе кесарево сечения были проведены у 22х женщин (66,6%), то сеть оперативные роды были больше во второй группе. Доношенных детей родилось в 1-й группе 17 (38,6%), а недоношенных детей родилось 27 (61,4%). Во второй группе ситуация была иначе, так как все родившиеся (100%) дети были недоношенными.

В 1-й группе из 43 живорожденных детей в состоянии асфиксии родились 6 новорожденных (13,6%), то есть по шкале Апгар в конце 5-й минуты у них было меньше 6 баллов. По степени тяжести у 4х новорожденных была тяжелая асфиксия, а у остальных 2х асфиксия средней степени тяжести. Во 2-й группе из 30 живорожденных детей в состоянии асфиксии родились 11 новорожденных (33,3%). По степени тяжести у 8 новорожденных была тяжелая асфиксия, а у остальных 3х асфиксия средней степени тяжести.

По показателям перинатальной смертности ситуация была следующей: если в 1-й группе было одно (2,3%) мертворождение, то во второй группе было 2 (6,0%) мертворождения. В 1-й группе уровень перинатальной смертности отмечен у 8 (18,1%), то второй группе уровень перинатальной смертности был отмечен у 5 (15,1%) новорожденных. Младенческая смертность не отмечено 1-й группе, а во второй группе, был в 1 случай (3,0%).

После рождения у всех новорожденных обеих групп была гемолитическая болезнь, но выражалась она по-разному. Если в первой группе у 45,4% новорожденных была желтушная форма, то во второй группе частота отечной формы среди новорожденных составила 48,5%. Объем оказываемой помощи новорожденным был разделен по двум критериям, если состояние ребенка, то он получал лечение в отделении реанимации новорожденных, а если состояние относительно стабильное или среднее, то в отделение интенсивной терапии. Так как во второй группе все дети были

недоношенные и частота ГБН отечной формы у них была больше то 24 ребенка (80,0%) были госпитализированы в ОАРИТ, тогда как 11 детей (25,0%) из первой группы получили лечение в интенсивном отделении.

Таблица 4. Формы ГБН в обеих группах.

№	Формы ГБН	1-я группа (n-44)	%	2-я группа (n-33)	%
1	Желтушная форма	20	45,4	2	6,1
2	Анемичная форма	12	27,3	15	45,4
3	Отечная форма	12	27,3	16	48,5
4	Госпитализация в ОАРИТ	11	25,0	24	80,0
5	Госпитализация в интенсивное отд-е	22	50,0	6	20,0

Новорожденным с гемолитической болезнью в обеих группах в постнатальном периоде проводили ЗПК (заменное переливание крови). Если в первой группе 97,6% новорожденным проводили ЗПК, то во второй группе только 78,8% новорожденным понадобилась данная операция. Также при анализе частоты проведения операции ЗПК новорожденным обеим группам было выявлено что 2х кратное ЗПК проводилось у 8 (18,1%) в первой группе, а во второй группе этот показатель был вдвое ниже и составил 3 детей (9,1%).

Заключение: Высокий показатель паритета родов и перинатальных потерь в анамнезе отмечается во второй группе исследования, что является взаимосвязано между собой, потому что чем выше паритет, тем выше риск иммунизации.

Внутриутробное внутрисосудистое переливание плоду отмытой эритроцитарной массы в антенатальном периоде улучшает доплерометрические и гематологические показатели крови плода и этим способствует пролонгированию беременности на определенный срок.

Частота рождения недоношенных детей составила 100% во второй группе что способствовало 80,0% госпитализации их в ОАРИТ с ГБН.

Во второй группе, где в антенатальном периоде проведено «внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду» частота проведения ЗПК и 2х кратного ЗПК новорожденным было намного ниже, чем в первой группе.

Показатель перинатальной смертности во второй группе статистически не отличался по сравнению с первой группой, несмотря на то что во второй группе частота ГБН отечной формы и рождение недоношенных было больше, чем в первой.

Литература:

1. Макогон А.В. Андрияшина И.В. Гемолитическая болезнь плода: мониторинг, лечение плода и родоразрешение //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018.Т.17. №3 С.45-52.
2. Vatsla, D. Treatment of feta I anemia in Rh-isoimmunized pregnancies with intrauterine feta I blood transfusion/ D. Vatsla [et al.]// J. Obstet. Gynecol. Of India. – 2010. – Vol. 60. – P. 135-140.
3. Moise, K.J., Argoti PS. Management and prevention of red cell alloimmunization in pregnancy: a systematic review. Obstet. Gynecol. – 2012; 120:1132-9
4. Moghaddam M, Naghi A, Hassani F, Amini S. Rhesus-D zygosity and hemolytic disease of the fetus and newborn. Asian J Transfus Sci.2013;7(2):156-7.
5. Harper, D.C. Long-term neurodevelopmental outcome and brain volume after treatment for hydrops fetalis by in utero intravascular transfusions/D.C. Harper [et al.]// Am.J.Obstet.Gynecol. – 2006. – Vol. 195. – P. 192-196.
6. Lindenburg IT, van Kamp IL, Oepkes D. Intrauterine blood transfusion: current indications and associated risks. Fetal Diagn Ther. 2014;36(4):263-271.
7. Canlorbe G, Mace´ G, Cortey A, Cynober E, Castaigne V, Larsen M, et al. Management of very early fetal anemia resulting from red cell alloimmunization before 20 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2011; 118:1323–9.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Завкибекова Т.К., Ихтиярова Г.А., Ихтиярова Д.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Киста яичников - это доброкачественное образование яичника, которое относится к опухолевидным процессам и возникает вследствие накопления секрета в ткани яичника.

Одной из важных проблем современной медицины и акушерства и гинекологии считается ранняя диагностика и лечение опухолей яичников. В настоящее время рак яичников занимает первое место по смертности, третье место – по распространенности среди других опухолей женской половой сферы и седьмое место в ряду злокачественных опухолей всех локализаций. К сожалению, менее 30% от всех случаев рака яичников диагностируется на стадии I/II по классификации ФИГО [1].

Как показывает статистика, киста яичника, диагностируется у 30% женщин с регулярным у 50% с нерегулярным менструальным циклом. Как правило, частота встречаемости кист яичника после наступления менопаузы снижается до 6%. Однако киста яичника может развиваться и бессимптомно. В связи с чем, выявить ее самостоятельно невозможно,

поэтому чаще всего, кисты обнаруживаются случайно во время УЗИ диагностики. В связи с этим, крайне важно регулярно посещать гинеколога и делать УЗИ малого таза [2].

Параовариальная киста составляет только 5–20% всех образований придатков. Параовариальная киста возникает в широкой связке между маточной трубой и яичником. Термины параовариальная киста и паратубальная киста используются взаимозаменяемо в зависимости от их близости к яичнику или маточной трубе. Они развиваются либо из мезотелия широкой связки (68%), либо из парамезонефрических (30%) или мезонефрических остатков (2%). Их точная частота неизвестна, поскольку они часто протекают бессимптомно. Они выявляются у 15,7% пациентов, перенесших оперативную лапароскопию. Параовариальная киста привлекает клиническое внимание в случае таких осложнений, как увеличение кисты, перекрут, разрыв, кровотечение и новообразование [1,3].

Цель исследования. Проанализировать встречаемость и определить оптимальный метод коррекции новообразований яичника по данным ретроспективных исследований.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование в отделении гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП за период 2017 - 2020 г. Возраст, менархе, семейное положение, менопаузальный статус и подробности клинических проявлений пациенток были записаны в историю болезни при поступлении. Также, были отмечены ультразвуковые и результаты с точки зрения латеральности, размера, экзогенности, расслоения и папиллярной проекции. Из оперативной документации были получены показания к операции, тип оперативного вмешательства и осложнения, такие как перекрут, кровоизлияние и разрыв параовариальной кисты.

Результаты. За 3-летний период с 2017 по 2019 год из 7006 медицинских карт нашего учреждения был идентифицирован 814 пациенток, с диагнозом новообразований яичников, и это в среднем составляет 11,6% из общего числа гинекологических заболеваний.

Рис.1 Встречаемость новообразований яичников из общего числа гинекологических заболеваний

Средний возраст пациенток в нашем исследовании составлял 31,8 года (от 13 до 72 лет), большинство из них (60,83%) относились к группе репродуктивного возраста.

Основными жалобами пациенток было боль в животе (67,1%), а также в 32,9% случаев новообразований яичника были обнаружены случайно при визуализации или выполненной по другим причинам (Рис.1). Боль в животе при кисте возникла из-за увеличения кисты у 96 пациентов, перекрут кисты яичника отмечен у 78 пациентов, кровотечение - у 4 пациентов, разрыв кисты - у 125 пациента.

Из случаев случайной кисты яичника 17 случаев были выявлены при оценке нарушения менструального цикла, 16 случая при обследовании на бесплодие, 14 случай при медицинском осмотре.

Осложнениями параовариальной кисты, отмеченными в нашем исследовании, являются перекрут кисты яичника (54,5%), кровотечение (2,8%), разрыв (87,4%) и доброкачественная опухоль (1,38%).

Лечение новообразований яичников (консервативный метод и/или тип хирургического вмешательства) во многом зависело от возраста пациенток, репродуктивным статусом, а также типом новообразований, ее размерами и локализацией. В нашем исследовании из 814 случаев новообразований яичников 408 (50,1%) проведено хирургического вмешательства, аналогично к оперативным методам лечение 406 пациенток (49,1%) проходили консервативный метод лечения, которое зависело от размеров, локализации кист и возраста пациенток. Однако рецидив кист яичников после консервативной терапии встречался часто по сравнению с хирургическим методом лечения (26,4%). Рецидив новообразований придатков после оперативных вмешательств составлял 16,2% случаев.

Таблица 1. Тип хирургического вмешательства новообразований яичников

	Абсолютная величина	Частота (%)
Цистомэктомия	592	69,1%
Электрокоагуляция и ушивание яичника	489	58,2%
Тубоварэктомия	56	5,1%
Вылущивание киста яичника	199	21,1%

Из всех пациенток с новообразованием яичников 84,3% пациентов прошли лапароскопию, 13,72% - открытые операции и 1,96% - вагинально. В частности проводилось цистэктомия и электрокоагуляция с ушиванием яичника 69,1% и 58,2% случаев соответственно. Вылущивание кисты проводилось в 21,1% случаев, а 27,77% пациентов прошли аднексэктомию.

Обсуждение. Новообразование киста может возникать в любой возрастной группе от новорожденного до менопаузы [3]. Факторы риска развития новообразований кисты изучаются [4, 5]. Предполагается, что параовариальная киста играет роль в бесплодии и внематочной беременности, нарушая перистальтику маточных труб и сужая просвет маточных труб.

Увеличение параовариальной кисты происходит из-за кистозного расширения эпителия выстилки трубного типа. Увеличение размера кисты в постпубертатном периоде и во время беременности предполагает гормональное влияние на рост параовариальной кисты, но прямая связь четко не продемонстрирована. В отличие от кисты яичника они нефизиологичны и не реагируют на гормоны. Увеличение параовариальной кисты проявляется хронической болью в животе или образованием в брюшной полости или придатках. Клинически параовариальная киста неотличима от кисты яичника. Даже на УЗИ его сложно отличить от кисты яичника.

Перекрут придатка чаще встречается при параовариальной кисте, чем при кисте яичника (2,1–16% против 2,3%). Поскольку параовариальная киста не имеет собственной ножки, она разрывается вместе с яичником, маточной трубой или с тем, и другим. Перекрут придатка чаще встречается с правой стороны (3: 1).

Выводы. Таким образом, его часто ошибочно диагностируют как аппендицит и мочеточниковую колику, и пациента могут поместить в хирургическое отделение. Поскольку это неотложная хирургическая операция, очень важен высокий индекс подозрительности.

Характеристика кисты с помощью ультразвука помогает отличить простую параовариальную кисту от неопластической. Эхогенная параовариальная киста может быть как кровоизлиянием, так и новообразованием.

Оптимальное управление массой придатков требует точного знания природы образования. Киста яичника должна учитываться при дифференциальной диагностике образования придатков как врачом, так и радиологом. Невозможно переоценить важность дифференциации новообразований кисты от кисты яичника.

Необходимо изучить роль выжидательной тактики при параовариальной кисте. Лапароскопический доступ возможен во всех случаях. В каждом случае следует рассматривать возможность операции по сохранению фертильности. Лапароскопическая цистэктомия технически проще и не требует много времени.

Литература:

1. Адамян, Л.В. Ошибки в лечении девочек и девушек с новообразованиями яичников / Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, И.Е. Колтунов и др. // Проблемы репродукции. - 2017. - Т. 23, № 5. - С. 89-94.
2. Борисова, Е.А. Факторы риска возникновения рака и доброкачественных опухолей яичников / Е.А. Борисова, Т.А. Макаренко, М.Н. Буланов и др. // Забайкальский медицинский вестник. - 2016. - № 2. - С. 41-46.
4. Ikhtiyarova G.A., Khamidova Sh.Sh., Matrizayeva J.G., Aslonova M.J., Dustova N.K., Rozikova D.K. (2020). Uterine fibroids and endometriosis as a problem genetic of systemic disease. PalArch's Journal of Archaeology of Egypt / Egyptology, 17(6), 13931-13946.
5. Oripova F.Sh, Nuraliev N.A., Ikhtiyarova.G.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro - organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs// American journal of medicine and medical sciences. - 2020. - № 10(2). - P. 124 - 126.
6. Shakhnoza F. Bakhodirova, Gulchekhra A. Ikhtiyarova, Aslonova M.J., Salim S. Davlatov. Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies // European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020.p-6350

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ - ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ МАТЕРЕЙ

Закирова Н. И., Худоярова Д.Р. Ахтамова О.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность исследования: Материнская смертность - основной показатель социально-управленческой организации медицинской помощи (3,4). По данным ВОЗ, в 2015 году примерно 303 000 женщин умерли во время беременности и после родов (7,8,9). Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде были и остаются наиболее грозной акушерской патологией, приводящей к гибели матерей (4).

Коэффициент материнской смертности в развивающихся странах составил в 2015 году 239 на 100 тыс. случаев рождения живых детей по сравнению с 12 на 100 тыс. в развитых странах. В период с 2016-2030г., в соответствии с Повесткой дня устойчивого развития, цель состоит в уменьшении глобального показателя МС в мире до 70 на 100000 живорожденных(5). Показатель МС в Узбекистане снизился с 54 на 100 000 живорожденных в 1990 г до 19,3-в 2015 году (2, 3).

Цель исследования: на основании анализа медицинской документации женщин, умерших от кровотечений, оптимизировать тактику ведения беременных с риском на кровотечение.

Материал исследования: Проанализирована первичная медицинская документация 22 беременных, рожениц и родильниц, умерших акушерских кровотечений в Самаркандской области в период с 2013 по 2017г. и первый квартал 2018г.

Результаты исследования. Возраст умерших женщин от кровотечений колебался от 18 до 39 лет, основная часть умерших была в возрасте 20-29 лет, т.е. в наиболее оптимальном репродуктивном возрасте для родов в Узбекистане. Высокий риск МС от кровотечений был связан с наличием соматической патологии (гипертоническая болезнь, заболевание сердца, сахарный диабет, заболевания печени и др) и, соответственно, вероятности наличия акушерско-гинекологических факторов (предлежание и отслойка плаценты, рубцы на матке, эклампсии и др.), которые способствовали развитию таких осложнений, как кровотечения, эмболия околоплодными водами и др.

Наши исследования показали, что среди умерших 64,4% составили повторнородящие, каждая третья была первородящей. Вместе с тем, 61% умерших женщин проживали на селе, что свидетельствует о недостаточном антенатальном наблюдении.

По данным ВОЗ, послеродовые кровотечения (ПК) составляют 6% всех беременностей, 70% кровотечений приходится на ПК, 20% обусловлены отслойкой плаценты, разрывом матки, повреждением родовых путей, 10% - приращением плаценты и только 1% - на коагулопатию.

В наших исследованиях, акушерские кровотечения привели к неблагоприятному исходу в случаях отслойки, предлежания плаценты и нарушения гемостаза.

Послеродовые кровотечения со смертельным исходом имели место при некачественном и неполном оказании медицинской помощи.

Большинство случаев МС вследствие кровотечений (60-80%) были предотвратимы. При этом имелись факторы риска и возможность предотвращения кровотечений:

-правильная организация наблюдения за беременными с известными группами высокого риска, угрожаемых по развитию кровотечений,

- соблюдение этапности госпитализации,
- своевременность и полнота объема лечебных мероприятий,
- своевременное оказание экстренной хирургической помощи.

Неблагоприятный исход лечения акушерских кровотечений был связан:

- 1.С недостаточным антенатальным уходом
2. Поздней диагностикой кровотечения ввиду неудовлетворительного мониторинга за состоянием беременной и родильницы и в связи с неадекватной оценкой кровопотери.

3. Запоздалым гемостазом

4. Запоздалой ИТТ

5. Неправильным выбором метода родоразрешения

6. Нарушением протокола ведения родов

Рекомендуемая схема лечения акушерских кровотечений (1,2,6):

1. Остановка кровотечения любым способом (сдавление, наложение лигатур, пережатие аорты)
2. Стабилизация основных функций организма анестезиологом-реаниматологом
3. Хирургический гемостаз, в основе которого лежит принцип поэтапной органосохраняющей остановки кровотечения:

- восстановление повреждения мягких тканей
- ручное обследование полости матки
- вакуум аспирация полости матки
- управляемая баллонная тампонада матки
- компрессионные швы
- перевязка маточных артерий
- перевязка внутренних подвздошных артерий
- гистерэктомия

Восполнение ОЦК. Пример расчета объема ИТТ:

Вес женщины 70 кг. Общая кровопотеря 1300 мл

70x80 мл =5600мл (ОЦК)

5600 мл -100%

1300 мл –х

$X=1300 \times 100:5600=23,2\%$ (объем кровопотери от ОЦК)

23,2% -2 степень кровопотери по табл.

1300 мл x 3 =3900 мл (общий объем инфузии)

Состав ИТТ: кристаллоиды: коллоиды 2:1, что означает что кол-во кристаллоидов должно быть в 2 раза больше объема кровопотери, а кол-во коллоидов должно соответствовать объему кровопотери:

Кристаллоиды 1300 мл x2 =2600 мл

Коллоиды (СЗП +эр.масса + растворы ГЭК) – 1300 мл

СЗП – о мл, эр масса 50% от кровопотери: 650 мл крови:2=325 мл, ГЭК:1300 мл – о мл – 325 мл = 975 мл

Анализ МС от кровотечений показал, что алгоритм остановки кровотечений, данный в местном национальном руководстве актуален, система мероприятий по борьбе кровотечениями, внедрение единого протокола лечения акушерских кровотечений, безопасные и эффективные средства в профилактике осложнений сокращают частоту полиорганной, сердечно-сосудистой, церебральной дис функции, коагулопатии, уменьшают долю массивных кровопотерь.

Профилактическое или раннее начало применения факторов, влияющих на гемостаз в тех случаях, когда прогнозируется массивное кровотечение, позволяет в ряде случаев избежать гистерэктомии.

Выводы: 1. В структуре материнской смертности в Самаркандской области акушерские кровотечения стоят на первом месте и составляют 34,3%. Большинство материнских потерь имеет место в родах и послеродовом периоде (42,4%), умерли будучи беременными (1,2%), беременные погибли от преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и ее предлежания, а также эмболии околоплодными водами, приведшие к кровотечениям.

МС от акушерских кровотечений во многом зависит от состояния здоровья беременных, и в первую очередь, их соматического статуса. У 54,2% умерших женщин имела сопутствующая ЭГ патология.

Литература:

1. Национальный стандарт по послеродовому кровотечению. Ташкент, 2015г.
2. Нажмутдинова Д.К., Пахамова Ж.Е., Сапаров., Передовые практики в акушерстве и гинекологии/ Руководство для курсантов. Ташкент., 2016
3. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения. Акуш.и гин.-2009-№3-с-3-11.

4. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Акушерство и гинекология.
5. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015г // Организация объединенных наций. Нью-Йорк, 2015г.
6. Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участников. Ташкент. 2013г.
7. Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A., Say L., On behalf of the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisor group Global, regional and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario- based projection to 2030: a systematic analysis by the UN MATERNAL Mortality Estimation Inter-agency Group\Lancet.-2016.- vol.387-p.462-474
8. Maternal mortality in 1990-2015\ WHO, UNICEF, UNFPA, World bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group.
9. WHO Maternal mortality Fact sheet N348Updated May 2014.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Закирова Н.И., Закирова Ф.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Женщина – мать, продолжатель рода человеческого. От ее здоровья, от здоровья детей во многом зависит судьба страны. Не случайно у нас уделяется такое большое внимание охране здоровья материнства и детства. И сегодня одной из приоритетных задач государства является обеспечение реализации репродуктивной функции женщин.

Правительство Узбекистана, которое приступило к реализации Целей устойчивого развития, 15 февраля 2019 года приняло Закон Республики Узбекистан « Об охране репродуктивного здоровья граждан», и недавно разработало Национальный стратегический план на 2017-2021 годы, который подчеркивает реформу здравоохранения как государственный приоритет и предусматривает улучшение женского, материнского здоровья и здоровья детей путем расширения доступа к качественному здравоохранению.

Понятие репродуктивное здоровье человека может восприниматься по-разному. Правильное определение термина дает ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения), согласно определению которой, репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, в т.ч. касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Соответственно не только разработка информативных методов оценки состояния репродуктивной системы, но и проблема восстановления репродуктивного здоровья становятся все более актуальными.

Цель исследования. Оценить показатели репродуктивного здоровья женщин Самаркандской области и определить пути улучшения.

Материалы и методы исследования. Для оценки репродуктивного здоровья женщин нами были использованы данные Самаркандского филиала Республиканского Центра Репродуктивного Здоровья населения за 2018-2020 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатель материнской смертности в Самаркандской области снизился с 26 на 100000 живорожденных в 2018 году до 14,7 – в 2020 году. Перинатальная смертность снизилась с 7,3‰ в 2018 году до 5,2‰ – в 2020 году.

Здоровье женщины и его неотъемлемый компонент – репродуктивное здоровье - в значительной степени определяются условиями ее развития в утробе матери, в период новорожденности, детстве и подростковом возрасте. Низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья до беременности обуславливают высокую частоту осложненных родов, что приводит к ухудшению развития последующих поколений.

За 2018-2020 годы в Самаркандской области прошли диспансеризацию 2 990 922 женщин фертильного возраста, из числа которых -1957513 (64,2%) проведено полное клиническое обследование. Известно, что репродуктивная система женщины является наиболее динамичным биологическим объектом, который чрезвычайно чутко реагирует на неблагоприятные внешние и внутренние факторы появлением новых адаптационных реакций, которые приобретают при определенных условиях свойства патологического процесса.

На состояние репродуктивного здоровья также большое влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. Важно отметить, что каждая третья 213869 (37,3%) женщина у нас страдает тем или иным экстрагенитальным заболеванием. Так, в последние годы увеличилась доля патологий с хроническим рецидивирующим течением; возросло число лиц с заболеваниями системы мочеполовых органов, кровообращения, нервной системы, инфекционными болезнями, туберкулезом. Так, по итогам 2019 года среди беременных женщин отмечались следующие заболевания: анемия - 50,5 %; болезни мочеполовой системы - 10.8 %; болезни органов кровообращения - 4,5 %, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях формирования уровня их репродуктивного здоровья, т.к. эти болезни создают угрозу не только нарушению становления репродуктивной системы, но и возможности адекватной реализации репродуктивной функции в дальнейшем (3). Особенно неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье женщин оказывают заболевания, сопровождающиеся формированием в организме очагов латентной инфекции. Между тем, отмечено весомое возрастание заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем- 3.2 %.. Число зараженных ВИЧ инфекцией, снизилось с 479 в 2018 году до 407 – в 2020 году. Необходимо отметить, что возросло также число больных с хроническими воспалительными заболеваниями, среди которых лидируют эрозия шейки матки, нарушения менструального цикла как у подростков, так и у взрослых женщин (в 3,7 и 2,3 раза соответственно), бесплодие, опухоли половых

органов (миома матки, киста шейки матки) и другие. Частота бесплодия увеличилась с 5,3% в 2018 году до 8,4 % в 2020 году. Это не только медицинская, но и социальная проблема.

Известно, что воздействие неблагоприятных факторов во время беременности вызывает ответную реакцию как у беременной женщины, так и у плода, причем эти стимулы оказывают продолжительное влияние в течение всей его последующей жизни (1). По данным многолетнего наблюдения, в мире рождается более 5,5% детей с ВПР. плода(2).

Анализ частоты пороков развития плода выявил 255 детей с ВПР за 2 последние года, среди них преобладали пороки лица- расщелина мягкого и твердого неба -51(20%), врожденные пороки сердечно-сосудистой системы составили – 33 (12,9%), врожденные пороки развития конечностей – у 32 (12,5%), пороки развития ЦНС, spina bifida – 12(4,7%), аномалии органов желудочно-кишечного тракта -9(3,5%), синдром Дауна -10(3,9%), у остальных 108 (42,3%) новорожденных были обнаружены другие, редко встречающиеся пороки, что свидетельствует о действии различных неблагоприятных факторов на организм плода. Основными причинами ВПР явились: отягщенный акушерский анамнез и наследственность, перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, поздняя пренатальная диагностика, неблагоприятные экологические факторы и др. Особенности общего и акушерского анамнеза, а также течения беременности определяют характер внутриутробного развития плода и вид формирования пороков (время патологического воздействия).

Следует отметить, что противопоказания к беременности в 2020 году имели 156034 женщин, в том числе абсолютные противопоказания имели 7279 (4,7%) женщин, остальные - относительные – 148755 (95,3%).

Контрацепция, являясь методом планирования семьи, одновременно считается способом предупреждения аборта и связанных с ним осложнений. С целью сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщины необходимы индивидуальность и тщательность подбора метода контрацепции, а также информирование женщин о методах контрацепции. Следует подчеркнуть, что контрацепцией было охвачено 124919 (80,05%) женщин, причем в нашей области внутриматочная контрацепция опережает по частоте все другие методы предохранения от беременности..

Исследованию особенностей течения беременности и родов у пациенток в юном возрасте посвящено значительное количество работ. Согласно данным Литература (2,3), у подростков гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как преэклампсия, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах – преждевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой сил и внутриутробная гипоксия плода. Наши исследования показали, что за 2019-2020 годы из числа 375210 девушек- подростков диспансеризация проведена 237549 (63,3%), при этом, ЭГЗ обнаружены у 46099 (19,4%). Таким образом, установлено, что в Самаркандской области каждая пятая девушка имеет отклонения в репродуктивном здоровье. Небольшое число девушек вступает в половую жизнь до совершеннолетия, роды у несовершеннолетних за последние 3 года имели место в 33(0.008%) случаев.

Таким образом, важно осознать, что беременность и роды - это уникальное время для первичной профилактики нарушений здоровья ребенка. Знание этого должно стать достоянием населения и профессионалов. Профессиональное обучение специалистов, соприкасающихся с беременными, должно включать информацию о достижениях последних десятилетий в области изучения жизни ребенка до рождения и влияния неблагоприятных воздействий во время беременности и родов.

Выводы. 1. Проведенный анализ репродуктивного здоровья женщин Самаркандской области свидетельствует о невысоком индексе здоровья этого контингента (37,3% беременных и 19,4% девушек-подростков больны), они неадекватно относятся к своему здоровью, имеют недостаточный социально-экономический уровень жизни. Каждая вторая беременная страдает анемией (50,5%) и каждая десятая (10,8%) – заболеванием мочеполовой системы. Возросло также число больных с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов и бесплодия (8,4%).

2. От больных матерей рождаются дети с пороками развития, среди них преобладают новорожденные с расщелиной мягкого и твердого неба, врожденными пороками сердечно-сосудистой системы и врожденными пороками развития конечностей.

3. Для улучшения показателей репродуктивного здоровья на всех этапах его формирования необходимы усовершенствование и оптимизация предоставления акушерской и гинекологической помощи, усилить работу по оздоровлению женщин фертильного возраста, по улучшению обслуживания матерей и детей.

4. Семейные врачи должны проводить консультирование, предоставлять информацию и доступ к безопасным и эффективным методам контрацепции, добиться полного охвата контрацепцией женщинами, имеющими противопоказания к беременности.

5. Для профилактики врожденных аномалий развития новорожденных продолжать дородовые мероприятия, направленные на оздоровление женщин (формирование здорового образа жизни, отношение к материнству, профилактика фолатами и др), поэтапное обследование (УЗИ-скрининг, генетическое обследование и др).

Рекомендуется:

- персонализированный контроль за каждой женщиной, качественная диспансеризация, мониторинг беременных, привлекая к диспансерному наблюдению средних медицинских работников и заслушивание на селективных совещаниях участковых акушер-гинекологов, терапевтов, не выполняющих порядки диспансерного наблюдения

-обеспечение охвата всех женщин, включая девушек-подростков, профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год

-обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь,

-оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

- дистанционная и очная консультативно-диагностическая помощь районным больницам и поликлиникам;
- внедрение новых технологий в межрайонные центры и обучение на рабочем месте;
- маршрутизация пациенток с тяжелыми хроническими формами заболеваний в специализированные стационары.

Литература:

1. Джалилова, Г. А. Оценка показателей репродуктивного здоровья женщин в Узбекистане / Г. А. Джалилова, И. С. Исаев, М. И. Икрамова, Н. А. Раджабова. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2014. - № 3 (62). - С. 176-178.
2. Нацун Л.Н. /Здоровье женщин репродуктивного возраста//Социальные, культурные исследования и безопасность.,2020,№3.,168-179
3. Черненко Ю.В., Нечаев В.Н., Каткова Е.В./Врожденные пороки развития плода и новорожденного по данным перинатального центра Саратовской области//Саратовский научно-медицинский журнал 2016, 12(3).393-398

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С КРИОДЕСТРУКЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

Закирова Н.И., Жураева Ф.Ф., Закирова Ф.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Патология шейки матки занимает одну из лидирующих позиций в структуре гинекологической заболеваемости. Патологические состояния шейки являются одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии, что связано с неблагоприятными исходами для репродуктивного здоровья женщины [4, 6]. Важнейшим аспектом профилактики развития рака шейки матки считается своевременное выявление и лечение доброкачественных, предраковых состояний и дисплазий шейки матки [2,3]. На сегодняшний день вопрос выбора наиболее оптимального метода лечения патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста продолжает оставаться открытым, несмотря на многообразие различных методов лечения, т.к. частота патологических состояний шейки матки у женщин репродуктивного возраста в пределах 15-20% [5,7].

Влияние использования криодеструкции в лечении патологии шейки матки на течение беременности и родов по данным разных авторов расходятся. Одни авторы считают, что это не приводит к серьезным осложнениям при беременности и в родах, другие отмечают неблагоприятное влияние данных воздействий на течение гестационного периода [1,2,3].

Цель исследования: Изучить особенности течения родов у женщин, перенесших криодеструкцию шейки матки в анамнезе.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 35 беременных женщин с криодеструкцией шейки матки в анамнезе, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 35 условно здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту и соматической патологии с основной группой.

Анализу были подвергнуты течение беременности и родов, а также послеродового периода у пациенток обследованных групп.

Результаты: Проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода 35 беременных с криодеструкцией шейки матки в анамнезе. Контрольную группу составили 35 условно здоровых беременных женщин. Установлено, что в обследованных группах возраст беременных достоверно не отличался и составил в основной группе в среднем $24,7 \pm 4,9$ года с колебаниями от 20 до 35 лет, в группе контроля – $22,3 \pm 4,7$ с колебаниями от 20 до 32 лет. При изучении детородной функции установлено, что 15% женщин были первобеременные, оставшиеся 85% - повторно беременные. При анализе течения беременности угроза прерывания встречалась в 32 и 26% случаев в основной и контрольной группах соответственно. Рвота беременных отмечалась в 16% случаев основной и 13% случаев контрольной группах. Развитие фетоплацентарной недостаточности в исследуемых группах не отмечалось. Нарушений развития плода не выявлено ни у одной беременной, ни в одной из исследуемых групп.

Анализ данных, касающийся сроков гестации при родоразрешении показал, что у женщин основной группы родов в сроке до 28 недель не наблюдалось, в сроке беременности от 29 до 36 недель – у 5 (14%), в сроке гестации от 37 до 40 недель – у 26 (74%), в сроке гестации от 41 недели и выше – у 4 (12%) женщин. В контрольной группе данные следующие: родов в сроке до 28 недель не наблюдалось. В сроке гестации от 28 до 36 недель роды произошли у 4 женщин (12%), в сроке гестации 37-40 недель – у 28 женщин (80%), в сроке от 41 недели и выше – у 3 (9%) женщин. При анализе данных по способу родоразрешения выявлено, что через естественные родовые пути у женщин, перенесших криодеструкцию шейки матки роды произошли у большинства – 31 (88%) женщин, кесарево сечение произведено у 4 (12%) по акушерским показаниям (неубедительное состояние плода – у 1, тазо-головная диспропорция – у 1, несостоятельность послеоперационного рубца на матке – у 2). В контрольной группе наблюдалось следующее: через естественные родовые пути роды произошли у 30 женщин (86%), кесарево сечение – у 5 (14%).

Проанализировано течение первого периода родов. Так, в основной группе затянувшаяся латентная фаза встречалась в 4 (12%) случаях, затянувшаяся активная фаза – в 3 случаях (9%), у 26 (74%) первый период родов протекал без отклонений, 2 прооперированы в плановом порядке. В контрольной группе результаты были следующие: затянувшаяся латентная фаза у 5 (14%), затянувшаяся активная фаза у 3 (9%), первый период родов протекал без отклонений в 25 случаях (71%). 2 женщины прооперированы в плановом порядке до развития родовой деятельности.

Особое внимание нами было уделено родовому материнскому травматизму у исследуемых женщин. Как показал анализ родов, в основной группе частота таких осложнений, как разрыв шейки матки встречались в 2 случаях (7%), а в контрольной не встречался. Разрыв стенок влагалища в основной группе наблюдался в 2 случаях (7%), в контрольной группе в 3 случаях (9%), разрыв промежности 1 и 2 степени в основной группе наблюдался в 4 (12%), в контрольной у 5 (14%). Эпизиотомия произведена в основной группе у 5 (14%), в контрольной группе – в 3 случаях (9%).

Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 29 (82%) было гладким, в 5 (14%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 1 (4%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки. В контрольной группе данные достоверно не отличались от основной группы. Гладкое течение послеродового периода наблюдалось в подавляющем большинстве случаев – в 32 (91%), субинволюция матки наблюдалась в 3 случаях (9%).

Заключение: Таким образом, проспективный анализ амбулаторных карт и историй родов показал, что у женщин, перенесших криодеструкцию шейки матки в анамнезе беременность протекает без специфических особенностей. При родоразрешении специфических осложнений родов выявлено не было, криодеструкция шейки матки не является показанием для абдоминального родоразрешения. Тем не менее, особое внимание необходимо уделить состоянию родовых путей, динамике раскрытия шейки матки. В ходе проведенного исследования выявлено, что криодеструкция шейки матки является менее травматичным методом лечения различных патологий шейки матки.

Литература:

1. Дамиров М.М. Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии. - М.: БИНОМ, 2011. - 320с.
2. Прилепская В.Н. Патология шейки матки. Диагностические Патология шейки матки и генитальные инфекции. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 384с.
3. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей. М.: StatusPraesens, 2014.
4. Сидорова И.С., Атабиева Д.А. Методы исследования шейки матки у беременных женщин. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 2: 15-19
5. Хачатурян А.Р., Марютюна Л.В. Кольпоскопия. Основные алгоритмы диагностики и тактики ведения заболеваний шейки матки: методические рекомендации/под ред. Э.К. Айламазяна. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2011. - 92с
6. Юсупова М.А., Бекметова Ш.К., Хайтбоев Ж.А. Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане. Клиническая медицина// акушерство и гинекология № 3 (37), 2017 г.
7. Iwanari O., Moriyama M., Miyako J. et al. Studies on pregnancy after CO2 laser conization for cervical intraepithelial neoplasia // Nippon Gan. Chiryō. Gakkai Shi. 2009. Vol. 24. № 10. P. 2375-2380.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Закирова У.И.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день в Среднеазиатском регионе бронхолегочная патология (БЛП) имеет наибольшую распространенность среди других заболеваний детского возраста. При этом существенно выросла заболеваемость острым обструктивным бронхитом с рецидивирующим течением. Проблема усугубляется тем, что у этой категории детей отмечается высокая частота повторного случая бронхообструкции спустя несколько недель после выписки из стационара, что в последующем приводит к формированию рецидивирующей бронхиальной обструкции (РБО) или бронхиальной астмы (БА). Анализ обращаемости детей в первичные звенья здравоохранения показал, что объем детей узбекской популяции с рецидивами бронхиальной обструкции (РБО) существенно выросла.

Рецидивирующий бронхит (РБ), протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (СБО), многие ученые и практические врачи рассматривают как переходное состояние бронхиальной астмы (БА). В связи с этим из-за гетерогенности СБО сегодня ведется активный поиск клиничко-генетических предикторов заболевания, которое позволяет прогнозировать дальнейшее его течения переход в хроническую форму. Наибольшие трудности для практических педиатров представляет дифференциальный диагноз между рецидивами обструктивного бронхита и бронхиальной астмы, поскольку у большинства детей развитие БА провоцируют ОРВИ, которые представляют основными провоцирующими факторами обострений БА у детей. Поэтому, высокая встречаемость свистящих хрипов у детей, фенотипическая разнообразие заболевания БА и трудности анализа функции легких в первые 6 лет жизни определяют позднюю диагностику и гиподиагностику заболевания, что нередко приводит к неверным постановкам диагноза [2,5,7].

На сегодняшний день рецидивирующую бронхиальную обструкцию (РБО) практические педиатры рассматривают как диагноз исключения БА у детей. Рецидивирующий бронхит рассматривают как мультифакторное заболевание, в котором участвуют генетические и экологические факторы внешней среды. Заболевание связано с рецидивирующим воспалением слизистой бронхиального дерева, со снижением местных факторов защиты и иммунологической защиты организма в ответ на инфекционные, аллергические нейрогуморальные воздействия. Уровень участия этих двух факторов на сегодняшний день имеет спорные теории. Многие ученые указывают на ведущую роль среди факторов, увеличивающих риск развития БА, на генетические. К внутренним факторам относят наследственность, пол, а к внешним инфекции, аллергены и курение [2,6,3].

На современном этапе развития медицинской генетики определение наследственных и иммунологических основ заболевания с обнаружением протективных аллелей генов даёт возможность проводить долгосрочный прогноз заболевания. Наследственный фактор является важным прогностическим критерием для определения риска развития хронических заболеваний органов дыхания. На сегодня существует информация патогенетических механизмах заболеваний, но при этом многие аспекты развития хронических заболеваний органов дыхания у детей до сих пор не ясны. Роль генетических факторов в развитии заболеваний бронхолегочных заболеваний (БЛЗ), в частности РБ, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (СБО) у детей разного возраста является одной из наименее изученных проблем. Применение на практике клинико-генеалогического метода исследования дает возможность выделить из сложного патологического фенотипа наследственной болезни составляющие его дискретные признаки и проследить их наследование [4,8].

β 2-адренорецепторы (ADRB2) человека играют важную роль в контрактильности бронхов и являются мишенью для β 2-агонистов, которые обладают заметным бронходилатационным эффектом. Большое количество исследований ученых посвящены изучению полиморфного варианта rs1042713A>G гена ADRB2 и его значению в развитии БА. Например, в работе российских ученых установлена ассоциация генотипа rs1042713*G/G гена ADRB2 с неполным эффектом терапии β 2-адреномиметиками короткого действия. Оказалось, что наличие генотипа rs1042713*G/G гена ADRB2 приводит к развитию тяжелой формы БА. Ассоциация аллеля rs1042713*A гена ADRB2 обнаружена у пациентов с БА из США, которые находились на терапии β 2-агонистами короткого действия. У них выявлена ассоциация аллеля ADRB2*rs1042713A с большим снижением пиковой скорости выдоха по сравнению с пациентами, которые являются носителями гомозиготного аллеля rs1042713*G гена ADRB2 [1,9].

На сегодняшний день исследования по изучению полиморфизма гена ADRB2 у детей узбекской популяции с рецидивирующим течением бронхиальной обструкции и бронхиальной астмой неизвестны, а накопленные данные Литература весьма противоречивы.

Целью нашего исследования явилось определение генетических факторов развития БА у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО) на основе генеалогического анализа и определения ассоциации полиморфизма гена ADRB2.

Материалы и методы исследования. Проведено молекулярно-генетическое и генеалогическое исследования 72 детей узбекской популяции с РБО и 56 детей с БА, в возрасте от 1 года до 14 лет. Исследование проводилось в детском пульмонологическом и аллергологическом отделении городской многопрофильной клиники №1ТМА города Ташкента.

Критериями включения детей в группу с РБ были: наличие в анамнезе как минимум 2-3 эпизодов бронхиальной обструкции (БО) на протяжении двух последних лет; длительность эпизода бронхита 2 недели и более; наличие одного обязательного симптома кашля и как минимум одного из дополнительных симптомов: наличие мокроты, аускультативных изменений (жесткое дыхание, наличие незвучных хрипов), катар верхних дыхательных путей и повышение температуры тела. РБ у обследуемой группы протекал в легкой степени и средней степени тяжести у 76,4% случаев без синдрома бронхиальной обструкции (СБО), тогда как у 23,5 % заболевание протекало более тяжелым течением с обструкцией.

Проведено генеалогическое обследование родственников I степени родства больного (пробанда) с РБО и БА. Состояние здоровья родственников выявлялись путем активного опроса родителей больного и анализа их медицинской документации. Родственниками I степени родства послужили родители и родные братья и сестры (сисбы) больного. Генеалогический анализ семьи больного проводили с помощью специально разработанной анкеты-опросника и составления схем-шарад родословной семьи.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых детей того же возраста и популяции без бронхолегочной патологии и аллергологического анамнеза.

Диагнозы у больных с РБ и БА установлены с учетом семейного и аллергологического анамнеза; клинико-лабораторных данных, в соответствии с «Классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей», принятой на симпозиуме педиатров по совершенствованию классификации неспецифических болезней легких у детей МКБ-10 [8,10].

В молекулярно-генетическом исследовании использован диагностический набор для выявления полиморфизмов в генах человека методом ПЦР «SNP-Экспресс-SHOT» в режиме реального времени на оборудовании «Rotor Gene 6000/Q» (Real-time CFX96 C1000 Touch), Bio-Rad. Объектом исследования послужили образцы крови на фильтровальной бумаге. Проведен сбор образцов крови для определения полиморфизмов rs1042713A>G (Arg16Gly) гена ADRB2 у детей узбекской этнической принадлежности, проживающих на территории Узбекистана.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли при помощи программы Statistica 10.0. Статистическую значимость различий частоты вариантов генетического полиморфизма в группах больных с РБО и практически здоровых изучали с использованием метода Стьюдента и критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. По гендерным признакам среди наблюдаемых нами больных с РБО преобладали девочки (62,5 %) против мальчиков – 37,5%, тогда как при БА девочек – 35,7 %, мальчиков – 64,2 %.

Анализ родословной показал, что заболеваемость РБ и БА у большинства передается из поколения в поколение, преимущественно по материнской линии. Пробанд унаследовал заболевание от матери ребенка, которая имеет наследственную предрасположенность к аллергическим заболеваниям и БА от своих родителей по материнской линии. При этом по линии отца здоровые члены семьи имеют здоровое потомство. Следовательно, у данного больного

был высокий риск заболеваемости к аллергическим заболеваниям, т.к. болезнь отмечалась у родителя и бабушки пациента. На рисунке №1 представлен пример родословной семьи с РБО.

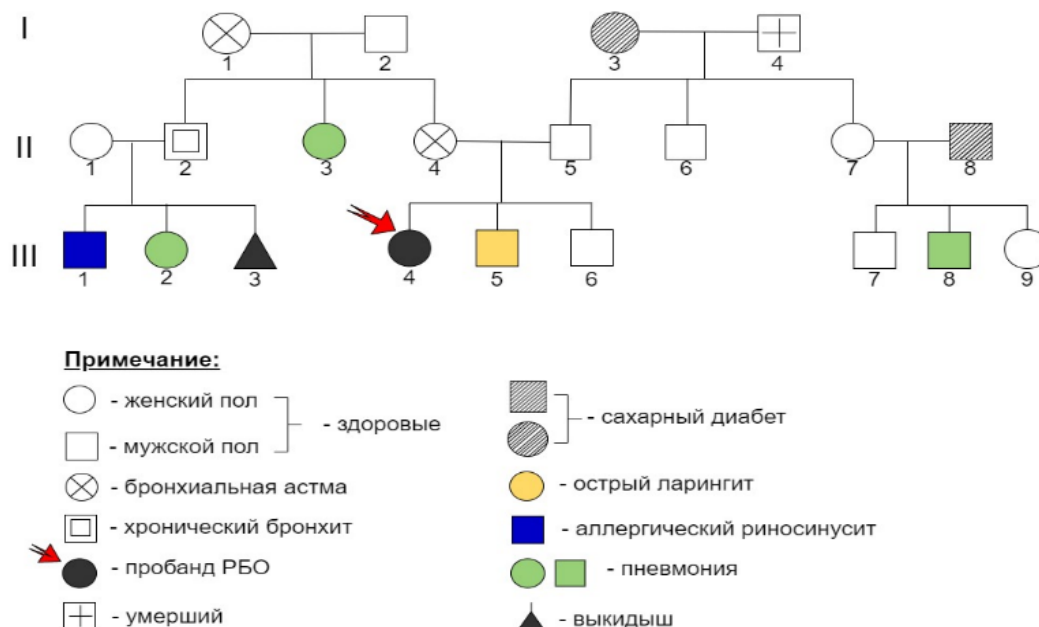


Рис. 1. Схема родословной семьи с РБО

Основную группу нашего исследования составили родители – 39,3% (105), сибсы- 35,6 % (95), другие родственники (двоюродные сестры и братья, бабушки и дедушки) – 25,1% (67) больного. При этом у родителей больных РБО отмечалась наследственная отягощенность по БЛЗ, в частности острые бронхиты (ОБ) и РБО отмечалась в 2 раза, а БА в 3 раза чаще, чем в группе контроля ($P < 0,05$). У родителей больных с БА в 2,5 раза чаще, чем у родственников группы детей с РБО и группой контроля, отмечалась наследственная отягощенность по аллергическим фоновым заболеваниям в раннем возрасте, в частности экссудативно-катаральный диатез (ЭКД), аллергические проявления в виде пищевой и бытовой аллергии, проявляющийся респираторным хроническим аллергозом по типу хронического вазомоторного ринита или риносинусита.

Анализ распространенности заболеваний у сибсов больных с РБО также показало достоверное преобладание отягощенной наследственности по болезням органов дыхания, в частности ОБ отмечались в 4 раза чаще, по РБО в 10,5% и БА 12,6 % случаев, чем в группе контроля ($P < 0,05$) (диаграмма 2). В группе сибсов хронический вазомоторный ринит или риносинусит отмечался в 26,3 % случаях, тогда как в группе контроля-8,9 % ($P < 0,05$). Аномалии конституции в виде детской экземы, атопическим дерматитом наблюдалось в 3 раза чаще, чем в группе контроля ($P < 0,05$). При этом аллергические фоновые и бронхолегочные заболевания часто наблюдались у родственников детей группы с БА по материнской линии. У сибсов детей с БА превалировало в анамнезе случаи аллергических фоновых заболеваний (30,3% против 8,9%) в раннем возрасте, в частности различные формы диатезов (экссудативно-катаральный диатез, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический).

При изучении полиморфизма Arg16Gly результаты молекулярно-генетического исследования детей с РБ, протекающий с СБО показали: гомозиготный вариант с генотипом A/A (вариант нормы) – у 51,4 %, гетерозиготный вариант с генотипом A/G – у 33,3 % и 15,2 % - выявлен генотип G/G, что соответствует мутации гена. У детей с БА полиморфизм Arg16Gly показал: гомозиготный вариант с генотипом A/A (вариант нормы) – у 21,4 %, гетерозиготный вариант с генотипом A/G – у 46,4 % и 32,1 % - выявлен генотип G/G, что соответствует мутации гена. В контрольной группе отмечалось гомозиготный вариант генотипа A/A 57,8 %, вариант генотипа G/G с мутацией гена 15,5 % и гетерозиготный вариант генотипа A/G у 26,6 % практически здоровых детей.

Сравнительный анализ распределения генотипов полиморфных вариантов Arg16Gly гена ADRB2 у детей 3х групп показал, что у детей с БА мутации гена (генотип G/G) отмечается достоверно чаще, чем в группе детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией и практически здоровыми детьми ($p < 0,05$) (табл. №1).

Таблица 1. Агрегация генотипов полиморфных вариантов Arg16Gly гена ADRB2 у детей с РБ, БА и практически здоровых детей, %.

Arg16Gly	РБ (n=72)		БА(n=56)		Контроль (n=45)		P
	n	%	n	%	n	%	
AA (гомозигота)	37	51,3	12	21,4*	26	57,8	$p < 0,05$
AG (гетерозигота)	24	33,3	26	46,4	12	26,6**	$p < 0,002$
GG (мутация)	11	15,2	18	32,1*	7	15,5**	$p < 0,05$

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверные различия между группами РБ и БА; ** $p < 0,002, 0,05$ между группами БА и контролем.

При этом вариант нормы (генотип A/A) у детей с РБО отмечается достоверно чаще (51,3 %), чем группе больных с БА (21,4%) ($p < 0,05$). При этом гетерозиготный тип генотипа A/G гена ADRB2 в группе детей с БА наблюдается достоверно чаще (32,1 %, чем в группе контроля (15,5%) ($p < 0,002$). Результаты исследований показали, что больные с РБО, которые являются обладателем типа генотипа GG гена ADRB2, предрасположены к развитию БА.

Заключение. Генеалогический анализ родословной семей больных РБО позволил установить достоверное преобладание отягощенной наследственности по бронхолегочным заболеваниям, в частности ОБ, РБО, БА. Случаи заболеваемости БА и аллергическими фоновыми заболеваниями у родственников детей с БА отмечалось в 2,5 раза чаще, чем в группе с РБО.

Таким образом, проведенное генеалогическое исследование больных с РБО и БА подтверждает влияние наследственности на формирование болезни. Высокий уровень семейного накопления БЛЗ среди родственников пробандов с РБ и гендерные различия по сравнению с популяционной частотой подтверждает гипотезу генетической детерминированности данной патологии.

Полученные результаты исследований диктуют о необходимости проводить детям генеалогический анализ с целью прогнозирования и ранней диагностики заболевания.

При исследовании детей узбекской популяции с РБО определена ассоциация аллеля rs1042713 мутационных вариантов гена ADRB2 с повышенным риском развития БА. Поэтому больные с РБО, которые являются обладателем типа генотипа GG гена ADRB2, являются первыми претендентами к развитию БА.

Следовательно, ассоциация мутационного типа генотипа ADRB2 у детей с РБО, является прогностическим фактором риска развития БА. Раннее обнаружение у больного с РБО мутационного типа генотипа ADRB2, дает возможность ранней диагностики заболевания, проведению эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий задолго до проявлений хронических заболеваний бронхов.

Литература:

1. Воропаев Е.В., Рузанов Д. Ю., Осипкина О. В., Штанзе В. А., Переволоцкая Т. В., Переволоцкий А. Н., Шафорост А. С. Ассоциация полиморфизма генов MDR1, ADRB2 И IL-13 с развитием резистентной бронхиальной астмы. // Проблемы здоровья и экологии. –2018. –том №1. -С.50
2. Геппе, Н. А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей.// Педиатрия. - 2012. - Т. 91, № 3. -С. 76-82.
3. Гармонов С.Ю., Евгеньев М.И., Зыкова И.Е. Перспективные методы оценки генетически детерминированной химической чувствительности организма человека // Химическая и биологическая безопасность. -2003.- №11-12.- С.3–16
4. Либердовская Е.Д., Черкашина И. И., Никулина С. Ю., Комарова М. А. Фенотипическая характеристика больных с бронхиальной астмой. // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – Т. 76, № 1. – С. 38–40.
5. Овсянников Д.Ю., Болибок А.М., Халед М., Кравчук Д.А., Ларина В.Н., Назарова В.В. Гетерогенность бронхообструктивного синдрома и бронхиальной астмы у детей: трудности диагностики. // Трудный пациент. -2017.-№1-2. -т. 15. – С. 43-52
6. Пикуза О. И., Смородинова Е. А. Этиология и патогенез рецидивирующих бронхитов у детей // Казанский медицинский журнал. - 2002. - Т. 83, № 2. - С. 128-130.
7. Селиверстова Е.Н. и др. Разработка дифференциально-диагностических и прогностических критериев развития бронхиальной астмы у детей.// Евразийский союз ученых. -2015. -№ 6-4 (15). -С. 70-71.
8. Савенкова Н. Д., Джумагазиев А. А. Безрукова Д. А., Рецидивирующий бронхит у детей: Состояние проблемы. //Новая наука: Теоритический и практический взгляд.-2014. -С.29-37
9. Савельева О.Н., Карунас А.С., Федорова Ю.Ю. Роль полиморфизма вариантов гена ADRB2 в развитии и течении бронхиальной астмы. Медицинский вестник Башкортостан. -Т.13, №5(77). -2018. -С.69-74
10. Чучалин А. Г., Геппе Н.А., Розина Н. Н., Волков И. К., Мизерницкий Ю. Л. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Педиатрия.-2010.-Том 89.-№ 4. -С.7-15

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
Бухарский областной перинатальный центр, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Все женщины в свое жизни переходят от фертильности к старости которая называется климаксом. При этом происходят изменения как в гормональной, нервной так и других системах и процессах как, остеобразование. Так как всем нам известно, что эстроиды имеют не только воздействие на половую систему но и на сердечно-сосудистую систему, через вазодилатирующее действие и на процесс образования кости через ингибирование остеокластов и стимуляции остеобластов. До прекращения фертильности все эти системы работают слажено, а после климакса сопутствующие системы дают сбой. Именно в этот период, у многих женщин наблюдается, артериальная гипертония и остеопороз. И как следствие образуется, кардиодилатация и переломы.

Цель исследования: определить степень резорбции биохимическими и остеоденситометрическими методами у женщин в климактерическом периоде.

Материалы и методы исследования: Нами было исследовано 48 больных, у 18 которых уже наблюдались осложнения такие как, артериальная гипертония II и III степени. А у 10 наблюдались различные переломы, возникшие в период климакса. Остальные 30 женщины считались в тот период клиническими здоровыми. У всех этих женщин прово-

дилось определение кальция, магния, щелочной фосфатазы и остеоденситометрии. Возраст их варьировал от 40 до 52 лет.

Результаты и его обсуждение: У 34 женщин или (70 %) наблюдались, вазомоторные и психоэмоциональные нарушения, такие как приливы, сердцебиение, парестезии, повышенная утомляемость, раздражительность, головная боль, головокружение, бессонница; 8 (17%)- имели средние симптомы КС (урогенитальные и кожные); 26 (54,1 %) - поздние проявления КС, такие как остеопороз.

Группы	Число больных	Магний Средний показатель в ммоль/л	Кальций Средний показатель в ммоль/л	ЩФ Средний показатель в ммоль/л	Эстрадиол Средний показатель в ммоль/л	Остеоденситометрия Т-критерий
Нормопения	4	0,96	2,67	202	46,9	0,73
Остеопения	28	0,83	2,1	210,7	41,0	1,62
Остеопороз	16	0,71	1,9	229,25	34,2	2,97

Таким образом, в результате наших исследований мы определили что, у всех 10 больных у которых были различного вида переломы наблюдался остеопороз. Кроме того ещё у 8 риск возникновения переломов очень велик, если не принять соответствующие меры. У 28 больных из 48 или 58,3 % выявился остеопения которая может переходить в остеопороз. У всех этих больных степень тяжести коррелировалась с тяжестью климактерических проявлений. Только 4 из них выявляли нормопению, при пристальном определении их анамнеза мы определили что климактерический период у них начался от 6 месяцев до 1 года.

Литература:

1. Дедов И.И., Рожинская Л.Я. Роль и место бифосфонатов в профилактике и лечении остеопороза. Журнал Остеопороз и остеопения №1/2005.стр 20-30.
2. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун. 2019 3-27. Стр. 14-17
3. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Роль Алеандроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопороза. Доктор ахборотномаси 2019; 4(3) Стр- 23-27.
4. Эффективность трансдермальной заместительной гормональной терапии в профилактике сердечнососудистой патологии в перименопаузальном периоде. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Солиева Н.К. Новости дерматологии и венерологии 2020; 1-12. Стр 18-21.
5. Манзурина Н.В. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с ожирением в менопаузе. Вестник репродуктивного здоровья 2009 стр-76-80.
6. Сандакова Е.А., Елькин В.Д., Коберник М.Ю. Пермский медицинский журнал. «Предикторы патологического течения климактерия» 2014 год. Том XXXI №3 стр -122, 126.

ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х., Исламова Д.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Среди заболеваний органов дыхания острый обструктивный бронхит (ООБ) широко распространен, приводят к частым рецидивам и тяжелым осложнениям. Обструктивные формы бронхита занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и смертности [1,2,5,8,10]. Анализ факторов риска при прогнозировании вероятности формирования ООБ у детей имеет существенное значение для современной пульмонологии. Среди больных с ООБ острая пневмония встречается в 4 раза чаще и практически всегда имеет осложненное течение. При воздействии инфекционного фактора и других агентов у детей наблюдаются различные иммунологические изменения, резко снижается также способность вырабатывать полноценный постинфекционный иммунитет. При ООБ изменяется показатель Т-звена иммунного статуса, который способствует частым интеркуррентным заболеваниям и аллергическим проявлениям [3,4,6,7,9]. Известно, что снижение клеточного иммунитета опосредствовано через нарушение продукции биологически активных гормоноподобных веществ, продуцируемых тимусом. Поэтому перспективным направлением исследований является поиск и внедрение методов, оказывающих корректирующее воздействие на систему иммунитета у детей с острым обструктивным бронхитом.

Цель исследования. Обоснование иммуномодулирующей терапии у детей с острым обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 детей, больных ООБ, 35 больных с острым простым бронхитом и 20 здоровых детей. Дети с острым обструктивным бронхитом были в возрасте от 6 мес. до 3 лет, из них 39 (60%) были мальчики, 26 (40%) – девочки. Диагноз ООБ устанавливали согласно классификации, принятой в 1996 году на Российском симпозиуме педиатров – пульмонологов. Установление диагноза основывалось на выявлении главных клинических признаков болезни с исключением заболеваний, протекающих со сходной клинической картиной.

Иммунологическое исследование проводилось в клинической лаборатории клиники СамМИ. Проводилось определение количества Т-лимфоцитов (СД3), Т-хелперов (СД4), Т-супрессоров (СД8), а также В-лимфоцитов (СД19) модифицированным методом (Ю.Ф. Гариб, 1995). Концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М, G в периферической

крови определяли по методу Mancini et al (1965). Фагоцитарная активность нейтрофилов изучалась с применением частиц латекса (Петров Р.В., 1988).

Иммунологическое обследование проводилось с учетом характера терапии: I-я группа больных находилась на традиционном лечении с включением Т-активина, а II-я группа детей находилась только на традиционном лечении.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что у большинства детей заболевание приходится на возраст от 3-х месяцев до 1 года. В анамнезе больных часто отмечалось наличие респираторных заболеваний, которые на 2-3 сутки осложнялись острым обструктивным бронхитом. Анализ семейно – наследственного анамнеза показал, что 32% больных детей родились от родственных браков, у 46,5% детей родственники страдали аллергическими заболеваниями. Анализ исходного преморбидного фона показал, что у детей с ООБ аллергический диатез отмечался у 54,9%, анемия – у 81,9%, рахит – у 51,0%, паратрофия – у 12,5% и гипотрофия I-II степени – у 48,7%. Выявлено, что средние показатели массы тела при рождении у детей с ООБ достоверно превышают (более 3,5 кг) таковых у детей с острым простым бронхитом и контрольной группы. Проведенные иммунологические исследования выявили снижение факторов естественной резистентности клеточного иммунитета и развивающуюся транзиторную недостаточность гуморального иммунитета по мере увеличения длительности болезни. Основные изменения клеточного иммунитета выражались в снижении количества Т-лимфоцитов (СД3) $45,2 \pm 0,8$ по сравнению с детьми контрольной группы $57,3 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). Чаще встречалось увеличение содержания В-лимфоцитов (СД19) у больных с ООБ $18,1 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), что достоверно выше данных с острым бронхитом $16,1 \pm 0,7$ ($p < 0,01$) и контрольной группы ($p < 0,01$). Отмечалась тенденция к снижению Т-супрессоров (СД8) в относительных и абсолютных показателях при ООБ у детей (таблица 1).

Фагоцитарная активность нейтрофилов в остром периоде болезни значительно угнетена у детей с ООБ $45,1 \pm 0$, ($p < 0,01$). Особенно выраженное снижение ФАН наблюдались у детей с рецидивами (3-4 раз в год) острого обструктивного бронхита. Также происходило достоверное снижение индекса фагоцитоза и показателя заверщенного фагоцитоза. Изменения гуморального звена иммунитета сопровождалось снижением концентрации IgA ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,01$). Повышение концентрации IgM ($p < 0,01$) у детей больных ООБ свидетельствует о том, что в период разгара заболевания иммунный ответ обеспечивается преимущественно за счет антител класса IgM.

Следовательно, гуморальное звено иммунитета в разгар клинических проявлений ООБ характеризуется, в основном, дисбалансом концентрации иммуноглобулинов в ответ на антигенное раздражение. Полученные результаты иммунологических исследований послужили основанием для включения в комплекс лечения ООБ у детей раннего возраста иммунокорректирующих препаратов и последующего динамического контроля показателей иммунного ответа с целью профилактики рецидивов заболевания. Показаниями к их назначению явилось наличие клинических признаков иммунного дефицита, вялотекущий воспалительный процесс, тенденция к рецидивированию ООБ, кратковременная эффективность антибактериальной терапии.

У детей с ООБ, находящихся на традиционном методе лечения улучшение клинической симптоматики и иммунологических показателей было менее выраженным. Так, уровень Т-лимфоцитов ($p < 0,01$) оставался низким, показатели В-лимфоцитов ($p < 0,01$) были высокими. Содержание иммуноглобулинов не достигал показателей здоровых детей.

Таблица 1. Показатели иммунитета детей раннего возраста с острым обструктивным бронхитом

Показатели	Здоровые дети n=25	Дети с простым бронхитом n=35	Дети с острым обструктивным бронхитом n=65
Т-лимфоциты, % (СД3)	$57,3 \pm 0,9$	$45,2 \pm 0,8$ $p < 0,01$	$40,1 \pm 0,3$ $p < 0,01$
Т-абс. тыс/мкл	$1,51 \pm 0,13$	$1,39 \pm 0,18$ $p < 0,01$	$1,28 \pm 0,5$ $p < 0,01$
Т-хелперы, % (СД4)	$45,8 \pm 0,8$	$39,9 \pm 0,2$ $p < 0,01$	$33,8 \pm 0,6$ $p < 0,01$
Т-супрессоры, % (СД8)	$8,4 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,29$ $p < 0,01$	$6,1 \pm 0,1$ $p < 0,01$
В-лимфоциты, % (СД19)	$12,3 \pm 0,89$	$16,1 \pm 0,76$ $p < 0,01$	$18,1 \pm 0,3$ $p < 0,01$
Абс. тыс/мкл	$0,3 \pm 0,05$	$0,39 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$0,41 \pm 0,01$ $p < 0,01$
IgA, г/л	$2,18 \pm 0,06$	$1,65 \pm 0,08$ $p < 0,01$	$1,53 \pm 0,07$ $p < 0,01$
IgM, г/л	$1,02 \pm 0,1$	$1,39 \pm 0,3$ $p < 0,01$	$1,43 \pm 0,7$ $p < 0,01$
IgG, г/л	$9,03 \pm 0,55$	$7,89 \pm 0,87$ $p < 0,01$	$7,01 \pm 0,4$ $p < 0,01$
ФАН, %	$59,5 \pm 1,24$	$47,2 \pm 0,86$ $p < 0,01$	$45,1 \pm 0,9$ $p < 0,01$

С целью коррекции иммунологических показателей больным с ООБ назначали Т-активин подкожно из расчета 2 мкг/кг массы тела ежедневно в течение 5 дней и шестую инъекцию через неделю после инъекций. В клиническом плане у всех детей, получивших Т-активин, отмечена положительная динамика. Т-активин способствует достоверному увеличе-

нию относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов и субпопуляций Т-лимфоцитов (СД4 и СД8). Т-активин улучшает состояние Т-звена иммунной системы и способствует предупреждению частых интеркуррентных заболеваний, особенно при повторных курсах его применения. Применение Т-активина на фоне традиционной терапии оказывает выраженный положительный эффект, способствует более быстрому снижению симптомов интоксикации, а также купированию различных осложнений заболевания. Сравнительный анализ показателей иммунного ответа на фоне традиционного лечения и с подключением Т-активина выявил достоверное повышение В-лимфоцитов (СД19) $12,9 \pm 0,76\%$, повышение ФАН $57,9 \pm 1,34\%$ и нормализации всех иммуноглобулинов А, М, G.

Проведенные исследования показали существенную роль нарушений отдельных звеньев иммунного ответа в патогенезе ООБ у детей, что явилось логическим обоснованием применения иммунокорректирующей терапии. Анализ результатов включения Т-активина в состав комплексной терапии подтвердил эффективность лечения, особенно у часто болеющих детей.

У детей раннего возраста факторами риска развития острого обструктивного бронхита являются: наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями, ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание, частые повторные респираторные инфекции, нерациональная антибиотикотерапия и отягощенный преморбидный фон.

Заключение. Таким образом, включение Т-активина в комплексную терапию детей с острым обструктивным бронхитом повышает эффективность лечения, способствует нормализации показателей иммунного статуса и предупреждает развитие рецидивов заболевания.

Литература:

1. Алферов В.П., Сидорова Т.А., Осипян Н.А. Обструкция бронхов у детей. Российский семейный врач. 2003, 7 (1). –С. 16-22.
2. Артамонов Р.Г. Бронхиты// Медицинский научный и учебно-методический журнал. -- 2008. -- № 42. -- С. 3-24.
3. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Педиатрия, 2005, №4, -С.94-104.
4. Закирова У.И. Фенотипические особенности больных обструктивным бронхитом детей узбекской популяции. Узбекистон тиббиёт журнали, 2002, № 5. -С. 55-58.
5. Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х. Бронхообструктивный синдром у детей: распространенность трудности дифференциальной диагностики и прогноз. Ж.«Проблемы биологии и медицины». Самарканд. 2019, №3, -С.233-236.
6. Рахимов С.А., Закиров У.И. Показатели пальцевой дерматоглифики детей, больных обструктивным бронхитом узбекской популяции педиатра, Педиатрия, 2001, №3, -С. 22-26.
7. Самсыгина Г.А. Острый бронхит у детей и его лечение // Педиатрия. -- 2008. -- № 2. -- С. 25-32.
8. Смирнова М.О., Сорокина Е.В. Бронхиты у детей: принципы современной терапии // Трудный пациент. -- 2009. -- № 8-9. -- С. 19-23.
9. Шамсиев Ф.С., Мерлянова Е.А., Аминова Х.У. и др. Влияние факторов риска на клиническое течение рецидивирующего бронхита у детей. Педиатрия, 2000, №4, -С.19-22.
10. Ярцев М.Н., Яковлева К.П., Плахщенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети. Consilium Medicum, 2006, №1, -С. 13-18.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Отечественными педиатрами было показано, что в развитии хронической обструктивной болезни легких у детей большую роль играют преморбидный фон ребенка и состояние общей реактивности организма. Среди эндогенных факторов, определяющих степень вероятности развития данного заболевания, большое значение придают иммунологическим процессам [1,3,5,7,8].

Течение и исход хронического воспалительного процесса в легких во многом зависит от состояния иммунологической реактивности.

Изучение состояния иммунитета при данной патологии у детей началось давно. В настоящее время иммунологические сдвиги при хронических бронхолегочных заболеваниях изучено достаточно в работах [2,4,6,9,10]. Несмотря на разноречивые данные показателей иммунитета, уже сейчас можно говорить о практической значимости этих исследований для коррекции и контроля эффективности лечения. Использование различных средств, направленных на повышение иммунитета, значительно повышает эффективность лечения.

В связи с этим мы изучали состояние иммунитета у больных детей с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 100 больных детей с хронической обструктивной болезнью легких находившихся на стационарном лечении в детском отделении клиники СамМИ №1 с 2011-2018 гг. I - группу составили 30 больных в возрасте 3-7 лет (с деформацией бронхов -24 больных; с бронхоэктазами - 6), II группу - 70 больных в возрасте от 8-15 лет (с деформацией бронхов - 46 больных; с бронхоэктазами -24). Были исследованы тесты первого и второго уровня: выделение лимфоцитов по Воум (1974) на градиенте фиккола – верографина с плотностью $1,077 \text{ г/см}$. Количество циркулирующих Т-лимфоцитов оценивали методом спонтанного розеткообразования по Jondal et.all., (1972). Определение иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, Т- супрессоров, Т-хелперов и В - розеткообразующих лимфоцитов (в реакции с эритроцитами мышей) проводили по И.В.Понякиной и К.А.Лебедеву, (181).

Для количественной регистрации антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), циркулирующих в периферической крови, мы использовали метод непрямого розеткообразования, предложенный Ф.Ю.Гарибом, (1988). Содержание основных классов иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови методом радиальной диффузии в агаре по Manchini et.all., (1965). Определение уровня ЦИК в сыворотке крови проводили с помощью стандартной тест-системы. Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали по общепринятой методике со взвесью стафилококка.

Диагноз хронической обструктивной болезни легких верифицирован на основании тщательного сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания ребенка, данных клинических, бактериологических, иммунологических, рентгенологических, по показаниям бронхоскопических и функциональных методов исследования.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что по иммунологической реактивности больные с данной патологией значительно отличались от здоровых детей. Исследование показателей иммунитета нами проведены при поступлении больных в фазе обострения заболевания, при выписке из стационара и у 56 больных в ка-тамнезе.

Результаты иммунологических исследований в зависимости от возраста больных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели клеточного иммунитета, ФАН, АСЛ и ЦИК при хронической обструктивной болезни легких у детей при поступлении в фазе обострения ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые дети		Дети с хронической обструктивной болезнью легких	
	3 - 7 лет	8- 15 лет	3- 7 лет	8 -15 лет
Т-лимф.,%	59,1±1,03	58,1±1,18	42,94±1,31 P<0,001	40,7±1,2 P<0,001
Т-абс.тыс./мкл	1,84±0,11	1,51±0,13	1,26±0,1 P<0,01	1,17±0,06 P<0,05
Т-хелп.,%	43,9±0,69	46,1±0,93	33,97±0,94, P<0,001	33,93±0,83, P<0,001
Т-супрес.,%	7,8±0,41	8,2±0,63	5,87±0,45, P<0,05	5,8±0,32, P<0,05
В-лимф.,%	11,6±1,29	12,3±0,99	10,56±0,56, P>0,1	9,95±0,48 P<0,05
абс.тыс./мкл	0,36±0,04	0,3±0,05	0,39±0,03, P>0,1	0,31±0,02, P>0,1
Фагоцитоз,%	55,6±0,76	58,4±1,21	42,52±1,19, P<0,001	41,24±0,96, P<0,001
абс.тыс./мкл	2,3±0,15	2,35±0,13	2,01±0,12, P>0,1	1,96±0,1, P<0,01
Асл, %	1,0±0,08	1,0±0,08	4,2±0,09 P<0,001	5,86±0,11 P<0,001
ЦИК %	94,5±1,0	96,8±1,2	149,2±9,17 P<0,001	177,9±8,42 P<0,05

Примечание: P–достоверность различия между показателями здоровых детей и детей с хронической обструктивной болезнью легких.

Установлено достоверное снижение относительного количества Т лимфоцитов во всех возрастных группах 42,94±1,31% (P<0,001); 40,7±1,2% (P<0,001) по сравнению с контрольной группой 59,1 ±1,03%; 58,1± 1,18%, соответственно изменилось и абсолютное количество Т-лимфоцитов P<0,05.

Также отмечено достоверное снижение Т-хелперов 33,97±0,94%(P<0,001); 33,93±0,83% (P<0,001); и Т-супрессоров 5,87±0,45% (P<0,05); 5,8±0,32% (P<0,05) в стадии обострения заболевания.

При исследовании содержания В-лимфоцитов выявлено достоверное уменьшение относительного содержания у детей в возрасте от 8 до 15 лет 9,95±0,48 P<0,05, при отсутствии достоверных сдвигов в возрасте 3-7 лет (P>0,05). При анализе абсолютного количества В лимфоцитов, достоверное отклонение от нормы не выявлено у всех больных (P>0,1).

Анализ результатов исследования сывороточных иммуноглобулинов показали, что у большинства детей 54 (77,1%) в возрасте 8-15 лет наблюдалось повышение уровня иммуноглобулинов всех классов (P<0,05), что является нормальной реакцией на длительное раздражение, у остальных 16 больных в 22,9% случаев отмечалось некоторые снижение Ig A (P>0,1), IgM (P>0,1) и достоверное повышение IgG (P<0,05).

Уровень иммуноглобулинов А,М, G в возрасте 3-7 лет достоверно не отличался от контрольной группы здоровых детей, однако у 27% больных содержание IgG было достоверно повышенным (P<0,001).

Показатели гуморального иммунитета при хронической обструктивной болезни легких у детей в зависимости от возраста представлены в таблице 2.

Приведенные данные о состоянии гуморального иммунитета можно объяснять следствием длительного воспалительного процесса, о постоянном напряжении системы гуморального иммунитета. Все это указывает на мобилизацию защитных сил организма преимущественно гуморальным путем, что недостаточно эффективно, так как имеется снижение клеточного иммунитета, что следует учитывать при назначении комплекса терапевтических воздействий.

Достоверное повышение иммуноглобулинов у 77,1% больных в возрасте 8-15 лет указывает на то, что чем длительнее протекало заболевание, тем больше повышались иммуноглобулины. Это можно предполагать большей зрелостью аппарата иммуногенеза у больных 8-15 лет, чем в возрасте 3-7 лет. Достоверное повышение IgG у всех групп больных свидетельствует о том, что органическое поражение бронхолегочной ткани сопровождается и сенсibilизацией.

Таблица 2. Показатели гуморального иммунитета при хронической обструктивной болезни легких у детей (M±m)

Показатели	Здоровые дети		Дети с хронической обструктивной болезнью легких	
	3 - 7 лет	8- 15 лет	3- 7 лет	8 -15 лет
IgA, г/л	0,81±0,04	1,18±0,09	1,1±0,07, P>0,1	1,67±0,07, P<0,05
IgM, г/л	0,86±0,06	1,01±0,13	0,94±0,06, P>0,1	1,29±0,06, P<0,02
IgG, г/л	9,35±0,27	9,03±0,56	10,85±0,18, P<0,001	10,92±0,16, P<0,001

Примечание: P–достоверность различия между показателями здоровых и у детей с хронической обструктивной болезнью легких.

Состояние антигенспецифического звена иммунной системы мы изучали путем выявления антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), сенсibilизированных к тканевым антигенам легкого.

Результаты исследования показали, что при хронической обструктивной болезни легкого развивается выраженная иммунная реакция с возрастанием в 5,86±0,11% содержания в крови АСЛ к легочному антигену у детей в возрасте 8-15 лет и 4,2±0,09 % в возрасте 3-7 лет по сравнению с группой здоровых детей 1,0± 0,08 (P <0,001).

В условиях неэквивалентного соотношения антигена и вырабатываемых антител создаются предпосылки формирования органной фиксации ЦИК с реализацией их патогенетического эффекта на органы-мишени [10]. Как видно из данных, приведенных в таблице 1 у больных в фазе обострения концентрация ЦИК была достоверно повышенной во всех возрастных группах (P<0,001<0,05). Выявленное повышение ЦИК по-видимому, связано с конституционально измененной или приобретенной иммунологической реактивностью. При изучении показателей иммунитета мы отметили более выраженное снижение Т - и В - клеточного иммунитета у больных с бронхоэктазами и тяжелым состоянием с легочно-сердечной недостаточностью (P <0,05), по сравнению с больными с деформацией бронхов и средней тяжестью состояния. Содержание иммуноглобулинов А,М,Г также было высоким, причем как по сравнению с нормой (P <0,05), так и по сравнению с показателями больных с деформацией бронхов и среднетяжелым состоянием (P<0,05).

Как видно из данных, представленных на рис. 1, при хронической патологии легких с бронхоэктазами и тяжелым состоянием отмечалась поликлональная активация гуморального звена, причем эти показатели не достигли нормализации к моменту выписки детей. Это очевидно, связано с глубокими нарушениями системы иммунитета и с длительной гиперсенсibilизацией организма на фоне вторичного иммунодефицитного состояния.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают существенную патогенетическую значимость иммунологической недостаточности на течение хронической обструктивной болезни легких у детей и указывают на необходимость проведения ее коррекции.

Литература

1. Агейкин В.А. Хронические бронхолегочные заболевания у детей. //Медиц.науч. и учебно-метод.жур., №24, 2005, с. 7-31.
2. Азизова Н.Д. Распространенность и структура хронической пневмонии у детей Хорезмской области. //Согликини саклаш тизимининг бирламчи бугинида болаларга курсатилаетган ёрдам сифатини яхшилаш. Республика илмий- анжумани материаллари. Тошкент, 2003.с. 98-101.
3. Атауллаханов Р.И., Гинцбург А.Л. Иммунитет и инфекция: динамичное противостояние живых систем. // Педиатрия, №4, 2005 г, с. 47-61.
4. Асадова Г.У. Кардиоинтервалогиическая диагностика и лечение хронических бронхолегочных заболеваний у детей. // Согликини саклаш тизимининг бирламчи бугинида болаларга курсатилаетган ёрдам сифатини яхшилаш. Республика илмий анжумани материаллари. Тошкент, 2003. с.101-103.
5. Гариб Ф.Ю. Иммунозависимость заболеваний и принципы иммунокоррекции //Ж. Инфекция, иммунитет и фармакология. Ташкент. 2002. №1-2. с. 22-27.
6. Джубатова Р.С., Умарова З.С., Гулямов Р.О. и др. Значение психологического статуса в формировании хронического бронхолегочного процесса у детей. //Матер. 13 Национального Конгресса по болезням органов дыхания: Тез.докл. Москва-2003. с. 65
7. Каганов С.Ю. Современные проблемы пульмонологии детского возраста.//Ж.Российский вестник перинатологии и педиатрии. Москва.2003, №3. с. 9-16.
8. Ливерко И.В. Хроническая обструктивная болезнь легких. Ташкент, 2005.
9. Рачинский С.В., Таточенко В.К., Волков И.К. Место хронической пневмонии и хронического бронхита в бронхолегочной патологии у детей. //Педиатрия, №1, 2004, с. 58-62.
10. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М.: Бином, 2000. с. 306-307.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА МЕЛАТОНИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГОРМОНАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Икрамова Х.С., Матризаева Г.Дж.

Ургенчский филиал Ташкенской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Введение: Гормональное бесплодие является одной из наиболее распространенных эндокринных патологий в популяции [3]. Этиология заболевания во многом спорна: с каждым годом открывают новые возможные механизмы патогенеза [1,2]. Результаты исследований последних десятилетий позволили предположить влияние мелатонина и биологических ритмов организма на развитие и прогрессирование заболевания. Существуют однозначные доказательства того, что мелатонин функционирует через рецепторы, как мембранные, так и ядерные, а также нейтрализует свободные радикалы (процесс, который не требует участия рецепторов) [5,6].

Многочисленные данные свидетельствуют о роли мелатонина в физиологии яичников, в том числе развитии фолликулов, овуляции, созревании ооцитов и поддержании желтого тела. Мелатонин обеспечивает адаптацию эндогенных биоритмов к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Биологический ритм – основа жизнедеятельности организма [1,3,5].

Учитывая высокую распространенность метаболических нарушений, хронический характер СПЯ, новые данные о роли мелатонина в фолликулогенезе, возникла необходимость оценить роль этого гормона в репродуктивной функции женщины, т.к. полученные результаты позволят повысить эффективность лечения пациенток и реализовать способность к зачатию с помощью консервативных методов терапии без использования вспомогательных репродуктивных технологий [4].

Цель исследования: изучить влияние мелатонина на развитие ановуляции и сомнологических нарушений у пациенток с гормональной бесплодием, возможности его использования в схемах лечения данного заболевания.

Материалы и методы: исследование двух независимых выборок пациенток от 20 до 35 лет. В первую выборку включены женщины с гормональной бесплодием (n=60). Вторая выборка (группа контроля) состояла из здоровых женщин без нарушений менструального цикла (n=30).

Критерии включения женщин в 1 группу: нерегулярность менструального цикла; выявление ультразвуковых признаков поликистоза яичников; наличие клинических признаков гиперандрогении; отсутствие любой гормональной терапии в течение 6 месяцев перед исследованием; получение информированного согласия на комплексное обследование и лечение.

Критерии исключения для 1 группы: наличие противопоказаний к предполагаемой терапии; беременность, лактация; наличие хронических экстрагенитальных заболеваний в стадии обострения, субкомпенсации; наличие декомпенсированной эндокринной патологии; выявление острых, обострений хронических воспалительных заболеваний половых органов; курение, злоупотребление алкоголем.

Результаты исследования: В соответствии с поставленными задачами было обследовано 90 женщин. Оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Голлвея дала следующие результаты: 30 пациенток (50%) имели легкую степень гирсутизма, 4 (6,7%) – умеренную и 1 пациентка (1,7%) – тяжелую степень. Остальные женщины (25 человек, 41,7%) не имели признаков повышенного роста волос по мужскому типу.

Длительность лечения пациенток до обращения к гинекологу составила: до 1 года – 6 человек (10%), 1-3 года – 41 человек (68,3%), 4-6 лет – 10 человек (16,7%), более 7 лет – 3 человек (5%), что соответствует общей тенденции длительного лечения пациенток.

По данным УЗИ органов малого таза у 46 пациенток (76,7%) с СПЯ были выявлены признаки двустороннего увеличения яичников, у 13 пациенток (21,7%) – одностороннего, у 1 пациентки (1,7%) – объем яичников не превышал норму. У всех определялись множественные мелкие фолликулы до 10 мм в диаметре в количестве 12-15 штук в структуре яичников. У 27 пациенток (45%) были зафиксированы признаки гипоплазии матки, что вероятно могло быть связано с нерегулярным ритмом менструаций. Результаты комплексного обследования позволили распределить пациенток по фенотипам: классический (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 29 человек (48,3%), овуляторный (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ) – 6 человек (10%), неандрогенный (поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 15(25%), ановуляторный (признаки гиперандрогении+ановуляция) – 10 человек (16,7%).

Большим СПЯ предлагалось выбрать среди всех причин нарушений сна главную. Самой частой причиной оказался стресс (55%), далее шли ночная или суточная работа, учеба в ночные часы (29%), жизненные события составили 10% и 6% – другие причины. По результатам анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна пациентки с СПЯ статистически значимо отличались от группы контроля по уровню патологических отклонений ($p = 0,0040$) – при наличии СПЯ эти нарушения встречались чаще. При распределении по фенотипам была выявлена следующая особенность сомнологического профиля пациенток: при классическом фенотипе отклонения присутствовали в 82,8% случаев, при овуляторном – 16,7%, неандрогенном – 66,7%, а при ановуляторном – в 70%. Хотя статистически значимо отличались только классический и овуляторный фенотипы ($p=0,004$), что может свидетельствовать о более выраженной патологии секреции мелатонина при классическом фенотипе, которая дополнительно усугубляется депривацией сна вследствие жизненных обстоятельств, в то время как наличие овуляции возможно сглаживает мелатониновый дисбаланс. Анкетирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии статистически значимых различий между группой СПЯ и контролем не выявило, что может объясняться высокой распространенностью вторичного бесплодия в группе контроля, оказывающего влияние на психологический статус.

Метаболические параметры. При исследовании углеводного обмена уровень глюкозы натощак был статистически значимо выше в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й, при этом оба показателя находились в пределах нормативных значений. Статистически значимых отличий по уровню глюкозы между группой СПЯ и контролем соответствующей категории ИМТ не обнаружено.

Гормональные параметры. Выявлена общая тенденция к повышению концентрации ЛГ у пациенток с СПЯ, при этом показатели ФСГ значимо не отличались по подгруппам, а уровень тестостерона был повышен в обеих группах СПЯ. Уровень АМГ оказался статистически значимо выше в обеих группах СПЯ при сравнении с контролем, а ИМТ не влиял на показатели. Определение мелатонина и его метаболита в биологических жидкостях. Для пациенток с синдромом поликистозных яичников было характерно более высокое содержание мелатонина в крови, уровня 6-сульфатоксимелатонина в суточной моче и более низкие концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости. Сниженная концентрация мелатонина в фолликулярной жидкости при сопутствующем ей повышении концентрации того же параметра в крови позволяет предположить возможное компенсаторное повышение уровня мелатонина в крови. Снижение концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости у женщин с СПЯ может приводить к ановуляции. Следствием дефицита мелатонина в яичнике и его повышения в крови также служит увеличение содержания 6-сульфатоксимелатонина в моче по принципу предположительной отрицательной обратной связи. Мы оценили уровень мелатонина в крови у женщин группы контроля (наличие подтвержденной овуляции): показатель более 51,2 пг/мл не встречался ни у одной участницы. В дальнейшем мы оценили наличие овуляции у пациенток с уровнем мелатонина более 51,2 пг/мл. Только в 15% случаев овуляция отсутствовала при уровне мелатонина более 51,2 пг/мл, у остальных больных, несмотря на условно принятый за нормальный уровень мелатонина, регистрировалась ановуляция. Была обнаружена статистически значимая слабая прямая корреляция уровня мелатонина в крови и тестостерона ($r=0,277$, $p=0,036$, метод ранговой корреляции по Спирмену), что может подтверждать их роль в качестве важнейших факторов

Заключение: 1. Пациентки с СПЯ имеют статистически значимо более низкую концентрацию мелатонина в фолликулярной жидкости при его повышенном уровне в крови и слюне и его метаболита в моче независимо от ИМТ, по сравнению с женщинами группы контроля без признаков ановуляции. Наиболее высокий уровень мелатонина в крови был обнаружен при классическом фенотипе СПЯ, а наиболее низкий – при овуляторном, что подтверждает связь овуляторной дисфункции и уровня мелатонина в фолликулярной жидкости.

2. Частота сомнологических нарушений у пациенток с СПЯ (42.2%) превышала таковую среди женщин группы контроля (10%). При распределении больных в зависимости от фенотипа статистически значимые отклонения были обнаружены в подгруппах классического и овуляторного вариантов, причем в первой подгруппе изменения были наиболее выражены. По данным анкетирования женщины с СПЯ имели худший сомнологический профиль по сравнению с контрольной группой не зависимо от ИМТ. Статистически значимых отличий по степени тревоги и/или депрессии у больных с СПЯ и женщин группы контроля не выявлено.

3. Расстройства сна выступают в качестве дополнительного фактора, нарушающего метаболический профиль пациенток: ухудшение сомнологического профиля ассоциировано с усилением инсулинорезистентности у больных СПЯ.

4. На развитие ановуляции при СПЯ влияет нарушение взаимосвязи мелатонина, определяемого в крови, и мелатонина яичников, а также гиперандрогения и повышенный уровень АМГ (коррелирует с уровнем мелатонина в крови). Синтетический аналог мелатонина в комбинированной терапии СПЯ позволяет в 2,7 раза повысить эффективность консервативной терапии и преодолеть кломифен-резистентность в циклах стимуляции овуляции.

Литература:

1. Абсатарова Ю.С., Андреева Е.Н. Роль витамина D и мелатонина в патогенезе синдрома поликистозных яичников // Ожирение и метаболизм. – 2014. – № 1. – с.20-23.
2. Absatarova J., Andreeva E., Sheremetyeva E., Grigoryan O. Melatonin and sleep disorders in polycystic ovary syndrome. Материалы конференции «Gynecological Endocrinology. World Congress». 2-5 марта 2016г. Италия, Флоренция.
3. Абсатарова Ю.С., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н. Мелатонин в репродукции человека // Проблемы репродукции. – 2016. – №1. – с.8-11
4. Tamura H., Takasaki A., Taketani T., Tanabe M., Kizuka F., Lee L., Tamura I., Maekawa R., Asada H., Yamagata Y., Sugino N. The role of melatonin as an antioxidant in the follicle // Journal of ovarian research. – 2012. – Vol.5. – P.5.
5. Tamura H., Takasaki A., Taketani T., Tanabe M., Kizuka F., Lee L., Tamura I., Maekawa R., Asada H., Yamagata Y., Sugino N. Melatonin as a free radical scavenger in the ovarian follicle // Endocrine journal. – 2013. – Vol.60. – P.1–13.
6. Tan D., Manchester L., Fuentes-Broto L., et al. Significance and application of melatonin in the regulation of brown adipose tissue metabolism: relation to human obesity // Obesity Reviews. – 2011. – Vol.12. – P.167-188.

ШТЕЙН-ЛЕВЕНТАЛЬ СИНДРОМИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯСИНИ ТИКЛАШДА ЖАРРОХЛИК ВА КОНСЕРВАТИВ ТЕРАПИЯНИНГ РОЛИ

Икрамова Х.С., Ражабова Г.О., Матризаева Г.Дж.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

Кириш: Штейн- Левенталь синдроми(тухумдонлар поликистоз синдроми)- гинекологик эндокринологиядаги долзарб муаммолардан бири бўлиб, у аёллар бепуштлигида асосий ўринни эгаллаб келмоқда. Фанни замонавий даражада ривожланиши тухумдонлар поликистоз синдроми(ТПКС) бўлган беморларни муваффақиятли даволашда асосан,

илгари бепушт бўлган аёлларда бу патологик ҳолатни даволаш билан эмас, балки овуляцияни тиклаш ва ҳомиладорликка эришишга боғлиқдир [2,4]. Лекин, ТПКСда репродуктив фаолият 50%дан ошмаяпти. ТПКСни жаррохлик йўли билан даволашда - понасимон кўринишидаги тухумдонлар резекциясини қўллаш билан биргаликда замонавий эндоскопик технологияларни қўлланилиши, яъни тухумдонлар электрокаутеризацияси ҳар доим ҳам муаммоларни ҳал қилмайди. Жаррохлик йўли билан даволашни қўллаш вақти ҳозиргача ҳал қилинмаган, чунки баъзи муаллифларни фикрича бир неча консерватив даволаш цикли ўтказилганидан кейин самарадорлиги бўлмасагина, жаррохлик йўли билан даволаш мумкин деб ҳисоблашса, бошқа муаллифлар эса даволашни бошидан оқ жаррохликни қўллаш лозим дейдилар [5,6].

Шундай қилиб, овуляцияни тикланиш сонига нисбатан, даволашни ҳамма усулларида ТПКС даги муаммоларни ҳал қилинмаслиги, ҳомиладорлик сонини (2 мартаба) кам бўлиши яна кўшимча изланишлар ўтказилишининг зарурлигини кўрсатмоқда [1]. Ановуляция билан асоцирлашган менструал циклининг бузилиши ва гирсутизм, гиперандрогения, хусн бузар тошмалар – касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади. [3]. ТПКС - мультифактор патология бўлиб, олигоёки аменорея, сурункали ановуляция, гиперандрогения ва бунинг натижасида бепуштлиқ билан характерланади.

ТПКС патогенези охиригача номаълум бўлиб қолмоқда ва кўпгина изланишларга қарамасдан кўп мулоҳазали, ечимсиз масала бўлиб қолмоқда. 80-йилларни бошидан ТПКС патогенезини тушуниришда янги ёндошув таклиф қилинган, яъни гиперинсулинемия инсулинорезистентлик натижаси сифатида [2]. Инсулинорезистентлик деганда, периферик тўқималар билан, энг аввало скелет мушаклари билан, инсулинга боғлиқ бўлган глюкозани йўқотилиши тушунилади. Ошқозон ости безининг резервларини камайиши натижасида гипер-глицемия рўй беради ва инсулинга боғлиқ бўлган қандли диабет ривожланади [2].

Изланиш материаллари ва усуллари: Хоразм вилояти Перинатал марказидаги 2019-2021 йиллар давомида ТПКС фонидида бепуштлиқка шикоят қилиб 70 та бемор ТПКС билан мурожаат қилишган, ва улар 1 (асосий) гуруҳни ташкил этади. Назорат гуруҳини 20 нафар соғлом аёл мунтазам овуляция кузатиладиган аёллар олинди.

Изланишдаги вазифаларни бажариш учун қўйидаги текширув усуллари қўлланилди:

Клиник текширувда: умумий ва акушерлик анамнези, преморбид фон.

Бактериологик текширувда: қин микрофлорасининг сифат ва сон таркиби, бачадон бўйни ва цервикал канални микробиологик текшируви.

Радиоиммунологик текширувда: периферик кон зардобиди гонадотроп ва стероид гармонларини аниқлаш (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ДГА-S, кортизол, ТТГ, Т3, Т4) ҳайз циклининг 1чи фазасини 5-7 кунларида ёки ҳайз циклини тутилишида.

Ультратовуш изланишида: Ҳайз циклининг 5-7 куниди бачадон ва тухумдонларни ҳажмини аниқлаш учун эхография, стимулланган циклларда фолликулогенез параметрининг динамик кузатилуви ва оператив даволашдан кейин циклининг 12-14 кунларида эндометриянинг қалинлиги, тухумдонлар ҳолати «Sano Scare 19» ультратовуш аппаратида аниқланди.

Даволаш ва ташхислаш мақсадида лапароскопия: (тухумдонларни резекцияси ёки финистрацияси) эндотрахеал наркози остида умум қабул қилинган усул буйича 40 та мижозларга, «SHTORS» фирмаси аппарати ёрдамида ўтказилди.

Натижа: Беморларни текшириш натижалари шуни кўрсатадики, ТПКС билан касалланган барча беморларда гормонал бузилишлар ва касалликка хос бўлган ультратовуш белгилари аниқланган.

Гормонал текширувларда барча беморлар қонида ЛГ, тестостерон ва ЛГ/ФСГ нисбати юқори бўлган.

Шуни таъкидлаш лозимки, кўпчилик текширилаётган беморларда (68%) ЛГ миқдори ортиши ҳисобига ($16,5 \pm 0,7$ гача) ЛГ/ФСГ нисбати 2,0 дан юқори бўлган.

Шу билан бирга 27 % беморларда ЛГ/ФСГ нисбати 3,0 дан юқори бўлган. ЛГ/ФСГ нисбати 2,0 дан юқори бўлиши ТПКС нинг гормонал диагностикасининг ишончли кўрсаткичи ҳисобланади.

Тестостерон миқдори 98 % беморларда тана вазнига боғлиқ бўлмаган ҳолда юқори бўлиши аниқланган.

Текширилаётган беморларнинг 19% ида қонда буйрак усти безидан ажралиб чиқувчи андроген (DHEA-S $4,8 \pm 1,6$ мкг/мл) миқдори орталикка аниқланди. Эстрадиол концентрацияси барча беморларда нормал кўрсаткичларда бўлган. Гиперпролактинемия (пролактин миқдори 758 ± 30 мМЕ/л) 5 % беморларда ошган.

Ультратовуш текширувининг асосий диагностик мезони диаметри 4-10 мм келадиган 10 дан ортиқ анэхоген фолликулалар бўлиши, гиперэхоген строма ҳисобига тухумдонларни катталашуви ҳисобланади. Текширилаётган беморларнинг 94 % ида тухумдонлар катталашуви, 86 % беморларда тухумдон капсуласи қалинлашуви, 42 % беморларда бачадон ўлчамлари кичрайиши ва барча беморларда тухумдонлар майда кистозли ўзгариши аниқланган. Доминант фолликула улчами етарлича катталикка етганидан сўнг (19 мм дан катта) ЛГ ажралишини стимулловчи ва бир вақтнинг ўзида овуляцияни таъминлаш учун максимал дозада 10000 ЕД хорион гонадотропин қилинади, сўнгра ҳайз циклининг 16 чи кундан 25 чи кунгача дюфастон 20 мг кунига тавсия этилган.

Менструал фаолиятининг асосий бузилишларидан бири олигоменорея бўлиб, у кўпгина ҳолатларда ўз вақтидаги менархедан бошланган. Бунга, гормонал фонининг асослари мос келган: Асосий гуруҳдаги мижозларда 78% ЛГ даражасининг ортиши 10МЕ/л дан юқори;

- Асосий гуруҳда ЛГ/ФСГ $>2,5$ нисбатлари 73% ҳолатда.

Шуни белгилаш лозимки, илгари ТПКС гормонал диагностикасини мезонлари ҳисобланган ЛГ/ФСГ >3 нисбати асосий гуруҳидаги аёлларни ярмида 37% аниқланган ва 27,3%да солиштирма гуруҳидаги аёлларда аниқланган.

- Умумий тестостеронни даражасини кўтарилиши асосий гуруҳдаги мижозларни 84%ида аниқланган ва 98%ида солиштирма гуруҳда аниқланган, лекин у танани оғирлигига боғлиқ бўлмаган.

- Менструал циклининг иккинчи фазасида прогестерон миқдорининг камайиши асосий гуруҳда $4,8 \pm 1,2$ нмоль/л ва солиштирма гуруҳида $2,3 \pm 0,9$ нмоль/л, бу сурункали ановуляция ҳақида далолат беради.

- Эстрадиол концентрацияси ҳамма мижозларда нормада бўлган.

- Функционал гиперпролактинемия 5% асосий гуруҳдаги аёлларда аниқланган ва 4,6% солиштирма гуруҳидаги аёлларда аниқланган.

Қолган гормонларни миқдори норматив кўрсаткичлардан фарқланмаган.

Шундай қилиб, иккала гуруҳдаги ТПКС диагностикасида гормонал мезонлар кўп аҳамиятли бўлиб: ЛГ даражасини ортиши 10 МЕ/л; ЛГ/ФСГ $>2,5$ нисбатининг ортиши; тестостерон даражасининг ортиши $>3,0$ нмоль/л (84%) ҳисобланадилар.

ТПКС диагностикасида мижозларни гормонал фони ўзининг вариабеллиги томонига асосий роль ўйнайди, лекин ҳал қилувчи эмас. У ўз ўрнини асосий ўриндаги клиник мезонларига беради (ановуляция, менструал циклининг бузилиши) ва УТТ- тухумдонлар поликистозининг белгилари. Бироқ, қонни гормонал изланиши, ТПКСли мижозларни комплекс клиник лаборатор усулидаги текшириш даврида, ўзининг аҳамиятини сақлаб қолади.

УТТ олиб борилганида ҳамма мижозларда, тухумдонлар поликистози ва ановуляция белгилари аниқланган. Асосий диагностик мезонлар бўлиб, кўпгина анэхогенли фолликулаларни борлиги 10дан кўп диаметри 4-10 мм, тухумдонлар ҳажмини гиперэхоген строма ҳисобига ортиши, ҳисобланади.

Тухумдонларни катталашуви асосий гуруҳдаги мижозларда 98% ташкил қилади, солиштирма гуруҳдаги мижозларда 94,6% ташкил қилади. Ҳамма мижозларда фолликуляр аппаратининг майда кистозли ўзгаришлари аниқланган. Бачадон ҳажмининг кичрайиши асосий гуруҳдаги мижозларда 35% ва солиштирма гуруҳида 42%.

Хулосалар. Клиник-анамнестик тахлилидан барча текширилган аёллар ўртача репродуктив (24-28ёш) ёшда 50-53%. Менструал фаолиятини бузилиши менархе давридан бошланган бўлиб олигоменорея типига бўлган, II-аменорея 8%-11% холларда, наслийлик 38-43%холатларда аниқланган. Экстрагенитал касалликлар билан касалланиш 84% дан кўпи болалар юқумли касалликлари билан касалланганлиги аниқланди. Бепуштлиқ ўртача $7,8 \pm 1,5$ йил. Гирсутизм белгилари 78% беморларда кузатилиб у менархе давридан бошлаб пайдо бўлган. Фиброз-кистозли мастопатия 20-24% холларда кузатилиб у гормонал ўзгаришлар натижасида юзага келганлиги аниқланди.

ТПКС беморларда операциядан олдин гормонал текширувларда барча беморлар қонида ЛГ, тестостерон, ЛГ/ФСГнисбати юқори бўлган.. 19% беморларда ДНЕА-S ортганлиги аниқланди.Тестостерон миқдори 98% беморларда тана вазнига боғлиқ бўлмаган ҳолда юқори бўлиши аниқландиЛапароскопик оператив муолажа ўтказиш ва оператив муолажадан кейин адекват консерватив даво олиб бориш барча беморлар қонида ЛГ, тестостерон, ЛГ/ФСГнисбати,ДНЕА-Sгормонлар миқдорини2 баробарпасайтирди. Натижада тухумдонлар ҳажми кичрайибстромадаги гиперпластик жараёнлар камайганлиги аниқланди. Регуляр ҳайз цикли тикланиши, икки фазали базал харорат аниқланиши, гирсутизм белгилари камайиши, ТПКС бўлган беморлар хомиладор бўлишитухумдонлар функционал ҳолати тикланганидан дарак беради.

Адабиётлар:

1. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Современные аспекты патогенеза инсулинорезистентности при синдроме поликистозных яичников и возможности ее коррекции у женщин с избыточной массой тела. // проблемы ре-продукции. – 2003. - № 3. - С.21-27.
2. Ю.Гус А.И., Назаренко Т.А., Смирнова А.А., Джунаидова Л.А. Эхо-графия и доплерометрия в диагностике синдрома поликистозных яичников// Журнал Российской ассоциации акушеров - гинекологов - 2009.- ЖЗ. - С.6-9.
3. Кирющенко А.П., Совчи М.Г. Поликистозные яичники // Аку-шерство и гинекология. - 2004. - №1. - С.11-14.
4. Коколина В.Ф., Каухова А.А. Поликистоз яичников// Методиче-ские рекомендации. - М. - 2001. – 26 с.
5. Кулаков В.И., Гаспаров А.С. Болезнь поликистозных яичников (БПКЯ): сравнительное изучение эффективности различных видов эндо-скопических операций // Проблемы репродукции. - 1995. - №2. - С.31-33.
6. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Дуриня Э.Р., Зыряева Н.А. Эндо-кринное бесплодие у женщин диагностика и лечение.// Практическое руковод-ство. - М. - 2000. – 80 с.

ХОМИЛАДОР ВА ТУҒУВЧИ АЁЛЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШДАГИ НУҚСОНЛАР

Индиаминов С.И., Бойманов Ф.Х., Тожиев У.Д.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

РСТЭИАМ Самарқанд филиали, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини тубдан яхшилаш замонавий тиббиёт фанлари ва амалиётининг энг муҳим ва жиддий муаммоси бўлиб қолмоқда. Мамлакатимиз миқёсида тиббий ёрдам хизматини тубдан яхшилаш борасида олиб борилаётган кенг қамровли ишлар ва бу борада кўрилаётган чора-тадбирлар натижадорлиги сезиларли даражада ошмоқда. Шунга қарамасдан айрим ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатишдаги йўл қўйилаётган нуқсонлар оқибатида беморлар соғлиғига зарар етказилиши ҳолатлари ҳам қайд қилинмоқда.Тиббий

ходимларнинг хомилалар ва туғувчи аёлларга нисбатан нотўғри (ноўринли) ҳаракатларидан (ёки ҳаракатсизлигидан), беморда у ёки бу кўринишдаги салбий оқибатлар келиб чиқиши кузатишда [2].

Ишнинг мақсади: Комиссион суд тиббий экспертизалар тахлили асосида хомилалар ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги йўл қўйилган нуқсонлар моҳияти, сабаблари ва оқибатларини ўрганиш.

Тадқиқот материалари ва услублари. Қайд этилган мақсаддан келиб чиққан ҳолда 2015-2020- йиллар мобайнида РСТЭИАМ Самарқанд филиалида бажарилган комиссион экспертиза хулосалари ўрганилди ва таҳлил қилинди. Мазкур ҳолатларга доир иш материаллари, тиббий ҳужжатлар маълумотлари, қўшимча-лабораторик текширишлар натижалари, ўлим ҳолларида – марҳумлар жасадлари суд-тиббий экспертиза хулосалари, суд-гистологик, суд-химик текширишлар натижалари ретроспектив таҳлилдан ўтказилди. Барча ҳолатларда комиссион суд-тиббий экспертиза (СТЭ) ларга жалб қилинган малакали врач-мутахассислар хулосалари инобатга олинди. Ушбу маълумотлар асосида ТЁН моҳияти сабаблари ва оқибатлари аниқланди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Ўрганилаётган сўнги йилларда (2015-2020 йй.) филиал миқёсида жами 390 та комиссион ва комплекс СТЭлар бажарилган. Барча ҳолатларда СТЭлар суриштирув, тергов органлари қарорлари асосида, тегишлилиги бўйича Вилоят марказидаги нуфузли тиббий-муассасалар ва Самарқанд Давлат тиббиёт институтини юқори малакали (доцент, профессорлар) мутахассислари жалб қилинган ҳолда амалдаги норматив ҳужжатлар талабларга риоя этилган ҳолда бажарилган. Комиссион СТЭ ижросини таъминлаш учун суруштрув-тергов органлари томонидан зарур бўлган ҳужжатлар тўлақонли даражада тақдим этилган.

ТЁНлари тиббий ёрдамнинг госпитал олди ва госпитал даврларида ҳам содир этилиши мумкин ва унинг қуйидаги турлари фарқланади: диагностик нуқсонлар – беморга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳар бир этапларида мавжуд патологияни (шикастни) ўз вақтида ва тўлиқ аниқлай олмаслик; даволаш нуқсонлари – зарур бўлган тиббий ёрдамни нотўғри, ёки нотўлиқ ташкил этиш ва амалга ошириши. Бу ҳолат одатда диагностик нуқсон оқибати билан боғлиқ бўлади; профилактик нуқсонлар – тиббий ёрдам кўрсатиш ва уни ташкиллаштириш жараёнида санитария қоидалари ва гигиеник меъёрларга амал қилмаслик, шунингдек зарурий иммуно-профилактик ишларини ташкиллаштириш ва ўтказиш талабларини бузиш; ташкилий нуқсонлар – соҳага тегишли буйруқлар, бошқа норматив ҳужжатлар ва йўриқномаларда белгиланган талабларга, тиббий ёрдам кўрсатишнинг норма ва тартибларини, шунингдек тиббий муассасаларда ўрнатилган қоидаларни бузиш назарда тутилади. Шу билан биргаликда, айрим ҳолларда тиббий ҳужжатларни юритиш ва этик-деонтологик қоидаларни бузишга доир нуқсонлар ҳам учрайди [Пашинян А.Г., Беляева Е.В., Ромодановский П.О., 2000; Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2000].

Комиссион СТЭ лар натижалари бўйича хомилалар ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳолатларига оид экспертизалар 50 тани (35,7 %) ташкил қилган. Мазкур ҳолатларда йўл қўйилган нуқсонлар жиҳатлари алоҳида таҳлил этилди, нуқсонлар моҳияти, сабаблари ва оқибатларига жиддий эътибор кўрсатилди (жадвал 1.).

Жадвалдан кўриниб турибдики, мазкур ҳолатларда йўл қўйилган ТЁН моҳиятлари қуйидагиларни ташкил этган: асосий касаллик ва касаллик асоратларини аниқлай олмаслик; тиббий муолажаларни ноўрин ўтказиш; операция ўтказилишга кўрсатма бўлсада врачлар томонидан бу ҳолат инобатга олинмаслиги; нотўғри туғруқ тактикасини олиб бориш; хомилалар аёл ахволи тўғри баҳоланмаганлиги; зарурий текширувлар тўлиқ стандартлар асосида ўтказилмаганлиги; хомилалар аёлда приэкламписия аниқланган вақтида стационарга ётқизиш зарурий текширув ва даволаш муолажалари ўтказилмаслиги; ўз вақтида тор соҳа мутахассисларидан тиббий кўриклардан ва чуқурлаштирилган текширувлардан ўтказилмаслиги; туғруқни нораціонал олиб борилмаганлиги; беморга нисбатан етарли эътибор берилмаганлиги; қоғонок сувини ифлос бўлишига қарамасдан туғруқни тезлаштирувчи чора тадбирлар қўлланилмаганлиги; УТТ текширувларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги; хомилаларлик даврида унга нисбатан лаборатор текширувлар тўлиқ ўтказилмаганлиги; туғруқдан кейинги муолажалар ва зарурий ёрдам ўз вақтида стандартлар асосида олиб борилмаганлиги; операциясидан сўнг, бачадон ичида инфекциялашган қон лахталари тозалаб қириб олиб ташланмаганлиги; хомилалар аёлни кеч госпитализация қилиниши; муҳим йулдош касалликни аниқламамаслик ва бошқ.

ТЁН сабаблари.

а) объектив сабаблар: хомилалар ва туғувчи аёллар қариндошларларининг тавсияларга риоя этмаганлиги объектив сабаб, ташкилий нуқсон; шифохонага кеч олиб келинганлиги, унда хомилаларлар токсикозини приэкламписия оғир даражаси юзага келиши, объектив сабаб, ташкилий нуқсон;

б) субъектив сабаблар: тўлиқ ва етарлича текширмаслик, тиббий ходимнинг етарли малакага эга бўлмаслиги тиббий ёрдамни нотўғри ташкиллаштириш субъектив сабаб, ташкилий нуқсон; бемор ахволини тўлиқ баҳолай олмаслик ҳамда кечикиб тиббий ёрдам кўрсатиш, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон; бирламчи даволаш тизимида (КОП)да йул қўйилган тиббий ёрдам нуқсонини, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон; зарурий текширувлар ва даволаш муолажалари амалдаги миллий стандартлар асосида олиб борилмаган, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон; врачлар зарурий текширувларни тўлиқ ўтказмаган, малакали мутахассислар чақиртирилмаган, реанимация чора тадбирлар кеч амалга оширилган, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон; тиббий ёрдамни кечиктириб амалга оширилиши, субъектив сабаб, ташкилий ва даволаш нуқсонини; хомилалар аёлга нисбатан эътиборсизлик, субъектив сабаб, даволаш нуқсонини; тўлиқ ва етарлича текширмаслик, тиббий ёрдамга кеч муурожаат қилиш, объектив ва субъектив сабаб, ташкилий ва даволаш нуқсонини.

Жадвал 1. Хомиладор ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишда йул қўйилган тиббий ёрдам нуқсонлар мохияти, сабаблари ва оқибатлари.

Нуқсонлар мохияти	Нуқсонлар сабаблари	Нуқсонлар оқибатлари
-Асосий касаллик ва касаллик асоратларини аниқлай олмаслик; -тиббий муолажаларни ноўрин ўтказиш,	Беморнинг қариндошларларининг тавсияларга риоя қилмаслиги обектив сабаб, ташкилий нуқсон.	оғир преэклампсия натижасида ривожланган полиорган етишмовчилик, токсик энцефалопатия ва ДВС синдроми натижасида ўлим келиб чиқган.
-операция ўтказилишга курсатма бўлсада врачлар томонидан бу холат инобатга олинмаслиги; - нотўғри туғруқ тактикасини олиб бориш	Тўлиқ ва етарлича текширмаслик, тиббий ходимнинг етарли малакага эга бўлмаслиги тиббий ёрдамни нотўғри ташкиллаштриш субъектив сабаб, ташкилий нуқсон.	Тиббий ёрдам нуқсонлари оқибатида бачадон ёрилиши, хомилани она корнидаги ўлими юзага келган.
-хомиладор аёл ахволи туғри баҳоланмаганлиги; -зарурий текширувлар тулик стандартлар асосида утказилмаганлиги;	бемор ахволини тулик баҳолай олмаслик ҳамда кечикиб тиббий ёрдам курсатиш, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон.	ўткир қон кетиш, постгеморрагик шокни оғир даражаси, постгипоксик энцефалопатия билан асоратлашган полиорган етишмовчилиги натижасида она ва боланинг ўлими.
-хомиладор аёлда приэклампсия аниқланган вақтида стационарга ётказилиб, зарурий текширув ва даволаш муолажалари ўтказилмаслиги.	шифохонага кеч олиб келинганлиги, унда хомиладорлар токсикозини приэклампсия оғир даражаси юзага келиши, обектив сабаб, ташкилий нуқсон.	HELLP-синдром, ДВС синдром ва полиорган етишмовчилик сабабли ўлимнинг келиб чиқишига етарлича таъсир кўрсатган.
-ўз вақтида тор соха мутахассисларидан тиббий кўриклардан ва чуқурлаштирилган текширувлардан ўтказилмаслиги.	бирламчи даволаш тизимида (КОП)да йул қўйилган тиббий ёрдам нуқсони, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон.	нормал жойлашган хомила йўлдошни вақтидан олдин кучиши, геморрагик шок мухитида юзага келган ДВС синдром ҳамда полиорган етишмовчилик ва она ва бола ўлими
-туғруқни нораціонал олиб борилмаганлиги; -беморга нисбатан етарли эътибор берилмаганлиги; -қоғонок сувини ифлос- бўлишига қарамасдан туғруқни тезлаштирувчи чора тадбирлар қўлланилмаганлиги, -УТТ текшируви ўтказилмаганлиги;	зарурий текширувлар ва даволаш муолажалари амалдаги миллий стандартлар асосида олиб борилмаган, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон.	Мекониал қоғонок суви кетиши хомила боши билан келганида асфиксия ва ўлим.
-хомиладорлик даврда унга нисбатан лаборатор текширувлар тўлиқ ўтказилмаганлиги;	Врачлар зарурий текширувларни тўлиқ ўтказилмаган, малакали мутахассислар чақиртирилмаган, реанимацион чора тадбирлар кеч амалга оширилган, субъектив сабаб, ташкилий нуқсон.	асфиксия билан туғилган пневмопатия холатидаги чақалоқ туғруқдан сўнг, кечикиб сунъий нафас аппаратига уланиши натижасида ўлимнинг юзага келиши.
- Туғруқдан кейинги муолажалар ва зарурий ёрдам ўз вақтида стандартлар асосида олиб борилмаганлиги.	тиббий ёрдамни кечиктириб амалга оширилиши, субъектив сабаб, ташкилий ва даволаш нуқсони.	ўткир буйрак етишмовчилиги, ДВС синдром юзага келиб, ортга қайтмас жараён-полиоган етишмаслик ривожланиб ўлимга сабаб бўлган
операциясидан сўнг, бачадон ичида инфекциялашган қон лахталари тозалаб кириб олиб ташланмаганлиги,	Хомиладор аёлга нисбатан эътиборсизлик, субъектив сабаб, даволаш нуқсони.	перитонит, сепсис, сепсисимея касалликларини ривожланиши ва ушбу касалликлар асоратлари оқибатида, беморнинг ўлими юзага келган.
-хомиладор аёлни кеч госпитализация қилиниши; -муҳим йўлдош касалликни аниқламаслик;	Тўлиқ ва етарлича текширмаслик, тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиш, обектив ва субъектив сабаб, ташкилий ва даволаш нуқсони.	пневмопатиянинг ателектатик шакли, ўткир нафас ва юрак етишмовчилиги чақалоқнинг ўлимига сабаб бўлган.

ТЕН оқибатлари.

а) Хомиланинг ўлимига олиб келган холатлар: Тиббий ёрдам нуқсонлари оқибатида бачадон ёрилиши, хомилани она қорнидаги ўлими юзага келган; мекониал қоғонок суви кетиши хомила боши билан келганида асфиксия ва ўлим; асфиксия билан туғилган пневмопатия холатидаги чақалоқ туғруқдан сўнг, кечикиб сунъий нафас аппаратига

уляниши натижасида ўлимнинг юзага келиши; пневмопатиянинг ателектатик шакли, ўткир нафас ва юрак етишмовчилиги чақалоқнинг ўлимига сабаб бўлган;

б) Онанинг ўлимига олиб келган ҳолатлар: HELLP-синдром, ДВС синдром ва полиорган етишмовчилик сабабли она ўлимнинг келиб чиқишига етарлича таъсир кўрсатган; ўткир буйрак етишмовчилиги, ДВС синдром юзага келиб, ортга қайтмас жараён-полиорган етишмаслик ривожланиб онанинг ўлимига сабаб бўлган; перитонит, сепсис, сепсисея касалликларини ривожланиши ва ушбу касалликлар асоратлари оқибатида, онанинг ўлими юзага келган;

в) она ва боланинг ўлимига олиб келган ҳолатлар: ўткир қон кетиш, постгеморрагик шокни оғир даражаси, постгипоксик энцефалопатия билан асоратлашган полиорган етишмовчилиги натижасида она ва боланинг ўлими; нормал жойлашган хомила йулдошни вақтидан олдин кўчиши, геморрагик шок муҳитида юзага келган ДВС синдром ҳамда полиорган етишмовчилик она ва бола ўлими келиб чиқишига етарлича таъсир кўрсатган.

Хулосалар. Тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонларга боғлиқ бўлган комиссиялар СТЭлар натижалари бўйича 50 таси (35,7 %) хомилалар ва туғувчи аёлларга доир ҳолатларни ташкил этади. 1. Йўл қўйилган нуқсонлар кўп ҳолларда моҳияти бўйича асосий касаллик ва касаллик асоратларини аниқлай олмаслик; тиббий муолажаларни ноўрин ўтказиш; нотўғри туғруқ тактикасини олиб бориш; хомилалар аёл ахволини тўғри баҳолай олмаслик; зарурий текширувларни тўлиқ ўтказилмаслиги; ўз вақтида тор соха мутахассислари ва чуқурлаштирилган текширувлардан ўтказилмаслиги; туғруқни нораціонал олиб борилмаганлиги; беморга нисбатан етарли эътибор берилмаганлиги; туғруқдан кейинги муолажалар ва зарурий ёрдам ўз вақтида стандартлар асосида олиб борилмаганлиги; хомилалар аёлни кеч госпитализация қилиниши; муҳим йулдош касалликни аниқламаслик ва бошқ. 2. Бажарилган комиссиялар СТЭ лар натижаларига кўра, йўл қўйилган ТЭН лар сабаблари аксарият ҳолларда ташкилий ва даволаш нуқсонлари билан боғлиқ, яъни зарурий текширувлар ва даволаш муолажалари амалдаги миллий стандартлар асосида олиб борилмаганлиги, врачлар зарурий текширувларни тўлиқ ўтказмаслиги, малакали мутахассислар чақиртирилмаганлиги, реанимация чора тадбирларнинг кеч амалга оширилиши, ҳамда субъектив ҳолатлар, яъни акушер-гинеколог шифокорлар фаолияти билан бевосита боғлиқ бўлиб, кам ҳолларда эса объектив сабаблар – хомилалар аёлларнинг шифохонага кеч муружаат этиши ёки тиббий муассасада зарурий шароит йўқлиги, аёлда хомилаларликга кўрсатмалар мавжудлиги ва бошқалар қайд этилди. 3. Йўл қўйилган нуқсонлар оқибати оналар ўлими 34 (68%) ни болалар (хомила) ўлими 11 (22%) ни оналар ва хомила ўлимига 5 (10%) сабаб бўлганлиги аниқланди. Тиббий ходимнинг бевосита касбий ва лавозимли фаолияти билан боғлиқ нотўғри ёки нотўлиқ ҳаракати (ҳаракатсизлиги), жумладан беморга нисбатан лоқайд муносабатда бўлиш, малакасизлик, тажрибасининг етишмовчилиги каби ҳолатлар билан боғлиқ бўлган. ТЭН сабаблари, моҳияти, оқибатларини ҳамда ТЭН билан ноҳуш салбий оқибат боғлиқлик мавжудлиги таҳлил этиш тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилашда муҳим аҳамиятли ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Пашинян А.Г., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов// Судебно-медицинская экспертиза. Москва, 2000, №2, с.14-18.
2. Гиясов З.А. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи. Монография. Ташкент, 2019, 167 с.
3. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи //Судебно-медицинская экспертиза. М., 2000, №6, с.4-7.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРГА ЕТКАЗИЛГАН ЖАРОҲАТЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

Индиаминов С.И., Абдуллаев Ш.А., Туронов Б.С Индиаминова Г.Н.
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Шахслар баданига қасддан ёки эҳтиётсизлик оқибатидаги жароҳатларнинг оғирлик даражасини аниқлаш ҳолати, тафсилотидан қатъий назар, суд-тиббий экспертиза (СМЭ) тайинланиши мажбурий ҳолатлардан бири ҳисобланади [ЎЗР ЖПК 173 -модда]. Ҳолат юзасидан амалда «қоида» ва «стандарт» мавжудлигига қарамасдан хомилалар аёлларда тан жароҳатларининг оғирлик даражаларини аниқлашни айрим жиҳатлари, жумладан хомилалар аёлларга етказилган жароҳатлар оғирлик даражасини аниқлаш ва хомила ривож бузилишининг етказилган жароҳат билан бевосита ёки билвосита сабаб-оқибат боғлиқлик масалалари илмий-ўқув адабиётларда етарлича ёритилмаган ва тўлалигича аниқланмаган. Маълумки жароҳатлар натижасида хомилаларлик узилиши хавфининг ривожланиши аёлларнинг кучли рухий тасирланишга олиб келади. Бундай ҳолатларда жабрланувчиларнинг 30-70 % қисмида даволанишдан кейин ҳам бир қанча вақт давомида улар руҳиятида ўзгаришлар кузатилади [1,4,5]. Бундан ташқари хомиланинг йўқолиши оилада маънавий муносабатларнинг бузилишига ҳам сабаб бўлади [2]. Шунга кўра, хомилалар аёлларга етазилган жароҳатланишлар сабаби ва оқибатини ўрганиш нафақат суд тиббиёти соҳасида, балки клиник-ижтимоий жиҳатдан ҳам долзарб масала ҳисобланади.

Ишнинг мақсади. Хомилалар аёлларга етказилган жароҳатланишлар оғирлик даражасини аниқлашнинг суд-тиббий жиҳатларини ва жароҳатланиш тафсилотларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Мазкур ҳолатга доир ўтказилган 53 та СТЭ лар хулосалари, мавжуд тиббий ҳужжатлар, лабораторик текширувлар натижалари, жумладан УТТ маълумоти, ҳолат юзасидан иш тафсилотлари

далиллари ва юқори малакали врач акушер-гинеколог хулосалари ўрганилди ва таҳлил қилинди. Барча ҳолатларда жабрланган шахслар тўлиқ суд-тиббий текширувдан ўтказилди ва уларнинг анамнези батафсил ўрганилди.

Ушбу СТЭ лар амалдаги ССВ нинг 01-июн 2012 йилдаги 153-сонли буйруғи билан тасдиқланган тирик шахслар суд тиббий экспертизасини ташкиллаштириш ва ўтказиш қоидалари 3-чи иловаси талаблари ва шу экспертизалар ўтказишнинг В-1 стандарти асосида амалга оширилади.

1-жадвал, А. Хомиладор аёлларга етказилган жароҳатлар тафсилотлари.

1	СТЭ хулоса рақами	258	476	7	178
2	Жабрланувчи ёши	34 ёш	28 ёш	30 ёш	25 ёш
3	Хомиладорлик сони ва муддати	IV. 20 ҳафталик	III.16 ҳафталик	IV.28 ҳафталик	II.27 ҳафталик
4	Хомиладорлик билан боғлиқ бўлган ва боғлиқ бўлмаган касалликлар	Хомила кечки муддатда тушиш хавфи, анемия оғир даражаси, сурункасли пиелонефрит	Хомиланинг ўз ўзидан тушиш хавфи, анемия энгил даража	Хомила тушиш хавфи	Анемия ўрта даража
5	Жароҳатланиш тафсилоти ва вахти	19-январ куни жанжалда жароҳатланган	8-феврал куни жанжалда жароҳатланган	30-декабр куни жанжалда жароҳатланган	1-январ куни йўл транспорт ходисасида жароҳатланган
6	Тиббий ёрдам кўрсатилиши ва даволаш ҳақида малумот, ўтказилган махсус текширувлар	Стационарда 7 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 2 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 7 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 8 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган
7	Беморнинг шикоятлари	Қоринда белда оғриқ қиндан сув кетишига.	Қоринда белда оғриқ қиндан қонли ажралма-келишига	Бош айланиши бош оғриши қоринда оғриқ	Бўйинда оғриқ, бош оғриши қоринда оғриқ хомиласининг қимирламаслиги
8	Умумий ахволи, эс хуши, қон босими, пулс, нафаси	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 100\80 пулс 86 та, нафас сони 19 та	Қоринда белда оғриқ қиндан қонли ажралма-келишига	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 110\70 пулс 78 та, нафас сони 19 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 90\60 пулс 80 та, нафас сони 20 та
9	Клиник ташхис	Хомиладорлик 20 ҳафта, хомила кечки муддатда тушиш хавфи анемия оғир даража	Хомиладорлик III 16 ҳафта жадаллашган аборт хавфи	Хомиладорлик IV. 28 ҳафта туғруқ 4 муддатдан олдин туғруқ хавфи, ўнг яноқ юмшоқ тўқималар лати, камқонлик оғир даража	Хомиладорлик II. 27 ҳафталик, хомиланинг антенатал ўлими анемия ўрта даража.
10	Суд тиббий текширувда аниқланган жароҳатлар хусусиятлари жароҳат жойлашган жойи	Қонталаш ўнг кўз, пешона соҳасида сарғимтир рангда, 9.0x5.0 см ўлчамли	Тан жароҳатлари аниқланмаган	Қонталаш ўнг кўз соҳасида яшилтоб бинафша рангда 6.0x4.0 см ўлчамли	Тан жароҳатлари аниқланмаган
11	қўшимча текширувлар ва маслаҳатлар	30-январ малакали акушер гинеколог маслаҳати	21-феврал малакали акушер гинеколог маслаҳати	13-январ малакали акушер гинеколог маслаҳати	27-январ малакали акушер гинеколог маслаҳати
12	Тан жароҳатларининг оғирлик даражаси ва мезони	Соғлиқни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Даража берилмаган	Соғлиқни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Даража берилмаган
13	изох	Ўтказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Бирон бир тан жароҳати йитказилмаган,, хомила тушиш хавфи анемия энгил даражасиъ ташхиси жароҳат ва асабийлашиш билан боғлиқ эмас	Ўтказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Бирон бир тан жароҳати йитказилмаган хомиланинг антенатал ўлими ва хомила тушиши ташхиси стресс ҳолати билан боғлиқ

Международная научно-практическая конференция

1-жадвал,	Б.	Хомиладор	аёлларга	етказилган	жароҳатлар	тафсилотлари.
1	593	1658	1367	1528	1802	1697
2	28 ёш	24 ёш	38 ёш	26 ёш	39 ёш	31 ёш
3	II. 15 ҳафталик	I. 24 ҳафталик	IV. 18 ҳафталик	II. 18 ҳафталик	V. 26 ҳафталик	III. 15 ҳафталик
4	Хомила тушиш хавфи	Анемия оғир даража хомила тушиш хавфи	Хомила тушиш хавфи	Хомила тушиш хавфи	Анемия энгил даража	Хомила тушиш хавфи
5	23-феврал жанжалда жароҳатланган	21-июл куни жанжалда жароҳатланган	19-июн куни жанжалда жароҳатланган	19-июн куни жанжалда жароҳатланган	23-июн куни жанжалда жароҳатланган	1-август куни жанжалда жароҳатланган
6	Стацёнарда 3 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 10 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 5 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 5 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 15 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган	Стационарда 1 кун ётиб даволанган, лабаратор ва УТТ текшируви ўтказилган
7	Бошида шиш ва оғриқ қоринда оғриқ	Холсизлик қоринда белда оғриқ қиндан сув кетишига	Чап йилкада оғриқ, бош айланиши, қорин пастки соҳада оғриқга	Чап йилкада оғриқ, бош айланиши, қорин пастки соҳада оғриқга	Холсизлик қоринда белда оғриқ қиндан сув кетишига	Ўнг болдирда оғриқ шиш
8	Ўрта оғир ахволда хуши ўзида 110\70 пулс 82 та, нафас сони 17 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 110\70 пулс 84 та, нафас сони 20 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 100\60 пулс 80 та, нафас сони 16 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 100\60 пулс 80 та, нафас сони 16 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 90\60 пулс 82 та, нафас сони 18 та	Қониқарли ахволда, эс хуши ўзида 110\70 пулс 82 та, нафас сони 18 та
9	Хомиладорлик II. 15 ҳафталик хомила тушиш хавфи	Хомиладорлик I. 24 ҳафталик тушиш хавфи	Хомиладорлик IV.18 ҳафталик хомила тушиш-хавфи	Хомиладорлик II. 18 ҳафталик хомила тушиш-хавфи	Хомиладорлик V. 26 ҳафталик бачадонда чандиқ хомила тушиш хавфи	Хомиладорлик III. 15 ҳафталик хомила тушиш-хавфи
10	Қонталаш ўнг кўз, ўнг болдир соҳаларида, қорамтир яшилтоб рангли 2.0x2.5 дан 3.0x3.5 гача	Шлинма чап қўл кафтусту соҳасида 2.0x1.5 см ўлчамли қонталаш ўнг йилка ўрта учлиги орқа юзасида 3.0x2.0 см ўлчамли	Қонталаш Чап йилкада кўкимтир яшилтоб рангда 12.0x14.0 см ўлчамли	Қонталаш Чап йилкада кўкимтир яшилтоб рангда 12.0x14.0 см ўлчамли	Кесарча кесиш оператсиядан кейинг чандиқ қорин пастки қисмида 1.5x18.0 см ўлчамли оч малла рангда	Қонталаш ўнг болдир соҳасида саргиш яшилтоб рангда 18.0x16.0 см ўлчамли
11	малакали акушер гнеколог маслахати	25-июл малакали акушер гнеколог маслахати	22- малакали акушер гнеколог маслахати	22- малакали акушер гнеколог маслахати	малакали акушер гнеколог маслахати	25-август малакали акушер гнеколог маслахати
12	Соғликни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Соғликни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Соғликни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Соғликни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати	Даража берилмаган	Соғликни қисқа муддатга бузилишига сабаб бўлмайдиган энгил тан жароҳати
13	Етказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Бўлиб ўтган жанжал билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Етказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Етказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Бўлиб ўтган жанжал билан хомиладорликнинг узилиши ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас	Етказилган жароҳат билан хомила тушиш хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмас

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Кузатувлардаги аксарят ҳолатларда хомиладор аёллар баданига ўзгалар томонидан ўзаро жанжал ва келишмовчиликлар оқибатида турли хилдаги жароҳатлар етказилган фақат айрим ҳолларда улар йўл-улов ходисасида жароҳатланишган. Хомиладорлик муддатлари 15-16 ҳафтадан 27-28 ҳафтагача муддатларни ташкил этган. Жабрланган хомиладор аёлларнинг 1 нафаридан I туғруқ (24 ёш) 3 нафаридан II туғруқ (25-28 ёш) 2 нафаридан III туғруқ (28-31 ёш) 3 нафаридан IV туғруқ (30-38 ёш) 1 нафаридан V туғруқ (39 ёш) ҳолатлари аниқланди. Жабрланувчилар 3 кундан 8 кунгача стационарда даволанишда бўлган. Кузатувлардаги хомиладор аёллар ёши, хомиладорлик муддатлари, етказилган жароҳатлар, уларнинг оғирлик даражалари ва барча ўрганилган ҳолатлар маълумотлари жамланмаси 1-жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, кузатувга олинган жабрланувчилар орасидан танлаб олинган 10 нафар хомиладор аёллар турли ҳуқуқ бузарликлар ва йўл-улов ходисаларида жароҳатланган. Уларда ўтказилган суд тиббий текширувларда, хомиладорлик кечишида ўзгариш бўлмаган 4 та ҳолатда фақат тан жароҳатларига баҳо берилган. Тан жароҳатлари кузатилмаган 2 та ҳолатда эса, стационарда куйилган хомила тушиши ташхиси асосиз деб ҳисобланган. Бу стандарт ва қоидаларга қура тўғри ҳисобланади, аммо жабрланувчиларда юзага келган рухий ҳолатнинг вақтинча функционал бузилиши, хомила ва она организми физиологик ҳолатига малум даражада тасир қилганлигига баҳо берилмаган. Енгил даражали тан жароҳатларида, она организм жароҳатларининг хомила ҳолатига бевосита таъсири кузатилганлиги ва билвосита таъсири мавжуд эканлиги қайд қилинган. Хомиладор аёллар жароҳатланишларида зарарланиш даражаси жароҳатлар жойлашиш жойига ҳам боғлиқ бўлиб, жароҳатлар асосан қонталашлар ва юмшоқ тўқима лати кўринишида қорин, бел ва кўкрак қафаси соҳаларида жойлашган 6 та ҳолатда, уларга қўйилган хомила тушиш хавфи ташхиси асосли деб топилган ва соғдиқни бузилиш муддатлари давомийлиги жароҳатлар оғирлик даражасини баҳолашда асос қилиб олинган. Жароҳатлар қўл ва оёқларда жойлашган 4 та ҳолатда уларга қўйилган хомила тушиш хавфи ташхиси асосиз деб баҳоланган ва хомила ҳолатига зарар етмаган. Булардан ташқари 3 та ҳолатда беморларда аниқланган хомиладорликга алоқадор бўлмаган бошқа касалликлар мавжудлиги ҳам хомила зарарланиш даражаси ошишига сабаб бўлиши аниқланди. Жумладан, жабрланувчиларнинг 3 нафаридан анемия урта даражаси, 2 нафаридан сурункали пиелонефрит касаллиги мавжуд бўлган. Текширувлар натижасида хомиладор аёлларга тан жароҳатлари етказилиши билан бирга кучли рухий таъсирлар ҳам мавжудлиги аниқланди. Хомиладор аёлларнинг жароҳатланишлари кам учрайдиган ҳолат бўлсада жароҳатланишлар ҳолатида уларни шифохонага ётқизиш ва кузатиш талаб қилинади. Бундан ташқари хомиладорлик даврида она организм шикастланиш даражаси юқори бўлади. Жабрланувчилар тиббий баёнлари ўрганиб чиқилганда шу нарса маълум бўлдики уларнинг барчасида ҳам тан жароҳатлари кузатилмаган лекин барча ҳолатларда стационар шароитда даво мўлажалари олинган. Беморлар умумий аҳолидаги ўзгаришлар асосан рухий ҳолатнинг функционал бузилиши шаклида юзага келган. Маълумки она организмда содир бўлган бундай ўзгаришлар хомила ва хомиладорлик кечуви физиологиясига таъсир кўрсатмай қолмайди. Ўтказилган текширувлар давомида она организмга етказилган тан жароҳатлар натижасида хомила шикастланиш эҳтимоли хомиладорликнинг бринчи III ойлик муддатида юқори бўлиши аниқланди. Аммо она организмни шикастланиши, хомиладорликнинг охириги III ойлигида юқори даражада ҳисобланади. Ўтказилган суд тиббий текширувлар натижалари ўрганиб чиқилганда жабрланувчилар танасига етказилган жароҳатлар оғирлик даражасини баҳолашда асосан объектив маълумотлар инobatга олинган, яъни аёллар баданида тан жароҳатлари бўлмаган 3 та ҳолатда жароҳатларга оғирлик даражаси берилмаган. Чунки, ҳолат юзасидан таҳлил ўтказилганда жароҳатланишга сабаб бўлган ходисалар уларнинг рухий ҳолатини ватинчалик функционал бузилиши билан боғлиқлиги аниқланиб, жароҳат билан хомила тушиши хавфи ўртасида сабаб оқибат боғлиқлик мавжуд эмаслиги кўрсатилган.

Хулосалар. Хомиладор аёлларга тан жароҳатлари етказилиши тафсилотлари асосан аҳоли ўртасида содир этилаётган турли хилдаги ҳуқуқбузарликлар ва айрим ҳолларда йўл-улов ходисалари билан боғлиқ. Мазкур ҳолатларда хомиладор аёллар тана қисмларида аксарят ҳолларда қонталашлар ва юмшоқ тўқима лати каби жароҳатлар кузатилади. Тан жароҳатлар оғирлик даражаларини баҳолашда нафақат жароҳатлар жойлашув ўрни, балки хомиладорлик билан боғлиқ ва боғлиқ бўлмаган паталогиялар мавжудлигини аниқлаш муҳим аҳамиятли ҳисобланади. Етказилган жароҳат билан хомила ривожланиш бузилиши ўртасидаги сабаб-оқибат боғлиқлик шикоят ва анамнезга эмас, фақат объектив ўзгаришга асосланиши лозим. Мазкур ҳолатларда хомиладор аёллар рухий ҳолатининг вақтинчалик функционал бузилишининг хомила ривожига таъсири билан боғлиқ оқибатни ўрганиш мақсадли тадқиқотни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Кочнева, М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности Текст. / М. А. Кочнева // Акушерство и гинекология. 1990. - № 3. - С. 13-16.
2. Полякова Е. Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома Текст. / Е. Я. Полякова // Вестник Новосибирского государственного университета. Сер. Психология. 2009. - Т. 3, № 1. - С. 121-135.
3. Ўзбекистон республикаси соғдиқни сақлаш вазирлигининг 01-июн 2012 йилдаги 153-сонли буйруғи.
4. Kelly, R. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics Text. / R., Kelly, D. Zatzick, T. Anders // Am. J. Psychiatry. 2001. - Vol. 158, № 2. -P. 213-219. Гиясов З.А. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи. Монография. Ташкент, 2019, 167 с.
5. Marchesi, C. Major and minor depression in pregnancy Text. / C. Marchesi, S. Bertoni, C. Maggini // Obstet. Gynecol. 2009. - Vol. 113, № 6. -P. 1292-1298.
6. Ўзбекистон республикаси жиноят процессуал кодекси (173-модда).

О КРИТЕРИЯХ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У ДЕВУШЕК

Индиаминов С.И., Расулова М.Р., Шербеков Б.Э., Индиаминова Г.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНПЦСМЭ, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Уголовное законодательство Республики Узбекистан предусматривает ответственность за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. 128) и лицом, не достигшим 16 летнего возраста. В связи с этим установление половой зрелости и возраста подростков, не достигших брачного возраста (18 лет) являются обязательными поводами для назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы – СМЭ (ст.173 УПК РУз).

Проблема установления половой зрелости до настоящего времени продолжает оставаться одной из наиболее сложных и недостаточно изученных видов СМЭ живых лиц. Это обусловлено тем, что процесс половой зрелости у подростков длится несколько лет и этот процесс имеет зависимость от многих состояний и факторов [1,2].

Цель исследования. Изучения критериев половой зрелости у девушек узбекской популяции.

Материалы и методы исследования. Проведено СМЭ по установлению половой зрелости в отношении 17 лиц, девушек в возрасте 14-18 лет. Изучены анамнез, медицинские карты амбулаторного больного, проведена антропометрия, обследованы степень развития наружных половых признаков, внутренних половых органов, проведено УЗИ, в ряде случаев и рентгенография кистей.

Результаты исследования и обсуждения. Согласно приложению №3 к приказу Министра здравоохранения РУз «Правилам организации и проведения судебно-медицинских экспертизы живых лиц» и рекомендациям по установлению половой зрелости у девушек, необходимо исследовать и оценить совокупность признаков по: общему развитию организма, способности к половому сношению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению, вскармливанию и воспитанию новорожденного младенца.

По данным Литература показатели общего физического развития у лиц женского пола достигших половой зрелости составляют: Рост стоя – 150 см, сидя – 80 см. Окружность грудной клетки в покое – 78-80 см, при вдохе – 73-76 см. Длина туловища – 56-58 см. Окружность плеча – 30-31 см. Окружность голени – 40-41 см. Размеры таза - расстояние между большими вертелами бедренных костей – 29 см., расстояние между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней – 26 см., расстояние между передними верхними подвздошными осями – 23 см., наружная конъюгата – 18 см [3]. Однако, эти показатели весьма относительные и зависят от многих условий.

Обследуя девушек в возрасте от 14 - до 18 лет по установлению половой зрелости у девушек узбекской популяции нами были установлены нижеследующие данные (табл. 1.).

Способность к зачатию оценена признаками появления овуляции, которая характеризуется наступлением правильного цикла менструаций. У исследуемых лиц во всех случаях отмечен регулярный менструальный цикл.

Таблица 1. Показатели у девушек от 14 до 18 лет узбекской популяции по установлению половой зрелости

№	Возраст в годах	Показатели антропометрии (в см.)						Состояние молочной железы	Степень развития вторичных половых признаков	УЗИ внутренних половых органов
		Рост	Окр. головы	Окр. груди	Окр. плеч	Окр. бедер	Размеры таза			
1	18 (6)	163-168	53-54	86-98 /87-104	25-30	46-53	30\20\32	15x14см; 14x13см	Соответствует возрасту	Отмечена полная зрелость матки и яичников
2	17 (2)	160-165		85/88	23-25	45-47	30\20\32	14x13 см	Соответствует возрасту	Отмечена полная зрелость матки и яичников
2	16 (4)	158	54	83\ 88	24	47	31\26\24\17 25\24\28\16	12x11см	Соответствует возрасту	Отмечена умеренная зрелость матки и яичников
	15 (2)	158	54	83\ 88	24	47	31\26\24\17	14x13 см	Соответствует возрасту	Отмечена незрелость внутренних половых органов
	14 (3)	155	52-55	81-97	23-26	47-48	29\27\25\17	12x11см		Отмечена незрелость внутренних половых органов

Способность к вынашиванию плода оценивалась по результатам дополнительных исследований (УЗИ), учитывались размеры матки, соотношение тела (2\3) и шейки матки (1\3) относительно всей длины матки. Способность к родоразрешению определялась размерами матки и таза.

В ходе исследования вывод о достижении или не достижении половой зрелости сделан на основе оценки совокупности перечисленных выше признаков.

Полученные результаты указывают, что признаки половой зрелости у девочек в возрасте 17-18 лет более выраженные. В возрасте 15-16 лет отмечены умеренно низкие антропометрические показатели, а внутренние половые органы отставали в развитии. Отмечено, что показатели половой зрелости более высокие относительно литературных данных, которые можно связывать с акселерацией развития.

Заключение. Выявлена, что у обследованных лиц в возрасте 17-18 лет имеется полная способность организма к выполнению половой (или репродуктивной) функции, т.е. способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, самостоятельному родоразрешению, вскармливанию ребенка без вредных последствий для здоровья как матери, так и ребенка.

Литература:

1. Новосёлов В.П., Шалдяева Е.Г. К вопросу о возрастном промежутке определения половой зрелости у лиц женского и мужского пола при производстве судебно-медицинских экспертиз// Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики, Барнаул-Новосибирск 2012 Вып. 18
2. Судебная медицина. Руководство для врачей. Под ред Матышева А.А. и Деньковского А.Р. Медицина, 1985-488с.
3. Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости. Учебное пособие под редакцией Г.А. Вишневого. Екатеринбург: УГМУ, 2013 – 94 с.

КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН БАЧАДОНДАГИ ЧАНДИҚ ҲОЛАТИНИ УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИ ОРҚАЛИ БАҲОЛАШ

Индиаминова Г.Н.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Кесар кесиш – қорин бўшлиғида амалга ошириладиган жарроҳлик амалиётлари ичида энг кўп қилинадиган операциялардан бўлиб, миқдори бўйича аппендэктомия ва чуррани олиб ташлаш операцияларининг биргаликдаги миқдоридан ҳам кўпроқ учраши аниқланган. Охириги 20-30 йил ичида кесар кесиш (КК) операциялари сонининг кўпайиб кетиши оқибатида бачадонида чандиқ бўлган аёллар сони ҳам кескин ошиб кетишига сабаб бўлди. Бу эса ўз навбатида янги муаммонинг келиб чиқишига сабаб бўлмоқда, яъни бачадонида операция ўтказган аёллар сонининг ортиши оқибатида бачадондаги чандиқ кейинги жарроҳлик амалиёти ўтказилиши учун ҳам кўрсатма бўлиб қолмоқда [1,3]. Кесар кесиш операциясининг оптимал частотаси ҳақидаги масала ҳозирги вақтда акушер-гинекологлар ўртасида мунозаралар марказида турган муаммо ҳисобланади.

Шу нарса маълумки, абдоминал йўл орқали туғруқни тамомлаш она томонидан кўплаб асоратлар келиб чиқиш хавфини бир неча баробарга оширади. Айниқса, шошилич равишда амалга оширилган кесар кесиш операцияларидан кейин ҳар хил асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли 18,9% ни ташкил этади, режали равишда ўтказилган кесар кесиш амалиётидан кейин эса 4,2%ни ташкил этади. Охириги йилларда акшер-гинекологлар КК дан кейинги туғруқларни консерватив йўл билан олиб боришга ҳаракат қилишмоқда, аммо бачадондаги чандиқ носозлиги каби жиддий муаммога дуч келишмоқда [2]. Бачадондаги чандиқ носозлигининг келиб чиқишига асосий сабаблардан бири бу – туғруқдан кейинги эндометритдир.

Ҳозирги вақтда туғруқдан кейинги эндометрит 17% дан 40% гача ҳолатларда кузатилмоқда. Илгариги даврларда режали равишдаги КК дан кейин 5-6% ҳолатларда туғруқдан кейинги эндометрит кузатилган бўлса, шошилич КК дан кейин 22-85% ҳолатларда кузатилган, антибиотикопрофилактика қўлланила бошланиши билан бу кўрсаткич 50-60% га пасайганлигини кўриш мумкин [3]. Туғруқдан кейинги эндометрит бачадонда кесар кесишдан кейин нуқсонли яъни носоз чандиқ ҳосил бўлишининг асосий сабабларидан бири бўлиб хизмат қилади. Бачадонда КК кейин чандиқнинг ҳар томонлама тўлиқ ва нуқсонсиз ҳосил бўлиши бачадондаги жароҳат соҳасида тўқималарнинг репарация фаоллигига кўп жиҳатдан боғлиқ бўлган муаммо ҳисобланади. Бачадондаги жароҳатнинг бирламчи битиш жараёни кўплаб омилларнинг таъсирига боғлиқдир. Бундай омилларга макроорганизмнинг ҳолати, жарроҳлик амалиёти техникаси, тикиш учун ишлатилган материал, жарроҳлик амалиётининг давомийлиги, кетган қон миқдори, жарроҳлик амалиётдан кейинги даврнинг кечиш хусусиятлари киради. Эндометрит ва шу каби бошқа оғир асоратлар кўп ҳолларда бошқа ташхислар орқасида яширинган бўлади: туғруқдан кейинги даврда қон кетиши, бачадон субинволюцияси, лохиометра ва гематометра ҳамда бошқалар [4]. Сўнги йилларда шифокорлар кўп ҳолатларда опрециядан кейинги узоқ даврда ёки навбатдаги ҳомиладорликни режалаштириш вақтида бачадондаги чандиқнинг носозлиги муаммосига дуч келишмоқда.

Текшириш усуллари ва материаллари: Ҳаммаси бўлиб бачадондаги чандиқ носозлиги билан 35 нафар аёл текширилди, улардан 4 нафари ҳомиладорликнинг I триместрида ва қолган 31 нафари ҳомиладорликдан олдинги пре-гравидар тайёргарлик даврида мурожаат қилган. Текширилган аёлларнинг ёши 25дан 32 ёшгача бўлган. Асосан беморларнинг шифокорга мурожаат қилишига кичик чаноқдаги сурункали оғриқлар, бачадон ортиқларининг сурункали яллиғланиш жараёнининг кўзиши, дизурик бузилишлар, иккиламчи бепуштлиқ, ҳомиладорликни режалаштириш, бачадондаги чандиқ ҳолатини қайта текшириш каби шикоятлар сабаб бўлиб хизмат қилган.

Бачадон пастки сегментида кесар кесиш операцияси мазкур текширувдан 1-5 йил олдин режали ва шошилич равишда ўтказилган. Текширилаётган аёлларнинг олти нафари тақрорий КК операциясини ўтказган, 2 нафарида биринчи

чандиқ сохаси кесиб олиб ташланган, 4 нафарда эса эски чандиқ сохаси олиб ташланмаган. Ўтказилган КК операциялари ҳақидаги маълумот асосан аёлларнинг сўзига асосланган, операцияга кўрсатмалар, ўтказилган операциянинг хусусиятлари, операциядан кейинги даврнинг кечиши ҳақида ёзма маълумотлар, кўчирмалар кўп ҳолатларда сақланмаган. Фақатгина сўзма-сўз йиғилган анамнез ва эҳтиёткорлик билан ўтказилган савол-жавоблар натижасида ўтган ҳомиладорликнинг ва операциядан кейинги даврнинг кечиши ҳақида маълумотлар олинган. Турли хил асоратлар келиб чиқишига «ялғирилган» акушерлик ёки гинекологик анамнез сабаб бўлган: туғруқдан кейинги эндометрит 34,2% беморларда, мастит – 8,5% аёлларда, жарохат инфекцияси – 23,5%, абортдан кейинги эндометрит – 18,2%, бачадон бўйни эрозияси – 22,8%, ўткир салпингоофарит – 11,4%, сурункалиси – 22,8% беморларда, анамнезида бепуштлиқ 25,7% туғувчиларда, маъмур ҳомиладорликга қадар БИВнинг қўйилганлиги 5,7% ҳомиладор аёлларда кузатилган.

Операциядан кейинги даврда узок давом этган субфебрил ҳарорат (85,7%), ичак фаолиятининг бузилиши (14,2%), оғриқли ва тез-тез сийиш каби дизурик белгилар (31,4%), жарохат инфекцияси (17,1%) кузатилган, бачадон бўшлиғини маҳаллий тозалаш усуллари 74,3% ҳолатларда қўлланилган, 85,7% ҳолатларда операциядан кейинги даврда массив инфузион терапия ва такрорий ёки узок давом этувчи антибактериал терапия курслари ўтказилган.

Барча аёлларда трансабдоминал ва трансвагинал ултратовуш текшируви ўтказилди. Қатор ҳолатларда қўйилган ташхисни тасдиқлаш мақсадида гистероскопия текширув усули ҳам қўлланилди.

Операциядан кейинги узок даврда бачадондаги чандиқ ҳолатини баҳолаш учун қуйидаги критерийлардан фойдаланилди:

Чандиқ ҳолатининг типиклиги;

Деформацияларнинг, «ниша»ларнинг, бачадон бўшлиғи ва сероз қаватнинг ичкарига тортилиб кириш белгилари йўқлиги;

Бачадон пастки сегменти сохасида миометрий қалинлиги;

Чандиқ сохасида гематомаларнинг, бириктирувчи тўқимали киритмаларнинг, суюқликларнинг йўқлиги;

Операциядан кейин ўтган вақт давомийлигига қараб миометрийда лигатураларнинг, тикиш учун фойдаланилган материалнинг йўқлиги;

Қон билан таъминланиш даражаси;

Сийдик пуфаги-бачадон бурмаси, Дуглас бўшлиғи ва параметрий ҳолати.

Текширув натижалари: Ҳомиладорликнинг I триместрида мурожаат қилган 4 нафар аёллардан 3 (8,6%) тасилда бачадондаги чандиқнинг қисман носозлиги белгилари: чандиқ сохасидаги миометрийнинг юқалашганлиги ва миометрийда алоҳида бириктирувчи тўқимали элементларнинг борлиги аниқланди, 1 (2,8%) нафарда эса чандиқ сохасининг кескин юқалашиб миометрий қалинлиги 2 мм сақланиб турганлиги ва ташқи томондан ҳам бачадон бўшлиғи томонидан ҳам тортилиб турганлиги аниқланди. Бу аёлда акушерлик асоратлари юзага келиши хавфи юқори бўлганлиги учун ҳомиладорлик тўхтатилди ва кейинги ҳомиладорликлардан сақланиш тавсия этилди.

Ҳомиладор бўлмаган беморларимизда бачадондаги чандиқ носозлиги қуйидаги белгилар билан намоён бўлди: бачадон пастки сегменти сохасида ва бачадон бўйни олди сохасида бачадон ташқи контурининг деформацияси, шиллиқ қаватининг ичкарига тортилиб туриши, миометрийнинг кескин юқалашини, бачадон бўшлиғи тарафидан «ниша»ларнинг визуализация қилиниши, чандиқ сохасидаги деструктив ўзгаришлар, чандиқ сохасида қалин қон билан таъминланмаган бириктирувчи тўқимали соханинг юзага келганлиги.

Ҳомиладорлиги бўлмаган беморларнинг 3 (8,6%) нафарда шифокорга мурожаат қилишининг сабаби диурик муаммолар бўлган. Бу беморлар ўтказилган КК операциясидан кейин бир неча йиллар мобайнида уролог шифокор кузатувида бўлган ва даво муолажаларини олиб турган. Ушбу беморларнинг ултратовуш текширувида бачадон чандиқнинг носозлиги, бачадон ва сийдик пуфаги ўртасида кўплаб битишмалари жараёнлар, сийдик пуфаги эндометриози аниқланди. 2 нафар беморимизда лапароскопик усул билан даволаш муолажалари ўтказилди, 1 нафар аёлда эса лапаротомик усулда очилиб эндометриоз ўчоқлари олиб ташланди ва битишмалар ажратилди.

Хулоса. Бачадондаги чандиқ ҳолатини текшириш ва ташхис қўйиш ҳар доим ҳам қийин бўлган, айниқса ҳомиладорликни режалаштириш даврида ёки ҳомиладорликнинг эрта муддатларида. Одатда, беморлар ҳам, шифокорлар ҳам фақатгина ултратовуш текшируви натижаларига таяниб қўйилган ташхисни қабул қилишни хохламайди. Ҳар доим кўрик вақтида, оператив йўл билан даволаш режалаштирилганида қўйилган ташхис гидросонография, гистероскопия каби текширув усуллари ёрдамида тасдиқланиши лозим.

Барча ҳолатларда бачадон бўшлиғи тарафидан «ниша» белгисининг борлиги гистероскопия текшируви орқали тасдиқланди. 16 нафар беморларимизда бачадондаги чандиқ носозлиги ўз тасдиғини топди ва оператив йўл билан лапаротом ёки лапароскопик усулда эски чандиқ сохаси кесиб олиб ташланиб бачадон пастки сегменти пластикаси амалга оширилди. Барча беморларда менструал функцияси қайта тикланди. Кейинчалик 7 нафар беморда ҳомиладорлик содир бўлди ва уларнинг барчаси ҳомиладорликни охиригача олиб борилди ва туғруқ оператив йўл билан яқунланиб тирик чақалоқлар олиб берилди. Қолган 22 нафар беморимиз юқори хавф омиллари мавжудлиги сабабли бу даврда ҳомиладорликни режалаштиришдан воз кечишди.

Бачадонида чандиғи бўлган аёлларни КК операциясидан кейинги эрта даврда эътиборли бўлиш, уларни олиб боришда эҳтиёткорлик билан ёндошиш, операциядан кейин 6-7 суткада ултратовуш текширувини ўтказиш аёлларнинг

кейинги ҳомиладорлиги ва туғруқ натижаларини яхшилаш имконини беради. Лекин, барибир бачадондаги чандиқ ҳолати ҳақидаги аниқ маълумотлар операциядан кейин 8-10 ой ўтгач олинади.

Шу нарса аниқки, ҳозирги даврда ва яқин келажакда КК операциясидан кейинги асоратлар имқдорининг камайишини кутиш нотўғри. Чунки ҳозирга даврда иммунопатологияси ва экстрагенитал касалликлари (семизлик, камқонлик, қандли диабет ва бошқалар) бўлган беморлар сонининг кўплиги билан бир қаторда акушерликда оператив туғруқлар сони ҳам сезиларли даражада ортиб бормоқда.

Шу тариқа, кесар кесишдан кейин бачадондаги чоклар носозлиги юзага келишининг асосий сабабларини аниқлаш ва уларни замонавий текширув усуллари ёрдамида, зарур муолажаларни ўз вақтида ўтказиш орқали бартараф этиш туғруқдан кейинги даврда оғир асоратлари бўлган беморларимизнинг репродуктив саломатлигини тиклашга ва энг қийин клиник вазиятларда ҳам фарзанд кўриш имконини яратишга ёрдам беради.

Адабиётлар:

1. Ковганко П.А. Операция кесарево сечение - прошлое и настоящее, <http://www.noviyegrani.com/author/32>.
2. Мирон И.М. // Росс вестник акуш.-гинеколога. 2013. – 3. - Т. 3. - С. 58-61.
3. Стругацкий В.М. Наш опыт ведения послеродового периода у женщин группы высокого риска / Е.А. Чернуха [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2017. - №2. - С. 47-50.
4. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: Триада-Х. - 2015. - 533 с.

ОЦЕНИТЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Исламова Н.Б., Норбутаев А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Лечить зубы беременным не просто можно, а необходимо. Нельзя терпеть зубную боль, это огромный стресс как для организма женщины, так и для малыша. Кроме того, скрытые очаги инфекции во рту могут привести к инфицированию плода. Поэтому не стоит откладывать визит к стоматологу. Беременность не является абсолютным противопоказанием к проведению каких-либо стоматологических манипуляций. Однако пациентка должна предупредить врача о своем положении, а также назвать точный срок беременности. Лечение зубов на ранних и поздних сроках.

Весь период беременности условно разделяют на 3 периода (триместра).

Первый триместр (до 12-ти недель)

В 1 триместр (самый ранний срок) происходит закладка всех жизненно важных органов ребенка. Плацента только начинает формироваться, она еще не может защитить плод от негативного влияния. Поэтому в данный период нежелательно проводить какое-либо медицинское вмешательство. Однако стоматолог может назначать местные препараты для снятия воспаления (Хлоргексидин, Мирамистин, Холисал).

Второй триместр (примерно с 13-й до 24-й недели)

Во втором триместре риск опасностей значительно снижается. Плацента служит надежным защитным барьером для малыша. Это оптимальный период для лечения зубов и других стоматологических процедур.

Третий триместр (с 25-й недели до родов)

В 3-м триместре возникает повышенная чувствительность матки к медикаментозному воздействию. Кроме того, в этот период организм женщины достаточно ослаблен. Поэтому «лишний» стресс в кабинете стоматолога крайне нежелателен. При возможности лучше отложить лечение зубов на период лактации. Однако это не касается экстренных случаев, например, острой зубной боли. Огромное количество работ посвящено этиологии и патогенезу заболеваний пародонта, кариеса зубов и его осложнений, однако не решены до конца вопросы прогнозирования, течения этих распространенных заболеваний, выявлены и оценены не все факторы, способствующие их развитию. Это, естественно, сказывается на эффективности разрабатываемых способов и технологий предупреждения и лечения данных заболеваний.

Выделение в популяции нескольких типичных форм поражения зубов кариесом, названных уровнями резистентности зубов, предложил и обосновал на основе результатов большого количества клинико-лабораторных исследований В.Б. Недосеко. Предложено выделять четыре основных уровня резистентности с учетом интенсивности поражения зубов кариесом и вовлечения в патологический процесс определенных групп зубов.

В литературе имеются многочисленные и противоречивые сведения по вопросу кариесрезистентности. По данным ряда авторов, резистентность к кариесу связана со строением и свойствами тканей зубов, зубных рядов, челюстей, а также состоянием организма. На разных уровнях получены доказательства существования структурной кариесрезистентности: молекулярном, тканевом, системном и организменном. Кариесрезистентность определяется не только состоянием зуба или его тканей, но и факторами полости рта, в частности ротовой жидкостью, изменения которой отражают многочисленные изменения состояния организма. Комплекс явлений, меняющих состояние организма женщины во время беременности, называют "адаптацией к беременности", что хорошо отражает его физиологическую направленность. Совокупность процессов, обеспечивающих сохранение постоянства критических параметров внутренней среды организма во время беременности при действии разнообразных агентов, составляет механизм адаптации или неспецифической резистентности организма. От функциональной полноценности механизмов неспецифической резистентности (как в целом, так и отдельных звеньев) зависит адаптационная способность.

Исследованиями, опубликованными, в отечественной и зарубежной литературе в различное время, установлено, что при беременности существует высокая степень риска развития кариеса зубов и заболеваний пародонт. Измене-

ние обменных процессов у беременных сказывается на составе биологических жидкостей организма, в том числе, и на ротовой. За последние годы получены новые сведения, подтверждающие важную роль ротовой жидкости в поддержании гомеостаза полости рта. Так, установлено, что характер слюноотделения, количественные и качественные изменения ротовой жидкости в значительной степени определяют устойчивость или восприимчивость зубов к кариесу.

В настоящее время предпринимаются попытки прогнозировать развитие кариеса, и с этой целью авторами Е.В. Боровским, В.К. Леонтьевым вводится понятие "риск развития кариеса".

В литературе недостаточно сведений о факторах, обеспечивающих резистентность зубов у беременных женщин. Мало фактов, указывающих на возможность повышения устойчивости зубов к кариесу у женщин в этот период. Таким образом, поиск путей повышения эффективности профилактических мероприятий у женщин в период беременности является актуальным.

Цель исследования. Оценить активности кариеса зависимость реализации кариозного процесса от изменений клинико-лабораторных показателей состояния органов и тканей полости рта у беременных.

Результаты. Показано, что прогноз активности кариеса у беременных женщин возможен во втором триместре беременности и может быть проведен с учетом уровня резистентности зубов и на основе анализа клинико-лабораторной ситуации в полости рта. Теоретическое и практическое значение. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию процесса комплексных изменений в организме беременной женщины в части изменений морфофункциональных характеристик состояния органов и тканей полости рта и формированию научно обоснованного прогноза активности течения кариеса. Результаты выполненного исследования являются теоретической основой для разработки новых методов и способов профилактики и лечения кариеса зубов и болезней пародонта у женщин в период беременности. Результаты исследования могут быть использованы органами практического здравоохранения при организации диспансерного наблюдения беременных женщин.

Заключение.

1. У женщин в разные сроки беременности состояние органов и тканей полости рта значимо различны.
2. У беременных женщин клинико-лабораторные показатели состояния органов и тканей полости рта различаются в зависимости от активности кариеса.
3. Темп прироста кариеса у беременных женщин, имеющих различный уровень резистентности зубов, определяется клинико-лабораторными показателями состояния органов и тканей полости рта.

Таким образом беременность сопровождается функциональной перестройкой всех органов и систем и разделяется на три триместра.

- Санацию полости рта следует проводить во второй половине беременности.
- Учитывая особенности организма беременной женщины, все стоматологические манипуляции нужно проводить только в полусидячем положении, начинать лечение с проведения рациональной психотерапии, выбор местного анестетика должен быть сделан в пользу артикаина с наименьшим содержанием адреналина
- Обязательно назначение спазмолитиков и успокаивающих препаратов за 30–60 минут до приема стоматолога;
- Соблюдение длительности оказания стоматологической помощи не более 25–30 минут;
- Пломбирование кариозных полостей следует проводить стеклоиономерными цементами, не применять девитализирующие пасты, содержащие мышьяк.
- Необходимо полоскание полости рта антисептическим раствором с ранних сроков беременности;
- Обязательно ежедневная чистка зубов с помощью зубной щетки, независимо от состояния плода;
- Основные пути профилактики стоматологических заболеваний у беременных представлены санацией полости рта, проведением профессиональной гигиены полости рта, местной реминерализирующей терапией, обучением индивидуальной гигиене полости рта, подбором средств гигиены, нормализацией питания и его рационализации в зависимости от сроков беременности, климатогеографических условий жизни, времени года, использованием препаратов кальция, фтора, витаминов.

Таким образом, соблюдение данных принципов позволит сохранить здоровье беременной и рождение доношенного и здорового плода.

Литература:

1. Абрамченко В.В. Поздний токсикоз беременных / В.В. Абрамченко, Ю.П. Хугаева Владикавказ: Ир. 1992. - 271 с.
2. Абрахам-Инпайн Л. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных / Л. Абрахам-Инпайн, О. Полсачева, Ю. Рабер-Дурлахер // *Стоматология*. 1996. - №3. - С. 15-18.
3. Авдусенко Л.А. Разработка экспрес-методов оценки резистентности эмали и их применение в стоматологической диспансеризации: Автореф. дис.. канд. мед. наук. / Л.А. Авдусенко Киев, 1990. - 18 с.
4. Айламазян Э.К. Акушерство / Э.К. Айламазян, Л.П. Павлова, Г.К. Палинка // *Учебник для мед. вузов*. 2-е изд., испр. СПб.: СпецЛит. 2000. - 494 с.
5. Аксамит Л.А. Значение зубного налета в возникновении пришеечного кариеса у беременных женщин / Л.А. Аксамит // *Стоматология*. 1978. - №5. - С. 26-31.
6. Алексеева И.К. Содержание кальция, фосфора и сахара в крови и слюне у людей с множественным кариесом зубов / И.К. Алексеева // *Экспериментальная и клиническая стоматология*: Сб. науч. трудов ЦНИИС. -М., 1967. -С. 141-143.
7. Анисимова И.В. Прижизненная растворимость эмали резистентных и подверженных кариесу людей / И.В. Анисимова // *Профилактика и лечение стоматологических заболеваний*: Тез. докл. XI областной конференции стоматологов. Омск, 1979. - С. 17-18.

8. Артамонов В.С. Некоторые показатели фосфорно-кальциевого обмена у беременных и рожениц / В.С. Артамонов // Акушерство и гинекология 1964. - №5. - С. 46-48.
9. П.Беликов П.Ф. Значение количественного определения молочнокислых бактерий в слюне для характеристики кариозного процесса в зубах / П.Ф. Беликов, Е.М. Моквина* // Стоматология. 1961. - Т.40. - №2. - С. 3-5.
10. Беляков Ю.А. К вопросу об изменении твердых тканей зуба у больных тиреотоксикозом во время беременности / Ю.А. Беляков // Стоматология 1965. - №6. - С. 26-29.
11. Беляков Ю.А. Состояние твердых тканей зуба после родов у женщин, перенесших тиреотоксикоз во время беременности / Ю.А. Беляков, З.В. Андреева, О.И. Орлова // Стоматология. 1968. - №1. - С. 18-21.
12. Н.Бокая В.Г. Органические сахара^А и введение сахарозаменителей в профилактике заболеваний полости рта: Автореф. дис... д-ра мед. наук / В.Г. Бокая Омск, 1993. - 43 с.

КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: На сегодняшний день патология органов пищеварения у подростков занимает одно из главных мест среди общей заболеваемости, при этом ведущее место отводится заболеваниям гастродуоденальной зоны. Удельный вес язвенной болезни (ЯБ) составляет 13,5% от всех гастроэнтерологических заболеваний у детей, при этом преобладают дуоденальные язвы (90-95%). Язвенная болезнь в 5-8% случаев осложняется стенозированием, перфорацией, пенетрацией и кровотечениями [1,2,3]. Наследственная предрасположенность, ухудшение социального и экономического статуса населения, неблагоприятная экологическая обстановка, нерациональное питание - способствует росту частоты и раннему возникновению заболеваний, вызываемых *Helicobacter pylori* [6,7].

В период полового созревания происходит изменения нейроэндокринной системы, что влияет на психоэмоциональный фон детей подросткового возраста. Регуляторные механизмы воздействуют на органы, в частности на систему пищеварения. Так же риск развития гастродуоденальных язв и их осложнений увеличивается индуцированным приемом НПВС при ревматических заболеваниях. Хорошо известно, что НПВС, ингибируя выработку простагландинов, снижают устойчивость слизистой оболочки желудка к агрессивному воздействию соляной кислоты и пепсина, приводят к развитию гастропатии, которая в некоторых случаях может угрожать жизни пациентов [3,5].

В современных условиях изменяется морфогенез, течение заболевания становится малосимптомным, снижается интенсивность боли, отсутствуют сезонные обострения, появляется устойчивость к проводимой терапии, учащаются осложнения (чаще стенозирование и желудочно-кишечные кровотечения). Острые эрозивные и язвенные поражения гастродуоденальной зоны в 50-60% случаев осложняются желудочно-кишечным кровотечением [4,8]. Это представляет угрозу для жизни, так как даже незначительная кровопотеря переносится детьми значительно тяжелее, чем взрослыми.

Цель работы: Определить критерии формирования осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростков.

Материал и методы исследования: Основу работы составили клинические наблюдения 26 детей подросткового возраста от 10 до 17 лет, которые были распределены в зависимости от тяжести течения ЯБ и сопутствующей патологией.

Первую группу составили 8 больных в периоде обострения ЯБДК (кровотечение), вторую группу составили 12 больных без осложнений (1-2 обострения в год и отсутствие когда-либо деструктивных осложнений) и в третью вошли 6 больных ЯБДК с кровотечением и с сопутствующими ревматическими заболеваниями. Наблюдаемые больные были сопоставимы по возрасту и полу. Средний возраст детей 12-15±2,4 (P<0,01). В 1-й группе 6 мальчиков и 2 девочки, во 2-й группе 5 мальчиков и 7 девочек, в 3-й все мальчики. Изучалась наследственная предрасположенность по гастроэнтерологическим заболеваниям и сопутствующей патологии, сезонность, условия жизни пациентов.

Всем детям было проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование (ЭФГДС, исследование антител IgG к Нр в сыворотке крови, pH-метрия).

Лечение проводилось в соответствии с профильными стандартами и клиническими рекомендациями. Больные Нр-позитивной ЯБДК получали стандартную 10-дневное лечение по схеме эрадикационной терапии. Лечение ЯБДК с сопутствующей ревматической патологией проводилась с временной отменой НПВС с дальнейшей коррекцией в терапии. Повторно ЭФГДС проводилось через 3 недели от начала лечения до появления рубца язвенного дефекта. Контроль эффективности эрадикационной терапии осуществлялся при помощи дыхательного Хелик-теста через 1 месяц с момента окончания лечения.

Результаты: В результате проведенного исследования установлено, что наследственность по основному и сопутствующему заболеванию была отягощена. Наличие ЯБ у родственников больных 1 и 3 групп выявлено у 5 (62,5%) и 4 (66%), у 2 (33,3%) тяжелого течения, кровотечение в анамнезе было у 2 (25%) и 1 (16,6%) близких родственников.

У подростков второй группы наследственная отягощенность была у 6 (50%), осложнения у родственников этой группы не отмечалось. Этиологические факторы, способствовавшие развитию острого гастродуоденального язвенного кровотечения: у 5 (83,3%) детей 3-й группы возникновению кровотечения предшествовал прием ulcerогенных препаратов, на фоне сезонного обострения кровотечения из хронической язвы возникло у 5 (62,5%) детей 1-й группы, при грубом

нарушении диеты кровотечение развилось в 1-й и 3-й группах у 3 (37,5%) и 1 (16,6) больных. Источником кровотечения в 3-й группе была острая язва желудка – у 2 пациентов (33,3%), острая язва ДПК – у 4 (66,6%), хроническая язва ДПК – у 7 (87,5%) и сочетанные хронические язвы желудка и ДПК – у 1 (12,5%) 1-й группы больных.

Установлено, что длительность язвенного анамнеза у больных 1 и 3 группы была в 1,5 раза меньше, чем в 2-й группе сравнения, что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении заболевания и возможно, о малосимптомном дебюте в 1-й и 3-й группе больных. Рецидивы заболевания в 1-й группе отмечались реже, чем во 2 группе сравнения, у 37,5% пациентов первой группы дебютировала развитием деструктивных осложнений. При осложненной ЯБДК значительно чаще, чем при неосложненной больные отмечали отсутствие боли (42,8% и 16,6%, соответственно), реже - значительную интенсивность болевого синдрома (28,5% и 41,6%). Сезонные обострения в осенне-весенний период встречались достоверно чаще в группе без осложнений (58,3% и 28,5%, соответственно). Материально-бытовые условия были неудовлетворительными у 8 (57%) детей с кровотечениями, и только у 5 (41,6%) из 2 группы.

При ЭФГДС эрозивный характер гастродуоденита был у 37,5% больных с кровотечением и 50% у подростков с сопутствующими ревматическими заболеваниями. Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса достоверно выше при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки без осложнений 58,3% и 42,8%. Множественные язвы чаще выявлялись у больных с осложнением ЯБДК (35,7%), чем у подростков с неосложненной ЯБДК (25%). Следует отметить, что в исследуемых группах статистически значимых различий по локализации язвенных дефектов в ДПК не выявлено. Средний размер язвенного дефекта у детей с 1 и 3-й группы составил $3,1 \pm 1,79$ мм, что недостоверно превышает аналогичный показатель во 2 группе ($1,8 \pm 1,14$ мм) ($p > 0,05$). Показатели pH желудка у всех больных достоверно ($p < 0,01$; $p < 0,05$, соответственно) отличались от нормальных показателей. Повышенное кислотообразование в антральной части желудка характерно для пациентов с неосложненной ЯБДК. Согласно результатам исследования, инфицированность Hp выявлена у 10 (83,3%) и 3 (50%) в 1 и 3-й группы больных и у всех детей 1 группы. У больных с осложненной ЯБДК достоверно чаще отмечался высокий титр IgG к Hp (62,5% и 33,3%), в то время как, в группе с неосложненной ЯБДК превалировал низкий титр антител к Hp (41%).

Заключение. Таким образом, определена вероятность риска развития осложнений ЯБДК у подростков чаще мужского пола в возрасте 12-15 лет. Наследственная предрасположенность по болезни и по наличию осложнений, отягощенный коморбидный фон. Небольшая продолжительность заболевания на момент развития осложнений, клиническая картина у таких больных характеризуется невысокой интенсивностью болевого синдрома, локализованным характером болей, отсутствием сезонности, приемом ulcerогенных препаратов (НПВС). Повышенная кислотность – не основной фактор, влияющий на развитие острых эрозивных и язвенных поражений желудка и ДПК, при эндоскопической pH-метрии у большинства пациентов выявлены кислотонезависимые поражения. ЯБ у подростков с ревматическими заболеваниями может рассматриваться в качестве достоверного фактора риска появления эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. - М.: Медицина, 2005, - с.8-17
2. Волевач Л.В., Габбасова Л.В., Курамшина О.А. и др. Характеристика наследственной предрасположенности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования. 2017. No 5.
3. Каратеев А.Е. НПВП-ассоциированная патология ЖКТ: реальное состояние дел в России. РМЖ. 2006;15:79–82.
4. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / Т.Л. Лапина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – No26 (6). – С. 40-54.
5. Костюкевич О.И. Симптоматические (вторичные) гастродуоденальные язвы в клинической практике / О.И. Костюкевич, Г.Г. Карнута // Русский медицинский журнал. – 2016. – No17. – С. 1153-1157
6. Хасанов А.Г. О прогнозировании осложнений язвенной болезни на основе нейронных сетей / А.Г. Хасанов, М.А. Нурдинов, Г.Ю. Гололобов // Анналы хирургии. – 2016. – Т. 21, No4.–С.231-234
7. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (анализ статистических материалов) / Л.Б. Лазебник [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – No2. – С. 12-16.
8. Imperiale T. Second-look endoscopy for bleeding peptic ulcer disease: a decision and cost-effectiveness analysis / T. Imperiale, N. Kong // Journal of Clinical Gastroenterology. – 2012. – Vol. 46 (9). – P. 144-153.

ДОПЛЕРОМЕТРИЯ-РАННИЙ МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ихтиярова Г.А., Жабборов У.У., Тошева И.И.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сины, Бухана, Узбекистан

Введение: Несмотря на значительные достижения перинатальной медицины, проблема гемолитической болезни плода и новорожденного на фоне резус-конфликтной беременности в нашей стране не может считаться до конца решенной. По данным зарубежных коллег, в случае отсутствия своевременной диагностики и лечения резус-сенсibilизации у беременных, перинатальная смертность составляет приблизительно 17,5%, мертворождаемость около 14%. Установлено, что при последующих беременностях ГБН протекает более тяжело, чем при сенсibilизации, выявленной при первой беременности [1,2].

Ультразвуковые фетометрические показатели, такие как гепато-спленомегалия, плацентометрия, доплерометрические показатели кровотока (в аорте плода, в вене и артериях пуповины) имеют лишь историческое значение и обладают низкой точностью в определении степени тяжести гемолитической болезни плода (ГБП) [3,4]. Выявление при УЗИ асцита и анасарки - сочетания гидроторакса, гидроторакса, отека подкожной клетчатки головы, туловища и конечностей плода, двойной контур головки плода и увеличение диаметра вены пуповины, являются запоздалым свидетельством крайне тяжелого течения гемолитической болезни плода [5,6,7].

Чувствительность метода при определении анемии средней и тяжелой степени составляет 100%, легкой – 83%, частота ложноположительных результатов варьирует от 10 до 12% [8,9]. Этот метод в настоящее время признается в качестве наиболее эффективного для неинвазивного определения умеренной и тяжелой степени анемии плода и окончательно заменил спектрофотометрический анализ амниотической жидкости [10,11,15]. Допплерометрические исследования позволяют изучать кровообращение плода в динамике без применения инвазивных технологий, их использование является необходимым и в целях диагностики заболеваний плода, влияющих на гемодинамику, в т.ч. анемического синдрома [12,13,14].

Цель работы - сравнительный анализ доплерометрических показателей пиковой систолической скорости (ПСС) кровотока в средней мозговой артерии (СМА) плодов у беременных с резус отрицательной кровью без иммунизации и с резус-иммунизацией.

Материалы и методы: Проведено ультразвуковое доплерометрическое исследование плодов у 102 повторно беременных с резус отрицательной кровью в Республиканском Перинатальном Центре. Возраст беременных составил от 19 до 44 лет.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на аппарате Voluson E9 Expert с использованием датчиков с частотой 3,5 МГц на сроке 22-33 недели беременности. При УЗИ оценивались фетометрические показатели, наличие или отсутствие свободной жидкости в серозных полостях, индекс амниотической жидкости (ИАЖ), локализация, размеры и степень зрелости плаценты. При доплерометрии проводилось исследование фетоплацентарного кровотока в артерии пуповины, маточных артериях и в средней мозговой артерии (СМА) плода.

Оценку кровотока проводили в периоды отсутствия у плода дыхательной и двигательной активности. Регистрировали Паттерны кровотока трижды, используя в качестве основного их усредненное значение. Для регистрации доплерограммы кровотока в СМА первоначально визуализировали поперечную плоскость сечения головки плода. Включали режим цветного доплеровского картирования и визуализировали сосуды Виллизиева круга. Объем участка сосуда для оценки доплеровского частотного сдвига располагали в средней части просвета СМА таким образом, чтобы он полностью перекрывал просвет сосуда.

Все женщины были повторно беременные и разделены на 4 группы: в 1-ю группу были включены 21 (20,6%) женщины, родивших детей с резус-отрицательной принадлежностью крови. 2-группа представлена 35 (34,3%) беременными, родившими детей с резус-положительной принадлежностью крови без повышения титра, резус антител, в 3-ей группе были 28 (27,4%) женщин с резус-иммунизацией, родившие детей с ГБН и которым после родов проведено заменное переливание крови (ЗПК). 4-я последняя группа была также представлена 18 (17,6%) женщинами с резус-иммунизацией, но которым антенатально, было проведена операция «Внутриутробная внутрисосудистая переливание крови плоду» (ВВПК). 5 беременным (4,9%) из 102 женщин по желанию беременных был проведен неинвазивный ДНК тест определения Rh-фактора плода по крови матери на сроке 10-14 недель, в одном случае ошибочно определена Rh(+) принадлежность будущего ребенка.

Статистический анализ проводился с учетом требований к обработке медицинских количественных данных с использованием программ Statistica 8.0. Корреляционный анализ проводился с использованием непараметрического критерия Спирмена, качественные признаки сравнивались с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение: 1-я группа у 21 женщины данной группы в течении беременности не отмечалось повышение титра как полных, так и неполных резус-антител. Данная группа является контрольной. У 19 женщин (90,5%) роды были срочными, у 2-х (9,5%) роды закончились преждевременно. Ни один новорожденный из этой группы не родился в состоянии асфиксии. У всех новорожденных были определены резус-фактор крови, где он оказался отрицательным.

2-я группа - 35 беременных с наличием титра резус-антител от 1:4 до 1:16. Интересно, что у 2х женщин с шестой беременностью отсутствовали резус-антитела в крови. Родоразрешены кесаревым сечением по акушерским показаниям 11 (31,5%) пациентки, у 6 (17,1%) роды закончились преждевременно. В этой группе у новорожденных не отмечалось признаков гемолитической болезни и, соответственно, не потребовалось заменное переливание крови в раннем неонатальном периоде.

3-я группа - 28 беременных с наличием титра Rh антител от 1:8 до 1:128, родившие детей с ГБН и ГБП, потребовавшие ЗПК в раннем неонатальном периоде в количестве от 1 до 2. Что интересно, у 4х женщин (14,3%) как парадоксально в антенатальном периоде не было отмечена нарастание титра резус-антител. 4 женщинам с диагностической целью проведено операция «трансабдоминальный кордоцентез». Паритет родов составлял от 2х до 9х родов. У 20 женщин (71,4%) в анамнезе были различные репродуктивные потери. Частота преждевременных родов в данной группе составила (67,8%) то есть, 19 женщин. Остальные 9 женщин (32,1%) родили вовремя. 11 беременных (39,2%) родоразрешены оперативным путем. В данной группе случаи перинатальной смерти отмечены у 6 новорожденных (21,4%). Из них в одном случае была антенатальная гибель плода за счет иммунной водянки, а остальные 5 случая были ранние неонатальные смерти у новорожденных.

4-я группа- это 18 беременных с наиболееотягощенным акушерским анамнезом (предыдущие роды закончились антенатальной гибелью плода от отечной формы, рождением детей с ГБН по Rh-системе тяжелой степени и ЗПК, а также наличие в семье детей инвалидов). У 15 женщин (83,3%) в анамнезе были различные репродуктивные потери. Диапазон нарастания уровня резус антител у беременных варьировал от 1/16 до 1/512.

Всем женщинам данной группы проведен трансабдоминальный кордоцентез, и на основании гематологических и биохимических данных выявлена гемолитическая болезнь плода как отечной, так и анемичной формы. В 5 случаях (27,7%) выявлена отечная форма ГБП, в 10 случаях (55,5%) ГБП анемичная форма тяжелой степени, а остальных 3х случаях (16,6%) анемичная форма ГБП средней степени. Всем беременным проведена операция «Внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду». Из них 3(16,6%) женщинам данную операцию провели дважды. Частота преждевременных родов в данной группе составила (100 %), то есть все 18 женщин. Роды у 5 женщин (27,7%) закончились естественным путем. А у остальных 13 женщин (72,3%) роды были оперативными.

В данной группе случаи перинатальной смерти отмечены у 5 новорожденных (27,7%). Из них в одном случае была интранатальная гибель плода и еще в одном антенатальная гибель плода за счет иммунной водянки, а остальные 3 случая были ранние неонатальные смерти у новорожденных.

При статистических обработке данных по доплерометрии мозгового кровотока у плодов был сделан следующий анализ: В 1-й группе беременных пиковая систолическая скорость (ПСС) средней мозговой артерии (СМА) плодов составила $53,84 \pm 9,11$ см/с; во 2-й группе данный показатель был- $56,73 \pm 7,28$ см/с; в 3-й группе- $64,26 \pm 11,07$ см/с; в 4-й группе- $78,21 \pm 13,64$ см/с. Анализ мозгового кровотока показал достоверное увеличение пиковой систолической скорости (ПСС) в средней мозговой артерии (СМА) у плодов в 3-й и 4-й группе беременных и достоверное различие с 1-й и 2-й группой. В то же время достоверных отличий между 1-й и 2-й группой не найдено. Обращает внимание, что в динамике пиковая скорость в средней мозговой артерии у плода во 2-й группе увеличивается максимально в 1,2 раза, в 3-й группе - в 1,6 раз, в 4-й - почти в 2 раза.

Выводы: 1. Большое количество оперативных родов было у резус-иммунизированных беременных с высокой степенью риска отечной формы ГБП, то есть в 4-группе, тогда как, а наименьшее число кесаревых сечений было проведено у резус-неиммунизированных женщин 1-группы. 2. Практически при обнаружении любого уровня титра резус-антител в крови у резус-иммунизированной беременной в сроке выше 22х недель для диагностики средне тяжелых и тяжелых анемических форм ГБП должно проводиться доплерометрия для измерения пиковой систолической скорости в средней мозговой артерии. 3. Высокий уровень пиковой систолической скорости средней мозговой артерии должно являться показанием для инвазивного трансабдоминального кордоцентеза и высокотехнологической операции «внутриутробного, внутрисосудистого переливания крови» плоду с последующим преждевременным родоразрешением в перинатальных центрах 3-уровня.

Литература:

1. Белуга М.В. Диагностика и внутриутробная коррекция анемии при гемолитической болезни плода // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2012. - №2 (38). - С. 15.
2. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Курбанова З.Ш. Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза // Журнал Новый день в медицине. - 2020. - №1. - С. 211
3. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Доктор ахборотномаси 2019. № 4. - С. 78-80.
4. Медведев, М.В. Допплерография в акушерской практике // Журнал Медицина. - 2007. - Р. 64.
5. Тошева, И.И., Ихтиярова Г.А. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек // РМЖ. Мать и дитя. - 2020. - Т3, № 1. - С. 16-19.
6. Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. Морфологические и микробиологические изменения в плаценте у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод // Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2019. - №4. 2(115). - С. 146.
7. Bennardello F., Coluzzi S., Curciarello G. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn // Journal of Blood Transfus. - 2015. - №13(1). - Р. 109.
8. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslanova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07. - С. 530-535.
9. Ikhtiyarova G.A., Iroda Tosheva, Nargiza Nasrullayeva Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // Asian Journal of Research. - 2017. - № 3 (3). - Р. 32.
10. Lopez-Carpintero N., Rodriguez-Gonzalez R, Gonzalez-Gonzalez A Role of middle cerebral artery Doppler in the management of Rhesus alloimmunization cases // Ginecol Obstet Mex. - 2010. - №8. - Р. 410.
11. Mavlyanova N.N., Ixtiyarova G.I., Tosheva I.I., Aslanova M.Zh., Narzullaeva N.S. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation // Journal of Medical - Clinical Research & Reviews - 2020. - №4(6). - ISSN 2639-944X. - Р. 18.
12. Mari G. Middle cerebral artery peak systolic velocity for the diagnosis of fetal anemia: the untold story // Ultrasound Obstet Gynecol. - 2005. - №25. - Р. 323.
13. Oepkes D., Seaward P. G., Frank P. N. Doppler ultrasonography versus amniocentesis to predict fetal anemia // Eng J Med. - 2006. - №2. - Р. 156.
14. Tosheva I.I., Ikhtiyarova G.A., Aslanova M.J. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death // Journal of Problems and solutions of advanced scientific research. - 2019. - №1. - Р. 417.

ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ И ГИБЕЛИ ПЛОДА У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ
КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Насриддинова Ш.И., Хайдарова Н.Б.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой, так и хронической персистирующей бактериальной или вирусной инфекцией. Клинические проявления внутриутробной инфекции зависят, с одной стороны, от таких факторов, как вид и вирулентность возбудителя, массивность обсеменения, путем проникновения инфекции, с другой стороны, от срока гестации при инфицировании и иммунологической реактивности матери. Влияние вирусной инфекции на течение беременности и состояния плода характеризуется возможным инфицированием плаценты, околоплодных оболочек, а также самого плода. У большинства женщин с отягощенным акушерским анамнезом обнаруживается смешанная персистирующая вирусная инфекция.[1,8].

Для беременных характерно затяжное течение ОРВИ при отсутствии тяжелых клинических проявлений. Это объясняется способностью вирусов респираторной группы к репродукции в плаценте

Систематический обзор и метаанализ в основном небольших серий случаев показал, что у значительной части женщин с подтвержденной инфекцией COVID-19 исход беременности закончился преждевременными родами до 37 недель в 22% и кесаревом сечением в 48% случаев. Расчетные показатели госпитализации в отделение интенсивной терапии среди беременных (7%) были выше, чем у небеременных женщин (4%), и около 1,9% младенцев, рожденных от этих женщин, дали положительный результат на SARS-CoV-2 (Khalil A., Kalafat E., Benlioglu C. и др. EClinicalMedicine. 2020). В условиях этой эпидемии очень важно стандартизировать скрининг, госпитализацию и ведение всех подозреваемых / подтвержденных беременных женщин, инфицированных COVID-19, и наилучшим образом подготовить родильные отделения. Ведение должно осуществляться в соответствии с местными, федеральными и международными руководящими принципами, а также были предложены стратегии быстрого создания акушерских отделений.[6,7.].

Коронавирусная инфекция приводит не только к материнским осложнениям, но и к сожалению возможной различной перинатальной заболеваемости и патологии, которая часто осложняется самопроизвольными выкидышами (12%), синдромом отставания плода, антенатальной гибелью плода(10%) и преждевременными родами (39%)[3,5,].

Целью исследования является эхографическое прогнозирование возможной внутриутробной гибели плода (ВГП) при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Основную группу составили 50 (42,9%) женщины, группу сравнения 50 женщин (42,9%) перенесших различные вирусные инфекции. В контрольную группу были включены 50 (14,3%) пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родивших живого ребенка. В свою очередь основная группа женщин с ВГП (n=50) была разделена на 2 подгруппы: подгруппа 1а – 25 беременных с ВГП в сроке 22-27 недель, подгруппа 1б -25 беременных с ВГП в сроке 28-42 недели. Важным диагностическим методом определения отклонений в размерах головки плода при фетопатиях различной этиологии является черепной индекс (У), представляющий собой отношение бипариетального размера (БПР) головки плода к лобно-затылочному размеру (ЛЗР) и умноженное на коэффициент 100. Индекс У в качестве детектора угрозы внутри утробной отставание и смерти плода впервые применили Hadlock F.P. et al. в 1981 году [1,5,9,11]. При физиологически протекающей беременности с ростом гестационного возраста плода постепенно увеличивается и БПР головки плода. Наоборот, уменьшение БПР и параллельное увеличение ЛЗР при относительно неизменной величине окружности головки свидетельствует о внутриутробном страдании плода[2,4,6,8,12].

Результаты. Проведенные нами исследования по изучению изменений БПР головки внутриутробно погибшего плода в основной группе (рис. 1) и группе сравнения (рис.2) показывает, что при физиологически протекающей беременности с увеличением гестационного возраста плода (контрольная группа) постепенно увеличивается. В этом случае параметры БПР рожениц 62,1±1,07 мм при сроке беременности 21-22 недель до 90,1±1,56 мм при сроке беременности 33-34 недель.

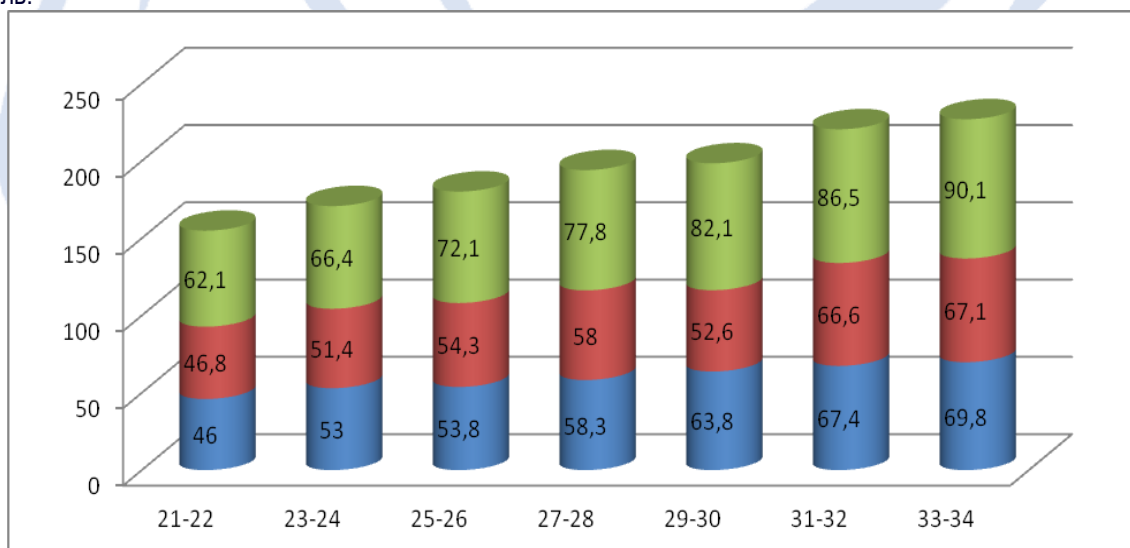


Рис. 1. Изменение бипариетального размера (БПР) головки внутриутробно погибшего плода (M±m)

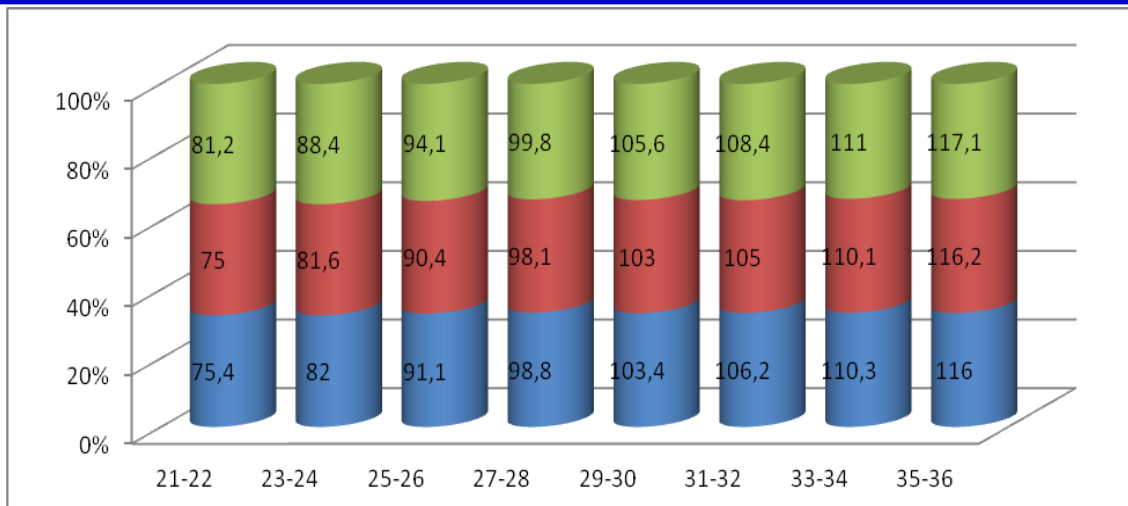


Рис. 2. Изменение лобно-затылочного размера (ЛЗР) головки внутриутробно погибшего плода (M±m)

В каждом отрезке гестационного периода постепенное увеличение составило от 3,60 мм (между сроками беременности 31-32 и 33-34 недель) до 5,75 мм (между сроками беременности 23-24 и 25-26 недель). Эти данные нами были взяты как норматив для сопоставления с данными основной группы (n=25) и группы сравнения (n=25)

При беременности, протекающей без клинически выраженных осложнений (контрольная группа), Y колебался от 75 до 84. Анализируя динамику показателей ультразвукового исследования в зависимости от срока беременности, мы пришли к заключению, что черепной индекс Y во II-ом триместре значительно меньше, чем в III-ем триместре (75,87±81,83 соответственно при P<0,001) (рис. 3).

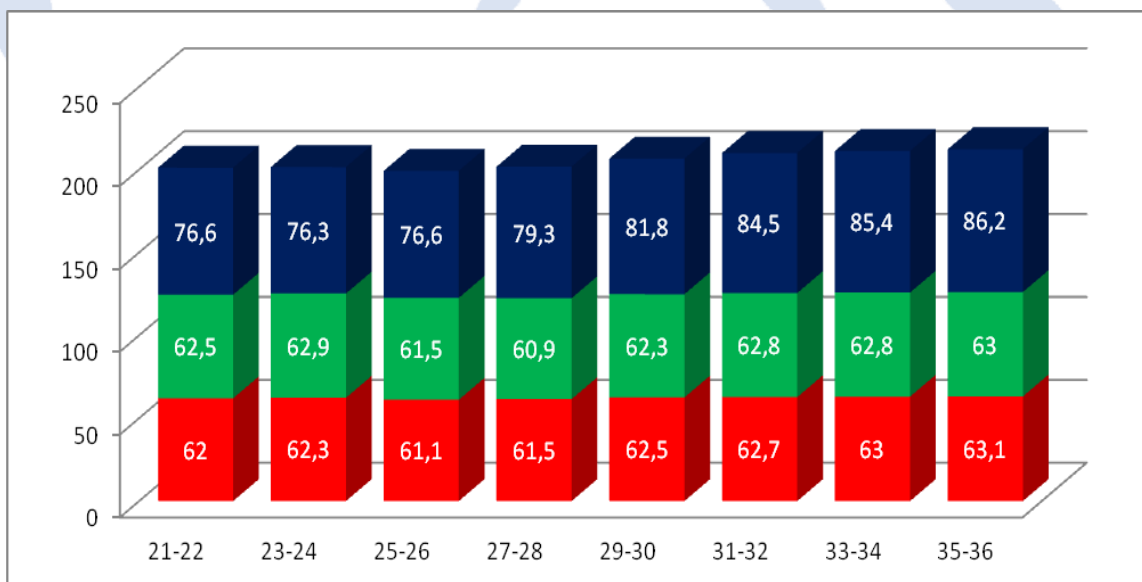


Рис. 3. Изменение черепного индекса головки внутриутробно погибшего плода (M±m)

При фетопатиях цифровые значения Y снижается до 70-73. Быстрое (в течение 1-1,5 недель) уменьшение показателей Y до 63,24-0,51 (P<0,001) является достоверным признаком неизбежной внутриутробной гибели плода. Следует отметить, что при внутриутробной задержке плодного яйца в матке менее 2 недель среднее значение Y равно 60,05±0,46; при длительной задержке (более 3 недель) Y уменьшался до 54,12±0,36 (P 1<0,001).

Анализируя динамику показателей ультразвукового исследования в зависимости от срока беременности, мы пришли к заключению, что индекс Y во II-ом триместре значительно меньше, чем в III-ем триместре (75,9±0,17 и 81,8±0,32, соответственно, при P<0,001) (рис. 3, 4.).

Проведённая нами сонографическая плацентометрия детектировала достоверное уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационной нормой на 2-5 мм у 40% и на 5-8 мм у 30% женщин с внутриутробной гибелью плода или эмбриона (P<0,05) (рис. 5).

Плацентарный индекс J, представляющий собой отношение основных измерений плаценты, рассчитывается по формуле:

$$J = \frac{\text{диаметр плаценты, см}}{\text{наибольшая толщина плаценты, см}}$$

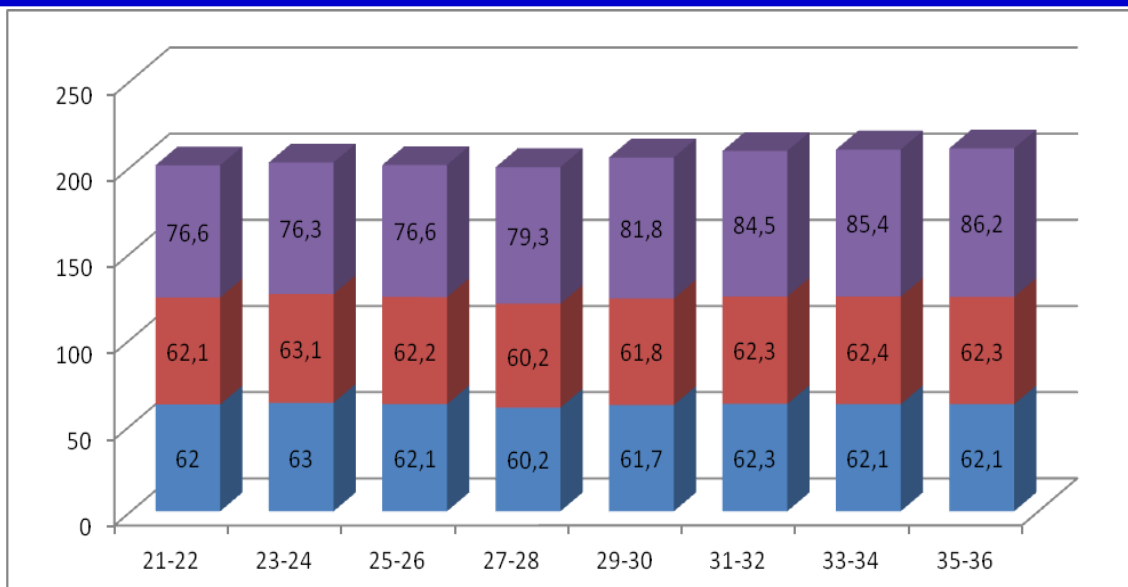


Рис. 4. Изменение черепного индекса головки внутриутробного погибшего плода (M±m)

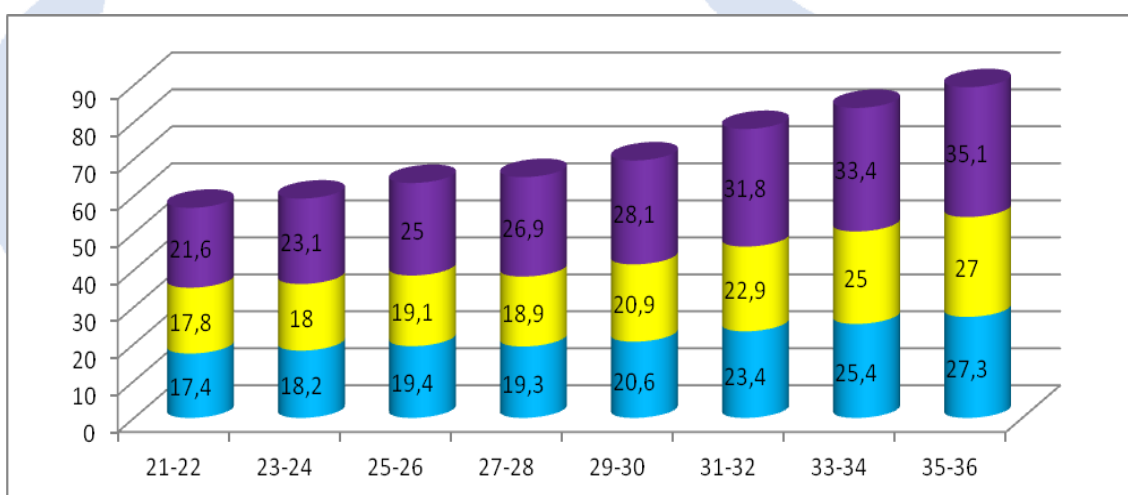


Рис. 5. Толщина плаценты в различные гестационные сроки при ВГР

Уменьшение плацентарного индекса и массы плаценты по срокам гестации свидетельствовала о внутриутробном страдании плода и давности гибели плода.

Выводы. Таким образом, ультразвуковые исследования при антенатальной гибели плода необходимо проводить при поступлении в родильном комплексе для уточнения давности гибели плода, определения черепного и плацентарного индекса, характера околоплодных вод, расположения плаценты для выбора метода индукции родов и родоразрешения.

Литература:

1. Баринов С.В., Блауман Е.С., Тирская Ю.И., Шкабарня Л.Л. Журнал Мать и дитя, №2(69) 2017.
2. Gurtovoj B.L., Kulakov V.I., Voropaeva S.D. Antibiotic usage in obstetrics and gynecology. M.: Medicine, 2014. P. 4. Russian (Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 2014. 4 с.)
3. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж.– Оценка морфологических изменений последов у женщин с антенатальной гибелью плода. Тиббиётдаыни кун. № 3 (19) 2017.Узбекистан
4. Ихтиярова Г.А. Диагностика, лечение и акушерская тактика при синдроме потери плода.- Ж:Новости дерматологии и репродуктивного здоровья №1.2016. С74-75.
5. Ихтиярова Г.А. – Дифференцирование подходы к ведению беременных с антенатальной гибелью плода// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья.№1-2(73-74)2016
6. Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. Морфологические и микробиологические изменения в плаценте у женщин с преждевременном излитием околоплодных вод // Ж: Проблемы биологии и медицины №4.2(115) 2019 Самарканд. С 146-148
7. Нуралиев Н.А., Г.А. Ихтиярова Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro – organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs. American journal of medicine and medical sciences № 10(2) 2020 page 124-126
8. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I, etal. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation. JMed - ClinRes&Rev. 2020; 4(6): 1-4.

9. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – № 2. – С.13-17.
10. Sarkisova L. V., Yuldasheva R. U., Kurbanova Z. Sh., Aslonova M. J., The Role of Indicators of Ferrokinetics and Endogenous Erythropoietin in Anemia of Pregnant Women, American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 10 No. 4, 2020, pp. 262-265. doi: 10.5923/j.ajmms.20201004.19.
11. Стрижаков А.Н. Прегравидарная подготовка и ведение беременности у женщин с антенатальной гибелью плода в анамнезе. // Акушерства и гинекология. – М 2016.- № 4. – С. 36-43.
12. Фролова О.Г., Т.В. Письменская: Снижение антенатальных потерь-важная задача амбулаторной акушерско – гинекологической службы: Справочник фельдшера и акушерки. – М, 2014.- № 4. С- 1013.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЕЕ СВОЕВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ

Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Воспалительные заболевания органов половой системы в настоящее время являются наиболее частой причиной обращения женщин к гинекологам. Бактериальный вагиноз (БВ) – наиболее частая причина патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста, однако нечасто он может наблюдаться у девочек до менархе и женщин в период менопаузы [1]. 75% женщин репродуктивного возраста переносят один эпизод неосложненного (острого) вульва в, 40-45% - отмечают 2 эпизода заболевания и более, у 10-20% - кандидоз имеет осложненное, часто рецидивирующее течение, требующее специальных диагностических и терапевтических мероприятий. Современная технология - Фемофлор 16, основанная на использовании полимеразной цепной реакции (ПЦР) «в режиме реального времени». Эта технология на сегодняшний день позволяет дать самую полную количественную и качественную характеристику нормальной и условно-патогенной флоры урогенитального тракта у женщин. Исследование проводят для определения наличия, степени и характера дисбаланса микрофлоры. Что, в свою очередь крайне важно для врача-клинициста при выборе тактики лечения и для контроля эффективности проведенного лечения. Данные современной отечественной и зарубежной Литература исследованием материала, полученного с помощью соскоба, в диагностике кольпитов имеет большое значение. [2,7,9]. Неспецифические инфекции встречаются в широком возрастном диапазоне, так, в молодом возрасте основными способствующими причинами развития неспецифического кольпита, как правило, являются инфекционные заболевания, эндокринная патология, снижение функции яичников, воздействие местных повреждающих факторов. При определенных обстоятельствах наблюдается снижение иммунитета, что является пусковым механизмом в активации роста условно-патогенной микрофлоры [3,5,6]. Локальный путь введения лекарственных средств позволяет снизить фармакологическую нагрузку на организм женщины, его преимуществами являются простота и удобство применения, отсутствие абсолютных противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости компонентов препарата), а также возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией [8,10]. Учитывая тот факт, что перечень антибиотиков широкого спектра действия очень ограничен, актуальна разработка новых вагинальных лекарственных форм, в состав которых входит масло куркумы + хелат меди. Масло куркумы и хелат меди обладают высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью пациентами и образованием коллагена и эластина во влагалище. [11].

Целью исследования явилось - изучение состояния микробиоценоза влагалища и определение наличия неспецифического вагинита, методом ПЦР (Фемофлор-16) -для дифференциальной диагностики дисбиотических нарушений и инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин в репродуктивном возрасте

Материалы и методы исследования. В соответствии с задачами исследования все наблюдаемые женщины с неспецифическим вагинитом из общего числа 80 женщин репродуктивного возраста были обследованы на цитологическое, микробиологическое исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для цитологического исследования, было взято соскоб из поверхностных слоев эпителия с прикрепленной к ним микробной пленкой из влагалища и шейки матки для постановление диагноза и оценки эффективности вагинальных суппозиторий.

Материал присланный на цитологическое исследование из полости влагалища и шейки матки описывали результатами полученных заборами реагентов предназначенных для проведения 16 тестов, включая исследование положительных и отрицательных контрольных образцов. Набор выявляет 25 показателей, включая 23 группы микроорганизмов. Исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Далее количественные результаты исследования представлены в геном-эквивалентах (ГЭ), значения которых пропорциональны микробной обсемененности урогенитального биотопа. В нашем исследовании у женщин с жалобами на незначительные и умеренные выделения из влагалища - 41%, выраженные выделения из влагалища беспокоили 7% пациенток. Жалобы на зуд и/или жжение предъявляли 33% пациенток, дискомфорт во влагалище – 30%, нарушение мочеиспускания – 15%, болезненность при половом акте – 11%. Объективное клиническое обследование установило, что наиболее часто инфекционно-воспалительный процесс локализовался в области эндоцервикального канала шейки матки (70%) и влагалище (60%), значительно реже в уретре (8%) и ампуле прямой кишки (2%). Патологический процесс был представлен преимущественно незначительными симптомами воспаления n = 66 (82%), умеренное воспаление было у n = 12 (16%) пациенток, а выраженное только у n=2 (2,5%) пациенток. (Рис. 1).

Далее биоматериал в специальных пробирках доставили в лабораторию молекулярной генетики «MCHJ GENO TECHNOLOGIYA» города Ташкента. Согласно с результатами исследования получили заключение диагноза.

Таблица 1. Результат теста Фемофлор-16. Женщина Д.- 32 лет. репродуктивного возраста.

Наименование исс-я	Результаты	
	Количественный	Относительный
Контроль взятия материала	105.2	
Общая бактериальная масса	107.8	
Нормофлора		
Lactobacillus spp	6.9 10	0.7 (30-36%)
Факультативно-Анаэробные микроорганизмы		
Enterobacterium spp	Не выявлено	
Streptococcus spp	4.6 10	-3.4 (0.1%)
Staphylococcus spp	3.3 10	-4.8(<0.3%)
Оbligatно-Анаэробные микроорганизмы		
Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp	Не выявлено	
Eubacterium spp	6.8 - 10	-1.2(6-8%)
Sneathia spp+Leptotrichia spp+Fusobacterium spp	Не выявлено	
Megasphaera spp+Veillonella spp+Dialister spp	Не выявлено	
Lachnobacterium spp+Clostridium spp	Не выявлено	
Mobiluncus spp+Corinebacterium spp	4.2 - 10	-4.5(0.2%)
Peptostreptococcus spp	6.7 - 10	-1.0(8-10%)
Atopobium vaginae	7.3- 10	-0.5(30-40%)
Дрожжеподобные грибы		
Candida spp	Не выявлено	
Микоплазмы		
Micoplasma hominis	2.4 - 10	
Ureplasma spp	6.0 - 10	
Патогенные микроорганизмы		
Micoplasma genitalium	Не выявлено	

Статистическую обработку результатов производили при помощи программ Excel и BioStat 4.03. Оценку достоверности проводили по Стьюденту. Критерием достоверности служило $p < 0.05$.

У 80 женщин было выявлено: Streptococcus spp-8%, Staphylococcus spp-7%, Eubacterium spp-13%, Mobiluncus spp+Corinebacterium spp-4%, Peptostreptococcus spp-13%, Atopobium vaginae-51%, Micoplasma hominis-7%, Ureplasma spp-1%, всем женщинам было назначено Пависин свечи в течение 7 дней.

- Streptococcus spp 8%
- Staphylococcus spp 7%
- Eubacterium spp 13%
- Atopobium vaginae 51%
- Mobiluncus spp+Corinebacterium spp 7%
- Peptostreptococcus spp 14%,

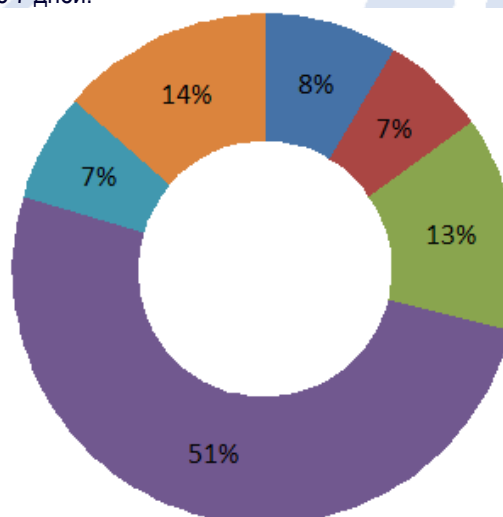


Рис. 1. Частотное (%) распределение микроорганизмов у женщин репродуктивного возраста 18-40 лет.

У 25% женщин с дисбиозом, назначили местное лечение вагинальными суппозиториями Пависин (запатентованное название в Кыргызской Республике. Ваofukang– запатентованное название в КНР), по 1 свече вагинально 1раз в день. Курс лечение 10 дней. После лечение женщины были осмотрены вагинально, в зеркалах. Визуально симптомы воспаления исчезли за исключением выделений во влагалище и шейки матки. Далее повторно было проведен тест Фемофлор16.

Таблица 2. Результат теста Фемофлор-16 после лечение. Женщина Д. 32-года. репродуктивного возраста

Наименование исследования	Результаты	
	Количественный	Относительный
Контроль взятия материала	7.8 - 10	
Общая бактериальная масса	5.2 - 10	
Нормофлора		
Lactobacillus spp	7.9 - 10	0.0 (80-100%)
Факультативно-Анаэробные микроорганизмы		
Enterobacterium spp	Не выявлено	
Streptococcus spp	4.6 - 10	-3.4 (0.1%)
Staphylococcus spp	Не выявлено	
Облигатно-Анаэробные микроорганизмы		
Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp	Не выявлено	
Eubacterium spp	6.8 - 10	-1.2(6-8%)
Sneathia spp+Leptotrichia spp+Fusobacterium spp	Не выявлено	
Megasphaera spp+Veillonella spp+Dialister spp	Не выявлено	
Lachnobacterium spp+Clostridium spp	Не выявлено	
Mobiluncus spp+Corinebacterium spp	3.5 - 10	-4.5(0.2%)
Peptostreptococcus spp	Не выявлено	
Atopobium vaginae	6.6 - 10	-1.3(4-5%)
Дрожжеподобные грибы		
Candida spp	Не выявлено	
Микоплазмы		
Micoplasma hominis	2.4 - 10	
Ureplasma spp	6.0 - 10	
Патогенные микроорганизмы		
Micoplasma genitalium	Не выявлено	

Результат теста Фемофлор-16 показал: Streptococcus spp-5%, Staphylococcus spp-1%, Eubacterium spp-6%, Mobiluncus spp+Corinebacterium spp-4%, Atopobium Peptostreptococcus spp-6%, vaginae-28%, Micoplasma hominis-1%, Ureplasma spp-1%.

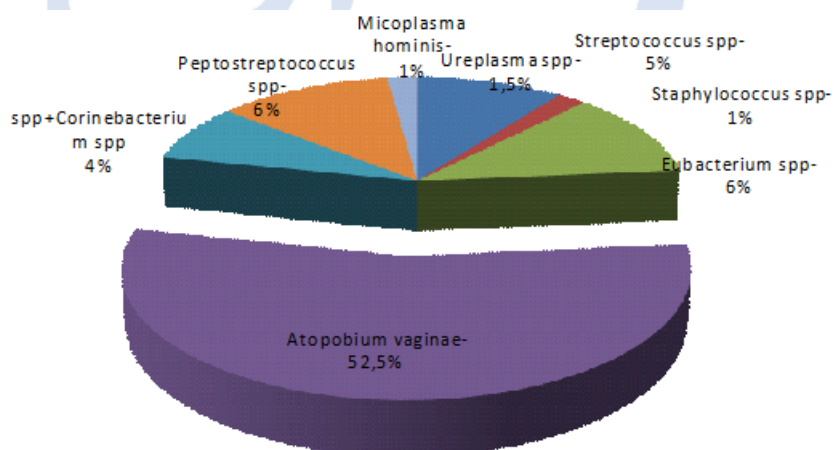


Рис. 2. Частотное (%) распределение микроорганизмов у женщин репродуктивного возраста 18-40 лет.

Заключение результатов повторного обследования показали, что из 42 женщин после местного лечения вагинальными суппозиториями «Пависин», у 13 женщин вагинальная флора соответствовала относительному нормоцинозу влагалища.

Заключение. Несмотря на проведение лечения дисбиоза у женщин местным препаратом Пависин (запатентованное название в Кыргызской Республике. Ваofukang – запатентованное название в КНР), в составе которого масло куркумы – 82мг, борнеол – 75 мг., привело к улучшению показателей Фемофлора-16, однако восстановление флоры влагалища было относительно условно нормой, в связи с чем мы провели экспериментальное исследование при неспецифическом вагините препаратом масло куркумы «Куркувир» Патент «IAP8042» и получили положительные результаты.

Таким образом, при рецидивирующем неспецифическом вагините у женщин после микробиологического обследования при выявлении неспецифического вагинита необходимо местное лечение препаратами комплексное соединение меди с куркумином и амидом никотиновой кислоты. Данная методика в зависимости от полученных результатов может рассматриваться как своеобразный алгоритм последующих врачебных действий а также обоснованного назначения бактериологического исследования для идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам или антимикотическим препаратам.

Литература:

1. Верещакo Г. В. Опыт лечения неспецифических вульвовагинитов у женщин старшей возрастной группы Г. В. Верещакo, Н. В. Лазарева // Укр. мед. часопис. - 2013. - № 1 (75). - С. 75–77.
2. Григорян О. Р. Новые возможности в лечении вульвовагинитов у женщин с нарушениями углеводного обмена в период пери- и постменопаузы// Проблемы репродукции.- 2011г № 1. - С. 99–102.
3. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. № 4. С. 78-80.
4. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки// Тиббиёт ва спорт. 2020. № 1. С. 74-77.
5. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Молекулярные механизмы действия антиоксидантов на липидный компонент клеток мозга при экспериментальной гипоксии плода. Инфекция, иммунология и фармакология// Научно-практический журнал. 2019. № 5 С. 280
6. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Морфологическая картина эффективности новых средств лечения неспецифического вагинит// Тиббиётда янги кун. Бухоро-2020. № 2. С. 215-219.
7. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Репродуктивная реабилитация женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов// Спец выпуск журнала биомедицины и практики. Ташкент-2020. С 56.
8. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Саидов С.А. Разработка новых средств лечение неспецифического вагинита с учетом патогенетических механизма развития// Тиббиётда янги кун. Бухоро - 2020. № 2.30(2). С. 220-225.
9. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А., Саидов С.А. Бактериальный вагинит: проблемы состояния, перспективы диагностики и лечения// Доктор Ахборотномаси. 2020. № 1. С. 131.
10. Graziottin A. Recurrent cystitis and vaginitis: role of biofilms and persister cells. From pathophysiology to new therapeutic strategies / A. Graziottin, P. P. Zanella, G. D'Errico // Minerva Ginecol.- 2014 - Vol. 66 (5).- P. 497-512.
11. Nuraliev N.A., Ikhtiyarova G.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro – organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs// American journal of medicine and medical sciences. 2020. № 10 (2) P. 124-126.

БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ихтиярова Г.А., Муминова Н.Х., Наврузова Н.О.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари гинекологик касалликлар структурасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, бачадон бўйнининг рак касалликлари ривожланиш ҳавфини келтириб чиқаради [7,10]. Маълумки, ҳозирги вақтда жаҳонда бачадон бўйни рак касаллиги онкологик хасталиклар структурасида 5-ўринни, аёл жинсий аъзолари ёмон сифатли ўсмалари орасида 1-ўринни эгаллайди [1,3,11]. Ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари муаммоси гинекологияда муҳим ўрин эгаллайди. Бачадон бўйни касалликлари диагностикада ва даволашдаги кўплаб ютуқларга қарамасдан, бу касалликлар умумий гинекологик касалликлар орасида долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [9,12]. Ёш аёллар ўртасида бачадон бўйни касалликларининг жадал ўсиши, касалликларнинг кечки босқичида аниқланиши, кўрув пайтида цервикал каналнинг юқори $\frac{2}{3}$ қисмида кўрувнинг ноқулайлиги янги замонавий диагностика усулларни амалиётга киритишни тақозо қилади [4,6,13]. Кўпчилик тадқиқотлар шуни тасдиқладики, бачадон рак олди ва рак касалликларининг ривожланишида бачадон бўйни анатоми – физиологик бутунлигининг бузилишига олиб келувчи сабаблар (асоратланган туғруқлар, абортлар, жарроҳлик аралашувлари) алоҳида ўрин тутди. Бунда бачадон бўйни шикастланишлари 5,6% дан 30% гача учраб туради. [2,7,8]

Шундай қилиб, бачадон бўйни касалликлари гинекологияда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда ва аёл жинсий органлари касалликлари ичида юқори кўрсаткични ташкил қилади.

Тадқиқот мақсади: Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг учраши, гинекологик ва соматик анамнезини ретроспектив таҳлилини урганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 61 та аёл кириб, улар касаллик давомийлиги ҳамда, бактериологик, цитологик ва кольпоскопик текширувдан ўтган беморлар текширилган.

Анамнез йиғишда қуйидаги белгилар эътиборга олинган:

- Болалик ва ўсмирлик даврида ўтказилган касалликлар;
- Менархенинг бошланиши;
- Ҳайз циклининг патологик ўзгаришлари;
- Ҳаёт тарзи ва зарарли одатларнинг борлиги;
- Бошидан ўтказган гинекологик касалликлар;
- Ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари;
- Гинекологик патологиялар.

Анамнездан 61 та беморлардан 49 (80%) таси кўп болали бўлиб, 2 тадан 5 тагача ҳомиладорлик ва ҳомиладорликнинг турли муддатларида бола тушиш билан тугаган.

Анамнездан барча аёллар туғруқ даврида бачадон бўйни 1, 2, ва 3 даражали жароҳати билан тугаган ва улардан 23 (37,7%) та аёл бачадон бўйни жароҳати тикланган.

Ретроспектив таҳлили натижаларини таҳлил қилганимизда 19 (31%) та аёл анамнездан бола тушиши билан тугаган. Улардан 12 – ҳафталигида бала тушиш 8 (13%) та аёлларда ва 13-22 ҳафталигида – 11(18%) та аёлларда кузатишган. Бола тушиши билан гинекологга мурожаат қилган 13% (8 та) аёлларда ИЦЕ (истмико-цервикал етишмовчилик) ташхиси қўйилди.

Шунингдек, анамнезда бачадон бўйни касаллиги билан касалланган 13 % (8 та) аёлларда ривожланмаган ҳомиладорлик ва 9 (14,7%) тасида артифициал аборт аниқланди.

Бачадон бўйни касаллиги бўлган аёлларни соматик анамнези: камқонлик ўрта ва оғир даражаси 49% (30), сийдик йўллари инфекцияси 17 (27,8%), ТВИ(тана вазни индекси) бўйича семизлик 1 даража-19 та, 2-даража-11та, 3-даража 4%) аёлларда аниқланди. 61 та гинекологик касаллиги бўлган аёлларда 28 (46 %) тасида эндокринологик патология билан кечган. Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси № 1 жадвалда келтирилган. Ретроспектив гуруҳда аниқланган бачадон бўйни касалликлари № 2 жадвалда келтирилган.

Жадвал 1. Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси

№	Кўрсаткичлар	Абс	%
1	Камқонлик	30	49
2	Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари	17	27,8
3	1 даража (ТВИ 30-34,9)	19	31
	2 даража (ТВИ 35-39,9)	11	18
	3 даража (ТВИ 40 ва ундан юқори)	4	6,6
4	Эндокрин касалликлар	28	46

Жадвал 2. Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари

№	Патологик ўзгаришлар	Ретроспектив гуруҳ (n=61)	
		Абс	%
1	Цервицитлар	17	27,7
2	Эндометриоз	3	4,9
3	Бачадон бўйни эрозияси ва псевдоэрозияси	13	21
4	Бачадон бўйни полипи	2	3,3
5	Эритроплакия	2	3,3
6	Бачадон бўйни чандиқли ўзгаришлари	23	37,7
7	Бачадон бўйни кисталари	7	11,5
8	Герпетик тошмалар	11	18
9	Лейкоплакия	4	6,6

Жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини бачадон бўйни чандиқли ўзгаришлари ва цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткичлар бўйича гуруҳдаги аёлларнинг 37,7% (23 та аёл) ва 27,7% ии (17 та аёл) ташкил қилди. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича гуруҳдаги аёлларни 21 % ни яъни 13 та аёлда учради. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ини (2 та аёл)да учрайди. Эндометриоз касаллиги бу гуруҳдаги аёлларнинг 4,9% ни (3 та аёлда) аниқланган. Бачадон бўйни, вулва ва қин қисмидаги инфекция патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмалар аниқланди. Герпетик тошмалар бу гуруҳдаги аёлларнинг 14 тасида (15,2%) да учради. Бачадон бўйнининг чандиқли ўзгаришлари бу гуруҳда 5 та аёл (5,4%)да аниқланди. Бачадон бўйни эритроплакияси бу гуруҳдаги аёлларнинг 11 тасида учраб, у 18 % ини ташкил этди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 4 та, яъни 6,6 % ини ташкил қилди. Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликлар цервицитлар ва эрозия ҳамда псевдоэрозиялардир, булар ретроспектив ва гуруҳдаги аёлларнинг тахминан ҳар учтадан биттасида учради.

Хулоса: Шундай қилиб, бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини эрта аниқлаш ва ташхислашнинг энг самарали усуллари бўлиб батафсил йиғилган анамнез, кольпоскопия ва қин суртмасини бактериоскопик текшириш усуллари ҳисобланади. Демак, тиббий кўрикда бачадон бўйни эрозияларни эрта кольпоскопик ташхислашда (21%) аниқланган. Тиббий кўрикларни мунтазам ташкил қилиш, яллиғланиш касалликларни патогенетик даволаш, рак олди касалликларни эрта аниқлаш ва профилактика ўтказиш онкологик касалланишни олдини олади

Адабиётлар:

1. Ашурова Н.Г., Наврузова Н.О. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2017. № 3 4(I). С. 29 - 30.

2. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике шейки матки// Альманах молодой науки. 2018 № 4. С. 21-23.
3. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки// Научно-практический журнал Альманах молодой науки. 2018. С. 21-23.
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №1 Том 12. С. 60-63
5. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. № 4. С. 78-80.
6. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предракowych заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
7. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
8. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки// Тиббиёт ва спорт. 2020. № 1. С. 74-77.
9. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. М 2007; 211.
10. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки// Проблемы биологии и медицины. 2020. №1(116). С. 127-129.
11. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки// Проблемы биологии и медицины. 2020. №1.1 (116). С. 127-130.
12. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Ша Ша, Агеев М.Б. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57.
13. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies// European Journal of Molecular & Clinical Medicine. -2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07. -P. 530-535.

ВЫБОР МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Кадирова А.М., Бабаев С.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Миопия высокой степени может быть не только проявлением клинического вида рефракции, но и заболеванием, в патогенезе которого лежит патологическое удлинение глазного яблока, сопровождающееся дегенеративными изменениями в оболочках глаза и, в первую очередь, формированием периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) [1].

Проблема выбора метода родоразрешения у беременных с миопией высокой степени нередко связана с особенностями взаимодействия врачей акушеров-гинекологов, принимающих окончательное решение по данному вопросу, с офтальмологами, выступающими в роли консультантов. С появлением в офтальмологии новых методов, исследования изменился взгляд на патогенез дистрофической отслойки сетчатки. В XXI в. офтальмологи и акушеры склоняются к мнению, что выбор метода родоразрешения должен основываться не на факте наличия миопии высокой степени, а на оценке состояния сетчатки. Так, наличие миопии высокой степени, даже сочетающейся с изменениями на глазном дне, стало лишь относительным показанием к кесареву сечению [2]. Все стало зависеть от степени конкретных изменений глазного дна. Это позволило сократить число операций кесарева сечения по офтальмологическим показаниям в 4,5 раза, снизило послеоперационные осложнения, материнскую заболеваемость и смертность, частоту повторных операций кесарева сечения [4]. Проблема выбора оптимального соотношения между риском потери зрения при самостоятельном родоразрешении у таких женщин и возможными интра- и послеоперационными осложнениями от кесарева сечения остается актуальной [3].

Успехи профилактики и лечения отслойки сетчатки в значительной степени зависят от разработки и внедрения в практику научно-обоснованной системы раннего выявления и лечения беременных с периферической ПВХРД. Следовательно, для качественной оценки состояния сетчатки беременных актуальной является разработка новых методов их офтальмологического обследования.

Цель работы – детальное исследование периферических отделов сетчатки, ранняя диагностика ПВХРД сетчатки, анализ частоты этой патологии и решение вопроса о целесообразности дальнейшего ее лечения.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 24 беременных (45 глаз) с миопией от 16,0 до 24,0 дптр. Возраст больных составил 18-30 ($21,75 \pm 0,65$) лет. Анамнестический расспрос включал основные вопросы выявления первых признаков расстройства зрения, наследственной предрасположенности миопии. Уточнялось, в каком возрасте надеты очки, сила первых очков, характер коррекции, использовались ли контактные линзы, проведенное ранее течение, субъективные ощущения больного в настоящее время, характер профессиональной деятельности, группа инвалидности, личная жизнь пациента. Беременные носили очки постоянно в возрасте 7-10 лет, а будучи взрослее - периодически. Причиной этого являлась трудная переносимость очков или контактных линз, а также их неудовлетворен-

ность в профессиональной потребности. Толстые тяжелые очки, назначаемые при высокой близорукости, абсолютно не удовлетворяют больных, особенно женщин, даже если они переносимы. Такие очки ухудшают внешний вид пациентов, что часто приводит их к моральной подавленности и депрессии. В связи с этим у них часто появляются проблемы устройства семьи. Во время бесед, больные или их родители отмечают то, что они боятся создать семью с таким низким зрением.

Из 24-х обследованных городскими жителями являлись - 17 (70,7%), сельских жителей - 7 (29,3%).

По роду профессиональной деятельности пациенты распределились следующим образом: 4 (26,4%) - работники умственного труда, 2 (14,7%) - работники физического труда, 2 (29,4%) - студенты, 7 беременных являлись домохозяйками, 9- инвалидами 1-2 группы по зрению.

Большинство пациентов являлись служащими и учащимися, которых не удовлетворяли очки или контактные линзы. Среди них встречались учителя, бухгалтера, медсестры, чья трудовая деятельность связана со значительными зрительными нагрузками. Жалобы больных заключались в трудной переносимости, а иногда, и в абсолютной непереносимости очков или контактных линз. Кроме того, даже при недлительном использовании корректирующих средств, острота зрения не удовлетворяла их бытовые и профессиональные потребности. Любым способом они хотели бы избавиться от неэстетических очковых линз и, тем самым, улучшить свой внешний вид. Большинство пациентов предпочитали любую операцию по профессиональным мотивам, из-за выраженных астигматических явлений, возникающих при зрительных нагрузках.

Всем больным с высокой миопией проводилось полное офтальмологическое обследование по традиционной методике. Для оценки состояния функций органа зрения и преломляющего аппарата проводились следующие методы исследования: определение остроты зрения с помощью таблицы Головина-Сивцева (визометрия), определение клинической рефракции глаза с помощью скиаскопических линеек (скиаскопия) и авторефрактометром Supoge -RМК-200 (China), исследование периферического поля зрения на сферопериметре фирмы «Карл Цейс Йена» (периметрия), измерение внутриглазного давления (ВГД) с помощью тонометра Маклакова (тонометрия) и пневмотонометром «Huvitz», исследование глазного дна прямой и обратной офтальмоскопией при максимальном медикаментозном мидриазе, измерение переднезадней оси (ПЗО) глаза с помощью ультразвуковое исследование в режиме А-В сканирования.

По клиническому течению у всех пациентов миопия оказалась стабильной.

Результаты и их обсуждение. Острота зрения без коррекции у беременных не превышала 0,01-0,09 ($M=0,03\pm 0,004$), с полной очковой коррекцией - 04-0,4 ($M=0,16\pm 0,01$). Почти полная очковая коррекция у больных вызывала чувство дискомфорта, выражающееся в зрительной утомляемости, нарушении в восприятии окружающей обстановки. Неполностью корректирующуюся остроту зрения миопических глаз можно объяснить некоторыми факторами, действующими одновременно: рефракционной амблиопией, хориоретинальной дистрофией. Следующей причиной низкой скорректированной остроты зрения при высокой миопии большинство авторов считают сопутствующие органические дефекты и несовершенство традиционных средств коррекции, вызывающие оптические

Жалобы большинства больных заключались на ухудшение зрения вдаль, головные боли и в области виска, общую усталость, затруднение при чтении. Для устранения отмеченных явлений им были рекомендованы очковые линзы, которые были сравнительно слабее на 3,0-5,0 дптр и более, при этом острота зрения оставалась низкой по сравнению с полной очковой коррекцией. Среди обследованных 7 больных ранее носили контактные линзы, которые, со слов больных, улучшали остроту зрения по сравнению с максимальной очковой коррекцией на 0,1-0,2. Однако эти больные вынуждены были отказаться от них из-за непереносимости и сложности ухода за ними. Таким образом, полноценная очковая коррекция при высокой степени миопии (более 18,0 дптр) вообще невозможна. А даже самые совершенные контактные линзы иногда плохо переносятся пациентами и вызывают осложнения.

Данные рефрактометрии показали, что симметричная миопическая рефракция (19,0-24,0 дптр) на обоих глазах отмечалась у 9-и беременных. Миопическая анизометропия наблюдалась у 15-и. Кроме того. У 7 больных (11 глаз), наблюдалась миопический астигматизм, степень которого колебалась от 1,0 до 6,0 дптр.

Офтальмоскопическая картина глазного дна у беременных была чрезвычайно разнообразна. Имелись некоторые изменения в центральных и парацентральных областях глазного дна, которые типичны именно для миопии высокой степени в виде миопического конуса, склерального или пигментного серпа, атрофии хориокапиллярного слоя хориоидеи, хориоретинальных очагов. Миопический конус наблюдался у 15 больных (30 глаз). Из них у 11 больных (22 глаза) конус имел форму узкой полоски в виде серпа со стороны виска. У 4 больных (4 глаз) конус имел круговую форму. Диск зрительного нерва был уменьшен в размерах на 5 глазах 5 больных. У 18 - (26 глаз) он имел монотонно розовый цвет, у 13 больных (19 глаз) ДЗН был бледноватый с височной стороны. Хориоретинальные очаги отмечались на 7 глазах.

При необходимости для более детального исследования выявленных изменений прямой и обратной офтальмоскопией на периферии, глазное дно дополнительно осматривалось трехзеркальной линзой Гольдмана для выявления наличия или отсутствия периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД), часто встречающихся при миопии высокой степени. ПВХРД сетчатки выявлены у 14 больных на 25 глазах, в то время как при обратной офтальмоскопии они обнаружены у 8-и больных на 13 глазах. У 11-и больных изменения носили бинокулярный характер, монокулярная патология диагностирована у 3-х беременных. Решетчатая дистрофия выявлена у 6-и беременных на 12-и (48%) глазах, гиперпигментация - у 1-й на 2-х (8%) глазах, ретиношизис - у 3-х на 6-и глазах (24%), хориоретинальная атрофия - у 1-й на 2-х (8%) глазах, смешанная форма дистрофии сетчатки (решетчатая дистрофия с гиперпигментацией) - у 1 беременной на 1-м (4%) глазу. Разрывы сетчатки отмечались при решетчатой форме дистрофии у 2 беременных на 2-х (8%) глазах.

Размер ПЗО 45 глаз находился в пределах 26,6-31,7 мм (в среднем 28,82±0,20). Изменение оси глаза происходило по мере усиления степени рефракции. А это, как правило, приводило к дегенеративным изменениям, в таких высокодифференцированных тканях глаза, как сосудистой и сетчатой оболочках.

Размах значений ВГД 45 глаз беременных составлял 16-26 мм рт. ст. (в среднем составлял 21,4±0,41). Давление в 29 мм рт. ст. отмечалось на 1 глазу беременной без признаков глаукомы. Представленные материалы позволяют отметить, что у больных с высокой миопией более 18,0 дптр, офтальмо тонус находится в пределах выше средних величин и имеет тенденцию к повышению.

Исследование границ периферического поля зрения показало, что на 1-м глазу периферическое поле зрения равнялось 525°, на 11-и глазах - 495-400°, на 5-и - 395-300°, на 6-и глазах оно равнялось 295-200°, на 2-х глазах - 195-165°. Чем выше была степень миопии, тем больше отмечалось ограничение границ поля зрения на 10-25°. По мере увеличения дегенеративных изменений на периферии глазного дна, тем более оказалось сужение границ периферического зрения.

Таблица 1. Состояние клинко-функциональных показателей глаза у беременных (n=45)

Визометрия без кор	Визометрия с кор	Рефрактометрия	Скиаскопия	Тонометрия	Периметрия	Ультразвуковое исследование в А-режиме
0,01-0,09	0,04-0,4	16,0-24,0	13,5-20,0	16,0-26,0	500°-165°	26,6-31,7
0.039±0,004	0,16±0,2	19,5±0,3	18,3±0,2	21,4±0,4	352 ±915.2	28,8±0,2

Выводы. Применение трехзеркальной гониолинзы Гольдмана не только значительно расширяет возможности осмотра и диагностики крайней периферии глазного дна, но и помогает дифференцировать выявленные изменения, диагностировать ПВХРД в случаях, в которых при обычном офтальмоскопическом исследовании изменения либо не дифференцировались, либо недостаточно четко просматривались отделы глазного дна в местах их локализации.

2. При диагностировании опасных и частых видов ПВХРД (разрывы сетчатки, решетчатая дистрофия, ретиношизис) рекомендовано проведение профилактической лазерной коагуляции, позволяющая избежать оперативного родоразрешения по офтальмологическим показаниям и являющаяся эффективным методом профилактики грозного осложнения - отслойки сетчатки. Она выполняется на любом сроке беременности и не опасна для здоровья матери и ребёнка.

3. Родоразрешение кесаревым сечением по офтальмологическим показаниям рекомендуется проводить в случае выявления потенциально опасных (клинически значимых) форм ПВХРД, когда лечение по каким-либо причинам невозможно, или изменения диагностированы на сроке беременности 35-37 недель и более.

4. При отсутствии признаков прогрессирования дистрофического процесса, офтальмолог дает заключение о возможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Литература:

1. Арабаджян С.И., Анджелова Д.В. и др. Роль офтальмологического обследования при беременности // Уральский медицинский журнал. – 2018. – 1 (156). – 108-111.
2. Коленко О.В., Сорокин Е.Л. Родоразрешение при миопии у беременных женщин, выбор тактики // Офтальмохирургия. – 2016. – № 3. – 64-68.
3. Краснощекова Е.Е., Бойко Э.В., Шадричев Ф.Е. Эволюция взглядов на выбор метода родоразрешения в зависимости от состояния глазного дна у беременных с периферической витреохориоретинальной дистрофией и регматогенной отслойкой сетчатки // Офтальмологические ведомости. – 2011. – 2, IV. – 62-70.
4. Манухин И.Б., Саксонова Е.О., Назарова Е.С. Акушерская тактика у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями и отслойкой сетчатки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 101-103.

**ПРИЧИНЫ ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА СТОМАТОЛОГА
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Камалова М.К.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сины, Бухара, Узбекистан

Введение: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подтвердила новую коронавирусную инфекцию как пандемию COVID-19 11 марта 2020 года [1]. На дату 12.06.2020 года было инфицировано более 7,5 млн человек и более 420 тыс. умерло [2]. Эта инфекция очень заразна и легко передается каплями и аэрозолями [3]. Специфической особенностью стоматологии является работа в области дыхания пациентов, часто в контакте с кровью и слюной. Таким образом, стоматология была признана профессиональной деятельностью с опасной средой в отношении передачи вируса от пациентов к стоматологическому персоналу, от персонала к пациентам или перекрестной инфекции среди пациентов [4]. Многие стоматологи беспокоятся о себе и своих семьях, но не полностью следуют современным защитным рекомендациям [5]. Во многих странах во время пика пандемии COVID-19 стоматологические кабинеты были закрыты, кроме экстренных случаев. Обоснованием такого решения послужила попытка предотвратить ненужную коронавирусную инфекцию стоматологического персонала и стоматологических пациентов и избежать перегрузки системы здравоохранения [6,7].

Понятие неотложной стоматологической помощи включает в себя следующие состояния. Собственно стоматологическая скорая помощь была разработана для немедленного лечения стоматологических заболеваний, представля-

ющих угрозу для жизни (неконтролируемое кровотечение, обострение бактериального воспаления, тяжелая травма мягких тканей и костей и т.д.). Неотложная стоматологическая помощь направлена на облегчение сильной зубной боли, снижение риска нарастания воспаления, что может привести к экстренной госпитализации [8]. Острый пульпит, периапикальный периодонтит, зубная травма, инфекции полости рта и челюстно-лицевой области были признаны чрезвычайными ситуациями, которые вынуждают родителей возить детей в стоматологические клиники [9].

Эти рекомендации были разработаны для стоматологических кабинетов, которые продолжают работать как стоматологические клиники неотложной помощи во время пандемии COVID-19 [10]. Описаны основные организационные аспекты: обследование пациентов и персонала для своевременного выявления коронавирусной инфекции, средства защиты, управление пациентами, процесс принятия решений, обучение и подготовка персонала [11]. В соответствии с методами лечения зубов было рекомендовано: ограничить использование высокоскоростных боров, ультразвуковых скалеров, интраоральных рентгенограмм; отдавать предпочтение простым реставрационным материалам (т. е. стеклоиономерные цементы), удаление зуба вместо эндодонтического лечения; использовать ручные инструменты и неинвазивные методы там, где это возможно, ограничить оперативное время и закончить лечение за один прием [12,13,14].

Режим самоизоляции граждан и информация через СМИ о новых правилах приема пациентов в стоматологических клиниках (прием только в экстренных случаях, включая острую боль) привели к снижению числа стоматологических пациентов. Однако каждый день многие дети посещают стоматолога с неотложными и неотложными потребностями. Острая зубная боль как таковая у детей вынуждает родителей отвезти их в экстренные стоматологические клиники [15].

Целью нашего исследования было проанализировать причины посещения детьми стоматологических клиник во время пандемии COVID-19 и дать характеристику применяемых методов лечения зубов.

Материал и методы исследования: Кросс-секционное исследование проводилось в четырех стоматологических клиниках с 20.03.2020 по 24.04.2020 (по одной неделе в каждой клинике), которые работали для оказания неотложной стоматологической помощи в городе Бухара в период пика пандемии COVID-19. Все клиники организовали свою работу в соответствии с действующими рекомендациями по профилактике распространения коронавируса среди населения. Родители детей в возрасте до 15 лет и подростки старше 15 лет давали письменное информированное согласие на стоматологическое обследование и лечение. Были собраны данные о 166 детских стоматологических пациентах. Проанализированы причины посещения детского стоматолога, возраст и поведение детей, типы зубов, виды оказываемого лечения. Поведение детей оценивалось по шкале оценки поведения Франкла [16]. Рассчитывались пропорции (%), 95% доверительный интервал (Ди), среднее значение со стандартной ошибкой ($m \pm m$). Различия оценивались с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона при p -значении 0,05. Для статистического анализа использовались программы Microsoft Excel-2019.

Результаты: В условиях пандемии COVID-19 большинство детей (164 из 166) посещали стоматологические клиники из-за острой зубной боли и только 2 ребенка из-за острого заболевания слизистой оболочки полости рта (герпетический гингивостоматит): 98,8% (95% Ди 95,7-99,7%) и 1,2% (95% Ди 0,3-4,3%) соответственно. Случаев экстренной стоматологической помощи из-за заболеваний пародонта не было.

Экстренный визит к стоматологу стал первым стоматологическим визитом в текущем году для большинства детей: 116 из 166 случаев – 69,9% (95% Ди 62,5-76,3%). Однако примерно один из трех детей посещал стоматолога на 1-3 месяца раньше из-за зубной боли или обычного лечения кариеса.

Количество мальчиков и девочек было одинаковым: 85 и 81 случай – 51,2% и 48,8% соответственно, $P > 0,05$. Возраст детей составил от 1 до 17 лет, среднее значение – $7,6 \pm 0,3$ года. Дети с острой болью в молочных зубах были в возрасте 1-12 лет ($n=133$), в постоянных зубах – 7-17 лет ($n=31$). Дети с острой болью в молочных зубах чаще встречались в возрасте 4-7 лет (82 случая, 61,6%, 95% Ди 53,2-69,5%), чем в возрасте 8-10 лет (28 случаев, 21,0%, 95% Ди 15,0-28,7%), 1-3 лет (19 случаев, 14,3%, 95% Ди 9,3-21,2%) или 11-12 лет (5 случаев, 3,8%, 95% Ди 1,6-8,5%).

Большинство детей с проблемами постоянных зубов были старше 11 лет: столько же (13 случаев) в возрасте 11-14 и 15-17 лет – 41,9% (95% Ди 26,4-59,2%). Часть детей (4 случая) были в возрасте 7-10 лет: 12,9% (95% Ди 5,1-28,8%). У детей было выявлено сто девяносто зубов, нуждающихся в терапевтическом лечении или удалении. Количество молочных зубов ($n=159$), нуждающихся в срочном стоматологическом лечении, было достоверно выше, чем количество постоянных зубов ($n=31$): 83,7% (95% Ди 77,8-88,3%) и 16,3% (95% Ди 11,7-22,2%) соответственно, $X^2 = 172,171$, $P < 0,0001$.

Первые ($n=71$) и вторые ($n=64$) первичные моляры были наиболее частыми зубами с острой болью среди всех первичных зубов: 44,6% (95% Ди 37,1-52,4%) и 40,2% (95% Ди 32,9-48,0%) соответственно. Количество резцов ($n=22$) и клыков ($n=2$) было ниже: 3,8% (95% Ди 9,3-20,1%) и 1,3% (95% Ди 0,3-4,5%). В общей сложности дети жаловались на боль в верхних молочных зубах чаще, чем в нижних: 92 и 67 случаев, 57,9% (95% Ди 50,1-65,3%) и 42,1% (95% Ди 34,7-49,9%) соответственно, $X^2 = 7,914$, $P = 0,0049$. Однако различия в каждом типе зубов не были статистически значимыми.

Острая зубная боль в первых постоянных молярах возникала чаще, чем в других типах постоянных зубов: в первых молярах – 19 случаев, 61,3% (95% Ди 43,8-76,3%); резцах – 5 случаев, 16,1% (95% Ди 7,1-32,6%); вторых молярах – 4 случая, 12,9% (95% Ди 5,1-28,8%); премолярах – 3 случая, 9,7% (95% Ди 3,3-25,9%). Различия между частотами жалоб детей на боль в верхних и нижних постоянных зубах статистически значимы не были.

Наиболее частыми причинами срочного стоматологического лечения у детей были последствия кариеса. Большинство случаев были вызваны апикальным периодонтитом или пульпитом: 98 и 67 случаев, 51,6% (95% Ди 44,5-58,6%) и 35,3% (95% Ди 28,8-42,3%) соответственно. Реже острая боль была вызвана травмой – 12 случаев, 6,3% (95% Ди 3,6-10,7%); периоститом – 3 случая, 1,6% (95% Ди 0,5-4,5%), подвижностью первичного зуба вследствие естественной ре-

зорбции корня – 9 случаев, 4,7% (95% Ди 2,5-8,8%) или глубоким кариесом – 1 случай, 0,5% (95% Ди 0,1-2,9%). Все (n=9) первичные зубы с болью из-за их подвижности были удалены.

Зубная травма была причиной острой боли в 10 молочных зубах и 2 постоянных зубах. Все постоянные зубы и 5 молочных зубов требовали только консервативного лечения. Каждый второй первичный зуб был удален.

Интенсивная боль, сопровождавшая пульпит, выявлялась среди постоянных зубов достоверно чаще, чем среди молочных: 17 из 31 зуба-54,8% (95% Ди 37,8-70,8%) и 50 из 159 зубов-31,4% (95% Ди 24,7-39,0%) соответственно, $\chi^2 = 6,067$, $P = 0,0138$.

Напротив, апикальный периодонтит чаще встречался среди молочных зубов, чем среди постоянных: 89 из 159 зубов-56,0% (95% Ди 48,2-63,5%) и 9 из 31 зуба-29,0% (95% Ди 16,1-46,6%) соответственно, $\chi^2 = 7,695$, $P = 0,0055$.

В амбулаторной клинике лечение пульпита оказалось невозможным обеспечить. У 2 из 67 (3,0%, 95% Ди 0,8-10,2%) молочных зубов из-за отсутствия сотрудничества молодых пациентов. Эти пациенты были направлены на лечение под общим наркозом. В 2 случаях (3,0%, 95% Ди 0,8-10,2%) лечение пульпита проводилось с сознательным применением седативных препаратов. Применялись следующие методы лечения пульпита: 1) витальная терапия однократного назначения – прямое купирование пульпы, пульпотомия, пульпэктомия; 2) невитальная терапия с применением некротизирующего агента пульпы при первом назначении. Витальные методы лечения пульпита применялись чаще, чем методы с применением некротизирующего агента пульпы: 38 и 27 случаев, 58,5% (95% Ди 46,3-69,6%) и 41,5% (95% Ди 30,4-53,7%) соответственно. Однако статистически значимой разница не была, $\chi^2 = 3,728$, $P = 0,0535$.

Местная анестезия применялась во всех случаях витальной пульпотерапии и в большинстве случаев невитальной пульпотерапии (22 из 27 случаев, 81,5%, 95% Ди 63,3-91,8%). Пульпотомия применялась в молочных зубах достоверно чаще, чем в постоянных: 29 из 48 случаев-60,4% (95% Ди 46,3-73,0%) и 2 из 17 случаев-11,8% (95% Ди 3,3-34,3%) соответственно, $\chi^2 = 11,703$, $P = 0,0006$. Пульпэктомия в молочных зубах встречалась достоверно реже, чем в постоянных: 1 из 48 случаев-2,1% (95% Ди 0,4-10,9%) и 4 из 17 случаев-23,5% (95% Ди 9,6-47,3%) соответственно, $\chi^2 = 7,968$, $P = 0,0048$. Почти все первичные зубы с апикальным периодонтитом были удалены – 88 из 89 случаев, 98,9% (95% Ди 93,9-99,8%). Апикальный периодонтит в постоянных зубах развился до периостита в 3 из 12 случаев (25,0%, 95% Ди 8,9-53,2%). Эндодонтическое лечение выполнено на 5 постоянных зубах (41,7%, 95% Ди 19,3-68,0%), экстракция – на 4 зубах (58,3%, 95% Ди 31,9-80,7%), которые не подлежали восстановлению.

Многие дети, посещавшие стоматолога во время пандемии COVID-19, имели негативное поведение – 66 из 166 случаев, 39,7% (95% Ди 32,6-47,4%). Дети с острой болью в молочных зубах имели некооперативное поведение достоверно чаще, чем дети с острой болью в постоянных зубах: 61 из 135 случаев и 5 из 31 случая, 45,2% (95% Ди 37,0-53,6%) и 16,1% (95% Ди 7,1-32,6%) соответственно, $\chi^2 = 10,603$, $P = 0,0011$. Для этих 66 детей использовались различные методы управления поведением: рассказ-шоу-делание (54,5%, 95% Ди 42,6-66,0%), седация (3,0%, 95% Ди 0,8-10,4%), общая анестезия (3,0%, 95% Ди 0,8-10,4%), пассивное сдерживание (39,4%, 95% Ди 28,5-51,4%). Лечение пассивным ограничением, седацией или общей анестезией проводилось только для детей в возрасте от 2 до 7 лет.

Заключение: Таким образом, в рамках данного исследования мы можем сделать вывод, что пандемия COVID-19 изменила профиль детских стоматологических пациентов и варианты лечения стоматолога. У детей 1-17 лет основной причиной экстренного посещения стоматолога была острая зубная боль вследствие последствий кариеса, пульпита (35,3%) или верхушечного периодонтита (51,6%). Каждый второй пациент был в возрасте от 4 до 7 лет. Первичные зубы нуждались в срочном стоматологическом лечении значительно чаще, чем постоянные (83,7% и 16,3%, $P < 0,0001$). Дети часто демонстрировали негативное поведение и требовали управления поведением. Применяемые методы лечения были направлены на ограничение использования аэрозольных генерирующих процедур, сокращение продолжительности лечения и исключение госпитализации пациентов.

Литература:

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. COVID-19 coronavirus pandemic <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: what we know? J Med Virol. 2020 Jul;92(7):719-725. PMID: 32170865 PMCID: PMC7228340 DOI: 10.1002/jmv.25766
4. Zimmermann M, Nkenke E. Approaches to the management of patients in oral and maxillofacial surgery during COVID-19 pandemic. J Craniomaxillofac Surg. 2020 May;48(5):521-526. PMID: 32303420 PMCID: PMC7128256 DOI: 10.1016/j.jcms.2020.03.011
5. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. Braz Oral Res. 2020;34:e054. PMID: 32490887 DOI: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0054
6. Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, FuXH, Zhang YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. J Zhejiang Univ Sci B. 2020 May;21(5):361-368. PMID: 32425001 PMCID: PMC7089481 DOI: 10.1631/jzus.B2010010
7. Coulthard P. The oral surgery response to coronavirus disease (COVID-19). Keep calm and carry on? Oral Surg. 2020 doi: 10.1111/ors.12489. published online March 20. [CrossRef] [Google Scholar]
8. What constitutes a dental emergency? ADA. Updated 3/31/20. https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf?_ga=2.253879752.110187285.1584496315-1622146531.1565271894 Accessed June 14, 2020

9. Wang Y, Zhou CC, Shu R, Zou J. [Oral Health Management of Children During the Epidemic Period of Coronavirus Disease 2019]. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2020 Mar;51(2):151-154. [Article in Chinese] PMID: 32220180 DOI: 10.12182/20200360101
10. Guidance for Dental Settings. CDC. 24/7. 19.05.2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html#Management> Accessed June 14, 2020

РЕПРОДУКТИВНЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Камалова Д.Д., Хасанова Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Невынашивание беременности - одна из актуальных проблем современного акушерства в патогенезе которой немалая роль принадлежит экстрагенитальным заболеваниям [5, 19]. Среди них ведущее место занимает патология щитовидной железы [5, 6]. Частота досрочного прерывания беременности при тиреоидной патологии по данным разных авторов колеблется от 25 до 50% [8]. В то же время сама беременность, в определенных условиях, может явиться пусковым механизмом развития патологии щитовидной железы. В последние годы ухудшение экологической обстановки на территории Средней Азии в частности и в Узбекистане способствует прогрессированию тиреоидной патологии [11, 28], особенно аутоиммунных тиреопатий, наиболее распространенной среди которых является аутоиммунный тиреоидит [АТ]. АТ наблюдается преимущественно у женщин [7], нередко манифестируя и прогрессируя именно во время беременности в связи с усилением физиологической тиреоидной стимуляции. Первичный гипотиреоз матери, как исход АТ, сказывается как на течение гестационного процесса, так и на развитие нервной системы плода и формирование интеллекта будущего ребенка [7, 11], что выдвигает эту проблему на одно из ведущих мест при изучении патогенетических механизмов невынашивания беременности. Профилактика функциональных нарушений щитовидной железы у женщин с аутоиммунным тиреоидитом, к сожалению, не всегда предотвращает развитие спонтанных выкидышей. Вопреки на обширность и значительное разнообразие научных исследований по влиянию АТ на течение и исход беременности, многие грани этой проблемы остаются еще недостаточно изученными. Так, до конца не ясна роль АТ и дисфункциональных расстройств щитовидной железы в генезе невынашивания беременности. А исследований, направленных на изучение АТ и тиреоидного статуса у женщин с невынашиванием беременности, в доступной литературе практически нет. Учитывая высокую частоту различной аутоиммунной патологии при невынашивании беременности, полиэтиологический характер данной патологии, несомненный интерес представляет изучение частоты сочетания аутоиммунного тиреоидита и других распространенных аутоиммунных состояний.

Цель исследования. Изучить причины невынашивания беременности и перинатальные исходы у женщин с АИТ, разработать методы профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Материал и методы. После исследования щитовидной железы методом иммуноферментного анализа и ультразвукового сканирования 110 беременных были разделены на две группы в зависимости от показателей активности щитовидной железы (уровней ТТГ, свободного тироксина (св. Т4), АТ-ТПО) и результатов ультразвукового исследования. В основную группу вошли 60 беременных с признаками АИТ, в контрольную – 50 беременных без признаков АИТ. Группу сравнения составила 152 женщина 26–28 лет с репродуктивными потерями в анамнезе на различных сроках гестации:

- первая подгруппа – 126 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе до 15-й недели беременности;
- вторая подгруппа – 19 женщины с самопроизвольным прерыванием беременности и очень ранними преждевременными родами во втором триместре (на сроке 16–27 недель);
- третья подгруппа – 7 женщин с преждевременными родами на сроке 28–37 недель.

Проводилась оценка гинекологического статуса с целью выявления гормонально-зависимых заболеваний. Во первых учитывались симптоматические проявления со стороны эндокринной системы, отягощение наследственности по заболеваниям щитовидной железы. Особое внимание уделялось малым симптомам, характеризующим снижение функции щитовидной железы: склонности к запорам, сухости кожи, выпадению волос, ломкости ногтей, сонливости, нарушению сна, вялости, апатичности, эмоциональной лабильности.

Ведение беременных по триместрам осуществлялось в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. В течение настоящей беременности оценивались такие особенности, как симптомы токсикоза первой половины беременности, гестоз, частота угрозы прерывания беременности, анемия беременных. Анализировались исходы родов: срок гестации, особенности течения, длительность родового акта и безводного периода. Состояние новорожденных оценивалось по таким параметрам, как случаи гипоксии плода, баллы по шкале Апгар, антропометрические показатели, неонатальный скрининг на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз).

Все женщины прошли общее клинико-лабораторное обследование:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- определение содержания в сыворотке крови ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО (методом иммуноферментного анализа);
- анализ на хроническую урогенитальную инфекцию.

Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование щитовидной железы и скрининг на 12–14-й, 22–24-й и 32–34-й неделях гестации (использовался ультразвуковой аппарат Siemens Sonolini G-40). Особое внимание уделялось исследованию головного мозга плода, поскольку именно врожденные пороки развития головного мозга чаще всего формируются при патологии щитовидной железы у матери.

При статистической обработке данных наличие или отсутствие различий в показателях устанавливалось дифференцированно в основной группе, группе сравнения и контрольной группе. Достоверность различных показателей анализировалась с помощью критерия знаков, парного Т-критерия Вилкоксона, парного t-критерия Стьюдента для связанных выборок. Достоверность различий определяли с доверительным интервалом более 95% (p – для t-критерия и p – для Т-критерия). Статистически материал обрабатывался с помощью параметрических и непараметрических методов, реализованных в пакете программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. Анализ репродуктивных потерь у женщин с АИТ показал, что наибольшее число неблагоприятных исходов беременности (126 случаев, 80,1%) пришлось на первый триместр (до 15-й недели гестации). В этот период прерывание беременности происходило, как правило, по типу неразвивающейся беременности и самопроизвольного аборта (табл. 1).

Среди причин репродуктивных потерь одно из ведущих мест принадлежало эндокринной патологии. На это указывала отягощенность анамнеза по заболеваниям щитовидной железы у 16,7% женщин в подгруппе с репродуктивными потерями до 15-й недели гестации, которая отсутствовала в двух других подгруппах. Кроме того, в этой подгруппе чаще отмечалось отклонение массы тела от нормальных значений в сторону как дефицита, так и избытка.

Среднее значение объема щитовидной железы у женщин в группе сравнения ($20,9 \pm 0,2$ мл) незначительно превышало нормальный объем.

Показательно, что самое низкое среднее значение св. Т4 наблюдалось во второй подгруппе (прерывание беременности на 16–27-й неделе), что свидетельствует о неблагоприятном влиянии гипотироксинемии на исход беременности.

Анализ данных тиреоидного статуса в зависимости от причины прерывания беременности представлен в табл. 2 и 3. Для случаев замершей (неразвивающейся) беременности характерно сочетание высоконормального значения ТТГ и низконормального св. Т4 на фоне высоких значений титра АТ-ТПО. При самопроизвольном аборте достоверных различий в уровнях ТТГ и св. Т4 не выявлено, но среднее значение АТ-ТПО оказалось значительно ниже, чем при замершей беременности.

Проведена сравнительная оценка тиреоидного статуса женщин с репродуктивными потерями в первом триместре (первая подгруппа группы сравнения), впервые обследованных после прекращения развития эмбриона/плода, и беременных основной группы, обследованных при первом посещении врача на сроке восемь-девять недель. Группы были статистически однородны по возрасту и соматической патологии.

На наследственную отягощенность по заболеваниям щитовидной железы указали 16,7% женщин основной группы и 16,3% женщин с репродуктивными потерями. На долю гормонально-ассоциированных заболеваний репродуктивной системы в основной группе пришлось 42,4%, а в первой подгруппе группы сравнения – 38,0%.

Выполнен анализ менструальной функции как качественного показателя функциональной активности репродуктивной системы: отклонения от нормальных значений чаще встречались у женщин с репродуктивными потерями в первом триместре беременности.

На основании сравнительного анализа исходного тиреоидного статуса у беременных с АИТ и пациенток с неблагоприятными исходами беременности сделан вывод о том, что средние значения ТТГ в группах были практически одинаковы. При этом св. Т4 в обеих группах находился на низком уровне нормальных значений. Достоверных различий по среднему значению АТ-ТПО в сравниваемых группах не выявлено. Эти показатели превышали верхнюю границу нормы в два-три раза.

Средний объем щитовидной железы в основной группе составил $18,5 \pm 0,2$ мл, что достоверно ($p \leq 0,001$) меньше, чем в первой подгруппе группы сравнения ($20,6 \pm 0,2$ мл). Увеличение объема щитовидной железы (> 18 мл) наблюдалось достоверно реже ($p < 0,001$) в основной группе – у 39 (59,1%) женщин (в подгруппе с репродуктивными потерями до 15 недель – у 117 (90,7%) женщин). Нормальный объем щитовидной железы имел место у 27 (40,9%) женщин основной группы и только у 12 (9,3%) женщин первой подгруппы группы сравнения (результаты достоверны, $p < 0,001$).

Таким образом, по тиреоидному статусу и сонографическим характеристикам щитовидной железы сравниваемые группы идентичны.

Исходы беременностей у женщин основной группы, получавших заместительную гормонотерапию L-тироксин, были следующими: срочные роды произошли в 62 (95,4%) случаях, преждевременные – в трех (4,5%) случаях, в одном (1,5%) случае роды были запоздалыми. Частота преждевременных родов в данной группе снизилась до 4,5%, что в 2,5 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем по исходам предыдущих беременностей.

Был проведен сравнительный анализ течения беременности у женщин с АИТ на фоне терапии L-тироксин (основная группа) и без заболеваний щитовидной железы (контрольная группа). Частота возникновения токсикоза первой половины беременности в основной группе оказалась достоверно выше таковой в контрольной группе: девять (13,6%) и три (5,7%) случая соответственно. По сравнению с первой половиной беременности у женщин основной группы частота угрозы прерывания беременности во второй половине уменьшилась в пять раз. Необходимо отметить, что в основной группе из сопутствующих заболеваний достоверно чаще, чем в контрольной, встречались метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, миома матки.

Выводы: К показаниям для первичного обследования тиреоидного статуса у беременной во втором и третьем триместрах можно отнести (кроме описанных выше факторов риска) признаки угрозы прерывания, патологическую прибавку массы тела, отеки различной степени выраженности, гестоз, вегетососудистую дистонию по гипертоническому типу, анемию, а также синдром задержки развития плода.

Объем обследования вышеперечисленных категорий пациентов должен включать определение тиреоидного статуса (ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО) и ультразвуковое исследование щитовидной железы на прегравидарном этапе и/или при установлении факта беременности.

Литература:

1. Аутоиммунный тиреоидит и беременность / Варламова Т.М., Керова А.Н., Абуд И.Ю. и др. // Акуш. и гин. 2019. - №4. - С.22-25
2. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / Перминова С.Г., Фадеев В.В., Корнеева И.Е. и др. // Пробл. Репродукции. - 2016, - №1. С.70-77
3. Amelioration of some pregnancy-associated variations in thyroid function by iodine supplementation / Pedersen K.M., Laurberg P., Iversen E., Rnudsen P.R. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2013. - Vol.77. - P. 1078-1083
4. Anti-thyroid antibodies and antiphospholipid syndrome: evidence of reduced fecundity and of poor pregnancy outcome in recurrent spontaneous abortions / De Carolis E., Guarino M.D. et al. // Am. J. Reprod Immunol. 2014.-Vol. 52,- P.263-266
5. Autoimmune hypophysitis/ Caturegli P. et al. / Endocr. Rev. 2015. -Vol.26. -P.599-614
6. Effects of antibodies on the course of pregnancy and fetal grown / Iijima T., Tada H., Hidaka Y et al. // Obstet. Gynecol.- 2007. Vol. 90. - P.364-369

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ТРАВМАМИ ПРОМЕЖНОСТИ

Камарова И., Закирова Ф.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время каждые пятые роды в Узбекистане сопровождаются травмами мягких тканей родовых путей, частота которых не имеет тенденции к снижению. Сохраняется высокий уровень рассечения промежности в родах. Традиционные методы обработки швов не обеспечивают полноценного заживления. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение физиотерапии в комплекс профилактических мероприятий при ведении родильниц с травмами мягких тканей родового канала способствует снижению инфекционных осложнений и обеспечивает более благоприятное течение послеродового периода.

Материнская травма у женщин является важной проблемой в современном акушерстве в связи с ее высокой частотой - каждая 3-5-я женщина во время родов [1]. Акушерские травмы вызваны множеством причин. Предрасполагающими факторами, способствующими разрывам в промежности, являются половое инфантилизм, высокая частота рубцевания промежности, изменения тазового дна после предыдущих разрывов при родах или пластических операциях. Наступление разрывов в промежности может быть также связано с большим размером головы, неправильным введением, наличием предыдущих повреждений промежности [2]. Влияние перинатальных повреждений при родах на дальнейшее состояние тазового дна до сих пор. Есть много неразрешимых вопросов. Однако факт увеличения пролапса гениталий очевиден и осложнения пролапса гениталий параллельно с увеличением числа акушерских перинатальных повреждений [3, 4]. Необходимость активной реабилитации акушеров с перинатальными травмами возникает в связи с тем, что существует необходимость активной реабилитации акушеров с персональными травмами, что, во-первых, они являются входными воротами в инфекцию, способствуя появлению тяжёлых септических осложнений и удлинению периода лечения, во-вторых, в случае вторичного заживления ран. Нарушена анатомия промежности и тазового дна, что может привести к развитию аномалий половых органов, половой дисфункции, инвалидности, а в некоторых случаях - к инвалидности женщин [5]. Современная тактика проведения после эпизиотомии, -рафии предполагает активное использование различных заранее сформированных физических факторов, оказывающих поли системное воздействие на организм, ускоряя процессы адаптации, сокращая время заживления ран и восстановления целостности мышц тазового дна и генитальных путей [5, 6]. Трансформированные (искусственно созданные) физические факторы позволяют осуществлять строго целенаправленные, индивидуально адаптированные воздействия, кроме того, они экономически и в повседневной жизни более доступны, чем природные.

Клинический случай: Мы представляем клинический случай применения ультразвуковой терапии в послеродовой период. для эпизиотомической раны в послеродовой период из нашей практики. Беременная Б., 25 лет, поступила в родильное отделение клиники №1 СамМИ с жалобами на утечку светлой околоплодной жидкости в течение 1 часа 40 мин при отсутствии регулярной родовой деятельности в указанный период беременности. Диагноз ставился на основании комплекса анамнестических данных, объективного и акушерского обследования, клинико-лабораторного обследования:

Беременность 39 недель 6 дней.

-Натальный разрыв плодных мембран (б/н 1 час 40 мин).

-Хронический тонзиллит, гастрит, холецисто-панкреатит, ремиссия.

-Дискинезия желчевыводящих путей.

-Сколиоз грудного отдела поясничного отдела позвоночника.

-Соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы.

Из особенностей течения этой первой беременности отметим, что она наступила на фоне неспецифического на 11-2 неделе и микотического вагинита на 24 неделе, дезинфицированного, инфекций верхних дыхательных путей поясничного отдела позвоночника на 22 неделе, детоксикационного лечения в стационаре, нарушений плодно-плацентарного кровотока I степени В, профилактики стационарного синдрома, нарушений дыхания плода с последующей нормализацией в динамике под наблюдением за функциональным состоянием плода. Консервативный план с возбуждением родов при отсутствии начала родовой деятельности через 22 ч 20 мин под контролем кардиомонитора, с лечением объединенных аномалий родов. В этом случае необходимо предотвратить восходящее заражение родовых путей через 6 часов с момента выделения околоплодной воды, активное проведение III периода родов, с операцией кесарева сечения при обострении плода, преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты, отсутствие эффекта возбуждения родов в течение 4 часов. В I периоде родов выявлено подозрение на хориоамнионит (продолжительность 13ч 40 мин), во II периоде родов (30 мин) выполнена латеральная эпизиотомия в связи с дистрессом плода, родился живой, информированный мальчик, с баллом 6 по шкале Апгара, ломтики и оболочки после родов неповрежденные (III период 5 мин). Эпизиотомия выполняли с помощью швов согласно Данати 4. В I, II, III периодах родов и в послеродовой период выполнялись антибиотики, детоксикационная терапия, шовный уход. Выписывали в течение 3 дней в связи с улучшением состояния и завершением курса лечения, улучшением показателей лейкоформулы крови.

В течение 5 дней с жалобами на боли в тяге, покраснение в промежности - повторное посещение больницы, где при осмотре выявлена инфильтрация швов, которые были сняты, края раны разведены, дренированы для обеспечения оттока отделившихся. В ходе обследования был выявлен умеренный лейкоцитоз ($11,7 \times 10^9$) и продолжена антибактериальная, детоксикационная терапия и уход за швами с применением мазей "Левомеколь" 15. Учитывая нормальную температуру тела, отсутствие признаков воспаления в области эпизиотомической раны, начата физиотерапия для улучшения температурного кровоснабжения организма и трофики тканей, что уменьшает отек и боль, быстрое заживление раны.

Факторы, способствующие развитию инфекции, были:

- неспецифический и микобактериальный вагинит во время беременности,
- длительный безводный период при родах,
- хориоамнионит, физиологический
- иммунодефицит после родов

Методы.

- Сеансы контактной ультразвуковой терапии (КУТ) на BTL-4000 Premium G (Россия - Великобритания) по протоколу 5.6 интенсивностью от 0,4 до 1 Вт/см², с частотой 1/3 мГц, № 15.

- Противовоспалительное, тропотропное, нейротропическое, лимфатический дренаж, обезболивающее.

Резорбционный эффект присущ саногенетическим механизмам применения ультразвуковой терапии.

- Кроме того, ультразвук ускоряет синтез коллагена фибробластами и формирование грануляционной ткани в пролиферативной и репаративной фазе воспаления. Производится коллаген и эластин. Волокна образующих рубцов обладают повышенной прочностью и эластичностью.

- Под воздействием ультразвука происходит повышение ферментативной активности клеток, что активизирует регенерацию поврежденных тканей.

Результаты. Нормализация лейкоформулы ($8,3 \times 10^9$) была выявлена в динамике 5-дневной терапии, как показано на рисунке 1, в ране на промежности, заполнение клеточной матрицы (основа для образования рубца), контракция (уменьшение) раны, при этом первая процедура отмечена

Незаживление ран околобрюшной полости Доказано ослабление вульварного кольца, мышц тазового дна, что впоследствии приводит к рубцовой деформации вульвы, зияющему гендерному разрыву, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики [1, 2, 3, 4]. Вторую стадию реабилитации через 1 месяц проводили вагинальной электроимпульсной терапией протокол 1.1 на BTL 4000 Premium G (Россия - Великобритания) интенсивностью 30 мА, в асимметричном режиме 5 постоянного тока для оптимизации функциональной активности и восстановления тонуса мышц тазового дна. Действуя на нервно-мышечный аппарат, такие как электроимпульсные процедуры оказывают обезболивающее действие, способствуют улучшению регионарного кровообращения, развитию коллатералей, стимулируют трофику тканей, оказывают мионевростимулирующее действие. Внутриполосный зонд размещался в задней дуге «wind» радиатора к шейке матки, пассивный электрод – в области внизу живота, где фазы редукции чередовались с фазами релаксации. Таким образом, было выявлено ускорение фаз заживления эпизиотомической раны, которое в обычном режиме занимает 3 месяца, где при использовании физиотерапии (контактной ультразвуковой терапии) эти процессы развиваются за 2 недели, т.е. снижаются в 6 раз и не требуют последующих внешних вмешательств.

При восстановлении после травм промежности рекомендуется 2-й этап реабилитации провести электроимпульсную терапию, направленную на восстановление морфофункционального потенциала тканей и устранение последствий вторичного поражения мышц тазового дна. Этот этап лечения чрезвычайно важен. Он должен быть продуманным и достаточно длительным. Очевидно, что с точки зрения практичности и удобства проведения процедур с сочетанием различных физических факторов, заслуживают внимания компактные устройства, которые представляют собой единый блок источников соответствующих терапевтических энергий. Кроме того, аппаратура, оснащенная специализированными внутриполосными гинекологическими практиками излучателями с электростимулятором, позволяет максимально приблизить энергетические проводники к необходимым органам и тканям и тем самым оптимизировать результаты лечения.

Литература:

1. Шаабак К.Ф. О непосредственных и отдаленных результатах хирургического лечения разрывов. Осаждение промежности, влагалища и матки путем восстановления тазового дна. - 2014. - 306 с.
2. Хажина М. В. Акушерские проблемы тазового дна // Охрана материнства и детства. - 2017. - №1 (29). - С. 17
3. Сойменова О. И. Восстановление промежности после эпизио- и перинеотомии в спонтанных случаях. Рождение/Автореф. колбаса Дис. Мед. -Воронеж, 2014. - 24 с.
4. Бенаси Л. М. Риск выпадения гениталий и недержания мочи в связи с беременностью и родами. Аспект исследование / Л. Бенаси, Е. Боччаллини, М. Бертелли // Минерва Гинек. - 2002. - Том 54. - №4. - Р. 317–324.
5. Айламазян Э. К., Кулаков В. И., Радзинский В. И., Савельева Е., Акушерство. Национальное лидерство. М: ГОТАР-Медиа 2009; 134.
6. Стругацкий В. М., Маланова Т. Б., Арсланян К. Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. (Клинические аспекты и формулировки)/Москва <<МЕДпресс-информ>> 2008, 2-издание, исправлено и дополнено. - 272 с.
7. Маланова Т. Е., Ипатова М. В., Кубицкая Ю. В., Локтионов С. В. К вопросу использования. Трансформированные физические факторы в послеродовой период в акушерской больнице///

ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА

Каримов А.Х., Давлетова Д.М., Шокирова С.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Самыми распространёнными причинами гестационных осложнений, как для матери, так и для плода, является преэклампсия (1,3). Одним из основных причин развития преэклампсии/эклампсии считают прикрепление плаценты, которое характеризуется нарушенной инвазией трофобластных клеток и изменением маточной сосудистой системой, что приводит к снижению маточно-плацентарного кровотока и в результате этого сужаются кровеносные сосуды матери и разрушаются эндотелиальные клетки (5). Эндотелий является основным объектом медиаторов, который вырабатывается плацентой. Существуют и другие факторы, которые усугубляют нарушение кровообращения, такие как активные формы кислорода. Окись азота - это сильнодействующее эндотелиальное сосудорасширяющее средство. Определено, что неполноценный синтез оксида азота может стать причиной преэклампсии (2,4). Синтез NO из L-аргинина с помощью ферментов NO-синтаз происходит в эндотелиальных клетках.

Цель исследования: изучить эффективность проведенного профилактического лечения у беременных группы риска на развитие преэклампсии Тивортином (L- аргинин-сироп) путём оценки внутриутробного состояния плода.

Материал и методы исследования: В связи с этим, на базе кафедры акушерства и гинекологии №2 Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, нами разработан способ профилактики преэклампсии. Сущность способа в следующем: Изучены две группы исследования: 1 – 36 беременных женщин во втором (22-24 недельном сроках) и в третьем триместрах (28-30 недельном сроках) из группы высокого риска развития (анемия, хронический пиелонефрит) преэклампсии (ПЭ), принимавшие L-аргинин (Сироп Тивортин аспарат по 20 мл в сутки per os 20 дней; 2 – 22 беременных женщин из группы высокого риска развития ПЭ, не принимавшие L-аргинин со второго триместра беременности (с 22 недель). Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин. Всего обследовано 88 беременных женщин: клинически, доплерографически с доплерометрией сосудов фетоплацентарной системы, морфологические исследования плаценты после родов. Оценку состояния фетоплацентарной системы у беременных проводили при помощи эходопплерографии с доплерометрией сосудов матки, плаценты, плода в динамике: 22-24, 28-30, 37-38 недельном сроках. Результаты исследования: У женщин, чья беременность протекала на фоне сочетания таких хронических заболеваний как анемия и пиелонефрит, осложнённых преэклампсией, наиболее распространен дородовой разрыв плодных оболочек - 13,3%. Так же определенную значимость занимают: неудовлетворительный прогресс родов 3,3%, хориоамнионит 3,3% и предлежание плаценты 3,3%. Частота которых равнозначна и зачастую является причиной неудовлетворительного состояния плода в родах, что в свою очередь расширяет круг показаний для экстренного оперативного вмешательства в интересах ребенка. Почти половина родов 46,7% у исследуемой категории женщин завершилась путем операции кесарево сечения. Из них 71,4% составили беременные, с рубцом на матке, уже имеющие в анамнезе оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Для четырех операций (14,3%) показанием явилась тазо-головная диспропорция в родах в принципе не имеющая отношения к нарушениям кровообращения в маточно-плодово-плацентарном кровотоке, чего нельзя сказать о неудовлетворительном прогрессе родов 3,3% и неудовлетворительном состоянии плода 1,7%. Так же относительным показанием к операции кесарево сечение выступил отягощенный перинатальный анамнез 3,3% у женщин с репродуктивными потерями после 30 недель гестации. Динамические доплерометрические исследования проведенные в 22-24, 28-32, 37-39 недель нормально протекающей беременности показали, что происходит постепенное снижение резистентности маточных артерий к доношенному сроку гестации. Изучение индекса резистентности в артерии пуповины установило, что к доношенному сроку происходит его достоверное ($p < 0,05$) снижение, тогда как ИР среднемозговой артерии достоверно ($p < 0,05$) увеличивается к 37-40 неделям. У беременных высокого риска развития плацентарной дисфункции с хроническими заболеваниями (анемия + пиелонефрит) получавших исключительно стандартную терапию. отмечается достоверное ($p < 0,05$) резкое повышение ИР маточных артерий в два и более раз с $0,26 \pm 0,21$ и $0,23 \pm 0,02$ в 30-34 недели до $0,65 \pm 0,22$ и $0,6 \pm 0,24$ соответственно в доношенном сроке, и как следствие происходит снижение кровотока в маточных сосудах, что негативно отражается на внутриутробном развитии пло-

да. Исходы беременности и состояние новорожденных не всегда были удовлетворительными. Особенно учитывая наличие тяжелых осложнений (церебральная ишемия- 5%, синдром дыхательных расстройств- 5%, асфиксия- 5%) у семи доношенных (11,6%) и одного недоношенного новорожденного (1,7%) на фоне внутриутробного инфицирования 13,3% новорожденных. Исходом родов во всех группах явилось рождение живых новорожденных. Но не все новорожденные были здоровы и родились доношенными, так же среди доношенных новорожденных были дети с малым весом для гестационного срока. Процент рождения новорожденных с малым весом для гестационного срока в основной группе составил 4,5 % случаев, что 2,5 раза меньше чем в контрольной группе. Так же у одной беременной женщины получавшей препарат L- аргинина в сроке 34 недели зарегистрирован случай преждевременных родов в 35 недель 4 дня. Родился недоношенный новорожденный весом 2300 грамм с признаками внутриутробного инфицирования. Своевременное лечение НМППК парентеральным введением в условиях стационара препарата Тивортин и L-аргинин сироп (Сироп Тивортин аспарат) по 20 мл в сутки per os 20 дней улучшает перинатальные исходы, при этом важно отметить что начало лечения во втором триместре беременности, привело к снижению числа преждевременных родов, асфиксии новорожденных. Так же число доношенных детей с малым весом для гестационного срока у данной категории в 2,5 раза меньше, чем у беременных не получивших коррекцию НМППК L-аргинином. Состояние новорожденного в первые минуты жизни оценивалось по шкале Апгар. Как выявлено беременные женщины не получившие дополнительной терапии плацентарной недостаточности в виде препарата L-аргинина во время беременности в родах имели такое осложнение, как дородовый разрыв плодных оболочек в дальнейшем развитие хориоамнионита и неубедительного состояния плода приведшего к рождению ребенка в легкой степени асфиксии у 16,6 % доношенных новорожденных. В группе беременных получавших L – аргинин не осложнилось развитием преэклампсии. В зависимости от проведенной терапии плацентарной дисфункции установлено, что своевременное профилактическое лечение НМППК введением препарата Тивортин (сироп) улучшает перинатальные исходы, при этом важно отметить, что начало лечения во втором триместре беременности, приводит к снижению числа преэклампсии, преждевременных родов, асфиксии новорожденных. По итогам проведенного нами анализа и сопоставления клинических и морфологических изменений, определено, что своевременное добавление к стандартной терапии препаратов L- аргинина предотвращает преждевременное созревание плаценты на 2,1%; в 2 раза реже в плацентарной ткани образуются очаги некроза; признаки гипоксии возникают в 10 раз реже; очаги фиброза и дистрофические изменения соответственно в 3,7 и 2,5 раз реже. Что положительно отражается на перинатальных исходах в основной группе по сравнению с группой не получавшей L-аргинин.

Заключение: Применение препарата L-аргинин в комплексе лечения во II и III триместрах беременности способствует снижению развития преэклампсии и пролонгированию беременности до жизнеспособности плода, снижению числа преэклампсии, преждевременных родов и асфиксии новорожденных.

Литература:

1. Атабаева Х.Л. Основные принципы подготовки к беременности и ее ведение у беременных с преэклампсией на фоне выявленной тромбофилии // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2016. - №4. – С. 30-38.
2. Афанасьева А.А., Смирнова О.В., Ржевская Н.В., Мартюшова Е.А. Оксидативный стресс и преэклампсия // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. №4. – С. 107-117.
3. Венцовский Б.М., Венцовский К.О. Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций //Здоровье женщин. – 2012. - № 2(68). – С. 100-101.
4. Медведев Б.И., Сюндюкова Е.Г., Сашенков С.Л. О значении эритропоэтина в механизмах формирования преэклампсии // Акушерство и гинекология. - 2019. - № 4. - С.12-17.
5. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Научно обоснованная система прогнозирования преэклампсии. //Акушерство и гинекология. – 2017. - № 3. –С. 55-61.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т., Ахмедова Г.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Причины внематочной беременности являются одним из наиболее сложных проблем, потому что этиологии вызвавшие эктопическую беременность, до настоящего времени остаются неуточненными. Известно, основу механизма формирования внематочной беременности составляют различные патологические процессы, нарушающие миграцию оплодотворенной яйцеклетки по маточным трубам. В настоящее время известно более десяти факторов развития эктопической беременности: воспалительные заболевания придатков матки, анатомические изменения матки и маточных труб, операции на маточных трубах, гормональные нарушения, индукция овуляции, эндометриоз, девертикулез труб, хромосомные нарушения, патология спермы и другие. Однако, в последние годы начали применяться новые репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение, иссеминация очищенной спермы и др.), которые также способствуют развитию внематочной беременности.

Цель исследования: изучить причины внематочной беременности и диагностические возможности в условиях экстренной медицинской помощи. Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин, поступивших в отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы Ташкентской медицинской академии и отделение экстренной медицинской помощи Бухарской городской больницы с подозрением на внематочную беременность за период 2018 – 2020гг. Изучены эффективность примененных методов исследований (клинических, инструментальных, гормональных) и оперативных вмешательств в условиях экстренной медицинской помощи. У обследованных женщин возраст был от 18 до 38 лет, то есть репродуктивный период.

Результаты исследования: Установлено, согласно ретроспективному анализу историй болезни женщин с подозрением на внематочную беременность определены, что ведущими факторами эктопической беременности являются: воспаление маточных труб (63,3%), использование внутриматочной контрацепции (28,3%), стерилизация маточных труб (13,3%), операции на маточных трубах, в том числе предшествующее хирургическое лечение трубной беременности (11,6%), стимуляция овуляции (16,6%), эндометриоз (10,0%), врожденные аномалии матки (8,3%), патология спермы (13,3%), хромосомные нарушения в 6,6% случаев. Установлено, что основным фактором развития внематочной беременности являются воспалительные заболевания женских половых органов. Так в прошлом перенесли аднекситы специфической и неспецифической этиологии 51,6 – 63,3% женщин, что обусловлено широким распространением различных внутриматочных манипуляций (в том числе искусственные аборты (21,1%), внутриматочные контрацепции (13,3%). Причина высокого риска эктопической имплантации оплодотворенной яйцеклетки на фоне и после внутриматочной контрацепции - это нахождение спирали в полости матки три и более лет (13,3%). В последние годы, индукция овуляции кломифеном, хорионическим гонадотропином, агонистами гонадолиберина широко применяются в гинекологической практике для лечения бесплодия гормональной этиологии. Нами установлено, что стимуляторы овуляции повысили вероятность возникновения многоплодной беременности, в том числе частоту сочетания маточной и внематочной беременности до 10,0%. Мультифакторность внематочной беременности подтверждается выявлением одновременно нескольких факторов риска у одной женщины с внематочной беременностью. Несмотря на увеличение частоты эктопической беременности в экстренной медицинской помощи отмечается значительное снижение осложнений данного заболевания за счёт внедрения в гинекологическую практику современных диагностических технологий. При проведении трансвагинальной эхографии у женщин с подозрением на внематочную беременность последовательно исследовано состояние матки (размеры, толщину эндометрия), маточных труб (незначительное расширение на протяжении всей трубы), яичников (размеры, наличие эконегативного образования), пузырно – маточного и маточно – прямо кишечного углублений. В 8,33% случаях диагностировали маточную беременность ранних сроков: наличие плодного яйца или его элементов в полости матки, что позволяло снизить диагностику внематочной беременности. Это способствовало прицельному изучению состояния маточных труб при подозрении на внематочную беременность, потому что они являются наиболее частой локализацией эктопического плодного яйца. В 54 случаях у женщин с подозрением на эктопическую беременность диагностирована трубная беременность, в двух случаях тубоовариальное образование воспалительной этиологии. Эффективность составила 93,3%. При диагностике классической внематочной беременности, сопровождающейся разрывом маточной трубы и кровотечением в брюшную полость с выраженными клиническими проявлениями: задержка менструации, боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, учащение пульса, падение АД, при бимануальном осмотре: выраженная болезненность при смещении шейки матки, пастозность и выбухание заднего свода влагалища, и при положительном «крик Дугласа» проводили пункцию заднего свода, которая помогла чётко определить показания к хирургическому лечению. Однако, чаще клиника эктопической беременности проявлялась атипично. В связи с этим, внедрение новых диагностических технологий способствовало ранней диагностике внематочной беременности. Так нами изучена эффективность высокоинформативных методов диагностики: трансвагинальной эхографии, количественное определение хорионического гонадотропина в крови, лапароскопии. Методика определения количественного хорионического гонадотропина в плазме крови с помощью радиоиммунологического анализа (РИА) считается одним из информативных методов как маточной, так и внематочной беременности на ранних сроках. РИА основан на иммунологической реакции антиген – антитело, в которой гормон действует как антиген, вступая в реакцию со специфическим антителом. РИА является более точным, специфичным и чувствительным методом, чем иммунологические тесты. Точность РИА при внематочной беременности составила 96%, чувствительность (частота эктопических беременностей с положительным тестом) составила 98,34%. Частота ложноотрицательных результатов РИА наблюдалась в 1 случае (1,66%). При обследовании женщин (тестировании ХГ) с подозрением на внематочную беременность обращали внимание на: изучение уровня ХГ является вспомогательным методом диагностики, ответы которого должны сравниваться с анамнезом, клиническими симптомами, данными гинекологического осмотра и эхографией матки и придатков; при внематочной беременности уровень ХГ снижен, чем при маточной такого же срока; при экстренной медицинской помощи выбор метода определения ХГ (качественный или количественный) зависит от клинической ситуации. Так например, для диагностики маточной беременности малых сроков, при экстренной медицинской помощи, более эффективны качественные методы, которые позволяют в кратчайшие сроки исключить или подтвердить наличие беременности. Точность установлена в 95% случаев. При подозрении на внематочную беременность предпочтение отдавали более информативному (количественному) методу определению ХГ (РИА), который также применяли с целью дифференциальной диагностики причин «острого живота» и динамику роста ХГ. Точность составила 98,34%, специфичность – 100%. При подозрении на внематочную беременность 22 женщинам (при отсутствии явных клинических признаков внутрибрюшного кровотечения) произведена диагностическая лапароскопия. У 20 из них диагностирована эктопическая беременность, в 1 случае – апоплексия яичников, в 1 случае – тубоовариальное образование воспалительной этиологии. Эффективность составила 96,6%. Применение лапароскопии с диагностической целью оправдано лишь в тех наблюдениях, когда результаты менее инвазивных исследований не позволяют установить окончательный диагноз. Таким образом, применение этих диагностических методов внематочной беременности на начальных этапах её развития позволило в 66,6 % случаях осуществить опережающее оперативное лечение. Заключение: Таким образом, ведущими факторами эктопической беременности являются: воспаление маточных труб (63,3%), использование внутриматочной контрацепции (28,3%), стерилизация маточных труб (13,3%), операции на маточных трубах, в том числе предшествующее хирургическое лечение трубной беременности (11,6%), стимуляция овуляции (16,6%), эндометриоз (10,0%), врожденные аномалии матки (8,3%), патология спермы

(13,3%), хромосомные нарушения в 6,6% случаев. Применение комплексных современных диагностических технологий (качественный и количественный методы определения ХГ, трансвагинальная эхография, диагностическая лапароскопия) при экстренной медицинской помощи у женщин с подозрением на внематочную беременность повысило точность диагностики до 100%.

Литература:

1. Давыдов А.И., Кузьмин Т.Е., Рубина Е.В., Шахламова Е.Н. Возможности современной эхографии в диагностике внематочной беременности различной этиологии. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2015. т 14. №6. С. 69-78.
2. Деменюк Ю.А. Редко встречающиеся формы внематочной беременности в практике врача ультразвуковой диагностики. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2009. С. 91-94.
3. Соломатина А.А., Краснова И.А., Тварадзе И.Э., Тюменцева М.Ю. Диагностика ранних сроков трубной беременности: клиническое значение ультразвукового сканирования с цветной доплерографией. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2015, т. 14, №1, С. 15–19.
4. Флоренсова Е.В., Апарцин М.С., Чертовских М.Н. Роль эхографии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе. Эхография 2001; 3 (4); 344 – 348.

ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Каримова Ф.Дж., Жураев Н.Б., Иноятлов Х.П.

Ташкенский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение. Доказано, что расстройства микроциркуляции (МЦ) лежат в основе или развиваются вторично при многих заболеваниях [1]. При септических осложнениях локальные и системные расстройства микроциркуляции характерны для острых воспалительных процессов, таких как хроническая внутриматочная инфекция, послеродовый эндометрит, [4]. В отдельных работах отмечают, что нарушения в микроциркуляторном русле возникают на ранних этапах патологических процессов в тканях и органах малого таза и значительно прогрессируют в дальнейшем [3]. Механизмы нарушения микроциркуляции при патологии эндометрия, матки различны. Как и в любом другом органе наблюдаются процессы отека, спазма, деструкции, что во много препятствует нормальному кровоснабжению тканей. Кроме того физиологическая гиперкоагуляция имеющая место в третьем триместре беременности, повышение ригидности эритроцитов и их высокая агрегация являются ведущим звеном расстройств микроциркуляции. Неспособность эритроцитов проходить в капиллярном русле сопровождается гипоксией тканей [4, 5]. Нарушение в системе микроциркуляторного русла является важным патогенетическим звеном развития многих патологических состояний. При этом на современном этапе мало определены изменения МЦ при инфекционно-воспалительных заболеваниях. Следует отметить, что именно расстройства микроциркуляции могут быть ответственны за неблагоприятные результаты как лечения инфекционных процессов, так и неудовлетворительное восстановление структуры и функции пораженных тканей.

Цель исследования – определить изменения отдельных показателей микроциркуляции у пациенток с септическими осложнениями послеродового и послеабортного периода.

Материалы и методы исследований. В исследование включены основная группа результаты комплексного обследования 31 женщины септическими осложнениями послеродового и послеабортного периода.

В структуре осложнений 13 (41,9%) составили пациентки с послеродовым эндометритом, 18 (58,1%) пациентки с септическими осложнениями после прерывания беременности. Группу сравнения составили 30 женщин после физиологических родов. Забор крови для исследования деформируемости эритроцитов и агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) производили из локтевой вены натощак. В группе здоровых женщин забор крови выполнялся 1 раз, в то время как в группе пациентов 2 раза: 1 – в день Установления диагноза, перед проведением вмешательства и назначением лечения, 2 – в день завершения стационарного лечения. Деформируемость эритроцитов определяли по скорости прохождения их по пористому фильтру [4]. Агрегацию ЛТС определяли по методу Born G.V.R. с помощью анализатора агрегации тромбоцитов (агрегометра) AP 2110 «СОЛАР». В качестве индуктора агрегации использовали раствор адреналина ($1 \cdot 10^{-5}$ г/л). Полученные результаты обрабатывали на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» и базы данных «Excel». Результаты исследования и их обсуждение.

При сравнении изученных показателей выявлены определенные статистически значимые отличия, как в день госпитализации, так и в день выписки из стационара. Степень и скорость агрегации ЛТС как в начале, так и в конце стационарного лечения были выше в основной группе, чем у здоровых. При сравнении показателей МЦ у пациенток с септическими осложнениями, с первого дня начала воспалительного процесса выявлено статистически значимое ухудшение деформации эритроцитов в плазме крови: начало лечения – 26,54 (20,91; 31,5) с, завершение лечения – 32,17 (25,18; 36,53), $p=0,002$. Следует отметить, что, несмотря на клиническое выздоровление и выписку из стационара, показатели МЦ пациентов остаются отличными от показателей здоровых лиц. Это, возможно, указывает на более длительный процесс нормализации МЦ относительно купирования клинических признаков воспаления в матке. По-видимому, недостаточная последующая динамика микроциркуляции может быть ответственна как за замедление репаративных процессов, так и неудовлетворительные отдаленные результаты лечения. Становится ясным, что состояние микроциркуляции следует учитывать в оценке, как эффективности, так и в организации последующих реабилитационных программ.

Заключение. Таким образом, при развитии инфекционно-воспалительных заболеваний послеродового периода наблюдается снижение деформируемости эритроцитов, повышение скорости и степени агрегации лейкоцитарно-

тромбоцитарной суспензии. Результаты указывают на необходимость совершенствования схем контроля за эффективностью лечебной тактики, контроля за состоянием пациенток после стационарного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний. Помимо традиционного применения антибактериальных средств, противовоспалительной терапии, санации очага инфекции необходимо назначение препаратов улучшающих микроциркуляцию, назначение прямых антигипоксантов. Кроме того, необходимо широкое внедрение в практику ведения пациенток применения экстракорпоральной детоксикации. Малообъемный плазмоферез. Разработать протоколы реабилитации после выписки из стационара, с подбором адекватных методов контрацепции.

Литература:

1. Поленов, С. А. Основы микроциркуляции / С.А. Поленов // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2008. – Т. 7. – № 1 (25). – С. 5–20.
2. Рудакова Е.Б. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор Литература) / Е.Б.Рудакова, С.И. Семенченко, О.Ю. Панова, Н.В. Кучинская // Гинекология. – 2004. – Т.6, № 3. – С. 48–52.
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Мишнев О.Д., Щеголев А.И. Хирургический сепсис: клинико-патологоанатомические аспекты // Арх. патол. – 2007. – № 4. – С. 59–63. 4. Серов В.Н. Материнская смертность от абортот и пути ее профилактики / В.Н.
4. Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве гинекологии: Рук. Для врачей / В.Н. Серов, В.Н. Кулаков – М.: «Литтерра», 2005, С. 11–51.
5. Соколова И.Э. Роль неспорообразующих анаэробных бактерий в этиологии послеабортных и послеродовых эндометритов / И.Э.Соколова, С.Д. Воропаева, Е.П.Пашков // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1989. – № 5. – С. 30–34.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК, С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримова Н., Тогаева Г.С., Давранова А.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Среди нарушений репродуктивного здоровья олиго и аменорея у девочек, больных, с заболеваниями щитовидной железы встречаются в 3 раза чаще, чем у здоровых девушек, у 77 % больных выявляется поликистоз яичников [4]. Известно, что гормоны щитовидной железы оказывают как непосредственное влияние на половые железы [фолликулы яичников, где они совместно с ФСГ гипофиза усиливают процессы их дифференцировки, способствуя образованию яйцо-клетки и дальнейшей овуляции], так и непосредственное действие на секрецию гонадотропных гормонов [ФСГ и ЛГ]. В периоде пубертата гипоталамус подает сигнал гипофизу [вырабатывается ТТГ], который, в свою очередь, начинает вырабатывать гонадотропные гормоны - ФСГ и ЛГ. В организме девочки циклическое выделение ФСГ и ЛГ приводит к формированию менструального цикла, характеризующегося появлением первой менструации [менархе] и вторичных половых признаков [3]. Таким образом, актуально уточнение особенностей физического развития, механизмов нарушений репродуктивного здоровья, изменения эндокринных показателей у девушек, больных, с заболеваниями щитовидной железы и в соответствии с выявленными изменениями показателей физического, полового и эндокринного статуса разработка алгоритма реабилитации в зависимости от тяжести, длительности и возраста начала заболевания.

Цель исследования: Выявление особенностей физического и полового развития у девочек, с заболеваниями щитовидной железы с определением гормонального статуса репродуктивной системы.

Материалы и методы: Нами были проведены полные клинические, лабораторные и инструментальные обследования 60 больных с заболеваниями щитовидной железы в отделении эндокринологии Самаркандского областного эндокринологического центра. Больные с заболеваниями щитовидной железы были разделены на 2 группы: 1-я - 60 человек [66.6 %] с нормальным физическим развитием, 2-я группа - 40 [33.4 %] с отставанием в половом и физическом развитии. Определение концентрации лютеинизирующего гормона [ЛГ], фолликулостимулирующего гормона [ФСГ], эстрогена проводилось с помощью радио иммунологических наборов «Диалс» [Россия] с использованием анализатора «Бета-»; уровень содержания тиреотропного гормона [ТТГ], [тироксина] Т 4 оценивали иммуноферментным методом с использованием тест-систем «АЛ-КОР-БИО» [Россия] и анализатора EL 808 [США]. Ультразвуковое исследование проводилось аппаратом фирмы «CHISON Q5».

Результаты и обсуждение. Установлено, что у девушек с заболеваниями щитовидной железы отставание в физическом и половом развитии начинается с 10 лет и в дальнейшем прогрессирует. Средний возраст менархе у них - 17,2±0,24 лет, что достоверно превышает таковой у девушек без эндокринной патологии [16±0,033 лет, p<0,001].

В результате проведенного нами исследования факторов риска развития нарушений полового, физического развития и менструальной функции у больных, с заболеваниями щитовидной железы 1 оказалось, что особое значение имеет возраст начала заболевания, а именно препубертатный период [14-16 лет]. При этом половое созревание у больных с заболеваниями щитовидной железы именно в этот период значительно отстает по сравнению с контрольной группой, начало заболевания у которых пришелся на пубертатный период [11–14лет] или постпубертатный период [старше 15 лет]. Доля больных с выраженной задержкой полового и физического развития с заболеваниями щитовидной железы препубертатном периоде составляет 53.3 %, в активном пубертатном периоде - 16,8 % и в постпубертатном периоде - 16,3 %. У девушек показатели физического развития были ниже 3 центилей по росту у 36 (40 %) больных, а по массе - у

48 [78 %], а у 2 [3 %] больных была избыточная масса тела, у 63 [70 %] больных -дисгармоничное развитие. У девушек с заболеваниями щитовидной железы имеющих регулярный менструальный цикл и соответствующее возрасту половое и физическое развитие [1-я группа], а также у больных с дисгармоничным развитием и дисфункцией яичников выявляется тот же уровень концентрации фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормона, что и у рандомизированных групп. У больных с заболеваниями щитовидной железы с выраженной задержкой полового и физического развития [2-я группа] содержание в плазме ЛГ до овуляции от 2 до 6.6 нмоль/л и ФСГ- от 3.2 до 4.5 нмоль/л значительно снижено по сравнению с контрольной и 1-й группой, $p=0.04$. Также установлено повышение уровня ТТГ 3.3 ± 0.04 по сравнению с контрольной группой 2.3 ± 1.6 нмоль/л, при низком уровне Т $4-72\pm 8.88$ нмоль/л у больных, по сравнению со здоровой группой 88 ± 12 нмоль/л. Уровень эстрогенов 192 ± 25.5 нмоль/л определялся с учетом фаз менструального цикла на 5–9-й день цикла или на фоне аменореи в утренние часы, натощак, и оказался в 1.5 раза ниже контрольной группы.

Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием Т 4 и ЛГ, а между ТТГ и ЛГ- обратная связь. По данным некоторых исследователей, начало пубертата при заболеваниях щитовидной железы задерживается в среднем на 0.51 года для телархе [вторая стадия по Tanner] и на 0.08 года для пубархе [вторая стадия по Tanner] по сравнению с общей популяцией. При этом дети с заболеваниями щитовидной железы достигают половой зрелости одновременно со своими здоровыми сверстниками, догоняя их к пятой стадии полового развития по Tanner [4]. У девочек с заболеваниями щитовидной железы нарушено функциональное состояние репродуктивной системы: позднее менархе [14,2+0,24лет]; высокая частота гипоменструального синдрома [в 60 % случаях]; длительное становление менструального цикла [у 33,8 % пациенток]; гипофункция гипофизарно-яичниковой системы, что проявляется в достоверном снижении в сравнении с физиологическими показателями у здоровых подростков уровней ЛГ, ФСГ, эстрогена [$p=0,005$]. В отличие от пациенток без эндокринной патологии у девушек с заболеваниями щитовидной железы в 12 лет в 2 раза снижен суммарный балл полового развития. $P<0.001$. Этот разрыв со временем увеличивается, достигая максимума к 17 годам. У девушек, больных с заболеваниями щитовидной железы происходит отставание в росте размеров матки и объема яичников, в большей степени выраженное в возрасте 12–14 лет. $P<0.001$.

Выводы. В заключение следует отметить, что девушки, страдающие, с заболеваниями щитовидной железы являются группой риска по развитию нарушений функции репродуктивной системы, в связи с чем должны находиться под наблюдением детского гинеколога. При наличии отклонений в физическом и половом развитии девушки, больные с заболеваниями щитовидной железы должны проходить ультразвуковое исследование органов малого таза с целью определения размеров матки [длина, ширина, передне-задний размер] и объема яичников, определить гормональный статус [ФСГ, ЛГ, эстроген, ТТГ, Т 4], что дает возможность ранней диагностики и прогнозированию нарушений полового развития и менструальной функции, которая, в свою очередь, позволяет своевременно начинать проведение комплексной патогенетической терапии, включая коррекцию овариальных нарушений, что необходимо для сохранения у данной категории женщин способности к деторождению.

Литература:

1. Дедов, И.И., Половое развитие детей: норма и патология И. И. Дедов, Т. В. Семичева, В. А. Петеркова - М.: «Колор ИТ Студио» 2002 - С. 12–15.
2. Ушаков, А.В. «Восстановление щитовидной железы» - М. 2008 -С. 45.
3. Богданова, Е. А. Особенности эндокринной функции половых желез у девочек// II Всесоюзная конференция по детской эндокринологии: сб. трудов - М., 1988 - с. 25.
4. Pozilli Paolo. Fertility and Sterility. - 2008. - November.
5. С.И.Исмаилов Клиническое руководство по эндокринологии 2017 г.
6. Togaeva G.S., Khamraeva A.S., Kurbanova N.S., Karimova N.A. // Autoimmune thyroiditis in a hot climate // Actual aspects of medical activity. 2020 - from 238-242
7. Adachi M., Soneda A., Asakura Y., et al. // Mass screening of newborns for congenital hypothyroidism of central origin by free thyroxin measurement of blood samples on filter paper. // Eur/endocrinol. - 2012. v - 166 - n 5.- P. 829- 838.
8. Vitebskaya A.V. T.V. Igamberdieva // CONGENITAL HYPOTHYREOSIS IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC scientific article in the specialty "Clinical Medicine" 94-97
9. Ametov A.S //Selected lectures on endocrinology. М., 2016.
10. Balabolkin M.I. Clinic and therapy of critical conditions in endocrinology. М. 2012.
11. Narbaev A.N. Togaeva G.S. Toshpulatova N. Iodine deficiency disorders and conditions are one of the main issues the world of medicine is facing. Achievements of science and education. Number 3. (44). 2019.86-88.
12. Asila Khamroeva, Nazira Karimova Features of the clinic, rehabilitation, treatment of autoimmune thyroiditis in an iodine-deficient region. Trends and prospects for the development of science and education in the context of globalization // Pereyaslav-Khmelnytsky. Ukraine. 28 version 2019 Issue 51. 340-342.
13. Karimova N.A. Ibatova Sh.M. Features of metabolic syndrome in children of puberty // Journal of Biomedicine and Practice, special issue -2. Tashkent 2020. ISSN 2181-9300 p.581-585.
14. Togaeva G.S. Oripov F.S. Structural features of cells of islets of Langerhans in offspring with alloxonic diabetes // A new day in medicine. 2/1 (29/1). April June. 2020. p. 218-220.
15. Bekpulatov M.Kh. Dzshuraeva Z.A. Thyrotoxicosis syndrome in an iodine-deficient region // Prophylaxis The use of high innovative technologies in medicine.Republican scientific-practical conference. Andijon 11-12 June 2020.
16. Djuraeva Z. A., Rasulova S. K., Mustafakulov I. B. // Biogeochemical factors affecting the health conditions of the mother and child. International journal of research. Vol. 07. Issue 04, April 2020. Str 578-584.

ОСОБЕННОСТИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ, РЕЗЕРВЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

Каримова Ф.Дж., Атаханов Ш.Э., Жураев Н.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Изучение материнской смертности от гнойно-воспалительных заболеваний свидетельствует, что, несмотря на кажущуюся простоту диагноза, в определении понятия «сепсис» есть спорные и неясные вопросы, что отражается на исходах заболевания. Подходы к диагнозу сепсиса, связанного с беременностью, в целом основаны на классических исследованиях определяющих локализацию болезненного процесса в родовых путях и заболевания «непослеродовые и без локализации в родовых путях, не связанные с беременностью и родовым актом», куда относят мастит, заболевания мочевыводящих путей, эклампсию и другие однако высокая материнская смертность во многих странах остается одной из нерешенных проблем здравоохранения, хотя меры, предпринятые международным сообществом в период 1990–2010 гг., привели к ее снижению [3]. Так, по данным ВОЗ (2017) ежедневно в мире умирает около 800 беременных женщин и родильниц. Подавляющее большинство смертей регистрируется в развивающихся странах, из них лидирующая роль принадлежит африканским странам (630 женщин на 100 000 живорожденных младенцев), за ними следуют страны Латинской Америки (200 женщин на 100 000 живорожденных младенцев). Напротив, в Европе и в Северной Америке этот показатель значительно, в 10–30 раз, ниже (соответственно 23 и 12 женщин на 100 000 живорожденных младенцев) Наименьшая смертность (менее 10 женщин на 100 000 живорожденных младенцев) зарегистрирована в последние годы в Австралии и в Японии [32, 33].

При изучении материнской смертности в различных регионах мира отмечается ее преобладание в сельских районах и среди социально неблагоприятных групп населения. Кроме того, в развивающихся странах женщины беременеют намного чаще и в более раннем возрасте, чем в развитых странах, поэтому риск смерти у них выше (ВОЗ, 2018). Так, наибольшему риску смерти во время беременности и в родах подвержены юные беременные, особенно в возрасте до 19 лет. В развивающихся странах умирает одна девочка подросток из 150 забеременевших, при том, что в развитых странах этот показатель составляет примерно 1 на 3800.

Современная социально-экономическая ситуация в Республике Узбекистан создала ряд положительных условий снижения частоты МС, однако еще существуют проблемы тормозящие снижение материнской смертности [3]. Во-первых, произошло существенное ухудшение здоровья женщин, рожденных в конце 80-х годов прошлого века, половое созревание которых проходило в условиях экономического кризиса.

Во-вторых, увеличилось количество юных матерей в возрасте до 20 лет и беременных старше 36 лет. В-третьих увеличилось количество необследованных беременных за счет миграции населения из районов в город, либо другие районы Республики. В-четвертых увеличилось количество женщин работающих в неблагоприятных для беременности условиях, причем большинство беременных предпочитают работать не смотря на состояние здоровья, являясь зачастую единственным работающим в семье кормильцем. Интересной особенностью статистики являются довольно высокие показатели материнской смертности в сельских районах, районных больницах, не смотря на имеющийся приказ о регионализации акушерской помощи и наличии многоуровневой системы оказания помощи. Кроме того, в ситуациях с юными первородящими статистика также не совсем достоверна, поскольку истинный возраст на момент родов указывается не всегда верно, а – недостоверность предоставляемой информации, обусловлен особенностями мусульманской религии, создание ранних браков[3]. В структуре причин материнской смертности по-прежнему велик процент гнойно-септических осложнений. В развивающихся странах они занимают первое место среди причин материнской смертности, а в развитых странах в России и в Республике Узбекистан – стойко удерживаются на третьем месте [26, 28, 20, 21, 25].

Самым частым проявлением гнойно-септических осложнений послеродового периода является эндометрит. Его частота в популяции составляет 3 – 8%, при патологических родах 10–20%; у женщин с высоким инфекционным риском 13,3–54,3% [29, 1, 10, 12].

Особо хотелось бы отметить, что инфекционные риски, как в целом риски на предстоящую беременность и роды также необоснованно не учитываются, что как следствие приводит к поздней диагностике и неадекватному лечению гнойно-септических осложнений с генерализацией инфекции и развитием в финале сепсиса. В последние годы в документации историй родов, ни в одном случае не удается найти сопутствующей или хронической инфекции, тогда как количество преждевременных родов остается стабильно высокой, а в статистике причин перинатальной смертности на первом месте внутриутробное инфицирование.

Этиология пуэрперальных гнойно-септических осложнений характеризуется постоянно изменяющимся смешанным составом бактериальной флоры с большим количеством антибиотико-устойчивых форм [10, 12, 3]. В настоящее время возросла роль возбудителей, вызывающих инфекции, передаваемые половым путем, которые персистируют в организме, вызывая воспалительные заболевания органов малого таза у 35–65% беременных [11]. Особое значение приобрели хламидии, микоплазмы и уреоплазмы, которые стали встречаться чаще гонореи [7]. Так, в настоящее время, среди инфекций, передаваемых половым путем, хламидийная составляет в США 15%, а в России – 19%, в РУз как микст инфекция встречается до 22%. Однако существует позиция «не лечить» имеющуюся инфекцию во время беременности, не учитываются возможные осложнения для плода и дальнейшие риски на предстоящие роды.

В связи с вышеизложенным необходимо усилить работу первичного звена здравоохранения с целью углубленного обследования беременных начиная с ранних сроков гестации на предмет имеющихся экстрагенитальных заболеваний, имеющихся инфекций и уточнения рисков на предстоящую беременность и роды. Пристального внимания заслуживает проблема «чистоты» влагалища [18]. По современным данным, присутствие во влагалище условно-патогенной

флоры (*E.coli*, *proteus*, *staphylococcus aureus*), а также увеличение количества анаэробных бактерий типа гарднерелл, бактероидов, вибрионов резко повышают риск послеродового эндометрита [4]. По данным разных авторов [9, 23] при бактериологическом исследовании полости матки на 3–4-е сутки после родов при неосложненном течением послеродового периода рост микроорганизмов обнаруживался в 72% случаев. При сравнении результатов бактериологического исследования от родильниц с физиологическим течением пуэрперия и при послеродовом эндометрите принципиальных различий в видовом составе микрофлоры обнаружено не было. Однако была замечена прямая зависимость между степенью микробной обсемененности и тяжестью клинического течения заболевания [9]. Было показано, что обсемененность полости матки бактериями в количестве более 104 КОЕ/мл свидетельствует о развитии инфекционного процесса [31]. Большое значение имеет задержка в полости матки сгустков крови и тканевого детрита, которые создают благоприятную среду для размножения микроорганизмов, в особенности анаэробов.

Способствуют гнойно-септическим осложнениям длительный безводный промежуток, атония матки, затяжные роды, неадекватное обезболивание, кесарево сечение, большая кровопотеря, ряд инструментальных медицинских процедур [3, 13–16].

По сути, послеродовый эндометрит является особым видом раневой инфекции, которая может стать первичным очагом в развитии сепсиса (маточный или акушерский сепсис) [3].

В соскобах эндометрия на 3–4-е сутки после нормальных родов преобладает дистрофически измененная децидуальная ткань с некрозами, кровоизлияниями и, преимущественно, лейкоцитарной инфильтрацией, а также фрагменты гравидарного эндометрия, также с дистрофическими изменениями эпителия желез и стромы. В строме эндометрия характерна лимфо-макрофагальная и лейкоцитарная инфильтрация без выраженных признаков нарушения кровообращения и некрозов. На 5–7-е сутки начинается обратное развитие гравидарного эндометрия и появляются признаки эпителизации раневой поверхности [3].

О начале послеродового эндометрита свидетельствуют диффузные лимфо-макрофагальные, с большой примесью лейкоцитов инфильтраты в эндометрии. По данным Б.И. Глуховец [6] признаками гнойного эндометрита являются лишь обширные очаги деструкции в гравидарном эндометрии со скоплениями гнойно-некротического детрита. Воспаление обычно распространяется на всю толщу эндометрия и нередко захватывает прилежащие слои миометрия, что позволяет диагностировать гнойный эндомиометрит.

Гематогенное инфицирование эндометрия условно-патогенной микрофлорой характеризуется периваскулярными скоплениями мононуклеарных клеток в сочетании с фибриноидным набуханием стенок сосудов. В итоге формируются множественные очаги неспецифического продуктивного воспаления, охватывающего все слои эндометрия. Следующим этапом прогрессирования инфекционного процесса является сепсис. В нашей стране под сепсисом традиционно понималось общее инфекционное заболевание, возникающее в связи с существованием в организме очага инфекции и имеющее ряд отличий от других инфекционных болезней. (А.И. Струков). Д.С. Саркисов приводит более развернутое определение сепсиса, как полиэтиологического инфекционного заболевания, характеризующегося генерализованным характером, ацикличностью течения и особым образом измененной реактивностью организма.

В настоящее время большинство авторов рассматривают сепсис с позиций, принятых в 1991 году на Чикагской согласительной конференции Американской коллегии торакальных хирургов и Общества специалистов интенсивной терапии (ACCP/ SCCM Consensus Conference Committee, США, Чикаго) [27], в соответствии с которыми сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы [5, 24].

С этой точки зрения, системные проявления сепсиса связаны, прежде всего, с неконтролируемым выбросом медиаторов воспаления из первичного очага инфекции, таких как фактор некроза опухоли TNF- α и бактериальных токсинов (септицемия и септический шок) еще до развития септикотемии. Указанные вещества воздействуют на макрофаги всего организма, что сопровождается мощным выбросом в кровь биологически активных веществ, повреждающих эндотелий, что нарушает микроциркуляцию.

Перспектива создания системы доказательных методов лечения сепсиса привела к созданию движения «Surviving Sepsis», организационно оформленного в 2001 г. На конференции в Барселоне [18]. Главной задачей этого движения является снижение летальности от сепсиса.

Успехи зарубежных коллег способствовали распространению предложенных взглядов и Республике Узбекистан Ассоциация Акушеров Гинекологов, её эксперты подготовили и внедрили национальные стандарты по лечению сепсиса, которые были утверждены 2015 году, несомненно это явилось подспорьем и благодаря протоколам удалось значительно снизить показатели летальности, однако назрела необходимость дополнения и пересмотра данного протокола в связи с наличием новых методов ранней диагностики, тестов на прокальцитонин, расширения антибактериальных препаратов, наличия методов экстракорпоральной дезинтоксикации. Кроме того, необходимо учитывать и документировать инфекционные риски на предстоящие роды, тщательно описывать и учитывать акушерский анамнез беременных, перенесенные инфекционные заболевания. Сбор анамнеза позволит анализировать причины репродуктивных потерь, если они имели место, установить возможные риски не только для матери, но и для плода, выбрать адекватную тактику ведения в послеродовом периоде.

Необходимо пересмотреть причины и частоту хориоамнионитов развившихся в родах, имеющийся стандарт предусматривает начало антибактериальной терапии при появлении клинических признаков манифестации инфекции, (повышение температуры и рост лейкоцитоза), по имеющемуся стандарту клиницист встречается с уже манифестацией септического осложнения и возникает вопрос о дальнейшей тактике родоразрешения, что неблагоприятно отражается на

здоровье и матери и новорожденного. Тогда как, следует учитывать характер и классификацию хориоамнионитов, наличие хронических форм внутриматочной инфекции.

Необходимо вести работу в тесном контакте со смежными специалистами, создание протоколов дополнительной диагностики внутриутробной инфекции, стандартов лечения и мониторингования. В лечебной тактике необходимо широко применять имеющийся арсенал лекарственных препаратов способствующих коррекции того или иного нарушения.

Кроме того, необходимо проведение клинических конференций с участием патологоанатомов, смежных специалистов не только в случаях произошедшей материнской смертности, но в случаях разбора критических ситуаций, для более четкого определения допущенных ошибок. На практике, в случаях когда удалось избежать смертности женщины, после удаления матки нет тщательных разборов и консилиумов с гистологами и патанатомами, а заключения к сожалению ограничиваются короткой справкой. Тогда как несмотря на наличие общих механизмов сепсиса, протекающего по типу системной воспалительной реакции, послеродовый сепсис имеет свои клинико-морфологические особенности [3]. В отличие от прочих видов сепсиса, послеродовый сепсис протекает по типу септицемии с быстрым развитием септического шока, плохо поддающегося коррекции. Развивается послеродовый сепсис обычно на 3–5-е сутки после родоразрешения. Его входными воротами служит обширная раневая поверхность матки. Характерными морфологическими особенностями послеродового сепсиса являются:

1. Выраженное воспаление в эндометрии при отсутствии воспаления в последе;
2. Густые плазмноклеточные воспалительные инфильтраты, отражающие расстройства гуморального иммунитета;
3. Высокая активность клеток, синтезирующих фактор некроза опухоли, что указывает на существенное накопление в крови эндотоксинов.
4. В финале развивается типичный септический шок, проявлениями которого служат синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, некротический нефроз, центрлобулярные некрозы печени, некрозы и кровоизлияния в надпочечниках, острый респираторный дистресс-синдром [13–16]. В заключение следует отметить, что, несмотря на достижения современной медицины, летальность от акушерского сепсиса остается высокой. В связи с этим существует потребность в разработке новых прогностических критериев угрозы развития послеродового сепсиса. Одним из путей решения этой проблемы является гистологическое исследование соскобов эндометрия с применением методов иммуногистохимической идентификации клеточного состава воспалительного инфильтрата и провоспалительных цитокинов. В настоящее время имеется необходимость в разработке протоколов и проведения обучения медицинского персонала современным стандартам диагностики и ранней целенаправленной терапии сепсиса в акушерской популяции с использованием интенсивной терапии, основанной на гемодинамических параметрах, применении надлежущей антибактериальной терапии и своевременном устранении источника сепсиса.

Литература:

1. Абрамченко В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Рук. Для врачей / В.В. Абрамченко, М.А. Башмакова, В.В. Корков.- СПб.: Спец- лит, 2001. – 239 с.
2. Аляев Ю.Г. Комбинированная терапия хламидийной инфекции / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Е.А. Султанова, С.Н. Алленов // Практическая медицина. – 2006. – № 1. – С. 46–49.
3. Анализ причин материнской смертности: рук. для врачей / А.П. Милованов [и др.]; под ред. А.П. Милованова. – М.: МВД, 2008. – 228 с.
4. Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода: автореф. дис....канд. мед. наук / Е.И. Боровкова. – М., 2004. – 22 с.
5. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анест. Реаним. – 2000. – № 3. – С. 38–46.
6. Глуховец Б.И. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, В.Н. Тарасов [и др.] // Архив патологии. – 2001. – №5. – С. 31–35.
7. Гранитов В.М. Хламидиозы / В.М. Гранитов. – М.; Н. Новгород, 2000. – 148 с.
8. Грошцева Т.Н. Некоторые показатели здоровья и репродуктивной функции женщин, злоупотребляющих алкоголем / Т.Н. Грошцева, С.Н. Боков // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1987. – № 3. – С. 29–31.
9. Гуртовой Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой, В.И. Кулаков, С.Д. Воропаева. – М., 2004. – 127 с.
10. Гуртовой Б.Л. Этиология и антибактериальная терапия послеродового эндометрита в современных условиях / Б.Л. Гуртовой [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 4. – С. 47–50.
11. Долгушина В.Ф. Местный иммунитет половой системы у беременных с генитальной инфекцией / В.Ф. Долгушина, Л.Ф. Телешева, И.И. Долгушин // Журнал микробиологии. – 2000. – № 2. – С. 92–95.
12. Кулаков В.И. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков, В.Н. Серов.- М.: Медицина, 1998. – 206 с.
13. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. – М. Медицина. – 1999. – 446 с.
14. Милованов А.П. Патологоанатомический анализ причин материнских смертей. – Прил. к журн. «Арх. патол.». – 2003. – 76 с.
15. Милованов А.П. и др. – Патологоанатомическое исследование маток, удаленных при различной акушерской патологии. – Метод. реком. ЦПАЛ ГУ НИИ морфологии человека РАМН. – 2006. – 39 с.

16. Милованов А.П., Зайратьянц О.В., Добряков А.В. Системный патологоанатомический анализ причин материнской смертности. – Арх. патол. – 1999. – № 4. – С. 26–30.
17. Пархоменко Ю.Г. Современное состояние проблемы, диагностика и спорные вопросы классификации // Арх. патол. – 2005. – № 6. – С. 53–57.
18. Рудакова Е.Б. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор Литература) / Е.Б.Рудакова, С.И. Семенченко, О.Ю. Панова, Н.В. Кучинская // Гинекология. – 2004. – Т.6, № 3. – С. 48–52.
19. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Мишнев О.Д., Щеголев А.И. Хирургический сепсис: клинико-патологоанатомические аспекты // Арх. патол. – 2007. – № 4. – С. 59–63.
20. Серов В.Н. Материнская смертность от аборт и пути ее профилактики / В.Н. Серов, Г.М. Бурдули, О.В. Мананникова // Планирование семьи. – 1994. – № 3. – С. 3–5.
21. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности / В.Н. Серов // Вестн. акушера-гинеколога. – 1997. – № 2. – С. 3–4.
22. Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве гинекологии: Рук. Для врачей / В.Н. Серов, В.Н. Кулаков – М.: «Литтерра», 2005, С. 11–51.
23. Соколова И.Э. Роль неспорообразующих анаэробных бактерий в этиологии послеабортных и послеродовых эндометритов /И.Э.Соколова, С.Д. Воропаева, Е.П.Пашков // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1989. – № 5. – С. 30–34.
24. Соринсон С.Н. Сепсис (этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия): краткое справочное руководство. - Нижний Новгород: Изд- во Нижегородской государственной медицинской академии, 2000. – 64 с.
25. Фесенко М.А. Научное обоснование системы химической безопасности для репродуктивного здоровья женщин-работниц: Автореф. дис...д-ра. мед. наук/ М.А. Фесенко.-М., 2001. – 43 с.
26. Address Unsafe Abortion // Division of Reproductive Health (Technical Support) World Organization. – Geneva. – 1998. – WHD. – 98.10.м- 9 P.
27. Bone R.C, Balk R.A., Fein A.M. et al. A second large controlled clinical study of E5

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Киличева О.О., Каримова Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Причинами кровотечения в родах являются тотальная преждевременная отслойка плаценты и ее вращение, атония матки, нарушение отделения плаценты и выделения последа, травмы матки и мягких тканей родовых путей, наследственные и приобретенные дефекты гемостаза, тяжелая преэклампсия, эмболия околоплодными водами, антенатальная гибель плода, миома матки и аномалии ее развития (1,2). В 15,5 % случаях акушерские осложнения, являются причиной радикальных операций (3). В мире особое внимание уделяется научным исследованиям, направленным на совершенствование диагностики, лечения и профилактики осложнений беременности, в том числе акушерских кровопотерь. При этом приоритетными научными направлениями являются выявление факторов риска возникновения и развития массивной кровопотери при родах, разработка алгоритмов ведения болезни. Выявление дисфункции эндотелия, показателей регионарной гемодинамики у женщин, перенесших массивную кровопотерю, ранних признаков кровопотери, снижение показателей материнской и детской заболеваемости и материнской смертности, а также установление необходимых профилактических мер являются одними из актуальных задач специалистов данной области (4,5).

Цель исследования: Учитывая важную роль дисфункции эндотелия в развитии сосудистых катастроф, представляло интерес исследование основных показателей дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения во время родов.

Результаты исследования: Нами исследования были проведены на 1-4 сутки после кровотечения. В зависимости от тяжести состояния беременных женщин во время родов и проведенных лечебных мероприятий, пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым были проведены органосохраняющие операции, во 2-ю группу были включены 16 женщин с удалением матки и ее придатков.

Учитывая большой разброс вариационного ряда изученных показателей, мы разделили пациенток 1-й группы на 2 подгруппы в зависимости от генеза акушерских кровотечений: 1-я «а» подгруппа с преэклампсией тяжелой степени и развившейся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (11 женщин) и 1-я «б» подгруппа с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии и других соматических заболеваний (9 пациенток). Анализ показателей внутри этих подгрупп показал более высокие значения гомоцистеина, ЭТ-1 и ФВ как по сравнению с нормативными величинами, так и средних величин обобщенной группы.

Вместе с тем в группе пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии у 66,7% обследованных пациенток нами были выявлены очень низкие показатели ЭТ-1 (ниже нижних границ нормы). Низкие значения ЭТ-1 приводят к расслаблению сосудистой стенки, их вазодилатации и обычно сочетаются с гипокоагуляцией. Действительно, в этой группе больных, несмотря на некоторое повышение уровня гомоцистеина, мы наблюдали статистически значимое снижение содержания ЭТ-1 в 2,86 раза и ФВ – в 1,62 раза относительно нормативных величин. Действительно, у пациенток 1-й «а» группы с массивными кровотечениями, развившимися на фоне тяжелой преэклампсии, содержание

ФВ у 36,4% обследованных превышало верхние границы нормы, в остальных случаях они сохранялись в пределах верхних значений нормы. В то же время у 44,7% пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии показатели ФВ были достоверно ниже нижних границ нормы, а в остальных случаях были в пределах 57-91 мкг/дл. На наш взгляд, это в большей степени связано с низкой функциональной активностью стволовых мегакариоцитарных клеток костного мозга, чем эндотелиоцитов, так как имеются сведения о его снижении при панцитопении, гипотиреозидизме и системной красной волчанке (8,9). Следует сказать, что у пациенток 2-й группы мы наблюдали лишь у 18,7% обследованных женщин выявлено сохранение показателей в пределах верхних границ нормы, тогда как у остальных 81,3% пациенток мы наблюдали превышение верхних границ нормы.

В связи с этим мы повторные исследования провели через 3 месяца и в катамнезе через 3 года. В зависимости от комплекса проводимых лечебных мероприятий пациентки были разделены на 2 подгруппы: получавшие традиционную (базисную) и предлагаемую терапию. Так, 3 месяца от начала традиционных реабилитационных мероприятий в сыворотке крови уровень гомоцистеина продолжает возрастать относительно исходных параметров (показателей 1-4 суток), достоверно превышая нормативные величины в 2,23 и 2,72 раза, соответственно в группах с сохранением или удалением матки и ее придатков (рис. 1).

Проведение предлагаемой комплексной реабилитационной терапии, привело к снижению уровня гомоцистеина в 1,38 и 1,87 раза относительно исходных параметров, в 1,5 и 2,22 раза по сравнению с показателями женщин, получавших традиционное лечение, соответственно группам с сохранением, так и удалением матки и ее придатков. Уровень гомоцистеина в сыворотке крови недоверно превышал показатели практически здоровых лиц. Действительно, у данной группы женщин уровень эритроцитов и гемоглобина достоверно повысился, относительно показателей группы пациенток, получавших традиционное лечение (10, 11, 12).

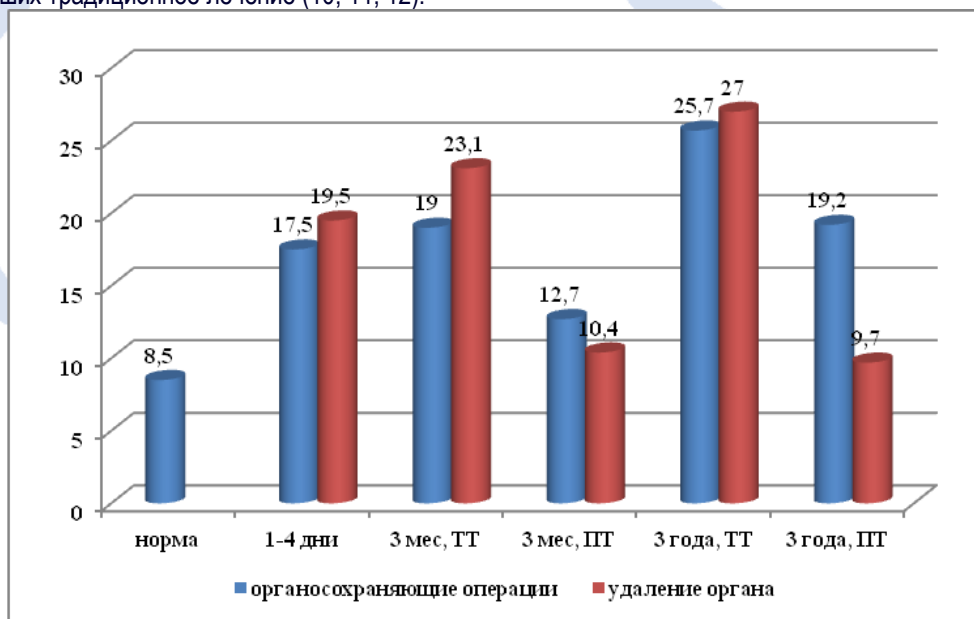


Рис. 1. Динамика изменения уровня гомоцистеина в сыворотке крови пациенток, перенесших массивные кровотечения.

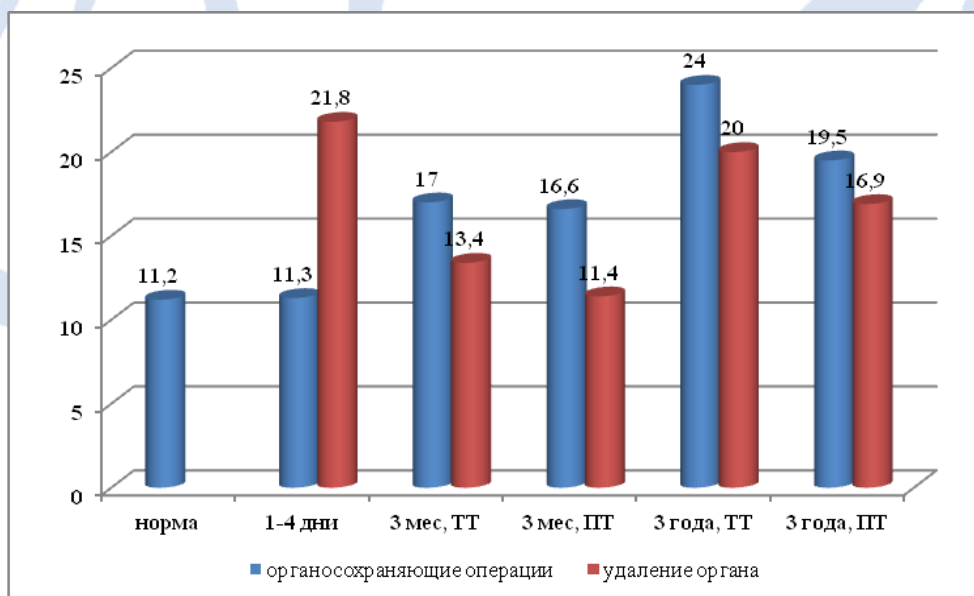


Рис. 2. Динамика изменения уровня эндотелина 1 в сыворотке крови пациенток, перенесших массивные кровотечения.

У пациенток с предлагаемой терапией уровень гомоцистеина постепенно повышается, превышая показатели предыдущего срока в 1,51 раза у пациенток с сохранным органом. Данные значения статистически значимо выше нормативных величин, однако относительно показателей группы женщин, получавших базисное лечение, несколько ниже. Следует сказать, что у женщин с удаленным органом, содержание гомоцистеина в сыворотке крови сохраняется низким: снижение в 2,78 раза относительно значений группы пациенток, получавших традиционное лечение, и показателей группы женщин с сохранным уровнем – в 1,98 раза.

Содержание ЭТ-1 в сыворотке крови женщин, перенесших массивные кровотечения, у пациенток с сохранным органом достоверно возрастает в 1,54 и 1,47 раза относительно исходных параметров, соответственно группам, получавшим традиционное и предлагаемое лечение (рис. 2). Однако в группе женщин с удаленным органом мы наблюдали достоверное его снижение в 1,63 и 1,91 раза относительно исходных показателей в группах, получавших традиционную и базисную терапию, соответственно. Следует сказать, что эти значения у пациенток с удаленным органом были ниже показателей женщин с сохранным органом. Существенной разницы в двух видах терапии мы не выявили.

Катамнестические наблюдения показали нарастание уровня ЭТ-1 в сыворотке крови пациенток, перенесших массивные кровотечения в послеродовом периоде. Так, в группе женщин с традиционной реабилитационной терапией содержание ЭТ-1 достоверно возросло в 1,49 и 1,41 раза относительно значений предыдущего срока исследования. Эти показатели были достоверно выше значений практически здоровых лиц в 2,14 и 1,79 раза, соответственно группам без удаления и с удаленным органом. В пациенток, получавших предлагаемый комплекс реабилитационных мероприятий, выявлены такие же изменения в уровне ЭТ-1 в сыворотке крови обследованных больных, однако они носили менее выраженный характер и достоверно превышали нормативные показатели в 1,74 и 1,51 раза, соответственно в группах с сохранной репродуктивной функцией и удалением матки и придатков. Анализ динамики изменения содержания ФВ у пациенток, перенесших массивные послеродовые кровотечения, получавших стандартную реабилитацию, через 3 месяца показал достоверное снижение его уровня в 1,3 и 1,43 раза относительно исходных параметров, соответственно группам с сохранением и удалением органов репродуктивной системы (рис. 3). При этом, если у женщин с сохранной репродуктивной системой значения ФВ имели тенденцию к снижению относительно нормативных показателей, то у женщин с удаленным органом лишь приблизились к норме. В то же время в группе женщин, получавших предлагаемую терапию, через 3 месяца уровень ФВ возрос в 1,33 раза относительно исходных параметров в группе без удаления органов репродуктивной системы, тогда как в группе с удалением мы наблюдали снижение в 1,77 раза.

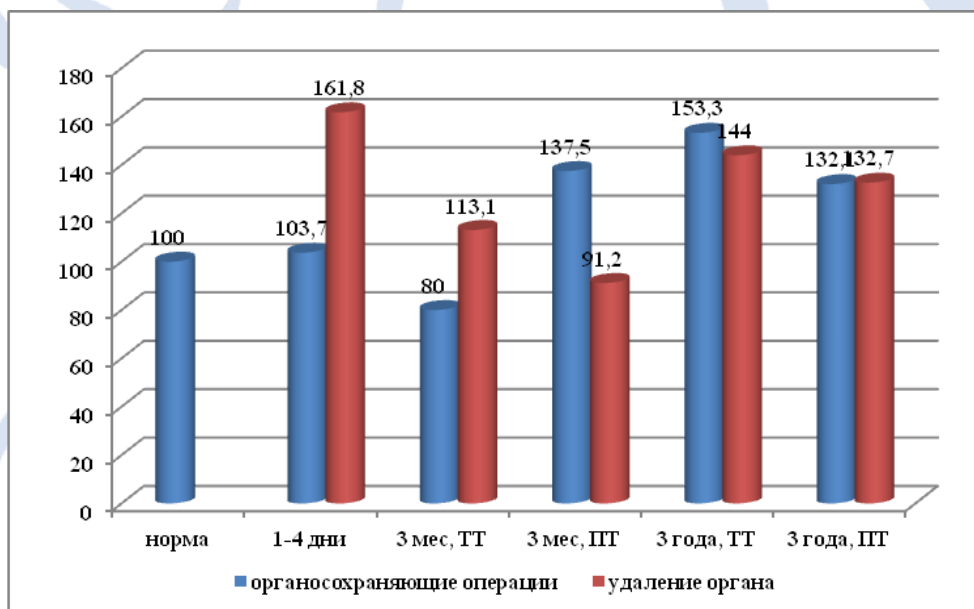


Рис. 3. Динамика изменения уровня фактора Виллебранда в сыворотке крови пациенток, перенесших массивные кровотечения.

Через 3 года после перенесенной кровопотери содержание ФВ во всех группах сохранялось высоким, особенно у женщин, получавших базисную реабилитацию.

Для констатации размеров матки и придатков и особенностях кровоснабжения внутренних половых органов мы провели ультразвуковое и доплерометрическое исследование на аппарате Aloka 5500 с трансабдоминальным и трансвагинальным доступом, и датчиком частотой 5мГц. Для определения характера кровотока в сосудах малого таза после операций мы проводили доплерометрию обеих яичниковых артериях через 2 месяца после оперативного лечения, учитывали качественные показатели кровотока. После вычисляли пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР) и систолиадиастолическое отношение (С/Д).

Допплерометрическое исследование женщин через 2 месяца после ГЭ констатирует увеличение объема оставшихся яичников в 1,25 раза относительно группы контроля, уменьшение кровотока в яичниковой артерии (систолиадиастолический коэффициент $3,58 \pm 0,15$, ПИ – $1,98 \pm 0,07$, ИР – $0,91 \pm 0,04$) и уменьшение эхогенности яичников при отсут-

ствии фолликулов, что наряду с гормональными показателями подтверждает синдром яичниковой недостаточности (табл. 1).

Таблица 1. Ультразвуковые доплерометрические показатели у обследуемых женщин

Функциональный показатель	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
V, см3 яичников	5,94±0,15**	5,77±0,15*	5,22±0,21
	7,51±0,20***	6,64±0,17***	
С/Д	3,25±0,08***	3,19±0,08***	1,68±0,07
	3,58±0,08***	3,42±0,09***	
И/Р	0,68±0,02***	0,66±0,02***	0,37±0,01
	0,91±0,02***	0,81±0,02***	
ПИ	1,81±0,04***	1,76±0,05***	2,23±0,07
	1,98±0,05*	1,90±0,05***	

Примечание: в числителе- значения через месяц после операции; в знаменателе – через 2 месяца после операции; * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Заключение. Таким образом, у женщин с массивными кровотечениями в послеродовом периоде, в динамике сохраняются нарушения функциональной активности эндотелиоцитов. Они проявляются нарастанием уровня гомоцистеина, эндотелина и фактора Виллебранда. Это указывает на возможный риск развития сосудистых осложнений. Более выражено это проявляется у женщин с удаленным органом, видимо, обусловленное также гормональными нарушениями, так как к 3 годам у большинства из них развивается синдром Шихана.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

У женщин с массивными кровотечениями в послеродовом периоде в ранние сроки после ликвидации кровотечения сохраняются нарушения сосудистого эндотелия, проявляющиеся высокими показателями содержания гомоцистеина, особенно у пациенток с удаленным органом.

Изменения в содержании ЭТ-1 и ФВ зависели от осложненного течения гестации: при тяжелых токсикозах и преждевременных родах они достоверно превышали нормативные величины, а при тяжелых анемиях с развитием гипотонических кровотечений – достоверно снижались.

У женщин с массивными кровотечениями в послеродовом периоде, в катмнезе сохраняются нарушения функциональной активности эндотелиоцитов, проявляющиеся нарастанием уровня гомоцистеина, эндотелина и фактора Виллебранда, особенно при удалении матки и ее придатков.

Допплерометрическое исследование женщин через 2 месяца после ГЭ констатирует увеличение объема оставшихся яичников в 1,25 раза относительно группы контроля, уменьшение кровотока в яичниковой артерии и уменьшение экзогенности.

Проведение комплексных реабилитационных мероприятий у женщин с удаленным органом способствовало некоторому снижению дисфункциональных нарушений сосудистой стенки, в определенной степени предотвращая риск развития сосудистых катастроф.

Литература:

1. Абдурахманова Р.К. Прогнозирование акушерских кровотечений при беременности крупным плодом/ Абдурахманова Р.К.//Тр. V съезда акушеров- гинекологов Казахстана: Тез.докл. - Алматы. - 2013. - С.16.
2. Аль-Шукри С.Х. Применение ингибитора фибринолизатранексама при трансуретральной резекции предстательной железы/ С.Х.Аль-Шукри, Е.Т.Голощапов, Г.Б.Лукичев// Урология. - 2011. - №2. - С.27.
3. Баркаган, З. С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З. С. Баркаган, А. П. Момот. – М.: Ньюдиамед-АО, 2008. – 292 с.
4. Курцер М.А. М.А.Курцер, И.Ю.Бреслав, Ю.Ю.Кутакова Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде// Акуш. и гин. - 2013. - №7. - С.10
5. Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Наимова Н.С., Рустамов М.У., Тошева И.И. «К вопросу причин послеродовых кровотечений в Бухарской области»//Тиббиётда янги кун – Самарканд, 2019.-№2(26). Стр.186-189
6. Каримова Н.Н., Аюпова Ф.М. «Пути улучшения качества жизни женщин перенесших послеродовое кровотечение» //Вестник врача. - Самарканд, 2019. – №3- Стр. 62-68.
7. Лычев В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосу- дистого свертывания крови// В.Г.Лычев. - Н.Новгород: Издательство НГМА,2012 с.12
8. Thrombosis. J.Nutr. 1996.-v. 126.-N.4 (Suppl).-p. 1285S-1289S
9. Karimova N. N., Tursunova N. I. "Present and future of reproductive system after massive obstetric bleeding" European science review, Vienna, № 9–10 2018, September–October, Volume 2. Medical science P.78-79.

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Курбаниязова В.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В современном акушерстве в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает от 35% до 40% (Farine, 2009; Г.М. Савельева 2018). Вместе с тем отмечено, что частота разрыва матки при самопроизвольных родах при рубце на матке (0,6 - 2,8%) не превышает частоту разрыва без рубца (0,7 – 1,2%). По заключению ВОЗ, 50% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения могут быть родоразрешены через естественные родовые пути. В настоящее время в ряде лечебных учреждений частота спонтанных родов при рубце на матке составляет 22,0 – 26,2%. Несмотря на это, по данным разных авторов, роды у беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути возможны в 30-80 % случаев [9, 12].

Особенности репарации тканей матки определяют формирование состоятельности рубца после КС. На течение репарации в матке влияет множество факторов, например анемия, преэклампсия, воспалительные процессы, иммунный статус, техника оперативного вмешательства и используемый шовный материал, длительность операции и кровопотеря, течение послеоперационного периода, а также время до наступления следующей беременности [7–9]. Ряд осложнений (внутриматочные вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, интра и послеоперационные осложнения) в 1,5 раза повышают риск формирования несостоятельности рубца [10, 11]. Многие исследователи установили, что формирование морфофункциональной полноценности миометрия при КС поперечным разрезом в нижнем сегменте матки происходит в течение 1–2 лет после операции [8–12].

В последние годы особое внимание уделяется иммунологическому изучению предрасположенности к различным заболеваниям. Построение клиникоиммунологических особенностей репарации ткани матки после КС находится на сегодняшний день в фокусе внимания исследователей.

Цель исследования: Определить иммунологические факторы, ассоциированные с формированием рубца на матке после кесарева сечения (КС)

Материалы и методы исследования: В основу работы положен анализ результатов обследования, комплексного лечения и динамического наблюдения за 100 пациентками репродуктивного возраста (табл. 1) с одним рубцом на матке, перенесших кесарево сечение. возраст пациенток был от 18 до 40 лет, средний возраст составил $24,5 \pm 4,1$ лет.

Критериями включения в исследование были:

- рубец на матке после одного кесарева сечения в нижне-маточном сегменте;
- предварительное кесарево сечение при сроке беременности более 37 недель;

Критерии исключения:

- рубец на матке после двух и более кесаревых сечений;
- предварительное корпоральное кесарево сечение или Т и J-образный разрез на матке;
- разрыв матки в анамнезе;
- предварительные реконструктивные операции на матке, резекция угла матки, миомектомия в анамнезе;
- наличие другой тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологии.

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование для оценки локализации плаценты, фетометрии плода. Также пользовались методом оценки состояния рубца с помощью УЗИ. Во всех случаях толщина рубца была от 3 до 5 мм, но это не было решающим показателем для принятия окончательного решения. Женщины, которые были отобраны для попытки вагинальных родов, получали и подписывали информированное согласие после объяснения преимуществ и рисков. Важным фактором в отборе была положительная настройка женщин на попытку вагинальных родов. Роды велись в готовности к чрезвычайной ситуации и под постоянным КТГ-контролем. Следили за пульсом, температурой, частотой дыхания, и кровяного давления (мониторинг каждые 15 минут). Исследования эластографии проводили при сроке беременности 36-38 недель, при котором состояние рубца можно оценить достоверно. Толщина рубца 2,5-3,0 мм, отсутствие выраженной деформации в области рубца на матке, его равномерность, наличие локусов кровотока и отсутствие плацентации в области нижнего сегмента матки были основными эластографическими критериями для выбора метода родоразрешения у беременных группы исследования.

В работе, наряду с общеклиническими методами исследования (общий анализ крови и мочи, мазок на флору), применялись специальные методы исследования, включающие:

- Лабораторные методы исследования (оценка состояния гемостаза, иммунологическое исследование коллагена IV типа), Перед родами проверяли показатели коллагена IV и в зависимости от показателей отправляли женщин на роды через естественные пути или на повторное КС. Повторное КС проводилось так же у пациенток группы исследования по жизненным показаниям или из-за несоответствия показателя коллагена IV.

Инструментальные методы (УЗИ, эластография тканей миометрия)

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование для оценки локализации плаценты, фетометрии плода. Также пользовались методом оценки состояния рубца с помощью УЗИ. Во всех случаях толщина рубца была от 3 до 5 мм, но это не было решающим показателем для принятия окончательного решения. Женщины, которые были отобраны для попытки вагинальных родов, получали и подписывали информированное согласие после объяснения преимуществ и рисков. Важным фактором в отборе была положительная настройка женщин на попытку вагинальных родов. Роды велись в готовности к чрезвычайной ситуации и под постоянным КТГ-контролем. Следили за пульсом, температурой, частотой дыхания, и кровяного давления (мониторинг каждые 15 минут). Исследования эластографии проводили

при сроке беременности 36-38 недель, при котором состояние рубца можно оценить достоверно. Толщина рубца 2,5-3,0 мм, отсутствие выраженной деформации в области рубца на матке, его равномерность, наличие локусов кровотока и отсутствие плацентации в области нижнего сегмента матки были основными эластографическими критериями для выбора метода родоразрешения у беременных группы исследования.

Результаты исследования: Выборочную совокупность исследования составили 100 пациенток с одним рубцом на матке, перенесших кесарево сечение, средний возраст которых составил $24,5 \pm 4,1$ лет.

Длительность периода после проведения кесарева сечения в группе исследования перед повторной беременностью составляет в среднем $3,3 \pm 1,4$ лет. Основными показаниями к первой операции кесарева сечения у обследованных женщин были: аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции (42,86% в основной группе и 43,08% в сравнительной) и прогрессирующая внутриутробная гипоксия (25,71% и 29,23% соответственно). При этом, в послеоперационном периоде отмечено наличие высокого уровня различных осложнений – они были выявлены у 3 (8,57%) женщин основной группы и у 13 (20%) женщин группы сравнения.

Сравнительная оценка состояния послеоперационного рубца у женщин, перенесших КС, показала, что ткань матки в зоне рубца имеет меньшую эластичность по сравнению с другими отделами матки как в раннем послеоперационном периоде, так и через год после родоразрешения. Полноценные рубцы на матке, выявленные у 33 (94,29%) женщин группы исследования и у 51 (78,46%) женщин из группы контроля.

В группе сравнения среди беременных по результатам иммунологического исследования выявлено повышение активности матриксных коллагена IV типа. При сравнении средних значений мы обнаружили значимое отличие основной группы от группы сравнения. Можно отметить высокие показатели концентрации коллагена IV типа среди женщин, свидетельствует о полной репарации ткани.

Способ родоразрешения определяли на основании детального изучения анамнеза (сведения о предыдущей операции, течение послеоперационного периода, наличие аборт), анализа течения настоящей беременности, клинических и эхографических данных рубца на матке, внутриутробного состояния плода, желаний и добровольного информированного согласия женщины.

После повторного КС отмечали более осложненное течение послеродового периода, особенно с более высоким уровнем субинволюции матки, гемато- и лохиометры. Тогда как при исследовании коллагена IV типа у этих женщин после операции свидетельствовало о возможности родов через естественные родовые пути, что могло бы дать меньший процент осложнений.

Выводы: Рекомендуем проводить комплексное обследование женщин с целью выявления группы риска для проведения повторных родов вагинальным путем. Достаточно информативным является в том числе и выявление концентрации и активности коллагена IV типа.

Литература:

1. Анчева И. А. Клиническая характеристика плацентарной дисфункции с позиции тенденции современного акушерства (обзор Литература). Буковинський медичний вісник. 2016. Т. 20, № 1. С. 196–199.
2. Барашян Л.Г., Лалаян Р.С., Казьменкова Э.М., Бондаренко Н.Ю., Чередниченко А.А., Кибишев З.Б. Морфологические исследования рубца на матке при кесаревом сечении Уральский научный вестник. 2019. Т. 5. № 3. С. 12-15.
3. Боровков В.А., Черкасова Т.М., Пачковская О.Ю., Сафарова Г.А., Гуревич Н.Л. Оценка перинатального риска у беременных с рубцом на матке Бюллетень медицинской науки. 2019. № 2 (14). С. 50-55.
4. Дуброва Л.Ю., Назаренко Л.Г., Соловьёва Н.П. Усовершенствование оценки послеоперационного рубца на матке у беременных с кесаревым сечением в анамнезе. // Таврический медико-биологический вестник. - 2013. – Т. 16, № 2. - С. 66-69
5. Кан Н. Е., Донников А. Е., Тютюнник В. Л., Кесова М. И. Молекулярно-генетические предикторы слабости родовой деятельности. Акушерство и гинекология. 2014. № 4. С. 27–32.
6. Dosedla E., Calda P. Can the final sonographic assessment of the cesarean section scar be predicted 6 weeks after the operation? Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2016; 55(5): 718–20.
7. Tsuji S., Murakami T., Kimura F., Tanimura S., Kudo M., Shozu M. et al. Management of secondary infertility following cesarean section: Report from the Subcommittee of the Reproductive Endocrinology Committee of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2015; 41(9): 1305–12.

ТУРЛИ ХИЛ КЛИНИК ШАКЛДАГИ ТУХУМДОН ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИС ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ

Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Долзарблиги. Тухумдон поликистоз синдроми (ТПС) - бу ўзгарувчан клиник кўринишга эга бўлган полиморф касаллик бўлиб, ўз вақтида ташхислашни мураккаблаштиради. ТПС нинг клиник кўринишларини ҳисобга олиб, биз қуйидаги вариантларга эътибор қаратдик: инсулин резистентлиги бўлган ТПС ва инсулин резистентликсиз ТПС [1, 2, 3].

Биринчи вариантда, инсулин резистентлиги фонида, организмда инсулиннинг компенсацион гиперпродукцияси (гиперинсулинемия) ҳосил бўлади. Ўз навбатида, инсулин миқдори ортиши нормал тухумдонларда ановуляция ривожланишига, гранулёза ҳужайралари томонидан андроген ва эстроген секрециясининг ошишига, олиб келади [4,5,6]. Иккинчи

вариантда қондаги инсулин даражаси нормал бўлиб, аммо ановуляция, гиперандрогенизм ва гиперэстрогенемияга олиб келадиган инсулин учун тухумдон ретцепторларининг бузилиши мавжуд [7, 8].

2003 йилгача инсулин резистентлиги, семириб кетиш ва шунга ўхшаш биокимёвий ўзгаришлар билан боғлиқ ўзгаришлар "метаболик синдром" деб номланди, аммо 2003 йил апрел ойида Америка Клиник эндокринологлар Ассоциацияси мутахассислари гормонал параметрларни эмас, балки биокимёвий ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда "инсулин резистентлик синдроми" деб номлашди. [9].

Инсулин резистентлигини аниқлашнинг энг муҳим биокимёвий мезонларида рациондаги зардоб глюкозасининг 6.1- 6.9 ммол / л оралиғида кўпайиши ва зўриқишда 7.8–11.1 ммол / л гача кўтарилиши кўриб чиқилиши тавсия қилинди. Бундан ташқари, классик гиперинсулинемик эугликемик клэмп усулида инсулин резистентлигини баҳолашга имкон берадиган НОМА индексини ҳисоблашимиз мумкин. НОМА индекси қуйидаги формула бўйича ҳисобланади: (очлик гликемияси (ммоль/л) х очликдаги инсулин (мкЕД / л) / 22,5) [10, 11].

Бундан ташқари, юқори зичликдаги липопротеинлар даражаси 1,3 ммоль / л оралиғида, триглицеридларнинг таркиби 1,74 ммол / л дан юқори. Юқорида келтирилган барча биокимёвий ўзгаришлар одатда 130/85 мм сим.уст ва ундан юқори гипертензив ҳолатлар билан бирга келади. [12, 13].

Ташхиснинг биокимёвий томонларини кўрсатиб, гиперандрогенизмга келсак, андрогенларнинг манбасини аниқлаш муҳимлигини таъкидлаш керак. Бунинг учун дегидро-эпиандростерон сульфат (ДЭАС-С), 17-гидроксипрогестерон, эркин тестостерон индекси (ЭТИ) ва жинсий гормонлар билан боғлиқ глобулин (ЖГБГ), кортизол, пролактин, ТТГни аниқлаш талаб этилади [14, 15]. Тухумдонларнинг гиперандрогенизми диагностикаси учун мутлақ қиймат ва ЛГ / ФСГ нисбати алоҳида аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. ТПС нинг турли шакллари бўлган аёлларда биёкимёвий ва гормонал кўрсаткичларнинг ҳуссиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. ТПС билан оғриган аёлларнинг қиёсий биокимёвий ва гормонал таҳлилинини ўтказиш учун биз аёлларни 2 гуруҳни ажратдик - асосий гуруҳга ТПС ва метаболик касалликлар билан оғриган 78 бемор, метаболик касалликлари бўлмаган 67 бемордан иборат таққослаш гуруҳи киритилган. Асосий гуруҳда ТМИ ўртача (кг / м²) 31,2 ± 0,4 кг / м², таққослаш гуруҳида 24,7 ± 0,2 кг / м² (P <0.001). Барча аёлларнинг репродуктив ёши 20 дан 32 ёшгача, гуруҳлардаги ўртача ёши 27,4 ± 1,8 ёшни ташкил этди. Беморларнинг барчасида тухумдонлар гиперандрогенизми фониди бирламчи бепуштлиқ кузатилган. Барча кўриклар ихтиёрий розилик асосида ўтказилди.

Сўров Бухоро шаҳридаги "Репродуктив марказ", шаҳар туғруқ комплекси "Гинекология" бўлими ва Жондор туман "Гинекология" бўлимларида 2018 йилдан 2020 йилгача ўтказилган.

Натижа ва таҳлиллар. ТПС билан оғриган аёлларнинг биокимёвий параметрларини ҳисобга олсак, уларнинг аниқланиши касаллик учун терапияни танлашда ва келгуси ҳомиладорликка тайёргарлик давомийлигида алоҳида аҳамиятга эга эканлигини таъкидлаш керак. Бепуштлиқни даволашдан олдин, барча аёллар метаболик касалликлар ва улар билан боғлиқ соматик касалликларни тузатишда тажрибага эга бўлишган. Ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин бир неча йил давомида асосий гуруҳнинг деярли барча аёллари 2-тоифа диабет билан даволаниб, қон босимини нормаллаштирадиган дориларни қабул қилишди. Таққосланган гуруҳлардаги аёлларнинг биокимёвий қон кўрсаткичлари натижалари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал. ЭКУ протоколини танлашни бошлашдан олдин таққосланган гуруҳлардаги аёлларнинг биокимёвий кўрсаткичлари (M ± m)

№	Кўрсаткичлар	Фарқлар чегараси	I-гуруҳ (n= 78)	II-гуруҳ (n = 67)	P
1.	Умумий протеин	65-85	62,8 ± 1,4	66,4 ± 1,3	> 0,05
2.	Креатинин	27-71	49,5 ± 2,4	52,6 ± 2.1	> 0.05
3.	мочевина	8,6-20	5 19,8 ± 1,3	14,5 ± 1,5	<0,05
4.	Умумий билирубин	8,6-20	5 19,8 ± 1,3	14,5 ± 1,5	<0,05
5.	АСТ	0,1-0,45	0,39 ± 0,03	0,22 ± 0,01	<0,001
6.	АЛТ	0.1-0.68	0.65 ± 0,04	0.46 ± 0.02	<0.001
7.	Холестерин	3,6-5,2	8,6 ± 0,03	4,4 ± 0,03	<0,001
8.	ЮЗЛП	0,86-2.28	1,47 ± 0.04	1,42 ± 0,01	<0,001
9.	ПЗЛП	1,95-4,51	3,8 ± 0.03	2,8 ± 0,01	<0,001

Изоҳ:р- таққосланган гуруҳлардаги аёллар ўртасидаги маълумотлар фарқининг ишончилиги

Таққосланган гуруҳлардаги аёллардаги биокимёвий тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилиб, шуни таъкидлашимизки, гуруҳлардаги биокимёвий кўрсаткичлардаги сезиларли фарқлар холестерин миқдори каби параметрлар бўйича олинган - асосий гуруҳда у 8,6 ± 0,03 ммоль/л, таққослаш гуруҳида 4,4 ± 0,03 ммоль / л (P <0,001), ЮЗЛП - 1,57 ± 0,04 ммоль / л ва 1,42 ± 0,01 ммол / л мос равишда ПЗЛП 4,2 ± 0.03 ммоль / л ва 3,2 ± 0,01 ммоль / л (P <0,001). Эркин ёғ кислоталарига нисбатан сезиларли равишда 2,1 ± 0,4 моль / л ва 1,23 ± 0,1 ммоль / л (P <0,05) қайд этилди. Ўртача, асосий гуруҳдаги атерогенлик коэффициенти 3,9 ± 0,02, (P <0,001).

Қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал чегаралардан чиқмади, асосий ва таққосланган гуруҳлардаги фарқлар индивидуал кўрсаткичларнинг кенг тарқалиши туфайли аниқланди.

Шундан келиб чиқиб, органлар ва тизимларнинг ҳолатини бузилишининг клиник ва инструментал кўрсаткичлари ҳар доим ҳам ТПС билан аёлларнинг биокимёвий натижаларига тўғри келмайди. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги 42 (53,8%) аёлларда ва таққослаш гуруҳидаги 8 (11,9%) аёлларда ташхис қўйилган НАДЖБ билан боғлиқ ҳолда, нормал биокимёвий натижалардан оғишлар аниқланди. асосий гуруҳдаги 22 (28,2 ± 5,1%) аёлларда ва фақат 4 (6,0 ± 2,9%) таққослаш гуруҳларида олинган ($p < 0.001$). Иккала гуруҳдаги қолган аёлларда ҳам НАДЖБ ультратовуш ёрдамида ташхис қўйилган. Бу факт ТПС клиник вариантыни ва бундай аёллар учун терапияни танлашда индивидуал ёндашув зарурлигини кўрсатади.

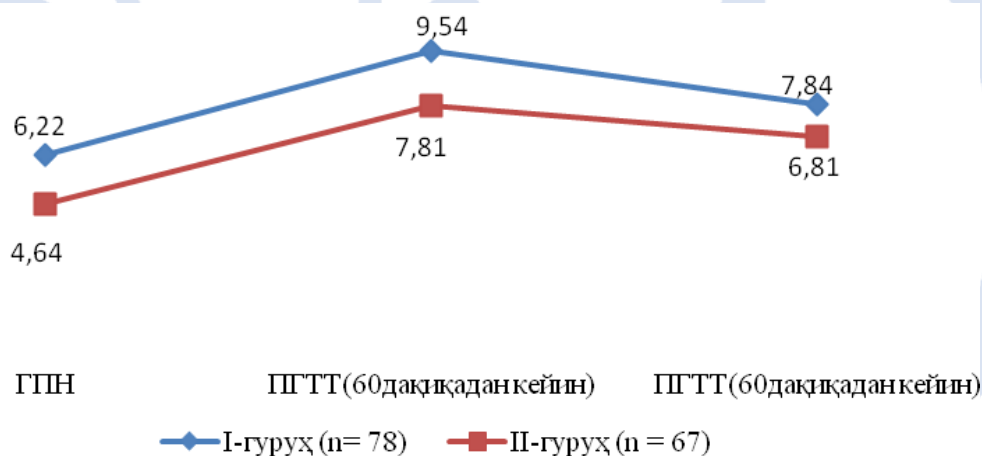
ТПС касаллиги бўлган аёлларда инсулин резистентлигини ўрганиш алоҳида эътиборга лойиқдир, чунки бу ҳолатнинг ривожланиши синдромнинг пайдо бўлишининг бевосита сабаби бўлган гиперандрогенемия билан чамбарчас боғлиқ.

2-жадвал. Таққосланган гуруҳ аёлларидаги ПГТТ кўрсаткичлари ($M \pm m$)

№	Кўрсаткичлар	I-гуруҳ (n= 78)	II-гуруҳ (n = 67)	P
1.	ОҚҚГ	6,22 ± 0,2	4,64 ± 0,2	<0,001
2.	ПГТТ (60дақиқадан кейин)	9,54 ± 0,3	7,81 ± 0,3	<0,001
3.	ПГТТ (120дақиқадан кейин)	7,84 ± 0,2	6,81 ± 0,2	<0,01

Изоҳ: р- таққосланган гуруҳлардаги аёллар ўртасидаги маълумотлар фарқининг ишончилиги

Глюкоза даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги деярли барча аёлларда ПГТТ олдида қон таркиби ортган ва ўртача 6,22 ± 0,2 ммоль/л, аммо таққослаш гуруҳида деярли барча аёлларда очликдаги глюкоза нормал эди ва ўртача 4,64 ± 0,2 ($p < 0,001$). ПГТТ дан сўнг, умумий ҳолат ўзгармади ва асосий гуруҳда зўриқиш бошланганидан 60 минут ўтгач, таққослаш гуруҳида глюкоза ўртача миқдори 9,54 ± 0,3 ммоль/л ни ташкил этди (таққослаш гуруҳида 7,81 ± 0,3 ммоль/л ($p < 0,001$)). 120 дақиқадан сўнг асосий гуруҳда гипергликемия 7,84 ± 0,2 даражасида сақланиб қолди, таққослаш гуруҳида ўртача қиймат нормал бўлиб кўринди ва 6,81 ± 0,2 ммоль/л ни ташкил этди ($p < 0, 01$). Аммо, индивидуал қийматларни ҳисобга олганда, таққослаш гуруҳидаги 16 (23,9±5,3%) аёлларда ПГТТ ўтказилгандан кейин гипергликемия 6,8-7,8 ммоль/л оралиғида аниқланган. Ушбу беморларда қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал чегараларда эди. Кейинчалик тадқиқотимизга жалб қилинган беморларда гормонал текширишларни ўтказдик, уларнинг натижалари 3-жадвалда кўрсатилган.



Рисм. 1. Қондаги глюкозанинг ўзгариши динамикаси

3-жадвал. ЭКУ протоколини танлашни бошлашдан олдин таққосланган гуруҳлардаги аёлларнинг гормонал кўрсаткичлари ($M \pm m$)

№	Кўрсаткичлар	Фарқлар чегараси	I-гуруҳ (n= 78)	II-гуруҳ (n = 67)	P
1	ЛГ МЕ/л	2-14	16,4 ± 1,3	15,7 ± 1,2	> 0,05
2	ФСГ МЕ/л	3,5-13,0	6,7 ± 0,6	8,8 ± 1,1	> 0,05
3.	Инсулин мкЕд/мл	3-20	9,7 ± 1,4	8,8 ± 1,2	> 0,05
4.	Пролактин МЕ/л	40-530	479,6 ± 22,1	321,2±26,4	<0,001
5.	ДГЭА-С ммоль/л	2,45-14,55	15,22 ± 1,7	16,03 ± 1,4	> 0,05
6.	Тестостерон нмоль/л	0,45-3,75	3,8 ± 0,6	3,9 ± 0,8	> 0,05
7.	Соматомедин-С нг/мл	121-336	122,4 ± 22,9	186,7±19,4	<0,05
8.	Анти-Мюллер гормони нг/мл	0,5-7,0	3,7 ± 0,9	3,2 ± 0,7	> 0,05

Изоҳ: р - таққосланган гуруҳлардаги аёллар ўртасидаги маълумотлар фарқининг ишончилиги кўрсаткичи.

ТПС билан оғриган аёлларнинг гормонал кўрсаткичлари натижаларини баҳолаб, шуни таъкидлаш керакки, иккала гуруҳдаги гормонал фонда ўзгаришлар метаболик касалликлар мавжудлигидан қатъий назар, бир томонлама эди. Бундан ташқари, гуруҳларда пролактин бундан мустасно, сезиларли фарқлар аниқланмади. Иккала гуруҳда ҳам циклининг ушбу куни учун ЛГ миқдори бироз ошди - асосий гуруҳда кўрсаткич $16,4 \pm 1,3$ мЕ/Л, таққослаш гуруҳида $15,7 \pm 1,2$ мЕ/Л, ФСГ эса ҳайз даврининг шунга ўхшаш даври мос равишда $6,7 \pm 0,6$ мЕ / Л ва $8,8 \pm 1,1$ мЕ / Л ни ташкил этди. Аммо асосий гуруҳдаги ЛГ / ФСГ даражаси ўртача $3,4 \pm 0,2$, таққослаш гуруҳида - $2, \pm 0,1$ ($p < 0,01$). ЛГ/ФСГ нисбатларидаги бундай фарқ метаболик синдромли аёлларда гипоталамо-гипофизар тизимининг чуқур бузилишини кўрсатиши мумкин. Проллактин индекси ҳам эътиборга лойиқ, бу бир томондан нормал кўрсаткичларга мос келади, аммо асосий гуруҳдаги унинг кўрсаткичлари таққослаш гуруҳига қараганда анча юқори эди - $479,6 \pm 22,1$ мЕд/л ва $321,2 \pm 26,4$ мЕд / л ($p < 0,001$). Гуруҳлардаги ПРЛ нинг индивидуал кўрсаткичларини ҳисобга олсак, шуни таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги $14(17,9\%)$ аёлларда ПРЛ қийматлари 550 дан 625 мЕд /Л гача бўлган, биз буни ўртача гиперпролактинемия деб билардик. Таққослаш гуруҳида гиперпролактинемия бўлган аёллар аниқланмади. Андрогенга бўлиқ ТПС маркерларига келсак, асосий гуруҳда тестостероннинг ўртача миқдори $3,8 \pm 0,6$ нмол/л, таққослаш гуруҳида эса $3,9 \pm 0,8$ нмол/л ни ташкил этди. ДГЭА-С шунингдек нормал кўрсаткичлардан бироз ошиб кетди ва асосий гуруҳда $15,22 \pm 1,7$ ммол/л, таққослаш гуруҳида - $16,03 \pm 1,4$ ммол/л ни ташкил этди. Шундай қилиб, иккала гуруҳдаги аёлларнинг кўпчилигида гиперандрогенизмни ўртача деб ҳисоблаш мумкин.

Ўзгариши ТПС патогенезидаги энг муҳим бўғинлардан бири бўлган инсулин ва соматомедин-С га келсак, иккала гуруҳдаги аёлларнинг аксарияти нормал лаборатория параметрларида инсулин даражасига эга ва ўртача $9,7 \pm 1,4$ мкЕд / мл, таққослаш гуруҳида эса $8,8 \pm 1,2$ мкЕд / мл. Соматомединга келсак, асосий гуруҳда унинг кўрсаткичлари таққослаш гуруҳидаги аёлларга қараганда анча паст бўлиб, мос равишда $122,4 \pm 22,9$ нг/ мл ва $186,7 \pm 19,4$ нг/мл ни ташкил этди ($p < 0,05$). Юқорида тавсифланган глюкоза кўрсаткичларини ҳисобга олганда, асосий гуруҳдаги барча аёлларда, шунингдек таққослаш гуруҳидаги $14(17,9\%)$ аёлларда инсулин қаршилиги ва 2-тоифа диабетни аниқ ташхислаш мумкин.

Ва няхоят, анти-Мюллер гормонининг таркибини ҳисобга олсак, иккала гуруҳдаги барча аёллар учун у нормал диапазонда бўлганлигини ва мос равишда $3,7 \pm 0,9$ нг/мл ва $3,2 \pm 0,7$ нг/мл ни ташкил этганлигини кўрсатамиз. Бу этарлича тухумдон захираси ва таққосланган гуруҳдаги барча аёллар учун ЭКУ га эҳтимоли борлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Балтер Р.Б. и др. Бесплодный брак: учебное пособие для студентов педиатрического и медикопрофилактического факультетов. - Самара, 2015.
2. Васюхина А.А., Целкович Л.С. Иммуногистохимические особенности эндометрия женщин с трубноперитонеальным бесплодием // Аспирантский вестник Поволжья. - 2016. - № 1-2. - С. 13-16.
3. Дейнека Н.В., Целкович Л.С., Иванова Т.В. и др. Психологическая реабилитация женщин, страдающих бесплодием // Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и крепкой семье.
4. Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Ж., Исмадова М.М. "Гинекологияда ҳамширалик иши" 2018
5. Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К. - Причины и методы диагностики эндокринного бесплодия и роль витамина Д в его коррекции // Тиббиётда янги кун 2(30/2) 2020 стр 34-38
6. Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К. - Ановуляторное бесплодие и синдром поликистозных яичников // Тиббиётда янги кун 2(30/2) 2020 стр 159-165
7. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. "Гинекологияда гормонал терапия" 2019
8. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Материалы научно-практической конференции, посвященной 30-летию Перинатального центра СОКБ им. В.Д. Середавина / под ред. Ю.В. Тезикова, И.С. Липатова. - Самара, 2015. - С. 80-83.
9. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современный подход к диагностике и лечению бесплодия. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С. 21-51.
10. Хашченко Е.П., Уварова Е.В. Современные подходы к диагностике и ведению пациенток с синдромом поликистозных яичников в подростковом возрасте // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 5. - С. 5-9.
11. Целкович Л.С., Тюмина О.В., Прибыткова Е.И. и др. Значение определения эстрадиола и хорионического гонадотропина в протоколах ЭКО у женщин старшего репродуктивного возраста, угрожаемых по развитию синдрома гиперстимуляции яичников // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». - 2017. - № 4 (28). - С. 89-96.
12. Шифрина Ю.О., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. Молекулярные аспекты инсулинорезистентности // Российские медицинские вести. - 2012. - № 3. - С. 17-25.
13. Эндокринная система, спорт и двигательная активность: пер. с англ. / под ред. У.Дж. Кремера и А.Д. Рогола. - Олимп. литература, 2008. - 600 с.
14. Amato A.A., de Assis Rocha Neves F. Idealized PPAR γ -based therapies: lessons from bench and bedside. PPAR Res. 2012; 2012: 978687.
15. Cakal E., Ozkaya M., Engin-Ustun Y., Ustun Y. Serum lipocalin-2 as an insulin resistance marker in patients with polycystic ovary syndrome. J. Endocrinol. Invest. 2011; 34(2): 97-100.
16. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. EndocrPract 2015; 21 (11): 1291-300.

СОСТОЯНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лим В.И., Мурадова Д.А., Лим М.В.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Перинатальные поражения центральной нервной системы новорожденных занимают ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и составляют около 50% инвалидизации детей [3, 7, 10].

В то же время, различные нарушения состояния в перинатальном периоде новорожденного (гипоксия, токсикозы беременности, нефропатии, нарушения маточно-плацентарного барьера, внутриутробные инфекции, асфиксия, респираторный дистресс-синдром и др.) могут стать причиной развития сердечно-сосудистых нарушений, развитию сердечной недостаточности [2, 4, 6].

Комплекс изменений, возникающих при этом, оказывает неблагоприятное влияние как на центральную нервную систему, нарушая регулирующее влияние подкорковых структур головного мозга на функциональное состояние внутренних органов, так и непосредственно на сердечно-сосудистую систему [5, 11], что в свою очередь без сомнений оказывает неблагоприятное воздействие на неврологический статус, создавая тем самым «замкнутый» круг.

Оценка перинатального поражения ЦНС, основывается на данных инструментального обследования, одним из которых является нейросонографическое исследование [1, 8, 9] имеющее решающее значение для выбора лечения и прогнозирования заболевания.

В этой связи изучение клинико-инструментальных особенностей перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных с нарушениями сердечно-сосудистой системы является актуальным.

Материалы и методы: проведено исследование у 90 новорожденными с перинатальным поражением центральной нервной, которые методом случайной выборки были распределены на 2 группы: I группу составили 50 новорожденных с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы со средней степени тяжести поражения центральной нервной системы, во II группу вошли 40 новорожденных с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы с тяжелой степенью тяжести. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Проводилось нейросонографическое исследование центральной нервной системы, при котором особое внимание уделяли структурам параметрам имеющих количественное выражение, такие как размеры (в мм) третьего, четвертого желудочков и субархноидального пространства.

Статистическая обработка результатов проводилась с вычислением среднего арифметического значения (M), ошибки среднего арифметического значения (m), критерия Стьюдента (t),

Результаты: проведенные исследования показывают, что частота и выраженность практически всех основных синдромов и симптомов перинатального поражения центральной нервной системы зависят от степени тяжести заболевания (таблица 1).

Таблица 1. Клинические симптомы у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы.

№	Показатели	I группа (n=50)	II группа (n=40)	P
I	Синдром угнетения			
1	Не активен	34,0±6,7	45,0±7,9	>0,5
2	Тонус мышц понижен	18,0±5,4	30,0±7,2	>0,5
3	Сонливость	36,0±6,8	67,5±7,4	<0,001
II	Синдром возбуждения:			
4	Тревожен и возбужден	14,0±4,9	37,5±7,7	<0,01
5	Дрожание подбородка	42,0±7,0	57,5±7,8	>0,1
6	Тремор конечностей	62,0±6,6	47,5±7,9	>0,1
7	Нарушение рефлексов	12,0±4,6	30,0±7,2	<0,05
8	Непроизвольное подергивание мышц	8,0±3,8	17,5±6,0	>0,1
III	Синдром внутричерепной гипертензии:			
9	Повышенная возбудимость	32,0±6,6	45,0±7,9	>0,1
10	Набухание и уплотнение родничка	8,0±3,8	27,5±7,1	<0,05
11	Частые срыгивания и рвота	24,0±6,0	45,0±7,9	<0,05
12	Избыточный рост окружности головы	4,0±2,8	7,5±4,2	>0,5
IV.	Нарушение мышечного тонуса:			
13	Гипотонус	12,0±4,6	30,0±7,2	<0,05
14	Гипертонус	18,0±5,4	35,0±7,5	>0,1
V.	Нарушение глазодвигательной системы:			
15	Горизонтальный нистагм	14,0±4,9	27,5±7,1	>0,1
16	Вертикальный нистагм	16,0±5,2	30,0±7,2	>0,1
17	Симптом Грефе	6,0±3,4	20,0±6,3	<0,05
18	Сходящиеся косоглазие	6,0±3,4	22,5±6,6	<0,05

Примечание: P – достоверность различий между I и II группами.

Для новорожденных родившихся с тяжелой степенью перинатальной энцефалопатии было характерно наличие синдрома угнетения, проявлявшегося гиподинамией у больных I группы - $34,0 \pm 6,7\%$ и во II группе у $45,0 \pm 7,9\%$ ($P > 0,5$), мышечной гипотонией $18,0 \pm 5,4$ и $30,0 \pm 7,2$ ($P > 0,5$) и достоверно значимой разницей ($P < 0,001$) в сонливости $36,0 \pm 6,8\%$ и $67,5 \pm 7,4\%$ соответственно группам наблюдения. Для новорожденных родившихся с тяжелой степенью перинатальной энцефалопатии было характерно наличие синдрома угнетения, проявлявшегося гиподинамией у больных I группы - $34,0 \pm 6,7\%$ и во II группе у $45,0 \pm 7,9\%$ ($P > 0,5$), мышечной гипотонией $18,0 \pm 5,4$ и $30,0 \pm 7,2$ ($P > 0,5$) и достоверно значимой разницей ($P < 0,001$) в сонливости $36,0 \pm 6,8\%$ и $67,5 \pm 7,4\%$ соответственно группам наблюдения.

К данной категории синдромокомплекса относились и нарушение мышечного тонуса: проявлявшие достоверной разнице в гипотонусе мышц в I группе в $12,0 \pm 4,6\%$ и во II группе в $30,0 \pm 7,2\%$ случаях ($P < 0,05$), а также гипертонусе в $18,0 \pm 5,4\%$ и $35,0 \pm 7,5\%$ ($P > 0,1$) случаях соответственно.

Так, клиника острого периода при перинатальной энцефалопатии средней степени тяжести в сравнении с тяжелой степенью характеризовалась преобладанием общемозговой симптоматики, проявлявшаяся синдромом возбуждения. Было выявлено, что у новорожденных детей наиболее частыми проявлениями с достоверной разницей были: тревожность и возбуждение в $14,0 \pm 4,9\%$ и $37,5 \pm 7,7\%$ ($P < 0,01$), нарушение рефлексов в $12,0 \pm 4,6\%$ и $30,0 \pm 7,2\%$ ($P < 0,05$), а также симптомы в виде дрожания подбородка в $42,0 \pm 7,0\%$ и $57,5 \pm 7,8\%$, тремор конечностей в $62,0 \pm 6,6\%$ и $47,5 \pm 7,9\%$, а также непроизвольное подергивание мышц в $8,0 \pm 3,8\%$ и $17,5 \pm 6,0\%$ ($P > 1,0$) соответственно групп изучения.

У детей с средней и тяжелой степенью перинатальной энцефалопатии признаки поражения нервной систем проявились незначительным преобладанием синдромом внутричерепной гипертензии, в виде повышенной возбудимости в $32,0 \pm 6,6\%$ и $45,0 \pm 7,9\%$ ($P > 0,1$) и показателем избыточного роста окружности головы в $4,0 \pm 2,8\%$ и $7,5 \pm 4,2\%$ ($P > 0,5$) соответственно группам исследования.

В наших исследованиях у детей с средней и тяжелой степенью перинатальной энцефалопатии признаки поражения нервной систем преобладали синдромом внутричерепной гипертензии, в виде повышенной возбудимости в $32,0 \pm 6,6\%$ и $45,0 \pm 7,9\%$ ($P > 0,1$) и показателю избыточного роста окружности головы в $4,0 \pm 2,8\%$ и $7,5 \pm 4,2\%$ ($P > 0,5$).

Известно, что набухание и уплотнение родничка являются достоверным признаком поражения ЦНС и плохим прогностическими признаком осложнения перинатальной энцефалопатии, при этом при средней степени тяжести она встречалась в $8,0 \pm 3,8\%$, то при степени тяжести достигая до $27,5 \pm 7,1$, что была значима чаще ($< 0,05$), такую же характеристику можно и дать симптомокомплексу частые срыгивания и рвоты выявлявшиеся в $24,0 \pm 6,0\%$ и $45,0 \pm 7,9\%$ случаях ($P < 0,05$).

Нарушение глазодвигательной системы в виде патологическим движением глаз в виде горизонтального и вертикального нистагма встречались у больных I группы в $14,0 \pm 4,9\%$ и во II группе в $27,5 \pm 7,1\%$ случаях, и соответственно в группах в $16,0 \pm 5,2\%$ и $30,0 \pm 7,2\%$ ($P > 0,1$), и с достоверной разницей при симптоме заходящего солнца $6,0 \pm 3,4\%$ и $20,0 \pm 6,3\%$ ($P < 0,05$) и симптоме сходящиеся косоглазие в $6,0 \pm 3,4\%$ и $22,5 \pm 6,6\%$ ($P < 0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ клинических проявлениях ЦНС у новорожденных детей, достоверно показал прямую зависимость частоты и глубины поражение нервной системы от степени тяжести перинатальной энцефалопатии, причем отмечалось явное превалирование симптомов сонливости, тревоги и возбуждения, нарушения рефлексов, набухание и уплотнение родничка, частых срыгиваний и рвоты, гипотонии мышц.

Для подтверждения полученных клинических результатов нами были взяты основные показатели нейросонографического исследования мозга у новорожденных, имеющих количественную характеристику, такие как размеры (мм) третьего и четвертого желудочка субарахноидального пространства головного мозга отражающих состояние центральной нервной системы при перинатальных энцефалопатиях (таблица 2)

Таблица 2. Характеристика количественных показателей нейросонографического исследования мозга у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы.

№	Показатели (мм)	I группа (n=50)	II группа (n=40)	P
1	Третий желудочек (мм)	$4,6 \pm 0,2$	$5,9 \pm 0,4$	$< 0,01$
2	Четвертый желудочек (мм)	$5,1 \pm 0,3$	$6,1 \pm 0,5$	$< 0,05$
3	Субарахноидальное пространство (мм)	$3,9 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,4$	$< 0,05$

Примечание: P – достоверность различий между I и II группами.

Как видно из таблицы 2, данные исследования свидетельствуют, что между всеми изученными показателями: размеры третьего желудочка в I группе - $4,6 \pm 0,2$ мм и во II группе - $5,9 \pm 0,4$ мм, четвертого желудочка в I группе - $5,1 \pm 0,3$ мм и во II группе - $6,1 \pm 0,5$ мм и субарахноидальном пространстве I группе - $3,9 \pm 0,2$ мм и во II группе - $4,9 \pm 0,4$ мм имелись значимые различия ($P < 0,01, P < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, что свидетельствуют о важности инструментального обследования (нейросонографического) для определения патологии.

Заключение: Клиническая симптоматика по частоте и глубине поражения ЦНС у новорожденных, зависит от степени тяжести перинатальной энцефалопатии, отмечается превалирование симптомов сонливости, тревоги и возбуждения, нарушения рефлексов, набухание и уплотнение родничка, частых срыгиваний и рвоты, гипотонии мышц в группе больных с тяжелой степенью заболевания ($P < 0,05 < 0,01$).

При нейросонографическом исследовании у новорожденных при средней и тяжелой степени тяжести перинатальной энцефалопатии, показатели третьего желудочка, четвертого желудочка и субарахноидальном пространстве имелись значимые различия в сравнении с контрольной группой ($P < 0,01, P < 0,05$), что свидетельствуют о важности ин-

струментального обследования для определения патологии, так и для определения степени поражения перинатальной поражения ЦНС.

Литература:

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2005; с. 87-122
2. Бубневич Т.Е. Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных: учеб.-метод. пособие / Т. Е. Бубневич, С. С. Ивкина, А. И. Зарянкина. - Гомель: ГомГМУ, 2016. - 40 с.
3. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия у новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – 4-е изд., испр и доп. – М.: МЕД-пресс-информ, 2013. – 228 с.
4. Зарянкина А.И., Ящина А.С. Нарушения ритма сердца и проводимости у новорожденных с перинатальной энцефалопатией. – 2018.
5. Котлукова Н.П. Современные представления о механизмах формирования кардиоваскулярной патологии у новорожденных и грудных детей //Патология новорожденных и детей раннего возраста: Лекции по педиатрии /Н.П. Котлукова, Л.В. Симонова www.freepatent.ru/patents/2368367.
6. Прахов А.В. Неонатальная кардиология. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2008. 388 с
7. Смирнова А. В. и др. Метод прогнозирования перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных //Клиническая лабораторная диагностика. – 2019. – Т. 64. – №. 2. – С. 89-93.
8. Студеникин В. М. и др. Неонатальная неврология. – 2014.
9. Шамансуров Ш. Ш., Студеникин В. М. Неврология раннего детства //Ташкент: ИПТД. – 2010.
10. Cetinkaya M. Cytidine 5-diphosphocholine ameliorates hyperoxic lung injury in a neonatal rat model / M. Cetinkaya, M. Cansev, I.M. Kafa, C. Tayman et al. // Epub. – 2013. -74 (1).– С. 26 - 33.
11. Somoza F., Bruno M. Cardiología pediátrica. Cardiología perinatal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Instituto Salesiano de Artes Gráficas (ISAG). – 2007.

РОЛЬ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА В РАЗВИТИИ ХОРИОАМНИОНИТА

Магзумова Н.М., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Хориоамнионит - это инфекция, в результате которой возникает воспаление любой комбинации околоплодных вод, плаценты, плода, плодных оболочек или децидуальной оболочки. Этиология хориоамнионита у беременных с излитием околоплодных вод безмерна и до конца не исследована [2,4,5].

До сегодняшнего дня многочисленными исследованиями показано, что во многих наблюдениях различные воспалительные процессы во время беременности у беременных женщин которые связаны с излитием околоплодных вод, роды и послеродовой период имеет растущее количество микробных природ с вовлечением в инфекционный процесс как анаэробных, так аэробных микроорганизмов [1,3,6,7]. В основных случаях возбудителями являются ассоциации факультативной и облигатной анаэробной микрофлоры. Микоплазменная, хламидийная и смешанная инфекция при беременности – причина высокого риска развития различных осложнений беременности, родов и послеродового процесса. Субинволюция матки послеродов, расхождение швов, послеродовый эндометрит можно увидеть чаще при хориоамнионите у беременных с излитием околоплодных вод [8,11,13].

Большим степенем проявления послеродовой инфекции становится послеродовый эндометрит, септические осложнения и раневая инфекция. Послеродовый эндометрит в общей популяции родивших составляет-3-8%. В течение многих десятилетий послеродовый метроэндометрит и субинволюция матки послеродов остается неоднократно встречаемой патологией которые часто встречается после хориоамнионита [9,10,12].

На сегодняшней день особое внимание исследователей-клиницистов обращено к проблеме хориоамнионита во время беременности родов. Роль хориоамнионита изучается в связи с большим кругом акушерских и перинатальных осложнений: инфекционно-воспалительные заболевания послеродов (субинволюция матки, послеродовой метроэндометрит, сепсис), окончание беременности с оперативным путем, плацентарной недостаточностью, внутриутробными инфекциями плода [1,6,8].

Причина развития хориоамнионита могут быть анаэробы, энтерококки, стрептококки, стафилококки их ассоциации. Имеется ряд механизмов развития хориоамнионита, но главный путь - восходящий. Цервикальная слизь и плодные оболочки становятся эффективным барьером против бактериальной инвазии [5,6,13]. Инфицирование случается чаще всего при преждевременной и дородовой излитие околоплодных вод, в связи этого патогенная микрофлора из влагалища восходящим путем вникает в полость амниона. Хориоамнионит может показать себя трансплацентарно при бактериемии, особенно при инфицировании стрептококками группы В [7,8,9]. Хориоамнионит очень часто чаще возникает у беременных женщин и рожениц группы высокого риска. Чаще всего имеют пиелонефриты беременных, наличие истмико-цервикальной недостаточности, патологические роды, оперативные вмешательства, частые влагалищные исследования и др. Актуальный фактор риска возникновения хориоамнионита - дородовое и преждевременное излитие околоплодных вод. Именно такое осложнение беременности наблюдается при доношенной беременностив 12- 15%, при недоношенной беременности в 30- 53% случаев [6,7,13].

При выборе тактики ведения родов при хориоамнионитес преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) или с дородовом излитие околоплодных вод (ДИОВ) необходимо постоянно сравнивать риски использования оперативной или активной тактики, материнские риски преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП),сепсис, послеродовая кровотечения, лихорадка и эндометрит в пуэрпериальном периоде, с рисками выбора активно-выжидательной тактики (преиндукция, индукция родов) или с рубцом на матке активной тактики (кесарево сечение КС) [8,12,13]. Противопоказания для выбора выжидательной тактики осложнения беременности, требующие срочного родоразращения (тяжёлая преэклампсия,эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты); декомпенсированные состояния матери; Активная тактика также характеризуется возможными рисками развития осложнений: необходимостью родовозбуждения, которое может осложниться гиперстимуляцией матки, увеличением частоты КС, болью, дискомфортом; развитием септических осложнений матери [6,7,13]. Однако преимуществом активной тактики является предупреждение инфекции. Необходимо учитывать, что частота инфекции и КС возрастают в случае родовозбуждения после 72-часового безводного промежутка [1,10,11].

Цель: Изучить акушерские, соматические, гинекологические анамнезы в развитии риска хориоамнионита и клинико-лабораторно выбрать тактику ведение родов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 96 беременных, роды у которых осложнились с хориоамнионитом в сроках 28-42 недель гестации, поступившие в Бухарский городской и перинатальный центр за период 2017-2020 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода. Распределение беременных по возрасту, было, следующим: до 20 лет-18 (18,7%), от 21 до 30 лет – 56 (58,3%), 31 и старше – 22 (23%) беременных. В целом, возраст беременных варьировал от 17 до 44 лет, составляя в среднем $26,9 \pm 2,4$ лет.

Жительниц города было – 34 (35,4%), села – 62 (64,6%). Домохозяйек было – 68 (70,8%), служащих – 18 (18,7%), рабочих – 8 (8,3%), студенток – 2 (2%). Данные о паритете беременности и родов представлены в таблице 1.

Как видно из представленных данных, в проспективной группе женщин с хориоамнионитом первобеременные составили - 57 (59,3%), повторнородящих 39 (40,6%). Первые роды имели 38 (39,6%), повторные роды 36 (37,5%), 3 и более роды - 22 (23%) женщин.

Таблица 1. Паритет беременности, родов и срок гестации у обследованных женщин

Группы	Паритет беременности		Паритет родов			Срок гестации		
	Пер.бер.е	Повт.бер.е	Пер.род.е	Повт.рожд.е	Много рож.е	От 28-37 нед	От 38-40 нед	40 нед. и более
Беременных с хориоамнионитом N=96	57 (59,3%)	39 (40,6%)	38 (39,6%)	36 (37,5%)	22 (23%)	66 (68,7%)	21 (21,8%)	9 (9,3%)

При ведении родов, осложненных дородовом излитием околоплодных вод, необходим контроль гемодинамические показатели, ведение листа наблюдения, измерение t_0 - тела каждые 4 часа, кровь на лейкоцитоз 1 раз в сутки, общий анализ крови (коагулограмма, С-реактивный белок, лейкоцитарный интоксикационный индекс, анализ мочи, группа крови и Rh- принадлежность, анализ выделений из влагалища- мазок, УЗИ матки и плода, цервикометрия, общее состояние роженицы. Лабораторные исследование всех обследуемых групп различаются по всем показателям. По нашим исследованиям формулы крови с момента поступления в стационар и до начала лечения имели низкие показатели красной части крови, такие как Hb, содержание эритроцитов было значимо ниже в двух основных группах, тогда как в контрольной они были ближе к нормативным данным (табл. 1).

Численность лейкоцитов основной первой группе которые, беременных хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили $15,7 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$. Однозначными лабораторными признаками расстройства обусловлено лейкоцитозом выше $16 \cdot 10^9/\text{л}$ и ускорение СОЭ в общем анализе крови. Показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ), указывающий на степень воспаления и генерализацию инфекции наблюдается в основных группах: основной группе которые беременных с показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод показало $40,7 \pm 0,56 \text{ мм/час}$. Общевоспалительных тенденциях также свидетельствует сдвиг лейкоцитарной формулы влево. С-реактивный белок основной группе которые, беременных показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили $8,5 \pm 0,1 \text{ мг/л}$, тогда как в контрольной группе было значимо составил $0,9 \pm 0,1 \text{ мг/л}$. Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) основной группе беременных показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили $540 \pm 0,14 \text{ у/л}$.

Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, показано применение антибактериального препарата Амоксиклав 1000 мг при родах сразу с преждевременным излитием околоплодных вод и комбинированную сочетанную антибактериальную терапию при повышенном лейкоцитозе и выше указанных лабораторных показателей, это свидетельствует о начале признаков хориоамнионита.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде острых респираторных инфекций (ОРИ), обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы хронические эндометриты, вирусные инфекции герпетической и

уреаплазма в сочетании с хламидиозом 54% и кольпиты различной этиологии, дисбиоз влагалища которые составили 44,6%. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование при помощи зеркал с целью выявления характера выделений, цвета околоплодных вод, степень раскрытия шейки матки. Выявлено, при начале родовой деятельности у 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу родильного комплекса. У беременных с «незрелой» шейкой и выявленных признаков кольпита предложена индукция родов мифепристоном 200 мг по 1 таблетке после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 12 часов для уточнения необходимости продолжения индукции простагландинами. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой: Убедить женщину, что есть возможность произойти спонтанному рождению плода в течении 24 – 48 часов без осложнений было несомненно трудно. Однако, при критических состояниях угрожающих жизни женщины или плода (ПОНРП 2-ст, тяжелая преэклампсия, эклампсия, несостоятельность рубца), тяжелой акушерской патологии, при незрелости шейки матки и отсутствия условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решён вопрос об оперативном родоразрешении.

Выводы. Таким образом, в процессе изучения анкетирования беременных обнаружено, что основными факторами, способствующими хориоамниониту являются отягощённый акушерский, гинекологический и соматический анамнез, что имело место во всех случаях исследования. У беременных при наслоении дисбиоза или внутриматочных инфекции с излитием околоплодных вод обнаруживается повышение уровня С-реактивного белка, лактатдегидрогеназы, лейкоцитарный индекс интоксикации и это может стать показанием для раннего начала антибактериальной терапии без выжидательной тактики, то есть до 18 часов и решение своевременного родоразрешения, с целью профилактики гнойно-септических осложнений.

Литература:

1. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод: иммунологические и биохимические аспекты проблемы, вопросы диагностики и тактики ведения/В.М. Болотских, Ю.П. Милютина//Журнал акушерства и женских болезней.-2011.- № 4.-с.104-110
2. Ихтиярова Г.А. Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза/Г.А.Ихтиярова, Н.К.Дустова, З.Ш. Курбанова//Журнал Новый день в медицине.-2020.- №1.-с.211-214
3. Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О. Скрининг диагностика гестационного диабета// Тиббиётда янги кун. - 2020. №1 (29). -С. 220-222.
4. Наврузова Н.О. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки / Н.О. Наврузова, Г.К. Каримова, Г.А. Ихтиярова // Спорт и медицина. - 2020. - № 1. - С. 74-77.
5. Тошева И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек/И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова//Журнал РМЖ. Мать и дитя.-2020.-Т3, № 1. - С.16-20.
6. Тошева И.И. Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений / И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова, Г.А. Ихтиярова // Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2020. - №1. - С.76-79.
7. Тошева И.И. Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод/И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова// Вестник Дагестанской государственной медицинской академии.-2019.-№ 4(33). - С.34-38.
8. Ихтиярова Г.А. Оптимизация диагностики и методы прерывания беременности в различные сроки гестации у женщин с антенатальной гибелью плода // Монография. “Дурдона”.-2019.-136 с.
9. Ikhtiyarova G.A. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies / G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.K. Dustova // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. - ISSN 2515-8260. - Volume 07, Issue 07. - P. 530-535.
10. Ikhtiyarova G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times/G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, N.S. Nasrullayeva//Asian Journal of Research.-2017.-№ 3(3).-P.32-39.
11. Mavlyanova N.N. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation/N.N. Mavlyanova, G.A. Ihtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.S. Narzullaeva//Journal of Medical-Clinical Research&Reviews-2020.-№4(6).-p.18-20
12. Nuraliyev N.A. Diagnostic value determination of antibodies to antigens of Microorganisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs/N.A. Nuraliyev, N.I. Olimova, G.A. Ikhtiyarova//American journal of medicine and medical sciences.- 2020.-№10(2).-p.124-127
13. Tosheva I.I. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death/I.I. Tosheva, G.A. Ikhtiyarova, M.J. Aslanova//Journal of Problems and solutions of advanced scientific research.-2019.-№1.-p.417-424.

ОПТИМИЗАЦИЯ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мадримова К.К., Матризаева Г.Дж.Дж., Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Введение: Актуальный вопрос здоровья женщин в периоде климактерия в частности является общественно значимой проблемой современной медицины. В климактерии на фоне дефицита эстрогенов у 60–75% женщин могут развиваться расстройства – от вегетососудистых до метаболических (остеопороз, атеросклероз), сексуальных, мочепо-

ловых и др. При тяжелых проявлениях вышеперечисленных расстройств показано применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ), включающей как монотерапию эстрогенами, так и сочетание ее с прогестагенами. При назначении гормональных препаратов для лечения КС (климактерический синдром), даже при наличии их большого выбора, не учитывается их влияние на индивидуальные особенности функции репродуктивной системы и сопутствующих соматических заболеваний каждой пациентки. В доступной литературе противоречивы данные о влиянии ЗГТ и, особенно, ее длительности на параметры метаболического и гемостазиологического гомеостаза [3,5,6]. Нет единого мнения о тактике дифференцированного подхода при назначении заместительной гормональной терапии с учетом имеющихся системных нарушений. Требуется дальнейшего изучения оценка пользы и риска при долгосрочной ЗГТ в связи с возможным риском тромбозов, онкологической настороженностью [1,2,4].

Цель исследования: Оптимизации, индивидуализации заместительной гормонотерапии с учетом возраста, сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

Материал и методы исследования: В соответствии с поставленной целью и задачами исследования обследовано 80 женщин в перименопаузе и постменопаузе с симптомами КС. Из них 60 женщин наблюдались весь период исследования и эти данные подверглись окончательной обработке. 30 пациенток составили основные лечебные группы, 20 – контрольную группу, 30 – группу сравнения. Возраст пациенток колебался от 45 до 55 лет. Из них – 51 в возрасте перименопаузы (51,4±1,3 года) и 29 женщин – в постменопаузе (средний возраст 55,3±4,4 года) длительностью не более 5 лет.

Критерии включения: наличие симптомов климактерического синдрома у женщин в перименопаузе, не использовавшие половые гормоны за 6 месяцев до начала исследования индекс массы тела не выше 33 кг/м²;

Критерии исключения: указания на возможные тромбофилические состояния по данным личного и семейного анамнеза; лабораторные критерии АФС; лабораторно подтвержденное наличие наследственных тромбофилий.

После анализа данных предварительного клинического исследования 30 пациенткам была назначена ЗГТ. Женщинам в перименопаузе назначен комбинированный циклический режим ЗГТ: 2 мг эстрадиолвалерата в сочетании с левоноргестрелом (1-я подгруппа, n=10), 1 мг 17β эстрадиола в сочетании с дидрогестероном (2-я подгруппа, n=10). Женщинам в постменопаузе назначали монофазный непрерывный препарат, состоящий из 1 мг 17β эстрадиола и 2 мг дроспиренона (3-я подгруппа, n=5) или синтетический стероид тиболон, отнесенный с 2008 года по рекомендациям FDA к группе ЗГТ «другие эстрогены» (4-я подгруппа, n=5). В группу сравнения (5-я группа, n=30) вошли женщины, которым была назначена гомеопатические препараты положительным эффектом в купировании симптомов КС. Длительность ЗГТ у этих женщин составила от 3 до 5 лет и под нашим наблюдением они находились от 2 до 5 лет. Контрольную 6-ю группу составили женщины перименопаузального (n=10) и постменопаузального возраста (n=10), имеющие климактерические проявления, но не желающие использовать гормональные препараты и получающие симптоматическое лечение. Таким образом, в исследование включено 6 групп, включая группу сравнения и контроля. Обще клиническое обследование проводили по стандартной схеме, предусматривающей выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективное и гинекологическое исследование. Всем женщинам перед назначением ЗГТ и в дальнейшем ежегодно проводилось обследование: УЗИ малого таза, маммография, онкоцитологическое исследование мазка из экто- и эндоцервикса. У всех женщин исследовали свертывающую систему (ПИ, АЧТВ, АТIII, Пр С, Д-димер), липидный спектр крови (ОХС, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, ТГ), показатели углеводного (базальные и постпрандиальные концентрации глюкозы и инсулина, гликированный гемоглобин HbA1c %) и гормонального (ФСГ, ЛГ, Прл, Е2, ТТГ, Т4 своб, Т) обмена.

Результаты исследования: Возраст пациенток в среднем составил 51,4±1,4 лет для женщин в перименопаузе и 55,3±4,4 лет для женщин в постменопаузе. ИМТ не превышал 27 кг/м² у (48,3%) исследуемых и не превышал 33 кг/м² у (51,7%). Соматический статус был отягощен заболеваниями ЖКТ (30,3%), неосложненной варикозной болезнью (23,5%), доброкачественными заболеваниями молочных желез (19,6%). Среди гинекологических заболеваний чаще встречали миому матки с узлами не более 3 см в диаметре, расположенными интерстициально-субсерозно (26,4%); внутренний эндометриоз I–II степени – у 14,7% обследуемых; вагинальная атрофия – у 30,8% женщин. Климактерический синдром (КС) различной степени тяжести был выявлен у всех включенных в исследование пациенток: легкая степень у 32,2%, средняя степень у 51,5%, тяжелая степень – у 17,1%. Эндокринно-метаболический статус пациенток был изменен в соответствии с возрастом и проявлениями признаков ММС. У 16 женщин, находящихся в постменопаузе и имеющих висцеральный тип распределения жировой ткани была выявлена гиперандрогения, подтвержденная сниженными значениями СССГ. В исходных параметрах липидного спектра чаще всего определялись повышенные уровни холестерина (в среднем на 14,23%) и ХС-ЛПНП (в среднем на 22,5%). Маркеры инсулинорезистентности (HbA1c%) были более выражены у пациенток в постменопаузе и с избыточной массой тела (ИМТ>27кг/м²) при висцеральном типе распределения жировой ткани. К концу года лечения масса тела на фоне ЗГТ снизилась в среднем на 9,1%. В течение 3 и 5 (в группе сравнения) лет лечения наблюдалось снижение массы тела на 9,1%, ИМТ – в среднем на 8,8%, более прогрессивное снижение массы тела наблюдалось в постменопаузе у пациенток подгрупп В, т.е. начавших ЗГТ в перименопаузе и продолживших ее в дальнейшем. Динамика изменений липидного и углеводного обмена в обследуемых группах была представлена следующим образом. У пациенток, принимающих сочетание 2 мг эстрадиола валерат-левоноргестрел через 3 года снизилась концентрация общего холестерина на 22,8%, ХС-ЛПНП – на 23,2%. Уровень ХС-ЛПВП (антиатерогенная фракция) достоверно возрос на 32,1%. Уровень ТГ возрос на 9,2%, коэффициент атерогенности (КА) снизился на 50,2%. Основные маркеры инсулинорезистентности менялись в положительную сторону: индекс НОМА снизился достоверно на 30,2%, гликированный гемоглобин (Hb A1c%) снизился за 3 года на 12,4% (p<0,05). Параметры углеводного обмена: изменения базальных уровней глюкозы и постпрандиальных концентраций (ППК) глюкозы и инсулина снижались несущественно, но более выражено, чем на фоне применения эстрадиолвалерата в сочетании с левоноргестрелом.

Таким образом, на фоне применения комбинации 1 мг 17 β -эстрадиол-дроспиренон отмечено статистически значимое уменьшение массы тела, снижение уровней общего холестерина и ЛПНП, нейтральный эффект в отношении ЛПВП, незначительное повышение уровня триглицеридов, а также нейтральный эффект в отношении параметров углеводного обмена, что говорит об отсутствии влияния на толерантность к глюкозе и не способствует усугублению инсулинорезистентности. Выше указанные благоприятные эффекты обусловлены сочетанием антиминералокортикоидного и антиандрогенного эффектов дроспиренона, не препятствующего протективному влиянию эстрадиола на липидный обмен. Это позволяет считать данный вид терапии метаболически нейтральной.

В группе контроля через год терапии зафиксировано недостоверное увеличение содержания атерогенных фракций липидов: ХС-ЛПНП на 2,9%, коэффициента атерогенности на 3,56%. Изменения параметров углеводного обмена: уровни ППК глюкозы и инсулина возросли: на 4,8 % и на 8,1% соответственно. Показательно также выглядело возрастание уровней гликированного гемоглобин, составившее соответственно 7,8% и 7,7%. Полученные результаты исследования наглядно подтверждают, что изменения метаболических параметров в постменопаузе на фоне прогрессирующего эстрогендефицита являются факторами риска дислипидемии и инсулинорезистентности, ССЗ.

В итоге к концу периода исследования с применением всех вышеуказанных режимов ЗГТ отмечено уменьшение атерогенных фракций липидов, а также коэффициента атерогенности (ХС-ЛПНП/ХС-ЛПВП). В ходе исследования выявлены некоторые различия во влиянии различных режимов ЗГТ на основные показатели липидного спектра крови. Все режимы ЗГТ заметно снижали уровни общего ХС, ХС-ЛПНП, т.е. оказывали протективное действие на параметры метаболического гомеостаза.

Влияние различных режимов ЗГТ на показатели углеводного обмена в целом свидетельствовали о повышении чувствительности периферических тканей к инсулину.

Результаты настоящего исследования показали положительную динамику в метаболических и гемостазиологических параметрах крови на фоне ЗГТ, начатой с возраста перименопаузы и ранней постменопаузы по сравнению с женщинами группы контроля (без ЗГТ), что согласуется с данными других исследователей [Сметник В.П., 2006; Шестакова И.Г., 2001; Зайдиева Я.З., 2004; Азизян К.М., 2006].

Заключение: Таким образом, у женщин в постменопаузе отмечается повышение ИАП-1(в среднем на 40,6%), общего холестерина (на 16,2%), атерогенных фракций ХС-ЛПНП (на 22,6%), маркеров инсулинорезистентности (в среднем на 21,2%) по сравнению с репродуктивным возрастом. ЗГТ в перименопаузальном возрасте натуральными эстрогенами 17 β -эстрадиол, эстрадиол валерат в сочетании дидрогестероном, левоноргестрелом, а в постменопаузальном возрасте 17 β -эстрадиолом с дроспиреноном или синтетическим стероидом, проводимая в течение 5 лет эффективна в купировании симптомов КС и не оказывает отрицательного влияния на свертывающую систему крови. ЗГТ эстрогенгестагенами оказывает антиатерогенное влияние на липидный спектр крови (снижение ХС-ЛПНП в среднем на 19,5%). У всех пациенток отмечено достоверное снижение атерогенных фракций липидов. Уровень триглицеридов несколько повышался на фоне всех включённых в исследование режимов терапии. Отмечено достоверно значимое улучшение периферической чувствительности к инсулину по показателям гликированного гемоглобина. У пациенток, начавших ЗГТ в постменопаузе длительностью более 3–4 лет отмечалась лишь незначительная положительная динамика в показателях липидного и углеводного обмена.

Литература:

1. Дворянский С.А., Емельянова Д.И., Яговкина Н.В Климатерический синдром: современное состояние вопроса (обзор Литература) Вятский медицинский вестник, № 1(53), 2017 С.7-15
2. Радзинский В.Е., Добрецова Т.А., Рыжова Т.Е. Биологическая роль менопаузального перехода и терапевтические возможности фитозгенов // Status Praesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015. № 4 (27). С. 77–82.
3. Хамошина М.Б., Роговская С.И., Наумчик Г.А. Актуальные возможности фармакологии в профилактике возрастных нарушений // Status Praesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2014. № 1 (18). С. 75–81.
4. Шестакова И.Г., Беттихер О.А., Алеев И.А. Урогенитальная атрофия как следствие дефицита эстрогенов: излечима и предотвратима // Status Praesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015. № 5 (28). С. 52–59.
6. Archer DF, Sturdee DW, Baber R et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? Climacteric 2011; 14: 515–28.
7. Duffy OK, Iversen L, Aucott L, Hannaford PC. Factors associated with resilience or vulnerability to hot flushes and night sweats during the menopausal transition. Menopause 2013; 20: 383–92.

КОРРЕЛЯЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ С ИСХОДАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Мамадалиев А.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Для решения проблемы прогнозирования исходов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) большое значение имеет унификация большого клинического материала и определение набора информативных клинических признаков.

Информативность каждого исследуемого клинического признака определяется различиями его средних значений и среднеквадратичных отклонений при разных исходах, а также его корреляциями с другими признаками (1-2, 4, 5).

В данной работе, проведенной с использованием статистической обработки на ЭВМ, ставились следующие задачи: 1) на большом числе наблюдений выявить корреляцию исходов ЧМТ с отдельными неврологическими симптомами

и состоянием сознания пострадавших, 2) определить связь между исходом и тяжестью состояния больных, оцененной по шкале балльной оценки состояния и состояния сознания по Московской шкале комы, и различными формами ЧМТ, 3) исследовать и описать значение средних и среднеквадратичных отклонений некоторых клинических признаков для прогнозирования исходов ЧМТ.

В основу работы положены материалы унифицированного обследования 320 больных с ЧМТ, находившихся на стационарном лечении в клинике нейрохирургии Самаркандского медицинского института, а также 91 больного, лечившегося в институте им. Акад. Н.Н. Бурденко РАМН. У 331 больного наблюдалась закрытая ЧМТ, у 42 – открытая непроникающая, у 38 – открытая проникающая. Наибольшее количество случаев (73,5%) приходилось на ушибы головного мозга тяжелой степени.

Состояние сознания пострадавших оценивали в динамике по единой классификации нарушения сознания с использованием Московской шкалы комы, разработанной А.Р. Шахновичем и А.М. Мамадалиевым. Для верификации различных форм ЧМТ использованы данные краниографии, эхоэнцефалографии, компьютерной томографии. Клинические и ряд инструментальных данных (всего 70 признаков) этих 411 больных в возрасте от 1 года до 87 лет (343 лица мужского пола и 68 женского) применялись для изучения вопросов прогнозирования исходов и эффективности лечения ЧМТ в остром периоде путем статистической обработки на компьютере. Больные распределялись на четыре группы в зависимости от исходов, среди которых выделены смертельный исход (СИ), грубые неврологические нарушения (ГНН), умеренные неврологические нарушения (УНН), восстановление функций до компенсированного состояния (КС).

Исследование корреляционных взаимосвязей различных признаков, определяющих состояние сознания, и двух количественных шкал, характеризующих состояние сознания и тяжесть состояния больных, а также корреляции этих факторов с исходами ЧМТ дало возможность получить данные для оценки прогностической значимости клинических признаков.

Таблица 1. Корреляции неврологических признаков с исходом ЧМТ

Неврологический признак	Коэффициент корреляции (r)
Открытие глаза на звук или боль	+0,41
Выполнение инструкций	+0,3
Ответы на вопросы	+0,31
Ориентированность	+0,14
Двусторонний фиксированный мидриаз	+0,24
Мышечная атония	+0,32
Нарушения дыхания	+0,32
Корнеальные рефлексы	+0,36
Коленные рефлексы	+0,28
Реакция значков на свет	+0,45
Кашлевый рефлекс	+0,32
Симптом Мажанди	+0,12
Спонтанные движения	+0,33
Движения на боль	+0,35
Судороги	-0,26
Анизокория	-0,33
Речевые нарушения	-0,24
Гемипарез	-0,31

Таблица 2. Корреляция фаз нарушения сознания и БОС больных с исходом ЧМТ на протяжении 5 дней после травмы

Признаки	День после ЧМТ	Коэффициент корреляции (r)
Фазы нарушения сознания	1-й	-0,46
	2-й	-0,62
	3-й	-0,68
	4-й	-0,66
	5-й	-0,63
БОС	1-й	+0,53
	2-й	+0,65
	3-й	+0,67
	4-й	+0,65
	5-й	+0,62
	-	-0,40
Длительность комы		
Длительность нарушения сознания	-	-0,31

Наиболее интересным с точки зрения прогнозирования исходов при ЧМТ является исследование корреляционной зависимости между неврологическими симптомами и признаком «исход». Коэффициент корреляции (r) какого-либо неврологического признака с исходом фактически указывает его информативность и прогностическую значимость при определении исходов ЧМТ: чем выше коэффициент корреляции, тем выше эта значимость.

Установлено высокое прогностическое значение нейроофтальмологических признаков (реакция зрачков на свет, открывание глаз на звук или боль, сохранность корнеальных рефлексов, анизокория, двусторонний мидриаз), о чем свидетельствовали достаточно высокие корреляции их с исходом. Следующей по значимости для прогнозирования исходов группой симптомов оказались нарушения двигательной сферы: движения в ответ на болевую стимуляцию, спонтанные движения, мышечная атония и гемипарез ($r \approx 0,35-0,31$). Влияние витальных нарушений на исход ЧМТ у пострадавших по данной таблице характеризуется значимой корреляцией с исходом травмы таких признаков, как нарушение дыхания и кашлевой рефлекс ($r = +0,32$). Отсутствие случаев низкой ($r < 0,1$) корреляции неврологических симптомов с исходом ЧМТ подтверждает прогностическую ценность всех рассмотренных признаков, тщательно отобранных на основе изучения Литература и клинического опыта ведущих лечебных и научных учреждений, а также исследования информативности 50 неврологических признаков с использованием математических методов (7).

При анализе корреляцией состояния сознания и БОС с исходом ЧМТ (табл. 4) выявлены значительно более высокие корреляции ($r \approx 0,46-0,68$), чем при исследовании связей исходов с отдельными неврологическими симптомами на протяжении всех 5 дней исследования. Максимальная корреляция отмечена на 3-4-й день после травмы, что свидетельствует о критическом значении этих дней для летального или благоприятного исхода (4, 5).

Высокая корреляция применяемых нами шкал состояния сознания и БОС с исходом ЧМТ является важным фактом, свидетельствующим о преобладающем значении их для прогнозирования исходов ЧМТ среди всех исследуемых клинических признаков (отдельные неврологические признаки, вид и тяжесть ЧМТ, витальные нарушения и т.д.).

Имеются отдельные сообщения о влиянии на исход ЧМТ длительности коматозного состояния (7-9), которая является высокоинформативным показателем тяжести повреждения мозга. Нами тщательной оценке подвергнута не только длительность коматозного состояния, но и продолжительность нарушения сознания в соответствии с принятой классификацией состояния сознания (3). Длительность комы – это весь период нахождения больного в коматозном состоянии независимо от его степени (умеренная, глубокая, запредельная) после поступления в стационар. Длительность нарушения сознания означает не только продолжительность коматозного состояния у больного, но и весь период нарушения сознания, включая кому, сопор, глубокое и умеренное оглушение. Длительность комы и длительность нарушения сознания, оцениваемая в динамике с использованием шкалы состояния сознания, имеют значимые корреляции с исходом ($r = -0,40$ и $-0,31$) и, следовательно, существенно влияют на исход ЧМТ.

Таблица 3. Длительность комы и нарушения сознания (в днях) у больных с ЧМТ при разных исходах ($M \pm m$)

Признак	СИ	ГНН	УНН	КС
Длительность комы	4,7±4,0	4,6±4,3	1,1±1,4	0,4±0,5
Длительность нарушения сознания	15,0±15,3	26,7±26,6	5,4±5,0	3,6±3,7

Эти клинические факторы исследовались с целью выяснения их значения для прогнозирования как СИ, так и степени восстановления функций у больных с различными категориями благоприятного исхода (КС, УНН и ГНН). Как видно из табл. 5, средняя продолжительность комы при СИ и ГНН одинаковая и равна 5 дням, в то время как у больных с восстановлением функций до КС и УНН она колеблется от нескольких часов до 1 дня.

Таблица 4. Средний возраст при различных исходах ЧМТ ($M \pm m$)

Исход	Число больных	Возраст, годы
СИ	129	37,4±19,3
ГНН	71	31,6±17,5
УНН	103	27,4±17,0
КС	108	23,7±17,6

Исследование продолжительности комы в остром периоде ЧМТ является прогностически важным при определении характера исходов. Если длительность комы превышает 5 дней, то повышается вероятность СИ и ГНН. От длительности коматозного состояния и нарушения сознания существенно зависят различные исходы ЧМТ: чем больше их продолжительность, тем хуже исход, и, наоборот, если длительность комы не превышает 1 дня, а длительность нарушения сознания составляет 3-5 сут, то увеличивается вероятность выздоровления с КС и УНН. Исключение составляет длительность нарушения сознания при ГНН, при которых она больше, чем при СИ.

Прогноз ЧМТ существенно ухудшается с увеличением возраста. В данной работе мы ограничиваемся анализом средних значений возраста при различных исходах ЧМТ. Как видно из табл. 6, в группе больных с СИ средний возраст соответственно на 10-14 лет больше, чем в группах пациентов с УНН и восстановлением функций до КС. Среднее значение возраста при СИ и исходы с ГНН отличается меньше – около 6 лет, но и эта разница является значимой.

Как известно, наряду с состоянием сознания и неврологическими симптомами большое значение для исхода имеют вид ЧМТ и формы поражения мозга, очаговые неврологические и витальные нарушения. Анализ их корреляций с состоянием сознания и БОС в разные дни острого периода ЧМТ показывают тесную связь между состоянием сознания, тяжестью состояния и формами поражения мозга ($r = 0,44-0,51$), внутричерепными гематомами ($r = 0,31-0,36$). Кроме того, отмечаются значение корреляции в течение 5 дней со следующими признаками: с температурой тела ($r = 0,33-0,40$), с

частотой дыхания и самостоятельным или управляемым (ИВЛ) дыханием ($r=0,21-0,34$), с судорогами полушарного или стволового происхождения ($r=0,26-0,34$), с анизокорией ($r=0,26-0,3$), со смещением М-эхо ($r=0,26-0,38$).

На основании динамики изменения корреляционных связей с состоянием сознания и БОС в разные дни после травмы можно констатировать следующее: максимальные корреляции с частотой дыхания, с самостоятельным дыханием или ИВЛ и температурой тела отмечаются в первые дни после травмы, затем к 5-му дню они уменьшаются, напротив, возникновение пневмонии имеет максимальную корреляцию к 5-му дню, причем корреляция между состоянием сознания, пневмонией и БОС в течение всех 5 дней довольно высокая ($r=0,21-0,50$).

Выводы: Анализ корреляций отдельных неврологических симптомов с исходом ЧМТ показывает их высокую прогностическую значимость, причем ведущее значение имеют нейроофтальмологические симптомы (особенно открывание глаз на звук или боль, реакция зрачков на свет, сохранность корнеальных рефлексов, двусторонний фиксированный мидриаз), затем нарушение двигательной сферы (движение или реакции на боль и мышечная атония) и витальные нарушения. Высокая корреляция применяемых нами шкал состояния сознания и БОС больных с исходом ЧМТ свидетельствует о большом значении их для прогнозирования исходов ЧМТ, чем всех исследуемых клинических признаков. Длительность комы и длительность нарушения сознания имеют значимые корреляции с исходом ЧМТ и, следовательно, существенно влияют на исход ЧМТ: чем больше их длительность, тем хуже исход, и наоборот. Выявлена тесная связь между состоянием сознания, БОС и видами ЧМТ, формами поражения мозга, витальными и соматическими нарушениями. Это показывает не только взаимозависимость этих признаков, но и существенное значение их для исхода ЧМТ.

Литература:

1. Абакумова Л.Я., Булыгин В.П., Нейроштадт А.И. // Физиология и патология внутриглазного давления. – М., 1982. – вып. 9. – С. 45-56.
2. Коновалов А.Н., Самоткин Б.А., Васин Н.Я. и др. // Вопр. нейрохир. – 1982. - №4. – С. 3-6.
3. Мамадалиев А.М., Шахнович А.Р., Абакумова Л.Я., Норбутаев А.Т. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1987. - №5. – С. 654-660.
4. Мамадалиев А.М., Шахнович А.Р., Абакумова Л.Я. // Вопр. нейрохирург. – 1987. - №1. – С. 41-53.
5. Мамадалиев А.М. Информативность клинических признаков для прогнозирования исходов в 1-е сутки после черепно-мозговой травмы. Сборник тезисов научно-практического семинара нейрохирургов Узбекистана, Андижан, 2011 г, 28 май.
6. Мамадалиев А.М. Значение Московской шкалы комы и шкалы балльной оценки состояния для динамической оценки эффективности лечения черепно-мозговой травмы. Сборник тезисов научно-практического семинара нейрохирургов Узбекистана, Андижан, 2011 г, 28 май.
7. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А. Определение показаний к хирургическому лечению краниocereбральной травмы. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы нейрохирургии» 4 апрель 2008 г., Ташкент. 79-стр.
8. Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш., Мамадалиева С.А., Алиев М.А. Балльная оценка состояния хирургическом лечении травматических сдавлений головного мозга. IV съезд нейрохирургов Украины. Днепропетровск. 27-30 май, 2007 год., 15-16 стр.
9. Мамадалиев А.М., Шахнович А.Р. Значение длительности нарушения сознания для прогнозирования исходов черепно-мозговой травмы. Международная конференция «Восстановление сознания и психической деятельности после травмы мозга. Междисциплинарный подход» 2-4 июля 2008 года, постер №8.
10. Мамадалиев А.М. Краниocereбральные травмы. Сборник цикла лекций фонда Европейского образования для анестезиологов, Самарканд, 2007, 4-6 октября.
11. Mamadaliyev A.M., Aliev M.A. The importance of the disorders of consciousness to prognosis of the outcome of cranio-cerebral trauma. The 7th Asian Congress of Neurological Surgeons. China, Beijing. 2008 y, June., on page 348.
12. Mamadaliyev A.M., Aliev M.A. The importance of Moscow scale coma and the scale score evaluation of condition for the dynamic evaluation of treatment efficacy of traumatic brain injury. 14th European Congress of Neurosurgery, Rome, Italy, October 9-14, 2011.
13. Mamadaliyev A.M., Aliev M.A. The Importance of the Duration Disorders of Consciousness to Prognosis of the Outcome of Cranio-Cerebral Trauma. XIV World Congress of Neurological Surgery in Boston, Massachusetts, United States of America, August 30 to September 4, 2009.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОЛЮМБАЛЬНОЙ ВВЕДЕНИИ ОЗОНО-НООТРОПНОЙ СМЕСИ ПОСЛЕ ЭВАКУАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ

Мамадалиев А.М., Алиев М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Научно-технический прогресс, ускорение передвижения транспортных средств способствуют увеличению травматизма, в том числе нейротравматизма, составляющего более 30-40% от общего числа всех травм. Краниocereбральная травма занимает 1-е место в летальности и инвалидизации населения в возрасте до 44 лет [3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 19, 20]. В связи с увеличением количества нейротравмы, соответственно растет и удельный вес их осложнений. Одним из частых осложнений черепно-мозговых травм являются посттравматические арахноидальные кисты (ПАК), которые развиваются около 30% пострадавших после тяжелых ЧМТ и приводят к ограничению трудоспособности [2, 3, 5, 8, 15, 16,

17, 18]. ПАК развиваются и проявляются в промежуточном и отдаленном периодах травматической болезни головного мозга.

Медицинский озон представляет собой смесь озона и кислорода, получаемого из чистого кислорода путем электрического разряда. В последние десятилетия озонотерапия признана важнейшим лечебным средством при многих заболеваниях в различных сферах медицины. Известно, что озон обладает сильным бактерицидным, противовирусным фибролитическим и адгезиолитическим свойством [1, 9, 11], а также иммуномодулирующим, противогипоксическим, дезинтоксикационным, рекоррегирующим и обезболивающим свойствами [4, 9, 15].

Озон широко применяется в нейрохирургической практике и впервые в Узбекистане в клинике нейрохирургии Самаркандского Медицинского Института. С.Д. Мадьяров, А.М. Мамадалиев применяли эндолюмбальную озонотерапию начиная с 1972 года, А.Б. Болгаев использовал озонотерапию при травмах позвоночника и спинного мозга [2, 4, 3, 9, 11, 18].

Целью нашего исследования является изучение эффективности предлагаемого нами способа – эндолюмбальной инсуффляции озона и пирацетама после оперативного опорожнения посттравматических арахноидальных кист.

Материалы и методы исследования. Мы изучили результаты 38 больных с посттравматической арахноидальной кисты, которые подвергались оперативному лечению в нейрохирургическом отделении 1-клиники Самаркандского медицинского института в период с 2006-2020 гг. Из них мужчин 27 (71,05%) было и женщин 11 (28,96%). По возрасту выделены следующие группы: от 1,5 до 15 лет – 5 (13,2%) больных, 16-30 лет – 13 (34,2%), 31-40 лет 18 (47,3%) больных и 41-50 лет 2 (5,3%) больных (рис.1.). 29 (76,3%) больным произведена КТ, 9 больным (23,7%) МРТ головного мозга. Больным производилось электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование в динамике до и после операции.

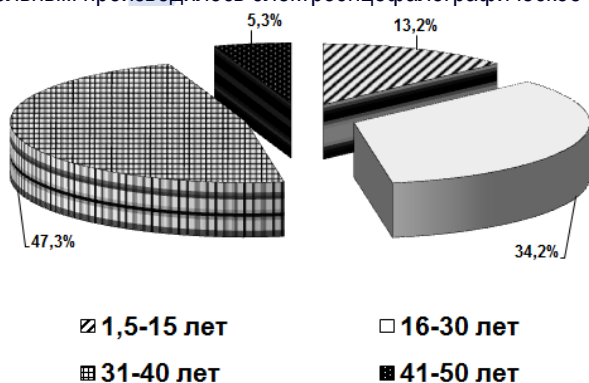


Рис. 1. Распределение больных с посттравматическими арахноидальными кистами по возрасту

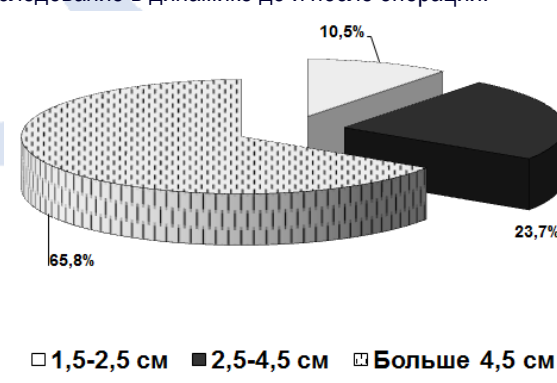


Рис. 2. Распределение больных по размерам посттравматических арахноидальных кист головного мозга

Всем больным производилась операция – иссечение стенки и опорожнение кисты, удаление кистозно-рубцового процесса с восстановлением ликворциркуляции. В послеоперационном периоде для профилактики рубцовых и спаечных процессов эндолюмбально была вводили озон и пирацетам путем люмбальной пункции по способу Мамадалиева А.М. и Агзамова М.К. [1, 11].

Метод эндолюмбального введения озона и ноотропа. Больные в всех группах получали общепринятое однородное комплексное лечение, включающее нейропротективные препараты, диуретики, десенсибилизирующие и противосудорожные препараты, витамин В комплекс и антибиотики. Для достижения выраженного и стойкого эффекта в лечении в послеоперационном периоде, дополнительно применяли метод эндолюмбального введения озона и ноотропа. После обработки кожи 70% раствором спирта и 5% йодом производилась люмбальная пункция между III-IV или IV-V поясничными позвонками и сначала эндолюмбально вводили озон обычным медицинским шприцем в объёме 10-40 см³ в зависимости от возраста больных, потом вводили пирацетам до 2,5-3% от 100 до 1000 мг растворенный в 0,9% физиологическом растворе хлорида натрия. Скорость эндолюмбального введения озона и ноотропа соответствовала скорости струйного введения растворов при внутривенных инъекциях. Использовали озонатор – «Озонатор 1М», концентрация озона на выходе аппарата составила 1000 мкг/л. Эндолюмбальное введение озона и ноотропа выполняли с согласия больного и/или его родственников. В общей сложности произведено 45 эндолюмбальных инсуффляций озона и ноотропа.

Следует отметить, что озон и ноотроп намного легче переносились больными, чем другой вводимый эндолюмбально газ (кислород, воздух). Отсутствовала у пациентов реакция на введение озона и ноотропа. Кратность инсуффляции составил 1 раз – у 31 больных (81,6%), 2 раза – у 7 больных (18,4%) в курсе лечения. По показаниям повторялись инсуффляции в следующих курсах лечения через 3-4 месяца.

Результаты и их обсуждение: Локализация посттравматических арахноидальных кист распределялись следующим образом: у 11 (28,9%) больных арахноидальная киста располагалась в теменной области, у 7 (18,4%) больных в лобной области, у 6 (15,8%) больных на основание головного мозга, у 5 (13,2%) больных в области задней черепной ямки и у 3 (7,9%) больных в затылочной области (Рис. 2.).

По диаметру арахноидальные кисты распределялись следующем порядке: малые кисты с диаметром 1,5-2,5 см – у 4-х (10,5%), кисты среднего диаметра размером 2,5-4,5 см – у 9 (23,7%) и кисты большого диаметра – диаметр больше 4,5 см у 25 (65,8%) больных (рис. 2.).

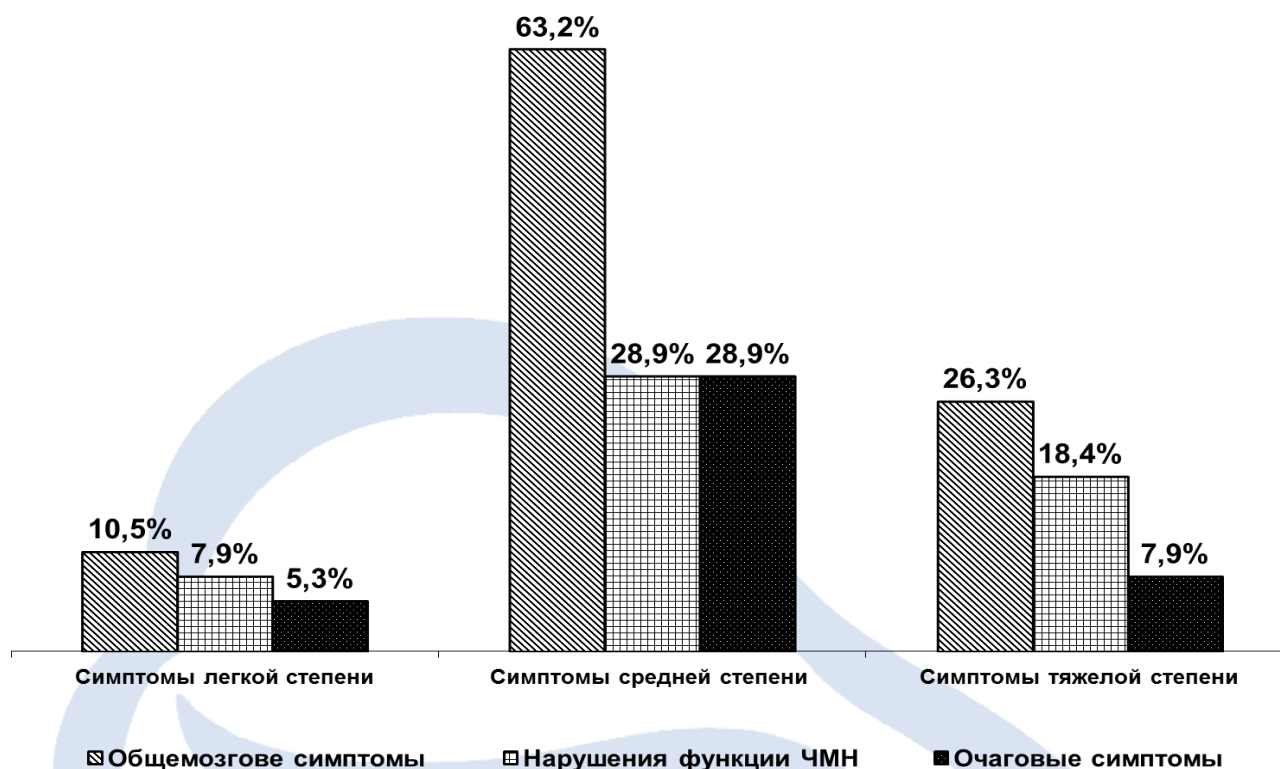


Рис. 3. Распределение больных с посттравматическими арахноидальными кистами по выраженности клинико-неврологических симптомов

По характеру развития общемозговых симптомов больные подразделены на три группы: легкие общемозговые симптомы встречались у 10,5% больных, общемозговые симптомы средней выраженности у 63,2% больных и выраженные общемозговые симптомы у 26,3% наблюдались.

Нарушение функции черепно-мозговых нервов (ЧМН) наблюдалось у 55,3% больных, которых можно подразделить на три группы: пациенты с легкой степенью нарушения функции – у 7,9%, больные со средней степенью нарушения функции – 28,9% и больные с тяжелой степенью нарушения функции ЧМН – 18,4%.

У 42,1% больных наблюдались очаговые симптомы и по степеням тяжести их распределили в следующем порядке: больные, у которых встречались очаговые симптомы легкой степени – у 5,3%, очаговые симптомы средней степени наблюдались – у 28,9% и у 7,9% больных наблюдались очаговые симптомы тяжелой степени (рис.3).

У 31 больного (81,6%) наблюдались эпилептические судороги, которые по характеру разделены на фокальные (без потери сознания) у 7 больных (22,6%), сложные парциальные судороги у 5 больных (16,1%), парциальные судороги со вторичной генерализацией у 11 больных (35,5%), у 8 больных (25,8%) – встречались клонико-тонические судороги со вторичной генерализацией (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по характеру эпилептических судорог

Характер эпилептических судорог	Распределение	
	абс.	%
Фокальные судороги (без потерей сознания)	7	18,4%
Сложные парциальные судороги	5	13,2%
Парциальные судороги со вторичной генерализацией	11	28,9%
Клонико-тонические судороги с вторичной генерализацией	8	21,1%
Итого	31	81,6%

По частоте эпилептических судорог обследуемых подразделили на следующие группы: у 3 больных (7,9%) – наблюдались судороги 1-2 и более раз в день; у 13 больных (34,2%) – 4-12 кратные судороги в течение 1 месяца; у 15 больных (39,5%) – 1-3 раз повторяющиеся припадки в течении 1 месяца.

По продолжительности эпилептических судорог пациенты разделились на следующие группы: у 4 больных (10,5%) судороги продолжительностью 1-10 секунд; у 24 больных (63,2%) – судороги продолжительностью 10-60 секунд; и у 3 пациентов (7,9%) – судороги продолжительностью более 1 минуты.

Был изучен катамнез исследуемых больных через 6 месяцев после курса лечения. В результате клинико-неврологического обследования больных через 6 месяцев в основной группе у 42,1% пациентов общемозговые симптомы не выявлены, у 28,9% больных наблюдались легкие общемозговые симптомы и у 18,4% пациентов отмечались общемозговые симптомы средней выраженности и у 10,5% больных наблюдались выраженные общемозговые симптомы (рис. 4.).



Рис. 4. Динамические изменения общемозговых симптомов у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама

Таким образом, сравнительная оценка катamnестических данных показывает, что у обследованных больных, получивших эндолюмбальную инфузию озона и пирацетама через 6 месяцев после операции по поводу посттравматических арахноидальных кист общемозговые симптомы разной степени выраженности прошли у большинства больных.



Рис. 5. Динамические показатели функции черепно-мозговых нервов у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама

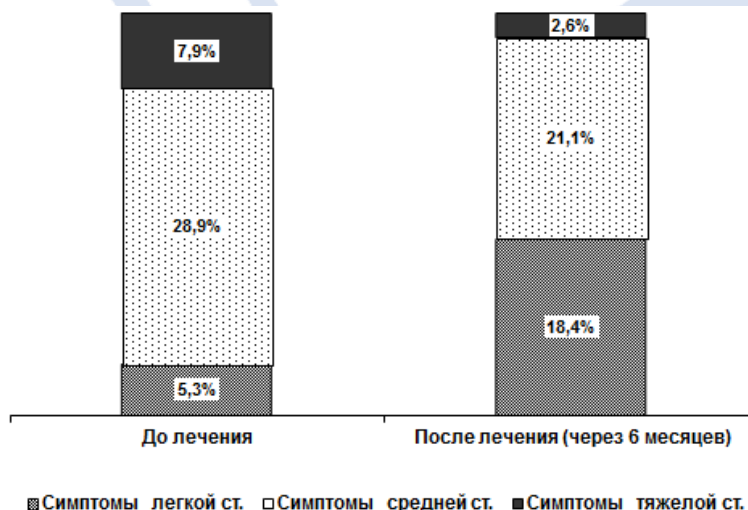


Рис. 7. Динамические показатели изменений выраженности очаговых симптомов у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама.

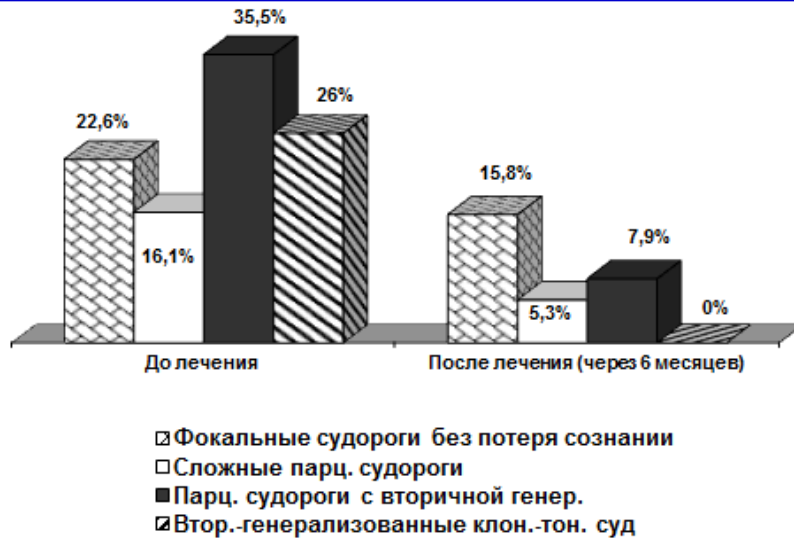


Рис. 8. Динамические показатели по характеру эпилептических судорог у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама

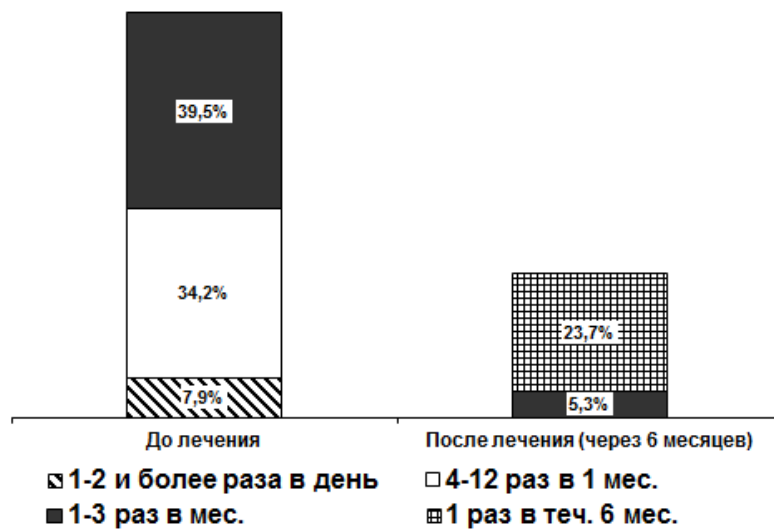


Рис. 9. Динамические показатели по частоте эпилептических судорог у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама

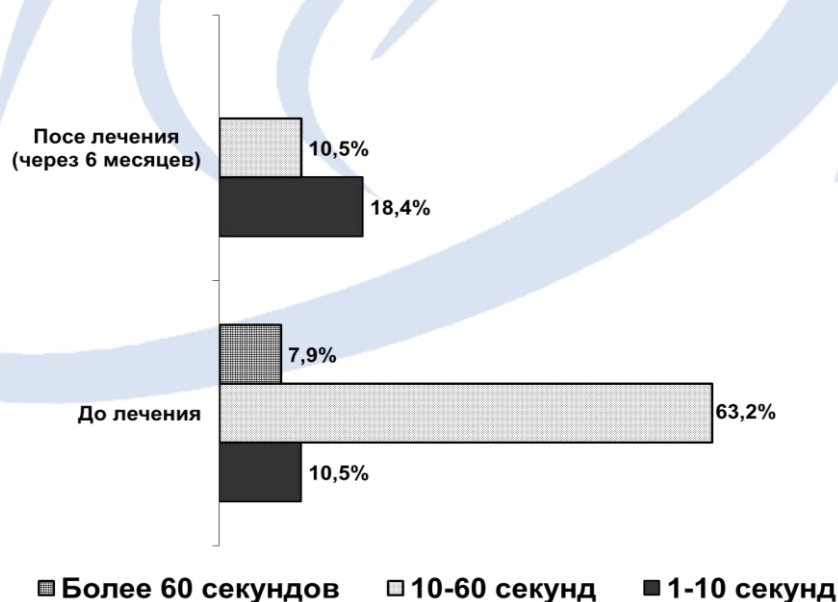


Рис. 10. Динамические показатели по продолжительности эпилептических судорог у больных с посттравматическими арахноидальными кистами до и после лечения с использованием эндолюмбальной инфузии озона и пирацетама

Через 6 месяцев у 26,3% больных встречались нарушения функции ЧМН разной степени: у 6 больных наблюдались нарушения функции ЧМН легкой степени, у 3 пациентов средней степени и всего у 1 больного наблюдались нарушения функции ЧМН тяжелой степени (рис.5.).

Итак, результаты исследования показывают что, деятельность черепно-мозговых нервов у больных, получивших эндолюмбальной инфузии озон и пирасетама значительно улучшилась и число пациентов с нарушениями функции черепно-мозговых нервов уменьшилось в два раза.

Исследования очаговых симптомов, проведенные через 6 месяца, дали следующие результаты: у 18,4% – больных встречались очаговые изменения легкой степени, у 21,1% – больных очаговые симптомы средней степени и у 2,6% больных наблюдались очаговые симптомы тяжелой степени (рис.7.).

Таким образом, при посттравматических арахноидальных кист в послеоперационном периоде после лечения с эндолюмбальным введением озон и пирасетама значительно уменьшаются очаговые симптомы.

По частоте эпилептических судорог, через 6 месяцев получены следующие данные: у 5,3% больных отмечались 1-3 кратные судороги в течении 1 месяца, и у 23,7% больных было 1 кратные судороги в течении 6 месяцев. Эпилептические судороги, которые 1-2 крато повторяющейся в сутки и 4-12 раз встречающейся в течении 1 месяца через 6 месяцев не наблюдалось (рис.9.).

По продолжительностям эпилептических судорог тоже достигнуты положительные результаты: у 18,4% больных встречались судороги с продолжительностью 1-10 секунд, у 10,5% больных отмечались припадки с продолжительностью 10-60 секунд. Через 6 месяцев судороги продолжительностью более 1 минуты не наблюдалось (рис.10.).

Таким образом, в раннем послеоперационном периоде (7-8 сутки) у больных оперированных по поводу посттравматических арахноидальных кист, эндолюмбальное введение озон-ноотропной смеси предупреждает повторного образования арахноидальных кист, обеспечивает профилактику рубцово-спаечных процессов и способствует к уменьшению и прекращению эпилептических судорог.

Выводы. - Изучение катamnестических данных показывают, что через 6 месяцев больных получивших эндолюмбальной инфузии озон и пирасетама в послеоперационном периоде по поводу опорожнении посттравматических арахноидальных кист, общемозговые симптомы разной степени выраженности пройдет у большинства больных.

- Результаты исследования показывают что, деятельность черепно-мозговых нервов у больных, получивших эндолюмбальной инфузии озон и пирасетама значительно улучшается и число больных с нарушениями функции черепно-мозговых нервов уменьшаются в два раза.

- При посттравматических арахноидальных кист в послеоперационном периоде после лечения с эндолюмбальным введением озон и пирасетама значительно уменьшаются очаговые симптомы.

- В раннем послеоперационном периоде (7-8 сутки) у больных оперированных по поводу посттравматических арахноидальных кист, эндолюмбальное введение озон-ноотропной смеси предупреждает повторного образования арахноидальных кист, обеспечивает профилактику рубцово-спаечных процессов и способствует к уменьшению и прекращению эпилептических судорог.

Литература:

1. Агзамов М.К. Комплексная оценка эффективности применения ноотропно-озоновой терапии тяжелой черепно-мозговой травме. – дисс. канд. мед. наук: 14.00.28./ СамМИ. – Самарканд, 1994.
2. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А. К изучению эффективности эндолюмбальной инфузии озон и ноотропа при лечении посттравматических церебральных арахноидитов. Материалы научно-практического семинара «Актуальные проблемы нейрохирургии». 2011., Андижан, - С.39-40.
3. Алиев М.А. Современные методы диагностики и усовершенствование комплексного лечения посттравматических церебральных арахноидитов. – PhD диссертация мед. наук: 14.00.28. РСНПМЦ Травматологии и ортопед. – Ташкент. 2018.
4. Болгаев А.Б. Диагностика и комплексное лечение эпилепсии при последствиях церебральных лептоменингитов. – Автореф. дисс. канд.мед.наук. – Киев, 1983.
5. Гаевая М.А. Особенности вегетативно-сосудистых пароксизмов при посттравматических церебральных арахноидитах различной локализации. – Автореферат дисс. канд. мед. наук: 14.01.15./ Харьковская медицинская академия последипломного образования. – Харьков, 2000. – 33 с.
6. Коновалов А.Н., А.А. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и соавт.// Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. – М. 2006. – С. – 15-23.
7. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Т. III. Последствия осложнения черепно-мозговой травмы, М., «Антидор», 2002, 631 с.
8. Маджидов Н.М. Современное состояние вопроса о церебральных лептоменингитах и хориозпендиматитах (арахноидитах) //Клин. Медицина. – 1974. - №9. – С.19-25.
9. Мадьяров С.Д. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение церебральных арахноидитов. Дисс. докт. мед. наук. – Киев, 1988.
10. Мамадалиев А.М. Прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы в остром периоде. – Дисс. докт. мед. наук. – М. 1988.
11. Мамадалиев А.М., Агзамов М.К. Профилактика посттравматических арахноидитов в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Проблемы морфологии и паразитологии. –М., 1992. – С.137-138.

12. Мамадалиев А.М. Прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы в остром периоде. – Дисс. докт. мед. наук. – М. 1988.
13. Мамадалиев А.М. Краниocereбральные травмы. // Цикл лекций фонда Европейского образования для анестезиологов. Самарканд. 2007 г. С 200-215.
14. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А. Определение показаний к хирургическому лечению краниocereбральной травмы. // Матер.науч.прак.конф. «Актуальные проблемы нейрохирургии». Ташкент. 2008 г. С 79-80.
15. Мамадалиев А.М. Информативность клинических признаков для прогнозирования исходов в 1-е сутки после черепно-мозговой травмы // «Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии». Докл. Межд. Науч.прак. конф. г. Туркестан, Казахстан. 2010 г.
16. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Гаркуша Л.Г. Церебральные арахноидиты. – К.: Здоров'я, 1985.- 168 с.
17. Молчанов Д. Ранние и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы: медико-социальные аспекты и возможности нейропротекции // Здоров'я України. – 2009. – 5/1.
18. Aliev M.A., Mamadaliev A.M. Age-clinical features of patients with posttraumatic cerebral arachnoiditis. 8th ASIAN Congress of Neurological Surgeons 2010 Incorporating the 1st Asian Neurosurgical Nursing Congress, 22nd November - 24th November, 2010, Kuala Lumpur, Malaysia, - P.267.
19. Aliev M.A. The importance endolumbal ozone and nootropic insufflation during the postoperative period after evacuation of posttraumatic arachnoidal cysts. European Association of Neurosurgical Societies' Young Neurosurgeons Meeting, Innsbruck, Austria, 2011., - P.40.
20. Mamadaliev A.M., Aliev M.A. The outcomes of the surgical treatment in patients with craniocerebral trauma // 6th ACNS & WFNS Education Course. Mumbai, India. 2006. С 281.
21. Mamadaliev A.M. The Importance of the Duration of Disorders of Consciousness to Prognosis of the Outcome of Cranio-Cerebral Trauma//XIV World Congress of Neurological Surgery/Boston, USA., August 30 to September 4, 2009. Presentation № 2200.

РОЛЬ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ИММУННОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мамасолиева Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Привычное невынашивание беременности (ПНБ), по данным Европейского общества репродукции человека и эмбриологии, это: потеря двух или более беременностей на сроке до 24 недель. Комитет американского общества репродуктивной медицины определяет ПНБ как две или более неудачных клинических беременностей. На самом деле, только примерно в 50% случаев ПНБ, могут быть обнаружены определенные причины возникновения патологии, включая: преклонный возраст матери, генетические аномалии, отдельные материнские аутоантитела, эндокринные нарушения и аномалии матки. Остальные случаи ПНБ, в настоящее время, остаются необъясненными.

Считается, что значительная часть ПНБ имеет иммунологическую этиологию. И, в этом случае, потеря беременности происходит из-за стойких нарушений в нескольких иммунных путях. В этом контексте, важную роль может играть эндометрий. Эндометрий играет решающую роль в процессе репродукции. Именно материнская ткань вступает в непосредственный контакт с эмбрионом и обеспечивает его надлежащую имплантацию и дальнейшее развитие. В последние десятилетия были проведены обширные исследования с целью выяснения биомолекулярных механизмов, которые делают эндометрий восприимчивым к эмбриону, а также специфических типов клеток и клеточных механизмов, участвующих в рецепции эндометрия. Однако, наши знания об этих механизмах все еще в значительной степени неполны. Имеющаяся в настоящее время информация указывает на то, что эндометрий представляет собой уникальную ткань, в которой происходит ряд событий, называемых в совокупности децидуализацией, с целью динамического обеспечения необходимой среды для зачатия и дальнейшего развития эмбриона. Последние данные свидетельствуют о том, что ключевую роль в ремоделировании эндометрия и толерантности матери к эмбриону играют несколько типов клеток иммунной системы, которые имеют или приобретают специфические характеристики попадая в эндометрий вместе с растущим числом иммунорегуляторных молекул. Экспериментальные и клинические данные также свидетельствуют о том, что нарушения, происходящие в иммунной среде эндометрия, могут приводить к нескольким важным репродуктивным дисфункциям, таким как рецидивирующая неудача имплантации и привычное невынашивание беременности неясной этиологии. Этот обзор обобщает основные виды влияния иммунной системы на физиологию эндометрия и современные знания об основных иммунологических изменениях в эндометрии женщин с ПНБ.

2. Физиологическая функция эндометрия и иммунная система.

2.1. Ремоделирование и децидуализация эндометрия. Эндометрий - это материнская ткань, которая вступает в непосредственный контакт с эмбрионом, который иммунологически отличается от матери. Эмбрион, обычно, рассматривается как полуаллотрансплантат или даже как полный аллотрансплантат в случае донорства яйцеклеток [1]. Основная функция эндометрия заключается в создании и обеспечении оптимальной эндокринной/паракринной, иммунной и молекулярной среды, которая обеспечивает прикрепление, имплантацию, инвазию и развитие эмбриона.

Для выполнения этой задачи эндометрию необходимо претерпеть ряд уникальных и поразительных адаптивных изменений, которые в совокупности называются децидуализацией. Это приводит к глубокому морфологическому и функциональному перепрограммированию стромальных клеток эндометрия, которые дифференцируются в высокоспе-

циализированные клетки с секреторными возможностями. Среди плацентарных млекопитающих, эти изменения особенно значительны у видов с инвазивным типом плаценты, в частности у людей, у которых наблюдается наиболее инвазивный тип плацентации. На самом деле, степень децидуализации пропорциональна степени инвазивности эмбриона [2]. В то время, как у большинства видов животных трансформация эндометрия происходит в ответ на присутствие эмбриона, у некоторых видов, включая человека, она происходит задолго до появления эмбриона и, следовательно, первоначально находится под исключительным материнским гормональным контролем. Если зачатие не происходит, то в ответ на падение уровня циркулирующего прогестерона, происходит десквамация децидуализованного эндометрия и наступает менструация. Это инициирует начало нового менструального цикла. Большинство последних данных о роли нормального эндометрия и функциональных изменений происходящих в нем, вытекает из гистологических исследований, выполненных *in vivo* на нативном эндометрии человека, а также *in vitro* на клетках эндометрия бабуинов и культурах первичных клеток стромы эндометрия человека. Несмотря на значительные различия между видами, общая картина состоит в том, что децидуализация эндометрия - это процесс, включающий глубокое перепрограммирование клеток, ремоделирование тканей, изменения в экспрессии генов и посттрансляционной регуляции, а также изменения в клеточных сигнальных путях. Происходят также значительные изменения в модуляции активности иммунных клеток на локальном уровне. Эти события вовлекают большое количество молекулярных медиаторов и эффекторов. Подробное описание всех изменений и посредников, участвующих в децидуализации, выходит за рамки настоящей статьи. Эта статья посвящена оценке значимости изменений эндометрия, в частности децидуализации, возникающих под воздействием иммунной системы человека. Децидуализация может эволюционно рассматриваться как имеющая две, не взаимоисключающие функции. С одной стороны, ее можно рассматривать как биологическое решение конфликта между матерью и плодом, в котором инвазивность эмбриона, направленная на максимальное обеспечение экспансии генов плода (частично отличающихся от материнских), противопоставляется потребности материнских генов в обеспечении собственной экспансии в настоящей и будущих беременностях. С другой стороны, ее можно рассматривать как адаптивный ответ на материнскую потребность контролировать свой соответствующий вклад в беременность, во время вынашивания плода в течении длительного периода времени. Эта концепция подтверждается надежными доказательствами, указывающими на то, что децидуализованный эндометрий действует как биосенсор качества эмбриона. В этой связи, имплантация характеризуется сотрудничеством между эмбрионом и децидуализованным эндометрием и, что потеря пластичности эндометрия может привести к возникновению идеопатического ПНБ. Многие ключевые события, происходящие в эндометрии во время имплантации, реализуются путем соответствующего вклада иммунных клеток и опосредуются многими иммунорегуляторными молекулами. Появляющиеся данные свидетельствуют о том, что нарушения в нормальной иммунной функции, могут возникать в этих тканях у женщин с различной этиологией возникновения ПНБ. В последние годы проведен большой объем экспериментальных работ по изучению специфических популяций иммунных клеток в эндометрии на протяжении различных фаз менструального цикла, во время имплантации и на ранних сроках беременности; охарактеризована их специфическая роль на ранних сроках беременности вместе с экспрессирующийся регуляторными молекулами. Кроме того, все большее число механизмов предлагается для объяснения развития материнской толерантности к иммунологически различным концептам. Складывающаяся общая картина убедительно свидетельствует о том, что при нормальной беременности, материнская иммунная система подвергается значительной модуляции по крайней мере во многих (если не во всех) ключевых компонентах, с целью развития толерантности к чужеродным отцовским антигенам плода и иммунологически благоприятной среды для плода при одновременном сохранении полной адаптивной способности к другим чужеродным антигенам. Связанные с беременностью изменения в иммунных клетках и системе, происходящие в эндометрии и децидуе, могут быть определены лишь частично. Тем не менее, что касается успешной имплантации, наиболее важные изменения, касающиеся эндометриальных клеток, клеток иммунной системы (макрофагов, естественных киллеров клеток матки, дендритных клеток (ДК), Т-клеток (особенно цитолитических Т-клеток (ЦТЛ)) уже хорошо изучены.

2.2. Иммунная дисрегуляция эндометрия и децидуальная оболочка при ПНБ.

Данные, указывающие на фундаментальную роль правильного иммунологического взаимодействия между матерью и эмбрионом во время физиологического развития беременности, побудили провести большое количество исследований, направленных на изучение влияния дисрегуляций в иммунных отношениях матери и плода при ПНБ. Особенно это касается так называемой "необъяснимой" ПНБ, на долю которой приходится около 52% случаев ПНБ. Многие из аномалий, обнаруженных в этом контексте, происходят в пределах эндометрия и децидуальной ткани, которые являются основным интерфейсом между матерью и плодом. В этом разделе, по соображениям ясности, соответствующие выводы будут разделены в соответствии с конкретными типами вовлеченных клеток, а затем, с общей сетью иммунорегуляторных молекул.

3. Клетки эндометрия при ПНБ и их специфическое воздействие на регуляцию локальной иммунной функции.

Было высказано предположение, что существуют эволюционно адаптированные контрольные точки во время ранней беременности, которые предназначены для прерывания беременности, в случае если плод или материнский эндометрий скомпрометированы [3]. Например, в случае недостаточно развитого децидуализованного эндометрия. Несколько исследований показали, что трансформация стромальных фибробластов в децидуальный фенотип нарушается у пациентов с ПНБ. Важность правильной децидуализации стромальных клеток эндометрия при имплантации и поддержании ранней беременности была выяснена рядом наблюдений, подтверждающих концепцию о том, что эндометрий является тонким биосенсором качества имплантируемого эмбриона. В частности, исследования проводившиеся на стромальных клетках эндометрия человека показали, что эти клетки, дифференцируясь в децидуальные клетки, ста-

новятся чувствительными к эмбриональным сигналам, на которые они реагируют по-разному, в зависимости от качества эмбриона. У нормальных женщин низкокачественные эмбрионы подавляют секрецию факторов, играющих ключевую роль в имплантации; и наоборот, развивающиеся здоровые эмбрионы продуцируют сигналы, способствующие имплантации. Эти исследования дают экспериментальные доказательства того, что эндометрий здоровых фертильных женщин избирателен по отношению к эмбриону и, что низкокачественные эмбрионы подвергаются раннему отторжению. И наоборот, эндометрий женщины с ПНБ менее чувствителен и допускает имплантацию некачественных эмбрионов, которые будут отторгнуты позже во время беременности. Несмотря на то, что конкретные механизмы, лежащие в основе этих нарушений, все еще неясны, вполне вероятно, что неупорядоченный децидуальный ответ, наблюдаемый у женщин с ПНБ, включает выработку медиаторов и клеток иммунной системы. Поскольку, этот ответ наблюдается при недостаточности стромы эндометрия, клетки не начинают переходить от изначально провоспалительного фенотипа к противовоспалительному во время децидуализации, как это обычно происходит в случае нормальной беременности.

3.2. Иммунные клетки в эндометрии при ПНБ.

3.2.1. Макрофаги. Макрофаги встречаются в небольшом количестве в эндометрии небеременных женщин, хотя, их количество значительно увеличивается во время лютеиновой фазы цикла. Их количество резко увеличивается по мере наступления беременности, достигая 20–25% всех лейкоцитов в децидуальной оболочке. Имеются доказательства того, что макрофаги в децидуальной оболочке дифференцируются в сторону иммунорегуляторного типа M2, поскольку они экспрессируют несколько маркеров M2 [13]. Была высказана возможность, что провоспалительная субпопуляция макрофагов присутствует, хотя и в гораздо меньшей степени, в ранней децидуальной оболочке. На ранних сроках беременности макрофаги локализуются в основном вблизи инвазивных клеток трофобласта и спиральных артерий и, как полагают, играют несколько важных ролей и функций на ранних сроках беременности: усиление имплантации бластоцисты и инвазии трофобластов, ремоделирование спиральных артерий, удаление апоптотических клеток и клеточный дебрис, а также защита плода от чужеродных патогенов [5,6,7,8,9,10,13,14,15]. Было показано, что ремоделирование децидуальной спиральной артерии начинается до клеточного взаимодействия с цитотрофобластами [16] и, что ремоделирование матрикса в спиральных артериях инициируется инфильтрацией лейкоцитов, включая макрофаги, в то время как вневорсинчатые трофобласты (EVT) вовлекаются на более поздних стадиях [17]. Четыре дискретных стадии ремоделирования сосудов были описаны в соответствии со степенью разрушения гладкомышечных клеток в децидуальных сосудах человека [18]. Инфильтрация сосудов макрофагами более выражена на промежуточных стадиях II и III [18].

3.2.2. Дендритные клетки матки. Дендритные клетки выполняют двойную роль - они могут дифференцироваться в мощные антигенпрезентирующие клетки, которые могут активировать эффекторные Т-клетки, или, в незрелом состоянии, они могут повышать иммунную толерантность, индуцируя образование Treg [19]. В децидуальной оболочке DCs, как полагают, играют важную роль в распознавании отцовских антигенов матерью как в до-, так и в период имплантации. В частности, семенная жидкость имеет способность привлекать DC (а также макрофаги) к децидуальной оболочке; DCs, в свою очередь, могут захватывать и представлять семенные растворимые Т-клетки главного комплекса гистосовместимости (МНС) в регионарных дренирующих лимфатических узлах и индуцировать рост популяции Treg [4,20,21]. ДК в специфической цитокиновой среде, характеризуются преобладанием G-CSF, GM-CSF, IL-4, IL-10 и TGF β , и в присутствии IDO приобретает фенотип толерогенных ДК (tDC) и становятся способными к стимулированию дифференцировки нативных Th0-клеток в сторону толерогенных регуляторных Т-клеток (Treg), а не в сторону цитотоксических эффекторных Т-клеток [8,11]. В дополнение к вышеуказанным иммунологическим действиям, DCs, как предполагается, играют релевантную трофическую роль, усиливая дифференцировку и пролиферацию стромальных клеток эндометрия, а также местный ангиогенез [22].

3.2.3. Treg. Treg (CD4 + CD25 + Foxp3 +) представляют собой подмножество CD4 + Т-клеток и являются важными компонентами адаптивного иммунитета, поскольку их основная функция заключается в ограничении иммунной реакции. Tregs участвуют в иммунологической толерантности к себе и трансплантату и играют важную роль в предотвращении аутоиммунных ответов против аутоантигенов [23,24]. Недавно проведенные исследования убедительно доказывают ключевую роль этих клеток на ранних сроках беременности [4,8,11,12,25]. Так, было показано, что как у мышей, так и у людей, во время нормальной беременности, наблюдается увеличение популяции децидуальных Treg, которые оказывают несколько стимулирующих на беременность действий [11]: предотвращение иммунного отторжения отцовских антигенов плода эффектором Т клетки, индукция децидуальной поддержки для имплантации эмбриона за счет их воздействия на другие лейкоцитарные и нелейкоцитарные типы клеток [26], а также за счет усиления надлежащего ремоделирования материнских сосудов [27]. Имеются данные, подтверждающие концепцию, что стимулирующие на беременность действия Tregs особенно важны в периимплантационный период и на самых ранних стадиях беременности, тогда как роль Treg на более поздних стадиях, по-видимому, более ограничена [28].

3.2.4. Другие компоненты иммунной системы. Роль других компонентов иммунной системы, таких как гранулоциты, клетки CD8 + и В-клетки, до сих пор практически не исследована, особенно в отношении ПНБ; необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше определить потенциальную значимость этих важных компонентов врожденного и адаптивного иммунитета. Однако, при конкретном приложении к В-клеткам и плазматическим клеткам появляются данные подтверждающие концепцию, что регуляторные В (Vreg) клетки, подмножество В-клеток с иммуносупрессивными свойствами, в основном изучаемые при аутоиммунитете, раке и толерантности к трансплантации - могут также играть роль в случае беременности, поскольку они являются основным клеточным источником мощного противовоспалительного цитокина ИЛ-10. Более того, клетки Vreg вызывают подавление других популяций иммунных клеток и могут усиливать индукцию и поддержание Treg [29]. Уменьшение количества клеток Vreg наблюдалось у женщин со спонтанным аборт

[110]. При нормальной беременности ХГЧ вызывает расширение Врег, а также их продукцию IL-10; кроме того, ХГЧ усиливает образование плазматических клеток, способных вырабатывать специфические антитела, защищающие беременность [30].

Дисбаланс цитокинов эндометрия при ПНБ. Согласованные экспериментальные данные указывают на то, что ПНБ связано с дисбалансом в эндометриальной и децидуальной цитокиновой среде, типичной для нормальной беременности. Общая концепция заключается в том, что у женщин с ПНБ, а также у животных, предрасположенных к ПНБ, нарушение регуляции выработки нескольких цитокинов, важных для имплантации и стимулирования беременности на ранних сроках, происходит как в иммунных, так и в неиммунных клетках, присутствующих или рекрутируемых в эндометрий и децидуальную оболочку. Это создает неблагоприятную цитокиновую среду, которая, в свою очередь, может нарушить толерантность материнской иммунной системы к трофобласту и привести к отторжению концепта. Из-за сложности сети цитокинов эндометрия, которая, кроме того, претерпевает глубокие изменения во время беременности, сложно идентифицировать все цитокины, участвующие в определении ПНБ, и определить относительную важность каждого конкретного вещества. Более того, имеется трудность в точном определении конкретного клеточного источника этих факторов, которые, вероятно, секретируются широким спектром как иммунных, так и неиммунных клеток. Несмотря на указанные выше ограничения, считается, что несколько указанных ниже цитокинов играют важную роль в этом контексте. Эти цитокины включают по крайней мере IL-1, IL-1 α , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, IL-18, IL-22, IL-23, IL-27, TGF- β , TGF- β 1, IFN- γ , TNF- α , LIF и MIF.

Выводы и будущие направления деятельности. За последние три десятилетия был достигнут огромный прогресс в понимании механизмов, лежащих в основе материнского принятия генетически и иммунологически различных ей эмбрионов. Складывающуюся картину можно обобщить следующим образом: а) иммунная система матери принимает непосредственное участие в установлении, поддержании и развитии нормальной беременности. В этом контексте логично и весьма правдоподобно звучит, что иммунная система используется для регулирования всех фаз беременности б) существуют многочисленные механизмы предотвращения иммунной дисфункции в организме матери, приводящей к потере беременности. Эти механизмы направлены на индуцирование общей иммунологической толерантности матери к плоду при сохранении полной иммунологической реактивности против всех других чужеродных антигенов. Для достижения этой цели материнская иммунная система должна подвергнуться модуляции, которая включает в себя многие, если не все, основные клеточные и молекулярные механизмы, компоненты адаптивной и врожденной иммунной системы; в) участие иммунной системы матери не ограничено лишь корректным иммунологическим диалогом между матерью и плодом интерфейс, но распространяется и на маточное (эндометриальное) разрушение тканей, сосудистое ремоделирование и плацентацию; г) иммунный ответ матери на плод претерпевает значительные изменения в зависимости от срока беременности. Фактически, последние данные подтверждают концепцию о том, что имплантация эмбриона вызывает начальную, раннюю воспалительную реакцию, за которой быстро следует создание противовоспалительной децидуальной среды, позволяющей выжить эмбриону. Последняя, еще более мощная, воспалительная реакция возникает на поздних сроках беременности и приводит к родам и рождению плода. Все эти события в полной мере затрагивают материнскую иммунную систему. В этом контексте весьма вероятно, что нарушения иммунной системы могут иметь место, по крайней мере, у некоторых женщин с необъяснимым ПНБ, у которых нет других клинических причин или объяснений. У этих женщин весьма вероятно, что иммунная дисфункция возникает в эндометрии и в децидуальной оболочке. Однако, не исключено, что различные нарушения в иммунной системе приводят к одному и тому же конечному эффекту-ПНБ у разных женщин; другими словами, возможно, что существуют различные иммунологические режимы ПНБ. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы ответить на этот актуальный вопрос и помочь разработать эффективные иммунологические методы лечения этой подгруппы женщин с ПНБ. На самом деле, имеющиеся в настоящее время методы лечения ПНБ иммунной этиологии довольно ограничены, эмпиричны в большинстве случаев и имеют низкую эффективность, за редким исключением случаев, связанных с применением комбинации Аспирина и Гепарина у женщин с антифосфолипидными антителами. Будущие перспективы в лечении ПНБ иммунной этиологии могут быть направлены на коррекцию аномальной децидуализации, а также дисфункций иммунных механизмов, происходящих в эндометрии и децидуальной оболочке, на основе появляющихся данных. Например, недавно появившийся инновационный метод влияния семенной плазмы на экспансию Tregs, уже используется во вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ), хотя и с противоречивыми результатами.

Литература:

1. Gleicher N., Kushnir V.A., Barad D.H. Redirecting Reproductive Immunology Research Toward Pregnancy as a Period of Temporary Immune Tolerance. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2017;34:425–430. doi: 10.1007/s10815-017-0874-x.
2. Bazer F.W., Spencer T.E., Johnson G.A., Burghardt C., Wu G. Comparative Aspects of Implantation. *Reproduction.* 2009;138:195–209. doi: 10.1530/REP-09-0158. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Ewington L.J., Tewary S., Brosens J.J. New Insights into the Mechanisms Underlying Recurrent Pregnancy Loss. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2019;45:258–265. doi: 10.1111/jog.13837. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Schumacher A., Sharkey D.J., Robertson S.A., Zenclussen A.C. Immune Cells at the Fetomaternal Interface: How the Microenvironment Modulates Immune Cells To Foster Fetal Development. *J. Immunol.* 2018;201:325–334. doi: 10.4049/jimmunol.1800058. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Faas M.M., De Vos P. Innate Immune Cells in the Placental Bed in Healthy Pregnancy and Preeclampsia. *Placenta.* 2018;69:125–133. doi: 10.1016/j.placenta.2018.04.012. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

6. Tsao F.Y., Wu M.Y., Chang Y.L., Wu C.T., Ho H.N. M1 Macrophages Decrease in the Deciduae from Normal Pregnancies but not from Spontaneous Abortions or Unexplained Recurrent Spontaneous Abortions. *J. Formos. Med. Assoc.* 2018;117:204–211. doi: 10.1016/j.jfma.2017.03.011. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Erlebacher A. Immunology of the Maternal-Fetal Interface. *Annu. Rev. Immunol.* 2013;31:387–411. doi: 10.1146/annurev-immunol-032712-100003. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Robertson S.A., Moldenhauer L.M. Immunological Determinants of Implantation Success. *Int. J. Dev. Biol.* 2014;58:205–217. doi: 10.1387/ijdb.140096sr. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Care A.S., Diener K.R., Jasper M.J., Brown H.M., Ingman W.V., Robertson S.A. Macrophages Regulate Corpus Luteum Development During Embryo Implantation in Mice. *J. Clin. Invest.* 2013;123:3472–3487. doi: 10.1172/JCI60561. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Renaud S.J., Graham C.H. The Role of Macrophages in Utero-Placental Interactions During Normal and Pathological Pregnancy. *Immunol. Invest.* 2008;37:535–564. doi: 10.1080/08820130802191375. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Robertson S.A., Care A.S., Moldenhauer L.M. Regulatory T Cells in Embryo Implantation and the Immune Response to Pregnancy. *J. Clin. Invest.* 2018;128:4224–4235. doi: 10.1172/JCI122182. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Teles A., Schumacher A., Kuhnle M.C., Linzke N., Thuere C., Reichardt P., Tadokoro C.E., Hammerling G.J., Zenclussen A.C. Control of Uterine Microenvironment by foxp3(+) Cells Facilitates Embryo Implantation. *Front. Immunol.* 2013;20:158. doi: 10.3389/fimmu.2013.00158. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Faas M.M., De Vos P. Uterine NK Cells and Macrophages in Pregnancy. *Placenta.* 2017;56:44–52. doi: 10.1016/j.placenta.2017.03.001. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
14. Djuricic S., Hviid T.V. HLA Class Ib Molecules and Immune Cells in Pregnancy and Preeclampsia. *Front. Immunol.* 2014;5:652. doi: 10.3389/fimmu.2014.00652. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
15. Ning F., Liu H., Lash G.E. The Role of Decidual Macrophages During Normal and Pathological Pregnancy. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2016;75:298–309. doi: 10.1111/aji.12477. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Craven C.M., Morgan T., Ward K. Decidual Spiral Artery Remodelling Begins Before Cellular Interaction with Cytotrophoblasts. *Placenta.* 1998;19:241–252. doi: 10.1016/S0143-4004(98)90055-8. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
17. Choudhury R.H., Dunk C.E., Lye S.J., Harris L.K., Aplin J.D., Jones R.L. Decidual Leucocytes Infiltrating Human Spiral Arterioles are Rich Source of Matrix Metalloproteinases and Degrade Extracellular Matrix in Vitro and in Situ. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2019;81:e13054. doi: 10.1111/aji.13054. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Smith S.D., Dunk C.E., Aplin J.D., Harris L.K., Jones R.L. Evidence for Immune Cell Involvement in Decidual Spiral Arteriole Remodeling in Early Human Pregnancy. *Am. J. Pathol.* 2009;174:1959–1971. doi: 10.2353/ajpath.2009.080995. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. Arck P.C., Hecher K. Fetomaternal Immune Cross-Talk and its Consequences for Maternal and Offspring's Health. *Nat. Med.* 2013;19:548–556. doi: 10.1038/nm.3160. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Robertson S.A., Guerin L.R., Bromfield J.J., Branson K.M., Ahlstrom A.C., Care A.S. Seminal Fluid Drives Expansion of the CD4+CD25+T Regulatory Cell Pool and Induces Tolerance to Paternal Alloantigens in Mice. *Biol. Reprod.* 2009;80:1036–1045. doi: 10.1095/biolreprod.108.074658. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
21. Zenclussen M.L., Thuere C., Ahmad N., Wafula P.O., Fest S., Teles A., Leber A., Casalis P.A., Bechmann I., Priller J., et al. The Persistence of Paternal Antigens in the Maternal Body is Involved in Regulatory T-Cell Expansion and Fetal-Maternal Tolerance in Murine Pregnancy. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2010;63:200–208. doi: 10.1111/j.1600-0897.2009.00793.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
22. Tagliani E., Erlebacher A. Dendritic Cell Function at the Maternal-Fetal Interface. *Exp. Rev. Clin. Immunol.* 2011;7:593–602. doi: 10.1586/eci.11.52. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
23. Sharma A., Rudra D. Emerging Functions of Regulatory T Cells in Tissue Homeostasis. *Front. Immunol.* 2018;9:883. doi: 10.3389/fimmu.2018.00883. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
24. Pereira L.M.S., Gomes S.T.M., Ishak R., Vallinoto A.C.R. Regulatory T Cell and Forkhead Box Protein 3 as Modulators of Immune Homeostasis. *Front. Immunol.* 2017;8:605. doi: 10.3389/fimmu.2017.00605. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
25. Schumacher A., Zenclussen A.C. Regulatory T Cells: Regulators of Life. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2014;72:158–170. doi: 10.1111/aji.12238. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
26. Guerin L.R., Prins J.R., Robertson S.A. Regulatory T-Cells and Immune Tolerance in Pregnancy: A New Target for Infertility Treatment? *Hum. Reprod. Update.* 2009;15:517–535. doi: 10.1093/humupd/dmp004. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
27. Care A.S., Bourque S.L., Morton J.S., Hjartarson E.P., Robertson S.A., Davidge S.T. Reduction in Regulatory T Cells in Early Pregnancy Causes Uterine Artery Dysfunction in Mice. *Hypertension.* 2018;72:177–187. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.10858. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
28. Shima T., Sasaki Y., Itoh M., Nakashima A., Ishii N., Sugamura K., Saito S. Regulatory T Cells are Necessary for Implantation and Maintenance of Early Pregnancy but not Late Pregnancy in Allogeneic Mice. *J. Reprod. Immunol.* 2010;85:121–129. doi: 10.1016/j.jri.2010.02.006. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
29. Guzman-Genuino R.M., Diener K.R. Regulatory B Cells in Pregnancy: Lessons from Autoimmunity, Graft Tolerance, and Cancer. *Front. Immunol.* 2017;8:172. doi: 10.3389/fimmu.2017.00172. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

ПРОЛАПС ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА

Маматкулова М.Дж., Негмаджанов Б.Б., Арзиева Г.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Пролапс искусственного влагалища является редкое событие, так как в литературе сообщалось о нескольких случаях. Это состояние является сложным и зависит от исходной патологии, техника вагинопластики и история пациента. Тем не менее, пролапс после сигмоидального кольпопоза, составляет 2,3%.

Сигмоидальный кольпопоз является методом выбора и основой феминизирующей пластики гениталий при аплазии влагалища и функционирующей матке, синдромах Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера, тестикулярной феминизации и неполной маскулинизации, а также мужском транссексуализме. Искусственное влагалище, образованное из сегмента толстой кишки обладает достаточной влажностью, самоочищающейся способностью и чувствительностью: в анатомическом и функциональном отношении приближается к естественному.

Большинство исследователей считают, что искусственное влагалище следует создавать в зрелом возрасте, у психологически подготовленных и вступающих в период половой активности пациенток. Подобный взгляд оправдан в отношении таких способов вагинопластики, как кожный и брюшинный, при которых достичь успешных результатов можно при условии регулярных половых сношений или постоянного ношения протеза, препятствующего рубцеванию неовлагалища, что требует известной доли терпения и готовности к определенному дискомфорту, связанному с этим.

По данным Окулова А.Б., Негмаджанова Б.Б. (2000), 30% вагинопластик с использованием сегмента толстой кишки выполнены детям в возрасте от 2 до 7 лет, что соответствует общей тенденции в мировой практике - устранять порок развития по мере его выявления.

Применительно к аплазии влагалища и матки разработан вариант вагинопластики монотубулярного сигмоидального кольпопоза с использованием лапароскопии. Операцию выполняют одновременно лапароскопическим и промежностным доступами. Методика сочетает радикальность классического сигмоидального кольпопоза с минимальной травматичностью лапароскопической мобилизации толстой кишки и формирования изолированного сегмента кишки с использованием эндоскопических линейных и циркулярных сшивающих аппаратов.

Материалы и методы исследования: Для реализации поставленных перед нами задач мы проводили обследование, лечение и контроль за ближайшими результатами хирургического лечения больных с генитальным пролапсом. Исследование выполнено в гинекологическом отделении 3 родильного комплекса и в частной фирме ООО «Доктор Шифо Бахт» за период 2010-2017 гг. Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 17 до 31 года. В качестве основной лечебной методики всем женщинам проводилось хирургическое лечение в зависимости от степени пролапса артифициального влагалища.

Результаты: Так, из 22 обследованных больных, у 15 (76%) было преимущественно пролапс слизистой неовлагалища, у 7 (24%) пролапс стенок неовлагалища. Сигмоидальный кольпопоз выполнен у пациентов с аплазией матки и влагалища в 20 (91%) случаев и с аплазией влагалища при функционирующей матке в 2 (9%) случаев.

Наиболее часто больные отмечали чувство тяжести внизу живота или наличие инородного тела в области промежности 18 (82%) случаев, дискомфорт в области половых органов 12 (55%) случаев, а также сочетание этих жалоб у 14 (71%) случаев.

У обследуемых пациенток длительность заболевания колебалась от года до нескольких лет. Немаловажное значение в развитии пролапса артифициального влагалища имеет систематическое повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, запоры).

Помимо пролапса артифициального влагалища у обследуемых женщин в 7 (32%) случаях были выявлены различные сопутствующие гинекологические заболевания. В структуре гинекологической патологии у наблюдаемых больных выявлено: фибромиома матки, у 2 (9%), эндометриозная киста у 1 (4,5%), фолликулярная киста яичника у 1 (4,5%), поликистоз яичников у 3 (13,5%). Также при анализе экстрагенитальной патологии обследуемых пациенток нами выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей у 2 (9%) пациенток, пупочная грыжа у 1 (4,5%) пациенток, хронический бронхит у 1 (4,5%) пациенток, заболевание желудочно-кишечного тракта у 3 (13,5%) пациенток.

При проведении осмотра в зеркалах у 41% пациентов в верхней части неовлагалища имело место образование плотной слизистой пробки. Реакция отделяемого артифициального влагалища изучена у всех пациенток с помощью индикаторных бумажек для измерения pH. Последний колебался в пределах 6,2-7,0. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение пролапса искусственного влагалища.

Пациентка 21 лет поступила с жалобами на обильные выделения из половых органов и чувство инородного тела в области промежности.

Из анамнеза: В 16 лет обратилась к гинекологу, при правильном физическом и половом развитии с жалобами на отсутствие менструации и боли внизу живота в месяц один раз – частично купирующее анальгетиками. Была обследована и выставлен диагноз: аплазия влагалища при функционирующей матке. В 17 лет выполнена операция сигмоидальный кольпопоз с утеронеовагинальным анастомозом. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На данном приеме при гинекологическом осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. В области предверия отмечается выпадение слизистой неовагины при натуживании пролапс усиливается. На УЗИ: матка размером 38х32х36мм яичники справа 30х25х15 мм; слева 32х25х16 мм.

Выставлен диагноз: пролапс неовлагалища при функционирующей матке.

Выполнено иссечение и удаление выпавшей части неовлагалища. Выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

Пациентка 32 лет поступила с жалобами на обильные выделения из половых органов и чувство инородного тела в области промежности.

Из анамнеза: В 18 лет обратилась к гинекологу, при правильном физическом и половом развитии с жалобами на отсутствие менструации, боли при коитусе. Была обследована и выставлен диагноз: аплазия матки и влагалища. Выполнена операция сигмоидальный кольпопоз. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На данном приеме при гинекологическом осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенены по женскому типу. В области предверия отмечается выпадение слизистой неовагины при натуживании пролапс усиливается.

На УЗИ: матка размером отсутствует, яичники справа 30x25x15 мм; слева 32x25x16 мм.

Выставлен диагноз: пролапс неовлагалища после сигмоидального кольпопоза.

Выполнено иссечение и удаление выпавшей части неовлагалища. Выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, выполнение органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций улучшает психологическую реабилитацию пациентов; применяемые хирургические методы физиологически обоснованы. Обеспечивают возможность восстановить или значительно улучшить функции органов репродуктивной системы, что способствует улучшению половой и социальной адаптации пациентов.

Литература:

1. Кругляк Д.А., Буралкина Н.А., Ипатова М.В. и др. / Синдром Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера: современные методики лечения, психологические и социальные аспекты (аналитический обзор) Репродуктивное здоровье детей и подростков / Том 14. № 3, 2018
2. Негмаджанов Б.Б. Пластика влагалища из сегмента толстой кишки и феминизирующая реконструкция наружных гениталий: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1993. 41 с.
3. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ким В.О. /Аномалии развития млочеровых протоков у детей и подростков//Ж: Теоретической и клинической медицины, №5 2019 С.124-125
4. Маматкулова М.Д. Негмаджанов Б.Б./Пролапс искусственного влагалища при функционирующей матке//Ж: новый день в медицине, 4(34)2020 С.249-253
5. Саруханов А.Г. Отдаленные результаты кольпопоза у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 22 с.
6. Уварова Е.В., Давтян Г.М., Буралкина Н.А. и др. / Формирование неовлагалища путем комплексного неоперативного кольпопоза у пациенток с синдромом Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера. Репродуктивное здоровье детей и подростков / 2014, №6.
7. Neron M, Ferron G, Vieille P, et al: Treatment of neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. Int Urogynecol J 2017; 28:41
8. Hao Z., Yang S.: Neovaginal prolapse treated with sacrospinous ligament suspension: a case report and review of the literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 30 (2017) 505-507

ОПРЕДЕЛИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р., Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкенской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Введение: Одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии является гиперандрогения беременных. Частота осложнений процесса гестации на фоне гиперандрогенных состояний составляет от 21 до 48% [3,4]. Среди гормональных причин невынашивания беременности одно из первых мест (с частотой выявления 21-48%) занимает гиперандрогения (ГА) - патологическое состояние, обусловленное изменением секреции андрогенов, нарушением их метаболизма и связывания на периферии. Гиперандрогения имеет место раннее развитие плацентарной недостаточности которая проявляется с начала второго триместра нарушениями маточно и фетоплацентарного кровотока, при доплерометрии несоответствием степени зрелости плаценты гестационному сроку при ультразвуковом исследовании. Женщины с гиперандрогенией относятся к группе повышенного риска по возникновению осложнений родов. Наиболее частыми из них являются несвоевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности [1,5,6]. Беременные с гиперандрогенией относятся к группе риска по развитию осложнений гестационного процесса. Обращает на себя внимание то, что 90 % пациенток с гиперандрогенией имеют какую либо экстрагенитальную патологию (заболевания желудочно-кишечного тракта, патологию верхних дыхательных путей, заболевания мочевыделительной системы, вегетососудистую дистонию) [2,7]. Если суммировать имеющиеся в современной литературе данные, то можно выделить ряд следующих наиболее распространенных осложнений беременности на фоне гиперандрогении: невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность, истмико-цервикальная недостаточность, плацентарная недостаточность, приводящая к хронической внутриутробной гипоксии плода, задержке внутриутробного развития вплоть до его антенатальной гибели гипоксии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 64 беременных женщин, которые наблюдались во время беременности на базе Хорезмского областного перинатального центра. В зависимости между временем установления

диагноза гиперандрогении и частотой развития осложнений беременности пациентки были разделены на следующие группы:

Первая группа основная, (n = 22) - беременные и родильницы, у которых гиперандрогения выявлена до наступления беременности и проводилась предгравидарная подготовка.

Вторая группа сравнения, (n = 22)- беременные и родильницы, у которых гиперандрогения диагностирована во время настоящей беременности, по анамнестическим данным выявлены нарушения менструального цикла, бесплодие, синдром привычной потери плода, по клиническим проявлениям угроза выкидыша, гирсутизм и гиперандрогения.

3- группа контрольная, (n = 20) - практически здоровые женщины, с нормальным уровнем андрогенов и неосложненным течением беременности.

В клиническое обследование входят: клиничко-анамнестическое обследования с подсчетом гирсутного (по шкале Ферримана Голвея) числа и оценки характера менограммы; эхографии органов малого таза и надпочечников; необходимо проведение лабораторного обследования, включающего определение содержания свободного и общего тестостерона, дегидротестостерона, тестостерон-эстрадиол связывающего глобулина, и кортизола, а также уровня лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина.

Во время беременности: в сроке гестации 16-18 недели для оценки гормональной функции плаценты определить уровень хорионического гонадотропина ХГ и α -фетопротеина в сыворотке крови матери. Для оценки состояния фетоплацентарного комплекса проводить ультразвуковое исследование плода, ультразвуковую плацентометрию. Для оценки состояния плода проводить наружную непрямую кардиотокографию КТГ с 32-й недели беременности с периодичностью раз в 2 недели.

Результаты: Отягощенный акушерско- гинекологический 100% анамнез имели пациенток с гиперандрогенией. Наиболее часто встречались первичное бесплодие и привычное невынашивание беременности (68%) в 1-й группе случаев n = 15, нарушения менструального цикла по типу аменореи олигоменореи преимущественно отмечались во 2-й группе (46%, n = 13). При проведении гормонального скрининга в 16-18 -й недели беременности обнаружено что у n = 19- (86%) беременных показатели секреции ХГ и α -фетопротеина достоверно не отличались от таковых в (контрольной группе среднее значение уровня ХГу здоровых женщин составило (36 000 \pm 5 800), (55,37 МЕ мл уровень АФП \pm 4,95)). Только беременные с гиперандрогенией из 1-й группы и из 2-й группы имели, низкий уровень ХГ и эстриола при этом уровень α - фетопротеина соответствовал норме. Всем пациенткам с нарушениями гормонального скрининга была проведена пренатальная диагностика. Гирсутное число составило в 1-й группе в (14,3 среднее \pm 2,8), во 2-й -группе(11,2 \pm 3,1), в контрольной группе(5,6 \pm 2,8) (балла p < 0,05).

Выявлено большое число осложненной беременности у обследуемых женщин. У всех пациенток наблюдалась угроза прерывания беременности. Почти у 80% женщин признаки угрозы прерывания беременности появились в первом триместре эти пациентки получали терапию пролонгирующую беременность. Практически у каждой второй пациентки с гиперандрогенией по даннымУЗИ и доплерометрии диагностировалась плацентарная недостаточность в сроках от 22-24 недели беременности в 1-й группе в случаев n = 9 (40%), во 2-й группе - в случаев n = 15 (53%).

При проведении динамической сонографии у беременных с гиперандрогенией выявлялись такие признаки плацентарной недостаточности как несоответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку расширение межворсинчатого пространства отложение кальцинатов 1- данные изменения обнаружены у пациенток 2-й группы и у пациенток 1-й группы 85%.

Заключение: Таким образом в ходе настоящего исследования было установлено что при гиперандрогении имеет место раннее развитие плацентарной, недостаточности которая проявляется с начала второго триместра нарушениями маточно и фетоплацентарного кровотока при доплерометрии несоответствием степени зрелости плаценты гестационному сроку при ультразвуковом исследовании признаками внутриутробной гипоксии по 32 кардиотокограммам после 24 недели беременности. Плацентарная недостаточность является в большинстве случаев первичной и обусловлена общим негативным влиянием гиперандрогении, на репродуктивную систему что приводит к неполноценному развитию сосудистой системы плаценты и маточно- плацентарных сосудистых связей нарушению маточно- плацентарного кровотока. Наличие плацентарной недостаточности подтверждается при морфологическом исследовании плаценты после родов. Отмечается гипоплазия истончение плаценты снижение плацентарно плодового коэффициента. Наряду с компенсаторно приспособительными реакциями в плаценте при гиперандрогении наиболее выражены, такие патологические изменения как резкое сужение межворсинчатого пространства избыточное отложение, как перитак и интравиллезного фибриноида увеличение удельного объема инфарктов склеенных ворсин. При отсутствии предгравидарной подготовки выявлению гиперандрогении уже после наступления беременности морфологические изменения в плаценте выражены в большей степени.

Литература:

1. Абдурахманова, Р.А. Особенности течения беременности, исхода родов и становления лактации у женщин с гиперандрогенией/Р.А. Абдурахманова: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2002. –18 с.
2. Агаркова, Л.А. Морфологические критерии эффективности терапии плацентарной недостаточности у беременных с гиперандрогенией/Л.А. Агаркова[и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. –2009. - №1. –С. 9-13.
3. Абдурахманова Р.А. Гиперандрогения – фактор риска развития акушерской и перинатальной патологии // III Региональный научный форум «Мать и дитя». М., 2009. 5 с
4. Диш О.Г. Клиничко-морфологические аспекты формирования плацентарной недостаточности при смешанных формах гиперандрогении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007.

5. Качалина Т.С. Гиперандрогения и невынашивание беременности // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2004. (3). 61–64.
6. Ghazeeri G.S., Nassar A.H., Younes Z., Awward J.T. Pregnancy outcomes and the effect of metformin treatment in women with polycystic ovary syndrome: an overview // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012. 96. (6). 658–678
7. Escobar-Morreale, H.F. A prospective study of the prevalence of nonclassical congenital adrenal hyperplasia among women presenting with hyperandrogenic symptoms and signs / H.F. Escobar-Morreale [et al.] // J. Clin Endocrinol Metabol. –2008. - №93. –P. 527-533.

ОЦЕНКА РОЛИ МЕЛАТОНИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И РАЗРАБОТКА СХЕМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ЕГО ПРИМЕНЕНИЕМ

Матризаева Г.Дж., Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. Гормональное бесплодие является одной из наиболее распространенных эндокринных патологий в популяции [3]. Этиология заболевания во многом спорна: с каждым годом открывают новые возможные механизмы патогенеза [1,2,6,9]. Результаты исследований последних десятилетий позволили предположить влияние мелатонина и биологических ритмов организма на развитие и прогрессирование заболевания. Существуют однозначные доказательства того, что мелатонин функционирует через рецепторы, как мембранные, так и ядерные, а также нейтрализует свободные радикалы (процесс, который не требует участия рецепторов) [5,6]. Многочисленные данные свидетельствуют о роли мелатонина в физиологии яичников, в том числе развитии фолликулов, овуляции, созревании ооцитов и поддержании желтого тела. Мелатонин обеспечивает адаптацию эндогенных биоритмов к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Биологический ритм – основа жизнедеятельности организма [1,3,5,10]. Учитывая высокую распространенность метаболических нарушений, хронический характер СПЯ, новые данные о роли мелатонина в фолликулогенезе, возникла необходимость оценить роль этого гормона в репродуктивной функции женщины, т.к. полученные результаты позволяют повысить эффективность лечения пациенток и реализовать способность к зачатию с помощью консервативных методов терапии без использования вспомогательных репродуктивных технологий [4,7,8].

Цель: изучить влияние мелатонина на развитие ановуляции и сомнологических нарушений у пациенток с гормональной бесплодием, возможности его использования в схемах лечения данного заболевания.

Материалы и методы: исследование двух независимых выборок пациенток от 20 до 35 лет. В первую выборку включены женщины с гормональной бесплодием (n=60). Вторая выборка (группа контроля) состояла из здоровых женщин без нарушений менструального цикла (n=30). Критерии включения женщин в 1 группу: нерегулярность менструального цикла; выявление ультразвуковых признаков поликистоза яичников; наличие клинических признаков гиперандрогении; отсутствие любой гормональной терапии в течение 6 месяцев перед исследованием; получение информированного согласия на комплексное обследование и лечение. Критерии исключения для 1 группы: наличие противопоказаний к предполагаемой терапии; беременность, лактация; наличие хронических экстрагенитальных заболеваний в стадии обострения, субкомпенсации; наличие декомпенсированной эндокринной патологии; выявление острых, обострений хронических воспалительных заболеваний половых органов; курение, злоупотребление алкоголем.

Результаты исследования: В соответствии с поставленными задачами было обследовано 90 женщин. Оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Голлвея дала следующие результаты: 30 пациенток (50%) имели легкую степень гирсутизма, 4 (6,7%) – умеренную и 1 пациентка (1,7%) – тяжелую степень. Остальные женщины (25 человек, 41,7%) не имели признаков повышенного роста волос по мужскому типу. Длительность лечения пациенток до обращения к гинекологу составила: до 1 года – 6 человек (10%), 1-3 года – 41 человек (68,3%), 4-6 лет – 10 человек (16,7%), более 7 лет – 3 человек (5%), что соответствует общей тенденции длительного лечения пациенток. По данным УЗИ органов малого таза у 46 пациенток (76,7%) с СПЯ были выявлены признаки двустороннего увеличения яичников, у 13 пациенток (21,7%) – одностороннего, у 1 пациентки (1,7%) – объем яичников не превышал норму. У всех определялись множественные мелкие фолликулы до 10 мм в диаметре в количестве 12-15 штук в структуре яичников. У 27 пациенток (45%) были зафиксированы признаки гипоплазии матки, что вероятно могло быть связано с нерегулярным ритмом менструаций. Результаты комплексного обследования позволили распределить пациенток по фенотипам: классический (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 29 человек (48,3%), овуляторный (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ) – 6 человек (10%), неандрогенный (поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 15(25%), ановуляторный (признаки гиперандрогении+ановуляция) – 10 человек (16,7%). Большим СПЯ предлагалось выбрать среди всех причин нарушений сна главную. Самой частой причиной оказался стресс (55%), далее шли ночная или суточная работа, учеба в ночные часы (29%), жизненные события составили 10% и 6% – другие причины. По результатам анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна пациентки с СПЯ статистически значимо отличались от группы контроля по уровню патологических отклонений ($p = 0,0040$) – при наличии СПЯ эти нарушения встречались чаще. При распределении по фенотипам была выявлена следующая особенность сомнологического профиля пациенток: при классическом фенотипе отклонения присутствовали в 82,8% случаев, при овуляторном – 16,7%, неандрогенном – 66,7%, а при ановуляторном – в 70%. Хотя статистически значимо отличались только классический и овуляторный фенотипы ($p=0,004$), что может свидетельствовать о более выраженной патологии секреции мелатонина при классическом фенотипе, которая дополнительно усугубляется депривацией сна вследствие жизненных обстоятельств, в то время как наличие овуляции возможно сглаживает мелатониновый дисбаланс. Анкетирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии статистически значимых различий между группой СПЯ и контролем не выяви-

ло, что может объясняться высокой распространенностью вторичного бесплодия в группе контроля, оказывающего влияние на психологический статус.

Метаболические параметры. При исследовании углеводного обмена уровень глюкозы натощак был статистически значимо выше в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й, при этом оба показателя находились в пределах нормативных значений. Статистически значимых отличий по уровню глюкозы между группой СПЯ и контролем соответствующей категории ИМТ не обнаружено. Гормональные параметры. Выявлена общая тенденция к повышению концентрации ЛГ у пациенток с СПЯ, при этом показатели ФСГ значимо не отличались по подгруппам, а уровень тестостерона был повышен в обеих группах СПЯ. Уровень АМГ оказался статистически значимо выше в обеих группах СПЯ при сравнении с контролем, а ИМТ не влиял на показатели. Определение мелатонина и его метаболита в биологических жидкостях. Для пациенток с синдромом поликистозных яичников было характерно более высокое содержание мелатонина в крови, уровня 6-сульфатоксимелатонина в суточной моче и более низкие концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости. Сниженная концентрация мелатонина в фолликулярной жидкости при сопутствующем ей повышении концентрации того же параметра в крови позволяет предположить возможное компенсаторное повышение уровня мелатонина в крови. Снижение концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости у женщин с СПЯ может приводить к ановуляции. Следствием дефицита мелатонина в яичнике и его повышения в крови также служит увеличение содержания 6-сульфатоксимелатонина в моче по принципу предположительной отрицательной обратной связи.

Мы оценили уровень мелатонина в крови у женщин группы контроля (наличие подтвержденной овуляции): показатель более 51,2 пг/мл не встречался ни у одной участницы. В дальнейшем мы оценили наличие овуляции у пациенток с уровнем мелатонина более 51,2 пг/мл. Только в 15% случаев овуляция отсутствовала при уровне мелатонина более 51,2 пг/мл, у остальных больных, несмотря на условно принятый за нормальный уровень мелатонина, регистрировалась ановуляция. Была обнаружена статистически значимая слабая прямая корреляция уровня мелатонина в крови и тестостерона ($r=0,277$, $p=0,036$, метод ранговой корреляции по Спирмену), что может подтверждать их роль в качестве важнейших факторов

Выводы: 1. Пациентки с СПЯ имеют статистически значимо более низкую концентрацию мелатонина в фолликулярной жидкости при его повышенном уровне в крови и слюне и его метаболита в моче независимо от ИМТ, по сравнению с женщинами группы контроля без признаков ановуляции. Наиболее высокий уровень мелатонина в крови был обнаружен при классическом фенотипе СПЯ, а наиболее низкий – при овуляторном, что подтверждает связь овуляторной дисфункции и уровня мелатонина в фолликулярной жидкости. 2. Частота сомнологических нарушений у пациенток с СПЯ (42.2%) превышала таковую среди женщин группы контроля (10%). При распределении больных в зависимости от фенотипа статистически значимые отклонения были обнаружены в подгруппах классического и овуляторного вариантов, причем в первой подгруппе изменения были наиболее выражены. По данным анкетирования женщины с СПЯ имели худший сомнологический профиль по сравнению с контрольной группой не зависимо от ИМТ. Статистически значимых отличий по степени тревоги и/или депрессии у больных с СПЯ и женщин группы контроля не выявлено. 3. Расстройства сна выступают в качестве дополнительного фактора, нарушающего метаболический профиль пациенток: ухудшение сомнологического профиля ассоциировано с усилением инсулинорезистентности у больных СПЯ. 4. На развитие ановуляции при СПЯ влияет нарушение взаимосвязи мелатонина, определяемого в крови, и мелатонина яичников, а также гиперандрогения и повышенный уровень АМГ (коррелирует с уровнем мелатонина в крови). Синтетический аналог мелатонина в комбинированной терапии СПЯ позволяет в 2,7 раза повысить эффективность консервативной терапии и преодолеть кломифен-резистентность в циклах стимуляции овуляции.

Литература:

1. Absatarova J., Andreeva E., Sheremetyeva E., Grigoryan O. Melatonin and sleep disorders in polycystic ovary syndrome. Материалы конференции «Gynecological Endocrinology. World Congress». 2-5 марта 2016г. Италия, Флоренция.
2. Абсатарова Ю.С., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н. Мелатонин в репродукции человека // Проблемы репродукции. – 2016. – №1. – с.8-11.
3. Ихтиярова Г.А., Курбанова З.Ш., Розикова Д.К. Причины и методы диагностики эндокринного бесплодия и роль витамина Д в его коррекции // Тиббиётда янги кун 2020. №2(30/2). –С. 34-38.
4. Икрамова Х.С., Матризаева Г.Д., Ражабова Оценить кумулятивную эффективность стимуляции моноовуляции у женщин с синдромом Штейна Левентала в различных возрастных группах Central Asian Journal of Pediatrics Volume 2/ Issue 2 6-20-2019/ Page 123-128.
5. Kurbaniyazova M.Z., Matrizayeva G.D., Duschanova Z.A., Saparbayeva N.R Ovarian hyperstimulation syndrome – as a complication of ovulation induction Central Asian Journal of Pediatrics Volume 2/ Issue 2 128. 6-20-2019/ Page 123-128.
6. Ихтиярова Г.А., Курбанова З.Ш., Шодиев Б.В. Диагностика и подготовка женщин с низким овариальным резервом яичников к вспомогательным репродуктивным технологиям // Тиббиётда янги кун 2020. №2(30). -С. 123
7. Курбанова З.Ш., Розикова Д.К., Ихтиярова Г.А. Ановуляторное бесплодие и синдром поликистозных яичников //Тиббиётда янги кун 2020. №2(30/2) –С.159-165.
8. Tamura H., Takasaki A., Taketani T., Tanabe M., Kizuka F., Lee L., Tamural., Maekawa R., Asada H., Yamagata Y., Sugino N. The role of melatonin as an antioxidant in the follicle // Journal of ovarian research. – 2012. – Vol.5. – P.5.
9. Tamura H., Taksaki A., Taketani T., Tanabe M., Kizuka F., Lee L., Tamura I., Maekawa R., Asada H., Yamagata Y., Sugino N. Melatonin as a free radical scavenger in the ovarian follicle // Endocrine journal. – 2013. – Vol.60. – P.1–13.
10. Tan D., Manchester L., Fuentes-Broto L., et al. Significance and application of melatonin in the regulation of brown adipose tissue metabolism: relation to human obesity // Obesity Reviews. – 2011. – Vol.12. – P.167-188.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ.

Мирходжаева С.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение: В последние годы возросла частота гистерэктомий в репродуктивном возрасте, произведённых в результате тяжёлых патологических состояний, возникающих в родах (массивная кровопотеря, септические осложнения, полиорганная недостаточность).

В результате акушерской гистерэктомии женщины молодого возраста вступают в так называемую хирургическую менопаузу.

Хирургическая менопауза – состояние, при котором у женщины искусственно прекращается менструация в результате удаления яичников или матки, а также только яичников или только матки.

Гистерэктомия у молодых женщин ведёт к резкому снижению уровня половых гормонов, возникает так называемое эстрогендефицитное состояние. Осложнения данной операции у женщин репродуктивного возраста имеют гораздо более тяжёлые последствия, так как происходит резкое выключение функции яичников, по сравнению с женщинами менопаузального возраста, у которых происходит постепенное снижение половых гормонов в результате возрастной менопаузы. Хирургическая менопауза сопровождается целой гаммой системных изменений. Уже в течение первых месяцев после гистерэктомии у большинства женщин появляются вазомоторные, нервно-психические и эндокринные нарушения.

Дефицит половых гормонов приводит к сдвигам в костном ремодулировании, когда процессы резорбции начинают превалировать над процессами формирования костного вещества, вследствие чего развивается остеопороз.

Остеопороз – системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением минеральной плотности костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани, которое приводит к хрупкости кости и увеличению риска переломов костей.

При гистерэктомии с сохранением или удалением яичников у молодых женщин происходит более выраженная преждевременная потеря минеральных веществ кости.

По мнению ряда авторов, при тяжёлом астенодепрессивном синдроме у пациенток с синдромом постовариэктомии даже при удалённой матке предпочтительнее использовать комбинированные препараты.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния МГТ на МПКТ у женщин репродуктивного возраста с акушерской гистерэктомией.

Материалы и методы исследования: Мы изучили эффективность 12-месячного применения Климонорма (оральный двухфазный гормональный препарат для МГТ, содержит 2 мг эстрадиола валерат и 0,15 левоноргестрела, относящийся к производным С-19- стероиды, оказывающие слабое андрогенное воздействие) на МПКТ и маркёры костного обмена у 20 женщин с акушерской гистерэктомией без придатков (10 женщин после ампутации матки и 10 женщин после экстирпации матки). Средний возраст пациенток составил 32,2±4,3. Контрольную группу составили 10 женщин репродуктивного возраста после физиологических родов.

Перед назначением гормонотерапии проводилось всестороннее обследование женщин: детальный клинико-анамнестический анализ, обследование молочных желёз, ТФД, УЗИ половых органов. МПКТ определяли методом рентген-денситометрии и ультразвуковой остеометрии, маркёры костного ремодулирования (КЩФ, Са крови и мочи).

Результаты исследования, представленные в таблице №1, показали, что на фоне лечения произошло статистически достоверное увеличение МПКТ в компактном и губчатом веществе в обеих основных группах. Показатели МПКТ более оптимизированы у женщин с ампутацией матки по сравнению с женщинами с экстирпацией матки без придатков, что подразумевает тот факт, что оставшаяся часть матки (шейка матки), как часть органа мишени, вероятно, нивелирует возникающие метаболические нарушения в костной ткани у женщин с акушерской гистерэктомией.

Таблица 1. Динамика показателей МПКТ методом рентген-денситометрии

Зона определения	НАМ n=10			ЭМ n=10		
	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Компактное вещество мг/мм ³	87,0±4,1	94,0±1,8	96,1±0,7*	74,8±4,9	92,8±0,6**	94,0±0,5**
Губчатое вещество мг/мм ³	45,3±1,9	53,8±1,7**	55,2±1,5***	43,7±2,8	51,6±0,5*	53,5±0,1**

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Таблица 2. Динамика показателей МПКТ по данным ультразвуковой остеометрии

Зона определения	НАМ n=10			ЭМ n=10		
	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Нижняя челюсть, м/с	3254±32	3351±29*	3526±45***	3096±94	3331±18*	3502±27***
Ключица, м/с	3232±20	3330±10***	3548±47***	3162±58	3324±12*	3508±26***
Локтевая кость, м/с	3298±28	3326±10*	3548±47***	3283±17	3357±13**	3541±27***
Большеберцовая кость, м/с	3244±18	3352±6***	3336±51	3203±18	3331±11***	3511±27***

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Изучение показателей МПКТ по данным ультразвуковой остеометрии показало, что через 6 месяцев после лечения скорость прохождения ультразвука в нижней челюсти составила 3351+29 м/с в 1 группе и 3331+18 м/с ($P<0,05$) во 2 группе; в ключице – 3330+10 ($P<0,01$) в 1 группе и 3324+12 во 2 группе; в локтевой кости – 3362+10 ($P<0,05$) в 1 группе и 3357+13 ($P<0,01$) во 2 группе; в большеберцовой кости – 3352+6 ($P<0,001$) в 1 группе и 3331+11 ($P<0,001$) во 2 группе.

По истечении 12 месяцев лечения скорость прохождения ультразвуковой волны в зонах определения находилось на уровне контрольных значений.

Таблица 3. Исходные уровни кальциевого гомеостаза и КЩФ

Параметры	Контроль n=10	НАМ n=10	ЭМ n=10
Са крови, ммоль/л	2,40±0,11	4,35±0,21***	4,62±0,19***
Са мочи, мм/24	4,09±0,03	6,30±0,05***	6,56±0,08***
КЩФ, мкМ	0,69±0,05	1,85±0,09***	2,00±0,09***

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$)

При исследовании КЩФ и кальциевого гомеостаза выявлено, что на фоне проводимой терапии уже через 3 месяца от начала лечения уровни КЩФ достоверно снизились в 1 группе до 1,23±0,05 мкМ ($P<0,01$), во 2 группе – до 1,30±0,09 мкМ ($P<0,01$) по сравнению с исходными данными. Также к 3-му месяцу отметилось достоверное снижение уровня общего Са в крови: в 1 группе – 2,90±0,13 ммоль/л ($P<0,001$) и во 2 группе – 3,06±0,13 ммоль/л ($P<0,001$). Такая же динамика наблюдалась при исследовании общего Са в суточной моче: 1 группа – 4,20±0,03 мм/24ч ($P<0,001$); 2 группа – 4,37±0,05 мм/24ч ($P<0,001$).

К первому году лечения уровни кальциевого гомеостаза и КЩФ достигли значений, характерных для здоровых женщин репродуктивного возраста: в 1 группе – 0,71±0,06 мкМ, во 2 группе – 0,85±0,10 мкМ. Из вышеизложенного видно, что уже к 3-му месяцу лечения показатели общего кальция в сыворотке крови и в суточной моче и КЩФ снижаются в 1,5 раза. Биохимические маркеры костного ремоделирования и показатели кальциевого обмена являются чувствительными тестами для ранней оценки эффективности МГТ (через 3 месяца), когда рентген-денситометрия ещё неинформативна.

Заключение: таким образом, гормонотерапия оказывает выраженный блокирующий эффект на костную резорбцию у женщин с хирургической менопаузой, что лежит в основе механизма сохранения кости на фоне МГТ. Правильно подобранная МГТ оказывает комплексное благоприятное воздействие на психовегетативные расстройства, метаболические процессы, улучшает социальную адаптацию и общее качество жизни.

Литература:

1. Струков В.И., Елистратов Д.Г. Известные и новые технологии в лечении и профилактике остеопороза. Метод. рекомендации/ Пенза, 2014; с.46.
2. Струков В.И., Кислова А.Г., Елистратов Д.Г. и др. Персонализированный подход в терапии остеопороза у пожилых // Врач. - 2015; 6: 51-3.
3. Смирнов А.В. Рентгенологическая диагностика первичного остеопороза // Современная ревматология. - 2011; 1: 48.
4. Струков В.И. и др. - Влияние остеомеда форте на гормональный статус и течение остеопороза у женщин с дефицитом андрогенов в постменопаузе // Врач. - 2015; с 12.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Мирходжаева С.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение: Проблема охраны здоровья женщины имеет огромное общегосударственное значение и является одной из важнейших задач современной медицины. Достижения акушерско-гинекологической службы значительно улучшили медицинскую помощь женщинам нашего региона. В Республике проводится большая работа по совершенствованию медицинского обслуживания женского населения.

В то же время, особенности состояния женщин активного репродуктивного возраста после акушерской гистерэктомии остаются недостаточно изученными. Проблема гистерэктомии является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве в связи со значительным увеличением частоты этой операции в репродуктивном возрасте. Остаются неизученными особенности состояния женщин активного репродуктивного возраста, перенесших в родах гистерэктомию, которая выполняется часто на фоне массивной кровопотери, септических осложнений или полиорганной недостаточности. Таким образом, актуальность изучения особенностей состояния здоровья женщин активного репродуктивного возраста после акушерской гистерэктомии обусловлена отсутствием научно обоснованных рекомендаций по профилактике развития и лечения отдаленных осложнений, реабилитации и диспансеризации данного контингента женщин.

Цель исследования: изучение функционального состояния центральной нервной системы на основании комплексной оценки биоэлектрической активности головного мозга и церебральной гемодинамики.

Материал и методы исследования: обследовано 70 женщин, перенесших ампутацию матки без придатков – 1 группа, Вторая обследованная группа состояла из 30 женщин после экстирпации матки без придатков. Группу сравнения составили 20 женщин после физиологических родов. Обследование проводилось через 3 и 6 месяцев после операции и родов.

В комплекс электрофизиологических исследований входили энцефалография (ЭЭГ) и реоэнцефалография (РЭЭГ). Фоновые ЭЭГ исследования женщинам проводились на 8 –канальном электроэнцефалографе ЕЕС- 80 фирмы «» (ВНР).

Реографические исследования проводились при помощи реографической приставки 4 РГ – 2М ЭПМ. Исследование осуществлялось во фронто-мастоидальном отведении.

Результаты и их обсуждение: по возрасту женщины распределялись следующим образом: от 20 до 25 лет-33, от 26 до 30 лет – 40, от 31 до 35 лет – 27. У подавляющего большинства (75%) менархе наступало в возрасте 13 – 15 лет, у 25% - после 15 лет, у 91% пациентов до родов имелся регулярный менструальный цикл, установившийся сразу.

Изучение акушерско - гинекологического анамнеза показало, что у 34 пациенток в прошлом имели место воспалительные заболевания матки и придатков, 4 больных перенесли операцию по поводу трубной беременности, консервативная миомэктомия и удаление полипа слизистой оболочки цервикального канала были произведены у 2 женщин, 9 пациенток получали ранее лечение по поводу псевдоэрозии шейки матки, 6 страдали дисфункцией яичников, 2 – бесплодием. У 22 женщин была миома матки, при чем у 8 она была диагностирована до беременности, у 7 – во время беременности, у 7 – во время операции кесарева сечения.

Характеризуя репродуктивную функцию обследованных пациенток, следует отметить, что первобеременных было 21, повторнорбеременных, но первородящих – 19, повторнородящих – 60.

Из наблюдавшихся женщин 28 имели от 2 до 7 искусственных абортов. Кроме того, 11 перенесли от 1 до 3 самопроизвольных абортов и 2 ранее имели неразвивающуюся беременность. Предыдущая беременность закончилась абдоминальным родоразрешением у 14 женщин, у 5 из них в анамнезе были 2 операции кесарева сечения. Показаниями к операции являлись: тазо-головная диспропорция, неудовлетворительный прогресс родов, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, тяжелая преэклампсия, поперечное положение плода и несостоятельность рубца на матке.

Экстрагенитальная патология выявлена у 41 женщины: железодефицитная анемия у 33, латентная форма пиелонефрита у 7, хронический тонзиллит у 6, ревматизм в неактивной фазе у 4, ожирение 1 и 11 степени у 10.

Течение последней беременности у большинства наблюдавшихся сопровождалось целым рядом акушерских осложнений, среди которых наиболее часто встречались преэклампсия(35%) и угроза прерывания беременности в ранних сроках беременности (28%). После родов через естественные родовые пути произведено 22 гистерэктомий. Во время и после кесарева сечения произведено 78 гистерэктомий.

Показаниями к гистерэктомии после родов через естественные родовые пути были: разрыв матки в 2-х, истинное приращение плаценты и сочетанный разрыв шейки матки 1 и 11 степени в 3-х, гипотоническое кровотечение в 12 случаях. Показаниями к гистерэктомии во время и после кесарева сечения в 36 случаях было гипотоническое кровотечение, истинное приращение плаценты в 10, миома в 13, сепсис в 8, коагулопатия в 11 случаях.

Кесарево сечение в плановом порядке было произведено 18,5% женщин, по экстренным показаниям – 81,5%. Частота гистерэктомий после плановых операций составила 9,65%, после экстренных – 10,2%. В качестве метода анестезии у абсолютного большинства больных был использован эндотрахеальный наркоз. У большинства (69,2%) беременных родоразрешение осуществлялось в 38 – 40 недель, перенашивание наблюдалось в 15,4% случаев.

Общая кровопотеря при гистерэктомии колебалась от 1200 до 4000мл. (в среднем 1747,6+/53,2мл.), при этом у 32 она составляла 1100 – 1500мл, у 22 была в пределах 1600 – 2000мл, у 9 – 2100 – 2500, и у 2 женщин составила более 2600 мл. Длительность операции до 1 часа была в 1наблюдении, до 2 часов – в 64,4% случаев, более 2 часов – в 33,9%, средняя продолжительность операции в исследуемой группе составила 118,4+/8,0 мин. Увеличение продолжительности оперативного вмешательства в некоторых случаях было связано с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, в некоторых случаях – с недостаточной сократительной способностью матки и попытками консервативного лечения этой патологии.

Анализ фоновой электроэнцефалограммы (ЭЭГ) показал, что в группе больных по сравнению с контрольной группой превалирует десинхронизация с наличием у отдельных больных билатерально-синхронных пароксизмов альфа-колебаний, дельта- и тета- активности на фоне дезорганизации основного ритма.

Для более детального анализа ЭЭГ мы использовали классификацию Е.А.Жирмунской, В.С.Лосева (1984), по данной классификации визуально различают 5 типов ЭЭГ: 1 тип – организованный в пространстве и времени (норма), 11 тип – синхронно-моноритмичный, 111 тип – десинхронный, 1У тип – дезорганизованный с преобладанием альфа – активности, У тип – дезорганизованный с преобладанием дельта – и тета – активности.

В группе больных отмечается выраженное преобладание ЭЭГ 1У типа за счет резкого сокращения числа нормального типа ЭЭГ, кроме того у больных выявляется относительное преобладание десинхронного типа, особенно во 11 группе. Биоэлектрическая активность мозга является не только показателем наличия выраженности функционального нарушения деятельности головного мозга, но и отражает также функциональное состояние активирующих и синхронизирующих механизмов ретикулярной формации. Эти структуры являются составной частью лимбико-ретикулярного комплекса, т.е. надсегментарного отдела вегетативной нервной системы.

Проведенные ЭЭГ- исследования позволили выявить 2 важные особенности биоэлектрической активности мозга женщин, перенесших гистерэктомию в активном репродуктивном возрасте.

Во-первых, на ЭЭГ отмечается наличие медленных колебаний, значительное преобладание билатерально-синхронных пароксизмов альфа-колебаний, дельта- и тета активности на фоне дезорганизации альфа – ритма. Эти изменения свидетельствуют о функциональных нарушениях коры головного мозга и дисфункции срединных структур мозга. Эти изменения несколько преобладали во 11 группе больных.

Во- вторых, полученные при количественном анализе типов ЭЭГ и частотно-амплитудных характеристик альфа – ритма данные свидетельствуют о том, что функциональное состояние глубинных структур мозга значительно нарушены у больных по сравнению с контрольной группой.

Нами выявлено, что в группе больных имеется относительное преобладание десинхронных типов ЭЭГ, а также десинхронизация фонового альфа-ритма по показателям альфа – индекса и частотно-амплитудным характеристикам альфа – ритма, причем эти изменения несколько преобладали во 11 группе. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных по сравнению с контрольной группой имеется избыточность восходящей неспецифической активации мозга.

Проведенные РЭГ исследования выявили у больных с гистерэктомией признаки снижения церебрального кровенаполнения с выраженной межполушарной асимметрией. Тенденцию повышения сосудистого тонуса. Явления ангиодистонии и затруднение венозного оттока. Эти изменения носят, на наш взгляд, функциональный. Дисрегуляторный характер, поскольку все обследованные женщины не имели системных сосудистых заболеваний. В регуляции церебральной гемодинамики ведущую роль играет вегетативная нервная система. Отсюда можно сделать вывод о том, что выявленные изменения церебральной гемодинамики у обследованных женщин является одним из проявлений вегетативной дистонии. По нашему мнению, имеющийся дефицит мозгового кровотока играет определенную роль в генезе нарушения деятельности надсегментарного (церебрального) отдела вегетативной нервной системы. Последнее обстоятельство способствует усугублению имеющегося синдрома вегетативной дистонии, в результате чего замыкается порочный круг, который обуславливает длительное течение постгистерэктомического психовегетативного синдрома.

Учитывая, что у всех больных на ЭЭГ были выявлены признаки избыточности неспецифической восходящей активации, а на РЭГ признаки регионарной вегетативной дистонии, результаты корреляционного анализа подтверждают выдвинутое выше предположение о развитии порочного круга: дисфункция церебрального отдела вегетативной нервной системы обуславливает нарушения церебральной гемодинамики дисрегуляторного характера, а это, в свою очередь, оказывает дальнейшее негативное влияние на функциональное состояние лимбико-ретикулярных структур. Это является, на наш взгляд, одним из звеньев патогенеза акушерского постгистерэктомического синдрома наряду с периферическими вегетативными нарушениями и нейроэндокринным симптомокомплексом.

Заключение: при реабилитационных мероприятиях женщин, перенесших акушерскую гистерэктомию, наряду с коррекцией эндокринных расстройств, необходимо одновременное применение вегетотропных, а также препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга. Необходимым условием снижения выраженности клинических проявлений является проведение лечебно-профилактических мероприятий, начиная с раннего послеоперационного периода.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология (под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих) -М.: ГЭОТАР-1024с., 2014 г.
2. Национальные стандарты по акушерству, 2015,Ташкент.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. М.Медицина, 2009г.
4. Маджидова Я.Н. Острые нарушения мозгового кровообращения у молодых женщин //Проблемы неотложных критических состояний и охрана здоровья матери и ребенка. Ташкент,1995г., стр.118-119.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С GESTАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Метаболический синдром (МС) - у беременных в настоящее время является не только медицинской, но и одной из важнейших социальных проблем и определяется как комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений организма [6,8].

Сахарный диабет (СД) - хроническое заболевание, связанное с абсолютным или относительным дефицитом инсулина в организме и выражающееся в повышении уровня глюкозы в плазме крови (гипергликемия). Основу гестационного сахарного диабета (ГСД) составляет функциональное снижение инсулин чувствительности или повышение инсулинорезистентности у беременной [5,7].

Распространенность СД среди беременных увеличивается и в настоящее время составляет до 7-22%, при этом 2/3 приходится на ГСД. Распространенность ГСД в различных странах мира составляет от 1 до 14% от числа всех беременностей [9, 11], в Бухарской области - около 3% среди беременных. [1]

Гипергликемия при беременности, как проявление сахарного диабета, является одним из наиболее распространенных состояний, определяющих исход и течение беременности (общемировая распространенность 16,2%). В мире один из шести новорожденных рожден от матерей, имеющих какую-либо форму гипергликемии [10,12]. Гипергликемия ассоциирована с увеличением случаев материнской смертности, ростом случаев материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости, наличием поздних осложнений как для матери, так и для ребенка [4].

Наши исследования показали, что у отдельных пациенток с ГСД формирование макросомии плода может быть предположено с 22-24 недель беременности, а достоверно может быть выявлено при УЗИ уже в 27-28 недель [16,13].

Эффективным методом оценки состояния ФПК является антенатальная ультразвуковая, или эхографическая диагностика беременности в ранние стадии ее развития, за процессом роста и развития эмбриона, формированием анатомических структур, становлением различных функций [14].

На современном этапе развития методов исследования в акушерстве и перинатологии наиболее информативными и доступными широкой практике являются метод УЗИ.

В II и III триместрах беременности задачами ультразвукового исследования являются оценка фетометрических показателей, изучение основных ультразвуков анатомии плода, плаценты и околоплодных вод. Существует выраженная зависимость между всеми антропометрическими показателями плода и его гестационным возрастом. По мнению большинства авторов, для минимального обязательного объема фетометрических исследований достаточно определения бипариетального размера головки, длины бедренной кости и среднего диаметра (окружности) живота. При обнаружении несоответствия одного или нескольких основных фетометрических показателей сроку беременности, а также в случаях осложненного течения беременности проводится расширенная фетометрия. В России наибольшее распространение получили номограммы, разработанные под руководством [15].

По Халитова З.И. (2016г.) гравидограмма и ультразвуковая фетометрия являются информативными методами диагностики ГСД [3].

ДФ является комплексом анатомических и функциональных нарушений как у плодов так и у новорожденных при наличии СД у матери. При доношенном сроке беременности диагностика ДФ имеет решающее значение для определения оптимальной тактики родоразрешения, так как ведение родов через естественные родовые пути при ГСД нередко осложняется дистоцией плечиков и родовым травматизмом как матери, так и плода [2]. Ранняя диагностика ДФ оценка макросомии, пропорциональности телосложения, фенотипических признаков, висцеральных признаков, состояние плацентарного комплекса, гемодинамики плода.

Цель исследования. Провести раннюю диагностику фенотипических и висцеральных признаков и состояние плацентарного комплекса путем ультразвуковой диагностикой.

Материалы и методы. Нами было обследовано 191 женщин с метаболические синдром и ГСД на ультразвуковом аппарате для определения прогноза диабетических фетопатии плода (утолщение подкожной клетчатки головы, утолщение подкожной клетчатки шеи, утолщение подкожной клетчатки живота, увеличение ширины лопатки, буккальный индекс, гепатомегалия, кардиомегалия, утолщение поджелудочной железы) [3].

Традиционно ультразвуковыми критериями зрелости плода являются:

- 1) БПР головки более 90 мм.
- 2) межполушарный размер мозжечка (МРМ) более 53 мм.
- 3) длина бедренной кости (ДБ) более 70 мм.
- 4) длина стопы плода более 82 мм.
- 5) наибольший размер ядра Беклара - вторичной точки окостенения дистального эпифиза бедренной кости - более 5 мм.

б) повышение эхогенности легких по сравнению с печенью.

Наиболее специфическим признаком ДФ является ассиметричность тело и живота у 3%. Измерение толщины подкожного жирового слоя в области теменных костей проводится на стандартном срезе головки плода в проекции теменных бугров на уровне измерения БПР головки.

Буккальный индекс - это отношение размера лица на уровне уголков глаз к размеру поперечного диаметра щек. Поперечный диаметр щек плода измеряется по уголкам рта плода или по наружным краям альвеолярной дуги, от наружного края одной щеки до наружного края другой.

Измерение кардиоторакального индекса у плодов отмечено у 5%. Проводится по общепринятой методике на уровне четырех камерного среза сердца. Вычисляется отношение площади сечения сердца к площади сечения грудной клетке и. Одним из признаков кардиопатии является утолщение МЖП в диастолу. Измерение проводится в М-режиме в базальной трети МЖП. М-линия устанавливается параллельно митральному и трехстворчатый клапанам. Измерение размеров печени и селезенки проводится по стандартной методике. Поперечник печени измеряют при поперечном сканировании туловища плода путем определения расстояния между наиболее удаленными точками правой и левой доли. Высоту и передне-задний размеры определяют при продольном сканировании на уровне среднеключичной линии справа. Длину селезенки является наибольший ее прямой размер, шириной - перпендикуляр к длине на уровне ворот выявлено у 5 % плодов у женщин с ГСД.

Результаты и их обсуждение: Прогнозирование развития макросомии и задержки роста плода у беременных с гестационным сахарным диабетом проведено на основании оценки факторов риска фетопатии, выявленных в исследуемых группах с помощью ультразвуковой фетометрии, отражающей вероятность развития исследуемых патологических состояний.

Как видно из рис. 1 информативность ультразвуковых маркеров диабетической фетопатии у плодов пациенток с гестационным сахарным диабетом: Макросомия отмечается в ретроспективной группе 53%, основной группе 61%, контрольной группе 30% на фоне предшествующих сосудистых изменений. Почти у каждой второй беременной развивались увеличение ширины лопатки: в ретроспективной группе 54%, основной группе 82%, контрольной группе 34%, что свидетельствует о довольно широкой распространенности данной патологии. утолщение поджелудочной железы у плода ретроспективной группы 46.4% случаев, основной группе наблюдалось в 67%, контрольной группе 0% случаев.

Выводы. Ассиметричное увеличение ОЖ плода по сравнению с другими фетометрическими параметрами является патогномичным признаком диабетической фетопатии.

Таким образом, на формирование ГСД влияют множества этиопатогенетических звеньев. Принято различать три основные группы этиологических факторов: материнские, маточно-плацентарные, плодовые. Одновременно имеет

место градация на социально-бытовые, соматические, акушерско-гинекологические, связанные с беременностью и другие причины.

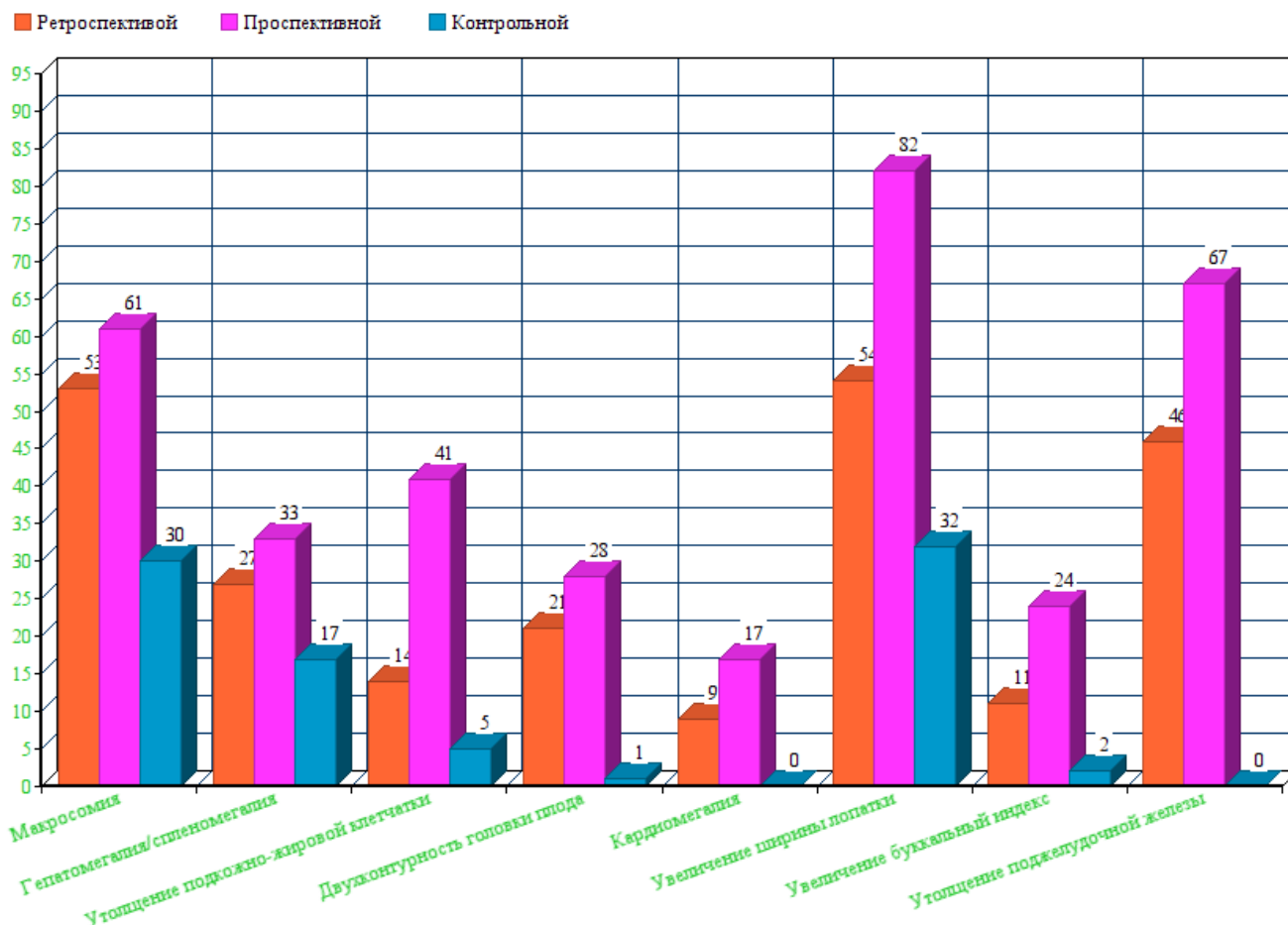


Рис. 1. Информативность ультразвуковых маркеров диабетической фетопатии у плодов пациенток с гестационным сахарным диабетом

Следует отметить, что на формирование и прогрессирование ДФ оказывает как правило, совокупность указанных факторов. Возникающие и прогрессирующие при этом внутри кровной сахар изменения приводят к снижению функциональной активности хориона, что как правило, вызывает необратимые изменения в виде ДФ.

Необходим поиск новых маркеров для диагностики внутриутробного состояния плода.

Рекомендуется третье скрининговое УЗИ проводить в 28-29 недель у беременных с ГСД для выявления диабетической фетопатии, многоводия и нарушений состояние плода.

Рекомендуется при отсутствии диабетической фетопатии при УЗИ в 28-29 недель проводить УЗИ плода не реже 1 раза в 4 недели, или чаще по показаниям у беременных с ГСД для своевременной корректировке тактике ведения акушером-гинекологом и эндокринологом.

Литература:

1. Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет (эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты // Российский вестник акушера-гинеколога. - Москва, 2015. - №2. - С.75-78.
2. Тошева, И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек / И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова // Журнал РМЖ. Мать и дитя. - 2020. – Т3, № 1. - С.16-19
3. Демидов В.Н., Розенфельд Б.Е., Воеводин С.М., Логвиненко А.В. Ультразвуковая биометрия плода при физиологически развивающейся беременности (нормативы и сравнительная точность) // Клиническая визуальная диагностика Москва 2014: №10. С. 3-18.
4. Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова Н.О., Хайруллаев Ч.К. Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с метаболическим синдромом на фоне сахарного диабета // Тиббиёт ва спорт. 2019. № 3-4. -С.56-58.
5. Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К, Наврузова Н.О. Скрининг диагностика гестационного диабета // Тиббиётда янги кун.- 2020.№1 -С. 220-223.
6. Ордынский В.Ф., Макаров О.В. Сахарный диабет и беременность // Пренатальная ультразвуковая диагностика. ВИДАР 2009.
7. Gulrux K. Karimova., Nilufar O. Navruzova., Shahodat N. Nurilloeva. An individual approach to the management of gestational diabetes //European Journal of Molecular & Clinical MedicineISSN 2515-8260 Volume 07, №02, 2020. -P 6284-6291.

8. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
9. Ихтиярова Г.А. Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза/Г.А.Ихтиярова, Н.К.Дустова, З.Ш. Курбанова//Журнал Новый день в медицине.-2020.- №1.-с.211-214.
10. Ikhtiyarova, G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times / Ikhtiyarova G.A., Iroda Tosheva, Nargiza Nasrullayeva // Asian Journal of Research. - 2017. - № 3 (3). - P.32-41.
11. Ихтиярова Г. А. Новые технологии подготовки беременной к родоразрешению // «Гомельский государственный медицинский университет, 2014. – С. 69.
12. Ихтиярова Г. А., Дустова Н.К. и др. Коррекция дисбиотических состояний влагалища и цервикального канала у беременных // Врач-аспирант. – 2008. – №. 5. – С. 362-367.
13. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. Российский консенсус: Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение // Сахарный диабет 2012.- №2. С. 2-6.
14. Tosheva I. I., Ikhtiyarova G. A., Aslonova M. J. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death //problems and solutions of advanced scientific research. – 2019. – Т. 1. – №. 1. – С. 417-424.
15. Dobrokhotova Yu.E., Jarilkasinova G.J., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K The results of pregnancy and rolls in women with gestational diabetes mellitus // World medicine journal.-2020. № 1(1). С.44-55
16. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. -2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07.-С. 530-535

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ SARS-COV-2

Муминова Н.Х., Раджабова З.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение. Одной из актуальных медико-социальных проблем акушерства является невынашивание беременности. Согласно данным ВОЗ, невынашивание в различных странах составляет от 10 до 25% всех беременностей, но только при тех случаях когда в организме имеется в достаточной концентрации прогестерон и отсутствуют коагулопатические изменения, с эндотелиальной дисфункцией в системе гемостаза (1,3, 5).

В период пандемии гиперкоагуляция у беременных с SARS-CoV-2, связан с выраженной эндотелиальной дисфункцией и индукцией агрегации тромбоцитов, так как эндотелий несет на себе рецепторы АПФ2 и является мишенью для коронавируса).

Цель исследования: Изучение влияние прогестерона при невынашивании ранних сроках беременности на фоне гиперкоагуляции, с эндотелиальной дисфункцией при SARS-COV-2.

Материал и методы исследования. В Республике Узбекистан в настоящее время практически врачи при борьбе с COVID-19 работают по протоколу ведения COVID-19 больных от 20.09.20 г(8-пересмотра), в связи с чем 3-городской родильный комплекс г.Ташкента был перепрофилирован для беременных с SARS-CoV-2 и за период март-сентябрь 258 беременные до 22недель гестации. Из них с легким течением- 127, со средним течением- 122, с тяжелым и крайне тяжелым- 12. Клиническое течение коронавирусной инфекции у беременных имело свои особенности: в ранние сроки без особых угрожающих состояний для жизни матери и с быстрой манифестацией вируса в более поздние сроки(особенно в 3- м триместра). Также из 258 беременных, ПЦР был (+) у 68%, у остальных были контакты из анамнеза и клиника SARS-CoV-2.Среди беременных особое место занимали пациентки с НБ на фоне SARS-CoV-2- где частыми с осложнениями были угрозы или кровотечения, гинекологи для увеличения дозы прогестерона при имеющихся изменениях ссылались на данные в коагулограмме.

Среди беременных особое место занимали пациентки с НБ на фоне SARS-CoV-2- где частыми с осложнениями были угрозы или кровотечения.(Из 258:до12 нед включительно-148, 13-22нед.-110;

Из 148 беременных в 1-м триместре с SARS-CoV-2- симптомы угрозы(боли, дискомфорт внизу живота)- почти у всех, вагинальные кровотечения-у 67.

Беременным сделаны: УЗИ, коагулограмма, общий анализ мочи, при продолжающейся лихорадке (свыше5-7 дней) С-реактивный белок, Прокальцитонин и ферритин.

Возраст больных в среднем составил $24 \pm 0,7$ лет. Из 130 беременных в анамнезе были 2 выкидыша у 73, 3 у 21, 4 у 36 беременных. Соматическая патология- анемия I либо II степени у 67 пациенток, у 8 3-степени и все беременные были консультированы у гематолога для исключения каких либо заболеваний крови.

Из перенесенных воспалительных процессов большую часть составила инфекции мочевых путей- где у 78 беременных в анализах мочи обнаружены бактерии, лейкоциты и все пациентки указали на перенесенные ИМТ при предыдущих беременностях. Это были цистит у 23, у 36 пиелонефрит и почти у всех у них находили бактерии в моче.

Коагулопатические изменения при невынашивании беременности на фоне Covid-19 усугубляют нормальное течение беременности, особенно когда это касается гормональной коррекции (1,4,5).

Особым ведением беременных с кровотечением и значительными болями было назначение или увеличения дозы получаемого гормона или назначения впервые (все они нуждались в гормональной поддержке)

Для увеличения дозы прогестерона при имеющихся изменениях ссылались на данные коагулограммы, так как в патогенезе SARS-CoV-2 основное место занимает тромбозы и тромбоземболии.

Таблица 1. Данные коагулограммы у беременных с SARS-CoV-2

Показатели	Результаты		Референсные значения	колебания
ПТИ,сек	13,8±1,9	11,7±1,5	9,0-15,0	9,9-15,9
МНО	1,4±0,3	1,1±0,1	0,85-1,5	0,78-1,3
АЧТВ,сек	35,9±5,8	31,2±4,9	25,4-36,9	25,9-38,7
Фибриноген,г/л	4,4±0,7	3,8±0,4	2-4	1,7-4,6
Д-димер, Нг/мл	298±23	246±18	≤286(при 1-м триместре)	145-356
Тромбоциты,тыс	295±22	285±19	180-320	195-278

Из таблицы 1 видно что все показатели свертывающей системы находились в пределах верхней границы нормы, и следует отметить что у 23 беременных с коронавирусной инфекцией средней тяжести показатели были высокими, чем референтные значения. Такие показатели как Д-димер, АЧТВ и фибриноген были повышенными на 30%, поэтому мы назначали антикоагулянты с целью профилактики микротромбозов и венозной тромбоземболии и для устранения эндотелиальной дисфункции донаторы оксида азота (NO). В качестве NO из-за противопоказаний к назначению парентеральных растворов, мы отдали предпочтение пер os назначению, которым и явился L-аргинин. С целью профилактики микротромбозов и венозной тромбоземболии при коронавирусной инфекции L-аргинин по 1 капсуле 2 раза в сутки с антикоагулянтами в профилактических дозах у беременных с COVID-19.

В качестве микронизированного прогестерона послужила Лютеина 100-150мг в сутки

В связи с чем в двух исследуемых группах мы добились положительный клинический эффект, с повышением качество жизни беременных.

Также мы смогли ссылаясь на данные коагулограммы определить показания к назначению антикоагулянтов при НБ с симптомом кровотечения различной интенсивности НМГ (надропарин или эноксипарин), в профилактических дозах по - 0,4мг, при средней тяжести инфекции или при тяжелом течении 0,1-0,2 мг на кг веса тела в сутки.

Исходя из данных Литература(1,4), подобранная адекватная форма нами натурального прогестерона Лютеина создавало оптимальные условия для развития имплантационного окна и формированию своевременного ПИБФ, которая имело важное значение для нормального прогрессирования настоящей беременности. Также натуральный прогестерон, а именно сублингвального применения имеет ряд преимуществ перед другими формами микронизированного прогестерона, так как в первом случае отсутствует метаболизм через печень, в связи с чем повышается биодоступность гормонального препарата, почти до 100%, как при в/в введении лекарства, даже на фоне коронавирусной инфекции.

Результаты исследования. 1-й группе где беременные с НБ без SARS-CoV-2 при коррекции натуральным прогестероном клинический эффект наступил у 58%, на 2-3-е сутки у 29%, далее 13% на 4-е сутки. Средний срок наступления клинического благополучие 17-26 часов.

Во 2-й группе на фоне COVID-19 с НБ также были купированы осложнения, но в более поздние сроки, у которых клиническое улучшение наступило, на 24-36час. на 3-е сутки у 43%, на 3-4 –е сутки у 39%, далее у 41% на 6-7-е сутки; Средний срок наступление клинического эффекта составил 36-47час.

Лабораторные анализы также показали рост прогестерона в обеих группах каждые 2 дня почти в одинаковой степени, но все же концентрация прогестерона в группе больных с антикоагулянтами были на 06-0,9нмоль/л выше, составляя от 2,22 до 4,67 нмоль/л, что свидетельствовала об адекватном насыщении организма нами назначаемого экзогенного прогестерона.

Таким образом, резюмируя выше изложенные данные мы смогли по данным коагулограммы определить показания к назначению антикоагулянтов и донаторов NO при НБ с симптомом кровотечения различной интенсивности.(2,4)

В период пандемии при легком и средне тяжелом течении коронавирусной инфекции НБ следует вести под строгим контролем коагулограммы, гормональных и инфекционных показателей.

Особенно при возникших осложнениях, таких как вагинальные кровотечения различной интенсивности, при гормональных коррекциях нужно назначать с натуральным прогестероном донаторы оксида азота и при гиперкоагуляции НМГ, они с минимальными побочными действиями и отличными клиническими эффектами(1).

Литература:

- 1.Муминова Н.Х.Комплексный подход к лечению угрозы прерывания беременности у пациенток с привычным невынашиванием» Журнал «Биология ва тиббиет муаммолари», 2020,№5(122). С.70-74.
2. Badawi A., Ryoo S.G. Prevalence of diabetes in the 2009 influenza A (H1N1) and the middle east respiratory syndrome coronavirus: a systematic review and meta-analysis. J Public Health Res. 2016; 5(3): 733. doi: 10.4081/jphr.2016.733.
3. Su S., Wong G., Shi W., Liu J., Lai A.C.K., Zhou J. et al. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. Trends Microbiol. 2016; 24: 490-502. doi: 10.1016/j.tim.2016.03.003.
4. Chen Y., Liu Q., Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. J Med Virol. 2020; 92(4):418-423. doi: 10.1002/jmv.25681.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ СОСТЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Наврузова У.О.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность проблемы фоновых заболеваний шейки матки обусловлена широкой распространенностью патологии шейки матки, которая встречается, по данным В.Н. Прилепской [10], у 10-15% женщин репродуктивного возраста. Кроме того, известно, что фоновых заболеваний процессы могут предшествовать злокачественным новообразованиям шейки матки, заболеваемость которыми в настоящее время, согласно исследованиям Е.Н. Каухово [6], В.Н. Прилепской не имеет тенденции к снижению.

В последние годы в Узбекистане наблюдается неуклонный рост инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки, из них 23,2% составляют эндоцервициты, в 30% случаев проявления цервицита наблюдаются на фоне эктопии [1,5,8]. При воспалительных заболеваниях нарушаются процессы созревания и десквамации эпителия, что создает условия, предрасполагающие к развитию дисплазии шейки матки [11,14].

Представленные данные еще раз подтверждают, что и цитологический метод исследования в настоящее время остается ведущим в диагностике заболеваний шейки матки. К сожалению, до сих пор среди гинекологов существует ошибочное мнение об опасности углубленного цитологического обследования шейки матки у беременных из-за возможных осложнений беременности [2,3,9].

Воспалительные заболевания шейки матки, сопутствующие большинству фоновых процессов, многими исследователями рассматривались как этиологические факторы возможной малигнизации [4,12]. В работах Е.Н. Кауховой, А.Ю. Лугуевой, и др. [6] обследованы 2119 пациенток с различными неопухолевыми заболеваниями шейки матки (эктопия, простая лейкоплакия, гипертрофия, деформация шейки матки, наботовы кисты, эндометриоз). Доказано значимость для диагностики и выбора способа лечения УЗИ органов малого таза, применения методов ПЦР, цитологического, бактериоскопического, бактериологического. В исследованиях И.С. Сидоровой, М.Н. Жолобовой и др. [13] установлено, что у женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 48% диагностируется патология шейки матки. Результаты исследований С.А. Левакова, А.Г. Кедровой и др. [7] позволили делать следующие выводы: Современная кольпоскопическая диагностика на первичном гинекологическом приеме является высокоинформативным методом скрининга при умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки, сокращает время от постановки диагноза до лечения на 2-4 нед, а также уменьшает на 1-2 число визитов к врачу, при среднем увеличении времени на первичный осмотр до 7 мин. Чувствительность кольпоскопического метода составила 73,2%, специфичность – 64,1%, а ее точность – 69%. При наличии признаков инвазии, выделенных при кольпоскопии, диагноз совпадал с данными цитологического исследования в 80% наблюдений.

В настоящее время проблема заболеваний шейки матки является одной из самых важных в современной гинекологии. Несмотря на многочисленные успехи в диагностике и лечении, заболевания подобной локализации продолжают составлять удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости.

Резкое увеличение уровня заболеваемости РШМ среди молодого контингента, наблюдаемая тенденция к диагностике заболевания в поздних стадиях, практическая недоступность верхних $\frac{2}{3}$ цервикального канала для обследования нацеливают на необходимость своевременной диагностики и поиск новых диагностических методов и способов лечения женщин с фоновой патологией

Целью настоящего исследования явилось сравнение диагностических тестов при предраковых и фоновых заболеваниях шейки матки.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 68 пациентки с различными воспалительными заболеваниями шейки матки.

Из 68 пациенток 49(72%) –повторнородящие, а анамнезе которых от 2-х до 5 родов, беременности, которые закончились выкидышами в различных сроках.

Из анамнеза у всех женщин роды завершились различными травмами шейки матки- 1-й, 2-й и 3-й степени, в связи с чем восстановление целостности шейки матки при различных разрывах было восстановлено только у 35 (51,5%) женщин.

Из 19(27,9%) женщин, у которых в анамнезе беременности закончились выкидышами: в сроках до 12 –недель- 8(11,8%), 13-22 недель- 11 (16,1%) больных. После выкидышей с возникшими осложнениями при обращении к гинекологу, диагноз «ИЦН» (истмико-цервикальная недостаточность) был выставлен 13(19,1%) женщинам.

Также в анамнезе неразвивающаяся беременность было у 12 (17,7 %), артефициальные аборты- у 9 (13,2%) пациенток с заболеваниями шейки матки.

Структура соматической патологии: анемия средней и тяжелой степени у 49 (72,1%), инфекция мочевых путей у 19 (27,9%), ожирение при расчете по ИМТ(индекса массы тела)-1-й степени - 19(28%), 2-й степени – 11 (11,8%), 3-й степени у 4 (5,9%). Из 68 больных гинекологические проблемы эндокринного характера были 31 (45,6%),

Изучая анамнестические данные гинекологической патологии пациенток с заболеваниями шейки матки выявлено: эндоцервициты и эрозии шейки матки у всех больных (100%), сальпингоофориты у 23 (33,8%), послеродовые эндометриты у 11 (11,8%), после перенесенных абортов или в результате воспаления женской половой сферы у 15 (22,1%).

Из методов исследования в основном больные проходили бактериальный посев выделений- только у 17 (25%), микроскопия у всех 100%, кольпоскопия была у всех 100%, из них простая у 100%, расширенная с пробой йода и уксусом только у 34(50 %).

Со слов пациенток после кольпоскопии 49 (72,1%) женщин отправили на дальнейшие исследования такие как, Пап-тест (по системе Бетеста) определили степень изменения цитологической картины цервикального канала.

Из 69 пациенток у 19 (28%) была проверена мазок или кровь на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ), где только у 6 (8,8%) результат был положительным. Это были 16, 18, 31 и 33 штаммы вируса, которые считаются наиболее онкогенными в онкогинекологической практике.

Всем 68 больные с изменениями в шейке матки вновь были взяты на учет при профилактическом осмотре в лечебно-профилактических учреждениях.

При осмотре в зеркалах видимы изменения воспалительного характера, схожие с эрозией шейки матки у 48 (70,6%), у остальных 19 (28%) эндоцервициты.

Во время осмотра пациентки помимо изменений в шейки матки жаловались на обильные выделения все 100%, боли характерные для сальпингофорита у 39 (57,4%), а также нарушения целостности шейки матки, связанные со старыми разрывами 31 (45,6%).

В связи с чем всем были проведены бактериальный посев из трех точек. Были высеяны микроорганизмы кокковой флоры- 39 (57,4%), кишечной флоры- 29 (42,6%), гарднереллы- 28 (41,2%), дрожжевые грибки у 34 (50%), микст инфекции- у 32 (47,1) пациенток.

Инфекции передаваемые половым путем, иное название TORCH-инфекции были выявлены у 53 (78%) из 68 женщин. В составе инфекции вирус простого герпеса 2-типа- у 51 (75%), цитомегаловирусная инфекция у 45 (66,2%), хламидии у 21 (30,9%), токсоплазмоз у 17 (25%). Микст инфекции у 34 (50%) пациенток из 68 женщин доказали еще раз о полиэтиологичности заболеваний шейки матки.

Всем пациенткам с заболеваниями шейки матки была произведена кольпоскопия, во всех случаях расширенная с йодом и уксусные пробы, где были выявлены различные изменения патологического характера.

При кольпоскопии обращали внимание на зону трансформации – где обнаруживалась ближе к зеву цервикального канала и граница железистых клеток частично скрыта в шеечном канале, поэтому для тщательного осмотра нам потребовались цервикальные расширители. ЗТ 2 типа зафиксирована у рожавших пациенток.

Только у 3 в возрасте 35 лет была зафиксирована зона трансформации 3 типа, хотя данный вид трансформации встречаются у женщин пременопаузального возраста, где при исследовании граница плоского и железистого эпителия при была смещена вглубь шеечного канала и не визуализируется без цервикальных расширителей.

Аномальные кольпоскопические картины были важным пунктом в результатах диагностики. Правильная его расшифровка неизвестна большинству обычных женщин, так как в протоколе она выглядит как «Аномальная кольпоскопия L-SIL» или «Аномальная кольпоскопия H-SIL», которая выявило внутриэпителиальное поражение низкой степени. То есть, результат нельзя назвать «совсем плохим», но повод для тревоги есть, ведь патологические изменения уже начались. Чтобы не ухудшить результат диагностики при последующих процедурах, мы назначали пациенткам соответствующее лечение и таких женщин у нас было 29 (42,6%).

Кольпоскопическая аномальная картина 2 –й степени или H-SIL означало высокую степень внутриэпителиального поражения и доступная для понимания расшифровка этого диагноза звучит как «предраковое состояние», такое было обнаружено у 21 (30,9%).

Куда более беспокойными результатами кольпоскопии были подозрение на инвазию, которое означало, что патологические изменения достигли пика, а клетки эпителия изменены уже на генетическом уровне и ведут себя как злокачественные и таких пациенток мы отправляли на консультацию к онкологу и с подозрительных участков готовились биопсийные материалы.

Сравнивая результаты кольпоскопии с ответами цитологии мы получили следующее: совпадение результатов обеих исследований в 32-х случаях, кольпоскопическая картина не совпадала в остальных случаях из 68 у 36 (53%) пациенток, где расхождение в диагнозе, которые подтвердились только после правильной верификации цитологической картины, с последующей в 19 (28%) случаях биопсийного материала взятого из онко настороженного участка.

Важным этапом наших исследований явился определении Фемофлора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), которая является о специфическим видом лабораторного исследования, название которого было составлено из латинского термина «Femina» - женщина, и греческого «Floga» - сочетание растительных, бактериальных и грибковых микроорганизмов. Используя данный метод мы смогли изучить гинекологическую микрофлору (совокупности различных бактерий и грибов). Данная методика в настоящее время считается инновационной, где за основу был взят метод ПЦР (полимеразной цепной реакции), наблюдение за которой ведется в реальном времени. Эта технология дает возможность изучить все важные характеристики микрофлоры в мочеполовой системе пациентки, которая сокращала нам курсы антибактериальной и вирусной терапии. В сравнении с иными видами гинекологических анализов, назначаемых для тех же самых целей, фемофлор был более надежным, за счет него, мы смогли подтвердить наличие и установить точную степень дисбаланса микрофлоры в половых органах и уретре женщины.

В норме, расшифровка результатов фемофлор скрин 16 должна показывать нормальный состав флоры влагалища, в которой превосходят лактобактерии. Это своего рода «правящее население». У здоровой женщины, лактобациллы, должны численно превосходить все остальные микроорганизмы. В общих чертах, их уровень должен доходить до 90% от всего количества флоры. В наших анализах ни в одной пробе не были обнаружены лактобациллы свыше 65%.

Именно в таких количествах лактобациллы на наш взгляд и развиваются воспалительные заболевания органов малого таза. Таких проб нами были произведено из 68 только 22 (32,4%), которые сократили курс лечения на 3-5 дней.

Заключение. При ранней диагностики изменений в шейки матки самый эффективный и информативный метод – расширенная кольпоскопия, причем всем женщинам у которых выявлены изменения в шейки матки любого характера, так как именно этот метод диагностики является доступным во всех лечебных профилактических учреждениях нашей страны. При выявлении патологических изменений, указывающие на предраковые состояния в обязательном порядке для выяснения микст инфекции как бактериальной, так и вирусной мы рекомендуем тест Фемофлор, желателно с большим количеством определяющий спектр возбудителей, ВПЧ – тест для верификации вируса папилломы человека со штаммами 16,18,31,33, так как именно при обнаружении их возрастает риск рака шейки матки при дисплазиях 3-й степени.

Литература:

1. Ашурова Н.Г., Наврузова Н.О. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2017. № 3 4(1). С. 29 - 30.
2. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике шейки матки// Альманах молодой науки. 2018 № 4. С. 21-23.
3. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки// Научно-практический журнал Альманах молодой науки. 2018. С. 21-23.
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №1 Том 12. С. 60-63
5. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. № 4. С. 78-80.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 66-71
7. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
8. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
9. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки// Тиббиёт ва спорт. 2020. № 1. С. 74-77.
10. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. М 2007; 211.
11. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки// Проблемы биологии и медицины. 2020. №1(116). С. 127-129.
12. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки// Проблемы биологии и медицины. 2020. №1.1 (116). С. 127-130.
13. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Ша Ша, Агеев М.Б. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия)// Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57.
14. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies// European Journal of Molecular & Clinical Medicine. -2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07. -P. 530-535.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Муратова Ш.Т., Алимов А.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии
им. акад. Ё.Х. Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Распространенность болезни Грейвса у детей составляет 0,2-0,4%, но, вероятно, это завышенная оценка. Датское национальное исследование показало, что плотность заболеваемости тиреотоксикозом составляет 0,79 случая на 100 000 человеко-лет среди детей в возрасте 0-14 лет. Плотность заболеваемости увеличивается в детстве, с пиком заболеваемости 0,48 случая на 100 000 человек для мальчиков и 3,01 случая на 100 000 человек для девочек в возрасте 10–14 лет [9]. В среднем, уровень заболеваемости у детей в возрасте до 15 или 16 лет в различных европейских странах в период 1982–2015 гг. составил от 0,7 до 2,9 на 100 000 человеко-лет [5, 6, 15, 18]. Однако в Гонконге сообщалось о гораздо более высокой частоте болезни Грейвса у детей младше 15 лет (6,5 на 100 000 человеко-лет) [19]. В любом возрасте болезнь Грейвса гораздо чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. По оценкам, преобладание девочек составляет 4-7 случая на каждого мальчика с гипертиреозом [2, 14].

Гипертиреоз может поражать несколько систем, включая печеночную, костную системы, оказывать негативное влияние на углеводный обмен, эритропоэз, когнитивные функции [12, 17]. Взаимодействия между щитовидной железой и печенью имеют решающее значение для поддержания гомеостаза. Гормоны щитовидной железы глюкуронируются и сульфатируются в печени и впоследствии выводятся с желчью. Кроме того, эти гормоны поддерживают метаболизм би-

лирубина, играя роль в ферментативной активности глюкуронилтрансферазы [7]. У новорожденных с транзитным тиреотоксикозом выявляется гипербилирубинемия [1]. Поэтому неудивительно, что у пациентов с заболеваниями щитовидной железы часто наблюдается нарушение функции печени.

Нарушения функции печени часто встречаются у пациентов с нелеченым тиреотоксикозом даже до начала приема анти тиреоидных препаратов, которые могут ухудшить тяжесть печеночной патологии. В когорте из 1514 пациентов общая частота любых отклонений биохимических тестов печени при тиреотоксикозе составила 39% [11]. В другом исследовании выявлено, что у 76,7% нелеченных пациентов с болезнью Грейвса было обнаружено, по крайней мере, одно отклонение в тестах функции печени, но после начала анти тиреоидной терапии, повышенный уровень печеночных трансаминаз через 1 месяц снижался до нормы [8]. Подобные изменения функции печени при болезни Грейвса убедительно свидетельствуют о том, что повышение уровня АСТ и АЛТ может быть вызвано не побочными эффектами тиреостатической терапии, а изменениями функции щитовидной железы [16]. Однако доступные в литературе исследования проводились среди пациентов с гипертиреозом старше 18 лет и крайне мало информации о его влиянии на состояние печеночной системы у детей и подростков.

Цель: оценить влияние тиреотоксикоза на функцию печени у детей и подростков, проживающих в условиях йододефицита Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования: проведен анализ тиреоидного статуса и состояния печеночной функции у детей и подростков, получавших стационарное и амбулаторное лечение в РСНПМЦЭ им.акад.Ё.Х.Туракулова в период с 2007 по 2020 гг.

Критериями включения были концентрация тиреотоксикоза (ТТГ) в сыворотке крови $<0,3$ мМЕ/л с одновременным повышением концентрации свободного трийодтиронина (свТ3) или тироксина (свТ4) в сыворотке, а также доступные биохимические тесты печени. Оценивались биохимические тесты печени: сывороточная аспартаттрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), общий билирубин.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Microsoft Excel. Достоверность различий устанавливали при $p < 0,05$.

Результаты. В исследовании участвовали 79 детей и подростков с гипертиреозом в активной фазе в возрасте 2-18 лет, из них девочек было 63,3% (50), мальчиков 36,7% (29), гендерное соотношение 1,72:1 соответственно. Контрольная группа включала 23 детей и подростков, без эндокринной патологии аналогичного возраста.

В группе детей и подростков с гипертиреозом болезнь Грейвса (86,1%) была наиболее часто встречающейся этиологией гипертиреоза, за ней следовали токсический узловой/многоузловой зоб (10,1%), у троих подростков (3,8%) выявлен рак щитовидной железы.

Средний уровень ТТГ в сыворотке основной группы составил $0,02 \pm 0,00$ мМЕ/мл, уровень свободного трийодтиронина и тироксина в сыворотке – $18,4 \pm 1,4$ пг/мл и $6,36 \pm 0,23$ нг/дл. Средний уровень антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) составил $331,9 \pm 26,4$ МЕ/мл, к рецепторам ТТГ (АТ-рТТГ) $26,2 \pm 1,97$. Сравнительный анализ тиреоидного статуса контрольной группы и группы с гипертиреозом представлен в таблице 1.

Таблица 1. Тиреоидный статус исследуемых групп

Показатели	Группа с гипертиреозом	Контрольная группа	p
ТТГ, мМЕ/мл	$0,02 \pm 0,00$	$3,14 \pm 0,26$	$<0,01$
свТ3, пг/мл	$18,4 \pm 1,4$	$2,45 \pm 0,25$	$<0,001$
свТ4, нг/дл	$6,36 \pm 0,23$	$1,25 \pm 0,09$	$<0,001$
АТ-ТПО, МЕ/мл	$331,9 \pm 26,4$	$8,96 \pm 1,73$	$<0,001$
АТ-ТТГ	$26,2 \pm 1,97$	$0,22 \pm 0,04$	$<0,01$

Биохимические тесты печени подробно описаны в таблице 2. Средние показатели печеночных трансаминаз в сыворотке крови в группе с гипертиреозом были в 2,3-2,6 раз выше, щелочной фосфатазы – в 3,2 раза, билирубина общего в 1,7 раз, чем в группе контроля. Мы отметили повышение сывороточных уровней АСТ, АЛТ, ЩФ и билирубина в 47,9% (35 случаев из 73), 44,7% (30 из 67), 83% (62 из 74) и 28,6% (20 из 70) случаев соответственно. Повышение уровня щелочной фосфатазы, которая является маркером костного ремоделирования, наблюдаемое у пациентов с тиреотоксикозом, также связано с повышенной остеобластической активностью с преобладающим повышением уровня изофермента кости [13].

Таблица 2. Сравнение печеночных показателей исследуемых групп

Показатели	Группа с гипертиреозом	Контрольная группа	p
АЛТ, U/L	$33,4 \pm 1,9$	$13,0 \pm 1,4$	$<0,001$
АСТ, U/L	$38,3 \pm 1,8$	$16,6 \pm 2,5$	$<0,001$
ЩФ, ммоль/л	$720,3 \pm 28,5$	$224,5 \pm 84,2$	$<0,001$
Билирубин общ, мкмоль/л	$15,6 \pm 0,9$	$9,1 \pm 1,2$	$<0,001$
Холестерин общий, ммоль/л	$2,72 \pm 0,06$	$4,2 \pm 0,2$	$<0,05$
Мочевина, ммоль/л	$4,75 \pm 0,14$	$4,3 \pm 0,4$	$>0,05$
Креатинин, мкмоль/л	$65,7 \pm 2,6$	$57,9 \pm 2,4$	$<0,05$

Этиология поражения печени у пациентов с гипертиреозом охватывает широкий спектр. Во время диагностического обследования может быть идентифицировано более одной причины [3]. Специфические факторы риска более серьезных заболеваний печени у пациентов с гипертиреозом остаются не полностью изученными. Механизм связи между избытком гормонов щитовидной железы и дисфункцией печени неясен и может быть связан с косвенными путями или, альтернативно, с прямым воздействием гормонов на орган-мишень. Среди изученных нами пациентов печеночная дисфункция в основном была легкой степени, тяжелое поражение печени выявлено у 2-х подростков. У всех у них нормализовалась функция печени после восстановления эутиреоза. У одного пациента (девочка, 18 лет) с тяжелым нарушением функции печени отмечалось тяжелое течение тиреотоксикоза с явлениями мерцательной аритмии, развитием тиреотоксического сердца и сердечной недостаточности.

Тиреотоксикоз может вызвать вторичную гемодинамическую дисфункцию, которая может нарушить функцию печени. Сердечная недостаточность (с или без предшествующего сердечного заболевания), часто вторичная по отношению к фибрилляции предсердий, но также описываемая при синусовой тахикардии, имеет доказанную связь с гипертиреозом [4]. Исследования этой ассоциации показали, что это необычное проявление гипертиреоза в целом. Это также снижает ФВЛЖ в 3% случаев. Li C. с соавторами предположил, что для пациентов с болезнью Грейвса с более высоким уровнем гормонов щитовидной железы (FT4 > 70,5 пмоль/л) и в то же время с частотой сердечных сокращений более 90 ударов в минуту риск нарушения функции печени возрастет [10].

Проведенный нами корреляционный анализ показал, что уровень свТ4 имеет прямую корреляционную связь с уровнем АЛТ, АСТ и креатинина (0,4; 0,4 и 0,3 соответственно). Уровень антител к рецепторам ТТГ имел прямую корреляцию с уровнем АЛТ (0,4) и уровнем свТ4 (0,6).

Кроме того, нами выявлено, что в группе детей и подростков с гипертиреозом средний уровень общего холестерина был значительно ниже, средний уровень креатинина оказался значительно выше, чем в контрольной группе, средние значения мочевины в сыворотке крови не имели достоверной разницы (Рисунок 1).

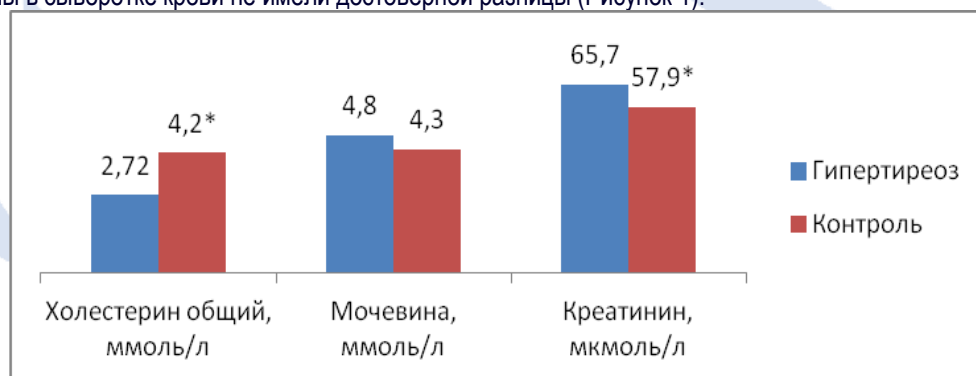


Рис. 1. Некоторые биохимические показатели сравниваемых групп. * - $p < 0,05$

Выводы: Нарушения печеночной функции при гипертиреозе у детей и подростков встречаются относительно часто, от легких до тяжелых форм. Пациенты детского возраста с гипертиреозом и с нарушениями функции печени требуют тщательного обследования. Необходимы дальнейшие исследования для лучшего понимания этиопатогенеза и лечения дисфункции печени у пациентов педиатрической группы с гипертиреозом.

Литература:

1. Муратова Ш.Т. Клинический и тиреоидный статус новорожденных от матерей с аутоиммунным тиреоидитом и диффузным токсическим зобом: автореф. дис.... канд. мед. наук. РСНПМЦЭ, Ташкент, 2012,
2. Azizi F., Amouzegar A. (2018). Management of thyrotoxicosis in children and adolescents: 35 years' experience in 304 patients, *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 31(2), 159-165
3. De Campos Mazo DF, De Vasconcelos GBS, Pereira MAA et al. Clinical spectrum and therapeutic approach to hepatocellular injury in patients with hyperthyroidism. *Clin. Exp. Gastroenterol.* 2013; 6: 9–17.
4. Elias RM, Dean DS, Barsness GW. Hepatic dysfunction in hospitalized patients with acute thyrotoxicosis: a decade of experience. *ISRN Endocrinol.* 2012; 2012: 325092.
5. Forssberg M, Arvidsson CG, Engvall J, Lindblad C, Snellman K, Aman J. Increasing incidence of childhood thyrotoxicosis in a population-based area of central Sweden. *Acta Paediatr.* 2004 Jan;93(1):25–9.
6. Havgaard Kjær R, Smedegård Andersen M, Hansen D. Increasing Incidence of Juvenile Thyrotoxicosis in Denmark: A Nationwide Study, 1998-2012. *Horm Res Paediatr.* 2015;84(2):102–7
7. Khemichian S, Fong TL. Hepatic dysfunction in hyperthyroidism. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2011;7(5):337-339
8. Kubota S, Amino N, Matsumoto Y, Ikeda N, Morita S, Kudo T, Ohye H, Nishihara E, Ito M, Fukata S, Miyauchi A. Serial changes in liver function tests in patients with thyrotoxicosis induced by Graves' disease and painless thyroiditis. *Thyroid.* 2008 Mar;18(3):283-7
9. Lavard L, Ranløv I, Perrild H, Andersen O, Jacobsen BB. Incidence of juvenile thyrotoxicosis in Denmark, 1982-1988. A nationwide study. *Eur J Endocrinol.* 1994 Jun. 130(6):565-8.
10. Li C, Tan J, Zhang G et al. Risk factors of hyperthyroidism with hepatic function injury: a 4-year retrospective study. *Horm. Metab. Res.* 2014; 47: 209–13

11. Lin TY, Shekar AO, Li N, Yeh MW, Saab S, Wilson M, Leung AM. Incidence of abnormal liver biochemical tests in hyperthyroidism. Clin Endocrinol (Oxf). 2017 May;86(5):755-759
12. Muratova Sh. T. Mental health in children and adolescents with Graves' disease // 22nd European Congress of Endocrinology e-ECE 2020. 5-9 September 2020, Endocrine Abstracts (2020) Vol 70A, EP998,
13. Muratova Sh. T., Alimov A.V. Mineral density of bone tissue, parathyroid hormone and vitamin D in children and adolescents with thyrotoxicosis // 22nd European Congress of Endocrinology e-ECE 2020. 5-9 September 2020, Endocrine Abstracts (2020) Vol 70, AEP193
14. Rodanaki M, Lodefalk M, Forssell K, Arvidsson C, -G, Forssberg M, Åman J: The Incidence of Childhood Thyrotoxicosis Is Increasing in Both Girls and Boys in Sweden. Horm Res Paediatr 2019;91:195-202.
15. Simon M, Rigou A, Le Moal J, Zeghnoun A, Le Tertre A, De Crouy-Chanel P, et al. Epidemiology of Childhood Hyperthyroidism in France: A Nationwide Population-Based Study. J Clin Endocrinol Metab. 2018 Aug;103(8):2980–7.
16. Wafa, B., Faten, H., Mouna, E., Fatma, M. and Mohamed, A. (2020), Hyperthyroidism and hepatic dysfunction: Report of 17 cases. JGH Open, 4: 876-879.
17. Wang R, Tan J, Zhang G, Zheng W, Li C. Risk factors of hepatic dysfunction in patients with Graves' hyperthyroidism and the efficacy of 131iodine treatment. Medicine (Baltimore). 2017 Feb;96(5):e6035.
18. Williamson S, Greene SA. Incidence of thyrotoxicosis in childhood: a national population based study in the UK and Ireland. Clin Endocrinol (Oxf). 2010 Mar;72(3):358–63.
19. Wong GW, Cheng PS. Increasing incidence of childhood Graves' disease in Hong Kong: a follow-up study. Clin Endocrinol (Oxf). 2001 Apr;54(4):547–50.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК ИЗ СРЕДНЕЙ АЗИИ

Мухаммаджанова М.О., Каитова З.С.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Введение. В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты репродуктивных патологий, наряду с урбанизацией, стрессогенными событиями, образовательной миграцией и другими социальными причинами, рассматривается изменение психоэмоционального статуса. Психосоматические патологии влекут за собой ряд неблагоприятных последствий, не только медицинских, но и социальных.

Общеизвестно, что психоэмоциональный статус девушек оказывает колоссальное влияние на репродуктивное здоровье. Изменения в данном статусе могут стать триггером для обострения хронических заболеваний и спровоцировать новые, что непосредственно отражается на репродуктивном здоровье. Хронический эмоциональный стресс, включающий депрессию и тревогу ведет к длительной супрессии иммунореактивности организма, что значительно снижает репродуктивное здоровье.

Студенческий возраст - один из критических периодов в биологическом, психическом и социальном развитии человека. Возрастающие интенсивность и напряженность современной жизни, связанные с кардинальными изменениями жизнедеятельности студентов, стиль жизни и нарастающая гиподинамия, наличие соматических и других заболеваний накладывают особый отпечаток на репродуктивное здоровье молодежи. Обеспечение и сохранение здоровья студенток - перспективный вклад в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества формирующий будущий потенциал страны. От уровня репродуктивного здоровья молодых девушек зависит профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, созданию семьи и рождению здоровых детей [1,2].

Материал и методы исследования: Проведено анкетирование 100 студенток РУДН в онлайн режиме на базе платформы «Google формы». Анкета включала в себя 20 общих и уточняющих вопросов как закрытого, так и открытого типа.

Результаты: В опросе приняли участие 100 студенток из Средней Азии. Студентки были отобраны случайным образом среди обучающихся на разных курсах и специальностях РУДН, г.Москва. Распределение по странам: Узбекистан 20%, Казахстан 20%, Туркменистан 20%, Киргизия 20%, Таджикистан 20%. Возрастной диапазон от 17 до 25 года, медиана – 21 год.

В сессионный период студентки постоянно испытывали психоэмоциональный стресс. Уровень стрессогенного воздействия определили по тесту Л. Ридера При анализировании полученных данных, было выявлено, что студентки из Узбекистана и Казахстана показали высокие показатели психоэмоционального стресса 27,3 и 25,6 % соответственно. Средние показатели у студенток из Таджикистана и Киргизии- 20,5 и 17,8 % соответственно, низкие показатели были зафиксированы у студенток из Туркменистана- 8,8 %. При этом у 76,7% студенток наблюдаются изменения в менструальном цикле. Из них у 35,6% наблюдаются нерегулярные менструальные циклы, у 22,4-меноррагии и 18,7 %-болезненные менструальные циклы. Также изменения в цикле «сон-бодрствование» могли стать триггерным фактором в развитии стрессогенных состояний. У 90,5% студенток во время сессионного периода наблюдался хронический недосып. Больше всего «недосыпали» студентки из Казахстана, Узбекистана и Киргизии-30,3,28,5 и 24,8 % соответственно.

Также нахождение на дистанционном обучении во время пандемии явилось пусковым механизмом в изменении психоэмоционального статуса студенток. Гиподинамия, проведение занятий в непривычных условиях, ограничение живо-

го общения, также сыграли немаловажную роль в изменении поведенческих реакций студенток и соответственно психоэмоционального фона, что непосредственно привело к запуску стрессовых механизмов.

Помимо стресса во время зачетных и экзаменационных сессий, 90,8% студенток отметили, что изменения в психоэмоциональной сфере происходят также за счет дополнительных факторов как: жизнь вдали от дома- 40,3%, отсутствие родителей-20,7%, жилищно-бытовые трудности-17,3%, климатические условия-10,5%

Больше всего по дому скучали студентки из Узбекистана- 17,7%, меньшие показатели были выявлены у студенток из Туркменистана-2,5%.

Очевидно, что изменения в психоэмоциональном статусе оказывает негативное воздействие на репродуктивное здоровье студенток из Средней Азии.

Заключение: Нахождение под постоянным стрессом в период зачетных и экзаменационных сессий может стать причиной отклонения в гормональном статусе, что приводит к изменениям в менструальном цикле, в частности стрессогенная овуляторная и эндометриальная дисфункция, что непосредственно отразится на репродуктивном здоровье студенток. Воздействие психоэмоционального стресса на репродуктивную систему происходит в рамках совокупности клинических расстройств: от выраженных нарушений менструального цикла (аменорея, аномальные маточные кровотечения) до состояний, связанных с менструальным циклом (циклическая масталгия, дисменорея, предменструальный синдром, менструальная мигрень), не всегда требующих лекарственной коррекции, но оказывающих большое влияние на качество жизни и эмоциональное состояние. Кроме того, причиной идиопатического бесплодия является даже не манифестированная в виде изменений характеристик менструального цикла стрессогенная овуляторная и эндометриальная дисфункция. Стрессовое воздействие, реализуясь через гипоталамо-гипофизарную систему, приводит к нарушению образования доминантного фолликула и, как следствие, формированию ановуляторного цикла, а на уровне яичников способствует развитию окислительного стресса с последующей неполноценной лютеинизацией и ухудшением качества ооцитов даже при наличии овуляции [3, 4, 5, 6]. Немаловажными факторами в формировании стрессогенных состояний явились смена культурной и поведенческой среды, смена климата, недостаток сна. Экзаменационный период является наиболее сильным в проявлении негативных психоэмоциональных состояний у студентов и требует реабилитации и разработки методов профилактики [3]. Студентки, которые занимались спортом, правильно распределяли время для сна и учебы в 90,3% случаев были менее подвержены психоэмоциональным нарушениям.

Литература:

1. Чичерин Л.П., Нагаев Р.Я. Совершенствование организации медико-социальной помощи подросткам // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 6. С. 40-44.
2. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 592.
3. Денисова Т.Г., Денисов М.С., Сеженина С.В, Бушуева Э.В, Лялина Т.С., Федоров А.А.//Психоэмоциональный стресс как фактор риска нарушений состояния репродуктивного здоровья//2018, С. 45-49.
4. Акушерство / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1040 с
5. Волель Б.А., Рагимова А.А., Кузнецова И.В., Бурчаков Д.И. Современные представления о стресс-зависимых нарушениях менструального цикла // Акушерство и гинекология. 2016. № 12. С. 34-40.
6. Гинекология. Национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С.704.

ПРОБЛЕМА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ВОЗРАСТА. ПУТИ РЕШЕНИЯ

Нажмутдинова Д.К., Каюмова Д.Т., Чориева Г.З., Садуллаева У.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Проблема гиперпластических процессов эндо- (ГПЭ) и миометрия в позднем репродуктивном периоде и в перименопаузе остается предметом пристального интереса ввиду противоречивых иммуногистохимических, молекулярно-генетических, биохимических результатов и множества полученных маркеров, которые не позволяют однозначно прогнозировать течение, исход заболевания и обосновать вид терапии [2, 9, 11, 23]. Кроме того, высокая частота рецидивов, отсутствие должной эффективности гормональной терапии, высокий риск малигнизации ГПЭ диктует необходимость совершенствования подхода к ее лечению [17, 36].

Признано, что ГПЭ диагностируется у 50-80% женщин позднего репродуктивного и особенно перименопаузального периодов жизни и нередко сопровождается клиникой аномальных маточных кровотечений (АМК) [3, 25, 26, 44]. Возможно развитие ГПЭ на фоне отсутствия гормональных нарушений, что связано с локальным нарушением регуляции клеточной пролиферации и изменениями тканевого обмена [11]. На фоне относительной гиперэстрогении, развивается простая ГПЭ, тогда как сложная и атипичная возникает только в железах эндометрия, очагово, нередко на фоне атрофии и широкого спектра патологии эндометрия. [21]. В 40- 50% случаев ГПЭ сочетаются с миомой матки [19, 26].

Женщины в пери- и постменопаузе с ожирением имеют высокий потенциал прогрессирования и рецидива ГПЭ ввиду чрезмерной внегонадной, из жирового депо, гиперэстрогении. У женщин с нормальной массой тела 1% андростендиона конвертируется в эстрон, а при ожирении его конверсия увеличивается в 10 раз [20, 28]. При незначительном ожирении относительный риск РЭ возрастает примерно в 2 раза, тогда как при выраженной форме он увеличивается в 10 раз [13, 14, 23, 29, 35, 38, 47]. Кроме того, абдоминальный жир метаболически активен за счет вырабатываемых им

«адиопоцитокинов»: лептина, фактора некроза опухоли- α (TNF- α) и др. [27, 29]. Ввиду вышесказанного, определение уровня гормонов не является обязательным условием выявления причины ГПЭ в данном периоде, а тем более - у женщин с избыточной массой тела и ожирением [35, 47].

Традиционно ГПЭ подлежит циклической гормонотерапии прогестинами в целях антирецидивного лечения кровотечений. В случаях отсутствия кровотечений нет оснований для лечения ГПЭ в качестве профилактики рака эндометрия (РЭ) и рецидива, достаточно лишь проведение динамического контроля [12, 19, 21], ввиду того, что в перименопаузе этот процесс ограничен во времени и в 80% случаев не рецидивирует [21]. Однако у 50% нелеченных женщин, у 12-30% - получивших реабилитационный курс гормонотерапии 6 мес [12, 16, 24], у 20-40% - после отмены МГТ в течение 5 лет независимо от вида и дозы [12, 23], а также у женщин с ожирением, сахарным диабетом и с гипертонической болезнью [25] отмечались рецидивы АМК. Возникновение инвазивного РЭ при рецидивах ГПЭ отмечается в 20-30% случаев [19, 42]. У женщин 50 лет вероятность РЭ составляет 9%, а после достижения 80 лет – 60% [21].

Гистологическая оценка эндометрия является наиболее точным методом диагностики, позволяющим установить причину АМК и осуществить дифференцированный подход к выбору тактики лечения [12, 25, 29, 48]. В основу гистологической классификации ГПЭ положена классификация ВОЗ (1975), которая неоднократно (1994, 2014) пересматривала и обновляла классификацию [12, 45]. Эндометриальной интраэпителиальной неоплазии (EIN) нередко предшествует эстрогензависимая ГПЭ, аденоматозные полипы [23]. В современную классификацию не введены полипы эндометрия.

Одним из важных звеньев этиопатогенеза АМК, обусловленных ГПЭ является хронический эндометрит, при котором нарушается баланс между процессами пролиферации и апоптоза, где большую роль играет TNF- α [24, 30]. При воспалительных изменениях в эндометрии нарушается рецепция даже при неизмененных гормональных соотношениях [23].

УЗИ является важным высокоспецифичным (87-97,3%) и высокочувствительным (94%) диагностическим доклиническим этапом ГПЭ и обязательным - для пациенток с АМК в перименопаузе. При оценке полипов эндометрия чувствительность может варьировать от 19 до 96%, а специфичность – от 53 до 100% [14, 37].

Взятие образцов эндометрия методом аспирационной биопсии позволяет полностью изучить весь эндометрий [25]. В случаях продолжающегося кровотечения либо при отрицательном результате аспирационной биопсии показано проведение гистероскопии [32, 34, 41].

Причинами АМК в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде являются: ГПЭ - 25%, полипоз - 14,3%, атрофия - 5,1%, РЭ - 2% [7]. При рецидивах, в случаях резистентности к консервативной терапии после недавнего предыдущего выскабливания, неадекватная либо неверно проведенная терапия и проведение выскабливания на фоне недооцененного воспаления часто ведут к необоснованному количеству оперативных вмешательств, снижающих качество жизни (КЖ) женщин. При рецидиве АМК у 108 женщин 41-53 лет Л.В. Ткаченко с соавт. (2013, 2016) определили у 60,2% – простую у 24,1% – сложную, а у 15,7% – атипичскую ГПЭ [23, 24].

Выбор гормональной терапии у женщин с ГПЭ определен и основан на результатах гистологического исследования. [35, 12]. Терапевтический эффект кюретажа составляет не более 60%, и это обосновывает необходимость проведения последующей гормонотерапии [12, 14, 46]. Важно формирование индивидуализированной концепции клинического подхода к ведению женщин с АМК, в строгом соответствии с возрастными характеристиками и учетом факторов риска.

Факторами риска развития, прогрессирования ГПЭ до РЭ являются: возраст старше 35 лет [14] эндокринно-метаболические нарушения (риск возрастал в 7-9 раз) [33, 20, 28]: СД, ГБ [29, 20, 25], ожирение [3, 29, 14, 20, 28, 35, 38, 47, 49], особенно длительностью более 10 лет, тяжелая степень (ИМТ>35) и андроидный тип; дислипидемия [20], ожирение в сочетании с СД, ГБ [28, 38], гипоталамический синдром, патология щитовидной железы, СПКЯ [19], естественная или медикаментозная (без добавления прогестинов) гиперэстрогения, отсутствие родов в анамнезе [14, 20, 25], бесплодие (особенно длительность более 10 лет), раннее менархе и поздняя (после 50 лет) менопауза [29, 20, 25, 49], нарушения менструального цикла [45], заболевания желчного пузыря, нарушения функции печени, аутоиммунные и инфекционные процессы, курение, семейный анамнез РЭ, яичников и толстого кишечника [14].

Согласно выводам ACOG (2014), IMS (2016), HERS II (2002) и WHI (2013) на фоне непрерывного комбинированного режима МГТ частота ГПЭ и РЭ ниже как популяционной, так и группы приема плацебо (RR=0,81, 95% ДИ 0,48-1,36) [31, 34, 39, 42]. Клинически эффект гормонотерапии выражается в прекращении или уменьшении кровотечений, а в репродуктивном возрасте - восстановлении менструального ритма [21]. Доказано, что использование прогестерона приводит к атрофическим процессам эндометрия в 69% случаев, а секреторным изменениям - в 31% [48]. Однако курсы МГТ, как правило, не превышают 6 мес. по ряду известных причин (побочное действие, стоимость препаратов) и после отмены лечения те причины, которые привели к возникновению ГПЭ, остаются [23, 24]. После проведения абляции эндометрия у женщин с рецидивирующими АМК в перименопаузе у 3-26,7% пациенток наблюдался повторный эпизод АМК, который связывают с некорригированным МС [20, 24, 25]. Было выяснено, что назначаемая антирецидивная гормональная (преимущественно гестагенная и а-ГнРГ) терапия усугубляет метаболические нарушения, приводит к прогрессирующей прибавке массы тела, что способствует рецидивирующему течению и неэффективности традиционной гормонотерапии [20]. У пациенток репродуктивного возраста с ожирением частота рецидивов ГПЭ после гормональной терапии достигает 45,4-64,3% [28], а в перименопаузе – 36,8%. Поэтому коррекции гормональных и метаболических нарушений – это ключевой момент комплексного лечения и реальная возможность профилактики развития, рецидива ГПЭ и малигнизации [3, 38, 20]. Снижение дозы эстрогена в составе МГТ, уменьшает частоту кровотечений и приводит к снижению числа PR в эндометрии, вследствие чего возникает атрофия [41, 43]. Любой подход, способный снизить число PR или уменьшить

прогестативную активность, позволит уменьшить риск возникновения кровотечения. Так можно объяснить уменьшение кровотечения при увеличении дозы прогестагена, что приводит к сокращению количества ER и, как следствие, к атрофии эндометрия. Иногда прогестагены не эффективны для терапии АМК, особенно на фоне гипоэстрогемии при длительных и обильных кровотечениях, при которых может наблюдаться выраженное истончение эндометрия до базального слоя, что ведет к снижению чувствительности к прогестагенам. В таких случаях для регенерации эндометрия необходимы эстрогены [12].

Однако позднее лечение и бессистемный выбор гормональных препаратов, выбранных без учета особенностей больных с ГПЭ, часто приводит к гормонрезистентности в процессе терапии и, в конечном счете, к радикальной операции. Отсутствие точных данных по эпидемиологической значимости проблемы, единых критериев диагностики и тактики лечения усложняет действие врача и часто приводит к пассивной тактике - «наблюдение в динамике» [15].

Одним из главных механизмов развития ГПЭ, как известно, является ощутимый гормональный дисбаланс. Несмотря на это, не у всех женщин в пери- и постменопаузе развиваются АМК, которые клинически подтверждают ГПЭ и миометрия. Неэффективность гормональной терапии, вероятно, указывает на недостаточность определения только процессов, контролируемых половыми стероидами – пролиферацией, гиперплазией, атрофией. Гормональному дисбалансу нередко сопутствует воспаление эндометрия, в связи с чем, немаловажное значение имеет определение факторов программированной гибели клеток – апоптоза, одним из ключевых показателей которого является TNF, выступающий в роли и провоспалительного цитокина. Поэтому поиск других звеньев патогенеза ГПЭ привел к выявлению генетических факторов – определению полиморфизма генов TNF, ER, PR и Trp53 в развитии ГПЭ и миометрия в пери- и ранней постменопаузе [18].

Антирецидивная гормональная терапия ГПЭ в перименопаузе неэффективна по данным различных авторов от 22-40% [21, 25]. У женщин с ожирением в перименопаузе снижается эффективность гормонального лечения, возникающие рецидивы, нередко инициирующие гистерэктомию ввиду высокой онкобдительности в данный жизненный период, в последующем значительно ухудшают КЖ женщин [17, 24, 33, 40]. По данным Л.В. Ткаченко с соавт. (2016), у всех пациенток с рецидивом АМК, обусловленным ГПЭ, имелось ожирение, у 47% - наследственная предрасположенность к ожирению, у половины – нарушения углеводного обмена, у 80% - АГ, а также дислипидемия [24].

Ввиду вышеперечисленного, женщинам в перименопаузе с АМК необходим учет анамнестических, клинических факторов, метаболического профиля, потенциального наличия хронического воспаления, рецидивов АМК при назначенной ранее гормональной терапии. Кроме того, необходим поиск новых методов диагностики и прогноза рецидива для предотвращения развития и прогрессирования ГПЭ и миометрия в позднем репродуктивном периоде и перименопаузе, что позволит избежать трудностей в выборе методов профилактики и эмпиричности лечения и поможет определить тактику ведения каждой женщины.

Литература:

1. Андреева Е.Н., Абсатарова Ю.С., Шереметьева Е.В., Фурсенко В.А. Ожирение и репродуктивная функция у женщин: эпигенетические и сомато-психологические особенности // Ожирение и метаболизм. - 2019. - Т. 16. - №2. - С. 9-15. doi: 10.14341/omet10113.
2. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. - СПб.: Фолиант, 2002. - 542 с. 12
3. Бурлев В.А., Ильясова Н.А. Клинические и эндокринные особенности менструального цикла женщин // Гинекология. -2015. - №6. - С. 17–21.
4. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 448 с.
5. Габидуллина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р., Валева Е.В., Орлова Ю.И., Шакиров А.А.. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток // Consilium Medicum. – 2019. - №6. –С. 53-58.
6. Григоренко А.Н., Гордийчук А.Б. Гиперплазия эндометрия: вопросов больше, чем ответов // Репродуктивная эндокринология. -2017. - №3(35). - С. 31-43. www.reproduct-endo.com / www.reproduct-endo.com.ua
7. Давыдов А.И., Новрузова Н.Х., Стрижаков А.Н. Гиперплазия эндометрия: анализ классификации ВОЗ 2014 и протокола RCOG & BSGE с позиций собственных результатов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. - № 17(4). - С. 11–24. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-4-11-24.
8. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход. Рис М., Хоуп С., Охлер М.К., Мур Дж., Кроуфорд П.: Пер в англ. Под ред. Прилепской В.Н.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 320 с.
9. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Нариманова М.Р. Улучшение качества жизни пациенток в пери- и постменопаузе // РМЖ. - 2017. - №26. - С. 1961-1964.
10. Дубровина С.О., Скачков Н.Н., Бераим Ю.А., Зинкин В.И., Зинкина Е.В., Маклюк А.М. Патогенетические аспекты гиперпластических процессов в эндометрии у женщин с метаболическим синдромом // Росс. вестн. акушер-гинеколога. – 2008. - №3. - С 41-44.
11. Задонская Ю.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе: современные аспекты патогенеза и лечения: Автореф канд. мед. наук. - М., 2009. - 18 с.
12. Зайдиева Я.З. Аномальные маточные кровотечения на фоне менопаузальной гормональной терапии // Альманах клин. мед. Гинекология. - 2015. - С.100–104.
13. Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф., Дубинина В.Г., Косей Н.В. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия // Репродуктивная эндокринология.– 2012 – № 1(3). – С. 5–12.

14. Калугина Л.В. Гиперпластические процессы эндометрия. Современный взгляд на тактику ведения пациенток // Слово о здоровье Научно-практич журнал для врачей Украина. – 2017. Вип. №9, червень. – С. 38-44.
15. Кедрова А.Г., Леваков С.А., Нечаева О.Е., Ванке Н.С., Челнокова Н.Н. Возможности медикаментозного лечения пролиферативных заболеваний матки // Мед. совет. – 2014. – С. 40-44.
16. Кудрина Е.А., Жолобова М. Н., Масыкина А.В. Современные аспекты патогенеза и лечения гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. -№3 (3). – С. 130-135. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2016-3-3-130-135>.
17. Леваков С.А., Шешукова Н.А., Большакова О.В. Лечение пациенток с эндометриальной гиперплазией // Проблемы репродукции. – 2017. - №2. - С.33-36.
18. Ордянец И.М., Аракелов С.Э., Павлова Е.А., Дмитриева Е.В. и соавт. Генетический риск развития гиперпластического процесса в эндометрии и в молочных железах, ассоциированный полиморфизмом генов-кандидатов // Мать и дитя в Кузбассе. - 2014. - №4 (59). - 2014. - С. 62–65.
19. Проллиферативные процессы эндометрия: современное состояние проблемы / Подгорная А.С. и др. – Гомель:ГУ«РНПЦ РМ и ЭЧ», 2017. – 33 с.
20. Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Жолобова М.Н., Масыкина А.В., Ковалева А.М. Ожирение и обменные нарушения как фактор риска гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. - №3(3). – С. 149-155. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2016-3-3-149-155>.
21. Табакман Ю.Ю., Солопова А.Г., Биштави А.Х., Идрисова Л.Э. Гиперплазия эндометрия: спорные вопросы патогенеза и терапии // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. - №3. – С. 5-10.
22. Тарасова М.А., Ярмолинская М.И. Диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений в перименопаузе // Журнал акушерства и женских болезней. - 2004. – Т. 10, вып. 1. - С. 77-81.
23. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе: современные возможности гормональной коррекции и профилактики // Гинекология. – 2013. №15 (2). – С. 8–12.
24. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Исаева Л.В. Обоснование дифференцированного подхода к лечению больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузе // Вестник ВолгГМУ. – 2016. – Вып 4 (60). – С. 103-109.
25. Узденова А.И. Отдаленные результаты лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде: Автореф дисс. ... канд. мед. наук. – М, 2011. – 17 с.
26. Чернуха Г.Е., Ильина Л.М., Иванов И.А. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение // Гинекология. - 2018. - № 20 (4). - С. 4-8. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.4.4-8.
27. Чехоева А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. -№4. – С. 41-49. DOI: 10.24411.2075-4094.2019.16483.
28. Шакирова Е.А., Артымук Н.В. Факторы риска неэффективности лечения и рецидивирующего течения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с ожирением // Фундаментальная и клиническая медицина. - 2016. - Т. 1, № 1. - С. 20-25.
29. Шишкин А.Н., Худякова Н.В., Смирнов В.В., Никитина Е.А. Метаболический синдром у женщин в перименопаузе // Вестник СПбГУ. -2013. - Сер. 11. - Вып. 3. – С. 39-56.
30. Юлдашева Д.Ю., Каримов Х.Я., Нажмутдинова Д.К., Бобоев К.Т. Роль генотипических вариантов полиморфизма RS 1800629 гена фактора некроза опухоли- α в формировании интраэпителиальных неоплазий шейки матки. //Акушерство и гинекология. – 2016. - №1. – С. 76-79.
31. ACOG Practice Bulletin No. 141: Management of menopausal symptoms. Obstet. Gynecol. – 2014. -№ 123 (1). – P. 202-216. doi: 10.1097/01.AOG.0000441353.20693.78. 131
32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant women. Committee Opinion №557 // Obstet. Gynecol. – 2013. №121. – P. 891–896.
33. Archer D.F, Hendrix S., Gallagher J.C. et al. Endometrial effects of tibolone // J. Clin. Endocrinol. Metabol. – 2007. Vol. 92. - №:3. - P. 911-918.
34. Baber R.J., Panay N., Fenton A. The IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. – 2016. - №19 (2). - P. 109-150.
35. Carlson M.J., Thiel K.W., Yang S., Kimberly K.L. Catch it before it kills: progesterone, obesity, and the prevention of endometrial cancer // Discov. Med. – 2012. - №14 (76). - P. 215-222.
36. Gallos I,D., Alazzam M., Clark T., Faraj R., Rosenthal A., Smith P., et al. RCOG Greentop Guideline: Management of Endometrial Hyperplasia. 2016. Available at:https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top_guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf.
37. Gon S., Kundu T., Mallick D. et al. A study on histopathological patterns of endometrium in different types of abnormal uterine bleeding among peri and postmenopausal women // J. Dent. Med. Sci. (IOSR-JDMS). – 2016. №15. - Issue 9. – P. 106–111.
38. Heller D.S., Mosquera C., Goldsmith L.T., Cracciolo B. Body mass index of patients with endometrial hyperplasia: comparison to patients with proliferative endometrium and abnormal bleeding. // J. Reprod. Med. – 2011. - №56 (3-4). – P. 110-112.
39. Hulley S., Furberg C., Barrett-Connor E., Cauley J., Grady D., Haskell W., Knopp R., Lowery M., Satterfield S., Schrott H., Vittinghoff E., Hunninghake D. HERS Research Group. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II) // JAMA. – 2002. - №288 (1). – P. 58-66.

40. Jensen J.T., Lefebvre P., Laliberté F. et al. Cost burden and treatment patterns associated with management of heavy menstrual bleeding // J. Womens Health (Larchmt). – 2012. - №21 (5). P. 539–547.
41. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline [NG88]. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. March 2018.
42. Rossouw J.E., Manson J.E., Kaunitz A.M., Anderson G.L. Lessons learned from the Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy // Obstet. Gynecol. – 2013. Vol. 121. – P. 172-176. doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31827a08c8>.
43. Rowan J.P., Simon J.A., Speroff L., Ellman H. Effects of low-dose norethindrone acetate plus ethinyl estradiol (0,5 mg/2,5 microg) in women with postmenopausal symptoms: updated analysis of three randomized, controlled trials // Clin. Ther. – 2006. - №28 (6). – P. 921-932.
44. Santoro N., Crawford S.L., El Khoudary S.R., Allshouse A.A., Burnett-Bowie S.A., Finkelstein J., et al. Menstrual Cycle Hormone Changes in Women Traversing Menopause: Study of Women's Health Across the Nation // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2017, Jul 1. – Vol. 102 (7). – P. 2218-2229. DOI: 10.1210/je.2016-4017.
45. Sobczuk K., Sobczuk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications // Prz. Menopauzalny. – 2017. Sep. - №16 (3). – P. 107-111. DOI: 10.5114/pm.2017.70589.
46. Solomatina A., Martirosyan K., Tikhonov D. Influence of the receptor gene expression of the reproductive hormones at patients with endometrium pathology in postmenopause // XX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. - Rome, 2012.
47. Wise M.R., Jordan V., Lagas A. et al. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: A systematic review. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2016. - Vol. 214 (6). – P. 689–697.
48. Wouk N., Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women // Am. Fam. Physician. – 2019. Apr. 1 – Vol. 99 (7). – P.435-443. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30932448>.
49. Yoneda T., Kuboyama A., Kato K. et al. Association of MDM2 SNP309 and TP53 Arg72Pro polymorphisms with risk of endometrial cancer // Oncology Reports. - 2013. – №30. – P.25-34.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ДУПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Ирназаров А.А., Каримов А.Х., Ирназарова Д.Х., Ахмедова Г.А.,
Парвези Н.И., Турбанова У.В., Мамадалиева У.П., Янгибаева Д.Т.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Миома матки (ММ) является одной из наиболее актуальных проблем гинекологии вследствие широкой распространенности, «Омоложения» данного заболевания, а также того отрицательного влияния, которое она оказывает на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин [10,42]. Миома матки – доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток тела матки или шейки – одна из наиболее распространенных опухолей женской половой системы, которая возникает у 2-40% женщин репродуктивного возраста [1,2,11,16,17,21,28,32,37]. Хотя чаще миома матки встречается у женщин позднего репродуктивного возраста [13], в репродуктивном возрасте её обнаруживают у 45% [31], а у 3,3-7,8% женщин моложе 30 лет [36,39]. По данным авторов, к 50 годам своей жизни 70-80% женщин будут иметь одну или несколько ММ, причем около 30% пациентов имеют симптомы заболевания [8]: меноррагия, тазовая боль, бесплодие, частое мочеиспускание и запоры, которые оказывают большое влияние на физическое и психическое здоровье пациента [19,29] и требуют лечения [2,3,15,18,19,28,41]. Симптомная миома матки является основной причиной психосоциальных проблем женщин. Миома негативно влияет на качество жизни, что приводит к снижению производительности как в личной, так и в профессиональной жизни пациентов [32]. Согласно данным популяционных наблюдений, ММ определяется у каждой третьей пациентки с первичным бесплодием [16,30,37,42]. По данным зарубежных авторов, ММ чаще всего встречается у темнокожих женщин [6]. Узлы ММ, обычно множественные, размеры варьируют от нескольких мм до 20 см и более [2], но симптомы заболевания не всегда коррелируют с её размерами [19]. Потенциальный риск потери детородного органа при ММ, требующей хирургического лечения в таком объеме, является необратимой трагедией [40].

На сегодняшний день роль дуплексного сканирования сосудов матки с использованием цветового доплеровского картирования (ЦДК) позволяет идентифицировать сосуды микроциркуляторного русла, визуально дифференцировать нормальный и патологический кровоток, изучить локализацию, архитектуру и показатели кровотока в сосудах при миоме матки. Повышение информативности УЗИ при ММ стало возможным благодаря внедрению доплерографии [37] и дуплексного сканирования [12]. В настоящее время ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из ведущих методов исследования при ММ, позволяющим оценить размеры, локализацию и структуру миоматозных узлов, визуализировать мелкие узлы; кроме того, динамическое УЗИ [26], позволяет оценить эффективность лечения [7,40], чувствительность и специфичность, которая достигает до 93-100% [17,29]. Ультразвук в акушерстве и гинекологии – это ценная технология визуализации, позволяющая проводить экономически эффективную диагностику. Большинство врачей акушеров-гинекологов считают, что ультразвук должен быть первой линией визуализации для их пациентов, относительно недорогого, и безопасного метода исследования [4,5]. NICE рекомендует проводить трансабдоминальное исследование для диагностики новообразований в малом тазу из-за его повышенной чувствительности и специфичности [24], но другие исследователи считают, что при трансвагинальном доступе [25,27], чувствительность и специфичность, которая достигает до 93-100% [17,29]. Трансабдоминальное УЗИ более эффективно, чем внутриполостное УЗИ, для визуализации суб-

серозных или паразитарных миом, распространяющихся в брюшную полость. Кроме того, он более эффективен при очень больших опухолях [4].

Дуплексное сканирование сосудов матки с использованием цветового доплеровского картирования (ЦДК) с их высокой разрешающей способностью позволяет идентифицировать сосуды микроциркуляторного русла, визуально дифференцировать нормальный и патологический кровоток, изучить локализацию, архитектонику и показатели кровотока в новообразованных сосудах [38]. С помощью ЦДК при обследовании пациенток с ММ особое внимание должно быть уделено для оценки периферической гемодинамики у больных с ММ и степени периферической васкуляризации миоматозных узлов [1,34], а также динамические изменения перифиброидного сплетения на фоне различной лечебной тактике [7,23] и хирургических вмешательств [26]. Данные работ авторов, показывают значимую взаимосвязь степени васкуляризации при ММ и гистопатологическими данными эндометрия [9,25].

Исследователями проведены ряд исследований в сравнительном аспекте в сосудах матки при ММ («периферическая сосудистость») и аденомиозе («центральная сосудистая система») [9,17]. Другими авторами выявлено, различие среднее значение скорости кровотока между доброкачественными (ММ) и у женщин со злокачественными новообразованиями ($P<0,001$) [12,28,32]. По данным отечественных и зарубежных авторов, при доплерографии пусковым моментом механизма возникновения осложнений ММ является значительное увеличение скоростей кровотока до 20 % и более ($V_{max}>0,40$ см3/сек) и снижение показателей индекса резистентности ($RI<0,40$), пульсационного индекса (PI) в маточных артериях при доплерографии ММ [6,32,35]. В исследовании Testa et al., даже если значения индекса внутриопухолевой резистентности не давали прогностической информации о пролиферативном статусе новообразования, была обнаружена значимая отрицательная корреляция с объемом миомы [4]. А. Sosic и соавторы выявили зависимость характера васкуляризации от размера имеющихся миоматозных узлов [27]. По данным исследования ЦДК, Луценко Н.С. и соавторами выявлены 4 типа ангиоархитектоники миоматозного узла [37].

Целью нашего исследования явилось, изучение роли дуплексного сканирования маточных артерий и особенностей их ангиоархитектоники при миоме матки.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное нерандомизированное исследование случай-контроль, включающее 152 женщин. Исследование проводилось в Центре Женского Здоровья второй клиники ТМА. Обследованные женщины разделены на 2 группы: контрольную группу составили 50 здоровых женщин и основную группу 102 женщин с миомой матки. Основная группа больных была разделена на 2 подгруппы – 53 женщин с симптомной миомой матки и 42 женщин с асимптомной миомой матки [14]. Дуплексное сканирование маточной артерии проводили на аппарате Voluson E8 с трансабдоминальным датчиком с частотой 3,5-9 МГц. Проанализировали кривые скоростей кровотока в маточных артериях и в доминирующем миоматозном узле с определением скорости кровотока, RI, PI и типа ангиоархитектоники перифиброидного сплетения.

Возраст нами обследованными женщин основной группы составил 19-55 лет, средний возраст в основной группе составил $43,4\pm 0,7$ ($n=102$), в контрольной группе ($n=50$), средний возраст составил $38,12\pm 0,7$ лет ($p<0,01$). Медиана объема матки при УЗИ исследовании в подгруппе с симптомной миомой матки составила 237,54 мм3, асимптомной миомы матки - 103,45 мм3 и в группе контроля - 52,1 мм3.

Результаты и их обсуждение. Женщины с симптомной миомой матки основной группы ($n=53$) обратились с различной клиникой: в большей степени превалировал симптом кровотечения и анемия у 83,01% ($n=44$), симптом быстрого роста – 9,43% ($n=5$), симптом тазовой боли ($n=2$) и бесплодие - по 3,77% ($n=2$) соответственно. По данным дуплексного сканирования нами выявлены различия показателей в основной группе: скорость кровотока в маточных артериях была выше у женщин с симптомной миомой матки справа и слева $140,6\pm 22,8$ см/с и $147,9\pm 26,9$ см/с соответственно, у женщин с асимптомной миомой скорость кровотока была меньше по сравнению с симптомной и составила справа и слева $101,9\pm 14,8$ см/с и $110,5\pm 17,3$ см/с соответственно ($p<0,001$). В контрольной группе цифры скорости кровотока были в пределах нормы и составила $75,4\pm 9,8$ см/с справа и $76,06\pm 7,07$ см/с слева соответственно. Нами изучена скорость кровотока в перифиброидном сплетении и выявлено, что в первой подгруппе было выше $72,09\pm 22,1$ см/с, чем во второй $62,17\pm 5,07$ см/с ($p<0,01$). Таким образом, показатели скорости кровотока в маточных артериях при миоме матки значительно выше, чем в контрольной группе, что говорит об усиленном кровоснабжении матки при наличии опухоли ($p<0,001$).

Таблица 1. Показатели (диаметр сосудов, кровотока, PI, RI,) дуплексного сканирования маточной артерии (МА) и перифиброидного сплетения (ПС).

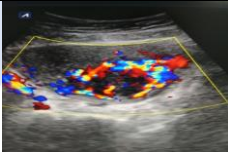
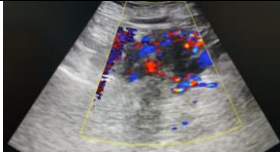


№	Группы	Основная (n=102)								Контрольная (n=50)			
		Симптомная ММ (n=53)				Асимптомная ММ (n=49)				Диаметр (мм)	СК (см/с)	PI	RI
Со-суды	Диаметр (мм)	СК (см/с)	PI	RI	Диаметр (мм)	СК (см/с)	PI	RI					
1	МА	144,3+ 24,8	1,97+0, 01	0,84+ 0,02	4,86+ 0,88	5,29+ 0,64	107,4+ 38,8	2,03+ 0,51	0,84+ 0,15	5,54+ 1,12	75,7+2 1,05	2,47+ 0,49	0,80+ 0,02
2	ПС	0,35- 3,6	72,09+ 22,1	1,63+ 0,14	0,76+ 0,03	0,3- 3,6	62,17+ 5,07	1,67+ 0,26	0,74+ 0,06	-	-	-	-

Изучая показатель PI выявлено, PI в маточной артерии у женщин с симптомной миомой матки составил $1,97\pm 0,01$ ($p<0,01$), чем в контрольной группе ($2,47\pm 0,8$). PI в перифиброидном сплетении, были низкими ($p<0,001$). Мы

получили следующие результаты показателей RI: в первой подгруппе основной группы справа составил $0,87 \pm 0,007$, слева $0,84 \pm 0,04$ и во второй подгруппе - справа $0,84 \pm 0,03$ и слева $0,81 \pm 0,18$ ($p < 0,001$); в контрольной группе - $0,73 \pm 0,05$ справа и $0,72 \pm 0,07$ слева ($p < 0,001$). RI в перифиброидном сплетении первой подгруппы составил $0,76 \pm 0,03$ и во второй – $0,75 \pm 0,03$ ($p < 0,01$). По данным анализа значений RI в маточных артериях, в зависимости от васкуляризации миоматозного узла, отмечены достоверные различия: так, при васкуляризованных миоматозных узлах (с периферическим, смешанным и центральным типами ангиоархитектоники) RI в среднем составил $0,835$ в основной группе и $0,725$ - в контрольной, что выявлено снижение RI у больных с миомой матки по сравнению со здоровыми женщинами.

При дуплексном сканировании перифиброидного сплетения выявлены 4 типа ангиоархитектоники у женщин основной группы в различном соотношении. В подгруппе с симптомной миомой матки ($n=53$), превалировал смешанный (49,05%, $n=26$) и центральный тип кровоснабжения перифиброидного сплетения (28,3%, $n=15$), тогда как аваскулярный и периферический тип составил меньше половины (13,2%, $n=7$ и 5,67%, $n=3$ соответственно).

Таблица 2. Типы ангиоархитектоники перифиброидного сплетения в основной группе.

№	Группы	Типы ангиоархитектоники перифиброидного сплетения			
		Центральный	Смешанный	Периферический	Аваскулярный
1	Основная группа ($n=102$)				
1	Симптомная ММ ($n=53$)	15 (28,3%)	26 (49,05%)	3 (5,66%)	9 (16,98%)
2	Асимптомная ММ ($n=49$)	3 (6,12%)	2 (4,08%)	18 (36,7%)	26 (53,06%)

В подгруппе с асимптомной миомы матки ($n=49$) были выявлены следующие результаты – превалировал аваскулярный (53,06%, $n=26$) и периферический (36,7%, $n=18$) тип над центральным (6,12%, $n=3$) и смешанным (4,08%, $n=2$) типами. О выраженном пролиферативном потенциале миометрия при данных типах ангиоархитектоники может свидетельствовать наличии симптоматики миомы матки в первой подгруппе. У 1/3 женщин в первой подгруппе отмечался интенсивный центральный кровоток в миоматозных узлах, которые подвержены оперативному методу лечения. Так, во второй подгруппе у женщин без проявления симптомов заболевания, минимальными оказались размеры матки и узлов при аваскулярном типе кровотока у более половины женщин (53,06%). Эта когорта женщин, которым проводилась динамическое наблюдение.

Анализ кривых скоростей кровотока у женщин при миоме матки, позволил установить, что у больных с миомой матки по сравнению со здоровыми женщинами снижены показатели PI, RI в маточных артериях и перифиброидном сплетении.

Выводы. По данным анализа дуплексного исследования кровотока, можно предположить, что скорость кровотока, PI и RI в маточных артериях зависит от степени пролиферативного процесса миоматозного узла, что также дает возможность прогнозировать интенсивность роста опухоли и дальнейшей тактики ведения этих женщин. Дуплексное сканирование маточных артерий у женщин с миомой матки в настоящее время является одним из ведущих неинвазивных и информативных диагностическими методами исследования при диагностике гемодинамических изменений данного заболевания. Таким образом, исследование характера васкуляризации миомы матки дуплексным сканированием открывает большую перспективу неинвазивной дифференциальной диагностике для выявления клинко-патогенетических вариантов быстрого роста для определения дальнейшей тактики ведения больных. В зависимости от типа кровоснабжения узла проводится оценка роста миомы матки, и обеспечивается персонализированный подход к лечению. Но, к сожалению, данные роли дуплексного сканирования при миоме матке очень скудные, что требует дальнейших исследований в этой сфере.

Литература:

1. Aamir T Khan, Manjeet Shehmar, Janesh K Gupta. Uterine fibroids: current perspectives. International Journal of Women's Health. 2014, 6. 95-114.
2. Alistair R.W. Williams. Uterine fibroids – what's new? F1000 Research 2017, 6. doi: 10.12688/f1000research.12172.1.
3. Amrita Patel, Minnie Malik, Joy Britten, Jeris Cox and William H. Catherino. Mifepristone inhibits extracellular matrix formation in uterine leiomyoma. Fertility and Sterility, 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Society for Reproductive Medicine. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.12.021>.
4. Antonia Carla Testa, Alessia Di Legge, Matteo Bonatti, Riccardo Manfredi, Giovanni Scambia. Imaging techniques for evaluation of uterine myomas. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 34 (2016). P. 37 – 53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.014>
5. Beryl R. Benacerraf, Katherine K. Minton, Carol B. Benson, Bryann S. Bromley, Brian D. Coley, Peter M. Doubilet, Wesley Lee, Samuel H. Maslak, John S. Pellerito, James J. Perez, Eric Savitsky, Norman A. Scarborough, Joseph Wax, Alfred Z. Abuhamad. Proceedings: Beyond Ultrasound First Forum on improving the quality of ultrasound imaging in obstetrics and gynecology. American Journal of Obstetrics & Gynecology. January, 2018. P.19-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.06.033>.

6. Bukunmi M.I., Bolanle O.I., Victor A.A. Uterine Artery Doppler Velocimetry of Uterine Leiomyomas in Nigerian Women. Original Article. Review Brazilian Gynecology Obstetrics Vol. 39 No. 9/2017/ P 494-469. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604489>.
7. Chun-Chieh Ch., Soon-Cen H., Shen-Shien Ch., Jye-Yi K., Jing-Chuan L., Yuen-Shan L., Kuo-Feng H., Hung-Jung L., Ching-Cheng Zh. Ultrasonographic evaluation of the change in uterine fibroids induced by treatment with a GNRH analog. Original article. Taiwanese Journal Obstetrics and Gynecology 2006;45(2):124–128.
8. Dong Zhao, Peter AW Rogers. Is fibroid heterogeneity a significant issue for clinicians and researchers? Reproductive Biomedicine Online 2013 №27, 64–74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.04.001>.
9. Eman E., Rasha K., Hesham E., Ebtsam E. Can Three-dimensional (3D) power Doppler and uterine artery Doppler differentiate between fibroids and adenomyomas? Original article. Production and hosting by Elsevier.B.V. on behalf of Middle East Fertility Society. 2016, 21, 46-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2015.07.004>.
10. Errico Zupi, Gabriele Centini, Lorenzo Sabbioni, Lucia Lazzeri, István Máté Argay, Felice Petraglia. Nonsurgical Alternatives for Uterine Fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Volume 34, July 2016, P. 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.013>.
11. Fátima Faustino, Margarida Martinho, José Reis. Update on medical treatment of uterine fibroids. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Volume 216, September 2017, Pages 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.047>.
12. <http://urocenterastana.kz/dupleksnoe-skanirovanie.html>.
13. Imazarova D.Kh. Innovative technologies in the diagnostics of uterine fibroids. Re-Health Journal Научно-практический журнал. ISSN 2181-0443. Андижан 2020, выпуск: 4. Стр. 29.
14. Imazarova D.H., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova D.K., Kayumova D.T., Sadikova D.R., Atahodjayeva F.A., Ahmedova G. Vitamin D status in women with uterine fibroids (uf) of the uzbek population. JOURNAL OF CRITICAL REVIEWS. ISSN- 2394-5125 VOL 7, ISSUE 17, June 2020. P. 2240-2250. <http://www.jcreview.com/?mno=96009>
15. Jacques Donnez, Marie-Madeleine Dolmans. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update, 2016, Vol.22, No.6 P.665–686. doi:10.1093/humupd/dmw023.
16. Jacques Donnez, Olivier Donnez, Marie-Madeleine Dolmans. The current place of medical therapy in uterine fibroid management. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Volume 46, January 2018, P.57-65. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.008>.
17. Kaveri Sh., Manash K., Venkatesh B.P., Partho B., Sumit K., Usha J., Eswaramoorthy S., Fazil M. Role of 3D Ultrasound and Doppler in Differentiating Clinically Suspected Cases of Leiomyoma and Adenomyosis of Uterus. Original Article. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015 Apr, Vol-9(4): QC08-QC12. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12240.5846>.
18. Kinza Younas, Essam Hadoura, Franz Majoko, Adnan Bunkheila. A review of evidence-based management of uterine fibroids. The Obstetrician & Gynaecologist, 2016;18: P.33–42. DOI: 10.1111/tog.12223
19. Leigh D Rosen, Suzanne K Fenske, Heather M Isola and Charles J Ascher-Walsh. Vitamin D deficiency in women with uterine fibroids versus Vitamin D deficiency in the general population. Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. Clin Obstet Gynecol Reprod Med, 2018. doi: 10.15761/COGRM.1000236.
20. Lucy Whitaker, Hilary O.D., Critchley, BSc. Abnormal uterine bleeding. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology №34 2016, P. 54-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012>.
21. Luiz Gustavo O.B., Marislei S.P., Mauricio M.S., Hermes dF.B., George Dantas dA., Luciane Maria Oliveira B., Francisco José CdosR. Uterine leiomyoma: understanding the impact of symptoms on womens' lives. Reproductive Health 2014, 11:10. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/10>.
22. Michael J. Bray, Todd L. Edwards, Melissa F. Wellons, Sarah H. Jones, Katherine E. Hartmann and Digna R. Velez Edwards. Admixture mapping of uterine fibroid size and number in African American women. American Society for Reproductive Medicine, 2017, Published by Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.09.018>.
23. Musarrat H., Ayesha N., Erum S. Color Doppler Misoprostol Response Study (CDMRS): An Evaluation Tool for Patients Awaiting Myomectomy. ORIGINAL ARTICLE. Elsevier Taiwan LLC and the Chinese Taipei Society of Ultrasound in Medicine. 2014. P. 78-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmu.2014.05.001>
24. Nirmala Murugandoss, Nuala Coyle, Shreelata Datta. Ultrasound in obstetrics and gynaecology. OBSTETRICS, GYNAECOLOGY AND REPRODUCTIVE MEDICINE. Volume 29:2, P42-50. February 2019, <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.12.009>
25. Noha M.A., Hytham H.E. Role of transvaginal ultrasonography and colour Doppler in the evaluation of postmenopausal Bleeding. Production and hosting by Elsevier. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 2015 №46, P. 235–243. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejrm.2014.11.014>.
26. Ren Jinhe. Color Doppler Ultrasound in Uterine Arterial Embolization. Open Med. 2017; 12: 489-493. <https://doi.org/10.1515/med-2017-0069>.
27. Saika A., Manjeet S., Naseer A.Ch., Cimona S., Tariq A.G. Doppler evaluation of endometrial polyps. The Egyptian Society of Radiology and Nuclear Medicine. Production and hosting by Elsevier. 2018, 49, 850-853. <https://doi.org/10.1016/j.ejrm.2018.03.005>.
28. Sattar A., Nahar N., Khatun A., Shirin M., Rahman S., Sultana F., Ahmed R. Role of Transvaginal Color Doppler Ultrasound in the Characterization of Uterine Disease. Dinajpur Med Col J 2015 Jan; 8 (1):28-33.
29. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. The Management of Uterine Leiomyomas. No. 318, February 2015 (Replaces, No. 128, May 2003). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(2):157–178.

30. Virginia Arlene A. Go, Martha C. Thomas, Bhuchitra Singh, Sarah Prenatt, Holly Sims, Jaime F. Blanck, James H. Segars. A systematic review of the psychosocial impact of fibroids before and after treatment. American Journal of Obstetrics&Gynecology. NOVEMBER 2020. P. 674-708. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.044>.
31. Wang T, Tang H, Xie Z, Deng S. Robotic-assisted vs. laparoscopic and abdominal myomectomy for treatment of uterine fibroids: a meta-analysis. Minim Invasive Ther Allied Technol. 2018 Feb 28;1-16. doi: 10.1080/13645706.2018.1442349.
32. Адамьян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В., Белоцерковцева Л.Д., Беженарь В.Ф., Глухов Е.Ю. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. (проект). Москва, 2015. С. 45-46.
33. Баринов С.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Лазарева О.В., Дудкова Г.В., Фрикель Е.А., Ледовских И.О., Шишкина М.И., Стоцкая Т.А. Опыт ведения беременных с миомой матки больших размеров. Fundamental and clinical medicine, 2018. vol. 3, № 2. стр. 34-41. doi 10.23946/2500-0764-2018-3-2-34-41.
34. Ибадова Ш. Т. Ультразвуковая диагностика в поиске причин хронических тазовых болей у женщин. Украинский журнал медицины – Том 3, № 2 (2011), Стр. 66-70. <https://doi:10.26693/jmbs03.02.066>.
35. Каримов А.Х., Ахмедова Г.А., Алимов Р.Р. Значение эхографии в диагностике миомы матки и ее осложнений. Методические рекомендации. Ташкент 2007.
36. Клинические рекомендации. Миома матки. Российская ассоциация гинекологов – эндоскопистов. Российское общество акушеров – гинекологов. Москва, 2016. Стр.8-12.
37. Луценко Н.С., Олейник Н.С., Евтерева И.А., Шаповал О.С., Потебня В.Ю. Особенности маточной ангиоархитектоники при лейомиоме матки. Вестник ВГМУ, 2015, том 14, №3, Стр. 44-49.
38. Мархабуллина, А.А. Хасанов Д.Ш. Допплерометрия сосудов матки – метод оценки пролиферативной активности миоматозных узлов. Обзор. Ульяновский медико-биологический журнал. № 3, 2015. Стр.8-13.
39. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Коренная В.В., Кайибханова К.Н. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий при миоме матки (обзор Литература). Проблемы репродукции, 2015, 2: Стр. 60–64.
40. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Хорольский В.А. Сравнительная эффективность двух схем применения гинестрилла при терапии миомы матки. Кубанский научный медицинский вестник, 2017; 24 (4). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-4-115-121.
41. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение. Информационный бюллетень. Москва, 2014. Стр.3.
42. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В. Новое в гормональной регуляции развития миомы матки. Медицинские аспекты здоровья женщины № 7 (93) 2015. Стр.21-27.
43. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Тутченко Т.Н., Джупин В.А. Новая эра в лечении миомы матки у женщин различных возрастных групп. Репродуктивная эндокринология, 2014, №6 (20), стр.9-20.
44. Хашукоева А.З., Агаева М.И., Дугиева М.З., Ермилова К.А., Сухова Т.Н. Повышение шансов наступления беременности после миомэктомии в программах ВРТ. Медицинский совет №13, 2017, Стр.138-42. DOI:/10.21518/2079-701X-2017-13-138-142.

ГИНЕКОЛОГИЯДА БАЧАДОН МИОМАСИДА ГОРМОНЛАР ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШ

Нарзуллаева Н.С.

Бухоро давлат тиббиёт институт, Бухоро, Ўзбекистон

Кириш. Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш замонавий соғлиқни сақлашнинг устувор йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда. Бачадон миомаси-энг кенг тарқалган гинекологик касалликлардан бири бўлиб, аёлнинг умумий ҳолатига салбий таъсир қилади ва иммун, руҳий эмоционал, вегетотомир, гормонал бузилишига олиб келади. Ҳозирги вақтда аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш замонавий соғлиқни сақлашнинг устувор йўналишлардан бири ҳисобланади. Бачадон миомаси патофизиологик механизмларини топиш муаммолари ва миометрида ўсимта жараёнини консерватив даволашнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш икки ҳолатга боғлиқ: биринчи навбатда, касалликнинг кенг тарқалиши ва иккинчидан, бачадоннинг яхши сифатли ўсмасини оператив даволашнинг юқори даражаси [1,3]. Бачадон миомаси 25 ёшдан катта аёлларнинг 30-35 %га таъсир қилади ва сўнгги йилларда ёшларда тобора кўпроқ намоён бўлмоқда [2]. Бачадон миомасининг сабаблари етарли даражада аниқланмаган [1,4]. Бачадон миомасида энг кўп учрайдиган сабаби анамал бачадондан қон кетиш, бепуштлик, ҳомиладорликни одатий йўқотилиши, чаноқ аъзоларининг дисфункцияси [4,5]. Ушбу аломатлар аёлни ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Адабиётларга кўра, бачадон миомасининг этиопатогенезида ортиқча эстроген стимуляцияси муҳим ўрин эгаллайди, прогестерон етишмовчилиги билан биргаликда, эркин гормон пролиферацияси, яллиғланиш, апоптоз, патологик неоангиогенез ва эндометридаги иммун ҳолатнинг бузилишидир [6]. Преморбитал фоннинг хусусиятлари репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомаси ривожланишига мойил бўлган хавф омиллари ҳисобланади [7].

Шундай қилиб, бачадон миомаси бор яхши сифатли ўсмининг ўсишини ривожланиш механизмларида гормонлар ўрнини аниқлаш, замонавий клиник гинекологиянинг долзарб вазифаси ҳисобланади [6,8], у бачадон миомаси ривожланишида иштирок этувчи гормонлар механизмларини аниқлашга имкон беради.

Материал ва текшириш усуллари: 2015 дан 2019 йилгача маслаҳат поликлиникасига, гинекология бўлимига вилоят перинатал маркази ва Бухоро шаҳар комплексига чаноқ аъзоларининг юқумли яллиғланиш каалликлари бўлган

75 нафар бемор ҳайз ва генератив функцияни бузган ҳолда мурожаат қилди. Улардан 25 нафар аёл бачадон миомаси ташҳиси қўйилди. Бачадон миомасининг клиник белгиларига қараб 14 нафар аёлларда симптомли бачадон миомаси, 11 нафар аёлларда симптомсиз бачадон миомаси ташҳиси қўйилди. Симптомли бачадон миомасининг клиник кўриниши оғриқ, қон кетиш ва бепуштлиқ ва симптомсиз бачадон миомаси бўлган аёлларда кичик ўлчамли ва катта ўлчамдаги бачадон миомаси аниқланди. Ташҳис комплекс клиник-инструментал-лаборатор текшируви маълумотлари асосида қўйилган. Барча аёллар гормонал ҳолати аниқланди: жинсий ва тиреоид гормонлар.

Гормонал ҳолатни текшириш учун қонни олиш эрталаб оч қоринга бўш пробиркага билак венасидан олинди. Гормонлар даражаси стандарт тўпламлардан фойдаланган ҳолда радиоиммунологик усул ёрдамида аниқланди. Меъёрий кўрсаткичлар сифатида радиоиммун тадқиқот лабораторияларнинг маълумотлари (раҳбар- Абдурахманова А.М.). Барча беморлар оқсил ва стероид гормонлар (ЛГ (лютенловчи гормон), ФСГ (Фолликулловчи гормон), Е2 (эстрадиол), П (прогестерон), ПЛ (пролактин) К (кортизол)) 2-март аниқланди. Тадқиқот 5-7 циклда амалга оширилди. Ҳайзни мунтазам кечиши билан беморлар (22-24 кунли цикл) ҳайз циклининг иккинчи фазасининг ўртасида қонда прогестерон даражаси аниқланди. Гормонал текширув турли хил даволанишлардан сўнг амалга оширилди.

Таҳлиллар: Гормонлар даражасини ўрганиш буйича олиб борилган тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, меноррагияда ($P < 0,05$) ва оғриқда ($P < 0,05$) ҳайз циклининг 5-6 кунда ФСГ гормон даражаси шубҳасиз ошди, бепуштлиқ бўлган аёлларда эса назорат гуруҳига нисбатан ($P < 0,05$) камайди (Жадвал 1).

Жадвал 1. Бачадон миомаси аёлларда гормонлар даражаси. ($M \pm m$)

Гормонлар	Назорат гр	Симптомли бачадон миомаси		
		Меноррагиялар	Оғриқлар	Бепуштлиқ
ФСГ, мМЕ/л	6,4 ± 0,8	10,8 ± 1,7*	8,5 ± 1,1	4,9 ± 1,2*
ЛГ, мМЕ/л	4,6 ± 0,8	3,7 ± 0,7	3,21 ± 2,0	9,7 ± 2,1*
Пролактин, мМЕ/л	322,4 ± 9,4	407 ± 10,2	317 ± 10,3	785 ± 19,5*
Прогестерон, нмоль/л	2,85 ± 1,2	2,45 ± 1,1	4,6 ± 1,5	6,8 ± 1,02*
Эстрадиол, пг/мл	23 ± 2,6	48,7 ± 2,1*	45,7 ± 2,0*	24,3 ± 2,4*
Кортизол, нмоль/л	138 ± 8,1	241 ± 9,8*	201 ± 9,2	139 ± 8,5

Изоҳ: *назорат гуруҳидаги кийматлар нисбатан ишончли ($P < 0,05 - 0,001$)

ЛГ даражаси бепуштлиқ билан 14 кунда ишончли даражада ошди ($P < 0,05$). Бепуштлиқ булган аёлларда пролактин ($P < 0,001$), прогестерон ($P < 0,05$) ва эстрадиол ($P < 0,01$) концентрацияси ишончли даражада ошди. Меноррагияда симптомли бачадон миомаси аёлларда кортизол даражаси ошди ($P < 0,05$).

Бачадон миомаси булган аёлларда гормонлар даражасини ўрганиш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, бачадон миомаси катта шаклли бўлган аёлларда ФСГ даражаси назорат гуруҳининг аҳамиятига нисбатан ишончли даражада ошди ($P < 0,05$), ва ЛГ даражаси камайди ($P < 0,05$).

Жадвал 2. Симптомсиз БМ аёлларда гормонлар даражаси, ($M \pm m$)

Гормонлар	Назорат гуруҳи	Симптомсиз БМ	
		Майда шаклли БМ	Катта шаклли БМ
ФСГ, мМЕ/л	6,4 ± 0,8	10,9 ± 0,9	13,7 ± 1,0*
ЛГ, мМЕ/л	4,6 ± 0,8	3,7 ± 0,7	2,1 ± 0,3*
Пролактин, мМЕ/л	322,4 ± 9,4	319,9 ± 10,1	345,3 ± 13,0
Прогестерон, нмоль/л	2,85 ± 1,2	2,36 ± 1,1	2,25 ± 1,0
Эстрадиол, пг/мл	23 ± 2,6	43,6 ± 3,1*	48,3 ± 3,2*
Кортизол, нмоль/л	138 ± 8,1	111,5 ± 7,4	141,5 ± 8,7

Изоҳ: *назорат гуруҳидаги кийматлар нисбатан ишончли ($P < 0,05 - 0,001$)

Симптомли бачадон миомасида эстрадиол даражаси миоманинг шаклидан катъий назар ошган ($P < 0,05$). Кўпгина муаллифлар бачадон миомаси гормонга боғлиқ бўлган ўсма эканлигини таъкидлашади, бунда етакчи ўринни гиперэстрогенлар эгаллайди [9,10]. Зарар етказадиган экзоген ва эндоген омилларнинг таъсири натижасида маҳаллий қон айланишининг бузилиши, ишемия, вегетатив нерв тизимида дистрофик ўзгаришлар ва бачадон ўзанида микроциркуляцияни бузилиши ва гиперэстрогенлар ривожланишига олиб келади. Бундай шароитда тугуннинг ҳосиласи шаклланади, унинг ҳосил бўлиши шикастланган томир деворининг камбиал элементларини фаоллаштириш билан боғлиқ, яъни гиперэстрогенлар таъсири остида қон томир деворининг денервация қилинган ҳудудларида миоген элементлар миоматоз тугуннинг ҳосиласи пайдо бўлиши ва кўпайиши билан бошланади [11].

Бошқа муаллифлар кўрсатишича бачадон миомаси ривожланишида олиб келувчи молекуляр-генетик бузилишлар билан бир қаторда прогестерон муҳим ўрин эгаллайди [12]. Ушбу назариянинг исботи шундаки, миоматоз тугунларнинг фаол ўсиши секретор фазада содир бўлади, бунда ўсимта хужайраларининг митотик фаоллиги ўсиши ва прогестерон рецепторлари сони ошиши ўзгармаган миометрияда нисбатан қиёсланади.

Клиник ва биокимёвий тадқиқотлар натижалари прогестероннинг миометрия хужайраларида соматик мутациялар частотасини ошириш ҳақидаги таҳминнинг тўғрилигини тасдиқлайди ва шунинг учун бачадон миомасининг

ривожланишига ҳисса қўшади. Бу менструал циклниги лютен босқичида миома ўсишини тезлаштиришни кўрсатадиган далиллар билан тасдиқланган. Тихомиров А.Л. (2005) фикрига кўра, прогестерон эстрогенлар ёрдамида миоманинг периферик ўсишида фаол иштирок этади, чунки улар ўз навбатида миометрия ва лейомиомада прогестерон рецепторлари экспрессиясини оширишга лаёқатли. Прогестерон шунингдек, миометрияда эстроген рецепторлари экспрессиясини эзганлигини кайд этади.

Хулоса: Шундай қилиб, прогестерон лейомиомага икки томонлама таъсир кўрсатиш мумкин: биринчидан, эстрогенлар таъсирини блоклаб, уларнинг рецепторлари экспрессиясини эзади, иккинчидан, уларнинг таъсирини тўғридан-тўғри рецепторлари орқали амалга оширади.

Бачадон миомасининг катталашуви патогенезида иштирок этган бошқа гормонлар орасида пролактин ва ўсиш гормонини ажратиш мумкин. Проллактин миометрия ва лейомиома хужайраларига митотик фаоллик муносабатга эга бўлиб, бундан ташқари у миометрия ва лейомиомада синтезланади.

Яна бир муҳим сабаб - гормонал муҳитнинг бузилиши, эстрогенлар ажралишининг бузилишидир. Мушак хужайралари тўқималарининг гипертрофияси туфайли прогестерон гормоннинг таъсири бузилади, бу эса ўсмани ўсишига олиб келади. Охири вақтларда прогестероннинг эстроген билан бирга бачадон миомасининг патогенезида миометриянинг лютен фазаси кечишида митотик фаолликни кучайтириш назарияси куриб чиқилмоқда. Миомада прогестерон рецепторлари сони одатда миометрияда уларнинг таркибидан ошади. Рецепторлар концентрациясининг бу хусусияти миомани миометриядан кўра эндометритга яқинроқ қилади. Эҳтимол бу қонда бир хил даражадаги гормонлар бачадоннинг ўзгармас мушак тўқималарига қараганда миоматоз тугунларнинг ўсишига сабаб бўлади.

Адабиётлар:

1. Аджимуллова А.З., Рысмухамбетова К.А. Характерные особенности миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. –2017. –Т. 7, № 6. –С. 795.
2. Аюпова Г.А., Хасанова Л.А., Хасанова З.М., Камаева А.Р. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики миомы матки // Вестник Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы. – 2017. –№ 4 (44). –С. 7-13.
3. Ихтиярова Г.А., Ҳамидова Ш.Ш., Нарзуллоева Н.С.Этиопатогенетические основы развития миомы матки// Тиббиётда янги кун. № 3 (31) 2020. Узбекистан Р. 60-64
4. Payson M., Leppert P., Segars J. Epidemiology of myomas // Obstet Gynecol. Clin. North. Am. - 2006. - Vol. 33, № 1. - P. 1-11.
5. Бабаджанова Г.С., Тухтамишева Н.О. Современный взгляд на диагностику и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Биология и интегративная медицина. –2017. –№ 2. –С. 64-79.
6. Н.С.Нарзуллоева, Д.А Мусаходжаева, Г.А.Ихтиярова. Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis // European journal of pharmaceutical and medical research www.ejpmr.com., – EJP MR, 2019, 6(9) – P. 153-157. (14.00.00) (Scientific Journal IF.4.897)
7. Боричева Д.А., Мацарская М.Д., Шеполова Н.С. Миома матки как следствие гормонального дисбаланса // Синергия Наук. –2018. –№ 20. –С. 650-663.
8. Курашвили Ю.Б., Сидорова И.С., Агеев М.Б., Батаршина О.И. Эффективность методов органосохраняющего лечения миомы матки // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. –2015. –Т. 2, № 3. –С. 12-16.
9. Нарзуллоева Н.С., Тошева и.и., Мирзоева м.р., Ихтиярова д.ф. клинические и иммунологические аспекты миомы матки в сочетании с различными инфекциями фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии (г. Уфа, 3-5 октября 2018 г.) Том 1
10. Bulun S.E. Uterine fibroids // N Engl J Med. 2013. Vol.369(14). P.1344-1355.
11. Н.С.Нарзуллоева, Ашурова Н.Г., Жумаева М.М. Изучение эффективности иммунокорректирующей терапии при миомах матки // Доктор ахборотномаси Самарқанд № 3, 2019 С. 79-82.
12. Bogani G., Cliby W.A., Aletti G.D. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma // Gynecol. Oncol. - 2015. - Vol.137 (1). - P.167-172.

АБДОМИНАЛ ТУҒРУҚЛАРДАН КЕЙИН АЁЛЛАРНИНГ РЕПРОДУКТИВ ХАТТИ - ҲАРАКАТИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Насирова З.А., Агабабян Л.Р.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Маълумки, кесар кесишдан кейин контрацепция муаммоси тиббий ва ижтимоий жиҳатдан жуда муҳимдир. Оператив туғруқ ва кейинги ҳомиладорлик орасидаги муддат 2 йилдан ошганда оналар ўлими кўрсаткичи 32% га, болалар касалланиши ва ўлим кўрсаткичи 10% га камайиши ўрганилган. Кесар кесишдан кейин контрацепцияни тўғри қўллаш тиббий абортлар сонини 90% га камайтиради [4,8].

Кесар кесиш операциядан кейин аёллар репродуктив салоҳиятини муҳофаза қилишнинг мажбурий элементлардан бири ҳомиладорлик ва туғиш ўртасидаги етарли интервални таъминлаш ҳисобланади. Туғруқ орасидаги энг оптимал интервал 3 йилдан 5 йилгача ҳисобланади. Табиий туғруқлардан кейинги 2 йил орасидаги ҳомиладорлик ҳам юқори

хавф ва асоратлар билан боғлиқ: ҳомиладорликнинг тушиш хавфи, қон кетиш, туғруқдан кейинги яллиғланиш касалликлари ва ҳатто оналар ўлимига олиб келиши мумкин [1,2]. Шу билан бирга, ҳомиладорлик ва кейинги туғруқ ўртасидаги етарли интервални таъминлаш, ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари хавфини камайтиради, бу эса бачадонида чандиқ мавжуд бўлган аёллар учун айниқса муҳимдир. Бу фақат самарали контрацепция усулларидан фойдаланиш натижасида амалга ошади. Туғруқдан кейинги даврда аёллар учун контрацепция юқори самарали, хавфсиз (туғруқдан кейинги даврда фойдаланиш учун рухсат этилган, эстрогенлар сақламмайди) ва мақбул (узоқ муддатли) бўлиши керак. Узоқ муддатли қайтар контрацепция усулларига-бачадон ичи воситалари (БИБ) ва соф progesterin сақловчи контрацептивлар –аёллар учун мос бўлган хавфсиз усуллар ҳисобланади [4,5].

Мақсади: кесар кесиш ўтказган аёллар репродуктив ҳатти ҳаракати ва контрацептив мақсадлари тахлили натижасида, уларда контрацепция усулларини танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари: Ижтимоий тадқиқот объекти бўлиб, Самарқанд вилоятида яшовчи 500 нафар аёллар ҳисобланишди: улардан 320 нафари бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш ўтказилган аёллар (асосий гуруҳ), ва 180 нафари табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёллар (назорат гуруҳи).

Кесар кесишдан кейин бачадонида чандиғи бор ва табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёлларнинг репродуктив ҳаракатларининг хусусиятларини ва контрацепция усуллари ҳақидаги хабардорлигини ўрганиш учун сўровнома ишлаб чиқилди. Сўровнома аёлларнинг ижтимоий ҳолати, репродуктив анамнези, контрацепция ва контрацептив муддаолари ҳақидаги маълумотлар, исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш учун замонавий усуллар ҳақида маълумот манбалари ва ҳ.к.ларни акс эттирувчи саволларни ўз ичига олади Сўровлар қоғоз шаклида ва Google forms да амалга оширилди.

Google forms ёрдамида онлайн-сўров яратилган. Бу шаклга сўровнома жойлаштирилган. Сўровнома фойдаланувчилар томонидан тўлдирилгач, биз сўровнома натижаларини қўлга киритдик ва кейинчалик уларни таҳлил қилиш имконига эга бўлдик.

Назорат гуруҳини танлашда ёш, паритет ва аввалги туғруқнинг муддати бўйича унинг асосий гуруҳдан фарқ қилмаслиги мўлжалга олинди. Аёлларнинг ёши 19 ёшдан 41 ёшгача бўлиб, ўртача ёш асосий гуруҳда $26,9 \pm 1,2$ ёшни, назорат гуруҳида $27,3 \pm 1,4$ ёшни ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида ёш бўйича аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$). Иккала гуруҳ орасида репродуктив аҳамияти жиҳатидан муҳимроқ бўлган ёшдаги аёллар кўпчиликни ташкил қилди – асосий гуруҳдаги 24,4% аёллар ва назорат гуруҳидаги 62,2% аёллар 18-24 ёшда, 65,3% бачадонида чандиғи бор аёллар ва 33,9% табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёллар 25-34 ёшда ва фақатгина асосий гуруҳдаги 10,3% аёллар ва назорат гуруҳидаги 3,9% аёллар 35 ёшдан катта ёшда бўлишган. Тадқиқотга 18 ёшгача бўлган ва 41 ёшдан катта аёллар киритилмади. Сўров вақтида туғруқдан кейин ўртача интервал асосий гуруҳда $2,3 \pm 1,7$ йилни, назорат гуруҳида $2,4 \pm 1,8$ йилни ташкил этди. 5 йил ва ундан кўп йил илгари операцияни ўтказган аёллар сони камчилик бўлиб, асосий гуруҳ 19 нафар (5,9%) ва назорат гуруҳи 4 нафар (2,2%) аёлдан иборат бўлди. Асосий ва назорат гуруҳидаги сўровномага жавоб бераётган аёлларнинг тақсимоотида ёш, паритет ва аввалги туғруқнинг муддати бўйича аҳамиятли тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$), бу эса уларни параметрлар маълумотлари бўйича бир хил деб ҳисоблаш ва тегишли таққослашларни ўтказишга имкон берди.

Шахсий тадқиқотлар натижалари: Кесар кесиш операциясини ўтказган аёлларда репродуктив ҳатти-ҳаракатларининг хусусиятлари ва контрацепция усуллари ҳақидаги хабардорлигини ўрганиш мақсадида, уларнинг ижтимоий-гигиеник тавсифномаларини ҳисобга олган ҳолда, Самарқанд шаҳридаги 500 нафар аёллар ўртасида сўровнома ўтказилди: 320 нафари бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш ўтказилган аёллар (асосий гуруҳ), ва 180 нафари табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёллар (назорат гуруҳи). Назорат гуруҳини танлашда мазкур гуруҳ қатор ижтимоий-гигиеник параметрлар бўйича асосий гуруҳдан фарқ қилмаслиги мўлжал қилиб олинди.

Жадвал 1. Сўров қилинувчи аёлларнинг ёшга қараб тақсимланиши

Гуруҳлар	Ёш абс. (%)		
	18-24	25-34	35-41
Асосий n = 320	78 (24,4%)	209 (65,3%)	33 (10,3%)
Назорат n = 180	112 (62,2%)	61 (33,9%)	7 (3,9%)

Жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида ёш бўйича аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$). Иккала гуруҳда ҳам сўровномага жавоб берувчилар орасида репродуктив аҳамиятга эгаллиги жиҳатидан муҳим бўлган ёшдаги, яъни 18-34 ёшдаги (мос равишда 89,7% ва 96,1%) аёллар кўпчиликни ташкил этган.

Ҳозирги ҳомиладорлик содир бўлгунча туғруқлар орасидаги интервалга кўра, иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$).

Мазкур сўровномани ўтказиш вақтида асосий гуруҳдаги 99,4% аёллар (2 нафар сўровномага жавоб берувчи аёлнинг анамнезида ўлик туғилган болалари бўлган) ва назорат гуруҳидаги 100% аёллар фарзандли аёллар бўлишган. Кесар кесиш операциясини ўтказган аёлларнинг 64 нафарида (20%) ва табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёлларнинг 79 нафарида (44%) оиласида бир нафардан фарзанди бўлган, мос равишда 157 нафарида (49%) ва 65 нафарида (36%) иккитадан фарзандлари бўлган. Ёши 12 ойликкача бўлган боласи бор аёллар асосий гуруҳда 28,2% ни ва назорат гуруҳида 30,0% ни, 1 ёшдан – 3 ёшгача боласи борлар мос равишда 49,3% ни ва 42,0% ни ташкил этган.

Кесар кесиш операциясини ўтказган 144 нафар (45%) аёл ва табиий туғруқ йўллар орқали туққан 243 нафар (76%) аёл қайта ҳомиладорлик ва туғруқни ҳақиқатдан ҳам режалаштиришади ($p > 0,05$). Аммо асосий гуруҳдаги 69,3% ва назорат гуруҳидаги 70,0% сўровномага жавоб берган аёллар туғруқдан кейинги қайта ҳомиладорликни яқин келажакдаги уч йилга қолдиришни исташади ва ишончли контрацепцияга муҳтож бўлишади. Репродуктив функцияни тугатганлар орасида асосий гуруҳда 34 ёшдан катта ва икки ҳамда ундан кўп болали аёллар кўпчиликни ташкил этади.

Лактацион функция кўриб чиқилганда, назорат гуруҳи билан таққослашда, асосий гуруҳда унинг давомийлиги ишонарли даражада камлиги аниқланган.

Сўровномада қатнашганларда туғруқдан кейин ҳайз циклининг тикланиши таҳлил қилинган.

Олинган маълумотларга кўра, кесар кесишдан 1-3 ой ўтгач, кўкрак билан эмизишга қарамасдан, аёлларнинг ярмидан кўпида, яъни 52,5% ҳолатда ҳайз циклининг тикланиши рўй берган, бу эса лактацион аменорея усулининг қўлланилиши унчалик самара бермаслигидан дарак беради. 6 ойдан кейин 84,1% ҳолатда ҳайз тикланган.

Операциядан кейин ҳайз циклининг бузилиши асосий гуруҳдаги аёлларнинг 83 нафариди (26%) ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг 22 нафариди (12%) қайд этилган. Асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг анамнезида гинекологик касалликлар тенг нисбатда қайд этилган (мос равишда 77,8% ва 73,3%) ($p > 0,05$). Кесар кесишни ўтказган кўпгина аёлларда бир неча нозологик шаклларнинг бирга учраши ўрин тутди, бунда 41,9% и жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларидан, 10,0% и бачадон бўйни касалликларидан, 20,3% и ҳайз циклининг бузилишидан азият чеккан. Асосий гуруҳдаги 6 нафар (1,9%) аёл ўтказилган кесар кесиш операциядан кейин иккиламчи бепуштлиқнинг ривожланганлигини таъкидлашди.

Охириги туғруқдан кейинги артифициал аборт асосий гуруҳдаги 69 нафар (21,6%) аёлда кузатилган, бу эса 58 нафар (32,0%) назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан ишонарли даражада камроқ ($p < 0,05$). Аммо операциядан кейин 42 нафар (60,9%) ёки туғруқлардан кейин 32 нафар (55,2%) биринчи йил давомида амалга оширилган ҳар иккинчи аборт ҳақидаги маълумотлар алоҳида эътиборга лойиқ ($p > 0,05$). Абортлар умумий сонидан - туғруқдан кейин дастлабки олти ой давомида қилинган абортлар мос равишда 13,5% ва 14,3% ни ташкил этади ($p > 0,05$).

Асосий гуруҳдаги аёллар сурункали соматик касалликлар билан кўпроқ касалланишган (асосий гуруҳда - 74,1% ва назорат гуруҳида - 35,6%) ($p < 0,01$).

Таққосланувчи гуруҳлар ўртасида кўрув аъзолари касалликлари бўйича аниқ тафовутлар аниқланган: асосий гуруҳдаги 10% аёллар юқори даражали миопиядан азият чекишган.

Кесар кесиш ўтказилган аёлларда сўровнома ўтказилганда, фақатгина 208 нафар (65%) аёллар шифокор билан режалаштирилган ҳомиладорлик ва туғруқ ҳақида суҳбатлашганлиги аниқланди.

Табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёллар билан суҳбат ўтказишнинг асосий жойи аёллар маслаҳатхонаси бўлган. Туғруқхона шифокорлари кесар кесишни ўтказган аёллар билан ҳам, табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёллар билан ҳам мазкур масалани муҳокама қилишда деярли қатнашишмаган.

Шифокорларнинг сўровномага жавоб берувчи аёллар билан суҳбатининг тузилиши таҳлил қилинди. Асосий гуруҳда фақатгина уч нафар шифокордан икки нафари (73,7%) интергенетик интервални муҳокама қилишган, бунинг устига кўпчилик (67%) 3 йилгача кутишни тавсия этишган. Назорат гуруҳида ҳар иккинчи шифокор (54,3%) бўлғуси туғруқлар муддатини, улардан 54% и 3 йилгача муддатни муҳокама қилишган.

Аёллар билан суҳбатда контрацепция масаласи муҳокама қилинган, бунда шифокорлар юқори самарали контрацепция усулларини: кесар кесишдан кейин 54% аёллар учун бачадон ичи контрацепциясини, 19% аёллар учун гормонал контрацепцияни, 14% аёллар учун ихтиёрий жароҳлик контрацепциясини тавсия этишган.

Асосий гуруҳда БИКни қўллайдиган аёлларнинг фоизи (28,1%) назорат гуруҳидаги аёлларга (39,4%) нисбатан ишонарли даражада пастроқ ($p < 0,01$), гормонал контрацепция иккала гуруҳда ҳам камдан-кам қўлланилган. Туғруқдан кейинги биринчи йилда қўлланилаётган контрацепция усулларига боғлиқ равишда абортлар сонининг таҳлили шуни кўрсатдики, иккала гуруҳдаги юқори самарали контрацепция усулларини қўллаган аёллар аборт қилдиришмаган. Туғруқдан кейинги биринчи йилда аборт қилган аёллар орасида исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш учун кам самарали усулларни қўллаган аёллар асосий гуруҳда 77,1% ни ва назорат гуруҳида 63,6% ни ташкил этган ($p > 0,05$). Асосий гуруҳдаги 16,5% ва назорат гуруҳидаги 16,1% аёллар контрацептив воситаларни қўллашмаган.

Контрацепция усулини танлаш аёллар томонидан унинг организмга салбий таъсири эҳтимолини баҳолаш билан чамбарчас боғлиқ. Тадқиқотда асосий гуруҳдаги 40 нафар (12,5%) ва назорат гуруҳидаги 14 нафар (7,8%) аёллар контрацепция усулларини қўллаш саломатликка салбий таъсир кўрсатади, деб ҳисоблашади ($p > 0,05$). Гормонал контрацепция қўлланилишига асосий гуруҳдаги 51,0% ва назорат гуруҳидаги 48,0% аёллар салбий қарашади, буни тана вазни ошиши ва моддалар алмашинувида таъсири билан боғлашади ($p > 0,05$). Кесар кесишдан кейин 16,7% аёллар чандиқни жароҳатлаши эҳтимолиги туфайли ва ўзлари мустақил туққан 14,0% аёллар ҳайз вақтида қон йўқотишлар кўплиги ҳамда яллиғланишли касалликлар эҳтимоли сабабли бачадон ичи контрацептивларини қўллашга салбий қарашади.

Хулоса: Шундай қилиб, кесар кесишдан кейин аёллар кўпгина ҳолларда кейинги боланинг туғилишини 2-3 йилдан кейинга қолдиришни хоҳлашади, аммо шу билан бирга, антенатал ва туғруқлараро даврда контрацепциянинг замонавий усуллари қўлланилиши ҳақида ишонарли маълумотларга эга эмаслар. Контрацепциянинг усулларини кенг қўлланилишига аёлни ўзининг содиқлигини ошириш учун ҳомиладорлар, туғувчи ва туққан аёллар ўртасида фаол мас-

лаҳатлар бўйича нафақат туғруқхона ходимларини, балки соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғинини, шунингдек, ОАВ ларни жалб қилган ҳолда, ишларни яхшилаш талаб этилади. Кесарча кесишни ўтказган аёллар учун контрацепциянинг замонавий юқори самарали усулларини қўллаши нафақат интергенетик интервални сақлаш гарови, балки абортлар профилактикаси, оқибатда эса саломатликни сақлашнинг гарови бўлади.

Адабиётлар:

1. Захарова И. Н. и др. Кесарево сечение-от античности до нашего времени //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – № 2.
2. Курбанова З.А., Омаров Н.С.М., Кантаева Д.К. Особенности контрацептивного поведения женщин после кесарева сечения //В сборнике: Перспективы развития научных исследований в 21 веке сборник материалов X Международной научно-практической конференции. 2016. С. 102-103.
3. Насирова З. А., Хамраев Х. Х. Особенности применения внутриматочной контрацепции //Вестник врача. – 2017. – С. 31.
4. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Постплацентарное введение внутриматочных спиралей у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем //Проблемы репродукции. 2017. Т. 23. № 2. С. 81-83.
5. Прилепская В.Н., ред. Руководство по контрацепции. 4-е изд. М.:МЕДпресс-информ; 2017.
6. Advances in contraception: new options for postpartum women Taub RL and Jensen JT. Expert Opin Pharmacother 2017 - Review.
7. Basendowah M., Alabdulqader M., Alabdulqader O., Hakami M. Cureus. 2020 12(1): c6644. Doi: 10,7759/ cureus.6644
8. Brunson MR, et al. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system Am J Obstet Gynecol 2017.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КАРАНТИННЫХ МЕР COVID-19 НА МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Насриддинова Ш.И., Ихтиярова Г.А., Хайдарова Д.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Рождение - одно из важнейших событий в природе. В послеродовом периоде матери испытывают физиологические и психические изменения, от небольших изменений до видимых психозов. Нарушения психического здоровья в послеродовом периоде у женщин включают тревогу, депрессию и психоз.

Послеродовая депрессия (послеродовая депрессия) – является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, усложняет систему здравоохранения с расходами и приводит к семейным конфликтам. Симптомы материнской депрессии часто негативно влияют на потомство, когда наблюдаются когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Несколько исследований документально подтвердили психоэмоциональную уязвимость матери во время катастрофических событий [1, 2, 4]. Травмы, террористические атаки, стихийные бедствия и антропогенные катастрофы (например, землетрясения, цунами и Чернобыль) были предикторами симптомов послеродовой депрессии у матерей в целом [2, 6]. После вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) в 2003 году, как медицинские работники и люди, которые являются самостоятельными, помещенные на карантин выставлены симптомы посттравматического стрессового расстройства [3, 7]. Следовательно, нельзя игнорировать влияние стресса, вызванного COVID - 19, на беременных женщин.

Беременные женщины считаются группой риска по вирусным респираторным инфекциям с возможными последствиями для матери и плода; однако в настоящее время существует мало информации о подверженности беременных женщин патологии COVID - 19 [8, 10]. Люди, находящиеся в карантине, могут испытывать широкий спектр чувств, включая страх, гнев, грусть, раздражительность, вину или замешательство, что может затруднить изоляцию для здоровья матери [9, 13].

Цель исследования: Выяснить воздействие карантинных мер в больницах женщин, рожаящих в зоне с повышенной опасностью COVID-19 на психоэмоциональный дистресс в ближайшем послеродовом периоде.

Материалы и методы: Исследование проводилось в ближайшем послеродовом периоде у женщин, родивших в Бухарском области Каганском родильном комплексе (группа исследования COVID - 19). Также была набрана контрольная группа женщин, которые жили в том же географическом районе и родили в больнице в тот же период времени, что и исследуемая группа, но в предыдущем году. (2019). Это стало возможным, потому что имели разрешение на доступ к их акушерским картам, которые включали основные личные данные, образование, историю болезни и контактные информации. Сбор данных был одобрен министерством здравоохранения Бухарской области. Всем женщинам были предоставлены информационные листы, и они были включены в исследование после подписки формы согласия.

Понимание взаимосвязи между стрессом и здоровьем матери имеет решающее значение для разработки полноценной системы поддержки в условиях чрезвычайно заразной пандемии. Учтя это, нами было проверено на наличие ангедонию, тревогу и депрессию с помощью Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (ЭШПД) в ближайшем послеродовом периоде [10, 12]. Эдинбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии (англ. Edinburgh Postnatal Depression Scale) - клиническая скрининговая методика в виде самопросника, и состоит из 10 пунктов, оцениваемых с использованием четырех балльной шкалы Лайкерта (0–3), предназначенная для выявления депрессивный рас-

стройств в предродовом и послеродовом периодах. Была разработана в 1987 году в Эдинбурге и Ливингстоне авторами J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky [11].

Послеродовая депрессия представляет собой конец континуума тяжести симптомов. В настоящем исследовании использовалась точка отсечения для риска депрессивной симптоматики выше 12. Некоторые авторы изучили структуру ЭШПД и обнаружили, что наряду с риском послеродовой депрессивной симптоматики он также измеряет тревожность и ангедонию [12, 14]. Мы извлекли из ЭШПД три подшкалы: подшкалу ангедонии (пункты 1 и 2); подшкалу тревожности (пункты 3–6); и подшкалу депрессии (пункты 7–10). В соответствии со стандартными процедурами родовспоможения при отсутствии акушерских или неонатальных осложнений продолжительность пребывания в больнице составляла 48 часов как для вагинальных родов, так и для кесарева сечения. В течение периода исследования (с 3 апреля по 11 июня в период карантинных мер по поводу COVID - 19) ЭШПД был роздан перед выпиской 61 женщинам (основная группа) на второй день после родов. За соответствующий период 2019 года ЭШПД был роздан 71 женщинам (контрольная группа).

Глобальный балл ЭШПД и значения трех подшкал ангедонии, тревожности и депрессии были определены для исследуемой и контрольной групп. Непрерывные переменные анализировались с помощью t- критерия независимой выборки, в то время как точный критерий Фишера использовался для анализа качественных переменных. $P < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты: Возраст женщин в исследуемых группах был от 18 до 39 лет, средний возраст составил $32,73 \pm 4,11$ и $33,18 \pm 4,17$ соответственно, который не имел достоверных различий. Также не было значительных различий по срокам гестации (Рис.1.)

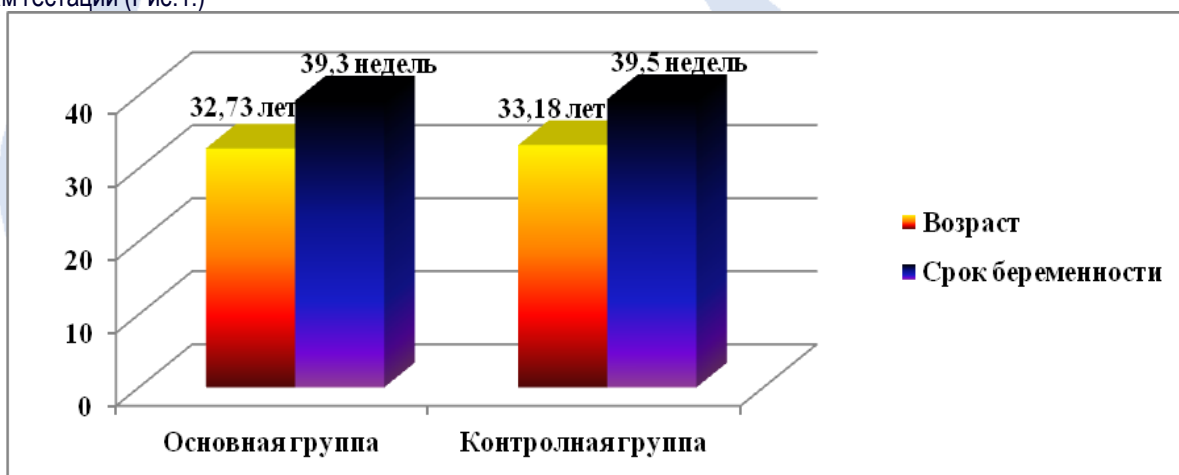


Рис. 1. Анамнестические данные исследуемых рожениц

Как представлено в таблице 1, не было значительных различий между группами по всем данным, за исключением массы тела новорожденного при рождении, которая была значительно ниже у детей, рожденных во время пандемии COVID-19, по сравнению с предыдущим годом ($3354,51 \pm 374,2$ против $3478,60 \pm 409,8$ г; $P = 0,031$).

Таблица 1. Клинические особенности рожениц среди обследуемых групп

Характеристики	Основная группа	Контрольная группа	Значение P
Нерожавшие	33 (54,1)	38 (53,5)	0,774
Повторно беременные	28 (45,9)	33 (46,5)	0,774
Естественные роды	53 (86,9)	62 (87,3)	0,830
Кесарево сечение	8 (13,1)	9 (12,7)	0,830
Масса новорожденного при рождении, г	$3254,51 \pm 374,2$	$3578,60 \pm 419,8$	0,031

Баллы по подшкале ЭШПД перед выпиской, ангедонии, тревожности и депрессии, собранные на второй день после родов для группы исследования COVID-19 и контрольной группы, показаны в таблице 2. Средние баллы ЭШПД были значительно выше в исследуемой группе COVID-19 по сравнению с контрольной группой ($8,5 \pm 4,6$ против $6,34 \pm 4,1$; $P < 0,001$). Процент женщин из группы высокого риска, имеющих общий балл ЭШПД выше 12, также был значительно выше в группе COVID-19 по сравнению с контрольной группой (28,6% против 11,9%; $P = 0,006$).

Таблица 2. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии, баллы по подшкалам ангедонии, тревожности и депрессии среди обследуемых групп

Шкала	Основная группа	Контрольная группа	Значение P
Общий балл ЭШПД	$8,5 \pm 4,6$	$6,34 \pm 4,1$	$<0,001$
Подшкальный анализ ЭШПД			
Ангедония	$0,60 \pm 0,61$	$0,19 \pm 0,36$	$<0,001$
Тревога	$1,28 \pm 0,61$	$1,14 \pm 0,73$	0,141
Депрессия	$0,58 \pm 0,54$	$0,35 \pm 0,45$	0,001
Глобальный рейтинг ЭШПД > 12	26 (28,6)	12 (11,9)	0,006

Анализ подшкалы ЭШПД показал, что средние баллы для ангедонии, тревоги и депрессии были выше в основной группе по сравнению с контрольной группой, хотя различия были значительными только для ангедонии ($0,60 \pm 0,61$ против $0,19 \pm 0,36$; $P < 0,001$) и депрессия ($0,58 \pm 0,54$ против $0,35 \pm 0,45$; $P = 0,001$).

Обсуждение. Настоящее исследование показало, что женщины, рожающие в период карантинных мер по COVID-19, в период с 3 апреля по 11 июня 2020 г., показали более высокие баллы ЭШПД по сравнению с контрольной группой матерей, родивших в период за тот же период предыдущего года. Кроме того, почти 30% рожениц в группе COVID-19 имели общий балл ЭШПД выше 12, что может привести к более высокому риску послеродовой депрессии. Анализ трех подшкал ЭШПД выявил значительно более высокие баллы по ангедонии и депрессии в основной группе, выделив дополнительные полезные критерии в рамках ЭШПД, которые могут позволить лучше понять спектр различных негативных психологических проблем, которые может вызвать пандемия COVID-19. среди беременных и рожениц.

Результаты исследования показывают, что послеродовые психологические реакции во время пандемии COVID-19 могут быть опосредованы симптомами ЭШПД, которые достаточно серьезны, чтобы предсказать более высокий риск послеродовой депрессии. Следовательно, во время пандемии COVID-19 беременные женщины и роженицы, являются уязвимой группой высокого риска, за которыми необходимо тщательно следить, чтобы минимизировать послеродовую психическую дисфункцию. Чтобы предотвратить ухудшение психологического здоровья рожениц, которое усугубляется социальным сдерживанием, медицинское и психиатрическое вмешательство должно быть выполнено немедленно [9, 11, 12].

Эти данные могут иметь некоторое клиническое значение. Беременность может быть тяжелым временем для многих будущих мам [14, 15]; однако кризис COVID - 19 добавляет новый уровень беспокойства по поводу того, как пандемия повлияет на рождение их ребенка. Исследования показали довольно убедительные доказательства того, что воздействие различных факторов стресса во время беременности связано с повышенным риском появления симптомов послеродовой депрессии и эмоциональных проблем. Женщины в группе COVID-19 сообщали о различных негативных психологических эмоциях, таких как ангедония и депрессия, и имели более высокий риск послеродовой депрессии, о чем свидетельствует оценка ЭШПД выше 12 у каждой третьей матери [10, 12, 13]. Послеродовая депрессия - это результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов риска, все это может усилиться во время текущей пандемии COVID - 19 [12, 16]. Пандемия COVID-19 стала еще одним примером катастрофического события, которое может вызвать симптомы послеродовой депрессии [1, 5].

Выводы: Учитывая небольшой размер выборки, это исследование могло быть недостаточно мощным, чтобы продемонстрировать значительное влияние пандемии COVID-19 на массу тела новорожденного при рождении, который является необходимым для дальнейших исследований.

Таким образом, настоящее исследование вносит важный вклад в понимание воздействия естественного инфекционного бедствия на беременных женщин. Также результаты исследования показывают, что меры карантина и содержания в больницах, принятые в зоне распространения COVID-19, оказали сильное психоэмоциональное воздействие на рожавших женщин в этот период, о чем свидетельствуют повышенные показатели ЭШПД и баллы по субшкале депрессии в ближайшем послеродовом периоде. Опасения по поводу риска заражения COVID-19 в сочетании с карантинными мерами могут усугубить симптомы депрессии и отрицательно повлиять на мысли, эмоции и функционирование рожениц.

Литература:

- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. Рекомендации CARE: разработка рекомендаций по составлению клинических случаев на основе консенсуса. *Glob Adv Health Med.* 2013; 2: 38–43.
- Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Tosheva I.I., Kurbanova Z.Sh, Navruzova N.O. "Clinical manifestations of COVID-19 coronavirus infection in pregnant women, measures for pregnancy and childbirth" Methodical recommendation 2020
- Ikhtiyarova, G.A., Dustova, N.K., Khasanova, M.A., Suleymanova, G.S., Davlatov, S.S. Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus covid-19 // *International Journal of Pharmaceutical Research*, 2021, 13(1), стр. 1935–1942
- Ikhtiyarova, G.A., Tosheva, I.I., Aslonova, M.J., Dustova, N.K. Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies // *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 2020, 7(7), стр. 530–535
- Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020.
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020.
- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond Engl.* 2020;395:1054–62.
- Ахмедов Ф.К., Туксонова Д.И., Негматуллаева М.Н., Дустова Н.К. Сердечная и почечная гемодинамика у беременных с преэклампсией на фоне ожирения // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* Москва. – 2013 – №11 – С. 18–20.
- Брюэр Дж., Оуэнс М.Ю., Уоллес К., Ривз А.А., Моррис П., Хан М. и др. Синдром задней обратимой энцефалопатии у 46 из 47 больных эклампсией. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208: 468.e1–6.
- Генеральная ассамблея Всемирной медицинской ассоциации. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации: этические принципы медицинских исследований с участием людей. *J Am Coll Dent.* 2014; 81: 14–8.
- Дустова Н.К. Гипертоническая болезнь и беременность // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.* 2014. Т.2. С. 86.

12. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 129.
13. Ихтиярова Г.А. Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация: Монография// Бухара. "Дурдона - 2015". - 155 с.
14. Ихтиярова Г.А. Оптимизация диагностики и методы прерывания беременности в различные сроки гестации у женщин с антенатальной гибелью плода: Монография// Бухара. "Дурдона - 2015". - 155 с.
15. Ихтиярова Г.А., Хайбуллина З.Р., Сулейманова Г.Г. Исследование эффектов сверхмалых доз антиоксидантов на липидный компонент клеток мозга при экспериментальной перинатальной гипоксии// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2019. - №3 - 4. - С. 4 - 7.
16. Ихтиярова Г.А., Хайбуллина З.Р., Сулейманова Г.Г. Молекулярные механизмы действия антиоксидантов на липидный компонент клеток мозга при экспериментальной внутриутробной гипоксии плода// Инфекция, иммунитет и фармакология научно - практический журнал. - 2019. - № 5. - С. 280 - 283.

ПРОБЛЕМЫ ПОЗДНИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ

Ихтиярова Г.А., Орипова Ш.А., Насритдинова Ш.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. В последние годы в Республике Узбекистан уровень материнской смертности намного снизился. Во всем мире за последние 25 лет ее уровень снизился на 44%. В нашей Республике показатель материнской смертности за 2016 г. практически сравнялся с мировым уровнем и составил 10,7 на 100 тыс. живорожденных (по данным Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан за 2016 гг.). Сегодня кровотечения остаются одной из наиболее частых причин гибели рожениц и родильниц [2, 4, 6] - стоят на 2-м месте, уступая лишь соматической патологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 г. в мире от акушерских кровотечений умерло более 30 тыс. женщин, что, несомненно, является трагедией современного акушерства.

Со снижением смертности однако, возрастает риск увеличения числа заболеваний после родовом периоде; алгоритм снижения частоты воспалительных осложнений и кровотечений во время родов и раннего послеродового периода хорошо освещен в литературе. Но проблема поздних послеродовых осложнений на сегодняшний день остается малоизученной и актуальной [1, 3, 4, 9]. Основными причинами развития поздних послеродовых кровотечений являются остатки частей плаценты в полости матки и гематометра, который приводят к нарушению сократительной способности матки с развитием ее субинволюции, воспалительной реакции эндометрия и, в последующем, маточного кровотечения на фоне прогрессирующей клинической картины послеродового эндометрита [2, 5, 7, 8].

Материал и методы. Исследование выполнено на базе кафедры акушерства и гинекологии в Бухарском городском родильном комплексе. Нами проведен ретроспективный анализ ведения и лечения 75 пациенток с осложнениями позднего послеродового периода с 2016 по 2019 г.

Результаты. Возраст больных варьировал от 19 до 40 лет, в среднем составлял 28,6±5,06 года. Среди обследованных было 49 (64,5%) женщин, родивших впервые и 26 (35,5%) - повторно. Акушерский анамнез показал, что у 14 (18,6%) пациенток родоразрешение было оперативным, у остальных 82,4% - самопроизвольные роды через естественные родовые пути. У 1 пациентки последовый период осложнился плотным прикреплением плаценты, что потребовало ручного отделения плаценты и выделения последа, у 3 возникло кровотечение в раннем послеродовом периоде. Таким образом, общее число внутриматочных вмешательств в раннем послеродовом периоде составило 4 (6,5%). Большинство пациенток (68%) были выписаны на 3-4-е сутки в удовлетворительном состоянии. Более поздняя выписка (5-7-е сутки - 32% пациенток) была связана с состоянием ребенка. Через 14±8,9 сут после родов у родильниц появились жалобы на боли в нижних отделах живота (45% больных), усиление кровяных выделений из половых путей (57,6%), повышение температуры тела и иные жалобы (34,3%), в связи с чем пациентки были госпитализированы в стационар. У 26 из 75 пациенток (40,8%) выполняли вакуум-аспирацию содержимого полости матки под внутривенным обезболиванием с обязательным ультразвуковым контролем. 6 (5,6%) из них в связи с обильным кровотечением операция была выполнена экстренно в 1-е сутки госпитализации (5 первородящих, 1 повторнородящая), 20 (35,5%) - в отсроченном порядке, на 2-е сутки от момента поступления после предварительной подготовки в виде антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии. Комплексная грамотно подобранная консервативная терапия с учетом объема кровопотери и ее восполнением в ряде случаев позволило избежать хирургического вмешательства.

Выводы. Проблема поздних послеродовых осложнений до настоящего момента остается крайне актуальной. Перспективная разработка современных алгоритмов лечения, основанных на знаниях патогенеза и на использовании новейших фармакологических и хирургических технологий.

Литература:

1. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Оценка эффективности новых методов лечения на модели травматического неспецифического вагинита (клинико - экспериментальное исследование)// Проблемы биологии и медицины. - 2020. - № 1.1 (117). - С. 116 - 118.
2. Адизова С.Р., Ихтиярова Г.А. Прогностическая ценность цитокинов у женщин при осложненных родах с преэклампсией// Тиббиётда янги кун. - 2019. - № 3(27). - С. 117 - 119.

3. Аюпова Ф.М., Ихтиярова Г.А., Негматова Г.М. Факторы риска перинатальных осложнений по данным ретроспективного анализа// Педиатрия. Ташкент. - 2019. - № 1. - С. 223 - 229.
4. Аюпова Ф.М., Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А. Патоморфологические изменения в системе мать - плацента - плод при антенатальной гибели плода// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2019. - № 3 - 4. - С. 8 - 13.
5. Дустова Н.К. Ведение пациенток с варикозным расширением вен малого таза и синдромом тазовых болей// XXI Всероссийский научный форум «Мать и дитя». - 2015. - С. 226 - 229.
6. Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А. Peculiarities of Pregnancy and Labor Peculiarities in patients with Varicose veins of the pelvis// International Journal of Bioscience and biotechnology. - 2019. - P. 92 - 97.
7. Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Прогностическая ценность цитокинов у женщин с варикозной болезнью при фето-плацентарной недостаточности// Доктор ахборотномаси. - 2019. - № 4. - С. 90 - 94.
8. Ихтиярова Г.А. Микроэлементозы у подростков и пути коррекции их дефицита// Тиббиётда янги кун. - 2020. - № 3(31). - С. 257 - 260.
9. Курбанова З.Ш. Изменение функции левого желудочка у беременных с преэклампсией// Международной научно - практической конференции «Современная медицина: традиции и инновации. - 2018. - С. 144 – 147.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА

Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Асророва Х.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан.

Рост уровня заболеваний репродуктивной системы среди молодежи является не только медицинской, но и социальной проблемой. Проблемы современного общества диктуют необходимость более углубленного внимания к состоянию подростков «сейчас» для укрепления репродуктивного потенциала в будущем. Здоровье детей и подростков стало предметом рассмотрения и содержания многих правовых документов, так как именно дети и подростки становятся одной из наиболее социально уязвимых групп населения. Аномалии матки и влагалища являются врожденными пороками, формирующимися в критические периоды внутриутробной жизни женщины, когда наиболее интенсивен процесс закладки и дифференцировки (органогенез) половых органов, т. е. с 5-6-й по 12-16-й недели беременности. Частота врожденных пороков развития матки и влагалища в общей популяции женщин составляет 4,3-6,7% [6]. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (СМРКХ) представляет собой нарушение внутриутробного развития мюллеровых протоков, приводящее к тотальной аплазии влагалища и матки, диагностируется у 1 из 4500-5000 новорожденных девочек [4,5]. Цервиковагинальная аплазия (полная аплазия влагалища и цервикального канала) – редкая патология, наблюдается примерно в 1 случае на 12500 новорожденных девочек [3,8]. Аплазия матки и влагалища относятся к числу часто встречающихся аномалий развития женских половых органов, характеризующихся разнообразием форм, клинической симптоматики и высоким процентом диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном уровне. Проблема диагностики и лечения аномалий развития внутренних половых органов у девочек остается актуальной. Подавляющее большинство подобных аномалий развития проявляются и диагностируются в подростковом и в более старшем возрасте. Имеются множество диагностических методов определения аномалий развития матки и влагалища, но несмотря на это диагностика больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера остается актуальной по нынешний день и является клинической проблемой с серьезными последствиями в ведении этих больных. Неправильная постановка диагноза ведет к неэффективности проводимой терапии, психосоциальной травме пациентов и их родных, необратимым нарушениям обменных процессов, что в свою очередь сказывается на дальнейшей судьбе пациентки. Затруднение ранней диагностики связано с недостаточно выясненными клиническими особенностями пороков влагалища, диагностическими ошибками в распознавании аномалии, трудностями ранней диагностики. Диагностика аплазии матки и влагалища представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера порока. Аплазия матки и влагалища сочетается с другими гинекологическими заболеваниями, в частности, с миомой матки, опухолевидными образованиями яичников, а также с эндометриозом. Причиной обращения к врачу больных с аплазией влагалища и матки является первичная аменорея. Высокая распространенность аменореи является важным аргументом в обосновании пристального изучения данной проблемы, которая занимает ведущее место в структуре гинекологических заболеваний подростков. Большинство обследуемых девушек имеют высокий уровень стресса, что свидетельствует о состоянии дезадаптации и психического дискомфорта. Диагностика аномалий матки и влагалища имеет значительные сложности, даже при использовании современных методов визуализации (УЗИ, магнитно-резонансная томография). У 24-34% больных с врожденными аномалиями репродуктивной системы диагноз неясен или некорректно сформулирован, что может привести к выполнению неадекватных хирургических вмешательств [1, 2].

В настоящее время отсутствует протокол ведения пациенток с аплазией влагалища и матки, что требует расширения научных изысканий с целью модернизации диагностики, лечения и повышения эффективности предоставляемой медицинской помощи у этой группы пациентов. Не угрожая жизни, эти поражения не позволяют женщине реализовать свою половую функцию и становятся источником тяжелейших переживаний. Ранняя хирургическая коррекция пороков развития половых органов является одним из основных условий правильного воспитания, становления психического статуса и последующей оптимальной половой и социальной адаптации индивидуума. На сегодняшний день современная медицина способна значительно улучшить жизнь женщины с данным синдромом, но для этого необходимо длительное

многоуровневое лечение. Терапия сводится к устранению дефекта посредством интимной пластики. В результате, пациентка может избавиться от психологических и физиологических проблем, наслаждаться жизнью и даже иметь детей с помощью суррогатной матери. Важно, что полное понимание и взаимодействие с пациентом - это основа оптимального результата лечения. Отмечено, что после терапии качество жизни пациенток улучшается. Восстанавливается уверенность в себе, но остается склонность к фобиям, тревогам, расстройствам пищевого поведения [4]. Лечение зависит от самодисциплины и усидчивости пациентки, ее мотивации и способности управлять физическим и психологическим напряжением. Общение в группе с подростками, страдающими тем же заболеванием, улучшает психологический результат. В связи с этим существует необходимость командного подхода и адекватной психосоциальной поддержки к ведению таких больных на протяжении всей жизни с решением проблемы репродукции [9,10]. В результате междисциплинарный командный подход с момента постановки диагноза и при последующем наблюдении поможет женщине справиться с многочисленными эмоциями, возникающими в течение жизни, с оптимальным переходом из детской гинекологии во взрослую [10].

Литература:

1. Адамян Л.В. [и др.] Аномалии развития женских половых органов: вопросы идентификации и классификации (обзор Литература) // Проблемы репродукции.- 2010.- №2.- С. 7-15.
2. Адамян Л.В. [и др.] Магнитно-резонансная томография в дифференциальной диагностике аномалий матки и влагалища // Проблемы репродукции.-2009.- № 5.- С.14-27.
3. Deffarges JV, Haddad B, Musset R, Paniel BJ/ Utero-vaginal anastomosis in women with uterine cervix atresia: long-term follow-up and reproductive performance. A study of 18 cases. Hum. Reprod. (2001) 16 (8): 1722-1725. doi: 10.1093/human Reprod/16.8.1722.
4. Heller-Boersma J.G., Schmidt U.H., Edmonds D.K. Psychological distress in women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, MRKH) // Psychosomatics. 2009. Vol. 50. P. 277-281.
5. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion Summary No. 728: Mullerian agenesis: diagnosis, management, and treatment // Obstet. Gynecol. 2018. Vol. 131, N 1. P. 196-197.
6. Chan Y, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton J, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. Hum Reprod Update. 2011;17(6):761-771. doi: 10.1093/humupd/17.6.761
7. Nakhal R.S., Creighton S.M. Management of vaginal agenesis // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2012. Vol. 25. P. 352-357.
8. M Faber. Marchant Congenital absence of the uterine cervix./ Am J Obstet Gynecol, 121 (1975), pp. 414-417.
9. Callens N., De Cuyper G., Wolffbuttel K.P., Beerendonk C.C.M. et al. Long-term psychosexual and anatomical outcome after vaginal dilation or vaginoplasty: a comparative study // J. Sex. Med. 2012. Vol. 9. P. 1842-1851.
10. McQuillan S.K., Grover S.R. Systematic review of sexual function and satisfaction following the management of vaginal agenesis // Int. Urogynecol. J. 2014. Vol. 25, N 10. P. 1313-1320.

СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВНЕ И ВОВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нигматова Г.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Репродуктивная функция является одним из основных интегральных показателей здоровья женщины, определяет качество жизни ее и потомства, а соответственно здоровья и качества жизни нации (2). В этой связи проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобрела особую значимость, вышла далеко за рамки медицинских аспектов и приобрела государственную значимость (3). Известно, что генеративная функция женщин в значительной степени зависит от наличия и характера воспалительных процессов репродуктивного тракта женщины. В последние годы наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а её представители становятся возбудителями целого ряда болезней (4,7). Дисбиоз влагалища нередко становится сложной проблемой, как для самих пациенток, так и для врачей, составляя категорию «трудных» больных. Вагинальная микрофлора, представляющая собой динамичную микрорекосистему, играет чрезвычайно важную роль в поддержании здоровья женщин на оптимальном уровне. Снижение уровня колонизационной резистентности влагалища связано прежде всего со значительным уменьшением количества лактобактерий и повышением условно-патогенных, как правило, полирезистентных к антибиотикам микроорганизмов. Эти изменения лежат в основе последующих патологических сдвигов в организме женщин (3,7).

По данным современной Литература, частота указанного патологического процесса в общей популяции составляет 5-65%, в амбулаторной гинекологической практике - 15-19%, в структуре воспалительных заболеваний половых органов – 12-42%, в работе дерматовенеролога – 24-37%. Среди беременных бактериальный вагиноз встречается у 10-30%; среди женщин, имеющих бесплодие – у 17-19%; среди пациенток с патологическими белями - у 60-90%. Вместе с тем, истинную частоту встречаемости бактериального вагиноза учесть невозможно, т.к. у 1/3 женщин это заболевание протекает бессимптомно (1,5,6,8).

Вагинальный микроценоз женщин репродуктивного возраста в норме состоит из постоянно обитающих и транзитных микроорганизмов. Постоянная микрофлора представлена обширной группой лактобактерий, а транзитная –

до 30 и более видов условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), среди них генитальные микоплазмы, гарднереллы, стрептококки, бактериоиды и др., но все они содержатся в очень низкой концентрации (7).

К сроку родов снижается уровень микробного обсеменения родовых путей при максимальном доминировании лактобацилл, и ребенок рождается в условиях преобладания кислотофильных бактерий, обеспечивающих колонизационную резистентность родового канала. В родах плод впервые сталкивается с материнской микрофлорой, которая колонизирует кожные покровы и слизистые оболочки ребенка (3,4,7). В зависимости от состава микрофлоры беременной женщины и функционального состояния фетоплацентарной системы происходит формирование микрофлоры новорожденного и становление его иммунной системы. В этой связи нормализация микрофлоры у беременных женщин является важнейшей задачей профилактики ante- и постнатальных инфекций.

Среди инфекционных заболеваний органов малого таза значительную долю занимают воспалительные процессы нижних отделов половой системы женщины. Наиболее часто встречаются три основные формы заболевания: неспецифический кольпит, бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз, общим для которых является наличие дисбиотических нарушений, создающих оптимальные условия для резкого увеличения УПМ (3,6,8).

На долю неспецифического кольпита приходится около 1/3 всех инфекционно-воспалительных процессов влагалища. Снижение местной иммунной реактивности и колонизационной резистентности влагалища способствует активизации условно-патогенных и патогенных микроорганизмов и развитию стойкого и продолжительного воспалительного процесса (6,8). Бактериальный вагиноз характеризуется резким снижением или отсутствием лактофлоры и заменой её на полимикробные ассоциации строгих анаэробов и гарднерелл, концентрации которых превышают нормы. За последние 10 лет число случаев вагинального кандидоза увеличилось почти вдвое и составляет 30-45% среди воспалительных заболеваний влагалища и вульвы (8).

Клиническое значение воспалительных заболеваний влагалища подтверждается тем, что они приводят не только к неприятным субъективным ощущениям, но и к инфицированию матки, придатков, брюшины, развитию послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Наличие кольпита во время беременности чревато рядом тяжелых осложнений, как во время беременности, так и в родах и в послеродовом периоде – выкидыши и преждевременные роды, хориоамнионит, хроническая плацентарная недостаточность, задержка развития внутриутробного плода, преждевременное излитие околоплодных вод, маточные кровотечения, послеродовые воспалительные осложнения и др.

По данным Литература, у 60% рожениц с послеоперационным эндометритом, особенно при наличии бактериального вагиноза во время беременности, выявлены одни и те же штаммы микроорганизмов из влагалища и полости матки.

Следует подчеркнуть, что на фоне вагинитов резко увеличивается риск заражения венерическими заболеваниями, а также происходит активация латентной вирусной инфекции, что приобретает особое значение во время беременности. Особое место занимают осложнения, связанные с общностью многих антигенов УПМ с тканевыми антигенами организма матери. В частности, УПМ вырабатывают фосфолипазы, аналогичные фосфолипазам амниального эпителия, которые являются биохимическими триггерами родовой деятельности. Поэтому, при восходящем инфицировании плода, когда бактерии проникают из влагалища в околоплодные воды и размножаются в них, в большом количестве накапливаются микробные фосфолипазы, которые запускают синтез простагландинов F2 и E2 из тканевых фосфолипидов амниального эпителия. Это приводит к развитию родовой деятельности при любом сроке беременности. Одновременно происходит внутриутробное заражение плода при аспирации и заглатывании им инфицированных околоплодных вод. Бактериальные фосфолипазы разрушают сурфактант легочной ткани плода и ребенок рождается с клиническими проявлениями респираторного дистресс-синдрома, генез которого связан не только с гипоксией, а отражает патогенетические этапы дисбиоза гениталий. Кроме того, заслуживает внимание тот факт, что при вагинитах микроорганизмы вырабатывают различные протеазы, разрушающие коллаген, который составляет каркас соединительной ткани и определяет прочность и эластичность плодных оболочек. Это лежит в основе высокой частоты преждевременного излития околоплодных вод при вагинальных инфекциях.

Вагиниты наиболее распространенные воспалительные заболевания гениталий и являются следствием инфицирования половых путей как анаэробными, так и анаэробными микроорганизмами. Частота смешанных инфекций высока и составляет более 60% всех вагинальных инфекций.

Целью лечения урогенитальных инфекций является задержка роста микроорганизмов, не свойственных обычному биоценозу и восстановление нормальной микрофлоры влагалища. Наличие смешанных форм инфекции может затруднить диагностику и лечение заболевания. В случае нераспознанной смешанной инфекции терапия может оказаться неадекватной, что приводит к возрастанию частоты рецидивов и реинфицирования.

Предпочтительно терапию проводить комбинированным препаратом, обладающим широким спектром антимикробного действия. Одним из таких поливалентных лекарственных средств является местный комбинированный препарат «МЕТОСТИЛ» (в его состав входят следующие компоненты: Метронидазол – 200мг, Клотримазол – 160 мг, Хлоргексидина ацетат – 8 мг), действие которого обусловлено входящими в его состав компонентами. Он оказывает антибактериальное (высоко эффективен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, облигатных анаэробов, некоторых простейших, грамотрицательных грамположительной микроорганизмов) и противогрибковое действие.

Нами были изучены клиническая и микробиологическая эффективность, и безопасность применения препарата «МЕТОСТИЛ» в лечении кольпитов у 65 женщин вне беременности и 60 беременных во II и III триместрах. «Метостил» назначали по 1 вагинальной свече 1 раз вечером перед сном в течение 7 дней.

Наблюдение за женщинами, применявшими «Метостил» при беременности, показало хорошую переносимость препарата. У обследованных женщин с бактериальными кольпитами уже через 3 - 4 дня от начала лечения отмечено улучшение самочувствия, исчезли жалобы на зуд, выделения из половых путей, объективно уменьшились гиперемия и отек слизистой влагалища, бели стали менее обильными. К 7-му дню лечения у всех женщин было отмечено купирование симптомов кольпита. Положительная динамика в лечении была подтверждена микроскопически, а также результатами бактериологического посева выделений. После 3-4-х дней от начала лечения у беременных женщин при исследовании влагалищных мазков, отмечено уменьшение количества лейкоцитов до 6-18 в поле зрения, флора была скудной, но оставался в большом количестве слущенный эпителий, дрожжеподобные грибы не обнаружены у 40% беременных, количество колоний условно-патогенной флоры уменьшилось у 57,6%. На 10-й день после лечения вагинальный микробиоценоз восстанавливался у всех обследованных женщин.

Во влагалищных мазках небеременных женщин, взятых на 10-й день от начала лечения, количество лейкоцитов нормализовалось, бакпосевы в 70% были «чистыми», 26,7% был обнаружен эпидермальный стафилококк.

Следует отметить, что после самопроизвольных родов инфекционных осложнений ни у родильниц, ни у новорожденных отмечено не было.

Результаты наших исследований свидетельствуют, что «Метостил» является высокоэффективным препаратом при лечении кольпитов различной этиологии. В связи с этим в акушерско-гинекологической практике «Метостил» в качестве профилактики также можно использовать: в предоперационной подготовке при гинекологических операциях; до и после диатермокоагуляции шейки матки; перед внутриматочными диагностическими процедурами; перед родами и абортом; до и после вставления внутриматочных спиралей; перед гистеросальпингографией.

Всё вышеуказанное позволяет рекомендовать применение препарата «Метостил» для эффективного лечения любой вагинальной инфекции, а также для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде.

Литература:

1. Анкирская А. С., Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р., Муравьева В. В. Бактериальный вагиноз - особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский Медицинский Журнал. – 2004.
2. Белькова Ю.А. Инфекции, передающиеся половым путем, при беременности; влияние на исход, возможности профилактики и лечения // Фарматека. 2006. №14
3. Орлова В. С., Набережнев Ю. И. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - № 4. - С. 36-39.
4. Сидорова И. С. Боровкова Е. И. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста // Практическая медицина. - М., 2007.
5. Спиридонова Н. В., Махлина Е. А., Шляпников М. Е. Оптимизация терапии вагинальных дисбиозов // Лечащий врач. – 2008. - №10.
6. Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г. Бактериальный вагиноз. Оптимизация лечения бактериального вагиноза // Гинекология. – 2005. - №7.
7. Уварова Е. В., Султанова Ф. Ш. Влагалище как микрэкосистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии // Гинекология. – 2002. - №4.
8. Шелковая Н. Г. Микробиологические аспекты вагинального кандидоза // Гинекология. - 2007. - №22. – С. 53-56.

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ

Нигматова Г.М., Кочиева А., Уматалиева Н.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Гистерэктомия (ГЭ), проведенная в репродуктивном возрасте, приводит к снижению всех параметров качества жизни и способствует развитию психоэмоциональных, вегето-невротических, сексуальных, гормональных расстройств, снижению социальной адаптации. Кроме медицинских аспектов обследуемая проблема имеет социальную значимость, так как нарушается психо-социальная адаптация в семейной, профессиональной и интеллектуальной сферах жизни женщины (1,4,5).

Социальные последствия ГЭ связаны с нарушением психоэмоционального состояния пациенток после проведенной операции, и проявляются в нарушении межличностных контактов и социальных связей, изменении взаимоотношений с родственниками и друзьями. Психоэмоциональные последствия ГЭ связаны с переживаниями женщины вследствие удаления органа, олицетворяющего собой, по ее мнению, женственность, сексуальность и с влиянием изменившегося гормонального профиля, в основном, возникшего дефицита эстрогенов, иногда и андрогенов, на ЦНС, приводящие к развитию депрессии и нарушению сексуальной функции

В последние годы изучение качества жизни (КЖ) все чаще становится предметом клинических исследований в силу более адекватной оценки состояния здоровья пациентов и эффективности применяемых методов лечения с помощью разработанных опросников (2,3).

Целью нашего исследования: поиск мер по улучшению качества жизни женщин репродуктивного возраста после хирургической менопаузы

Нами проводились исследования у 60 пациенток с ампутацией матки в позднем репродуктивном возрасте, деленные на две группы: 1-я (основная) - в реабилитацию организма включен трансдермальный эстрогенсодержащий пре-

парат «Лензетто», 2-я (группа сравнения) – в комплекс реабилитационных мер включены фитостероиды. Оценка качества жизни пациенток проводилась на основании опроса. Вопросы анкеты включали показатели работы вегетативной нервной системы, качества сна, наличие и выраженность депрессивных состояний в период 6 мес. после лечения. Для оценки эмоциональной сферы были предложены анкеты Вейна: САН (самочувствие - активность-настроение), тест Бека (наличие и степень депрессивного состояния), анкета субъективных характеристик сна. Анализ качества жизни проводился на основании тестирования пациенток в течении 6 мес. Анкета патологии вегетативной нервной системы САН позволяет оценить удовлетворенность от проведенного лечения. Оцениваются показатели: самочувствие – активность – настроение в баллах: минимальное количество баллов - 10, максимальное – 70. Через 6 месяцев после лечения: показатели САН в 1-й группе: самочувствие – 62,4±2,5 балла, активность - 64,1±2,1 балла, настроение – 62,2±1,4 балла, во 2-й группе - соответственно 47,3±3,2, 50,6±2,1 и 48,7±3,1 балла. Наличие и степень депрессивного состояния оценивалась по тесту Бека. Констатировалась наличие депрессивного состояния при количестве 10 баллов и выше, легкая степень – от 10 до 15, средняя – от 16 до 19 баллов. Среди больных 1-й группы после операции менее 10 баллов отмечено у 15 (50%) женщин, от 10 до 15 баллов – у 11 (36,6%), от 16 до 19 баллов – 4 (13,3%), Среди пациенток 2-й группы после операции менее 10 баллов отмечено у 21 (70,0%) женщин, от 10 до 15 баллов – у 6 (20,0%), от 16 до 19 баллов – 3 (10,0%). Использование традиционных лечебно-реабилитационных мер с включением фитопрепаратов улучшает показатели качества жизни женщин после операции на 16,5%. Применение «Лензетто» в реабилитационной терапии позволяет увеличить данный показатель до 73,4%. Состояние значительного нервного напряжения наблюдалось в обеих группах, так эти показатели в первой и во второй группах составили 2,23±0,5 и 2,57±0,5 балла, соответственно. У пациентов группы сравнения раздражительность нередко трансформировалось в состояние депрессии до такой степени, что, несмотря на все усилия, ничто не могло взбодрить пациентку. Показатели данного параметра были следующие: 3,26±0,5 у второй и 2,05±0,32 у первой группы, $p < 0,05$. Женщины второй группы, более чем в первой чувствовали себя упавшими духом и печальными (балльная оценка составила соответственно 2,96±0,32 и 1,71±0,3, $p < 0,05$). Показатели счастья у респондентов первой и второй группы были сходными (1,1±0,41 балла, $p > 0,05$). Показатели шкал самовосприятия после проведения предложенной нами реабилитационной терапии значительно изменились: визуальное восприятие внешнего вида и кожи нормализуется (1,8±0,34); снижаются показатели неуверенности по отношению к себе (1,57±0,32 балла) и изменения во внешности мало стало раздражать (1,75±0,34); становятся менее выраженными моральные страдания (1,3±0,23), уменьшается уровень беспокойства и раздражительности о том, что думают о ней другие (1,6±0,39). Результаты показали, что суммарный балл до проведения нами предложенной реабилитационных мер и после терапии изменился от 2,4±0,12 до 1,60±0,19 балла. В шкалах депрессии показатели отдельных параметров до и после проведения программы реабилитационных мероприятий стали гораздо лучше. Чувство ярко выраженного нервного напряжения наблюдалось у большинства женщин до начала терапии - 2,38±0,18, печали, упадка духа - 2,98±0,23, ощущение безысходной подавленности составило 3,45±0,25, ощущение умиротворения и спокойствия и было редким - 3,85±0,19, так же, как и ощущение счастья - 1,14±0,25. Нервное напряжение по завершении лечебной программы снижалось (2,12±0,23), чувство подавленности и печали (1,57±0,42 и 1,2±0,23 баллов соответственно). После проведенной нами реабилитационной терапии пациентки больше стали чувствовать себя умиротворенными и спокойными, показатели составили 2,09±0,23 балла, частота чувства счастья составила – 2,12±0,23 (против 1,14±0,25 до начала лечения программы терапии изменился от 2,4±0,12 до 1,60±0,19 балла).

Анализ качества сна проводился по анкете большой оценки субъективных характеристик сна (время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, сновидения, качества сна, качества пробуждения). По этой анкете нормой считаются показатели от 20 до 30 баллов. Показатели менее 20 баллов характеризуют различные виды нарушений сна. В 2-й группе больных этот показатель составил соответственно 24,2±1,1 и 27,1±1,5 балла, в 1-й группе – 19,6±0,9 и 20,4±0,9 балла.

Таким образом, из представленных данных по изучению качества жизни пациенток после ампутации матки следует отметить, что изменения вегетативной нервной системы, показатели наличия и выраженности депрессивных состояний и качества сна значительно меньше и быстрее восстанавливаются у пациенток в комплекс реабилитационных мер с включением «Лензетто», чем у пациенток с использованием фитостероидов.

Достижение максимальной эффективности лечения и реабилитации больных после ампутации матки в репродуктивном периоде, сохранение их высокой трудоспособности, участия в социальной жизни возможно на основе оценки качества жизни индивида и подборе индивидуальных лечебных программ, включающих в себя не только традиционную фармакотерапию, но и современные технологии общения и создания партнерства «врач-пациент».

Литература:

1. Афанасьева, Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е. В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2014. – № 1. – С. 19
2. Гурьева, М. Э. Проблема качества жизни в медицине / Гурьева М. Э., Л. Д. Карданова. – Нальчик: Эль-Фа, 2015. – 20 с.
3. Доброхотова Ю.Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции) // Автореф. дис...д-ра. мед. наук. - М., 2000. -40с.
4. Долецкая, Д.В. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения // Акушерство и гинекология. – 2006. – № – С. 10–13.
5. Евсеенко Д.А. Роль качество жизни в оказание медицинской помощи/ Евсеенко Д.А., Цирюльников Н.И., Поздняков И.М // Акуш. и гин. - 2014. - №3. - С.26.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ, СВЯЗАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Нигматшаева А.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, профилактика и лечение заболеваний, являющихся причиной репродуктивных потерь [16,29,28]. Установлено, что к моменту желанной беременности большинство женщин имеют различные гинекологические заболевания – эндометрит 80-90% [7], эндометриоз – 10%, бесплодие – 10% [15,3]. Это и приводит к потере беременности на разных сроках. Эндометрит является причиной в двух из трех выкидышей, установлена связь ХЭ с привычной потерей беременности [19].

Определено, что в развитии хронического воспалительного процесса в эндометрии участвуют патогенные микроорганизмы с одной стороны и связанный с этим дисбаланс гормональной и иммунной системы – с другой [9]. До 78,1% пациенток с бесплодием имеют ХЭ [14]. По причине хронического эндометрита наблюдается до 83% неразвивающихся беременностей. По словам проф. В.Е.Радзинского «Диагноз эндометрит надо ставить во всех случаях неразвивающейся беременности, т.к. вросшие ворсины хориона, некротизируясь, вызывают воспаление. Хроническое воспаление эндометрия – неизбежный результат внутриматочной гибели эмбриона» [3]. У пациенток с самопроизвольными абортами в анамнезе хронический эндометрит диагностируется в 64% случаев. Вслучае, если потеря беременности происходит на фоне диагностированного воспалительного процесса, в 67,7% случаев при бактериологическом исследовании высевается условно-патогенная микрофлора. Патологические изменения ткани эндометрия, связанные с воспалительными процессами, в большинстве случаев приводят не только к бесплодию, невынашиванию беременности, синдрому потери плода, но даже к неудачам в программах ВРТ [12,25,26].

Имеются исследования, доказавшие, что иммунологические изменения в эндометрии пациенток с ХЭ, изменения клеточного состава эндометрия, лимфоцитарная инфльтрация и повышенное содержание иммуноглобулинов IgM, IgG могут быть причиной невынашивания беременности [23]. Нет сомнения, что воспалительные заболевания приводят к формированию вторичных иммунодефицитных состояний. Известно, что инфекционные агенты влияют не только на общую систему иммунитета, но и могут вызывать изменения в местном иммунитете, что проявляется увеличением количества Т-лимфоцитов, макрофагов, преобладанием Т-клеточного иммунитета, увеличением IgM, IgG, IgA. Все это тоже способствует отторжению эмбриона, т.е. невынашиванию беременности. Если принять во внимание, что основная функция иммунной системы – распознать и элиминировать чужеродные антигены, то становится понятным неадекватный ответ организма женщины с ХЭ на наступление беременности, что приводит к нарушению репродуктивной функции, которое проявляется либо бесплодием, либо невынашиванием беременности [4,11].

Для невынашивания беременности по причине нарушения иммунной системы при ХЭ выделяют 3 основных механизма: 1) увеличение активности uNK-клеток и макрофагов, что приводит к их атаке на трофобласты; 2) прямое влияние цитокинов на трофобласт; 3) влияние цитокинов на сосуды, что приводит к уменьшению кровоснабжения эндометрия [20]. Влиянием цитокинов Th1 объясняется нарушение репродуктивной функции женщин с ХЭ за счет нарушения микроциркуляции в эндометрии, депонирования фибрина и активации полиморфноядерных лейкоцитов [27].

Известно, что в патогенезе хронических воспалительных заболеваний половой системы у женщин основная роль принадлежит эндогенной интоксикации. Причиной этой интоксикации являются патогенные микроорганизмы. Токсины микроорганизмов нарушают микроциркуляцию, снижают факторы неспецифической защиты организма, что приводит к гипоксии и ишемии тканей, активации макрофагов, т.е. запускается процесс перекисного окисления липидов и повреждения мембраны клеток. А постоянное воздействие на систему иммунитета приводит к ее перегрузке и развитию аутоиммунных реакций [5,2]. Конечно, очень важно учитывать и значение местного иммунитета при ХЭ. Провоспалительные и регуляторные цитокины, факторы роста, молекулы адгезии, регуляторы апоптоза – все это сказывается на репродуктивной функции женщин, страдающих ХЭ [5]. Иммуноглобулины классов IgA, IgM, IgG, обнаруженные в секрете из полости матки, в 100 раз превышают показатели этих иммуноглобулинов у здоровых женщин и в 3 раза – у женщин с острым эндометритом [8]. Этим объясняются нарушения функции репродуктивной системы у пациенток с ХЭ. Чувствительность теста на определение иммуноглобулинов в эндометриальном содержимом составляет 86,3-87,5% [8,21].

Уже ни у кого не вызывает сомнения факт, что ХЭ – это прежде всего патоморфологический диагноз, который выставляется на основании присутствия воспалительных клеток в нормальной сосудистой архитектонике. При этом воспаление может быть ограничено поверхностным эпителием или проникать глубоко, воспалительные клетки могут быть плазмодитами, нейтрофилами или лимфоцитами [24]. Неполная перестройка спиральных артерий матки при ХЭ, приводящая к нарушению кровоснабжения, клинически проявляется гибелью эмбриона или плода, прерыванием беременности в ранних сроках [13]. Доказано, что гистологическое подтверждение ХЭ зависит от фазы менструального цикла, когда произведена биопсия. Если взятие биопсийного материала происходит впервые 3 недели менструального цикла – частота выявляемости ХЭ составляет до 80%, против 20%, если это сделано накануне менструации [22]. Морфологически ХЭ можно разделить на три вида: 1) атрофический (атрофия желез, склероз стромы, инфильтрация лимфоидными элементами); 2) кистозный (фиброзная ткань сдавливает протоки желез, в результате образуются кисты); 3) гипертрофический (гиперплазия слизистой оболочки за счет воспаления) [17].

Не вызывает сомнения отрицательное воздействие медиаторов воспаления на сосудистую стенку, свертываемость крови, агрегацию тромбоцитов, фибринолиз. Эти изменения связаны с утолщением базальной мембраны мелких сосудов и их облитерацией, что приводит к гипоксии, ишемии, некрозу и нарушению функции органа [1].

Известно, что одной из основных причин развития воспалительных заболеваний органов малого таза (или обострения уже существующих) является аборт. Аборт в настоящее время является одной из наиболее частых операций

в акушерстве и гинекологии. Установлено, что около 10-15% (по некоторым данным до 27%) женщин имеют различные гинекологические заболевания, нарушения менструальной и репродуктивной функции после искусственного прерывания беременности [6, 18]. При этом у половины из них обостряются воспалительные заболевания женской половой системы. Установлена роль местного иммунитета в развитии послеабортных воспалительных заболеваний – при снижении sIgA ниже 0,083 г/л воспалительные заболевания органов малого таза развиваются в 84% случаев [10].

В нашей стране за последние годы происходит увеличение частоты как искусственного, так и самопроизвольного прерывания беременности. Так, за период 2017-2019 годы по данным министерства здравоохранения республики Узбекистан структура аборт в стране такова: в 2017 году частота самопроизвольных аборт была 15524 (64,4%), артифициальных 4487 (18,6%), аборт по медицинским показаниям – 4079 (16,9%). В 2018 году распределение частоты различных прерываний беременности составило 14190 (60,8%), 4360 (18,7%), 4784 (20,5%) соответственно. И в 2019 году мы имели почти такие же цифры: 15358 (63,6%), 4025 (16,7%), 4767 (19,7%) соответственно. Особое значение увеличение частоты прерываний беременности в Узбекистане имеет в связи с особенностями репродуктивного поведения узбекских женщин: раннее замужество, желание иметь более одного ребенка, использование аборт в качестве основного «контрацептива», увеличение количества соматических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, широкое использование внутриматочных контрацептивов.

Литература:

1. Алиева А.В., Роль исследования системы гемостаза в дифференциальной диагностике аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста, автореф. Дисс... к.м.н., 2003.
2. Воробьев А.А. Иммунология и аллергология (цветной атлас): учебное пособие для студентов медицинских вузов // Практическая медицина. – М., 2006. – С. 288.
3. Выступление акад. РАН Л.В. Адамян 19 января 2018 г., Москва и член-корр. РАН В.Е. Радзинского 11 февраля 2018 г., Санкт-Петербург.
4. Газазян М.Г., Хуцишвили О.С., Иванова Т.С., Лулева И.С. Возможности улучшения диагностики хронического эндометрита. // Журнал акушерства и женских болезней-2004.- вып. №3, С.38-42.
5. Зиновьев А.С., Кононов А.В. Эпителиальный барьер слизистых оболочек в динамике хронического воспаления // Арх. патологии. - Вып. 6.- с. 32-37.
6. Кузмин, А.А. Аборт и его осложнения. Контрацепция после аборт [Текст] / А.А. Кузмин // Контрацепция и здоровье женщины. - 2000.- № 2. - С. 31-39.
7. Кулаков В.И., 2006, Серебренникова К.Г., Мирзоян Ж.В., 2008, Шуршалина, А.В., 2007, Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, 2007, Andrist, L.C., Arias, R.D., Nucatola, D., 2009 Осложнения при абрте [Текст]: Руководство по техн. и упр. Аспектам предупреждения и лечения; Пер. с англ. / ВОЗ. - М.: Медицина, 1995.-183 с.
8. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Руководство по озонотерапии. - Н.-Новгород, 2005. - 269с.
9. Медведев Б. И., Казачкова Э.А., Казачков Е. П. Особенности местного иммунитета при ассоциированных заболеваниях органов таза //ЖМЭИ. - 2 0 0 0. - № 2. - С. 89-92.
10. Морозов К.В., Медицинские аспекты современных технологий безопасного аборт. Автореферат дисс... канд.мед.наук, Н.Новгород, 2009.
11. Олейник В.Ю., Лалоян Р.С. Повторные потери беременности при хроническом эндометрите//Молодой ученый №22 (126), ноябрь 2016.
12. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика: Учебное пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 336 с.
13. Побединская О.С., автореф. Дисс... к.м.н., 2011.
14. Прилепская В. Н., Можевитинова Е.А.; Прилепская В. Н., Можевитинова Е. А. Пременопауза и контрацепция / Гинекология. - 2002. - Т.4, N 5. - С.216-217.
15. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Манухин И.Б., Радзинский В.Е..- Гинекология: национальное руководство 2-е изд., перераб. и дополн.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017.-1048 с.
- 16.Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В. Е.. - Акушерство: национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.
17. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности-М.: Триада-Х, 2000 С.52-70.
18. Ashok, P.W. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases [Text] Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachi P.T. //Br. J. Obstet. Gynecol. -2002. -Vol. 109.-P. 1281-1289.
19. Badawy A.M., Gharib E.E., Zalata K. Should endometrial biopsy be a routine investigation for reccurent early-pregnancy loss. Gynecological Endoscopy 2002, 11, 397-399.
20. Badawy A.M., Gharib E.E., Zalata K. Should endometrial biopsy be a routine investigation for reccurent early-pregnancy loss. Gynecological Endoscopy 2002, 11, 397-399.
21. Chernesky M, Luinstra K, Sellors J, Schachter J, Moncada J, Caul O, Paul I, Mikaelian L, Toye B, Paavonen J, Mahony J. Can serology diagnose upper genital tract Chlamydia trachomatis infections. Studies on women with pelvic pain, with or without chlamydial plasmid DNA in endometrial biopsy tissue. Sex Transm Dis. 2008 Jan; 25(1):14-9.
22. Eckert LO, Thwin SS, Hillier SL, Kiviat NB, Eschenbach DA. The antimicrobial treatment of subacute endometritis: a proof of concept study. Am J Obstet Gynecol. 2004 Feb; 190(2):305-13.
23. Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. Clin Infect Dis. 2004 Oct 1; 39(7):990-5. Epub 2004 Sep 02.

24. Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. Clin Infect Dis. 2004 Oct 1; 39(7):990-5. Epub 2004 Sep 02.
25. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, et al. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1503-9.
26. Hillier SL, Kiviat NB, Hawes SE, Hasselquist MB, Hanssen PW, Eschenbach DA, Holmes KK. Role of bacterial vaginosis-associated microorganisms in endometritis. Am J Obstet Gynecol. 1996 Aug; 175(2):435-41.
27. Korn A.P., Hessel N.A., Padian N.S., Bolan G.A., Donegan E., Landers D.V. et al. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical Neisseria gonorrhoea, cervical Chlamydia trachomatis, or bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178:987-90.
28. Macklon NS, Geraedts JP, Fauser BC. Conception to ongoing pregnancy: the 'black box' of early pregnancy loss. Hum Reprod Update 2002; 8(4):333–343.
29. Mentula M.J., Niinimäki M., Suhonen S. et al. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:2:1.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ

Ортикова Н.Х., Норбутаев А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Доказана потребность в оказании стоматологической помощи беременным при кариесе и ее особенности.

Материалы и методы. Обследовано 25 беременных с физиологическим и патологическим течением беременности. Из них у 20 (80 %) женщин отмечалась физиологическое, у 5 (20 %) было установлено патологическое течение беременности. Всем беременным проведен стоматологический осмотр полости рта с определением количества кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов. Проведено исследование рН слюны, микробиологическое исследование содержимого полости рта, ультразвуковое исследование состояния плода и плаценты, кардиотокографическое исследование сердечной деятельности плода до и после оказания стоматологической помощи. В динамике исследования был изучен биофизический профиль плода по шкале А.М. Vinizellos и соавт. (1983) с оценкой показателей нестрессового теста двигательной активности, дыхательной активности, тонуса плода, объема околоплодных вод и расположение плаценты (по данным УЗИ). При наличии 12–10 баллов состояние плода было нормальным;

- 9–8 баллов – удовлетворительным;
- 7–6 баллов – пограничным;
- 5–4 баллов – неудовлетворительным;
- менее 4 баллов – критическим.

Результаты. Потребность в стоматологической помощи при беременности обусловлена необходимостью в формировании беременной о факторах риска возникновения и прогрессирования стоматологической патологии и необходимостью в предварительной санации полости рта до начала беременности в целях сохранения здоровья будущей матери и тем самым создания наиболее благоприятных условий для развития плода. Оказание стоматологической помощи беременным включает необходимость знания особенностей течения беременности, соблюдения показаний и противопоказаний при оказании стоматологической помощи в лечении кариеса, проведения стоматологической помощи с учетом состояния плода и сократительной активности матки, назначение спазмолитиков и успокаивающих препаратов. Полоскание полости рта антисептическим раствором с ранних сроков беременности, обязательная ежедневная чистка зубов с помощью зубной щетки является обязательным для беременных.

Соблюдение данных принципов позволит сохранить здоровье беременной и рождение доношенного и здорового плода.

Беременные пациентки на стоматологическом приеме составляют особую группу риска, что связано с определенными физиологическими перестройками, происходящими в организме женщины. В это время происходит активный прирост стоматологических заболеваний и обострение ранее имевшихся хронических инфекций – как общесоматических, так и в полости рта. Как видно из краткого обзора исследований последних десятилетий, необходимость в обращении беременных женщин за стоматологической помощью достаточно велика. Так, потребность в терапевтической помощи возникает у 94,7 %, в ортопедической – у 56,1 % беременных женщин, экстренные хирургические вмешательства выполняются у 2,2 % от общего числа беременных [14]. Поддержание стоматологического здоровья беременной женщины и оказание адекватной стоматологической помощи играет важную роль в физиологическом течении беременности и нормальном развитии плода [7].

По данным многих научных исследований, период беременности нейрогормональные изменения, связанные с процессом гестации, существенно активизируют развитие кариеса [1,3]. Известно, что кариес является полиэтиологическим процессом. Он существенно связан с разрушением кристаллов кальция гидроксиапатита в тканях зуба [2,11].

Весь период беременности делят на три триместра. Первый триместр – от зачатия до 12-й недели. К девятой неделе формируются голова плода. Второй триместр – от 12-й до 24-й недели. В конце 16-й недели беременности полностью формируется плацента, определяется пол плода. И третий триместр – от 24-й до 40-й недели беременности [4].

По данным Литература, оказание стоматологической помощи во время беременности должно охватывать все trimestры беременности. Оказание стоматологической помощи включает обязательные санации полости рта, ревизию кариозных полостей, выявление количества кариозных зубов и заболеваний парадонта. При проведении лечебно-профилактических мероприятий у беременной должны учитываться кариесогенная ситуация в полости рта (активность кариеса зубов), общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. В частности, следует обращать внимание на неудовлетворительную гигиену полости рта, пломбы, не восстанавливающие анатомию и функцию зуба (нависающие края пломб, нарушенное краевое прилегание, отсутствие контактных пунктов между зубами), тесное положение зубов в зубном ряду, нерациональные ортопедические и ортодонтические конструкции, хронические соматические заболевания [15]. Увеличение количества зубов, пораженных кариесом, происходит чаще всего во второй половине беременности. Основную роль при этом играют нейрогуморальные сдвиги в организме женщины, которые обуславливают возникновение токсикозов. Кариес, возникший до беременности, протекает во время беременности обычно хронически. И только при токсикозе его течение обостряется. Характерной особенностью является быстрый переход кариозного процесса из одной стадии в другую [5]. С учетом этих данных санацию полости рта следует проводить во второй половине беременности. Лечение кариеса зубов у беременных проводится по общепринятой методике. Для пломбирования кариозных полостей нужно использовать стеклоиономерные цементы. Лечение кариеса во втором триместре беременности проводится в соответствии со стандартными протоколами и рекомендациями. Санацию осложненных форм кариеса (пульпитов и периодонтитов) планируют в несколько посещений. Завершение лечения проводится постоянным пломбированием корневых каналов под контролем визиографа и созданием герметизма полости зуба с применением стеклоиономерных цементов или композитных материалов химического отверждения. В случае наличия противопоказаний к проведению визиографического контроля со стороны акушерско-гинекологической патологии лечение осуществляется с использованием отсроченного пломбирования корневых каналов препаратами на основе гидроксида кальция и заканчивается после родов [6,8,9].

При осуществлении стоматологического лечения необходимо помнить о рисках, которые представляют угрозу для беременной и плода:

1. формирование воспалительных процессов челюстно-лицевой области при неправильно выбранной тактике лечения периодонтита;
2. угроза развития неотложных состояний на стоматологическом приеме на фоне нерационального использования препаратов для инъекционной анестезии;
3. нерациональная антибиотикотерапия (угроза для здоровья плода или новорожденного);
4. сама процедура стоматологического лечения также формирует ряд ситуаций, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие: психоэмоциональный стресс, большая длительность процедуры, горизонтальное положение в стоматологическом кресле: при сроке 30 - 32 недели у 10% женщин в горизонтальном положении на жестком основании (в т.ч. и в стоматологическом кресле) развивается синдром сдавливания нижней полой вены - увеличенная матка, сдавливая нижнюю полую вену, уменьшает приток крови к сердцу, что приводит к повышению периферического сопротивления, снижению АД и ухудшению маточно-плацентарного кровотока (особенно выражен этот синдром при осложненных формах беременности и артериальной гипотонии); поэтому наиболее рациональным для беременной является положение в кресле полусидя; если, несмотря на все предосторожности, указанные явления возникают, следует уложить пациентку на левый бок; в последние три месяца беременности необходимо отказаться от продолжительных процедур, а время ожидания приема лечения должно быть сведено к минимуму).

Существует ряд ограничений и противопоказаний при стоматологическом лечении женщин в период беременности и кормления грудью. Не разрешается использовать:

1. препараты мышьяка;
2. анестетики, содержащие адреналин и его производные - норадреналин (среди системных фармакологических эффектов адреналина неблагоприятными для беременной женщины являются: стимуляция тонических сокращений миомерии, ослабление перистальтики желудочно-кишечного тракта с повышением тонуса его сфинктеров, повышение уровня сахара в крови, учащение сердечного ритма, повышение сердечного выброса, повышение артериального давления). Препараты 4% артикаина с низким содержанием адреналина (1:200 000) являются наиболее безопасными для беременных женщин.
3. отбеливающие системы и средства; 4. некоторые антибиотики (тетрациклин и др.);
5. при лечении заболеваний твердых тканей зубов беременных также следует отказаться от этапа кондиционирования эмали и дентина 37% ортофосфорной кислотой, вызывающей искусственную деминерализацию твердых тканей зуба. [https://doctorspb.ru/articles.php?article_id=3034].

Кроме того, если говорить о проведении рентгенографии, по данным Американского колледжа радиологов, проведение многократных рентгенологических исследований представляет реальную угрозу для эмбриона и плода. В то же время однократное рентгенологическое исследование тизирующего изменения в дозе 5R не влияет на частоту врожденных аномалий плода, гипотрофии плода и не увеличивает частоту невынашивания [12,13]. Основные пути профилактики стоматологических заболеваний у беременных представлены санацией полости рта, проведением профессиональной гигиены полости рта, местной реминерализующей терапией, обучением индивидуальной гигиене полости рта, подбором средств гигиены, нормализацией питания и его рационализации в зависимости от сроков беременности, климатогеографических условий жизни, времени года, использованием препаратов патогенетической терапии и профилактики кариеса зубов (препараты кальция, фтора, витамины) [10]. В результате проведенного исследования изучено со-

стояние беременных, жалобы, гемодинамические показатели беременных, а также состояние плода, сократительная активность матки, сердцебиение плода и двигательная активность плода до и после оказания стоматологической помощи. Исследование состояния полости рта проводилось в ранние сроки беременности. Лечение кариозного процесса началось после 12 недель беременности. В результате проведенного исследования было установлено, что биофизический профиль плода до оказания стоматологической помощи составил $11,1 \pm 0,2$ балла, после 4–6 часов лечения кариозных зубов данный показатель составил $10,9 \pm 0,11$ балла, что подтверждает отсутствие значительных изменений состоянии плода после лечения кариозного процесса.

Заключение: Таким образом беременность сопровождается функциональной перестройкой всех органов и систем и разделяется на три триместра.

- Санацию полости рта следует проводить во второй половине беременности.

- Учитывая особенности организма беременной женщины, все стоматологические манипуляции нужно проводить только в полусидячем положении, начинать лечение с проведения рациональной психотерапии, выбор местного анестетика должен быть сделан в пользу артикаина с наименьшим содержанием адреналина

- Обязательно назначение спазмолитиков и успокаивающих препаратов за 30–60 минут до приема стоматолога;

- Соблюдение длительности оказания стоматологической помощи не более 25–30 минут;

- Пломбирование кариозных полостей следует проводить стеклоиномерными цементами, не применять девитализирующие пасты, содержащие мышьяк.

- Необходимо полоскание полости рта антисептическим раствором с ранних сроков беременности;

- Обязательна ежедневная чистка зубов с помощью зубной щетки, независимо от состояния плода;

- Основные пути профилактики стоматологических заболеваний у беременных представлены санацией полости рта, проведением профессиональной гигиены полости рта, местной реминерализующей терапией, обучением индивидуальной гигиены полости рта, подбором средств гигиены, нормализацией питания и его рационализации в зависимости от сроков беременности, климатогеографических условий жизни, времени года, использованием препаратов кальция, фтора, витаминов.

Таким образом, соблюдение данных принципов позволит сохранить здоровье беременной и рождение доношенного и здорового плода.

Литература:

1. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б. Алгоритм внедрения в клиническую практику этиологического лечения кариеса зубов у беременных женщин: Сб. трудов конференции, посвященной 25-летию организации кафедры стоматологии ФПК и ППС. – Махачкала, 2010. – С.64–68.
2. Парпалей Е.А. Стоматологическое здоровье беременной – путь к стоматологическому здоровью ребенка // Современная стоматология. – 2006. – №3. – С.21–24.
3. Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам // Журнал стоматологии. – 2005. – №1. – С.85–87.
4. Носова В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам. / В.Ф. Носова, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2004. – № 3. – С. 23–29.
5. Орехова, Л. Ю. Состояние твердых тканей зубов и пародонта у беременных, проживающих в мегаполисе / Л. Ю. Орехова, А. А. Узденова, С. А. Лукавенко // Пародонтология. – 2012. – N 2. – С.76-80.
6. Анисимова Е.Н. Алгоритм оказания стоматологической помощи беременным / Е.Н. Анисимова, Л.А. Аксамит, А.А. Цветкова, А.М. Голикова // Эндодонтия today. – 2015. – № 1. – С.44–47.
7. Современная стоматология. – 2019. – №2. – С. 49–51.
8. Анисимова Е. Н., Цветкова А. А., Голикова А. М. Особенности оказания стоматологической помощи беременным в условиях амбулаторного стоматологического приема // Фарматека. – 2014. – № 8-14. – С. 29-32.
9. Особенности оказания помощи беременным на приеме у стоматолога, И.Г. Романенко, С.М. Горобец, А.А. Джерелей, Д.Ю. Крючков, С.А. Бобкова, Н.В. Трибрат
10. Максимовский Ю.М. Основы профилактики стоматологических заболеваний / Ю.М. Максимовский, О.В. Сагина // М.: Медицинская книга, 2005. – 254 с.
11. Kim A. Boggess. Maternal Oral Health in Pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol.111. – P.976–986.

КОМБИНАЦИЯЛИ СПИНАЛ-ЭПИДУРАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ СИМУЛЬТАН ОПЕРАЦИЯЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Кейинги 30 йилликда регионар анестезия усулларида фойдаланишга қизиқиш тобора ошмоқда. Бу усулдан фойдаланиш хирургия, травматология, урология ва гинекология амалиётида ҳам ўрни беқиёсдир. Бу ҳолатни ўткир оғриқ патофизиологиясини замонавий қарашлар билан тушинтириш, яъни адекват анестезияни таъминлашда орқа мияни ноцицептив таъсиротлардан ҳимоя қилиш жуда муҳимдир. Бу муаммони ҳал қилишда анестезиологик қўлланмани шундай усулни танлаш керакки, у рефлексор ёнинг афферент звеносини блокада қилиш билан, эфферент импуль-

сация механизмини қўшимча активлашишни олдини олади, анестезиологик таъминотни компоненти сифатида регионар анестезия қўлланилиши эътиборга лойиқ.

Гинекологиядаги симультан операцияларни хусусиятлари одатда беморларни ёши катта бўлиб, уларда турли хил йўлдош касалликлар мавжудлиги организмни компенсатор- мослашув имкониятини пасайтиради. Оператив аралашувда операцион шикастнинг йирик соҳани эгаллаши (мотор-сенсор блок даражасини TVI-SII оралиғида тарқалишини талаб қилади) ва узоқ давом этишини ҳисобга олиш зарурдир. Аммо ананавий марказий нейроаксиал блокада (МНАБ) камчиликдан ҳоли эмас, бу эса унинг кенг қўлланилишини чегаралайди: спинал анестезия вақти, спинал блокнинг эҳтиёжсиз кенг тарқалиши шулар жумласидандир. Эпидурал анестезиянинг асосий камчиликларидан маҳаллий анестетикларни нисбатан катта дозаларда талаб қилиниши, блок ривожланиш яширин даврини узоқ давом этиши, мотор-сенсор блок даражасининг етарли бўлмаслиги оқибатида анестезия ноадекватлиги кабилардир. Бундан ташқари МНАБнинг ечилмаган муаммолари гемодинамик бузилишлар, постпункцион бош оғриқларнинг учраб туриши бу усулни ҳам абсолют (бутунлай) хавфсиз деб бўлмайди.

Комбинацияли спинал-эпидурал анестезия (КСЭА) ни қўллаш билан спинал ва эпидурал анестезия афзалликлари ҳамкорликда унинг имкониятини оширади. Улар билан боғлиқ камчилик ва асоратларини эса камайтиради.

Татқиқот мақсади: Гинекологик симультан операцияларда комбинацияли спинал-эпидурал анестезия қўлланилиши имкониятини ўрганиш ва самарадорлигини баҳолаш.

Текшириш материал ва усуллари: СамДТИ 1- клиникасининг гинекология бўлимида 65 аёлда ўтказилган симультан операцияларда КСЭА эффекти ўрганилди. Беморларнинг ёши 40-дан 65 –гача (ўртача 51,56) ни ташкил қилди. Анестезия хавфи ASA бўйича 45 беморда II класс, 25 беморда III класс ва 5 беморда IV класс билан баҳоланди.

Ўтказилган гинекологик симультан операциялар бўйича тақсимланиши: тотал гистерэктомия ва оралиқ пластикаси-25, субтотал гистерэктомия ва кистомэктомия -22, вентрофиксация ва оралиқ пластикаси 15, ва б.қ.-3 нафарни ташкил қилди.

Қўлланилган анестезиянинг таъминот эффектини баҳолаш учун беморлар 2 гуруҳга (асосий ва назорат) ажратилди. Асосий I гуруҳда 40 беморга КСЭА анестезиологик таъминотнинг асосий компоненти сифатида қўлланилди.

Назорат II гуруҳда 25 беморга операциялар умумий анестезия (УА) остида ўтказилди. Бунда кетамин, тиопентал натрий, пропофол анестетиклари, НПА препаратлари, мушак релаксантларидан ардуан қўлланилиб миоплегия фониди ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) кислород-ҳаво аралашмаси билан респиратор ФАЗА -21 ёрдамида нормовентиляция режимида ўтказилди. Ҳар иккала гуруҳларда операцияларнинг ўртача давомийлиги 1,5 - 2,5 соатни ташкил қилди. Йўқотилган қон ҳажми эса I гуруҳда сезиларли даражада кам бўлди.

Премедикация учун кечқурун седатив воситалар, анестезиядан 30-40 дақиқа аввал атропин 1мг гача, морфин ёки промедол 10 мг, димедрол 10 мг ва айрим ҳолатларда 10 мг сибазон қўлланилди. КСЭА қўлланишдан 1 соат олдин инфузион терапия кристаллоид ва коллоид (гидроксиэтил крахмал препаратларидан) эритмалари 3:1 ёки 2:1 нисбатда ўртача 10-15мл/кг ҳажмда ўтказилди. Пункция сатҳини танлашда (LI-LIV оралиқлардан) мўлжалланган операция ҳажми ҳисобга олинди. Бемор ёнбош ётган ҳолатда асептика қоидага риоя қилган ҳолда маҳаллий анестезия (0.5%- 10 мл новокаин) остида махсус икки тешикли Туохи (G18) (Esrocain, “B. Braun”, Германия) игнаси билан эпидурал бўшлиқ пункция қилинди. Кейин шу игна тешиги орқали узунроқ спинал игна (G26) билан субарохноидал бўшлиқ пункция қилинди. Шаффоф орқа мия суюқлиги томчилагандан кейин, 0,5% ли 2-3 мл (10-15мг) Лонгокаин Хеви (Украина) эритмаси юборилди ва спинал игна олиб ташланиб Туохи игнаси орқали эпидурал бўшлиққа микрокатетер 5-6 см краниал йўналишда киритилиб фиксация қилинди. Лидокаиннинг дастлабги дозаси ўртача 60-100 мг операция бошланиб 1,5-2 соатдан кейин эпидурал бўшлиққа катетер орқали юборилди. Лекин спинал анестезия клиникаси сустлашганда, кейинчалик эса ҳар 30-45 дақиқада такорланди. Бунда асосан сенсор блок чуқурлиги, АҚБ ва пульс кўрсаткичлари ҳисобга олинди. Сенсор блок тарқалишини тактил сезувчанлик йўқолиши (“Pin prick” тести) билан баҳоладик. Анестезия давомида юз ниқоби орқали кислород ингаляцияси (5-6 л/мин) ўтказилди. Седация сифатида операция вақтида сибазон ёки натрий оксибутиратнинг кичик дозаларидан вена ичига инфузиясидан фойдаландик. Интраоперацион мониторинг: ЭКГ, SpO₂, пульс, АҚБ (кардиоманитор “Тритон”, Россия) кабилар назорат қилинди. Симпатоадренал тизим реакциясини баҳолашда норадреналинни сийдик орқали ажралиш тезлиги ҳисобга олинди. Гипоталамо –гипофизар-адренкортикал тизим реакциясини картизолнинг қон зардобидидаги миқдорига (иммунофермент усули) асосан баҳоланди. Натижалар вариацион статистика усули Стьюдент критерияси бўйича таҳлил қилинди.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Субарохноидал анестезия 8,0±0,3 дақиқадан кейин бошланди. Ташқи нафас фаолияти бузилиш белгилари ва ишончли SpO₂ ўзгаришлари анестезия жараёнида кузатилмади.

Гемодинамика кўрсаткичлари ўзгаришини ўрганишда, асосий гуруҳ беморларида операция бошланишида ишончли равишда зарб ҳажми (ЗХ) 15% га ошганлиги, умумий периферик томирлар қаршилиги 21% камайиши фониди рўй берди, лекин минутлик қон айланиш ҳажми (МҚХ) сезиларли ўзгармади. Бу ҳолатни юрак-қон томир тизимининг компенсатор мослашув реакцияси деб тушунириш мумкин. Буни ЭКГда миокард гипоксияси кузатилмаганлиги ҳам тасдиқлайди. Асосий гуруҳда шу сингари гемодинамик ўзгаришлари текширишнинг барча этапларида кузатилди. АҚБ меъёри вазопрессорларсиз инфузион терапия билан бошқарилди. Камдан – кам ҳолларда мезатон эритмасининг минимал

дозаси(1%-0,1-0,2 мл) эффект берди. Текшириш жараёнида назорат гуруҳидаги гемодинамик ўзгаришлар ишончли равишда юрак уришлар сонини ва АҚБ ошиши, айниқса операциянинг травматик этапида яққол аниқланди.

Симптоадrenalин тизими (2- жадвал) кўрсаткичлари реакциясини баҳолашда аниқландики, асосий гуруҳ беморларида норадреналин экскрецияси тезлиги ўзгариши бўлмади, айна ҳолатда назорат гуруҳи беморларида эса норадреналин экскрецияси ишончли ошди, буни симпатик асаб тизимининг уйғонишдаги рефлектор активлигидан деб тушинтириш жоиз. Кортизол миқдорининг ишончли ошиши ҳам назорат гуруҳи беморларида аниқланиб, травматик этапда 54 %ни ташкил қилди, асосий гуруҳ беморларида эса бу ҳол кузатилмади.

Жадвал 1. Гинекологик симультан операцияларда гемодинамик кўрсаткичларнинг ўзгариши(М±м).

Текшириш босқичлари	Гуруҳлар	Кўрсаткичлар				
		Зарб ҳажми.мл	Қон айланишининг минутлик ҳажми	Умумий периферик қон томирлар қаршилигидан*с*см	ЮУС 1 дақиқада	АБ ўр, мм сим уст
Операциядан олдин	Асосий(n=40)	70,5±2,1	5,8±0,1	1546±150	82,0±4,1	111,2±2,1
	Назорат(n=25)	75,1±5,0	5,9±0,2	1431±144	78,2±2,0	105,6±3,5
Операциянинг бошида	Асосий(n=40)	81,1±3,5*	6,0±0,2	1229±125*	74,0±3,1*	92,2±2,7*
	Назорат(n=25)	71,8±2,8	6,1±0,3	1417±120	84,5±3,0	108,1±4,0
Жароҳатгача	Асосий(n=40)	83,1±3,7*	6,0±0,2	1146±105*	72,0±3,5*	86,0±2,7*
	Назорат(n=25)	77,3±4,1	5,9±0,2	1209±117*	76,9±2,1	87,2±3,0
Операциянинг жароҳатли босқичида	Асосий(n=40)	80,1±4,1*	5,8±0,1	1205±110*	73,2±3,7*	87,4±3,3*
	Назорат(n=25)	70,0±3,8	6,1±0,3	1312±142	86,6±2,6*	100,1±9,9*
Операция тугаганда	Асосий(n=40)	84,5±4,0*	5,9±0,2	1140±101*	70,1±2,9*	84,1±2,6*
	Назорат(n=25)	68,1±2,1	5,5±0,1	1401±157	80,34±4,7	96,4±3,5

Изоҳ: 1-2 жадвалларда * - ички гуруҳ ичидаги дастлабки кўрсаткичлар билан солиштирганда ишончли фарқ (p < 0,05).

Жадвал 2. Текширилган гуруҳларда норадреналин экскрецияси ва кортизол концентрациясининг ўзгариши (М±м)

Текшириш босқичлари	Гуруҳлар	Норадреналин (моча),н/моль/л	Кортизол (плазма),ммоль/л
Бошланғич кўрсаткичлар	Асосий(n=15)	6,2±0,9	390±35
	Назорат(n=15)	5,7±0,5	435±40
Операциянинг жароҳатли босқичи	Асосий(n=15)	-	450±41
	Назорат(n=15)	-	677±51*
Операциянинг тугаши	Асосий(n=15)	8,1±1,2*	608±47*
	Назорат(n=15)	15,4±2,1	721±61*

КСЭА остида операция қилинган беморларди операция вақтида қонда глюкоза миқдори меъёрда сақланди. Айна пайтда умумий анестезия остида операция бўлган беморларди қонда глюкоза миқдори ошишига мойил бўлди ва 4,8 ± 0,4 дан 6,5± 0.6ммоль/л(p≤0,05) ни ташкил қилди. Норадреналин, кортизол ва глюкоза миқдорининг айтарлик ўзгармаслиги КСЭА нинг антиноцицептив ҳимоя эффектини тасдиқлайди, чунки сегментар блок орқа мия орқа шохлари нейронларида қузғалиш жараёнларини бошланғич буғинида ўтказувчанлигини ўзиши маълумдир.

Анестезия кечиши ва операциядан кейинги дастлабки давр таҳлили шуни кўрсатдики, тавсия қилинган усулнинг ижобий клиник эффектларидан операциядан кейинги кўнгил айниши ва қайт қилишнинг кескин камайиши аниқланди, жумладан КСЭА остида операция бўлган беморларда 21% ҳолатда, УА остида операция бўлган беморларда эса 46% ҳолатларда кузатилди. Пункциядан кейинги бош оғриқларни бўлмаслиги эпидурал анестезия вақтида киритилган маҳаллий анестетикнинг ўша соҳада босимнинг ошиши билан боғлиқ деб изоҳлаш мумкин. Шуни ҳам таъкидлаш лозимки ЭА ни операциядан кейинги узайтирилган эпидурал анальгезияни таъминлашда ҳам роли катта. Ичаклар парези, нафас депрессияси кузатилмайди, диурез стимуляцияси яхшиланади, беморларни эртароқ активлаштириб, шифохонадан эртароқ чиқишини таъминлайди, иқтисодий эффекти ҳам етарлиқадир.

Хулоса: 1.Комбинацияли спинал-эпидурал анестезияни қўллаш етарли ва ишончли равишда операцион шикастдан ҳимоя қилади, ҳамда шу билан боғлиқ салбий нейрогуморал, гемодинамик ва биохимик ўзгаришларни олдини олади. 2.КСЭА ўтказилганда рўй бериш мумкин бўлган гемодинамик бузилишларни олдини олишда беморларни тўғри текшириб танлаш, адекват инфузион терапия-гидроксиэтил крахмал препаратларидан унумли фойдаланиш лозим. 3.КСЭА қўллаш постпункцион бош оғриқларни кескин камайтиради. 4.Операциядан кейинги узайтирилган эпидурал анальгезия ўтказиш имконини яратади. 5.Гинекологик симультан операцияларида КСЭА ни кенг қўллаш тавсия этилади.

Адабиётлар:

1. Аваков В. Е., Сайипов Р. М., Исомов Т. М., Бозоров Г. М. Парацетамол (Инфулган) в послеоперационной аналгезии // Травма. - 2016. - №1. - Том 17. - С. 28-32.

2. Антипин Э. Э., Уваров Д. Н., Антипина Н. П., Недашковский Э. В., Совершаева С. А. Ранняя мультимодальная реабилитация при абдоминальной гистерэктомии – влияние на послеоперационный период // Анестезиология и реаниматология. – Москва, 2012. – №6, - С. 37-41.
3. Антипин Э. Э., Уваров Д. Н., Недашковский Э. В., Кушев И. Л. Эпидуральная анальгезия в первом периоде родов – есть ли альтернатива? // Анестезиология и реаниматология. – 2014. - №1. – С. 18-22.
4. Баситханова Э. И., Саатов А. Р., Соатов А. А., Махмудов М. А. Состояние гемодинамики при операциях на нижних конечностях, выполненных под унилатеральной спинальной анестезией у гериатрических больных с недостаточностью кровообращения // Украинский медицинский альманах. - 2012. - Том 15, №4. – С. 34-35.
5. Белоцерковский В. А. Применение спинальной анестезии при оперативном родоразрешении у беременных с тяжелой преэклампсией / эклампсией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2010. – 22 с.
6. Браун Д. Л. Анатомия и ориентиры при региональной анестезии / Д. Л. Браун // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: Пер. с англ. /Под. Ред. Э. В. Недашковского. – Архангельск-Тромсё, 2002. – С. 121-124.
7. Виноградова О. А., Первак В. А., Мозговая Е. В. Оценка родовой деятельности при использовании комбинированной спинально-эпидуральной анестезии //Журнал акушерства и женских болезней. - 2010. - Т. LIX, № 5. - С. 80-88.
8. Гвиннут К. Клиническая анестезия (перевод с англ). - Москва: Издательство Бином, 2012. – С. 301.
9. Губаев С.З., Шек Э.Б. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при кесаревом сечении // Анестезиология и реаниматология. – 2006. - № 4. – С. 55-57.
10. Давидович В.В. Функция внешнего дыхания у пациенток с морбидным ожирением // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - М., 2013. - № 3. - С. 34-38.
11. Иванов В. С. О механизме действия местных анестетиков / В. С. Иванов, Н. Т. Прянишникова, Л. М. Демина // Регионарная анестезия и анальгезия – М., 1987 – С. 9-14.
12. Козлов С.П., Казьмин С.Н., Золичева Н.Ю. Субарахноидальная анестезия у больных с высоким риском // Анестезиология и реаниматология. - 2004. - №5. - С. 61-64.
13. Козлов С.П., Светлов В.А., Лукьянов М.В. Фармакология местных анестетиков и клиника сегментарных блокад. Спинальная анестезия. //Анестезиология и реаниматология. - 1998. – С. 37-42.
14. Корячкин В.А., Глушченко В.А., Страшнов В.И. Регионарное обезболивание: комбинированная спинально – эпидуральная анестезия. //Анестезиология и реаниматология. - 2007. - №5. – С. 72-74.
15. Лаврентьев А.А. и др. Спинально-эпидуральная анестезия: центральные сегментарные блокады. – Воронеж, 2004. - С. 250
16. Матлубов М.М. Спинально-эпидуральная анестезия при расширенном абдоминальном родоразрешении. Автореферат дис...канд.мед.наук.-Т.2011.
17. Матлубов М.М.Клинико-функциональное обоснование оптимальной анестезиологической защиты при абдоминальном родоразрешении у женщин с ожирением. Автореферат дис...докт.мед.наук.-Т.2018.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ДИНОПРОСТОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Пахомова Ж.Е.¹, Рузиева Н.Х.², Алексю-Шутко А.В.³, Давлятова Г.Д.³, Югай С.Ю.³, Джурбаева З.Б.³

1 - Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

2 - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

3 - Городской родильный комплекс № 6, Ташкент, Узбекистан

Введение. Основная линия оказания помощи в родах – это создание благоприятных условий для рождения здорового ребенка при сохранении здоровья матери [3]. Подготовка организма беременных состоит из подготовки шейки матки, то есть создания условий для «зрелости шейки» матки и индукции родов, что на сегодняшний день является самыми распространенными вмешательствами в акушерской практике. В зависимости от клинической ситуации применяют различные методы индукции родов. Выбор способа родовозбуждения зависит от ряда факторов: это срок беременности, сопутствующая патология матери, состояние плода, «зрелость» шейки матки, целостность плодных оболочек, наличие или отсутствие рубца на матке. Все известные виды индукции родов преследуют одну цель – родоразрешение через естественные родовые пути с максимальным предупреждением или уменьшением осложнений в родах как для матери, так и для плода. Но, к сожалению, по мнению ряда авторов, родовозбуждение может увеличивать риск неблагоприятного исхода родов.

На сегодняшний день имеется достаточно публикаций, свидетельствующих об эффективном применении простагландинов (ПГ) при подготовке шейки матки при доношенном сроке гестации и перенашивании беременности [1,2]. В целях индукции родов наиболее часто используются лекарственные формы ПГ для местного применения: вагинальные таблетки, гели и др. Причем, доказано, что форма выпуска лекарственного препарата, способ его введения и его дозировка, существенным образом влияют на эффект индукции родов [4]. Основная цель индукции родов состоит в максимальной минимализации возможных осложнений как у матери, так и у ребенка, а также снижение побочных эффектов и предотвращение осложнений от действия лекарственных препаратов [3].

Целью данного исследования явилась сравнительная оценка эффективности применения простагландинов при подготовке шейки матки к родам при доношенном сроке беременности.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 беременных женщин со сроком беременности 39-41 недель. Возраст беременных составил 25,5±1,3 года. Из них 1-ю группу составили 30 беременных, у

которых использовали препарат в виде геля Примигин; 2-ю группу – 30 беременных, у которых применяли препарат Гландин Е2. Препараты вводились во влагалище аппликатором и в виде таблетки соответственно. Препараты Примигин гель и Гландин Е2 являются простагландинами Е2.

В 1-й группе - Примигин гель (динопростон 0,5 мг) в виде геля в одноразовом шприце (аппликатор) в объеме 2,5 мл вводили интрацервикально:однократно. При «незрелой» шейке матки или отсутствии регулярной родовой деятельности повторный прием выполняли через 6 часов.

В 2-й группе - Гландин Е2 (динопростон 3мг), вагинально вводили 1таблетку, повторная доза также использовалась при отсутствии эффекта через 6 часов.

Оценку эффективности в группах проводили через 3-6-12 часов после первого введения препарата и через 6-12-48 часов после введения второй дозы.

Оценку состояния шейки матки проводили по шкале оценки зрелости шейки матки по Бишопу [3]. В соответствии с ней показанием для введения динопростонабыла «незрелая» или «недостаточно зрелая» шейка матки (от 0 до 5 баллов). Запись ведения родов проводили на основе стандартной партограммы. Мониторинг в родах осуществляли на основании показателей артериального давления, пульса, частоты дыхания, сатурации, температуры тела, оценки сердцебиения плода, характер родового деятельности и динамику «созревания» или раскрытия шейки матки. У каждой пациентки брали информированное согласие. Обследование беременных проводилось согласно национальным стандартам. Функциональное состояние плода осуществляли с помощью ультразвука и доплерометрии. Исследование было клиническим, проспективным, рандомизированным, контролируемым (группы сравнения), открытым, одноцентровым.

Результаты и обсуждение. Возраст беременных женщин был от 19 до 38 лет. Первобеременных в 1-й группе было 11(36,7%), во 2-й – 13 (63,3%). Повторнобеременных было 13(43,3%) и 17 (56,7 %) соответственно. Так, среди всех обследованных первобеременных было 24(40,0%) и повторнобеременных – 36(60,0%).

Критерии включения: срок беременности 39-41 неделя; степень зрелости шейки матки по Бишопу- менее 5 баллов; одноплодная беременность; головное предлежание плода; удовлетворительное состояние плода. Критерии исключения: многоплодная беременность; тазовое предлежание плода; рубец на матке; преэклампсия; нарушение маточно-плацентарного кровообращение; неправильное положение плода;тяжелые соматические заболевания матери; индивидуальная непереносимость препарата; опухоли матки и яичников; аномалии половых органов.

После первой дозы приема препаратов родовая деятельность начиналась у 20 в 1-й группе и у 6 во 2-й группе (рис.1) После применения второй дозы через 6 часову10 в 1-й группе и у 24 во 2-й группе через 12; 24; 48 часов соответственно и (рис.2).

Длительность родов в 1-й группе была в среднем 6-8 часов, во 2-й группе – 6,5-8,5 часов. При применении препаратов преждевременное излитие околоплодных вод имело место у 3 (10,0%) в 1-й и у 7 (23,3%)-во 2-й группах.

Процесс родов завершился самостоятельными родами в 1-й группе у 29 (96,7%), во 2-й группе – у 25 (83,3). Тогда как операция кесарево сечение была у 1 (3,3%) и у 5 (16,7%) в обеих группах соответственно. Показаниями для проведения кесарева сечения были неубедительное состояние плода у 4 (6,7 %) и затянувшийся первый период родов у 2 (3,3%) рожениц. Начало родовой деятельности в 1-й группе женщин отмечено в среднем от 2 до 5 часов у 26 (86,7%) пациенток и 20 часов у 4 (13,3%), тогда как во 2-й группе развитие родовой деятельности составило: от 3 до 12 часов - у 10 (3,3%) пациенток, от 14 до 48 часов - у 15 (50%) пациенток; у 5 (16,7%) наблюдалось отсутствие эффекта после вставления двух доз.

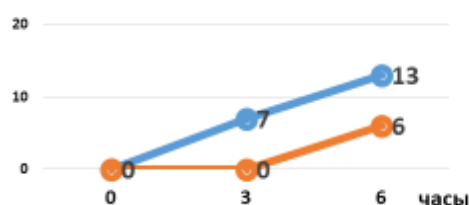


Рис. 1. Динамика родовой деятельности после 1-й дозы динопростона

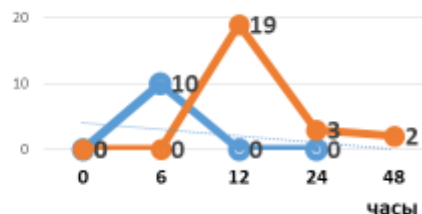


Рис. 2. Динамика родовой деятельности после 1-й дозы динопростона

Следует отметить, что никаких побочных эффектов и осложнений от приема препаратов в обеих группах не было установлено.

Мониторинг за показателями гемодинамики, частотой дыхания, сатурацией и температурой тела отклонений от физиологических величин не обнаружил. Сердцебиение плода было в пределах нормы (120 -158 уд/ мин).

Кровопотеря в родах составила 200,0-300,0мл у всех рожениц в обеих группах. Среди осложнений в родах имели место: разрыв шейки матки 1 степени у 3 (10,0%) в 1-й группе и у 4 (13,3%) - во 2-й группе, а также разрыв промежности 1 степени у 2 (6,7%) и у 1 (3,3%) рожениц соответственно.

Послеродовой период протекал у рожениц обеих групп без особенностей. Инволюция матки оценивалась по данным ультразвукового исследования и в обеих группах соответствовала физиологическому этапу инволюции матки.

Анализ перинатальных исходов показал следующее. Средняя масса новорожденных детей в группах достоверно не отличалась друг от друга и составила в 1-й группе 3325,7±224,4г, во 2-й группе – 3362,8±177,4 г.

С оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов родилось в 1-й группе 26 (86,7%), во 2-й 28 (93,3%). В асфиксии средней степени тяжести (5-6 баллов) родилось 6 (10%) новорожденных. Все новорожденные с асфиксией были извлечены пу-

тем операции кесарево сечение в связи с возникшими акушерскими показаниями (неубедительное состояние плода и затянувшийся первый период родов). По анализу родов интранатальных, ранних неонатальных потерь, травматизма новорожденных в обеих группах не установлено.

Проведенное нами исследование показало, что эффективность применения Примигин геля с целью созревания шейки матки и индукции родов при доношенной беременности 2,6 раз превосходит применения Гландина Е2: наступление родовой деятельности в 4,3 раза чаще после приема одной дозы препарата в 1-й группе беременных по сравнению с женщинами во 2-й группе.

Таким образом, использование динопростона в виде геля, обладающего хорошим спектром эффективности и переносимости, является высокоэффективным средством для подготовки шейки матки к родам, а также для ускорения дозревания и раскрытия шейки матки при доношенной беременности

Заключение. Проведенное исследование показало, что продолжительность родов составила 6-8,5 часов, преждевременное излитие околоплодных вод имело место у 10 (16,7%), травматизм матери также - у 10 (16,7%). Патологической кровопотери в родах установлено не было, роды прошли через естественные родовые пути у 54 (90,0%) женщин, с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов родилось также 90,0% новорожденных.

Кроме того, по результатам проведенного исследования можно сказать, что препараты динопростона эффективны для подготовки шейки матки и индукции родов при доношенной беременности. При применении этих препаратов интравагинально не отмечены побочные эффекты и осложнения. Использование Примигин геля в 2,6 раз эффективнее по сравнению с применением Гландина Е2. Так, при использовании одной дозы в 4,3 раз. Хотя следует отметить, что оценку эффективности, а также влияние этих препаратов на течение родов и перинатального периода требует дальнейшего многоцентрового исследования, что позволит более четко определить показания, противопоказания для индукции родов, а также отработать схемы и пути введения этих препаратов.

Литература:

1. Баев О. Р. Эффективность подготовки шейки матки и родовозбуждения в схеме с использованием антипрогестина мифепристон/О.Р. Баев,Тысячный О.В.,Румянцева В.П, Е.А.Усова// Медицинский совет.2015;9: 72-77.
2. Петрухин В. А. Опыт применения мифепристон с целью медикаментозной подготовки шейки матки к родам / В. А. Петрухин, Т. С. Коваленко, К. Н. Ахвледиани, М. В. Капустина, Е. В. Магилевская // Медицинский совет. – 2013. – № 8. – С. 44-47.
3. Рекомендации ВОЗ по индукции родов. 2014:40.
4. Хворостухина Н.Ф., Леонова А.М., Новичков Д.А., Яценко Д.С. Опыт применения мифепристон при подготовке шейки матки к родам при доношенном сроке беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №1.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ

Раббимова Д.Т., Юсулов Ф.Т., Абдукадирова Н.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. На современном этапе развития педиатрии и детской хирургии одной из актуальных и трудно решаемых проблем являются гнойно-септические заболевания, среди них самым прогностически неблагоприятным, протекающим с множественными осложнениями является сепсис[1,2,3]. Согласно современной концепции PIRO диагностика сепсиса предопределяет выявление предикторов, т.е. предрасполагающих факторов заболевания, выявление инфекционного агента и его локализацию, оценку ответной реакции организма на инфекционный агент и выявление органной дисфункции [4,5,6].

Материал и методы исследования: Проведен анализ факторов формирования сепсиса у 246 младенцев с гнойно-воспалительными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 1 года, находившихся на стационарном лечении в клинике N 2 Самаркандского государственного медицинского института. Из общего количества больных 109 детей были с септицемической формой сепсиса, 54 - с хирургическим сепсисом 83 ребенка с локализованной инфекцией.

Для детального анализа предрасполагающих факторов заболевания, ассоциированных с развитием сепсиса, проведено сопоставление с частотой этих факторов при локальной инфекции и в группе матерей здоровых детей. Такой подход позволил выстроить логическую цепочку в прогнозировании возможного развития сепсиса и выборе соответствующих мер по снижению неблагоприятных исходов. Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2007, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики

Результаты: Проведенный нами анализ течения ante-, интра- и постнатального периодов с изучением психосоциальных, медико-биологических факторов риска, ассоциированных с сепсисом у младенцев установил, что средний возраст матерей анализируемой группы выше, чем в группе сравнения. Максимальное количество матерей детей с сепсисом расположены в диапазоне моложе 19 и старше 30 лет, что увеличивает риск развития сепсиса у детей первого года жизни в 2,11 и 2,74 раза, соответственно. Существенных различий первородящих женщин над повторнородящими в обеих группах не было: роды были первыми у 36 (22,1%) женщин в группе с сепсисом и 14 (16,9%) женщин в группе с локальной инфекцией.

Таблица 1. Возраст матерей исследованных детей

Возраст матери	Сепсис, n=163		Группа сравнения, n=83		P	Относительный риск
	абс.	%	абс.	%		
<19 лет	29	17,8	7	8,4	<0,05	2,11
19-28 лет	91	55,8	70	84,3	<0,001	0,66
>30 лет	43	26,4	8	9,6	<0,001	2,74
Средний возраст матерей (M±m)	26,8±3,1		23,5±2,4		<0,05	

Из психосоциальных факторов по частоте в группе детей с сепсисом лидировали, низкая санитарно-гигиеническая культура матерей, отмеченная около 59,5% матерей проявляющаяся пониженным вниманием к ребенку (неправильное кормление, уход, прогулки и т.д.), у 57,6% матерей было несвоевременное обращение за врачебной помощью (табл. 2). Вышеперечисленные показатели были в 8,2 и 3,4 раза выше значений младенцев с локальной инфекцией. Контингент больных детей сепсисом, как показал проведенный анализ, в основном, был из сельской местности (80,3%).

Таблица 2. Психосоциальные факторы риска, ассоциированные с сепсисом у детей первого года жизни

Факторы риска	Сепсис, n=163		Группа сравнения, n=83		P	OR
	абс.	%	абс.	%		
Низкая санитарно-гигиеническая культура матерей	94	57,7	14	16,9	<0,001	3,42
Город	32	19,6	54	65,1	<0,001	0,30
Село	161	98,8	29	34,9	<0,001	2,83
Низкая степень внимания ребенку	97	59,5	6	7,2	<0,001	8,23

Таким образом, в формировании риска развития сепсиса у детей первого года жизни немаловажную роль играет возраст матери (моложе 19 лет и старше 30 лет), низкий уровень санитарно-гигиенической культуры матерей, низкая степень внимания ребенку, что предопределяет разработку соответствующих направлений в санитарно-просветительных и профилактических мероприятиях.

Представляло интерес также изучить роль таких медико-биологических факторов, как факторы перинатальной патологии, способствующих неблагоприятному течению анте-интранатального периодов. Результаты проведенных исследований представлены в таблице 3.

Таблица 3. Медико-биологические факторы риска, ассоциированные с сепсисом у младенцев

Факторы риска	Сепсис, n=163		Группа сравнения, n=83		P	RR
	абс.	%	абс.	%		
Наличие у матери хронических очагов инфекции:	72	44,2	10	12,0	<0,001	3,67
Хронический пиелонефрит	39	23,9	3	3,6	<0,001	6,62
Хронический тонзиллит, гайморит	21	12,8	5	6,0	>0,05	2,14
Хронический бронхит	12	7,4	2	2,4	<0,01	3,06
Генитальные заболевания матери	25	15,3	9	10,8	>0,05	1,41
Осложнения беременности:	142	87,1	18	21,7	<0,001	4,02
Анемия беременных (средней и тяжелой степени)	122	74,8	15	18,1	<0,001	4,14
Гипертензивные нарушения во время беременности	67	41,1	11	3,2	<0,001	3,12
Угроза прерывания беременности	54	33,1	5	6,0	<0,001	5,50
Многоводие	21	12,9	3	3,6	<0,01	3,56
Отслойка плаценты	9	6,1	-	-		2,3
Фето-плацентарная недостаточность	42	25,8	4	4,8	<0,001	3,06
Осложнения родов со стороны матери:	78	47,8	9	1,1	<0,001	3,42
слабость родовой деятельности,	19	11,6	2	2,5	>0,05	0,76
быстрые и стремительные роды	21	12,8	1	1,2	<0,01	10,69
несвоевременное излитие околоплодных вод	15	9,8	4	4,8	>0,05	1,91
грязные околоплодные воды	16	9,8	2	3,6	<0,05	4,07
Осложнения родов со стороны плода	42	25,9	8	9,8	<0,01	2,67
тугое обвитие пуповиной	45	27,6	3	3,6	<0,01	7,64
крупный плод	10	6,3	4	4,8	>0,05	1,27
Беременность по счету (M±m)	3,5±0,5		1,8±0,4		<0,01	1,9
Вскармливание						
грудное	18	11	71	85,5	>0,05	0,76
искусственное	145	89	12	14,4	<0,01	7,4

При сравнительном анализе перинатальных факторов, ассоциированных с развитием сепсиса у детей первого года жизни, выявлено, что частота патологии беременности у матерей детей больных сепсисом более чем в 4 раза выше, чем у матерей детей с локальной инфекцией. Среди осложненной беременности у матерей основной группы по по-

казателю относительного риска лидирующее место занимает развитие угрозы прерывания беременности и анемия беременных (5,50 и 4,14 соответственно), также имела место высокая частота плацентарной недостаточности, многоводия, гипертензивных нарушений во время беременности (25,8%, 12,9%, 25,5% и 41,1% соответственно).

Осложнения в родах со стороны матери имели место в 47,8% случаях в группе больных сепсисом, что в 2,4 раза чаще, чем у матерей детей с локальными инфекциями, среди которых: слабость родовой деятельности, стремительные роды, преждевременная отслойка плаценты (11,6%, 12,8%, и 5,5%). Анализ течения родов также выявил, что в 25,9% случаях в группе с сепсисом отмечались осложнения родов со стороны плода: тугое обвитие пуповиной (19,6%) и крупный плод (6,3%). Немаловажным в факторах формирования сепсиса у детей первого года жизни играл вид вскармливания детей, так на исключительно грудном вскармливании находились всего лишь 11% детей, остальные 89% больных группы с сепсисом получали искусственные смеси и находились на искусственном и смешанном вскармливании, причем у 78,5% был ранний переход, с месячного возраста, на искусственные смеси.

Таким образом, проведенный анализ течения ante- интранатального периода с целью выявления факторов развития сепсиса у детей первого года жизни выявил, что у 142 (87,1%) больных сепсисом выявлены факторы перинатальной патологии, способствующие развитию хронической антенатальной гипоксии и асфиксии новорожденных в родах, которые, в свою очередь, формировали у них развитие перинатального поражения нервной системы (ППНС), являющейся одним из фоновых заболеваний при сепсисе у детей первого года жизни (табл. 4).

Таблица 4. Структура основных синдромов перинатального поражения нервной системы (ППНС) при сепсисе у детей грудного возраста*

Нозологическая форма	абс	%
Доброкачественная внутрочерепная гипертензия	31	19,1
Расстройство вегетативной автономной нервной системы	69	42,3
Задержка моторного развития	42	25,7
Всего	142	87,1

*Примечание - проценты даны по отношению к числу детей с сепсисом (n=163).

Немаловажную роль в развитии основного патологического процесса может оказать наличие фоновых заболеваний, имеющих у ребёнка. Структура фоновых заболеваний у исследованных нами детей представлена в таблице 5.

Таблица 5. Структура фоновых состояний у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями

Заболевания	Сепсис, n=163		Группа сравнения, n=83		P	RR
ППНС	142	87,1	9	10,8	<0,001	8,03
Анемия	140	85,9	31	37,3	<0,001	2,30
Рахит	93	57,1	21	25,3	<0,001	2,26
БЭНП	163	100,0	19	22,9	<0,001	4,37
Выявление более 3-х стигм дисэмбриогенеза	93	57,1	12	14,3	<0,001	3,9

Частота ППНС была в 15,8 раз чаще, чем при локальной инфекции. Анализ дефицитных состояний у исследуемых детей выявил, что при сепсисе эти состояния встречаются с высокой частотой. Так, тяжелая анемия встречается практически у каждого больного сепсисом, тогда как при локальной инфекции развитие анемии у детей наблюдалось в 4,5 раза реже и, как правило, у них развивалась анемия легкой и средней степени тяжести. Рахит в 4,4 раза чаще развивался в группе с септицемической формой, по-видимому, связанный с тем, что дети этой группы имели длительный срок болезни.

Закономерно, что развитие сепсиса на фоне интенсификации катаболических процессов способствует истощению детей. Так, практически все дети с сепсисом имели дефицит в весе (табл. 6). Как видно из таблицы, у 73 (44,8%) больных при сепсисе встречалась легкая белково-энергетическая недостаточность, а в остальных случаях (35,6 и 19,6%) при сепсисе развивалась белково-энергетическая недостаточность средней и тяжелой степени. При локальных же инфекциях частота выявления белково-энергетической недостаточности была значительно реже: белково-энергетическая недостаточность -1 СО - у 9 (10,8%) детей, -2СО – у 7 (8,4%) больных и тяжелая степень - у -3СО (1,2%) ребенка. Как видно из приведенных данных белково-энергетическая недостаточность легкой, средней и тяжелой степени при сепсисе выявлялась в 4,1; 4,2 и 16,3 раза чаще, чем при локальной инфекции. Выявленные дефицитные состояния, скорее являлись результатом заболевания сепсисом, нежели предикторами болезни.

Таблица 6. Частота белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями, n(%)

Белково-энергетическая недостаточность (СО)	Сепсис n=163		Группа сравнения n=83		P	RR
-1СО	73	44,8	9	10,8	<0,001	4,13
-2СО	58	35,6	7	8,4	<0,001	4,22
-3СО	32	19,6	1	1,2	<0,001	16,29
Всего	163	100,0	17	20,5	<0,001	

При анализе причин возникновения заболевания, в поисках предполагаемых входных ворот инфекции при сепсисе, было установлено, что наиболее часто, со слов матерей, заболевание у обследованных младенцев начиналось с проявлений кишечной инфекции - в 37,4% случаях, а в 13,8% случаях манифестация болезни отмечалась после или на фоне пневмонии и ОРВИ. В остальных случаях причина начала заболевания осталась невыясненной.

Заключение: Таким образом, при анализе риска развития сепсиса у детей раннего возраста было установлено, что основными предикторами генерализации бактериальной инфекции в раннем детском возрасте являются причины, которые могли вызвать острое и хроническое нарушение маточно-плацентарного кровообращения, тем самым увеличивая риск возникновения перинатальных повреждений мозга ребенка, о чем свидетельствует высокая частота перинатальной патологии ППНС среди детей с сепсисом – 87,6% больных. Кроме того, более частое выявление персистирующей инфекции у матерей пациентов с сепсисом увеличивает риск микробной контаминации от матери к ребенку. В комплексе выявленные факторы могли быть в дальнейшем причиной развития первичной иммуносупрессии у детей.

Литература:

1. Шамсиев А. М., Алимов А. В., Раббимова Д. Новые подходы в диагностике сепсиса у младенцев. // Вестник врача. – Самарканд, 2018. - №2. – С. 101-106
2. Абдукадирова Н.Б., Хаятова З.Б., Раббимова Д.Т. Роль дисплазии соединительной ткани в развитии различных заболеваний у детей //Journal of Siberian Medical Sciences English_No_3_2020 (1), 56-61
3. Раббимова Д.Т., Шамсиев А.М., Алимов А.В. Особенности состояния вегетативной нервной системы и ее роль в формировании сепсиса у младенцев // Консилиум. Научно-практический журнал для медицинских и фармацевтических работников Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Здоровье семьи – будущее России». – Ижевск, 2016 №2. – С.46-48
4. Хацко В.В., Потапов В.В., Зенин О.К. Этиология, патогенез и диагностика сепсиса (обзор Литература) // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2017. - №3. – С. 139-150
5. Opal S.M. Concept of PIRO as a new conceptual framework to understand sepsis // Pediatr. Crit. Care Med. - 2005. - Vol. 6, №3: 78-82
6. Hornik C.P., Fort P., Clark R.H., et al. Early and late onset sepsis in very-low-birthweight infants from a large group of neonatal intensive care units. Early Hum Dev. 2012; Vol. 88 (suppl 2): 69-74.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Раббимова Г.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются вульвовагинальные инфекции (ВВИ), приводящие к осложненному течению беременности и родов [2,3,4,5]. По данным ВОЗ ВВИ встречаются у 25-45% беременных, что составляет более 50% обращений к гинекологу во всем мире. Нарушения микробиоценоза влагалища приводят к развитию клинических проявлений инфекции в виде бактериального вагиноза, вульвовагинального кандидоза, аэробного вагинита или их сочетаний [2, 3, 4, 5, 8, 9]. Инфекции, не диагностированные своевременно у беременных, могут стать причиной высокой частоты угрозы и/или преждевременного прерывания, а также ряда других осложнений, поэтому необходима их ранняя диагностика и прогнозирование [2, 3, 4, 5, 8, 9, 11]. Для прогнозирования преждевременных родов предложено много способов, но методы прогнозирования риска угрозы прерывания при ВВИ остаются не до конца решенными. [1,7,12,13,14].

Цель исследования явилось: на основании диагностических маркеров выявить прогностические критерии риска развития угрозы прерывания беременности у женщин с ВВИ.

Материал и методы исследования: обследованы 64 беременных с ВВИ, из них 115 беременных с угрозой прерывания беременности во 2 триместре и 49 беременных в аналогичные сроки без угрозы прерывания. Применялись общеклинические, микроскопические, бактериологические, биохимические, функциональные, молекулярно-биологические методы исследования.

Результаты: Для того чтобы выявить, приведет ли ВВИ во время беременности к осложненному ее течению (угроза прерывания) и родов, нами изучены прогностические маркеры риска угрозы прерывания беременности при ВВИ. Используя неоднородную процедуру распознавания А.А. Генкина и Е.В. Гублера (1978) [6], мы выбрали информативные признаки и провели их ранжирование. С помощью меры информативности Кульбака для отобранных признаков были рассчитаны диагностические коэффициенты – баллы (таблица 1). Суммировав диагностические критерии по баллам, мы получили риск развития угрозы прерывания беременности при ВВИ.

В зависимости от сочетания благоприятных и неблагоприятных факторов была получена оценка риска и установлены пределы колебаний оценки риска от минимальных до максимальных значений. Суммируя прогностические критерии по баллам, получен риск развития угрозы прерывания беременности при ВВИ, который позволяет прогнозировать исход беременности; применить дифференцированный алгоритм действий и тактику лечения беременных с ВВИ, осложненной угрозой прерывания беременности.

Разработанная прогностическая шкала апробирована на 164 беременных с ВВИ. Информативность предложенной прогностической шкалы оценивали с помощью основных критериев доказательной медицины: чувствительность, специфичность и диагностическая точность. Прогностические критерии риска угрозы прерывания при ВВИ представлены

в таблице 2. Из таблицы видно, что каждому признаку соответствует определенный балл, рассчитанный математическими методами [6].

При ВВИ, осложненной угрозой прерывания беременности, показатели вариабельности сердечного ритма свидетельствуют о выраженном гипoadaptивном состоянии в 60,2% в исходном состоянии, что достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в группе беременных с ВВИ без угрозы прерывания беременности.

Таблица 1. Информативность показателей у беременных с ВВИ (диагностические коэффициенты) (в баллах)

Показатели	Баллы										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
МДА	3,5	3,75	4,0	4,25	4,5	4,75	5,0	5,25	5,5	5,75	6,0
Каталаза	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1		
МСМ254	0,20	0,24	0,32	0,36	0,40	0,44	0,48	0,52	0,56	0,60	0,64
МСМ280	0,26	0,30	0,34	0,38	0,42	0,46	0,50	0,54	0,58	0,62	0,66
Прекалликреин	370	350	330	310	290	270	250	230	210	190	170
Калликреин	70	90	110	130	150	170	190	210	230	250	270
ОАТА	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70
БАЭЭ	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350
Кининаза	240	260	280	300	320	340	360	380	400	420	440
ИН (индекс напряжения)	110	140	170	200	230	270	300	330	360	390	420
		80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
ИВР (индекс вегетативного равновесия)	170	205	240	275	310	345	380	415	450	485	520
		155	140	125	110	95	80	65	50	45	30
VLF	920	950	980	1010	1040	1070	1100	1130	1160	1190	1220
		895	870	845	820	795	770	745	720	695	670

Таблица 2. Прогностические критерии риска угрозы прерывания при ВВИ

Показатель	Низкий риск	Индекс информативности	Средний риск	Индекс информативности	Высокий риск	Индекс информативности
Содержание лейкоцитов в вагинальном мазке	<15 в п/зр	0	20-25	1	>25 в п/зр.	2
Бактер.исслед. микрофлоры шейки матки и влагалища	<103	1	103-104	1,5-2,5	>105	3
Маркеры микроорганизмов по ГЖХ	<103	1	103-105	1,5-2,5	>105-9	3
МДА, мкмоль/л	<3,5	1	3,6-4,0	1,5-2,5	>4,0	3
Каталаза, мккат/с*л	>0,7	3	0,60-0,45	3,5-4,5	<0,45	5
МСМ254, у.е	<0,25	2	0,25-0,35	2,5-3,5	>0,35	4
МСМ280, у.е	<0,30	2	0,35-0,4	2,5-3,5	>0,40	4
ИН, %/с2	>170, <85	1	170-200 80-45	1,5-2,5	>300, <45	3
ИВР, у.е.	>140, <240	2	>125, <275	2,5-3,5	<125, >275	4
VLF, мс2/Гц	>845, <1040	3	820-560 1070-1200	3,5-4,5	<535, >1200	5
Сумма баллов		16		17-35		36

Установлена сильная прямая корреляционная связь между VLF и МДА ($r=0,73$), АМО и МДА ($r=0,81$), LF и каталазой ($r=0,72$), МСМ254 и 3-оксимиристиновой кислотой (титр маркера 105 и $>$) ($r=0,71$), МСМ254 и гидроксизейкозановая кислота (титр маркера 105 и $>$) ($r=0,81$), МДА и декановая кислота (титр маркера 105 и $>$) ($r=0,73$), средняя – МДА и гептадеценная кислота (титр маркера 105 и $>$) ($r=0,69$). Прогностическими критериями угрозы прерывания при ВВИ являются высокий уровень малонового диальдегида, молекул средней массы, титра маркеров микроорганизмов, снижение показателя VLF при сумме баллов по разработанной прогностической шкале более 36. При сумме баллов 17-35 – умеренный риск, менее 16 баллов – низкий риск угрозы прерывания при ВВИ; положительный прогноз подтвердился в 92%, отрицательный – в 8% случаев.

Таким образом, прогностическими критериями угрозы прерывания при ВВИ являются высокий уровень малонового диальдегида, молекул средней массы, титра маркеров микроорганизмов, снижение показателя VLF при сумме баллов по разработанной прогностической шкале более 36.

Анализ значимости вышеуказанных критериев при ВВИ позволяет определить приоритетные направления лечебно-профилактических мероприятий по ведению беременных с ВВИ, осложненной угрозой прерывания беременности и предотвращению перехода угрозы прерывания беременности в преждевременные роды.

Литература:

1. Азбукина Л.Н. Факторы риска, прогнозирование и тактика ведения беременных с угрозой преждевременных родов // Междунар. журн. прикл. и фундамент. исследований. – 2015. – №11-5. – С. 633-635.
2. Бебнева Т.Н., Добрецова Т.А. Смешанные вагинальные инфекции: новая идеология. Неспецифические вагинальные инфекции в практике акушера-гинеколога: Информ. бюл. – 2016. – №2 (63). – 26 с.
3. Бондаренко К.Р. и др. Особенности влагалищной микробиоты в период гестации (обзор Литература) // Вестн. Рос. гос. мед. ун-та. – 2014. – №4. – С. 6-12.
4. Буданов П.В. и др. Мониторинг нормоценоза и терапия дисбиоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т. 12. – №. 4. – С. 57-62.
5. Ворошилина Е.С. и др. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: изменения и коррекция во время беременности // Уральский мед. журн. – 2010. – Т. 3, №68. – С. 108.
6. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
7. Долгушина В.Ф. и др. Прогноз преждевременных родов у беременных женщин с внутриматочной инфекцией // Соврем. пробл. науки и образования. – 2017. – №2. – С. 66-67.
8. Карапетян Т.Э., Муравьева В.В., Анкирская А.С. Аэробные вагиниты и беременность // Акуш. и гин. – 2013. – №4. – С. 25-28.
9. Лашкевич Е.Л. Преждевременные роды как следствие урогенитальной инфекции. – М., 2016. – 22 с.
10. Мирсаидова М.А. Особенности патогенеза, клиники и терапии бактериального вагиноза в ассоциации с урогенитальными инфекциями у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Ташкент, 2009. – 22 с.
11. Радзинский В. Е., Кипяткова Н. Г., Мухтарова А. В. Биоценозы гениталий при угрожающем невынашивании и преждевременных родах // Вестн. Рос. ун-та Дружбы народов. – Сер. Медицина. – 2009. – №6.
12. Sobel J.D. et al. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis // Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 117, №4. – С. 850-855.
13. Zhou X. et al. Recent advances in understanding the microbiology of the female reproductive tract and the causes of premature birth // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 2010. – P. 73-74.
14. Zodzika J. et al. Factors related to elevated vaginal pH in the first trimester of pregnancy // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2011. – Vol. 90, №1. – P. 41-46.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Рамазанова А.Б., Ибатова Ш.М., Абдукадирова Н.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. До настоящего времени лямблиоз является одной из самых распространенных инвазий на земном шаре. По данным комитета экспертов ВОЗ в странах Азии, Африки и Латинской Америки ежегодно лямблиозом заболевает примерно 50 тыс. человек. Весьма актуальная проблема лямблиоза и для СНГ, особенно для Узбекистана [1]. Клинические проявления лямблиоза разнообразны, но преобладают поражения желудочно-кишечного тракта, что связано с локализацией паразитов в двенадцатиперстной и тощей кишке [2,5]. Наряду с тяжелыми клиническими проявлениями лямблиоза описываются и латентные формы. Выделение лямблий без клинических проявлений часто используется в качестве аргумента для оценки данного состояния как здорового носительства простейших. Однако по мере накопления данных о морфологических изменениях микроворсинок эпителиальных клеток кишки при инвазии, а также иммунологических сдвигах в организме при лямблиозе становится очевидной возможность патогенного их воздействия даже при бессимптомном носительстве [3]. Исследования, проведенные у лямблионосителей, выявляли как функциональные, так и морфологические изменения [5]. Так, при гистохимическом исследовании слизистой оболочки тонкой кишки у детей, выделяющих лямблий и не имеющих клинических проявлений, при эндоскопических и гистологических исследованиях биоптатов слизистой оболочки выявлялись очаговая или распространенная гиперемия, отёк слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у 74% обследованных. Следует отметить, что изучение клинических проявлений лямблиоза является актуальным для нашего региона.

Цель работы. Изучить варианты клинических проявлений лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной, 78 детей с субклинической и 62 с клинической формой лямблиоза. Обследование детей проводилось в Самаркандском Многопрофильном детском медицинском центре. Возраст детей составил от 3 до 15 лет. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлений лямблиоза, а также на расширенной копрограмме определение простейших в кале методом формалин-эфирного обогащения. Кроме того, был использован метод ориентировочного подсчёта интенсивности выделения лямблий. Методика исследования кала проводилась традиционным методом.

Результаты исследования и их обсуждение. В своей работе на основании выраженности клинических проявлений мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиозной инвазии особое место занимает ее бессимптомная форма. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной формой в возрасте от 3 до 15 лет. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих детей цистовыделение ко-

лебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей в возрасте от 3 до 15 лет, наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6 %), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Такая симптоматика, в общем, типична для лямблиоза и объясняется тем, что приводит к развитию дуоденита и энтерита. Об этом свидетельствуют и особенности локализации болей в животе при пальпации, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Punctum maximum боли в животе при субклинической форме лямблиоза

Punctum maximum боли	Число детей
Подложечкой	6 (7,6%)
В пилородуоденальной области	28 (35,8%)
Околопупочная область	7 (8,9%)
Подложечкой + пилородуоденальная области	19 (24,3%)
Подложечкой +правое подреберье	2 (2,5%)
Подложечкой+область угла Трейтца	2 (2,5%)
Подложечкой+по ходу толстого кишечника	1 (1,2%)
Подложечкой+левая повздошная области	1 (1,2%)

Как видно из таблицы 1, при субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилородуоденальной (35,8%) и подложечкой +пилородуоденальной зонах (24,3%), что свойственно дуодениту (49,5%). Реже боли отмечались около пупка (8,9%) и подложечкой у 6. У наблюдаемых нами детей боли поздними, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, тянущие и тупые. Лишь у 3 детей из 78 (3,8%) отмечался Мойнигановский ритм болей (боль-еда-облегчение). Наряду с не резко, выраженным болевым синдромом у наблюдавшихся нами детей с субклинической формой были диспептические явления. Наиболее часто отмечалась тошнота у 11 детей из 78 (14,1%), которая свойственна повышению давления в двенадцатиперстной кишке с одновременным снижением градиента давления между желудком и двенадцатиперстной кишкой. Реже – отрыжка (у 8 больных – 10,2%), в генезе которой определенное значение придается повышению давления в полости желудка вследствие усиления его тонуса или спазма привратника. И лишь у 2-х больных рвота и 2-х – изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии в 2 раза чаще наблюдались симптомы «кишечной» диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 из 78 больных – 48,7%) наблюдался неустойчивый стул. У этих детей чаще также отмечался жидкий стул, кал был гомогенным светло-жёлтой окраски без патологических примесей (крови и слизи). Только 6 (7,6%) больных страдали метеоризмом, у 6 (7,6%) отмечались запоры, а у 2 больных (2,5%) определялось урчание в животе. У 3 больных (3,8%) нижний край печени выступал по передней аксиллярной и среднеключичной линии на 4 см и при пальпации был слегка болезненный. Эти дети перенесли год назад вирусный гепатит. Физическое развитие детей с субклинической формой лямблиоза оценивали методом центильных таблиц. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще была средней (у 64 из 78- 82%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Бледность кожи отмечена лишь у одного ребенка (1,2%). Костная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система у больных с субклинической формой лямблиоза не были изменены. Двое детей жаловались на головные боли, 4 больных на раздражительность. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2, в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных этой группы у всех детей наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Кроме того, у некоторых больных была относительно низкая масса тела и отставание в росте, что свидетельствовало в пользу нарушения всасывания пищевых веществ. Интерес представляла максимальная локализация боли при пальпации живота (табл. 2)

Таблица 2. Punctum maximum боли в животе при клинической форме лямблиоза

Punctum maximum боли	Число детей
Подложечкой	8 (12,9%)
В пилородуоденальной области	30 (48,3%)
Околопупочная область	9 (14,5%)
Подложечкой + пилородуоденальная области	12 (19,3%)
Подложечкой +правое подреберье	2 (3,2%)
Подложечкой+область угла Трейтца	- (0%)
Подложечкой+по ходу толстого кишечника	1 (1,6%)
Подложечкой+левая повздошная области	- (0%)

Как видно из таблицы 2, наиболее часто максимум боли при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза локализовались в пилородуоденальной и подложечкой + пилородуоденальной области у 42 из 62 детей (67,7%), что также свойственно поражению двенадцатиперстной кишки. У больных с клинической формой лямблиоза были поздние боли, появляющиеся натощак или через 1-2 часа после еды. Хотя боли были тупыми, они были более продолжительными, чем при субклинической форме [7]. Мойнигановский же ритм болей отмечался лишь у 5 из 62 (8%) больных. Значительно чаще, чем при субклинической форме наблюдались проявления «желудочной» диспепсии. Так,

тошнота была у 18 из 62 (29%) детей, отрыжка у 11 (17,7%), изжога у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита. Энтеральный синдром был более выраженным. Так, у 55 из 62 (88,7%) детей стул был неустойчивый. У 6 (9,6%) метеоризм и у 3 (4,8%) урчание в животе. При копрологическом исследовании в испражнениях обнаруживались лейкоциты, эпителиальные клетки, кристаллы жирных кислот. У 17 из 62 (27,4%) стул жидкий, с наличием мышечных волокон, соединительной ткани, растительной клетчатки (дуоденальный синдром) [8]. У 28 из 62 (12,9%) больных испражнения жидкие, обильные желто-серого цвета, мазевидные. При исследовании определялись нейтральные жиры, крахмальные зерна, мышечные волокна, что характерно для панкреатической недостаточности. Лишь у 2 из 62 (3,2%) в кале была слизь. У 13 из 62 (20,9%) детей с клинической формой лямблиоза нами выявлено увеличение печени. Из анамнеза известно, что эти дети перенесли ранее вирусный гепатит. Средней масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже средней у 17 (27,4%), а у 7 низкой (11,2%). Естественно, что при клинической форме лямблиоза чаще (у 24 из 62 -38,7%) отмечалось дисгармоничное развитие (разность коридоров 2 интервала). Бледность кожи отмечено у 41 из 62 (66,1%), а у 2 больных (3,2%) на туловище, груди, животе отмечалась крупнопятнистая сыпь аллергического характера (типа крапивницы). Со стороны костной системы и органов дыхания у исследуемых нами больных патологии не выявлено. У 3 из 62 (4,8%) детей прослушивался нежный систолический шум на верхушке сердца функционального характера. Границы относительной тупости в пределах возрастной нормы. Кроме того, больные часто жаловались на слабость (11 из 62 – 17,7%), раздражительность (18 детей – 29%), реже нарушения сна и головную боль. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8, в среднем составляя 2,5 цист в поле зрения.

Заключение. Таким образом, лямблиоз особенно у детей клинически проявляется многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжелых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, т.к. наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

Литература:

1. Алимжанова Р.Ю., Дехкан-Ходжаева Н.А. Лямблиоз в сочетании с глистной инвазией //Актуальные проблемы медицинской паразитологии: Сборник научных трудов – Ташкент, 1987. -С.63-65
2. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н Лямблиоз у детей.С-Пб.-2002. 40 с.
3. Зрячкин И.И., Цена Ю.С., Гроздова Т.Ю. Лямблиоз у детей. Саратов, ГМУ. - 2002. 24 с.
4. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека.//СПб.- 2008. - С. 124-131.
5. Семенов А.М. К вопросу о лямблиозе и его классификации. В кн.: Вопросы медицинской паразитологии. Л.: Изд-во ВМА им.С.М.Кирова, 1995. С. 48-56.
6. Ткаченко М. А. Роль хеликобактериоза и лямблиоза в генезе синдрома рецидивирующих болей в животе у детей: автореф. дис.. канд. мед. наук.-СПб., 2001. -21с.
7. Тураходжаева М.Г. Клинико-морфологическая характеристика поражения желудка при лямблиозе: автореф. дис.. канд. мед. наук. -Москва, 1980.-21с.
8. Hugo D. Lujan, Maria C. Touz. Protein trafficking in Giardia lamblia // Cellular Microbiology. 2003. - 5(7). - P. 427-434.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ И СОПРЯЖЕННЫЕ РИСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ АКУШЕРСКИХ ИСХОДОВ

Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Юлдашева Н.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Депрессия становится одной из ведущих болезней 21 века. Распространенность данной патологии среди беременных и рожениц варьирует от 4% до 20%, причем темпы вновь регистрируемых случаев заболевания у женщин значительно увеличились за последнее десятилетие.Цель данного обзора –оценить, имеется ли связь между антенатальной депрессией и неблагоприятными акушерскими исходами.

Материалы исследования: Поиск литературы проводился по базам данных PubMed, Cochrane и Medline которые были опубликованы до декабря 2020 года. Для рецензирования были отобраны статьи, посвященные влиянию антенатальной депрессии на дальнейшее течение и развитие акушерских осложнений.

Результаты: В изученных научных источниках представлены доказательства клинических исследований, согласно которым антенатальная депрессия таит повышенный риск преэклампсии, преждевременных родов и низкой массы тела при рождении, но не влияет на развитие синдрома ограничения роста плода.

Заключение: Антенатальная депрессия у женщин является весомым фактором рисков преэклампсии, преждевременных родов и перинатальных осложнений, что должно ориентировать клиницистов на выбор превентивной тактики, направленной на сокращение негативных исходов беременностей.

Ключевые слова: Антенатальная депрессия, преэклампсия, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии, преждевременные роды.

Депрессия – это универсальная болезнь, затрагивающая людей всех рас, обществ, и возраста. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, депрессия выявляется примерно у 350 миллионов человек во всем мире [20].

Депрессия становится одной из ведущих болезней 21 века. Антенатальная и постнатальная депрессия – распространенные состояния, возникающие у 30 % женщин, причем темпы вновь регистрируемых случаев заболевания у женщин значительно увеличились за последнее десятилетие[6].

Антенатальная депрессия является фактором риска развития послеродовой депрессии [19], в свою очередь, постнатальная депрессия увеличивает риск развития депрессивных эпизодов в последующих периодах жизни [4].

Аntenатальная депрессия чаще встречается у женщин африканской расы, у одиноких, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом[7]. Также в исследованиях ученых указано, что к факторам риска состояния можно отнести депрессию в личном или семейном анамнезе, юный возраст, низкий уровень образования, низкий социально-экономический статус, табакокурение, предменструальный синдром в анамнезе, большое количество предыдущих беременностей, нежелательную данную беременность, наличие аборт, высокий уровень стресса у матери, возникновение стрессовых событий, отсутствие поддержки семьи, страх перед родами, потерю интереса к семье со стороны мужей партнеров [15].

Группой авторов в нескольких работах было показано, что невылеченная к моменту зачатия депрессия может инициировать повышенное употребление психоактивных веществ, недостаточное использование дородовой помощи и недостаточную прибавку массы тела беременной[8].

Согласно данным, до 30% беременных испытывают весьма серьезные депрессивные симптомы, что подтолкнуло многих исследователей к изучению их влияния на акушерские исходы.

Отдельные обсервационные и аналитические эпидемиологические исследования показывают, что депрессивные симптомы во время антенатального периода могут способствовать негативным акушерским и неонатальным исходам, среди которых низкий вес при рождении, преждевременные роды затяжное течение родового процесса, проблемы с началом грудного вскармливания[5].

Представляется важным осуществлять скрининг депрессии в ранние сроки беременности при первом визите к врачу, поскольку вероятность развития неблагоприятных исходов для матери и плода, при не диагностированных случаях, весьма высока [13].

Несмотря на остроту проблемы, диагностика депрессии в акушерской практике остаётся затруднительной. В настоящее время в практическом отношении принято считать более приемлемыми рейтинговые инструменты скрининга, где учитываются баллы, набранные пациентами при опросе, хотя эти инструменты имеют довольно низкую чувствительность и специфичность.

К наиболее распространенным рейтинговым инструментам можно отнести «Эдинбургскую шкалу Постнатальной Депрессии» (ЭШПД), которая, по существу, была предложена для оценки состояния пациенток с послеродовой депрессией. Применение этого инструмента обусловлено тем, что до сих пор не существует ни одного специфического инструмента скрининга антенатальной депрессии [3].

Депрессивные симптомы, выявленные с помощью инструментов самооценки депрессии во время беременности, по мнению некоторых авторов, сами по себе относятся к факторам риска оперативного родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы) и преэклампсии. Однако выводы о взаимосвязи между дородовой депрессией/депрессивными симптомами и оперативными родами и/или преэклампсией противоречивы. Авторы ряда публикаций указали, что депрессия/депрессивные симптомы во время беременности в значительной степени коррелируют с оперативным родоразрешением и/или с преэклампсией, в то время как в других исследованиях прямой связи не выявлено.

Сосредоточенность многих исследований на проблеме преэклампсии у женщин с депрессией/депрессивными симптомами несомненно актуальна. Выводы относительно связи между депрессией и преэклампсией согласуются с некоторыми другими исследованиями в этой области.

С физиологической точки зрения эта ассоциация обусловлена по меньшей мере рядом причин. Прежде всего, депрессия может быть фактором риска развития сердечно-сосудистых нарушений, опосредованных серотонином: повреждение эндотелия, вазоконстрикция, активация и агрегация тромбоцитов. Пациенты с депрессией испытывают сильный стресс, а стресс, в свою очередь, активизирует систему гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников, что последовательно повышает уровень кортикостероидов и катехоламинов[16]. Стресс также активизирует симпатическую нервную систему и воздействует на иммунную систему. Известно, что высокий уровень кортикотропин-релизинг-гормона и повышенная симпатическая активность наблюдается у женщин с преэклампсией. Повышенное сопротивление маточных артерий при депрессии или тревожных состояниях матери может быть первичным проявлением или даже причиной преэклампсии.

Связь между дородовой депрессией и преэклампсией может быть прямой или косвенной. Депрессия может напрямую влиять на сосудистое сопротивление[1], но, более вероятно, что могут существовать патогенетические механизмы общие как для антенатальной депрессии, так и преэклампсии. Аналогичные предположения относительно имеющих вероятных общих патогенетических механизмов депрессии и преэклампсии, как дисфункция гипоталамо – гипофизарной системы, ослабление иммунной системы и активация вазоактивных гормонов [2].

Системные воспалительные реакции и реакции окислительного стресса были рассмотрены в качестве возможных факторов, вовлеченных в патогенез преэклампсии, примечательно, что маркеры этих процессов также повышены у лиц с депрессией.

По меньшей мере, три исследования, касающиеся возможной инициирующей преэклампсию роли депрессии/депрессивных симптомов, оценили эту связь как положительную. В первом исследовании сообщалось, что женщины с диагнозом депрессии во время беременности имели повышенный риск преэклампсии[12]. Другое исследование, в котором в качестве основного критерия использовался диагноз дородовой депрессии, также констатировало повышенный риск преэклампсии[17]. Умеренная и тяжелая антенатальная депрессия, оцененная ретроспективно, ассоциировалась с повышенным риском преэклампсии и в одном из когортных исследований, проведенных в Иране [11].

Однако в иных, более ранних работах, связь между антенатальной депрессией и преэклампсией не была определена [9].

Депрессия и тревожность на ранних сроках беременности, а также риски преэклампсии были изучены при антенатальном наблюдении за когортой из 623 здоровых первородящих финских женщин, родившихся вне брака, с момента их первого антенатального визита к врачу между 8-17 неделями гестации. Все женщины были обследованы во время того же визита на предмет выявления депрессии и тревоги с помощью структурированного вопросника. В последующем, из 623, у 28 женщин (4.5%) развилась преэклампсия до 37 недель беременности [14]. Авторы пришли к заключению, что женщины, страдающие депрессией, подвергаются повышенному риску последующей преэклампсии, нуждаются в дополнительной социальной и психологической поддержке и тщательном антенатальном наблюдении для выявления симптомов ранней преэклампсии.

Кью и коллеги показали, что депрессия и депрессивные симптомы были связаны с повышенным риском преэклампсии и среди перуанских женщин. Тревожное состояние было выявлено у 16%, а преэклампсия - у 4,5%. Как депрессия, так и тревожные состояния в одинаковой мере ассоциировались с повышенным риском развития преэклампсии. Однако этот риск не увеличивался при получении пациентками более высоких баллов по шкале определения депрессии и депрессивных расстройств [18].

Антенатальная депрессия может усугубить клинические проявления и тяжесть преэклампсии, однако риски преэклампсии закладываются на ранних сроках беременности – во время имплантации, и, следовательно, остаются спорными утверждения о роли преэклампсии, как фактора риска антенатальной депрессии.

В двух опубликованных мета-анализах описаны результаты обсервационных исследований, касающихся влияния депрессии/депрессивных симптомов на неонатальные и акушерские исходы. Мета-анализы учитывали работы, в которых для определения тяжести и клинически значимых депрессивных симптомов использовались инструменты самооценки [9,10]. В одном из них продемонстрирована сильная связь между антенатальной депрессией/депрессивными симптомами и риском преждевременных родов, низкой массой тела при рождении, при том, что связи с внутриутробным ограничением роста плода установить не удалось [10]. В другом мета-анализе также прослежена взаимосвязь между депрессией/депрессивными симптомами у беременных и риском преждевременных родов, низкой массой тела при рождении у младенцев, баллами по шкале Апгар на 5 минуте, началом грудного вскармливания, приемом либо переводом в отделение интенсивной терапии новорожденных и преэклампсией. Оказалось, что из всех изученных исходов, только преждевременные роды и проблемы при начале грудного вскармливания были статистически значимо связаны с материнской депрессией и депрессивными симптомами [9].

В исследовании была показана, что антенатальная депрессия таит повышенный риск преждевременных родов (ПР) и низкой массы тела при рождении, но не влияет на развитие синдрома ограничения роста плода. [10].

Еще одно исследование было сфокусировано на анализе возможного риска ограничения риска ограничения роста при дородовой депрессии в зависимости от числа выкуриваемых сигарет в день [22]. Также предположена связь между увеличенной продукцией кортикотропина при депрессии и вероятностью развития преждевременных родов [21].

Таким образом, накопленные к настоящему времени данные о влиянии антенатальной депрессии на акушерские и перинатальные результаты достаточно многочисленны, и демонстрируют их очевидную связь. Эффективный уход в отношении беременных с антенатальной депрессией может быть затруднен, так как женщины редко обращаются за консультацией. Отчасти это связано с тем, что они ассоциируют симптомы депрессии с изменениями, связанными с беременностью. Не исключается, что женщины часто опасаются социальной стигматизации, связанной с послеродовой депрессией. Обеспечение надлежащего антенатального наблюдения за беременной с депрессией/депрессивными симптомами с привлечением специалиста – психотерапевта и проведением превентивного лечения может способствовать снижению рисков негативных исходов, а также профилактике послеродовой депрессии.

Литература:

1. Ananth C.V., Keyes K.M., Wapner R.J. Pre-eclampsia rates in the United States, 1980–2010: age-period-cohort analysis // *BMJ*. – 2013. – 347. – С.65–64.
2. Ajinkya S., Jadhav P.R., Srivastava N.N. Depression during pregnancy: prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai // *Ind Psychiatry J*. – 2013. – 22. С.37–40.
3. Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg et. al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy // *J. Psychosom. Res.* -- 2011. -- 7. – С. 385–389.
4. Dagklis T., Papazisis G., Tsakiridis I. et. al. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* -- 2016. -- 51 -- С. 1025–1031.
5. Dagklis T., Tsakiridis I., Chouliara F. et. al. Antenatal depression among women hospitalized due to threatened preterm labor in a high risk pregnancy unit in Greece // *J. Matern Fetal Neonatal Med.* -- 2018 -- 31--7-- С. 919–925.
6. De Vargas, Nunes Coll C., Freitas da Silveira et. al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a southern Brazilian population based cohort study // *Journal of Affective Disorders.* -- 2017. -- 209. -- С.140–146.
7. Dibaba Y., Fantahun M., Hindin M.J. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia // *BMC Pregnancy Childbirth.* -- 2013. -- 13. -- С. 135.
8. Domar A.D., Moragianni V.A., Ryley D.A. et. al. The risks of selective serotonin reuptake inhibitor use in infertile women: a review of the impact on fertility, pregnancy, neonatal health and beyond // *Hum Reprod.* -- 28. -- С. 160–171.
9. Grigoriadis S., VonderPorten E.H., Mamisashvili L. et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis // *J. Clin Psychiat.* -- 2013. -- 74. -- С. e321–e341.
10. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R. et. al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction // *Arch Gen Psychiat.* -- 2010. -- 67. -- С. 1012–1024.

11. Kharaghani R., Geranmaye M., Janani L. et al. Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran // Arch Gynecol Obstet. -- 2012. -- 286. -- С. 249–253.
12. Kim D.R., Sockol L.E., Sammel M.D. et al. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. // Arch Womens Ment Health. -- 2013. -- 16. -- С. 475–482.
13. Koutra K., Vassilaki M., Georgiou V. et al. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete // Greece Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol. -- 2017. -- 49. -- 5. -- С. 711–721.
14. Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R. et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia // Obstet Gynecol. -- 2000. -- 95. -- С. 487–490.
15. Nasreen H.E., Kabir Z.N., Forsell Y. et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh // BMC Womens Health. -- 2011 -- 11. -- С. 22.
16. Orta O.R., Gelaye B., Bain P.A. et al. The association between maternal cortisol and depression during pregnancy, a systematic review // Arch Womens Ment Health. -- 2018. -- 21. -- С. 43–53.
17. Palmsten K., Setoguchi S., Margulis A.V. et al. Elevated risk of preeclampsia in pregnant women with depression: depression or antidepressants? // Am J Epidemiol. -- 2012. -- 175. -- С. 988–997.
18. Qiu C., Sanchez S.E., Lam N. et al. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study // BMC Womens Health. -- 2007. -- 7. -- С. 15.
19. Verreault N., Da Costa D., Marchand, A. et al. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset // Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. -- 2014. -- 35. -- 3. -- С. 84–91.
20. WHO. World Health Organisation. // Improving Maternal Mental Health: Millennium Developmental. -- 2008. -- С. 5
21. Yedid Sion M., Harlev A., Weintraub A.Y. et al. Is antenatal depression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes? // J Matern Fetal Neonatal Med. -- 2016. -- 29. -- 6. -- С. 863–867.
22. Zhu S.H., Valbø A. Depression and smoking during pregnancy // Addictive Behaviors. -- 2002. -- 27. -- С. 649–658.

СИНДРОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Усманов С.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. В настоящее время в мировой практике предложено несколько вариантов классификаций преэклампсии [1, 3]. В нескольких исследованиях сообщалось о повышенной частоте неблагоприятных исходов беременности при гестационной гипертензии (ГГ) без протеинурии [5], что заставляет задуматься о целесообразности использования протеинурии в качестве диагностического критерия ПЭ. Несмотря на то, что существует консенсус относительно включения нарушения функции органов в диагностические критерии ПЭ, не было достигнуто единого мнения о том, следует ли включать СОРП в диагностическую классификацию. Так, Американский колледж акушеров - гинекологов (ACOG) не включил синдром ограничения роста плода (СОРП) в обновленный и пересмотренный список диагностических критериев ПЭ [1], тогда как Международное общество по изучению гипертонии у беременных (ISSHP), напротив, предлагает использовать этот критерий [3]. В настоящем исследовании мы предприняли попытку рассмотреть синдром ограничения роста плода (СОРП) в качестве клинического признака преэклампсии (ПЭ).

Пациенты и методы. В наше исследование были включены случаи одноплодной беременности, при которых преэклампсия развивалась на сроках гестации менее 34 недель. Исследование проводилось на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии, детской гинекологии ТашПМИ в 2017-2019 гг. В качестве диагностических признаков ПЭ использовались критерии международного общества по изучению гипертонии у беременных (ISSHP).

Для постановки диагноза СОРП использовались следующие критерии: предполагаемая масса плода для данного срока гестации менее 10-го перцентиля, а также наличие нарушений кровотока в пупочной артерии.

Согласно условиям планирования исследования, критериями прерывания беременности со стороны матери являлись: 1) резистентная к терапии гипертензия; 2) развитие эклампсии, либо признаки надвигающейся эклампсии; 3) HELLP синдром; 4) появление признаков отека легких; 5) острая почечная дисфункция; 6) отслойка плаценты; и 7) тяжелая гипертензия. Критерием прерывания беременности со стороны плода явилось усугубление нарушений кровотока в пупочной артерии. Из исследования исключались женщины с внутриутробной гибелью плода, наступившей после диагностирования ПЭ, и те пациентки, у которых беременность было невозможно пролонгировать свыше 48 часов после постановки диагноза ПЭ. Также были исключены случаи многоплодной беременности, пороков развития плода.

Участницы исследования были разделены на две основные группы: группа с наличием только гипертензии и СОРП (N=12), а также группа с наличием у беременных гипертензии, протеинурии и признаков полиорганной дисфункции (N=30). Разделение на группы происходило в момент постановки диагноза ПЭ. Кроме того, первую группу пациенток разделили на две подгруппы в зависимости от развития у них в последующем протеинурии или дисфункции органов (Рисунок 1).

Основным первичным исходом в исследовании был выбран временной интервал продолжения беременности от момента постановки диагноза ПЭ до родоразрешения. Вторичными исходами стали способ родоразрешения, спектр осложнений у матери, включая протеинурию, нарушение функции почек, поражение печени, гематологические осложнения, отек легких, эклампсию, HELLP-синдром и ПОНРП. В качестве вторичных исходов также учитывались неонатальные данные о весе при рождении, оценке по шкале Апгар на 5 минуте, перевод в ОРИТ, внутриутробная гибель плода.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета Stata V14.2 (StataCorp LLC). В каждой группе для непрерывных переменных рассчитывались значения средних, процентное отношение. Там, где было уместно, применялся U-критерий Манна-Уитни. Для обнаружения различий в категориальных данных по группам использовались точные тесты Фишера. Результаты считались достоверными при $P < 0,05$.

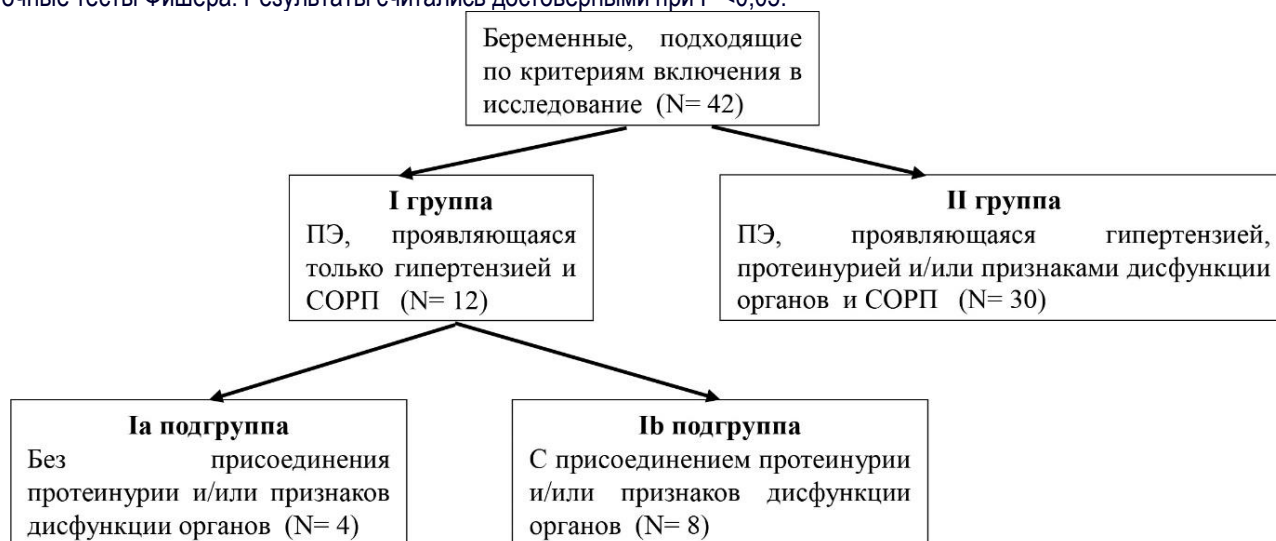


Рис. 1. Дизайн исследования

Результаты исследования. Всего в исследование было включено 32 женщины, у которых диагноз ПЭ был установлен на сроках гестации менее 34 недель. В первую и вторую группу были включены 12 и 30 женщин соответственно. В таблице 1 представлены характеристики участниц, а также указаны и признаки, явившиеся основанием для постановки диагноза ПЭ в обеих группах исследования. Между группами не отмечено статистических различий по возрастным характеристикам, частоте включения в группы первородящих и индексу массы тела (ИМТ) до беременности. Также не было различий в гестационных сроках на момент постановки диагноза ПЭ (29,1 против 30,1 недель, $P = 0,36$). Во второй группе наиболее частым критерием для постановки диагноза преэклампсии служили протеинурия (86,7,0%), затем следовала тромбоцитопения (13,3%). СОРП во второй группе был зарегистрирован в 13 случаях (43,3%).

В таблице 2 представлено сравнение исходов беременности между основными группами. Наблюдалась тенденция к повышению срока гестации на момент родов в первой группе, однако разница не имела статистической значимости (32,9 и 31,9 недель соответственно, $P = 0,61$). В первой группе отмечено статистически значимое повышение интервала от момента диагностирования ПЭ до родоразрешения (20 и 11 дней соответственно, $P = 0,047$). В этой же группе у 12 пациенток впоследствии развились протеинурия или органная дисфункция (подгруппа Ib), и среди этих пациенток продолжительность беременности от начала протеинурии или органной дисфункции до родоразрешения не отличалась от таковой во второй основной группе исследования ($P = 0,23$).

Таблица 1. Характеристики матери и критерии постановки диагноза преэклампсии в основных сравниваемых группах

Характеристика матери	Группа I (N = 12)	Группа II (N = 30)	Значение P
Возраст матери	24 (19-35)	23 (19-36)	0,55
Первородящие	7 (58,3%)	19 (63,3%)	0,98
Индекс массы тела до беременности	22,4 (18,1-30,1)	21,9 (18,3-31,1)	0,78
Гестационный срок на момент диагностирования ПЭ (нед)	29,1 (24,5-32,9)	30,1 (26,3-33,5)	0,36
Критерии диагноза ПЭ			
СОРП	12 (100%)	13 (43,3%)	< 0,01
Протеинурия	0 (0%)	26 (86,7%)	< 0,01
Нарушение функции печени	0 (0%)	3 (10,0%)	0,33
Гематологические нарушения	0 (0%)	4 (13,3%)	0,15

Между основными группами не отмечено различий в способе родоразрешения, частоте материнских осложнений, частоте внутриутробной гибели плода, весе плода при рождении, оценке по шкале Апгар и частоте госпитализации новорожденных в ОРИТ.

В таблице 3 представлено сравнение исходов беременности в подгруппах Ia и Ib. В сравнении с подгруппой Ib у беременных подгруппы Ia, как правило, преэклампсия диагностировалась на более поздних сроках гестации (31,4 и 28,4 недели соответственно, $P = 0,031$), также у этих беременных отмечены более поздние сроки завершения беременности (34,8 и 32,2 недели соответственно, $P = 0,035$).

Кроме того, интервал от постановки диагноза ПЭ до родоразрешения также был больше в подгруппе Ia, хотя разница не имела статистической значимости (19 и 15 дней соответственно, $P = 0,45$). В подгруппах не выявлено различий в частоте кесарева сечения, оценках по шкале Апгар на 5 минуте, частоте перевода новорожденных в ОРИТ.

Обсуждение. Из 42 случаев преэклампсии, включенных в это исследование, у 12 (28,6%) пациенток была диагностирована преэклампсия исключительно в сочетании с СОРП (I группа). В сравнении со II группой, в I группе мы обнаружили значительное увеличение периода от момента диагностирования преэклампсии до родоразрешения (20 и 11 дней соответственно, $P = 0,047$). Из 12 случаев в I группе у 8 (66,7%) впоследствии развились признаки нарушения функции внутренних органов. Статистических различий в продолжительности беременности от регистрации протеинурии или признаков дисфункции органов до родоразрешения между основными группами не отмечено (7 и 7 дней соответственно, $P = 0,36$). Группы Ia и Ib значительно различались как по срокам гестации на момент постановки диагноза ПЭ (28,4 и 31,4 недели соответственно, $P = 0,031$), так и по срокам завершения беременности (34,8 и 32,2 недель соответственно, $P = 0,035$).

Таблица 2. Исходы беременности в основных сравниваемых группах

	Группа I (N = 12)	Группа II (N = 30)	Значение P
Гестационный срок к моменту родов (нед.)	32,9 (28,1-37,2)	31,9 (28,0-38,2)	0,61
Пролонгирование беременности (дни)	20 (2-52)	11 (2-45)	0,047
Пролонгация беременности после появления дисфункции органов (дни)	7 (0-22)	7 (2-42)	0,36
Кесарево сечение	9 (75,0)	25 (83,3)	0,51
Исходы у матери			
Нарушение функции печени	1 (8,3)	9 (30)	0,23
Почечная недостаточность	0 (0)	2 (6,7)	0,54
Гематологические нарушения	4 (33,3)	13 (43,3)	0,45
Отек легких	0 (0)	2 (6,7)	0,98
Эклампсия	0 (0)	1 (3,3)	0,97
HELLP синдром	0 (0)	2 (6,7)	0,54
ПОНРП	2 (16,7)	4 (13,3)	0,64
Внутриутробная гибель плода	1 (8,3)	2 (6,7)	0,87
Исходы для новорожденных			
Вес плода при рождении (гр)	1256 (348-2478)	1378 (352-287)	0,71
Оценка по Апгар <7 на 5 минуте	3 (25,0)	4 (13,3)	0,78
Перевод в ОРИТ	9 (75,0)	21 (70,0)	0,65

Таблица 3. Сравнение исходов беременности и родов в подгруппах Ia и Ib

	Подгруппа Ia (N = 4)	Подгруппа Ib (N = 8)	Значение P
Гестационный срок на момент диагностирования ПЭ (нед.)	31,4 (25,4-32,9)	28,4 (25,1-32,1)	0,031
Гестационный срок к началу дисфункции органов (нед.)	-	28,4 (25,3-32,4)	-
Гестационный срок к моменту родов (нед.)	34,8 (32,7-37,1)	32,2 (26,2-35,4)	0,035
Пролонгация беременности после появления дисфункции органов (дни)	-	8 (0-21)	-
Пролонгация беременности от момента диагностирования ПЭ (дни)	19 (3-41)	15 (2-38)	0,45
Кесарево сечение	3 (75,0)	7 (87,5)	0,59
Вес плода при рождении (гр)	1723 (987-2478)	842 (385-1951)	0,03
Оценка по Апгар < 7 на 5 минуте	1 (25,0)	1 (12,5)	1,00
Перевод в новорожденного ОРИТ	4 (100,0)	8 (62,5)	0,25

Эти результаты позволяют предположить, что наличие протеинурии или появление дисфункции органов более точно отражает прогрессирование ПЭ, чем наличие СОРП, и в этой связи, в большей степени подходят в качестве диагностических критериев преэклампсии.

Частота выявления преэклампсии, по мнению авторов некоторых работ, может увеличиваться за счет изменения критериев диагностики, т.е. если в них включают плацентарную дисфункцию или тромбоцитопению [4]. В нашей работе в 28,6% диагноз ПЭ выставлялся только при наличии гипертензии и СОРП. Среди этих беременных отмечено увеличение интервала от момента постановки диагноза до родоразрешения. В одной из недавних работ исследована связь между СОРП и увеличением периода от диагностирования ПЭ до завершения беременности [6]. Согласно результатам, наличие СОРП ассоциировалось с небольшим увеличением гестации, в среднем на 3 дня (диапазон 1–6 дней), что было значительно короче, чем в случаях, когда ПЭ не сочеталась с СОРП (в среднем 5 дней, диапазон 2–12 дней). Однако авторы не изучали варианты преэклампсии, включающие только гипертензию в сочетании с СОРП. Полученные нами результаты о большей пролонгации беременности в I группе, могут свидетельствовать о том, что включение СОРП в критерии диагностики ПЭ не вполне точно отражает динамику прогресса преэклампсии.

Кроме того, протеинурия или органная дисфункция не наблюдались примерно в одной трети случаев у пациенток I группы. У остальных пациенток продолжительность беременности от появления признаков дисфункции органов до

родов была такой же, как и во II группе. Эти находки позволяют предположить, что начало дисфункции органов более точно отражает прогрессирование ПЭ и более подходит в качестве диагностического критерия, чем СОРП.

Гестационную гипертензию и преэклампсию относят к прогрессирующим патологическим процессам, при этом СОРП, протеинурия и признаки дисфункции органов могут присоединиться после манифестации гипертензивных нарушений. Лишь в нескольких работах изучалась взаимосвязь между продолжительностью беременности, временем манифестации СОРП и дисфункции органов у одной и той же беременной. В одной из недавних публикаций сообщалось о повышении частоты рождения детей с малой для гестационного срока массой среди беременных с преэклампсией [2]. Данные результаты вполне согласуются с регистрацией в нашем исследовании СОРП в 41 случае из 69. Вместе с тем, результаты нашей работы могут привести к предположению, что случаи, когда ПЭ сочетается только с гипертензией и СОРП, имеют различное клиническое течение и прогноз, что зависит от того, присоединится ли в последующем протеинурия и признаки органной дисфункции.

Поскольку существует вероятность включения случаев с большей пролонгацией беременности, но без развития протеинурии или признаков дисфункции органов, включение СОРП в диагностические критерии ПЭ не может точно отражать динамику прогрессирования преэклампсии. В этой связи, на основании полученных нами данных, мы можем заключить, что использование протеинурии или признаков дисфункции органов в качестве диагностических критериев преэклампсии, позволяет точнее оценить динамику течения этого процесса.

Литература:

1. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy // *Obstet Gynecol.* – 2013. – Nov. – Т. 122, № 5. – С. 1122-31.
2. Bernardes T. P., Mol B. W. Et al. Early and late onset pre-eclampsia and small for gestational age risk in subsequent pregnancies // *PLoS One.* – 2020. – Т. 15, № 3. – С. e0230483.
3. Brown M. A., Magee L. A., Kenny L. C. et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice // *Pregnancy Hypertens.* – 2018. – Jul. – Т. 13. – С. 291-310.
4. Tochio A., Obata S., Saigusa Y. et al. Does pre-eclampsia without proteinuria lead to different pregnancy outcomes than pre-eclampsia with proteinuria? // *J Obstet Gynaecol Res.* – 2019. – Aug. – Т. 45, № 8. – С. 1576-1583.
5. Tomimatsu T., Mimura K., Matsuzaki S. et al. Preeclampsia: Maternal Systemic Vascular Disorder Caused by Generalized Endothelial Dysfunction Due to Placental Antiangiogenic Factors // *Int J Mol Sci.* – 2019. – Aug 30. – Т. 20, № 17.
6. Turbeville H. R., Sasser J. M. Preeclampsia beyond pregnancy: long-term consequences for mother and child // *Am J Physiol Renal Physiol.* – 2020. – Jun 1. – Т. 318, № 6. – С. F1315-f1326.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК ПО ГЕНУ ACE У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С СД 1 ТИПА

Рахимова Г.Н.², Садикова А.С.¹

1 - Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

2 – Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова, МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Введение. Сахарный диабет (СД) и его осложнения, масштабы которых продолжают с каждым годом увеличиваться, причиняет большие человеческие страдания и огромные экономические затраты. Пропорционально росту заболеваемости диабетом растут хронические осложнения заболевания. Ежегодно от осложнений умирает 5,5% больных сахарным диабетом, причем смертность среди этой категории пациентов в 2–4 раза выше, чем у лиц без нарушений углеводного обмена.

Сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа) – одно из наиболее тяжелых эндокринных заболеваний детей и подростков. Драматизм проблемы СД 1 типа в популяции детей и подростков определяется выраженным нарушением качества жизни ребенка, ранним развитием осложнений с инвалидизацией больных и снижением продолжительности жизни [Сурикова С.В., 2008; Панфилова В.Н., 2010].

Основную угрозу представляют поздние осложнения СД, в частности диабетическая нефропатия (ДН). ДН развивается в основном через 5-10 лет от начала болезни и достаточно быстро приводит к хронической почечной недостаточности (ХПН) – каждый четвертый-пятый больной СД 1 типа умирает от ХПН [Шестакова МВ, Дедов ИИ. 2009; Кураева Т.Л., 2003].

По данным скрининга проведенного в Узбекистане за 2012 год распространенность ДН 4-5 степени составило 4,8% среди детей и 10,8% среди подростков с СД 1 типа. [Рахимова Г.Н., Алимова Н.У., 2015]. Для отработки оптимальной стратегии ведения пациентов с прогрессирующим снижением функции почек требовались единые, согласованные во всем нефрологическом мире, определения и классификация. Этому способствовало создание в 2002 г., с пересмотром в 2012 г. в рамках развития Инициативы по улучшению качества исходов болезни почек (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative – KDOQI) Национального почечного фонда США рекомендаций, в первой части которых содержались определение и разделение на стадии нового наднозологического понятия «хроническая болезнь почек» (ХБП) [Земченков А., 2007; KDOQI, 2012; Coresh J., 2007; Levey A., 2007].

Термин ХБП в педиатрии впервые применил R.J. Hogg в 2003 г., определение и классификация данного состояния по стадиям у детей не отличаются от таковых у взрослых [Hogg R., 2003]. Рекомендации K/DOQI определяют ХБП не

зависимо от возраста больного как наличие повреждения почек в течение 3 и более месяцев, характеризующееся структурными или функциональными нарушениями почек с или без снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [KDOQI, 2012].

Одним из ведущих направлений в развитии нефрологии является молекулярно-генетическое изучение эндогенных/генетических факторов, приводящих к болезни. Для изучения роли наследственных факторов в развитии заболеваний используется определение полиморфных маркеров генов-кандидатов. В качестве генов-кандидатов продукты, экспрессии которых могут определять скорость прогрессирования почечной недостаточности, рассматривают в первую очередь гены, кодирующие компоненты ренин-ангиотензин-альдостероновой системы [Калиев Р.Р., 2005; Зяблицев С.В., 2012; Викулова О.К., 2003.]. Актуально изучение клинико-генетических особенностей ХБП с целью понимания патогенетических механизмов формирования нефросклероза и улучшения превентивных мероприятий. Исследование полиморфных маркеров генов, кодирующих белки-регуляторы и рецепторы ренин-ангиотензиновой системы, позволяет выявить группы больных с повышенным риском развития прогрессирования патологического процесса, микрососудистых осложнений. Генетические исследования могут стать основой для персонализации заболеваний почек.

В литературе за последние 5-10 лет нет данных по оценке СКФ в зависимости от I/D полиморфизма гена ACE при сахарном диабете. Впервые у детей и подростков с СД 1 типа узбекской популяции будет изучено взаимосвязь I/D полиморфизма гена ACE со стадией хронического заболевания почек согласно новым рекомендациям K/DOQI (2012г).

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек и изучить взаимосвязь I/D полиморфизма гена ACE со стадией хронического заболевания почек у детей и подростков узбекской популяции с СД 1 типа согласно новым рекомендациям K/DOQI (2012г).

Материалы и методы: обследовано 120 детей и подростков с СД 1 типа, из них лиц мужского пола - 53 (44,2%) и женского пола - 67 (55,8%). Средний возраст больных составил 13,8±2,7 лет (Me 15,0; IQR 13,0-16,0).

Для быстрой оценки и мониторинга функции почек оценивали величину СКФ, которая достаточно информативно отражает состояние почек. Между уровнем СКФ и наличием тех или иных проявлений или осложнений ХБП существует тесная связь. Всем детям был произведен расчет СКФ (pСКФ) по формуле Шварца с учетом пола и возраста: СКФ=[0,0484* рост (см)]/креатинин крови (мкмоль/л), полученные данные были стандартизованы на поверхность тела. [Иванова И.Е., 2011].

Стадии хронической болезни почек классифицировали в соответствии с рекомендациями K/DOQI(2012г.) по СКФ: I стадия - СКФ ≥ 90мл/мин/1,73м2, II - СКФ 89-60 мл/мин/1,73м2, III - СКФ 59-30 мл/мин/1,73м2, IV - СКФ 29-15 мл/мин/1,73м2, V - СКФ 15 и менее мл/мин/1,73м2.

Таблица 1. Клинические показатели в зависимости от стадии ХБП

Показатели		ХБП стадия, n=120							
		I, n=69 (57,5%)		II, n=21 (17,5%)		III, n=12 (10,0%)		IV, n=18 (15,0%)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Пол	мужской	34	49,3	7	33,3	5	41,7	7	38,9
	женский	35	50,7	14	66,7	7	58,3	11	61,1
Возраст дебюта заболевания									
от 1 до 5 лет		17	24,6	5	23,8	2	16,7	3	16,7
от 5 до 10 лет		30	43,5	11	52,4	6	50,0	10	55,6
≥10 лет		22	31,9	5	23,8	4	33,3	5	27,8
Длительность заболевания									
до 1 года		5	7,3	3	14,3	1	8,3	-	-
от 1 до 5 лет		21	30,4	1	4,8	4	33,3	3	16,7
от 5 до 10 лет		23	33,3	5	23,8	2	16,8	6	33,3
≥10 лет		20	29,0	12	57,1	5	41,7	9	50,0
HbA1c ≤7,5%		22	31,9	5	23,8	1	8,3	-	-
HbA1c >7,5%		47	68,1	16	76,2	11	91,7	18	100,0
Возраст, лет		13,2±3,1		14,5±1,6 pI=0,07		14,2±2,2 pI=0,28		14,9±1,6 pI=0,03	
Возраст дебюта заболевания, лет		7,3±3,7		7,1±3,4 pI=0,83		7,9±4,0 pI=0,61		6,9±2,8 pI=0,67	
Длительность заболевания, лет		6,1±3,9		7,4±3,9 pI=0,19		6,2±3,9 pI=0,94		8,1±3,2 pI=0,05	

Примечание: pI- достоверность по отношению к показателю в группе ХБП I стадия

Выделение геномной ДНК и генотипирование по I/D полиморфному маркеру гена АПФ (проводили в лаборатории Функциональной Геномики Человека Института генетики и экспериментальной биологии растений АН РУз). Выделение ДНК проводили по методу Higuchi H.Erich (1989) с использованием сухого набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ STATISTICA 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$, а также медианы (Me) и 25 и 75 перцентили (IQR). Различия между группами считали статистически значимыми при $p=0,05$.

Результаты исследования. Согласно концепции ХБП, оценка стадии почечной патологии осуществляется по величине СКФ, признанной как наиболее полно отражающей количество и суммарный объем работы нефронов, в том числе связанной с выполнением не экскреторных функций (табл. 1.).

При анализе показателей стадии ХБП в зависимости от возраста дебюта заболевания не выявились достоверные различия между группами обследованных. При анализе длительности заболевания выявилось, что по мере увеличения продолжительности заболевания увеличиваются случаи прогрессирования ХБП III и IV стадии.

Анализ уровня HbA1c в зависимости от стадии ХБП показал, что даже у детей с СД в стадии компенсации (HbA1c $\leq 7,5\%$) отмечается ХБП II (23,8%) и III (8,3%) стадии. Использование новой классификации K/DOQI (2012 г.) позволяет выявить снижение функции со стороны почек на более ранних этапах, у 61,9% детей и подростков с СД 1 типа ещё на стадии НАУ выявлена II стадии ХБП, у 16,7% - III стадии ХБП. Также, у 28,6% и 75,0% детей и подростков на стадии МАУ отмечается ХБП II и ХБП III стадии соответственно (табл. 2.).

Таблица 2. СКФ в зависимости от стадии альбуминурии и ХБП

Показатели	ХБП стадия, n=120							
	I, n=69 (57,5%)		II, n=21 (17,5%)		III, n=12 (10,0%)		IV, n=18 (15,0%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
НАУ(A1)	37	53,6	13	61,9	2	16,7		
МАУ(A2)	32	46,4	6	28,6	9	75,0	3	16,7
ВПУ(A3)			2	9,5	1	8,3	15	83,3
СКФ (мл/мин/1,73м2)								
Средние показатели	168,9 \pm 58,4		78,4 \pm 8,6 pI=0,0001		38,2 \pm 5,9 pI=0,0001		22,8 \pm 3,8 pI=0,0001	
НАУ(A1)	181,6 \pm 61,4		80,6 \pm 7,5 pI=0,0001		45,1 \pm 9,5 pI=0,0001			
МАУ(A2)	154,1 \pm 51,8		76,4 \pm 10,6 pI=0,0001		36,6 \pm 4,6 pI=0,0001		20,3 \pm 2,4 pI=0,0001	
ВПУ(A3)			70,6 \pm 5,2		38,2 \pm 5,9 pII=0,0001		23,3 \pm 3,9 pII=0,0001	

Примечание: pI- достоверность по отношению к показателю в группе ХБП I стадия;; pII- достоверность по отношению к показателю в группе ХБП II стадия. НАУ – нормаальбуминурия, МАУ - микроальбуминурия, ВПУ - выраженная протеинурия.

Таблица 3. Клинические показатели в зависимости от I/D полиморфизма гена ACE

Показатели		Генотип					
		II n=49(40,8%)		ID n=28(23,3%)		DD n=43(35,8%)	
		n	%	n	%	n	%
Пол	мужской	25	51,0	12	42,9	16	37,2
	женский	24	49,0	16	57,1	27	62,8
Возраст дебюта заболевания							
от 1 до 5 лет		15	30,6	3	10,7	9	20,9
от 5 до 10 лет		20	40,8	13	46,4	24	55,8
≥ 10 лет		14	28,6	12	42,9	10	23,3
Длительность заболевания							
до 1 года		4	8,2	3	10,7	2	4,6
от 1 до 5 лет		12	24,5	10	35,7	7	16,3
от 5 до 10 лет		15	30,6	10	35,7	11	25,6
≥ 10 лет		18	36,7	5	17,9	23	53,5
Возраст, лет		13,3 \pm 3,2		13,3 \pm 2,6 pI=1,0		14,6 \pm 1,8 pI=0,02	
Возраст дебюта заболевания, лет		6,9 \pm 3,8		8,4 \pm 3,7 pI=0,10		6,9 \pm 3,0 pI=1,0	
Длительность заболевания, лет		6,7 \pm 4,0		4,9 \pm 3,7 pI=0,06		7,8 \pm 3,4 pI=0,16	
НАУ(A1)		29	59,2	11	39,3	12	27,9
МАУ(A2)		20	40,8	14	50,0	16	37,2
ВПУ(A3)				3	10,7	15	34,9
Альбуминурия, мг/мл							
НАУ(A1)		13,2 \pm 2,8		14,6 \pm 3,5 pI=0,06		31,7 \pm 44,9 pI=0,005	
МАУ(A2)		29,8 \pm 15,3		27,9 \pm 14,6 pI=0,60		101,2 \pm 50,8 pI=0,0001	
ВПУ(A3)		-		83,3 \pm 57,7		374,0 \pm 189,8 pI=0,0001	

Примечание: pI- достоверность по отношению к показателю в группе с генотипом II; pII- достоверность по отношению к показателю в группе с генотипом ID; НАУ – нормаальбуминурия, МАУ - микроальбуминурия, ВПУ - выраженная протеинурия.

Проведенные исследования показали, что у 69(57,5%) больных СД 1 типа отмечается высокая и оптимальная СКФ ХБП Iст (>90 мл/мин/1,73м²). Среднее значение СКФ соответствовало 168,9±58,4мл/мин/1,73м² (Ме 157,2; IQR 126,2-200,1).

Незначительное снижение СКФ ХБП IIст (60-89 мл/мин/1,73м²) выявлено у 21(17,5%) больных, СКФ в среднем составило 78,4±8,6мл/мин/1,73м² (Ме 78,7; IQR 74,3-87,4). Умеренное снижение СКФ ХБП IIIст. (59-30 мл/мин/1,73м²) наблюдается у 12(10,0%) пациентов, среднее значение СКФ составило 38,2±5,9мл/мин/1,73м² (Ме 38,3; IQR 33,5-40,5). ХБП IVст.(15-29 мл/мин/1,73м²) обнаружена у 18 (15,0%) больных. СКФ в среднем составило 22,8±3,8мл/мин/1,73м² (Ме 22,6; IQR 19,7-26,8).

В обследованной группе пациентов с СД 1 типа ХБП Vст. (<15 мл/мин/1,73м²) не выявлено.

Таким образом, у большинства обследованных (75,0% ОШ 9,0; 95%ДИ 5,02-16,1; p<0,0001) детей и подростков с СД 1 типа классифицируется I и II ст. хронической болезни почек согласно рекомендации K/DOQI (2012 г.).

При анализе данных СКФ в зависимости от стадии альбуминурии и ХБП выявилось, что даже на стадии нормоальбуминурии, когда не отмечаются никакие клинические признаки развития и прогрессирования диабетической нефропатии, уровень СКФ может быть достоверно снижен по отношению к группе ХБП I стадии у 61,9%.

Анализ распределения ACE гена показал, что 49(40,8%) являются носителями II генотипа, I/D генотип встречается у 28(23,4%) и DD генотип обнаружен у 43(35,8%) больных СД 1 типа (Таблица 3.).

Среди обследованных детей и подростков узбекской популяции с СД 1 типа преобладают гомозиготные носители генотипов II (40,8%) и DD (35,8%) гена ACE.

Анализ распределения генотипов гена ACE в зависимости от дебюта заболевания показал отсутствие статистически значимых отличий между группами с различным возрастом дебюта заболевания и полиморфизма гена ACE.

При анализе распределения полиморфизма гена ACE от длительности заболевания выявилось, что встречаемость полиморфных аллелей гена ACE достоверно не различалась между группами, т.е. во всех группах с различной длительностью заболевания встречаемость генотипов идентична.

У большинства 46 (66,7% ОШ 4,0; 95%ДИ 1,97-8,12; p=0,0002) обследованных с I стадией ХБП установлен генотип II. У больных со II ст. ХБП у аналогичного процента (66,7% ОШ 4,0; 95%ДИ 1,11-14,4; p=0,06) выявлен генотип DD (табл. 4.).

Таблица 4. Частота встречаемости полиморфизма гена ACE и уровень СКФ в зависимости от стадии ХБП

Стадии ХБП \ Генотип	I ст.,n=69		II ст.,n=21		III ст.,n=12		IV ст.,n=18	
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
II	46	66,7	3	14,3				
ID	23	33,3	4	19,0	1	8,3		
DD			14	66,7	11	91,7	18	100
СКФ (мл/мин/1,73м ²)								
II	166,9±56,1		77,1±13,5 pI=0,0001					
ID	172,9±63,8		77,3±9,6 pI=0,0001		38,2			
DD			79,0±8,0		38,2±6,2 pII=0,0001		22,8±3,8 pII=0,0001	

Примечание: pI- достоверность по отношению к показателю в группе ХБП I стадия; pII- достоверность по отношению к показателю в группе ХБП II стадия.

Среди больных с IIIст. ХБП большинство (91,7%) были носителями генотипа DD, тогда как у больных с IV ст. ХБП не наблюдалось ни одного случая наличия аллеля I (генотипы ID и DD) и все больные (100%) были носителями генотипа DD, что ещё раз доказывает значение роли полиморфизма гена ACE в развитии и прогрессировании ХБП при I типе СД у детей и подростков.

В среднем показатель СКФ у больных с генотипом II в среднем составил 161,4±58,6мл/мин/1,73м² (Ме 151,0; IQR 124,7-195,4), у носителей гетерозиготного генотипа – 154,4±70,7мл/мин/ 1,73м² (Ме 135,0; IQR 110,7-181,7), у пациентов с генотипом DD составило 45,0±25,4мл /мин/1,73м² (Ме 33,6; IQR 24,0-74,2).

При этом носительство генотипа DD коррелировало со степенью тяжести ХБП (r=0,66; P<0,05). Следовательно, наличие генотипа DD предрасполагает повышенный риск развития и прогрессирования ХБП, тогда как, генотип II является предиктором в развитии и прогрессировании ХБП при СД 1 типа у детей и подростков.

Закключение: Таким образом, нами выявлено, что по мере увеличения продолжительности СД увеличиваются случаи прогрессирования ХБП III и IV стадии, что совпадает с литературными данными [Семидоцкая Ж.Д., 2010]. Зависимости стадии ХБП от возраста дебюта заболевания не обнаружено.

Снижение СКФ наблюдалось почти у трети (31,7%) детей и подростков с продолжительностью заболевания до 5 лет. У аналогичного числа (31,6%) детей и подростков с СД 1 типа отмечается снижение СКФ, которое соответствует ХБП II, III и IV стадии.

Интенсивный гликемический контроль значительно снижает риск микроваскулярных нарушений как при СД 1-го, так и 2-го типа, хотя оптимальный уровень HbA1c, необходимый для предотвращения прогрессирования ХБП при диабете, до сих пор не определен. По данным Oh S. et al. [2011] уровень HbA1c <6,50% ассоциирован со сниженным риском развития терминальной стадии ХБП, что свидетельствует о важности гликемического контроля у пациентов с высоким

риском прогрессирования нефропатии. В исследование DCCT у больных с СД 1 типа также подтверждено, что $HbA1c < 7,5\%$ снижает риск ДН до 55%.

Проведенный нами анализ показал, что даже у детей с СД в стадии компенсации ($HbA1c \leq 7,5\%$) отмечается ХБП II (28,6%) и III (4,8%) стадии. Длительность заболевания у детей с $HbA1c \leq 7,5\%$ составила $5,53 \pm 4,09$ лет (Me 5,0; IQR 2,0-10,0 лет).

Современная классификация ХБП (K/DOQI, 2012 г.) способствует выявлению почечной дисфункции на ранних этапах и позволяет своевременно проводить коррекцию терапии и улучшить прогноз пациентов.

Результаты нашего исследования показали, что у значительной части детей и подростков с СД 1 типа ещё на стадии НАУ и МАУ выявлены больные со II (соответственно 61,9% и 28,6%) и III (соответственно 16,7% и 75,0%) стадией ХБП.

Генетические факторы, в том числе этнические или межпопуляционные различия играют существенную роль в патогенезе ХБП. В последние годы уделяется большое внимание изучению влияния генетических полиморфизмов гена ACE на развитие почечных осложнений [Elshamaa M., 2011; McClellan W., 2010; Shanmuganathan R., 2015; Tsai J., 2010].

Нами установлено, что у детей и подростков узбекской популяции с СД 1 типа преобладают гомозиготные носители генотипов II (40,8%) и DD (35,8%) гена ACE. Впервые выявлено, что у детей и подростков с СД 1 типа узбекской популяции на III стадии ХБП частота генотипа DD составляет 91,7%, а на IV стадии ХБП частота генотипа DD составляет 100%. Случаев V стадии ХБП не наблюдалось среди обследованных лиц.

Установлена прямая корреляция носительства генотипа DD со степенью тяжести ХБП ($r=0,66$; $P<0,05$).

Полученные нами результаты согласуются с данными исследований, которые связывают D аллель гена АПФ с заболеваемостью и прогрессированием хронических (гломерулярных и тубуло-интерстициальных) заболеваний почек [Akman B., 2009; Morsy M., 2011].

Таким образом, рекомендации K/DOQI (2012 г.), во взаимосвязи с полиморфизмом гена ACE и расчет СКФ позволили по-новому оценить частоту почечного поражения у детей и подростков с СД 1 типа узбекской популяции. Проведенное исследование показало, что развитие и прогрессирование ХБП у детей и подростков с СД 1 типа ассоциировано с I/D полиморфизмом гена АПФ, при этом в качестве маркера прогрессирования ХБП выступает DD генотип.

Выводы. Использование новой классификации K/DOQI (2012 г.) позволяет выявить снижение функции со стороны почек на более ранних этапах, у 61,9% детей и подростков с СД 1 типа ещё на стадии НАУ отмечается СКФ $80,6 \pm 7,5$ мл/мин/1,73м², что соответствует II стадии ХБП и 16,7 % имеют СКФ $45,1 \pm 9,5$ мл/мин/1,73м², что соответствует III стадии ХБП. Также, у 28,6% детей и подростков на стадии МАУ отмечается ХБП II, у 75,0% ХБП III стадии соответственно.

Проведенный анализ показывает, что снижение СКФ может наблюдаться даже при продолжительности заболевания до 5 лет (38 детей и подростков с СД 1 типа – 31,7%). Из числа детей и подростков с СД 1 типа у 31,6% (12 больных) отмечается снижение СКФ, которое соответствует ХБП II, III и IV стадии.

Частотное распределение генотипов гена ACE у детей и подростков с СД 1 типа характеризовалось достоверным превалированием DD генотипа взаимосвязанное со степенью снижения СКФ, что подтверждает наличие генетических факторов в развитии ХБП. I/D полиморфизм гена ACE, является молекулярно-генетическим маркером предрасположенности к развитию ХБП СД 1 типа у детей и подростков.

Литература:

1. Викулова О.К. Клинико-лабораторные и генетические факторы развития и прогрессирования диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 1 типа. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва; 2003.
2. Земченков А.Ю., Конакова И.Н. Классификация хронической болезни почек: не настало ли время для пересмотра? // Врач. - 2009. - №7. - С.2-7.
3. Зяблицев С.В., Чернобривцев П.А., Кишеня М.С., Пищулина С.В. Роль генетического маркера эндотелиальной дисфункции гена ACE в патогенезе гломерулонефрита // Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - Т.15, №3. - С.105-108.
4. Иванова И.Е., Родионов В.А., Семенова Л.В. Хроническая болезнь почек у детей Чувашской Республики // Педиатрия. - 2011. - Т.90, №3. - С.138-144.
5. Калиев Р.Р., Будаичиева А.Б., Алдашев А.А. Взаимосвязь I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента с прогрессированием хронического гломерулонефрита // Терапевт. архив. - 2005. - Т. 77, № 6. - С.12-15.
6. Кураева Т.Л. Инсулинорезистентность при сахарном диабете 1 типа у подростков: лечение Сиофором (метформин) // Сахарный диабет. - 2003. - №1. - С.26-28.
7. Панфилова В.Н. Сахарный диабет 1 типа возможности управления и контроля за заболеванием (по результатам проспективного исследования): Автореф. дис.... докт. мед. наук.- Красноярск: 2010.- 46с.
8. Рахимова Г.Н., Садыкова А.С. Клинико-генетические факторы риска развития хронической почечной недостаточности у детей и подростков с СД 1 типа узбекской популяции // Теоретическая и клиническая медицина. - 2014. - С.124-128.
9. Сурикова. С.В. Особенности функционального состояния эндотелия у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, до развития у них микрососудистых осложнений: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Тюмень, 2008. - 24с.
10. Шестакова МВ, Дедов ИИ. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек. Москва; 2009.
11. Akman B., Tarhan C., Arat Z., Sezer S., Ozdemir F. Renin-angiotensin system polymorphisms: A risk factor for progression to end-stage renal disease in vesicoureteral reflux patients. Ren Fail 2009;31:196-200.

12. Elshamaa M., Sabry S., Bazaraa H. et al. Genetic polymorphism of ACE and the angiotensin II type1 receptor genes in children with chronic kidney disease. J Inflamm (Lond) 2011;8:20.
13. Hogg R., Furth S., Lemeley K. National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative clinical practice guidelines for chronic kidney disease in children and adolescents: evaluation, classification and stratification//Pediatrics. - 2003. - Vol.111. - P.1416–1421.
14. Coresh J., Selvin E., Stevens L.A. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States // JAMA. – 2007; 298: 2028–2047.
15. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements.2013;3 (1):1-150.
16. Levey A., Atkins R., Coresh J. et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives – a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes // Kidney Int. – 2007; 72: 247–259.
17. McClellan W., Warnock D., Judd S. et al. Association of family history of ESRD, prevalent albuminuria, and reduced GFR with incident ESRD. Am J Kidney Dis 2012;59:25-31.
18. Morsy M., Abdelaziz N., Boghdady A. et al. Angiotensin converting enzyme DD genotype is associated with development of rheumatic heart disease in Egyptian children. Rheumatol Int 2011;31:17-21.
19. Shanmuganathan R, Kumaresan R, Giri P. Prevalence of angiotensin converting enzyme (ACE) gene insertion/deletion polymorphism in South Indian population with hypertension and chronic kidney disease. J Postgrad Med 2015;61:230-4.
20. Tsai J., Chen S., Hwang S. et al. Prevalence and risk factors for CKD in spouses and relatives of hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2010; 55:856-66.

МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА: ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЕЕ НАРУШЕНИЮ

Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Микробиота влагалища состоит из разнообразного набора лактобактерий и условно-патогенных микроорганизмов, обитающих во влагалищной среде [1]. Биоценоз влагалища представляет собой динамичную микроэкосистему и играет особо важную роль в поддержании репродуктивного здоровья женщины. Предполагается, что колебания состава микробиоты у женщин репродуктивного возраста вносят вклад во временную динамику вагинальных сообществ [2]. Фактически, это колебание зависит от гормональных изменений, возраста, сексуальной практики и использования антибактериальных препаратов [6]. Нарушение микробиоты влагалища сопровождается чрезмерным ростом условно-патогенных микроорганизмов, что в конечном итоге, способствует возникновению бактериального вагиноза и учащению других вагинальных инфекций [3].

Нарушение вагинальной микрофлоры приводит к появлению патологических неприятно пахнущих белей, которые не только способствуют нарушениям половой, генеративной функций, но и приводят к формированию стойких психоэмоциональных нарушений, снижению адаптационных возможностей организма и работоспособности [5]. Недостаточная до настоящего времени изученность многих аспектов этой проблемы не позволяет разработать эффективную систему прогнозирования, ранней диагностики, профилактики и лечения данной патологии. Подобное состояние вопроса диктует необходимость дальнейших исследований, позволяющих расширить представление о механизмах развития бактериального вагиноза для совершенствования методов его профилактики и лечения.

Цель исследования: определить факторы, способствующие нарушению микробиоты влагалища путем изучения клинико-anamnestических данных.

Материал и методы исследования: нами проведен анкетный опрос и изучение амбулаторных карт 150 женщин репродуктивного возраста, с установленным диагнозом бактериальный вагиноз.

Результаты и их обсуждение. Анализ анкетных данных и изучение амбулаторных карт показал, что большинство женщин с бактериальным вагинозом находились в возрасте от 20 до 29 лет (37,3%) по сравнению с группами женщин в возрасте до 20, от 30 до 39, от 40 и более лет (13,4%; 23,3%; 26,0% соответственно).

Среди эндогенных факторов, влияющих на изменение вагинальной микрофлоры, наиболее частыми были гормональные изменения (31,4%) связанные с беременностью (12,7%), абортами (7,3%), эндокринными заболеваниями (сахарный диабет – 4,7%, эутиреоидный зоб – 6,7%). Наиболее распространенной экстрагенитальной патологией оказалась анемия различной степени тяжести (47,7%), хронические инфекции мочевыводящих путей (22,4%). Несколько реже в анамнезе встречались хронические заболевания органов пищеварения (11,9%), ЛОР органов (9,0%), сердечно-сосудистой системы (6,0%) и органов дыхания (3%). Большинство женщин (76,7%) отмечали склонность к запорам.

Наиболее частыми были воспалительные заболевания женских половых органов – 31,3% (хронический эндометрит – 1,3%, хронический метроэндометрит – 0,7%, хронический сальпингофорит – 5,3%, эктопия (псевдоэрозия) шейки матки – 7,3%, эндоцервицит – 2,7%), кольпиты – 14%.

Были проведены оперативные гинекологические вмешательства: диатермоэлектрокоагуляция эктопии шейки матки (10,7%), гистеросальпингография (5,3%), диагностические выскабливания полости матки (2,7%), прерывание беременности вакуум-аспирацией полости матки (12,7%), инструментальным выскабливанием (4,7%).

Преобладание родов над абортами в анамнезе выявлено у большинства опрошенных женщин, тогда как акушерские осложнения в анамнезе (угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность, преждевременное излитие око-

лоплодных вод, преждевременные роды, слабость родовых сил, послеродовые гнойно-септические заболевания) встречались у 12,7% женщин.

Среди экзогенных факторов, влияющих на изменение вагинальной микрофлоры, можно выделить следующие: терапия антибиотиками, противовирусными, противогрибковыми препаратами – 28,7%; спермицидные контрацептивы – 6%; гормональные контрацептивы – 18,7%; внутриматочные спирали – 61,3%; стресс – 20,7%; нарушение личной гигиены, а также частые спринцевания – 25,3%; ношение облегчающего негигиенического белья – 19,3%; анатомические деформации после родов – 8,0%. Для лечения патологических выделений ранее женщины применяли антибиотики (18,7%), противогрибковые препараты (14,7%), антианаэробные препараты (10,7%), антисептики (12%). На самолечение антибактериальными препаратами указывали 32% опрошенных женщин. Это показывает что, применяемые антибактериальные препараты, наряду с противовоспалительным эффектом, подавляют чувствительную сапрофитную микрофлору и нарушают антагонистические взаимоотношения внутри микробных сообществ, населяющих влагалище, в результате чего создаются благоприятные условия для развития инфекции.

При опросе женщины сообщили об использовании средств гигиены гениталий и гигиены влагалища внутри, включая спринцевания, промывки, спреи, порошки, увлажняющие/лубриканты, дезодорирующие суппозитории, суппозитории в таблетках (например, пробиотики, таблетки от вагинальных инфекций) и депиляция лобковых волос воском. Продукты чаще использовались извне, чем внутри, за исключением некоторых продуктов, таких как суппозитории и спринцевания, предназначенных для внутреннего использования. У женщин (57,3%), которые сообщили о частом использовании спринцевания, увлажняющих/лубрикантов, дезодорирующих суппозиторий выявлена ассоциация этих практик с частым рецидивированием вагинальных инфекций в анамнезе. Частота использования различных продуктов значительно варьировалась, при этом значительная часть участников (64,0%) использовала продукт в области влагалища или вокруг него не реже одного раза в день в течение последних 2-3 месяцев.

Несмотря на то, что лишь несколько факторов риска были определены для БВ, изучение сексуального поведения женщин в значительной степени может иметь место в эпидемиологии БВ. Так, Turner A.N. et al. показали существование ассоциации незащищенного секса с рецидивирующим БВ [7]. Далее, БВ гораздо чаще выявляется у женщин, имевших более одного полового партнера за последние 6 месяцев, чем у женщин, не имевших ни одного партнера или имевших одного партнера [4].

При опросе женщин мы уточняли возраст при первом половом контакте и выявили, что более 80% женщин были в возрасте 18 и более лет при вступлении в первую половую связь. Большинство опрошенных нами женщин состояли в одном браке, не имели более одного полового партнера, ввиду чего мы не смогли определить взаимосвязь этого фактора риска с рецидивированием БВ. Однако нами выявлено, что только малая часть опрошенных женщин (3,0%) использовали презервативы регулярно во время полового контакта, что свидетельствует в пользу защиты этого метода контрацепции от рецидивирующего течения БВ.

Характерной чертой БВ является отсутствие признаков воспалительного ответа слизистой оболочки, в связи с чем многие из этих женщин не имели симптомов заболевания. Проведенный нами анализ структуры жалоб больных БВ показал, что наиболее частыми были жалобы на повышенное количество выделений из половых путей и «рыбный» запах влагалищных выделений. Несколько реже больные отмечали дискомфорт в области гениталий, зуд или жжение в области влагалища, дизурию и диспареунию.

Следует особо обратить внимание на то, что 47,3% женщин имели перечисленные жалобы в течение 1-2 месяцев до момента обращения в клинику, 29,3% отмечали давность жалоб более 6 месяцев, 14,7% отмечали рецидивы, несмотря на неоднократные лечения, а 8,7% женщин не предъявляли никаких из вышеуказанных жалоб, хотя при этом имели патологический характер выделений из половых путей.

Заключение. Неблагоприятный преморбидный фон, высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза, отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза, бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, длительное использование химических средств гигиены гениталий являются ведущими факторами, влияющими на возникновение и развитие бактериального вагиноза.

Литература:

1. Кира Е.Ф., Душкина Е.А., Бадикова Н.С. Биологическая роль кислотности влагалища. Механизмы стабильности и методы коррекции // Акушерство и гинекология. – 2013. – №3. – С.102–106.
2. Сулейманова Г.С., Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Микробный профиль влагалища и кишечника у беременных женщин // Материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием «Молодежь, наука, медицина». – Тверь, 2019. – С. 231.
3. Рахматуллаева М.М. Микробиологические аспекты репродуктивного здоровья женщины // Альманах молодой науки. – 2018. – №4. – С.24-30.
4. Шипицына Е.В., Хуснутдинова Т.А., Рыжкова О.С. и др. Сравнение эффективности диагностики бактериального вагиноза по клиническим признакам с результатами лабораторных исследований // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – №4. – С.76–82.
5. Bilardi J.E., Walker S., Temple-Smith M., McNair R., Mooney-Somers J., Bellhouse C. The burden of bacterial vaginosis: women's experience of the physical, emotional, sexual and social impact of living with recurrent bacterial vaginosis // PLoS One. – 2013. – №8(9). – P.74–78.
6. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. BMC Womens Health. 2018;18(1):52.

ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА БАРВАҚТ ТУҒРУҚНИНГ КЎП
УЧРАЙДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш.

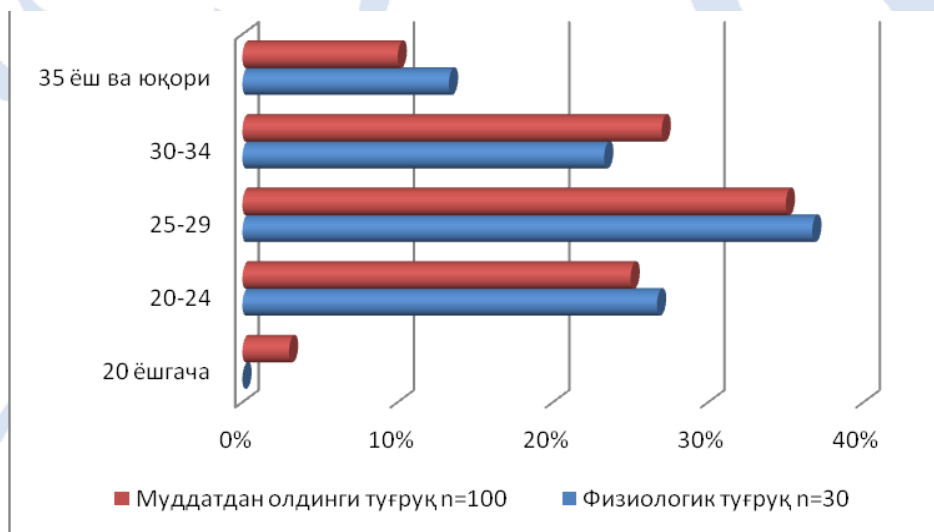
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Ҳозирги кунда М.О.Т дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, ўртача 5-11% ни ташкил қилади [2,3,9,10.]. М.О.Т ва унинг оқибатида келиб чиқадиган асоратлар перинатал ўлимнинг асосий сабаби, бундан ташқари чала туғилган болалар орасида касалланиш ва ногиронлик кўрсаткичи юқори[1]. М.О.Тнинг асосий хавф омилларига ҳомиладорнинг ёши, ўқимишлилик даражаси, ижтимоий-иқтисодий шароит, акушерлик ва соматик анамнези, зарарли одатлари ва мазкур ҳомиладорликнинг кечиши киради[1,2,5,6.]. М.О.Тлар содир бўлган ҳомиладорларда ҳар учинчи ҳолат жинсий аъзолар яллиғланиши, сийдик йўллари инфекцияси, ўз-ўзидан ҳомила тушиши ёки анамнезида артифициал абортлар бўлган аёлларда кузатилади [7.]. Ҳомиладорликдан олдинги ва ҳомиладорлик давридаги мавжуд турли хавф омиллари триггер бўлиши мумкин[8.]. Сўнги йилларда олимларнинг ушбу муаммога жиддий эътибор беришига қарамай М.О.Т частотаси юқорилигича сақланиб қолган ва ўз долзарблигини йўқотмаган [4.].

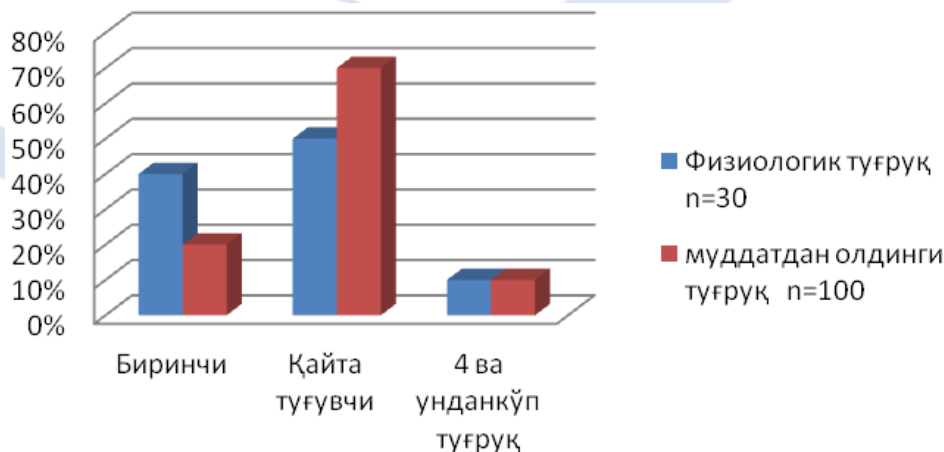
Текширув материаллари ва усуллари: И. Иргашов номидаги шаҳар клиник шифохонаси архивидан 2015-2018 йй ораллиғида 130 та аёлларнинг туғруқлар баённомаси таҳлил қилинди шулардан, 100та М.О.Т (асосий гуруҳ), 30 та муддатдаги туғруқ (назорат гуруҳи) кузатилган аёллар. Мезонлар: Анамнезида 1 ва ундан ортиқ абортлар ва ҳомиладорликнинг 22-36 ҳафтасида туғруқ, кузатилган аёллар.

Истисно мезонлар: 22 ҳафтадан кичик ҳомиладорлик, бачадон аномалиялари, бачадон ўсмалари, индукцияланган туғруқ (антенатал ўлим, ривожланиш нуқсонлари), истмико-цервикал етишмовчилик, кўп ҳомилалик, оғир соматик касалликлар, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши, экстракорпарал уруғлантиришдан кейинги ҳомиладорлик.

Текширув натижалари: Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларнинг ёши деярли фарқ қилмаган $27,6 \pm 0,56$ ($p > 0,05$). Гуруҳлардаги ёш тақсимоти тўғрисидаги маълумотлар 1 расмда келтирилган. Ижтимоий ҳолатига кўра назорат гуруҳида уй бекалари 83,3% ни ташкил қилди ва бу асосий гуруҳга нисбатан 4,7 баравар кам. ($p < 0,05$) (расм 2).



Расм 1. Ҳомиладор аёлларнинг ёшига қараб тақсимланиши



Расм 2. Ижтимоий ҳолатига кўра ҳомиладор аёлларнинг тақсимланиши

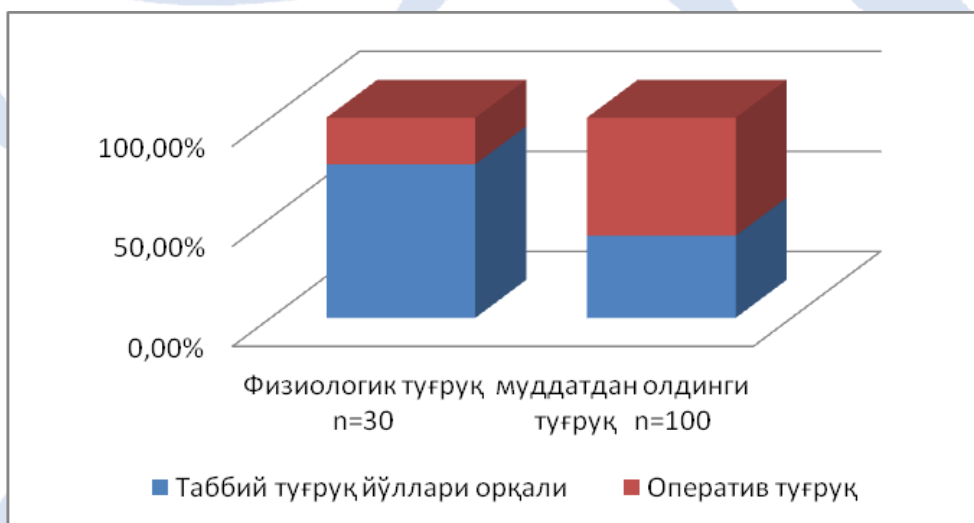
Оилавий ҳолатини баҳолаганимизда асосий гуруҳ аёллар ичида никоҳсиз турмуш назорат гуруҳига нисбатан 7 марта кўп учрайди ($p < 0,001$).

Туғруқлар сони бўйича назорат гуруҳида биринчи ва қайта туғувчи аёллар деярли 1 хил нисбатда, асосий гуруҳда эса қайта туғувчилар биринчи туғувчиларга нисбатан 3.5 барабар кўп. М.О.Т асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 5.6 марта кўп ($p < 0,05$).

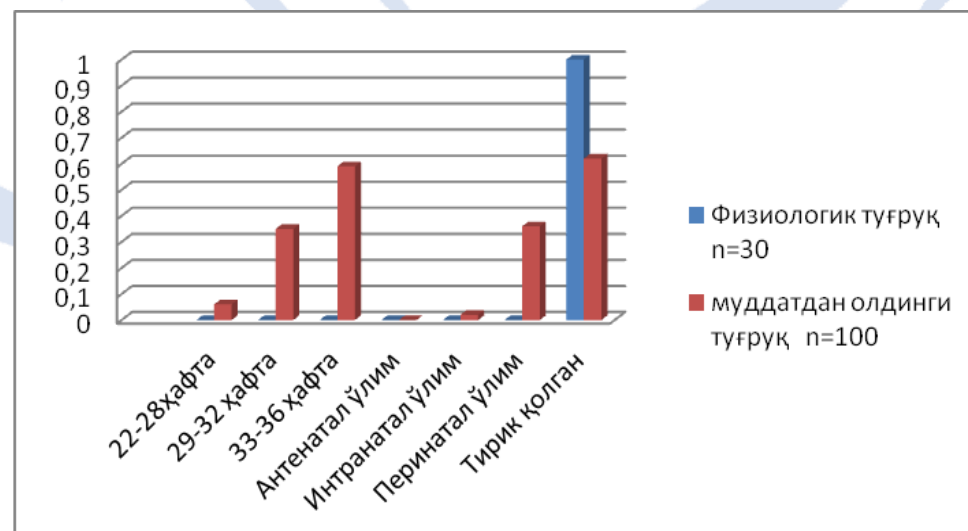
Акушерлик анамнези бўйича М.О.Т бўлган ҳомиладор аёлларда ўз ўзидан ҳомила тушиши (36,0%), ривожланмаган ҳомиладорлик (25,0%), гипертензив бузилишлар (44,0%), анамнезида М.О.Т (47,0%) ва оператив туғруқ (70,0%) бўлган. Бу кўрсаткичлар назорат гуруҳига нисбатан 3,8 юқори ($p < 0,05$) (расм 3).



Расм 3. Иккала гуруҳдаги аёлларнинг акушерлик анамнези, (%)



Расм 4. Тўғилиш натижалари таҳлили



Расм 5. Туғруқлар натижаси таҳлили

Туғилиш натижалари таҳлил қилинганда асосий гуруҳда – 59,0% аёлларда оператив туғруқ (НЖЙК, бачадоннинг морфофункционал етишмовчилиги) бўлган ва бу назорат гуруҳига нисбатан, 2,6 марта кўп ($P < 0,001$), (расм 4). Муддатдан олдинги жуда эрта туғруқ 22-28 ҳафтада аёлларнинг 6,0% да, 29-32 ҳафтада 35,0% и ва 33-36 ҳафтада 59,0% да содир бўлган. Эрта туғилган чақалоқлар орасида 36,0% перинатал ўлим бўлган. 62,0% чақалоқлар 2 этап парваришига ўтказилган, (расм 5).

Хулоса: Шундай қилиб М.О.Тлар ретроспектив текширувининг клиник таҳлиliga кўра барвақт туғруқ омилларига профессионал бандлик, қайта ҳомиладорлик (аборт, ривожланмаган ҳомиладорлик), I ва II уч ойликда бошланган аборт хавфи ва гипертензив бузилишлар киради. Шунингдек қайта никоҳли аёлларда барвақт туғруқ эҳтимоли юқори бўлганлиги сабабли буни ҳам хавф омили деб қараш мумкин. Шу хавф омилларини инobatга олган ҳолда хавф гуруҳига кирувчи аёлларни ҳомиладорликка тайёрлаш олдимизда турган долзарб вазифалардан бири ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Вереина Н.К. Роль заболеваний внутренних органов, факторов тромботического риска и состояния гемостаза в развитии осложнений беременности, ассоциированных с тромбофилией: автореф. дис.. д-ра мед. наук. - Челябинск, 2012. - 46 с.
2. Ляличкина Н.А. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему) / Н.А. Ляличкина, Л.П. Пешев, Г.В. Фоминова // Фундаментальные исследования. - 2015. - №1-2. - С. 294-297.
3. Пекарев О.Г. Проблема XXI века: преждевременные роды / О.Г. Пекарев, Н.В. Оноприенко, П.Ю. Штуккина, Н.В. Стариков Н.В. и др. // Медицина и образование в Сибири. - 2013. - № 4. - С. 39.
4. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16 -го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18-21 март 2015 г.). Информационное письмо. – Москва: Status Praesens, 2015. – 4 с.
5. Ходжаева З.С. Клинико-анамнестические особенности женщин с идиопатическими преждевременными родами на примере славянской популяции / З.С. Ходжаева, О.И. Федотовская, А.Е. Донников // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 3. - С. 28-32.
6. Черствая Е. В. Ходжаевой Х.З., Исходы беременностей и родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом // Журнал смоленский медицинский альманах. - 2018г. - с. 173-176
7. Шалина Р.И., Курцер М.А., Плеханова Е.Р. и др. Несвоевременное излитие околоплодных вод: активная и выжидательная тактика ведения преждевременных родов // Вопросы гинекологии, ушерства перинатологии. 2006. Т. 5, № 1. С. 27–32.
8. DiRenzo G.C., Cabero Roura L., Facchinetti F., Helmer H., Hubinont C., Jacobsson B. et al. Preterm labor and birth management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2017. – 30 (17). – p. 2011-30.
9. Goldenberg R.L. Epidemiology and causes of preterm birth / R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams, R. Romero // Lancet. – 2008. - Vol. 371. – 75–84. P
10. Preterm labor: One syndrome, many causes / R. Romero [et al.] // Science. – 2014. – V. 345, N 6198. – P. 760764

ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ

Садуллаева У.А., Каюмова Д.Т., Чориева Г.З.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Доказательная база современных исследований свидетельствует о том, что не только эстрогены, но и прогестерон, а также рецепторы стероидных гормонов, играют существенную роль в регуляции роста миомы матки [1]. Эстрогены и прогестерон оказывают своё действие на ткани-мишени через специфические цитозольные рецепторы и взаимодействуют друг друга в процессе роста зачатков миоматозных клеток. При исследовании миоматозных узлов были обнаружены различные клеточные популяции со свойствами стволовых клеток-предшественников, которые проявляют пролиферативную активность в присутствии половых гормонов. При этом количество рецепторов к эстрогенам и прогестерону в тканях миомы намного выше, чем в нормальной миометрии [3].

Дисгормональная природа опухоли обуславливает наличие ряда метаболических нарушений, функциональную недостаточность печени, и нередко нарушения липидного обмена, интенсивность которых отражает состояние гепатоцитов, а также изменение уровня гормонов в тканях и органах организма больных [2].

Однако, работ по изучению влияния интервенционных методов лечения, а в частности, эмболизации маточных артерий (ЭМА) на функциональное состояние печени и гормональный фон женщин с миомой матки не проведено.

Проведено комплексное обследование с применением современных методов: ультрасканирование, изучение гормонального фона, определение функционального состояния печени: определение биохимических параметров детоксикации, определение показателей липидного спектра до и после проведения ЭМА у женщин с миомой матки. В связи с этим, данная проблема представляет научный и практический интерес и является актуальной.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились с 2011 по 2018 гг. во 2-й клиники ТМА. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование проведено у 31 больной с миомой матки, в качестве контрольной группы обследованы также 23 здоровых женщины.

Клиническое обследование включало общий осмотр, оценку состояния сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной и пищеварительной систем.

Общую активность ферментов – аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ) определяли на автоматическом анализаторе «Hospital», с помощью набора реактивов фирмы «Humap». В качестве маркерных ферментов цитоплазматической локализации определяли активность фруктозо-1-фосфатальдолазы, фруктозо-1,6-дифосфатазы (Ф-1,6-ф) (метод В.И. Товарниченко в модификации Я. Брагинского). Содержание триглицерида и холестерина исследовали, используя наборы фирмы «Humap». Исследование стероидных гормонов – эстрадиола и прогестерона в крови и слюне, а также ГСПГ в крови проводили методом ИФА, используя наборы фирмы «Humap». Пациенткам с миомой матки проводилось УЗИ матки, придатков, печени и желчного пузыря.

Все данные анамнеза, результаты лабораторного и клинического исследования были подвергнуты анализу с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки Microsoft Excel (версия 2007 г.).

Результаты. Анализ структуры сопутствующих гинекологических заболеваний показал, что у подавляющего числа женщин репродуктивного возраста миома сочеталась с бесплодием, воспалительным процессом эндометрия, шейки матки и кистами яичника. Хронический сальпингофорит отмечался в 7,5 раз, эндоцервицит - в 2,6, полип цервикального канала – в 1,6 раз чаще, чем в группе контроля, тогда как кисты яичников наблюдались с одинаковой частотой в обеих группах (по 12,3%). Сочетанная гинекологическая патология – миома матки и аденомиоз – диагностированы у 7 (10,8%) больных, миома матки и патология эндометрия – у 14 (21,5%) и бесплодие - у 18 (27,7%).

Женщины с миомой матки по частоте встречаемости экстрагенитальной заболеваний отличались от женщин контрольной группы. Нами получены убедительные данные, что доминирующими в структуре сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у женщин с миомой являлись заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как язвенная болезнь 12 перстной кишки и гастрит, колит (26,1%), гепатохолецистит (23%), а также сердечно-сосудистые заболевания - 46,2% обследованных, ожирением страдали 12% женщин с миомой матки (рис. 1).

При исходном ультразвуковом сканировании обнаружены различные варианты локализации, количества и структуры миоматозных узлов. Как видно из рис.3, наиболее часто и практически с одинаковой частотой выявлялись субсерозные и субмукозные – у 12 (18,5%) у всех женщин с миомой матки, интрамуральные – у 18 (27,7%). Количество узлов 2-3 было у 30 (46,1%) больных. Больше половины узлов были неоднородной структуры – у 48 (73,8%) больных, гипер- и гипозоногенные узлы визуализировались почти с одинаковой частотой – соответственно у 36,9 и 30,8% обследованных (рис. 2).



1. Заболевание ССС; 2. Вегетососудистая дистония; 3. Гипертоническая болезнь 4. ИБС; 5. Пороки сердца 6. Миокардиодистрофия; 7. Недостаточность кровообращения; 8. Заболевания дыхательной системы; 9. Заболевания ЖКТ; 10. ЯК ДПК, гастрит, колит 11. Гепатохолецистит; 12. Панкреитит; 13. Ожирение; 14. Варикозное расширение вен ног

Рис. 1. Экстрагенитальные заболевания у женщин с миомой матки, %

При клиническом обследовании у больных были выявлены следующие размеры миомы: наиболее часто было выявлено увеличение матки до 8 и до 9-12 недель (26,4±7,6%). Больные с размерами матки больше 24 недель подвергались гистерэктомии.

Ниже представлены результаты клинико-лабораторных исследований у женщин с миомой матки после ЭМА. Установлена достоверная связь снижения уровня эстрадиола и прогестерона с ЭМА. Проведен также сравнительный анализ течения послеоперационного периода в группах больных с ЭМА и гистерэктомией, что позволило выделить наиболее значимые факторы нормализации гормонального статуса после оперативного лечения.

Как видно из полученных данных (табл. 1), содержание эстрадиола в плазме крови через 6-8 часов после ЭМА снижается на 11%. Через сутки тенденция к снижению этого показателя сохраняется. Уровень Э в этот срок наблюдения в среднем составлял 88,4±7,63 пг/мл против 109,6±8,32 пг/мл в группе сравнения. Самые низкие значения эстрадиола в плазме крови регистрировались на 7-е сутки после операции: 56,4±6,01 пг/мл, что было на 49% ниже исходных величин (p<0,05).

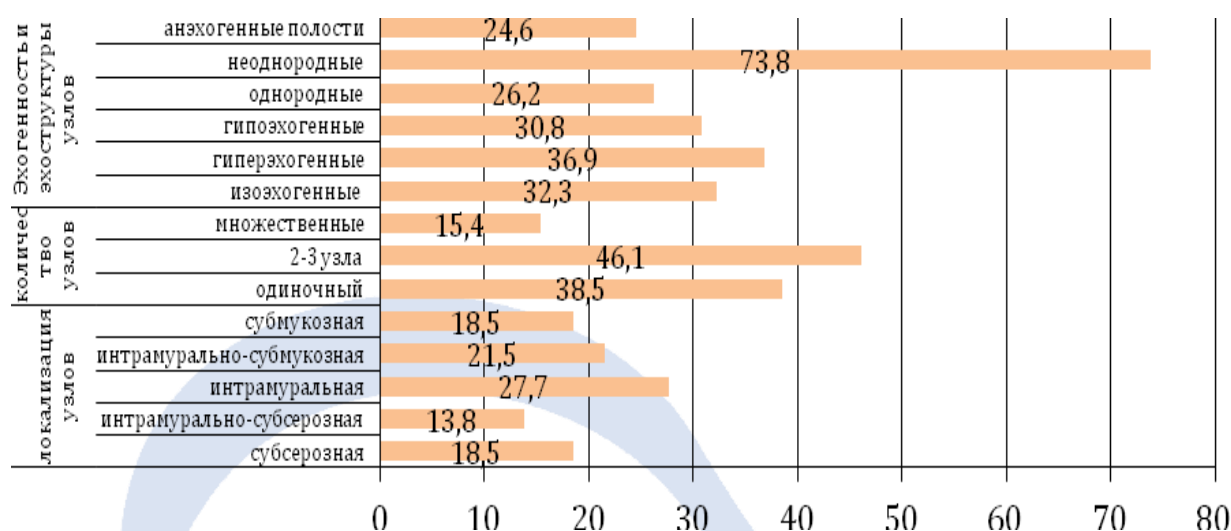


Рис. 2. Данные ультразвукового сканирования у женщин с миомой матки, (%)

Таблица 1. Показатели гормонального статуса до и после ЭМА, М±m

Показатель	До операции, n=31	После операции, n=31		
		через 6-8 ч	через 1 сут	через 6-8 сут
Эстрадиол в плазме крови, пг/мл	109,6±8,32	98,1±7,21*	88,4±7,63*	56,4±6,01*
Прогестерон в плазме крови, мг/мл	7,21±0,59	6,84±0,83*	6,01±0,67*	3,05±0,34*
ГСПГ, нмоль/л	18,4±2,14	38,1±4,01*	62,6±5,14*	72,4±6,28*
Эстрадиол в слюне, пг/мл	223,7±9,86	112,4±8,12*	51,2±6,01*	7,41±5,74*
Прогестерон в слюне, мг/мл	0,5±0,03	0,31±0,05*	0,24±0,03*	0,28±0,03*

Примечание. * – p<0,05 по сравнению до и после ЭМА.

Уровень прогестерона в плазме крови у женщин с ЭМА обнаруживал схожую динамику. Так, через 6-8 часов после ЭМА этот показатель в плазме крови снизился на 5%, через сутки - на 17%, а перед выпиской - на 7-й день после ЭМА, содержание прогестерона в плазме крови при сравнении с исходным снизилось в 2,4 раза (p<0,05). Интересную динамику показал ГСПГ, который имел тенденцию к повышению во все сроки наблюдения после ЭМА. Через 6-8 ч уровень глобулина увеличился в 2 раза, через сутки - в 3,4 раза, а к концу исследования (6-8 дни) - в 3,9 раз (p<0,05). Для выявления характера изменений свободных, не связанных с глобулином, фракций гормонов, нами изучен состав слюны на содержание половых гормонов. После ЭМА содержание эстрадиола в слюне имело тенденцию снижению, через 6-8 часов уровень его был в 2 раза ниже исходного.

При изучении уровня прогестерона в слюне у женщин после ЭМА выявлена своеобразная динамика: в первые часы после терапии содержание прогестерона достоверно снижалось до 0,31±0,05 мг/мл (в норме 0,51±0,03 мг/мл; p<0,05), на 1-е сутки после ЭМА уровень прогестерона по сравнению с группой сравнения снизился на 53% (p<0,05), через 6-8 дней - несколько возросло по сравнению с предыдущим сроком исследования, но было ниже, чем до терапии.

Таблица 2. Показатели ферментных систем печени при миоме матки до и после ЭМА, М±m

Показатель	До ЭМА, n=31	После ЭМА, n=31		
		через 6-8 ч	через 1 сут	через 6-8 сут
АЛТ, МЕ/л	46,3±3,01	40,8±2,96	44,4±3,13	28,7±2,01*
АСТ, МЕ/л	42,4±4,12	46,3±3,71	40,1±3,43	27,4±3,01*
ГГТ, ЕД/л	91,87±3,41	61,7±5,24*	44,2±4,51*	24,6±3,13*
Фруктозо-1-фосфатаальдолаза,	48,9±1,4	52,3±4,02	50,0±3,57	21,2±2,14*
Фруктозо-1,6-дифосфатаза, ЕД/л	291,2±8,93	312,4±10,6	314,6±11,4	114,8±8,71*
Свободные жирные кислоты в крови, ммоль/л	1,56±0,09	1,61±0,12*	1,59±0,17	0,72±0,08*
МДГ, ЕД/л	234,0±7,02	214,8±8,17*	131,6±11,2	116,7±9,22*
ЛДГ, МЕ/л	406,2±12,1	416,7±10,3*	300,6±12,1	254,0±10,9*
α-глутатион-S-трансфераза,	303,4±8,21	324,8±7,51*	446,8±6,81	104,6±5,14*
π-глутатион S-трансфераза, нг/л	39,2±3,07	41,2±3,19*	44,6±4,01*	29,8±2,17*
Триглицерид в крови, ммоль/л	1,81±0,16	1,92±0,31*	2,04±0,17*	0,94±0,11*

Примечание. * – p<0,05 при сравнении до и после ЭМА.

Таким образом, ЭМА у женщин с миомой матки в различные сроки после операционного периода сопровождается изменением показателей гормонального статуса в плазме крови и слюне, тогда как ГСПГ, повышается, что указывает на активацию белоксинтезирующей функции печени.

Как видно из полученных результатов, активность АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛДГ в сыворотке крови у женщин на 7-е сутки после ЭМА снижалась, приближаясь к нормальным показателям (табл.2).

Полученные результаты указывают на достоверное повышение активности α-глутатион-S-трансферазы в 1-е сутки исследования в среднем на 47%, тогда как на 7-е сутки этот показатель превышал исходный уровень на 33,5% ($p < 0,05$).

Иная динамика наблюдалась относительно т-глутатион-S-трансферазы, содержание которой в 1-е сутки после ЭМА превысило исходное на 14%. На 7-е сутки изучаемый показатель был равен $29,8 \pm 2,17$ нг/л, что на 24% ниже исходных величин. Видимо, различие в динамике двух изучаемых ферментов, играющих важную роль в детоксикации органических веществ, обусловлено расположением этих ферментов в различных частях внутри клетки и выполнением различных функций.

Заключение. У женщин с миомой матки чаще отмечалось функциональные нарушения печени: гепатохолецистит (23%) 3,5 раз по сравнению с женщинами без миомы. Нарушение синтетической функций печени сопровождалось снижением в 3,5 раза уровня глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) в сыворотке крови по сравнению со здоровыми женщинами, что явилось фактором стимуляции пролиферативного потенциала миомы вследствие усиленного воздействия свободных форм стероидных гормонов в крови (эстрадиола в 1,8 и прогестерона - в 7,8 раз). Кроме того, отмечалась гиперпродукция эстрогена (в 42,7 раз) и прогестерона (в 4,5 раз) слюнными железами. У женщин с миомой матки, наблюдаемый холестатический синдром сопровождался повышением уровня свободных жирных кислот в 2,3 раза, активацией процесса глюконеогенеза - повышением уровня фруктоза-1,6-дифосфатазы в сыворотке крови в 74 раза по сравнению с женщинами без миомы. У женщин с миомой матки на 1 сутки после ЭМА отмечалось повышение синтеза ГСПГ, достигающего показателей здоровых женщин, что способствовало снижению уровней эстрадиола в крови (в 2,4 раз) и в слюне (в 30 раз), достоверно достигающих показателей здоровых женщин, а также прогестерона в крови и слюне (в 1,8 раз) на 6-8 сутки. На 7 сутки после ЭМА отмечено повышение уровня ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ ($28,7 \pm 2,01$; $27,4 \pm 3,01$ и $254,0 \pm 10,9$ МЕ/л, соответственно), ГГТ ($24,6 \pm 3,13$ ЕД/л) и незначительное снижение активности процесса глюконеогенеза. При этом на сохраняющуюся после ЭМА повышенную детоксикационную функцию печени на 7 сутки исследования указывали повышенные маркеры, как α-, так и т-глутатион-S-трансферазы, свидетельствующие о таргетной редукции миоматозных узлов путем развития асептического воспаления.

Литература:

1. Бадмаева С.Ж., Цхай В.Б., Григорян Э.С., Полстяная Г.Н. "Миома матки: современные аспекты этиологии и патогенеза" Журнал Мать и дитя в Кузбассе №1(76) 2019 С.4-8
2. Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Жолобова М.Н., Масыкина А.В., Ковалева А.М. Ожирение и обменные нарушения как фактор риска гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016; 3(3): 149-155.
3. Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. Int J Womens Health. 2014;P. 95-114.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Салимова Д., Тогаева Г., Давранова А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ведение. Клинико-социальная значимость артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) определяется весомым вкладом в структуру сердечно-сосудистой смертности и ростом риска развития серьезных осложнений при их сочетании. В настоящее время отмечается неуклонный рост количества больных, страдающих СД. Заболеваемость СД ежегодно увеличивается на 6-10%. Рассмотрено что, АГ выявляется у 80% больных СД 2 типа. АГ у больных СД развивается примерно в 2 раза чаще, чем у лиц с нормо гликемическими показателями. В то же время, по данным исследования ARIC, риск развития СД у больных АГ более чем в два раза превышает таковой у людей без АГ. Таким образом, выяснено что, АГ и СД - две взаимосвязанные патологии, обладающие мощным взаимно усиливающим повреждающим действием, направленным сразу против нескольких органов-мишеней- сердца, почек, сосудов сетчатки и магистральных сосудов. Потенцирование этих двух патологий приводит к увеличению смертности больных от сердечно -сосудистых заболеваний в 57 раз, сокращению продолжительности жизни на 5-12%. Повышение пульсового давления на 10 мм рт.ст. коррелирует с ростом смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. У больных сахарным диабетом часто регистрируют высокое АД в ночные часы, отмечается нарушение суточного ритма (в норме АД ночью на 10-20% ниже по сравнению с дневным периодом). Мы в своем исследовании решили проанализировать инструментально-лабораторные показатели пациентов, страдающих СД в сочетании АГ и без АГ.

Цель исследования: Изучить течение СД 2-го типа на фоне повышения артериального давления и возможности реабилитации.

Материал и методы исследования: Больные СД 2-го типа составили 30 из них мужчин (16), женщин(14), средний возраст (50-55). Первая группа - в качестве контроля и сравнения обследованы больные с гипертензией 1-2 степени тяжести, уровень гликемии у них был в норме (4,8). Вторая группа – в качестве контроля и сравнения обследованы больные с СД в сочетании с гипертензией 1-2 степени тяжести. Степень тяжести у больных 1-ой группы определялся по уровню глюкозы натощак (3,9) и уровню гликированного гемоглобина (5,0). Контроль артериального давления проводился по часам. У больных 2-ой группы при повышении АД выявлялось повышение клубочковой фильтрации и выявля-

лась корреляционная зависимость АД 140/100, уровень клубочковой фильтрации повышался до 140-150, что свидетельствовало о нефропатии на фоне гипергликемии.

Результаты и их обсуждение. Группы были сопоставимы между собой по возрасту - ($53,6 \pm 10,7$) и ($55,8 \pm 13,1$) года, по длительности АГ - ($5,5 \pm 2,4$) и ($6,7 \pm 3,0$) года, по индексу массы тела - ($33,8 \pm 2,8$) и ($33,7 \pm 1,7$) кг/м². Все пациенты находились на сопоставимой антигипертензивной терапии. Показатели периферической крови между группами достоверно не различались (табл.1).

В биохимических анализах крови нам были интересны показатели липидного обмена, а также уровни креатинина и мочевой кислоты. Значения липидного спектра, как ни странно, между пациентами двух групп достоверно не различались, кроме цифр общего холестерина, который был выше у пациентов с наличием нарушений в углеводном обмене. Уровень мочевой кислоты также между группами не отличался. А вот концентрация показателя, характеризующего фильтрационную способность почек, был выше у лиц с сахарным диабетом, но в пределах референсных значений (табл. 2).

Таблица 1. Показатели клинического анализа крови

Показатель	АГ (15 человек)	АГ+СД (15 человек)
Эритроциты	$4,5 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,5$
Лейкоциты	$6,4 \pm 0,9$	$6,3 \pm 1,0$
Тромбоциты	$268,8 \pm 44,6$	$285,0 \pm 53,3$
Гемоглобин	$135,04 \pm 14,2$	$132,7 \pm 14,9$

Таблица 2. Показатели биохимического анализа крови

Показатель	АГ (15 человек)	АГ+СД (15 человек)
Общий холестерин	$5,6 \pm 1,2$	$6,3 \pm 0,9$
Холестерин ЛВП	$1,59 \pm 0,6$	$1,51 \pm 0,58$
Холестерин ЛНП	$2,37 \pm 1,0$	$2,7 \pm 0,9$
Триглицериды	$2,7 \pm 1,2$	$2,3 \pm 1,2$
Мочевая кислота	$335,9 \pm 121,8$	$301,2 \pm 67,2$
Креатинин	$73,1 \pm 23,4$	$103,6 \pm 31,3$

Достоверных различий в показателях общего анализа мочи не было выявлено. Однако количество выделенного белка было выше в группе пациентов, страдающих АГ и СД, чем у лиц с повышенным АД- ($0,066 \pm 0,025$) г/л и ($0,001 \pm 0,006$) г/л. Отрицательным моментом является и возможное ухудшение функции почек у наших пациентов в виду наличия двух пусковых факторов. Первый - гипергликемия, обладающая повреждающим воздействием на микроциркуляторное русло, в том числе на сосуды клубочков. Вторым фактором является гиперлипидемия. Выявлено, что дислипидемия оказывает нефротоксичное действие. Нарушение липидного обмена вызывает повреждение эндотелия капилляров, повреждение базальной мембраны клубочков, что влечет за собой гломерулосклероз и, как следствие, протеинурию. В сочетании с высоким АД наличие двух дополнительных факторов способствует более быстрому нарушению функции почек и более раннему развитию почечной недостаточности в той или иной степени.

Выводы. Результаты исследования показали, что активное снижение АД является более важным фактором в уменьшении частоты сердечно-сосудистых осложнений и замедления прогрессирования поражения почек, чем интенсивный контроль уровня глюкозы, а в комбинации с эффективным контролем уровня глюкозы результаты лечения на много лучше. Исходя из результатов нашего исследования, можно сделать вывод, что необходимо более тщательно и динамично осуществлять контроль липидного и углеводного обменов, показателей фильтрационной деятельности организма, уровня артериального давления с целью предотвращения возникновения катастрофических последствий со стороны сердца и почек у пациентов, страдающих сахарным диабетом. Таким образом, у больных СД необходимо проводить оценку тяжести гипертонии и своевременно включать исследование клубочковой фильтрации. Гипертония и нефропатия обусловлена гипергликемией на фоне сахароснижающих препаратов и формирования инсулиновой потребности. Назначения инсулинотерапии приводило к нормализации самочувствия артериального давления.

Литература:

1. Дедов И.И. Эндокринология. Национальное руководство. ГЭОТАР - Медиа, 2019 г.
2. Исмаилов С.И. Эндокринология Т-2017 г.
3. Сергиенко, Шестакова, Халимов: Кардиологические аспекты сахарного диабета 2 типа. Фолиант (мед.), 2018 г.
4. Волкова Н.И., Поркшеян М.И.: Эндокринные артериальные гипертензии. Руководство для практических врачей. Эксмо-Пресс, 2018 г.
5. Самуйлова И.Н. Диабетология. Стандарты медицинской помощи. ГЭОТАР - Медиа, 2017 г.
6. Мамалыга М.Л. Сахарный диабет и его роль в формировании сердечно-сосудистых нарушений. Монография. Москва-2017 г.
7. Довлатян А. А. Почечные осложнения сахарного диабета. Бином, 2013 г.
8. Трухан Д.И., Викторова И.А. Нефрология. Эндокринология. Гематология. Санкт-Петербург. 2017 г.
9. А.В. Древаль Эндокринология. Руководство для врачей. ГЭОТАР- Медиа, 2019 г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Сафаров А.Т., Уринов М.Я.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Частота распространения ожирения среди женщин детородного возраста составляет, по данным разных авторов, от 1,8% до 25,3% [2,5,7]. В период беременности в разных странах за минувшее десятилетие показатели статистических данных по ожирению варьируют в пределах от 15 % до 38% случаев. При этом показатели среди повторнородящих встречаются в удвоенном количестве [1,3, 4]. Однако за последние несколько лет наблюдается тенденция к повышению показателей ожирения у женщин детородного возраста на прегравидарном этапе [2,7]. Неблагоприятно воздействуя на деятельность витальных систем организма, ожирение способствует увеличению риска патологического течения беременности, родов, послеродового периода и остается значительным фактором перинатальной заболеваемости и смертности [4,8].

Ожирение у женщин в период беременности способствует возникновению различных осложнений как на ранних, так и на поздних сроках гестации. Доказано, то ожирение увеличивает риск возникновения различных аномалий развития плода, а также развития метаболического синдрома у новорожденных в дальнейшем. Тем не менее, избыточная масса тела и ожирение не являются противопоказанием для беременности, невзирая на риск развития акушерских осложнений во время гестации. Тщательное обследование на предгравидарном этапе, наблюдение не только акушера-гинеколога, но и эндокринолога, диетолога; проведение постоянного контроля массы тела, уровня артериального давления, состояния углеводного обмена в течение всей беременности имеют большое значение в благоприятном исходе беременности у женщин с ожирением [1, 3, 6, 8].

Цель исследования: Изучить особенности течения беременности и родов при алиментарно-конституциональном типе ожирения у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования: Обследовано 70 беременных женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения. Пациентки были разделены на две исследуемые группы: основная группа -35 беременных женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения, которым в качестве прегравидарной подготовки помимо общепринятой (сбалансированная диета, активный образ жизни), были использованы препарат Экобионт (пребиотик), Хофитол (гепатопротектор), Флебодиа-600 (венотоник). 2 группа –сравнения -35 беременных женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения, которым прегравидарная подготовка проведена не была. Анализу были подвергнуты данные течения данной беременности.

Результаты: Установлено, что средний возраст всех обследованных женщин составил $27,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 22 до 36 лет, т.е. пациентки находились в наиболее оптимальном детородном возрасте. По месту жительства беременных женщин с ожирением данные распределились следующим образом: 44 женщины (63%) - жительницы города, 26 (37%) - жительницы сельской местности. При изучении детородной функции установлено, что 15 (21%) женщин были первородящими, 55 (79%) – повторнородящими. Среди повторнородящих 7 (10%) женщин – многорожавшие. Изучение акушерского анамнеза показало, что среди повторно – и многорожавших женщин каждая вторая имела осложнения при предыдущих беременностях и родах. При анализе данных по течению данной беременности установлено, что наиболее частым осложнением беременности у женщин с ожирением явились гипертензивные нарушения разной степени тяжести. Однако гипертензивные нарушения достоверно чаще встречались в группе сравнения по сравнению с основной группой - 42% против 20%. Далее по частоте встречается угроза прерывания беременности – 15% в основной и 29% в группе сравнения. Исход беременности у исследуемых пациенток был следующим: преждевременные роды наблюдались у 7% основной и 15% группы сравнения. Родоразрешение посредством операции кесарево сечение осуществлено у 15% женщин основной группы и 29% женщин группы сравнения. Анализ течения первого периода родов выявил следующие отклонения от нормы: затянувшаяся латентная фаза первого периода родов в основной группе наблюдалась у 4 женщин (12%, в контрольной группе – у 3 (9%). Затянувшаяся активная фаза первого периода родов в основной группе у 3 (9%), в контрольной – 2 (7%). Тазо-головная диспропорция – у 2 (7%) основной, и у 1 женщины контрольной групп. Дефект отделения плаценты наблюдался у 6 (17%) женщин основной, и у 3 (9%) женщин контрольной группы. Гипо-атоническое кровотечение в основной и контрольной группах не наблюдалось. Затянувшаяся латентная фаза первого периода родов в группе сравнения наблюдалась у 8 женщин (23%). Затянувшаяся активная фаза первого периода родов в группе сравнения у 7 (20%). Тазо-головная диспропорция – у 4 (12%). Дефект отделения плаценты наблюдался у 7 (20%) женщин группы сравнения. Гипо-атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде в группе сравнения наблюдалось у 5 женщин (14%). Как показал анализ родов, в основной группе частота таких осложнений, как разрыв шейки матки встречались в 2 случаях (7%), а в контрольной не встречался. Разрыв стенок влагалища в основной группе наблюдался в 2 случаях (7%), в контрольной группе в 3 случаях (9%), разрыв промежности 1 и 2 степени в основной группе наблюдался в 4 (12%), в контрольной у 5(14%). Эпизиотомия произведена в основной группе у 5 (14%), в контрольной группе – в 3 случаях (9%). В группе сравнения частота таких осложнений, как разрыв шейки матки встречались в 1 случаях (3%). Разрыв стенок влагалища в основной группе наблюдался в 3 случаях (9%), разрыв промежности 1 и 2 степени в основной группе наблюдался в 5 (14%). Эпизиотомия произведена в группе сравнения у 6 (17%), в контрольной группе – в 3 случаях (9%). Оценка состояния новорожденного проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. Каких-либо дефектов развития у новорожденных, рожденных у женщин основной и контрольной групп не наблюдалось. Антенатальной гибели плода в обеих группах не наблюдалось. В среднем показатели в основной и контрольной группах были одинаковыми: на 1 минуте составил 8 баллов, на 5 минуте – 9 баллов. Следует отметить, что в

основной группе количество недоношенных детей составило 5 (14%), при этом 1 из них погиб в связи с глубокой недоношенностью и развившейся пневмонией. 4 были переведены на дальнейшее наблюдение в детскую многопрофильную больницу отделение ПН. В контрольной группе 4 недоношенных новорожденных, все они благополучно переведены на дальнейшее наблюдение. Оценка состояния новорожденного проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. У 2 новорожденных наблюдались дефекты развития (атрезия кишечника). Антенатальная гибель плода наблюдалась в 3 случаях (9%). На 1 минуте составил 6 баллов, на 5 минуте – 7 баллов. Следует отметить, что в группе сравнения количество недоношенных детей составило 8 (23%).

Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 29 (82%) было гладким, в 5 (14%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 1 (4%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки. Течение послеродового периода у большинства женщин группы сравнения – 24 (68%) было гладким. Однако в 8 (23%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 3 (9%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки.

Заключение: Таким образом, ожирение способствует развитию различных акушерских осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Проведение прегравидарной подготовки у женщин с ожирением способствует снижению частоты осложнений во время гестации, а также уменьшает показатель оперативного родоразрешения.

Литература:

1. Бариханова Р.Р. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением//Акушерство и гинекология.-2007.-№6.-С.9-12
2. Берихаманова Р.Р. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода у пациенток с метаболическим синдромом. Дисс..к.м.н.- Волгоград.-2009.-166с.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. М.: МИА.- 2004. - 449с.
4. Кадамалиева М.Д. Течение и исход беременности при ожирении. Автореф. дисс..к.м.н.- Душанбе.-2010.-22 с.
5. Перова Т.В. Особенности течения беременности и родов у повторнородящих с ожирением. Дисс..к.м.н.-М.-2010.-121с.
6. Drake A.J., Reynolds R.M. Impact of maternal obesity on offspring obesity and cardiometabolic risk // Reproduction. 2010. Vol. 140. P. 387-398.
7. Gu P., Xu A. Interplay between adipose tissue and blood vessels in obesity and vascular dysfunction. Rev Endocr Metab Disord. 2013. Epub aheadofprint.
8. Thangaratinam S., Rogoziriska E., Jolly K. et al. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. Health Technol Assess. 2012 Jul;16(31):III-IV, 1-191.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Сидикходжаева М.А., Джураева Г.Т., Камилова И.А., Олимова К.Ж.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Несмотря на позитивные тенденции рождаемости на современном этапе развития Узбекистана удельный вес физиологических родов составляет не более 47% [1]. Одним из наиболее распространенных осложнений при беременности и родов является дородовое разрыв плодных оболочек (ДРПО), частота которого составляет 7,8–19,6% и не имеет тенденции к снижению [4,6]. Дородовое разрыв плодных оболочек занимает ведущее место среди осложнений родов у первобеременных (18,5–48,3%), часто сочетается с аномалиями родовой деятельности (24,3%) и травмами мягких тканей родового канала (32,6%) [2]. При нарастании длительности безводного периода нередко применяется медикаментозное родовозбуждение, в связи с чем дальнейшее ведение родов становится «агрессивным». Наиболее частыми осложнениями со стороны матери при активном ведении родов, осложненных ДРПО, являются, неудовлетворительный прогресс родов, затянувшиеся латентной и активной фазы родов, а также гнойно-септические осложнения в родах и в послеродовом периоде. К осложнениям со стороны плода относятся интранатальная гипоксия и асфиксия новорожденного. Следствием этого является повышение частоты родоразрешения, путем операции кесарево сечение, достигающее при активной тактике ведения родов 26,4% [3,5]. Устранение акушерской агрессии при родоразрешении пациенток с ДРПО является ключевым моментом снижения уровня постгипоксической заболеваемости новорожденных. Однако нарастание безводного периода увеличивает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений, что определяет необходимость разработки критериев, указывающих на риск их развития, для выбора оптимальной тактики родоразрешения.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось улучшить исходы родов для матерей и новорожденных у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек с учётом параметров воспалительного ответа.

Материал и методы исследования. Нами проведено обследование 58 беременных с дородовым разрывом плодных оболочек, контрольную группу составили 20 здоровых беременных со своевременным излитием околоплодных вод. Все обследованные беременные были разделены на 2 группы: 1-я А группа – 20 беременных женщин с ДРПО, у которых при исследовании на С-реактивный белок и кол-во нейтрофилов были значительно меньше порогового значения (7,2), 1Б группа – 16 беременных женщин с ДРПО, у которых при исследовании на С-реактивный белок и кол-во

нейтрофилов были значительно выше порогового значения. 2-я группа-включает в себя 22 пациенток с активным ведением родов, путем введения Гландина Е2 с целью дозревания шейки матки исключительно согласно клиническим протоколам, утвержденных МЗ РУз. Всем женщинам проводились общеклинические, лабораторные исследования, вошедшие в стандарты обследования беременных женщин в стационаре. Исследование концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови осуществлялось методом высокочувствительного твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа на аппарате IMMULITE-2000 с набором стандартных тест-систем производства фирмы Siemens (Германия) и определение абсолютного количества нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови, абсолютное количество нейтрофильных лейкоцитов рассчитывали на основании результатов клинического анализа периферической крови с определением лейкоцитарной формулы.

Результаты: Изучен анамнез беременных, проведены общий и акушерский осмотр. Сбор материала проводился в акушерско-гинекологическом комплексе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Средний возраст женщин существенно не различался и составил $25,6 \pm 0,4$ года у рожениц I группы с ДРПО и $25,4 \pm 0,3$ года у женщин II группы ($p=0,624$). В обеих группах преобладали пациентки оптимального репродуктивного возраста (от 21 года до 35 лет). При изучении гинекологических заболеваний удельный вес женщин без гинекологических заболеваний в группах сравнения был сопоставим (37,2% и 33,1%, $p=0,471$). У беременных с дородовым излитием околоплодных вод достоверно реже встречались эрозии заболевания шейки матки (22,3% и 32,2%, $p=0,034$), тогда как воспалительные заболевания органов малого таза регистрировались с одинаковой частотой (10,8% и 10,5%, $p=0,958$). Удельный вес бесплодия и кистозных образований яичников не имел статистически значимых различий, однако нарушения менструальной функции в группе женщин с дородовым разрывом плодных оболочек находились достоверно реже (2,6% и 8,9%, $p=0,017$). Акушерский анамнез беременных I и II групп не имел существенных различий, удельный вес первородящих и повторнородящих женщин в группах сравнения был практически одинаковым.

Таким образом, в рамках данного исследования не выявлено существенного влияния акушерского паритета на вероятность дородового разрыва плодных оболочек. Изучение терапевтического анамнеза выявило наличие экстрагениальных заболеваний у большинства женщин обеих групп: у 36 пациенток I группы (75,2%) и у 22 женщин II группы (77,7%, $p=0,616$). Анализ частоты и структуры хронических заболеваний инфекционно-воспалительного характера позволил установить достоверно более высокий удельный вес заболеваний почек и мочевыводящих путей в группе женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (21,0% и 12,7%, $p=0,027$) по сравнению с группой контроля.

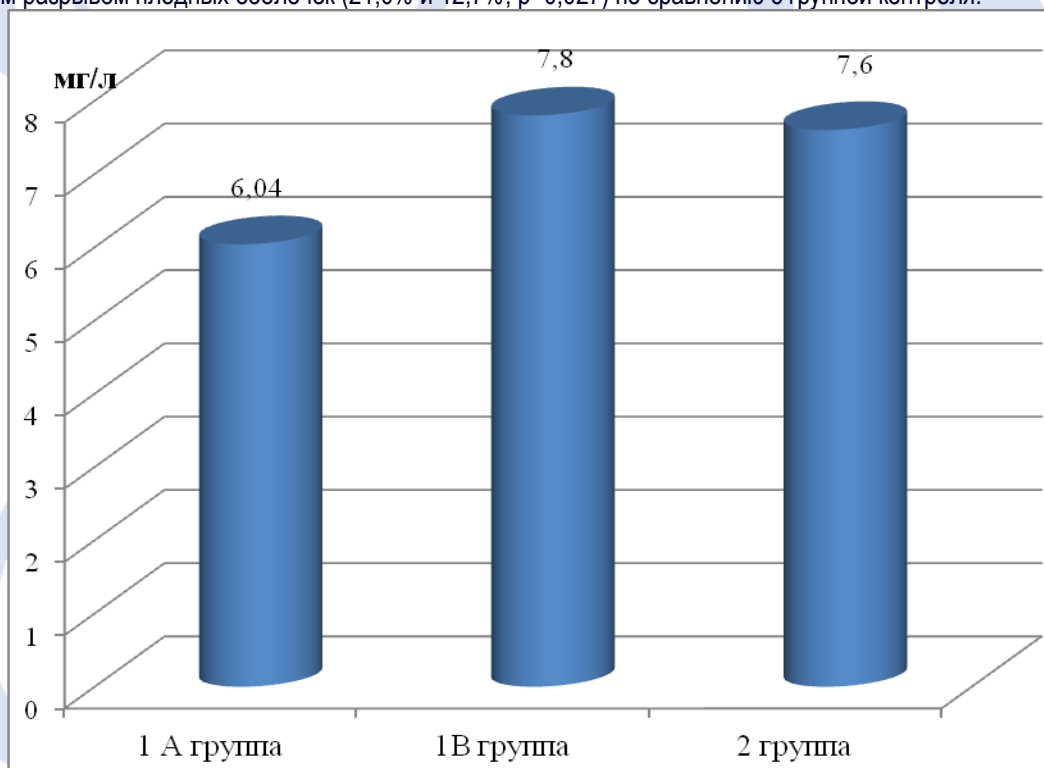


Рис. 1. Диаграмма распределения значений С-реактивного белка в группах

В рамках стандартного клиничко-лабораторного обследования у 58 женщин на фоне дородового разрыва плодных оболочек и 20 беременных контрольной группы, произведено исследование общего количества лейкоцитов в периферической крови. В IА группе беременных показатели общего количества лейкоцитов варьировали от $4,1 \times 10^9$ до $9,2 \times 10^9$, в IВ группе - от $8,5 \times 10^9$ до $18,6 \times 10^9$, во 2 группе от $4,2 \times 10^9$ до $12,1 \times 10^9$. В группе контроля в пределах нормы. Согласно данным Литература, более информативным показателем воспалительного ответа в сравнении с определением общего количества лейкоцитов в периферической крови является расчет абсолютного количества нейтрофильных лейкоцитов. У женщин I А группы абсолютное количество нейтрофильных лейкоцитов варьировало от $4,8$ до $7,2 \times 10^9$, I В среднее значение составило $6,5-9,2 \times 10^9$. У беременных 2 группы абсолютное количество нейтрофильных лейкоцитов находилось в диапазоне от $3,6$ до $8,4 \times 10^9$, среднее значение составило ($p=0,231$). Уровень высокочувстви-

тельного С-реактивного белка у женщин I A группы варьировал от 0,4 мг/л до 24,3 мг/л, у рожениц I B группы - от 0,62 мг/л до 26,2 мг/л, во 2 группе показатели С – реактивного белка составило 0,71мг/л до 28,4 мг/л. Среднее значение показателя С-реактивного белка в группе женщин с ДРПО составило $6,04 \pm 0,55$ мг/л, в 1 B группе - $7,8 \pm 0,90$ мг/л ($p=0,796$), во 2-ой группе $7,6 \pm 0,80$ мг/л ($p=0,874$) (рис. 1).

При сравнении показателей С- реактивного белка в группе пациенток с ДРПО были установлены существенные различия в зависимости от выжидательной тактики или активного ведения родов ($6,50 \pm 0,68$ мг/л и $3,05 \pm 0,71$ мг/л, $p=0,05$) при отсутствии подобных закономерностей у женщин II группы ($6,40 \pm 0,73$ мг/л и $4,36 \pm 0,89$ мг/л, $p=0,250$). В зависимости от выжидательной тактики в 1 A группе показатели С– реактивного белка были меньше, в 2 раза по сравнению с 1 B группой, где показатели СРБ были выше 7,2, но в 1,5 раза меньше чем во 2 группе, следовательно акушерские осложнения в 1 A группе были 1,7 раз меньше, чем в 1 B группе, и в 2,5 раза меньше, чем во 2 группе. Перинатальные осложнения в 1 A группе были 1,2 раза меньше ($12,5 \pm 8,5$), чем в 1 B и во 2 группе ($13,6 \pm 7,5$) с одинаковой частотой.

Данный факт позволяет предположить, что у женщин с ДРПО, где показатели С-реактивного белка были выше порогового значения и не применялась активная тактика ведения родов гнойно-септических осложнений было больше, чем в группе с нормальными показателями, но в то же время прослеживаются акушерские осложнения, значительно чаще имели место в группе с активным ведением беременных с ДРПО.

Таким образом, активная тактика родоразрешения женщин с ДРПО могла способствовать ухудшению течения процесса родов. По результатам наших исследований в подгруппе женщин со значительным повышением С-реактивного белка гнойно-септических осложнений (хориоамнионит $31,3 \pm 12,0$, субинволюция матки $31,3 \pm 12,0$) встречались в 2 раза больше, чем в группах с нормальными показателями ($9,1 \pm 6,3$, $18,2 \pm 8,4$), этот факт даёт предположить, что С-реактивный белок является первоначальным показателем воспалительного ответа.

Проведенное исследование позволяет предположить, что показатели С-реактивного белка и/или абсолютного количества нейтрофильных лейкоцитов могут служить маркерами для оценки вероятности развития инфекционно-воспалительного процесса в организме матери.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дифференцированного подхода к выбору тактики ведения женщин с ДРПО при доношенной беременности, в зависимости от показателей С– реактивного белка и количества нейтрофильных лейкоцитов. Использование дифференцированного подхода к родоразрешению пациенток с ДРПО при доношенной беременности с учетом параметров воспалительного ответа способствует к значительному снижению гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, а также к снижению акушерских осложнений в родах. Ведение женщин с ДРПО в зависимости от параметров воспалительного ответа уменьшает перинатальные исходы за счет снижения частоты гипоксически-ишемического поражения ЦНС и дыхательных расстройств новорожденных.

Литература:

1. Бабажанова Ш.Д. Современные подходы при анализе материнской смертности в Узбекистане. XIII Международный конгресс по Репродуктивной медицине. Москва. 21-24 января 2019г. С. 7-9.
2. Глухова Т.Н., Салов И.А., Аржаева И.А. Факторы риска преждевременного излития околоплодных вод у первобеременных. Фундаментальные исследования №11, 2011 С. 30-32
3. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод): клинические рекомендации [Текст] / О. Р. Баев, О. Н. Васильченко, Н. Е. Кан и др. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 123–130.
4. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия [Текст] / В. Е. Радзинский. – М.: Медиабюро Status Praesens, 2011. – 688 с.
5. Савельева, Г. М. Ведение физиологических и осложненных родов [Текст] / Г. М. Савельева, М. А. Курцер, Е. Я. Караганова // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 6–7.
6. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists [Text] / ACOG Committee 13 on Practice Bulletins–Obstetrics // Obstet Gynecol. – 2007. – Vol. 109, N 4. – P. 1007–1019.

ПЕРИНАТАЛ ПАТОЛОГИЯДА ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАНИШИНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Сирожиддинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. ҳозирги вақтда кўпчилик жаҳон мамлакатлари мутахассисларининг асосий масалаларидан бири бу она саломатлигини ошириш ҳамда соғлом бола дунёга келишини таъминлашга қаратилган. Гарчан ҳозирги замонда, кўзғатувчиларни ўрганишни, уларни аниқлашни жуда кўп илмий амалий текшириш усуллари бўлсада, перинатолгия, неонатология ва педиатрия соҳаларида ҳомила ичи инфекцияланиши ҳамда ҳомила ичи инфекцияси ҳамон долзарб муаммо бўлиб қолмоқда (4,10).

Ҳомила ичи инфекцияси бу туғма инфекция бўлиб ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ҳомила ичи инфекцияларига қизилча, хламидиоз, микоплазмоз, токсоплазмоз, оддий герпес вируси ҳамда цитомегаловирусли инфекциялар мисол бўла олади. Маълумотларга кўра, РФда ҳар йили туғма қизилча билан 400 та ҳолат борлиги кузатилмоқда (5). РФда туғма цитомегаловирусли инфекциянинг учраш сони маълум эмас, АҚШда эса цитомегаловирусли инфекция барча туғилган болаларнинг 1% ни, оддий герпес вируси билан зарарланганлар 1000 туғилган чақалоқдан 1сида, парвовирусли инфекция билан 400 та туғилган чақалоқдан 1сида учрайди (8,9).

Маълумки, ҳомила ичи инфекциялари ўзининг оғир кечиши ҳамда хавфли оқибатларга олиб келиши билан ажралиб туради. Ўлим туғма токсоплазмозда 12% ни, оддий герпес вируси билан зарарланишда 90% ни, энтеровирусли инфекцияларда 80% ни, туғма қизилча билан 100% ни ташкил қилади. Ҳомила ичи инфекцияси ҳар доим маълум клиник симптомлар билан намоён бўлади (2).

Шундай шартли-патоген қўзғатувчилар борки улар онадан ҳомилага, сўнг чақалоқ организмга ўтади ва узоқ вақт мобайнида кўпаяди. Улар перинатал ва неонатал даврда турли хил патологик ҳолатларга олиб келади, бу эса оқибатда тез-тез касалланиб туруви болалар гуруҳини келиб чиқишига сабаб бўлади (1,7).

Текширув мақсади. Чақалоқларда, онанинг соматик саломатлиги билан боғлиқ, перинатал патологияни келиб чиқиш сабабини ҳамда шартли-патоген микроорганизмларни этиологик аҳамиятини ўрганиш.

Материал (манба) ва текширув усуллари. Перинатал патологияни ҳамда ҳомила ичи инфекцияланиши сабабини аниқлаш учун, Самарқанд шаҳар Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг чақалоқлар патологияси бўлимига ётқизилган 140 та чақалоқ текширувдан ўтказилди.

Перинатал патологияда микробларнинг келиб чиқиш сабабини аниқлаш мақсадида, бактериологик текширувлар учун чақалоқлардан қон, томоқдан шиллиқ, йиринг ҳамда ахлат олинди. Шунингдек статистико-анамнестик ва қисман бактериологик текширувлар чақалоқлар оналари орасида ҳам ўтказилган. Статистик ишлов натижалари Стьюдент критерийси бўйича ҳисобланган ($p < 0,05$).

Текширув натижалари ва уларнинг таҳлили. Олинган натижаларга кўра, чақалоқлар патология бўлимига ётқизилган 140 та текширилган чақалоқдан 106 (75,7%) таси бир ҳафтагача ҳаёт кунига эга бўлган. Қолган чақалоқлар эса кеч неонатал давр билан ётқизилган.

Турли хил патологияга эга бўлган, эрта неонатал давр билан ётқизилган чақалоқлар анте- ва интранатал инфекцияланишга эга эканлигини кўрсатади. Чақалоқлар касалликларининг нозологик шакллари таҳлиliga қараганда, уларда диарея, сепсис, неонатал пневмония ва бошқа йирингли-яллиғланиш касалликлари борлиги аниқланган (1-жадвал).

Жадвал 1. Чақалоқлар касалликларининг нозологик шакллари

Текширилганлар сони	Неонатал патология турлари	Патологик кўрсаткичлар сони
140	Диарея	49 (35,1%)
	Сепсис	29 (20,7%)
	Неонатал пневмония	24 (17,1%)
	Чақалоқлар везикулопустулёзи	20 (14,3%)
	Омфалит	16 (11,4%)
	Конъюнктивит	2 (1,4%)

Кўриниб турибдики, диарея юқори кўрсаткичлар билан бошқа патологиялардан устун келган. Иккинчи ўринни сепсис эгаллаган ва 140 та чақалоқдан 29 (20,7%) тасида аниқланган. Умумий ҳисобда сепсис билан бирга йирингли-яллиғланиш касалликлари 67 (47,8%) та чақалоқда аниқланган. Маълумки, юқорида санаб ўтилган касалликлардан сепсис, неонатал пневмония ва диарея перинатал патологияда чақалоқлар орасида етакчи баъзида, асосий ўлим сабабчиси бўлиб қолган (3,6). Шунинг учун ҳам клиник симптомларни аниқлаш ва микробларнинг этиологиясини ўрганиш перинатал патологияда юқори амалий изланишга сабаб бўла олади. Теширув натижалари шуни кўрсатадики, ахлат таркибида граммусбат микроорганизмлар етакчи ўринни эгаллаган. Сепсис ва йирингли-яллиғланиш касалликларида грамманфий таёқчалар ҳамда стрептококклар ўз ўрнини стафилококкларга берган. Ўйлашимизча, йирингли-яллиғланиш касалликларининг этиологиясида бундай жараёнлар турли хил факторлар таъсирида рўй берган, муҳими эса стафилококкларнинг йиллар мобайнида кўпчилик антибиотикларга резистент бўлиб қолганидир. Антибиотикларга сезгирликни ва патоген хусусиятларни аниқлаш учун ҳар бир пробадан 1-2 штамм патологик материал стафилококклар ажратилди. Жами 150 та штамм ажратилди ва ўрганилди. Уларнинг барчаси гемолитик, тиллоранг пигментли ҳамда 150 та штаммдан 96 (64%) таси плазмани коагуляция қилиш хусусиятига эга эди (2 жадвал).

Стафилококклар штампларининг антибиотикларга сезгирлиги амикацин, амоксиклав, цефазолин ва ципрофлоксацинга нисбатан жуда чидамли эканлиги аниқланди. 150 та штаммдан амикацинга нисбатан 20 (13,3%) та, амоксиклавга – 10 (6,6%) та, цефазолинга – 17 (11,3%) та ва ципрофлоксацинга - 33 (22%) та штамм юқори сезгирлиги белгиланди. Қолган штаммлар ўртача ва паст сезгир эди. Стафилококклар штаммлари гентамицинга (60 - 40%), цефотаксимга (45 – 30,1%) ва цефтриаксонга (61 - 40,6 %) юқори сезгирликка эга эканлиги исботланди. Шундай қилиб, стафилококкларга нисбатан энг самарали антибиотиклар гентамицин, цефотаксим, цефтриаксон бўлиб ҳисобланади.

Перинатал патологияга чалинган чақалоқлар оналарининг анамнези таҳлил қилинганда, уларда 84% анемия борлиги, ҳомиладорлик вақтида 34 онадан 24 тасида грипп, 17 тасида токсикоз, ҳомила тушиш хавфи 11тада ва нефропатия 7 та онада борлиги аниқланди. TORCH инфекцияга чалинган оналар сони – 4 та, пиелонефрит билан – 5 та. Физиологик туғруқ - 17 тада, вена ичига ва мушак орасига стимуляция – 7 тада, кесар кесиш операцияси – 4 та онада кузатилган. Қоғоноқ сувларининг 13та онада ифлос бўлган. Тиббиёт ходими, оналардан ва чақалоқлардан ажратилган Candida, Streptococcus, Klebsiella, E.Coli қўзғатувчиларининг биологик хусусиятлари асосида инфекция сабабчисини

аниқлаш мушкул, чунки улар барча манбаларда идентик, яъни ўхшаш. Аммо, стафилококкларнинг фагосезгирлигини ўрганиш, перинатал патологияда, чақалоқларда инфекция манбаини аниқлашга имкон беради. Шу мақсад билан биз оналар сўрғичларидан стафилококкларнинг 56 та штаммини ва чақалоқларнинг турли хил ўчоқларидан 96 та штамми ажратдик, ҳамда фаготипли мослигини аниқладик. Фаготипли мослик натижаларига кўра, кўпчилик стафилококклар экмалари I ва III гуруҳ фаглари билан лизис бўлган. Оналар ва чақалоқлардан ажратилган стафилококклар штаммларининг фаготипли мослиги, алоҳида аҳамиятга эга бўлди. Бундан ташқари, оналарнинг сўрғичларидан ва чақалоқларнинг турли хил ўчоқларидан ажратилган стафилококклар фагопейзажи жуда мос келди ва улар орасида эидемик фаготиплардан 80, 81, 83А устунлиги билан ажралиб турди.

Жадвал 2. Чақалоқлар перинатал патологиясида ажратиб олинган микроорганизмлар

Текширилганлар сони	Патология тури	Теширув учун материаллар	Текширувлар сони	Микроб тури	Аниқланганлар сони
140	Диарея	Ахлат	49	St.aureus5	16 (32,7%)
				St.aureus5 + Candida	12 (24,5%)
				ЭПЭК5+ Candida	11 (22,5%)
				ЭПЭК5	6 (12,2%)
				Candida	4 (8,1%)
	Сепсис	Қон	29	St.aureus	19 (65,7%)
				St.aureus+ Candida	3 (10,5%)
				Streptococcus	4 (13,9%)
	Неонатал пневмония	Томоқдан шиллик	24	E.Coli	2 (6,9%)
				St.aureus+ Candida	15 (62,5%)
	Чақалоқлар везикулопустулёзи	Йиринг	20	Klebsiella + Candida	9 (37,5%)
				St.aureus	12 (60%)
				Streptococcus	4 (20%)
	Омфалит	Йиринг	16	St.aureus+ Candida	4 (20%)
St.aureus				10 (62,5%)	
Конъюнктивит	Йиринг	2	St.aureus+ Candida - St.aureus	6 (37,5)	
				St.aureus	2 (100%)

Ушбу ҳолат шуни тақозо этадики, туғруқхона шароитида чақалоқлар перинатал патологиясини келиб чиқишида, оналарнинг ўрни алоҳида аҳамиятга эга.

Хулоса. Юқоридагиларни инобатга олиб шуни айтиш мумкинлики, анемия, пиелонефрит, вирусли инфекциялар оналар организмнинг табиий ҳимоя воситаларини пасайтиради, ҳомиланинг иммун статусини ривожланишига тўсқинлик қилади ва перинатал патологияни келиб чиқишига сабаб бўлади. Перинатал патологияда биринчи ўринда диарея, кейингисиди сепсис ва пневмония туради. Уларни келиб чиқишида эса, граммусбат стафилококклар алоҳида ўринни эгаллайди. Оналар ва чақалоқлардан ажратилган стафилококклар фаготипининг мос келиши, чақалоқларни турли хил инфекциялар билан зарарланишида, оналар асосий инфекция манбаи эканлигини исботлайди.

Адабиётлар:

1. Касохов Т.Б., ШляйхерА.Н., Мерденова З.С., Битакова М.Р., Дзгоева И.С. Особенности показателей иммунного статуса у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями. //Российский вестник перинатологии и педиатрии - 2015; №3; Б.98.
2. Лобзин Ю.В., Васильев В.В., Скрипченко Н.В. ва бошқ. Актуальные вопросы врожденных инфекций в России. Журн.инфектол - 2012; 2: 2: 14 – 24. (Lobzin Y.V., Vasilyev V.V., Skripchenko N.V. et al. Actual aspects of congenital infections in Russian Federation. Zhurn infektol - 2012; 2: 2: 14-24).
3. Маланчева Т., Зиатдинова Н., Ахмадиева Л. Проблема часто болеющих детей на современном этапе. Фармацевтический вестник. - 2011, №11, 112-бет.
4. Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л., Марушков В.И., Доровская Н.Л. Клинические и социальные аспекты часто болеющих детей. Здоровье и здоровый образ жизни: состояние и перспективы (медико-психологические, социальные, правовые и экологические аспекты). Смоленск. - 2010, 219-бет.
5. Методические указания 3.1.2.2356-08 «Эпидемиологический надзор за врожденной краснухой». - 2012; 31:3: 123-131. stpravo.ru/rossijskoje/bs-pravila/04k.htm (Methodical instructions 3.1.2.2356-08 «Surveillance of congenital rubella.» stpravo.ru/rossijskoje/bs-pravila/04k.htm - 2014; 31:3: 123-131).

6. Страчунский Л.С., Кречкова О.И., Решедько Г.К., и др. Чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных от здоровых детей из организованных коллективов. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия - 2009, т.1, № 1, 31-бет.
7. Шабалов Н.П. «Общебиологическая проблема: закономерности и последствия перинатального инфицирования человека» Педиатрия /2012/ Том 91/№3, 27-30 бетлар.
8. Robert-Gagneux F., Dardy M.-L. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis. Clin Microbiol Rev - 2012; 25: 2: 264-296.
9. Uneke C.J., Yale J. Impact of placental Plasmodium falciparum malaria on pregnancy and perinatal outcome in sub-Saharan Africa: effects of placental malaria on perinatal outcome. Biol Med - 2010; 80:3: 95-103.
10. Zagar S., Lofler-Badzek D. Broncho-Vaxom in children with rhinosinusitis. A double-blind clinical trial. ORL.- 2012, v. 60, p. 404.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сирождидинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Часто болеющие дети представляют не только серьезную медицинскую, но и социально-экономическую проблему [2,5]. Повторные инфекции верхних дыхательных путей ухудшают качество жизни детей и их родителей, наносят экономический ущерб обществу [4,8]. Рецидивирующие инфекции приводят к нарушению физического и нервно-психического развития ребенка, обуславливают снижению функциональной активности разных звеньев иммунитета, формированию рецидивирующих и хронических процессов в органах дыхания [6]. Одной из причин повышенной респираторной заболеваемости у детей является транзитное снижение иммунной резистентности (задержка созревания иммунной системы, иммунодефициты) [9]. Это так называемые «поздно стартующие дети» с признаками лимфатической конституцией, паратрофией, увеличенной вилочковой железой, относительной надпочечниковой недостаточностью и лимфоцитозом в крови.

Возрастные особенности иммунной системы ребенка также являются фактором, обуславливающим более высокую чувствительность к инфекциям и менее дифференцированный (по сравнению с взрослыми) ответ иммунной системы в целом на воздействие инфекции [7,10]. Исследования показали, что иммунная система у детей подвержена онтогенетической последовательности «созревания» различных иммунных факторов. В основном оно завершается к 12-14 годам, и к этому возрасту количественная и функциональная характеристики иммунитета соответствуют показателям у взрослых [1,3].

Цель исследования: определить показатели иммуноглобулинов и стафилококкового антитоксина при совместном применении Бронхо-мунала и Нуклеината натрия у часто болеющих детей в лечении респираторных заболеваний.

Методы исследования: изучены показатели трех классов иммуноглобулинов (А,М,Г) и стафилококкового антитоксина у 146 часто болеющих детей, от 1 года до 6 лет госпитализированных в отделении пульмонологии ГДБ №1 г. Самарканда. Из них 46 лечились традиционным методом (Т), 50 – традиционным методом с применением Бронхо-мунала (ТБ) и 50 – традиционным методом с применением Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеината натрия (ТБН). Исследования проводились до лечения (146) и в динамике перед выпиской из стационара (146).

Результаты и их обсуждение. Главными показателями иммунного статуса являются иммуноглобулины. В наших исследованиях после лечения часто болеющих детей традиционным методом содержание иммуноглобулинов А, М, Г в сыворотке крови почти не изменилось.

С применением Бронхо-мунала отмечалось их умеренное повышение (до лечения IgA – $1,18 \pm 0,11$ г/л, после – $1,63 \pm 0,12$ г/л, $P < 0,01$, IgM – соответственно $2,07 \pm 0,08$ и $2,55 \pm 0,10$ г/л, $P < 0,001$, IgG – $8,17 \pm 0,23$ и $9,18 \pm 0,25$ г/л, $P < 0,01$). С сочетанным применением Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеината натрия уровень иммуноглобулинов имел тенденцию к значительному повышению. Особо следует отметить также повышение количество IgA (от $1,00 \pm 0,09$ до $1,43 \pm 0,08$ г/л, $P < 0,001$) и IgG (от $8,12 \pm 0,12$ до $9,92 \pm 0,20$ г/л, $P < 0,001$).

Иммунная система у ЧБД в возрасте от 1 года до 3 лет под действием избытка антигенов находится в состоянии толерантности, что объясняется низким содержанием IgA в сыворотке крови. Содержание иммуноглобулина IgM в сыворотке крови у ЧБД всех возрастных групп превышает норму и в колебаниях, и в средних значениях. Возможно, у ЧБД IgM для того, чтобы защищать организм от заболеваний респираторного тракта, необходим в большом количестве, или иммуноглобулин IgM не успевает превращаться из мономера в пентамер.

Имеющаяся связь между образованием IgG и антитоксического иммунитета доказывает, что IgG ответственен за антиоксический иммунитет (рис. 1).

Уровень IgG при традиционном лечении варьирует от $8,0 \pm 0,26$ до $8,22 \pm 0,26$ г/л, антиоксического иммунитета - от $0,33 \pm 0,05$ до $0,73 \pm 0,05$ АЕ. Аналогичная картина наблюдается при лечении ТБ и ТБН.

Динамика образования противостафилококковых агглютининов в зависимости от применения различных методов лечения изученов индуктивной фазе и после второй иммунизации – продуктивной фазе.

Анализ результатов показывает, что до лечения титр агглютининов не превышало в разведениях сыворотки 1:20 - 1:40 во всех группах (табл. 1). После первой иммунизации с Бронхо-муналом отмечены повышение титр агглюти-

нинов до 1:160. Однако такой высокий титр отмечен из 50 ЧБД всего лишь у 8 что составляет -16 %. Накопление агглютининов в более высоких титрах (1:160) зарегистрировано в третьей группе детей 21 - 42%.

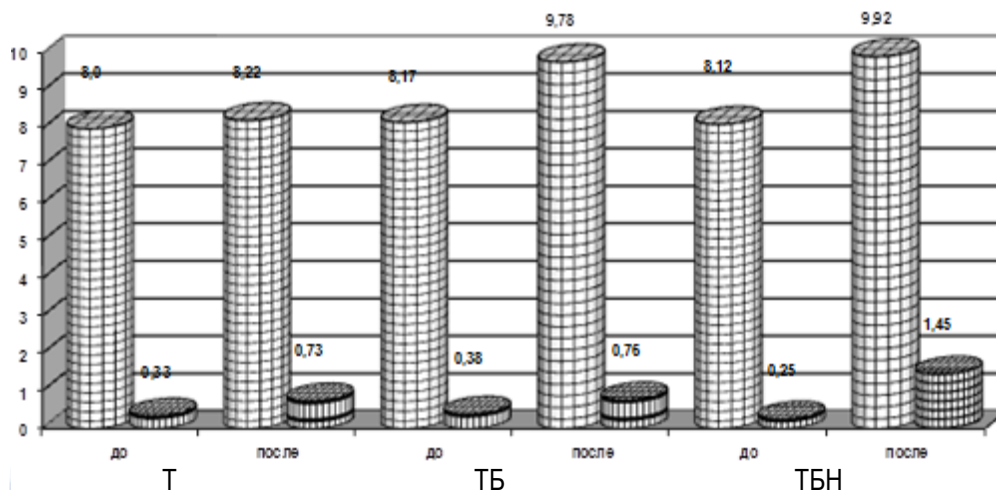


Рис. 1. Динамика уровня IgG и антитоксического иммунитета на фоне лечения.

Таблица 1. Титр противостафилококковых агглютининов в индуктивной фазе антителообразования после первой иммунизации (на 10 день) абс. %

Обследовано	Способы лечения	Сроки	Разведение сыворотки						
			1:5	1:10	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320
ЧБД n=146	Т n=46	До	14 30,43	9 19,56	7 15,22	16 34,79			
		После		7 15,22	23 50,0	10 21,73	6 13,05		
	ТБ n=50	До	10 20,0	14 28,0	17 34,0	9 18,0			
		После			12 24,0	25 50,0	5 10,0	8 16,0	
	ТБН n=50	До	9 18,0	18 36,0	13 26,0	10 20,0			
		После				9 18,0	20 40,0	21 42,0	

Таблица 2. Титр противостафилококкового агглютинина в продуктивной фазе антителообразования после второй иммунизации абс. %

Обследовано	Способы лечения	Сроки	Разведение сыворотки						
			1:5	1:10	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320
ЧБД n=46	Т n=16	И фазе		3 18,7	5 31,2	6 37,5	2 12,6		
		П фазе			4 25,0	6 37,5	6 37,5		
	ТБ n=15	И фазе		2 13,4	5 33,4	4 26,6	4 26,6		
		П фазе					3 20,0	5 33,4	7 46,6
	ТБН n=15	И фазе			2 13,4	6 40,0	7 46,6		
		П фазе						4 26,7	11 73,3

Особый интерес представляют данные характеризующие поствакцинального антибактериального иммунитета после сочетанного применения Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеинат натрия на фоне базисной терапии.

Было отмечено, что титр противостафилококкового агглютинина в продуктивной фазе антителообразования в первой группе оставался без изменений (табл. 2). Во второй группе и в третьей группе достиг до 1:320. В процентных соотношениях во второй группе титр агглютининов в разведениях 1:320 составляет 46,6%, а в третьей группе 73,3%.

Этот факт дает основание полагать, что совместное применение Бронхо-мунала и адьюванта Нуклеинат натрия ускоряет процесс антителообразования и тем самым сокращается время накопления специфических антител.

Заключение: Таким образом, положительное влияние разработанного метода лечения проявлялось в исчезновении признаков интоксикации и купировании клинических симптомов за короткие сроки, повышении показателей неспецифических и специфических факторов с образованием антитоксического и антибактериального иммунитета в индуктивной и продуктивной фазе.

Литература:

1. Грищенко Т.П., Хвалов А.Н. Немедикаментозная коррекция состояния респираторного тракта у часто болеющих детей // Вестн. оториноларингол. – 2006. – №6. – С. 59-62.
2. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Хакимова У.Р., Алиев А.Л., Мирхаликова Д.И. Применение иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении часто болеющих детей // Педиатрия. – 2014. – №1-2. С. 109-111.
3. Николаева Н.В., Болотова Н.В., Зотова Ю.А., Владимирова Е.В. Роль динамической магнитотерапии в реабилитации часто болеющих детей // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, №2. – С. 56-61.

4. Тахирова Р.Н. Значение социально-биологических факторов в формировании дыхательной недостаточности осложненной пневмоний у детей раннего возраста // Педиатрия. – 2015. – №1-2. С. 19-20.
5. Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Мовланова Ш.С. Бронхиты у детей (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение). Ташкент. 2013. С. 23-27.
6. Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. Особенности критериев прогнозирования бронхиальной астмы у детей // Педиатрия – 2016. – №1. С. 118-120.
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. «Иммуномодуляторы: механизм действия и клиническое применение» // Иммунология. – 2003. – №4. – С. 196-203.
8. Buc M., Dzurilla M., Bucova M. Immunopathogenesis of bronchial asthma // Arch. Immunol. Ther. Exp. – 2009. – Vol. 57. – P. 331-344.
9. Jesenak M., Ciljakova M., Rennerova Z. et al. Recurrent Respiratory infections in Children – Definition, Diagnostic Approach, Treatment and Prevention. In: infectious Diseases, «Bronchitis»; I. Martin-Loeches ed. – Published, 2011. – Vol. 23. – P. 10.
10. Slaiter M.A., Gennery A.R. Clinical immunology Review Series: An approach to the patient with recurrent infections in childhood // Clin. Exp. Immunol. – 2008. – Vol. 152, №3. – P. 389-396.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАРОДОНТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Содиқова Ш.А., Исламова Н.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Внимание ученых привлекает задача как сохранения здоровья матери и плода в целом, так и изучение состояния ротовой полости в период беременности с целью предупреждения образования стоматогенного хронического очага. Беременность является физиологическим процессом, при котором выявляется снижение адаптационных механизмов, повышение нагрузки на биологические ресурсы, что приводит к изменениям в средах организма, в том числе в крови и ротовой жидкости. Еще более глубокие изменения в гомеостазе ротовой полости происходят при патологическом течении беременности.

Актуальным остается изучение вопроса стоматологической заболеваемости у беременных с соматической патологией. Это обусловлено многими факторами, в частности: в значительной распространенностью заболевания тканей пародонта среди населения, ростом частоты экстрагенитальных заболеваний у беременных, влияние инфекции на организм беременной и плода. Частым осложнением беременности является железодефицитная анемия (ЖДА), которая занимает первое место среди всех осложнений гестационного периода.

Каждая шестая девочка-подросток (16,5%) в Узбекистане страдает анемией. Три четверти девочек с анемией страдают ЖДА. Уровень дефицита железа среди девочек-подростков тревожно высок и составляет около 50%. Каждая пятая женщина репродуктивного возраста страдает анемией. Из данного числа, 80% страдают ЖДА. Половина женщин репродуктивного возраста испытывают дефицит железа.

Железодефицитная анемия - это клинко-гематологический синдром, характеризующийся снижением количества железа в организме (крови, костном мозге и депо), при котором нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобина, железосодержащих тканевых ферментов). Ученые рассматривают железодефицитную анемию как тотальную органную патологию, что приводит к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и тканей.

В связи с этим возникает необходимость изучения стоматологического статуса и коррекции макро- и микроэлементного состава ротовой жидкости и крови у беременных женщин с железодефицитной гестационной анемией.

Цель исследования: повышение эффективности лечения генерализованного пародонтита у беременных женщин с железодефицитной анемией путем изучения стоматологического статуса, биохимических показателей крови на основе разработки лечебно-профилактического комплекса.

Материалы и методы исследования - клинические, лабораторные, биохимические показатели сыворотки крови у беременных женщин больных генерализованным пародонтитом начального - легкой степени тяжести, эффективность предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий. В работу будут включены около 150 больных беременных женщин с генерализованным пародонтитом на фоне железодефицитной анемией, обратившихся по поводу лечения заболеваний пародонта к врачу стоматологу Самаркандской областной стоматологической поликлиники и 1 клиники СамГМИ. Установлено, что воспалительные заболевания пародонта у матери сопряжены с риском преждевременных родов, а по мере их прогрессирования на фоне беременности риск повышается, однако причина подобной взаимосвязи неясна. Предполагается, что повышенный риск преждевременных родов может быть обусловлен гематогенным распространением инфекции на органы малого таза или, что более вероятно, общими механизмами воспалительной реакции на микроорганизмы в ротовой полости и половых путях. Ассоциация «материнского пародонтита» с неблагоприятными исходами беременности имеет важное значение с позиции общественного здравоохранения, учитывая, что гингивит, пародонтит предотвратимы и поддаются лечению, в совокупности неблагоприятные исходы беременности приводят к значительной нагрузке на здравоохранение и социальное обеспечение.

В связи с этим особую важность приобретает выбор эффективных, безопасных методов лечения и профилактики гингивита у беременных для снижения риска развития и обострения заболеваний пародонта.

Лечение и профилактика гингивита, пародонтита предусматривают раннюю санацию очагов хронической инфекции, что также важно для профилактики внутриутробного инфицирования плода. Несмотря на актуальность проблемы, современные методики ухода за полостью рта, профилактики и лечения гингивита недостаточно адаптированы для беременных женщин и не позволяют своевременно купировать воспалительный процесс в пародонте. Таким образом, поиск новых подходов к профилактике и лечению гингивита у беременных, на ранних стадиях развития воспалительного процесса в пародонте, остается одной из актуальных задач стоматологии и требует формирования новых подходов и направлений. Очевидно, что проведение профилактических и адекватных лечебных мероприятий, расширение и внедрение уровня санитарно - гигиенических знаний могут повысить стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины.

Факторы риска развития стоматологических заболеваний авторы относят к двум группам: социально-экономическим и медико-биологическим. В настоящее время в условиях повышения качества оказания медицинской помощи в системе национального здравоохранения, изменяющейся демографической ситуации, разработки национальных программ поддержки материнства и детства, вопросы изучения факторов риска возникновения и развития заболеваний пародонта, приобретают особую социальную значимость и требуют проведения дополнительных исследований.

Беременные женщины выделяются в группы повышенного риска по вопросам формирования и сохранения стоматологического здоровья. Авторы выделяют основные факторы, определяющие рост стоматологической патологии и нуждаемость в специализированной помощи: медико-биологические, экологические, социальные, которые нередко являются причиной различного уровня мотивации пациентов к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Беременных женщин необходимо считать группой повышенного риска в плане стоматологического здоровья, в связи с чем рекомендуется включать их в диспансеризацию с кратностью посещения по триместрам, по показаниям - индивидуально, проводя не только санацию полости рта с обязательным проведением профессиональной гигиены не менее трех раз в течение беременности, но и лечение сопутствующей соматической патологии, обострений хронических заболеваний.

Предложенная нами стандартизированная схема оценки взаимоотношений и действий врача-стоматолога с беременными на стоматологическом приеме является основой для разработки модели деятельности стоматолога, рассчитанной на долгосрочное взаимодействие стоматолога и женщины как в период беременности, так и в послеродовом периоде.

Снижения вероятности трансформации гингивита в пародонтит и значительного уменьшения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин можно добиться лечебно-профилактическими мероприятиями в комплексе с организационными - профилактическими осмотрами женщин с выявлением заболеваний пародонта на ранних стадиях и информированием пациенток о наличии заболевания десен (гингивита), его осложнениях и возможности успешного лечения этого заболевания с использованием зубной пасты и ополаскивателя рта отечественного производства, содержащих мексидол.

Литература:

1. Аболмасов Н.Н. Избирательная шлифовка зубов.- Смоленск, 2004.- 79 с.
2. Аболмасов Н.Н. Системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта (клинико-генетическое исследование): Автореф. дис.. д-ра мед. наук,- СПб., 2005,37 с.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология,- Смоленск: СГМА, 2000,- 576 с.
4. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб.: СпецЛит., 2005,477 с.
5. Абрахам-Инпяйн Л., Полсачева О., Рабер-Дурлахер Ю. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных // Стоматология,- 1996,- № 3,- С. 15-18.
6. Аветисян А.Я. Комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтитом с применением пролонгированной управляемой фитотерапии (клинико-функциональное исследование): Автореф. дис.. канд. мед. наук.- Смоленск, 2005,- 18 с.
7. Аврамова О.Г. Отечественные программы профилактики в стоматологии // Наука практике: Матер, научной сессии ЦНИИС, посвященной 35-летию института.- М., 1998,- С.42-46.
8. Алаева Т.Л. Биохимические и патофизиологические особенности при хроническом генерализованном пародонтите и возможные методы их коррекции: Автореф. дис.. канд. мед. наук.- М., 2004.- 23 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Солиева Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является одной из наиболее сложных клинико-социальных проблем, приводящей не только к медицинским, но и демографическим потерям [1,3]. Очень важно осознать, что психологическую травму, но и отрицательно сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом за счет последствий самого прерывания беременности, а также выполнения инвазивных процедур [4,9].

Установление причины ПНБ имеет огромное значение в прогнозе выполнения пациенткой репродуктивной функции. Ведущая роль в генезе ПНБ играют хроническому эндометризу, имеющему для имплантации и последующего отторжения плодного яйца не менее большое значение, чем дефицит прогестерона [2,8]. В связи с чем, основой подготовки к беременности пациенток с ПНБ должна быть стимуляция рецепторного аппарата эндометрия [6]. Современный подход к лечению ПНБ состоит в сочетании гормональной терапии с использованием средств, обладающих прямым или опосредованным действием на метаболизм стероидов [5,7,10].

Цель исследования. Определить тактику предгравидарной подготовки при ПНБ обоснованную на комплексного клинического и структурно- функционального изучения репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. Нами на этапе предгравидарной подготовки (ПГП) было проведено клиническое наблюдение и изучены биоптаты эндометрия у 80 женщин репродуктивного возраста с ПНБ, разделенных на 3 группы в зависимости от методики проведения ПГП.

1-я группа: 20 женщин – назначалась циклическая метаболическая терапия. 2-я группа: 30 женщин – циклическая метаболическая терапия и дидрогестерон (дюфастон) по 20 мг (16-25 й д.м.ц.). 3-я группа: 30 женщин – циклическая метаболическая и гормональная терапия, включая линзетта трансдермальным применением и дюфастон по 10 мг (16-25 й д.м.ц.).

Проводили комплексное клиническое исследование, включающее в себя динамическое УЗИ органов малого таза и патоморфологическое исследование биоптата эндометрия, определено уровень половых гормонов.

Нами было выполнено комплексное патоморфологическое исследование 200 биоптата эндометрия у пациенток с ПНБ, взятых на 22-24-й д.м.ц. до и после курса предгравидарной терапии.

В результате проведенного исследования выявлено, что ведущими структурно-функциональными маркерами привычного невынашивания беременности в среднюю стадию фазы секреции менструального цикла являются атрофия эндометрия при низком уровне экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону. В условиях метаболической терапии повысилась секреторная функция эпителия при сохранении низкого уровня экспрессии рецепторов. Применение дидрогестерона стимулировало более значительную, но неоднородную секреторную реакцию, ассоциированную с увеличением клеточных элементов эндометрия. Использование циклической гормональной терапии индуцировало полноценную секреторную активность эндометрия к эстрогенам и прогестерону.

После лечения эхографические и доплерометрические параметры показали улучшение структуры эндометрия и положительные гемодинамические изменения в сосудистом бассейне малого таза у всех пациенток, особенно у исследуемой 3-й группы женщин.

Таким образом, при оценке влияния различных схем терапии ПГП на структурно – функциональное состояние эндометрия установлено, что изменения эндометрия в биоптате 1-й группы отражают несоответствие циклических преобразований средней степени фазы секреции. Применение дидрогестерона во второй группе пациенток оказалось более эффективным, но не обеспечивало в полной мере адекватного развития эндометрия. Комплексная ПГП в 3-й группе обследуемых женщин с привычным невынашиванием беременности обеспечила высокий уровень реализации секреторной фазы эндометрия.

Проведенное нами комплексное обследование и сравнительный анализ полученных данных пациенток с ПНБ, позволили выявить определенные клинические и лабораторные особенности нарушения репродуктивной системы. Выработка критериев диагностики недостаточности секреторной фазы эндометрия является основным критерием проведения дифференцированной корректирующей терапии.

Определение типа и формы недостаточности секреторной фазы эндометрия позволяет подобрать комплекс мероприятий, целью которых является восстановление репродуктивного здоровья женщин

Литература:

1. Бабаджанова Г. С. // Определение эффективности лечения привычного невынашивания беременности, обусловленного некоторыми видами TORCH-инфекций. Проблемы беременности. -2018. -№2. -с.61-64.
2. Борисова А.В. // Оптимизация тактики ведения женщин с привычным невынашиванием беременности и хронической вирусной инфекцией с учетом интерферонового статуса. Дисс. к. м. н., - М. - 2017.
3. Демидов В.Н., Стыгар А.М. // Значение эхографии в диагностике и выявлении причин невынашивания беременности. Невынашивание беременности, -М., 2016. -С.91-92.
4. Д.И.Туксонова, Н.К.Солиева, М. Н. Негматуллаева, Т.И.Шамсиева.// Значение иммунного статуса при невынашивании беременности.Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2020.-№1.-ст 52 -54.
5. Зарипова Д.Я.,Туксонова Д.И. Опыт применения трансдермального препарата Лензетто у женщин в перименопаузальном возрасте с сопутствующими заболеваниями. Тиббиётда янги кун.№2 (30/2) 2020
6. Ледина А.В.// Тактика ведения женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне персистентной энтеровирусной инфекции. Дис. к. м. н. Москва.- 2016. с. 140.
7. Солиева Н.К.,Туксонова Д.И.// Коррекция привычного невынашивания беременности препаратами микронизированного прогестерона в сочетании β-адреномиметиками при угрозе преждевременных родов. Тиббиётда янги кун.2020.-2(30-2).ст 294-297.
8. Малышева Р.А., Тишкина В.А.// Прогностическое значение признаков угрозы прерывания беременности для исходов беременности и родов. Акуш. и гинек.- 2018.- №2.- с.58-60.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ КОЖНЫХ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В ЭНДЕМИЧНЫХ РАЙОНАХ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Сувонкулов У.Т., Аширов З.Ф., Абдуллаев Д.М., Тошев С.У., Абдуллаев Х.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт,

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева, Самарканд, Узбекистан

Введение. Лейшманиозы – группа заболеваний, вызываемых представителями рода *Leishmania*, простейшими паразитами, заражающими многочисленные виды млекопитающих, включая человека. Переносчиками данного заболевания являются более 30 видов москитов, в основном принадлежащих к подроду *Phlebotomus*. В зависимости от векторов москитов и географического распределения различные виды *Leishmania* отличаются по вирулентности, по клиническим симптомам, которые они вызывают. Однако все они имеют сходный жизненный цикл, состоящий из неподвижной фазы амастигот у млекопитающих и жгутиковой формы с промастиготом у насекомых.[4,5,6]

Кроме того, стали регистрироваться случаи КЛ на территориях ранее считавшимися эпидемиологически благополучными [6,7]

На территории Республики существуют две формы кожных лейшманиозов - антропонозный КЛ и зоонозный КЛ. Возбудителем антропонозного кожного лейшманиоза является *Leishmania tropica*, где люди являются единственным резервуаром и источником инфекции. Возбудителем зоонозного кожного лейшманиоза является *Leishmania major* источником и резервуаром являются дикие и домашние животные, а люди играют роль случайного хозяина. Каждый вид паразита циркулирует в природных очагах инфекции, где сосуществуют чувствительные флеботомины и млекопитающие.[1,9,6]

На территории Республики Узбекистан имеются две природно-очаговые зоны кожного лейшманиоза: [4,7,8]

Высокоактивная, в которую входят: Сурхандарьинская (Термезский, Ангорский и Музрабадский районы), Бухарская, Каршинская, Навоинская, Джизакская области.

Малоактивная: Автономная Республика Каракалпакстан, пустыня Кызылкум.

Материал и методы исследования: 1. Данные анамнестических, клинических, эпидемиологических и лабораторных исследований пациентов с доказанным КЛ, обратившихся в клинику НИИ медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева в период с 2014 по 2018 годы. При этом учитывался пол, возраст, условия проживания пациентов а так же расположение поражений кожи, их число, размер и давность существования. Паразитологическое подтверждение диагноза осуществлялось путём микроскопии мазка из язвы, окрашенного Азур II-Эозином после фиксации 96% этанолом с целью наложения амастиготных форм лейшманий (телец Боровского). 2. Исползовались официальные отчетные данные Агентства Санитарно-Эпидемиологического благополучия Республики Узбекистан

Результаты и обсуждение. Всего с 2014 по 2018 годы в Клинике НИИ Медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева было зарегистрировано 704 подтвержденных случаев КЛ, возраст больных варьировал от 11 месяцев до 82 лет, средний возраст составил 26 лет.

Отлов москитов производился с первой декады мая по сентябрь. Количество подтвержденных случаев КЛ от пациентов из Джизакской области, за пятилетний период, составило 152 (21,5%). Самый низкий показатель подтвержденных случаев наблюдался в 2014 году, всего 21(13,8%) случай. Самый высокий в 2017 году- 36 (23,7%) случаев.

Пациенты мужского пола составили 65(42,7%), женского 87(57,3%) соответственно. Из 152 подтвержденных случаев 66 (43,42%) приходилось на жителей города, в то время как оставшиеся 86 (56,58%) случаев были неравномерно распределены в районных центрах области и прилегающих к ним территориях.

Наибольшее количество обращений от пациентов из сельской местности объясняется характерными особенностями строений дворов местных жителей, в частности глинобитные дома с широким внутренним двором, с пристройками для крупного и мелкого рогатого скота, с арычной системой орошения огородов, в некоторых дворах имеются пруды, служащие в качестве запаса для воды.

При этом наибольшее количество наблюдалось в трёх областных регионах Джизакской области: Заминской, Шараф Рашидовской и Галлааральской.

Семейных случаев наблюдалось всего 4 за пятилетний период, при этом в двух из них были поражены все члены семьи (от 3 до 5 человек), в остальных семьях заражались только дети до 14 лет.

Результаты: Из общего числа подтвержденных больных, дети до 14 лет составили 130 (85,5%) случаев. По локализации кожных язв, наибольшее количество, в 47% случаев располагались на лице, 26% на руках, 19% на ногах и 9% язв имели смешанную локализацию.

При анализе обращений поступивших от пациентов из Джизакской области: 52% пациентов были направлены в Клинику НИИ медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева для подтверждения предварительного диагноза, 34% имели опыт обращений в клинику, 6% обращений самотеком, и только 8% пациентов обратились повторно.

Заключение: Как мы видим из выше приведенных данных количество пациентов с кожными лейшманиозами в Джизакской области за пятилетний период не имеют тенденции к снижению. Неравномерное распределение встречаемости заболевания по различным районам, по-видимому, связано с особенностями социальных и природных факторов, влияющих на эпидемиологическую картину распространенности кожных лейшманиозов.

Литература:

1. Артемьев М.М. Классификация москитов (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae): Дис. д-ра биол. наук. – М., 1990.
2. Понировский У.Н., Аридные экосистемы. Дарченкова Н.Н// Москва-2005 – Т. 11 – №28 – С.39-50.
3. Жахонгиров Ш.М., “Анализ изменений эпидемиологической ситуации в по кожному лейшманиозу в регионах Узбекистана”. Коваленко Д.А., Абдиев Ф.Т. и др.//Проблемы биологии и медицины, № 3-2017, стр. 45-

4. Муратов Т.И., “Современные эпидемиологические аспекты кожных лейшманиозов в Узбекистане” Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т. // Журнал Вестник Ташкентской медицинской академии №1, 2018, стр. 28.
5. Раббимова Н.Т., “Моделирование процессов распространения кожных лейшманиозов в Узбекистане” Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И., Маликов М.Р. // Вестник врача №3, стр. 78.
6. Баранец М.С., Видовой состав и распространение москитов (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) Центральной Азии. Понировский Е.Н., Кадамов Д.С. // Мед. паразитол. – 2015. - № 4. – С. 15.
7. Сувонкулов У.Т., Этиология кожных лейшманиозов в Эндемичных регионах Узбекистана на примере Джизакской области. Ачилова О.Д., Муратов Т.И. “Эпидемиология и инфекционные болезни” изд. “Медицина”. Том 24 №3 -2019 ст.123
8. Сувонкулов У.Т., Современная характеристика природного очага зоонозного кожного лейшманиоза в Мубарекском районе Кашкадарьинской области Узбекистана. Абдиев Т.А., Усаров Г.Х. // Инфекция, иммунитет и фармакология”. Ташкент-2019г. Стр.45
9. Долматова А.В. Об основных факторах, определяющих эпидемиологическое значение отдельных видов москитов (Phlebotominae) в очагах лейшманиозов. // Мед. паразитол. № 3, с.298.
10. Desjeux P. Information on the epidemiology and control of the Leishmaniasis by country of territory. WHO, 1991, Switzerland, Geneva.
11. Clem, Angela A: Current Perspective on Leishmaniasis. Journal of Global Infectious Diseases. May 2010, Vol. 2 Issue 2, p125.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ УХОДА

Султанова Н.С.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Внедрение принципов ухода новорожденных с целью повышения адаптационных возможностей и улучшению качества жизни представляется перспективным направлением в педиатрии. Между тем многие вопросы, касающиеся формирования иммунной системы ребенка, являются еще мало изученными. Требуется уточнения о влиянии принципов ухода на становление иммунитета у детей в различные периоды жизни [1,2].

Бесспорное преимущество в этом плане принадлежит естественному вскармливанию материнским молоком, обладающим уникальным составом и биологическими свойствами, обеспечивающими оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития и иммунологической реактивности детей [3,4].

Материал и методы исследования: Обследовано 123 детей в различные периоды жизни и проведен анализ иммунологического статуса. Были использованы общеклинические, антропометрические, клинико-лабораторные и иммунологические методы исследования.

Результаты: Так нами были прослежены катamnестические данные 123 детей от 1 года до 14 лет, это дети у которых были проведены полные иммунологические исследования. Для уточнения эффективности внедряемых принципов ухода дети были подразделены на 2 группы: основную группу составили 59 детей, находившихся на внедряемом уходе и 64 ребенка – группа сравнения, дети, находившиеся на ранее применявшемся уходе.

Всем обследованным детям проведено изучение особенностей показателей иммунограммы в динамике в зависимости от вида ухода, возраста и вида вскармливания.

При анализе иммунологических показателей детей раннего возраста (до 3 лет) установлены следующие закономерности.

Как видно у детей раннего возраста находившиеся на внедряемом уходе иммунологические показатели как гуморального, так и клеточного иммунитета находились в пределах нормативных значений, однако в группе детей, находившихся на ранее применявшемся уходе иммунологические показатели в некоторых случаях, достигали высоких или низких границ нормы или незначительно превышали их.

В гуморальном иммунитете отмечается дисбаланс показателей IgA и M, особенно выраженный у детей, находившихся на ИВ и СГВ с традиционным уходом. Показатели ЦИК как крупные, так и мелкие достоверно повышались у детей, находившихся на ИВ и СГВ по сравнению с детьми на ИГВ и ПГВ. Так же отмечено достоверное их повышение в зависимости от ухода, наиболее выраженные отмечались в группе сравнения.

Таким образом, как видно из приведенных данных имеется зависимость иммунологического статуса от вида вскармливания и ухода. Изучение иммунологических показателей в динамике установило сохранение тенденции к дисбалансу в зависимости от вида ухода и вскармливания, так у детей в возрасте 3-7 лет, находившихся на искусственном вскармливании, отмечается достоверное повышение лейкоцитов, лимфоцитов СД3+ на фоне достоверного снижения СД4+, однако более выраженные изменения отмечены среди детей группы сравнения. Отмечается повышение СД16+ в зависимости от вида ухода, особенно выраженное в группе сравнения ($P < 0,05$). Особенно хочется выделить фактор аллергизации, который достоверно повышался у детей группы сравнения, находившихся на искусственном вскармливании, по сравнению с детьми на исключительно грудном ($29,9 \pm 1,0\%$ против $20,3 \pm 0,23\%$ соответственно; $P < 0,05$) и преимущественно грудном вскармливании ($29,9 \pm 1,0\%$ против $21,2 \pm 0,62\%$ соответственно; $P < 0,05$).

Так же установлено повышение СД23+ по сравнению с детьми, находившимися на смешанном грудном вскармливании, хотя и не достоверное ($29,9 \pm 1,0\%$ против $25,2 \pm 1,2\%$ соответственно). Однако это повышение зависело не

только от вида вскармливания, но и от вида ухода. Так у детей в основной группе наблюдались нормативные значения данного показателя, тогда как в группе сравнения у 36% детей было отмечено его повышение.

Динамика показателей фактора апоптоза у детей, находившихся на искусственном вскармливании достоверно повышается по сравнению с детьми на грудном вскармливании. Так же достоверно высокие показатели наблюдались и у детей, находившихся на СГВ. Однако их повышение зависело от формы ухода.

В гуморальном иммунитете отмечается дисбаланс показателей IgA и M, особенно выраженный у детей, находившихся на ИВ и СГВ в группе сравнения, т.е. у детей с традиционными методами ухода.

Показатели ЦИК как крупные, так и мелкие достоверно повышались при ИВ и СГВ по сравнению с детьми на ИГВ и ПГВ при традиционном уходе. При внедряемом уходе дисбаланс в показателях ЦИК был менее выражен и в большинстве случаев показатели не превышали нормативных значений.

Динамика иммунологических показателей детей в 7-14 лет так же имела прямую зависимость от вида вскармливания и от принципов ухода.

Как видно из представленных данных у детей в возрасте 7-14 лет отмечается повышение содержания лейкоцитов, особенно выраженное у детей, находившихся на ИВ и на традиционных методах ухода. В остальных группах уровень лейкоцитов находился в пределах нормативных значений.

Содержание лимфоцитов как относительно, так и абсолютного имело выраженную тенденцию к повышению при ИВ по сравнению с детьми, находившихся на СГВ, ПГВ и ИГВ в группе сравнения по сравнению с основной группой. У детей основной групп эти показатели находились в пределах нормативных значений. Однако у 39,6% детей, получавших традиционный уход они достигали, а в некоторых случаях и незначительно превышали верхнюю границу нормы ($2830,6 \pm 288,7$ против $1780,3 \pm 74,8$ мкл).

В Т- клеточном звене у детей в возрасте 7-14 лет регистрируется дисбаланс показателей, который зависел от вида ухода.

Так у детей находившихся на исключительно естественном вскармливании отмечались нормативные значения СД3+, СД4+, СД8+ и ИРИ, как в группе сравнения, так и в основной группе. В группе детей с преимущественным естественным вскармливании показатели группы сравнения незначительно отличались от показателей основной группы. При СГВ в группе сравнения регистрируется достоверное снижение СД3+, СД4, СД8+ и ИРИ по сравнению с основной группой. У детей, находившихся на искусственном вскармливании отмечается достоверно выраженный дисбаланс в Т-клеточном звене иммунитета как особенно выраженный в группе сравнения.

Достоверно высокие показатели СД16+ отмечались у детей группы сравнения по сравнению с показателями в основной группе и так же имели зависимость от вида вскармливания.

Уровень В-лимфоцитов варьировал и зависел от вида ухода и вскармливания. Так у детей находившихся исключительно на грудном вскармливании показатели были в пределах нормы, однако у детей на ИВ они достоверно отличались ($p < 0,05$).

Содержание СД23+ у детей находившихся на внедряемом уходе в большинстве случаев находилось в нормативных значениях, однако у детей находившихся на ИВ и СГВ отмечалось его повышение.

Достоверное повышение также отмечалось и при анализе содержания СД38+, при ИВ СГВ в группе сравнения ($P < 0,05$) по сравнению с показателями основной группы.

Важнейшими показателями гуморального ответа являются IgG, IgM, IgA. Изучение гуморального звена иммунитета позволило выявить наличие достоверной разницы между детьми группы сравнения и основной группы, находившихся на ИВ и СГВ. Среди детей на ИГВ и ПГВ достоверных различий не наблюдалось.

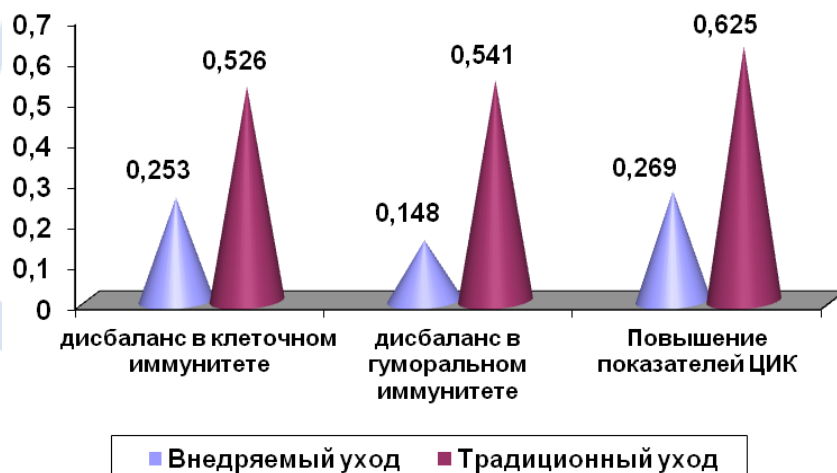


Рис. 1. Корреляционный анализ показателей иммунологического статуса и вида ухода

Аналогичная тенденция отмечалась и при анализе показателей ЦИК их дисбаланс зависел от вида ухода и вскармливания. Особенно он был выражен при ИВ и СГВ у детей на традиционном уходе.

При изучении корреляционного анализа нами установлено, что дисбаланс в клеточном и гуморальном звене иммунитета имеет прямую корреляционную зависимость от вида ухода, на котором находился данный ребенок. Так сла-

бая связь прослеживается у детей, получавших внедряемый уход, сильная прямая связь отмечена у детей, получавших традиционный уход.

Заключение: Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что на дисбаланс и выраженность нарушений в показателях иммунологического статуса детей влияет не только вид вскармливания, но и уход. На формирование иммунитета негативное воздействие оказывает нахождение ребенка на искусственном вскармливании. Совокупность клеточного и гуморального иммунитета достаточно полно отражает дисбаланс их показателей, который соответствует наличию в анамнезе частых воспалительных заболеваний, а большая часть детей относится к категории часто болеющих. Выявлена корреляционная взаимосвязь показателей иммунитета и вида вскармливания.

Литература:

1. Тахирова Р. Н. Влияние вида вскармливания на развитие детей дошкольного возраста: научное издание / Р. Н. Тахирова, Н. И. Машарибова // Педиатрия. - Ташкент, 2016. - N1. - С. 28-31. - Библиогр.: 5 назв.
2. Фатеева Е. М., Лешкевич И. А. Питание грудных детей – новые данные и современные подходы // Международный симпозиум. – М., 2018. – С. 23-27.
3. Конь И. Я. Грудное вскармливание и ожирение: новые аспекты проблемы: научное издание / И. Я. Конь, Н. М. Шилина, М. В. Гмошинская // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. - М., 2016. - Том 95 N4. - С. 92-98. - Библиогр.: 43 назв.
4. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NUT/98.1).
5. Department of health, United Kingdom. UK review of Welfare Food Scheme. London, Stationery Office, 2000 (in press).
6. Engle, P.L. et al. The Care Initiative. Assessment, analysis and action to improve care for nutrition. New York, United Nations Children's Fund, 1997.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ БЕЗ АТИПИИ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Тоджиева Н.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В структуре гинекологической патологии гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) составляют от 5 до 25%, являясь актуальной медико-социальной проблемой в связи с высокой частотой развития рецидивов и возможностью малигнизации [4, 7]. Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе являются наиболее частой причиной маточных кровотечений [3].

Гормональная терапия, назначаемая при ГПЭ, представляет по сути противорецидивную терапию, направленную на коррекцию менструального цикла (МЦ), устранение неприкрытых эстрогенных влияний и предотвращение формирования гиперплазии эндометрия [1]. Лечебная тактика при гиперпластических процессах зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии [5].

Основным методом лечения гиперпластических процессов эндометрия в период менопаузы, после оценки патоморфологического исследования, сопутствующей гинекологической и соматической патологии, является гормонотерапия с оказанием антиэстрогенного влияния на слизистую оболочку полости матки. По данным ряда авторов [2], рецидивы простой гиперплазии эндометрия (ПГЭ) были выявлены у 26% пациенток, получавших гормональную терапию, и у 72,1% женщин, которым данная терапия не проводилась [6].

Длительная история – более 50 лет – применения КОК, особенно последнего поколения, свидетельствует не только об их высокой лечебной эффективности, но и дополнительных положительных эффектах. Известно, что использование КОК в течение 12 мес уменьшает риск развития рака эндометрия на 50% [7]. Протективное действие одинаково в отношении всех основных гистологических подтипов рака эндометрия, персистирует в течение 20 и более лет после отмены и оказывается максимальным у женщин группы высокого риска. Гестагенный компонент КОК отличается большим разнообразием. С позиций лечения гиперплазии эндометрия особое значение имеет трансформирующая способность прогестина, входящего в состав КОК. Наиболее сильными прогестинами следует признать норгестимат, левоноргестрел, дезогестрел и гестоден, которые представляют гестагенный компонент КОК II и III поколения. Синтетические прогестины III поколения – дезогестрел и гестоден – обладают меньшей остаточной андрогенной активностью по сравнению с прогестинами I и II поколения. Кроме того, обладая высокой биодоступностью при минимальной андрогенной активности, дезогестрел и гестоден могут рассматриваться как прогестины выбора при назначении КОК больным с ГПЭ. С целью лечения ГПЭ используются низкодозированные монофазные препараты.

Основу оценки клинической эффективности гормональной терапии в двух группах составили критерии устранения основных симптомов заболевания. Практически у всех пациенток исчезли болезненность при бимануальном гинекологическом исследовании, диспареуния.

Материал и методы исследования: В нашем исследовании терапия КОК проводилась у 30 (100%) женщин в течение 6 мес в непрерывном режиме. В качестве профилактики гиперплазии эндометрия всем пациенткам с положительным эффектом от проведенной гормональной терапии (атрофия эндометрия) был назначен комбинированный низ-

кодированный монофазный оральные контрацептив Мидиана в пролонгированном режиме – в течение 6 месяцев непрерывного режима, начиная от дня РДВ.

Контрольную группу составили 30 женщин пременопаузального возраста, которым планировалось назначение заместительной гормональной терапии. Данным пациенткам биопсия эндометрия выполнялась с целью исключения его патологии.

Результаты: Наблюдение за больными проводилось в течение 1 года. Осуществляли мониторинг клинико-лабораторных показателей: оценивали динамику массы тела больных, показатели АД, морфологический контроль состояния слизистой полости матки проводили после 6-месячного приема Мидиана – выполняли биопсию эндометрия. Эхографический контроль толщины эндометрия осуществляли через 3, 6 и 12 мес. Обращает на себя внимание тот факт, что ациклические кровянистые выделения выявлены в первые 2 месяца у 3 (10%) пациенток. В связи с этим 2 пациентки отказались от дальнейшего приема препарата. На фоне приема КОК Мидиана через 6 мес. олигоменорея установлена у 18 (64,2%) пациенток. К концу года олигоменорея диагностирована у 24 (85,7%) обследованных.

Кроме того, в ходе исследования убедительно доказано, что КОК Мидиана оказывает положительное влияние на симптомы ПМС, которые снижают качество жизни пациенток с ГПЭ. В результате проведенной терапии лечебный эффект получен у 22 (74,7%) женщин с ПМС. Основу оценки клинической эффективности гормональной терапии составили критерии устранения основных симптомов заболевания. Динамика жалоб отражена в таблице 1.

Таблица 1. Основные жалобы пациенток до и в процессе гормонального лечения.

Жалобы	До лечения	Через 6 мес. после лечения
Меноррагии	17(56,7%)	1(3,6%)
Метроррагии	13(43,3%)	-
Боли внизу живота	11(36,7%)	-
Пред- и постменструальные выделения	8(26,7%)	4(13,3%)
Олигоменорея	4(13,3%)	18 (64,2%)
Аменорея	-	5(17,9%)
Вазомоторные и эмоционально-вегетативные симптомы	2(6,7%)	-

Через 6 месяцев от начала курса лечения метроррагии у пациенток не отмечались, обильные менструации сохранились у 1 (3,6%) женщины; уменьшилось количество пациенток, предъявляющих жалобы на боли внизу живота, связанные с менструальным циклом – с 11(36,7%) до 0. Скудные мажущие выделения до и после менструации после окончания курса лечения отмечали 4 (13,3%) женщины, т.е. эти жалобы встречались в 2 раза реже. Вазомоторные и эмоционально-вегетативные симптомы не сохранились ни у одной пациентки. Во время приема КОК Мидиана масса тела снижалась и далее стабилизировалась. В среднем к 3-му месяцу приема у 43% больных масса тела снижалась на 0,5 кг и более, через 6 мес приема снижение массы тела (которая сохранялась в течение года) на 1–2 кг выявлено у 9 (32,1%) пациенток. Таким образом, антиминералокортикоидная активность дроспиренона позволяет стабилизировать массу тела и не допускать ее повышения у пациенток с ГПЭ. Дополнительным результатом антиминералокортикоидного эффекта дроспиренона является стабильность АД. Динамический контроль за АД на фоне приема КОК Мидиана выявил тенденцию к его снижению у 9 (60%) из 15 имевших стабильное повышение АД до начала лечения.

При ультразвуковом исследовании, проведенном больным до и после лечения, особое внимание уделяли состоянию срединного маточного эха (М-эхо), так как, по мнению большинства авторов, наиболее достоверным эхографическим критерием патологии эндометрия является расширение полости матки. Кроме того, оценивали динамику объема яичников и толщину эндометрия (таблица 2). При ультразвуковом исследовании, выполненном через 3 месяца и после окончания курса лечения, оценивалась величина передне-заднего размера срединного маточного эха (М-эхо), эхогенность, звукопроводимость, внутреннее строение и состояние контуров эндометрия. Средняя величина М-эхо пациенток исследуемых групп составила через 3 месяца от начала терапии $2,42 \pm 0,77$ мм, что достоверно отличалось от аналогичных показателей до лечения - $11,71 \pm 2,51$ мм.

Ультразвуковое исследование, выполненное после окончания курса лечения, не выявило эхоскопических признаков гиперпластического процесса слизистой оболочки матки. Пациенткам, получавшим гормональное лечение, исследование выполнялось на 30-35 день после отмены препарата. Средние значения М-эхо не превышали нормативных показателей и составили $3,11 \pm 0,99$ мм.

Сравнительный анализ динамики ультразвуковых параметров показал сходную направленность изменений показателей М-эхо, объема яичников, толщины эндометрия во время и после лечения. Через 3 месяца от начала лечения и после окончания терапии размеры М-эхо были в пределах нормы. Следовательно, применение непрерывного режима КОК сопровождалось большой выраженностью сокращения объема яичников, регресса разросшегося эндометрия.

Таблица 2. Показатели ультразвукового обследования до и после лечения.

Показатели	До лечения	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев
М-эхо, мм	18,1±0,9	5,2±0,3	3,11±0,99
Объем яичников, см ³	12,4±0,5	7,4±0,1	8,9±0,3
Толщина эндометрия, мм	25,4±1,6	4,2±0,2	5,6±0,3

Для оценки эффективности проведенной терапии через 6 мес применения КОК Мидиана было выполнено гистологическое исследование образцов ткани эндометрия, полученных путем биопсии эндометрия. Выявлено, что через 6 мес применения препарата морфологические признаки гиперплазии эндометрия отсутствовали у 27 (96,4%) пациенток, при этом у 1 (3,6%) женщины определялись очаги гиперплазированного эндометрия. Учитывая сохраняющиеся жалобы на меноррагии, у 1(3,6%) пациентки с гиперпластическим процессом эндометрия в возрасте 47 лет, лечение было расценено как неэффективное. Через 6 месяца от начала курса лечения ей была выполнена повторная биопсия эндометрия, подтвердившая персистенцию гиперпластического процесса эндометрия исходного морфологического варианта. Учитывая полученные данные, пациентке была предложена экстирпация матки.

Следует отметить, что мы не выявили серьезных побочных эффектов и случаев непереносимости используемой терапии. У большинства пациенток переносимость гормональных препаратов была хорошей. Среди побочных эффектов гормональной терапии отмечали кровотечения прорыва. На фоне применения Мидианы они были отмечены у 6-х больных(21,4%). При этом средняя длительность кровотечений прорыва была $4,9 \pm 0,2$ дней. Объем кровотечений прорыва был скудным, что не привело к отмене терапии.

Таблица 3. Клинико-морфологическая эффективность гормональной терапии через 3 месяца после лечения.

Полный терапевтический клинический эффект	23 (82,1%)
Гистологическое рецидивирование	1 (3,6%)

Через 3 месяца после окончания лечения менструальная функция восстановилась у 25 больных (89,3%).

После окончания курса лечения с целью оценки его эффективности 17 (60,7%) пациенткам проводилось раздельное диагностическое выскабливание, в 11 (39,3%) случаях выполнена аспирация полости матки. Соскоб эндометрия, полученный при выскабливании полости матки, в 15 случаях расценен как скудный, в 2 случаях - как умеренный.

С целью оценки эффективности лечения выполнялось гистологическое исследование эндометрия. В группе пациенток, которым проводилась гормональная терапия, морфологическая картина полученного материала в 26 (92,8%) случаях соответствовала атрофии эндометрия, в 2 (7,1%) картине эндометрия в ранней стадии фазы пролиферации.

Клинические и морфологические критерии эффективности проведенного лечения отражены в таблице 3. Клиническим критерием эффективности терапии служило устранение гиперполименореи. При морфологическом исследовании эндометрия оценивали степень регресса простой гиперплазии и развитие в нем секреторной трансформации.

Через 3 месяца после окончания лечения частота сочетанного морфологического (устранение железистой гиперплазии эндометрия) и клинического (нормализация менструального цикла) эффектов отмечена у 82,1% больных.

Заключение: Таким образом, применение КОК в непрерывном режиме у женщин с ГЭ в пременопаузе – эффективный и безопасный метод терапии.

Литература:

1. Бекбаулиева Г.Н., Файзуллаева Ш.О. Эффективность гестагенов у женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и метаболическими нарушениями. // Медицинский журнал Узбекистана. 2014. №1. с. 11-13
2. Лысенко О.В., Занько С.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в различные возрастные группы: исследование цитокинового статуса и содержания SFAS-ЛИГАНДА // Акуш. и гинек., 2011, №4, с. 63- 68
3. Чернуха Г.Е., Думановская М.Р. Современные представления о гиперплазии эндометрия. // Акуш.и гин., 2013, №3, с. 26-32
4. Шешукова Н.А., Макаров И.О., Фомина М.Н. Гиперпластические процессы эндометрия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. // Акуш.и гин., 2011, №4, с. 16-21
5. Bazarova Z.Z., Sobirova S.E., Todjiyeva N.I., Xudoyarova D.R. Quality of life of women undergoing obstetric hysterectomy - "European science review" № 9-10 2018 September-October Volume 2. Medical science, Vienna, 38-40
6. Todjiyeva N., Kamalova D., Bazarova Z. "Risk factors for the development of endometrial hyperplastic processes in premenopause". XXXVIII Международная научно-практическая интернет-конференция «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации» XXII Международная научно-практическая интернет-конференция, Выпуск 38. 2018 г., Переяслав-Хмельницкий, стр. 219.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ПСИХОЗЛАРНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Тураев Б.Т., Очиллов У.У

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Туғилгандан кейинги психоз (халқаро касалликлар таснифи 10 га кўра - туғруқдан кейинги дастлабки 6 ҳафта ичида юзга келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузуқлиши) бу камдан кам учрайдиган руҳий касаллик бўлиб, одатда дастлабки 2-6 ҳафтада содир бўлади. Туғруқдан кейинги руҳий бузилишлар Гиппократ давридиган бери маълум бўлиб, у туғруқдан кейинги "делирий" ва "мания" ни эслатиб ўтган [3, 7]. Ҳозирда туғилгандан кейинги психозни келтириб чиқарадиган бир неча назария мавжуд бўлиб булар ирсий мойиллик, психоген омиллар, эндокрин-диенсефалик касалликлар ва бошқалар муҳим аҳамиятга эга [5]. Ҳозирги вақтда туғруқдан кейинги бузилишлар муаммоси туғруқдан кейинги руҳий бузилишларнинг этиологияси, патогенези, клиник кўринишлари ва нозологик хусусиятига оид қарама-қарши қарашларни

акс эттирувчи кўплаб илмий ишлар мавжуддир. Туғруқдан кейинги психозни аниқ нима қўзғатиши аниқ эмас [2]. Гипотезалардан бири уларни гормонал ўзгаришлар, хусусан, эстроген даражаси билан боғлайди. Бошқа фаразларда кортизон, серотонин, қалқонсимон без гормони, калций ва эндорфинлар даражасининг ўзгариши кўрсаткичи мавжуд. Психозни ривожланиш хавфи руҳий касалликлар билан ирсият юки билан ортади. Баъзи муаллифлар фикрига кўра аёлларда пайдо бўладиган ижтимоий-психологик муаммоларнинг энг муҳим таркибий қисмини, травматик ҳодисаларни ва туғруқ пайтида юзага келадиган асоратларни кўриб чиқадилар [1].

Кўпгина тадқиқотчилар туғруқдан кейинги психозларни соматик касаллик деб таснифлашади, аммо уларнинг ривожланишида нафақат соматик, балки психологик омиллар ҳам мажмуаси борлигини ҳисоб олиш керакдир. Улар орасида ҳомиладорлик давридаги ва туғриқ давридаги (соматик стресс, эндокрин ва вегетатив бузилишлар, қон йўқотилиши, сувсизланиш, туғилишдан қўрқиш, оиладаги психо-травматик ҳолатлар, преморбид шахснинг хусусиятлари) ўзгаришлар муҳим аҳамият касб этади [6].

С.С. Корсаковнинг таъкидлашича, ҳар 10000 та туғриқдан 6-16 тасида туғриқдан кейинги психоз касаллиги ривожланади. Замонвий адабиётлардаги маълумотларга кўра, туғруқдан кейинги психозлар аёлларда руҳий касалликларнинг 2-9 фоизини ташкил қилади [4].

Одатда туғриқдан кейинги психоз астения фониди 2-3 хафтага қадар ривожланади. Кўпинча у олдин продромал даврни бошланади: уйқусизлик, чарчоқ, таъсирларга лабдилик, боладан қўрқиш, умумий қўрқув. Туғруқдан кейинги психознинг клиник кўринишлари полиморфизм билан фарқ қилади, ўзини аффектив бузилишлар шаклида (кўпинча депрессия, делирий, галлюцинатор-васваса ҳолатлар, аменция, онейроид) намоён қилиши мумкин [3, 5, 6].

Тадқиқот мақсади: Туғруқдан кейинги психозларнинг клиник кўринишлари ва даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва услублар: Тадқиқот мақсадида Самарқанд вилоят руҳий касалликлар шифохонасида сўнгги 3 йил ичида туғруқдан кейинги психоз касаллигига билан касалланган 10 нафар бемор текширилди. 2018 йилда - 3 нафар бемор, 2019 йилда - 4 нафар ва 2020 йилда - 3 нафар бемор (1,07%). 10 беморнинг 4 нафари психиатр билан маслаҳатлашгандан сўнг туғруқхоналардан кўчирилди, 6 нафари поликлиника психиатрларнинг йўлланмаси билан уйдан олиб келинган.

Касалхонага ётқизилган пайтда руҳий бузилишларнинг давомийлиги 3 кундан 2 хафтагача бўлган. Ўртача бузилишлар туғруқдан 10-14 кун ўтгач содир бўлган. Касалхонага ётқизилган аёлларнинг 4 нафари қишлоқда, 6 нафари шаҳарда яшаган. Туғруқдан кейинги психоз 9 та ҳолатда биринчи марта туғруқдан кейинги руҳий касалликлар пайдо бўлди, битта ҳолатда - 2 - туғилгандан кейин пайдо бўлган.

Бир ҳолда, операция қилинган, битта ҳолатда туғилиш бачадон бўйни ёрилиши билан кечган. 9 ҳолатда йетказиб бериш физиологик туғруқ билан кечган. Беморларнинг ўртача ёши 20 дан 25 ёшгача эди.

Натижа ва уларнинг муҳокамаси: Шуни таъкидлаш керакки, туғруқдан кейинги психозларнинг клиник кўриниши 10 та ҳолатдан 6 тасида (60%) руҳий бузилишлар (васвасалар, галлюцинациялар) билан депрессия намоён бўлди ва 4 ҳолатда (40%) - таъсир, қўрқув ва ҳаяжон билан кечадиган васвасалар ва галлюцион бузилишлар кузатилди.

Аёлларда туғруқдан кейинги психознинг энг кенг тарқалган тури бу туғруқдан кейинги депрессия бўлиб, туғилгандан кейин 7 кундан 20 кунгача депрессив ҳолатларнинг бошланиши қайд этилган. Дастлаб летаргия, умумий ҳолсизлик, уйқусизлик, пасат кайфият ва ўз - ўзини айблаш васвасалари пайдо бўлди.

Лактация даврини тўхтатиш учун психотроп дориларни қабул қилишдан ташқари, барча беморлар кунига 5 мг дан 5 кунгача бромкриптинни 5 дан 10 кунгача қабул қилишди. Туғруқдан кейинги психоз билан касалланган беморларнинг касалхонада даволанишининг ўртача давомийлиги 34 кунни ташкил этди. Барча беморлар руҳий ҳолатининг яхшиланиши билан касалхонадан чиқарилди.

Беморларнинг руҳий ҳолати, ташқи кўринишига бепарво, сочлари таралмаган, ўзига қарамайди. Бир жойида турмайди, бирон жойга боришга интилади, ўзи билан суҳбатлашади. Беморлар баъзида ғазабланади, муштини деворга, столга уради, одобсиз сўзлар билан атрофдагиларни ҳақоратлайди. Унинг сўзларига кўра, унинг қулоғига турли товушлар, уни мазах қиладиган, ёмон онам деб айтадиган эркак ва аёл овозлари эшитилган. Унинг хонадошлари уни кузатмоқда, видеога олишмоқда, муҳокама қилишмоқда, деб ишонишади. Унинг сўзларига кўра, тиббиёт ходимлари уни заҳарламоқчи ва шу сабабли овқатдан бош тортишади. Эри ўз фарзандини ўлдириш учун баъзи одамларни ёллаганига ишонади.

Даволаш мақсадида кунига 100 мг мушак ичига левомепромазин, кунига 15 мг гача бўлган галоперидол (эрталаб 5 мг вена ичига томчилатиб, тушлик пайтида ва кечқурун мушак ичига 5 мг мушак ичига), 7 кун давомида кунига 6 мг тригексифенидил қабул қилганда, аммо нейролептик синдром пайдо бўлиши мажбурий галоперидол ва левомепромазинни бекор қилишни талаб қилди. Бемор кетиапин (кетилепт) га ўтказилди, кунлик дозаси 25 мг ни ташкил этди ва аста-секин кунига 150 мг га кўтарилди. Даволаш фониди депрессия ва тажовузкорликнинг пасайиши, уйқунинг нормаллашиши, галлюцинациялар ва васваса ғояларнинг камайиши қайд этилди. Кетиапиннинг кунига 50 мг дозасини даволашни давом эттириш ва реабилитация учун доимий буюрилди.

Хулоса: 1. Туғруқдан кейинги психоз жуда кам учрайдиган руҳий касаллик бўлиб, полиморфик характерга эга: хавотирли, ҳиссий жиҳатдан беқарор шаклидаги хулқ-атвор бузилишидан онг ўзгариши билан кечиб психозгача бўлган ҳолатларга олиб боради. 2. Туғруқдан кейинги психозни даволаш маълум даражада йетакчи психопатологик

синдромнинг хусусиятларига боғлиқ. Лактацияни тўхтатиш туғруқдан кейинги психоз натижаларига фойдали таъсир кўрсатади. 3. Атипик нейролептик (кетиапин) препаратларни қўллаш туғруқдан кейинги психозларни даволашда юқори самарадорликни кўрсатди.

Адабиётлар:

1. Белов В. Г., Туманова Н. Н. Нервно-психические расстройства у женщин в послеродовом периоде //Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2008. – Т. 9. – №. 1. – С. 50-55.
2. Голенков А. В., Мещанинова В. П., Филоненко А. В. Распознавание послеродовой депрессии и тактика ведения таких больных //Медицинская сестра. – 2012. – Т. 4. – С. 42-5.
3. Голяновский О. В. и др. Послеродовые психозы (обзор Литература) //Здоровье женщины. – 2015. – №. 4. – С. 57-57.
4. Жук Т. П., Дудаль Л. В. Особенности клинических проявлений и лечения послеродовых психозов //Медицина и экология. – 2014. – №. 2 (71).
5. Обьедков В. Г., Алексеева А. А., Сидоренко В. Н. Патогенетические механизмы послеродовых психозов. – 2020.
6. Очиллов У. У., Тураев Б.Т и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями //Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155).
7. Рагимова А. А. Послеродовые психозы: история и современное состояние проблемы //Психические расстройства в общей медицине. – 2018. – №. 1. – С. 12-18.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Турдиева Ш.Т., Раджабова Н.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Заболевания связанных с выработкой тиреоидных гормонов, в частности, эндемический зоб у женщин репродуктивного возраста является одним из актуальных проблем современной перинатологии.

Дефицит йода у матери во время беременности признан одной из основных факторов, приводящих к перинатальной смертности, развитию врожденных аномалий и необратимой умственной отсталости детей. При этом, йод является важным компонентом гормонов щитовидной железы, которые регулируют скорость метаболизма в организме и необходимы для развития мозга, особенно в период гестации и в раннем детстве [2,7].

Дефицит йода, который является одним из наиболее распространенных недостатков питательных веществ во всем мире, затрагивающих около 30% населения Земли [8,10]. В некоторых случаях йод дефицитные состояния являются причиной бесплодия у женщин [1]. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на ликвидацию йодной недостаточности, Республика Узбекистан остается зоной высокой распространенности йод дефицитных заболеваний. Сравнительный анализ распространенности диффузного зоба I и II степени показал, что доля данного заболевания составила в 2016 году - 28,6 % [3]. Следовательно, изучение течение раннего неонатального периода у новорождённых от матерей с эндемическим зобом, является актуальным направлением современной перинатологии.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективный анализ среди 65 новорождённых и их матерей с диффузным эндемическим зобом (ДЭЗ). Возрастной диапазон женщин составил от 21 года до 32 лет. В контрольную группу отобраны 20 практически здоровых новорождённых от матерей аналогичного возраста без отягощённой акушерско-гинекологического анамнеза, и без патологии связанных с эндокринной системой.

Методы исследования включали: сбор анамнестических данных, пальпация щитовидной железы у матери. При сборе анамнестических данных учитывали: возраст, акушерский анамнез, социально-экономический статус, курение, употребление алкоголя, любое предыдущее лечение, связанное с заболеваниями щитовидной железы, любое предшествующее хирургическое лечение, связанное с щитовидной железой, наличие семейного анамнеза, связанного с заболеванием щитовидной железы и сахарного диабета 1 типа и аутоиммунных заболеваний, таких как ревматоидный артрит. Родильницы с заболеванием щитовидной железы были обследованы вместе с эндокринологом. Всем обследуемым провели УЗИ щитовидной железы.

У новорождённый одновременно оценены физические показатели состояния (вес, рост, оценка по Апгар, физиологические рефлексы). Клинико-лабораторные исследования включали: исследование уровня гормонов щитовидной железы (ТТГ, свободного Т3 и Т4). Для достижения достоверности кровь на гормоны щитовидной железы были взяты в определённые время суток. У новорождённых взята пуповинная кровь на тиреотропный гормон (ТТГ), свободный трийодтиронин (Т3) и тироксин (Т4), и кровь из пяточек с использованием фильтровальных карточек на 3-й день после рождения для определения ТТГ. Все анализы и исследования проведены с после взятие разращения у матерей новорождённых. Статистический расчёт полученных данных проводили с использованием стандартных статистических параметров с расчётом Т-критерий Стьюдента. Значимость результатов считались достоверными при 95% доверительном интервале, а $p \leq 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты и обсуждение. Исходя из цели и задачи нашего исследования проведено изучение состояние плода в интра и постнатальной периоде. Все новорождённые от матерей с ДЭЗ (n=65) были разделены на две исследуемые группы: 1-я группа: n=35 (41,2% из n=85) новорождённые от матерей с ДЭЗ с физиологическим течением беременности; 2-я группа: n=30 (35,3% из n=85) новорождённые от матерей с ДЭЗ с отягощённым течением (гестозом) беременности.

В ходе исследования состояния плода в динамике во время родов, отмечали что у 14,29% рожениц 1-ой группы, 23,33% рожениц 2-ой группы, имеет место острая интранатальная гипоксия плода, возникшая в 40,0% случаев в результате хронической внутриматочной гипоксии плода (ХВМГП).

Как утверждают ряд авторы, хронический дефицит необходимых витаминов и микроэлементов вследствие нерационального питания, а также на фоне эндокринных заболеваний приводит не только к развитию анемии и токсикоза у беременных женщин в ранних сроках беременности, но и со стороны плода отмечается нарушения темпов роста плода [4,6,12]. Одновременно, нами проведена оценка состояния новорожденных обследованных женщин (табл. 1).

Таблица 1. Оценка состояния новорожденных от матерей с диффузно-эндемическим зобом.

Состояние новорожденных при рождении	1-я группа (n=35)	2-я группа (n=30)	Контрольная группа (n=20)
Масса при рождении	3120 ±442,6	2769 ±857,4	3233 ±318,8
Длина тела при рождении	51,0 ±4,9	48,0 ± 5,1	52,5 ±2,4
Оценка по шкале Апгар на 1 мин.	7,1 ±0,1	6,4 ±1,4	8,3 ±0,5
Оценка по шкале Апгар на 5 мин.	7,8 ±0,9	6,9 ±1,4	9,0 ±0,7

По результатам нашего исследования, от женщин с эндемическим зобом, масса новорождённых в среднем отставали на 8,9%, но не является статистически достоверным ($p>0,05$).

Как отмечают некоторые авторы, новорождённые от матерей не получавших заместительную гормональную терапию при гипотиреозе во время беременности, имеют низкую массу тела по отношению к новорождённым от практически здоровых беременных [13]. Следует отметить, что ДЭЗ у беременных сказалось на метаболические процессы у новорожденных.

В ходе исследования установлено, что во всех исследуемых группах статистически достоверные результаты показателями по критериям, как оценка по шкале Апгар (1 и 5 минуты жизни) и длина тела новорожденного и не выявлено.

В ходе исследования нами проведен анализ основных заболеваний и патологических состояний новорожденных обследованных женщин (табл. 2.).

Как показали наши исследования, рождение детей с морфофункциональной незрелостью от женщин с диффузно-эндемическим зобом превалирует до 40% по отношению к женщинам без эндокринных заболеваний.

Развитие неонатальной желтухи также приваливались среди детей от матерей с эндокринной патологией, ($p>0,05$). Следует отметить высокий показатель развития ХВМГП в исследуемых группах, связанного с метаболическими нарушениями в период внутриутробного развития, причем она встречалась в 1-ой группе – 20,0% и во 2-ой группе – 40,0%.

Одновременно установлено, что на фоне ХВМГП наблюдалось развитие острой интранатальной гипоксии, с последующем развитием асфиксии у новорождённого. Данное состояние выявлено в 14,29% случаев в 1-ой группе, в 23,33% случаев в 2-ой группе, ($p>0,05$).

Таблица 2. Состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде (абс., %)

Состояние новорожденных	1 группа (n=30)	2 группа (n=32)	Контрольная группа (n=20)
Морфофункциональная незрелость	8 (22,86%)	12 (40,0%)	0 (0%)
Патологическая (конъюгационная) желтуха	12 (26,67%)	14 (46,67%)	1 (5,0%)
Острая интранатальная гипоксия (асфиксия)	5 (14,29%)	7 (23,33%)	0 (0%)
Хроническая внутриматочная гипоксия	7 (20,00%)	12 (40,00%)	0 (0%)
Стигмы дисэмбриогенеза.	2 (5,71%)	4 (13,33%)	0 (0%)
Респираторный дистресс- синдром (РДС)	6 (17,14%)	12 (40,0%)	0 (0%)
Врождённые пороки развития	1 (2,86%)	2 (6,67%)	0 (0%)
Перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) гипоксического генеза	17 (48,57%)	26 (86,67%)	2 (10,0%)

По данным некоторых учёных [10,11], патология щитовидной железы, особенно декомпенсированное течение заболеваний в первом триместре беременности, способствуют к увеличивают риск возникновения врожденных аномалий развития у плода.

В ходе нашего исследования, было отмечено, что 5,71% новорожденных из 1-ой группы и у 13,33% из 2-ой группы, где у беременных кроме ДЭЗ был выявлен гестоз различной степени тяжести, были диагностированы различные стигмы дисэмбриогенеза, что является статистически достоверным показателем по отношению к контрольной группе новорождённых ($p<0,05$).

Одновременно от женщин с ДЭЗ рождение детей с врождёнными пороки развития составил 4,6% (n=3 из 65, общего количества женщин с ДЭЗ). Среди них у 2 (3,1% из 65) детей выявлен ВПС, у одного (1,5% из 65) ребёнка атрезия пищевода.

Характерно, что каждый шестой ребенок 1-ой группы (17,14%) и каждый второй из 2-ой группы (40,0%) страдали респираторным дистресс-синдромом (РДС) различной степени тяжести. Полученные результаты исследования подтверждают влияние гормонов щитовидной железы на выработку сурфактанта в легких плода.

По данным ряда авторов, при физиологическом течении беременности и родов имеет место корреляционная связь между функционированием щитовидной железы и ферментативной активностью легочной ткани. Эти корреляционные взаимосвязи десбалансируются при патологическом течении беременности [5,9,12].

Следовательно, данное состояние способствует к развитию ограничения адаптационных механизмов системы мать-плацента-плод, с морфогистологическими нарушениями в плаценте, что последующими гормональным и метаболическим дисбалансом в развитии плода.

Вывод. На основании полученных результатов можно заключить, что у женщин с диффузным зобом и гестозом вследствие гормонального и метаболического дисбаланса развиваются сосудистые нарушения, что приводит к формированию фетоплацентарной недостаточности в 53,34% случаев у пациентов с диффузным зобом и в 62,5% случаев у пациентов с сочетанием диффузного зоба и гестоза различной степени тяжести, что проявляется статистически значимо часто рождаемостью дети с морфофункциональной незрелостью (30,77% из 65), неонатальной желтухой (43,08%) и респираторным дистресс-синдромом (30,77%).

Литература:

1. Абдурашидова Х.Б. Современные этиопатогенетические факторы бесплодия у женщин// Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых. Нижний Новгород, 2019. - С. 662-663.
2. Ворохобина Н.В., Ловкова Ю.С., Кузнецова А.В., Ковалева Ю.В., Баранов В. Л. Функциональное состояние щитовидной железы новорожденных от матерей с диффузным токсическим зобом // Медицинский вестник Юга России. - 2019. - №3. – С.33-34.
3. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. Результаты эпидемиологических исследований распространенности йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан // МЭЖ. - 2017.- №3. – С. 197-201
4. Кондратьев К.В., Кики П.Ф., Андрияков Б.Г., Морева В.Г., Сабирова К.М. Распространенность диффузного эндемического зоба у населения Приморского края // Экология человека. - 2018. - №5. – С. 52-56.
5. Павлюкова, С. А. Гестационные и перинатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом на фоне дисфункции щитовидной железы / С. А. Павлюкова, З. В. Забаровская // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2012. - № 5 (23). – С. 405-408.
6. Смолей Н.А. Сравнительный анализ методов диагностики и лечения патологии щитовидной железы при беременности / Н. А. Смолей, Л. В. Гутикова // Медицинская панорама. – 2014. - № 6. – С. 46-49.
7. Angermayr L, Clar C. WITHDRAWN: Iodine supplementation for preventing iodine deficiency disorders in children. // Cochrane Database Syst Rev. 2018;11(11):CD003819. Published 2018 Nov 29. doi:10.1002/14651858.CD003819.pub3
8. Azzeh F, Refaat B. Iodine adequacy in reproductive age and pregnant women living in the Western region of Saudi Arabia. // BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):370. Published 2020 Jun 22. doi:10.1186/s12884-020-03057-w
9. Bartsch DK, Luster M, Buhr HJ, et al. Indications for the Surgical Management of Benign Goiter in Adults [published correction appears in Dtsch Arztebl Int. 2018 Mar;115(9):144]. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(1-02):1-7. doi:10.3238/arztebl.2018.0001
10. Bekele A, Adilo TM. Prevalence of goiter and its associated factors among primary school children in Chole District, Arsi Zone, Ethiopia: a cross-sectional study. // BMC Nutr. 2019;5:5. doi:10.1186/s40795-018-0267-2
11. Khattak RM, Khattak MNK, Ittermann T, Völzke H. Factors affecting sustainable iodine deficiency elimination in Pakistan: A global perspective. // J Epidemiol. 2017;27(6):249-257. doi:10.1016/j.je.2016.04.003
12. Torres MT, Francés L, Vila L, et al. Iodine nutritional status of women in their first trimester of pregnancy in Catalonia. // BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):249. Published 2017 Jul 26. doi:10.1186/s12884-017-1423-4
13. Ursu HI, Toader OD, Podia-Igna C, et al. Iodine status in pregnant women after a decade of universal salt iodization in Romania. // Acta Endocrinol (Buchar). 2016;12(2):161-167. doi:10.4183/aeb.2016.161.

ПРЕКОНЦЕПЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ, УЧИТЫВАЯ СУПРУЖЕСКИЕ РОЛИ

Фазилова М.О.¹, Султанов С.Н.²

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

2 - Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Репродуктивные потери представляют собой невосполнимую утрату жизненного потенциала популяции, поскольку нерожденные дети являются безвозвратной потерей человеческого капитала [1, 2]. В последнее время все репродуктивные потери объединяют в синдром потери плода. Неразвивающаяся беременность (НРБ) является составной частью этого синдрома и представляет собой один из патогенетических вариантов невынашивания беременности [3].

Важным этапом в предотвращении повторных репродуктивных потерь является проведение полноценной пре-концепционной подготовка, которая включает выявление возможных причинных факторов, обуславливающих неразвивающуюся беременность, целенаправленную корректирующую терапию с учетом установленных нарушений, реабилитационную и терапевтическую поддержку на пути к реализации желанной беременности (Прегавидарная подготовка: клинический протокол. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. 80 с.).

Причины замершей беременности многочисленны и нередко комплексны и в этом процессе играет роль не только женский, но и мужской фактор.

Роль «мужского» фактора в генезе неразвивающейся беременности, перинатальной патологии изучалось в работах Поснеевой Л В и соавт (1991, 1993, 1999, 2000), где было доказано «что отец имеет прямое, в равной степени с матерью» отношение к неразвивающейся беременности. Самый часто встречающейся причиной, которая приводит к неразвивающейся беременности это инфекция эякулята. Первая работа об обнаружении инфекция в эякуляте мужчин появилась около 40 лет назад. С тех пор вопрос о связи между инфекциями и репродуктивным здоровьем мужчин остается в центре внимания специалистов по теоретической медицине и практического здравоохранения.

Инфекционная контаминация эндометрия является, как правило, следствием неспособности иммунной системы и неспецифических защитных сил организма (системы комплимента, фагоцитоза) полностью элиминировать инфекционный агент наряду с ограничением его распространения за счет активации Т-лимфоцитов (Т-хелперов, естественных киллеров) и макрофагов. В результате возникает персистенция микроорганизмов, характеризующаяся привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины. Подобное состояние препятствует созданию локальной иммуносупрессии в предимплантационный период, необходимой для формирования защитного барьера и предотвращения отторжения наполовину чужеродного плода [3, 7, 9, 11].

При оплодотворении инфицированной спермой, при имплантации зиготы в эндометрии наоборот запускается защитный механизм организма и активизируются Т- киллеры и естественным путем предотвращается обмен между эмбрионом и матерью и возникает замерший плод.

Целью исследования явилась оптимизация прекоцепционной подготовки супружеских пар при неразвивающейся беременности с учетом роли супруги.

Материалы и методы исследования: Для проведения настоящего исследования использовался комплексный подход, включающий клинико-анамнестические, лабораторные, морфологические, инструментальные.

Критерием включения в группу исследования:

- супружеские пары с неразвивающейся беременностью;
- наличие инфекции у супружеских пар.
- отсутствие хромосомных причин неразвивающейся беременности у супружеских пар;

Проведено одномоментное поперечное исследование, включающее комплексное клинико-лабораторное обследование 30 супружеских пар с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Основная группа 15 женщин и контрольная группа 15 женщин.

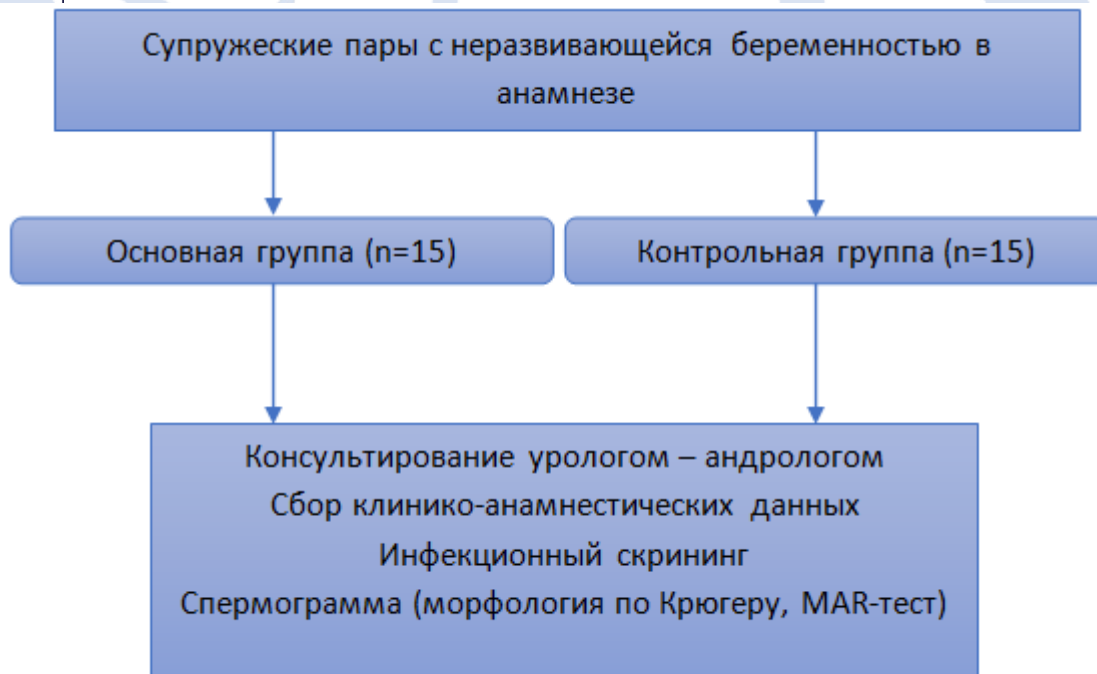


Рис. 1. Дизайн исследования

Образцы свежей спермы были получены от всех обследуемых мужчин, которым ранее было предложено воздерживаться от эякуляции в течение трех дней. Образцам спермы позволили разжигиться при комнатной температуре (24°C) в течение 30 минут и оценивалась на подвижность, прогрессирование, концентрация спермы и сперматозоидов.

Оценка подвижности проводилась путем помещения капли жидкой спермы на чистом предметном стекле микроскопа, поверх которого было помещено покровное стекло. А всего было подсчитано 300 подвижных и неподвижных сперматозоидов. Тип выставленной прогрессии у большинства подвижных сперматозоидов также отмечался при оценке подвижности (рис. 2)

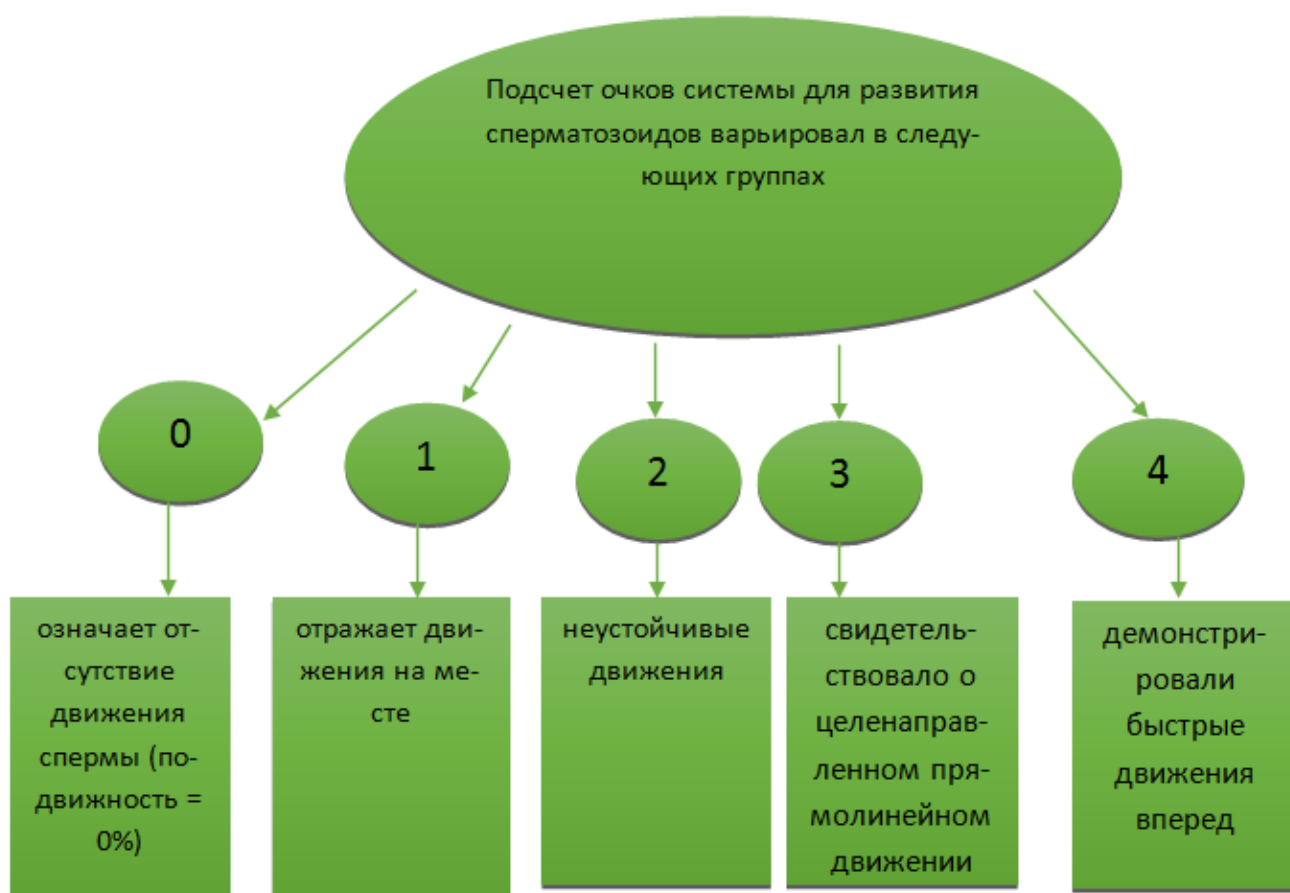


Рис. 2. Оценка подвижных сперматозоидов.

Результаты и их обсуждения: Женщины с НРБ в возрасте от 24 до 31 лет составили 60,6% случаев. По характеру трудовой деятельности половина пациенток с НРБ работали в финансово-экономической отрасли и занимались торговлей. Не работающие женщины составили 22,7% случаев. Тяжелый физический труд отмечен у 4% пациенток с НРБ. Средний возраст начала половой жизни составил $18 \pm 2,4$ лет. Первобеременных с НРБ было 25,1% женщин, повторная НРБ отмечена у 21% пациенток. В 60% случаев у первобеременных женщин первая беременность закончилась медицинским абортom.

В структуре причин неразвивающейся беременности современных супружеских пар преобладают сочетанные факторы, представленные инфекционно-воспалительным (87,5%), тромбофилическим (37,5%), эндокринным (36,1%), анатомическим (13,8%), иммунологическим (совместимость супругов по HLA-системе – 44,4%), генетическим («варианты» кариотипа – 16,7%) и мужским (85,3%) факторами.

Изучены эякуляты пациентов 1-2-й группы на инфекцию (уреаплазма, хламидия, вирус папилломы человека, токсоплазмоз) была выявлена в эякулятах у 24 (80,1%) из 30 обследованных пациентов.

После 2 месячной прекоцепционной подготовки обеих групп: в основной групп из 15 женщин беременность наступила через 1 месяц у 8 (26,7%), 2 месяца - 6 (20%), 3 месяца - 1 (3,3%). У контрольной группы беременность наступила через 1 месяц - у 5 (16,6%), 2 месяца - у 6 (20%), 3 месяца – у 4 (13,3%).

В контрольной группе из 30 беременных женщин до 12 недель беременности наблюдалось 3 (20%) ранних самопроизвольных аборта в сроки 6 недель, из них у 2 (6,6%) неразвивающаяся беременность.

В основной группе только у 1 (3,3%) ранний самопроизвольный выкидыш в 5 недель.

Заключение: При неразвивающейся беременности каждый из супругов вносит свой определенный и свойственный только ему вклад. Проведенная нами исследовательская работа показывает, что даже один самопроизвольный выкидыш является основанием для диагностического поиска причин невынашивания беременности с обязательным учетом мужского фактора. Выявленные особенности состояния здоровья супругов у женщин с невынашиванием беременности указывают на необходимость тщательного андрологического обследования и проведения комплекса профилактических и лечебных мероприятий мужчинам на этапе подготовки к следующей беременности в супружеской паре.

Гинеколог, являясь специалистом первого звена оказания помощи при невынашивании беременности, направляет и координирует обследование для установления причин гестационных потерь и проведения надлежащей прегравидарной подготовки. И именно гинеколог должен настаивать на обследовании супруга при репродуктивных неудачах, ведь полноценная диагностика является залогом успешного лечения. Полученные нами данные и модель прогнозирования самопроизвольного выкидыша, позволяющая выделить мужчин, имеющих высокий риск репродуктивных неудач, могут мотивировать как врачей (гинекологов и андрологов), так и пациентов в необходимости обследования и лечения.

Литература:

1. Брюхина, Е.В. Обследование мужчин в парах с невынашиванием беременности необходимо. Легко ли это? / Е.В. Брюхина, Г.Н. Мшак-Манукян // Тезисы III Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». – Санкт-Петербург, 2017. – С. 42.
2. Г.Н. Особенности спермограммы и спермального гликоделина у мужчин из пар с репродуктивными потерями / Г.Н. Мшак-Манукян // Врачаспирант. – 2017. – №6 (85). – С. 93-99.
3. Г.Н. Медико-социальный портрет мужчин в парах с невынашиванием беременности / Г.Н. Мшак-Манукян // Тезисы VIII Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – Москва: Изд-во Status Praesens, 2015. – С. 63.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Шарапова О.В., Кира Е.Ф. Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России. Акуш. и гин. 2005. № 5. С. 3–8.
5. Мшак-Манукян, Г.Н. Роль супруга в невынашивании беременности / Г.Н. Мшак-Манукян, Е.В. Брюхина, О.В. Сафронов // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №4(118). – С. 63-68.
6. Мшак-Манукян, Г.Н. Гликоделин как возможный маркер мужской фертильности / Г.Н. Мшак-Манукян, Е.В. Брюхина // Уральский медицинский журнал. – 2015. – №8(131). – С. 127-131.
7. Мшак-Манукян, Г.Н. Спермальный гликоделин как маркер абортотенности мужчин / Г.Н. Мшак-Манукян // Тезисы IX Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – Москва: Изд-во Status Praesens, 2016. – С. 63.
8. Мшак-Манукян, Г.Н. Оценка эякулята при привычной потере беременности / Г.Н. Мшак-Манукян // Тезисы X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – Москва: Изд-во Status Praesens, 2017. – С. 50-51.
9. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности. М.: ПАМН, 2003. 400 с
10. Kellerman AS, Weid IC (1970): Sperm motility and survival in relation to glucose concentration: An in vitro study. Fertil Steril 21:802-805
11. Mathur S, Carlton M, Ziegler I, Rust PF, Williamson HO (1986): A computerized sperm motion analysis. Fertil Steril 46:484-488
12. Reichman J, Insler V, Serr DM (1973): A modified in vitro spermatozoa1 penetration test. I. Method. Int J Fertil 18:241-245
13. Sobrero AJ (1974): Sperm migration in the human female. In: Human Reproduction, Campos da Paz A, Hasegowa T, Naitake Y, Hayasky M (Eds). Tokyo: Igaki Shoin Ltd, pp 47-53
14. Taylor R.N., Vigne G.L., Zhang P., Hoang P. Effects of progestins and relaxin on glycodeilin gene expressions in human endometrial cells. Am. J. Obstet Gynecol. 2000. V. 182. № 4. P. 841–847.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ – ПУТИ ЕГО РЕШЕНИЯ

Хабибуллаев Д.М., Ниязметов Р.Э.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. В результате проведенных в мире исследований, холестатический гепатоз беременных (ХГБ) является наиболее распространенным заболеванием печени, связанным с беременностью у женщин и существует высокий риск рецидива при последующих беременностях (1, 2, 3, 5, 11). Повышенный уровень гестационных гормонов, и генетическая предрасположенность являются важными факторами развития ХГБ; кроме этого среди последних мутации в гепатобилиарной транспортной белки (белок с множественной лекарственной устойчивостью 3-MDR3 и нарушение функции канальцев для экспорта желчной кислоты – BSEP) играют важную роль развитие данной патологии (6, 7, 9, 10).

Цель исследования – изучить факторы риска, морфологические изменения, особенности клинического течения, лабораторной диагностики и предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий для снижения гестационных осложнений.

Материалы и методы: За 5 лет с 2008 по 2018, нами было обследовано 81 беременные женщины с диагнозом рецидивирующий холестатический гепатоз – РХГБ, из них легкой степени – у 11 (13,5%), средней – у 16 (19,7%) и тяжелой степени – у 54 (66,6%). Все случаи развития данной патологии наблюдались у повторнобеременных: вторая беременность – у 63 (77,8%), третья беременность – у 16 (19,7%) и четвертая у 2 (2,5%). Средний возраст пациенток составил $23 \pm 2,5$ года. Наряду с клиническими наблюдениями обследованных, провели лабораторные исследования: общеклинические, биохимические (ЩФ, ГГТП, билирубин с фракциями, АлТ и АсТ с учетом коэффициента де Ритиса) и специальные методы исследования для изучения фетоплацентарного кровотока (доплерометрия), УЗИ (гепатобилиарного тракта и фетоплацентарной системы), иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления маркеров гепатита и морфологические исследования плаценты, миометрия и печени плода при данной патологии.

Результаты исследования и их обсуждения: Мы изучали несколько факторов, способствующих развитию РХГБ. Анализ соматического анамнеза показал, что в развитии данной патологии важную роль играло наличие экстрагенитальных заболеваний. Заболевания гепатобилиарной системы диагностированы – у 53 (65,4%) беременных, анемия – у 45 (55,5%), заболевания щитовидной железы – у 12 (14,8%), хронические пиелонефриты – у 11 (13,5%) и ожирение – у 6 (7,4%) беременных. По данным Ивашкин В.Т., (2015 г.) экстрагенитальная патология у данного контингента беременных встречалась у 89,9% случаев и в основном со стороны желудочно-кишечного тракта.

По нашим данным одним из факторов, способствующих развитию РХГБ, являются осложнения самой гестации, это рвота беременных, которая встречалась у 39 (48,1%) и многоплодная беременность. В исследуемой группе многоплодная беременность – двойня наблюдалась в 3 (3,7%) случаях, в этих ситуациях риск возникновения ХГБ увеличивается в пять раз, поскольку вырабатывается больше гормонов. Повышается концентрация эстрогенов в сыворотке крови, чем при одноплодной беременности и при этом печень теряет способность нормального усвоения и выделения желчных кислот, вследствие нарушения функции мембран печеночных клеток, в результате часть желчных кислот попадает в кровь и вызывает холестатический синдром. Отягощенный семейный анамнез в развитие холестаза наблюдался в 28 (34,5%) случаях, из них у 23 (28,3%) родных сестер и у 5 (6,1%) матерей. Данный факт подтверждается тем, что заболевание часто носит семейный характер и развивается у близких родственников, причем у некоторых из них ранее отмечались эпизоды кожного зуда при приеме пероральных контрацептивов, таких женщин в нашей группе 18 (22,2%).

Наши беременные поступали в родовспомогательные учреждения во второй половине беременности в сроках 29-36 недели (77,0%) что соответствует литературным данным. Длительность продромального периода болезни до двух недель была у 23 (28,3%), до трех недель – у 26 (32,0%) и до четырёх недель – у 32 (39,5%) беременных.

Жалоб беременных в исследуемой группе были достаточно однотипны и характеризовались в основном кожным зудом у 81 (100%), однако кожный зуд имел волнообразное течение – у 26 (32,0%), начался с нижней конечности в сроке 22-23 недели и интенсивность его нарастал по мере прогрессирования беременности. У 55 (67,9%) женщин со средней и тяжелой степенью холестаза отмечалось усиление кожного зуда – «мучительны зуд», который в ночное время вызывал бессонницу, подавление настроения, раздражительность, плаксивость, а также наблюдалось снижение аппетита, ноющие боли в правом подреберье и умеренно выраженный желтуха. Из ретроспективного анамнеза выяснилось, что у всех при предыдущей беременности также наблюдался кожный зуд с умеренной желтухой т.е. наблюдался рецидив болезни, что подтверждает генетический дефект в развитии болезни. Печень и селезенка, как правило, не увеличены, однако у 8 (9,8%) отмечено небольшое увеличение на 1,0-1,5 см правой доли печени.

Ксантомы являющиеся маркерами холестаза появились на животе, вокруг глаз, под молочными железами у 51 (62,9%) беременных.

Наши исследования показали, что при РХГБ легкой степени наблюдалось незначительное увеличение содержания общего билирубина с преобладанием прямой фракции, АЛТ и АСТ, ЩФ и γ -ГТП с от 1,2 до 1,7 раза, а также отмечено незначительное снижение показателей свертывающей системы крови и небольшая гипопропротеинемия. Коэффициент де Ритиса снизился с 0,96 до 0,7. При среднетяжелой степени увеличение этих показателей составил от 1,8 до 2,8 раза по сравнению с показателями у здоровых беременных. Коэффициент де Ритиса снизился с 0,7 до 0,4. При тяжелой степени увеличение составило от 2,1 до 3,5 раза, а коэффициент де Ритиса снизился меньше 0,4.

Этот минимальный набор биохимических тестов определение в крови щелочной фосфатазы, ГТПП, общего билирубина и его фракций, холестерина позволяет не только подтвердить, но и с определенной степенью достоверности установить его уровень и механизм развития. Повышение уровня ЩФ, ГТПП в сыворотке крови является характерным специфическим и постоянным признаком внутрипеченочного холестаза беременных.

Развитие беременности и рост плода изменяло топографию желчных путей, нарушая отток желчи, повышалось внутрибрюшное давление, что могло также приводить к обострению имевшихся до беременности заболеваний печени и желчных путей. При ультразвуковом исследовании у подавляющего большинства беременных изменений в паренхиме печени не обнаружено. В 78 (95,2%) случаев по УЗИ обнаружены признаки хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, перегородка в желчном пузыре, как следствие перенесенного воспаления, деформация желчного пузыря, атония пузыря и застой желчи.

При гистологическом исследовании плаценты выявлены нарушения плацентарного кровообращения, связанные с изменениями сосудов всех калибров плодовой и материнской части плаценты. Изменения в сосудах характеризовались гипертрофией мышечного слоя с сужением и облитерацией их просвета (рис.1). В некоторых стенках сосудов отмечался фибриноидный некроз, а в тканях хориональной пластинки неравномерный отек и склероз. В децидуальной оболочке вены были расширены, полнокровны, обращают на себя внимание также фибриноидный некроз, склероз и скопление в цитоплазме клеток желчных пигментов (рис.2). В тканях миометрия, мелкоточечные кровоизлияния и фибриноидный некроз стенок сосудов, достигающего своего максимума в зоне плацентации, а также в этой области обнаружили скопление желчных пигментов

Таким образом, нами впервые были обнаружены такие выраженные дегенеративные, некротические, воспалительные изменения, фибриноидный некроз сосудов в плацентарной площадке с отложением множества желчных пигментов при РХГБ.

По получаемой терапии все курируемые нами беременные с РХГБ проспективной группы были разделены на две группы.

Первую группу составили 36 (44,4%) женщин с легкой и со средней степенью тяжести РХГБ, получавшие в комплексном лечении урсодеооксиголевую кислоту (урсосан) в дозе 15 мг/кг массы тела по схеме 7 дней, затем по 10 мг/кг еще 7 дней, затем по 1 капсулы (250 мг) на ночь до родов. При генерализованной форме зуда к лечению добавили адеметонин (гептрал) по 400 мг (5,0) в течение 5 суток. Лактулозу (дюфалак) по 20 мл внутрь один раз утром до или во время еды в течение 7 дней, затем по необходимости. В данной подгруппе беременность пролонгирована по меры возможности до гестационного зрелого срока, т.е. 37 недели и выше.

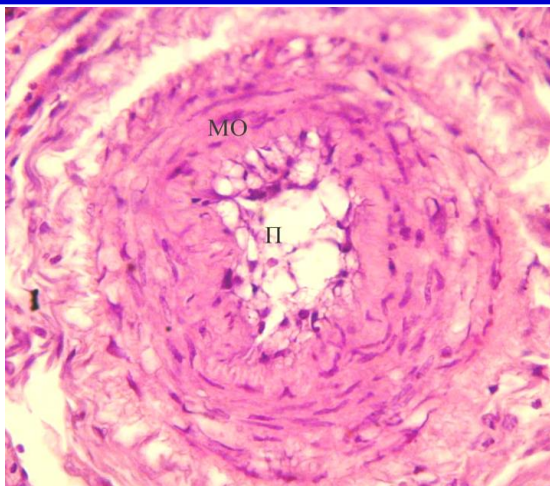


Рис. 1. Гипертрофия мышечного слоя

сужение просвета артерий стволовой в децидуальной ткани. ЖП – желчные пигменты, ворсины хориона. МО – мышечная ЦТ – цитотрофобласт, ПС – полнокровные сосудов. оболочка, П – просвет сосуда. Увеличение 10×40 Окраска гематок.-эозином. Увеличение 10×40.

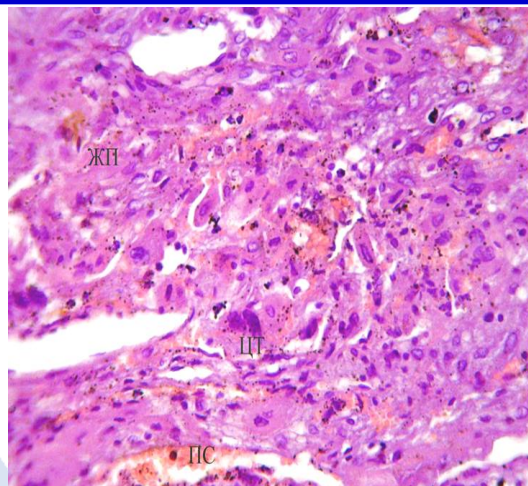


Рис. 2. Матка. Скопление желчных пигментов

ворсины хориона. МО – мышечная ЦТ – цитотрофобласт, ПС – полнокровные сосудов. оболочка, П – просвет сосуда. Увеличение 10×40 Окраска гематок.-эозином. Увеличение 10×40.

Вторую группу составили 45 (55,5%) женщин тяжелой степени, которые в комплексном лечении получали адеметонин (гептрал) по 5 мл x 2 раза в/в капельно в течение 5 суток, затем по 5 мл x 1 раз еще 5 дней. К лечению добавили урсодоксихолевую кислоту (урсосан) по схеме 20 мг/кг массы тела до 14 дней, затем по 15 мг/кг еще до 14 дней, затем по 2 капсулы (500 мг) на ночь до родов. Лактулозу (дюфалак) по 25-30 мл внутрь один раз утром до или во время еды в течение 10 дней, затем по необходимости. Дезинтоксикационную терапию по показаниям и акушерская тактика пролонгированы беременности до 35-37 недель. Плазмаферез проведен 2-3 сеанса с удалением до 600 мл плазмы у 14 (17,2%) беременных с тяжелой степенью РХГБ. Удаляемый объем плазмы восполнялись плазмозамещающими растворами или донорской плазмой. После первого сеанса плазмафереза, почти у всех содержание токсических продуктов крови приблизилось к исходному уровню через 6-8 часов. Это говорит о том, что в сосудистое русло поступили вещества, находившиеся до того в интерстиции, или даже в клетках. После второго сеанса, наблюдалось явное снижение билирубина, холестерина, В-липопротеидов и показателей СМП, характеризующий степени эндотоксикоза. В первой группе эффективность лечения (клинико-лабораторное выздоровление) составило 88,9%, а во второй группе получавший адеметонин 87,1% с включением к лечению плазмафереза эффективность выросла до 92,8%.

Из 81 беременных с РХГБ родоразрешено в сроке 37-38 нед 82,3%, в сроке 35-37 нед. 11,7% и в сроке 32-34 нед. 5,8%. Перинатальная смертность составила 2(2,4%) случаев.

Заключение. Рецидивирующий холестатический гепатоз встречается в более ранних сроках беременности т.е., начиная с 22 недельной беременности и протекает тяжелее чем первичный холестатический гепатоз беременных. Благодаря ранней диагностики и комплексного лечения с включением адеметионина РХГБ удалось снизить перинатальную смертность в 2 раза, т.е. с 4,7% до 2,4%.

Литература:

1. Бабаджанов Р.М. «Особенности течение беременности при внутрипеченочном холестаза беременных» Автореф. дис. канд. мед. наук. - Ташкент, 2012.
2. Бик-Мухаметова Я. И., Захаренкова Т. Н., Внутрипеченочный холестаз беременных с неблагоприятным перинатальным исходом. Журнал. Проблемы здоровья и экологии. 2019 стр. 1-4.
3. Гурьев Д. А. Холестатический гепатоз беременных: возможности раннего прогнозирования и пути коррекции: Автореф. канд. мед. наук. - Уфа, 2006. - 25 с.
4. Ивашкин В.Т., Широкова Е.Н., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Шифрин О.С., Маев И.В., et al. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015; 25(2): 41 - 57.
5. Batsry L, Zloto K, Kalter A, Baum M, Mazaki-Tovi S, Yinon Y. Perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy in twin versus singleton pregnancies: is plurality associated with adverse outcomes? Arch. Gynecol. Obstet. 2019 Oct;300(4):881-887. [PubMed].
6. Ce H, Mercado R. Primum Non Nocere: How Active Management became Modus Operandi for Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2014 Apr 1.
7. Chen J, Deng W, Wang J, Shao Y, Ou M, Ding M. Primary bile acids as potential biomarkers for the clinical grading of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Jul. 122(1):5 - 8.
8. Floreani A, Gervasi MT. New Insights on Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. Clin Liver Dis. 2016 Feb. 20 (1):177 - 89.
9. Geenes V, Chappell LC, Seed PT, Steer PJ, Knight M, Williamson C. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: A prospective population - based case - control study. Hepatology. 2014 Apr. 59(4):1482 - 91.

НЕОНАТАЛ СЕПСИСНИНГ ИЧАК ФОРМАСИДА ЁНБОШ ИЧАК ЛИМФОИД ТЎҚИМАСИНИНГ
ИММУНОГИСТОКИМЎВИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ

Хаитов А.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

Кириш. Охирги пайтларда чақалоқлар ва болаларнинг бир ойлик даврида сепсиснинг ичак формаларининг учраши даражаси кўпайиб бормоқда. Сепсиснинг ичак формасида асосий ўзгаришлар ингичка ичакда жойлашади ва морфологик жиҳатдан эрозия, яралар ва некрозлар пайдо бўлиши бола организмнинг кучли заҳарланишига ва сепсис ҳолатининг авж олишига олиб келади [1,4,8]. Ичак шиллиқ пардаси бутунлигининг бузилиши ундаги гематогистиоген тўсиқ ўтказувчанлигини оширади, ичакдаги маҳаллий яллиғланишли-деструктив ўзгаришлар қон айланиши бузилиши, ишемия ва гипоксия ривожланиши, лизосомал гидролазалар, цитокинларнинг кўп миқдорда ажралишига ва қон айланиш тизимига микрофлораларнинг жадал тушишига, охир оқибатда сепсис ҳолати ривожланишига олиб келади [3,7].

Периферик лимфоид аъзолардан бири ёнбош ичакга уюшган лимфоид тўқимада иммуногистокимёвий текширишлар ўтказишнинг ўзига хослиги, чақалоқларда неонатал сепсис касаллигининг ичак формаси ривожланишида ёнбош ичак лимфоид тўқимасидаги морфофункционал ўзгаришлар авваламбор унинг етилганлик даражасига, барча морфофункционал майдонларининг ўзига хос лимфоцитлар билан тўлишига ва ретикуляр ҳужайралари ва макрофаглариининг фаоллик даражасига боғлиқ [2,5,6].

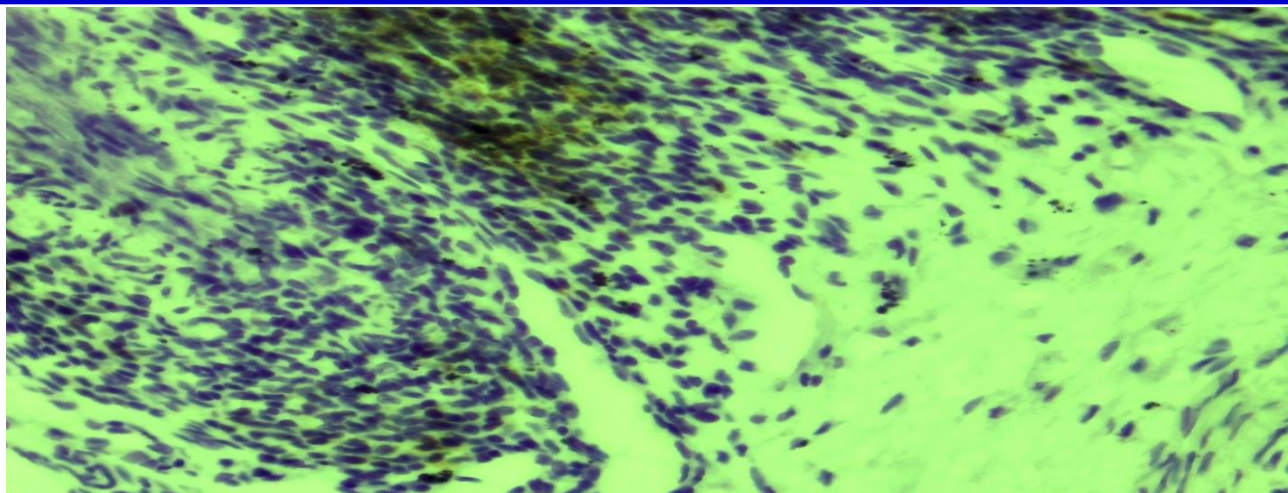
Ишнинг мақсади. Чақалоқлар туғилгандан кейин 7 кун ичида эрта ва 7 кундан кейин кечги неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичакнинг асосий морфофункционал майдонларида ривожланган патоморфологик ва морфометрик ўзгаришлар ҳақидаги маълумотларни такомиллаштириш.

Материал ва усуллар: Материал сифатида ЎЗР ССВ Республика патологик анатомия маркази болалар патологияси бўлимида 2016-2019 йиллар давомида амалга оширилган аутопсия материаллари, яъни неонатал даврда ўлган ва сепсиснинг ичак формаси диагнози клиник-морфологик маълумотлар асосида тасдиқланган 56 та ҳолат олинди. Назорат гуруҳи сифатида марказга қарашли туғруқхоналардан олиб келинган, туғруқ пайти бош мия жароҳатидан нобуд бўлган 18 та чақалоқлар мурдаси аутопсияси пайтида ёнбош ичак тўлиқлигича ажратиб олинди.

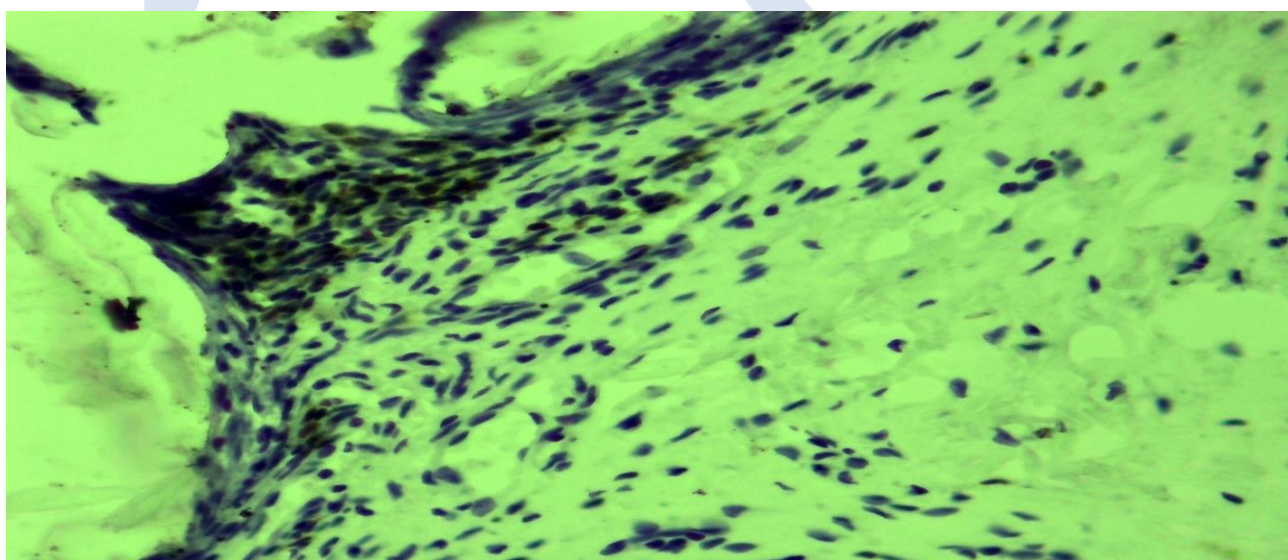
Натижалар: Иммуногистокимёвий текшириш натижалари кўрсатишича неонатал сепсиснинг ичак формаси дастлабки даврларида фолликулалар оралиғи майдондаги В лимфоцитлар фаоллашади, CD20 интрафолликуляр соҳада экспрессияланиши В лимфоцитларнинг пролиферацияланишидан далолат беради. CD20 маркернинг экспрессияланишидан унга таалуқли бўлган лимфоцитлар ўлчамларининг ҳар хиллиги, уларнинг таркибида В лимфоцитлар, лимфоцитар иммунобластлар ва плазматик ҳужайралар борлигини кўрсатади. Неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичакда лимфоид фолликулалар деярлик йўқлиги, унинг такомил топмаганлигидан далолат беради. Шунинг учун CD20 ги иммуногистокимёвий текширишда унинг экспрессияланиши кам ва шиллиқ парданинг ҳар жой – ҳар жойида кам миқдордаги В лимфоцитлар кўринишида экспрессияланади. Бизнинг тадқиқотимиз кўрсатишича, неонатал сепсис таъсирида чақалоқлар ёнбош ичаги лимфоид тўқимаси тўлиқ такомил топмаганлигидан, уларнинг ҳар жойда кичик тўпламлар кўринишида асосан CD20 маркер кучли экспрессияланиши (1-расм) бирламчи фолликулалари ҳали иккиламчи кўринишига айланмаганлигидан далолат беради. Сепсис билан касалланиб неонатал даврнинг охирларига келиб ўлган чақалоқлар ёнбош ичагида антигеннинг узоқ вақт таъсиридан майда без тузилмалари орасида тарқоқ ҳолда ва без эпителийсига туташган ҳолда BCL-2-позитив (2-расм) экспрессияланганлиги кузатилади.

Неонатал сепсис узоқ вақт давом этган ҳолатларда ёнбош ичак шиллиқ пардасида десквоматив ярали илеит ривожланади, натижада қопловчи эпителий кўчиб тушади, хусусий пластинкаси очилиб яралар пайдо бўлади. Яраларнинг тубида бириктирувчи тўқимали хусусий пластинка тўқимаси билан бир вақтда лимфоид ҳужайралар инфилтрати сақланиб қолади. Лимфоид инфилтрат таркибида CD3 маркерли Т-лимфоцитлар экспрессияланганлиги аниқланади. Улар зич ҳолда жойлашган, ўлчамлари ҳар хил, бириктирувчи тўқима ҳужайралари билан тутшиб бирикиб кетганлиги аниқланади. Бизнинг тадқиқотларимизда чақалоқлар неонатал даврининг 0-7-кунларда ўлганлар ёнбош ичаги лимфоид тўқимаси қавати фақат бирламчи лимфоид фолликулалардан иборатлиги аниқланди. Янги туғилган чақалоқларда Т-лимфоцитар ҳужайравий иммунитет тўлиқ такомил топмаганлиги, шунинг учун периферик лимфоид аъзоларда Т-майдонлар ташкил топмаганлиги ва инфекция жараёни бўлган неонатал сепсисда унинг иштирок этмаганлиги тасдиқланди. Ёнбош ичак гистологик кесмаларини иммуногистокимёвий усулда ишлов берилганда CD3 маркерлари султ даражада экспрессияланганлиги кузатилди. Бу соҳаларда Т-лимфоцитар иммунитетда қатнашадиган ўзида CD4 антигени бўлган моноцит ва макрофаглар ёнбош ичак шиллиқ пардаси хусусий пластинкаси ва шиллиқ ости қаватида жойлашганлиги маълум бўлди.

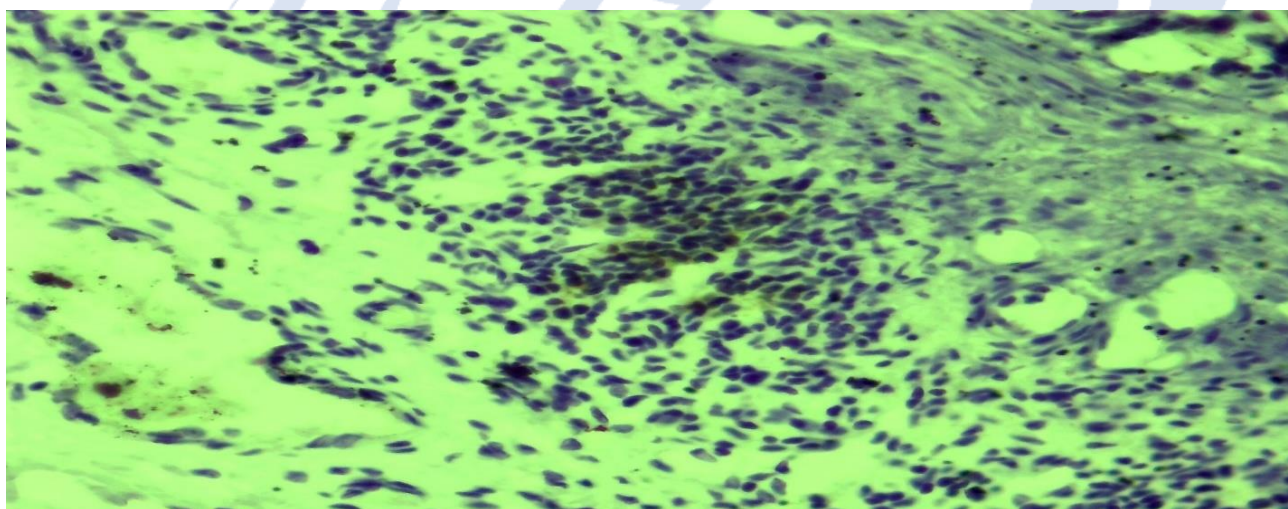
Неонатал даврнинг 15-20 кунлари нобуд бўлган чақалоқлар ёнбош ичаги шиллиқ қавати хусусий пластинкасида Т-лимфоцитлар пайдо бўлиши CD3 маркерли ҳужайраларнинг экспрессияланиши билан тасдиқланди (3-расм.) Бунда, бу ҳужайралар хусусий пластинкада жойлашган посткапилляр венулалар атрофида тўпланиб, Т-майдонни пайдо қилганлиги кузатилди. Шу билан бирга хусусий пластинканинг бошқа соҳаларида моноцит ва макрофаглардан иборат CD4 маркерли ҳужайралар сийрак ва тарқоқ ҳолда экспрессияланганлиги аниқланди. Неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичак деворининг барча қатламлари тарқоқ ҳолда шикастланиши натижасида, унинг барча қатламлари оралиқ тўқимасида сийрак ҳолда бўлсада CD4 маркерли моноцитар ва макрофагал, CD3 маркерли Т-лимфоцитар ва айрим жойларида CD20 маркерли В-лимфоцитар ҳужайраларнинг экспрессияланиши аниқланди.



Расм 1. Ёнбош ичак шиллиқ пардасидаги бирламчи лимфоид фолликулаларда CD20 нинг кичик тўплам кўринишида экспрессияланиши. Бўёк: иммуногистохимия. X: 10x40.



Расм 2. Дескватив ярали илеитда хусусий пластинкада CD3 маркерли Т-лимфоцитлар экспрессияланиши.



Расм 3. Ёнбош ичаги шиллиқ қавати хусусий пластинкасида Т-лимфоцитлар пайдо бўлиши CD3 маркерли ҳужайраларнинг экспрессияланиши билан тасдиқланди. Бўёк: иммуногистохимия. X: 10x40.

Хулоса: Чақалоқлар неонатал сепсисининг эрта ва кечги даври динамикасида ёнбош ичак лимфоид фолликулалари сон жиҳатдан назорат гуруҳига ($58,3 \pm 7,5$) нисбатан орқада қолганлиги, эрта даврда $31,2 \pm 5,3$ ва кечги даврда $35,2 \pm 4,4$ тани ташкил қилди, унинг таркибидаги ретикуляр ҳужайралар сони назорат гуруҳига ($3,1 \pm 0,2$) нисбатан эрта даврда 4,4%, кечги даврда 12,2% гача ошганлиги, макрофаглар ҳам мос равишда назоратда 0,9% бўлса, 4,6% ва 8,3%

гача кўпайганлиги, кичик лимфоцитлар меёрдан (84,2%) эрта даврда 1,5, кечги даврда 2 марта камайганлиги, йирик ва ўртача катталиқдаги лимфоцитлар меёрда мос равишда 2,2% ва 6,6% бўлса, эрта даврда 4,3 ва 8,2 гача, кечги даврда 6,7 ва 14,3% гача ошиб борди. Бу миқдорий ўзгаришларнинг моҳияти шундан иборатки, сепсис жараёни таъсирида лимфоид фолликулалар кўпайишдан тўхтаганлиги, ундаги ретикуляр ва макрофаг каби стромал ҳужайраларнинг пролифератив фаоллашуви, лимфоцитлардан фаоллиқга эга бўлган катта ва ўртача катталиқдаги лимфоцитларнинг пролиферацияланиб кўпайиши, унга жавобан кичик лимфоцитларнинг камайиши юз беради.

Адабиётлар:

1. Мосенцев Н.Н., Мальцева Л.А., Мосенцев Н.Ф. Современная схема патофизиологии сепсиса, основанная на анализе значимости его биомаркеров // Вестник интенсивной терапии. - 2010. - № 4. - С. 9-16.
2. Клинико-лабораторные особенности раннего неонатального сепсиса у детей различного гестационного возраста и оценка эффективности иммунозаместительной терапии пентаглобином / М.В. Дегтярева, Т.В. Бирюкова, Н.Н. Володин [и др.] // Педиатрия. - 2007. - Т. 87, № 1. - С.32-40.
3. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. Казань, 2004; 452.
4. Савельев В.А., Гельфанд Б.Р., редакторы. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Москва: Медицинское информационное агентство; 2013.
5. Хаертынов Х.С., Бойчук С.В., Анохин В.А. и др. Апоптоз лимфоцитов крови у детей периода новорожденности с клебсиеллезным сепсисом. Гены и клетки 2015; 10(4): 106-9.
6. Anderson-Berry AL, Bellig LL, Ohning BL. Neonatal Sepsis. Medicine. Medscape. 27 октября 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/978352-overview>. Anderson-Berry, A.L. Neonatalsepsis / A.L. Anderson-Berry, T. Rosenkrantz. - 2014.P.120-135.
7. Ahrens, P. Mutation of genes involved in the innate immune system as predictors of sepsis in very low birth weight infants / P Ahrens, E. Kattner, B. Kohler [et al.] // J. Pediatr. Res. - 2004. - Vol. 55. - P.652-656.
8. Angus D.C., Linde-Zwirble W.T., Lidicer J. Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome and associated cost of care // Crit. Care Med. - 2001. - Vol. 34. - P. 1303-1310.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Хайдарова Р.С., Хамидова М.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья-важнейшая медицинская и государственная задача. Качество репродуктивного здоровья женщины-матери – важнейший интегральный показатель благосостояния страны.

Физическое развитие девочек, девушек – подростков является ведущим критерием состояния здоровья населения, а основные показатели морфологического развития их, такие как длина, масса тела, окружность грудной клетки отражают рост и формирование организма ребенка, включая темпы, стадии и критические периоды созревания, унаследованные особенности, индивидуальную изменчивость. зрелость и связь с факторами внутренней и внешней среды(1,2).

Цель исследования: изучить показатели физического и полового развития девочек, девушек-подростков пубертатного возраста.

Материалы и методы исследования. Оценка физического развития проводилась методом антропометрии. Нами были обследованы 500 девочек и девушек-подростков в возрасте от 10 до 18 лет, которые были разделены на 9 групп в зависимости от возраста.

Оценку физического развития проводили в возрастном аспекте путем измерения длины и массы тела, окружности грудной клетки и размеров таза.

Результаты и их обсуждение. Первая фаза пубертатного периода (10-13 лет) характеризуется ростом девочки в длину, появлением и развитием вторичных половых признаков и появлением менархе. Антропометрические исследования позволили выявить, что у девочек процесс нарастания роста, веса и окружности грудной клетки пропорционально возрасту.

Замедление физического развития было отмечено у 3 девочек в возрасте 10-11 лет, у 7 девочек в возрасте 12-13 лет, у 5 девочек в возрасте 16-17 лет. Критериями замедления физического развития девочек считали уменьшение окружности грудной клетки менее 66 см. в возрасте 10 лет, менее 68 см в 12-13 лет, менее 74 см в 14-15 лет, и менее 78 см в 16-17 лет, росте – менее 160-168 см.

Размеры таза обследованных девочек, девушек-подростков в зависимости от возраста. Большое значение для женского организма имеет правильное развитие таза. Отмечено, что к 12 и 14 годам практически прекращается увеличение размеров таза. Наибольший рост таза наблюдается во время менархе.

Оценка физического и полового развития проводили с учетом полового созревания. Развитие вторичных половых признаков - достоверный критерий биологической зрелости организма. Формирование репродуктивного здоровья подростков зависит от того, как будет протекать период полового созревания.

Наши исследования показали, что вторичные половые признаки начинали развиваться в возрасте 10-11 лет. Менархе отмечено в среднем в возрасте 12,5 лет. Регулярные менструации наблюдались у большинства обследованных

девочек, в 25 (5%) случаях имел место гипоменструальный и в 33,7% - гиперменструальный синдром. Антипонирующий менструальный цикл отмечен у 15% девочек, нормопонирующий – 53% и постпонирующий – у 0.8%. Аменорея наблюдалась у 3-х девочек (1.2%) в возрасте 15-17 лет. Менструальный цикл установился сразу у 78,4 % девочек, продолжительность цикла составила в среднем 3-4дня. Отмечено, что у 5,6% девочек с аменореей и гипоменструальным синдромом имело место уменьшение как роста, так и размеров таза, что требует исследования гипофизарно-гонадной и гипофизарно-тиреоидной систем у данного контингента девочек.

Развитие девочек в течение пубертатного периода зависит также от состояния здоровья их. Различные соматические, инфекционные и эндокринные заболевания оказывают неблагоприятное воздействие на организм девочек, девушек-подростков. В наших исследованиях у 170 (34%) девочек были обнаружены экстрагенитальные заболевания, среди которых преобладали анемия и инфекции. У этих девочек, девушек-подростков имели место замедление темпов развития, отставание полового развития, позднее менархе и аменорея.

Выводы: 1. В современной популяции девочек-девушек-подростков имеет тенденция к андроморфии, уменьшению размеров таза, долихоморфии, грацилизации телосложения. 2. Половое развитие девочек начинается в 10-11 лет и заканчивается к 17 годам. Менархе появляется в возрасте 12.5 лет при массе тела более 50 кг, росте – более 160 см. 3. Для каждого возрастного периода характерны определенные анатомо-физиологические особенности, исходя из которых следует решать вопросы организации режима дня, ухода, воспитания, питания, организации учебного процесса, мероприятий по профилактике заболеваний и методов оздоровления. 4. Подростковый возраст особенно важен для формирования здоровья девочек. Перенесенные заболевания в этот период отрицательно влияют на становление репродуктивной функции. 5. При мониторинге полового созревания девочек рекомендуется педиатрам и детским гинекологам использовать данные о возрастных величинах антропометрических показателей.

Литература:

1. Ахмадулин У.З., Горбаткова Е.Ю., Ахмадулина Х.М./ Характеристика показателей физического развития студентов вузов г.Уфы //Гигиена и санитария, 2020, 99(2). 169-175
2. Гелашвили О.А., Хисамов Р.Р., Шальнева И.Р./ Физическое развитие детей и подростков //Современные проблемы науки и образования. - 2018. - №3

ОСТЕОПОРОЗ КАК ПРИЧИНА ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Хамдамова М.Т., Ахматова Д.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Остеопороз – многофакторное заболевание. С одной стороны, достоверно доказаны для первичного остеопороза такие "экзогенные" факторы риска, как дефицит потребления белка, кальция и витамина D, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, низкая масса тела, ранняя менопауза у женщин. С другой стороны, признается факт наследственной предрасположенности к остеопорозу. Остеопороз - это социально значимое заболевание скелета, которое неизбежно поражает всех мужчин и женщин после определенного возрастного рубежа. Однако, возраст наступления этого системного заболевания скелета зависит от многих факторов. Пиковая масса костей у женщин ниже, чем у мужчин; следовательно, с возрастом женщины чаще подвергаются риску развития остеопороза [1]. Одним из которых является недостаточное накопление минеральной плотности костной ткани к периоду пика ее накопления, который соответствует 35 годам женщины. Остеопороз и остеопению можно объяснить недостаточно полноценным питанием в детском и подростковом возрасте девушки, быстрой или чрезмерной потерей в период после достижения пика минеральной плотности кости [2,3]. Социальные последствия этого заболевания очень значимы для адаптации человека, продолжительности периода его трудоспособности и хорошего качества жизни. Наше государство же несет огромные экономические затраты на лечение и реабилитацию последствий переломов в результате остеопороза.

Всемирной Организацией Здравоохранения остеопороз рассматривается как одно из ведущих хронических заболеваний, определяющих здоровье населения Земли. Ежегодно в мире у людей старших возрастных групп происходит более 1,5 миллионов переломов. Всего в мире остеопорозом поражены 200 млн. женщин, причем доля больных увеличивается с возрастом. Согласно прогнозу Международного Фонда остеопороза, к 2050 г. ожидается увеличение числа пациентов с переломом шейки бедра среди мужчин на 310%, среди женщин – на 240% [1].

Российские эпидемиологические исследования показали, что в возрастной группе 50 лет и старше остеопороз встречается у 33,8% женщин и 26,9% мужчин, что при нынешней численности населения составляет более 14 млн [1].

Медицинская и социальная значимость заболевания определяется его последствиями – низкотравматичными или спонтанными переломами. Наиболее тяжелые медико-социальные последствия имеют переломы бедренной кости. Так, по сравнению с популяцией риск летального исхода у пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедра, в течение 5 лет после перелома возрастает в 3,52 (2,58-4,80) раза. Другие низкотравматичные переломы (кости таза, дистальный отдел бедра, голень, плечевая кость, переломы более 3 ребер) также увеличивают риск смерти в течение 5 лет в 2,01 раза [1].

Согласно совместному докладу International Osteoporosis Foundation (IOF) и The European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA), опубликованному в 2014 году, в странах Евросоюза около 22 млн. женщин и 4,8 млн. мужчин в возрасте от 45-ти до 75-х лет страдают остеопорозом. В связи с общим старением европейской попу-

лации в ближайшие годы ожидается увеличение распространенности данной патологии на 21 % [4]. Ранее опубликованные исследования прогнозируют рост числа остеопоротических переломов бедренной кости к 2050 году в 3-4 раза по сравнению с 1990 годом, достигнув 5,5 млн. в год [5]. В России 32 млн. жителей имеют высокий риск переломов, связанных с остеопорозом [6]. Женщины чаще мужчин подвержены остеопоротическим изменениям. По данным NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), остеопороз был выявлен у 15 % женщин и у 4,2 % мужчин США, остеопения – у 61% и 38 %, соответственно. По выявлению проблем ранней диагностики, лечения и профилактики остеопороза, в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), занимает среди неинфекционных заболеваний четвертое место после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. Это вызвано его широкой распространенностью, полиэтиологичностью, частой инвалидизацией больных, а в ряде случаев, которые заканчиваются смертностью в результате переломов проксимальных отделов бедренной кости, а именно шейки бедра.

Также, все чаще в литературных источниках поднимается вопрос о развитии остеопороза у женщин репродуктивного возраста. С чем это связано? Возможно, причиной является широкое распространение гинекологических патологий связанных с гипоэстрогенией, таких как посткастрационный синдром, синдром поликистозных яичников, у пациенток с эндометриозом яичников, при котором лечение заключалось в удалении обоих яичников.

Также многими исследователями была выявлена прямая взаимосвязь остеопатического синдрома с эндокринной патологией: дисфункция яичников, щитовидной железы. Изучение факторов, влияющих на процессы изменения костной ткани у женщин репродуктивного возраста с дисфункцией яичников, является весьма злободневной проблемой в связи с риском развития остеопороза у данного - контингента молодых женщин. Известно, что гипогонадизм в любом возрасте является доминирующей причиной остеопороза [1,9,12]. Имеется взаимосвязь между секрецией эстрогенов и минеральной плотностью костной ткани [11]. Снижение уровня эстрогенов вызывает депрессию остеокластов и активацию остеобластов [10], что приводит к нарушениям процессов ремоделирования костной ткани. В одной из работ не было выявлено влияния гормонов щитовидной железы на минеральную плотность костной ткани, а именно концентрации эстрадиола в сыворотке на скорость снижения костной массы в постменопаузе. В свою очередь, имеется взаимосвязь между уровнем минеральной плотности костной ткани и паратиреоидным гормоном в сыворотке крови у женщин в постменопаузе и после овариэктомии, в то время как между уровнем ТТГ и пролактином данная связь не прослеживается. Показатели остеорезорбции преобладают над процессами остеосинтеза у женщин с гипоэстрогенией. 21%-е превышение нормальных показателей уровня дезоксипиридинолина в моче отмечается у женщин с остеопенией и остеопорозом в постменопаузе и в 3 раза после овариэктомии, приводящее к повышению риска развития остеопороза в раннем постменопаузальном периоде в 1,4 раза, после овариэктомии - в 3,2 раза [6,9].

На данный момент имеются достоверные данные о факторах риска низкой минеральной плотности костей у женщин репродуктивного возраста с посткастрационным синдромом. Одним из таковых является гипоэстрогения, которая развивается постепенно в течение нескольких лет. По данным эпидемиологических исследований, в результате преобладания процессов резорбции над процессами формирования костив течение первых 5 лет после наступления менопаузы потеря костной ткани у женщин может составить до трети костной ткани, утраченной на всем протяжении жизни. В результате концентрация кальция в крови увеличивается из-за массивного его выделения из костей. В посткастрационном синдроме в результате гипоэстрогении происходит нарушение всасывания Ca^{+} в кишечнике и повышение его экскреции с мочой, которое ведет к недостаточному поступлению кальция в костную ткань. Кроме того, уменьшение секреции паратгормона, а также повышение продукции цитокинов ИЛ-6, ИЛ-ф, ФНО-а, стимулирующих резорбцию костной ткани остеокластами, способствуют развитию остеопороза [3,11].

Таким образом, прогрессирующая потеря костной ткани в посткастрационном синдроме в сочетании с низкой пиковой массой костной ткани на фоне дефицита половых гормонов приводят к развитию посткастрационного остеопороза. Так, у женщины репродуктивного возраста с посткастрационным синдромом риск перелома тел позвонков составляет в среднем 15,5 %, шейки бедренной кости - 16,5 %, костей предплечья - 16,6 %, а любого из трех участков скелета - 38,6 %. Согласно прогнозу, у 1 из 3 женщин старше 75 лет на фоне остеопороза произойдет перелом шейки бедренной кости. По данным ВОЗ, именно переломы проксимального отдела бедренной кости (шейки бедра) ставят остеопороз на 4-е место среди всех причин инвалидности и смертности [8,9].

Опираясь на результаты рентген-денситометрии, в которой анализировалось содержание минералов в кости, установлен факт развития переломов у женщин, находящихся в старших возрастных категориях, как при низких, так и при высоких параметрах содержания костных минералов. Высокая степень минерализации является прогностический неблагоприятной перспективой в развитии переломов в пожилом возрасте. В ситуации, когда повышена минеральная плотность костей, что отражает снижение белкового компонента костной ткани, соответственно возрастает ее хрупкость. По результатам денситометрии, равномерное и неравномерное распределение минеральной плотности костной ткани является еще одним критерием прогнозирования развития переломов во всех возрастных категориях. Равномерное распределение минеральной плотности костей более подвержено переломам нежели чем неравномерное [2,7,9]. И даже если с факторами риска развития остеопороза в постменопаузе дело обстоит более или менее ясно, то изучение факторов риска развития низкой минеральной плотности костей в пременопаузальном периоде еще недостаточно.

В мировой научной литературе изучены несколько факторов, которые определяют, достигнет ли женщина адекватной минеральной плотности костей. К ним относят гены и их полиморфизмы, которые как считают авторы, в 50-80% имеют свою значимость. Также антропометрические показатели; гормоны; факторы образа жизни и питание. Еще одним из факторов риска развития остеопороза совсем недавно стали считать бедность. Бедность - это важный независимый

фактор риска развития остеопороза и переломов, поскольку исследования показали, что у женщин с посткастрационным синдромом, страдающих бедностью, была более низкая минеральная плотность костей позвоночника и более высокий риск переломов [4,6].

Чаще всего для рентгеновских исследований используются двух энергетические рентгеновские денситометры, определяющие содержание костного материала в необходимо исследуемой области, и также позволяют оценивать проекционную минеральную плотность костной ткани. К их несомненным достоинствам следует отнести возможность прямой оценки минеральной плотности кости в большинстве регионов скелета: поясничной и бедренной областях, различных периферических участках. Кроме того, ряд аппаратов позволяет проводить денситометрию всего скелета. Высокая цена и отсутствие доступа к широкому использованию основное несовершенство этого типа оборудования. Ультразвуковые денситометры предназначены для исследования периферических участков скелета, в основном нижней трети лучевой кости, и измеряют следующие показатели: скорость и коэффициент затухания ультразвуковых волн, которые лишь косвенно отражают плотность состава и качество структуры трабекулярной кости. При этом изменения в позвоночнике не соответствуют подобным изменениям, выявленным в периферических участках скелета. Поэтому данный тип оборудования обычно рассматривают как скрининговый, позволяющий выявить скорее увеличение риска, нежели заболевание. Так же одним из плюсов этого оборудования является отсутствие лучевой нагрузки на пациентов и относительно невысокой ценой. Это делает ультразвуковую денситометрию достаточно эффективным средством для скрининга широких масс населения.

В одном из крупнейших исследований сравнительной оценки двух неинвазивных методик обследования пациентов на наличие остеопении и остеопороза, авторы пришли к выводу, что для массового обследования плотности костной ткани у женщин с целью выявления остеопоротических нарушений, то есть скрининга, ультразвуковая рентгенденситометрия является вполне приемлемым методом как в клиническом так и в экономическом плане [10].

Однако для установления точного диагноза требуется подтверждение снижения костной массы в различных участках скелета методом рентгенденситометрии. Рентгеновская денситометрия в диагностике остеопороза считается “золотым стандартом”, поскольку она сочетает в себе ряд качеств: определение проекционной минеральной плотности (в г/см²), возможность исследования осевого скелета, хорошая чувствительность и специфичность, высокая точность и низкая ошибка воспроизводимости, низкая доза облучения (менее 0,03 мЗв), относительно невысокая стоимость, быстрота исследования. Но этот метод имеет несовершенства. Во-первых, состав минералов изменяется вторично фоне заболевания белкового матрикса кости. Во-вторых, этим методом определяется лишь проекционная минеральная плотность, и точность существенно зависит от толщины кости, содержания кальция во всех тканях во время сканирования, это особенно важно при измерении позвоночника, где остеоциты, кальцинаты аорты и другие кальцинаты могут давать неожиданное увеличение плотности кости особенно у пожилых людей, а содержание жира в костном мозге, которое растет с возрастом, снижает коэффициент поглощения, тем самым ведет к ухудшению точности. Компрессия тел позвонков вследствие микротрещин губчатого вещества костной ткани также представляет собой некоторую проблему, поскольку минеральная плотность костной ткани позвонков при их компрессии может быть повышена. Метод количественной компьютерной томографии позволяет определить отдельно объемную минеральную плотность трабекулярного и кортикального вещества (в мг/см³). Используется специальный калибровочный фантом, сканирующийся вместе с пациентом. Недостатками являются лучевая нагрузка и относительно высокая стоимость. Остеопороз диагностируют при минеральной плотности костей не более $-2,5$ стандартных девиации (SD) ниже плотности молодого взрослого населения (20–25 лет) [1,5,11]. ВОЗ установила следующие основные диагностические принципы: Т-критерий $-1,0$ или больше – “нормальная минеральная плотность костей”; Т-критерий между $-1,0$ и $-2,5$ – “низкая масса кости” (или “остеопения”); Т-критерий $-2,5$ или ниже – остеопороз. Т-критерий дает наиболее значительную разницу по содержанию кальция карбоната, по сравнению с гидроксипатитом, что может быть использовано для выявления остеопороза.

Как было сказано выше, на развитие остеопении, а далее и остеопороза влияют несколько факторов. Одним из них являются привычки питания. Финансовая возможность ежедневно принимать в пищу молочные продукты, и продукты богатые кальцием. По данным авторов, проводивших оценку питания и анализ состояния минеральной плотности костной ткани старших возрастных группах населения Бухарской области, было выявлено недостаточное потребление молока и молочных продуктов, а также несбалансированность микронутриентов. По результатам анкетирования в рационе питания преобладают продукты, ингибирующие всасывание кальция [12]. Также, на усваиваемость кальция влияет уровень выработки витамина Д организмом. Климатические условия по типу континентального климата, свойственного для нашей территории, не дают возможности для его полноценного накопления. Тем самым повышая риск развития остеопении у лиц проживающих на данных территориях [13].

Таким образом, в настоящее время, проблема остеопороза является весьма актуальной. Учитывая данные проведенного литературного обзора, мы делаем вывод, что к факторам его развития относится и территория проживания населения, климатические условия и конечно же традиционно культурные привычки населения. Существует очень мало исследований, в которых оценивается наличие специфических факторов риска развития остеопороза и остеопении у женщин с посткастрационным синдромом, которые могут оказаться неопределимыми для информирования о применении профилактических и излечимых мер. С нашей же стороны при обследовании женщин с гинекологической патологией, следует помнить о риске развития остеопороза, и направлять на обследования для исключения остеопении. Даже скромный прогресс в профилактике остеопороза может значительно улучшить показатели здоровья населения. Что в свою очередь ставит вопрос о необходимости изучения распространенности остеопении, остеопороза среди различных возрастных групп на территории Узбекистана.

Литература:

1. Johnell O., Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. // *Osteoporos. Int.* – 2006. – Vol. 17. – pp. 1726-1733. doi: 10.1007/s00198-006-0172-4.
2. Мельниченко Г.А., Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза. / Проблемы эндокринологии. - 2017. - Т. 63. - №6. - С. 392-426. [Melnichenko GA, Belaya ZE, Rozhinskaya LY, et al. Russian federal clinical guidelines on the diagnostics, treatment, and prevention of osteoporosis. // *Problemy endokrinologii.* – 2017. – Vol. 63(6). – pp. 392-426 (In Russ.)] doi: 10.14341/probl2017636392-426.
3. Kanis JA, Hans D, Cooper C, et al. Interpretation and use of FRAX in clinical practice. // *Osteoporos Int.* – 2011. Vol. 22(9). – pp. 2395-2411. doi: 10.1007/s00198-011-1713-z.
4. Доскина Е.В., Кочергина И.И., Аметов А.С. «Динамика показателей минерального обмена у мужчин, перенесших эндопротезирование, на фоне современной антирезорбтивной терапии» материалы 9 –го Российского научно-образовательного Форума «Мужское здоровье и долголетие» 16-17 февраля 2011 Москва с. 3
5. Аметов А.С., Доскина Е.В., Демидова Т.Ю., Конратьева Л.В. и др «Избранные лекции по эндокринологии» Медицинское информационное агентство, Москва 2011.
6. Семглазова Т. Ю., Маслюкова Е. А. Диагностика и лечение метастазов рака молочной железы в кости. М.: Опухоли женской репродуктивной системы, 2014. С. 36-43.
7. Снеговой А. В. Проблема остеопороза на фоне антиэстрогенной и антиандрогенной терапии. // *Практическая онкология.* Т. 12 №3 – 2011. С. 136-145.
8. Konrad K. Adjuvant effect of oral Mydocalm treatment with massive doses in locomotor disease patient. // *Ther. Hungr.* – 1987. – Vol. 35(3). – P. 152-153.
9. Kwasniewski A., Korbuszewska-Gontarz B., Mika S. Mydocalm causing anaphylaxis. // *Pneumonol. Alergol. Pol.* – 2003. – Vol. 71. №5-6. – P. 250-252.
10. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of cyclo-oxygenase (Cox) II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. // *Technology Appraisal Guidance.* – 2001. – Vol. 27. – P. 1-14.
11. Pendleton A, Arden N, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). // *Ann. Rheum. Dis.* – 2000. – Vol. 59. – P. 936–944.
12. Pratzel H.G., Alken R.G, Ramm S. Efficacy and tolerance of repeated oral doses of tolperisone hydrochloride in the treatment of painful reflex muscle spasm: results of a prospective placebo-controlled double-blind trial. // *RGD:50119/E*
13. Ribl C., Vermeulen C., Hauser C. Anaphylactic reactions to tolperisone (Mydocalm). // *Swiss. Med. Wkly.* – 2003. – Vol. 133. №25-26. – P. 369-371.

**ИНДИВИДУАЛ ВА ПРОФИЛАКТИК ПРЕМЕДИКАЦИЯ: ФЙДАЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАР
САМАРАДОРЛИГИ ВА УНИНГ АҲАМИЯТИ**

Хамдамова Э.Г., Матлубов М.М., Худойбердиева Г.С.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Маълумки, операциядан олдин беморда хавотир пайдо бўлади. Хавотир – бу нормада танани юқори хавфли шароитларга мослашишга имкон берадиган оддий мушофаа реакцияси бўлиб ҳисобланади. Хавотирланиш даражаси ҳар хил ва инсон танасининг психо-эмоционал хусусиятларига боғлиқ. Бемор яқинлашиб келаётган жарроҳлик аралашувидан олдин хавотирда бўлиб, унинг келажаги тақдири ҳақида, умумий анестезия ва жарроҳлик шароитлари тўғрисида, касалликнинг прогнози тўғрисида ўйлайди [4, 15]. Бу ҳолат психологик стрессни келтириб чиқаради, бу эса уйқусизлик, чарчоқ ва қўрқув билан намоён бўлади. Хавотир даражаси юқори бўлган беморларда психологик адаптив қобилиятлар пасаяди, бу эса оператсион хавфни келтириб чиқаради ва операциядан кейинги қийин даврга олиб келади [11]. Жарроҳлик ва анестезиядан олдин безовталиқни ва хавотирни юқотиш мақсадида премедикация мажбурий даволаш воситасидир [16]. Премедикация ҳар доим ҳам етарли бўлмаслиги мумкин, бунда организмнинг кўплаб омиллари ва ҳимоя адаптив механизмлари ҳисобга олинади. Нотўғри премедикация мавжуд психо-эмоционал стрессни бартараф этмайди ва операциядан кейинги даврга салбий таъсир кўрсатиб, асосий касаллик даволанганидан ёки жарроҳлик яраси битгандан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин бўлган турли хил асоратлар пайдо бўлишига олиб келади [1]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, премедикация терапевтик ва профилактик премедикацияга бўлинади ва улар ўз навбатида индивидуал, махсус ва бошқаларга бўлинади. Умумий қабул қилинган фикрга кўра терапевтик премедикация операция олдиндан организмнинг безовта қилинган ҳаётий функцияларини тўғирлаш мақсадида амалга оширилади, профилактик премедикация эса операция ва анестезия пайтида юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга сабаб бўлади [11, 15]. Тактикани аниқлаш учун премедикация йуналиши, дозалари ва дори-дармонлари, мавжуд патологияни аниқлаш, шунингдек танадаги хавотир даражасини баҳолаш керак. Кўп сонли ишларга қарамай, операциядан олдин беморларни индивидуал руҳий баҳолашни ўрганиш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда. Шу мақсадда турли муаллифлар асосан организмнинг психоэмоционал ҳолатини баҳолаш учун вариацион пулсометрия услубига асосланиб регуляцион тизимларнинг стресс индексларини аниқладилар [5, 13, 14], хавотирнинг интеграл тестини адаптация дара-

жасининг мезонлари сифатида ишлатдилар [5, 16], нейровегетатив, нафас олиш ва гемодинамик кўрсаткичлар [15, 16], беморларнинг психоэмоционал ҳолатини ва унинг намоён бўлиш вариантларини баҳолади. Ўтказилган тадқиқотлар психо-эмоционал стресс синдроми турли даражадаги зўриқишларда - безовталиқ туйғусидан невротик бузилишгача намоён бўлишини аниқлашга имкон берди [2, 4, 5]. Ушбу ҳолатларни ҳар хил психик реакциялар турларига ажратиш мумкин. Чуқур таҳлил натижасида психоэмоционал стрессни марказий асаб тизимининг иштирок даражасига қараб марказий ва периферик бўлиш мумкинлиги аниқланди. Жарроҳликдан олдин беморларнинг тажрибаси органлар ва тана тизимлари - юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик чиқариш, эндокрин ва айниқса вегетатив фаолиятига таъсир кўрсатадиган ҳиссий стресснинг классик варианты эканлиги аниқланди [14]. Юқорида айтиб ўтилганлардан кўришиб турибдики, беморларда психологик реакциялар турлича бўлиб, оғирлик даражаси жиҳатидан фарқ қилади, бу индивидуал премедикацияни тайинлашда индивидуал ёндашувни талаб қилади. Терапевтик премедикация тананинг турли органлари ва тизимларидан аниқланган бузилишларни тузатишдан иборат бўлиб, терапевт, жарроҳ, невропатолог ва бошқа мутахассислар билан биргаликда анестезиолог томонидан белгиланади.

Профилактик премедикация. Профилактик премедикациянинг асосий талабларини бажариш учун нейролептиклар, наркотик аналгетиклар, холиноблокаторлар ва антигистаминлар универсал схема ҳисобланиб, гипнотик, психотроп дорилар шаклида қўлланилади. Энг таниқли дорилар қуйидаги комбинациялар: наркотик аналгетик + ваголитик; наркотик аналгетик + ваголитик + барбитурат; наркотик аналгетик + ваголитик + кичик транквилизатор; транквилизатор + ваголитик; наркотик аналгетик + ваголитик + антигистамин + майда транквилизатор [2]. Операциядан олдин психоэмоционал стрессни камайтириш мақсадида премедикация таркибига наркотик аналгетикларни киритиш аллақачон қабул қилинган ва зарур бўлиб қолди. Ушбу дорилар гуруҳининг таъсир қилиш механизми марказий асаб тизимида оғриқ импульсларини қабул қилишнинг пасайиши билан боғлиқ [15]. Шу билан бирга, фақат наркотик аналгетик ва антигистаминлардан фойдаланиш хавотирнинг пасайишига, симпатик асаб тизимининг фаоллашувининг пасайишига олиб келмаслиги ва опиоид аналгетикларининг салбий таъсирининг мавжудлиги муаллифларни нафас олиш хавфсизлиги ошган дориларни излашга мажбур қилиши аниқланди [16]. Психотроп восита сифатида дроперидол премедикацияга киритилади, бу эса нейролептик синдром деб аталади, бу эса тўлиқ ҳиссий тинчлик, фаол ҳаракатларнинг этишмаслиги, содир бўлаётган воқеаларга бефарқлик ва автоном стабиллаш билан тавсифланади [15]. Премедикация нуқтаи назаридан психотроп восита сифатида дроперидол бензодиазепиндан сезиларли даражада камдир, чунки клиник жиҳатдан аниқланган транквилизация ва вегетатив стабиллашга қарамай, у кўпинча руҳий безовталиқ, ички безовталиқ, асабийлашиш, ёмон кайфият ва алоқа этишмаслигини келтириб чиқаради. Юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, дроперидол премедикация учун энг мақбул психотроп дори сифатида қаралмайди [7]. Анъанавий равишда седасён учун ишлатиладиган бензодиазепин транквилизаторлари ташвиш, қўрқув, енгил депрессив касалликлар, уйқусизлик (анксиолитик (лотинча *anxius* - хавотирли ва юнонча *lisis* - эритма), тинчлантирувчи, гипноз қилувчи, миорелаксациаловчи, талвасага карши, вегетатив стабиллашадиган таъсирларни хусусиятларга эга.) [13]. Седатив (седатив) таъсир дори-дармонларни бошқа турдаги бензодиазепин рецепторлари таъсирида мия пустлоги ретикуляр шаклланишида, таламуснинг ўзига хос бўлмаган ядроларига таъсир этади. Ушбу таъсир феназепам, диазепам, лоразепамда кўпроқ сезилади, аммо мезапам, мидазоламда камроқ сезилади. Бензодиазепинларнинг мўътадил марказий, мушакларнинг миорелаксация таъсири ижобий хусусиятдир, чунки у хўшёрликни, хавотирни пасайтиради ва асабий ташвишлардан халос қилади. Диазепам дориларида миорелаксация таъсири - сибазон, седуксенда сезиларли намоён булади [14]. Бензодиазепинларнинг гипноз таъсири уйқунинг тез бошланишига сабаб бўлади, унинг давомийлигини оширади ва марказий асаб тизимини сусайтирадиган дорилар таъсирини узайтиради. Энг аниқ гипноз таъсири нитразепам, диазепам, феназепамда мавжуд. Ушбу ноёб хусусиятлар бензодиазепинларни етакчи премедикацияга айлантиради. Аммо, клиник тажриба шуни кўрсатадики, операциядан олдин психо-эмоционал стрессни тўсадиган асосий дори сифатида премедикацияда битта транквилизатордан фойдаланиш ҳар доим ҳам ўзини оқламайди [8]. Бензодиазепинлардан фойдаланиш автоном мувозанатни тиклаш билан фақат шахсий хавотир даражаси паст ва ўрта даражадаги беморларда, сурункали стресс фонидида юқори даражадаги хавотирга эга беморларда бензодиазепинлардан фойдаланиш юрак уриш тезлигини тартибга солишнинг автоном механизмларини бузади, симпатик фаолликнинг сусайиши туфайли юрак фаолиятини пасайтиради [11]. Бензодиазепинларни қўллаш билан боғлиқ асосий фармакологик муаммо уларга тобелик ва тушкунликни келтириб чиқариш қобилиятидир. Бундан ташқари, одатдаги бензодиазепин дозалари етарли эмас ёки ҳаддан ташқари таъсирга эга, айниқса кекса ва заифлашган беморларда онг тушкунлиги билан бирга келади, бу уларни премедикацияда фойдаланишга индивидуал ёндашишни талаб қилади [8]. Премедикациянинг стрессни чекловчи потенциалини ошириш, вегетатив гомеостази барқарорлаштириш учун даларгин, шунингдек марказий асаб тизимининг ингибитив нейромедиаторлар (таукард, фелизон, фенибут) нинг фармакологик аналогларидан фойдаланиш тавсия этилади. Индивидуал премедикация. Психологик тест маълумотларини ўрганиш асосида премедикацияни индивидуализация қилиш анестезиологияни ривожлантиришнинг истиқболли йуналишига айланмоқда, чунки операциядан олдинги психопатологик ҳолатлар, шахс турига қараб, уларнинг тузилиши, ташқи кўриниши ва бузилишларнинг оғирлиги билан ажралиб туради. Аммо, ҳозирги кунга қадар операциядан олдинги даврда беморни текшириш учун мураккаб объектив усуллар мавжуд эмас ва фойдаланилган субъектив ва клиник мезонлар организмнинг жавобини аниқ акс эттира олмайди. Операциядан олдинги эмотсионал стрессни баҳолаш учун субъектив баҳо кўпинча кардиоинтервалография ёрдамида объектив баҳолаш билан вегетатив реакцияларнинг хавфини кўрсатадиган махсус грация шкаласи бўйича қўлланилади [7]. Бу маълум бир муаммо ва премедикация сифатини баҳолаш

ни келтириб чиқаради. Етарли премедикация психоэмоционал ҳолатни нормаллаштирадиган, реактивликни ва яқинлашиб келаётган операцияга чидамлилигини оширадиган терапевтик ва профилактик чора-тадбирлар мажмуи сифатида тушунилади [1, 13]. Психотроп терапиянинг самарадорлиги прогностик ёндашув ёрдамида юрак уриш тезлигини бир вақтнинг ўзида математик таҳлил қилиш билан психотроп дорилар таъсирини баҳолаш учун махсус бирлаштирилган тизими ёрдамида баҳоланади [11]. Жарроҳлик жароҳатларидан ташқари симпатик асаб тизимининг гормонал боғланишини фаоллашиши, операциядан олдин организмнинг ҳиссий стрессга умумий ўзига хос бўлмаган реакцияси натижаси сифатида қаралади, уни премедикация билан тўлиқ тўхтата олмади. Шу билан бирга, ушбу вазиятда кортикостероидларнинг патологик даражасини аниқлайдиган тадқиқотлар мавжуд эмас [15]. Шундай қилиб, тиббиёт фанининг ривожланиши, операция технологиялар премедикация босқичида аллақачон беморни етарли даражада ҳимоя қилишни оптималлаштириш учун замонавий анестезиологияни талаб қилади. Ушбу муаммони адабиётларни кўриб чиқиш асосида бир неча жиҳатдан ҳал қилиш: а) муайян беморнинг операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатини объектив баҳолаш асосида профилактик премедикация (ақлий реакцияларнинг маълум бир тури туфайли); б) премедикация учун дориларни индивидуал танлаш; в) унинг етарлилиги учун мавжуд объектив мезонларни ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш. д) самарадорлиги жиҳатидан классик анксиолитиклардан фарқ қилмайдиган, шу билан бирга уларнинг камчиликларидан маҳрум бўлган янги дориларни яратиш. Адабиётлар шарҳини сарҳисоб қилиб, қуйидаги хулосалар қилиш мумкин. Беморларнинг операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатининг ривожланиш механизмлари ва шаклларини аниқлашда бир қатор баҳсли ва қарама-қарши фикрлар мавжуд. Ҳозиргача беморларнинг операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатини объектив баҳолаш бўйича яқдил фикр мавжуд эмас ва мавжуд таснифлар битта мезонга - аломатларга асосланган. Тадқиқотчилар орасида индивидуал (операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатга қараб) премедикациянинг зарурлиги тўғрисида яқдиллик мавжуд бўлса-да, унинг самарадорлигини баҳолаш усуллари жуда зиддиятли ва аниқлаш қийин, аммо талқин зиддиятли бўлиб қолмоқда. Премедикация мақсадида кўплаб дорилар ва уларнинг комбинацияларининг мавжудлиги беморларни операциядан олдин ҳимоя қилиш самарадорлигининг етарли эмаслигидан далолат беради. Аниқланган муаммолар долзарбдир ва янги тадқиқотларнинг мавзуси ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Аркатов В.А., Вартанов В.Я. Цели, компоненты и критерии адекватности премедикации // Анестезиология реаниматология. - 2011. - № 3. - С. 23-24.
2. Бобринская И.Г., Ялтонский В.М., Хайкин С.С., Быкова О.А. Влияние премедикации на тревожность в предоперационном периоде женщин с ги-некологическими заболеваниями // Общая реаниматология. - 2013. - № 4. - С. 65-69.
3. Бобринская И.Г., Ялтонский В.М., Хайкин С.С., Быкова О.А. Влияние стандартной премедикации на центральное кровообращение и состояние вегетативной нервной системы // Матлы девятой науч.-практ. конф. «Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы». - 2011., С. 22-26.
4. Воробьева О.В. Стресс и расстройства адаптации // РМЖ: Неврология. Психиатрия. 2009. - Т. 17, № 11. - С. 789-794.
5. Заболотских И.Б., Малышев Ю.П. На пути к индивидуальной премедикации. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2014. - 80 с.
6. Зозуля А.А., Кост Н. В., Мешавкин В.К., Макаренкова В.П., Габаева М.В., Соколов О.Ю., Торопов А.В., Ватагина О.Н., Алфимова М.В., Степура О.Б. Опиоиды в нейромеханических механизмах тревоги // Нейрохимия. - 2009. - № 2. - С. 157-159.
7. Касьянов А.А., Мишунин Ю.В., Назаров Н.А. Гемодинамические эффекты диазепамы и состояние вегетативной нервной системы // V Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов. Тезисы докладов и сообщений. - СПб., 2010. - С. 115-116.
8. Марков С.М. Вегетативная дисрегуляция кровообращения у больных в предоперационном периоде. Авт.дисс.канд. 2010.
9. Марута Н.А., Семикина Е.Е. Применение анксиолитической терапии в лечении сомато-формной вегетативной дисфункции // Новости медицины и фармации. - 2014. - № 5. - С. 14-16.
10. Похачевский А. Л. Определение функциональной готовности организма по его адаптационной реактивности при стрессе / А. Л. Похачевский, А. А. Груздев, Г. А. Ушаков // Известия Российск. госу. педагог, универ. им. А.И. Герцена. 2009. - № 8. - С. 135-144.
11. Хайкин С.С., Бобринская И.Г., Ялтонский В.М., Шильников В.А. Психоэмоциональное состояние больных в предоперационном периоде как критерий эффективности премедикации // За-байкальский медицинский вестник. - 2013. - № 1. - С. 15-18.
12. Girard C., Liu S., Cadepond F., Adams D., Lacroix C., Verleye M., Gillardin J.M. et al. Etifoxine improves peripheral nerve regeneration and functional recovery // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. - 2015. - V. 105, № 51. - P. 20505-10.
13. Hughes B.M. Individual differences in adaptation of cardiovascular responses to stress / B.M. Hughes, S. Howard, J.E. James, N.M. Higgins // Biol. Psychol. 2010. - Vol. 1, № 3. - P. 12-19.
14. Voigtmann K. Emotional state of patients in radiotherapy and how they deal with their disorder / K.Voigtmann, V. Kollner, F. Einsle, H. Alheit, P. Jora-schky, T. Herrmann // StrahlentherOnkol. 2010. - Vol. 186, № 4. - P. 229-235.
15. Ugale R.R., Sharma A.N., Kokare D.M., Hirani K., Subhedar N.K., Chopde C.T. Neurosteroid allopregnanolone mediates anxiolytic effect of etifoxine in rats // Brain Res. - 2015. - № 1184. - P. 193-201.
16. Wetsch W.A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery / W.A.Wetsch, I. Pircher, W. Lederer // Br. J. Anaesth. 2009. - Vol. 103, № 2. - P. 199-205.

ВИТАМИН Д ТАНҚИСЛИГИДА ПРИЭКЛАМСИЯ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ЮҚОРИ ХАВФ ГУРУҲИГА КИРУВЧИ АЁЛЛАРДАН ҚОННИНГ АЙРИМ ЛАБОРАТОР ЎЗГАРИШЛАРИ

Хамраев Х.Х.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон.

Кириш. Оналик ва болаликни муҳофиза қилиш момиласини ҳал этишда асосий йуналишлардан бири репродуктив ва пераналар йукотишларни камайтиришдан иборат эканлиги тасдиқланган.

Ўзбекистон Республикаси ХХИ асрнинг бошларигача туғилишнинг кўплиги (35-37) асосида оналар ва болалар кўрсаткичлари ҳам йўқори булиб қолган. Оғир приэкламсия оналар ўлимнинг асосий детерминантидир(4). Приэкламсия хомила учун ҳам хавфли ҳолатлигига қолмоқда, чунки у хомилининг ривожланишини секинлаштиради, муддатидан олдин туғилишига олиб келади ва перинатал ўлимга сабаб бўлади. (1,4,6) Сунгги йилларда МДХ давлатларида преэкламсия хавфи 20,6 % гача кўпайди. (3,7) Бу ҳол хавф гуруҳидаги аёлларни чуқур текшириш лозимлигини ва перинатал йукотишлар ҳамда она ва болалар ўлимини камайтириш мақсадида даволаш профилактик тадбирларни тугри ташкиллаштириш лозимлигини таъкидлайди.

Приэкламсия (ПЭ) ҳар йили дунёда 100 мингга яқин оналар ва аёллар ўлимига сабаб бўлади. ПЭни урганишдаги маълум муваффақиятларга қарамай у ҳозирги вақтда ҳам оналар ўлимнинг асосий сабабларидан бири булиб қолмоқда ва ҳолатни яхшилаш тенденцияси ноаниқ(1,2,5).

Турли давлатларда утказилган текширувлар ПЭ хавфини камайтириш мақсадида Д витаминини тайинлаш ҳақидаги фикр юритишга ундайди. Д витаминини фаол шакли Д-125 ОХ генлар транскрипцияси ва фаолиятини регуляция қилади, бу ҳолат тробоблаинвазияси, нормал имилантация ва ангиогенез билан боғлиқдир. Д витаминини (1А,25 дигидроксивитамин Д3) ҳужайрага тугридан тугри генетик, шунингдек ногенетик йуллар билан таъсир этади. Бундан ташқари Д витамини ренин биосинтезининг кучли эндоген супрессори булиб, ренин ангиотензин тузилишининг фаолиятини пасайтириш йули билан гипертензиянинг олдини олади. У қонда инсулин миқдорини камайтиради, ва зодилатация эндотелиал боғлиқлигини яхшилайдди, қоннинг антикоагуланелик фаоллигини камайтиради. Д витаминининг танқислиги билан қандли диабетни ривожланиш хавфининг ошиши, семириш, аутоиммун касалликлар, юрак қон томир касалликлари (арепи-реалги-перепензия, юрак эшимик касаллиги) ни боғлашади. Д витамини СА ва фосфар метобализми чегараларини касиб утиб, зарур физиологик фаолиятларини таъминловчи зарур омилга айланди. Бу стероид гармон эндокрин, паракрин ва аутокрин таъсирларга эга. Д витамини танқислигини тулдирдиш соғлиқни сақлаш тизимининг асосий профилактик дастурларидан бири булиши мумкин. Халқаро эндокринологик жамият экспертларининг фикрига қура, қон зардобига 25(ОН) Д нинг миқдори 20 нг/мл дан паст бўлганда Д витамини танқислиги 20 дан 30 нт/мл бўлса етишмовчилиги деб баҳоланади. Оптимал курсаткич 30 нт/мл дан юқори (3,4,6) Д витамини миқдорини аниқлаш учун утказилган текширувлар Д витамини миқдори ва метаболит хавф омиллари инсулинга резистентлик, ИМТ, триглицеридлар ва Д ЭА орасида тесқари корреляцион оғлиқлик ва аксинча инсулинга сезувчанлик билан ижобий корелляция мажудлигини курсатган. (7, 10)

Текширувдан мақсад: Преэкламсия ривожланишида юқорида санаб ўтилган микроелементлар танқислигининг (ОХ)Д3 танқислиги билан омухта кетишини аҳамиятини ўрганиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. 19 ёшдан 41 ёшгача бўлган 109 та бемор текширилди биринчи гуруҳга ПЕли ҳомиладорлиги 36-37 ҳафта бўлган 36 та аёл: ИИ- гуруҳга ПЕ ривожланиши хавфи бўлган 14-16 ҳафталигидан бошлаб Д витаминини қабул қилган 35 та аёл 3 гуруҳга Д витаминини қабул қилмаган (фақат калтсий олган) 38 аёл киритилди. Назологик ташхисни “Саломатлик билан боғлиқ бўлган касалликлар ва муоммоларнинг халқоро статистик классификациясига асосланган ҳолда шаклантирдик(ХКК-10,1995).

Д витамининг миқдори 1500 ХБ ни ташкил этди. Солиштириш назорат гуруҳига ҳомиладорлик физиологик кечаётган 30 та патсиент киритилди. Барча гуруҳдаги патсиентларга углевод алмашинуви беноз қон зардобига глюкоза ва глициренланган миқдорини (оч қоринга) иммунориактив инсулин миқдорини назорат қилишни йўли билан баҳоланди. Оқсил алмашинуви кўрсаткичлари орасидан сийдиклик кислотаси, сийдиклик умумий оқсил фиброген аниқланди.

Қон зардобига витамин Д миқдори аниқланди, 25 (ОХ) Д3 витамини миқдор жиҳатидан аниқлаш учун ва бошқа гидроксидланган метаболитларни аниқлаш учун иммунофермент коллекциясидан фойдаланилади.

Текшириш натижалари: Ҳомиладорлик асоратини кечираётган патсиентларда метаболит жараёнларни баҳолаш мақсадида қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари Д витаминини миқдорини ПЭ ли беморлар хавф гуруҳидаги аёллар ва ҳомиладорлиги физиологик кечаётган аёлларда солиштирдик (жадвал 1).

Преэкламсия аёлларда оқсил алмашинуви кўрсаткичларини ҳомиладорлиги физиологик кечаётган аёллардаги кўрсаткичлар билан таққосланганда уларда сийдиклик кислотаси, сийдиклик ва фибриноген миқдорининг Д витамини танқислиги фониди ошганлиги аниқланди. Шунингдек таъкидлаш жоизки, оғир Преэкламсия аёлларда оқсил алмашинувининг бузулишлари кучлироқ намаён бўлган.

Преэкламсийли беморларда углевод алмашинуви кўрсаткичларини таҳлил таҳлик этилганда ҳомиладорлиги физиологик кечаётган аёлларга нисбатан уларда инсулин миқдорининг кўтариши ва глюкоза миқдорининг пасасиши аниқланди. Шунингдек бу гуруҳлардаги беморларда Д витамин миқдори ҳам сезиларли даражада ҳам паст бўлган (жадвал 2).

Адабиётдаги маълумотларга қура, метаболит хавф омили ва Д витамини орасида боғлиқлик мавжуд Преэкламсия нинг яққол белгилари кўзатилаётган патсиентларда аниқланган витамин Д танқислиги фонидида

метаболик силжишлар Д витаминининг хомилдорлик пайтидаги биокимёвий жараёнларига ва хомилдорликнинг якунига таъсир этиш ҳақида хулоса чиқариш имкониятини берган.

Жадвал 1. Презекламсия аёлларда оқсил ва Д витамин алмашунуви кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Д витамин (нг/л)	Сийдик кислотаси (мкмол/л)	Креатинин (мкмол/л)	Сийдиклик (мкмол/л)	Умумий оқсил (г/л)	Фибриноген (г/л)
Оғир преекломсия	10,75±1,2	350±8,4	135±6,3	8,3±1,3	54,6±2,2	6,0±0,5
Енгил преекломсия	10,85±1,4	223±7,8	128±7,1	6,4±0,9	58,9±1,7	5,4±0,5
Солиштириш гуруҳи	18,7±1,5	295±8,1	63±3,4	3,1±0,7	64,5±2,5	3,1±0,7

Жадвал 2. Презекламсия ли патсиентларда углевод алмашинуви ва Д витамин кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Д витамин (нг/л)	Глюкоза (мкмол/л)	Глитсирланган гемоглобин (мкмол/фоизларда)	Инсулин (мол/л)
Преекломсиянинг оғир даражаси	10,57±0,3	3,2±0,3	3,86±0,3	73±1,2
Преекломсиянинг енгил даражаси	10,80±0,4	3,4±0,2	4,01±0,4	64±2,2
Солиштириш гуруҳи	18,74±0,3	4,6±0,1	3,65±0,2	40±2,0

Преекламсия ривожланиши хафи бўлган потсиентларга Д витамини миқдори аниқланган хомилдорликни 14-16 ҳафталарида профелалактик мақсадда Д витамин тайинланди.

ПЭ ривожланиши хафи бўлган ва Д витамини ва калтсий олган патсиентларда тўғриқ пайтида 25 (ОХ) Д нинг миқдори $24,1 \pm 1,4$ нг/мл иёнланган калсий $-1,17$ мкмол/л ни Д витамини ва калтсий припаратларини олмаган патсиентларда бу кўрсаткичларда $12,6 \pm 1,2$ ва $0,89 \pm 0,01$ нг/мл ни ташкил этди.

Д витамини ошқозон ости безининг бесп-хужайраларига таъсир этиб инсулин секретсиясини индукция қилади ёки проинсулинни фаол инсулинга айлантирувчи бесп-хужайралар калтсий билан боғлиқ бўлган эндопексидозасини фаоллаштиради. ПЭ кўзатилаётган полигсия холати хос, ҳолбуки ПЭ ривожланиш хавф гуруҳидаги патсиентларда Д витамини тайинланганлиги фонида углевод алмашинуви кўрсаткичлари физиологик кўрсаткичларига яқин бўлади. ПЭ ривожланиши хавф гуруҳига кирувчи Д витамини олмаган патсиентларда гипогликемияга мойиллик кўзатилади.

Хулоса: Шундай қилиб ПЭ ли патсиентларда биокимёвий кўрсаткичларни баҳолаганда холестерин миқдорини ошганини аниқланади. Шунингдек бу гуруҳдаги патсиентларда биокимёвий кўрсаткичларнинг силжиши: Умумий оқсилларнинг $54,6 \pm 2$ г/л гача пасеаши қонда сийдиклик кислотаси трансаминозалар миқдорини ошиши кўзатилади.

ПЭ ривожланиш хавфи бўлган холда Д витаминини қабул қилган метаболик жараёнларни тарифловчи биокимёвий кўрсаткичлари Д витаминини олмаган шу гуруҳдаги патсиентлар кўрсаткичларида яқол фарқ қилади.

Текшириш натижасига қараб Д витаминини қабул қилган патсиентларда хомилдорлик фақат калтсий препаратларини олган патсиентларга нисбатан анча енгил кечган. Деган хулоса чиқарилди. Бунда ПЭ енгил шакли 2 та патсиентда юзага чиққан (3,4 %) улар акушерлик статистионарига ётқизирилиб 37- 38 ҳафталигида тўғишган. Д витамини қабул қилган аёлларда ПЭ нинг ўғир даражаси кўзатилмаган. Д витаминини олмаган аёллар орасида ПЭ 4 тасида (13,3%) кузатилиб улардан 2 тасида оғир 2 тасида эса енгил ПЭ ташхиси қўйилган.

Д витаминини профилактик мақсадида тайинлаш кесир кесиш операциясини ҳомиланинг гепоксиясини ҳомилда серебрал зарарланишларни камайтириб перенатал давр кечишини яхшилайдди.

ПЭ ва ПЭ хавфи бўлган патсиентларда Д витаминининг танқислиги туфайли бир қатор метаболик силжишлар кўзатилган. Д витаминининг ва калтсий билан таминлаш углевод ва оқсил алмашинувиге ижобий тасир этиб метаболик жараёнларни мўтадиллайди, ҳомилдорлик ва перинатал давр кечиши ва якунини яхшилайдди.

Адабиётлар:

1. Agababyan L. R. et al. Features of Pure Progestostin Contraception in Women with Preeclampsia/Eclapmia // Polls of Science and Education. -- 2019. -- №. 26 (75).
2. Kerley RN, McCarthy C, Kell DB, Kenny LC. The Potential Therapeutic Effects of Ergothioneine in Pre-eclampsia. *Free Radic Biol Med.* 2017 Dec 25. pii: S0891-5849(17)31282-0. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2017.12.030.
3. Laganà AS, Vitale SG, Sapia F, Valenti G, Corrado F, Padula F, Rapisarda AMC, D'Anna R. miRNA expression for early diagnosis of preeclampsia onset: hope or hype? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Mar;31(6):817-821.
4. Luo X, Li X. Long Non-Coding RNAs Serve as Diagnostic Biomarkers of Preeclampsia and Modulate Migration and Invasiveness of Trophoblast Cells. *Med Sci Monit.* 2018 Jan 5;24:84-91.
5. Makhmudova S. E., Ataeva F. N. Evolutionary views on hypertensive disorders in pregnancy (literature review) // *Advanced science.* – 2019. – С. 183-187.

6. Mohammadpour-Gharehbagh A, Teimoori B, Narooei-Nejad M, Mehrabani M, Saravani R, Salimi S. The association of the placental MTHFR 3'-UTR polymorphisms, promoter methylation, and MTHFR expression with preeclampsia. *J Cell Biochem*. 2018 Feb;119(2):1346-1354. doi: 10.1002/jcb.26290. Epub 2017 Oct 27.
7. Okby R, Harlev A, Sacks KN, Sergienko R, Sheiner E. Preeclampsia acts differently in in vitro fertilization versus spontaneous twins. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Jan 4. doi: 10.1007/s00404-017-4635-y.
8. Rahimi Z, Zangeneh M, Rezaeyan A, Shakiba E, Rahimi Z. MMP-8 C-799T and MMP-8 C+17G polymorphisms in mild and severe preeclampsia: Association between MMP-8 C-799T with susceptibility to severe preeclampsia
9. Timofeeva AV, Gusar VA, Kan NE, Prozorovskaya KN, Karapetyan AO, Bayev OR, Chagovets VV, Kliver SF, Iakovishina DY, Frankevich VE, Sukhikh GT. Identification of potential early biomarkers of preeclampsia. *Placenta*. 2018 Jan;61:61-71. doi: 10.1016/j.placenta.2017.11.011. Epub 2017 Nov 21.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Хасанова Д., Камалова Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Распространенность аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у женщин репродуктивного возраста составляет 10–26% [1–3]. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – основная причина первичного гипотиреоза (частота манифестного гипотиреоза у женщин составляет 3–6%, субклинического – 7–10%) [4–6]. Важнейшая функция тиреоидных гормонов состоит в обеспечении развития большинства органов и систем на протяжении всего эмбриогенеза, начиная с первых недель беременности. Именно дисбалансу тиреоидных гормонов матери во время беременности отводится ведущая роль в нарушении психоневрологического развития детей [3, 7–9, 11]. У детей, рожденных от матерей с патологией щитовидной железы, высока частота перинатальной энцефалопатии, анемии, врожденных пороков развития с поражением центральной нервной системы (гидроцефалии, микроцефалии) и эндокринной системы (врожденного гипотиреоза, тиреотоксикоза) [5, 9].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные профилактике и лечению репродуктивных нарушений у женщин с АИТ, вопросы тактики ведения этой категории пациенток крайне противоречивы [2]. Не ясно, требуется ли лечение при эутиреоидном варианте АИТ с высоким титром антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. Отсутствует единая схема заместительной терапии левотироксином (L-тироксин) с отменой препарата на различных сроках гестации. Четко не определены факторы включения пациенток с АИТ в группу риска развития гипотиреоза при последующей беременности.

Цель исследования: Изучить репродуктивные и перинатальные риски у женщин с АИТ, разработать эффективные методы профилактики и лечения осложненной беременности и родов.

Материал и методы: После исследования щитовидной железы методом иммуноферментного анализа и ультразвукового сканирования 110 беременных были разделены на две группы в зависимости от показателей активности щитовидной железы (уровней ТТГ, свободного тироксина (св. Т4), АТ-ТПО) и результатов ультразвукового исследования. В основную группу вошли 60 беременных с признаками АИТ, в контрольную – 50 беременных без признаков АИТ. Группу сравнения составила 152 женщина 26–28 лет с репродуктивными потерями в анамнезе на различных сроках гестации:

- первая подгруппа – 126 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе до 15-й недели беременности;
- вторая подгруппа – 19 женщины с самопроизвольным прерыванием беременности и очень ранними преждевременными родами во втором триместре (на сроке 16–27 недель);
- третья подгруппа – 7 женщин с преждевременными родами на сроке 28–37 недель.

Проводилась оценка гинекологического статуса с целью выявления гормонально-зависимых заболеваний. Во первых учитывались симптоматические проявления со стороны эндокринной системы, отягощение наследственности по заболеваниям щитовидной железы. Особое внимание уделялось малым симптомам, характеризующим снижение функции щитовидной железы: склонности к запорам, сухости кожи, выпадению волос, ломкости ногтей, сонливости, нарушению сна, вялости, апатичности, эмоциональной лабильности.

Ведение беременных по триместрам осуществлялось в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. В течение настоящей беременности оценивались такие особенности, как симптомы токсикоза первой половины беременности, гестоз, частота угрозы прерывания беременности, анемия беременных.

Анализировались исходы родов: срок гестации, особенности течения, длительность родового акта и безводного периода. Состояние новорожденных оценивалось по таким параметрам, как случаи гипоксии плода, баллы по шкале Апгар, антропометрические показатели, неонатальный скрининг на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз).

Все женщины прошли общее клинико-лабораторное обследование:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- определение содержания в сыворотке крови ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО (методом иммуноферментного анализа);
- анализ на хроническую уrogenитальную инфекцию.

Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование щитовидной железы и скрининг на 12–14-й, 22–24-й и 32–34-й неделях гестации (использовался ультразвуковой аппарат Siemens Sonolini G-40). Особое внимание уделялось исследованию головного мозга плода, поскольку именно врожденные пороки развития головного мозга чаще всего формируются при патологии щитовидной железы у матери.

При статистической обработке данных наличие или отсутствие различий в показателях устанавливалось дифференцированно в основной группе, группе сравнения и контрольной группе. Достоверность различных показателей анализировалась с помощью критерия знаков, парного Т-критерия Вилкоксона, парного t-критерия Стьюдента для связанных выборок. Достоверность различий определяли с доверительным интервалом более 95% (p – для t-критерия и p – для Т-критерия). Статистически материал обрабатывался с помощью параметрических и непараметрических методов, реализованных в пакете программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение: Анализ репродуктивных потерь у женщин с АИТ показал, что наибольшее число неблагоприятных исходов беременности (126 случаев, 80,1%) пришлось на первый триместр (до 15-й недели гестации). В этот период прерывание беременности происходило, как правило, по типу неразвивающейся беременности и самопроизвольного аборта.

Среди причин репродуктивных потерь одно из ведущих мест принадлежало эндокринной патологии. На это указывала отягощенность анамнеза по заболеваниям щитовидной железы у 16,7% женщин в подгруппе с репродуктивными потерями до 15-й недели гестации, которая отсутствовала в двух других подгруппах. Кроме того, в этой подгруппе чаще отмечалось отклонение массы тела от нормальных значений в сторону как дефицита, так и избытка.

Среднее значение объема щитовидной железы у женщин в группе сравнения ($20,9 \pm 0,2$ мл) незначительно превышало нормальный объем.

Показательно, что самое низкое среднее значение св. Т4 наблюдалось во второй подгруппе (прерывание беременности на 16–27-й неделе), что свидетельствует о неблагоприятном влиянии гипотироксинемии на исход беременности.

Анализ данных тиреоидного статуса в зависимости от причины прерывания беременности представлен в табл. 2 и 3. Для случаев замершей (неразвивающейся) беременности характерно сочетание высоконормального значения ТТГ и низконормального св. Т4 на фоне высоких значений титра АТ-ТПО. При самопроизвольном аборте достоверных различий в уровнях ТТГ и св. Т4 не выявлено, но среднее значение АТ-ТПО оказалось значительно ниже, чем при замершей беременности.

Проведена сравнительная оценка тиреоидного статуса женщин с репродуктивными потерями в первом триместре (первая подгруппа группы сравнения), впервые обследованных после прекращения развития эмбриона/плода, и беременных основной группы, обследованных при первом посещении врача на сроке восемь-девять недель. Группы были статистически однородны по возрасту и соматической патологии.

На наследственную отягощенность по заболеваниям щитовидной железы указали 16,7% женщин основной группы и 16,3% женщин с репродуктивными потерями. На долю гормонально-ассоциированных заболеваний репродуктивной системы в основной группе пришлось 42,4%, а в первой подгруппе группы сравнения – 38,0%.

Выполнен анализ менструальной функции как качественного показателя функциональной активности репродуктивной системы: отклонения от нормальных значений чаще встречались у женщин с репродуктивными потерями в первом триместре беременности.

На основании сравнительного анализа исходного тиреоидного статуса у беременных с АИТ и пациенток с неблагоприятными исходами беременности сделан вывод о том, что средние значения ТТГ в группах были практически одинаковы. При этом св. Т4 в обеих группах находился на низком уровне нормальных значений. Достоверных различий по среднему значению АТ-ТПО в сравниваемых группах не выявлено. Эти показатели превышали верхнюю границу нормы в два-три раза.

Средний объем щитовидной железы в основной группе составил $18,5 \pm 0,2$ мл, что достоверно ($p \leq 0,001$) меньше, чем в первой подгруппе группы сравнения ($20,6 \pm 0,2$ мл). Увеличение объема щитовидной железы (> 18 мл) наблюдалось достоверно реже ($p < 0,001$) в основной группе – у 39 (59,1%) женщин (в подгруппе с репродуктивными потерями до 15 недель – у 117 (90,7%) женщин). Нормальный объем щитовидной железы имел место у 27 (40,9%) женщин основной группы и только у 12 (9,3%) женщин первой подгруппы группы сравнения (результаты достоверны, $p < 0,001$).

Таким образом, по тиреоидному статусу и сонографическим характеристикам щитовидной железы сравниваемые группы идентичны.

Исходы беременностей у женщин основной группы, получавших заместительную гормонотерапию L-тироксином, были следующими: срочные роды произошли в 62 (95,4%) случаях, преждевременные – в трех (4,5%) случаях, в одном (1,5%) случае роды были запоздалыми. Частота преждевременных родов в данной группе снизилась до 4,5%, что в 2,5 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем по исходам предыдущих беременностей.

Был проведен сравнительный анализ течения беременности у женщин с АИТ на фоне терапии L-тироксином (основная группа) и без заболеваний щитовидной железы (контрольная группа). Частота возникновения токсикоза первой половины беременности в основной группе оказалась достоверно выше таковой в контрольной группе: девять (13,6%) и три (5,7%) случая соответственно. По сравнению с первой половиной беременности у женщин основной группы частота угрозы прерывания беременности во второй половине уменьшилась в пять раз.

Необходимо отметить, что в основной группе из сопутствующих заболеваний достоверно чаще, чем в контрольной, встречались метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, миома матки.

Выводы: К показаниям для первичного обследования тиреоидного статуса у беременной во втором и третьем триместрах можно отнести (кроме описанных выше факторов риска) признаки угрозы прерывания, патологическую прибавку массы тела, отеки различной степени выраженности, гестоз, вегетососудистую дистонию по гипертоническому типу, анемию, а также синдром задержки развития плода. Объем обследования вышеперечисленных категорий пациентов должен включать определение тиреоидного статуса (ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО) и ультразвуковое исследование щитовидной железы на прегравидарном этапе и/или при установлении факта беременности.

Литература:

1. Аутоиммунный тиреоидит и беременность / Варламова Т.М., Керова А.Н., Абуд И.Ю. и др. // Акуш. и гин. 2019. - №4. - С.22-25
2. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / Перминова С.Г., Фадеев В.В., Корнеева И.Е. и др. // Пробл. Репродукции.- 2016,- №1. С.70-77
3. Amelioration of some pregnancy-associated variations in thyroid function by iodine supplementation / Pedersen K.M., Laurberg P., Iversen E., Rnudsen P.R. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2013. - Vol.77. - P. 1078-1083
4. Anti-thyroid antibodies and antiphospholipid syndrome: evidence of reduced fecundity and of poor pregnancy outcome in recurrent spontaneous abortions / De Carolis E., Guarino M.D. et al. // Am. J. Reprod Immunol. 2014.-Vol. 52,- P.263-266
5. Autoimmune hypophysitis/ Caturegli P. et al. / Endocr. Rev. 2015. -Vol.26. -P.599-614
6. Effects of antibodies on the course of pregnancy and fetal grown / Iijima T., Tada H., Hidaka Y et al. // Obstet. Gynecol.- 2007. Vol. 90. - P.364-369

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ходжаева А.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день сложной задачей для детских гинекологов являются функциональные кисты яичников – фолликулярные и кисты желтого тела (1,2). Трудности дифференциальной нозологической диагностики объясняются схожей клинической картиной, динамикой патологического процесса (3).

Цель исследования – оптимизация тактики ведения пациенток с функциональными кистами яичников.

Материал и методы исследования: Обследовано 24 девочки-подростка в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил 16,75±0,37 лет). У всех обратившихся больных была УЗИ-верифицирована функциональная киста яичника (ФКЯ) разной величины от 3.5 см до 8.5 см., проведено полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с разработанными стандартами диагностики причин гинекологических заболеваний.

Обследованные пациентки были разделены на три группы:

1 группа (n=8) – пациенткам проводилась традиционная консервативная терапия с включением противовоспалительных средств и КОК;

II группа (n=10) – консервативная противовоспалительная и гормонотерапия проводилась на фоне системной энзимотерапии (СЭТ);

Ш-А группа (n=11 – ведение послеоперационного периода с использованием СЭТ;

Ш-В группа (n=2) – послеоперационный период без использования СЭТ.

Консервативная (базовая) терапия включала в себя:

- противовоспалительное лечение антибиотиками с учетом чувствительности выделенной микрофлоры;
- НПВС (юнипар 1х2раза в день 7 дней);
- гормонотерапия (КОК) с целью коррекции дисменореи;
- десенсибилизирующие, седативные, детоксикационные препараты.

Пациентки с сопутствующей экстрагенитальной патологией получали соответствующее лечение после консультации специалистов (эндокринолог, гастроэнтеролог).

Результаты. 1 группа пациенток: УЗИ-параметры ФКЯ имели некоторую тенденцию к уменьшению 3-4мм в течение первого месяца лечения. Менструальный цикл восстановился через 3 месяца у 70% пациенток. Полная инволюция ФКЯ наблюдалась через 3-4 месяца. Однако у 5ти пациенток 1 группы в течение 4-5 месяцев наблюдения размеры ФКЯ оставались прежними, в связи с чем они были прооперированы в плановом порядке. Гистоанализ показал наличие серозных кист. В дальнейшем эти пациентки вошли в III-А группу.

Пациентки II группы получали консервативную базовую терапию на фоне СЭ с использованием препарата ВОБЭНЗИМ (стандартная схема 2дрХ3 раза в день 2 недели). Выраженная положительная клиническая динамика (уменьшение болевого синдрома) отмечена на 2-3 сутки от начала лечения. УЗИ-параметры ФКЯ уменьшились вдвое через месяц, полная резорбция кист наблюдалась через 2 месяца у всех пациенток данной группы. Также у них восстановился менструальный цикл на следующий месяц. Рецидивов не было.

Прооперированные пациентки III-В группы, получавшие традиционную базовую терапию, отмечали улучшение общего самочувствия и уменьшение боли на 5-6 сутки послеоперационного периода. Были выписаны на 7-8 сутки.

Пациентки III-A группы, прооперированные экстренно 6, в плановом порядке – 5, получали лечение на фоне СЭ. Послеоперационный период у этих пациенток протекал легко, самочувствие улучшилось на 2-3 сутки, боли практически исчезли на 3 сутки, выписаны домой на 5 сутки. Менструальный цикл восстановился через 1 месяц.

Отдаленные результаты лечения девочек с ФКЯ (3 года), пролеченных с использованием СЭ, ни в одном случае не выявлено рецидивов заболевания.

Заключение: Таким образом консервативная терапия ФКЯ должна проводиться строго по показаниям, определяющим ее характер, с применением СЭТ (препарат ВОБЭНЗИМ) что позволяет оптимизировать тактику ведения пациенток с ФКЯ, ускорить сроки излечения, избежать рецидивов.

Литература:

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. - М: ЭликсКом, 2004. - 208с.
2. Кузьмина Н.И. Ретенционные образования яичников у девочек // Сб. науч.тр.У1 Всерос.конф.дет.гин.-М.-2016.- С.131-134.
3. Ходжаева А.С. Оптимизация лечебной тактики у больных с аномальными маточными кровотечениями на фоне доброкачественных гиперпластических процессов матки //Гинекология.-2019.- №3.-С-41-48.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ЯИЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Хомидова Ш.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Имеющиеся на сегодня теории развития синдрома преждевременного истощения яичников, отображая изменения, обнаруженные у большинства больных [1, 2, 7], не объясняют, что же является первичным нарушением при развитии этой патологии. В свете имеющихся данных о возможной роли внутри яичниковых факторов роста в патогенезе синдрома преждевременного истощения яичников [5, 9], а также о возможном наследовании этой патологии [1] логично предположить, что в основе синдрома преждевременного истощения яичников могут лежать генетические дефекты, приводящие к патологическим изменениям в женских гонадах. Одним из яичниковых факторов, напрямую связанным с генотипом плода и определяющим развитие гонад в раннем эмбриональном периоде, является антимюллеровский фактор (АМФ). В эмбриональном периоде АМФ вырабатывается исключительно клетками Сертоли (т.е. только гонадами мужского плода). Гранулезные клетки яичников начинают вырабатывать АМФ только после рождения, но продукция АМФ в яичниках происходит на протяжении всего репродуктивного периода жизни женщины [4, 7]. Эти наблюдения позволяют предположить наличие регуляторного влияния АМФ на функцию яичников и обосновать теоретически возможные последствия гиперпродукции АМФ в фолликулярном аппарате яичника.

Цель исследования - определить уровни антимюллеровского фактора у практически здоровых женщин и при синдроме преждевременного истощения яичников в зависимости от фаз менструального цикла (МЦ).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 56 женщин с синдромом преждевременного истощения яичников, которые наблюдались амбулаторно в консультативной поликлинике НИИ эндокринологии МЗ РУз. Контрольную группу составили 18 практически здоровых женщин репродуктивного возраста с нормальным менструальным циклом. Диагноз синдром преждевременного истощения яичников был установлен на основе Роттердамского консенсуса, то есть при наличии двух из трех критериев: олиго или ановуляция, клинические признаки гиперганадотропизма и/или аменореей [6]. Всем пациенткам было проведено клиническое обследование, которое включало определение индекса массы тела (ИМТ), отношения объема талии к объему бедер, гирсутное число. Оценку гирсутизма (патологическое оволосение в андрогенозависимых участках лица, туловища и конечностей) проводили по шкале Ферримана и Голлвея.

Уровень АМФ (тестсистемы Immunotech, ВСС), провоспалительных цитокинов (IL1 β , IL6 и TNF α) (тестсистемы - ООО «Цитокин», Санкт-Петербург) определяли в сыворотке крови методом ИФА. Всем пациенткам проводилось определение в крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона на 5й (пролиферативная фаза) и 21й (секреторная фаза) день самостоятельного или индуцированного менструального цикла. Уровень гормонов определяли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов IMMUNOTECH (Россия).

Математическую обработку данных проводили методами вариационной статистики с помощью стандартных математических пакетов прикладных программ с определением средней, ее ошибки, критерия t Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Отражением работы репродуктивной системы является нормальный менструальный цикл, который в среднем длится 28 дней. Основной функцией МЦ является развитие фолликулов, в которых созревает яйцеклетка. Созревание яйцеклетки - очень сложный процесс, в котором принимают участие иммунная и эндокринная системы. На каждом этапе МЦ происходит изменение синтеза определенных гормонов при активном участии параметров иммунной системы.

Исследование по изучению уровня АМФ у женщин, составивших контрольную группу, в зависимости от фазы менструального цикла показало, что в сыворотке крови концентрация АМФ достоверно выше в фолликулярную фазу ($P < 0,01$). Как известно, фолликулярная фаза характеризуется преобразованиями, возникающими под влиянием эстрогенов,

а секреторная фаза отражает изменения, обусловленные воздействием прогестерона. Снижение уровня АМФ в лютеиновой фазе указывает, что лютеинизация фолликула оказывает отрицательный эффект на синтез АМФ гранулезными клетками.

Нужно отметить, что секреция АМФ прекращается, когда наступает атрезия фолликула. Лютеиновая фаза характеризуется повышенным уровнем ЛГ ($7,25 \pm 0,90$ против $5,15 \pm 1,00$ мкЕД/мл), сопровождается повышением IL1 β ($34,60 \pm 1,76$ против $22,4 \pm 1,9$ пг/мл) и TNF β ($32,9 \pm 2,1$ против $25,7 \pm 2,5$ пг/мл) с включением процесса апоптоза.

Процесс овуляции сопряжен с разрывом здоровой ткани на поверхности яичника и происходит в присутствии каскада воспалительных медиаторов, включающих провоспалительные цитокины. С этой точки зрения разрыв овуляторного фолликула в фолликулиновой фазе напоминает воспалительную реакцию, которая может инициироваться и опосредоваться с участием лейкоцитов [8]. Установлено, что под влиянием лютеинизирующего гормона происходит аккумуляция IL1 β в клетках Лейдига [7].

Синтез АМФ в яичниках осуществляется клетками гранулезы фолликулов. Экспериментальными исследованиями на грызунах показано, что секреция АМФ высокая в гранулезных клетках преантральных и малых антральных фолликулов и постепенно уменьшается в последующих стадиях развития фолликула. АМФ недолго выделяется в ФСГ-зависимой финальной стадии роста фолликула [1].

Таким образом, у практически здоровых женщин репродуктивного возраста уровень АМФ меняется в зависимости от фаз МЦ, т.е. в зависимости от гормонального фона.

M. Dorothea et al. (2008) показали, что ооциты от ранних и до поздних преантральных фолликулов находятся под контролем уровня АМФ в гранулезных клетках, т.е. АМФ может играть роль в межфолликулярной и внутрифолликулярной координации развития фолликула [1].

Как видно из приведенных данных, ИМТ в среднем на группу женщин с СПКЯ в 1,2 раза выше значений контрольной группы ($P < 0,05$).

Гирсутное число по шкале Ферримана - Голлвея у женщин с СПКЯ превышало в 5,2 раза ($P < 0,001$) данные контрольной группы. У 17 пациенток с СПКЯ наблюдалось акне. Черный акантоз был выявлен у 27 пациенток. В анамнезе пациенток с СПКЯ вирусный гепатит встречался в 2,2 раза чаще, чем у женщин контрольной группы.

Анализ лабораторных исследований показал, что у пациенток с СПКЯ уровень АМФ достоверно ($P < 0,001$) повышен по сравнению с данными контрольной группы и, что особенно важно отметить, нет колебаний в зависимости от фаз менструального цикла, в то время как уровни ЛГ и тестостерона достоверно повышены ($P < 0,01$) относительно значений контрольной группы.

Как видно из представленных данных, при синдроме преждевременного истощения яичников, характеризующемся нарушением фолликулогенеза, наблюдается повышенный синтез провоспалительных цитокинов.

Нами было проведено исследование по изучению взаимосвязи уровней АМФ с количеством антральных фолликулов у женщин с синдромом преждевременного истощения яичников в зависимости от типа МЦ. Проведенные нами исследования показали, что увеличение числа растущих фолликулов отражается в 2–3кратном увеличении уровня АМФ. В процессе анализа полученных результатов нами был выведен индекс цитокиновой регуляции IL6/АМФ, который составил в среднем у женщин контрольной группы $8,7 \pm 1,1$. Уровень цитокинового индекса снижался по мере возрастания уровня АМФ. Так, у пациенток с СПКЯ и нормальным МЦ соотношение IL6/АМФ было ниже контрольных значений в 2,2 раза ($P < 0,05$), а по сравнению с пациентками с олигоменореей этот индекс был ниже в 3,0 раза ($P < 0,001$). У женщин с аменореей соотношение IL6/АМФ было ниже в 4,4 раза ($P < 0,001$). Однако следует отметить, что среди пациенток с СПКЯ с нормальным МЦ у 4 женщин (13,3 %) цитокиновый индекс был выше 8. То есть у этих женщин уровень АМФ был в пределах нормальных колебаний.

Секреция АМФ уменьшается в фолликулах с увеличением размера и уже исчезает в фолликулах больше 8 мм, где только отмечаются очень слабые следы АМФ [1]. Эта секреторная модель дает основание предполагать, что АМФ может играть роль в начале отбора фолликулов и в селекции доминантного фолликула.

Анализ результатов исследования показал, что уровень АМФ у женщин с СПКЯ с регулярным менструальным циклом повышен в 4,2 раза ($P < 0,001$), у женщин с олигоменореей - более чем в 6 раз ($P < 0,001$), при аменорее - в 9,86 раза ($P < 0,001$).

При ультразвуковом исследовании у женщин с синдромом преждевременного истощения яичников и с регулярным менструальным циклом было выявлено наличие множества анэхогенных фолликулов (более 10) диаметром 4–10 мм, увеличение объема яичников за счет гиперэхогенной стромы.

У большинства обследованных женщин с олигоменореей и аменореей выявляли утолщение капсулы яичников в виде гиперэхогенного образования размерами от 0,2 до 0,5 см. Причем у женщин с СПКЯ и регулярным менструальным циклом количество и диаметр фолликулов были больше, чем в контрольной группе. Однако у женщин с аменореей диаметр фолликулов был меньше, а количество их больше ($25,9 \pm 1,1$ против $5,8 \pm 0,1$ в контроле) ($P < 0,001$).

Таким образом, АМФ, IL1 β , IL6 и TNF α играют роль в регуляции функции яичников в репродуктивном периоде. Продукция их гранулезными клетками зависит от стадии развития фолликула, т.е. изменения внутри растущих фолликулов и выработка АМФ, IL6 и TNF α взаимосвязаны [4, 7]. АМФ, IL1 β , IL6 и TNF α можно рассматривать как один из возможных внутрифолликулярных факторов, играющих роль в механизме селекции доминантного фолликула [8].

Позитивная корреляция между концентрацией АМФ и числом фолликулов у женщин с СПКЯ подтверждается в настоящем исследовании, но не ясно, играет ли АМФ регуляторную роль в развитии фолликула или увеличение концентрации АМФ является следствием увеличения числа антральных фолликулов при СПКЯ. Хотя АМФ показан как ингиби-

тор отбора фолликулов и ФСГ стимулирующего роста фолликулов в исследованиях над животными и клеточных культурах, точная роль АМФ в регуляции развития человеческого фолликула остается для дальнейших исследований.

Литература:

1. Бебия З.Н. Роль антимюллеровского фактора в патогенезе синдрома поликистозных яичников: Автореф. дис... канд. мед. наук. - СПб., 2001.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Синдром поликистозных яичников: Руководство. - М.: Медицина, 2008.
3. Кетлипинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. - СПб.: Фолиант, 2008. - 550 с.
4. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Чегай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность: Руководство для врачей. - М., 2006. - 416 с.
5. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 207 с.
6. Пищулин А.А. Синдром поликистозных яичников: патогенез, диагностика, лечение: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - М., 2003.
7. Репродуктивная эндокринология: Пер. с англ.: В 2 т. / Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. - М.: Медицина, 1998. - Т. 1. - 704 с.; Т. 2. - 432 с.
8. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. - М., 2004. - 528 с.
9. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2000. - 432 с.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ МОЛОДЕЖИ

Хусаинов Ш.Я.¹, Муродов М.Ш.², Намозов Б.К.¹

1 - Самаркандский государственный архитектурно-строительный институт, Самарканд, Узбекистан

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Значительную опасность для стран мирового сообщества сегодня представляет распространение наркомании в подростковой и молодежной среде. Решение данной проблемы становится важной государственной задачей и для Узбекистана тоже. Важнейшим звеном в профилактике наркомании должны стать образовательные учреждения (школы, вузы, колледжи), которые, к сожалению, пока принимают в этой работе недостаточное участие. Необходимо внести существенные коррективы в систему подготовки специалистов физической культуры и ориентировать их на активную работу по профилактике наркомании среди подростков и молодежи. Как показали исследования, убедительные аргументы в антинаркотической пропаганде до сих пор не найдены. В антинаркотической работе в школе плохо учитывается психология подростков. Поэтому для правильной организации профилактики наркомании образовательными учреждениями представляется актуальным исследование антинаркотической работы в них.

Целью нашего исследования является разработка и экспериментальное апробирование содержания образовательной модели профилактики наркомании подростков и молодежи средствами физической культуры и спорта. Для достижения этой цели нам следует решить следующие задачи: во-первых, разработать образовательную модель профилактики наркомании у подростков средствами физической культуры и спорта, во-вторых, экспериментально апробировать эффективность разработанной модели профилактики наркомании.

Организация и методы исследования. В исследовании приняли участие 48 человек в возрасте 16-19 лет.

Была разработана образовательная модель профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта, основными блоками которой являются: программно-методическое обеспечение системы физического воспитания молодого поколения с элементами антинаркотической профилактики; инновационные формы организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы, нацеленные на формирование здорового образа жизни в структуре личностных ценностей подростков; методическое обеспечение образовательной и информационно пропагандистской деятельности по распространению идеалов и принципов олимпизма среди подростков как мощного стимула к формированию здорового образа жизни, интереса к занятиям физической культурой и спортом, как действенного средства профилактики наркомании и асоциального поведения; рабочие программы и методическое обеспечение профессиональной деятельности учителей физической культуры, направленные на овладение практическими навыками антинаркотической профилактической работы.

Основные формы работы в рамках образовательной модели профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта: Разъяснительные и просветительные мероприятия: уроки здоровья для учащихся школ, лекции и семинары для студентов вузов физической культуры, педагогов и учащихся школ, выступления на родительских собраниях, показ фильмов, участие в антинаркотических акциях.

Привлекательная лично-ориентированная физкультурно-спортивная деятельность.

Психопрофилактическая и психо коррекционная работа с подростками, входящими в группу риска: индивидуальное и динамическое наблюдение, оказание педагогической помощи родителям и подросткам, консультативная работа. Основные направления работы: формирование позитивного имиджа здорового человека в обществе и установок на сохранение здоровья; повышение уровня информированности учащейся молодежи путем использования различных форм и методов профилактической работы; развитие поведенческих навыков, способствующих сохранению здоровья; использование современных двигательных и здоровье сберегающих технологий.

Результаты и их обсуждение. Положительные проявления занятий физической культурой и спортом в рамках образовательной профилактической модели закрепились в сознании большинства учащихся экспериментальной группы.

Опрошенные высоко оценивают антинаркотические возможности спортивной деятельности: подавляющее большинство (79,1 %) студентов считают, что спортивная деятельность в той или иной мере оберегает молодых людей от приобщения к наркотикам.

Материалы исследования свидетельствуют о том, что образовательная модель профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта существенно изменила жизненные позиции занимающихся: более рельефно выразилось негативное отношение учащихся к вредным привычкам. В конечном обследовании отмечались значительные различия анализируемых показателей: 28,2 % учащихся экспериментальной группы стараются с оптимизмом смотреть на жизнь, 31,8% контингента начали учиться сотрудничать со сверстниками, 30,0 % респондентов наслаждались занятиями физическими упражнениями. По данным анкетирования, половина (50,0 %) респондентов высказала твердое желание отказаться от приема наркотиков, если им их предложат, в контрольной группе данный показатель составил всего 4,5 %. 39,3 % учащихся экспериментальной группы считают, что они приобрели «здоровый дух», 26,8 % респондентов научились радоваться успеху друзей, 50,0 % опрошенных ведут здоровый образ жизни. 39,3 % контингента отмечают, что они не боятся проводить профилактическую работу с наркоманом, а 42,9 % респондентов отметили, частично соответствует. Данные показатели у учащихся контрольной группы менее выражены.

Занятия физической культурой и спортом в рамках образовательной модели с профилактической направленностью стимулируют проявление общественной активности учащихся, способствуют формированию межличностных отношений, противодействуют социальному отчуждению учащихся, формируют негативное отношение учащихся к курению и к потреблению спиртных напитков. Образовательная модель профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта способствовала повышению коэффициента здоровья (3,0 %, $p < 0,05$), физической подготовленности и психоэмоционального состояния школьников; сформировала у них здоровый поведенческий стиль, повысила устойчивость к различным негативным социальным явлениям, обеспечила адаптацию учащихся к реальной жизни; увеличила число испытуемых с положительным отношением к воспитательным мероприятиям (с 23,2 до 55,4 %) и учебной деятельности (с 16,1 до 48,2 %), способствовала привлечению детей к занятиям физической культурой и спортом.

В экспериментальной группе произошли значительные изменения отношения учащихся к занятиям физической культурой и спортом. В конечном обследовании на вопрос «Нравится ли вам заниматься физическими упражнениями?» положительно ответили 76,8 % школьников. В начальном обследовании данный показатель составил 62,5 %.

На вопрос «Как вы относитесь к занятиям физической культурой с профилактической антинаркотической направленностью?» также отмечено увеличение (с 41,1 % до 60,7 %) количества учащихся экспериментальной группы, положительно относящихся к данному аспекту работы. Выявлено увеличение (с 44,6 до 62,5 %) числа школьников, которые считают, что здоровому образу жизни с профилактической направленностью необходимо уделять должное внимание в процессе учебной деятельности. В конечном обследовании 78,6% опрошенных отметили влияние сформированности навыков здорового образа жизни на проявления вредных привычек и хотели, чтобы спортивные педагоги обращали пристальное внимание на данный аспект учебного процесса. За период исследования в экспериментальной группе значительно увеличилось (с 12,5 до 28,6 %) число учащихся, которые готовы самостоятельно формировать навыки здорового образа жизни с профилактической антинаркотической направленностью.

На вопрос «Будете ли вы формировать навыки здорового образа жизни с профилактической направленностью, если отсутствует их пропаганда?» положительно ответили в конечном обследовании 69,6 % респондентов экспериментальной группы. Увеличение данного показателя произошло только у учащихся этой группы, в контрольной группе отмечается, наоборот, уменьшение (с 61,1 до 53,7 %) этой характеристики. На вопрос «Улучшится ли ваше отношение к учебному процессу, если уделяется большое внимание здоровому образу жизни с профилактической направленностью?» произошло существенное увеличение (с 48,2 % до 75,0 %) числа учащихся экспериментальной группы, ответивших положительно. В контрольной группе этот показатель за период исследования остался на прежнем уровне.

Результаты анкетирования показали, что акцентированное формирование знаний о здоровом образе жизни с профилактической антинаркотической направленностью существенно повышает интерес к занятиям физической культурой и способствует сформированности навыков здорового образа жизни, убеждает в важности данного направления.

Результаты нашего исследования свидетельствуют об эффективности применения образовательной модели профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта, основанной на комплексном формировании здорового образа жизни с антинаркотической профилактической направленностью, физического и духовного развития учащихся.

Литература:

1. Основы валеологии., Керимов Ф. А., М.С.Ахматов, И.Л.Қошбахтиев. 2005
2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. 2001.
3. Кабачков В.А., Куренцов В.А., Тюленьков С.Ю. Социально педагогические подходы к профилактике подростковой наркомании средствами физической культуры и спорта/ Физическая культура. 2003.
4. Валеология., Шарипова Д., Содиқов Қ. 2010
5. Спортивная психология (учебная пособия) Ю.Машарипов. 2010

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК

Хусинова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Дисменорея известна как вариант нарушения менструального цикла, выражающегося в болевом синдроме во время менструации и сопровождающегося широким спектром нейровегетативных, обменных, эндокринных, психических и эмоциональных проявлений. Максимальная распространенность первичной дисменореи отмечается в возрасте 20–24 лет, при этом частота встречаемости дисменореи колеблется от 30% до 90% по данным различных исследований, у 10% пациенток данное состояние приводит к потере трудоспособности, нарушает социальную и повседневную активность. Многие пациенты недостаточно информированы об этом заболевании и поэтому либо не получают терапию, соответствующую современным стандартам, либо занимаются самолечением, что нередко является поводом для экстренной госпитализации. Обилие разнообразных клинических симптомов, сопровождающих болезненные менструации, с одной стороны, и значимая психологическая окрашенность боли как основного симптома данного патологического состояния с другой, диктуют необходимость проведения тщательного субъективного обследования пациентки с максимальной конкретизацией и детализацией ее жалоб. Однако, ввиду значительного субъективного компонента восприятия боли пациенткой, целесообразным является оценка всего симптомокомплекса, сопровождающего болезненные менструации, при помощи специально созданных тестов и опросников. Однако, реалии амбулаторной клинической практики в нашей стране редко позволяют проводить эффективную диагностику сопряженных симптомов с использованием дополнительных шкал и опросников.

Цель исследования – сопоставление степени тяжести дисменореи согласно самооценке пациенток и при использовании специализированных опросников у девушек для выяснения их сравнимости и возможности применения в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы исследования. Материалами для проспективного одномоментного сплошного не интервенционного исследования стали данные опроса среди учащихся женского пола 3 курса Сиабского медицинского колледжа г.Самарканда. В данном исследовании приняли участие 100 студенток, в ходе которого из выборки было исключено 12 девушек, в связи с отсутствием у них симптомов дисменореи. Конечная выборка составила 88 человек в возрасте от 16 до 19 лет, средний возраст - 18,1 ± 1,07 лет. Для анализа самооценки боли была использована специально разработанная анкета, включающая в себя 11 вопросов (длительность цикла, характер менструальной боли, оценка болевого синдрома по 10-ти балльной шкале, прием препаратов во время менструации и наличие дополнительных симптомов). Для оценки боли использовался рекомендованный Российским Межрегиональным Обществом по изучению боли модифицированный опросник Мак-Гилла, характеризующий параметры боли как симптома с помощью двух шкал: сенсорной и аффективной. Дескрипторы сенсорной шкалы, включающие 13 пунктов, характеризуют боль в терминах механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров. Аффективная шкала, состоящая из 6 пунктов, отражает эмоциональную сторону боли в терминах напряжения, страха, гнева или вегетативных проявлений. Также была для оценки интенсивности менструальной боли была применена визуальная аналоговая шкала (ВАШ), представляющая собой горизонтальную линию длиной 100 мм с расположенными на ней 2 крайними точками: «отсутствие боли» и «самая сильная боль, которую только можно представить». Предлагалось оценить индивидуальную интенсивность дисменореи, отметив на ВАШ точку, соответствующую их самооценке болевого синдрома. Анализ влияния дисменореи на качество жизни проводился по специализированному опроснику SF-36 (модификация). Статистическая обработка данных производилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования выяснилось, что большинство опрошенных – 91% имели нормальные характеристики продолжительности и регулярности менструального цикла. При этом выявлено, что подавляющее большинство страдают дисменореей – 90%. Эпизодические боли во время менструации имели 80,6%, постоянные – 18,9%. У каждой второй (54% случаев) боли начались с менархе, у 34,8% – с 12 лет, у 15,2% – с 15 лет. При самооценке дисменореи по ВАШ большинство девушек оценило боль в 8 и 6 баллов (17,3% и 16,3% соответственно), 5 и 7 баллов (15,5% и 15,3%). Более половины опрошенных (63 человек, что составило 66,3%) нуждаются в использовании спазмолитических и обезболивающих препаратов, среди которых лидирующими оказались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), без обращения за медицинской помощью. Болезненная менструация влияет на социальную жизнь девушек. Несмотря на то, что каждая вторая студентка (49% случаев) отметила, что старается вести обычный образ жизни, предпочитают остаться дома и пропустить учебу/работу – 19,4% респондентов, ни с кем не общаются либо ведут себя агрессивно по отношению к окружающим – 31,6%. Подавляющее большинство (82,7%) сообщили о наличии у них дополнительных симптомов при дисменорее. При изучении клинических форм дисменореи выяснено, что у большинства девушек существует нервнопсихическая форма дисменореи (38%), затем смешанная, сочетающая в себе различные симптомы (20%), обменно-эндокринная (19%), трофическая (15%), вегетососудистая (8%). При анализе боли по специализированному опроснику Мак-Гилла выявлено, что у большинства респондентов преобладает аффективная шкала (80%) над сенсорной (20%), то есть эмоциональное реагирование на боль как ведущий симптом дисменореи четырехкратно превалирует над восприятием соматических ощущений боли. При оценке влияния дисменореи на качество жизни (модифицированный опросник SF-36) было выявлено, что тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта значительно ограничиваются у 73,4% девушек, умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды – у 55%. Дисменорея немного ограничивает прохождение расстояние более 1 километра (58,7%); и совсем не ограничивает такие действия, как поднять и нести сумку с продуктами (100%), подняться пешком по лестнице на несколько пролетов (83,5%),

подняться пешком по лестнице на один пролет (100%), наклониться, встать на колени, присесть на корточки (100%), пройти расстояние в 1 квартал (100%), пройти расстояние в несколько кварталов (86,2%), самостоятельно вымыться и одеться (100%).

Выводы: 1. У девочек медицинского колледжа отмечается высокий удельный вес дисменореи (90%), которая регистрируется с менархе, характеризуется регулярным использованием анальгезирующих препаратов, с преобладанием нервно-психической формы. 2. 64,4% девушек интенсивность болевого синдрома оценили от 5 до 8 баллов по шкале ВАШ. 3. У девочек медицинского колледжа эмоциональная сторона восприятия болевого синдрома, связанного с менструацией преобладает над самовосприятием физического компонента боли. 4. Дисменорея существенно снижает качество жизни девушек в виде ограничения тяжелых и умеренных физических нагрузок настолько, что в период менструации могли выполнять лишь преимущественно простые действия, связанные с самообслуживанием. 5. Самостоятельное использование НПВС и анальгетиков без обращения за медицинской помощью не позволяет установить истинную причину боли и назначить патогенетическую терапию.

Литература:

1. Джобава, Э. М. Дисменорея: этиопатогенез, дифференциальная диагностика и терапия в практике современного акушера-гинеколога / Э. М. Джобава // Русский мед. журн. – 2012. – Т. 20, № 1. – С. 28–34.
2. Межевитинова, Е.А. Дисменорея с позиций доказательной медицины / Е.А. Межевитинова, П.Р. Абакарова, А.Н. Мгерян // Здоровье женщины. – 2015. - №7. – с. 23-27.
3. Синчихин, С. П. Дисменорея – современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностику, клинику и лечение / С. П. Синчихин // Астраханский мед. журн. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 35–43.
4. Фролова, Н. И. Распространенность дисменореи у девушек-студенток, влияние на академическую активность и пути оптимизации лечения / Н. И. Фролова, Т. Е. Белокриницкая, Е. П. Белозерцева // Забайкальский мед. вестн. – 2012. – № 2. – С. 78–82.
5. Main C.J. Pain assessment in context: a state of the science review of the McGill pain questionnaire 40 years on. // Pain. 2016 Jul;157(7) - P. 1387-99.
7. What Iacovides S, Avidon I, Baker FC. we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. //Hum Reprod Update. 2015 Nov-Dec;21(6):762-78.

АНАЛИЗ УРОВНИ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РИНОСИНУСИТОВ

Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Риносинусит – это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, практически всегда вызываемое застоем секрета и нарушением аэрации околоносовых пазух (ОНП). Воспаление околоносовых пазух является одной из самых распространенных патологий ЛОР – органов[1]. В последнее десятилетие заболеваемость риносинуситами увеличилась почти в 3 раза. Согласно эпидемиологическим исследованиям 15% взрослого населения и 5% детей страдают воспалительными заболеваниями околоносовых пазух. Частота хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух остается на высоком уровне и до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Более того, в последнее время отмечается ежегодный прирост заболеваемости на 1,5-2,0%[2].

В последние годы развитие лазерной науки и промышленности стало стратегической задачей для ведущих стран мира. Возможности высокой концентрации лазерного излучения в пространстве, во времени, в частотном спектре открыли абсолютно новые перспективы для биотехнологии. В настоящее время лазерные технологии работают во всех без исключения направлениях медицины: как в области фундаментальных исследований, так и в клинической практике. Сформировалось понятие лазерная медицина. При этом развитии лазерной медицины идет по трем основным ветвям: лазерная хирургия, лазерная терапия и лазерная диагностика[3].

В последние годы в литературе активно обсуждается иммунопатогенез данного заболевания и, в частности, роль противовоспалительных цитокинов, несостоятельности факторов местной защиты в очаге воспаления[4].

В доступной нам литературе существует большое число исследований, определяющих уровень различных групп цитокинов в сыворотке крови, что, вероятно, не может дать полной картины, так как большинство цитокинов являются биологически активными веществами локального действия[5].

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинике «Saodat medical» находилось 48 пациентов в возрасте от 14 до 56 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровые люди.

У здоровых и больных ХРС после установки диагноза производили забор крови и носового секрета. Для получения смывов из полости носа пациенту в каждый общий носовой ход на 10 минут вводили сухие марлевые турунды, которые после извлечения переносили в специальную пробирку, содержащую 1 мл 0,9% раствора изотонического раствора. Через 25 минут тампоны тщательно отжимали, и полученный смыв использовали для определения цитокинов. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови назальном секрете определяли методом ИФА. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием нами предложенным программой.

Результаты и обсуждение. Течение местного воспалительного процесса отражается на балансе цитокинов в сыворотке крови (табл. 1).

Таблица 1. Содержание цитокинов в сыворотке крови больных ХРС

Параметры, пг/мл	Здоровые, n=20	ХРС, n=48
IL-1β	1,3 (0,7;1,6) p<0,05	8,0 (3,5; 12,3)
IL-2	18,3 (15,4; 29,2)	0,00
IL-4	0,00	0,5 (0,3; 0,8) p<0,05
IL-6	1,2 (1,0; 1,7) p<0,05	3,3 (0,1; 9,5)
IL-8	32,6 (28,4; 41,7)	18,7 (6,2; 24,9)
IL-10	9,3 (7,1; 13,4) p<0,05	0,00
IF-α	2,1 (1,8; 2,6) p<0,05	5,1 (2,1; 5,9) p<0,05

У больных ХРС в сыворотке крови возрастает содержание IL-1β, IL-4, IL-6 и IF-α. Уменьшается концентрация IL-8. Исчезают IL-2 и IL-10. Полученные факты свидетельствуют о возможности проникновения интерлейкинов из местного воспалительного очага в общий кровоток.

Следует напомнить, что среди эффектов IL-1β стимуляция В-лимфоцитов, усиление двигательной активности нейтрофилов, активация фагоцитоза, прокоагулянтной активности, стимуляция синтеза противовоспалительных цитокинов и экспрессии на поверхности эндотелия адгезивных молекул.

IL-4 вырабатывается тучными клетками, базофилами, В-лимфоцитами, клетками костного мозга. Вызывает активацию, пролиферацию и дифференцировку Т- и В-лимфоцитов. Является ключевой регуляторной молекулой, запускающей процесс дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки, усиливает хемотаксис и адгезивные свойства лейкоцитов.

Обеспечение роста и дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки – основная задача IL-6. Замечено, что он ингибирует продукцию IL-1 и TNF-α, хотя оба указанных цитокина являются стимуляторами его синтеза. IF-α индуцирует образование интерферонов другими клетками, не контактирующими с возбудителем патологической реакции, тормозит продукцию основных противовоспалительных цитокинов, усиливает синтез и секрецию IL-10.

Таблица 2. Содержание цитокинов в назальном секрете больных ХРС

Параметры, пг/мл	Здоровые, n=20	ХРС, n=48
IL-1β	2,5 (18,4;42,8) p<0,05	53,1 (10,1; 223,7)
IL-2	0,00	0,14 (0,07; 0,2)
IL-4	0,6 (0,4; 0,8)	0,3 (0,2;0,7)
IL-6	11,7 (9,1; 17,6) p<0,05	223,1 (216,6; 228,7) p<0,05
IL-8	204,5 (142,3; 261,8)	224,3 (191,9; 265,5) p<0,05
IL-10	0,7 (0,4; 0,9) p<0,05	0,6 (0,4; 0,9) p<0,05
IF-α	1,4 (1,2; 1,9) p<0,05	6,5 (3,2; 9,7) p<0,05

Концентрация IL-1β в назальном секрете у больных ХРС увеличивается практически в 8 раз, также значительно возрастает уровень IL-2, IL-6, IL-8, IF-α. Следует отметить, что при ХРС содержание IL-4 и IL-10 уменьшается, что, вероятно, связано с потреблением этой группы цитокинов и их элиминацией антителами класса IgA.

Итак, цитокиновый профиль в назальном секрете подвергается более резким изменениям, нежели чем в системном кровотоке, что свидетельствует о преимущественно местном образовании противовоспалительных цитокинов и в целом отражает степень остроты воспалительного процесса.

Заключение. Хронический формы риносинусита развивается на фоне разнонаправленных сдвигов в концентрации противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови и назальном секрете.

Повышение концентрации в назальном секрете IL-8, являющегося мощным хемокином, в сочетании с увеличением уровня IL-1, IL-2 и IL-6 (первичные противовоспалительные цитокины) приводит к осложнению процесса и длительному персистированию микробной флоры.

Литература:

- Бурханов У.М., Хушвакова Н.Ж. Сурункали риносинусит билан касалланган беморларда эндоскопик операциядан кейинги даврда антимикроб нейтрофил пептидларини ўрганиш // Биомедицина ва амалиёт журнали. – 2020. – Т. 5. – №. 5.
- Исхакова, Ф. Ш., Хушвакова, Н.Ж., Хамракулова, Н.О., & Усмонов, Ш.А. (2018). Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита. Прорывные научные исследования как двигатель науки, 170-172.
- Сафарова Н. И. и др. Эффективность применения дипроспана в комплексном лечении полипозных риносинуситов // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 2-3.
- Хайитов А. А., Хушвакова Н. Ж., Насретдинова М. Т. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом //Иновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
- Хушвакова Н.Ж., Очилев Т.М., Хамракулова Н.О. Диагностическое значение микробиологического исследования отделяемого из верхнечелюстных пазух и полости носа у больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – 52-63

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Хушвакова Н.Ж., Нишанбаева Ф.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Патология небных миндалин занимает одно из первых мест среди ЛОР заболеваний. По данным разных авторов заболеваемость хронического тонзиллита составляет от 12-15% у детей, 4-10 % у взрослых. Тяжелые осложнения возникающие вследствие хронического тонзиллита (со стороны сердечно-сосудистой системы, почек суставов) вынуждают заниматься этой проблемой как ЛОР врачей, терапевтов и педиатров.

Широко распространены заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом, они протекают длительно и тяжело, приводят к потере трудоспособности, а также к инвалидизации людей молодого возраста. Причиной роста этих заболеваний связано с изменением реактивности организма и микробов. Нам известно, что миндалины имеют нервные окончания, которые образует рефлексогенные зоны, от которых идет поступления импульсов к внутренним органам. Лечение тонзиллярной инфекции не должна ограничиваться санацией лимфаденоидного аппарата глотки, а также нужно воздействовать на весь организм. На сегодняшний день выбор метода лечения хронического тонзиллита остается не решенной проблемой [1]

В связи с тем, что небные миндалины выполняют важную роль в организме необходимо ограничения показаний к хирургическому вмешательству. Не рациональные методы консервативного лечения не обеспечивают должную санацию небных миндалин что приводит к развитию осложнений, а также увеличению стоимости лечения и занимает больше времени у врача и больного. Тонзиллогенное поражение миокарда характеризуется различными клинико морфологическими вариантами и заболевания развивается после ангина и обострения хронического тонзиллита [2].

Наличие тонзило-кардиального рефлекса выражается в возникновении ЭКГ изменений (брадикардия, синусовая тахикардия, экстрасистолия).

Полисахаридные антигены за счет М протеинов вызывают перекрестные воспалительные изменения в различных тканях организма (синовиальная жидкость, миоин [3].

Хронический тонзиллит развивается и протекает на фоне угнетение естественной резистентности организма нарушение гуморального и клеточного иммунитета формирование аутоиммунного процесса. Поэтому лечение должно быть комплексным как направленными на элиминацию микробной инвазии так и на повышении резистентности организма.

Для повышения эффективности консервативного лечения нами был использован внутривенное лазерное облучения крови. Критериями эффективности консервативного лечения является исчезновения гнойно-казеозных пробок в криптах, снижение частоты рецидивов и улучшения показателей иммунологических показателей [4].

Комплекс антиген-антитело имеет хемотоксическую активность, которая увеличивает протеолитическую возможность ферментов макрофагов в свою очередь это приводит к лизису ткани миндалин, денатурации собственных белков, что приобретает антигенный характер. Попадая в кровь, они вызывают выработку аутоантител, которые находятся на клетке и приводит к повреждению их. Небные миндалины находятся в зоне постоянной и повышенной сенсибилизации. При хроническом тонзиллите возникает сенсибилизации замедленного типа.

В патогенезе хронического тонзиллита воспаления большую роль играет процессы свободно радикального окисления выраженность, которых зависит от антиоксидантной факторов защиты [5].

Цель исследования: Установить эффективность применения внутривенной лазерной терапии в совершенствование консервативного лечения хронического тонзиллита.

Материалы и методы исследования. Основу данного исследования составили пациентов в возрасте от 5 до 20 лет, которые болеют хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы 1 степени и токсико-аллергической формы 2 степени находившихся на лечении в детском отделении оториноларингологии Областного многопрофильного детского клинического медицинского центра Самаркандской области.

Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (основная) составила – 27 пациентов с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы 1 степени и токсико-аллергической формы 2 степени, которым проведено комплексное лечение и внутривенное лазерное облучение крови. 2 группа (контрольная) составила – 17 пациентов с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы 1 степени и токсико-аллергической 2 степени, которым провели традиционное лечение и местная лазеротерапия.

Среди обследованных пациентов с хроническим тонзиллитом большой удельный вес составили пациенты в возрасте, от 5 до 20 лет, что не противоречит литературным данным. Верификация диагноза проводилась по классификации Б.С. Преображенскому и В. Т Пальчуну.

Поведенное нами обследование и лечение соответствовало стандартам МЗ РУз. Все исследование проводились в стационаре. Специфическим методом исследование явилось изучение содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови.

Таблица 1. Данные статистической обработки до и после лечения ВЛОК полученных измерений

Показатель г/л	До лечения	После лечения ВЛОК	T критерий
IgA	1,89±0,35	2,27±0,24	0,88
IgM	1,75±0,55	2,87±0,03	2,051
IgG	5,42±0,14	6,91±0,46	3,12

Примечание: t крит=2,05, для всех расчётов p<0,05

В первой основной группе наблюдалось снижение всех лабораторных данных до проведенного лечения, что показано в первой таблице. После проведенного нами лечения внутривенным лазерным облучением крови через 3 и 6 месяцев наблюдалось повышение показателей IgM и IgG что достоверно доказывает о том, что внутривенное лазерное облучения крови дает высокую клиническую эффективность.

Таблица 2. Данные статистической обработки до и после лечения местной лазеротерапии.

Показатели г/л	До лечения	После лечения местной лазеротерапией	T критерий
IgA	0,59±0,5	0,86±0,35	0,44
IgM	0,38±1,5	0,64±0,91	0,22
IgG	4,47±1,25	5,03±1,6	0,28

Примечание: t крит=1,75, для всех расчётов p <0,05

Во второй контрольной группе наблюдалось также снижение всех показателей иммуноглобулинов до лечения, а также после применения местной лазеротерапии показало, что показатели иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG наблюдалось не существенное изменение. Это свидетельствует о низкой клинической эффективности местной лазеротерапии при лечении хронического тонзиллит.



Рис. 1. Местная лазеротерапия.



Рис. 2. Внутривенное лазерное облучения крови.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1) Установлена клиническая эффективность внутривенного лазерного облучения крови при хроническом тонзиллите у детей с токсико-аллергической формы 1 степени и токсико-аллергической 2 степени по сравнению с контрольной группой.

2) Отмечено, что при хроническом тонзиллите нарушается иммунологический статус организма, выявлена картина вторичного иммунодефицита.

3) Установлена высокая клиническая эффективность метода внутривенного лазерного облучения крови при хроническом тонзиллите, которая приводит к нормализации иммунологических показателей, предотвращая местные признаки заболевания, а также способствует сокращению их пребывания в стационаре и в итоге удлиняется период ремиссии и уменьшаются рецидивы.

Практические рекомендации: 1) Метод определения иммуноглобулинов в сыворотке крови является специфичным, а также наиболее точным критерием диагностики и лечения хронического тонзиллита. 2) При хроническом тонзиллите токсико-аллергической форме 1 степени и токсико-аллергической 2 степени рекомендуется внутривенное лазерное облучения крови в дозе- 1 раз в день; красные 650 нм, синие-405 нм ежедневно в течении 7-10 дней.

Литература:

1. Карпищенко С.А, Лавренова Г.В, Баранская С.В // Вестник оториноларингология 2016 81 (4) 69-71 Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания
2. Овчиников А.Ю, Галбедова В.А, Свет А. В, Доминицкий А.А Фармокотерапия пульманология и оториноларингология // № 1 2010. О необходимости кардиологического скрининга у больных хронического тонзиллита
3. Хушвакова Н.Ж, Давронова Г.Б Российская оториноларингология № 1, (62) 2013.
4. Хушвакова Н. Ж., Исакова Ю. Н., Нуралиев У. К. Оптимизация консервативного лечения хронического тонзиллита //Российская оториноларингология. – 2014. – №. 3. – С. 111-113.
5. Хушвакова Н. Ж., Истамова Н. О. Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип //Russian otorhinolaryngology. Медицинский научно-практический журнал. – 2014. – С. 104.

БАЧАДОН МИОМАСИ РИВОЖЛАНИШИДА АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ФАОЛИЯТИ ВА ВИТАМИН Д НИНГ РОЛИ

Ҳазратқулова Х.У., Садиқова Д.Р., Чориева Г.З.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Бачадон миомаси - аёллар репродуктив тизимидаги кенг тарқалган патологик жараёнлардан биридир. Олимларнинг изланишларига кўра, ўрта репродуктив ёшдаги аёлларда 20% дан 40% гача, 35 ёшдан ошган аёлларда 70% гача учрайди [1,2,6].

Бугунги кунда витамин Д нинг етишмовчилиги ва дефицити репродуктив тизим фаолиятига салбий таъсир этиши олимлар томонидан таъкидланмоқда. Айниқса, аёлларда бачадон миомаси келиб чиқиши ва унинг клиник кўринишларининг намоён бўлишида витамин Д нинг аҳамияти борлиги долзарб мавзу бўлиб қолмоқда [3,4,5,7].

Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари: Изланишлар 45 та аёлларда олиб борилди ва барча аёллар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди: 1 гуруҳ- назорат гуруҳи бўлиб, 15 та амалий соғлом аёллардан иборат (анамнезида ва тадқиқот мобайнида бачадон миомаси аниқланмаган аёллар); 2 гуруҳ- 15 та бачадон миомаси мавжуд аёллар, лекин уларда бачадон миомасининг симптомлари аниқланмаган; 3-гуруҳ – 15 та бачадон миомаси ва унинг симптомлари бор бўлган аёллардан иборат.

Витамин Д ва бачадон миомаси орасидаги боғлиқликни ўрганиш учун барча гуруҳдаги аёллар қони зардобидаги 25-гидроксивитамин D (умумий витамин D) нинг миқдори иммунофермент анализ усули орқали аниқланди. Аёллар қон зардобидаги витамин Д нинг тўйинганлик даражаси Халқаро Эндокринологлар ассоциациясининг маълумотларга кўра клиник тавсиялар асосида баҳоланди [6].

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Текширилувчи аёлларнинг ёш интервали 19-49 ни ва ўртача ёши 1-гуруҳ аёлларда $34 \pm 2,2$ ёш, 2 гуруҳда $36 \pm 1,93$, 3 гуруҳда $43 \pm 1,45$ ни ташкил этди. Ҳайз цикли ўрганилганда биринчи Ҳайз келган ёшига, Ҳайз мунтаззамлигига, унинг давомийлигига аҳамият берилди. Ҳайз цикли бошланиши ўртача ёши учала гуруҳда ҳам 12-15 ёшни ташкил қилди. 1- гуруҳда Ҳайз цикли ўртача $28 \pm 3,2$ кунни ташкил қилди, Ҳайз пайтида қон келиш давомийлиги ўртача $4,2 \pm 0,5$ кунни ташкил қилди. 2- гуруҳда бу кўрсаткичлар $26 \pm 3,7$ ва $5,4 \pm 1,1$ бўлса, симптомли миомали аёлларда $22 \pm 4,1$ ва қон келиш давомийлиги ўртача $10,6 \pm 2,3$ кунни ташкил қилди. Эрта менархе 1-гуруҳ аёлларда 6,7%, 2- гуруҳда 13,3% ва 3 гуруҳда - 20%, кечки менархе 13,3%, 20%, 26,7% (гуруҳларга мос равишда) ташкил қилди. Ҳайз цикли мунтаззамлиги гуруҳларда қуйидаги натижаларни кўрсатди 80%, 60%, 53,3% (гуруҳларга мос равишда), номунтаззамлиги 20%, 40% ва 46,7% аёлларда (гуруҳларга мос равишда) аниқланди (жадвал 1).

Жадвал 1. Текширувдаги аёлларнинг Ҳайз цикли характери

Ҳайз цикли	1 гуруҳ, n=15		2 гуруҳ, n=15		3 гуруҳ, n=15		Барчаси, n=45	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормал менархе	12	80	10	66,7*	8	53,3*	30	66,7
Эрта менархе	1	6,7	2	13,3	3	20*	6	13,3
Кечки менархе	2	13,3	3	20	4	26,7*	9	20
Мунтаззам Ҳайз	12	80	9	60*	5	33,3*	26	57,8
Номунтаззам Ҳайз	3	20	6	40*	10	66,7*	19	42,2

*P<0,01 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Ҳайз цикли бузилишида 3 гуруҳда эрта менархе 1 гуруҳга нисбатан уч баробар, кечки менархе 2 баробар кўпроқ кузатилди, номунтаззам Ҳайз цикли эса, назорат гуруҳга нисбатан 3 марта, 2 гуруҳга нисбатан 1,5 марта кўпроқ аниқланди. Текширилган аёлларнинг репродуктив фаолияти анамнезида ўрганилганда (жадвал 2) бепуштлиқ 2 гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 3 марта кўроқ кузатилди. Катта ёшда (28 ёшдан кейин) туғишлар сони фақат бачадон миомаси бор аёлларда кузатилиб, 3 гуруҳда 2 гуруҳга нисбатан 2 баробар кўп учраган. Бачадон миомасининг хавф омилларидан ҳисобланган артифициал абортлар ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишлари сони 2 ва 3 гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан 2 ва 2,5 марта (гуруҳларга мос равишда) кўпроқ аниқланган.

Жадвал 2. Текширувдаги аёлларнинг анамнезидан репродуктив фаолияти тўғрисидаги маълумотлар

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ (n=15)		2 гуруҳ (n=15)		3 гуруҳ (n=15)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Бепуштлиқ	1	6,7	3	20*	2	13,3	
Ҳомиладорликлар сони	1	3	20	2	13,3	1	6,7*
	2-3	5	33,3	3	20	3	20
	4 ва ундан ортиқ	6	40	7	46,7	9	60*
Катта ёшда туғиш	-	-	1	6,7	2	13,3*	
Артифициал аборт	2	13,3	4	26,7*	5	33,3*	
Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши	2	13,3	3	20	5	33,3*	
Ривожланмай қолган ҳомиладорлик	1	6,7	2	13,3	2	13,3	

*P<0,05 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Барча гуруҳдаги аёллар қон плазмасидаги витамин Д билан организмнинг тўйинганлик даражаси ўрганилди. Унга кўра, симптомсиз миомали беморлар гуруҳида атиги 6,7%да нормал ҳолат аниқланди, назорат гуруҳига (66,7%) нисбатан 10 марта паст натижани кўрсатди (жадвал 3).

Симптомли миомали беморлар орасида эса витамин Д билан нормал тўйинганлик даражаси умуман аниқланмади. Витамин Д нинг етишмовчилиги 2-гуруҳда 60%ни ташкил этиб, 1- гуруҳга нисбатан – 2,5 баробар ва 3-гуруҳга нисбатан 3 баробар кўп кузатилди. Витамин Днинг дефицити 2 ва 3 гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан 5 ва 7 марта юқори натижани кўрсатди. Оғир даражали дефицит ҳолати фақат симптомли миомали аёлларда 33,3% ҳолатда аниқланди.

Жадвал 3. Гуруҳларда витамин Днинг тўйинганлик даражаси натижалари

Витамин Днинг тўйинганлик мезонлари	1 гуруҳ, n=15		2 гуруҳ, n=15		3 гуруҳ, n=15	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	10	66,7	1	6,7	0	0
Етишмовчилик	4	26,7	9	60	3	20
Дефицит	1	6,7	5	33,3	7	46,7
Оғир даражали дефицит	0	0	0	0	5	33,3

*P<0.05 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Хулоса. Олинган малумотлардан хулоса қилиб айтганда анамнезида ҳайз цикли бузилишлари, кўп марта ҳомиладорлик, катта ёшда туғиш, артифициал абортлар ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши миомали аёлларда, айниқса симптомли миомали аёллар анамнезида кўп учради, бу эса миоманинг ривожланишида санаб ўтилган омиларнинг алоҳида ўринга эга эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳ аёлларининг қон плазмасидаги 25(ОН)D миқдорининг пастлиги соғлом гуруҳ билан солиштириш натижасида витамин Д ва бачадон миомаси ривожланиши орасида боғлиқлик борлигини кўрсатади. Организмнинг витамин Д билан тўйинганлик даражасининг етарли эмаслиги бачадон миомаси ва унинг клиник кўринишларининг ривожланиш хавф омилларидан бири бўлиб қолади.

Адабиётлар:

1. Адамьян Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л. В. Адамьян [и др.] – Москва: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова, 2015. – 100 с.
2. Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Ярмолинская М.И. и др. Инновационные подходы к восстановлению репродуктивной функции у больных с миомой матки. //Акушерство и гинекология. 2016. № 1. С. 80-87.
3. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Е.Л. Бабунашвили. Биологическая роль, терапевтический потенциал флавоноидов, витамина Д в лечении больных с миомой матки и другие перспективные фармакологические направления. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2018 №5. С. 36-42.
4. Логинова О.Н. Сонова М.М., Арсланян К.Н. Миома матки и витамин Д. //В сб: Инновационные подходы в современной науке. Сборник статей по мат. IX межд. научно-практ. конф. 2017. С. 59-65.
5. Калинин С.Ю., Желенко М.И., Гусакова Д.А. Витамин Д и репродуктивное здоровье женщин.// Проблемы репродукции. 2016 №22(4).С.
6. Ciebiera M. M. Wolodorezyk.. Vitamin D and Uterine Fibroids-Review of the Literature and Novel Concepts. Int J Mol Sci. 2018 Jul 14;19(7). pii: E2051.

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА

Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. В мире в настоящее время в области охраны материнства и детства, получено множество открытий, основными направлениями которых являются, снижение числа материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Но, к сожалению, проводимые лечебно-профилактические мероприятия зачастую не имеют должного эффекта в снижении тяжелых форм гемолитической болезни (ГБ) плода. Проблема ГБ плода и новорожденных по АВО системе остается актуальной в мире, так как отсутствует программа обязательной профилактики АВО-изоиммунизации женщин репродуктивного возраста. При иммунологическом конфликте, как правило, в плаценте возникают довольно выраженные изменения. Плацентарный барьер является наиболее важным из всех факторов, предупреждающих сенсбилизацию организма матери антигенами плода [5].

При изосерологической несовместимости крови матери и плода чаще нарушается созревание плаценты. Развивающиеся хронические гипоксические состояния фетоплацентарного комплекса, обусловленные иммунологической несовместимостью, приводят к синдрому вторичной плацентарной дисфункции (ПД) [4; 7]. По данным Литература, частота ПД при невынашивании колеблется от 50 до 77%, при гестозах она составляет 30,6%, при соматической патологии 24-45% [2; 8; 10]. Основу патогенеза при плацентарной дисфункции составляют нарушения маточно-плацентарного кровотока. Последняя занимает четвертое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, и признаки ее выявляются у 10% детей, родившихся живыми [1; 9].

В поиске наиболее эффективных средств для лечения заболеваний создание новых лекарственных препаратов относится к закономерным процессам. Новые лекарственные препараты включают в себя как вновь синтезированные активные вещества, так и комбинации хорошо известных фармакологических средств. [3; 6]. К таким препаратам относятся антигипоксанты, представителем которых является Кокарнит (Pharmaceutical Company «World medicine» Австрия, США). Кокарнит содержит аденозин трифосфат (10 мг), кокарбоксилазу (50 мг), цианкоболамин (500 мкг) и никотинамид (20 мг), что позволяет оказывать позитивное действие на нарушенные метаболические процессы в тканях организма.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 95 беременных со сроком беременности от 16 до 38 недель. Все беременные были разделены на 3 группы: I группа (группа сравнения) – 32 беременные и 26 новорожденных с АВО иммунизацией получившие традиционную терапию с L-аргиноном (тивортин, аминар) 100,0 мл 1 раз в сутки 10 дней, затем по 5 мл 4 раза в сутки 20 дней; низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, надропарин кальция) 1 раз в сутки в зависимости от массы тела 7 дней. Традиционная терапия проводилась трижды в сроки беременности: 16-18; 24-26; 36-37 недель, со срока установления диагноза АВО-иммунизации; II группа (основная группа) - 33 беременные с АВО иммунизацией, получившие терапию с препаратом кокарнит и их 31 новорожденные. Препарат кокарнит назначался с 16 недель гестации – по 2,0 мл ежедневно внутримышечно 10 дней, три курса за период наблюдения; III группа (группа контроля) - 30 здоровых беременных с O (I) группой резус положительной принадлежностью крови и их 30 новорожденных без АВО конфликта.

Диагноз АВО-конфликт устанавливался на основании: акушерско-гинекологического анамнеза, клинических проявлений, иммуногематологических и биохимических показателей, данных УЗИ, доплерометрии и кардиотокографии. Во время беременности об эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий судили по результатам БФПП его итоговой оценке, состоянию детей при рождении, течению раннего неонатального периода.

Результаты. Назначение Кокарнита беременным с АВО иммунизацией III группы, показало существенное улучшение биофизического профиля плода (рис. 1). Фетометрические показатели у 87,1% плодов соответствовали норме, а патологические показатели были в 2,1 раза реже, чем в I группе. КТГ, свидетельствующая о гипоксии плода, наблюдалась в 2 случаях (6,5%), что в 12 раз меньше чем в I группе. Нормальная частота дыхательных движений, проявляющаяся укорочением эпизодов дыхания до 39-50 секунд встречалась в 77,4% случаях, а патологическая в 3 раза реже чем в I группе. У 29,0% двигательная активность плода сопровождалась уменьшением количества генерализованных движений плода до 1-2 раз. В 71,0% случаев отмечалась удовлетворительная двигательная активность, что даже в 1,2 раза превышает показатели контроля, в 3 раза - показатель I группы.

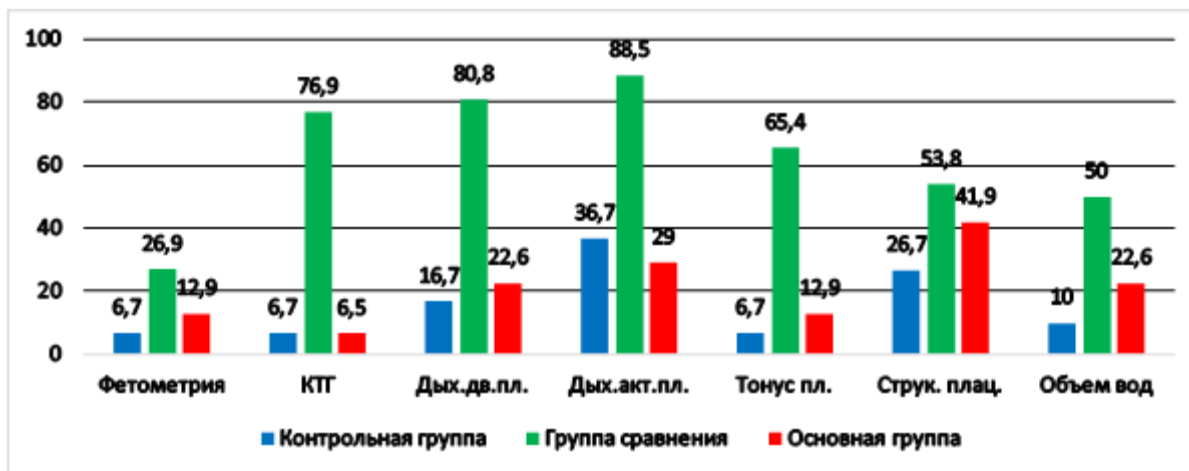


Рис. 1. Патологические признаки биофизического профиля плода при различных подходах к лечению

Значительно чаще (в 3 раза), чем в I группе, отмечается нормальный (87,1%) мышечный тонус плода. После метаболической терапии нормальная структура плаценты отмечалась у 51,6% женщин и на 10,5% превышало показатели I группы. Патологический объем околоплодных вод в виде мало- и многоводия отмечалось в 2 раза реже в группе получавших метаболическую терапию.

Согласно полученным данным биофизического профиля плода, отмечено улучшение состояния фетоплацентарной системы, а частности гипоксии и отставании роста плода при относительно невысокой частоте (77,4% и 71,0 соответственно) нормальных показателей дыхательных движений и двигательной активности плода - «маркеров динамического состояния фетоплацентарной системы».

Допплерометрическое исследование фетоплацентарного кровотока проведено 31 беременной в третьем триместре беременности (рис. 2). У 9 (29,0%) беременных с АВО иммунизацией, получивших Кокарнит выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод, у 2 (6,4%) новорожденные родились с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте, а у 7 (22,6%) новорожденных оценка по шкале Апгар на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе беременных без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе из 22 (71,0%) в 2(6,4%) случаях родился новорожденный с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте, а в 20 (64,5%) случаях – с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте. у 2 (6,4%) из 7 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени родились дети с низкой оценкой

по шкале Апгар на 5 минуте, у 5 (16,2%) родились дети - выше 7 баллов. При нарушении МППК I степени - 2 (6,4%) во всех случаях родились новорожденные с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Допплерометрические данные показали, что после проведенного курса метаболической терапии нарушение МППК снизилось в 2,3 раза по сравнению с группой, получающих традиционное лечение, из них в 1,7 раза снизилось нарушение МППК I степени, в 4,2 раз - II степени. В II группе после лечения на 51,3 % чаще не имели нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, чем в группе женщин, получающих традиционное лечение.

Назначение мощного метаболического препарата и антигипоксанта Кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние ФПК у беременных с АВО иммунизацией, что проявлялось повышением оценки по шкале Апгар, отсутствием гипоксических поражений плода тяжелой степени.

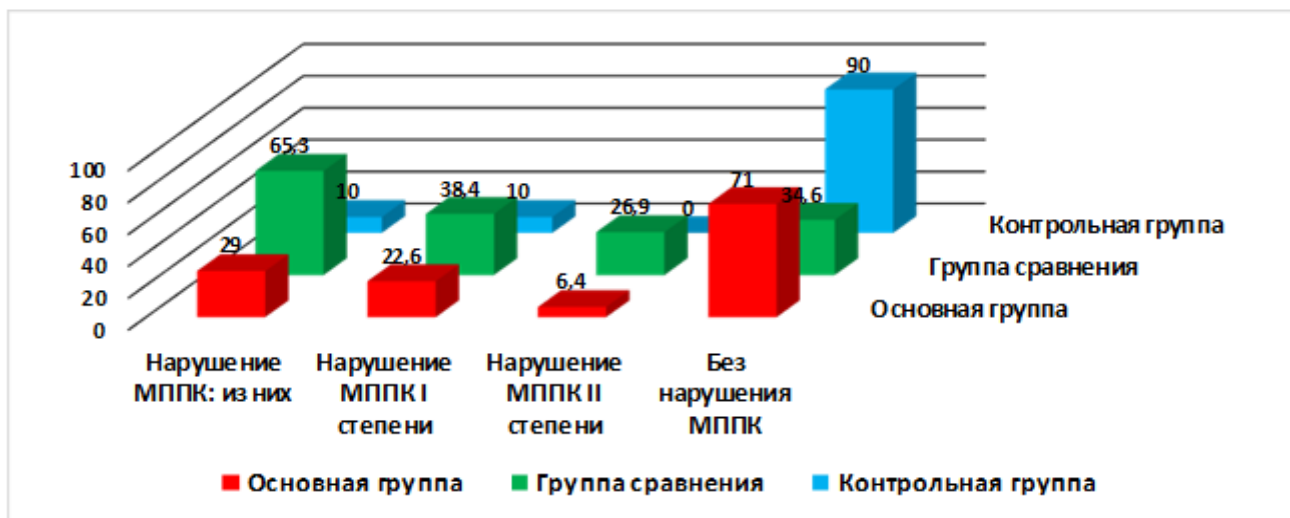


Рис. 2. Допплерометрическое исследование сосудов в системе мать-плацента-плод после традиционного лечения

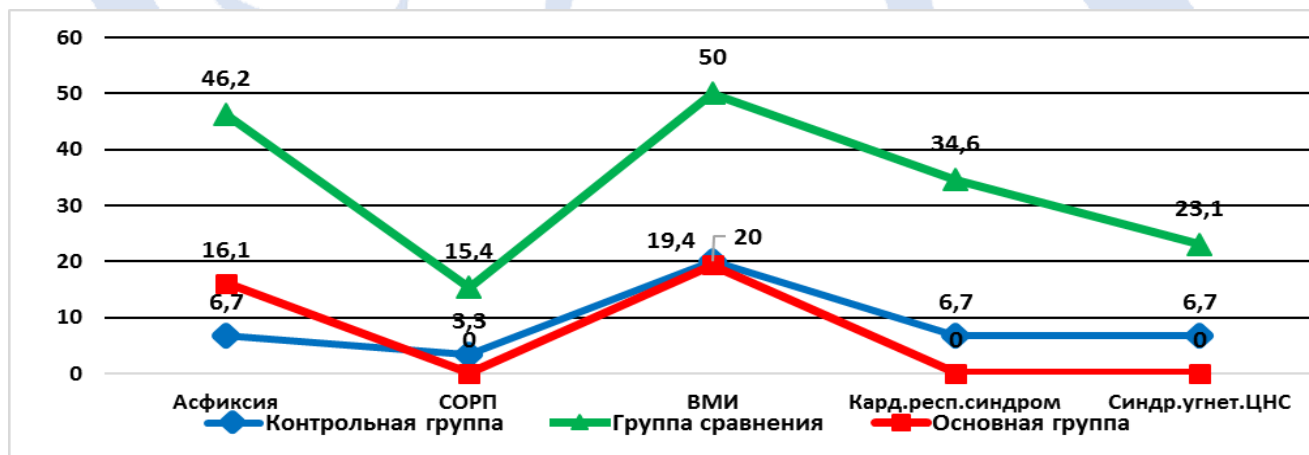


Рис. 3. Состояние новорожденных у обследованных женщин с АВО-иммунизацией получавших Кокарнит



Рис. 4. Степень тяжести и формы гемолитической болезни новорожденных, (%)

Все новорожденные родились доношенными с оценкой от 4-5 баллов до 8-10 баллов по шкале Апгар на 1-5-й минуте. Средняя оценка составила 9,0 баллов. При оценке состояния новорожденных установлено, что в данной группе показатель среднего балла по шкале Апгар в 1,2 раза выше, чем в I группе. Как видно из рис. 3, после назначения метаболической терапии в группе внутриматочное инфицирование плода снизилось в 2,6 раза, частота асфиксии новорожденных в 2,8 раза. СОРП, синдром угнетения ЦНС, кардиореспираторный синдром и недоношенность в этой группе не встречались.

Число детей с легким течением гемолитической болезни, родившихся от женщин, получавших метаболическую терапию, по сравнению с I группой увеличилось в 1,2 раз, тогда как этот показатель со среднетяжелым течением уменьшился в 3,3 раз, а тяжелой формы заболевания не наблюдалось.

Об эффективности назначенного лечения, свидетельствует также увеличение числа новорожденных с легкой и среднетяжелой формами и отсутствие тяжелой формы гемолитической болезни новорожденных у матерей, которых во время предшествующей беременности роды закончились мертворождением или гибелью новорожденного от гемолитической болезни.

В группе с метаболической терапией (рис.4) родились 15 (48,4%) здоровых и 16 (51,6%) больных детей с гемолитической болезнью новорожденных, из них 5 (31,3%) детей родились с желтушной формой заболевания, это в 2,4 раза реже, в 3,3 раз чаще, чем в I группе встречалась анемичная форма заболевания, а с отечной формой заболевания рождение детей в этой группе не наблюдалось.

Назначение метаболического препарата Кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода при АВО-иммунизации у беременных, что проявлялось снижением частоты гемолитической болезни новорожденных, нормализацией итоговой оценки биофизического профиля плода, повышением оценки по шкале Апгар у детей II группы.

Летальность новорожденных от гемолитической болезни в группе женщин, получавших метаболическую терапию не наблюдалась. Гемолитическая болезнь у всех новорожденных закончилась выздоровлением, среднее пребывание на койке составило 5,4 суток. В I группе этот показатель перинатальной смертности составил - 19,2%. Из них антенатальную смертность составил 11,5%, постнатальную – 7,6%.

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований показывают, что в группе беременных получавших Кокарнит, наблюдалось снижение частоты асфиксии, в частности, тяжелых форм, не развивалась тяжелая форма гемолитической болезни новорожденных, чаще обуславливающая постнатальную смертность. Эффективность препарата Кокарнит в качестве коррекции гемодинамических и гемостазиологических нарушений, вероятно обусловлена действием препарата на различные патогенетические звенья плацентарной дисфункции. Назначение метаболической терапии позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние ФПК у беременных с АВО иммунизацией, что проявлялось отсутствием тяжелых гипоксических поражений плода, повышением оценки по шкале Апгар.

Литература:

1. Александрович А.С., Пальцева А.И., Алексинский В.С. Особенности морфологии плаценты у беременных с фетоплацентарной недостаточностью // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. Гродненский государственный медицинский университет - 2019. - №9. - С.3-15.
2. Барановская Ю.П. Клинико-иммунологические факторы формирования плацентарной недостаточности: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.00.01. - М., 2013. – 23 с.
3. Белоусов Д.Ю., Чеберда А.Е. Фармакоэкономический анализ применения препарата Кокарнит при лечении диабетической полинейропатии // Качественная клиническая практика. - 2016. - №4.- С. 14-26
4. Девликамова Ф.И. Применение препарата кокарнит при лечении пациентов с диабетической полинейропатией. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. - №11. - С. 64-68.
5. Керимова Э.А. Динамика показателей врожденного и адаптивного иммунитета у плодов с гемолитической болезнью, обусловленной резус-конфликтом, перенесших однократное внутриутробное внутрисосудистое переливание крови // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2018. - №1. – С. 15-18.
6. Рачин А.П., Шаров М.Н. Сравнительное открытое рандомизированное исследование по оценке эффективности и безопасности применения препарата Кокарнит при боли в спине у пациентов, страдающих диабетической полинейропатией // РМЖ. - 2017. - №9. - С. 586-590.
7. Сус Л.А. Патогенетические факторы формирования кардиоплацентарной недостаточности у плода при беременности высокого риска и совершенствование антенатальной диагностики состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока. Автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.01 и 14.03.03. - Сургут, 2012. – 23 с.
8. Сюдюкова Е.Г., Медведев Б.И., Сашенков С.Л., Зайнетдинова Л.Ф., Канайкина А.Ю. Гистоморфологические особенности плаценты при преэклампсии // Медицинский вестник Башкортостан. – 2014. -№ 5, Том 9. – С. 33-39.
9. Bennardello F., Coluzzi S., Curciarello G., Todros T., Villa S.; Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) and Italian Society of Gynaecology and Obstetrics (SIGO) working group. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn. Blood Transfus. 2015. 13(1):109-34. doi: 10.2450/2014.0119-14.
10. Daniela G. ABO blood group incompatibility and infertility: still an open debate // American Society for Reproductive Medicine. – 2017. - №3, Vol. 107. – P.579.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Шавази Н.Н.¹, Байрамалиев С.Дж.²

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

2 - Республиканский перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан

Ведение. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плода и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности. По данным Литература, более 35-60% преждевременных родов, независимо от особенностей этиологических факторов, начинаются с преждевременного разрыва плодных оболочек и несвоевременного излития околоплодных вод.

Стремление улучшить перинатальные исходы, в условиях развития осложнений беременности ПРПО, послужило поводом для поиска дополнительных ранних информативных биомаркеров патологического течения беременности, разработки принципов ранней профилактики и терапии.

Материал и методы исследования: Было обследовано 128 пациентки. Основную группу составили 93 беременных и 35 из них контрольная группа. Прогнозирования ПИОВ при преждевременных родах по материалам истории родов являлись анамнез беременных, обследования и лечения а также их профилактика. При анализе полученных данных, наряду с традиционной клинической характеристикой, учитывалось наличие соматической патологии, гинекологический анамнез, включающий в себя начало менархе, менструальную функцию, течение и исход предыдущих беременностей и родов. За период с 2017 по 2019 год было просмотрены 320 истории родов, ретроспективная группа, беременные с ПР и ПИОВ. Для выявления наиболее эффективных методов прогнозирования и профилактики ПИОВ в динамике наблюдали за 93-мя беременными женщинами с 30 по 34 недель гестации с угрозой прерывания беременности с высоким фактором риска на прерывания опираясь на анамнез предыдущих исходов беременности и родов: Критерием подбора были беременные женщины в сроках - 30-34 недель, у которых клинически и при УЗИ подтвержден диагноз угрозы прерывания беременности.

Согласно методологическому подходу в процессе проспективного исследования нами обследовано 128 женщины с угрозой на преждевременные роды. Из них 35 женщин не наблюдались по поводу беременности и поступили с начавшимися преждевременными родами и ПИОВ (контрольная группа).

Женщин разделили на 3 группы: 1 группа – низкая (n=17); 2 группа - (n=29) средняя и 3 группа - (n=47) высокая вероятность развития ПР и ПИОВ. Возраст женщин варьировал от 19 до 37-х лет. Во всех 3-х группах женщины были в основном узбечки. Жительницей села была каждая пятая, городской - каждая вторая. По социальному положению среды обследованных были студентки(28%), работающие(26%) и более половины (46%) домохозяйки.

В работе использованы исследования, включающие, в себя анамнестические, клинические, и лабораторные методы. Среди обследованных беременных женщин с угрозой на преждевременные роды и на ПИОВ тщательно изучался общий и специальный (гинекологический) анамнез: перенесенные соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной функции, течение предшествующей беременности и родов. Производили тест на фибронектин. Изучен анамнез беременных, группа крови и резус принадлежность пациенток.

Специальному анализу были подвергнуты, результаты общеклинического обследования (общий анализ крови, состояние свертывающей системы крови, ВИЧ, биохимический анализ крови и печеночные тесты, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериальное исследование влагалищной флоры). В ходе обследования и лечения особое внимание на повторный тест на фибронектин а также обследована на металлопротеазы 1 и 9 типа.

При помощи ультразвукового исследования определено состояние шейки матки ее длина и ширина а также (динамике прослеживалось состояния шейки матки:длины и ширины), состояния плаценты и ее кровообращения.). Учитывали толщину, степень зрелости, локализацию и структуру плаценты, наличие околоплодных вод.

Исследования проводились с помощью аппарата «Aloka500» (Япония), «Mindray» (Германия). При проспективном исследовании были проанализированы жалобы при поступлении, причины, способствующие преждевременным родам и ПИОВ, состояния родовых путей, сопутствующие заболевания. Беременным назначалась лечение и оценка после проведенной терапии. Отмечены улучшение состояния беременной, динамика показателей крови и УЗИ данные. При повторном проведении теста на фибронектин после проведенной терапии было достигнуто в 43 случаях отрицательный ответ.

Результаты: Внеклеточный матрикс во время беременности претерпевает постоянные изменения. Происходит деградация матрикса и синтез нового, организованного, который полностью соответствует необходимым функциям. Изменение внутриклеточного матрикса является биологически сложным процессом, так как коллагены, которые составляют большую часть внеклеточного матрикса, обладают высокой устойчивостью к протеолитическим ферментам. Наибольшее внимание заслуживают две группы ферментов - матричные металлопротеиназы (ММП) и их тканевые ингибиторы (ТИМР). ММП представляют собой большое семейство цинк - и кальций - зависимых эндопептидаз.

Выбор в нашем исследовании ММП-1, являющейся интерстициальной коллагеназой и ММП-9, действующей на коллагены базальных мембран, проводился с учетом факта, что экстрацеллюлярный матрикс и базальная мембрана имеют различную структуру и состав, а ТИМР-1 способен ингибировать обе указанные протеиназы.

Биохимические показатели сыворотки крови у беременных с ПРПО представлены в таблице 1. Обращало на себя внимание значимое повышение у беременных с ПРПО содержания ММП-1 как основного фермента, осуществляющего денатурацию фибриллярного коллагена внеклеточного матрикса. Аналогичные изменения были выявлены и при

исследовании содержания MMP-9, концентрация которой у пациентов основной группы была в 1,6 раза больше, чем у беременных группы сравнения, что по мнению Н.И. Соловьевой и О.С. Рыжаковой (2010), может свидетельствовать об активизации гидролиза коллагена IV типа. Концентрация TIMP-1 в случаях ВНЧС снизилась при сравнении с группой контроля. Увеличение коэффициента MMP-9/TIMP-1 подтверждает возможность превышения скорости деградации коллагена матриксными протеиназами темпов его синтеза.

Представителями групп MMP являются также интерстициальный коллагеназа MMP-3, расщепляющие фибриллярный коллаген соответствующих типов, также на протеогликаны, ламинин, фибронектин и аморфные коллагены. В наших исследованиях, представленной в таблице 1 указано на достоверное повышение MMP-3 у беременных с ПРПО, при сравнении с показателями группы контроля.

Выявленный дисбаланс коллагенов I и III типов обусловленной с высокой активностью металлопротеаз, что свидетельствуют о преобладании синтеза коллагена III типа, относящегося к эмбриональным белкам с низкой прочностью, что коррелирует с системным снижением уровня коллагена, определяющего целостность соединительной ткани в плодных оболочках и слизистой эндометрия. Снижение синтеза общего коллагена и преобладание его незрелой фракции при дефиците компонентов внутриклеточного матрикса, определяющих ослабление и перерастяжение соединительной ткани. Установленные различия в количестве, характере распределения и локализации коллагеновых и эластических волокон наряду с нарушением экспрессии кодирующих белки генов, в частности, семейства MMP и TIMP, определяют многоуровневость изменений микроархитектоники плодной оболочки и стенки матки у беременных с ПРПО.

Заключение: Таким образом, у беременных с ПРПО имеет место изменение активности матриксных металлопротеиназ 1,3,9 типа в сыворотке крови, свидетельствующие о ремоделировании соединительной ткани, указывающие на одной из причин ПРПО у беременных женщин.

Литература:

1. Аксененко, М. Б. Оценка взаимосвязи ингибирования матриксной металлопротеиназы-9 и содержания коллагеновых волокон в различных органах / М. Б. Аксененко, Т. Г. Рукша // Сибирский мед. журн. - 2013. - № 2. - С. 56-58.
2. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности: прогнозирование, патогенез, тактика ведения беременности и родов: автореф. дис.... д-р мед. наук. СПб., 2013. 38 с.
3. Глухова Т.Н., Салов И.А., Аржаева И.А. Факторы риска преждевременного излития околоплодных вод у первобеременных // Фундаментальные исследования. 2011. № 11. С. 30-32.
4. Кан Н.Е., Санникова М.В., Донников А.Е., Климанцев И.В., Амирасланов Э.Ю., Ломова Н.А., Кесова М.И., Костин П.А., Тютюнник В.Л., Сухих Г.Т. Клинические и молекулярно-генетические факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек // Акушерство и гинекология. 2013. № 4. С. 14-28.
5. Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр) / Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2018. - Т. 13. № 1.2. - С. 137-209.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКОЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шавази Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Перинатальные потери преимущественно обусловлены неблагоприятными исходами беременности и родов при различных состояниях [1]. Большинство опубликованных исследований направлено на выявление и лечение нарушений гомеостаза плода при беременности, в то время как период родов зачастую остается без внимания [2–4]. Гомеостаз плода формируется маточно-плацентарным комплексом, который наряду с обеспечением кровотока плода вырабатывает амниотическую жидкость, окружающую плод в течение беременности и первого периода родов. Имеется множество публикаций, свидетельствующих о физико-химических и биологических параметрах околоплодных вод и их влиянии на формирование плода при беременности [6, 7]. Вместе с тем изменение указанных особенностей амниотической жидкости в родах и их значение для плода мало изучены.

Количество амниотической жидкости, окружающей плод, значительно меняется в течение беременности и при ее осложнениях. С внедрением ультразвуковой диагностики (УЗД) в акушерскую практику стало возможным определение количества околоплодных вод, а также извлечение амниотической жидкости путем амниоцентеза под контролем УЗД. Однако исследование околоплодных вод посредством амниоцентеза при беременности сопряжено с высоким риском прерывания беременности, нарушением целостности плодного пузыря и риском травмы плода.

В современной литературе имеется достаточно работ, посвященных маловодию и многоводию во время беременности [6–8]. В связи с этим актуальным является изучение особенностей АЖ и их взаимосвязи с течением и исходами родов. Разработка наиболее приемлемых методов диагностики и прогнозирования перинатальных нарушений в родах способствует улучшению качества медицинской помощи и сокращению частоты неонатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования – изучить диагностическое значение клинико-лабораторного исследования АЖ при физиологическом и патологическом течении беременности.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинических условиях находились 142 женщины, поступившие на роды в В 1-клинику СамМИ в родильные отделения. Все обследованные поступили с началом родовой деятельности. Из общего числа были исключены женщины с многоплодной беременностью, тазовым предлежанием плода, аномалиями развития плода и антенатальной гибелью плода. Большинство обследованных были активного репродуктивного возраста. Средний возраст обследованных составил $24,9 \pm 0,3$ года. Из общего числа обследованных почти половина (48,6%) были первородящими, остальные – повторнородящими. Из общего числа поступивших на роды женщин преимущественное большинство рожали в сроке гестации 38–41 нед (59,9%). Запоздалые роды были у 19,7%, а у остальных 20,4% женщин беременность закончилась преждевременными родами в сроках гестации 22–37 нед (19,8%). При оценке клинического течения беременности обращает внимание, что более половины женщин перенесли ранний гестоз беременных (57%), почти каждая четвертая роженица (14,1%) отмечала в анамнезе явления угрожающего выкидыша, а каждая восьмая – угрожающие преждевременные роды (12,7%). Всего у 142 рожениц зарегистрировано 218 осложнений беременности, т.е. у некоторых женщин было несколько осложнений – 1,5 на одну женщину. Акушерский анамнез у 73 обследованных повторнородящих был осложнен только в 28,8%, в основном невынашиванием, искусственным прерыванием беременности, мертворождением и кровотечениями. Только 29 женщин из 142 (20,4%) указали в анамнезе на те или иные гинекологические заболевания, причем чаще всего – воспалительные процессы репродуктивной системы.

Всем беременным проводили комплексное клиническое обследование при поступлении в стационар, которое включало изучение анамнеза жизни, в том числе анамнеза заболевания, изучались особенности течения беременности, проводились общепринятые лабораторные и функциональные исследования. В комплекс дополнительных методов исследования были включены эхографические, кардиотокографические и доплерометрические. Количество АЖ определяли двумя методами: определением максимального вертикального кармана (МВК) и определением индекса амниотической жидкости (ИАЖ) [1].

Забор АЖ на лабораторное исследование производили в конце первого периода родов при самопроизвольном вскрытии плодного пузыря или амниотомии. При этом в несколько пробирок забирали АЖ для определения гормонов, мочевины и креатинина, билирубина, глюкозы, белка, pH, определение которых проводили по общепринятым методикам [5]. Из общего количества обследованных 32 роженицам определяли содержание кортизола, эстрадиола и плацентарного лактогена в АЖ иммуноферментным методом.

Результаты исследования биохимических показателей АЖ показали, что содержание белка в ней колебалось в пределах 2,2 – 3,8 г/л. С увеличением срока гестации к родам концентрация белка в АЖ постепенно увеличивается. Имеются статистически достоверные различия в показателях белка в АЖ при срочных родах по сравнению с преждевременными и запоздалыми родами ($p < 0,05$). Установлено также, что при маловодии наблюдается незначительное увеличение концентрации белка при преждевременных родах и значительное увеличение – при запоздалых родах. При многоводии концентрация белка оставалась на уровне 2,5–3,3 г/л. Итак, увеличение содержания белка в АЖ в большей степени связано со сроком гестации и в меньшей степени – с количеством АЖ. Указанные данные убедительно доказывают, что маловодие – это не простое сгущение концентрации АЖ, а сложный метаболический процесс, требующий детальных исследований всех возможных параметров околоплодных вод.

Средние показатели концентрации мочевины в АЖ составили $3,8 \pm 0,1$ мкмоль/л с колебаниями от 2,2 до 9,9 мкмоль/л. Из представленных данных можно отметить, что концентрация мочевины также возрастала при срочных родах по сравнению с преждевременными ($p < 0,05$), достигая максимума при запоздалых родах. Достоверность разницы показателей была высокой ($p < 0,001$). Между величинами белка и мочевины выявлена прямая зависимость, хотя корреляция данной зависимости была невысокой ($r = 0,72$). При многоводии содержание мочевины оставалось в пределах нормы, а при маловодии – зависело от наличия акушерской патологии. Содержание мочевины при родах во все сроки гестации было наиболее высоким при хронической гипоксии плода, особенно развившейся на фоне преэклампсии, внутриутробной задержке развития плода (ВЗРП) при сдавлении пуповины. Наиболее высокие показатели мочевины отмечены при запоздалых родах, осложненных акушерской патологией. Содержание креатинина в АЖ составило в среднем $125,5 \pm 7,3$ мкмоль/л (99,9–207,1). Его концентрация постепенно повышалась: от $101,11 \pm 1,29$ мкмоль/л при преждевременных родах до $133,36 \pm 5,8$ при срочных родах, достигая $198,25 \pm 4,07$ мкмоль/л при запоздалых родах. Указанные различия носили достоверный характер ($p < 0,001$).

Показатели креатинина находились в прямой зависимости от показателей мочевины ($r = 0,77$) и изменялись в аналогичной последовательности, как и показатели мочевины.

Обратная тенденция отмечалась в содержании сахара в АЖ. Так, при преждевременных родах содержание сахара в АЖ было максимальным и достигало 0,99 моль/л, хотя и колебалось в пределах нормы; при срочных родах несколько снижалось, но не имело достоверных различий (0,88 моль/л). При запоздалых родах концентрация сахара в АЖ снижалась до 0,61 моль/л. При этом обнаружено достоверное различие концентрации сахара в АЖ по сравнению с концентрацией при срочных родах ($p < 0,05$). Следует отметить, что при многоводии или маловодии концентрация сахара не претерпевала особых изменений и колебалась в пределах нормы. Однако данный показатель резко увеличивался при наличии макросомии плода (71%), особенно обусловленной сахарным диабетом у матери (один случай). Определение плотности АЖ спирометром показало, что данный показатель повышается только при запоздалых родах. При срочных и преждевременных родах плотность АЖ оставалась в пределах нормы (0,5–0,9 г/л). Прозрачность АЖ также менялась только при запоздалых родах, сопровождающихся маловодием. Частота содержания мекония в АЖ достоверно повышалась при запоздалых родах, несколько понижалась при преждевременных родах и составляла от 0,5 до 45,7%. В наших

исследованиях меконий в АЖ обнаружен у 40 рожениц (28,1%). При этом обнаружено, что появление мекония в АЖ одинаково часто встречалось как при наличии дистресса плода (50%), так и без него (50%).

Для дифференциации респираторного и метаболического ацидоза определяли рН околоплодных вод. Средние показатели кислотности АЖ (рН) колебались от 6,9 до 7,8 со средними значениями $7,2 \pm 0,09$. Показатели кислотности АЖ также имели статистически достоверные различия при родах в разные сроки. Так, частота снижения рН меньше 7,0 возрастала как при преждевременных родах, так и при запоздалых. В последнем случае разница была статистически достоверна ($p < 0,01$). При этом уровень кислотности при маловодии во все сроки родов был достоверно ниже, чем при других случаях. Исследование рН околоплодных вод показало, что уровень их кислотности коррелирует с величиной частоты сердечных сокращений, только при дистрессе плода и гипоксии ($r = 0,68$; $p < 0,05$). Во всех остальных случаях четкой взаимосвязи рН околоплодных вод с показателями кардиотокограммы (КТГ) не выявлено.

Результаты исследований содержания билирубина в АЖ показали, что уровень общего билирубина колебался в пределах от 4,8 до 22,9, при этом средний уровень общего билирубина составил $10,5 \pm 1,6$, в том числе прямого $3,7 \pm 0,1$ и связанного – $6,9 \pm 0,2$. Показатели билирубина значительно повышались при наличии внутриутробной инфекции (4 случая), развитии конъюгационной желтухи новорожденного и гепатита у плода (1 случай). В большинстве случаев повышенные уровни билирубина в АЖ свидетельствовало о хронической гипоксии плода и при окрашивании АЖ меконием. Последние данные указывают на факт попадания фекальных выделений плода в околоплодные воды. Кроме того, повышение уровня общего и связанного билирубина свидетельствовало о страдании функции печени плода при его дистрессе. Изучение гормонального статуса АЖ при родах показало, что содержание эстрадиола во время родовой деятельности колебалось в пределах 30–180 нг/мл. Обнаружена достоверная разница между содержанием данного гормона в АЖ при рождении мальчиков и девочек. Так, при рождении девочек показатель эстрадиола достигал $21,4 \pm 2,3$ нг/мл, в то время как при рождении мальчиков средний показатель эстрадиола находился на уровне $16,5 \pm 2,3$ нг/мл. Хотя обнаруженная разница и не носила достоверный характер ($p > 0,05$), данный факт указывает на участие плода в выработке АЖ. Между тем уровень эстрадиола в АЖ при рождении мальчиков и девочек одинаково достоверно повышался при наличии акушерской патологии, такой как слабость родовой деятельности в сочетании с дистрессом плода ($p < 0,05$).

Аналогичная картина отмечена в содержании кортизола в АЖ. Показатели кортизола в АЖ при родах находились в пределах 200–450 нмоль/мл. При этом при рождении девочек средний уровень кортизола составил $180,4 \pm 8,4$ нмоль/мл, а при рождении мальчиков $265,4 \pm 10,2$ нмоль/мл, что также свидетельствует об участии плода в выработке АЖ. Между двумя гормонами обнаружена прямая корреляционная связь ($r = 0,64$; $p < 0,05$). При патологическом течении родов показатель эстрадиола (Е2), также как и кортизола (К), достоверно повышался, что свидетельствовало о внутриутробном страдании плода ($p < 0,01$). Выявлена взаимосвязь уровней Е2 и К с другими параметрами АЖ и состоянием плода в родах. Так, показатель Е2 находился в прямой зависимости от показателей сопротивления кровотоку при доплерометрии, а именно – систолическому отношению и индексу резистентности ($r = 0,64$). Показатели эстрадиола и кортизола закономерно повышались при снижении рН АЖ ($r = 0,71$; $p < 0,01$) и при снижении базального ритма сердечной деятельности плода на КТГ ($r = 0,69$). Данные определения уровня плацентарного лактогена (ПЛ) выявили совершенно противоположные тенденции.

Средний уровень гормона в АЖ после начала родовой деятельности находился в пределах $6,7 \pm 0,09$ нг/мл с колебаниями от 0,04 до 19 нг/мл. Показатели ПЛ находились в обратной зависимости от показателей эстрадиола и кортизола, хотя данная связь была недостоверной. Уровень плацентарного лактогена достоверно снижался при хроническом дистрессе плода, особенно при рождении плода с задержкой развития, и резко повышался при остром дистрессе, особенно при рождении крупного плода ($p < 0,01$).

Уровень ПЛ находился в прямой взаимосвязи с уровнем рН АЖ и показателем оценки новорожденного по шкале Апгар ($r = 0,71$; $p < 0,01$). Уровень гормонов в АЖ с началом родовой деятельности не зависел от срока гестации, количества АЖ, возраста и паритета матери. ИАЖ находился в обратной корреляционной зависимости от уровня креатинина и мочевины только при маловодии ($r = 0,78$; $p < 0,05$), сопровождающем переносимую, но не пролонгированную беременность. При многоводии данные параметры не изменялись. Наиболее неблагоприятные исходы для плода имелись при уменьшении количества околоплодных вод после 38 нед беременности в сочетании с изменениями биохимических показателей околоплодных вод в родах, таких как рН ниже 7,0, а также повышение уровня креатинина или мочевины, что указывало на внутриутробное страдание плода.

Заключение: Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что физико-химические и биохимические параметры АЖ подвержены статистически достоверным изменениям в зависимости от срока родов и внутриутробного состояния плода в родах. Наиболее показательными являются изменения концентрации креатинина и мочевины в АЖ при запоздалых родах, что может иметь диагностическое значение. Сочетание указанных признаков со снижением кислотности и повышением плотности АЖ при запоздалых родах, а также наличие в ней мекония указывает на нарушение метаболизма плода и необходимость своевременной коррекции выявленных нарушений. Клиническое применение перечисленных параметров АЖ в родах имеет важное диагностическое значение при физиологическом и патологическом течении беременности и родов.

Литература:

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск, 2005. – С. 424.
2. Лечиева Э.У., Синчихин С.П. Иммунохимические критерии раннего прогнозирования постнатальной адаптации // Журнал практического акушера-гинеколога. – 2008. – № 1–2. – С. 15–18.

3. Люблич О.А., Цхай В.Б. Акушерские и перинатальные факторы маловодия // Журнал Российской ассоциации акушеров_гинекологов. – 2007. – № 1. – С. 9–11.
4. Милованов А.П., Радзинский В.Е., Болтовская М.Н. Роль микроокружения в жизнеобеспечении эмбриона человека // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 4. С. 15–18.
5. Назаренко Г.И. Лабораторные методы диагностики в клинических исследованиях. – М.: МИА, 2009. – 342 с.
6. Пустотина О.А., Гуртовой Б.Л., Павлютенкова Ю.А. Частота, факторы риска и причины развития мало_ и многоводия // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 25–27.
7. Пустотина О.А., Фанченко Н.Д., Бубнова Н.И. Клинико_патогенетическое обоснование акушерской тактики при много_ и маловодии инфекционного генеза // Проблемы репродукции. – 2006. – № 6. – С. 25–27.
8. Радзинский В.Е., Миланов А.П., Ордынец И.М. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. – М.: МИА, 2011. – 393 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б., Зуфарова Н.И., Атажанов Х.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) является наиболее распространенным наследственным респираторным заболеванием в западном мире [10]. Определение частоты мутаций моногенного заболевания для конкретных популяций позволяет оптимизировать ДНК-диагностику, сократить ее себестоимость и время проведения [1]. Нарушение в работе CFTR приводит к образованию густого, обезвоженного секрета сразу в нескольких системах органов, однако изменения в бронхолегочной системе оказывают наибольшее влияние на течение заболевания и являются основной причиной смертности [3,7]. Причиной МВ являются мутации гена, который обозначается как трансмембранный регулятор проводимости. Ген CFTR контролирует секреторные процессы через механизмы, которые пока изучены недостаточно. Секреты экзокринных желез сгущаются, что приводит к развитию мультисистемного заболевания и, в результате, к преждевременной гибели [2]. Основанием для постановки диагноза «Муковисцидоз», как правило, становятся типичные клинические проявления заболевания в сочетании с высоким содержанием хлорида натрия в секрете потовых желез [4]. Продолжительность жизни таких пациентов тесно связана, в первую очередь, с сохранением дыхательной функции, которая серьезно страдает из-за нарушений мукоцилиарного клиренса, что приводит к развитию тяжелых хронических инфекций дыхательных путей с раннего возраста и нарастанию дыхательной недостаточности [8]. При МВ особенно резко ослабевают местные механизмы защиты на фоне респираторных вирусных инфекций, «открывающих ворота» для проникновения патогенных микроорганизмов – *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* и др. [9]. Чаще всего первым бактериальным агентом, поражающим нижние дыхательные пути, становится *S. Aureus* (наиболее часто его высевают из мокроты детей, больных МВ, в течение первых лет их жизни). Позднее в составе патогенной микрофлоры появляется *P. aeruginosa* [6].

Несмотря на полиморфизм клинических проявлений, типична триада синдромов: респираторный, кишечный (с типичным стулом) и дистрофический (по типу гипотрофии). Нередко имеется деформация пальцев рук («барабанные палочки») и ногтей («часовые стекла»), как следствие тяжелой хронической гипоксии. Типичен обструктивный синдром, коклюшеподобный кашель. В копрограмме - выражена стеаторея, креаторея и очень низкая активность трипсина кала [4].

Недостаточность витамина D - широко распространенное явление, оказывающее неблагоприятное воздействие на состояние здоровья человека. В частности, она часто встречается у больных муковисцидозом (МВ). Причинами низкого содержания витамина D в организме при МВ считают уменьшение абсорбции витамина D в кишечнике вследствие панкреатической экзокринной недостаточности, нарушение гидроксилирования витамина D в печени, снижение уровня витамин-D-связывающего белка, избегание пребывания на солнечном свете из-за фотосенсибилизации при приеме некоторых антибиотиков, недостаток жировой ткани, накапливающей витамин D [5]. Влияние дефицита витамина D на клинические проявления и состояние здоровья детей с МВ изучено недостаточно.

В наших исследованиях изучено комплексная оценка клинико-лабораторных исследований у детей с муковисцидозом в Узбекистане.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности муковисцидоза у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 120 больных в возрасте от 0 мес. до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии, патологии раннего возраста и гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В качестве контрольной группы обследовано 20 практически здоровых детей того же возраста. Материалом для бактериологического исследования являлись мокрота, глубокие мазки с задней стенки глотки, бронхиальный секрет при проведении бронхоскопии. В обработку данных включались результаты посевов с диагностически значимым титром (более 10⁶ колоний образующих единиц). Проведено углубленное клинико-лабораторное обследование у наблюдаемых больных МВ. Были проанализированы на наличие редких вариантов CFTR путем массового параллельного секвенирования всей кодирующей области CFTR и соседних интронов в сочетании с анализом перегруппировок внутри CFTR. Дополнительно в сыворотке определен уровень витамина D крови методом иммуноферментного анализа с помощью реактива EUROIMMUN 25-OH Vitamin D ELISA E150519BY.

Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту с помощью персональных компьютеров с использованием пакета прикладных программ.

Результаты и обсуждение. Общее состояние больных на день поступления было расценено как очень тяжелое у 20%, тяжелое у 53,3% и средне тяжелое у 26,7% детей.

Анализируя фоновые состояния больных, мы установили, что у 93,3% детей наблюдались анемия I - II степени, аллергический диатез у 60%, остаточные явления рахита у 53,3% больных, гипотрофия у 73,3%. При поступлении в стационар, основными жалобами родителей больных детей были кашель 89,2% приступообразный, сначала сухой, жирный стул 81%, приступы удушья 15%, одышка 45% смешанного характера, снижение аппетита 56%, вялость 45%, бледность 93%, нарушение сна 42,5%, насморк 32%. Среди 56 больных МВ хронический бронхит обнаружен – у 53,6%, рецидивирующий бронхит – у 32,5%, внебольничная пневмония - у 51,8%, бронхоэктазы – у 11,6%, задержка физического развития – у 53,6%, хроническая панкреатическая недостаточность – у 71,3%.

Среди обследованных больных МВ в диагностических титрах в бронхиальном секрете при бактериологическом исследовании мазка из зева было установлено, что у 25,8% случаев превалирует *Staf. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* - 20,4%, *Klebsiella pneumoniae* - 11,37%, *Enterococcus* - 4,5%, *Staphylococcus epidermidis* - 13,3%, *Staphylococcus aureus* /*Pseudomonas aeruginosa* - 20,4%, *Escherichia coli*/*Staphylococcus aureus* - 2,5%, *Candida albicans* /*Pseudomonas aeruginosa* - 2,5% (рис. 1).

Анализ генетической ассоциации гена CFTR у детей с МВ наиболее частой и достоверной была мутация CFTR-F508del у 31% детей. Другой рискованной мутацией была установлена CFTR -2143delT у 13.3% детей. Все дети с идентифицированными мутациями CFTR-F508del и CFTR -2143delT клинически характеризовались тяжелым течением МВ (рис. 2).

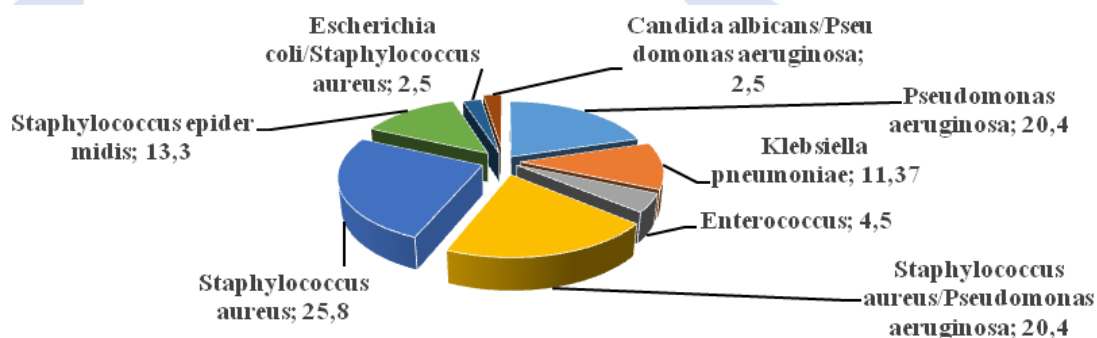


Рис. 1. Бактериологическое исследование (%)

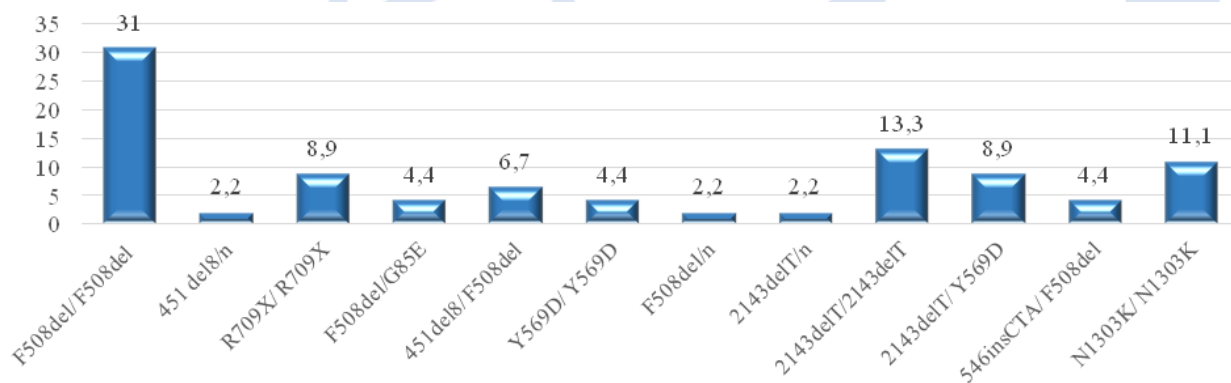


Рис. 2. Результаты мутации гена CFTR

Дефицит витамина D - важный фактор риска развития ряда распространенных вне скелетных хронических заболеваний, в том числе болезней органов дыхания. Отсутствие достаточного количества подкожно-жировой клетчатки у большинства больных МВ также снижает возможность депонирования витамина D, необходимого для его использования в зимнее время года.

По результатам исследования, уровень витамина D3 у детей, больных МВ показало достоверное снижение до $21,6 \pm 1,5$ мкмоль/л, более чем в 2.1 раза по сравнению с детским контрольной группой ($46,2 \pm 3,2$ ng/ml; $p < 0,001$). Изучение недостаточности витамина D у детей с МВ позволит разработать научно обоснованные современные рекомендации для педиатров по ее своевременной коррекции.

Таким образом, муковисцидоз развивается на фоне неблагоприятного перинатального и интранатального периодов, наследственно отягощенном преморбидном фоне, сопутствующих и перенесенных заболеваний, что может привести к способствующей неблагоприятному течению заболевания. У больных муковисцидозом определяется низкие концентрации витамина D. Оптимальным является контроль уровня витамина D в сыворотке и его коррекция в зависимости от степени выраженности дефицита.

Выводы. 1. Информативными диагностическими аспектами больных муковисцидозом являются высокая частота мутации гена CFTR delF508 в генотипе больных, что, несомненно, предрасполагает к тяжелому течению заболевания с генетически обусловленной недостаточностью функции поджелудочной железы, выявлена достоверная роль наиболее часто встречающиеся в Узбекистане 4 мутации гена CFTR-F508del, CFTR-2143delT, R709X, N1303K и положительные результаты потовой пробы, позволяющие своевременно проводить коррекцию терапии. 2. На основании полученных данных было выявлено недостаточность витамина D у больных с муковисцидозом, поэтому учитывая нехватку этого важного компонента, считается целесообразным выделять группу риска по частым обострениям и назначать препарат холекальциферола для коррекции дефицитного состояния.

Литература:

1. А.И. Никифорова, Д.Д. Абрамов, Г.Ю. Зобкова, А.В. Горяинова, С.Ю. Семькин, Е.Шубина, А.Е.Донников, Д.Ю. Трофимов /Определение мутаций гена CFTR у детей с муковисцидозом//Вестник РГМУ 3, 2018 vestnikrgmu.ru. –С.35-41.
2. Капранов Н.И. /Муковисцидоз - современное состояние проблемы//Ппульмонология 2006. Приложение по муковисцидозу.
3. Капранов Н.И., Каширская Н.Ю. Муковисцидоз.М.: МеДПРАКТИКА-М; 2014. 672 с.
4. С.С. Ивкина, Л.В. Кривицкая, Т. А. Латохо, Л.А. Хмылко, И.Ф. Зимелихина/Проблемы здоровья и экологии//Муковисцидоз у детейС.89-96.
5. Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д., Одинаева Н.Д. Влияние дефицита витамина D на клинические проявления муковисцидоза у детей Московского региона// Педиатрия. -2018.-№ 11(155). С.15-20.
6. Симонова О.И., Горина Ю.В., Лазарева А.В., Катосова Л.К., Буркина Н.И., Черневич В.П. /Решение проблемы хронической синегнойной инфекции у детей с муковисцидозом //Вопросы современной педиатрии 2014. № 1. С. 66-73.
7. Шерман В.Д., Каширская Н.Ю., Кондратьева Е.И., с соавт. /Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия раздел «Диагностика муковисцидоза»//Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. 2017; 96 (2): 90-98.
8. Caverly L.J., LiPuma J.J. /Cystic fibrosis respiratory microbiota: unraveling complex itytoinformclinicalpractice.//Expert Review of Respiratory Medicine. 2018;12(10): 857-865.
9. Kerem E., Conway S., Elborn S., Heijerman H. /Standards of care for patients with cystic fibrosis: A European Consensus J. Cyst.Fibrosis. 2005; 4: 7–26.
10. William B. Hall, Amy A. Sparks, and Robert M. Aris Vitamin D Deficiency in Cystic Fibrosis.//International Journal of Endocrinology Volume 2010, Article ID 218691, 9 pages.P.1-9.

ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Султанов З.Ф., Каримова М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема хронических болезней нижних дыхательных путей (ХБНДП) у детей всегда была в центре внимания педиатров и детских пульмологов. Причиной такого неугасающего интереса к данной проблеме стало то, что за последние десять лет заболеваемость детей постепенно повышается и отмечается прогрессирующий рост распространенности ХБНДП, приводящих нередко к инвалидизации уже в детском возрасте [1, 3, 9]. Хронический бронхит (ХБ) - самая распространенная форма ХБНДП, при массовых обследованиях населения на него приходится до 90% случаев этих заболеваний. На основании проведенных исследований коллективом авторов Геппе Н.А., Розиновой Н.Н., Волкова И.К., Мизерницкого Ю.Л. [4] была разработана рабочая классификация ХБ.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении и профилактике хронических заболеваний, возрастает число тяжелых форм, а также форм с вялым и торпидным течением воспалительного процесса, с частыми рецидивами и малой эффективностью от этиотропной терапии, что позволяет думать о недостаточности функционирования иммунной системы. В литературе имеются сведения о том, что нарушение иммунных механизмов защиты у больных является одной из существенных причин формирования хронических заболеваний легких [10].

В последние годы, в формировании воспалительного бронхолегочного процесса и ответной иммунологической реакции организма на внедрение чужеродного агента особое значение придают механизмам межклеточных взаимодействий, в особенности цитокинам [2]. Цитокины выполняют функции медиаторов иммунной системы, обеспечивающих межклеточную кооперацию, позитивную и негативную иммунорегуляцию [6, 7].

Дисбаланс продукции цитокинов приводит к формированию хронического воспалительного процесса, ранняя диагностика которого является достаточно актуальной проблемой, особенно у детей [12, 13]. Усиленный синтез цитокинов начинается в ответ на проникновение микроорганизмов [5, 8, 11].

В этой связи особый интерес как научный, так и клинический представляет изучения особенностей цитокинового профиля у больных с хроническим бронхитом.

Цель исследования. Изучить особенности цитокинового статуса у детей, больных хроническим бронхитом в фазе обострения и в стадии ремиссии заболевания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 172 детей с хроническим бронхитом (ХБ) в возрасте от 3х до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В качестве группы сравнения обследованы 40 детей с острым бронхитом (ОБ), контрольную группу со-

ставили 24 практически здоровых детей. Диагноз был поставлен в соответствии с МКБ-10 и на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, принятой на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (2009). Комплекс обследования больных включал общеклинические, функциональные и иммунологические методы исследования.

Концентрацию цитокинов - IL-1 β , IL-4, IL-6 и IL-8 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на полуавтоматическом ИФ анализаторе «Multiskan FC» (Финляндия) в лаборатории биохимии института РСНПМЦП МЗ РУз.

Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту с помощью персональных компьютеров с использованием пакета прикладных программ.

Результаты и обсуждения. Проведенные нами исследования и анализ уровня ИЛ-1 β в сыворотке крови больных ХБ позволили получить интересные результаты (рис.1).

Оказалось, что у детей с ХБ в фазе обострения заболевания уровень ИЛ-1 β повысился в 6,8 раза по сравнению с данными практически здоровых детей и составил в среднем $189,5 \pm 10,8$ пг/мл ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения повысился в 3,1 раза ($61,2 \pm 4,2$ пг/мл, $p < 0,001$). Полученные нами данные свидетельствуют о тяжести и глубине воспаления у больных ХБ.

Уровень ИЛ-4 повысился в 4,0 раза по сравнению с данными детей контрольной группы, что составило в среднем $18,6 \pm 1,5$ пг/мл ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения этот показатель повысился в 3,0 раза ($p < 0,001$).

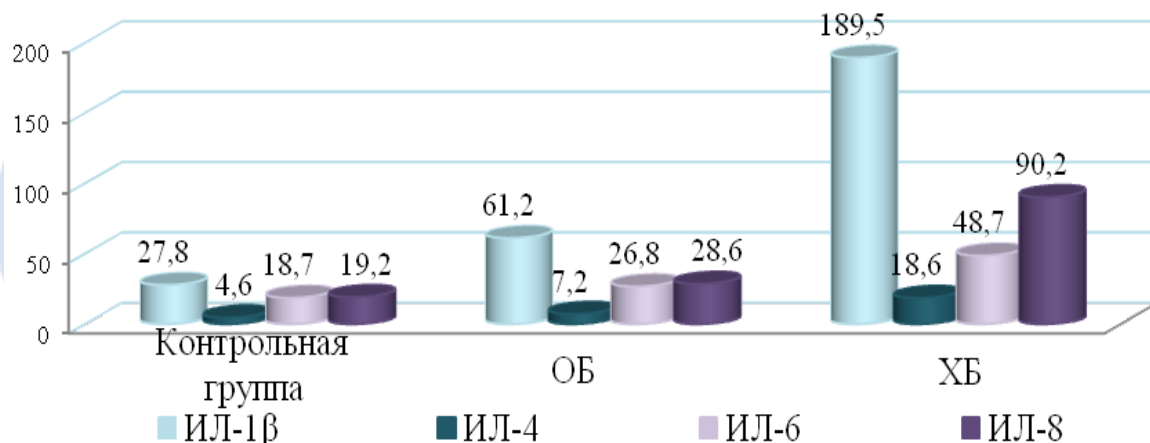


Рис.1. Сравнительный анализ показателей цитокинов у обследованных детей, (M \pm m)

Уровень ИЛ-6 повысился в 2,6 раза по сравнению с данными практически здоровых детей, что составило в среднем $48,7 \pm 2,2$ пг/мл ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения показатель повысился в 1,8 раза ($p < 0,001$). ИЛ-8 выполняет роль индуктора острой воспалительной реакции, стимулирует адгезивные свойства нейтрофилов. При индивидуальном анализе содержания ИЛ-8 у детей с ХБ нами отмечено его увеличение 5,0 раз по сравнению с данными детей контрольной группы, что составило в среднем $90,2 \pm 9,8$ пг/мл ($p < 0,001$), по отношению к группе сравнения показатель повысился в 4,0 раза ($p < 0,001$).

Таким образом, развитие хронического воспалительного процесса в легких сопровождается значительной продукцией цитокинов, что свидетельствует о высокой антигенной стимуляции клеток-продуцентов. Установленные нарушения цитокинового гомеостаза подтверждают существующее положение о роли системы цитокинов в патогенезе хронического бронхита и его прогрессировании.

Обращает на себя внимание недостоверное ($p > 0,05$) снижение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в момент клинической ремиссии у детей, получавших базисную терапию (рис.2.), что, по-видимому, отражает сохраняющуюся активность воспалительного процесса при наличии морфологических изменений.



Рис. 2. Динамика показателей цитокинового статуса больных ХБ, получивших базисное лечение, (M \pm m)

Проведенная базисная терапия данной патологии не приводит к нормализации изученных параметров, они сохраняются и в стадии ремиссии, что может быть предрасполагающей основой для последующего обострения заболевания.

Таким образом, изучение цитокиновых изменений у детей с хроническим бронхитом повысило значимость изучения их концентрации в диагностике болезни и определении активности воспалительного процесса, использование данных параметров может позволить своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы больных.

Выводы. При хроническом бронхите выявлены наиболее информативные диагностические маркеры, проявляющиеся гиперпродукцией про- и противовоспалительных цитокинов, указывающие на хроническое воспаление. Определение основных патогенетических механизмов развития хронических болезней нижней дыхательных путей у детей послужило основанием для разработки дифференцированных схем лечения.

Литература:

1. Агапитов Л. И., Леонтьева И.В., Белозеров Ю.М., Мизерницкий Ю.Л. Факторы риска формирования легочной гипертензии у детей с хронической бронхолегочной патологией//Педиатрия.-2015.-Том 94.-№2.-С.55-59.
2. Варюшина Е.А. Провоспалительные цитокины в регуляции процессов воспаления и репарации, дисс... доктор биол. наук.- Москва, 2013.- 256с.
3. Волков И.К. Хроническая обструктивная болезнь легких - взгляд педиатра//Лечащий врач. - 2011. -№ 8. -С.78-82.
4. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей//Практическая медицина. – 2010. – № 45. – С. 93-97.
5. Кохан С.Т., Намоконов Е.В., Ткаченко А.Э., Подкорытова О.В. Прогностическая значимость цитокинов и белков острой фазы в оценке течения внебольничной пневмонии//Якутский Медицинский журнал.- 2010.-№2.- С.37-39.
6. Кундер Е.В. Роль цитокинов в развитии системного и локального воспаления при псориазе//Цитокины и воспаление. - 2010. - Т.9. - №1. - С. 25-28.
7. Нагоев Б.С., Фархагов Ю.Ф., Сабанчиева Ж.Х. Цитокиновый статус у больных с приобретенным токсоплазмозом//Вестник новых медицинских технологий.-2011.-Т. XVIII.-№4.-С.224-226.
8. Симбирцев А.С. Интерлейкин-1. Физиология. Патология. Клиника /А.С. Симбирцев. - СПб: ФОЛИАНТ, 2011. – 474 с.
9. Смирнов И.Е., Кучеренко А.Г., Уртнасан Цэвэгмид, Тыло О.В., Сорокина Т.Е., Волков И.К. Интерлейкины и оксид азота при пороках развития легких и бронхов у детей//Российский педиатрический журнал.-2010.-№1.-С.12-17.
10. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Мухаммадиева Л.А., Юлдашев Б.А. Особенности изменения иммунологических показателей у детей с хроническим бронхитом//Вісник наукових досліджень.-2016.-№4.-С.26-29.
11. Becker T. C. Bone marrow is a preferred site for homeostatic proliferation of memory CD8 T cells/T.C. Becker. S.M. Coley, E.J. Wherry, R.Ahmed//J. Immunol.-2005.–Vol174–P. 1269 – 1273.
12. Carroll K.N., Gebretsadik T., Griffin M.R., et al. Increasing burden and risk factors for bronchiolitis-related medical visits in infants enrolled in a state health care insurance plan//Pediatrics. – 2008. – Vol. 122, № 1. – P. 58-64.
13. Pantitch H.B. Bronchiolitis in infants //Curr Opin Pediatr. – 2017. – Vol.13, №3. –P. 256-260.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Шодиев А.Ш., Норкулов Н.У., Набиев А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Врожденные нейрохирургические аномалии развития представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Актуальность их изучения обусловлена значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности(). Популяционная частота врожденных пороков развития по данным Комитета экспертов ВОЗ колеблется в различных странах от 2,7 до 16,3%, составляя в среднем 4-6%. Дефекты нервной трубки занимают одно из лидирующих мест среди всех выявляемых врожденных аномалий человека -10-30%(). Истинная частота пороков развития, в том числе центральной нервной системы, остается неуточненной, это связано с трудностями диагностики и различными подходами к их регистрации. Поэтому одной из важных задач медицины является объективизация сбора, учета сведений и верификация полученных данных.

Цель работы: состоит в изучении особенностей распространения основных врожденных нейрохирургических аномалий развития с учетом воздействий экологических и преморбидных факторов.

Методы исследования: клинично-неврологическое, эпидемиологическое, КТ, МРТ, Эхо-ЭГ, ЭЭГ, краниография, спондилография.

Исследование основано на анализе наблюдений больных с различными формами гидроцефалии, черепно-мозговой и спинномозговой грыжи, краниостоза, находившихся на обследовании и лечении в клинике нейрохирургии СамМИ, в детском нейрохирургическом отделении многопрофильной клинической областной больницы, в родильных домах г. Самарканда и центральных больниц Ургутского, Иштыханского и Кошрабадского районов Самаркандской области.

Результаты исследования и их обсуждение. За 10 лет наблюдалось всего 701 больной, из них 410(58,5%) составили мальчики, 291(41,5%) девочки, проживающие в вышеуказанных населенных пунктах, в возрасте от 2 дней до

12 лет. Среди нейрохирургических аномалий развития ЦНС больше половину (52,6%), составляли дети с гидроцефалией, из них 83,5%(308 больных) оказалось открытой-сообщающей, 16,5%(61) закрытой-окклюзионной гидроцефалией. После гидроцефалии по удельному весу следовали дети с краниостозом(25,5%), со спинномозговыми грыжами(17,7%) и черепномозговыми грыжами (4,2 %).

Основным объектом изучения распространенности указанных аномалий развития являлись лица, зарегистрированных в лечебных учреждениях(роддом, неонатологические, детские и нейрохирургические отделения больниц) в промышленном городе Самарканде и сельской местности области: табаководческом Ургутском, хлопководческом Иштыханском и животноводческом Кошрабадском районах, главной статистической единицей наблюдения являлся случай аномалии развития.

С целью определения воздействия и связи отрицательных факторов на детей с врожденными нейрохирургическими аномалиями развития проводился нами углубленный анализ путем опроса, клинического осмотра с применением дополнительных методов исследования и привлечением специалистов (терапевт, акушер-гинеколог, ЛОР и пр.) у 362 матерей(164 городских и 198 сельских жителей), дети которых находились за исследуемый период на стационарном лечении в нейрохирургических отделениях.

Одним из факторов риска-близко родственный брак среди всех опрошенных был обнаружен практически у каждой третьей (30,0%), между тем, он регистрировался преимущественно часто(54,5%) среди женщин, проживающих в табаководческом районе, за которым по удельному весу следовали хлопководческий(42,4%) и животноводческий(39,3%) районы. Среди городских жителей удельный вес родственного брака был значительно низким(10,9%), встречался у каждой десятой опрошенной.

Следует иметь ввиду и то, что у 265(73,2 %) опрошенных женщин были отмечены частые роды (интервал между родившимся детьми составил от 1 до 2 лет), значительное количество детей(68,2%) с врожденными нейрохирургическими аномалиями развития центральной нервной системы родились от второго или третьего родов.

Из числа экстрагенитальных заболеваний ведущее место занимала анемия, выявленная больше чем у каждой второй опрошенной(51,9%). Однако, в отличие от родственного брака, она чаще всего наблюдалась среди жителей хлопководческого района(70,0 %), далее, в табаководческом (63,6%), животноводческом (60,1%) районах и значительно меньше(39,1%) в городе.

Сердечно-сосудистые и легочные заболевания наблюдались у каждой четвертой(26,5%) опрошенной женщины, с преобладанием также в хлопководческом(36,3%) и табаководческом(33,3%) районах. Среди обследованных женщин, проживающих в животноводческом районе и городе эти заболевания встречались несколько реже(соответственно 24,2 и 20,7%). Заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы также встречались практически у каждой четвертой (23,7%) опрошенной и обследованной женщины, почти равномерно среди жителей города (25,6%), табаководческого(24,2%) и хлопководческого (27,2%) районов, относительно меньше в животноводческом (15,1%) районе. Заболевания ЛОР органов из общего числа обследованных встречались у каждой пятой(20,9%) опрошенной, при том, они чаще других обнаруживались среди женщин, проживающих в хлопководческом(33,3%) и табаководческом(27,2%) районах, значительно меньше среди женщин животноводческого(18,1%) района и города(14,6%).

Из общего числа опрошенных женщин 28(7,7%) в период данной беременности перенесли инфекционный гепатит, последний доминировал среди жителей хлопководческого(15,1%), табаководческого(9,1%) районов. Среди жителей города и животноводческого района удельный вес гепатита был значительно низким (соответственно 6,1 и 3,0 %).

Угроза прерывания данной беременности чаще(30,3 %) встречалась в табаководческом районе, в других объектах исследования она наблюдалась практически у каждой пятой опрошенной. Гестозы первой и второй половины беременности в отличие от предыдущих факторов преобладали в городе(52,4%), по удельному весу за городскими женщинами следовали женщины, проживающие в табаководческом, хлопководческом и животноводческом районах(соответственно 48,4%, 42,4% и 27,2%).

На основании популяционного исследования в Самаркандской области выявлено, что частота врожденных нейрохирургических аномалий развития за исследуемый период в г. Самарканде составила в совокупности 2 случая на 1000 родившихся детей (2 ‰), в табаководческом Ургутском районе-1,5 ‰, хлопководческом Иштыханском-1,2 ‰, животноводческом Кошрабадском-0,9 ‰. Все виды указанных аномалий развития наиболее часто наблюдались в городе, где из 1000 родившихся 1,1 оказались дети с гидроцефалией(1,1 ‰), 0,4 ‰ – черепно-мозговыми и спинномозговыми грыжами и 0,5‰ - краниостозом.

Частота черепно-мозговых и спинномозговых грыж в городе равнялась на 0,4 ‰, заметно больше, чем в табаководческом и хлопководческом районах(по 0,3 ‰), 2 раза чаще, по сравнению с животноводческим районом (0,2‰). Такая же тенденция прослеживается и при распространенности краниостоза по указанным объектам исследования(0,5 ‰, 0,3 ‰, 0,3 ‰ и 0,2 ‰ соответственно), который правда незначительно превышал по общему удельному весу черепно-мозговых и спинномозговых грыж во всех исследованных территориях. Городские дети с указанными пороками развития в нейрохирургические отделения были госпитализированы относительно рано с некоторой задержкой были стационаризованы дети из табаководческого и хлопководческого, очень поздно из животноводческого районов.

Заключение: Врожденные нейрохирургические аномалии развития центральной нервной системы возникают в результате отрицательных воздействий экзо-и эндогенных факторов. Эндогенные факторы риска (родственный брак, частые роды, анемия, сердечно-сосудистые и легочные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, заболевания ЛОР органов, перенесенный инфекционный гепатит, угроза прерывания беременности,

гестозы I - II-ой половины беременности), доминируют среди женщин, проживающих в табаководческом и хлопководческом районах, по сравнению с проживающими в городе (за исключением гестозов) и животноводческом районе.

Распространённость врождённых нейрохирургических аномалий развития центральной нервной системы зависит от господствующего направления и характера производства - в промышленном городе Самарканде их частота равняется к 2 ‰, в табаководческом районе-1,5 ‰, в хлопководческом-1,2 ‰, в животноводческом районе-0,9 ‰. Среди врождённых нейрохирургических аномалий развития по удельному весу доминирует гидроцефалия, распространённость которой в городе равняется к 1,1‰, в табаководческом районе-0,9‰, в хлопководческом 0,6 ‰, в животноводческом районе-0,4 ‰. Краниостоз по частоте следует за гидроцефалией, распространённость которого по объектам исследования соответствует-0,5‰, 0,3‰, 0,3‰ и 0,2‰. Распространённость черепномозговых и спинномозговых грыж в совокупности в городе составляет 0,4‰, в табаководческом и хлопководческом районах-0,3 ‰, в животноводческом районе-0,2 ‰.

Литература:

1. Бочков Н П, Лазюк Г И, Вклад генетических факторов в перинатальную патологию и детскую смертность// Вестник АМН СССР.-М. 1991;
2. Демикова Н.С., Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. М., 2005
3. Кулешов Н.П., Мутовин Г.Р., Молекулярно-цитогенетические методы диагностики// 2000
4. Ромеро Р., Пилу Дж, Дженти Ф. и др, Перинатальная диагностика врожденных пороков развития плода: М.: Медицина; 1994
5. Gerber S., Hohifeld P. Screening for infections diseases.//Child-Nerv-Syst.-2003-Vol.19.-N7
6. Oi S.Diagnosis outcome management of fetal abnormalities: fetal hydrocephalus//Child-Nerv-Syst.-2003 Vol.19.-N7

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шодиева Х.Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Проблема многоплодной беременности несмотря на многочисленные исследования имеет особую значимость из-за роста рождаемости близнецов во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости многоплодия колеблется от 0,7 до 17,6%, в среднем составляет 2,2%. В развитых странах за счет использования ВРТ эти показатели увеличиваются с каждым годом до 23-29% [3,9,6].

Многоплодная беременность ассоциирована с высоким риском развития осложнений как со стороны матери, так и со стороны плодов. По мнению ряда авторов течение беременности при многоплодии осложняется гипертензивным нарушением, неправильным положением плода/плодов, многоводием, преждевременными родами и преждевременным излитием околоплодных вод [2,8]. А роды характеризуются аномалией родовой деятельности, высокой частотой оперативного родоразрешения, гипоксией, асфиксией плодов, кровотечением. Как известно, перинатальная заболеваемость и смертность при многоплодии по сравнению с одноплодием выше в 3-7 раз, которые проявляются задержкой роста плода/плодов, врожденными аномалиями, антенатальной гибелью одного плода [5,8].

Прогноз осложнений гестаций и исхода родов большинство авторов связывают не только с количеством плодов, но и типом плацентации. По данным исследования (1964-2000 гг.) при спонтанном зачатии наблюдаются следующие виды плацентации: дихориальные двойни около 54%, монохориальные - 44% от числа всех двоен, а у 2% случаев установить тип плацентации не удаётся. Монохориальная многоплодная беременность часто сопровождается серьезными осложнениями, встречающимися только при данном типе плацентации [4]. Развитие таких специфических осложнений как селективная задержка роста одного плода из двойни, фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС), синдром обратной артериальной перфузии характерна для монохориальной беременности, но не для дихориальной [1,7].

Цель исследования. Оценка течения, беременности и исхода родов у женщин с многоплодной беременностью в зависимости от типа плацентации.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 147 истории родов всех двоен за период 2018 по 2019 гг. родоразрешённые в Республиканском перинатальном центре. За исследуемый период роды двойней составило 3,2% от общего количества родов. Нами проведена клиническая и медико-социальная характеристика беременных по следующим показателям: возраст, социальное положение, паритет беременности, родов, гинекологический и акушерский анамнез, а также анализ течения данной беременности, исход родов и оценка состояния новорожденных с учетом типа плацентации.

Анализ анамнестических данных показал, что возраст пациенток варьировал от 22 до 35 лет, среди них городских жительниц было 39,5%, а сельских 60,5%, большая часть из них 69,3% занимались домашним хозяйством. Среди перенесенных заболеваний обращает на себя внимание высокая частота инфекций верхних дыхательных путей, простудных заболеваний (66,6%), хронического тонзиллита (39,4%). На ранее перенесенный инфекционный гепатит указали 26,5% женщин. Детские инфекции наблюдались у 44,2% обследованных. Оценка менструальной функции показала, что возраст наступления менархе колебался от 11 до 15 лет, средний возраст составил 13,2±0,2 лет.

Регулярный менструальный цикл с начала менархе был установлен у 62,6% из 147 обследованных, у – 25,2% через 6–18 месяцев после наступления менархе и у 12,2% – после начала половой жизни. Гинекологические заболевания в анамнезе были выявлены у 44,2% беременных, в том числе у 32,6% воспалительные заболевания матки и придат-

ков, у 9,9% синдром поликистозных яичников, у 16,8% бесплодие, у 4,5% внематочная беременность, у 16% эрозия шейки матки, у 9,2% миома матки.

При анализе репродуктивной функции частота самопроизвольных выкидышей составило 11,4%, неразвивающаяся беременность 10,2%, у 13,6% преждевременные роды. Согласно анамнезу, предыдущие роды закончились абдоминальным путем у 44,2%, оперативным у 15%, остальные 40,8% женщин с многоплодием были первородящими.

Результаты и обсуждение. В зависимости от типа плацентации произведено разделение на 3 группы: 1 группа (19) беременных с двойней с монохориальным моноамниотическим типом плацентации, 2 группа (66) с монохориальным биамниотическим, 3 группа (62) с биамниотически бихориальным типом плацентации. Средний возраст 1 гр. составил $26,1 \pm 1,0$, во 2 гр. $24,9 \pm 0,8$, в 3 гр. $27 \pm 0,7$ лет. Из них первобеременных в 1 гр было больше (52,6%) чем во 2 и 3 гр. (34,8%, 33,8%), а повторнобеременных было 47,4%, 65,1%, 66,1% соответственно.

При анализе течения данной беременности у женщин с многоплодием в зависимости от типа плацентации выявлены различные осложнения. Статистически значимых различий в частоте возникновения токсикоза 1-й половины беременности во всех группах беременных выявлено не было. Рвота беременных различной степени тяжести наблюдалась у 51,7% пациенток с многоплодием, из них 32,6% получали стационарное лечение. Угроза прерывания беременности в I половине встречалась с одинаковой частотой во всех группах и составило 47,9%, 48,5% и 43,5% случаев. Начиная со II половины беременности наибольшее количество прерывания беременности наблюдалось у пациенток 1-ой (63,1%) и 2-ой (65,1%) группы с монохориальным типом плацентации, наименьшее с бихориальным (31,8%). Следовательно, различий в частоте возникновения угрозы прерывания беременности в I половине беременности среди женщин с различным типом плацентации выявлено не было. Тогда как во II половине беременности рост частоты прерывания беременности наблюдалось у женщин с монохориальным типом плацентации 1,5-2 раза чаще чем при бихориальном типе.

Анализ частоты встречаемости экстрагенитальных заболеваний показал, что у каждой второй с многоплодной беременностью наблюдалась анемия различной степени тяжести. Анемия легкой степени тяжести выявлена в 1-ой группе у 36,8%, во 2-ой у 44%, в 3-ей у 40,3%, анемия средней и тяжелой степени наблюдалась с одинаковой частотой. Во время беременности выявлена патология почек и мочевыделительной системы (36,4%, 36,8%, 30,6%), патологии сердечно-сосудистой системы (3,0%, 15,8%, 19,4%), варикозная болезнь (27,3%, 15,8%, 21%), ожирение (15,8%, 18,2%, 17,7%). Связь развития экстрагенитальных заболеваний в зависимости от типа плацентации не наблюдалось. Частота встречаемости гипертензивных нарушений в зависимости от типа плацентации показало, что в наибольшем проценте случаев развивается у женщин с монохориальным типом плацентации (в 1 гр. 36,8%, во 2 гр. 34,8%) по сравнению с бихориальным типом плацентации (26%). Выше указанные причины явились показанием к стационарному или амбулаторному лечению в каждом триместре беременности, что достоверно подтверждает неблагоприятное течение многоплодной беременности.

Анализ перинатальных исходов проведен нами с учетом сроков и метода родоразрешения - у 4 (21,1%) пациенток 1 группы произошли преждевременные роды в сроке 22-28 недель с массой 1 плода $807,5 \pm 57,7$ грамм, 2 плода $597 \pm 52,4$ грамм с выраженными признаками недоношенности, респираторным дистресс синдромом (РДС), в асфиксии тяжелой степени осложнившиеся антенатальной и постнатальной гибелью плодов. У 8 (42,1%) наблюдались роды в сроке от 28 до 36 недель с массой 1 плода $2267 \pm 30,3$ грамм, 2 плода $1717 \pm 9,6$ грамм. Состояние новорожденных оценено средней тяжести обусловленное недоношенностью и РДС, которые были переведены на II этап выхаживания. У 7 (36,8%) пациенток роды произошли в сроке 36 недель, и более средняя масса плодов составило $2366 \pm 4,6$ и $2168 \pm 104,3$ гр., состояние 3-х новорожденных было средней тяжести.

Во 2-ой группе у 5 (7,6%) пациенток роды произошли в сроке от 22 до 28 недель, у 16 (24,2%) – от 28 до 36 недель, у 45 (68,2%) – от 36 недель и более, срок родов в среднем составил $35,7 \pm 0,3$ недель гестации. Масса 1 плода составило $2611 \pm 130,8$ грамм, 2 плода $2550 \pm 122,5$ грамм, состояние у 62,1% (41) новорожденного оценено удовлетворительным, средней тяжести у 16,6% (11), тяжелым 7,6% (5) детей. У 4-х (6,1%) пациенток наблюдалась антенатальная гибель одного плода, у 5-ти (7,6%) постнатальная гибель одного плода.

В 3-ей группе роды у 25 (40,3%) пациенток наблюдались в сроке – от 28 до 36 недель, у 37 (59,7%) – от 36 недель и более, прерывание беременности в сроке от 22 до 28 недель не наблюдалось, срок родоразрешения составил $36,5 \pm 0,3$ недель гестации. Средняя масса 1 плода составило $2577 \pm 56,9$ грамм, 2 плода $2483 \pm 72,7$ грамм. В удовлетворительном состоянии родились 44 (71%) детей, в состоянии средней тяжести 13 (21%) и в тяжелом состоянии 5 (8%) которые переведены на II этап выхаживания, осложнившиеся постнатальной гибелью одного плода. Анализ перинатальных осложнений показал, что при монохориальном типе плацентации риск антенатальной и постнатальной гибели плода/плодов в 3-4 раза выше по сравнению с дихориальным типом плацентации.

В каждой группе проанализировано количество самопроизвольных и оперативных родов, а также частота осложнений в родах. Показанием для оперативного родоразрешения явились преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии биологической готовности к родам, слабость родовой деятельности, тазовое положение первого плода, наличие рубца на матке, нарушение маточно-плацентарного кровотока 2-3 степени, тяжелые гипертензивные нарушения, отягощенный гинекологический анамнез, бесплодие, беременность с применением ВРТ. Пациентки 1-ой и 2-ой группы родоразрешены через естественные родовые пути 31,6% и 34,8%, путем операции кесарева сечения 68,4% и 65,2% пациенток. Тогда как в 3 группе у 29% произошли самопроизвольные роды, у 71% произведено операция кесарева сечения. Представленные данные исхода родов 3 группы пациенток показывает, что у данной группы с многоплодием предпринимались попытки родов через естественные родовые пути, однако чаще возникали осложнения и необходи-

мость перехода на оперативное родоразрешение из-за слабости родовой деятельности, ПОНРП, неправильного положения второго плода и неубедительного состояния одного из плодов.

Таким образом, анализ течения беременности и исхода родов у женщин с многоплодием доказывает связь развития акушерских осложнений от типа плацентации. Такие осложнения как угрозы преждевременных родов, гипертензивные нарушения, невынашивание наблюдается у женщин с монохориальным типом плацентации 1,5-2 раза чаще чем при бихориальном типе, следовательно требует повышенного внимания врачей и своевременной терапии направленной на сохранение беременности и профилактику гипертензивных нарушений.

Осложнения исхода родов показывает высокий процент оперативного родоразрешения направленного на профилактику перинатальных осложнений. Вместе с тем была выявлена связь перинатальных исходов от типа плацентации. Монохориальный тип является дополнительным фактором риска развития перинатальных осложнений таких как, рождение глубоко недоношенных детей из-за преждевременных родов, синдрома ограничения роста и развития плодов, фето-фетального трансфузионного синдрома приводящее к нарушению маточно-плодово-плацентарного кровотока и антенатальной гибели одного или обоих плодов. Высокая частота акушерских и перинатальных осложнений, диктует необходимость тщательного наблюдения в антенатальном периоде, ультразвуковой мониторинг с ранних сроков беременности для определения типа хориальности и дифференцированного подхода к ведению беременности и родов, способствующие снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература:

1. Костюков К.В., Гладкова К.А. Перинатальные исходы при монохориальной многоплодной беременности, осложненной синдромом селективной задержки роста плода // Акушерство и гинекология. - №6. – 2020. - С. 50-58
2. Косякова О.В., Беспалова О.Н. Сложности и перспективы прогнозирования преждевременных родов при многоплодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. - Т. 67. - №4. - 2018. - С. 48-59
3. Мальгина Г.Б., Башмакова Н.В. Многоплодная беременность как причина сверхранних преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. - Т. 16. - № 6. - С. 58-62.
4. Папышева Е.И., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е. Проблема многоплодной беременности при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. - №5. -2019. – С.137-143.
5. Прохорова В.С., Павлова Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии //Журнал акушерства и женские болезни. – 2010. - №3. – С.55-59.
6. Althabe F, et al. Рожденные слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов // Науч. ред. Ch. Howson, M. Kinney, J. Lawn. - Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2014. - 112 с.
7. Fiona L. Mackie, R. Katie Morris, Mark D. Kilby. The prediction, diagnosis and management of complications in mono chorionic twin pregnancies: the OMMIT (Optimal Management of Monochorionic Twins) study // Mackie et al. BMC Pregnancy and Childbirth. – 2017. –P. 2-5
8. Mary D'Alton, Noelle Bresli. Management of multiple gestations // International Journal Gynecol Obstet. - V.150. - 2020. - P. 3-9.
9. Rissanen, AR.S., Jemman, R.M., Gissler, M. et al. Maternal complications in twin pregnancies in Finland during 1987–2014: a retrospective study // BMC Pregnancy Childbirth 19. – 337. - 2019.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) по определению Международного общества по проблемам недержания мочи (ICS – International Continence Society)– это клинический синдром, включающий в себя urgency (императивный повелительный позыв к мочеиспусканию), которая может сопровождаться недержанием мочи, учащенным мочеиспусканием и ноктурией [1,2]. Присутствие всех этих симптомов в клинической картине заболевания не является обязательным, но urgency присутствует обязательно. По данным исследований, проведенных в европейских странах и США, симптомы urgency мочеиспускания отмечает не менее 17% населения старше 40 лет, из них 56% - женщины и 44% - мужчины. Причем с возрастом частота симптомов возрастает до 30% у лиц старше 65 лет и до 40% - после 70 лет [3,4,5].

ГАМП значительно снижает качество жизни пациентов в социальном, психологическом, физическом, домашнем, профессиональном и сексуальном аспектах. ГАМП сопровождается ощутимыми затратами и экономическими потерями системы здравоохранения. В исследовании, которое оценивало качество жизни пациентов, 21% опрошенных отмечали высокую озабоченность в связи с частыми перерывами во время рабочего дня из-за необходимости постоянного посещения туалета. Часть опрошенных заявили, что были вынуждены сменить место работы или даже были уволены в связи с ГАМП. Пациенты с ГАМП обычно подвержены мочевым инфекциям. Частые посещения туалета пациентами пожилого возраста в 2 раза повышают риск падения и травм, что может привести к переломам. Из общего числа пациентов с urgency недержанием мочи каждый третий пациент подвержен риску падений, а у 3% могут при этом возникнуть переломы. Ноктурия, как частый симптом ГАМП, становится причиной нарушения сна и недосыпания, это вызывает хроническую усталость и снижение трудоспособности. Зачастую у пациентов с ГАМП имеется тенденция к депрессиям, что под-

тверждено рядом европейских исследований. 32% пациентов сообщили, что симптомы ГМП вызывают у них депрессию, и 28% пациентов признались, что чувствуют сильный эмоциональный стресс, связанный с симптомами заболевания.

По количеству затрат это заболевание находится на пятом месте после артритов, недержания мочи и остеопороза. Расходы при ГМП сопоставимы с затратами на астму и остеопороз. В Европе прямые затраты на ГМП в 2000 г. были оценены на уровне 4,2 млрд евро. Установлено, что к 2020 г. этот показатель возрастет до 5,2 млрд. Ежегодные затраты на одного пациента, страдающего ГМП, в Европе составляют от 269 до 706 евро, что включает преимущественно расходы на приобретение гигиенических прокладок и подгузников. С учетом прогрессивного старения населения Европы существуют явные предпосылки к резкому росту этих показателей [6,7].

Говоря о причинах ГАМП, надо отметить, что данное заболевание является многофакторным. Одной из наиболее частых причин развития ГАМП у мужчин являются инфравезикальная обструкция, обусловленной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) или стриктурой уретры [8,9,10]. Частота гиперактивности детрузора увеличивается с возрастом, данное нарушение может быть диагностировано у 50% мужчин старше 70 лет вне зависимости от наличия инфравезикальной обструкции. Существует зависимость между дисфункцией детрузора и степенью выраженности препятствия к оттоку мочи. Узлы гиперплазии вызывают нарушение кровообращения в области шейки мочевого пузыря и задней уретры, что наряду с уменьшением порога возбудимости детрузора и шейки мочевого пузыря приводит к дисфункции детрузора, проявляющейся ирритативными симптомами.

Цель. Улучшение результатов лечения и оценка качества жизни мужчин с сочетанием гиперактивного мочевого пузыря и ДГПЖ.

Материалы и методы. За период 2014-2020 гг. нами проанализированы результаты обследования, лечения и динамического наблюдения 62 больных с диагнозом ГАМП и ДГПЖ, возраст которых составил 48 - 82 лет (средний возраст $62 \pm 5,3$). Разработан алгоритм обследования и тактики лечения больных с ДГПЖ и ГМП. Всем больным проводилось общее клиническое, лабораторное, уродинамическое исследования и УЗИ органов мочеполового тракта. Изучена и установлена взаимосвязь между возникновением детрузорной гиперактивности и продолжительностью инфравезикальной обструкции. Выраженность симптомов нарушения мочеиспускания у исследуемых изучались на основании данных специальных опросников (дневник мочеиспускания, международная шкала оценки системы симптомов простаты IPSS и оценка качества жизни, максимальной и средней скорости потока мочеиспускания; на основании определения объема остаточной мочи).

Результаты. Как известно, успешное лечение больных с сочетанием симптомов нижних мочевых путей вследствие ДГПЖ и гиперактивном мочевом пузыре требует комплексного подхода. Учитывая многообразие доступных на данный момент способов медикаментозной терапии, большую актуальность, имеет вопрос формулировки показаний к ее применению и выбора препарата.

Лечение должно быть безопасным и хорошо переносимым, т.е. с отсутствием или минимальными побочными реакциями. Поэтому необходимо установить четкие критерии для применения антихолинергических препаратов в качестве монотерапии и в сочетании с альфа-блокаторами у больных с сочетанием симптомов нижних мочевых путей при ДГПЖ и гиперактивном мочевом пузыре.

В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии α -адреноблокаторами и антидепрессантами, наряду с поведенческой терапией больным дополнительно нами был назначен М-холинолитик - Везикар (солифенацин) по 2,5 мг 2 раза в день в течение 3-х месяцев.

Эффективность лечения нами оценивалась: на основании анализа изменений параметров мочеиспускания, результатов опросника IPSS и оценки качества жизни, дневника мочеиспусканий; на основании изменений уродинамических показателей: максимальной скорости потока мочи и средней скорости мочеиспускания; на основании определения остаточной мочи, данных УЗИ органов мочеполового тракта.

Наблюдение проводилось в 3 этапа: 1 этап – через 3 месяца, 2 этап – через 6 месяцев и 3 этап – через 12 месяцев после завершения медикаментозной терапии. Первоначально осуществлялся отбор пациентов с назначением Везикара по 2,5 мг 2 раза в день и α -адреноблокатора Омник (тамсулозин) по 1 таб. 1 раз в день. Лечение проводилось в течение 3-х мес. с обязательным контролем состояния пациентов каждый месяц. Основными жалобами до начала лечения были учащенное мочеиспускание с ургентным позывом в дневное время более 8 раз и в ночное время до 3-4 раз, вялая струя мочи. На фоне приема комбинированной терапии, отмечалось уменьшение частоты мочеиспусканий с 8 до 6,8 ($p < 0,005$), ночной поллакиурии до 2 раз, появилось чувство удовлетворения после мочеиспускания. Уменьшилось количество остаточной мочи, причем достоверные изменения отмечены уже через месяц после приема комбинированной терапии (1 этап – 80,5 мл; 2 этап – 65,0 мл; 3-этап-45,0 мл). Объективными критериями эффективности комбинированной терапии явились показатели уродинамических исследований: максимальная и средняя скорость мочеиспускания: 1 этап макс. – 8,6 мл/с, ср. – 5,2 мл/с; 2 этап макс. – 14,05 мл/с, ср. – 8,2 мл/с. Все пациенты отметили улучшение качества жизни. Спустя 3 мес. результаты полученных данных свидетельствовали о том, что пациенты, которые оценивали свое состояние как хорошее, было 26 (42%), удовлетворительно – 34 пациентов (55%), лишь у 2 (3%) не отмечалось существенных изменений. Таким образом, лечение оказалось эффективным у 60 пациентов, что составило 97%.

Заключение. Проведенное наблюдение эффективности комбинированной терапии у пациентов с ГАМП и ДГПЖ позволяет заключить, что на фоне проводимой терапии отмечено уменьшение симптомов инфравезикальной обструкции. Это подтверждается увеличением скорости мочеиспускания, уменьшением количества остаточной мочи. Кроме того, уменьшилась выраженность симптомов ДГПЖ, о чем свидетельствуют данные анкетирования по международной шкале IPSS и улучшение качества жизни пациентов.

Литература:

1. Park Y.H., Kim T.H., Lee S.W., Chung B.H., Cho J.S., Lee J.Y. Treatment Patterns and Patient Reported Outcomes in Benign Prostatic Hyperplasia Patients with Overactive Bladder Symptoms. *Low Urin Tract Symptoms*. 2017 May; 9 (2): 75-81.
2. Hester A.G., Kretschmer A., Badlani G. Male Incontinence: The Etiology or Basis of Treatment. *Eur Urol Focus*. 2017 Oct; 3(4-5):377-384.
3. Wang H., Chang Y., Liang H. Tamsulosin and Solifenacin in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia in combination with overactive bladder. *Pak J Med Sci*. 2017 Jul-Aug; 33(4):988-992.
4. Tubaro A., Batista J.E., Nitti V.W., Herschorn S., Chapple C.R., Blauwet M.B., Siddiqui E., Huang M., Oelke M. Efficacy and safety of daily mirabegron 50 mg in male patients with overactive bladder: a critical analysis of five phase III studies. *Ther Adv Urol*. 2017 May 10;9(6):137-154.
5. Anger J.T., Goldman H.B., Luo X., Carlsson M.O., Chapman D., Zou K.H., Russell D., Ntanios F., Esinduy C.B., Clemens J.Q. Patterns of medical management of overactive bladder (OAB) and benign prostatic hyperplasia (BPH) in the United States. *Neurourol Urodyn*. 2018 Jan; 37(1):213-222.
6. White N, Iglesia CB. Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Mar;43(1):59-68. doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.002. PMID: 26880508.
7. Sellers DJ, McKay N. Developments in the pharmacotherapy of the overactive bladder. *Curr Opin Urol*. 2007 Jul;17(4):223-30. doi: 10.1097/MOU.0b013e3281299033. PMID: 17558263.
8. Su S, Lin J, Liang L, Liu L, Chen Z, Gao Y. The efficacy and safety of mirabegron on overactive bladder induced by benign prostatic hyperplasia in men receiving tamsulosin therapy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jan;99(4):e18802.
9. Van Asseldonk B, Barkin J, Elterman DS. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia: a review. *Can J Urol*. 2015 Oct;22 Suppl 1:7-17. PMID: 26497339.
10. Burnett AL, Walker DR, Feng Q, Johnston KM, Lozano-Ortega G, Nimke D, Hairston JC. Undertreatment of overactive bladder among men with lower urinary tract symptoms in the United States: A retrospective observational study. *Neurourol Urodyn*. 2020 Jun;39(5):1378-1386.

АУТОСОМАЛАРНИ СОНЛИ АНОМАЛИЯЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚҚАН КАСАЛЛИКЛАР СКРИНИНГИ

Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти таҳлилига кўра, инсон саломатлигига таъсир этувчи омиллар орасида тиббий таъминот 10 фоизни, ирсий омиллар 15 фоизни, атроф-муҳитнинг ҳолати 20 фоизни ташкил этади. Энг муҳими, инсоннинг турмуш тарзи (жисмоний фаоллик, овқатланиш, зарарли одатлар) унинг саломатлигига 55 фоизгача таъсир кўрсатар экан [1,2].

Аҳоли саломатлиги профилактикаси аввало бирламчи тизимлардан бошланиши ва бунга жавоб берадиган яхлит тизим бўлиши кераклиги қайд этилди. Масалан, сувнинг ифлосланиши буйрак, ошқозон-ичак хасталиқларига, атмосферадаги радиация, озиқ-овқат маҳсулотларида кимёвий воситаларнинг кўплиги онкологик, нотўғри турмуш тарзи қонтомир, юрак, эндокрин, асаб касалликларга сабаб бўлмоқда [1,2,4].

Инсонлар ва репродуктив ёшдаги аёллар орасидаги, бу сурункали касалликлар ва турли экзо ва эндоген сабаблар ҳамда ирсий касалликлар, болаларнинг ногирон туғилишига сабаб бўлмоқда. Бу муаммони ўрганиш бугун, умумий ва клиник генетика акушерлик, педиатрия ва бошқа соҳа шифокорларининг амалётида катта аҳамиятга эга.

Тиббий генетика, инсон ирсий касалликлари фило ва онтогенезнинг ҳар ҳил босқичларидаги, мутацияларда, экзо ва эндоген сабабларга кўра намоён бўладиган патологияларни ўрганади. Бу патологияларни перинатал даврда ва эмбриогенезнинг эрта босқичларида аниқлаш мумкин. Геном мутациялар. Хромосомалар сонли аномалияси, геном мутациялар орасида энг кўп учрайди. Уларнинг аутосомаларни сонли аномалиялари билан боғлиқ касалликлари бу-Даун, Патау ва Эдвардс синдромларидир.

Туғма ривожланиш аномалиялари (ТРА) бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) маълумотларига кўра 2,7-16,3% ни ташкил қилади. Швеция, Япония, Филяндия мамлакатларида ҳар 1000 та туғруқдан 5-6 таси туғма ёки наслий патологиялардан нобуд бўлади. Америка қўшма штатларида (АҚШ) чақалоқлар ўлимнинг 21% га аномалиялар сабаб бўлмоқда. Беллоруссияда ҳар 1000 чақалоқларнинг 30,8 туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилади. Ўртача Россия федерациясида ТРА 3-7%, шундан 2% ҳаётга лояқатсиз оғир аномалиялар билан туғилиш ташкил қилади [2,4,7,9].

ТРАлари фақатгина зарарли одатлари (алкогол исьтемом қилувчи, чекувчи) ва турли касалликлари мавжуд аёллар ҳомиласида эмас балки соғлом аёллар ҳомиласида ҳам юза келмоқда [1,3,4,5,6,7,8].

Бу муаммолар бугунги кунда генетика, эмбриология, неонатология, пренатология ва акушерлик-гинекология фанларининг ҳали ўрганилиши керак бўлган соҳасидир.

Мақсад ва вазифалари. Ирсий ва ирсий бўлмаган ҳомиланинг туғма ривожланиш аномалияларини эрта аниқлаш ва болаларнинг ногирон туғилиши камайтириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Ретроспектив ҳомиладорларнинг анамнезини ва ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш, пренатал скрининг (ПС)дан фойдаланиш. Статистик таҳлиллар ўтказиш.

ТРАларини учраши ва структурасини ўрганиш мақсадида Самарқанд вилоят “Она ва бола скрининг” марказида 2018-2019 йй. ўтказилган пренатал скрининг (ультратовуш, биокимёвий скрининг ва цитогенетик) натижалари ретроспектив ўрганилди (n=59777).

Текшириш натижалари, ПУС натижалари бўйича уларнинг 7412 нафари (12,4%) ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлик муддатида, 47671 нафари (79,7%) иккинчи уч ойлигида ва 4694 нафари (7,9%) учинчи уч ойлик муддатида текширишдан ўтказилди. Шулардан жами аниқланган ҳомила патологиялари 1382та (2,3%). Шундан 237 нафарида (0,4%) ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида аниқланган, 896 нафарида (1,5%) иккинчи уч ойлигида аниқланган ва 249 нафарида (0,4%) учинчи уч ойлигида топилди. Аниқланган ҳомила патологиялари орасида ТРАнинг салмоғи 1282 та (2,1%) ташкил қилди. ТРАлари ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида 204 нафар (0,34%) ҳомиладорларда, 833 нафари (1,4%) иккинчи уч ойлигида ва 245 нафари (0,4%) учинчи уч ойлигида учради. Акушерлик патологиялари (анэмбриония, ел буғоз, ҳомиланинг ривожланмай қолиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши) 100 нафар (0,17%) ҳомиладорларда аниқланди. Шундан 33 нафарида (0,05%) ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида, 63 нафарида (0,1%) иккинчи уч ойлигида ҳамда 4 нафарида (0,007%) ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлигида содир бўлган. Пренатал ультратовуш скрининг (ПУС) натижасида аниқланган ҳомила патологиялари ва ТРА сабабли 983 нафар (1,6%) аёлларнинг ҳомиладорлиги тиббий кўрсатма бўйича тўхтатиш учун йўлланма берилди. Уларнинг 855 нафари (87%) ҳомиладорлигини тўхтатди, 757 (88,5%) нафарида ҳомиладорликни тўхтатишга ТРА сабаб бўлди. 98 (11,5%) нафарида ҳомиладорлик акушерлик патологиялари сабабли тўхтатилди.

2019 йил Самарқанд вилоят “Она ва бола скрининги” марказида, жами 42130 ҳомиладорлар ПУСдан ўтказилди. Уларнинг 744 нафарида (1,8%) патологиялар аниқланди. Шундан 728 нафарида (1,7%) ТРАлари ва 16 нафарида (0,04%) акушерлик патологиялари топилди.

Пренатал биокимёвий текширишлар бўйича аутосомларни сонли аномалияларини учраш даражаси кўриб чиқилди. Ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида 3666 нафар ҳомиладорларда PAPP-A/ β -HCG, қўш белги пренатал биокимёвий скрининг ўтказилди. 1512 нафарида плацентар ўсиш омиллиги текширилди. Натижалар интерпритацияси, Даун синдромига индивидуал хавф 31 нафарида 1/100 ва кўп (0,85%) бўлди. 40 нафарида хавф 1/101-1/360 (1,1%) ташкил қилди. 3595 нафарида хавф жуда 1:1001 ва камлигини (98,1%) кўрсатди. 60 нафарида Эдвардс синдромига индивидуал хавф 1/101 кам (1,6%) бўлди, юқори хавф аниқланмади.

Шу жумладан преэклампсияга ҳам индивидуал хавф баҳоланди. Натижада юқори хавф 4 нафар (0,1%) ҳомиладорларда ва асосан 1008 нафарида хавф кам (27,5%) бўлиб чиқди. Умумий преэклампсияга хавф 1012 нафарида (27,6%) аниқланди.

2018 йил ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойида 3276 нафар ҳомиладорларда АФП/ХГ ва 84 нафарида конъюгирланмаган эстриолга пренатал биокимёвий скрининг ўтказилди. Текшириш натижаларига кўра: Даун синдромига индивидуал хавф 14 нафарида 1/100 ва кўп (0,4%), 188 нафарида 1/101-1/360 (5,7%) оралиғида, 222 нафарида 1/361-1/1000 (6,8%) оралиғида, 2852 нафарида 1:1001 ва хавф кам (87,1%) эканлиги маълум бўлди. Эдвардс синдромига текширишлар ўтказилмаган. Нерв найи дефектига индивидуал хавф, 3262 нафарида паст (99,6%) ва 14 нафарида юқори (0,4%) хавф аниқланди.

2019 йил маълумотларига кўра, ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойида ўтказилган пренатал биокимёвий скрининг: 8191 нафар ҳомиладорларда АФП/ХГ, қўш белги ва 126 нафари конъюгирланмаган эстриолга текширилди. Натижалар қуйидагича бўлди: Даун синдромига индивидуал хавф 131 нафарида 1/100 ва кўп (1,6%), 330 нафарида 1/101-1/360 (4%) оралиғида, 198 нафарида 1/361-1/1000 (2,4%) оралиғида, 7295 нафарида 1:1001 ва кам (88,6%) эканлиги аниқланди. Эдвардс синдромига индивидуал хавф 6796 нафарида 1/100 ва кўп (83%), 103 нафарида 1/101 ва кам (1,3%) бўлиб чиқди. Нерв найи дефектига индивидуал хавф, 6960 нафарида паст (85%) ва 26 нафарида юқорилиги (0,3%) топилди.

Эдвардс синдромига индивидуал хавф юқори бўлиб чиқди. Эдвардс синдроми-кўп сонли нуқсон, шунинг учун хавф юқорилигини кўрсатмоқда. Эдвардс синдроми симптомлари: чақалоқ кам вазин 2 кг 100 гр- 2 кг 200 гр билан туғилиши; юз қиёфасини нормал шакланмаслиги-боши кичкина, долихоцефалик яъний энсага қараб чўзилган; гидроцефалия; қўл ёки оёқ бармоқлари бир-бирига қисман ва тўлиқ ёпишган; қуёнлаб-бўри танглай; юз деформацияси: пешонаси тор, энсаси кенг, пастки энгак яхши ривожланмаган, оғзи кичкина, бўйи паст, танглайи юқори, тишлаш нотўғри; кўз ёриғи тор, қоши чуқур, бурни тор; туғма маймоқлик; бўйи калта, бўйин соҳаси териси бурма ҳосил қилган; қулоқлари нотўғри шалланган, эгатчалари саёз ёки йўқ, горизонтал чўзилган ва эшитиш йўллари тор. Эдвардс синдроми эхографик белгиси, киндик артерияси агенезияси, плацента ҳажми кичик, кўп сувлик ва кўп сонли нуқсонларнинг аниқланиши. 2018-2019 йиллар маълумотлар диярли бир-биридан катта фарқ қилмайди.

Цитогенетик текшириш натижалари, 2019 йил 121 та текширишлар ўтказилди. Шундан 103 нафар (85,1%) 14 ёшгача бўлган болаларда, 8 нафари (6,6%) 14-18 ёш ва 10 нафари (8,3%) катталарда ўтказилди. Уларнинг 23 нафарида (19%) кариотип меёрида чиқди. 78 нафарида (64,5%) Даун синдроми топилди, шундан 70 нафарида (57,8%) Даун синдромининг - классик шакли (тўлиқ трисомия), 6 нафарида (5%) Даун синдроми - мозаик шакли ва 2 нафарида (1,7%) Даун синдроми – транслакацион шакли аниқланди. 6 нафарида (5%) Шерешевского-Тёрнера синдроми, 2 нафарида

(1,7%) Клайнфелтер синдроми, 1 нафарида (0,8%) бошқа хромосом патологиялар ва 11 нафарида ҳомиланинг (9,1%) ўсмай қолиш аломатлари маълум бўлди.

Хулоса. ПУС буйича ҳомила патологиялари асосан ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигида аниқланди (1,5%), ТРА -1,4% ва акушерлик патологиялари (анэмбриония, ел буғоз, ҳомиланинг ривожланмай қолиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши) 0,1% учради. ТРА топилганлиги сабабли 757 (88,5%) нафар ва акушерлик патологиялари топилган 98 (11,5%) нафар аёлларнинг ҳомиладорлиги тўхтатилди.

Эдвардс синдромига хавф, ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида ўтказилган PAPP-A/ β -HCG, қўш белги пренатал биокимёвий скрининги ва плацентар ўсиш омили буйича паст 1,6% ни ташкил қилди, юқори хавф топилмади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ўтказилган пренатал биохимик скрининг АФП/ХГ, қўш белги ҳамда конъюгирланмаган эстриолга текшириш натижалари буйича Эдвардс синдромига хавф 1,3% паст бўлди ва 83% юқори хавф борлигини кўрсатди. Натижалар интерпритацияси шуни кўрсатдики, ҳар иккала пренатал биокимёвий скрининг буйича Эдвардс синдромига хавфнинг пастлиги 1,3%-1,6% дан иборат бўлди. Юқори хавф фақат ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлик муддатида аниқланди 83% ҳолларда.

Даун синдромига индивидуал хавф PAPP-A/ β -HCG, қўш белги пренатал биокимёвий скрининги ва плацентар ўсиш омили буйича юқори хавф - 0,85%, ўртача хавф - 1,1% ва паст хавф - 98,1% ни ташкил қилди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ўтказилган пренатал биокимёвий скрининг АФП/ХГ, қўш белги ҳамда конъюгирланмаган эстриолга текшириш натижалари буйича Даун синдромига юқори хавф - 1,6%, нисбатан юқори хавф – 4%, ўртача хавф-2,4% ва хавфнинг камлиги 88,6% иборат бўлди. Натижалар интерпритацияси шуни кўрсатдики, ҳар иккала пренатал биокимёвий скрининг буйича Даун синдромига хавфнинг юқорилиги 0,85%-1,6%, нисбатан хавф юқорилиги фақат ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида аниқланди 4% дан иборат бўлди. Ўртача хавф 1,1%-2,4% ни кўрсатди, хавфнинг камлиги 88,6%-98,1% аниқланди.

Пренатал биокимёвий текширишлар натижалари асосида, умумий преэклампсияга хавф 27,6% ва нерв найи дефектига индивидуал хавф паст 85% ҳамда хавфнинг юқорилиги 0,3% топилди.

Цитогенетик текшириш натижалари интерпритациясига кўра, текширилганларнинг 19% да кариотип меёрида чиқди. Даун синдроми-64,5%, Шерешевского-Тёрнера синдроми-5%, Клайнфелтер синдроми-1,7%, бошқа хромосом патологиялар-0,8% аниқланди ва 9,1% ҳомиланинг ўсмай қолиш клиникаси маълум бўлди.

Адабиётлар:

1. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. Акушерство: Национальное руководство. М: Гэотар-Медиа 2009; 445.
2. Вурлее В.А., Павлович С.В. Ангиогенез и ангиогенные факторы роста в регуляции репродуктивной системы у женщин. Пробл репрод 1999; 5: 6-13.
3. Гулиева С.В., Гараев Г.Ш., Халилов В.Г., Раджабова Ф.О. Влияние тяжелых металлов на биохимические процессы в организме человека. / Вестник наука и образования. 2019г. №4. ст 49-50.
4. Демикова Н.С., Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации (итоги мониторинга за 2000-2010 гг.). Рос вестн перинатол и педиат 2012; 2: 91-98. (Demikova N.S., Lapina A.S. Congenital malformations in the regions of the Russian Federation (theresults of monitoring for 2000-2010). Ros vestn perinatol i pediat 2012; 2: 91-98.)
5. Машнева Е.Ю., Климова М.И., Поваляева Е.П., Русанова О.К. Инвазивные методы исследования в акушерской практике: итоги первого Российского мультицентрового исследования // Пренатальная диагностика. 2002. Т. 1. № 1. С. 92–96.
6. Латыпов Артур Шамилович. Генетические аспекты дородовой диагностики хромосомной патологии плода у женщин после экстракорпорального оплодотворения 03.02.07 – Генетика. АВТОРЕФЕРАТ/диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва – 2015 года
7. Полунина Н.В., Разумовский А.Ю., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. Частота врожденных аномалий как составляющая показателя здоровья детского населения региона.//Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014, №5, с. 47-49
8. Хасанов А.А., Ситарская М.В. Латыпов А.Ш. Терегулова Л.Е. Евграфов О.Ю. Плод как пациент: первые шаги // Пренатальная Диагностика, 2003, №1, с. 31–33.
9. Carmeliet P., Moons L., Lutun A. et al. Sinergism between vascular endothelial growth factor and placental growth factor contributes to angiogenesis and plasma extravasation in pathological conditions. Nat Med 2001; 7: 575-583.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Элтазарова Г.Ш., Донобоева З.Ж.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Ҳозирги вақтда туғма ривожланиш нуқсонлари дунёнинг аксарият ривожланган давлатларида соғлиқни сақлаш тизимининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2010 йил 63-ассамблеясида тақидланганидек, "Туғма аномалиялар дунё миқёсида соғлиқни сақлашнинг муҳим муоммасы ҳисобланади». Бу, биринчи навбатда, янги туғилган чақалоқларнинг туғма нуқсонлар билан туғилиш даражасининг юқорилиги,

ушбу патологиянинг ўлик туғилиш ва болалар ўлими, болаларнинг касал туғилишида салмоқли ўрин эгаллашини кўрсатади. Шу жумладан уларнинг оилаларига маънавий ва иқтисодий зарар етказилади.

Замонавий тушунчалар бўйича тератоген омилларнинг туғма ривожланиш аномалияларини шаклланишида асосан, ташқи муҳит таъсирлари ва бир неча омилларнинг биргаликдаги таъси натажасида шаклланади деб тушинтирилади (1,5,7). Биринчидан она организмида ташқи таъсиротларни қабул қилиш учун ирсий мойиллик бўлиши керак, иккинчидан ривожланаётган ҳомиланинг ташқи таъсирларга жавоб реакциясига, учинчидан агент таъсир этувчи омил қачон шикастловчи таъсир кўрсатади, қачонки етарли миқдорда ва эмбриогенезнинг хавфли даврларида юзага келтира олади (2,6,7). Негатив таъсиротлар ҳомила ривожланишига қачон таъсир қилади, қачонки тўла коллорияли, микроэлемент ва витаминларга бой бўлмаган нотўлиқ овқатланиш ёки физик ва кимёвий омиллар, захарланишлар, бир қатор дори моддалари, биологик агентлар (вируслар, бактериялар ва уларнинг захарлари, паразитлар) таъсирида юзага келади. Охири йилларда Туғма ривожланиш аномалияларининг ривожланишида генлар полиморфизими генетик омиллар сифатида ўрганилмоқда (3,4).

Мақсад ва вазифалари. Негатив таъсиротларни ҳомила ривожланишидаги ўрнини ўрганиш ва прогнозларни оптималлаштириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилояти Соғлиқни сақлаш бошқармасининг 2017-2019 йиллар бўйича маълумотлари. Статистик таҳлиллар ўтказиш ўрганилди (n=993045).

Текшириш натижалари. Самарқанд вилоятида туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш 2017 йил 126 та (0,15%) туғруқлар 82125 та, 2018 йил туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш 141 та (0,18%) туғруқлар 79245 та, 2019 йил туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш 171 та (0,2%) туғруқлар 831675 та, йилдан-йилга туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш кўрсаткичи ошиб бормоқда.

Жадвал 1. Туғма ривожланиш нуқсоларининг нозологияси бўйича кўрсаткичлари

Назологияси	2017й.	2018й.	2019й.	Жами
Орқа мия чурраси	11	9	9	29
Энцефалоцелле	-	-	1	1
Гидроцефалия	2	1	7	10
Микроцефалия	-	-	1	1
Бўри танглай-қуён лаб	29	34	25	88
Гипоспадия	1	4	3	8
Туғма юрак нуқсони	29	11	21	61
Қизилўнғач атрезияси	-	-	6	6
Анус атрезияси	5	7	6	18
Қўл-оёқ редуцияси	15	20	17	52
Полидактилея	1	4	10	15
Диафрагма чурраси	-	2	1	3
Буйрак агнезияси ва дисгенезияси	-	-	1	1
Гастрошизис	2	1	1	4
Киндик чурраси	1	-	-	1
Даун синдроми	4	4	12	20
Кўп сонли нуқсонлар	12	22	12	46
Бошқалари	14	22	38	74
	126-0,15%	141-0,18%	171-0,2%	438

Туғма ривожланиш аномалияларининг учраши ва структураси: бўри танглай - қуён лаб 88, туғма юрак нуқсони 61, қўл-оёқ редуцияси 52, spina bifida 29, Даун синдроми 20, анус атрезияси 18, полидактилия 15, гидроцефалия 10, гипоспадия 8, қизилўнғач атрезияси 6, гастрошизис 4, диафрагма чурраси 3, энцефалоцелле, микроцефалия, буйрак агнезияси ва дисгенезияси ҳамда киндик чурралари 1 нафардан, кўп сонли нуқсонлар 46 ва туғма ривожланиш аномалияларининг бошқа турлари билан 74 та туғилган (1 жадвал).

Самарқанд шаҳри 111, Пастдарғом тумани 51, Самарқанд тумани 50, Ургут тумани 30, Пайариқ тумани 27, Нуробод тумани 26, Жомбой тумани 23, ларда туғма ривожланиш аномалиялари билан кўп туғилди. Булунгур 18, Нарпай 18, Тойлоқ 17, Катта кўрғон туман 17 ва шаҳари 15, Оқ дарё тумани 15 ҳамда Иштихон тумани 12 каби туманларида туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш ўртача бўлиб чиқди. Пахтачи 6 ва Қўшрабод 2 туманларида туғма ривожланиш нуқсонлари билан туғилиш кам учради (2-жадвал).

Туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилишга нисбатан яшаш жойлари бўйича ўрганиб чиқилганда қуйидагича маълумотлар олинди. Самарқанд шаҳри ва туманида свилизация, экология, Нурободда уран кони борлиги, экологияни ўрни, чорвачилик, Ургут туманида томаки экилиши, Пастдарғом, Пайариқ туманлари пахтачилик ва Жомбой тумани пахтачилик ва деҳқончилик билан шуғилланади. Туғма ривожланиш аномалиялари турли омиллар сабабли юзага келади, мултифакториалдир деб шйлаш мумкин. Ноқулай экологик шароит генларга таъсир кўрсата олиши ёки кўрсатмаслиги генлар полиморфизимини текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Жадвал 2. Самарқанд вилоятининг туманлари кесимида туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш таҳлили

Туманлар	2017й.	2018й.	2019й.	Жами
Самарқанд шаҳри	28	36	47	111
Самарқанд тумани	10	19	21	50
Нуробод тумани	10	5	11	26
Пахтачи тумани	3	2	1	6
Пастдарғом тумани	20	14	17	51
Ургут тумани	5	9	16	30
Жомбой тумани	7	6	10	23
Тойлоқ тумани	4	9	4	17
Иштихон тумани	4	5	3	12
Оқ дарё тумани	4	2	9	15
Пайариқ тумани	4	9	14	27
Булунгур тумани	5	6	7	18
Кқурғон тумани	6	6	5	17
Қўшрабод тумани	-	2	-	2
Нарпай тумани	11	5	2	18
Кқурғон шаҳри	5	6	4	15
	126	141	171	438

Хулоса. Туғма ривожланиш аномалиялари орасида кўп учраган тури: бўри танглай - қуён лаб 88, туғма юрак нуқсони 61, Қўл-оёқ редукцияси 52, spina bifida 29, Даун синдроми 20, анус атрезияси 18, полидактилия 15 бўлиб чиқди. Ўртача-гирдоцефалия 10, гипоспадия 8, қизилўнғач атрезияси 6, гастрозизис 4, диафрагма чурраси 3 каби аномалиялар билан туғилди. Энцефалоцелле, микроцефалия, буйрак агнезияси ва дисгенезияси ҳамда киндик чурралари 1 нафардан жуда паст кўрсаткичи эгаллади. Самарқанд шаҳри 111, Пастдарғом тумани 51, Самарқанд тумани 50, Ургут тумани 30, Пайариқ тумани 27, Нуробод тумани 26, Жомбой тумани 23, ларда туғма ривожланиш аномалиялари билан кўп туғилди. Булунгур 18, Нарпай 18, Тойлоқ 17, Катта кўрғон туман 17 ва шаҳари 15, Оқ дарё тумани 15 ҳамда Иштихон тумани 12 каби туманларида туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш ўртача бўлиб чиқди. Пахтачи 6 ва Қўшрабод 2 туманларида туғма ривожланиш нуқсонлари билан туғилиш кам учради. Туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш турли омиллар сабабли юзага келади, мультифакториалдир. Ноқулай экологик шароит генларга таъсир кўрсата олиши ёки кўрсатмаслиги генлар полиморфизимини текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Адабиётлар:

1. Демикова Н.С., Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации (итоги мониторинга за 2000-2010 гг.). Рос вестн перинатол и педиат 2012; 2: 91-98. (Demikova N.S., Lapina A.S. Congenital malformations in the regions of the Russian Federation (theresults of monitoring for 2000-2010). Ros vestn perinatol i pediat 2012; 2: 91-98.)
2. Дурново, Е.А. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области / Е.А. Дурново, И.А. Глявина, Н.Е. Монакова // Российский стоматологический журнал.-2013.-№ 5.-С.46-48.
3. Иванов, В.П. Врожденные пороки развития у новорожденных детей Курской области / В.П. Иванов, М.И. Чурносков, А.И. Кириленко // Российский вестник перинатологии и педиатрии.-1997.-Т. 42, №4.-С.18-23.
4. Курбатова О.Л., Васильев Ю.А., Прудникова А.С. [и др.] Изменчивость морфофизиологических и генетико-демографических признаков в группе детей с врожденными расщелинами губы и неба // Генетика.-2011.-Т. 47, № 11.-С.1514-1522.
5. Лазюка Г.И. Тератология человека.- М.: Медицина, 1991.
6. Чуйкин С.В., Шайхутдинова Д.И., и др. В этиологическом аспекте врожденные расщелины верхней губы и неба... (бензапирена, диоксида азота, оксида азота, хлористого водорода и др.).... измерениями укорочения твердого неба (патент РФ №2294146 от 27.02.2007г.).... 2010. – № 4. – С. 12. 28.

ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИННИНГ ЧАҚАЛОҚЛАР КАСАЛ ТУВИЛИШИДАГИ ЎРНИ

Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Бачадон ичи инфекцияланиши ҳомилдорлик даврида 65,3% учрамоқда. Ушбу инфекциялар чақалоқларни перинатал касал туғилиш сабабларидан биридир. Бу сабаблар орасида 27,2% ҳолларда вируслар, 26,3% ҳолларда аралаш инфекциялар ва 17,5% ҳолларда бактериал инфекциялар ўрин эгалламоқда. Бу муаммолар перинатология, акушерлик ва гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра ҳомилдорларда бачадон ичи инфекцияларини асоратларни кўп учраши, бу борадаги тиббий хизматда янги технологиялар жорий этишни кўрсатади.

Мақсад ва вазифалари. Ҳомила ичи инфекциясининг чақалоқлар касал туғилишидаги ўрнини ўрганиш. Ҳомиладорликда бирламчи босқичда антенатал парваришлаш ишларни кучайтириш йўли билан перинатал касалликлар билан туғилиш ва ўлимни камайтириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли шифохонаси чақалоқлар реанимацияси бўлимига 2018-2019 йй. қабул қилинган оғир касалликлари мавжуд чақалоқлар.

Маълумотлар 2018-2019 йй. хисоботлари бўйича ретроспектив таҳлил қилинди.

Текшириш натижалари. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли шифохонаси чақалоқлар реанимацияси бўлимига 2019 йил хисоботи бўйича умумий 1184 та касал чақалоқлар ётқизилган. Уларнинг 1076 (90,9%) нафари соматик ва 108 (9,1%) нафари жарроҳлик касалликлари билан ётқизилган. 2018 йилга 996та чақалоқлар оғир касалликлар билан қабул қилинган. 2018 йил 847 (85%) нафари соматик ва 149 (15%) нафари жарроҳлик касалликлари билан шифохонага қабул қилинган. 2019 йил оғир касалликлар билан чақалоқлар нисбаттан 15,8%га кўп ётқизилган.

2019 йил, Самарқанд вилоятининг туманлардан мурожаат қилган беморлар сони 1004 (84,8%). Бошқа вилоятлардан мурожаат қилган касал чақалоқлар сони 180 (15,2%). Шаҳар аҳолиси 16% ташкил қилди. 2018 йил Самарқанд вилоятининг туманлардан мурожаат қилган беморлар сони 839 (84,2%). Бошқа вилоятлардан мурожаат қилган касал чақалоқлар сони 157 (15,8%). Шаҳар аҳолиси 12,2% иборат бўлди. 2019 йил маълумотларига кўра, касалликлар нозологияси бўйича: марказий нерв тизими касалликлари 315 (26,6%), нафас тизими 102 (8,6%), ҳомила ичи инфекциялари 514 (43,4%), туғма ривожланиш аномалиялари 48 (4,0%), жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 108 (9,1%), иммун тромбоцитопения 10 (0,8%), чақалоқлар гемолитик касаллиги 16 (1,5%), бошқа касалликлар 71 (6,0%) ташкил қилди. 2018 йил маълумотларига асосан, касалликлар нозологияси бўйича: марказий нерв тизими касалликлари 290 (29,1%), нафас тизими 231 (23,2%), ҳомила ичи инфекциялари 206 (20,7%), туғма ривожланиш аномалиялари 68 (6,8%), жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 146 (14,7%), бошқа касалликлар 55 (5,5%) аниқланди. Иммун тромбоцитопения, чақалоқлар гемолитик касаллари мурожаат бўлмади.

Шундай қилиб, касалликлар назологияси бўйича, чақалоқлар орасида энг кўп учрайдиган турлари бу: ҳомила ичи инфекциялари 20,7%-43,4%, сезиларли ошиб бормоқда 22,7%. Туғиш аёшидаги аёллар орасида сурункали яллиғланиш жараёнлиги мавжудлиги, профилактик ишларни оқсаётганлиги, янги технологиялар яъний миллий стандарт ва протоколлар билан иш олиб бориш етарли эмаслигини кўрсатади. Марказий нерв тизими касалликлари 26,6%-29,1%, камайган 2,5%. Нафас тизими 8,6%-23,2%, сезиларли камайган 14,6%. Жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 9,1%-14,7%, камайган 5,6%. Туғма ривожланиш аномалиялари туғилиш 4,0%-6,8%, камайган 2,8%. Соғлиқни сақлаш тизимида қилинаётган ислохатлар ўз натижасини бермоқда. Айниқса нафас тизими касалликларини сезиларли даражада камайиши - бу вақтидан олдинги туғруқларда ҳомиладорларга, ҳомила дресс синдромини олдини олиш мақсадида ўтказиладиган профилактика (дексаметазон 6 мг. дан 2 маҳал ҳар 12 соатда 2 кун юбориш) ўз самарасини кўрсатмоқда.

Хулосалар. Қишлоқ аҳолиси 2019 йил 84%, шаҳар аҳолиси 16% ҳамда 2018 йил 87,8% шаҳар аҳолиси 12,2% ташкил қилди. Касалликлар назологияси бўйича, ҳомила ичи инфекциясининг ортиб бораётганлиги 20,7%-43,4% ва бошқа касалликлар 5,5%-6,0%, сонининг ҳам ортиб бориши, ҳали бу соҳалардаги ишлар самарадорлигини ва сифатини оширишни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Аюпова Ф.М., Шокирова С.М., Ибрагимова С.Р., Юлдашев Р.Н. Оценка тяжести внутриутробного инфицирования плода у беременных // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2013. – №4. – С. 53–55. (14.00.00, №3).
2. Шокирова С.М. Выявление факторов риска внутриутробного инфицирования беременных // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2013. – №4. – С. 41–42. (14.00.00, №14)
3. Насирова Ф.Д., Шокирова С.М., Ибрагимова С.Р., Мамаджанова Ш.К. Влияние хронического пиелонефрита на течение беременности у женщин // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2013. – №4. – С. 111–112. 45
4. Исмаилова С.С., Шокирова С.М., Ибрагимова С.Р., Тураева Г.Ю. Доклиническая диагностика внутриутробной инфекции новорожденного // Оналик ва болаликни муҳофаза қилишнинг долзарб муаммолари республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Бухара, 2015. – С. 46.
5. Shokirova S.M. Epidemiology, etiology, and pathogenesis of intrauterine infection // European Science Review. – Austria, 2019. – № 3–4. – pp. 66–69.

ЗАВИСИМОСТЬ К СНОТВОРНЫМ ЛЕКАРСТВАМ ПРИ ФОРМИРОВАННОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Эргашева Ю.Й., Мухсинов Н.Т.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Проблема использования различных лекарственных препаратов с целью одурманивания больными продолжает оставаться актуальной. Как правило больной с приемом алкоголя, наркотиков, содержащих каннабиноиды, транквилизаторов, антигистаминных препаратов, а в последнее время – холинолитических медикаментов (тропиамида, мидриацила) (Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н., 2011) и прегабалина (Тетендова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., 2012). Первые случаи злоупотребления препаратом Соната были описаны в зарубежной литературе в (Wilde M., Benfield P., 1995; Vandel P., Regina W., Bonin B. et al., 1999; Guillem E., Lepine J.P., 2003; Leterme

L., Singlan Y.S., Auclair V. et al., 2003). При систематическом пероральном приеме доз, в десятки раз превышающих терапевтические, появлялись признаки синдрома зависимости от соната. При отмене препарата наблюдалось абстинентное состояние, схожее с таковым при отмене опиоидов (Kavoussi R., 2003; Kisa C., Bulbul D.O., Aydemir C. et al., 2007; Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Богинская Д.Д., 2008; Bernard K, Penelaud P.F., Mocaer E. et al., 2011; Богинская Д.Д., Мохначев С.О., 2012). Злоупотребление снотворных лекарств Соната стало в последние годы одной из распространенных форм токсикомании. Это связано с тем, что Сонат широко используются как в психиатрии, наркологии для лечения, главным образом, пограничных психических расстройств, так и широкого круга соматических заболеваний. Эти препараты назначают врачи практически всех специальностей, а нередко многие пациенты используют их и без врачебного назначения.

Сонат (Зопиклон, Имован) является снотворным средством из группы циклопирролонов. Он обладает фармакологическими свойствами как: снотворным, седативным, транквилизирующим, противосудорожным и миорелаксирующим. Эти эффекты Соната связаны со специфическим агонистическим действием на омега-рецепторы (известные ранее под названием бензодиазепиновые рецепторы типа I и типа II), относящиеся к макромолекулярному комплексу ГАМК-омега, модулирующему открытие нейрональных ионных каналов для хлора. Сонат обладает свойством уменьшать время до засыпания и частоту ночных и ранних пробуждений, увеличивать продолжительность сна и улучшать качество сна и пробуждения. Данные полисомнографии продемонстрировали, что у пациентов с бессонницей зопиклон сокращает I фазу и продлевает II фазу сна, наряду с сохранением или продлением стадии глубокого сна (III и IV) и парадоксального (быстрого) сна. Особый интерес и актуальность представляет употребление Соната (Имован) в среде больных алкогольной зависимостью, к систематическому приему сверхтерапевтических доз медикамента с целью одурманивания с развитием синдрома зависимости от него. Этанол может усиливать седативный эффект соната. При одновременном применении спиртных напитков может происходить усиление эйфории, что ведет к увеличению психической зависимости.

Вместе с тем в Республике Узбекистан все чаще встречаются случаи, когда злоупотребление лекарствами сонатного ряда начинается на фоне уже сформировавшегося алкоголизма с последующим развитием полизависимости от обоих психоактивных веществ. Это не только утяжеляет течение алкоголизма, но и существенно снижает эффективность лечения. Тот факт, что приобщение к сонатам на фоне алкогольной зависимости в одних случаях сопровождается полным прекращением приемов алкоголя с трансформацией алкоголизма в сонатную зависимость, а в других - ведет к формированию полизависимости, нуждается в дальнейшем изучении. На территории Бухарской области немедицинское использование соната имело широкое распространение в 2018-2020 г.г. и повлекло за собой тяжелейшие медицинские и социальные последствия.

Целью исследования явилось изучение особенностей становления и течения алкогольной зависимости, предшествовавшей формированию осложненной сонатной зависимостью.

Материал и методы исследования. Клиническим методом обследовано 60 больных (мужчин) сонатом, осложненной алкогольной зависимостью. Возраст больных к моменту обследования составлял от 24 до 42 лет (средний возраст $30,1 \pm 5,4$ года), давность злоупотребления сонатами – от 2 до 4 лет. Ретроспективный анализ динамики злоупотребления психоактивными веществами показал, что у 60 больного клинические признаки алкогольной зависимости возникли еще до приобщения к соната, и формирование сонатной зависимости происходило на фоне хронического алкоголизма.

Результаты исследования. Изучение скорости формирования и течения алкогольной зависимости позволило выделить некоторые особенности, способные повлиять на дальнейшее оформление клинической картины осложненной сонатной зависимости, характеризующейся сочетанным приемом соната и алкоголя.

Возраст первого употребления алкоголя варьировал в диапазоне от 10 до 20 лет, в среднем составив $15,9 \pm 3,2$ года. Первый же прием алкоголя сопровождался возникновением состояния эйфории, обуславливая последующее положительное отношение к алкоголю. Ни в одном случае не регистрировалось защитной рвотной реакции организма на передозировку алкогольных напитков.

Раннее знакомство с алкогольной эйфорией, происходившее у большинства больных в подростковом возрасте, обуславливало быстрый переход на регулярный (не реже 1-2 раз в неделю) прием алкогольных напитков. Длительность до болезненного этапа систематического пьянства составляла от 2 до 8 лет.

На момент приобщения к сонатам лишь у 9,8% больных диагностировалась первая стадия алкоголизма. В отличие от доболезненного этапа регулярного употребления алкоголя она характеризовалась четким оформлением синдрома патологического влечения, возникающего преимущественно в ситуациях, предрасполагающих к пьянству. В предвкушении приема алкоголя у больного проявлялся комплекс эмоционального оживления с заметным подъемом настроения. При вынужденном отказе от участия в застолье возникало чувство неудовлетворенности, дискомфорта, внутреннего напряжения, сопровождавшееся снижением настроения и раздражительностью. По сравнению с доболезненным этапом, количество алкоголя, необходимое для достижения желаемой эйфории, возросло в 2-3 раза. После употребления первых доз спиртных напитков появлялось сильное желание продолжить выпивку, в результате больные все чаще напивались до выраженного опьянения. Употребление алкоголя носило характер однодневных алкогольных эксцессов. Наличие патологического влечения к алкоголю не осознавалось, изменение характера и частоты потребления алкогольных напитков не расценивалось как признак развивающейся алкогольной зависимости.

У этих больных первое употребление группы циклопирролонов сонат происходило, как правило, под влиянием ситуационных факторов (случайное присутствие алкоголиков). Мотивом приобщения к сонатам служило любопытство, желание испытать новые ощущения. Прием сонатом во всех случаях осуществлялся на фоне легкого алкогольного опьянения. Особенности наркотической эйфории обуславливали положительное отношение к сонатам и стремление к по-

вторному их приему. Возникновение сонатной зависимости происходило очень быстро с четким клиническим оформлением синдрома патологического влечения к сонатам.

У 92,8% обследованных больных приобщение к сонатам происходило на фоне развернутой стадии алкогольной зависимости. При этом давность алкоголизма до возникновения сонатной зависимости составляла от 1 до 2 лет.

Его клиническая картина характеризовалась наличием интенсивного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов, у части больных приобретавшего характер неодолимости. У большинства больных преобладала периодическая форма злоупотребления спиртными напитками (псевдозапой) с систематическим утренним опохмелением и высокой толерантностью к алкоголю. Клинические особенности свидетельствовали о высокой прогрессивности и неблагоприятном течении алкоголизма, предшествовавшего формированию осложненной сонатной зависимости.

Пробный прием сонатта происходил в возрасте от 21 до 35 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что у 34,1% больных период эпизодического употребления соната составлял от 6 до 12 месяцев и более. Несмотря на знакомство с наркотической эйфорией, у таких больных достаточно продолжительное время преобладало патологическое влечение к алкоголю и признаки алкогольного абстинентного синдрома. Вместе с тем начинала четко прослеживаться тенденция к учащению приема соната (нередко в период алкогольной абстиненции) с последующим переходом к их регулярному употреблению.

Характерно, что после формирования клиники сонатной зависимости больные не делали попыток полностью прекратить потребление алкоголя, используя его для усиления сонатного опьянения. С этой целью алкоголь принимался либо непосредственно перед употреблением соната (сочетанный тип употребления), либо при ослаблении признаков сонатной эйфории (перемежающийся тип употребления). Больные стремились повторить прием препарата с тем, чтобы получить ощущение эйфории, приятно возбуждения, легкого наркоманического опьянения.

Тем не менее, в клинике заболевания начинали преобладать симптомы сонатной зависимости: интенсивное влечение к сонату и развитие сонатного абстинентного синдрома после прекращения его приема. Следует отметить, что прием соната чаще всего происходили в дневное время, что уже свидетельствует о развитии токсикоманической привязанности.

На начальных этапах алкоголизма злоупотребления соната пациенты были беспричинно веселы, беззаботны, болтливы, многоречивы, назойливы и двигателью подвижны. Внимание их неустойчиво, они легко переходили с одной темы на другую, недостаточно критически оценивали происходящее вокруг них и собственное поведение. Их эмоциональные реакции, поведение не соответствовало ситуации, они испытывали жажду деятельности, но эта деятельность было крайне непродуктивна; в опьянении настроение были неустойчивы, благодушие внезапно сменились недовольством или вспышкой гнева. При объективном обследовании выявлялись неврологические нарушения, выраженность которых зависели от степени опьянения: расстройство координации и речи, мышечная слабость. Движения становились неточными, порывистыми, размашистыми. Наблюдался дрожание пальцев рук, неуверенность в походке, пошатывание при ходьбе, речь смазанная, невнятная, замедленная, иногда скандированная. Наблюдался опущение век, затруднение движения глазных яблок в сторону, расходящееся косоглазие. А при тяжелом опьянении - нарушение движения глазных яблок с полной неподвижностью зрачка и двустороннее опущение век. Зрачки широкие, фотореакции вялые или отсутствовали. Рефлексы нарушены, снижался их величина, а также температура тела, отмечался угнетение безусловных вегетативных рефлексов, сухость во рту. В тяжелой интоксикации движения больных приобретали хаотический характер, речь становилась бессвязной, а поведение непредсказуемым. Токсические дозы соната вызывали острое отравление, сопровождающееся расстройством сознания различной степени, от оглушения до комы. В период абстиненции преобладали тревожно-угнетенный фон настроения, больные угрюмы, подавлены, раздражительны и беспокойны. Они не находили себе места, неусидчивы, постоянно меняли позу. Отличительный признак, не встречающийся при других видах наркомании и токсикомании, - боли в суставах (коленных, локтевых, плечевых). Пациенты ощущали мышечные боли, сон и аппетит были нарушены. Нарушен стул, нередко наблюдался понос. Таким образом, проведенное исследование выявило определенные особенности алкогольной зависимости, предшествующей формированию осложненной сонатной зависимости. Установлено, что присоединение зависимости от соната может происходить как в начальной, так и развернутой стадии алкоголизма. В первом случае приобщению к сонатам чаще способствуют случайные (ситуационные) факторы. Формирование сонатной зависимости при этом происходит быстрыми темпами, определяющимися высокой наркогенностью соната. При приобщении к сонатам на фоне развернутой стадии алкоголизма первоначально может сохраняться влечение к алкоголю с эпизодическим характером приема соната в течение более или менее продолжительного периода времени. Характерно, что в этих случаях предшествующая алкогольная зависимость чаще формируется в относительно короткие сроки, ее симптомы достигают значительной тяжести, а динамика характеризуется высокой прогрессирующей.

При преобладании симптомов соната в общей картине зависимости сохраняется стремление к употреблению алкоголя для усиления или пролонгирования состояния эйфории. Полученные данные свидетельствуют о необходимости углубленного исследования целого комплекса биологических, психологических и социальных факторов, способствующих формированию осложненной сонатной зависимости.

Литература:

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. - С. 42-52
2. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний. Руководство по наркологии. – М.: Медпрактика, 2002. - Т.1. - С.8-32

3. Стрелец Н.В. Клиника и лечение полинаркомании. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С.214-222
4. Рохлина М.Л., Мохначёв С.О. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. - С. 320-323
5. Гофман А.Г., Клиническая наркология. М-Меклош, 2003. С.184-201

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Юлдашев Б.А., Муродова М.Дж., Ахмеджанова Н.И., Юлдашева Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. За последнее десятилетие резко возрос интерес к поражению сердечно-сосудистой системы при заболевании почек. Риск развития кардиальной патологии у больных на различных стадиях хронических заболеваний почек намного выше, чем в общей популяции. Частота ремоделирования миокарда у детей с ХБП 1-3 стадии составляет 17-23%, а на момент начала диализной терапии обнаруживается у 69-82 % детей. К спектру кардиоваскулярных поражений относятся гипертрофия и дисфункция левого желудочка, аритмии и аномалии крупных артерий, такие как утолщение интимы каротид, раннее формирование кардиомиопатии и атеросклероза. Учитывая важность своевременного выявления и способность прогнозирования развития осложнений, особое значение приобретает разработка и внедрение современной диагностической аппаратуры, которая способна давать более полноценную и объёмную информацию. Компьютерный гемодинамический анализатор «Кардиокод» дает новую возможность оперативно получить информацию о показателях центральной и внутрисердечной гемодинамики, что имеет большое прогностическое значение для диагностики патологических процессов на ранних стадиях. В связи с этим целью исследования явилось: оценить возможности различных современных методов диагностики кардиоваскулярных нарушений у больных с хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы обследования: Обследовано 42 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском областном детском медицинском многопрофильном центре, которые были разделены на две нозологические группы. Из общего числа обследованных у 18 детей (42 %) диагностирован хронический пиелонефрит, а у 24 детей (48 %) хронический гломерулонефрит. Среди больных преобладали дети младшего школьного возраста (7-12 лет) - 45%, количество детей преддошкольного возраста (4-6 лет) и старшего школьного возраста (13-17 лет) составило 22% и 33% соответственно. Среди больных обеих групп, независимо от возраста, несколько преобладали мальчики (62,0%). Всем детям проведено клиническое и лабораторно – инструментальное нефрологическое и кардиологическое обследование. Для определения стадии ХБП была использована оценка показателей скорости клубочковой фильтрации (СКВ) с расчетом скорости клубочковой фильтрации по Schwartz. В обе группы вошли дети с 1-3 стадией заболевания. Мы целенаправленно взяли такую категорию больных, так как именно у этих детей не всегда удается выявить реальную картину степени вовлечения в патологический процесс сердечно-сосудистой системы.

Обсуждение результатов: По данным электрокардиографического исследования выявлены блокады различного генеза такие как неполная блокада правой ножки пучка Гиса в 27 % случаев, неполная блокада левой ножки пучка Гиса у 10 % больных. Среди сердечных аритмий на первом месте по частоте встречаемости у 44 % детей с ХБП оказалось синусовая тахикардия. Синусовая тахикардия преобладала у детей с хроническим гломерулонефритом по сравнению с хроническим пиелонефритом и встречалась в 66% и 44,0% случаев соответственно. Проявлением вегетативной дисфункции у 3% больных также была синусовая брадикардия. Признаки гипертрофии левого желудочка выявлены у 16 % больных.

При эхокардиографическом исследовании сердца недостаточность сердечных клапанов (1 степени) преимущественно встречалась у детей с хроническим гломерулонефритом. Так у 13% больных обнаружена недостаточность трикуспидального клапана, у 15% больных - недостаточность митрального клапана, и у 12% больных недостаточность аортального клапана. Тогда как лишь только у одного больного с хроническим пиелонефритом диагностирована недостаточность митрального клапана. Подтверждены данные ЭКГ о выявлении у 36% детей увеличенных размеров левого желудочка. Объемные показатели левого желудочка имели тенденцию к увеличению у детей с хроническим гломерулонефритом в сравнении с группой больных хроническим пиелонефритом. Выявлены признаки экссудативного перикардита у 22 % больных преимущественно с хроническим гломерулонефритом.

В комплекс дополнительного кардиологического обследования была включена оценка гемодинамических показателей на основе данных гемодинамического анализатора «Кардиокод» (производство Россия). Данный прибор позволяет предельно просто и с высокой точностью оперативно выявлять любые изменения и отслеживать развитие процессов в сердечно-сосудистой системе. «Кардиокод» представляет собой приставку к любому типу компьютера, работающего на платформе «Windows».

Прибор реализует математическую модель гемодинамики, где информативным сигналом является ЭКГ, вспомогательным РЕОграмма. Синхронное снятие ЭКГ в одном отведении и реограммы с восходящей аорты в сочетании с методом фазового анализа сердечного цикла позволяет определить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с целью ранней, доклинической диагностики заболеваний и оценки эффективности проводимой терапии.

Основными диагностируемыми параметрами кардиокода на основании фаз сердечного цикла являются: функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы, гемодинамические показатели сердечно-сосудистой системы и метаболическая характеристика мышц сердца.

Функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы заключается в определении сердечного индекса, то есть минутного индекса, как одного из показателей насосной функции сердца и при этом он выражается как отношение минутного объема к площади поверхности тела. Отмечено снижение этого показателя у 37 (88%) детей и в среднем диагностировался на уровне 1,6 л/мин·м², в норме он равен 3-4 л/мин·м². Другим показателем функциональной характеристики является индекс жесткости – то есть показатель снижения эластичности сосудов. Он был повышен у 37 (88%) исследуемых.

Основными гемодинамическими показателями сердечно-сосудистой системы явились ударный объем и минутный объем крови. Ударный объем – это объем крови, перекачиваемой сердцем, левым и правым желудочком в единицу времени. В среднем составил 21,5 мл (норма 25-60 мл) и был снижен у 22 (52%) больных детей. Минутный объем – это количество крови, которое сердце прокачивает в минуту. В среднем составил 2 л, этот показатель был снижен у 19 (45%) больных (норма 2,2-3,5 л).

В сердечном цикле фазы систолы делятся на две группы, первая, в которой сокращения мышц сердца происходят в аэробном процессе, вторая – в анаэробном. Энергетически наиболее мощный аэробный процесс. Он обеспечивается окислением жирных кислот. Аэробные процессы на ЭКГ отражаются в фазах Q – R и R – S. Основным показателем аэробного процесса является кислород, который был снижен у 19 (45%) больных и регистрировался в среднем на уровне 0,45 у.е. (норма 0,5-0,85 у.е.). За аэробным процессом следует анаэробный процесс, энергетически его обеспечение основывается на расщеплении углеводов. При этом будет выделяться молочная кислота (лактат). Процессы с образованием лактата происходят на фоне постоянного напряжения мышц сердца и давления на них со стороны крови, находящейся внутри желудочков. Показатели лактата были повышены у 7 (17%) больных, и в среднем регистрировались на уровне 7,4, у.е. (норма 3-6 у.е.). Для анаэробного процесса, после снятия давления на мышцы со стороны крови внутри сердца, но при сохранении постоянного напряжения мышц, отражает остаточное состояние мышц, соответствующее остаточному уровню креатинфосфата. Этот показатель был повышен у 14 (33%) пациентов, в среднем определялся на уровне 6,74 у.е. (норма 2-4 у.е.).

Таким образом, представленные методы диагностики кардиоваскулярных осложнений ХБП на ранних стадиях заболевания в достаточной степени позволяют оценить состояние работы сердечно-сосудистой системы. Полученные результаты различных способов диагностики не противоречат, а лишь дополняют друг друга. Известные нам ЭКГ и ЭхоКГ в основном дают представление о нарушениях проводимости, сократительной способности миокарда, гипертрофии миокарда, а также о функциональном состоянии сердца. На наш взгляд кардиометрия основанная на показаниях гемодинамики и фазового сердечного цикла успешно дополняет общее представление о деятельности сердечно-сосудистой системы. Определены новые параметры и критерии диагностики с учетом компенсаторных и ресурсных возможностей работы сердца.

Выводы: Основываясь на вышеизложенном, представляется возможность активного наблюдения за больными с хронической болезнью почек для целенаправленной ранней диагностики у них кардиоваскулярной патологии. Предлагаемый метод кардиометрии позволяет предельно просто и с высокой точностью оперативно выявлять любые изменения и отслеживать развитие процессов в сердечно-сосудистой системе. Раннее выявление сердечно-сосудистых осложнений позволяет провести своевременную кардиопротективную терапию и тем самым улучшить прогноз заболевания.

Литература:

1. Андреева Д.М. Характер сердечно-сосудистых нарушений у детей с хроническими заболеваниями органов мочевой системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2011. – 26 с.
2. Первунина Т.М. Кардиоренальные взаимоотношения при изолированных и сочетанных врожденных пороках сердца и почек у детей: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2019. – 53 с.
3. Фейзуллаева Н.Н. Состояние сердечно-сосудистой системы при уронефрологических заболеваниях у детей // Сибирский медицинский журнал. – 2010. - №3. - С.8-13.
4. Olga K. Voronova, Mikhail Y. Rudenko, Vladimir A. Zernov. The G.Poyedintsev - O. Voronova mathematical model of hemodynamics. *Cardiometry*; Issue 14; May 2019; p.10-15; DOI: 10.12710/cardiometry.2019.14.1015

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Юлдашева А.Н., Худоярова Д.Р., Камалова Д.Д., Рахимов Ж.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. У беременных женщин сердечно-сосудистые заболевания являются одним из основных экстрагенитальных заболеваний. Несмотря на использование современных методов диагностики в течение последних 10 лет, ВПС остаются одной из основных причин материнской смертности. По данным Российских авторов ВПС среди беременных встречается у 7-8% женщин [1,2]. Беременность и роды являются фактором риска для жизни матери и ребенка у женщин с врожденными пороками сердца [1,20]. Невзирая на улучшение диагностики и комплексной терапии сердечно-сосудистых заболеваний у беременных, расширение показаний к вынашиванию беременности, проблема снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при врожденных пороках сердца (ВПС) у беременных не те-

яет своей актуальности до сих пор. Среди различных заболеваний сердца именно врожденные пороки сердца долгое время считались противопоказанием для беременности, но результаты клинических исследований показали, что большинство больных женщин в состоянии перенести беременность и роды без ущерба для здоровья. Прогноз определяется не только формой порока сердца, но и тем, сопровождается ли он недостаточностью кровообращения, повышением давления в легочной артерии и выраженной гипоксией [3,10,20]. Патология сердечно-сосудистой системы и беременность не могут рассматриваться как простое сочетание двух состояний организма женщины, так как беременность и обусловленные ею изменения гемодинамики, метаболизма, водно-солевого обмена, массы тела и другие требуют от сердца реализации его компенсаторных механизмов. Вышеуказанные изменения в определенных случаях, могут осложниться срывом адаптационных возможностей и исход может быть трагическим. Эти факторы отягощают прогноз и служат причиной осложненного течения беременности, родов и развития плода [4,7,14]. Потребность в кислороде при физиологической беременности увеличивается на 15-25%, а у беременных с врожденными пороками сердца – выше, более чем в 2 раза [3,10,11]. Хроническая гипоксия у беременных с врожденными пороками сердца может приводить к развитию врожденных аномалий плода в 15-20% случаев, в 5% случаев приводит к развитию порока сердца у плода, в 10-12% - к поражению центральной нервной системы, к преждевременным родам - от 11% до 23%, недошенность плода может встречаться от 29,2% до 40% случаев, в 20-22% случаев способствует гиперрефлексии плода [19,20]. Роды являются стрессовым состоянием, требующим большого напряжения всех систем организма женщины, при этом болевые ощущения, психологические и физические напряжения увеличивают гемодинамические нарушения. Обсуждались различные варианты родоразрешения в зависимости от компенсаторных возможностей организма женщины, стадий нарушения кровообращения при тех или иных видах пороках, а также от особенностей кардиогемодинамики каждого случая в отдельности. В настоящее время единым мнением является то, что родоразрешение женщин с пороками сердца должно производиться преимущественно через естественные родовые пути. По данным многих исследований, при компенсированном кровообращении во время беременности или начальных стадиях его недостаточности, ликвидированных к сроку родов, выключение потуг не требуется. Исследования гемодинамических параметров показали, что по сравнению с другими методами родоразрешения, наименьшие сдвиги в системе кровообращения происходят при родах с выключением потуг во избежание отека легких и острой сердечной недостаточности [17,18]. В последние годы в акушерской практике все шире используются методы перидуральной анестезии у рожениц с заболеваниями сердца. Многие авторы говорят о том, что благодаря именно этому методу анестезии в родах и послеродовом периоде удается добиться стойких показателей гемодинамики и дыхания [8,12,16]. При выборе метода родоразрешения важную роль играет не форма порока сердца или заболевание миокарда, а функциональное состояние сердца к моменту родов [3,4]. По данным многих исследователей женщины с ВПС лучше переносят роды через естественные родовые пути, а оперативное родоразрешение рекомендуется проводить лишь по акушерским показаниям. В родах у беременных с ВПС часто (в 18,4-26%) наступает раннее и преждевременное излитие околоплодных вод, однако слабости родовой деятельности не возникает. Своевременная госпитализация и рациональное родоразрешение позволяют достичь благоприятных исходов как для матери так и для плода. У большинства пациенток выявляются более серьезные врожденные пороки сердца, которые ранее были подвергнуты оперативным вмешательствам и эта группа пациенток имеет высокий риск акушерских и перинатальных осложнений, а также декомпенсации основного заболевания.[5,7]. Несмотря на то, что в последние годы наблюдается значительное улучшение в лечении беременности и родов у женщин с врожденными пороками сердца, доведение до доношенного срока беременности и коррекция гемодинамических изменений, эта проблема в акушерстве по-прежнему остается актуальной [13,17].

Нами планировалось изучить течение беременности и перинатальные исходы у женщин с врожденными пороками сердца, определить частоту форм врожденных пороков сердца среди беременных с ВПС.

Материал и методы исследования: Нами изучено 70 историй родов женщин с ВПС, которые были родоразрешены в акушерской клинике СамМИ за период 2018-2019 гг. Пациентки были разделены на 2 группы: I группа- 35 беременных женщин, страдающих различными видами ВПС с хирургической коррекцией; II группа - 35 беременных с врожденными пороками сердца без хирургической коррекции.

Результаты исследования: Наши исследования показали, что частота и формы ВПС у женщин I группы представлены следующим образом: пролапс митрального клапана (ПМК) без недостаточности кровообращения - 40%, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - 28%, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 22%, ПМК с недостаточностью кровообращения - 4%, стеноз аортального клапана - 2%, стеноз митрального клапана - 2%, открытое овальное окно - 2%.

Во II группе частота и формы порока сердца представлены: ПМК без недостаточности кровообращения - 10%, ДМПП - 22%, ДМЖП - 15%, ПМК - 14%, ПМК с недостаточностью кровообращения - 28%, стеноз аортального клапана - 5%, стеноз митрального клапана - 2%, открытое овальное окно - 4%. Осложненное течение беременности наблюдалось у 28,5% (10) женщин первой группы, а во второй группе - в 34,2% (12) случаев. У беременных I группы часто встречались угроза прерывания беременности в первом и во втором триместре в 12,5%, среди II группы угроза прерывания встречались в 15% случаев. При сравнении групп угроза прерывания беременности во втором триместре чаще встречалась у женщин с некоррированными пороками сердца - в 22,8% (8), тогда как в первой группе - 17,1%(6) случаев. Среди первой группы рвота беременных встречалась в 14,2% (5), а во второй группе - 20% (7) случаев. Анемия беременных наблюдалась 100% в обеих группах наблюдения. По результатам исследования в первой группе у 6 (17,1%) беременных с ВПС имелись проявления преэклампсии разной степени выраженности. Во второй группе преэклампсия диагностирована у 5(14,2%) беременных. Течение беременности у женщин с врожденными пороками сердца осложнялось наруше-

нием гемодинамики в виде сердечной недостаточности различной степени тяжести. Сердечная недостаточность в первой группе диагностирована в 25,7% (9), а во второй группе у 34,2% (12) женщин. Сердечная недостаточность II степени установлена в 20% (7) пациенток второй группы. Послеродовой период у женщин с ВПС зачастую (17,2% случаев), осложняется маточным кровотечением, особенно при наличии сердечной недостаточности, в то время как патологическая кровопотеря наблюдалась в 3-4% от общего числа родов. В наших исследованиях, несмотря на благополучное течение беременности в группе женщин с ВПС 20 (57,1%) женщин родоразрешены оперативным путем. Самый высокий процент оперативного родоразрешения по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалось среди пациенток второй группы - 25(75%) случаев. По сочетанным показаниям кесарево сечение в основной группе проведено у 5 (17,1%) женщин. У трех (8,6%) женщин оперативное родоразрешение проведено в связи с наличием рубца на матке после кесарево сечения при предыдущих родах. Экстренное оперативное родоразрешение во второй группе проведено в 22,8% (8), в первой группе составило 8,5% случаев. Во второй группе роды через естественные родовые пути наблюдались почти в 2 раза меньше, чем в первой группе. У рожениц исследованных групп, родоразрешенных через естественные пути, были отмечены такие осложнения родового акта как: дородовое излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, быстрые роды, гипотоническое кровотечение. Околоплодные воды окрашенные меконием, были отмечены в 22,8% (8) случаев второй группы беременных, зеленого цвета - в первой группе 8,5% (3), во второй группе - в 25,7% (9). Врожденный порок сердца способствует формированию субкомпенсированных форм плацентарной недостаточности, о чем свидетельствует высокий процент задержки внутриутробного развития в 25,7% (9) у детей второй группы, в первой группе - 11,5% (4) случаев. Так как лечение не проводилось в обеих группах, это привело к рождению детей с синдромом внутриутробной задержки развития плода в 75-78%. Гипоксия плода при кардиотокографическом исследовании диагностирована у 2% женщин первой группы, а у беременных второй группы диагностирована – в 4% случаев. Врожденный порок развития плода (гидроцефалия), выявленная при УЗИ скрининге диагностирована у 1(2,8%) беременной с ВПС во второй группе.

Выводы: 1. Беременные женщины с врожденными пороками сердца входят в группу высокого риска осложненного течения беременности и послеродового периода, а также составляют риск на возникновение материнской и перинатальной смертности. 2. Ведение беременности у женщин с врожденными пороками сердца требует особого внимания. Для этого беременные с врожденными пороками сердца должны быть госпитализированы в специализированный стационар для решения вопроса о сохранении беременности до 12-й недели беременности. Повторная госпитализация в сроке 28-32 недели беременности (период наибольшей гемодинамической нагрузки) необходима для дообследования и комплексного лечения больной и за 3 недели до предполагаемых родов необходимо госпитализация беременной для определения акушерской тактики. Наши исследования показали, что у беременных с ВПС без коррекции в 60% случаев роды закончились операцией кесарево сечение, а в 40 % случаев роды произошли через естественные родовые пути. 3. Таким образом, для снижения частоты кесарево сечения необходимо комплексное лечение для снижения гемодинамических нарушений и сердечной недостаточности. Это даст возможность рождения плода через естественные родовые пути.

Литература:

1. Акушерство: национальное руководство. Под редакцией Э.К.Айламазяна и др. М:Геотар-Медиа,2014. 668.
2. Акушерство: национальное руководство под руководством Г.М.Савельевой и др. М:2013 342.
3. Бухонкина Ю.М., Стрюк Р.И. особенности течения гестации и родов у женщин с корригированными и некорригированными врожденными пороками сердца. Человек и лекарство. Сборник материалов 17-го Росс. Нац.конгресса-М:2010г, с.60
4. Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф., Субханкулова А.Ф Ведение беременных с врожденными пороками сердца // Вестник современной клинической медицины 2016г Том 9 вып.4 с 83-88
5. Казачкова Э.А., Воробьев И.М., Казачков Е.Л., Пороки сердца у беременных в свете учения патоморфозе //журнал Трансляционная медицина 2017 с 10-11
6. Казачкова Э.А., Воробьев И.В., Особенности течения беременности и перинатальных исходов у женщин с пороками сердца умеренного и высокого риска //журнал Трансляционная медицина 2017 с 11-12
7. Куркович И.В., Белуга М.В., Юркевич Т.Ю., Зубовская Е.Т., Митрошенько И.В., Демидова Р.Н. Особенности клинического течения беременности в зависимости от гемодинамической характеристики врожденного порока сердца //журнал Трансляционная медицина 2017 с 10-11
8. Нематиллаева Н.М. Беременность и роды на фоне врожденных порока сердца, 2012 г.
9. Серебренникова К.Г., Гаврилова А.В. Перинатальные исходы у беременных с врожденными пороками сердца. М., 2011г
10. Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов. Андрология и генитальная хирургия 6(1) 20-22. 2005
11. Шехтман М.М. и соавторы. Экстрагенитальная патология и беременность. М.,2009г
12. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухмелдова Ш.С., Умарова Г.М. структура сердечно-сосудистых заболеваний и методы родоразрешения// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья,2012.№4,с.36-37
13. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухмелдова Ш.С.,Неъматова З.Г. Современные подходы к ведению беременности и родов у женщин с недостаточностью кровообращения// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2012, №4,с.37-38

14. Элтазарова Г.Ш. Репродуктив ёшда куп учрайдиган инфекциялар ва ОИВ/ОИТСнинг урни хамда хомиладорликнинг асоратлари. Тошкент-2017
15. Элтазарова Г.Ш. Гестациянинг инфекциялар фониди кечиши ва окибатлари. Тошкент-2018й
16. Khairy P., David W., Ouyang M.D. et.al. Pregnancy outcomes in women with Congenital heart disease// Circulation,2009, Vol.113/p/517-524
17. Stout K. Pregnancy in women with Congenital heart disease:the importance of evaluation and counseling// Heart, 2011, 40;33-37

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ БЕСПЛОДНЫХ ПАР

Юлдашева С.З., Кучкарова Д., Аскарова Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения бесплодным считается брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течение года регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции. Частота этой проблемы составляет от 8 до 19%, что считается критическим уровнем. Внутриматочная инсеминация (ВМИ) – малоинвазивная и недорогая процедура, является лечением первой линии по широкому спектру показаний в репродуктивной медицине. Сущность метода заключается в том, что в непосредственно полость матки женщины вводят предварительно обработанную сперму мужчины (пересаживание методом центрифугирования и флотации или пересаживание в градиенте плотности). (1,2) ВМИ включает своевременное запланированное оплодотворение сперматозоидов в матку либо в естественных циклах, либо после стимуляции яичников. По сравнению со стимулированным ВМИ, естественный цикл ВМИ предпочтительнее для пациентов из-за преимуществ, включая более низкую стоимость лекарств и меньшую частоту многоплодной беременности (3). Известно, что время инсеминации является одним из наиболее важных факторов, влияющих на успешность ВМИ (4, 5). Существуют различные методы определения времени проведения ВМИ, и введение хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) широко применяется в клинической практике. В многочисленных клинических исследованиях оценивали влияние ХГЧ на исходы беременности, но пришли к противоречивым выводам (6,7). Такие противоречивые результаты являются результатом клинических показаний, возраста женщины, исходных характеристик участников исследования, качества спермы, времени или типа стимуляции яичников.

В данном исследовании была изучена большая группа женщин, перенесших ВМИ.

Цель: оценить результативность внутриматочной инсеминации у бесплодных супружеских пар на исходы беременности в естественных и стимулированных циклах.

Материалы и методы. Это ретроспективное исследование включало женщин, перенесших ВМИ. Испытание проводилось в период с 2017 года по 2019 года в клинике фертилит коннект. От пациентов получены письменное соглашение. Перед циклами ВМИ все женщины прошли базовое обследование фертильности, которое включало оценку следующего: 3-й день цикла ФСГ, ЛГ, эстрадиол, антимюллеров гормон (АМГ), пролактин и уровни тиреотропного гормона (ТТГ), гистеросонография (при минимум за 1 месяц до ВМИ), а также трансвагинальное УЗИ для оценки анатомии таза и фолликулярного мониторинга. Критерии включения в исследование: возраст ≤ 35 лет, регулярные менструальные циклы (28–35 дней), нормальный исходный гормональный профиль и проходимость по крайней мере одной фаллопиевой трубы. Критериями исключения были наличие нерегулярных менструальных циклов, бесплодие трубного фактора, подтвержденный эндометриоз, диагноз синдрома поликистозных яичников, аномальные уровни ТТГ или пролактина, или любое известное метаболическое или эндокринологическое заболевание. Женщины с неполными медицинскими записями были исключены из исследования, как и женщины, принимавшие какие-либо лекарства.

Выбор использования триггера ХГЧ и трансвагинального ультразвукового исследования был сделан в соответствии с предпочтениями пациента и возможностью мониторинга. Последовательное ультразвуковое исследование для мониторинга фолликулов было начато в 10-й день цикла для всех циклов. Когда была диагностирована овуляция, немедленно проводилось инсеминация.

В группе со спонтанной овуляцией (на основе трансвагинального ультразвукового исследования) инсеминация проводилась в течение 24 часов после обнаружения первого положительного теста на ЛГ в моче или после выявления ультразвуковых признаков, указывающих на овуляцию. В индуцированной овуляции группы (введения триггера ХГЧ), когда ведущий фолликул достиг диаметра 18 мм или мочевого ЛГ появился, овуляция была вызвана использованием 10000 МЕ рекомбинантного ХГЧ (choriogonadotropin альфа). Качество спермы оценивали до и после обработки. Процедура инсеминации была одинаковой для всех женщин, постельный режим сохранялся в течение 20 мин после инсеминации. Через 14 дней после оплодотворения проводился анализ мочи на беременность, и в случае положительного результата через 14 дней проводилось трансвагинальное ультразвуковое исследование для оценки исхода беременности.

Для выделения сперматозоидов из спермы использовали отмывание от семенной плазмы, центрифугирование эякулята в градиенте плотности. Для выделения сперматозоидов из спермы применяли «PureSperm» («Nidacorp International AB», Швеция).

Результаты исследования. Необходимым условием проведения ВМИ являются: проходимость маточные трубы и «достаточные» показатели спермы после обработке в градиенте плотности. ВМИ должна проводиться по строго-

отработанному протоколу. Клиническая беременность была подтверждена наличием сердцебиения плода при ультразвуковом сканировании через 7 недель после оплодотворения. Выкидыш определялся как потеря клинической беременности до 28-й недели беременности. Живорождение было определено как рождение живого новорожденного после 28 недель беременности. Нашим основным критерием оценки был коэффициент живорождения. Наши вторичные результаты включали частоту клинических беременностей и частоту выкидышей. В свете обнаруженных значительных различий, связанных с числом внутриматочных осеменений между группой ХГЧ и группой ЛГ в моче, был проведен анализ подгруппы для оценки воздействия одного по сравнению с двумя инсеминациями в данном цикле как для групп ХГЧ, так и для групп ЛГ в моче.

Статистический анализ выполнялся с помощью SPSS Statistics 20.0 (IBM). Средние значения и стандартные отклонения были рассчитаны для каждой непрерывной переменной, тогда как процентные значения были определены для категориальных переменных. Непрерывные переменные сравнивали с *t*-критериями Стьюдента. Категориальные переменные сравнивались с помощью критериев хи-квадрат и точных критериев Фишера. Единый многомерный логистический регрессионный анализ (с включением метода определения времени овуляции в качестве категориальной объясняющей переменной) был проведен для оценки независимого влияния введения ХГЧ на репродуктивные результаты после корректировки возможных смешивающих факторов, включая возраст матери, ИМТ, количество случаев внутриматочного осеменения, и базальные уровни гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, АМГ). А $P < 0,05$ считалось статистически значимым.

Процент беременности в общей группе составил 18%. В приблизительном анализе, по сравнению с группой спонтанной овуляции, группа ХГЧ имела значительно более высокие показатели клинической беременности [27,40 против 22,73%, OR (95% ДИ): 1,28 (1,11–1,49); $P = 0,001$] и коэффициенты живорождения [24,52 против 20,13%, OR (95% ДИ): 1,29 (1,11–1,50); $P = 0,001$]. Кроме того, не наблюдалось разницы в частоте выкидышей между двумя группами [10,50 против 11,46%, OR (95% ДИ): 0,91 (0,60–1,36); $P = 0,671$]. Обратите внимание, что значительно увеличившаяся частота клинической беременности и живорождений в группе ХГЧ все еще была обнаружена после корректировки на ряд сопутствующих факторов.

Чтобы оценить влияние количества внутриматочных осеменений на исходы беременности, был проведен анализ подгрупп (однократная ВМИ, двойная ВМИ). Среди женщин, получавших двойную ВМИ, не было различий между группой ХГЧ и группой спонтанной овуляции в показателях клинической беременности [27,30 против 25,00%, OR (95% ДИ): 1,12 (0,88–1,44); $P = 0,343$] или живорождение [24,46 против 20,66%, OR (95% CI): 1,24 (0,96–1,62); $P = 0,102$]. Однако среди пациенток с однократным ВМИ женщины из группы ХГЧ достигли значительно более высоких показателей клинической беременности [28,23 против 21,80%, OR (95% ДИ): 1,41 (1,09–1,81); $P = 0,009$] и живорождения [25,00 против 19,91%, OR (95% ДИ): 1,34 (1,03–1,74); $p = 0,032$]. Также группы были разделены по возрасту, процент успешности в группе до 37 лет составил 14%, в группе старше 4%. Пациентки с бесплодием до 5 лет имели больший успех -14%, группа с длительности от 5 и более лет -1-5%. Мужской фактор бесплодия составил 6,5%. Таким образом, заключение ВМИ должна оставаться на первой линии программ ВРТ, в том числе и при мужском факторе бесплодия.

Заключение. Применение комбинированного метода выделения прогрессивно подвижных половых клеток позволяет получить популяцию сперматозоидов со значительно лучшими морфологическими характеристиками по сравнению с нативным эякулятом как при нормо-, так и при патоспермии.

Литература:

1. Де Гейтер Ч., Калхаз-Хорхе С., Купка М.С., Винс С., Мокану Э., Мотренко Т. и др. Искусство в Европе, 2014: результаты, полученные из европейских регистров eShre: Европейский консорциум по мониторингу lvf (Eim) для Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (Eshre). Hum Reprod. (2018) 33: 1586–601. DOI: 10.1093 / humrep /
2. Велтман-Ферхюльст С.М., Хьюз Э., Айелек Р.О., Колен Б.Дж. Внутриматочная инсеминация при необъяснимой недостаточности фертильности. Cochrane Database Syst Rev. (2016) 2: CD001838 – CD. DOI: 10.1002 / 14651858.CD001838.pub5
3. Cohlen B., Bijkerk A, Van der Poel S, Ombelet W. lui: обзор и систематическая оценка доказательств, поддерживающих глобальные рекомендации. Обновление Hum Reprod. (2018) 24: 300–19. DOI: 10.1093 / humupd / dmx041
4. Мастерская группы Эшре Капри. Внутриматочная инсеминация. Обновление Hum Reprod. (2009) 15: 265–77. DOI: 10.1093 / humupd / dmp003
5. Плоскер С.М., Якобсон В., Амато П. Прогнозирование и оптимизация успеха программы внутриматочной инсеминации. Hum Reprod (Оксфорд, Англия). (1994) 9: 2014–21. DOI: 10.1093 / oxfordjournals.humrep.a138385
6. Киру Д., Колибианакис Э.М., Фатеми Х.М., Гримбизис Г.Ф., Теодоридис Т.Д., Камю М. и др. Спонтанный запуск овуляции по сравнению с введением ХГЧ у пациентов, перенесших ИУИ: проспективное рандомизированное исследование. Репродукция Биомед онлайн. (2012) 25: 278–83. DOI: 10.1016 / j.rbmo.2012.05.005
7. Martinez AR, Bernadus RE, Voorhorst FJ, Vermeiden JP, Schoemaker J. Контролируемое исследование индуцированной хорионическим гонадотропином овуляции человека в сравнении с выбросом лютеинизирующего гормона в моче для определения времени внутриматочной инсеминации. Hum Reprod. (1991) 6: 1247–51. DOI: 10.1093 / oxfordjournals.humrep.a137521

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Юсупова М.А., Назирбаева З.К.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. В популяции современного человечества значительно увеличилась заболеваемость хроническими болезнями почек (ХБП). Важно отметить, что наряду с ростом частоты данных заболеваний происходит и омоложение их дебюта со сдвигом его в сторону репродуктивного возраста. Тем самым создаются предпосылки для развития тяжелых хронических заболеваний у молодых женщин, в том числе у беременных. Согласно исследованиям, проведенным в 2017 г., за последние два десятилетия число беременных с болезнями почек в России увеличилось в 4 раза [1]. Свою роль в этом увеличении играет специфика нефрологических болезней, которые из-за латентного малосимптомного течения вплоть до терминальной стадии почечной недостаточности часто не диагностируются и относятся благодаря этой особенности к категории болезней - «тихих убийц» [9]. Беременность является своеобразным триггером для начала их проявления и, соответственно, диагностики. Согласно данным итальянской исследовательской группы по изучению осложнений при ХБП у беременных, число беременных с разнообразными нефрологическими заболеваниями в популяции составляет 3-4% и неуклонно растет [4,5].

В свою очередь преэклампсия (ПЭ) является таким осложнением беременности, для которого свойственно глубокое расстройство функций жизненно важных органов и систем будущей матери. Преэклампсия осложняет от 1,3% до 6,7% всех беременностей и остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1]. По данным ВОЗ преэклампсия диагностируется у 28% беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. В высокоразвитых странах мира материнская смертность от гипертензивных нарушений составляет в среднем 20%. По данным анализа причин материнской смертности за 2005 год установлено, что причина смерти в половине случаев приходится на преэклампсию тяжелой степени (51,1%), каждая вторая из которых погибает от мозговой комы (50%), каждая четвертая - от кровотечения вследствие преэклампсии (22,7%). В общей популяции гипертензивные нарушения встречаются в 11% случаев, из них у каждой третьей женщины течение гестационного процесса осложняется различной степенью тяжести, из которых почти у каждой четвертой женщины течение имеет тяжелую форму [2, 11]. Преэклампсия обычно диагностируется при наличии артериальной гипертензии и протеинурии после 20 недель беременности. Потенциально смертельные осложнения включают преждевременную отслойку плаценты, диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) крови, кровоизлияние в мозг, печеночную недостаточность и острую почечную недостаточность. Несмотря на определенные успехи в лечении и профилактике преэклампсии, до настоящего времени она остается одной из основных причин материнской смертности, перинатальной заболеваемости и смертности [1, 10].

Наиболее существенные факторы, влияющие на исходы беременности у пациенток с ПЭ: своевременная, максимально ранняя ее диагностика, а также адекватная оценка степени ее тяжести, что влияет на дальнейшую тактику ведения [1]. Подход к ранней диагностике и своевременной корректной оценке степени тяжести ПЭ должен строиться на оптимальном использовании уже существующих современных методов и методик, отражающих патогенез, в том числе механизм развития полиорганной недостаточности. Проблема диагностики нарушений системы гемостаза и мониторинга их коррекции чрезвычайно актуальна для клинической практики. Действительно, несвоевременная диагностика и отсутствие возможности отслеживания эффективности медикаментозной коррекции тромботических, тромбогеморрагических и тромбоэмболических расстройств в большинстве случаев служат прямыми или косвенными причинами подавляющего числа фатальных исходов этих осложнений. Одним из наиболее частых осложнений беременности является преэклампсия, в основе патогенеза которой лежат расстройства кровообращения на микроциркуляторном и системном уровне. Действительно, преэклампсия, встречаясь в 7-16%, стабильно занимает третье место в структуре материнской смертности (12-15%) и является ведущей причиной перинатальной заболеваемости (64-78%) и смертности (18-30%). Отметим, что в настоящее время отсутствуют критерии оценки степени тяжести преэклампсии, развившейся на фоне уже имевшейся до беременности почечной патологии, нет четких схем ведения таких женщин в зависимости от срока гестации, не разработана тактика ведения родового процесса и профилактики HELLP-синдрома.

Материалы и методы исследования: Изучены 70 женщин с ПЭ различной степени тяжести. Из них с ПЭ тяжелой степени 35 женщин, и с ПЭ легкой степени 35 беременных женщин. Контрольную группу составили 60 здоровых беременных. При обследовании беременных использованы общепринятые методы, сбор анамнеза (при сборе анамнеза особое внимание уделялось на наследственный и семейный анамнез, акушерский и гинекологический анамнез, экологические вредности и условия жизни), жалобы, осмотр и лабораторные исследования, КТГ, УЗИ и доплерометрия плода, анализ выделений из влагалища, перинатальный скрининг. Беременные находились под наблюдением с момента обращения в поликлиническое отделение перинатального центра до госпитализации и родоразрешения в структурных его подразделениях: 1-м или 2-м акушерском отделении.

Результаты исследования: Среди обследованных беременных 1-группы с ГСБ и патологией мочевыводящей системы были выявлены пиелонефрит в стадии обострения – у 8 (25%), хронический пиелонефрит в стадии ремиссии у 10 (31,25%), хронический гломерулонефрит у 2 (6,25%), гидронефроз единственный почки у 2 (6,25%), мочекишлый диатез у 7 (21,88%), цистит у 3 (9,4%). Во 2-й группе беременных с патологией мочевыводящей системы была представлена пиелонефритом беременных – 3 (15%), хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии – 9 (45%), циститом – 2 (10%), бессимптомной бактериурией – 6 (30%). Динамическое наблюдение за течением беременности и родов показало, что беременность осложнилась анемией у 53 (67,9%) женщин. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 25 (35,9%) беременных, умеренное многоводие у 13 (16,67%) женщин. На фоне ПМТ гипертензия индуцированная беременностью

развилась в 1-группе у 14 (43,75%), преэклампсия легкой степени – у 10 (31,25%), тяжелая – у 7 (21,87%) женщин, эклампсия – 1 (3,13%). Во 2-группе гипертензия развилась в сроках 32-34 недели, но патологии со стороны мочевыводящей системы выявлено не было. В 3-группе у беременных во время родов гипертензивный синдром был выявлен у 3-х беременных и характеризовался признаками гипертензии беременных без протеинурии.

Заключение: ПЭ при хронической болезни почек (ХБП) имеет свои особенности: крайне сложная дифференциальная диагностика этого осложнения (как уже отмечено ранее), ее влияние как на исход беременности, так и на прогрессирование нефрологического заболевания с его переходом на более высокие стадии ХБП, требующие иногда начала ГД во время беременности или сразу после родоразрешения. К особенностям клинического течения преэклампсии у женщин с хронической болезнью почек можно отнести раннее начало, глубокие изменения составляющих гемостаза, в частности быстро нарастающую гиповолемию, прогрессирующую тромбоцитопению и гиперактивацию клеточного и плазменного звеньев гемостаза. Это обуславливает тактику ведения таких пациенток.

Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на выявление ранних признаков заболевания и предупреждение его обострений. Женщины, перенесшие острый гестационный пиелонефрит, так же как и страдающие хроническим пиелонефритом, нуждаются в дальнейшем диспансерном наблюдении во время беременности. Они должны наблюдаться совместно с акушером-гинекологом, терапевтом и при необходимости консультироваться урологом. Исследование мочи таким пациенткам назначается не реже 2 раз в месяц, а во второй половине беременности еженедельно. При ухудшении самочувствия, возникшем субфебрилитете проводят анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи, УЗИ почек.

Литература:

1. Аксенова А.С, Козилова Н.А., Падруль М.М., Предикторы развития преэклампсии у беременных с гипертензивным синдромом // Артериальная гипертензия. - 2016, №4-С.349-363.
2. Клименкова В. Ф. Нарушения системы регуляции агрегатного состояния крови при преэклампсии и мониторинг их медикаментозной коррекции " Томск 2015-23с
3. Крупская. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения. Российский вестник акушера-гинеколога 2012; 5, с. 21-30.
4. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз?: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 176 с.
5. Радзинский В.Е., Галина Т.В. Проблемы гестоза и подходы к их решению // Казанский медицинский журнал. - 2007. - Т. LXXXVIII, № 2. - С.114-117.
6. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение. Русский медицинский журнал, 2008, №10
7. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2002. - 432 с.
8. Шериф В.Бабенко О.М, Сравнительная характеристика анамнеза, течения беременности и родов у женщин с преэклампсией и гестационной гипертензией. "Новости медицины и фармации. 2011.-№2(381),-С.34-35
9. Шахбазова Н.А. Клинико-прогностическая значимость некоторых аутоантител в развитии гестационной гипертензии и преэклампсии // Проблемы репродукции-2013.-Т.19,№4-С.34-35

ҲОМИЛА НУҚСОНЛАРИ РИВОЖЛАНИШИДА ГЕНЕТИК ЎЗГАРИШЛАР

Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Ирнарзорова Д.Х.
Ташкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Замонавий тиббиётнинг аҳамиятли масалаларидан бири ҳомиладор аёл ва унинг туғилажак фарзанди соғлиги химояси ҳисобланади. Бироқ ҳомиладорликдаги асоратларнинг учраши юқорилигича қолиб, перинатал йўқотишлар ва аёлларнинг соғлигига бўладиган хавфни кўпайишига олиб келмоқда. Ҳозирги кунда фолат метаболизми, унинг репродуктив саломатликда, гестацион асоратларда ва ҳомила ривожланишида бўлган аҳамияти юзасидан жуда кўп текширувлар ўтказилмоқда. Пархез ёки етарли миқдорда фолат кислотасининг организмга тушмаслиги, шунингдек фолат алмашинувида иштирок этувчи генлардаги дефектлар туфайли ферментларнинг фаоллигининг пасайиши туфайли юзага келувчи фолат кислотаси дефицити ҳомила туғма нуқсонлари ривожланишига, ҳомиладорликда асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Сўнги йилларда асоратланган ҳомиладорлик билан аёлларда мутант гомозиготали (ТТ) ва гетерозиготали (СТ) генотиплар кўп учрамоқда. Фолат циклининг калит ферменти бўлмиш метилентетрогидрофолатредуктазининг (MTHFR) генетик етишмовчилиги – қон томирларнинг эндотелий қаватига яққол токсик таъсир этувчи ва коагуляция жараёнида бузилишлар келтириб чиқарувчи гипергомоцистеинемия келиб чиқишининг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Гипергомоцистеинемия ҳомиладорликнинг 1 триместрида ўз ўзидан юзага келувчи абортдан бошлаб, преэклампсия, йўлдошнинг барвақт кўчиши ва ҳомила антенатал ўлими билан тугаши мумкин бўлган микроциркуляция билан боғлиқ ҳомиладорликдаги асоратлар юзага келишида аҳамиятга эгадир. Бу билан бир ўринда фолат цикли бузилишларининг натижаси сифатида ҳомила ривожланиш нуқсонлари, биринчилардан нерв найининг дефекти юзага келиши мумкин [1]. Камқонлик келиб чиқишининг патогенетик механизмларида фолат кислотасининг аҳамияти кўрсатиб ўтилган. Бепуштлиқ ва ҳомилани кўтара олмасликда фолат алмашинувининг генларидаги камфункционал аллелларини ўрганиш қизиқиш уйғотади. Қуйидаги мақола генетик мойиллик ва бошқа компонентларни ҳисобга олган ҳолда фолат алмашинувини ўрганишнинг исботланган хулосаси ҳисобланади.

Фолат цикли - бу ферментлар томонидан бошқариладиган мураккаб жараён бўлиб, улар кофермент сифатида фолат кислотаси ҳосилаларини сақлайди. Ушбу кислота птероид кислотаси ва битта (моноголутамат) ёки бир нечта (полиглутамат) глутамин кислотаси қолдиқларидан иборат бўлган мураккаб молекуладир. Озиқ овқатлар айнақса, барра кўкатлар, жигар, хамиртуруш ва баъзи мевалар асосан тикланган полиглутаматларни ўз ичига олиб, ингичка ичакнинг проксимал қисмида сўрилиши учун улар птероилполиглутамат гидролаза ферменти ёрдамида моноголутаматгача гидролизланиши лозим. Сўрилганидан сўнг фолат-моноголутамат биологик фаол бўлган ҳосила тетрагидрофолатгача тикланади. Метиллангандан сўнг фолатлар қон оқимига 5-метилтетрагидрофолат кўринишда қўшилади, сўнгра махсус фолат рецепторлари иштирокида эндцитоз йўли орқали хужайраларга киради. Хужайра ичида 5-метилтетрагидрофолат метил гуруҳининг донори ва тетрагидрофолатнинг асосий манбаи бўлиб хизмат қилади. Тетрагидрофолат фолатларнинг турли хилига айланиб, кўп миқдордаги монокарбонатларнинг акцептори сифатида ишлайди, улар ўз навбатида, хусусан, пуринлар синтези ва тиминнинг пиридинли асоси каби бир қатор хужайра ичидаги реакцияларда ўзига хос кофермент бўлиб хизмат қилади.

5,10-метилтетрагидрофолат ва 5-метилтетрагидрофолатларнинг мавжудлигини талаб қиладиган реакциялардан бири бу гомоцистеиндан метионинни синтезланишидир. Гомоцистеинни метионинга реметилланишини метионин синтаза (MTR) цитоплазматик ферменти катализлайди. Ушбу фермент иш бажариши витамин В12 нинг ҳосиласи бўлган метилкобаламинни талаб қилади. Метионин-синтаза метилкобаламин метил гуруҳининг оралиқ ташувчиси бўлган реакция орқали гомоцистеинни метионинга реметилланишини катализлайди. Натижада кобаламиннинг оксидланиши юз беради ва MTR ферменти нофаол ҳолатга ўтади. Фермент функциясининг тикланиши метилланиш реакциясида метионин-синтаза-редуктаза (MTRR) ферменти иштирокида тикланиши мумкин. Бу ҳолда метил гуруҳининг донори бўлиб ДНК, РНК, оқсил ва фосфолипидларининг метилланиши учун сарфланадиган метиониннинг актив формаси – S-аденозилметионин хизмат қилади. Гомоцистеиндан метионин синтезида 5,10-метилтетрагидрофолатни ўзида гомоцистеинни реметилланиши учун зарур бўлган метил гуруҳини тутувчи 5-метилтетрагидрофолатгача тикловчи 5,10-метилтетрагидрофолатредуктаза (MTHFR) ферменти ҳал қилувчи калит сифатида ишлайди [10]. Гомоцистеин миқдорининг кўтарилиши фолат кислотаси дефицитининг метаболик натижаси бўлиб ҳисобланади [9]. Шунингдек, гомоцистеинни метионингача реметилланиши учун зарур бўлган фолат кислотасининг актив ҳолатга ўтишини таъминловчи генетик дефектлар ҳам фарқланади.

MTHFR гени 1 хромосоманинг қисқа елкасида (1р36.3) жойлашган бўлиб, у 11 экзондан иборатдир. Бутун кодланиш ҳудудининг узунлиги тахминан 1980 жуфт нуклеотидлардан иборат. Энг кўп ўрганилган бу 677 позицияда цитозинни тиминга алмашиши билан боғлиқ бўлган MTHFR генининг C677T мутацияси бўлиб, бу фермент оқсилнинг каталитик доменда аланинни валинга (p.Ala222Val) алмашишига олиб келади. Натижада полиморф аллелидаги гомозиготли вариантда унинг активлигини 70% га, гетерозиготали генотипларда 35% га камайишига олиб келади. C677T аллели бўйича гомозиготалик, айниқса, қон плазмасида фолатнинг паст даражаси фонида гомоцистеин миқдорининг сезиларли даражада ошишига олиб келади. Айнан ушбу фермент фаоллигининг пасайиши организмда гомоцистеин тўпланишининг муҳим сабаларидан бири ҳисобланади [5, 7, 8].

Сўнги йилларда асоратланган ҳомиладорлик бўлган аёлларда кўпроқ гомозиготали ва баъзан гетерозиготали генотиплари учраши тўғрисида кўплаб далиллар олинган. Парҳез хусусиятлари билан боғлиқ ёки организмда етарли даражада ҳазм қилинмаслиги, шунингдек ферментлар активлигининг пасайишига олиб келувчи фолат алмашинуви генларидаги дефектларга боғлиқ бўлган фолат кислотаси ва В гуруҳ витаминлари етишмовчилиги қонда кўп миқдорда гомоцистеин тўпланишига ва хужайраларда метиляция жараёнларининг бузилишига олиб келади [3].

Гомоцистеин кучли ифодаланган захарли хусусиятга эга ва унинг салбий таъсири турлича намоён бўлади. Гомоцистеин муҳим бўлган алмаштириб бўлмайдиган аминокислота метиониннинг ҳосиласидир. Овқат орқали олинадиган оқсил таркибидаги метионин биологик фаол моддалар (нуклеин кислоталари, адреналин, креатинин ва бошқалар) синтези учун метил гуруҳи иштироки зарур бўлган барча реакцияларда иштирок этади. Ушбу жараён учун СН₃- гуруҳи донори бўлиб метил гуруҳини йўқотганидан сўнг S-аденозилгомоцистеинга айланувчи метиониннинг фаол шакли S-аденозилметионин ҳисобланади. S-аденозилгомоцистеиннинг кейинги гидролизи натижасида гомоцистеин ҳосил бўлади [1,2]. Гомоцистеин цитотоксик аминокислота ҳисобланади ва унинг хужайралардаги миқдорининг асайтирилиши икки йўл билан таъминланади: а) метионингача қайта реметилланиш билан; б) цистеинга транс-сульфанизация йўли билан [11].

Гомоцистеин қон томирларининг эндотелий қаватини шикастлайди ва коагуляция жараёнини кўзғатади. Эндотелий нафақат қон томир девори ва айланаётган қон орасидаги тўсиқ бўлиб, балки вазоактив моддалар, медиаторлар ва уларнинг ингибиторларини ишлаб чиқарадиган тўқима бўлиб ҳисобланади. Ушбу биологик фаол моддалар ёрдамида эндотелий қон томирлар тонусини бошқаришда етакчи роль ўйнайди. Шундай моддалардан бири азот оксидидир. У доимий равишда эндотелий томонидан ишлаб чиқарилади ва бир қатор химоя хусусиятларига эга, жумладан вазодилатация, силлиқ мушак хужайраларининг пролиферациясини тормозлаш, тромбоцитлар ва бошқа қон хужайралари агрегациясини сусайтириш [8]. Бундан ташқари, нормал шароитда азот оксиди гомоцистеин билан реакцияга киришиш ва шу йўл билан уни “зарарсизлантириш” хусусиятига эга. Ушбу ўзаро таъсирнинг натижасида қўшимча кучли қон томирларни кенгайтирувчи модда ва тромбоцитларнинг агрегациясини олдини олувчи S-нитрогомоцистеин ҳосил бўлади. Бироқ, азот оксидининг ушбу химоя хусусиятлари гипергомоцистеинемия шароитида амалга оширилмайди, чунки юқори концентрацияда гомоцистеин унинг фаолияти ва синтезига салбий таъсир кўрсатади. Гомоцистеин туфайли юзага келадиган кис-

лород эркин радикалларининг ажралиши, липидларнинг ички ва перекисли оксидланиши юзага келади ва бунинг натижасида азот оксидининг эндотелиал синтазасининг фаоллиги камаяди. Шундай қилиб, гипергомоцистеинемия шароитида вазодилатация ва эндотелий ҳимоясининг энг муҳим омили синтези камади [6]. Шу билан бирга, гомоцистеин туфайли юзага келадиган оксидли стресс ва эндотелий дисфункциясидан ўзаро муносиблиги бузиладиган танадаги бошқа муҳим аҳамиятга эга вазоактив моддалар мавжудлигини унутмаслигимиз лозим. Ушбу бирикмалар қаторига простациклин PGI₂ ва тромбоксан A₂ киради. Уларнинг иккаласи ҳам циклооксигеназа таъсирида арахидон кислотасидан синтезланади, аммо улар турли хил хусусиятларга эга. Тромбоксан тромбоцитларни агрегациясини чақириб, тромб ҳосил бўлишига олиб келади, шу билан бирга у барча простогландинлар ичида энг кучли вазоконстрикторлик хусусиятига эга. Простациклин асосан қон томир эндотелийсида синтезланади. Тромбоксандан фарқли ўлароқ, простациклин қон томирларининг силлиқ мушакларини бўшаштиради ва тромбоцитлар дезагрегациясини чақириб, фибринолиз юзага келишига олиб келади. Гомоцистеин таъсирини аниқлашга бағишланган бир қатор тадқиқотлар [9] шуни кўрсатадики, ушбу аминокислота кўп миқдорда эндотелий ҳужайраларида простациклин синтезини сезиларли даражада камайтиради ва тромбоксан A₂ (ТкA₂) шаклланишини кучайтиради. Шундай қилиб, гипергомоцистеинемияда қон томир тонуси ошиши ва тромбогенез кучайиши билан намоён бўладиган ТкA₂/PGI₂ нисбати ошади. Кўпгина тадқиқотлар натижаси гомоцистеиннинг юқори концентрациясининг таъсирларидан бири бу қон томирларида коллаген синтези ва унинг тўпланиши кучайиши туфайли қон томирлари зичлигини ошишини кўрсатади. Ушбу таъсир гомоцистеиннинг қон томир силлиқ мушак ҳужайра фибробластлари томонидан коллаген синтезини кучайтириши билан изоҳланади ва ҳужайра қатламида коллаген тўпланиши гомоцистеин миқдорининг ортиши билан параллел равишда содир бўлади [4]. Гипергомоцистеинемия келтириб чиқарувчи эндотелийнинг шикастланиши гемостазнинг эндотелийга боғлиқ бўлган звеносини фаоллаштириши ва тромбоцитлар агрегациясининг кучайиши билан кечади. Адабиётларда [9] гомоцистеин тўқима плазминогени активатори функциясини бузиши, фибринолиз сусайишига олиб келувчи липопротеинни фибринга боғланишига ёрдам бериши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Шунингдек, гомоцистеин юқори концентрацияларда антитромбин III ва протеин каби табиий антикоагулянтларнинг функциясини ингибирлайди. Ҳомиладорлик даврида гипергомоцистеинемия натижасида тўқималарда, шунингдек, бачадон девори ва йўлдошда тромблар ҳосил бўлади ва микроциркуляция бузилади. Бу эса ҳомиладорликнинг эрта давларида (эмбрион имплантациясидаги нуқсонлар, одатий ҳомила ташлаш), кейинчалик ҳомиладорликнинг кечки муддатларида ҳам (сурункали фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши, ҳомила нобуд бўлиши) бир қатор асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Гипергомоцистеинемия аутоиммун жараёнлар ва антифосфолипид синдром каби нормал ҳомиладорлик кечишига тўсқинлик қилувчи ҳолатлар ривожланиши учун хавф омили бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, гомоцистеин йўлдош орқали ўтиб, тўғридан тўғри эмбриотоксик таъсир кўрсатиши мумкин. Фолик кислота етишмаслиги ҳомиланинг туғма нуқсонларига олиб келиши мумкин. Фолик кислота етишмовчилиги туфайли юзага келадиган энг жиддий нуқсонлардан бири бу нерв найининг нуқсонидир (ННН). Ҳомила ўсиши ва ривожланиши ҳужайра ишлаб чиқариши кучайиши билан тавсифланади. Фолатларнинг етарли миқдорда қабул қилмаслик ДНК ва РНК синтезида критик ҳисобланади. ННН – бу баъзан ҳалокатли туғма нуқсон бўлиб, анэнцефалия ёки умуртқа поғонаси епилмаслиги (spinabifida) билан намоён бўлади. Дефектлар ҳомиладорликнинг 21 ва 27 кунлари орасида юзага келади. Бу даврда кўп аёллар ҳомиладор эканликларини ҳатто билишмайди ҳам. Фолат етишмовчилиги фонида гипергомоцистеинемия медулляр канал епилмаслиги (spinabifida) ва анэнцефалия каби оғир ва ҳалокатли неврологик патологиялар, шунингдек, юқори лаб ва танглайнинг епилмаслигини юзага келтириши мумкин [2, 6]. Фолат метаболизми ферментларининг фаоллигининг сусайиши ёки метил гуруҳларининг етишмовчилиги туфайли ҳужайрада метилланишнинг пасайиши хромосомаларнинг центромер худудлари метилланиш профилининг ўзгаришига, оогенезда хромосомаларнинг мувофиқлиги бузилишига ва Даун синдромли (21 хромосома трисомияси) фарзанд туғилиши хавфини оширади. ДНК метилизацияси профили бузилиши 18-хромосома ажралиши бузилиши билан ҳам боғлиқ. Бошқа аутосомалар (2, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 22 хромосомалари) ва жинсий хромосомалар учун бу ассоциация кўрсатилмаган. Ҳомиланинг тез бўлинувчи ҳужайраларида метил гуруҳининг етишмовчилиги синтезланаётган ДНК занжирига dTMP ўринга кўп миқдорда dUMP қўшилишига олиб келиб, нуклеотид жуфтларининг тушиб қолиши, ДНК занжири узилишига ва апоптоз механизмининг қўзғалишини юзага чиқариши мумкин [12]. Фолик кислотаси етишмовчилиги ушбу витамин асосий вазифаси – ДНК ва РНК ҳосил бўлишида пурин ва пиримидин асосларининг ҳосил бўлиш коферменти билан боғлиқ бўлган ҳомила ўсишининг ортда қолиши синдромининг ривожланишида муҳим аҳамият касб этади. ДНК синтезида фолат кислотаси иштирокининг бузилиши ҳужайралар бўлиниши жараёнининг ўзгаришига олиб келади [13]. ДНК синтези бузилишига энг сезгири бу тез тез бўлинадиган ҳужайралар, айниқса, гемопозтик тўқима ҳужайраларидир. Шунинг учун фолат кислотаси етишмовчилигининг биринчи белгиларидан бири нейтрофилларнинг гиперсегментацияси бўлиб, унинг кетидан суяк кўмигида мегалобласт ҳужайралар, макроцитлар кўпаяди ва охир оқибат лейкопения, тромбоцитопения билан кечувчи микроцитар камқонлик ривожланади. Бу эса ҳомиланинг ҳолатини ёмонлаштириб, кислородга бўлган очликни кучайтиради. Шундай қилиб, фолат кислотаси, В гуруҳ витаминлар ва гомоцистеин ривожланаётган эмбрион ва бўлинаётган ҳужайраларда муҳим роль ўйнайди [11].

Хулоса. Адабиётлар шарҳида келтирилган маълумотлар фолат метаболизмини баҳолаш, унинг ҳомиладорлик кечиши ва ҳомила орган ва тизимлари ривожланишида патогенетик ролини ўрганиш борасида изланишлар олиб бориш нақадар катта аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Фақатгина метилентетрагидрофолатредуктаза генининг (MTHFR

С677Т) полиморфизми ўрганиш етарли эмас, фолат цикли бошқа кўрсаткичлари ва уларнинг таркибий қисмларини генотиплаш билан бу масалани комплекс ўрганиш зарур. Хулоса қилиб аётганда, ҳомилдорликда асоратлар юзага келишини ва ҳомила нуқсонлари ривожланиши хавфини камайтириш мақсадида патогенетик жиҳатдан асосланган эрта ташхис қўйиш ва юзага келган ўзгаришларни прегравидар тайёргарлик ва эрта онтогенез босқичларида малакали ёрдамни ишлаб чиқиш бу соҳада изланишларни давом эттириш лозимлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Бескоровая Т.С. Влияние аллелей полиморфных генов системы HLA II класса, фолатного обмена, гемостаза и детоксикации на репродукцию человека: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 89 с.
2. Бабаджанов Н.Д., Бейшеева М.Т., Закирова Р.А. Врожденные пороки развития: факторы, влияющие на их формирование и методы их профилактики // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. 2016. №2. С.52–54.
3. Вахарловский В.Г., Воронин Д.В., Соколов К.А., Глотов О.С., Баранов В.С. Применение фолиевой кислоты для профилактики дефектов зачатия нервной трубки у плода // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. Т.57, №2. С.4–10.
4. Громова О.А., Лиманова О.А., Торшин И.Ю., Керимкулова Н.В., Рудаков К.В. Дозозависимость защитных эффектов фолиевой кислоты в прегравидарный период, во время беременности и в период лактации // РМЖ. Мать и дитя. 2014. Т.22, №1. С.27–34.
5. Деревянчук Е.Г., Александрова А.А., Рымашевский А.Н. Роль гомоцистеина и фолиевой кислоты в развитии гестоза на поздних этапах // Валеология. 2011. №3. С.63–66.
6. Дикке Г.Б. Профилактика фолат-чувствительных аномалий плода у женщин с высоким риском // РМЖ. Мать и дитя. 2017. Т.25, №15. С.1096–1100.
7. Калашникова Е.А. Кокаровцева С.Н. Ассоциация наследственных факторов тромбофилии с невынашиванием беременности у женщин в русской популяции // Медицинская генетика. 2005. Т.4, №8. С.386–390.
8. Карпов И.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарств при беременности и лактации: справочное руководство. СПб: БХВ-Санкт-Петербург, 1998. 352 с.
9. Мамедалиева Н.М., Сарымсакова Т.А., Долгая Г.В. Патогенетические механизмы неразвивающейся беременности I триместра // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2012. Т.12, №2. С.103–106.
10. Пустотина О.А. Прегравидарная подготовка // Медицинский совет. 2017. №13. С.64–70.
11. Сидорова И.С., Унанян А.Л. Применение витаминно-минерального комплекса в терапии невынашивания беременности // Гинекология. 2012. Т.14, №2. С.54–56.
12. Трифонова Е.А. Спиридонова М.Г., Максимова Н.Р., Ноговицына А.Н., Степанов В.А. Генетическое разнообразие и структура галлотипов локуса MTHFR в якутской популяции // Якутский медицинский журнал. 2009. №2(26). С.40–42.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО МАТЕРИАЛАМ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ярмухамедова М.К., Рустамова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Вирусный гепатит «С» является одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Это связано с широким распространением инфекции и её неблагоприятными исходами. На сегодняшний день количество инфицированных вирусом гепатита С (ВГС), по данным Всемирной организации здравоохранения практически достигло 200 млн. человек, что составляет 2-3% от общемировой популяции. Каждый год фиксируется от 3 до 4 миллионов новых случаев заражения гепатитом С, и более 500 тысяч людей умирают от причин, связанных с осложнениями ХГС [1,2]. По официальным данным, за последнее десятилетие заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) выросла более чем в 2,2 раза. Рост заболеваемости ХВГ обусловлен, за счет увеличения заболеваемости ХГС, наибольшие показатели заболеваемости регистрировались в возрастных группах 30-39 и 20-29 лет, а это люди активного трудоспособного возраста [3]. В 70-85% случаев острая инфекция, вызванная вирусом гепатита С (ВГС), трансформируется в хроническую с многолетней персистенцией вируса. Основную роль в хронизации процесса играет способность ВГС противостоять иммунному надзору путем перманентного изменения антигенной структуры. При этом ВГС существует одновременно в целой серии близких (квазивиды), но иммунологически различных штаммов. Их число за сутки достигает 10¹⁰-10¹¹. Такая постоянная изменчивость ВГС превышает способность Т- и В-клеток распознавать непрерывно обновляющиеся антигены. Скорость образования новых специфических клонов Т- и В-лимфоцитов, а также продукция антител, значительно уступает образованию новых штаммов вируса [3,4]. Особенности патогенеза ХГС обусловлены мультивариантностью и низкой иммуногенностью ВГС, способностью вируса к внепеченочному размножению, неэффективностью иммунного ответа. Этим объясняется хронизация HCV-инфекции и переход в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГКЦ) [4]. Особое значение данная патология приобретает в связи с тенденцией к росту числа женщин, впервые инфицированных ХГС, 70% из которых составляют пациентки репродуктивного возраста [2,3,4]. Вне периода гестации диагностика гепатита С у молодых женщин остается неудовлетворительной, что обусловлено поздним развитием клинически значимых проявлений у большинства (66-79%) инфицированных ХГС [5,6]. Учитывая сложную демографическую ситуацию, необходимо уделять повышенное внимание состоянию здоровья женщин репродуктивного возраста. С целью мониторинга за хронической HCV-инфекцией, требуется более глубокое и тщательное изучение анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных показателей. Для выявления этиологических агентов вирусных гепатитов

все большее значение приобретает современная лабораторная диагностика, она позволяет выявлять возбудителя на ранних стадиях инфицирования и оценивать эффективность противовирусной терапии. Для диагностики гепатита «С» в настоящее время принимают вначале определения в сыворотке крови обследуемых антител к вирусным антигенам с помощью ИФА. Определение генотипа HCV применяется в эпидемиологических целях и в клинической практике для прогнозирования лечения и определения ее длительности. При положительном результате ИФА, который иногда может быть ложноположительный, для подтверждения применяется ПЦР. Полимеразная цепная реакция является одним из перспективным методом, проводимый на основе амплификации нуклеиновых кислот. При положительном результате одним из перспективных в этом отношении является метод на основе амплификации нуклеиновых кислот, в частности полимеразная цепная реакция.

ПЦР обладает значительно более высокой чувствительности и специфичностью, чем общепринятые методы обнаружения вирусов. Комплексное применение ИФА и ПЦР позволяет не только повысить эффективность диагностики ВГС, а также дифференцировать стадии заболевания и определить репликацию вируса в организме больного. ПЦР-диагностика ВГС необходима не только количественного определения, но и генотипирования ВГС. Учитывая это, нами поставлена цель определить генотипическое разнообразие ВГС и вирусную нагрузку у женщин фертильного возраста амбулаторно обращающихся по Самаркандской области.

Цель исследования: определить влияние хронического гепатита С на фертильную функцию и вирусную нагрузку у женщин фертильного возраста в амбулаторных условиях в Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: материалом для наблюдения послужили амбулаторные карты больных обратившиеся в Самаркандскую областную клиническую инфекционную больницу. Методы исследования: эпидемиологические, клинические, аналитические и лабораторные.

Результаты исследования: За 2019 год при обследовании амбулаторных больных из 224 больных у 65 больных установили хронический вирусный гепатит «С». Диагноз поставлен на основании комплексного клинко-эпидемиологического анамнеза, объективного осмотра, лабораторных данных: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимического анализа крови, исследования иммунного статуса, определения количественного содержания в крови РНК ВГС и его генотипирование. Выполнены инструментальные исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, фиброэластометрия (ФЭМ) печени, гастроскопия. Критериями включения в исследование являлись женщины с диагнозом ХГС, подтвержденным методами ИФА и ПЦР, с длительностью заболевания более 6 месяцев с момента диагностики HCV-инфекции, с возрастом от 18 лет до 49 лет. Критерии исключения соответственно мужской пол, возраст менее 18 лет и старше 49 лет, алкоголизм, наследственные и генетические заболевания печени, аутоиммунные поражения печени, отказ от инвазивного и неинвазивного метода исследования, беременность, микст гепатиты, ко-инфекция.

Наблюдаемые пациенты в основном были из районов (63,6%) Самаркандской области, по сравнению чем из города (36,4%). Распределение пациентов по возрасту показало: возраст варьировал от 19 до 39 лет, в среднем составляя $26,5 \pm 2,4$ года. Уменьшение частоты ХВГС в более молодом возрастом, связано с тем, что с 1990 года принято решение переливания крови и кровезаменителей только по жизненным показаниям и организовано проведение санитарно просветительной работы среди населения об исходах ХВГС, наложено правильных профилактических работ в медицинских учреждениях. Хотелось бы отметить, что диагноз хронического вирусного гепатита был выставлен впервые при обследовании по беременности в женской консультации подавляющему большинству пациенток – 61,2% случаев. При анализе возрастной структуры больных мы обратили внимание на этот факт, чем старше возраст больных чаще выявление ХВГС среди обратившихся пациентов.

По срокам болезни основная доля женщин – более 40%, со сроками инфицирования от 1 до 5 лет. У больных при изучении эпидемиологического анализа выяснено: стоматологические услуги 17,3% случаев, переливание крови 11,7% случаев, 32,3 % случаев перенесенные операции (аппендэктомия, грыжесечение, экстирпация матки, кесарево-сечение), 18,3% случаев парентеральные вмешательства (в/в, в/м инъекции), 20,4% случаев нам не удалось выяснить причину (табл. 1).

Эпидемиологический анамнез больных ХГС показал, что 50,7% женщин не знают о том, где и когда произошло возможное инфицирование.

У женщин с HCV-инфекцией значительно чаще регистрировался повторный брак и бесплодие (49,7%-таблица 2). При клиническом обследовании у всех пациентов были симптомы астеновегетативного синдрома, диспептический синдром у 48,9% больных, гепатомегалия у 57,2%. Следует подчеркнуть, частое обострение ХГС наблюдались у женщин, имевших сопутствующие заболевания.

Концентрация билирубина и активность АлАТ имели тенденцию к меньшей амплитуде колебаний их значений и преобладанием умеренных изменений этих показателей, причём достаточно часто гиперферментемия носила монотонный характер и сохранялась к моменту выписки из стационара. При ХГС у рожавших (23,0%) в период беременности наблюдались преждевременные роды, гестозы, выкидыши и роды с преждевременным отхождением околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения. Ранние и поздние токсикозы, которые составили 11,5% и 9,3%, Гестоз второй половины беременности чаще наблюдался у беременных с высокими титрами. У 13,5% случаев наблюдалась угроза выкидышей. У 19,7% регистрировалось выкидыши. А также, у 17,4% женщин наблюдались преждевременное отхождение околоплодных вод. Слабость родовой деятельности и кровотечения соответственно у 12,2% и 16,4% женщин.

У наблюдаемых больных после определения ИФА, где результат был у 75,6% больных положительным, проведено качественное и количественное ПЦР и генотипирование. У всех 100% был положительный ПЦР с качественным

результатом. Результаты количественного определения ПЦР показаны: низкая вирусемия выявлена у 5,5 %, средняя 54,9%, высокая 39,6%. Нужно отметить, что у пациенток чаще наблюдались средняя степень вирусемии. При анализе степени вирусемии в зависимости от возраста женщин, средняя степень выявляют в основном (43,9%) у женщин 25-45 лет, высокая степень в основном у женщин выше 45 лет (50%). Также мы определяли распространения гепатита ВГС у пациенток в Самаркандской области.

Таблица 1. Распределение больных по путям передачи заболевания

№	Пути инфицирования	%
1.	Перенесенные операции (аппендэктомия, грыжесечение, экстирпация матки, кесарево сечение)	32,3 %
2.	Стоматологические услуги	17,3%
3.	Переливание крови	3,6%
4.	Медицинские манипуляции	18,3%
5.	Профессиональный (медработники)	8,1%
6.	Причина инфицирования не установлена	20,4%

Таблица 2. Эпидемиологические особенности хронического гепатита С у женщин фертильного возраста

№	Показатели	%
1.	Аборты в анамнезе	11,5%
2.	Бесплодие	23,4%
3.	Наличие двух и более детей	21,7%
5.	Повторный брак	26,3%
6.	Планируют беременность	17,1%

Одной из особенностей вируса гепатита С является его высокая генетическая вариабельность, на основании которой, была создана концепция генотипов. Современная классификация насчитывает 6 генотипов и более ста субтипов (Simmonds 1999). Результаты определения наших исследований показала: выявление первого генотипа в 63,6% случаев, второй генотип у 9,1% и 3 АВ генотипа у 27,3% пациентов, а 4, 5, 6 генотипы нами не выявлено. Анализ частоты выявляемости генотипов показало преобладание 1В генотипа, реже выявляли 3 генотип, еще реже 2 генотип. Исследования показало, у женщин 72,6% случаев это генотип 1В. При сравнении частоты генотипов в зависимости от возраста у наших пациентов преобладание определенного генотипа определить не удалось, во всех возрастных группах преобладал 1В генотип. У всех больных установлена репликативная фаза, при этом у 22% больных низкая степень активности, 60, 4% больных умеренная степень активности у 17,6% больных высокая степень активности.

Заключение: Уменьшение частоты ХВГС в более молодом возрасте, связано с тем, что с 1990 года принято решение переливания крови и кровезаменителей только по жизненным показаниям. По результатам генотипирования, в Самаркандской области преобладает 1В генотип во всех возрастных группах (63,6%). Более чем в 50% случаев у женщин не удается установить источник HCV-инфекции. Своевременная диагностика и целенаправленная терапия на ранних стадиях заболевания позволит существенно снизить неблагоприятные исходы ХГС во время беременности и в том числе бесплодие.

Литература:

1. Жданов К.В., Козлов К.В., Загородников Г.Г. и др. Организация диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими с хроническими вирусными инфекционными заболеваниями // Вестник академии военных наук. 2014. №3. С.121-125.3.
2. Кузнецов С.Д., Макашова В.В., Тутельян А.В., Шабалина С.В. Взаимосвязь генетических факторов вируса и больного при хроническом гепатите С // Инфекционные болезни. 2015. Т. 13. №3. С.30-36.4.
3. Морозов В.Г., Тихомолова Е.Г., Малов С.И. и др. Риск развития гепатоцеллюлярной карциномы у больных с хроническим гепатитом с после противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия: собственные наблюдения // Инфекционные болезни. 2018. Т. 16. №4. С.38-47. DOI: 10.20953/1729-9225-2018-4-38-475.
4. ООН итоговый отчет «Репродуктивное здоровье России 2011».
5. Патлусов Е.П., Чернов В.С., Юлчуринов Р.К. Морфологический и клинико-биохимический ответ на стандартную противовирусную терапию у больных хроническим гепатитом С. // Медицинский вестник Башкортостана. 2018. Т. 13. №6. С.5-11.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К., Ачилова М.М., Якубова Н.С.
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

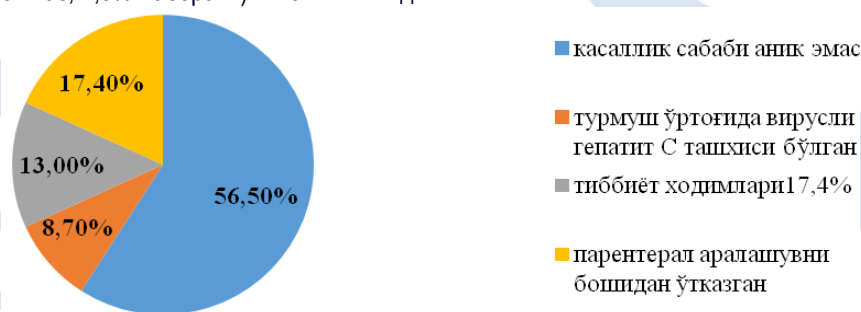
Мавзунинг долзарблиги. Инсоният юкумли касалликлар патологиясида вирусли гепатитлар асосий уринни эгаллайди. Парентерал гепатитлар ичида вирусли гепатит В ва С билан касалланиш хавфлироқ ва куп урганган хисобланади. Адабиётларда келтирилган маълумотларга қура вирусли гепатит С билан касалланиш 1 миллиардни ташкил қилиб, ер юзидаги барча аҳолини 20%га тугри келади. Жигарнинг диффуз сурункали касалликларини 60%ни СВГС узи еки бош-

ка гепатотроп вируслар билан кушилиб келтириб чиқаради. Асосан актив хаёт тарзидаги, ишлаш қобилиятига эга, фертил 16 ёшдан 36 ёшгача одамлар мазкур касаллик билан касалланади [6,7,8]. Купгина текширишлар шуни курсатадики хомилдорларнинг экстрагенетал патологиялари орасида сурункали вирусли гепатитлар етакчи уринни эгаллайди. Хомилдорликнинг асоратлар билан кечиши СВГС ва СВГВ билан касалланганларда 1,9 баробар, тугрукнинг 1,5 баробар асоратлар билан кечиши аниқланган [2,3].

Тадқиқот мақсади: “Сурункали вирусли гепатит С” касаллигининг хомилдор аёлларда клинко-эпидемиологик кечиш хусусиятларини Самарқанд шаҳри бўйича таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот учун биз Самарқанд шаҳри бўйича 12 та оилавий поликлиникаларда 2019-йил давомида рўйхатга олинган СВГС ташхиси қўйилган хомилдор аёлларнинг амбулатор картасини ретроспектив таҳлил қилиб чиқдик. Хомилдор аёллар орасида 23 та беморда СВГС ташхиси қўйилган. Текшириш усулларида клиник-анамнез, шикоятлар, объектив маълумотлар, инфекционист хулосаси, окулист, терапевт ва ташқи акушерлик текширувларига асосландик. Лаборатор текширувлардан: умумий қон, сийдик таҳлили, қон биокимёвий таҳлили (билирубин, АлАТ, АсАТ, холестерин, тимол синамаси), ПТИ ва қон ивиш вақтини аниқлаш, серологик-ИФА усулида HCV ни аниқлаш натижаларига олдик. Хомилдорликнинг 2 чи ва 3 чи уч ойлигида инструментал текширувлардан УТТ қўлланилди. Экстрагенетал патологияларни аниқлашда жигар, буйрак, қалқонсимон безни ультратовуш текшируви, электрокардиография, эхокардиография ва тор мутахассислар кўригига асосландик. Олинган хулосалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: СВГС билан касалланган хомилдор аёлларнинг ўртача ёши – 27,8 ёшни ташкил қилди. Беморлардан 65,2% уй бекалари, 34,8% тулри соҳада ишлайдиганлар (13,0% тиббиёт ходимлари, 4,3% банк ходими, 8,7% ўқитувчи, 4,3% ошпаз, 4,3% лаборант)ни ташкил қилди.



Расм 1. Касаллик келиб чиқиш сабабини таҳлили.

Касаллик келиб чиқиш сабаби таҳлил қилинганда беморларнинг 56,5%и касаллиқни қайердан юқтирганлигини билмайди. 8,7%и турмуш ўртоғида вирусли гепатит С ташхиси бўлган, 13,0%и тиббиёт ходимлари, 17,4%и парентерал аралашувни бошидан ўтказган, 4,3%и қон касаллиги ташхиси билан даволанган. Экстрагенетал патологияларни таҳлил қилганда болалигидан тез-тез касалланувчи болалар ташхиси билан диспансер кузатувида 52,1% беморлар туришган. СВГС ташхиси хомилдорликдан олдин 21,7% беморларда қўйилган. Биринчи хомилдорлик вақтида 8,7% аниқланганлар, турмушга чиқишдан олдин 4,3%, профилактик кўрик чоғида 8,7% беморда аниқланган. Юрак қон томир касаллиги 21,7% беморда (вегето-томир дистонияси, гипертония касаллиги), ошқозон ичак тизими касалликлари 17,4% беморда (сурункали холецистит, гастрит), вирусли гепатит Ани 13,0% беморлар бошидан ўтказганлиги аниқланилди.

СВГС билан хомилдор аёлларнинг репродуктив функцияси таҳлил қилинганда: биринчи туғувчилар 39,1%, такрорий туғувчилар 52,1% кузатилди. 21,7% биринчи туғувчиларда биринчи хомилдорлик тўхтатилган: хомиланинг табиий йўл билан тушиши 13,0% беморларда кузатилган, тиббий кўрсатмалар асосида хомилдорлик тиббий аборт йули билан 8,7% ҳолатда тўхтатилган. Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиши 17,4%, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар 13,0% беморда гинекологик анамнез аниқланилди. Ҳар иккинчи хомилдор аёл ҳозирги хомилдорлик ҳолати бўйича хомилдор аёллар маслаҳатхонаси тиббий рўхатида вақтида мурожаат қилмаган. Хомилдорлик кўпчилик хомилдор аёлларда асоратлар билан кечиши аниқланилди.

Хомилдорликнинг эрта муддатларида 17,4% ҳолда ҳомила тушиш хавфи, 21,7% ҳолда эрта токсикоз, 26,1% ҳолда камқонлик кузатилди. Хомилдорликнинг биринчи уч ойлигида 34,8% ҳолатда хомилдорликнинг асоратсиз кечиши қайд этилди. Ушбу муддат давомида сурункали вирусли гепатит С ни клиник ва лаборатор авж олиши ҳеч қайси беморда кузатилмади (1-жадвал).

Ҳомила тушиш хавфи 8,7%, камқонлик 21,7%, прееклампсия 13,0%, плацентар етишмовчилик (гемодинамик ўзгаришлар, ҳомила ривожланишнинг орқада қолиши) 13,0%, қоғоноқ суви кўплиги 4,3%, қоғоноқ суви камлиги 4,3%да, хомилдорликнинг холестаза билан кечиши 8,7% беморда хомилдорликнинг иккинчи ярмида кузатилди. Хомилдорликнинг иккинчи ярмида 21,7% беморда хомилдорлик асоратлари кузатилмади. Ушбу муддатда СВГС ни клинко-лаборатор кўрсаткичларининг кўзғалиши 8,7% беморда аниқланди (2-жадвал).

СВГС ни хомилдорликнинг иккинчи ярмида авж олиши интоксикацион, диспептик ва сариқлик клиник белгиларининг кузатилиши билан кечди. Интоксикацион синдром умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг пасайиши, ўнг қовурға соҳасида ва эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айниши, қусиш билан намоён бўлди (3-жадвал).

Жадвал 1. Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида асоратлар

Асоратлар	Абс.	%
Ҳомила тушиш хавфи	4	17,4%
Эрта токсикоз	5	21,7%
Камқонлик	6	26,1%
Ҳомиладорликнинг асоратсиз кечиши	8	34,8%

Жадвал 2. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида асоратлар

Асоратлар	Абс.	%
Ҳомила тушиш хавфи	2	8,7%
Камқонлик	5	21,7%
Презкламсия	3	13,0%
Плацентар етишмовчилик	3	13,0%
Қоғоноқ суви кўплиги	1	4,3%
Қоғоноқ суви камлиги	1	4,3%
Ҳомиладорликнинг холестаз билан кечиши	2	8,7%
Ҳомиладорликнинг асоратсиз кечиши	5	21,7%

Жадвал 3. СВГС билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида гепатитнинг авж олиш клиник белгилари ва лаборатор ўзгаришлар таҳлили

№	Симптомлар	Абс.	%
1.	Ўнг қовурға ва эпигастрал соҳада оғриқ	8	34,8%
2.	Иштаҳанинг пасайиши	10	43,4%
3.	Умумий ҳолсизлик	15	65,2%
4.	Кўнгил айниши	4	17,4%
5.	Қусиш	4	17,4%
6.	Гепатомегалия	10	65,2%
7.	Тери ва шиллиқ қаватларнинг сарғайиши	2	8,7%
8.	Сийдик рангининг тўқлашиши	3	13,0%
9.	Терининг қичишиши	2	8,7%
10.	Умумий билирубин ошиши	3	13,0%
11.	АЛТ ошиши	4	17,4%
12.	АСТ ошиши	3	13,0%
13.	Тимол синамаси ошиши	4	17,4%
14.	Сулема синамаси пасайиши	3	13,0%

Оғриқлар овқат ва жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлмаган ҳолатда 34,8% беморда кузатилди. Деярли барча беморларда кўнгил айниши, тилни оқ караш билан қопланганлиги аниқланди. Қусиш 17,4% СВГС билан касалланган ҳомиладор аёлларда кузатилди. Гепатомегалия жигар тўқимасининг бир хил катталашганлиги ва каттиқлашганлиги билан кечди. Жигар пастки чегараси қовурға равоғидан 1-4 см пастда, қирралари текис, деформациясиз катталашганлиги, пальпацияда оғриқ 65,2% СВГС билан беморларда аниқланди. Лаборатор текширишлардан 100% беморларда ИФА текширувида HCV мусбатлиги аниқланди. Қон биокимёвий текширувида: 13,0% беморда билирубин миқдорининг ошиши (максимал 78,5 ммоль/л), 17,4%да АлАТ (максимал 3,2 мкмоль/л), 13,0%да АсАТ (максимал 1,85 гача), 17,4% да тимол синамаси (максимал 14 ЕД), 13,0%да сулема синамаси (0,3 ЕД дан паст), 30,4%да холестерин миқдори (максимал 12,4 ммоль/л) ошиши кузатилди.

Хулоса. Ҳомиладор аёлларда СВГС ҳамроҳ касалликлар билан биргаликда кечиб, касалликнинг авж олишига сабаб бўлиши мумкин. Натижада ҳомиладорлик вақтида ҳомилага гепатит С вирусининг вертикал йул билан ўтиш эҳтимоли ошади. СВГС фонида 78,3% ҳолларда ҳомиладорлик асоратлари қайд этилди. Яъни ҳомила тушиш хавфи 8,7%, камқонлик 21,7%, презкламсия 13,0%, ҳомила ичи гипоксияси 13,0%, қоғоноқ суви кўплиги 4,3% ва камлиги 4,3%, ҳомиладорликнинг холестаз билан кечиши 8,7%. Лаборатор текширишлардан ҳар учинчи ҳомиладор аёлда биокимёвий таҳлилда ўзгаришлар борлиги аниқланади.

Адабиётлар:

1. Власова О.Н. Сложный вопрос гепатологии - вирусный гепатит и беременность. Гастроэнтерология. 2013. № 4. С.89-94.
2. Жданов К.Б., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Козлов К.В. Вирусные гепатиты. СПб.: Фолиант, 2011. 308 с.
3. Барамзина С.В. Хроническая HCV-инфекция: эпидемиологическая характеристика заболевания в разных возрастных группах за 14-летний период наблюдения. Медицинский альманах. 2014. № 1 (31). С. 34-37.
4. ВОЗ. Гепатит С. Информационный бюллетень ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2013. № 164.
5. Cottrell E.B., Chou R., Wasson N. et al. Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann. Intern. Med. 2013. Vol. 158 (2). P. 109-113.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА АЁЛЛАРДА БОТУЛИЗМ КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Ярмухамедова Н.А., Шодиева Д.А., Караматуллаева З.Э.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Ботулизм бутун дунёда спорадик ҳолатларда ёки эпидемия тарзида учрайди. Клостридия таёқчалари билан ифлосланган сабзавотлардан тайёрланган консерваларни истеъмол қилиш орқали одам ботулизм билан касалланади. Одамларнинг ботулизм касаллигига табиий мойиллиги юқори [1,3]. Касалликнинг клиник шакллари қуйидагилардир: барча ҳолатларнинг 80% ёки ундан кўпроғини ташкил этадиган озиқ-овқат ботулизи; патоген шикастланган тўқималар орқали кирганда ривожланадиган жароҳат ботулизи (10% гача); гўдақлар ботулизи [4, 5]. Беморларнинг ёш таркибида 30 ёшдан 50 ёшгача бўлган беморлар устунлик қилади. Болаларда ботулизм ҳолатлари кам учрайди [5, 6]. Ботулизм касаллиги турли шаклларининг клиник кўринишлари бир қатор синдромларнинг ривожланиши билан тавсифланади: офталмоплегик (кўришнинг хиралашиши, аккомодация парези натижасида ўқиш пайтида икки томонлама кўриш, птоз, анизокория, нистагм, нигоҳ фалажи, конвергенция бузилиши); бульбар (оғиз қуриши, чанқоқлик, дизартрия, дисфагия, юмшоқ танглай парези); умумий мионевропатия (нафас қисилиши, нафас олиш ритмининг бузилиши, цианоз, гиповентиляция, нафас олиш тўхташи, сийдик бузилиши, ичак парези); гемодинамик бузилишлар (тахикардия билан алмашинадиган брадикардия, терининг оқариши, цианоз, гипоксемия, гипокания) [7, 8]. Ботулизмда гастроинтестинал синдром касалликнинг бошланишида 30% беморларда учрайди. Паралитик синдром энг аҳамиятли ҳисобланади ва у ботулизмга клиник ташхис қўйишга имкон беради [3,4,9]. Касаллик клиникасидаги характерли клиник аломатларга қарамай, ботулизм касаллигига клиник ташхис қўйиш катта қийинчиликларни келтириб чиқаради. Ботулизм синдромлари (ошқозон-ичак, офталмоплегик, умумий мионевропатия) турли касалликларда пайдо бўлиши мумкин. Натижада беморлар турли мутахассислик шифокорларидан сўнг тиббий ёрдамга мурожаат қилишади. Охир оқибат, бу касалликнинг ўз вақтида ташхис қўйилишига ва беморни касалхонага ётқизилишига, касалликнинг дастлабки кунларида антитоксик зардобнинг юборилмаслигига олиб келиши мумкин, бу ҳолат эса касалликнинг кечиши ва оқибатига таъсир қилади. Ботулизм касаллиги ёшга ва жинсга боғлиқ бўлмасдан бир хил кечиш характерига эга. Бироқ шундай бўлса-да, аёл организми айрим хусусиятлари билан эркаклардан фарқ қилади. Шу боис, биз аёлларда ушбу касалликнинг кечиш хусусиятларини таҳлил қилдик.

Тадқиқот мақсади: охирги йилларда Самарқанд вилояти бўйича аёлларда ботулизм касаллигининг клиничко эпидемиологик аспектиларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот материаллари: тадқиқот материали бўлиб, охирги 10 йил ичида Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган беморлар ҳисобланади.

Тадқиқот усуллари: анамнестик, эпидемиологик, клиник ва лаборатор.

Тадқиқот муҳокамаси: шу мақсадда 2008-2018 йилларда “Ботулизм” ташхиси билан ВЮККШ да даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. “ЎИИ” ташхиси билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 3,4 % ни ботулизм билан касалланган беморлар ташкил этади. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар асосида стандарт бўйича қўйилган. Кузатувлар натижасида маълум бўлдики, касаллик аёлларда нисбатан кам учраган (43,8%). Беморларга стационаргача бўлган этапда қуйидаги ташхислар қўйилганлиги боис, 56,7 % ҳолатда беморлар стационарга кечикиб мурожаат этишган: инсульт (23,6%), алкоғолли интоксикация (34,5%), гипертоник криз (11,9%), гипоклигемик кома (13,4%), ЎРИ (9,5%), овқатдан заҳарланиш (2,3%), неврит (4,8%) ва б. 43,3% ҳолда беморлар тўғридан тўғри стационарга мурожаат этишган ва уларга «ботулизм» ташхиси қўйилиб, дарҳол ётқизилган. Стационарга кечикиб мурожаат этган беморларнинг салвоқли қисмини эркак жинсидагилар ташкил этади. Беморларни йиллар бўйича кесимини тақсимлаганимизда, 2008 йил-19,4%, 2009 йил-14,6%, 2010 йил 12,8%, 2011 йил 9,7%, 2012 йил 9,9%, 2013 йил 6,5%, 2014 йил 6,6%, 2015 йил 6,9%, 2016 йил 5,8%, 2017 йил 4,9%, 2018 йил 2,9%. Охирги йилларда ботулизм касаллигининг учраш тезлиги камайганлигини консерва маҳсулотларини тайёрлашда маълум стандартларга амал қилинаётганлигини билан боғлаш мумкин. Кузатувдаги беморлар ёши бўйича 14 ёшгача бўлган беморлар (9,5 %), 15-19 ёшгача бўлган беморлар (14,3%), 20 – 29 ёш (23,6%), 30-49 ёшгача (36,8%), 50 ёшдан катталар (15,8%) ташкил этди. Кузатувдаги беморларнинг 56,8% 25-49 ёшдаги аёллар ташкил этади. Бу ҳолатда шу ёшдаги аёлларнинг аксарияти таомни тайёрлаш чоғида биринчи ўзи таъминоти тиб кўриши билан боғлиқлиги маълум бўлди. Кузатувдаги беморлар орасида аҳолининг меҳнатга лаёқатли қисми кўпчиликни ташкил этди (60,4%). Таҳлил давомида беморлар яшаш манзилгоҳларига кўра тақсимланганда, беморларнинг аксарияти Самарқанд вилоятидан мурожаат этганлиги аниқланилди (77,8%). Самарқанд вилояти туманлари орасида касаллик асосан Нуробод (35,8%), Пастдарғом (18,7%), Тайлоқ (29,7%) туманларида қайд этилди. Касаллик эпидемиологик анамнези сўраб суриштирилганда, 2,6% ҳолда касаллик этиологик омил сифатида дудланган балиқ, 19,5% ҳолда уйда тайёрланган икралар, 37,6% уй шароитида тайёрланган помидор консерваси, 34,9% ҳолда уйда тайёрланган бодринг консерваси, 4% қўзиқорин консерваси, 1,4 % ҳолда бошқа турдаги консерваланган маҳсулотлар сабаб бўлган. Касаллик эпидемиологик анамнези сўраб

суриштирилганда, касаллик этиологик омилли сифатида асосан консерваланган помидор ва бодрингли маҳсулотлар эканлиги аниқланилди (72,5%). Беморларнинг аксарият қисмини аниқ иш жойига эга бўлмаган инсонлар ташкил этади (60,8%). Улар орасида мардикор аёллар ҳам мавжуд. Кузатувдаги беморлар касб кори бўйича тақсимланиши: мардикорлар-23,5%, усталар-22,8%, уй бекалари-17,2%, ишламайдиганлар-24,5%, ўқитувчилар-4,6%, ошпаз-5,6%, ветеринар врачлар-1,8%. Беморларнинг 15,2% касалликнинг биринчи куни, 22,3% 2-куни, 30,2% 3-куни, 32,3% 4-куни беморлар мурожаат этишган. Беморлар асосан касалликнинг 2-4 кунлари ётқизилган (84,8%). Кузатувдаги беморлардан касаллик 4,7 % ҳолда летал оқибат билан тугалланган. Касаллик летал оқибат билан тугаган беморларнинг 3,5 % ни Нуробод туманидан ётқизилганлар ташкил этади. Демак, бу ҳолат шу ҳудуд экотизимида С1. Botulinumнинг вирулентлиги баланд штаммлари айланиб юрганлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Энг қизиғи, касаллик летал оқибат билан тугаган ҳолатлар таҳлил этилганда, беморларнинг эркак жинсига мансублиги аниқланди. Касаллик структурасида касалликнинг спорадик шакллари нисбатан кам учраган, оилавий ва жамоа тарзида касалланиш кўпроқ учраган (53%). Касалликнинг оғир шакли 29,6% ҳолда, ўрта оғир шакли 70,4 % ҳолда аниқланилди. Кузатувимизда касалликнинг енгил шакли учрамади. Касалликнинг секин аста бошланиши 30,5% ҳолда, ўткир бошланиши 69,5 % ҳолда кузатилган. Касалликнинг ўрта оғир шаклида инкубацион давр 4-5 кунни, касалликнинг оғир шаклида 1-3 кунни ташкил этган. Бу ҳолат адабиётлар билан мос келади. Беморларнинг койка куни ўртача касаллик оғирлигига боғлиқ ўрта оғир шаклида 22,6 кун, оғир шаклида 24,9 кун давом этди. Оғир шакли асосан эркак жинсидагиларда кузатилди (56,9%). Касаллик 56,8% беморларда диспептик белгилар (кўнгил айниши, қусиш, эпигастрал соҳада оғриқ, қоринда доимий ва хуружсимон оғриқлар), 43,2 % ҳолда офтальмоплегик синдром устунлиги билан бошланган. Касалликнинг ўрта оғир шаклида ботулизмга хос синдромлардан яққол интоксикацион ва офтальмоплегик синдром аниқланилди. Касалликнинг оғир шаклида ботулинистик интоксикацияга оид симптомлар бир хил интенсивликда учради (интоксикацион синдром, офтальмоплегик, бульбар, ўткир нафас етишмовчилиги). Касаллик клиникасида беморларда қуйидаги белгилар аниқланилган: умумий ҳолсизлик (100%), чарчоқ (100%), бош оғриқ (78,2%), бош айланиши (87,5%), кўнгил айниши (98,2%), қусиш (100%), қоринда оғриқ (45,6%), суюқ ҳолда ич ўтиши (56,8%), ич қотиши (23,2), кўришнинг қийинлашуви (57,8%), птоз (60,2%), мидриаз (13,2%), нистагм (6,5%), анизокория (11,2%), диплопия (48,7%), ютинишнинг бузилиши (54,5%), манқаланиб гапириш (38,7%), нутқнинг қийинлиги (41,2%), сийдик ажралишининг бузилиши (36,7%), тана ҳароратининг кўтарилиши (25,7%), шиллиқ пардалар қуруқлиги (100%). Аёлларда касаллик клиникасида бачадон ва тухумдон соҳасида оғриқлар (34,3%), кўкрак безларининг ҳам тортишиб оғриши (12,3%) қайд этилди. Эмизикли фарзанди бор аёлларда касалликнинг ўткир даврида умуман кўкрак сути ажралмаслиги кузатилди (34,9%). Бу тоифадаги аёлларда касаллик кечиши ва ботулизмга қарши антитоксик зардоб қўлланилиши кўкрак сутига ноҳўя таъсир этмаганлиги аниқланди. Умумий қон таҳлилида лейкоцитлар $5,7 \times 10^9/\text{л}$ гача 1/3 беморларда, лимфоцитоз (32,4%) ва моноцитоз (28,6%), ЭЧТ нинг пасайиши 2-3 мм/соатгача аниқланилди. Беморларда қуйидаги асоратлар кузатилди: пневмония (22,9%), инфекцион токсик миокардит (11,8%), ўткир панкреатит (5,8%), постинъекцион инфильтрация (16,9%), ётоқ яралар (12,4%), ўткир нафас етишмовчилиги (19,6%), ўткир юрак қон томир етишмовчилиги (6,3%), ўткир буйрак етишмовчилиги (4,3%). Касаллик асоратлари асосан бошқа шифохоналардан ўтказилган ва шифохонага кеч мурожаат қилган беморларда учради.

Хулоса: Самарқанд вилоятида касаллик келиб чиқишида помидор ва бодрингли консерваланган озиқ маҳсулотлари муҳим аҳамиятга эга. Касаллик асосан Нуробод ва Пастдарғом туманларида қайд этилган. Касаллик эркак жинсидагиларда нисбатан кўпроқ учради ва оғир кечиши билан характерланди. Бу ҳолат эркакларнинг оч қоринга консерваланган озиқ маҳсулотларини истеъмол қилиши билан боғлиқ бўлса керак. Шунингдек, аёллар орасида асосан уй бекалари салмоқли қисми ташкил қилади.

Адабиётлар:

1. Ахмедова М.Д., Мирзаев Д.А. Ботулизм: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение // методическая рекомендация Ташкент. 2008 г. 17 с.
2. Лобзин Ю.В., Зубик Т.М. Ботулизм у военнослужащих: Диагностика и лечение // Военно-медицинский журнал. - 2003. - №3. - С. 65-67
3. Никифоров В.В. Ю.Н. Томилин, Т.Я. Чернобровкина с соавт. Трудности ранней диагностики и лечения ботулизма. // Архив внутренней медицины. - 2019. - №4. - с.254-259.
4. Никифоров В.В. Ботулизм. В кн.: Инфекционные болезни: национальное руководство под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я. 2-е изд., перераб. и доп. М. ГЭОТАР-Медиа. 2018; 558-568.
5. Чучалин А.Г. Пульмонология. Национальное руководство. М. 2009.
6. Aihwal BS, Gale A.N, Breti M.M, You.B.D. Wound botulism in the UK // Lancet. 2001. V. 357, № 9251. P. 254.
7. Baymiller S. Botulism in critical care; a case study in wound botulism // Am J Crit Care 2001. V. 10, №3 PP. 172-187.
8. Fullerton P.1 Gogna N.K., Stodeleart R. Wound botulism // Med. J. Austl - 2000. Vol. 13. P. 662-663.

OPTIMIZATION OF METHODS OF TREATMENT OF MIGRATORY THROMBOEMBOLISM IN PREGNANT WOMEN WITH VARICOSE DISEASE

Abralova H.A., Rabbimova G.T.

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

The relevance of the topic: Varicose disease of the feet is due to hormonal and neuroendocrine changes that occur much during pregnancy, and in 40, 5% of pregnant women tripled. Thromboembolic complications from the varicose disease in developed countries are the main cause of maternal mortality. Thromboembolic complications in obstetrics are three out of 1000 pregnancies. The varicose disease of the lower parts of the body in pregnant women leads to a decrease in the quality of life of a woman and an increase in maternal mortality as a result of complications during pregnancy, childbirth, postpartum period. Despite the abundance of methods of treatment, it is not used during pregnancy. In the complication of the disease, the relapse of the disease, complications, extirpation of the disease were reduced through operative cross-sectional surgery (Trojanov-Trendelenburg).

The purpose of the study: to optimize the methods of treatment of migratory thrombosis in pregnant women with the varicose disease and to reduce complications.

Material and methods: 47 pregnant women with varicose veins of the legs treated in 2017-2020 at Samarkand Regional perinatal Center were studied. They were followed by General examinations, a dopplerometry examination, an angiologist, and therapist examinations.

Results: The mean age of the pregnant women was 25-32 years. In all of the examined patients - 47 (100%) had a history of pregnancy against a background of anemia. According to the course of childbirth: operative childbirth (fractional cutting) was 43 (91,4%), childbirth by natural means was observed in 4 (8,6%) AEL. According to the duration of complications, there were 13 (27,6%) severe cases, while the remaining 34 (72,4%) women had normal complications. According to the number of births, I- childbirth was -3 (6,4%), the II maternity -11 (11,4%), the III - 16 (34%), the IV-5 (10,6%), the V- 8 (17%), the VI maternity-2 (4,25%), the VII -2 (4,25%). According to the complication of the gestational period: with the risk of miscarriage of the fetus - 4 (8,5%), multiple - 3 (6,4%), low - wateriness - 1 (2,1%), fetoplacental insufficiency - 3 (6,4%), pathology of placenta attachment - 5 (10,6%), chronic pyelonephritis - 6 (12,8%), preeclampsia - 2 (4,25%), prenatal course of papillomavirus - 4 (8,5%), gestation hypertension - 3 (6,4%), premature migration of the normally located placenta - 3 (6,4%), obesity - 3 (6,4%), thrombophlebitis - 3 (6,4%), hernia-2 (4,25%) complications in a woman.

Against the background of the occurrence of pregnancy occurred 4 (8,5%), viral hepatitis - 4 (8,5%), vomiting of pregnant women 5 (10,6%), chronic gastritis - 1 (2,12%), chronic cholecystitis - 2 (4,25%), ascites and anasarca - 1 (2,12%), bronchial asthma and allergic rhinitis-1 (2,12%). Two-horned uterus 1 (2,12%) met in the fetus.

According to the location of the fetus: transverse - 1 (2.12%), with the pelvis lying in front - 2 (4.24%), with the forehead - 3 (6.36%), with the neck - 41 (87.3%) formed.

According to the number of fetuses: twins - 1 (2.12%), triplets - 1 (2.12%), singles - 45 (95.76%). Antenatal mortality due to complications was 1 (2.12%), hysterectomy with uterine excess was 1 (2.12%), and maternal mortality due to OATE and migratory thrombophlebitis was 1 (2.12%).

Crossectomy (Trojanov-Trendelenburg operation) was performed under endotracheal anesthesia in 8 (17%) of the examined pregnant women. The duration and recurrence of the disease increased in 44 (93.6%) patients as the pregnancy progressed. Skin changes in varicose veins of the legs in 17% of 8 patients were observed hyperpigmentation and lipodermatosclerosis. Patients were studied in 2 groups. Complications of the disease were obvious in group 1 patients, such as varicose thrombophlebitis, deep vein thrombosis, and pulmonary artery thromboembolism. In group 1 patients it was 4-6 days, in group 2 it was 8-9 days. No relapse was observed in patients of the first group, in group 2 patients - was used simultaneously with. In group 2 patients, only heparin therapy was performed after delivery without surgery. Recurrence was observed in 8 patients (17%) when 1 heparin therapy was used without surgical treatment on the day of bed rest. When 100% of the patients in the main group underwent operative treatment with heparin therapy, there were no complications of relapse of the disease, varicose thrombophlebitis, and deep vein thrombosis pulmonary artery thromboembolism. In the postpartum period, the use of heparin therapy received complications of acute migratory varicose thrombophlebitis. In the comparative group, relapse was observed in 6 (15.4%) patients.

Conclusion: Most of the methods of treating varicose disease during pregnancy are contraindications. Heparin therapy, which was used in combination with surgery for the Prevention of complications, a decrease in the days in the hospital, a decrease in the extirpation of drugs, relapse, complications caused by pregnancy, varicose thrombophlebitis, deep vein thrombosis, a decrease in the mortality of mothers as a result of complications of pulmonary artery thromboembolism, is the most basic treatment during pregnancy.

Literature:

1. Dijkstra ML, Khin NY, Coroneos JC, Hazelton S, Lane RJ. The effect of pregnancy on venous valve repair to the sapheno-femoral junction for varicose veins // *Obstet Med.* 2014;7(2): 84-9.
2. Gavrilov S.G. Varicose veins of the pelvic vein: when and how to treat // *Phlebology.* – 2007; 1: 9-12.
3. Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K. Early diagnosis of complications of varicose veins in pregnant women // *Monograph* 2018; Latvia - 32.
4. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency // *Angiology.* -2003.-V. 54.-Supp. 1.- P. 19-31.
5. Lim CS, Davies AH. Pathogenesis of primary varicose veins // *Br J Surg.* 2009;96(11):1231-42.

6. Manzhula L.V. The effect of treatment of varicose veins during pregnancy and after childbirth on obstetric and perinatal delivery outcomes // *Woman's Health* 2013; 8(84): 108-110.
 7. Акушерство. Национальное руководство /под ред. Э. Е. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой -М.: ГЭОТАР- Медиа. -2008.-1200с.
 8. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Айламазяна ЭК, Кулакова ВИ, Радзинского ВЕ, Савельевой ГМ. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 1200 с.
 9. Безнощенко ГБ, Кравченко ЕН, Цуканов ЮТ, Кропмаер КП, Цыганкова ОЮ. Варикозная болезнь у беременных: особенности гестационного периода, флебогемодинамика малого таза и нижних конечностей. *Российский вестник акушер-гинеколога*. 2016;16(3):4-8.
 10. Горелик С.Г., Литынский А.В., Поляков П.И. Варикозная болезнь нижних конечностей, особенности у лиц старших возрастных групп // *Fundamental research*. 2012. № 5. С. 276.
 11. Джобава ЭМ, Степанян АВ, Панайотиди ДА, Болкунова НВ, Доброхотова ЮЭ. Особенности течения, диагностики и терапии плацентарной недостаточности при варикозной болезни. // *Акушерство, гинекология, репродукция*. 2011; 5(4): 13-9.
 12. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М. Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни /М: Издательство "Адамант" . - 2011.-32с..
 13. Иванов Е. В., Низамов Ф. Х., Мизайлова А. В. Течение беременности и родов у женщин, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей // *Медицинская наука и образование Урала*. 2012;13(71):5-7.
 14. Камилова М.Я., Рахматуллаева Д.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана. // *Журнал акушерства и женских болезней*. - 2015.-Том LXIV - Вып. 6.- С 26-30.
 15. Камилова М.Я, Касымова Ш.С. Особенности течения беременности и перинатальные исходы у женщин с варикозной болезнью // *Вестник Авиценны*. 2016; 3: 47-51.
- Abdurakhmonov M.M., Khodzhaeva N.B., Dustova N.K. Etiology of varicose veins of the small pelvis during pregnancy // *International scientific journal "Problems of Biology and Medicine" Samarkand* 2012; 1(68): 154-156.

ADMINISTRATION OF PROPHYLACTIC CORTICOSTEROIDS IN WOMEN DELIVERED BY ELECTIVE CESAREAN SECTION PRIOR TO 39 WEEKS OF GESTATION

Ambreen Naila, Zukhurova Nadira

Medical college of Sharjah University, Fujairah, UAE

Introduction: In recent years, the caesarean section rate in developed countries has been rising.1 This may be because improved techniques to control hemorrhage, infection, and thromboembolism have increased the safety of the procedure. As a result, obstetricians and pregnant women have a reduced threshold for choosing it. However, although maternal risks have decreased, the effects on the baby of surgical delivery before the due date continue to be debated.1 About 18.5 million CSs are conducted yearly worldwide, and 21–33% of all CSs in excess are performed in middle and high-income countries.2 The effectiveness of CS in preventing maternal and prenatal mortality and morbidity justifiable medically, though there is no scientific confirmation that shows the benefit of cesarean delivery for the mother or for the newborn baby who does not require CS.3 Like other surgical procedures, CS has short and long-term risks, which may affect the reproductive health and physiological health of the woman and her child. These risks are higher in women with limited access to comprehensive obstetric care.4 The United States vital statistics data have shown that the risk of neonatal mortality is increased by 1.5-fold after planned and unplanned CS compared to vaginal delivery, and the most common cause of neonatal mortality is respiratory morbidity.5 However, the incidents of birth trauma, meconium aspiration syndrome, and birth asphyxia is reduced by this mode of delivery as compared to vaginal delivery.6 Mostly respiratory morbidity occurs as a result of failure to clear fetal lung fluid. In recent times 6 studies have revealed that the incidence of respiratory morbidity [transient tachypnea neonatal (TTN), respiratory distress syndrome (RDS), or persistence pulmonary hypertension (PPH)] was 10% in neonates born by elective CS (ECS) at 37 weeks as compared to 2.8% among neonates born vaginally.7

Other risk factors for respiratory distress include gestational age, mode of delivery, male sex, fetal asphyxia, maternal asthma and diabetes, and type of anesthesia given during delivery and the timing of the CS also affects the incidence of respiratory morbidity.1 The newborn who was born by ECS at 37 and 38 weeks' gestation had a higher risk of babies born at term (at or after 37 weeks) by planned (elective) caesarean section and before onset of labor are more likely to develop respiratory complications than babies born vaginally.8

Prophylactic administration of corticosteroids in preterm as well as near-term pregnancies are responsible for accelerated lung maturity thereby reducing incidence of respiratory distress, admissions in neonatal intensive care units and need for exogenous surfactant treatment.9 Various studies have found that the risk of respiratory morbidity decreases significantly at and after 39 weeks so it has been recommended that the elective cesarean delivery if possible, should be deferred till 39 weeks of gestation.10 However, this may not be possible in all the cases and elective cesarean section may have to be undertaken in view of various situations.10 In cases where the risk of continuing pregnancy outweighs the benefits of continuing pregnancy it becomes prudent to deliver the baby to prevent adverse pregnancy outcome.

The antenatal steroids for term caesarean section (ASTECS) randomized trial therefore sought to evaluate whether giving the recommended two doses of betamethasone before delivery reduces the incidence of respiratory distress in babies deliv-

ered by elective caesarean section at term. Five studies lasting between three and 20 years, with more than 1500 patients, have shown no adverse effects of a single course of antenatal corticosteroids, neither through infection of fetus or mother nor in long term neurological or cognitive effects.

We need to know what the potential harms for the fetus are.

Animal studies show that maternal corticosteroid administration delays myelination in the fetal brain (which in humans normally continues up to the age of 2 years) and reduces the growth of all fetal brain areas, particularly the hippocampus.

There may be long term effects on the setting of the hypothalamus-pituitary axis and glucose homeostasis in preterm infants, antenatal corticosteroids have been associated with higher systolic and diastolic blood pressures in adolescence, possibly leading to clinical hypertension.¹² Other studies suggest that repeated courses of antenatal steroids reduce neonatal head circumference and birth weight.¹³ Multivariate analyses of the behavior of children in the Western Australian preterm infant follow-up study have shown that increasing the number of antenatal exposures to glucocorticoids is associated with reduced birth weight and an increase in behavioral disorders at age 3.5.¹³ In 2000, the National Institutes for Health reported that the current benefit and risk data are insufficient to support routine use of repeat or rescue courses of antenatal corticosteroids in clinical practice. Clinical trials are in progress to assess potential benefits and risks of various regimens of repeat courses.¹⁴ Until establish a favorable ratio of benefit to risk, repeat courses of antenatal corticosteroids, including rescue therapy, should be reserved for patients enrolled in clinical trials.¹⁴ Delaying non-urgent elective caesarean section until 39 weeks is much more effective in avoiding neonatal admission than giving steroids.⁹ For the 15% or so of such women who will go into labour between 37 and 39 weeks, the inconvenience of having their caesarean "out of hours" is likely to be less than that of having their baby admitted to special care. Most will only be in early labour, avoiding the complications of an acute intrapartum emergency.⁹ A single course of steroids reduces neonatal mortality in babies born before 34 weeks and this perhaps justifies the small risk of long term side effects. However, no such substantial benefit has been shown after this gestation.¹ Delaying delivery until 39 weeks, unless necessary, would seem a more prudent option than giving steroids whose long term safety, even as a single course, remains questionable.¹ The risk of respiratory complications, mostly respiratory distress syndrome and transient tachypnoea, decreases from 37 weeks to 39 weeks of gestation, at which stage it is low. The aim of this study was to investigate if corticosteroids can reduce the rates of respiratory problems and the need for admission into special care units when given before planned (not emergency) caesarean section at term.

Methods. This study was performed from retrospective Electronic Medical Records of 60 pregnant patients who had undergone Elective Caesarean Section between 37 to 38+6 weeks from 1st June 2020 till 10th November 2020.

Those women who received two intramuscular injections of 12 mg betamethasone 24 hour apart or injection dexamethasone 6 mg 12 hours apart in 4 doses were included in the study and grouped as A while those women who did not receive any dose of steroid were placed in Group B. Total 60 women with singleton pregnancy were included in this study on the basis of a predefined inclusion and exclusion criteria.

A detailed history of present pregnancy with respect to date of last menstrual period was noted from case records of the patients. Also, detailed past history, obstetric menstrual history, family and personal history were recorded. Relevant data of systemic examination was documented in proforma. Findings of per abdominal examination was noted down with respect to the height of uterus, position, lie, presence of FHS and its rate. Indication for elective cesarean delivery was also noted. Any maternal risk factors such as maternal diabetes, history of infection during antenatal period, eclampsia or premature rupture of membranes etc. were also noted.

APGAR score at 1 minute and 5th minute was noted from pediatrician's notes. Need for immediate resuscitation measures and indication for admission to neonatal intensive care unit was ascertained from attending pediatrician's notes. Primary outcome was assessed by need of admission to neonatal intensive care unit for respiratory distress including due to transient tachypnea of the neonate (TTN) and respiratory distress syndrome (RDS) or need for surfactant therapy and mechanical ventilation.

Inclusion criteria

- All patients who had undergone elective cesarean delivery between 37-38+6 weeks of gestation.
- Singleton Pregnancy.

Exclusion criteria

- Multiple pregnancies
- Gestational age less than 37 weeks or more than 39 weeks
- Anomalous fetus

Results: Among 60 patients included in study, 54 (90%) received full dose of steroid before caesarean while 6 (10%) had undergone caesarean without steroid coverage. Data concluded that total of 7 (11.6%) neonates were admitted to intensive care unit with diagnosis of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea of newborn. Statistically higher incidence of respiratory illness was found in neonates i.e. 5 (71%) who did not receive corticosteroids while 2 (28%) of them belong to mothers with treatment group. No statistical difference was found in effectiveness for dexamethasone and betamethasone in preventing neonatal respiratory illness.

Conclusion. From this study, we concluded that Antenatal corticosteroids are associated with a significant reduction in rates of neonatal Respiratory illness and intensive care unit admissions. Therefore strict adherence to the protocol is required for administration of a single course of corticosteroids either two 12 mg doses of betamethasone given intramuscularly 24 hours apart or four 6 mg doses of dexamethasone administered intramuscularly every 12 hours for women undergoing planned caesarean section between 37 to 38+6 weeks of gestation

Literature:

1. Philip J Steer Giving steroids before elective caesarean section. *BMJ* volume 331 24 September 2005
 2. Tefera M, Assefa N, Mengistie B, Abrham A, Teji K Elective Cesarean Section on Term Pregnancies Has a High Risk for Neonatal Respiratory Morbidity in Developed Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis *Journal Of Frontier In Paediatrics* June 2020 | Volume 8 | Article 286
 1. Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-shun W, Thomas J, van Look P, et al. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* (2007) 21:98–113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x3
 2. UNDP, UNFPA, UNICEF, WORLD BANK, WHO. WHO Statement on Caesarean Section Rates. World Health Organization (2015). p. 15 Africa Ncoceimdis. Saving Mothers: Caesarean Section Monograph. National Department of Health South Africa. (2013).
 3. Hansen AK, Henriksen TB, Wisborg K, Ulbjerg N. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: a cohort study. *BMJ.* (2007) 336:85–7. doi: 10.1136/bmj.39405.539282.BE
 4. Saccone G, Berghella V Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 2016;355:i5044
 5. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JPA, McGoldrick E _Corticosteroids for preventing neonatal respiratory morbidity after elective caesarean section at term *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8
 6. Stutchfield P, Whitaker R, Russell I. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2005;331:662-4.
 7. Sharfuddin S1, Pradhan A1*, Nazar Imam N Prophylactic antenatal corticosteroid before elective cesarean delivery at or near term: a retrospective study *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.* 2019 Mar;8(3):927-931
 8. Sepidarkish M, Nariman S, Shirazi M, Moini A, Elective caesarean section at 38–39 weeks gestation compared to > 39 weeks on neonatal outcomes: a prospective cohort study *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:140
 9. Whitelaw A, Thoresen M. Antenatal steroids and the developing brain. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2000;83:F154-F157
 10. Newnham JP, Moss TJ, Nitsos I, Sloboda DM. Antenatal corticosteroids: the good, the bad and the unknown. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14: 607-12.
- Antenatal Corticosteroids Co Reduce Neonatal Morbidity And Mortality GREEN TOP GUIDELINES NO 7. oct 2010

APPLICATION OF ROBSON'S CLASSIFICATION TO DETERMINE RESERVES FOR REDUCING THE CESARIAN SECTION FREQUENCY

Asadov Doniyor Alisherovich, Babazhanova Shakhida Dadazhanovna
Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

Over the past 30 years, according to the WHO, the proportion of caesarean section (CS) has increased worldwide [1,4,14]. CS is currently the most common surgery in women, the rate of CS in the United States increased from 20.7% in 1996 to 31.1% in 2006 [6]. The absolute indications for caesarean section have not changed over the past 50 years, and the incidence of caesarean section is increasing at the expense of low-risk women [6]. It is known that an increase in the frequency of CS leads to an increase in morbidity and mortality in women. So, Clark EAS et Silver RM (2011), having analyzed more than 30 thousand CS, determined that with CS, the frequency of placenta previa and placenta accreta, rupture of the uterus, damage to the bladder, ureter or intestines, hysterectomy, blood transfusion, severe anemia, complications after anesthesia, dehiscence of the wound edges, hematoma, thromboembolism, postoperative fever, prolonged hospital stay, severe adhesions, maternal death [5]. In 2008, WHO analyzed CS for 137 countries and found that approximately 18.5 million CS are performed annually worldwide. In 54 (40%) countries of the world, the CS level is less than 10% (on average 5.8%), in 69 (50%) countries - more than 15% (on average 27.9%) and in 14 (10%) - 10-15%. It is estimated that in China and Brazil, almost 50% of operations are carried out unreasonably [1,2,4,10,11]. In total, 6.2 million CS operations are performed without medical indications in the world annually, the cost of which is estimated at approximately USD \$ 2.32 billion. [1,2,4,10,11]. New research shows that if the caesarean section rate rises to 10% at the population level, maternal and neonatal mortality rates decline. However, if the frequency of its implementation exceeds 10%, the available data do not indicate an improvement in mortality rates [2]. Despite the high rate of operations in Sri Lanka, which stood at 33.5% in 2010, Goonewardene M. et al. did not find significant changes in perinatal mortality rates, but the number of mothers requiring intensive monitoring and therapy increased. In 2011, WHO conducted a systematic review that looked at 27 different systems for classifying CS [3,7,8,9,12,13,14]. This review concluded that Robson's 10-group CS classification is best suited to meet local and international needs. This classification, unlike others, does not contain information only on CS operations, it contains information about all births that occurred in a given maternity hospital or in a district / city / region / republic and can be used for comparison with other countries. This innovative system of classification of CS was proposed in 2001 by the British obstetrician Michael Robson [7-9]. The system classifies all women who gave birth in this facility into 10 groups, which are mutually exclusive and fully encompassing all women who gave birth. This means that every woman who gave birth is included in one of 10 groups, only in one group, she is not included in any other, thus, every woman who has given birth is included in only one group and no one will remain not included in any group.

Objective. to analyze childbirth in the perinatal center according to Robson's classification and to determine the reserves for reducing the frequency of cesarean section.

Materials and methods. the analysis of childbirth in the Republican Perinatal Center (RPC) for 2019 was carried out using the Robson classification [12-14]. All births that took place in the Perinatal Center for 2019 were taken into account, the following data were studied: method of delivery (caesarean section, independent birth), parity of childbirth, number of fetuses (one fetus, multiple pregnancies), delivery time, presentation (head, pelvic), fetal position (longitudinal, oblique, transverse), the pregnant woman was in labor or had a planned cesarean section before labor, labor started independently or was induced, whether there was a previous cesarean section. All data were entered in the table according to the Robson classification.

Results. In total, in 2019 from January 1 to December 31, there were 5683 births in the Republican Perinatal Center, urgent births - 4745 (83.5%), premature births 923 (16.2%), delayed births 15 (0.3%). In 2019, cesarean sections were performed in 2,408 women (42.3%), planned cesarean sections - 46.1%, emergency - 43.9%. According to Robson's classification, all births are divided into groups. Group I - Primiparas with one fetus in cephalic presentation at ≥ 37 weeks of gestation, with spontaneously developing labor. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 109/630. The relative group size was 11.0%, the frequency of CS in the group was 17.3%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 1.9%, the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 4.5%. In this group, the main indications for CS were pelvic-head imbalance, acute fetal distress, weakness in labor and placental abruption. Group II - Primiparas with one fetus in cephalic presentation at ≥ 37 weeks of gestation, with induction of labor or CS performed before birth. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 228/570. The relative group size was 10%, the frequency of CS in the group was 40%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 4%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 9.5%. In this group, there were pregnant women with somatic diseases who were shown to have CS, pregnant women with a tendency to overmaturity or with prenatal rupture of amniotic fluid. Group III - Multiparous (except for women with a history of CS), with one fetus in the cephalic presentation at ≥ 37 weeks of gestation, with spontaneously developing labor. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 149/1535. The relative group size was 27%, the frequency of CS in the group was 9.7%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 2.6%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 6.2%. In this group, the main indications for CS were pelvic-head imbalance, acute fetal distress, and weakness of labor. Group IV - Multiparous (except for women with a history of CS), with one fetus in cephalic presentation at ≥ 37 weeks of gestation, with induction of labor or CS performed before delivery. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 266/1013. The relative group size was 17.7%, the frequency of CS in the group was 26.3%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 4.7%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 11%. This group included pregnant women with a burdened obstetric history, with somatic pathology that was an indication for CS, with preeclampsia or with a tendency to overmaturity. Group V - Women with a history of cesarean section, with one fetus in the cephalic presentation at ≥ 37 weeks of gestation. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 819/854. The relative group size was 15%, the frequency of CS in the group was 95.9%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 14.4%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 34%. In this group, the indications for CS were a previous scar on the uterus with or without somatic pathology or a burdened obstetric history. Group VI - this group included all primiparas with a fetus in breech presentation. The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 88/94. The relative size of the group was 1.6%, the frequency of CS in the group was 93.6%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 1.5%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 3.7%. Group VII - All multiparous women with a fetus in breech presentation (including women with a history of CS). The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 104/146. The relative group size was 2.6%, the frequency of CS in the group was 71.2%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 1.8%, the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 4.3%. Group VIII - All women with multiple pregnancies (including women with a history of CS). The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 190/228. The relative group size was 4%, the frequency of CS in the group was 83.3%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 3.3%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 7.8%. Group IX - All women with a transverse or oblique fetal position (including women with a history of CS). The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 85/90. The relative size of the group was 1.5%, the frequency of CS in the group was 94.4%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 1.5%, and the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 3.5%. Group X - All women with one fetus in a cephalic presentation at ≤ 36 weeks of gestation (including women with a history of CS). The ratio of the number of CS to the total number of women in the group was 370/723. The relative size of the group was 12.5%, the frequency of CS in the group was 51.2%, the absolute contribution of the group to the total frequency of CS was 6.5%, the relative contribution of the group to the total frequency of CS was 15.4%. The indications for early termination were prenatal bleeding, preeclampsia, severe somatic diseases of the woman, and inconclusive fetal conditions. As the data showed, the most frequent indications for CS in the ROC were a scar on the uterus (group V), somatic pathology or complications of pregnancy in women with a scar on the uterus or without a scar on the uterus (groups II, IV, X), multiple pregnancies (group VIII) and breech presentation (VI, VII). For the perinatal center, an increase in the frequency of cesarean section is characteristic of groups II and IV, which we observed. This group included pregnant women who induced labor in connection with severe somatic pathologies or complications of pregnancy (preeclampsia), or with rupture of amniotic fluid or overmaturity. In this group, it is possible to reduce the frequency of CS due to natural childbirth in women with preeclampsia, heart rhythm disturbances, with heart disease, in women with prenatal rupture of amniotic fluid. Vaginal birth in breech presentation has become infrequent in recent decades, as studies have been conducted where there is a high incidence and perinatal mortality due to birth trauma in a child, in this regard, in groups VI and VII, the frequency of CS was 93.6% and 71.2%. At the same time, Berhan Y et al (2016), after conducting a systematic review with meta-

analysis, concluded that vaginal delivery in breech presentation has a low risk, it is necessary to select pregnant women for vaginal delivery according to the criteria, and also, to carry out external rotation on the fetal head in the period of 37 weeks and above, which will lead to a decrease in the frequency of CS in these groups. Group VIII - pregnant women with multiple pregnancies in half of the cases - 83.3% were delivered by cesarean section. It should be noted here that an increase in the frequency of multiple pregnancies due to IVF leads to an increase in the frequency of CS in this group, since these women have a history of infertility, fetal loss, unsuccessful surgical interventions, as well as significant financial costs for IVF. All this together leads to the fact that pregnant women with multiple pregnancies are increasingly abandoning natural childbirth in favor of CS, but in this group, with uncomplicated bichorionic twins, with cephalic presentation of the first fetus, it is not necessary to routinely offer a cesarean section, since there is not enough data in the benefit of elective cesarean section for this condition. (Cochrane Guidelines: Pregnancy and Childbirth. 2010). The main reserve for reducing the incidence of CS are group V, childbirth with a scar on the uterus after cesarean section [15]. 95.9% of pregnant women with a uterine scar were operated on, and only 4.1% gave birth through a vaginal delivery. According to the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2010), if a woman has had a previous cesarean section with a low cross section, the risk of uterine rupture during vaginal delivery is up to 1.5%, and the risk of vaginal delivery is lower than a repeated cesarean section. There are also reserves for reduction in groups I and III, these are primiparous and multiparous at term with spontaneous labor, where labor ended with CS due to poor progress of labour, cephalopelvic disproportion or acute fetal distress. In this group, where pregnant women do not have a history of cesarean section, it is necessary to carefully approach the issue of surgery, since in the next birth, these women are most likely to be reoperated. In this group, to reduce the frequency of CS, it is necessary to use a partogram to make a decision, to use adequate doses of oxytocin for childbirth, to perform CTG if fetal distress is suspected. Thus, the use of Robson's classification in the perinatal center makes it possible to analyze the frequency of CS in groups and to determine the reserves of its reduction in the obstetric hospital of level 3.

Literature:

1. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Gülmezoglu AM, for the WHO Working Group on Caesarean Section. Commentary: WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG*. 2016;123(5):667-70
2. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, DeneuxTharoux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. 2015;12:57.
3. Betrán AP, Vindevoğhel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*. 2014;9(6).
4. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0148343.
5. Clark E.A. S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // *Am.J. Obstet. Gynecol.* - 2011.-Vol. 205, N 6, suppl.- P. S2–10.
6. Mac Dorman M.F., Menacker F., Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes // *Clin. Perinatol.* - 2008.- Vol. 35, N 2.- P. 293–307.
7. Robson Classification: Implementation Manual WHO, 2017.,P51.
8. Robson M.S. Classification of caesarean sections // *Fetal and Maternal Medicine Review.* - 2001.- Vol. 12, N 1.-P. 23–29.
9. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
10. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
11. Souza JP, Gulmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:286.
12. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
13. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoğhel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson Classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*.\
14. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
15. Tyutyunik, V. L. Possibility of vaginal delivery after cesarean section//*Obstetrics: an independent publication for practicing physicians.* / V. L. Tyutyunik, 140 A. A. Balushkina. - 2014. - No. 1. - P.8-15.(in rus)

METABOLIC NEPHROPATHY IN YOUNG CHILDREN WITH PNEUMONIA

Axmedova Maxbuba Maxmudovna, Abdullaev Davlat Mukumovich, Abdullaev Khasan Davlatovich
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. Kidney diseases in children are a common pathology from 16.6 to 54:1000 of the child population and due to the frequency of latent course, the tendency to chronization is an urgent problem of modern pediatrics. The widespread introduction of clinical-genetic and biochemical research methods into clinical nephrology allowed us to establish a change in their nosological structure, an increase in multifactorially determined clinical forms [3]. Thus, according to epidemiological studies, the predominant nephropathies in the structure of nephropathy (34-40%) [1] are nephropathies of exchange genesis, including 10-19% oxalate, 14-29% urate nephropathies. At the same time, renal pathology is manifested and established in connection with

respiratory pathologies - among newborns who are in the department of neonatal pathology 34.2% [5], among young children who are being treated for various bronchopulmonary diseases 17-35%, and with staphylococcal infections 78.6%. Moreover, after the elimination of the main disease, from 24.2 to 31.5 % of children are discharged with residual urinary syndrome [2]. In the light of the above, it becomes clear that the existing ideas about the urinary syndrome in young children, with the most common bronchopulmonary pathology at this age, as a transient condition ("infectious kidney", "toxic kidney", "toxic-infectious kidney") conceals a significant threat to the health of the growing body. There are several reasons: first, it is known that the development of toxic conditions in general in young children (including those that cause kidney damage) is not an accidental phenomenon and in their development, toxicosis of pregnant women, the presence of hereditary metabolic disorders, heredity burdened with nephropathies, and secondly, this initial manifestation is typical for most hereditary, dysmetabolic and congenital kidney diseases that have the most serious prognosis [2,6]. In practice, even multiple episodes of urinary syndrome against the background of various intercurrent diseases continue to be evaluated as an infectious or toxic kidney to this day. Meanwhile, modern methods of examination of children and relatives, the widespread introduction of genetic and biochemical research methods into nephrological practice make it possible to clarify the metabolic disorders that cause kidney damage with difficult to differentiate urinary syndrome [4].

Materials and methods. Glomerular apparatus functions were evaluated by endogenous clearance on Van Slayke. The state of renal tubular functions was judged by the osmolarity of urine by cryoscopic method on the device OMK Shch-01, titrated acids according to I. Todorov (1963).

The content of uric acid in daily urine was determined by the Muller-Seifert method, based on the colorimetric determination of uric acid with Folin phosphor-tungsten reagent.

Quantitative determination of oxalates in urine was carried out according to N. V. Dmitrieva (1966), and daily isolation of urates in urine was used by the Hopkins method described by O. V. Travina (1955).

Results and discussion. We studied partial renal function in 121 patients with pneumonia with dysmetabolic nephropathies (DMN) and 20 patients with pneumonia without dysmetabolic nephropathies (DMN). In all patients with pneumonia, there was a tendency to decrease the daily diuresis, and in patients with pneumonia with DMN disorders significantly decreased to 0.37 ± 0.013 compared to healthy children 0.450 ± 0.038 ($p < 0.001$) and in patients with pneumonia without DMN 0.430 ± 0.021 ($p < 0.05$). A decrease in glomerular filtration was found in patients with pneumonia with DMN up to 0.97 ± 0.17 ml / sec ($p < 0.05$), which is apparently associated with hemodynamic disorders against the background of infectious and toxic lung damage, hyperthermia, and microcirculatory disorders.

There was a significant decrease in ammonia excretion in patients with pneumonia with DMN up to 9.0 ± 1.18 mmol / s compared to healthy children ($p < 0.001$) and in children with pneumonia without DMN 42.0 ± 1.2 ($p < 0.05$).

The reduced excretion of titratable acids to 23.37 ± 4.25 mmol/s compared to healthy children of 51.0 ± 2.8 mmol/s ($p < 0.001$) and in children with pneumonia without ZMN 48.8 ± 2.2 . ($p < 0.05$).

The reduction of azidoaniline in patients with pneumonia with JMN evidence kanaltsevy kidney dysfunction causing the violation of adaptive-compensatory body functions under conditions of hypoxia, which increases the metabolic acidosis associated with pneumonia.

A significant increase in urinary oxalate excretion was found in children with pneumonia with DMN up to 244.0 ± 1.8 mmol/s compared with healthy children 110.0 ± 10.5 ($p < 0.001$), and with a group of children with pneumonia without DMN 130.0 ± 11.5 ($p < 0.05$), which may be secondary oxaluria, which is the result of instability of the cytomembranes of the renal epithelium against the background of intoxication, hypoxia, electrolyte disorders accompanying the development of the inflammatory process in the lungs.

Considering that 2/3 of patients with pneumonia with urinary syndrome had a hereditary burden of oxalic acid and uric acid metabolism disorders, which was revealed by studying pedigrees and cross-questioning relatives, the increased excretion of oxalates and urates along with urate and oxalate-calcium crystalluria was regarded as secondary oxaluria-uraturia, which is the result of hereditary cytomembrane instability.

In patients with pneumonia with DMN, there was an almost twofold increase in the excretion of urates and uric acid, respectively, 6.9 ± 0.22 mmol/s and 6.64 ± 0.36 mmol/s, compared with those in healthy children ($p < 0.001$) and children with pneumonia without DMN 3.18 ± 0.20 ($p < 0.05$) and 5.2 ± 0.3 ($p < 0.05$). Increases in urate and uric acid excretion can be associated with increased catabolic processes against the background of hyperthermia, hypoxia and the breakdown of purine bases, which causes an increase in the level of uric acid in the blood. Thus, functional disorders of the kidneys are characteristic of pneumonia in patients with pneumonia without DMN, the concentration of nephrotoxic metabolites (urates, oxalates, MC) does not reach the values that have a nephrotoxic effect, and as the treatment of pneumonia, diet and water regime was carried out, the concentration of urates, oxalates, uric acid decreased, which corresponded to the disappearance of such clinical manifestations as pasty eyelids, face, normalization of diuresis. A number of studies have shown the high efficiency of the complex phytonirringovogo drug kanefron in the treatment and prevention of microbial-inflammatory and dysmetabolic processes of the urinary system (3).

Daily ammonia excretion was significantly reduced at a dysmetabolic IN of 23.6 ± 3.9 mmol / s ($p < 0.05$) and ICD 29.6 ± 3.2 mmol / s ($p < 0.05$) and at PN 33.8 ± 2.6 ($p < 0.05$), compared with healthy children. The most pronounced decrease in the excretion of titrated acids was observed at IN 19.2 ± 7.9 mmol / s 1.73 m, ($p < 0.05$) and at PN and ICD was 24.7 ± 3.85 mmol/s and 26.2 ± 4.7 mmol/s, respectively ($p < 0.01$).

The highest rate of urine osmolarity was observed in patients with ICD 976 ± 62.6 mmol / s ($p < 0.05$), IN 898 ± 62.5 mmol/s ($p < 0.05$) and PN 886 ± 58.74 mmol/s ($p < 0.05$) compared to healthy children 627 ± 61.7 mmol/s. Thus, a decrease in the function of acidoammoniogenesis was revealed in the group of patients with IN, compared with patients with PN and ICD, which

characterizes the intensity of compensatory and adaptive capabilities of the kidneys to maintain the acid-base state (CBS) of the body in conditions of tissue hypoxia, respiratory and metabolic acidosis in pneumonia.

An increase in the excretion of nephrotoxic metabolites (oxalates) was observed at PH 226.0 ± 23.0 mmol / s ($p < 0.05$), ICD 262.7 ± 49.8 mmol/s ($p < 0.01$), and IN 243.2 ± 28.4 mmol/s ($p < 0.05$), compared with healthy children. Urate excretion in PN was 6.22 ± 0.52 mmol / s, ICD 8.3 ± 1.32 mmol/s ($p < 0.001$), IN 6.36 ± 0.26 mmol / s ($p < 0.001$), compared with healthy children. Uric acid excretion is highest in patients with pyelonephritis 7.1 ± 0.3 mmol / s ($p < 0.01$), with ICD 6.26 ± 0.53 mmol/s ($p < 0.05$) and IN 6.55 ± 0.37 mmol/s ($p < 0.05$), compared with healthy children 4.13 ± 0.21 mmol/with.

The existing changes in the function of acidoammoniogenesis are associated with an increase in the excretion of nephrotoxic metabolites, against the background of hereditary burden of the family history of the exchange of MK, oxalates. Intoxication, dehydration, respiratory failure and hypoxia on the background of pneumonia, aggravating metabolic disorders, lead to a disorder of homeostatic kidney function.

Accordingly, the risk of nephrotoxic effects of urates and oxalates on the kidneys increases. A sharp increase in the concentration of urates and oxalates against the background of pneumonia in children with metabolic disorders creates a threat of tubular obstruction with subsequent deterioration of urine outflow, up to the development of renal failure. Clinically, these children were marked by pasty eyelids, face, decrease in diuresis - to oliguria.

Conclusion. Thus, pronounced changes in the tubular functions of the kidneys in young children with dysmetabolic nephropathies, the lack of their adaptive reactions in hypoxia and especially when exposed to infection, being a factor affecting the course of pneumonia, contribute to the chronization of the pathological process in the kidneys and increase the risk of interstitial nephritis, microcrystalization, stone formation. Treatment in these cases without differentiated correction of dysmetabolism, with a focus mainly only on the urinary syndrome, can lead to stabilization and chronization of the renal process, which acquire independent important medical and social significance.

Literature:

1. Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А. Дизметаболическая нефропатия. (Учебно-методическая рекомендация.- Самарканд 2015.- с.26)
2. Гресь А.А., Вощула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность Канефрона Н. Минск.-Медицинские новости.-2004г.-№8. С.89-93
3. Ишкатулов Д.И., Ахмедов Ю.М. Наследственные заболевания почек. – (В кн. Нефро-урология у детей. – Ташкент – 2008, с. 205-207)
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб, 2008, с. 600
5. Таболин В.А., Вирбицкий В.Н., Чугунова О.А. Диагностическое наблюдение детей, имевших нефропатию в неонатальном периоде. // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского – 2000, №3, с. 42-47
6. Coe FL, Evan AP, Worcester EM. Three Pathways for human kidney stone formation. Urol Res 2010; 38: 147-160

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA TEMIR TANQISLIGI ANEMIYASIDA SIYDIKDA UROPEPSINNI ANIQLASH VA UNING AXAMIYATI

Garifulina Lilya Maratova, Quدراتova Gulsara Najmitdinova, Xolmuradova Zilola Ergashevna
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Kirish: JSST ma'lumotlariga ko'ra, har yili 1,5 milliarddan ortiq anemiya bilan kasallanganlar ro'yxatga olinadi, deyarli 50% holatlar temir tanqisligi bilan bog'liq. YUNISEFning «Micronutrient Initiative» dasturida temir tanqisligi anemiyasining mehnatga layoqatlilikning jiddiy pasayishi, onalar o'limining ko'payishi, bolaning jismoniy va aqliy rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi kabi iqtisodiy ahamiyatga ega bo'lgan omillar o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatadi. Bu esa temir tanqisligi anemiyasi tashxisini erta qo'yishda turli xil diagnostik usullarni taqazo etadi. Bolalarda qon kasalliklarida siydik tarkibida uropipsin miqdorini aniqlash kam o'rganilganligi sababli, biz temir tanqisligi anemiyasi bor bolalarda uni aniqlashni dolzarb deb bildik.

Ishning maqsadi qilib, anemiyaning og'irlik darajasiga bog'liq xolda siydikda uropepsinni aniqlash.

Materiallar va usullar. 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan har xil og'irlikdagi temir tanqisligi anemiyasi bo'lgan 42 bola tekshirildi. Oshqozonning fermentativ funktsiyasi siydikda chiqarilgan uropepsin miqdori bilan aniqlandi. Pepsinogen oshqozon shilliq qavatida ishlab chiqariladi va qonga tushib, 1% miqdorda siydik bilan uropepsin ko'rinishida ajraladi. Tadqiqot uchun ertalab chiqarilgan siydikdan sunggi ikkinchi qismi olinib, uning miqdori va birinchi va ikkinchi siyish o'rtasida o'tgan vaqt qayd etildi.

Bemor bolalarda siydikdagi uropepsin miqdori anemiya og'irlik darajasini hisobga olgan holda aniqlandi. Temir tanqisligi anemiyasida siydikda uropepsin miqdori kamayishi ko'zlatildi. Xattoki engil darajadagi anemiyada ham uropepsin miqdori siydikda sog'lom bo'lgan bolalarga qaraganda ancha past ($P < 0.001$) ekanligi aniqlandi.

Siydikdagi uropepsin darajasini o'rganish tahlili shuni ko'rsatdiki, uning kamayishi anemiya og'irlik darajasining oshishi bilan parallel kechgan. Eng past ko'rsatkichlar o'rtacha va og'ir darajadagi anemiyada aniqlandi ya'ni - 0,422 birlikgacha soatiga, (normada 3.696 birlik soatiga). O'rtacha kasallikning og'ir darajasida $2,8 \pm 0,51$ birlik soat, norma esa $7,46 \pm 0,40$ birlikni tashkil etdi.

Klinik sog'ayish vaqtiga kelib, anemiya bilan kasallangan bolalarning ko'pchiligida 56,3% hollarda siydikdagi uropepsin miqdori normal ko'rsatkichlarga bir oz yaqinlashganligi ko'zlatilgan bo'lsa, bemorlarning 43,7% da esa ko'rsatkichlarni normallashish tendentsiyasi kuzatildi, ammo to'liq normaga yaqinlashmadi. Siydikdagi uropepsin tarkibining normallashishi kasallikning og'irlik darajasiga bog'liq edi: u engil darajada kasallangan bemorlarda to'liq tiklangan bo'lsa, o'rtacha va ayniqsa og'ir darajada kasallangan bemorlarda bu ko'rsatkich, normaga nisbatan kamligicha saqlandi.

Siydikda uropepsin miqdoriga qarab, erda yoshdagi bolalarda oshqozonni zondlanmasdan turib, oshqozonning sekretor funksiyasini baholash mumkin. Oshqozonning sekretor funksiyasi bilan siydikda uropepsinning aloqasi va chiqarilishini o'rganish, shubhasiz, katta qiziqish uyg'otadi.

Adabiyotda ushbu masala bo'yicha mavjud bo'lgan ma'lumotlar bir biriga qarama-qarshidir. Ya'ni, G.F. Korotko, S.M. Ryss, L.I. Anoxina, R.B.Rustamov va boshqalar siydikdagi proteolitik ferment tarkibi bilan me'da tarkibidagi kislota, pepsin sekretsiyasi o'rtasida ma'lum bir parallelizm mavjudligini ko'rsatadi. Bu esa oshqozon bezlarining funktsional holati to'g'risida taxminiy xulosa chiqarish uchun uropepsinni o'rganishni taqozo etadi. Yu.I.Fishzon-Riss kislota sekretsiyasi darajasi va uropepsin o'rtasida o'zaro bog'liq o'zgarish borligini ko'rsatdi, ammo shu bilan birga u uropepsin borligini aniqlash, oshqozon sekretsiyasini zondlab tekshirish o'rini bosmasligini takidlaydi.

Siydikdagi uropepsinning miqdori me'da sekretsiyasi holatini bilvosita baholashga imkon beradi.

Erta yoshdagi bolalar oshqozonini zondlab tekshirish orqali oshqozonning kislota hosil qiluvchi funksiyasini o'rganish katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun biz bir vaqtning o'zida siydikdagi uropepsin miqdorini, temir tanqisligi anemiyasi bo'lgan bolalarda, oshqozonning kislota hosil qiluvchi funksiyasining holatini qanchalik aniq aks ettirganligini aniqlash uchun siydikdagi uropepsin tarkibini o'rgandik.

Yosh jihatidan ko'rsatkichlarni o'rganayotganda, biz bir yoshga to'lmagan bolalarda uropepsin 75% hollarda kam bo'lganini, 74,9% bemorlarda erkin xlorid kislota kamayganligini, 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bemorlarda uropepsin 65% hollarda va 78,2% bemorlarda erkin xlorid kislota kamayganligini ko'rsatdik.

Bizning tadqiqotlarimiz natijalari shuni ko'rsatdiki, siydikda uropepsinning past ko'rsatkichlari bilan me'da kislotaliligining past ko'rsatkichi o'rtasida parallelizm mavjud, ammo hech qanday holatda siydikda uropepsin butunlay yo'qligi qayd etilmagan, ammo ba'zi bemorlarda erkin xlorid kislotaning yo'qligi ham kuzatilgan.

Shunday qilib, siydikdagi uropepsin va me'da shirasidagi erkin xlorid kislota miqdorini o'rganishimiz shuni ko'rsatdiki, siydikda uropepsin miqdorining kamayishi yoshga bog'liq bo'lib, anemiya og'irlik darajasiga ham parallel bo'ladi. Shuningdek siydikdagi uropepsin bilan me'da shirasidagi erkin xlorid kislota o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik mavjud bo'lib, siydikdagi uropepsinni o'rganish oshqozon sekretor faoliyatining funktsional holati to'g'risida taxminiy xulosa qilish uchun ishlatilishi mumkin, deb ta'kidlagan yuqoridagi mualliflarning fikriga qo'shilish uchun sabab bo'ldi.

Adabiyotlar:

1. Riss E.S. Anemiya va oshqozon-ichak trakti Sankt-Peterburg tibbiyoti, 1999 y
2. Korotko G.F. Uropepsinogen., Toshkent. 2004 yil
3. Oshqozon sekretsiyasini o'rganish uchun probeless usullar. Klinik laboratoriya diagnostikasi. Shifokorlar uchun ma'lumotnoma / V.V. Medvedev. Yu.Z.Volchek (tahr. V.A.Yakovlev. SP6.: Gippokrat, 2006 -360 bet.
4. Anemiya bolalarda ovqat hazm qilish tizimining zararlanishining etakchi omili sifatida. M. I. Dubrovskaya, A. S. Botkina, T.V. Zubova, N.V. Davidenko, V.B. Lyalikova. RUSIYA PERINATOLOGIYASI VA PEDIATRIKASI BULLETINI, 5-iyun, 2015-yil.
5. Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida temir tanqisligi anemiyasi. D.T. Abduraxmonov. "Pharmateca" Haqiqiy sharhlar, 2012 yil 13-son, 9-14 betlar
6. Novik, A.N.Bogdanov. Anemiya (A dan Ya gacha). RAMS Yu. L. Shevchenko tahriri ostida shifokorlar uchun qo'llanma.
7. "Neva" nashriyoti Sankt-Peterburg. Pirogov nomidagi Milliy tibbiyot va jarrohlik markazi N.I. MzRF. Moskva 2004 yil
8. Kozlovskaya L.V., Rameev V.V., Sarkisova I.A.
9. Surunkali kasalliklarda ko'zatiadigan anemiyaning patogenezi va klinik ahamiyati // Anemiya. 2005 y., № 4 b.4-10
10. Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida temir tanqisligi sindromlari: davolash istiqbollari. Stuklov N.I. Klinik tibbiyot 2016.94 (6).

HEALTHY STUDENTS - HEALTHY NATION

Hakobova Rebeka Arayevna, Kaitova Zinfira Sultanovna, Protasov Andrey Vitalievich
RUDN University, Moscow, Russian Federation.

Introduction. Healthy children and students make the future healthy society. But unfortunately, today's youth faces many problems, such as smoking, doing drugs, promiscuous sexual intercourses, abortion, and obesity. Overweight and obesity are defined by WHO as abnormal or excessive accumulation of fat that poses a health risk (World Health Organization, 2016). To measure obesity, the body mass index (BMI) is used – the weight of a person (in kilograms) divided by his height (in meters) squared. A person with a BMI equal to or greater than 30 is considered obese, and a person with a BMI equal to or greater than 25 is considered as obese (World Health Organization, 2016).

Currently, nutritional disorders are one of the most important problems of modern society. It can lead both to the development of obesity - a "non-infectious epidemic" of the XXI century, and to the development of other diseases as well (Anishchenko A. P. "Risk factors for the development of body weight disorders, and their correction by methods of physical culture in students", 2018). According to the study conducted by the Global Burden of Diseases, the number of obese people in the world is about 2.1 billion, which is about 30% of the total population (health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years, 2017)

Frequently the cause of obesity or overweight is a nutritional disorder. Food behavior refers to a value attitude to food that forms food stereotypes and includes attitudes, habits and emotions related to food, individual for each person (Isachenkova O. A. "Food behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases", 2015). An adequate form of

food behavior is considered to be eating in order to receive nutrients, when food is meant for maintaining the energy and plastic balance of the body. However, in case of eating disorders, food is used for relieving psychoemotional tension, compensating for unsatisfied needs, and sensual pleasure (Isachenkova O. A. "Eating behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases", 2015).

Currently, the following types of eating disorders are distinguished: external, emotionogenic and restrictive. The most common emotionogenic type, in which the motivation to eat is not hunger, but emotional discomfort, which a person tries to alleviate with high-calorie food, which is dominated by foods rich in carbohydrates and fats ("Isachenkova O. A. "Eating behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases with it", 2015). At the same time, more than 55% of the daily diet is consumed in the evening (after 18 hours) (Salmina-Khvoostova O. I. "Eating disorders in obesity", 2008). As was noted by Salmina-khvoostova O. I., emotionogenic eating disorder prevails in the group of persons engaged in mental work.

The emotionogenic type of nutritional disorder is often observed in foreign students who are more committed to psychoemotional stress, which is associated with migration, climate change, adaptation disorders, and difficulties in the educational process (Atanasova V. «Body mass index and food frequency intake of foreign medical students», 2014). Migrant students often change the traditional national food model to fast food, in order to save financial and time resources (Nee M. L. "Food practices of migrant students in the dormitory: between traditions and rationality" 2016), which can also lead to overweight, and even result in obesity (Nura Tukur "Predictors of overweight and obesity among graduate African students at the State University of Malaysia", 2017). Also, overweight women are diagnosed with endocrine infertility and other endocrine disorders [3,5,6]. The level of leptin in the blood reflects the amount of adipose tissue, it increases with excessive food intake and obesity, and decreases with fasting and weight loss [1,4] According to some authors, leptin has an inhibitory effect on steroidogenesis and folliculogenesis in the ovaries [2]

Materials and methods of the study. In the course of our study, the task was to conduct a survey of foreign students of the Peoples' Friendship University of Russia and analyze the data obtained in order to assess the nutritional behavior of foreign students and its impact on the development of obesity. We conducted a survey of 100 foreign students of the Peoples' Friendship University of Russia online on the basis of the Google Form platform. The questionnaire consists of 30 questions that clarify general data (gender, age, height and weight, course of study, country and region from which the student came to study in the Russian Federation), health group, the presence or absence of hereditary and endocrine diseases (including diabetes mellitus), a history of traumatic brain injuries, weight at the time of arrival in Russia and at this time, the presence of obesity in the next of kin.

In addition to these questions, in the questionnaire present questions clarifying dietary habits of students (last meal, number of meals per day, amount of fluids a day, food preferences, the effect of stress on appetite, the consumption of carbonated beverages with the refinement of the scope) and issues, the purpose of which is to figure out how much time a student spends on self-study, what is the average score its annual performance, how many hours a day he spends in front of a screen of an electronic device, does sports, is there enough time he devotes to sleep.

Results: The survey involved 100 students from 40 countries. There are 59 female students and 41 male students. The distribution by country is as follows: 21 people came from Africa, 16 from South-East Asia, and 16 from Central Asia. There are 20 students from the Caucasus region, 14 from Latin America, 5 from Eastern Europe, 1 from Western Europe, and 7 from the Middle East region. The age range of respondents was between 16 and 30 years. The average age is from 19 to 22 years.

The main health group for physical education (without deviations in the state of health) has 74 respondents, preparatory (with minor deviations in the state of health) – 8, special (significant deviations in the state of health of a permanent or temporary nature) – 18.

The distribution of students by faculty is as follows: 49 students are studying at medical Institute of PFUR, 15 in the agrarian Institute of technology, 5 Institute of hospitality and tourism, 4 – the law Institute, 2 – Institute of foreign languages, 9 – Economics 4 – at the philological faculty 5 – faculty of Humanities and social Sciences, 2 faculty of physics, mathematics and natural Sciences, 5 Academy of engineering.

The majority of foreign students (80 respondents), at the time of arrival in the Russian Federation, had a normal weight. 7 students - had a reduced weight. 11-overweight. And only 3 of the respondents had grade I obesity.

At the moment, 58 foreign students were found to have weight gain within the normal range. 18 students are overweight. 2-obesity of the first degree. 14 of the respondents identified the weight loss. Only 9 of the respondents had no changes in weight.

Based on the calculated BMI, it was found that weight gain within the normal range is most clearly observed among representatives of the Caucasus region (80%), Africa (66%) and Central Asia (50%). Weight gain within the normal range is least clearly observed among students from South-East Asia (37.5%) and Latin America (35.7%), but they are most clearly overweight (18.7% and 35.7%, respectively), which cannot be said about representatives from the Caucasus region (5%), from Africa (14.2%) and Central Asia (12.5%).

Many students from these regions are under stress (26%), and lack adequate sleep (32%).

Representatives of the countries of Eastern Europe (4 people with weight gain within the normal range), Western Europe (1 overweight) and the Middle East region (2 with weight gain within the normal range, 2 overweight, 1 with obesity of the first degree) also have changes in weight, but due to the small number of respondents among the above groups, it is not possible to come to a conclusion at the moment, it is necessary to involve more respondents in the study.

The study showed that overweight mainly affects students of the Medical Institute (24.4%). Students at the Agrarian and Technological Institute - 13%, the Law Institute-14%, at the Faculty of Humanities and Social Sciences-12%, at the Engineering

Academy-2%. At the Institute of Foreign Languages, at the Institute of Hotel Business and Tourism, at the Faculty of Philology, and at the Faculty of Physical, Mathematical and Natural Sciences, respondents who are overweight were not identified. 16 of the respondents indicated that they received a traumatic brain injury in childhood or adolescence, 9 of them had a normal weight gain and only 1 was overweight. 4 of the foreign students suffer from endocrine diseases (3 have diabetes, 1-hypothyroidism), of which 2 have an increased weight. 25 international students confirmed the presence of obesity in their next of kin. Of these, 9 are overweight. 50% of the respondents take food 2-3 times a day, 29% - 3-5 times a day, 11% - 2 times a day, 10% - more than 5 times a day. 48% - prefer home-cooked food, 16% - fast food, 7% - vegetarian food, 29% - prefer all of the above. In addition, most of the students prefer sweet (23%) and baked food (32%), the addiction to such food may be due to the desire to get fast carbohydrates. 38% of all surveyed respondents consume 1500 ml of liquid per day. 19% prefer Cola and other carbonated drinks (while the majority of respondents (21%) consume 0.5 liters per week), 19% - tea, 19% - coffee, 14% - water without gas, 2% - alcoholic beverages, 10% - smoothies, 17% - fresh juices.

43% took the last meal for 1-2h. before bedtime, 23% - food was taken immediately before bedtime (0h. before bedtime), 20% for 3-4h. before bedtime and only 14% for 5 hours before bedtime. 46% of respondents report an increase in appetite in response to a stressful situation. 49% report an increase in appetite and frequency of meals during the examination / test session.

Every day, 31% of respondents spend an average of 3-4 hours on self - preparation for classes, 29% - more than 5 hours, 24%-1-2 hours, 16% - 4-5 hours. It turned out that the majority of overweight students had an average grade of "B" for all their years of study at the RUDN(61%).

The amount of time spent by students in front of the screens of phones/laptops/tablets and other devices was also studied: 32 respondents – more than 6 hours a day, 38 – from 3 to 6 hours a day, 29-from 2 to 3 hours a day, 1 respondent-up to 1 hour a day. In addition, it turned out that 46% of respondents exercise 3-5 times a month, 33% - never exercise. The average number of hours of physical activity per week for 40% of the respondents is 0-2h.

From the study data, it turned out that most of the students (41%) did not take weight loss methods.

Conclusions: at the time of arrival in the Russian Federation, 80 foreign students were of normal weight. 11-overweight. And only 3 of the respondents had grade I obesity. At the moment, 58 students were found to have weight gain within the normal range. 18 students are overweight, 2 are obese of the first degree. Based on the calculated BMI, it was found that weight gain, within the normal range, is most clearly observed among representatives of the Caucasus region, Africa and Central Asia. Students from South-East Asia and Latin America are most clearly overweight. According to the data obtained in the course of the study, it was revealed that overweight mainly affects foreign students, whose specialty requires more mental stress, which is explained by the high academic performance ("B") of students of medical and law institutes. In addition, foreign students were found to have an eating disorder of the emotionogenic type, which is explained by an increase in appetite and the frequency of food intake in response to a stressful situation, in particular, during a session. The study also found that most of the respondents take food 2-3 times a day, and the last meal was taken for 1-2h and, just before bedtime. The factors that accompany weight gain can also include a lack of physical activity in students. Despite the fact that as a result of the study, there were no cases of obesity among students, it can be stated that the respondents have a tendency to possible obesity, in the case of non-correction of nutritional behavior.

Literature:

1. Osipova, A. A. The role of leptin in the regulation of energy metabolism and functioning of organisms of living nature /A. A. Osipova // Environment and energy science. - 2019. - No 2. - P. 55-82.
2. Comninos, A.N. The relationship between gut and adipose hormones, and reproduction/ A.N. Comninos, C.N. Jayasena, W.S. Dhillo // Hum. Reprod. Update. – 2014. – Vol.20, N 2. – P.153-174. doi: 10.1093/humupd/dmt033.
3. Dag, Z.O. Impact of obesity on infertility in women/ Z.O. Dag, B. Dilbaz // J.Turk. Ger. Gynecol. Assoc. – 2015. – Vol.16, N 2. – P.111-117. doi:10.5152/jtgga.2015.15232.
4. Dam, J. Trafic et signalisation du recepteur de la leptine [Traffic and signalisation of the leptin receptor] / J. Dam // Biol. Aujourd'hui. – 2018. – Vol.212, N1- 2. P.35-43. French. doi: 10.1051/jbio/2018020.
5. Obesity and anovulatory infertility: A review / C.R. Giviziez, E.G. Sanchez, M.S. Approbato [et al.] // JBRA Assist. Reprod. – 2016. – Vol.20, N 4. – P.240-245. doi:10.5935/1518-0557.20160046.
6. Obesity as disruptor of the female fertility / E. Silvestris, G. de Pergola, R. Rosania, G. Loverro // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2018. – Vol.16, N 1. – P.22. doi:10.1186/s12958-018-0336-z.

TABIY ALLERGENLAR VA BEPUSHTLIK – ZAMONAVIY QARASHLAR

Hikmatova Nigina Izzatullaevna, Paxomova Janna Evgenievna, Roziqova Dildora Qodirovna

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi. Hozirgi vaqtda ekologik vaziyatning yomonlashuvi, kimyo sanoatining rivojlanishi va qishloq xo'jaligi, oziq-ovqat va kimyo sanoatida allergiya keltirib chiqaradigan turli xil mahsulotlarning keng qo'llanilishi tufayli inson sog'lig'iga ta'sir ko'rsatadigan inson tanasining sezuvchanligini keskin oshirish yo'lga qo'yildi. Shunday qilib, allergik dermatit, allergik astma, allergik bronxit, rinit va vaskulitning chastotasi keskin oshdi. Hozirgi vaqtda oziq-ovqat mahsulotlariga, uy kimyoviy moddalariga, antibiotiklarga, turli xil o'simliklarga va boshqalarga yuqori sezuvchanligi bor odamlar juda ko'p. Ushbu pozitsiyalardan ma'lum bo'lishicha, har bir insonni har joyda o'rab turgan turli xil allergenlarga nisbatan yuqori sezuvchanlik umumiy holatga

ta'sir qilishi mumkin emas. inson salomatligi va reproduktiv funksiyasi. [1, s.1]. Hozirgi vaqtda adabiyotda ayolning erining spermasiga nisbatan bag'rikengligi paydo bo'lishi bilan bog'liq bepushtlik rivojlanganligi, spermatozoidlarning aglutinatsiyasi va serviks shilliq qavati orqali uning harakatchanligining pasayishi bilan bog'liqligi haqida dalillar mavjud [1, s.5-6; 2, 87-88-betlar; 3, p.814], IgG1 bilan birgalikda o'ziga xos IgG4 ning xarakterli ishlab chiqarilishi [1, p.3; 4, p. 20-21]. Shuningdek, spermatozoid antikori paydo bo'lishi bilan urug tarkibiy qismlarining faollashuvi o'rnatildi [5, s. 351-352].

Bizning tadqiqotimizning maqsadi, bepushtlik bilan og'riqan, serhosil yoshdagi ayollarni hayvon va o'simliklardan kelib chiqqan allergenlar spektriga nisbatan sezgirligini aniqlash.

Materiallar va uslublar. Ish Xalqaro Molekulyar Allergologiya markazida Ilg'or texnologiyalar markazi (Toshkent, O'zbekiston) bazasida olib borildi.

Tadqiqotga Buxoroda (O'zbekiston) yashaydigan, bepushtlik tashxisi qo'yilgan 24 yoshdan 40 yoshgacha (o'rtacha yoshi $29,5 \pm 2,4$ yosh) bo'lgan 40 ayol (asosiy guruh) jalb qilindi. Nazorat guruhi shu mintaqada yashovchi, o'sha yoshdagi 20 nafar sog'lom ayollardan iborat edi. Tadqiqotni o'tkazish uchun barcha bemorlardan yozma ravishda xabardor qilingan ixtiyoriy rozilik olingan. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari bepushtlik (birlamchi va ikkilamchi) yuqumli yoki aralash genezisli bemorlar edi. Istisno qilish mezonlari gormonal bepushtlik, og'ir somatik patologiya va allergik kasalliklar mavjud bo'lgan bemorlar edi.

Tadqiqotda ishlab chiqaruvchining ko'rsatmalariga binoan ALEX allergiya testi (MADx, Avstriya) yordamida sinovdan o'tgan sarumlar ishtirok etdi. Muayyan IgE darajasi kamida $0,1 \text{ kU} / \text{L}$ bo'lgan bemorlar ijobiy hisoblanadi. IgE sezgirligi profillarini allergik molekullarga tahlili IBM SPSS 20 va Microsoft Excel yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari va munozara. Mushuk, it, kalamush, sichqon, sigir, echki, qo'y, ot, cho'chqa, quyon, dengiz cho'chqasi va hamster hayvonlarning 20 ta allergik molekullari va epidermis ekstraktlariga nisbatan qiyosiy tahlil o'tkazildi (1-jadval).

1-jadval. Bepusht ayollarni sinash uchun allergik molekullar va hayvonlarning epidermik ekstrakti ro'yxati.

Hayvon turlari	Ilmiy nomi	Molekula
Mushuk	Felis domesticus	
Mushuk	Felis domesticus	rFel d 1
Mushuk	Felis domesticus	rFel d 2
Mushuk	Felis domesticus	rFel d 4
Qoramol	Bos domesticus	
Qoramol	Bos domesticus	rBos d 2
It	Canis familiars	
It	Canis familiars	rCan f 1
It	Canis familiars	rCan f 2
It	Canis familiars	rCan f 3
Echki	Capra hircus	
Gvineya cho'chqasi	Cavia porcellus	
Hamster	Cricetus cricetus	
Ot	Equus caballus	
Ot	Equus caballus	rEqu c 1
Sichqoncha	Mus musculus	nMus m 1
Cho'chqa	Sus domesticus	
Quyon	Oryctolagus spp.	
Kalamush	Rattus norvegicus	
Qo'y	Ovis aries	

Shuningdek, hayvonlardan kelib chiqqan oziq-ovqat mahsulotlarining 16 ta alerjenik molekullariga va ekstraktlariga, xususan, tovuq oqsili va sarig'i, tuya, echki, ot va qo'y suti molekullariga, shuningdek, tovuq, kurka, mol go'shti, qo'zichoq, ot go'shti allergenlariga sezgirlik (jadval 2).

Tekshirilgan bemorlar orasida 28 (70%) birinchi darajali bepushtlikdan va 12 (30%) ikkilamchi kasallikdan aziyat chekishdi. Bepushtlikning davomiyligi 3 yildan 10 yilgacha bo'lgan. In vitro o'g'itlash 7 (17,5%) bemorda ishlatilgan. Allergik anamnezni asosiy guruhdan 22 (55,0%) bemor va nazorat guruhidan 3 (15,0%) ayol qayd etdi. Bundan tashqari, ayollarning asosiy guruhida antibiotiklarga alerjisi bo'lgan 9 (22,5%) bemor bor edi.

O'tkazilgan tadqiqotlar natijasida, bemorlarning asosiy guruhida (1-A rasm), bepushtlik bilan kasallangan 8 (20%) ayollarda mushukning albomini bo'lgan Fel d 2 alerjenik molekullasi, 7 (17,5%) ayollarda epidermisda IgE borligi aniqlandi. sigirlar (Bos d epiteliya). Bitta ayol echki, dengiz cho'chqasi va hamsterning epidermisiga har bir allergenga 3 ta ta'sir ko'rsatdi (7,5%).

Nazorat guruhidagi ayollarda IgE sezgirligi va hayvonlarning epidermisining nafas olish alerjenlariga klinik jihatdan muhim reaksiyalari aniqlanmagan. Ushbu guruhning bitta ayolida IgE aniqlangan mushuk molekullari Fel d 1 va Fel d 2 bundan mustasno edi (5,0%). O'rtacha IgE darajasi guruhdagi Fel d 1 va Fel d 2 ga mos ravishda $0,3$ va $0,02 \text{ kU} / \text{L}$ ni tashkil etdi. Bunday holda, medianlar nolga teng edi. Nazorat guruhidagi bemorlar, shuningdek, barcha o'rganilgan molekullar va hayvonot manbalaridan olingan oziq-ovqat ekstraktlariga immunologik jihatdan toqat qilar edilar (1-B-rasm).

Asosiy guruhdagi ayollarda hayvonot mahsuloti alerjenlariga sezgirlik o'ziga xos IgE tarkibida mol go'shti 9 (22,5%), ot go'shti - 8 (20,0%), quyon go'shti - 4 (10,0%) mavjudligida namoyon bo'ldi. Bundan tashqari, 2 (5,0%) ayol tovuq oqsili Gal d 1 dan ovotransferrin Gal d 3 ga qadar ovomukoidga sezgir bo'lgan.

2-jadval. Bepusht ayollarni sinab ko'rish uchun allergik molekular va hayvonlarga oziq-ovqat ekstrakti ro'yxati.

Hayvon turlari	Ilmiy nomi	Molekula
Tuya suti	Camelus dromedaries	
Sigir, sut	Bos dromedaries	
Sigir, sut	Bos dromedaries	nBos d 4
Sigir, sut	Bos dromedaries	nBos d 5
Sigir, sut	Bos dromedaries	nBos d 8
Echki, sut	Capra hircus	
Ot, sut	Equus Caballus	
Qo'y, sut	Ovis aries	
Sigir, go'sht	Bos domesticus	
Sigir, go'sht	Bos domesticus	nBos d 6
Tovuq, go'sht	Gallus domesticus	
Qazi	Equus caballus	
Qo'y, go'sht	Ovis aries	
Cho'chqa, go'sht	Sus domesticus	
Quyov, go'sht	Oryctolagus spp.	
Turkiya, go'sht	Meleagris gallopavo	

Shunday qilib, bepushtlik bilan kasallangan ayollar guruhi (asosiy guruh) nazorat guruhidagi ayollarning profilidan sezilarli darajada farq qiladigan hayvon kelib chiqishi allergenlariga sezuvchanlik profilini ko'rsatdi. Tekshiruv natijalariga ko'ra, bepushtlik bilan kasallangan 8 (20,0%) bemorga mushuk albuminlariga, sigir go'shtiga va epidermisga sezgirlik xos bo'lgan.

Olingan natijalarga asoslanib, ba'zi bir bepushtlik ayollari hayvonlardan kelib chiqqan allergenlarga allergik reaksiyalar bilan tavsiflanadi, deb taxmin qilish mumkin. Inson antigenlari bilan allergenlarning gomologik epitoplari borligi o'zaro reaksiyalarni keltirib chiqarishi, allergik yallig'lanishni saqlab turishi va ehtimol ayollarda reproduktiv zarar etkazishi mumkin.

O'z navbatida, bepushtlik bilan kasallangan bemorlarni kompleks tekshirishda molekulyar allergologiya usullaridan foydalanish ayollarning allergik sezgirligini aniqlashning qo'shimcha usuli bo'lishi mumkin. Bularning barchasi bepushtlik rivojlanishining patogeneziga biroz boshqacha qarashga va, natijada, bepushtlik diagnostikasi va davolashga yondashuvlarni qayta ko'rib chiqishga imkon beradi. Shuningdek, sun'iy urug'lantirishni amalga oshirayotganda, ushbu protsedurada sigir albuminidan foydalanishni hisobga olgan holda, hayvonot manbalaridan kelib chiqqan oqsilga allergik sezgirlik hisobga olinishi kerak.

Adabiyotlar:

1. Andrea Brazdova, Helene Senechal, Gabriel Peltre, Paskal Ponchet. Immunol Aspects of Female Infertility. Int J Fertil Steril. Apr-Jun 2016; 10 (1): 1-10.
2. Brazdova A, Zidkova J, Peltre G, Ulcova-Gallova Z. IgG, IgA and IgE reactivities to sperm antigens in infertile women. Jordan J Biol Sci; 2012; 5(2): 85-89.
3. Brazdova A, Vermachova M, Zidkova J, Ulcova-Gallova Z, Peltre G. Immunodominant semen proteins I: new patterns of sperm proteins related to female immune infertility. Cent Eur J Biol. 2013; 8(9): 813-818.
4. Brazdova A, Senechal H, Peltre G, Zidkova J, Ulcova-Gallova Z, Poncet P, et al. Immunodominant semen proteins III: IgG, and IgG, linkage in female immune infertility. Jordan J Biol Sci. 2015; 8(1): 17-21.
5. Morrell JM, Pihl J, Dalin AM, Johannisson A. Restoration of seminal plasma to stallion spermatozoa selected by colloid centrifugation increases sperm progressive motility but is detrimental to chromatin integrity. Theriogenology. 2012; 78(2): 345-352.
6. Ихтиярова Г.А. Курбанова З.Ш., Шодиев Б.В.- Диагностика и подготовка женщин с низким овариальным резервом яичников к вспомогательным репродуктивным технологиям // Тиббиётда янги кун 2(30) 2020 стр 123-128
7. Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К. - Причины и методы диагностики эндокринного бесплодия и роль витамина Д в его коррекции // Тиббиётда янги кун 2(30/2) 2020 стр 34-38
8. Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К. - Ановуляторное бесплодие и синдром поликистозных яичников // Тиббиётда янги кун 2(30/2) 2020 стр 159-165

TUG'RUQDAN KEYINGI QON KETISHDA GEMOSTAZ QILISHNING TURLI XIL USULLARINI SAMARADORLIGI

Kamolov A., Azimova Sh.

Samarqand davlat tibbiyot institute, Samarqand, O'zbekiston

Dolzarbligi. So'nggi yillarda onalar o'limining biroz pasayishiga qaramay, aksariyat rivojlanayotgan mamlakatlarda uning sabablari tarkibi deyarli o'zgarishsiz qolmoqda [JSST, 2015]. Akusherlikda qon ketish har doim homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda ayollarning o'limiga va nogironligiga olib keladigan eng og'ir asorat bo'lib kelgan va o'zgarishsiz qolmoqda. Tug'ruqdandan keyingi massiv atonik qon ketish 25% hollarda onalar o'limiga sabab bo'ladi [1,2]. Har yili dunyoda akusherlikda qon ketishdan 125000-130000 ayol vafot etadi. Bu sohadagi eng ko'p ilmiy ishlar tug'ruqdan keyingi erta davrda qon ketishga bag'ishlangan. Ammo tug'ruqdan keyingi qon ketishining soni va asoratlari deyarli o'zgarmay qolmoqda. Respublikamizda akusherlik qon ketishi bilan bog'liq onalar o'limi barcha sabablarning 44 % tashkil qiladi.

Tadqiqot maqsadi. Tug'ruqdan keyingi massiv qon ketishining turli xil gemostaz usullari samaradorligini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Akusherlik qon ketishini to'xtatishning turli xil usullarining samaradorligini aniqlash uchun tug'ruqdan keyingi qon ketishi bo'lgan 91 bemorda tug'ruqdan keyingi davrning retrospektiv tahlili o'tkazildi, ulardan 46 ta (50,5%) tug'ruqlar tabiiy tug'ruq yo'llari orqali sodir bo'ldi, 45 ta (49,5%) tug'ruqlar operativ kesar-kesish yo'li bilan yakunlandi. Tahlilda biz O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimining tug'ruq muassasalarida perinatal yordam sifatini oshirish bo'yicha milliy standartlar (Toshkent, 2017) va akusher-ginekologlar uchun klinik bayonnomalar to'plami (Toshkent, 2019) asosida ish yuritdik.

Natijalar. Qon ketishi 3 bosqichda to'xtatildi. Birinchi bosqichda o'tkazilgan muolajalar quyidagilarga qaratilgan:

- Bachadonning qisqaruvchanligini oshirish (uterotoniklarni kiritish – 20 TB oksitotsin+ 200.0 ml. fiziologik eritmada vena ichiga daqiqasiga 60 tomchi tezlikda).
- Tug'ruqdan keyingi yirilishlarni tikish
- Platsenta to'qimasining qoldiqlarini olib tashlash
- Qon ivuvchanlik holatini aniqlash

Qon ketishni to'xtatishning birinchi bosqichida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruq sodir bo'lgan 40 nafar (87%) ayollarda bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi o'tkazildi. 1-jadvalda tug'ruqdan keyingi qon ketishni to'xtatishning birinchi bosqichi sifatida bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi o'tkazish uchun ko'rsatmalar keltirilgan.

1-jadval. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi o'tkazish uchun ko'rsatmalar

Ko'rsatmalar	Bemorlarning soni
Bachadon atoniyasi	23 (57,5%)
Yo'ldosh qoldig'i	9 (22,5%)
Bachadondagi chandiqni tekshirish	5 (12,5%)
Yo'ldoshning intim yopishishi	2 (5%)
Yo'ldoshning chin yopishishi	1 (2,5%)
Jami	40

Barcha bemorlarda bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi bilan bir vaqtning o'zida tomir ichiga 20 TB oksitotsinni 500 ml fiziologik eritmada daqisiga 60 tomchi miqdorida tomchilatib yuborildi. Tabiiy tug'ruq yo'llari bilan kechgan tug'ruqdan keyingi ayollarda qon ketishida AYuQX (OLQK) ni tiklash maqsadida infuzion-transfuzion terapiya o'tkazildi. Barcha bemorlarga 2000-2500 ml hajmda kristalloidlar (fiziologik eritma), 39 (84,8%) ayollarga 600-1000 ml hajmda muzlatilgan plazma yuborilgan.

Qon ketishni ikkinchi - vaqtinchalik to'xtatish bosqichida 33 nafar (71,7%) bemorga qorin aortasini bosish, 13 (28,3%) ga bachadonning bimanual kompressiyasi o'tkazildi.

Qo'llanilgan choralarning samarasizligi sababli, laparotomiya o'tkazildi va turli usullar bilan qon ketishini doimiy to'xtatishga kirishildi. Tug'ruqdan keyingi qon ketishni konservativ davolashning davomiyligi 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval. Tabiiy tug'ruq yo'llari bilan kechgan tug'ruqlarda laparatomiyagacha konservativ davolashning davomiyligi va qon ketishning xajmi (n=46)

I-II bosqichlarda qon yo'qotish miqdori	konservativ davolashning davomiyligi		
	1 soatgacha	1 soat 01 min – 2 soat	2 soat 01 daqiga – 3 soat
1000-1500 ml	3 (6,2%)	6 (13%)	5 (10,9%)
1501-2000 ml	2 (4,3%)	2 (4,3%)	6 (13%)
2001-2500 ml		5 (10,9%)	9 (19,6%)
2500 ml dan ortiq		3 (6,2%)	5 (10,9%)

2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, konservativ davoning davomiyligi 3 soatgacha davom etdi. Faqatgina 10,5% hollarda konservativ terapiya 1 soatgacha amalga oshirildi. Bu yo'ldoshning chin yopishishi va bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish paytida tashxis qo'yilgan bachadon yorilishi bo'lgan bemorlar edi. Qon yo'qotish 2500 ml dan oshgan 8 bemorda konservativ davo asossiz ravishda uzoq davom etdi.

Tug'ruqdan keyingi qon ketishini to'xtatish maqsadida, tug'ruqni qaysi yo'l bilan sodir bo'lishidan qat'iy nazar, qon ketishini doimiy to'xtatish usullari 3-jadvalda keltirilgan.

3 jadval. Tug'ruqdan keyingi qon ketishni to'xtatishda o'tkazilgan operatsiya hajmi

O'tkazilgan operatsiya hajmi	Bemorlarning soni		
	Tug'ruqlar soni	Operativ tug'ruq (Kesar kesish)	Jami
Bi-Linch bo'yicha shov qo'yish	-	2(4,4%)	2(2,2%)
Bachadon ekstirpatsiyasi	27 (58,7%)	28(62,2%)	55(60,4%)
Bachadon ekstirpatsiyasi + Ichki yo'nbo'sh arteriyani bog'lash	19 (41,3%)	15(33,3%)	34(37,4%)
Jami	46	45	91

Radikal operatsiyalar 1500 ml dan ortiq qon yo'qotish va qonning koagulopatik xususiyati buzulishi sababli qon ketishni davom ettirishi bilan amalga oshirildi, bu 27 nafar ayolda sodir bo'ldi - 29,7%

Xulosa. Gemostazning jarrohlik usullarini qon ketishni to'xtatishning birinchi va ikkinchi bosqichlari samarasiz bo'lganda, qon yo'qotish miqdoridan qat'iy nazar boshlash kerak. 1500 ml dan ortiq qon yo'qotish bilan konservativ davoning 2 soatdan ortiq davomiyligi taktik jihatdan o'zini oqlamaydi.

Adabiyotlar:

1. «Государственная Программа по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на 2018-2021 годы».
2. Акушерство. Руководство для участника. Совершенствование услуг охраны материнства и детства в Узбекистане, ВОЗ, UNICEF, Ташкент, 2013
3. Баркаган З.С., Морозова Л.И., Мамаев А.Н. и соавт. Органосберегающая технология в терапии массивных маточных кровотечений. // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 11- 13.
4. Маршалов Д.В. Алгоритм интенсивной терапии массивной кровопотери в акушерстве: Автореф. Дис. ... канд.мед.наук. – Саратов, 2005
5. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения республики Узбекистан (Ташкент, 2017)
6. Сборник клинических протоколов по акушерству (Ташкент, 2019).
7. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005

MATERNAL MORTALITY IN MASSIVE OBSTETRIC BLEEDING

Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B., Khabibullaev D.H.

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Entered. Bleeding, the most dramatic complication of obstetric practice, remains one of the main causes of maternal mortality worldwide in the 21st century. According to the 2017 World Health Organization, bleeding accounted for 30.0% of the causes of maternal mortality, and in Uzbekistan for 2013-2015 years - 25.8% [5,9,10].

It is known that only 62–65% of deliveries through the natural birth canal are accompanied by physiological blood loss, 1/3 of patients lose from 500 to 1000 ml of blood, and in 3–8% of cases, the volume of blood loss exceeds 2% of the woman's body weight or more than 30% CBV is considered massive obstetric bleeding (MOB), requiring transfusion of red blood cell mass and often removal of the uterus [2,11].

The main causes of bleeding are violations of the processes of separation of the placenta and placenta, detachment of the normally located placenta, placenta previa, sepsis, obstetric embolism, traumatic injuries of the birth canal, uterine rupture, decreased contractile activity of the myometrium (uterine atony) and disorders in the blood coagulation system, most of them accompanied by massive obstetric bleeding [1,7].

In our republic, according to the National Committee for the Confidential Investigation of Maternal Mortality (MM), massive blood loss was treated inappropriately and in 34% of cases it was associated with a delay in the onset of surgical hemostasis and technical difficulties during hysterectomy [3,9].

Research objective: to evaluate the effectiveness of therapeutic measures for massive obstetric bleeding in a retrospective group.

Material and methods. Analysis and evaluation of treatment results for massive obstetric hemorrhage in the retrospective group was carried out from the period 2014 to 2017. The material was collected and analyzed on the basis of the perinatal center in the city of Urgench, studying the history of childbirth, clinical and laboratory data, the appointment sheet and anesthesia card. Clinical and biochemical blood tests were studied, if necessary, hemostasiogram, urinalysis. The retrospective group included 178 pregnant women, women in childbirth and puerperas who underwent massive obstetric bleeding and total hysterectomy during labor and in the early postpartum period. The following methods were used to determine the amount of blood loss: visual; gravimetric - the operational material was weighed and the volume of blood loss was calculated using the Libov formula. An ultrasound examination of the fetus, abdominal cavity and, if necessary, computed tomography of the pelvic organs.

Discussion of the Results. During 4 years, from 2014 to 2017, 32,896 births occurred in the perinatal center in Urgench, and of these 178 cases ended in massive obstetric bleeding (MOB), which was 0.54%, and 5 were observed during this period (45, 4%) cases of maternal mortality from this pathology.

The concept of the term MOB is determined by the following criteria: it is blood loss of more than 150 ml / min, more than 50% of the CBV within 3 hours, more than 1500-2000 ml or the need for more than 10 doses of red blood cells within 24 hours, as well as a decrease in hematocrit by 10 % in combination with hemodynamic disturbances (arterial hypotension) [2].

Of all 178 cases of MOB, 75 (42.1%) of bleeding occurred during pregnancy. Of these, against the background of detachment of a normally located placenta of mild and severe degree in 64 (35.9%) cases, placenta previa was 11 (6.1%). In the birth process and the earlier postpartum period, against the background of hypotension and atony of the uterus, 103 (57.8%) cases of MOB were observed, of which 44 (24.7%) cases were associated with cesarean section and its complication. Over the past decade in Uzbekistan, the average static rate of cesarean section surgery has reached 18.1%. According to WHO (2015), cases of surgical interventions during childbirth have become more frequent and it has reached more than 30%, these data are based on the results of two studies in the field of population reproduction under the auspices of UNDP, UNFPA, WHO and the World Bank. However, it should be noted that the safe frequency of use of the Cesarean section should be no more than 10% [4].

Basically, MOB was found up to 30 years in 97 (88.9%). The average age of the pregnant women was 26.8 ± 2.3 years. Among pregnant women with IAC, housewives were -46.8%, employees -28.3%, workers -14.6%, students-6.4% and medical

workers-3.6%. By nationality, patients with MOB were: Uzbeks - 71.5%, Russians - 13.7%, Korean women - 6.4%, other nationalities - 5.5%, i.e. predominantly pregnant women of local nationality. Among pregnant women with MOB, pre-pregnant women - 23.3%, pre-pregnant women -76.6%, and premature births -28.5% and urgent births -71.4% were met, of all the births induced - 12 cases (6.7%) due to preeclampsia of mild severity. Thus, MOB occurs at any fertile age, mainly during repeated pregnancy, and no connection with the profession has been found.

From 178, 63 (35.3%) patients had metabolic syndrome i.e. morbid obesity, body mass index was more than 32, which today is considered as one of the risk factors for bleeding. When analyzing the anamnestic data, it was revealed that 3 (1.6%) women had uterine fibroids, one woman had previously undergone myomectomy. 67 (37.6%) patients had a history of inflammatory diseases of the uterus and appendages, which also plays a role in subsequent incorrect placentation during pregnancy [10]. Almost every third patient had a history of endometrial curettage, and the average number of procedures was 1.5 ± 0.5 . 13 (7.3%) women in the previous birth had bleeding, about which they received transfusion of donor blood components (er.massa). Three patients had antenatal fetal death in a previous pregnancy in the third trimester.

The volume of bleeding in the retrospective group, in which there are ordinary placenta of mild and severe degree, in 64 (35.9%) cases averaged 1890.0 ± 150.0 (0.05) and against the background of placenta previa in 11 (6, 1 %) of patients, on average 2450.0 ± 200.0 ($p > 0.05$). The volume of blood loss was significantly greater and reached 5000.0 ml. In the birth process and the earlier postpartum period, against the background of hypotension and atony of the uterus, the average amount of blood loss was 2050.0 ± 120.0 ($p > 0.05$) in 103 (57.8%) cases.

Thus, speaking about the volume of blood loss, it should be said that it varies from 1550.0 to 5000.0 ml depending on obstetric pathology and averages 2410.45 ± 520.55 ml. Intraoperative blood loss in the amount of 750 ± 110.0 ($p > 0.05$), ml, observed in a patient in whom cesarean section was initially performed and, when the operation was expanded to extirpation of the uterus, blood loss increased to an average of 1650.0 ± 150.0 ($p > 0.05$), the duration of the operation before total hysterectomy is 144.0 ± 15.0 min ($p > 0.05$).

All patients with an industrial operation to remove the uterus have low ocular amputation of the uterus (subtotal hysterectomy) - in 14 (7.8%); uterine extirpation (total hysterectomy) - in 164 (92.1%). Total hysterectomy with severe DIC in the stage of hypocoagulation is accompanied by ligation of the internal artery - in 68 (38.2%) cases, it should be noted that in 41 (23.0%) patients, an organ-preserving operation was performed at the beginning as "ligation of three main vessels" and "Hemostatic sutures on the uterus of B-Lynch", however, due to the lack of effect for a little more than 30 minutes, the volume of operation expanded to extirpation of the uterus. During the operation of hysterectomy, in 6 (3.3%) cases, removal was performed due to hemorrhage and necrosis of the ovaries and in 14 (7.8%) cases of some appendages. I want to note that you have 32 (17.9%) surgical interventions performed on time, 26 (14.6%) operative help started one hour late, 112 (62.9%) two, 7 (3.9%) for three and 1 (0.5%) for 5 hours because of the survival of the tactical and because of the attempt of organ-preserving surgery.

The clinical picture with MOB is due to the loss of blood as a circulating plasma volume. A decrease in hemoglobin level (below 60 g / l) occurs with blood loss > 35-40.0% of CBV and causes the development of tissue organ hypoxia. A decrease in the concentration of components of the blood coagulation system occurs with blood loss > 50% of the CBV, which leads to depletion of the hemostatic system, the development of DIC - syndrome, hemorrhagic shock, aggravation of the state of the puerpera and often fatal outcome.

The analysis in the retrospective group, out of 178 cases, in 5 (2.8%), pregnancy and childbirth ended in maternal mortality. When we analyzed these 5 cases, only 3 (60.0%) were registered with an obstetrician-gynecologist, but 2 (40.0%) were not registered in the primary care. Of the three registered, a somatic disease was established such as UTI (chronic pyelonephritis), hepatitis, acute respiratory viral infections, and moderate iron deficiency anemia.

The gestational age of 37-40 weeks was observed in 4 (80.0%) of the dead and 1 (20.0%) gestational age of 35 weeks, and she died from central placenta previa accompanied by MOB, hemorrhagic shock, DIC, and multiple organ failure incompatible with life. The pregnant woman was admitted to the hospital in an extremely serious condition, with blood loss of more than 2000.0 ml, and at the final stage of the operation, total hysterectomy died on the operating table. In the structure of maternal mortality, 2 (40.0%) had a detachment of a normally located placenta of a severe degree, 1 (20.0%) uterine rupture, and 1 (20.0%) atonic postpartum hemorrhage. It should be noted that patients who died from uterine rupture with a central placenta previa were not registered in the primary care, as both were abroad and they arrived at home after 34 weeks of gestation.

In the traditional group, 178 patients with MOB underwent intensive therapy: infusion - transfusion, plasma, blood transfusion with the correction of DIC - syndrome i.e. multicomponent correction. An analysis of the volumes and qualitative composition of infusion and transfusion therapy in the treatment of MOB showed that the volume of crystalloid solutions (0.9% sodium chloride) averaged 3350.50 ± 1050.40 ml (from 2000 to 5000 ml), the volume of the hydroxyethyl starch solution (HES) 6% of reformed, hecaton averaged 1800.0 ± 150.0 ml. The composition of the infusion media should be balanced and close to that of the blood plasma, however, the parameters presented to the infusion media are not applicable to a 0.9% aqueous solution of sodium chloride. Studies have shown that due to a 1.5-fold excess of the chloride content in physiological saline, compared with blood plasma, massive volemic support for this medium leads to hyperchloremia associated with a twofold increase in mortality. In the case of adequate intensive care that was started on time (in the first 10-30 min), the outcome in hemorrhagic shock is usually favorable [2]. However, the main intensive care with crystalloids was started late by 55.4 ± 10.6 min and 2.5 times more than expected.

With MOB, the volume of bleeding is significant, and coagulation and anti-coagulation factors are rapidly consumed. When the volume of blood loss is more than 30-35% of the CBV, you should start the rapid administration of donor freshly frozen plasma (FFP) in a volume of at least 20 ml / kg of mass [6]. On average, FFP was transfused in volumes of 1650.17 ± 384.83 ($p >$

0.05) the first day, second day 950.12 ± 150.20 ($p > 0.05$), until the DIC syndrome was completely corrected. Due to organizational issues, sometimes expectant tactics, they were late by plasma transfusion for 87.5 ± 10.2 minutes.

Before and during the operation, 38 (21.34%) patients with MOB underwent full infusion therapy with up to 15 mg / kg body weight of tranexamic acid (hemotran), repeating every 6-8 hours until complete hemostasis, but in 96 (53, 9%) in patients the administration of this drug was carried out in an insufficient dose of 500 mg once a day, and in 44 (24.7%) they were not used at all due to the lack of this drug. As a means of normalizing the fibrinolysis system, tranexamic acid (hemotran) is used - a synthetic amino acid that competitively inhibits plasminogen; its effectiveness is 15–20 times higher than aminocaproic acid (11). The action of tranexamic acid is carried out by inhibiting the lysine-binding sites of plasminogen, so that this proenzyme does not turn into plasmin and cannot bind to fibrin. Tranexamic acid (hemotran) also inhibits the production of kinins and other active peptides, which provides an anti-allergic and anti-inflammatory effect of this drug [6]. When using this antifibrinolytic agent, there was no increased risk of thrombotic complications.

To achieve the maximum effect of tranexamic acid (hemotran), it is necessary to select the appropriate dose of the drug. This antifibrinolytic is administered immediately before an incision on the anterior abdominal wall at a dose of 10-15 mg / kg of body weight intravenously drop by drop on saline (20-30 ml). Unfortunately, this drug for unknown reasons in the retrospective group with MOB in 44 (24.7%) patients did not use either a therapeutic or a prophylactic dose [10].

In 87 (48.7%) patients in an insufficient dose of 100-150 thousand. used proteolysis inhibitors, mainly aprotinin (contra-cal). Although there is no evidence base for the use of aprotinin for the treatment of MOB, however, there are many articles reflecting the effectiveness of this drug in the treatment of DIC syndrome, inhibiting the fibrinolytic activity of the blood and inhibiting the effect of fibrinolysis, thereby preventing the progression of intravascular coagulation [8].

It should be noted that in this group of 13 (7.3%) patients rFVIIa (Coagil) was administered at a rate of 90 μ g / kg, with the development of severe hypocoagulation refractory to therapy using FFP and fibrinolysis inhibitors (15). The volume of blood loss averaged 2354.4 ± 465.4 ml. After the administration of rFVIIa (Coagil), a significant decrease in the speed and volume of bleeding was noted in these patients, which allowed them to perform a total hysterectomy with ligation of the internal iliac artery.

When discussing blood transfusion, it should be noted that transfusion of red blood cells containing blood components helps to restore the globular volume with MOB. Recently, a large positive role has been played by the procedure of apparatus intraoperative reinfusion of autoerythrocytes, which allows minimizing the use of donor red blood cells, and in some cases completely eliminating them, preventing possible blood transfusion complications and improving the outcome of surgery for MOB [3].

In the study group, transfusion of donor erythrocyte mass was performed for all 178 patients with MOB. It should be noted that a complete, timely and sufficient transfusion was performed only for 34 (19.1%), and 144 (80.8%) patients underwent this procedure from 1 to 5 hours late, and in insufficient quantities. 2 (1.1%) had a post-transfusion complication that required intensive care, and one of them was transferred to the hemodialysis ward.

Conservative treatment of MOB, such as pelvic arterial embolization, stepwise, stepwise uterine devascularization and / or ligation of the hypogastric artery, has become a reliable and effective alternative to hysterectomy. Although further long-term and subsequent studies are nevertheless necessary, and these procedures, according to foreign researchers, do not worsen subsequent fertility and pregnancy outcomes, these operations were not performed by the patient in the studied traditional group [1, 6].

Conclusion. Thus, analyzing the 178 history of childbirth accompanied by MOB, in the period from 2014 to 2017 in the regional perinatal center in the city of Urgench we came to the following conclusion:

1. The frequency of massive obstetric bleeding in the studied retrospective group was 0.54%, and in the structure of maternal mortality 45.4%.

2. The main causes of massive obstetric bleeding were postpartum atony of the uterus in 103 (57.8%), detachment of the normally located placenta in 64 (35.9%) and placenta previa in 10 (6.1%). The amount of lost blood averaged $2,410.45 \pm 520.55$ ml.

3. The mistakes made during the clinical examination, surgical, conservative treatment and organizational issues led to 5 cases of maternal mortality and a deterioration in the quality of life of a woman in the study group.

Literature:

1. Fedorova T.A., Rogachevsky O.V., Strelnikova E.V. Massive obstetric hemorrhage with placenta previa and ingrowth: view of a transfusionist. Magazine after named N.V. Sklifosovsky Emergency medical care. 2018; 7 (3): 253-259. DOI: 10.23934 / 2223-9022-2018-7-3-2253-259
2. COCHRANE COLLABORATION «The use of antifibrinolytics to minimize perioperative allogeneic blood transfusion» David A Henry, Paul A Carless, Annette J Moxey, Dianne O'Connell, Barrie J Stokes, Dean A Fergusson, Katharine Ker. 2011
3. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis.
4. Marx G., Schindler A.W., Mosch C., et al. Intravascular volume therapy in adults: Guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. Eur. J. Anaesthesiol. 2016; 33(7): 488-521. PMID: 2704393.
5. Raman M., Mitchell C.G., Biccard B.M., Rodseth R.N. Comparison of hydroxyethyl starch colloids with crystalloids for surgical patients: A systematic review and meta-analysis. Eur J Anaest. 2016; 33(1): 42-48.
6. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Ermolova Y. V., Modern achievements and prospects in maintaining the health of women. MORION Publishing House No. 3 (95) - V / VI 2013
7. O'Brien KL, Uhl L. How do we manage blood product support in the massively hemorrhaging obstetric patient? Transfusion. 2016; 56(9): 2165-2171. PMID: 27488384. DOI: 10.1111/trf.13753.

8. Marleen Temmerman, Director, WHO Department of Reproductive Health and Research. Sources: United Nations News Center, April 10, 2015.
9. National standards to improve the quality of perinatal care in obstetric institutions of the healthcare system of the Republic of Uzbekistan. Tashkent. 2018
10. The main indicators of maternal and child health, the activities of the child welfare and obstetric care service in the Russian Federation. M.: FSBI CRIOHC Ministry of Health of the Russian Federation, 2017. 168 p.
11. Statistics Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. Department of confidential analysis of maternal mortality of the republican perinatal center - Tashkent. 2017.
12. Kozek-Langenecker S.A., Achmed A.B., Afshari A., et al. Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from the European Society of Anaesthesiology: First update 2016. Eur J Anaesthesiol. 2017; 34(6): 332-395.

PLASENTA YETISHMASLIGI SABABLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)

Norboboeva Sh.B., Shavazi N.N.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Maqolada intrauterin infeksiyaning fetoplasental yetishmovchilik rivojlanishiga ta'siri haqidagi zamonaviy ma'lumotlar keltirilgan. IUI yuqori xavfli guruhda homiladorlik paytida fetoplasental yetishmasligi (FPY) rivojlanishining xavf omilidir. Har xil urogenital infeksiyalarning paydo bo'lish chastotasi o'rganilgan. FPYning og'ir shakllarini rivojlanishining xavf omillari aniqlandi. Xomilaning antenatal holatining skrining ultratovush tekshiruv ko'rsatkichlari homiladorlikning boshlanishidan FPY hosil bo'lishining belgilarini aniqlamaydi va dekompensatsiyalangan FPY shakllarini rivojlanishida etarli darajada ma'lumotga ega emas. Davlat siyosatining eng muhim yo'nalishi bu mamlakatda demografik vaziyatni yaxshilash, tug'ilish koeffitsientini oshirish va bolalar tug'ilishi va tarbiyasi uchun qulay sharoitlarni yaratishdir. Shu bilan birga, ayolning sog'lig'ini saqlash va sog'lom avlod tug'ilishini ta'minlash, perinatal va bolalar o'limini kamaytirish muammolari alohida dolzarblikka ega.

Plasenta yetishmovchiligi perinatal kasallik va o'lim sabablari tarkibida yetakchi o'rinni egallab, zamonaviy akusherlikning eng qiyin muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Ba'zi kasalliklarda fetoplasental yetishmovchilik 100% ga yetishi mumkin [14;19]. Belotserkovtseva L.D. va boshq. Platsenta rivojlanishini bashorat qilishda bachadon ichi infeksiyasining o'ri... 45 Virusli va bakterial infeksiyalarning atrofdagi dunyoda sezilarli tarqalishi intrauterin infektsiya chastotasining ko'payishiga va homiladorlikning salbiy natijalariga olib keladi [4; 20]

Hozirgi kunda infeksiyalangan onadan homilada kasalliklarning kelib chiqishiga oid statistik ma'lumotlar yo'q, faqatgina yuqtirgan infeksiyadan tashqari inson immunitet tanqisligi virusi (OIV). Ma'lumki, homiladorlik paytida ayol turli vaqtlarda bir nechta mikro patogenlarini yuqtirishi shart. Anamnez ma'lumotlariga asoslanib, homiladorlik paytida ko'plab homilador ayollar virusli va virusli-bakterial tabiatga ega kasalliklarni ko'taradilar [3; 9; 20]. Bir qator ilmiy tadqiqotlar reproduktiv yoshdagi ayollarda, homilador ayollarda IUI patogenlarini tashish tarqalishini va uning nojo'ya natijalarining chastotasini aniqlashga harakat qildi.

Ma'lumki, IUI qo'zg'atuvchilari bakterial vositalar ham, virusli infeksiya ham, mikroflora floraning birlashmalari ham bo'lishi mumkin. Xlamidial, ureaplazma va mikoplazma infeksiyalari, Candida turidagi qo'ziqorinlarning ahamiyati ham chiqarib tashlangan. N.V. Dolgushina (2019), surunkali doimiy virusli infeksiyalar, bu tashish reproduktiv yoshdagi ayollarda keng tarqalgan bo'lib, homiladorlikning yo'qolishi, erta tug'ilish va platsenta yetishmovchiligi kabi homiladorlikning turli xil asoratlari uchun muhim sababdir. Muallif homiladorlikning murakkab kechishi bilan assotsiatsiya vakili bo'lgan surunkali virusli infeksiyalarni ta'kidladi turli guruhdagi viruslar (Coxsackie A va B, sitomegali, herpes simplex, adenoviruslar) [9]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, o'tkir virusli infeksiyalar olib kelishi mumkin tufayli homiladorlikning yo'qolishi va rivojlanish nuqsonlari bo'lgan bolalar tug'ilishi homila va platsentaning to'g'ridan-to'g'ri infeksiyasi va SIRS rivojlanishi. Sobiq tadqiqotlar virusli infektsiya endoteliyaga ta'sir qilishini tasdiqladi platsenta tomirlari, endoteliyopatiyalar rivojlanishi bilan buzilishiga olib keladi uteroplasental qon oqimi va immunologik reaksiyalar [2; 9].

Tanadagi uzoq davom etadigan surunkali virusli infeksiyalar, shunga o'xshash o'zgarishlarni ham keltirib chiqaradi [8; 20; 17]. Biroq, inkorga asoslangan qarama-qarshi fikr mavjud homiladorlikning noqulay natijasini rivojlanishida virusli infeksiyalarning roli. Ushbu masala bo'yicha noaniq fikr shu bilan bog'liq ba'zi viruslarni yo'q qilish insonda keng tarqalgan aholi. Shunday qilib, oddiy herpes viruslari va sitomegaliyasining davom etishi ularning mavjudligining asosiy shakli aholining 40-90 foizida ochilgan [20]. Bu muallifning fikri, surunkali virusli infektsiya va intrauterin infeksiyani faollashishiga olib keladigan asosiy sabablardan biri turli xil stress omillari ta'sirida homilador ayol tanasining immunitet tizimining ishlamay qolishi [20].

Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, IUI rivojlanishida ma'lum bir infeksiyaning qo'zg'atuvchilari emas, balki patogen flora va uning uyushmalari [21].

Vaginal biotsenozni turli xil endogen va ekzogen omillar (ular orasida eng muhimlari: yo'qligi tuxumdon progesteronining aniqligi, gormonal dorilar, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (JYuBYuK) homiladorlik paytida ko'tarilish infeksiyasining yuqori xavfiga olib kelishi mumkin [1; 7]. Xomilani va yangi tug'ilgan chaqaloqni yuqtirish yo'llari orasida Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, asosiy yo'nalishlardan biri bu ko'tarilish yo'li (tug'ruqdan oldin va tug'ruqdan keyingi davrlarda amalga oshiriladi), ikkinchisi gematogen (antenatal davrda ustunlik bilan amalga oshiriladi) [2; 8].

Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, bachadon ichi infeksiyasini rivojlanishi uchun ayolning infeksiyani yuqtirish vaqti juda muhimdir - tug'ruqdan oldin yoki tug'ruqdan keyingi davrlarda [3; 8; 9].

Infeksion sabab bo'lgan buzilishlar tabiatida katta ahamiyatga ega intrauterin infektsiya sodir bo'lgan homiladorlik muddati. Gluxovets B.I. va boshqalar. (2016), homiladorlikning birinchi trimestrida shakllangan platsenta to'sig'i yo'qligi sababli,

umumiy gematogen infeksiyaning har qanday turlari xavfli, bu bir vaqtning o'zida virusli va bakterial holatlarni istisno etmaydi gematogen va ko'tarilish natijasida kelib chiqadigan endometriyal infeksiyalar tarqatish bo'yicha [7].

Yuqumli amniotik suyuqlikka kiritilganda, yallig'lanishga qarshi javob mexanizmi ishga tushiriladi, bu esa muhim rol o'ynaydi mikrobal invaziya va o'tkir yallig'lanishli javobning og'irligi o'rtasidagi rol. Immunitetning yetarli darajada himoyasi bilan bu jarayon faqat platsentaning yallig'lanish o'zgarishlari bilan cheklanishi mumkin [7].

Gluxovets B.I., N.G. Gluxovets (2016), rivojlanish tufayli tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi (TYaRS), bu yetarli yuqumli jarayonning og'irligi, ko'tarilgan infeksiya bilan homila muhiti, homila odatda ichidagi bakteriyalarni ishg'ol qiladi septik umumiy infeksiyani rivojlanishiga to'sqinlik qiladigan yengil shakllar.

Shu bilan birga, qon aylanishi bilan bog'liq bo'lgan ikkinchi darajali asoratlarning rivojlanishi homilaning muhim organlarida metabolik kasalliklar perinatal o'limning bevosita sababi bo'lishi mumkin [7].

Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, infeksiya ulardan birini o'ynaydi platsenta yetishmovchiligini shakllantirish va rivojlanishidagi asosiy rollar homila gipoksiyasi [9; 15; 20]. Belotserkovtseva L.D. Intrauterin infeksiyaning platsenta rivojlanishini bashorat qilishdagi o'rni... 47 Gluxovets B.I., Gluxovets N.G. (2016), IUlda bog'liq bo'lgan birlamchi va ikkilamchi FPY va SGRP shakllanishi platsenta va homila tomirlarining trombosit vaskulyitini rivojlanishi, morfo- hujayra membranalarida funksional o'zgarishlar, buzilishiga olib keladi uteroplasentar qon oqimi va kardioplasentaning rivojlanishi yetarlilik [7].

Xomilada va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuqumli asoratlar genezida muhim ahamiyatga ega joy platsentaga tegishli. Tadqiqotga ko'ra, agar u o'z ichiga olgan bo'lsa bolalarning yarmidan ko'pida yallig'lanish o'zgarishlar intrauterin infeksiyaning alomatlari [2; 3]. Pustotina O.A.ning tadqiqotlarida. va boshq. (2018) yuqori chastotali ijro etish tug'ruqdan keyingi yallig'lanish infiltratsiyasi va qon aylanishining buzilishi ikkala sog'lom puerperada va yuqori yuqumli guruhida [16], bu boshqa bir qator tadqiqotlar bilan tasdiqlangan [14]. Biroq, IUI xavfi bo'lgan bemorlarda yallig'lanish reaksiyasi 1,3 marta tez-tez uchraydi va aniqroq va keng tarqalgan bo'lib, ko'pincha ta'sir ko'rsatdi platsentaning barcha tuzilmalari va membranalar qatlamlari. Distrofik o'zgarishlar bilan yallig'lanish infiltratsiyasi va 48% hollarda villus daraxtining pishib yetishining buzilishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda IUI rivojlanishi. Bundan tashqari, ko'pchilik bilan homilador ayollarda oligohidramnioz, 86% hollarda yuqumli patologiyasi bilan og'riq, 100% hollarda tug'ruqdan keyingi yallig'lanish o'zgarishlari, 71% da qon aylanishi va 84% - distrofik, bu yuqori xavfini taxmin qilishga imkon berdi ruhiy asoratlar [16].

Platsentani morfologik tekshirishda belgilar aniqlanadi ko'tarilgan infeksiya (membranit, xorioamniotit, platsentit, flebit) funikulit bilan kindik ichak), pastga tushuvchi infeksiya (bazal dekiduitis), gematogen infeksiya (vagusit) [7; 11; 14; 20]. Bundan tashqari, 50% hollarda choylar, platsentadagi yallig'lanish o'zgarishlar virusli infeksiya tufayli yuzaga keladi. Platsentaning yuqumli shikastlanishi uning funksiyasini oshirishda yordam beradi tion va FPY namoyon bo'ladi, bu morfologik jihatdan 80,4% bemorlar. Zamonaviy tibbiyotda sezilarli yutuqlarga qaramay, hozirgacha patogenning xususiyatlari to'g'risida yagona nuqtai nazar yo'q fetoplasental kompleksning funksional holatini buzganlik uchun intrauterin infeksiyalar bilan bir xil uslubiy yondashuvlar mavjud emas platsenta yetishmovchiligini ichki fonida erta tashxislash prenatal infeksiya. Patogen kasalliklarga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlarga qaramay infeksiya fonida platsenta yetishmovchiligining rivojlanishi, bu perinatal kasallanish tarkibida yetakchi o'rinni egallashi kerak.

Adabiyotlar:

1. Bashmakova N.V., Motornyuk Yu.I., Zilber N.A. Homiladorlik paytida genital herpes diagnostikasi va terapiyasi muammolari (dastlabki hisobot) // Rossiya akusher-ginekolog byulleteni. - 2017. - № 5. - S. 64-67.
2. Belotserkovtseva LD, Kasparova AE, Kovalenko LV, Mordovina II. Perinatal infeksiyalar: muammoga haqiqiy qarash. O'Vning vertikal yuqishining oldini olishning zamonaviy usullari: O'quv qo'llanma. qo'llanma. - Surgut: SURSU nashriyoti, 2018 y.
3. Bocharova I.I., Aksenov A.N., Bashakin N.F. va boshq. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda intrauterin infeksiya muammosi bo'yicha ilmiy tadqiqotlar natijalari va istiqbollari // Ros. G'arb. akusher-ginekolog. - 2017. - № 5. - S. 60-63.
4. Budanov P.V., Strizhakov A.N., Malinovskaya V.V., Kazarova Yu.V. Intrauterin infeksiyadagi tizimli yallig'lanishning kelishmovchiligi // Ginekologiya, akusherlik va perinatologiya savollari. - 2019. - № 8. - B. 61-68.
5. Burlev V.A., Zaydieva Z.S., Kan N.Ye. Homilaning intrauterin infeksiyasi bo'lgan homilador ayollarda paraplental angiogenez // Reproduktiv muammolar. - 2018. - № 5. - S. 59-63.
6. Vedeneeva M.V. Xomilani ushlab qolish sindromi patogenezida immunokompetent hujayralar apoptozining roli: Muallifning avtoreferati. diss.... f.f.n. - Ivanovo, 2016. - 26 p.
7. Gluxovets B.I., Gluxovets N.G. Fetoplasental tizimning ko'tarilgan infeksiyasi. - M., 2016. - 239 p. Belotserkovtseva L.D. va boshqalar. Platsenta rivojlanishini bashorat qilishda intrauterin infeksiyaning o'rni... 59
8. Dobroxotova Yu.E. Homilaning tushishining yuqumli jihatlari: Darslik usuli. qo'llanma. - M., 2015. - 76 p.
9. Dolgushina N.V. Surunkali virusli infeksiya bilan kasallangan homilador ayollarda platsenta yetishmovchiligi va homila yo'qolish sindromini davolash va oldini olish tamoyillari // Akusherlik va ginekologiya. - 2019. - № 2. - S. 28-33.
10. Eliseeva M.Yu., Mynbaev OA, Masikhi K.N., Manuxin I.B. Herpes infeksiyasiga zamonaviy qarashlar // Ko'paytirish muammolari. - 2019. - № 1. - S. 25-35.
11. Krasnopolskiy V.I., Tareeva T.G., Malinovskaya V.V. Herpes oilasining virusli infeksiyalari bilan kasallangan homilador ayollarning boshqa monitoringi. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi va Sog'liqni saqlash vazirligi Sog'liqni saqlash vazirligining tibbiy terminologiyasi. - M., 2016. - 38 p.
12. Kulakov V.I., Suxix G.T., Kan E.N. Intrauterin infeksiyaga chalingan ayollarning amniotik suyuqligi, kindik qoni va qon zarbidagi sitokinlarning tarkibi // Akusherlik va ginekologiya. - 2015. - № 5. - S. 14-17.
13. Maltseva L.I., Zefirova T.B., Chernova O.A. va boshq. urogenital mikoplazma, xlamidial va aralash infeksiyalarga chalingan ayollarda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning klinik yo'nalishlari. dos. akusher. - jin. - 2010. - № 3. - S. 124-128.

14. Milovanov A.P., Saveliev S.V. Intrauterin inson rivojlanishi (shifokorlar uchun qo'llanma). –M., 2016. - 384 b.
15. Novikova S.V., Shuginin I.O., Malinovskaya V.V., Parshina O.V., Guseva T.S. Platsenta yetishmovchiligi uchun farmakoterapiyaning tarkibiy qismi sifatida immunokoreksiya // Farmakoterapiya. - 2018. - № 2. - S. 10-12.
16. Pustotina OA, Bubnova NI, Ejova L.S., Mladkovskaya T.B. Klinik yuqumli genezaning yuqori va past suvli fetoplasental kompleksining morfologik xususiyatlari // Ebalor. va gyno. - 2018. - № 2. - S. 19–22.
17. Radzinskiy V.E., Maiskova I.Yu., Dimitrova V.I. Dastlabki bosqichlarda rivojlanmagan homiladorlikni davolashga kompleks yondashuv // Ginekologiya. - 2018. -№1.-P.3-6.
18. Serov V.N., Tyutyunnik V.L., Zubkov V.V., Zaydieva Z.S. Yuqumli kasalliklar va platsenta yetishmovchiligi bo'lgan homilador ayollarda perinatal natijalar // Mama. va gyno. - 2012. - № 3. - S. 16–21.
19. Startseva N.M. Erta homiladorlikda homilaning rivojlanishi sustlashgan bolalarda perinatal kasallanish va o'limni kamaytirish uchun zaxira: tezisning referati. diss. ... D.m.s. - M., 2016. - 49 p.

AKUSHERLIK VA PERINATAL PATOLOGIYALARDA INFEKSIYALARNING O'RNI

Norboboeva Sh.B., Shavazi N.N.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Maqolada intrauterin infeksiyaning fetoplasental yetishmovchilik rivojlanishiga ta'siri haqidagi zamonaviy ma'lumotlar keltirilgan. IUI namoyon bo'lgan bemorlarda 312 homiladorlik va uning natijalarini retrospektiv tahlil qilish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ilish paytida IUI namoyon bo'lmagan bemorlarda 30 ta homiladorlar tarixi. IUI yuqori xavfli homiladorlik davrida FPY rivojlanishining xavf omilidir. Turli xil urogenital infeksiyalarning paydo bo'lish chastotasi aniqlandi. FPNning og'ir shakllarini rivojlanishining xavf omillari aniqlandi. Xomilaning antenatal holatining skrining ultratovush ko'rsatkichlari homiladorlikning boshlanishidan FPY shakllanishining belgilarini aniqlamaydi va dekompensatsiyalangan FPY shakllarini rivojlanishida yetarli ma'lumotga ega emas.

Tadqiqotning maqsadi: rivojlanish uchun xavf omillarini baholash bilan fetoplasenta yetishmovchiligining hayotiyliги intrauterin infeksiya bilan murakkab homiladorlik.

Materiallar va tadqiqot usullari. Samarqand klinikasi asosida perinatal markaz, homiladorlik davrini retrospektiv tahlil qilish homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davr ayollarda va ularning yangi tug'ilgan chaqaloqlarida tug'ilish paytida IUI belgilari. Asosiy guruh 3 ta kichik qismga bo'lingan guruhlar. 1-kichik guruhda kompensatsiya qilingan homiladorlar kasallik tarixi (223 homiladorlar kasallik tarixi), 2-kichik guruhda - kompensatsiya bilan (28 ta homiladorlar kasallik tarixi) va 3-chi kichik guruh - fetoplasental dekompensatsiyalangan (61 ta homiladorlar kasallik tarixi) shakllari bilan muvaffaqiyatsizlik (FPY). 3-kichik guruhda ishlar taqdim etildi ko'tarilish belgilari bilan perinatal o'lim, gematogen va gistologik va patologik bilan aralash infeksiya tadqiqotlari. Nazorat guruhiga IUI belgilariga ega bo'lmagan 30 ayol kirdi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda.

Homilador ayollarni FPY darajasiga qarab taqsimlash uchun, klinik ko'rinishlar (homiladorlik gipoksiyasi, homila o'sishining kechikish sindromi HO'KS), morfologik ma'lumotlar platsentani o'rganish. Homilador ayollar quyidagi standartlarga muvofiq tekshiriladi: onnoregressiya tahlili. 16-haftada urogenital kuzatuv, biokimyoviy skrining (AFP, hCG) homiladorlik, homiladorlikning 16 haftaligiga qadar urogenital infeksiyalarni o'rganish homiladorlik (PZR, IFA diagnostikasi, bakteriologik tekshirish), yetkazib berishdan oldin (bakteriologik tekshiruv), ultratovush homiladorlikning trimestrlari uchun tadqiqot usullari. Yetkazib berishdan keyin mehnat kursini tahlil qilish, yangi tug'ilgan chaqaloq kasalligi laboratoriya usullari o'tkazildi: bakteriologik va gistologik ketma-ketlikni genetik o'rganish va yangisini patologik tekshirish tug'ilgan (3 kichik guruh).

Materialni statistik qayta ishlash korrelyatsiya usullari bilan amalga oshirildi.

Tafovutlarning ahamiyati mezon bo'yicha talaba baholandi. Belotserkovtseva L.D. Intrauterin infeksiyaning platsenta rivojlanishini bashorat qilishdagi o'rni... 49

Tadqiqot natijalari va munozara. Bemorlarning o'rtacha yoshi yashash muddati, hayz ko'rish funksiyasining boshlanishi, taqqoslangan guruhlarining bemorlarning jinsiy hayotini solishtirish mumkin edi. Ular orasida ekstragenital kasalliklar (EGK) tarixida va shu homiladorlik bilan somatik patologiya darajasining sezilarli darajada oshishi FPY sub- va dekompensatsiyalangan shakllari bo'lgan bemorlar guruhlariga. Belgilangan LOR a'zolari, buyraklar, oshqozon-ichak traktining yuqori darajasiga nisbatan asosiy guruhdagi trakt va nafas olish tizimi guruhlarida 18,39% ($p < 0,01$), 10,71%, 39,34% ($p < 0,01$), o'rtacha va og'ir anemiyalar - 9,42%, 7,15%, 67,21% ($p < 0,01$), mos ravishda, nazorat guruhida 3.33%. Buyrak kasalligi bilan kasallanish sub-guruhning asosiy guruhiga kirdi.

Barcha guruhlarining bemorlarida ginekologik kasallik mavjud edi: nazorat guruhida - 16,67% (5), asosiy guruhda - navbati bilan 79,82% (178), 64,29% (18) va 88,52% (54). ($p < 0,01$). va yallig'lanish darajasi ginekologik kasalliklar asosiy guruhdagi bemorlarda yuqori bo'lgan: 72,64% (162), 60,71% (17), 78,69% (48) javob. ($p < 0,01$).

UGI darajasini tahlil qilish natijasi FPY ning sub- va dekompensatsiyalangan shakllari bo'lgan guruhlarda uning chastotasining ko'payishi bo'ldi. FPY dekompensatsiyalangan guruhga qarshi antikorlarni aniqlash chastotasi 50,0% (19), tok-soplazmozgacha - 28,95% (11), hech qanday holatda o'tkir jarayon aniqlanmagan; PZR diagnostikasi paytida ureaplazma antigenlari 34.21% da aniqlandi (13). FPY dekompensatsiyasi bo'lgan guruhda yuqori darajadagi aralash infeksiya aniqlandi.

So'nggi yillarda prenatal diagnostika ilmiy qiziqish doirasi homiladorlikning dastlabki bosqichlariga o'tdi, chunki bu davrda bo'lgan fetoplasental tizim hosil bo'ladi. KP va tug'ma nuqsonlar prognozidan tashqari biokimyoviy skrining ko'rsatkichlari homila funksiyasi FPC funksiyasini baholash uchun ishlatilishi mumkin. Ma'lumki platsenta AFP oqsili ekspresiyaga regulyativ ta'sir ko'rsatadi dekidual tomonidan ishlab chiqarilgan immunokompetent hujayralar markerlari mavjud.

Bachadon-platsenta kasalliklari o'rtasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi homilador ayolda qon oqimi, onaning qonida AFP va hCG ko'payishi Belotserkovtseva L.D. va boshqalar. Plasenta rivojlanishini bashorat qilishda intrauterin infeksiyaning o'rni... 51

Homiladorlikning 2 trimestri. Bizning tadqiqotlarimizda intrauterin infeksiya fonida FPY namoyon bo'lgan ayollar guruhida erta homiladorlik (16 hafta) dan boshlab AFP va hCG o'sishi qayd etildi. Ko'pgina tadqiqotchilar noqulay kursga ishora qilmoqdalar intrauterin belgilar paydo bo'lganda homiladorlik va tug'ish fantastika. Homiladorlik davrida IUI ning odatda namoyon bo'lishi:

- homiladorlik har qanday vaqtda tushish, fetoplasentar belgilarining rivojlanishi
- yetishmovchilik, homilaning tug'ma nuqsonlarini rivojlanish xavfi va yuqori perinatal va tug'ruqdan keyingi kasallanish va o'lim sodir bo'lishi (Belotserkovtseva L.D., Kasparova A.E., Kovalenko L.V., Mordovina I.I.), (Burlev V.A., Zaydieva Z.S., Kan N.E.), (Radzinskiy V.E., Maiskova I.Yu., Dimitrova V.I.).

Homiladorlik paytida vulva va qinning yuqori darajadagi yallig'lanish kasalliklari fonida biz homiladorlik va tug'ruq asoratlari darajasining oshishi bilan amniotik suyuqlikning ko'tarilgan infeksiyasini istisno qila olmadik. Homiladorlik kursini tahlil qilish natijasi shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi ayollarda kasallanish darajasi nazorat guruhidagi bemorlarga qaraganda ancha yuqori ($p < 0.05$, $p < 0.01$). FPI zo'ravonligining rivojlanishi va tushish belgilari qayd etildi.

Preeklamziya homiladorlikni faqat asosiy guruhdagi bemorlarda murakkablashtirdi, bu bizning fikrimizcha, infeksiyaning mavjudligida homiladorlikning boshida platsentaning shakllanishi paytida angiogeneznining buzilishi bilan patogenetik jihatdan bog'liq edi. Gestosis kursining zo'rayishi eng ko'p bo'lgan ayollar guruhida aniqlangan dekompensatsiyalangan FPY.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kasallanish darajasi pastki va dekompanse qilingan FPY bo'lgan guruhlarda eng yuqori bo'ldi. Asosiy guruhning 2-kichik guruhidagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 50% (14) ICUga o'tkazildi. IUI bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning qolgan qismi ONNDga o'tkazildi. Nazorat guruhidagi barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar "Ona va bola" ga o'tkazildi.

FPY dekompensatsiyasi bilan 93,44% (57) yangi tug'ilgan chaqaloq antenatal tug'ruq davri, 6,57% (4) - tug'ruqdan keyingi davrda va hech birida intrapartum xomilalik o'lim holatida intranalar omillari yo'q.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuqumli patologiyaning namoyon bo'lishi orasida yengil shakllar ustun keldi - terining va shilliq pardalarning infeksiyalari. Ammo, FPY bosqichi o'sib borishi bilan, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuqumli jarayonning chastotasi va zo'ravonligining sezilarli darajada o'sishi qayd etildi, bu reanimatsiya va intensiv davolanishni talab qildi. Platsentaning bakterilogik tekshiruv natijasida FPY ning sub- va dekompensatsiyalangan shakllarida fursatlarga xos bo'lmagan o'ziga xos florani aniqlashning yuqori chastotasi va assotsiativ ko'rinish paydo bo'ldi, infeksiyalar shakllari - 22,95% (14), bu mikroflora o'rganish ma'lumotlariga mos keladi homiladorlik paytida bemorlarda servikal kanaldan paydo bo'ladi. Platsentadan mikrobial floraning o'sishining asosiy guruhning barcha kichik guruhlarida yo'qligi infeksiyaning klinik va morfologik belgilariga qaramay, guruhlanadi.

Ushbu natijalar, ehtimol, tadqiqot uslubining sezgirligi bilan bog'liq. va virusologik tadqiqotlarning yetishmasligi. Asosiy guruhning 3-kichik guruhidagi o'lik tug'ilish holatlarining ketma-ketligini kompleks o'rganish natijasida o'lim sababi platsentaning ko'tarilgan infeksiyasi - 59,02% (36), gematogen infeksiya - 9,84% (6), aralash infeksiya - 31,15% (19), bu amniotik suyuqlikning ko'tarilish infeksiyasining ustunligini ko'rsatadi FPY va IUIning og'ir shakllari tarkibida. Shu bilan birga, yuqori chastotali, platsentaning yallig'lanish reaksiyasining umumiy shakllari membranalar, platsenta va kindik ichakchasidagi borligi - 65,57% (15).

IUI fonida ikkinchi darajali asoratlarning rivojlanishi kuzatildi platsentada qon aylanishi va metabolik kasalliklar bilan va hayotiy homilada umumiy infeksiya bilan birga perinatal kasallik va o'limning sababi bo'lgan organlar. Platsentadagi patologik jarayonlar orasida surunkali platsenta yetishmovchiligi belgilari ustun keldi.

Platsenta yetishmovchiligini (PY) tahlil qilishda asosiy guruhning 1-kichik guruhida ham, FPYning ustun shakli giperplastik shakl ekanligi, terminal koryonik villi giperplastikasi, gipertrofiyasi va giperplaziyasi ekanligiga e'tibor qaratildi. platsentaning torny kanali. Obliteratsiya bilan PY ning angiospastik shakli kapillyar qisqarishi bilan xorion tomir villi angiopatiyasi u asosiy guruhning 2 va 3 kichik guruhlarida edi. Ushbu fonda, o'lik tug'ilish sabablarini tahlil qilish, kardiomiopatiyaning rivojlanishi sodir bo'ldi (26,23%) va intrauterin qon aylanishining surunkali yetishmovchiligi (32,79%). Borayotgan dekompensatsiya sharoitida PY ning ishemik shakli o'tkir buzilish shakllanishi bilan uteroplasental qon oqimi xosil bo'ladi.

Asosiy pastki qismning ikkinchi kichik guruhida 58 platsenta qon oqimi ustun keldi. guruhlar. Uteroplasental qon oqimining o'tkir buzilishi bo'lgan 24,59% hollarda yangi tug'ilgan chaqaloqning o'limi sababi.

Olingan ma'lumotlar B.I.ning fikriga mos keladi. Gluxovets, N.G. Gluxovets (2016), IUI FGRP bilan birlamchi va ikkilamchi FPY shakllanishiga olib keladi deb hisoblaydi. Ushbu jarayon trombotsitlar rivojlanishi bilan bog'liq platsenta va homila tomirlarining vaskulitlari, morfologik va funksional o'zgarishlar uteroplasental qon oqimining buzilishiga va kardioplasenta yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladigan hujayra membranalari (Glukhovets B.I., Glukhovets N.G.).

Xulosa. Intrauterin infeksiya xavf omilidir homiladorlik paytida platsenta yetishmovchiligining rivojlanishi xavf. Buyrak kasalliklari va o'rtacha va og'ir anemiyani kompleks davolash reproduktiv yoshdagi ayollarning darajasi bu profilaktika usulidir FPYning og'ir shakllarini rivojlanish taktikasi. Antenatal uchun funksional diagnostika usullarini takomillashtirish homila holati patogenetikani aniqlash yo'nalishi bo'yicha ketishi kerak FPN hosil bo'lish mexanizmlari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda patologik holatlarning chastotasini kamaytirish IUI va patogenetik terapiyasi usullarini takomillashtirish zarur FPY.

Adabiyotlar:

1. Belotserkovtseva LD, Kasparova AE, Kovalenko LV, Mordovina II. Perinatal infeksiyalar: muammoga haqiqiy qarash. OIV-ning vertikal yuqishining oldini olishning zamonaviy usullari: O'quv qo'llanma. qo'llanma. - Surgut: SURSU nashriyoti, 2018 y.
2. Burlev V.A., Zaydieva Z.S., Kan N.Ye. Homilaning intrauterin infeksiyasi bo'lgan homilador ayollarda paraplental angiogenez // Reproaktiv muammolar. - 2018. - № 5. - S. 59-63.

3. Gluxovets B.I., Gluxovets N.G. Fetoplazental tizimning ko'tarilgan infeksiyasi. - M., 2016. - 239 p.
4. Belotserkovtseva L.D. va boshqalar. Plasenta rivojlanishini bashorat qilishda intrauterin infeksiyaning o'rni... 59
5. Dobroxotova Yu.E. Homilaning tushishining yuqumli jihatlar: Darslik usuli. qo'llanma. - M., 2015. - 76 p.
6. Radzinskiy V.E., Maiskova I.Yu., Dimitrova V.I. Dastlabki bosqichlarda rivojlanmagan homiladorlikni davolashga kompleks yondashuv // Ginekologiya. - 2018. - № 1. - P. 3-6.

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS DURING PREGNANCY AND AFTER CHILDBIRTH

Ochilov U.U., Turaev B.T.

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. The birth of children by underage women is an urgent problem in medical and psychological practice [4]. According to statistics, the number of cases in Russia where pregnancy and childbirth occur in mothers under 18 is growing [1]. Crimes committed by underage pregnant women associated with abandoning and throwing newborn babies, as well as abandoning newborn babies in a maternity hospital and criminal attempts to get rid of a fetus during pregnancy, may be due to affective disorders [3]. The family of a young mother and the surrounding society more often treat pregnancy negatively, which contributes to the emergence of emotional disorders in adolescent girls [2].

The purpose of the study: Revealing the severity of anxiety and depression and studying the causal factors of emotional distress in adolescent girls during pregnancy and after childbirth.

Materials and methods of examination. The study involved 80 adolescent girls who were divided into 3 groups: 20 pregnant adolescent girls from 15 to 17 years old; 20 girls who gave birth from 15 to 18 years old, having a child under one year old at the time of the survey; 40 girls of the same age (control group), 30 obstetricians, gynecologists and pediatricians. Testing and survey of respondents were carried out. The Hospital Anxiety and Depression Scale developed by A.S. Zigmond and R.P. Snaith, the questionnaire "Ideas about motherhood of adolescent girls", "The Regional Center for the Development of Social Technologies", in the case of identifying severe anxiety and depressive disorders.

Research Discussion. The average age is 19.5 years. Most of them have incomplete secondary education - 38%, 34% have secondary education and only 28% have specialized secondary education, 72% study and work, 28% do not work and do not study. Most of the respondents have one sexual partner - 72%, 22% have several sexual partners and 6% found it difficult to answer. 38% of girls explained not using contraceptives by the lack of personal protective equipment with them, 33% of respondents answered that they do not like to eat pills and use contraceptives, 13% do not think that it would help, in 6% of cases contraception is not used because of religion.

The emotional state of a pregnant woman and a woman who has just given birth is greatly influenced by the attitude of her own family and the child's father to her. Among the majority of girls surveyed, their parents reacted negatively to pregnancy and offered to have an abortion - 28%; in 26% of cases the parents did not know anything about pregnancy until the deadline, in 26% - they reacted positively and were happy, in 6% of cases - the father was "for" having a child and the mother agreed, in 6% of cases - the father was "against", and the mother was in favor, but agreed with the father and asked to have an abortion, 4% were kicked out of the house, and 4% were forced to marry their partner. In 12% of girls, the partner did not know anything about the unborn child until the last moment, in 26% of cases he reacted positively to this, in 12% of cases he gave up as soon as he found out that the partner was pregnant, 24% of the partners agreed to have a child, but when changed their minds, it was too late, and 26% of partners offered to have an abortion.

According to the study, it was revealed that 60% of pregnant women and 45% of girls who gave birth were in a state of clinical and subclinical anxiety, that is, they needed specialized care and treatment (support). The proportion of pregnant girls in a state of clinical depression is significantly higher (50%) of the proportion of those who have given birth and their peers, which also requires special attention from psychiatrists and obstetricians. The average indicator on the hospital scale of anxiety and depression in pregnant girls with revealed clinically significant depression in points is significantly higher than in other patients ($p \leq 0.05$).

Thus, according to the results of the study, it was revealed that the proportion of clinical and subclinical anxiety in pregnant girls is significantly higher (60%) than among women of the same age (35%) and slightly higher than among girls who have given birth (45%). The proportion of clinically significant depressive disorders in pregnant adolescent girls is significantly higher (50%) than in girls who have given birth (20%) and their peers (15%). The number of pregnant girls with normal indicators is lower (20%) than among girls who have given birth (40%) and their peers (45%). Attempts to hide pregnancy, to get rid of the fetus in a criminal way, refusal to register with an antenatal clinic, suicidal attempts, refusal to continue education may be due to the clinic of affective disorders.

The results of the study revealed that the indicators of anxiety in points among adolescent girls during pregnancy are significantly higher than the indicators of anxiety in points of girls after childbirth ($p \leq 0.05$). After childbirth, anxiety-depressive disorders are partially compensated without therapy, which indicates the reactive and hormone-dependent nature of this pathology.

Thus, women of the same age and girls after childbirth are less depressed and anxious compared to girls during pregnancy. A correlation was found between the indicators of anxiety and depression in all study groups: ($r = 0.55$; $r = 0.53$; $r = 0.63$, respectively). Using the "X² - square" criterion, it was revealed that clinical anxiety in pregnant adolescent girls is associated with alcoholization of their family members and the single-parent family in which they grew up, and their depressive disorders are more pronounced in families with low incomes and families with a large number of children

Depressive states in girls who have given birth are due to the negative attitude of their family members towards the child born. Anxiety-depressive states in peers depend mainly on problems at school. All pregnant women and girls who gave birth with a clinical level of anxiety-depressive disorders had an extremely low psychological readiness for motherhood. Motherhood and the creation of a family were not a psychological need for underage mothers. All the girls voiced their unwillingness to change their usual way of life. The prognosis for the future after the birth of the child was rather vague, depending on the decision of the family of their parents or the family of the child's father.

According to the results of a survey of medical workers, it was found that the majority - 67% of medical workers consider childbirth among minors unacceptable; 14.3% of doctors consider such childbirth to be routine, and resigned to it; only 4.8% are indifferent to the fate of young mothers and their children. Most of the respondents (57%) do not deny abortions, but consider them undesirable from a medical point of view, the remaining 42.9% of doctors are fundamentally against abortions, but they understand that it is sometimes necessary. The majority of doctors - 90.5%, agreed that information sessions on contraception, childbirth, abortion and their consequences, and sexual behavior should be conducted among minors. Other doctors 4.8% believe that information sessions should not be conducted among minors. Most of the medical experts - 38% agree that if the sexual education of young people is at a decent level, then childbirth among minors will decrease. Such an aspect as the readiness of girls for motherhood and the formation of a correct idea of motherhood by specialists is not considered as a method of preventing pregnancy in minors.

Conclusion: Pregnant underage girls require a mandatory examination by a psychiatrist due to frequent and severe anxiety-depressive disorders that develop during this period. This category of patients needs specialized psychological and psychotherapeutic support during the entire period of pregnancy. In severe affective disorders, it is advisable to be admitted to the children's department of a psychiatric hospital in full or day hospital mode. Timely identification of the risk group is necessary, taking into account the characteristics of the family of a pregnant minor girl. Postpartum psychological screening is necessary to prevent and detect postpartum affective disorders. As a preventive method, it is advisable to choose rational psychotherapy with the formation of psychological readiness for motherhood in adolescent girls.

Literature:

1. Жукова Н.И., Киселева Н.И. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних // Охрана материнства и детства: рецензируемый научно – практический медицинский журнал. – Витебск, 2002. – 3 3 – С. 85–88.
2. Коршакова Э.С. Современные проблемы подростковой беременности // Электронный научный журнал «APRIORI. Серия: Гуманитарные науки» – № 1 – 2013 г
3. Очиллов У. У., Тураев Б.Т и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями // Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155).
4. Тураев Б. Т., Хаятов Р. Б. Суицидальные намерения у лиц с синдромом алкогольной зависимости при наличии депрессивных расстройств // Вестник врача. – 2019. – №. 2. – С. 114-116.

GOUT IN PREGNANCY: A RARE PHENOMENON

Safarov O.

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Gout is a rheumatic condition characterized by secondary painful arthritis after deposition of uric acid crystals. In women of reproductive age, gout is rare due to the uricosuric effect of estrogen. Gout is very rare in pregnant women, rarely reported. The lack of reports makes it difficult to make an accurate diagnosis as well as to optimally manage debilitating disease. I present the case of a 21-year-old multipara with polyarticular gout in the first trimester of pregnancy.

Case presentation. 21-year-old gravida-4 para-3 woman, four weeks of pregnancy, during the last menstrual period, with a history of hyperemesis gravidarum, four-day joint pain associated with dizziness, fever, urination frequency and abundant vomiting and palpitations. Physical examination was important for bilateral knee, leg, and shoulder pain, as well as lumbar and right upper quadrant abdominal sensitivity, negative for costovertebral angle sensitivity. He was unresponsive to resuscitation of intravenous fluid with compressed, febrile (39.6 °C) and tachypneic (27 / min), tachycardia (129 BPM). Laboratory studies identified leukocytosis ($13.6 \times 10^3 / \mu\text{L}$) with neutrophil predominance, and hyponatremia, hypokalemia, and metabolic acidosis expanded the range of anions. In addition, the HIV test was negative. Urine analysis revealed reflex urine culture *Escherichia coli*. Blood cultures identified *Haemophilus influenzae* (H. influenzae) bacteremia. Transvaginal ultrasound examination was significant because the length of the pregnancy sac, yolk sac, and suspected fetal pole and crown bone was 2.2 mm. The exact heart activity of the fetus could not be assessed. Twenty-four hours later, swelling appeared in his left knee and right metatarsophalangeal joints. Knee arthrocentesis was important for urinary urate crystals, negative for leukocytosis and bacterial growth with neutrophil predominance. It is noteworthy that the study of serum uric acid showed hypouricemia.

His gout exacerbation was resolved by injection of methylprednisolone acetate in the left knee and colchicine selected due to low teratogenicity. Hyperemesis gravidarum and metabolic disorders were treated with pyridoxine, promethazine, folic acid, and potassium replacement. Sepsis was probably negative as a study for sources of H. influenzae known from primary influenza, for example, visibility of the gallbladder through the right upper quadrant ultrasound. Considering the administration of antibiotics two days before diagnostic arthrocentesis, secondary bacteremia after septic arthritis could not be ruled out. The blood culture observed 72 hours after the start of ceftriaxone IV was negative. He was then treated with IV ceftriaxone for two

weeks after discharge. A transvaginal ultrasound examination at 10 weeks of gestation revealed an expanded abortion and was managed with dilation and curettage.

Discussion. My patient was experiencing an episode of primary gout in the first trimester of pregnancy with no predisposing factors, possibly due to sepsis-related vomiting and hyperemesis gravidarum with secondary dehydration caused by *H. influenzae* sepsis. Gout due to the uricosuric effect of estrogen is rare in women of reproductive age, especially during pregnancy. Several available reports have been analyzed in two literary reviews, with only 12 women experiencing gout during the last 23 pregnancies. Most of these patients had a history of gout, were diagnosed during a previous pregnancy, or were postpartum symptomatic, possibly with estrogen withdrawal. For comparison, my patient was diagnosed with gout after gouty antepartum. In addition, he was 21 years old, much younger than the average age of 30.6 (\pm 3.69) in previous cases.

While my patient had low uric acid levels, pregnant patients with gout usually had elevated uric acid levels. However, low uric acid levels are known to occur during acute gout attacks. Also, some patients had gout in the family, but my patient did not. Changes in renal excretion of uric acid may be associated with decreased glomerular filtration. For example, the majority of patients with acute gout during pregnancy had chronic renal failure. There was no evidence of impaired renal function in my patient. Repeat the transvaginal ultrasound examination about a month after discharge, only a pregnancy sac with an irregularly shaped yolk sac was detected. Unfortunately, the patient was diagnosed with a failed intrauterine pregnancy. Event reports show a link between gout in pregnancy and miscarriage; however, these cases are complicated by comorbidities such as combined preeclampsia and renal failure, which are risk factors for intrauterine death of the fetus. Finally, cases have shown that pregnant patients with gout may have maternal complications. It is not clear if my patient has gout and is associated with joint disease.

The viability of my patient's pregnancy at the initial presentation is controversial due to the lack of clear cardiac activity in the current jaundice and pregnancy sac conditions. An abnormal pregnancy could possibly exclude uricosuric estrogen levels that were sufficient to prevent hyperuricemia. If so, his gout flare could actually only be caused by *H. influenzae* sepsis and related dehydration.

Conclusions. Rarely during pregnancy, gout should be suspected when the patient develops specific symptoms such as arthritis that begins acutely with swelling and heat. Treatment is very difficult during pregnancy due to limited data on the safety of gout medications, as this condition is very rare. Treatment should include supportive measures prior to pharmacological treatments to maintain renal function, manage comorbidities, and treat and prevent exacerbations during pregnancy. Pharmacological treatment should be based on a risk assessment based on the patient's gestational age and the diseases associated with it.

Literature:

1. Clinical practice. Gout. Neogi T. *N Engl J Med*. 2011
2. Menopause, postmenopausal hormone use and risk of incident gout. Hak AE, Curhan GC, Grodstein F, Choi HK. *Ann Rheum Dis*. 2010
3. Use of colchicine in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Indraratna PL, Virk S, Gurram D, Day RO. *Rheumatology (Oxford)* 2018
4. Haemophilus species bacteremia in adults. The importance of the human immunodeficiency virus epidemic. Muñoz P, Miranda ME, Llancaqueo A, Peláez T, Rodríguez-Crèixems M, Bouza E. *Arch Intern Med*. 1997
5. Renal underexcretion of uric acid is present in patients with apparent high urinary uric acid output. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Erauskin GG, Ruibal A, Herrero-Beites AM. *Arthritis Care Res*. 2002

CLINICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF THE TEST FOR DETERMINING THE PLACENTAL α -MICROGLOBULIN-1 IN ORDER TO DIAGNOSE THE PREMATURE RUPTURE OF FETAL MEMBRANES

Sarkisova L.V.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Premature birth is the leading cause of perinatal morbidity and mortality worldwide, with the majority of deaths occurring in newborns less than 32 weeks of gestational age [1,3], the degree of prematurity and low birth weight largely determine the prognosis of survival and the quality of the subsequent life of a newborn. In total, 15 million preterm births are reported worldwide every year. The incidence of rupture of membranes during premature pregnancy ranges from 40-50% of all premature births. [2.4]. In total, 15 million preterm births are reported worldwide every year. The incidence of rupture of membranes during premature pregnancy ranges from 40-50% of all premature births. [5.7] Pregnant women with preterm birth, both with an intact fetal bladder and with PRPO, have a number of risk factors: age, medical history, complications during this pregnancy, somatic and infectious diseases. PRPO- inferiority of the membranes due to inflammatory changes, which lead to a weakening of the strength of the membranes. There is evidence of microcracks in the membranes, leading to a violation of their integrity and being a source of penetration of microorganisms into the uterine cavity. In order to clarify the diagnosis of PRPO in clinical practice, tests are used that have a high frequency of false positive results, which is accompanied by unreasonable economic costs. At the same time, new biochemical markers have been developed that are highly accurate [11,12].

One of the most commonly used methods in clinical practice is the "arborization" test. The test consists of microscopy of a smear from the posterior fornix of the vagina. Since the drying of amniotic fluid is accompanied by the crystallization of salts, a characteristic pattern is formed on the glass - the phenomenon of a fern. According to the literature, the sensitivity of this method is 52.6%, and the specificity is 71.6%, it can have up to 30% false positive results in the presence of fingerprints on glass, cervical mucus, blood, as well as in case of insufficient amount of material taken for the study. [6,8]

The second most frequently used is a test for determining the pH of vaginal contents (nitrazine test). The presence of amniotic fluid in the vagina shifts the pH from acidic to neutral, indicating a change in dough color. The sensitivity of this method is 89%, the specificity is 15%, and the false-positive rate is 17.6% and may be associated with a violation of the vaginal microflora, the presence of blood, sperm or antiseptics.

The lack of a single standard and the low accuracy of clinical diagnostics of routine laboratory tests have determined the development of tests based on biochemical markers capable of detecting with high accuracy the presence of amniotic fluid in the vagina. Placental α -microglobulin -1 (PAMG-1) turned out to be one of the most accurate. This protein is synthesized by the decidual membrane, and its concentration in the amniotic fluid reaches 25,000 ng / ml, while with a PAMG-1 content of only 5 ng / ml in the vaginal contents, the sensitivity of the test for determining amniotic fluid in the vagina is 99%, and the specificity is 87.5-100% [9,10].

The test for the diagnosis of PRPO for PAMG-1 is a one-stage immunoassay with minimal invasiveness, which is not affected by the presence of semen, urine, blood or an infectious-inflammatory reaction in the vagina. Our earlier study showed that the sensitivity and specificity of the PAMG-1 test are 97.3 and 07.1%, respectively, while when using a set of routine methods (clinical examination, arborization test and nitrazine test) - 68.5 and 74.3 % (ten). At the same time, the cost of the PAMG-1 test is much higher than the routine one. However, the use of the PAM-1 test does not require hospitalization for additional studies [8,12].

In connection with the above, it is relevant to compare the clinical and economic efficiency of using the traditional clinical approach to the diagnosis of PRPO and the use of the PAMG-1 test [9,11].

Purpose of the study/ Comparison of the clinical and economic efficiency of the traditional clinical examination and the test for the determination of placental α -microglobulin-1 in patients with a presumptive diagnosis of PRPO.

Materials and methods. The study included 114 healthy pregnant women who came to the admission department of the city maternity perinatal complex with complaints of light liquid discharge from the genital tract, which could be regarded as amniotic fluid.

The criteria for inclusion in the studies were: the presence of light liquid discharge from the genital tract, which does not allow excluding the rupture of amniotic fluid, despite the absence of convincing clinical data indicating PRPO, age from 19 to 38 years, spontaneously occurring singleton pregnancy, gestational age 22-38 weeks, informed consent for the study.

Women who applied to the admission department underwent examinations in the amount of: taking anamnesis, examining the cervix in the mirrors, sowing from the cervical canal for microbiological examination (for premature pregnancy), vaginal examination with a finger assessment of the integrity of the fetal bladder (at full term), test for "Arborization" (the phenomenon of a fern on 2 glasses, nitrazine test for determining the pH of the vaginal fluid, test for determining in vaginal discharge PAMG-1 (AmniSure), Ultrasound of the uterus and fetus with determination of the amniotic fluid index, clinical blood test with determination of the leukocyte formula, determination of the level of C-reactive protein, blood group and Rh factor (due to the inability to exclude the need for delivery), general urinalysis. A decision-making model has been developed, which compares the costs and effectiveness of two approaches to the diagnosis and further management of patients with a presumed diagnosis of PRPO.

In this regard, all patients who come with suspicion of PRPO undergo a complex of diagnostic studies, including laboratory and instrumental diagnostics and allowing to unambiguously establish the presence or absence of PRPO; on this basis, false positive and false negative results of the traditional strategy are not considered;

- The test for determining the presence of PAMG-1 is characterized by a high predictive value of both positive and negative results, which allows, based on the result of this test, to make clinical decisions about the tactics of patient management. Taking into account the literature data and the preliminary results of our research, the proportion of false positive and false negative results is assumed to be 2%;

- In the case of a false negative test for PAMG-1, the cost of the case was considered as the cost of two tests, since if there is suspicion of PRPO and a negative result, the test is repeated. Since the probability of two false negative results tends to zero. It is permissible to use the cost of a two-time test application as the necessary cost per patient;

- The cost of patient management after diagnosis on PRPO is considered equal for both diagnostic strategies and was not considered in this work.

Results and discussion. Analysis of the frequency and structure of extragenital diseases in the surveyed women showed that the frequency of diseases of the ENT organs (rhinitis, tonsillitis, sinusitis), the cardiovascular system (vegetative-vascular dystonia, mitral valve prolapse, varicose veins of the lower extremities), the digestive system (gastritis, cholecystitis, peptic ulcer, pancreatitis), urinary system (cystitis, pyelonephritis, urolithiasis) met with a frequency of 12.5, 20.1 16.5 and 15%, respectively. The most common pathology was diseases of the organs of vision (35.4%). It is important to note that somatic diseases in all observations were of an initial nature or were of a mild nature and at the time of inclusion in the study, no exacerbation of diseases was detected. Analysis of the gynecological history showed that the age of the onset of the first menstruation ranges from 11 to 17 years and averaged 14 years. When studying the structure and frequency of gynecological diseases, it was revealed that the most common were benign diseases of the cervix (ectopia-34.8%), while ovarian dysfunction, tumor-like formations of the uterus (myoma), tumor-like formations of the uterine appendages (ovarian cyst) and infertility met with a frequency of 7.15, 5.27, 9.78, 26%.

In full-term pregnancy, 30 women (25%), a woman, in preterm 90 (75%). Of 120 patients who came to the admission department with complaints of liquid vaginal discharge, PRPO was confirmed in 75 (62.5%) women. In the remaining 45 (37.5%), the diagnosis of PRPO was excluded using the PAMG-1 determination, and those with complaints were assessed as discharge of the mucous plug or clinical manifestations of vaginitis.

Table 2. Data on the outcomes of previous pregnancies (n = 120)

Diseases	Abs.	%
Artificial abortion	33	25,43
Spontaneous miscarriage	8	7,01
Non-developing pregnancy	15	18,15
Ectopic pregnancy	1	0,87

Thus, the third part of the pregnant women who applied for it did not have convincing data for PRPO and who were subject to hospitalization to clarify the diagnosis.

The sensitivity of the method for determining PAMG-1 was 96%, the specificity was 97.4%. At the same time, the scope of the survey was limited to the use for determining PAMG1.

Literature:

1. Mikhailov A.V., Dyatlova L.I., Rogozhina I.E., Glukhova T.N., Panina O.S. Management of pregnancy complicated by premature rupture of amniotic fluid in premature pregnancy. 2016; 2: 67-73.
2. Okeke T.C., Enwereji J.O., Okoro O.S., Adiri C.O., Ezugwu E.C., Agu P.U. The incidence and management outcome of pre-term premature rupture of membranes (PPROM) in a tertiary hospital in Nigeria. Am. J. Clin. Med. Res. 2015; 2 (1): 14-7
3. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.
4. Sarkisova L.V. Umidova NN Analysis of the effectiveness of treatment of pregnant women with anemia of different degrees of severity // New day in medicine.-2019. № 4 (28). -C.239-246.
5. Sarkisova L.V. Prophylaxis of premature births by cytokines identification //Medical journal of the doctors information.-2020. №2(94).-C. 88-92.
6. Sarkisova L.V. Yuldasheva R.U., Kurbanova Z.Sh The role of Indicators of Ferrokinetics and Endogenous Erythropoitin in Anemia of Pregnant Women // American Journal of Medicine and Medical Sciences.- 2020. №10(4), DOI. 1-4.-C.262-265.
7. Tuksanova DI Solieva NK Negmatullaeva MN, TI Shamsieva The importance of immune status in miscarriage // News of dermatovenerology and reproductive health. - 2020. - No. 1. - S. 52
8. Ikhtiyarova G.A., Ashurova N.G., Shodiev B.V. Microelement support in women with recurrent reproductive losses// Problems and solutions of advanced scientific research. - 2019. - P. 289 - 293
9. Ikhtiyarova G.A., Ashurova N.G., Tosheva I.I. Pregravidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory diseases of the genitals// European Journal of Vienna, Austria. -2017. № 9-10 (9-10), Impact factor SJIF 4.4. -P. 53-62.
10. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslanova M.J., Dustova N.K. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. -2020. ISSN 2515-8260. Volume 07, Issue 07.-C. 530-535.
11. Tosheva I.I., Ikhtiyarova G.A., Aslanova M.J. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intra-uterine fetal death// Journal of Problems and solutions of advanced scientific research. -2019. -№1. -P. 417-419
12. Tosheva I.I., Ikhtiyarova G.A. Pregnancy outcomes in case of premature rupture of membranes // MJR Mother and child. - 2020. No. 1 (3). - ISSN 2686-7184. - S. 16-20.

MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ KELIB CHIQQISH SABABLARI

Sattorov A., Shavazi N.N.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Erta tug'ilish deganda homiladorlikning 22 va 37 [259 kun] haftalari [1, 12] o'rtasida sodir bo'ladigan mehnat yoki 37 haftadan oldin sodir bo'ladigan mehnat tushuniladi [5,12, 24,25,29]. Ko'pincha [55,3%], erta tug'ilish homiladorlikning 34-37 haftaligida kuzatiladi [12]. Tug'ilganlarning umumiy sonida erta tug'ilish hollari 5% dan 12% gacha [8,9,10,25, 29,35].

Erta tug'ilish sabablarning multifaktorial xususiyati bilan ajralib turadi, ular orasida Qog'onoq pardaning erta yorilishi muammosi bevosita bog'liq onaning, homilaning va qo'shma tanasi bilan bog'liq sabablarni shartli ravishda ajratib ko'rsatish mumkin. Onalar omillar: isthmik -servikalnaya yetishmovchiligi, bachadon miyomalari [ikki shoxli, va boshqalar, shoxli.] Umumiy va jinsiy infeksiyalar, miyom, ekstragenital onaning kasalligi, onasining yuqumli kasalliklar [dekompensatsiyalanuvda, gipertoniya, endokrin kasalliklar, va boshqalar bosqichida yurak kasalligi]. [gripp, ORVI, virusli gepatit, toksoplazmoz, listerioz], amniotik suyuqlik infeksiyasi, bakterial vaginoz, herpes infeksiyasi va boshqalar. Homlalik omillarga malformatsiyalar, rivojlanish anomaliyalari va homilaning o'limi, genetik kasalliklar kiradi.

Kombinatlangan omillar: gipertonik buzilishlar, izoserologik mos kelmaslik, antifosfolipid sindromi, platsenta birikishining anomaliyalari, odatdagi platsentaning erta ajralishi, homilaning anomal holati, amniotik suyuqlikning erta yorilishi; bachadonning haddan tashqari kengayishiga olib keladigan xolatlar [bir necha homiladorlik, poligidramnios bilan birga, ayrim yurak nuqsonlari, ko'p suvlik kuzatiladi], homiladorlik davrida qon kettushlar, sepsis, bemorga interuterin ta'sir qilish, nuqsonlar va bachadon bo'yini kasalliklari yoki bachadon tanasi, qin kasalliklari [7].

Ushbu omillarning barchasida PR qog'onoq suvlarining erta yorilishi hisoblanadi. PI OS - bu doimiy mehnat boshlanishidan oldin membranalar yorilishi. Ko'pgina mualliflar ushbu holatni "membranalarining erta yorilishi" deb atashadi, bu Evropada qabul qilingan "prematuroptureofmembranalar" atamasiga to'g'ri keladi [12].

Gomesning so'zlariga ko'ra - LopezN., Ernandes - SantiagoS., Lobba. P., Etal. [20] Tug'ilish boshlanishidan oldin suvning erta kettishi chastotasi juda xilma-xil bo'lib, erta tug'ilishda 38-51% gacha etadi. Ko'ra uchun ZiaeiS., SadrkhanluM. [11] ulushi ham RTI erta tug'ilishning bir bor foizini tashkil qiladi 35% va 5%, gacha kamaytirish uchun moyilligini. Erta tug'ilishning 50% dan ortig'i, etiologik omillarning xususiyatlaridan qat'i nazar, qog'onoq suvining erta yorilishi bilan boshlanadi. Wing DA, GubermanC. [36] chiqib ishora bilan PIOT ona va homila va yangi tug'ilgan ham mehnat jarayonida va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlarni ortishi, olib keladi, deb ularning o'rganish.

At Shu vaqt, bir soni mualliflar Baev O.R., Vasilchenko O.N., Kan N.E., Va boshqalar. [2] topish chtoprezhdevremennoe teshik suv da [paydo preterm homiladorlik 37 haftadan oldin homiladorlik dan -] 6 3 2 % va istagi yo'q kamaytirish uchun. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, PIOT keyingi tug'ilishlarda 20-32 % gacha bo'lgan chastotada qayta rivojlanish tendentsiyasiga ega.

Amerika akusherlik va ginekologlar kolleji [ACOG, 2012] 37 haftagacha homiladorlikdagi amniotik suyuqlikning yorilishi singleton homiladorlikning 2-4 foizini va ko'p homiladorlikning 7-20 foizini murakkablashishini ko'rsatmoqda. 37 haftagacha etkazib berish chastotasi barcha homiladorlikning 5-10% ni tashkil qiladi va so'nggi 30 yil ichida pasayish tendentsiyasiga ega emas. Har yili dunyoda tug'ilganlar farqi 13 million prematürelerde [20].

Ko'ra Wing DA, Guberman C [16], neonatal tug'ruq va ularning chastota RTI sodir bo'lgan homiladorlik yoshi bog'liq. Erta tug'ilish holatida PIOT perinatal o'lim xavfini 4 barobar ko'paytiradi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kasallanish darajasi, shu jumladan homilaning RDS kasalligi, bu erta homiladorlik paytida PIOT holatlarining 10-40 foizida uchraydi va 40-70 foiz hollarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'limiga sabab bo'ladi [16]. Homiladorlikning asoratlari orasida Radzinskiy V.E., Ordiyants I.M., Aleeva I.A. (6) so'zlariga ko'ra, tug'ruq anomalyalari, platsentaning erta ajralishi, homilaning gipoksiya va yangi tug'ilgan chaqaloqning asfiksiyasi uchun aniq joy mavjud. Eng ptimalnye prognoz usullari va oldini olish va Piovego hozirda zamonaviy akusherlik ishlab emas. Bu, ehtimol, RTI etiologiyasi va patogenezini to'g'risida etarli ma'lumotga ega emasligi va homiladorlikning uchinchi trimestridagi homilador ayollarning organizmidagi o'zgarishlar, bu yuqoridagi asoratning rivojlanishidan oldin yoki aniqlanadi.

PRning sabablari bakterial vaginoz, ko'p homiladorlik, poligidramnioz, miyometriyaning muddatidan oldin qisqarishi, homiladorlikning birinchi trimestrida qon ketish, nikotinga qaramlik, erta tug'ilish [PR] yoki PRPO tarixi bo'lishi mumkin. PRPO amniotik bosimga chidamliligi pasayishi tufayli yuzaga keladi.

Amerika akusherlik va ginekologlar kolleji [ACOG's, 20 12] ushbu asoratni keltirib chiqaradigan quyidagi xavf omillari ko'rsatishmoqda Gest tion: homiladorlik o'tmishda mavjudligi (homiladorlik), PROM bilan onaning jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va amniotik infeksiya; istmik - bachadon bo'yni etishmovchiligi; instrumental tibbiy aralashuv; onaning yomon odatlari va kasalliklari; bachadon rivojlanishidagi anomaliyalar va ko'p homiladorlik; onaning ba'zi kasalliklari; travma.

Erta homiladorlik paytida membranalar yorilishi prenatal yorilishi genezisida ko'plab omillar mavjud. Erta homiladorlik paytida membranalar o'z-o'zidan yorilishi uchun xavf omillari orasida shartli ravishda 3 guruh ajratiladi: onalik, uteroplasental va homila [24]. Ona omillari orasida nikohdan tashqari homiladorlik, past ijtimoiy-iqtisodiy holat, yomon odatlar [tamaki, giyohvand moddalar], tana massasi indeksi 20 kg / m² dan kam, oziq-ovqatdan mis va askorbin kislotasi etishmovchiligi, anemiya, steroidlar bilan uzoq muddatli davolanish, erta tug'ilish, qon tomir kollagen tarkibining buzilishi. Erta homiladorlik tarixi bilan membranalar yorilishi erta yorilishiga katta ahamiyat beriladi. Qayta tiklanish xavfi 16-32% ga etadi, oldingi murakkab bo'lmagan o'z vaqtida mehnat qilgan ayollar guruhida 4%.

Uteroplasental omillar orasida katta ahamiyatga tufayli ilg'or 2,5 sm II uchdan bir qismida bachadon [bo'shlig'ida bo'lish], muddatidan ilgari ko'chishi platsenta [10-15%], bachadon qisqarishi g'ayritabiiy ilova qilinadi istmic -servikalnoy xatosi yoki oldingi conization bachadon bo'yni, polihidramnioz yoki ko'p homiladorlik, xorioamnionit, ko'p qin bimanual yoki transvaginal ultratovush tekshiruvlari natijasida bachadonning kengayishi. Xomilaning xavf omillari ko'p homiladorlik bilan ham bog'liq. Erta homiladorlik paytida membranalar yorilishining yatrogen sabablari kam uchraydi va asosan invaziv intrauterin aralashuvlar jarayonida.

Hozirgacha membranalar yorilishining etiologiyasi va xavf omillari to'g'risida turli xil tushunchalar mavjud bo'lib, unga ko'ra ko'pincha ushbu patologiyaning mexanizmlarini ishlab chiqishni boshlashadi va men homilaning intrauterin infektsiyasini, neyro endokrin patologiyasini, "ona-platsenta-homila" tizimidagi immun jarayonlarni, ekstragenitalning turli shakllarini vlyayutsya. onaning patologiyasi va boshqalar. Ammo, siz bilganingizdek, patologik sharoitlar va turli xil kelib chiqadigan kasalliklar rivojlanishining shakllaridan biri bu patologik rivojlanishning qo'zg'atuvchi mexanizmlaridan kelib chiqqan holda, patologiyani rivojlanishidagi efferent aloqalarni amalga oshirishni ta'minlaydigan odatdagi patologik jarayonlar va reaksiyalar kiritilganda sabab-ta'sir munosabatlarining dinamik o'zgarishi. Homila yorilishi mexanizmini o'rganishda pardalarida to'qima va hujayra imkon darajasida bir aniqlash qilgan edi pardalarida, yorilishi sohasida o'zgartirilgan zonasini morfologik, birlashtiruvchi to'qima komponent semiz bilan xarakterlanadi sloatrophoblast va desidua, shuningdek vayron tuxum o'tuvchi va Chorion o'rtasidagi munosabat. Fermentlar (fosfolipazalar, elastazlar, matriksali metalloproteinazalar va / yoki boshqa proteazalar) va biologik faol moddalar (eikosanoidlar, ayniqsa prostaglandin E2 klassi, sitokinlar) membranalar yorilishi sohasida hujayra darajasida topilgan. Ushbu o'zgarishlar o'z vaqtida etkazib berish jarayonida prirazyve chig'anoqlari bilan yuradigan fiziologik proisga o'xshaydi, ammo obolochekpri muddatidan oldin va to'liq homiladorlik oralig'ini keltirib chiqaradigan stimullar o'zgarishi mumkin. Bundan tashqari, membranalar yorilishining sababi qon tomir endotelial omilning ta'siri deb hisoblanishi kerak, mahalliy yallig'lanish esa PROM (24) dan keyin ikkinchi o'rinda turadi.

Xomilalik membranalar metabolik faol to'qima bo'lib, ular amniotik epiteliya, bazal membrana, biriktiruvchi to'qima, chori-on va dekiduadan iborat. Mikroskopik usulda amnion 5 qatlamdan iborat: epiteliya, poydevor membranasini, ixcham qatlam, fibroblastlar, bekor qatlami. Birlashtiruvchi to'qima membranalarining mustahkamligini ta'minlaydigan I va III kollagen turlaridan qurilgan. Bazal membrana epiteliya ostida tor eozinofil hujayra massasi shaklida joylashgan; ixcham qatlam hujayralardan mahrum bo'lgan bir hil massa bilan ifodalanadi (amniotik membrananing kuchini bildiradi). Fibroblastlar qatlami kollagen va retikulyar tolalar va hujayralararo moddalarning zich tarmog'ida joylashgan. Amnionning gubkali qatlami biriktiruvchi to'qima tolalari va hujayralararo moddalar orqali silliq chorion bilan bog'lanadi. Silliq chorionda to'rtta qatlam ajratiladi: uyali; retikulyar, tarkibida fibroblastlar va trofoblast qatlami hosil bo'lgan psevdobazal membrana (15). Tug'ilgandan so'ng darhol amalga oshirilgan membranalarini mikroskopik tadqiq qilish natijasida amnionning yorilishi, shuningdek kollagen miqdorining pasayishi bilan bog'liq tarkibiy o'zgarishlar aniqlandi (5).

Sanab necha tadqiqotchilar w pathomorphological Piovego ip etakchi sabablari tarkibiy xususiyatlari, deb t bevaqt yorilishi uchun etakchi mehanobiologicheskie ularning xususiyatlarini o'zgartirish pardalarni kolajen (21).

POT bilan og'riqan bemorlarda membranalaridagi kollagenning umumiy konsentratsiyasi amniotik suyuqlikning o'z vaqtida yorilishi bo'lgan bemorlarga qaraganda pastroq ekanligi aniqlandi (37). Bell S., Malak T. membranalar yorilishi joyini tekshirganda, bachadon dekiduasiga tutash trofoblast qatlamining siyraklashishi, membranalarining biriktiruvchi to'qima tarkibiy qismlarining qalinlashishi va amnion va chorion o'rtasidagi aloqaning yorilishi bilan ajralib turadigan morfologik o'zgarishlarning maxsus zonasini aniqladilar (14). Morfologik, ALTER zonasi mahalliyashtirilgan etiladi mehnat boshlanishidan oldin bachadon yaqin va mehnat ortadi bosim paytida bachadon bosim oshdi zaif sohasida homila membrana, uning yorilishi va keladi. Shuningdek, bu joyda I, III va V turdagi kollagen tolalarining zichligi sezilarli darajada pasayadi va tarkibida tenaskin miqdori oshadi. Itenaskinning retikulyar qatlamda ifodalanishini tekshirish homila membranalarining nuqsonlarini va RTI ga moyilligini ko'rsatishi mumkin degan taxmin mavjud [23].

PIOT bilan kasallangan ayollarda membranalar xususiyatlarini o'rganishda membranalar kollagenining degradatsiyasi aniqlandi. Yoriq joyining shakllanishi kollagenning o'zaro bog'lanishidagi mahalliy o'zgarish bilan bog'liqligi aniqlandi [36]. Zhang H. D. E tal. (39) RTI bilan nafaqat kollagen miqdorining mutlaq kamayishi, balki uning fraksiyalarida foizli o'zgarish ham bo'lganligini aniqladilar. POT bilan og'riqan bemorlarda kollagen tarkibidagi o'zgarishlar III turdagi kollagen konsentratsiyasining pasayishi bilan bog'liq (39).

Jilko A-da. L. PIV davomida kollagen biyofiziksel xususiyatlari o'zgarishini ko'rsatdi, xalaqit holda sodir yaxlitligini sirt qatlami hujayra membranalarini membranalarini [6]. O'zgarishlar kollagen moddalar almashinuvida bir bor imkon sabab membranalarida morfologik o'zgarishlar [20]. To'liq homiladorlik paytida suvni o'z vaqtida va muddatidan oldin chiqarib yuboradigan bemorlarda membranalarining gistologik tuzilishini taqqoslaganda, Ibrohim M etal. (22) PIOI o'rtasidagi munosabatni nafaqat kollagen tolalari sonining kamayishi bilan, balki ushbu tolalarning odatdagi to'lqin shaklidagi naqshining buzilishi va shu tolalar orasida amorf modda yotqizilishi bilan bog'liqligini aniqladilar.

Isbotladi h tosnizhenie konsentratsii soderzhaniya kollagena pri PIOV mozhe tproiskhodit v rezultate razrusheniya ego kollagenazami, fermentami matrichnoy metalloproteinazy (MMP'lerin) (30).

Homila pardalarida histokimyasal o'rganish davomida mualliflar bir qator matrics metalloproteinaz ularni to'qima ingibitorlari (UMMP), topilgan tomonlari, mm yuqori, kovalent, aralashma vositalarini, ularning fermentativ faolligini susaytirish, bu oldini kollagen vayron, oldini oladi PIOM (30).

Bugungi kunda zamonaviy tibbiyot nafaqat arzon, balki xavfsiz bo'lishi kerak, ayniqsa, homilador ayol haqida gap ketganda. Bugungi kunda akusher vazifasi bilan ta'minlash hisoblanadi oldindan Homiladorlik Homiladorlik halok, ehtiyot tarixi bilan turmush qurganlar uchun trening monitoring erta tug'ilishi va nozik tahdid ikkilamchi oldini olish dalillarga asoslangan tibbiyot ma'lumotlarni foydalanib, yuqumli va yallig'lanish asoratlarini oldini olish nuqtai nazaridan Homiladorlik yetkazib neonatal kamaytirish uchun yangi texnologiyalar yordamida kasallanish va o'lim.

Adabiyotlar:

1. Abramchenko V.V., Omelyanyuk E.V., Betoeva I.M. Mehnat anomalialarining oldini olish. - 2002. - S. 28-39.
2. Baev O.R., Vasilchenko O.N., Kan N.E., Klimenchenko N.I., Mitroxin S.D., Tetruashvili N.K., Xodjaeva Z.S., Shmakov R.G., Degtyarev D.N., Tyutyunnik V.L., Adamyan L.V. Membranalarining erta yorilishi (suvning erta chiqishi) // Akusherlik va ginekologiya. - 2013. - № 9. - S. 123-134.
3. Vdovichenko Yu. P. Amniotik suyuqlikning erta uzilishi va erta homiladorlik bilan erta neonatal o'limga uzoq suvsiz oraliqning ta'siri // Sat. ilmiy. Ukrainaning akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi ishi. - Kiev: Feniks, 2001. - S. 483-486.
4. Kiseleva E.P., Krilov AV, Starikova EA, Kuznetsova SA Qon tomirlar endoteliyasi va immunitet tizimining o'sish omili. Zamonaviy biologiyaning yutuqlari. 2009 yil; 129 (4): 1-12.
5. Mushtlar V. I., Murashko L. E. Erta tug'ilish. M.: Tibbiyot; 2008 yil.
6. Radzinskiy V.E., Ordianskiy IM, Aleev IA membranalarining erta yorilishi. Diagnostika va davolashning zamonaviy yondashuvlari. Moskva: Media Bureau Status Praesens; 2011 yil.
7. Saveleva G.M., Bloskansky Yu.M. Perinatal o'lim va kasallanishni kamaytirishda sezaryen. // Akush. va jin. - 2004. - № 3. - S. 9-13
8. Sidelnikova V.M. Homiladorlikning uzilishi. M. 1986. - S. 131-160. 40
9. Sidelnikova V.M., Burlev V.A., Bubnova N.I. va boshq. Homila tushishi. // Akusher. 2000. - №4. - S. 14-20.
10. Stepanova R.N., Abduraximova M.K., Rasulova X.A., Rustamova M.S. Xavf omillari va erta tug'ilishni bashorat qilish. // Ebalar. va jin. - 2002. - № 12. - 30-32.
11. Chernuxa E.A. Kesariya bo'limi - hozirgi va kelajak. // Akush. va jin. - 2000. - №5. - S. 22-28.

12. ACOG Amaliy byulletenlar-akusherlik bo'yicha qo'mitasi. ACOG Amaliyot Axborotnomasi № 92: membranalarining erta yorilishi. Akusher-ginekologlar uchun klinik boshqaruv ko'rsatmalari.
13. Noqulay perinatal natijalar va ketma-ket olingan ikkinchi va uchinchi trimestrdagi MS AFP o'lchovlari o'rtasidagi bog'liqlik / Simpson J. [va boshq.] // Am. J. Obstet. Jinek. - 2005. - Vol. 173. - P. 1742.
29. Bakterial protease-ind
14. Bell SC, Malak TM Xomilalik membranalarining strukturaviy va hujayrali biologiyasi. In: Elder M, Romero R, Lament R, eds. Erta tug'ilish. NY: ChurchillLivingstone; 2007 yil: 401-428.
15. Benirschke K, Kaufmann P. Platsenta membranalarining anatomiyasi va patologiyasi. In: Inson platsentasining patologiyasi, 4- chi ed. Berlin: Springer - Verlag; 2011 yil: 268.
16. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER Zamonaviy diagnostika va membranalarining muddatidan oldin yorilishini boshqarish // Rev Obstet Gynecol. - 2008. - jild 1 - P. 11 -22.
17. Casanueva E., Ripoll S, Tolentino M. Vitamin C sapslementatsiyasi uchun muddatidan oldin yorilishiga oldini chorioamniotic-membranes bir: randomize, sud // BilaNakSlimNi. J. klinikasi. Nutr. - 2015. - Vol. 81, № 4. - P. 859-863.
18. Daneshmand SS, Chmait RH, Mur TR, Bogie L. Membranalarining muddatidan oldin yorilishi: qon tomir endotelial o'sish omili va uning histologik chorioamniot Am bilan bog'liqligi. J. Obstet. Jinek. 2012 yil; 187 (5): 1131-1136.
19. Fortunato SJ, Menon RJ Inson homila membranalarida yangi matritsali metalloproteinazlar (MMP) skriningi. AssistReprodG-enet. 2012 yil; 19 (10): 483-486.
20. Gomes-Lopes N., Ernandes-Santiago S., Lobb AP va boshqalar. TermDelivery- da homila membranalarining normal va muddatidan oldin yorilishi mintaqaviy kemotaktik faollik va tegishli xemokinadan farq qiladi. Sitokin ishlab chiqarish // Rep. Ilm-fan. - 2013. - 20-jild. № 3. - P.276-284.
21. Hermanns-Lê T., Pierard GE Kollagen fibril arabesklari biriktiruvchi to'qima buzilishlarida. Am. J. klinikasi. Dermatol. 2016 yil.
22. Ibrohim MEA, Bou-Resli MN, Al-Zaid NS, Bishay LF Xomilalik zararsiz membranalar: yorilishga morfologik moyillik. ActaOb-stet. Jinek. Skandal. 1999 yil; 62: 481.
23. Membranalarining muddatidan oldin yorilishi paytida intravajinal misoprostol bilan tug'ruq induksiyasi: randomizatsiyalangan tadqiqot / Sanches-Ramos L. [va boshq.] // Obstet. Jinek. - 2007. - jild 89. -P. 909-912.
24. Lokvud C. J. Erta tug'ilish diagnostikasi va muddatidan oldin tug'ilishni bashorat qilish.// Klinika. Obstet. Gynecol.- P. 675-687 yil 1999. - V. The 38.-.
25. Lockwood CJ Stress bilan bog'liq muddatidan oldin etkazib berish: kortikotropinni chiqaruvchi gormonning roli. // Am. J. Ob-stet. Gynecol 2000 V. 180 P. 264-266.
26. Loukovaara MJ, Alfthan HV, Kurki MT Serum juda sensitiveC pardalarida // EUR erta yorilishi bilan -reactive protein. J. Ob-stet. Jinek. Reproduktsiya. Biol. - 2003. - Vol. 110, № 1. - S. 26-28.
27. Mackenzie AP, Schatz F., Krikun G. ajratish mexanizmlari ogohlantirgandan erta homila pardalarida yorilishiga: thrombinen-hanced decidual matrits metalloproteinaz-3 (Stromelysin-1) ifoda // emasman. J. Obstet. Jinek. - 2014. - jild 191, № 6. - P. 1996-2001.
28. Mercer BM erta yorilishi boshqarish themembranes // Lo. Obstet. Jinek. - 2008. - jild 41. -P. 870-882.
29. Melissa M., Adams Ph.D., Laurie D. va boshq. Erta tug'ilishning takrorlanish darajasi va omillari.// JAMA.- 2012.- V. 283.- N. 12.- 1591 1596.
30. Ey TA A., Yonemoto H., Someya A. Membranalarining muddatidan oldin yorilishi paytida amniokorionlarda matritsali metallo-proteinaza 2 faolligining o'zgarishi. Ginekologiya bo'yicha tekshiruvlar. 2006 yil; 13 (8): 592-597.

ORTIQCHA VAZNI BOR AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECHISHI VA ASORATLARI

Shavazi N.N., Yunusova Z.M.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi. Semirib ketish metabolizmining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biridir. So'nggi yillarda uning chastotasi ko'payib bormoqda va iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda 20-50 foizga etadi. O'zbekistonda semirish va ortiqcha vazn ayollar aholisining 25,0-37,0 foizida kuzatiladi So'nggi yillarda o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar natijalari ortiqcha vaznli ayollarda homiladorlik jarayoni va tug'ish ancha murakkablashganini tasdiqlamoqda. Normal tana vazniga ega, ammo perinatal muammolarni (homiladorlik paytida gipertenziv kasalliklar., makrosomiya, shuningdek jarrohlik yo'li bilan tug'ilgan asoratlarni oldini olish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 1. Lipid metabolizmining buzilishi (umumiy xolesterin, TG, HDL xolesterin, LDL xolesterin, VLDL xolesterin).

2. Purin metabolizmining buzilishi (siydik kislotasi). III. Gormonal holatni baholash 3-5-kunida gormonlarni aniqlash: umumiy testosteron, SHBG (erkin androgenlar indeksini hisoblash bilan), prolaktin, LH, FSH, kunlik siydik bilan erkin kortizolni chiqarib yuborish.

Jigar, buyrak usti bezlari, tos a'zolari, sut bezlari va kalipermetriyani ultratovush tekshiruvining morfofunksional usullari (qorin old devori va elka trisepts mushaklari mintaqasida teri osti yog 'qalinligi).

Natijalari. Semiz ayyollarda homiladorlik bir qator onalik va perinatal xavf bilan bog'liq. Ushbu xavflarning darajasi va chastotasi semirishning og'irligi bilan ortadi. Reproktiv yoshdagi homiladorlikni rejalashtirish bo'yicha ayollarda vazn yo'qotish va bu xavflarni kamaytirishi internatistlar va akusher-ginekologlarning muhim vazifalaridir.

Semirib ketish organizmdagi yog 'to'qimalarining ortiqcha miqdori bilan tavsiflanadi. Tana massasi indeksi (BMI) to'g'ri-dan-to'g'ri yog 'to'qimalarining massasi bilan o'zaro bog'liq va hozirgi vaqtda semizlikni aniqlash uchun foydalaniladi, bunda BMI

(homiladorlikdan tashqari) -30 kg / m² [1]. Yog 'to'qimasi faol endokrin organ hisoblanadi. Yog 'to'qimalarining ko'pligi bilan leptin darajasi ko'tariladi va adiponektin darajasi pasayadi, bu esa insulin qarshiligiga (IQ) olib keladi. Semirib ketish ko'pincha giperandrogenizm bilan ham bog'liq. Ushbu va boshqa turli xil gormonal o'zgarishlar anovulyatsiyani keltirib chiqaradi [2].

Semizlikning o'zi homiladorlikning salbiy oqibatlarini xavfni oshiradigan omilmi yoki bu xavfni oshiradigan boshqa patologik holatlarning rivojlanishiga moyil bo'ladimi, hali hammasi to'liq aniq emas [3]. Homiladorlikning salbiy natijalari ko'pincha semirib ketgan ayollarning sezilarli qismida uchraydigan uglevod metabolizmining buzilishi bilan bog'liq. Shu bilan birga, normal glyukoza bardoshligi bo'lgan semiz ayollarda murakkab homiladorlik ehtimoli oshib bormoqda [4].

Patogeneza metabolik moddalarning metabolik, qon tomir va yallig'lanishga qarshi mexanizmlarini regulatsiya qilishning turli mexanizmlaridan foydalaniladi, deb ishoniladi. Ushbu taxmin ba'zi bir asoratlarga paydo bo'lishi progresiya bilan ortib borishini tasdiqlaydi [1,2,6].

Bachadonda homilaga ta'sir etuvchi glyukoza, lipidlar va proinflatuar sitokinlar darajasining ko'payishiga, metabolik dasturlashdagi vaqtinchalik yoki doimiy o'zgarishlarga javoban epigenetik o'zgarishlar va bu hayot davomida turli xil kasalliklarga chalinish xavfining kuchayishi sifatida namoyon bo'ladi [7].

Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida semirishning tarqalishi qo'llanilgan mezonga, o'qish yiliga va o'rganilayotgan populyatsiyaning xususiyatlariga qarab keng farq qiladi, ammo umumiy populyatsiyada semirish tarqalishining ko'payishiga mos ravishda ushbu ayollar nisbati aniq o'sishi kuzatilmoqda [8]. 2011-2012 yillarda o'tkazilgan NHANES (Milliy sog'liqni saqlash va ovqatlanishni tekshirish bo'yicha tadqiqot) tadqiqotiga ko'ra, 20 yoshdan 39 yoshgacha bo'lgan semiz odamlarning ulushi 31% ni tashkil etdi (BMI -30 kg / m²); eng yuqori tarqalish afroamerikalik ayollar orasida (56,6%) [9]. Taqqoslash uchun: 1980 yilda (BMI muntazam qo'llanilishidan oldin) birinchi tug'ruqdan oldin ayollarning atigi 7 foizida tana vazni 95 kg dan oshgan [10].

Tug'ilishga ta'siri. Semirib ketish ko'pincha anovulyatsiya bilan tavsiflangan polikistik tuxumdon sindromi (TPTS) bilan bog'liq. TPTS -da IR asosiy patogenetik mexanizmlardan biridir. Reaktiv giperinsulinemiya normal follikulogenezni buzadi deb o'ylashadi. PCOS bo'lgan ayollarda vazn yo'qotish va metformin bilan davolashda kuzatilgan ovulyatsiyani tiklash ushbu tushunchani qo'llab-quvvatlaydi [11, 12]. Ammo, hatto PCOS bo'lmagan taqdirda ham, semiz ayollarda tug'ish muammosi mavjud. Homiladorlik vaqti tana vaznining o'sishiga mutanosib ravishda ko'payadi [13].

Semirib ketish bilan bog'liq bo'lgan salbiy omillar tuxumdonlar funktsiyasini buzadi va oositlarning sifatini pasaytiradi, bundan tashqari, endometriyuning retseptorlari apparatiga sezgir salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bir necha kuzatuv tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, vazn yo'qotish semirib ketgan ayollarda foydali gormonal o'zgarishlarga va unumdorlikning yaxshilanishiga olib keladi [14, 15]. Ushbu dastlabki natijalarni tasdiqlash uchun katta randomizatsiyalangan sinovlar zarur.

Reproduktiv yordam beradigan texnologiyalar (YBT) yordamida bepushtlikni davolash samaradorligi. Semirib ketgan ayollarda bepushtlik uchun ART davolash paytida tana vaznining normal vazniga ega bo'lgan ayollarga nisbatan muvaffaqiyatsizlik xavfi yuqori. Bir qator tadqiqotlarda bepushtlik davolash samaradorligining pasayishi olingan oositlarning soni va sifati pastligi, shuningdek embrionlarning sifati pastligi bilan bog'liq edi [16, 17]. Boshqa tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, klinik homiladorlik va tirik tug'ilishning taqqoslanadigan ko'rsatkichlari bilan semirib ketgan ayollar ovulyatsiyani rag'batlantirish uchun gonadotropin dozalarini normal tana vazniga ega ayollarga qaraganda ko'proq talab qiladi [18, 19].

33 ta tadqiqotning muntazam tekshiruvi va meta-tahlilida, ekstrakorporal urug'lantirishning (IVF) / ICSI (ingliz tilidan ICSI - IntraCytoplasmic Sperm Injection, lit. Spermatozoidlarni sitoplazmaga kiritish, spermatozoidlardan spermatozoidalar) ning 48 ming davolash tsiklini o'z ichiga olgan. BMI 2525 kg / m² bo'lgan BMI <25 kg / m² bo'lgan ayollar bilan taqqoslaganda klinik homiladorlik (RR = 0.90) va tirik tug'ilish (RR = 0.84) bilan kasallanishning kichik, ammo statistik jihatdan sezilarli pasayishi va xavfning sezilarli darajada oshishi kuzatildi erta homiladorlikning yo'qolishi (RR = 1.31) [20].

Donor tuxumidan foydalanadigan ayollarda (YBT) davolash tsikllari natijalarini muntazam ravishda qayta ko'rib chiqishga ko'ra, semirib ketgan oluvchilarda klinik homiladorlik darajasi tana vazniga ega bo'lgan ayollardan farq qilmadi (RR 0.97, 95% CI 0.83-1.16) [21]. Bu semirish bilan bog'liq tug'ilishning pasayishi (hech bo'lmaganda qisman) oosit sifati pasayishi bilan bog'liqligini ta'kidlaydi.

Shu bilan birga, olib borilgan tadqiqotlar asosan retrospektiv bo'lib, bemorni tanlash mezonlari bo'yicha farqlanadi va tug'ilishga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan muhim qo'shimcha omillar (masalan, bepushtlik, chekish, teri osti yog 'tarqalishi yoki qo'shma endokrinopatiyalar) haqida ma'lumotlar mavjud emas....

Kontseptsiyadan oldin vazn yo'qotish, EKO unumdorligini davolash bilan shug'ullanadigan semiz ayollarda homiladorlik natijalarini yaxshilaydi [22, 23].

Kilogrammni erta homiladorlikning yo'qolishiga ta'sirini baholaydigan tasodifiy tekshiruvlar mavjud emas, ammo kuzatuv tadqiqotlari vazn yo'qotish dasturlaridan so'ng homiladorlik natijalarining yaxshilanganligini ko'rsatdi [27].

Uglevod almashinuvining buzilishi. Semizlik, shubhasiz, 2-toifa diabet mellitus (DM) bilan kasallanishning ko'payishiga hissa qo'shganligi sababli, uglevod metabolizmining buzilishi ko'pincha semiz ayollarda homiladorlik holatini og'irlashtiradi [28].

Bundan tashqari, turli xil tadqiqotlar natijalari semiz ayollarda homiladorlik davridagi diabet kasalligi (GDM) tarqalishining shunga o'xshash yoshdagi umumiy aholi bilan taqqoslaganda (mos ravishda 6-12% va 2-4%) aniq ko'rsatib turibdi [29]. GDM chastotasi ideal tana vazniga nisbatan har 1 kg / m² uchun 0,92% ga oshadi [1, 30]. Tug'ilgandan so'ng uglevod almashinuvi normal holatga kelishi mumkin; semirib ketgan ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda qandli diabetning davomiyligi normal tana vazniga ega ayollarga qaraganda 2 barobar ko'proq kuzatiladi [30].

GDM uchun skrining odatda 22-24 haftada amalga oshiriladi. homiladorlik, ammo diabet kasalligi uchun xavfli omillar mavjud bo'lsa (og'ir semirish, GDM yoki tarixda katta vaznga ega bolalar tug'ilishi, glyukozuriya, PCOS, diabet bilan kasallangan birinchi qarindoshlar va boshqalar), homiladorlikning birinchi trimestridayoq og'iz orqali glyukoza bardoshlik testini o'tkazish kerak [3].

Homiladorlik gipertenziyasi. Onaning vazni va BMI preeklampsi va homiladorlik gipertenziasining rivojlanishi uchun mustaqil xavf omilidir [28].

Ushbu tendentsiya doimiy gipertoniya va qandli diabet bilan og'rig'an ayollarni tahlildan chetlatilgan holatlarda yoki boshqa kasalliklarga moslashtirilgandan keyin ham saqlanib qoldi. Kogort tadqiqotlar vazn yo'qotishdan keyin preeklampsi xavfini kamayganligini ko'rsatdi [12].

Tug'ma xomilalik anomalialar. Onaning semirib ketishi homilaning tug'ma nuqsonli rivojlanishining mutlaq xavfini biroz oshishiga olib keladi va bu xavf semirish darajasiga mutanosib ravishda ko'payadi [45-47]. Ushbu buzilishlarning patogenezi to'liq aniq emas, ammo metabolik va gormonal kasalliklar, birinchi navbatda giperinsulinemiya bilan bog'liqligi taxmin qilinadi.

Kuzatuv ishlarini muntazam ravishda qayta ko'rib chiqish va meta-tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, semirib ketgan onalar asab naychalari nuqsonlarini rivojlanish xavfini oshirgan (RR1.87, 95% CI 1.62-2.15), spina bifida (RR) 2.24, 95% CI 1.86-2.69), yurak-qon tomir anormalliklari (RR 1.30, 95% CI 1.12-1.51), septal nuqsonlar (OR 1.20, 95% CI 1, 09-1.31), lablar va yuqori tanglay yoriqlari (OR 1.20, 95% CI 1.03-1.40), anorektal atreziya (OR 1.48, 95% CI 1.12-1.97), gidrosefali (OR 1.68, 95% CI 1.19-2.36) va oyoq-qo'llarining anormalliklari (OR 1.34; 95% CI 1.03-1.73).

Albatta, semiz ayollar normal tana vazniga ega ayollarga qaraganda qandli diabet va gipertenziya bilan kasallanishadi, bu perinatal o'limni tushuntirishlaridan biri bo'lishi mumkin.

Biroq, ushbu xavf qoidabuzarliklar yaxshi nazorat qilingan taqdirda ham saqlanib qoladi. Ushbu hodisalarni shakllantirishning potentsial mexanizmlariga semirishning metabolik oqibatlari (prostatsiklin ishlab chiqarish pasayishi bilan giperlipidemiya), homila harakatchanligining pasayishi va vaqtinchalik gipoksiya davri kiradi.

Makrosomiya. Homiladorlikdan oldin ayolning semirib ketishi ham, homiladorlik paytida ortiqcha vazn ortishi ham makrosomiya shakllanishiga ta'sir qiladi (ya'ni homilaning homiladorlik davri uchun kattaligi (og'irligi > 4 kg va tug'ilish paytida uzunligi > 54 sm)).

Shunday qilib, semiz onalar makrosomiya bilan kasallanish darajasi yuqori [1, 2, 10, 29, 30].

Semirib ketish reproduktiv funksiyaga salbiy ta'siridan tashqari, yurak-qon tomir va serebrovaskulyar kasalliklarga, 2-toifa diabetga, uyqu apnesi sindromiga, osteoartritga va ayrim saraton turlariga olib kelishi mumkin. Shuning uchun so'rovnomada boshqa tadqiqotlar ham bo'lishi mumkin. Semirib ketgan ayollarni kontseptsiyadan oldin tayyorlash taktikasi quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak.

- endokrin kasalliklarni qoplash / bartaraf etish (agar mavjud bo'lsa);
- insulinga sezgirlikni oshirish (uglevod almashinuvining aniqlangan buzilishlari bilan);
- Ozish;
- progesteron preparatlari bilan luteal fazani qo'llab-quvvatlash.

Semirib ketgan ayollarda reproduktiv funksiyani optimallashtirish va homiladorlik natijalarini yaxshilash uchun homiladorlikni rejalashtirish bosqichida vazn yo'qotish kerak

Agar 3 oy ichida. turmush tarzi o'zgarishi fonida tana vaznining 5 foiziga ozishga erishilmaydi, dori terapiyasi boshlangan [1-3].

Xulosa. Reproaktiv yoshdagi ayollarning semirib ketishi bir qator umumiy somatik va reproduktiv muammolar bilan bog'liq bo'lib, bu tug'ilishning pasayishiga olib keladi. Yog 'to'qimasi ko'plab gormonlarning periferik sintez joyidir, shuningdek qon tomir tizimining ishida va immunitetni shakllantirishda faol ishtirok etadi, shuning uchun uning ortiqcha tarkibi metabolik, gormonal, qon tomir va yallig'lanishga qarshi kasalliklar bilan birga keladi.

Semirib ketgan ayollarda normal tana vazniga ega bo'lgan ayollar bilan taqqoslaganda, o'z-o'zidan homiladorlikning chastotasi va turli usullar bilan (ovulyatsiyani stimulyatsiya qilish, ART) bepushtlik davolash samaradorligi pasayadi. Homiladorlikdan so'ng semiz ayollarda tug'ma homila anomalialari, makrosomiya, o'lik tug'ilish, homiladorlik gipertenziyasi, homiladorlik qandli diabet, muddatidan oldin tug'ilish va boshqa bir qator asoratlar xavfi ortadi. Og'irlikni yo'qotish hayz ko'rish funksiyasiga ijobiy ta'sir qiladi, homilador bo'lish va sog'lom bola tug'ilishi ehtimolini oshiradi va homiladorlikning salbiy oqibatlari xavfini kamaytiradi.

Adabiyotlar:

1. Морбид семизлик / под ред. И.И. Дедова. М.: МИА, 2014. 605 с.
2. Ковалева Ю.В. Роль ожирения в развитии нарушений менструальной и репродуктивной функции // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. Т. 14. № 2. С. 43–51.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 549: obesity in pregnancy // Obstet Gynecol. 2013. Vol. 121. P. 213.
4. Owens L.A., O'Sullivan E.P., Kirwan B. et al. ATLANTIC DIP: the impact of obesity on pregnancy outcome in glucose-tolerant women // Diabetes Care. 2010. Vol. 33. P. 577.
5. Ramsay J.E., Ferrell W.R., Crawford L. et al. Maternal obesity is associated with dysregulation of metabolic, vascular, and inflammatory pathways // J Clin Endocrinol Metab. 2002. Vol. 87. P. 4231.
6. Marshall N.E., Guild C., Cheng Y.W. et al. Maternal superobesity and perinatal outcomes // Am J Obstet Gynecol. 2012. Vol. 206. P. 417.
7. Reynolds R.M., Allan K.M., Raja E.A. et al. Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1 323 275 person years // BMJ. 2013. Vol. 347. P. 4539.
8. Flegal K.M., Carroll M.D., Kit B.K., Ogden C.L. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010 // JAMA. 2012. Vol. 307. P. 491.

9. Ogden C.L., Carroll M.D., Kit B.K., Flegal K.M. Prevalence of obesity among adults: United States, 2011-2012 // NCHS Data Brief. 2013. Vol. 1.
10. Lu G.C., Rouse D.J., DuBard M. et al. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity // Am J Obstet Gynecol. 2001. Vol. 185. P. 845.
11. Glueck C.J., Wang P., Goldenberg N., Sieve-Smith L. Pregnancy outcomes among women with polycystic ovary syndrome treated with metformin // Hum Reprod. 2002. Vol. 17. P. 2858.
12. Thatcher S.S., Jackson E.M. Pregnancy outcome in infertile patients with polycystic ovary syndrome who were treated with metformin // Fertil Steril. 2006. Vol. 85. P. 1002.
13. van der Steeg J.W., Steures P., Eijkemans M.J. et al. Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women // Hum Reprod. 2008. Vol. 23. P. 324.
14. Maggard M.A., Yermilov I., Li Z. et al. Pregnancy and fertility following bariatric surgery: a systematic review // JAMA. 2008. Vol. 300. P. 2286.
15. Kort J.D., Winget C., Kim S.H., Lathi R.B. A retrospective cohort study to evaluate the impact of meaningful weight loss on fertility outcomes in an overweight population with infertility // Fertil Steril. 2014. Vol. 101. P. 1400.
16. Wang J.X., Davies M., Norman R.J. Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study // BMJ. 2000. Vol. 321. P. 1320.
17. Crosignani P.G., Ragni G., Parazzini F. et al. Anthropometric indicators and response to gonadotrophin for ovulation induction // Hum Reprod. 1994. Vol. 9. P. 420.
18. Souter I., Baltagi L.M., Kuleta D. et al. Women, weight, and fertility: the effect of body mass index on the outcome of superovulation/intrauterine insemination cycles // Fertil Steril. 2011. Vol. 95. P. 1042.
19. Hugues J.N. Impact of overweight on the outcome of ovarian stimulation // Bull Acad Natl Med. 2008. Vol. 192 (4) P. 661-670.
20. Rittenberg V., Seshadri S., Sunkara S.K. et al. Effect of body mass index on IVF treatment outcome: an updated systematic review and meta-analysis // Reprod Biomed Online. 2011. Vol. 23. P. 421.
21. Jungheim E.S., Schon S.B., Schulte M.B. et al. IVF outcomes in obese donor oocyte recipients: a systematic review and meta-analysis // Hum Reprod. 2013. Vol. 28. P. 2720.
22. Moran L., Tsagareli V., Norman R., Noakes M. Diet and IVF pilot study: short-term weight loss improves pregnancy rates in overweight/obese women undertaking IVF // Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2011. Vol. 51. P. 455.
23. Chavarro J.E., Ehrlich S., Colaci D.S. et al. Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction // Fertil Steril. 2012. Vol. 98. P. 109.
24. Boots C., Stephenson M.D. Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review // Semin Reprod Med. 2011. Vol. 29. P. 507.
25. Metwally M., Ong K.J., Ledger W.L., Li T.C. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence // Fertil Steril. 2008. Vol. 90. P. 714.
26. Bellver J., Melo M.A., Bosch E. et al. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium // Fertil Steril. 2007. Vol. 88. P. 446.
27. Jauniaux E., Farquhar R.G., Christiansen O.B., Exalto N. Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage // Hum Reprod. 2006. Vol. 21. P. 2216.
28. Robinson H.E., O'Connell C.M., Joseph K.S., McLeod N.L. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity // Obstet Gynecol. 2005. Vol. 106. P. 1357.
29. Ehrenberg H.M., Dierker L., Milluzzi C., Mercer B.M. Prevalence of maternal obesity in an urban center // Am J Obstet Gynecol. 2002. Vol. 187. P. 1189.
30. Chu S.Y., Callaghan W.M., Kim S.Y. et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus // Diabetes Care. 2007. Vol. 30. P. 2070.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIKLARIDA HOMILADORLIKNING ASORATLARI VA NATIJALARI

Shavkatova A.Z., Shavazi N.N.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBYe)-har qanday progressiv buyrak kasalligi natijasida nefronlarning bosqichma-bosqich nobud bo'lishi natijasida rivojlanayotgan klinik va laboratoriya simptom majmuasi va buyraklarning tananing ichki muhitining normal tarkibini saqlab qololmasligi bilan xarakterlanadi. Uch yoki undan ko'p oy davomida bunday ko'rsatkichni saqlab qolish sharti bilan buyrak glomerlar filtratsiya (GFR) tezligi 60 ml/min dan kam bo'lsa, surunkali buyrak yetishmovchiligi aniqlanadi [1, 2, 3, 4, 5, 6].

KDOQI doirasida xalqaro bo'lib o'tgan SBYe bosqichlarining kengaytirilgan tasnifi ishlab chiqildi [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Ushbu tasnifga ko'ra, kasallikning 5 bosqichlari ajratiladi. Bemorlarda surunkali buyrak kasalligining III bosqichidan boshlab, SBYe bor. SBYe bosqichi homilador ayollarda faqat Reberga namunasi bilan belgilanadigan buyrak glomerlar filtratsiya (GFR) ko'rsatkichlari asosida hisoblanadi. Homiladorlik davrida buyrak glomerlar filtratsiya (GFR) ko'rsatkichlarining hisoblangan formulalarini qo'llash noto'g'ri hisoblanadi [1, 2, 3, 10]. Turli epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, dunyodagi surunkali buyrak kasalligi tarqalishi ancha yuqori va 10-16% ga to'g'ri keladi.

Shu bilan birga, uning rivojlanishi birinchi navbatda konservativ davolovchi SBYe (Surunkali buyrak kasalligi III va IV bosqich, buyrak glomerlar filtratsiya (GFR) 30-59 ml/min va 15-29 ml/min) ga olib keladi. Keyinchalik, surunkali buyrak yet-

ishmovchiligining so'nggi bosqichi rivojlanadi (beshinchi bosqich surunkali buyrak kasalligi, unda buyrak glomerlar filtratsiya (GFR) 15ml/mindan kam), bu gemodializ yoki peritoneal dializ yoki buyrak ko'chirib almashtirish (transplantatsiyasi) bilan davolash zarurligini o'z ichiga oladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining so'nggi bosqichi bemorlarning hayot sifatining keskin yomonlashishi va ularning umumiy aholi bilan taqqoslaganda o'limining ko'payishi, shuningdek buyrakni almashtirish tarepiyasining uchta usuli uchun davlatning katta moddiy xarajatlari bilan bog'liq. [6, 7, 9, 11].

Samarqandda surunkali buyrak kasalligining tarqalishi to'g'risida ma'lumotlar mavjud emas, lekin aholining ayrim toifalari o'rtasida o'tkazilgan tadqiqotlar va kasallikning 16-50% holatlarida turli xil terapevtik kasalliklarga chalingan turli yoshdagi guruhlarda surunkali buyrak kasalligi muammosi bizning mamlakatimiz uchun juda dolzarbdir. [3, 12, 13, 14]. Mavjud tibbiy adabiyotlarda, biz Samarqandda homilador ayollar orasida surunkali buyrak kasalligi tarqalishi to'g'risida ma'lumotlar topmadik, ehtimol surunkali buyrak yetishmovchiligi va surunkali buyrak kasalligi tug'ruqxonalarning statistik hisobot parametrlariga kiritilmaganligi sababli. Homiladorlik faktini hisobga olmagan holda, turli yoshdagi guruhlardagi shaxslarda faqat terminal buyrak etishmovchiligining chastotasi statistik davolanishga uchraydi [12]. Bu qisman ushbu patologiyaning homiladorlik bilan kamdan-kam uchraydigan birikmasi bilan izohlanadi (GFR pasayishi prolactin kontsentratsiyasining oshishiga va shunga mos ravishda unumdorlikning pasayishiga olib keladi). Surunkali buyrak yetishmovchiligida homiladorlikning xususiyatlari va natijalarini tizimlashtirish qiyin, shuningdek, ko'plab akusher-ginekologlarning homilador ayollarda dastlabki surunkali buyrak yetishmovchiligini tashxislashni istamasligi sababli. Homiladorlik davrida gemodinamik o'zgarishlar buyrak azotini chiqarib yuborish funktsiyasi va GFR ko'rsatkichlariga tuzatish kiritadi, bu esa bemorni rasman buyrak yetishmovchiligining dastlabki bosqichidan yengilroq holatga o'tkazadi, odatda, surunkali buyrak kasalligining ikkinchi bosqichiga rasmiy ravishda tarjima qiladi. Qon zardobidagi kreatinin miqdori oshib, homilador bo'lmagan ayollarda normaning yuqori chegarasiga yaqinlashadi [4]. Natijada, homiladorlik davrida gemodinamikani qayta tashkil etishning va qon zardobining GFR va kreatinin ta'sirini o'ziga xos xususiyatlarini bilmasdan, surunkali buyrak yetishmovchiligi ko'rsatkichlariga tashxis qo'yish juda qiyin. Natijada, surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan homilador ayolning gomeostazini tuzatish uchun ishlatilishi mumkin bo'lgan vaqt, preeklampsiya (PE) ning oldini olish, fetoplatsen-tar yetishmovchiligi (FPN) o'tkazib yuboriladi va surunkali buyrak yetishmovchiligining tashxisi ko'pincha buyrak shikastlanishining kuchayishi bilan yuzaga keladi, odatda, vaziyatga ta'sir qilish uchun juda kech bo'lsada. Shu bilan birga, dastlabki buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda (surunkali buyrak kasalligi 3A bosqichi - GFR 45-59 ml/min) bo'lgan bemorlarda homiladorlik 3b, 4, 5 [15, 16] bosqichlariga nisbatan akusherlik va perinatal asoratlarning eng past ko'rsatkichlari bo'yicha eng istiqbolli hisoblanadi.

Buyrakning surunkali kasalligi bilan kasallangan bemorlarning aksariyat qismida terminal surunkali buyrak yetishmovchiligiga qadar shikoyatlar va sog'liqni yomonlashuvi bo'lmaganligi sababli, bu kasallik "jim qotillar" [13] toifasiga kiradi, va har qanday mutaxassis shifokorlar, shu jumladan, akusher-ginekologlar ham homilador ayollarda gemodinamik qayta qurish xususiyatlarini hisobga olgan holda surunkali buyrak yetishmovchiligi tashxis qo'yishga tayyor bo'lishlari kerak. Shunday qilib, homilador ayollarda 100 ml/min dan kam bo'lgan GFR va qon zardobida kreatinin 85 mmol/l dan yuqori bo'lganligi buyrak funktsiyasi [1, 2, 4] ni o'rganish, shu jumladan ehtiyotkorlik bilan nefrologik tekshiruv uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Buyrak kasalligi bo'lgan homilador ayollarda, hattoki buyrak funktsiyasi saqlanib qolgan bo'lsa ham (buyrakning surunkali birinchi bosqichi), aholi umumiy ko'rsatkichlari bilan taqqoslaganda akusherlik va perinatal asoratlarning ko'payishi bilan birga keladi – erta tug'ilish, jarrohlik yo'li bilan tug'ilish zarurati va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni intensiv davolash [16]. Buyrak funktsiyasining yomonlashuvi bilan ushbu asoratlarning chastotasi ham oshib boradi, ya'ni surunkali buyrak kasalligi bosqichi, arterial gipertenziya va proteinuriya sutkasiga 1gdan ortiq bo'lishi ona va yangi tug'ilgan chaqaloqqa salbiy ta'sir ko'rsatish uchun xavf omili bo'lib xizmat qiladi [3, 4, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan homilador ayollarda buyrak funktsiyasi holatini, akusherlik va perinatal asoratlarning rivojlanishiga va perinatal natijalarning ta'sirini o'rganish. 19-44-yoshli bemorlarda (reproduktiv o'xshash) so'nggi bosqichda surunkali buyrak yetishmovchiligi sabablarining tuzilishi bilan taqqoslaganda, homiladorlikni uzaytirgan qolgan 38 bemorda surunkali buyrak yetishmovchiligi sabablarining tuzilishi [12]. Doppler ultratovush tekshiruviga ko'ra periferik qon tomirlarining umumiy qarshiligining ortishi yoki uteroplasental-xomilalik qon oqimining o'zgarishi PE [1, 3, 4] foydasiga qo'shimcha belgi hisoblanadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda biz genetik jihatdan aniqlangan trombofiliyani aniqladik: tekshirilgan 29 ayolda geterozigotli va gomozigotli YTIBK genining mutatsiyalari mos ravishda 12 (41%) va 1 (3,5%) holatlarda aniqlanib, birgalikda 44,5% ni tashkil etdi. Aholi ichida bu gen mutatsiyalari 10-40% ni tashkil qiladi. PA1-1 genining geterozigotli va gomozigotli mutatsiyalari 13 (45%) va 10 (35%) homilador ayollarda, ya'ni jami 80% da aniqlandi; taqqoslash uchun: aholi ichida bunday mutatsiyalarning chastotasi 26-50% ni tashkil etadi [1, 9]. YTIBK bo'yicha multigenik trombofil va PA1-1 surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan 29 (38%) ayoldan 11 tasida topilgan. Gipergomosisteinemiya bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lib, nafaqat surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan homilador ayollarda (bu guruhda biz gipergomosisteinemiyaning kutgan edik, chunki surunkali buyrak yetishmovchiligida gomosistein buyraklar tomonidan yomon filtrlanadi). Gipergomosisteinemiya shuningdek, taqqoslash guruhini tashkil etgan surunkali buyrak kasalligi birinchi va ikkinchi bosqichlari bo'lgan homilador ayollarda tashkil etgan. Konservativ-davolovchi surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan homilador ayollarda qondagi kreatinin ko'rsatkichlariga kelsak, homiladorlik davrida barcha bemorlar sog'lom homilador ayollarga xos bo'lgan qon zardobida kreatinin darajasining o'ziga xos dinamikasini ko'rsatdilar, ammo bu ko'rsatkichlar ancha yuqori. Shunday qilib, agar homiladorlikdan oldin o'rtacha qondagi kreatinin darajasi 152 mmol/l (interkartil miqdori 90-399 mmol/l) bo'lgan bo'lsa, unda birinchi trimesterda ushbu ko'rsatkichning statistik jihatdan ahamiyatsiz pasayishi kuzatildi - 131 mmol/l (interkvartil miqdori 90-520 mmol/l).

Xulosalar. 1. Homilador ayollar orasida surunkali buyrak yetishmovchiligi tarqalishi ahamiyatsiz, ammo chastotasi va og'irligi akusherlik va perinatal asoratlarni, shuningdek, homiladorlik davrida birinchi marta surunkali buyrak yetishmovchiligini aniqlash 27,5% ushbu toifadagi ayollarda perinatal asoratlarni tekshirish, kuzatish, oldini olish va davolash algoritmlarini yaratish

talab qilinadi. 2. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan homilador ayollarda akusherlik va perinatal asoratlarning chastotasi o'rtaacha aholi sonidan yuqori va bu quyidagilardir: PE-74%, erta tug'ilish-60%, onada qaytalanuvchi o'tkir buyrak shikastlanishi - 27%. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan homilador ayollarning eng tez-tez va jiddiy asoratlardan biri PE bo'lib, uning surunkali buyrak yetishmovchiligida ularning chastotasi 74-75% ga etadi, ammo og'ir arterial gipertenziya bo'lmaganida buyrak funksiyasi barqaror bo'lsa, homiladorlikning ijobiy natijasi ehtimoli juda yuqori.

3. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda asoratlarni boshqarish, oldini olish va davolashning maxsus protokolidan foydalanish homiladorlikning ijobiy natijasiga olib keldi: bola uchun-87% hollarda, ona uchun-90% da (surunkali buyrak kasalligining bir xil bosqichini saqlab qolish).

4. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan ayollarda homiladorlik davrida va tug'ruqdan keyingi davrda buyrak funktsiyasining doimiy pasayishi xavfi surunkali buyrak kasalligining IV bosqichida va erta PE holatida ko'tariladi va uning og'irligi bilan ham bog'liq.

5. Homiladorlikni rejalashtirish va homiladorlikning dastlabki davrlaridan boshlab akusher-ginekolog va nefrolog tomonidan bemorlarni intensiv ravishda birgalikda boshqarish bilan rejalashtirilgan qulay akusherlik va "nefrologik" natijalar ehtimoli ortadi.

Adabiyotlar:

1. Бибииков Б.Т, Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2009 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии). Нефрология и диализ. 2011;(3):151-248.
2. Гурьева В.М, Петрухин В.А, Бурумкулова Ф.Ф, Холдина М.А. Планирование беременности и профилактика фетоплацентарной недостаточности у женщин группы высокого риска. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012;(3):77-9.
3. Никольская И.Г, Новикова С.В, Баринова И.В, Федотова А.В, Будыкина Т.С, Долгиева Л.У, Крупская М.С. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012;12(5):21-30.
4. Никольская И.Г, Новикова С.В, Будыкина Т.С, Цивцивадзе Е.Б, Микаелян А.В, Егорова Н.В. Беременность при хронической почечной недостаточности: тактика ведения и родо-разрешения при консервативно-курабельной стадии. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012;12(6):21-8.
5. Нагайцева С.С, Швецов М.Ю, Герасимов А.Н, Журавлева Е.А, Шилов Е.М. Исследование альбуминурии как маркера хронической болезни почек у взрослого трудоспособного населения. Альманах клинической медицины. 2014;30:37-45.
6. Прокопенко Е.И, Никольская И.Г. Беременность у женщин с хронической почечной недостаточностью. Врач. 2013;(8):9-17.
7. Прокопенко Е.И, Никольская И.Г, Ватазин А.В. Хроническая болезнь почек и беременность: учебное пособие. М.: У Никитских ворот; 2013. 31 с.
8. Шрайер Р.В, ред. Руководство по нефрологии. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 560 с.
9. Шилов Е.М, Козловская Н.Л, Бобкова И.Н, Швецов М.Ю, Ватазин А.В. Хроническая болезнь почек и программа народосбережения. Российской Федерации. Клиническая нефрология. 2010;(3):29-38.
10. Davison J.M, Lindheimer M.D. Chronic renal disease. Clin Obstet Gynecol. 1984;27(4): 891-901.
11. Edipidis K. Pregnancy in women with renal disease. Yes or no? Hippokratia. 2011;15(Suppl 1):8-12.
12. Fischer M.J, Lehnertz S.D, Hebert J.R, Parikh C.R. Kidney disease is an independent risk factor for adverse fetal and maternal outcomes in pregnancy. Am J Kidney Dis. 2004;43(3): 415-23.
13. Imbasciati E, Gregorini G, Cabiddu G, Gammara L, Ambroso G, Del Giudice A, Ravani P. Pregnancy in CKD stages 3 to 5: fetal and maternal outcomes. Am J Kidney Dis. 2007;49(6):753-62.
14. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1): 1-126.
15. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int. 2012;2(1 Suppl):1-26.
16. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, De Zeeuw D, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int. 2005;67(6):2089-100.
17. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
18. Nevis I.F, Reitsma A, Dominic A, McDonald S, Thabane L, Akl EA, Hladunewich M, Akbari A, Joseph G, Sia W, Iansavichus AV, Garg A.X. Pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease: a systematic review. Clin J Am Soc Nephrol. 2011;6(11):2587-98.
19. Pipili C, Grapsa E, Koutsobasilis A, Sorvinou P, Poirazlar E, Kiosses D, Xatzigeorgiou G. Pregnancy in dialysis-dependent women -the importance of frequent dialysis and collaborative care: a case report. Hemodial Int. 2011;15(3):306-11.
20. Piccoli GB, Attini R, Vasario E, Conijn A, Biolcati M, D'Amico F, Consiglio V, Bontempo S, Todros T. Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5(5):844-55.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF REGULATORY-TRANSPORT PROTEINS IN WOMEN WITH INFERTILITY IN PREDICTING SUCCESSFUL IVF PROGRAMS

Shodiyev B.V.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

These days, around the world, about 15% of married couples suffer from infertility, while more than 55% of cases are caused by reproductive disorders [1,6]. In a number of countries where the incidence of infertility is high and demographic indicators are sharply reduced, the etiological factor of endocrine infertility, whose share is about 20% in the structure of all its causes, is polycystic ovary syndrome (PCOS) - the most common endocrine disorder, detected in 5-10% women of reproductive age [2]. PCOS should be diagnosed with 2 of 3 criteria (oligo-ovulation / anovulation, hyperandrogenism, and polycystic ovarian morphology by ultrasound-ultrasound) after excluding other endocrine disorders, as defined in 2003 in Rotterdam during a conciliation meeting. Tubal infertility (TB) is one of the most common causes of infertility in women of reproductive age. Tubal infertility can affect the proximal, distal or entire tube and varies in severity [3].

PCOS is a multifactorial, common endocrine disorder among women of reproductive age associated with uncontrolled steroidogenesis. However, there is an opinion that PCOS is associated with the presence of a chronic inflammatory process of low severity [4,7]. This is supported by an increase in a number of inflammatory markers such as C-reactive protein and interleukins in women with PCOS, and a number of authors believe that pro-inflammatory cytokines play a role in the pathogenesis of the disease, since increased indices of tumor necrosis factor alpha are found in the blood of women [5, 8]. The cause of tubal infertility is also an important factor in IVF outcomes. Morphological and functional disorders of the fallopian tubes, such as obstruction, distortion, rigidity and peristaltic imbalance, arising from various diseases, account for 25-30% of all cases of infertility. An accurate assessment of the patency of the fallopian tubes can serve as important evidence of a targeted accurate assessment of the patency of the fallopian tubes, is one of the fundamental stages of diagnostic examination and the choice of etiopathogenetic choice of tactics for managing infertile women[9].

In addition, a number of researchers believe that increased or decreased percentages of transport proteins in the FF and in the blood are predictors of a negative outcome of in vitro fertilization (IVF).

The aim of the study was to study the significance of regulatory transport proteins in PCOS and with tuboperitoneal infertility for predicting the effectiveness of the IVF program.

Materials and research methods. We studied 94 patients undergoing IVF treatment for infertility, of which 33 - with endocrine factors of infertility against the background of PCOS (main group) and 61 - with tubal factor of infertility (comparison group). The examination and treatment were carried out on the basis of "Sailik Bilimleri Üniversitesi" in the clinic "Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" in Istanbul, Turkey. Depending on the effectiveness of the IVF program, retrospectively, two subgroups were formed in each group. The 1st (main) group included 33 patients with infertility and PCOS, of which 17 (55.5%) with a positive IVF result and 16 (45.5%) women in whom pregnancy did not occur (echographically confirmed). The age of the examined women ranged from 25 to 35 years. The average age of the examined was 29.1 ± 2.3 years. The duration of infertility was 5.6 ± 1.3 years on average. The comparison group (group 2) included 61 patients of comparable age (from 26 to 35 years) with tubal factor infertility (obstruction or absence of fallopian tubes). Among them, 25 (43.7%) patients became pregnant, and 36 (56.3%) cases did not occur.

Verification of the diagnosis of PCOS was carried out on the basis of general clinical, laboratory studies, transvaginal echography. After the completion of medical and preparatory procedures, all women underwent an IVF program. In order to induce superovulation in both groups, a "Short-short" protocol was used with the use of gonadotropin-releasing hormone antagonists according to the standard method. Fertilization of oocytes was carried out by the IVF method. Selective transfer of one blastocyst - on the 5th day of cultivation.

Collection of venous blood serum from the cubital vein was performed before transvaginal puncture of preovulatory follicles. Follicular fluid (FF) was obtained during transvaginal puncture of preovulatory follicles. If blood gets into the contents of the follicles, the study of this material was not carried out. The biological material was frozen at a temperature of -20°C and stored for further immunological studies. The content of $\alpha 2$ -macroglobulin ($\alpha 2$ -MG), $\alpha 1$ -antitrypsin ($\alpha 1$ -AT) and pregnancy-associated $\alpha 2$ -glycoprotein (PAG) in blood serum and FF was determined by immunoelectrophoresis using research test systems developed on the clinic. The concentration of albumin and total protein in blood serum and FF was studied using standard biochemical methods.

Research results. Based on our data, it was found that in the groups of women formed depending on the result of IVF (echographically confirmed pregnancy), the pregnancy rate in the main group (PCOS) was significantly higher (51.6%) than in the comparison group (tubal factor) -41.4%.

The study showed that the serum levels of $\alpha 1$ -antitrypsin, $\alpha 2$ -macroglobulin and total protein in patients with PCOS were statistically significantly higher than in patients in the comparison group, reaching maximum values with a positive outcome of the program - pregnancy (Table 1.). The parameters of albumin and highly sensitive acute phase protein Lf remained unchanged. In the blood of 29% of patients from the comparison group, the concentration of estrogen-dependent protein associated with pregnancy $\alpha 2$ -glycoprotein - ABG was increased (4.5-6 times), regardless of the outcome of the program, and in 71% of women in group 2 it remained unchanged and did not differ from the indicators in the patients of the comparison group (0.01 ± 0.002 g / l - the indicator in the patients of the comparison group).

The number of patients in group 1 with a high level of PAG with a negative outcome of the IVF program was only 19%, and at the onset of pregnancy, increased indicators of this protein were observed in 35% of cases, statistically significantly exceeding the indicators of the comparison group ($p = 0.033$). (table 1.).

	1st group			2 nd group		
	United (n = 33)	IVF (-) (n = 16)	IVF (+)(n=17)	United (n=61)	IVF (-)(n=36)	IVF (+)(n=25)
$\alpha 2$ -macroglobulin, r / l	2,9±0.13 p=0.006	2,67±0.18	3,11±0.18 p=0.005	2,46±0.09	2,47±0.11	2,44±0.11
$\alpha 1$ - antitrypsin, r / l	3,78±0.21 p=0.0001	3,59	4,05 p=0.002±0.11	3,06±0.15	3,21±0.18	2,86±0.18
Lactoferrin, mr / l	0,94 p=0.006	1,01±0.13	0,86 p=0.006	0,83±0.14	0,82±0.18	0,85±0.18
Albumin, gr / l	43,7±0.76	43,96±1.2	43,45±0.99	44,71±0.13	44,16±0.18	45,28±0.18
pregnancy-associated globulin (PAG), g / l	79% 0.006±0.002 21% 0.066±0.01	81% 0.008±0.002 19% 0.066±0.01	65% 0.006±0.002 35% 0.066±0.01	71% 0.008±0.002 29% 0.066±0.01	71% 0.012±0.002 29% 0.066±0.01	71% 0.008±0.002 29% 0.066±0.01
Total protein, r / l	84,81 p=0.0001	83,38 p=0.0001	86,14 p=0.0001	77,75±0.82	77,01±1.19	78,62±1.08

Studying the content of regulatory transport proteins, as well as molecular markers of inflammation in FF, it was found that in women of the 1st group (PCOS) the level of albumin was significantly lower and its minimum indicators were detected with negative IVF results (Table 2).

The concentration of other proteins of the 1st group did not differ from those of the 2nd group (comparison group). Our data suggest that with a 95% probability a negative outcome of the IVF program may be associated with an albumin level in the FF below 39 g / L, and the probability of a positive IVF outcome in 95% of women with PCOS is associated with an albumin level in the FF from 41 g / L and above.

Thus, in PCOS, there is a statistically significant increase in serum levels of $\alpha 1$ -antitrypsin, $\alpha 2$ -macroglobulin and total protein, as well as a decrease in the concentration of albumin in the follicular fluid, compared with these indicators in the group of women with tubal factor infertility. The factors for predicting a negative outcome of IVF programs are as follows: in PCOS, the serum $\alpha 2$ -macroglobulin level <3g / l and the concentration of albumin in the follicular fluid, 39g / l, and in case of tubal factor infertility, the serum $\alpha 1$ -antitrypsin level. 3.3g / l. If the above results are obtained, it is advisable to consider the possibility of delayed embryo transfer in order to conduct a course of immunomodulatory therapy as part of pre-implantation preparation in IVF programs.

Literature:

1. Bahamondes L, Makuch MY. Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reprod Biol Endocrinol.* 2014;8:12-87. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-87>
2. Boyle JA, Cunningham J, O'Dea K, Dunbar T, Norman RJ. Prevalence of polycystic ovary syndrome in a sample of Indigenous women in Darwin, Australia. *Med J Aust.* 2012;196:1:62-66. <https://doi.org/10.5694/mja11.10553>
3. Zajnetdinova L.F. Vosstanovlenie reproduktivnoj funk-cii u zhenshchin s trubno-peritoneal'nym besplodiem, asso cirovannym s aktual'nymi genital'nymi infekciyami. *Vestnik YUUrGU.* 2010;6:33-36. [Zajnetdinova LF. Restoration of reproductive function at women with trubno-peritonealnym barreness, associated with actual genital infections. *Vestnik YuUrGU.* 2010;6:33-36. (In Russ.)].
4. March WA, Moore VM, Willson KJ, Phillips DI, Norman RJ, Davies MJ. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Hum Reprod.* 2010;25:2:544-551. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep399>
5. Pawelczak M, Rosenthal J, Milla S, Liu YH, Shah B. Evaluation of the pro-inflammatory cytokine tumor necrosis factor- α in ado-lescents with polycystic ovary syndrome. *J Rediatr Adolesc Gyne-col.* 2014;27:6:356-359. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.01.104>
6. Ashurova N.G., SHodiev B.V., Kilicheva V.A. Rol' mikroelementov v razvitii reproduktivnyh poter' // *Vestnik Soveta molodyh uchyonyh i specialistov CHelyabinskoy oblasti №4 (15) T. 5* 2016
7. Shodiev B.V., Ozkaya E., Ihtiyarova G.A. Micronutrient diet as a basic prevention of pathology in women with habitual miscarriages. // *Zhurnal teoricheskoy i klinicheskoy meditsiny C.* 91-93 // *Oktyabr 2019 #5.2019*
8. Ihtiyarova G.A., SHodiev B.V., Kurbanova Z.SH., Rozikova D.K. Diagnostika i podgotovka zhenshchin s nizkim ovarial'nym rezervom yaichnikov k vspomogatel'nym reproduktivnym tekhnologiyam// *Tibbiyotda yangi kun.* - 2020. - №2(30). - C. 123 - 128.
9. Johnson N, Vandekerckhove P, Watson A, Lilford R, Harada T, Hughes E. Tubal flushing for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005:CD003718.

HOMILADOR AYOLLARDA PNEVMONIYANING KECHISH XUSUSIYATLARI.

Tilyavova S.A., Akramov B.R., Tilyavova M.A.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Dolzarbligi. Pnevmoniya bilan kasallangan ayollar homiladorlik vaqtining kechish muammosi, shuningdek diagnostika masalalari va davolash mezonlari, hozirgi kunda perinatal va onalar o'limi ko'rsatkichlarida bevosita namoyon bo'ladigan somatik patologiyaning mavjudligida homiladorlik asoratlarini rivojlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli bugungi kunda ham o'z ahamiyatini yo'qotmagan [1-3].

O'pka kasalliklarini, shuningdek, o'pka patologiyasi fonida rivojlanishida akusherlik asoratlarini samarali oldini olish va davolash uchun ushbu o'zgarishlar to'g'risida aniq tushunchaga ega bo'lish kerak. Homiladorlik paytida gaz va energiya almashinuvi sezilarli darajada oshadi. Tananing kislorodga bo'lgan talabining ortishi kompensator ravishda nafas olish chuqurligi, chastotasi, daqiqali ventilyatsiya va o'pka hajmining o'zgarishi bilan ta'minlanadi. Bu anatomik va funktsional xususiyatlarga, shu jumladan ko'krak qafasi shaklining o'zgarishiga bog'liq bo'lib, bunda ko'krak qafasi biroz kengayadi va qovurg'a burchagining 35-50% ga oshganligini kuzatishimiz mumkin. Diafragmaning yuqori joylagligi kuzatiladi va shu bilan bog'liq holda o'pka hajmining kamayishi hamda ko'krak qafasi to'liq bo'lmagan kompensatsiyasi kuzatiladi. Bu o'pkaning qoldiq hajmi (O'QH) hamda funktsional qoldiq qobiliyatini (FQH) pasayishiga olib keladi. O'pkaning tiriklik sig'imi o'zgarmaydi. Erta kuzatiladigan tashqi nafas belgilari – tashqi nafas hajmining nafas chiqarishning zaxira hajmining kamayganligi va uzoq vaqt davomida o'pkaning maksimal ventilyatsiyasini 40-50% ga ko'payishi tufayli 40% gacha oshishi va natijada alveolyar ventilyatsiya o'rtacha 70% ga oshadi. Natijada qonda kislorodga to'yinishi 17-20% ga oshadi. Giperventiliya pH qiymati 7,4-7,47, pCO₂ - 25-32 mm Hg va bikarbonat - 18-21 mEqv [4,6,7] oraliqidagi kuchsiz kompensatsiyalangan nafas olish alkalozini rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Nafas olish hajmining oshganligi zaxira nafas chiqarish hajmining pasayishi O'QH ning FQHga yaqinlashishiga olib keladi va normal nafas olish paytida pastki nafas yo'llaridagi kichik bronxlar kollapsi uchun sharoit yaratadi. Bu esa ventilyatsiya-perfuziya nisbatining buzulishiga va gipoksiya rivojlanishiga yordam beradi. Bronxlar o'tkazuvchanligi ko'rsatkichi (birinchida forsirlangan nafas chiqarish hajmi (FNH1) va maksimal nafas chiqarish tezligi (MNT)) homiladorlik vaqtida o'zgarmaydi [6,7]. Shunday qilib, homiladorlik paytida, homiladorlik va tug'ruqning normal davomiyligini ta'minlaydigan nafas olish organlarining optimal, intensiv ishiga yordam beradigan bir qator kompensatsiya mexanizmlari ishga tushiriladi. Nafas olish tizimining ayrim kasalliklarida ushbu kompensatsiya mexanizmlarini ishga kiritish qiyin yoki imkonsiz bo'lib qoladi, bu esa homiladorlik paytida ham, tug'ruq paytida ham turli xil asoratlarga olib keladi. Energiya almashinuvi o'zgarishi, immun status holati buzilishi, gipoksiya rivojlanishi va nafas olish tizimining turli kasalliklariga hamroh bo'ladigan infeksiya-yallig'lanishli o'choq bilan tashqi nafas olishning buzilishi homiladorlik holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. O'z navbatida, ginekologik kasalliklarning asoratlari nafas olish va yurak-qon tomir tizimlarida jiddiy buzilishlarni keltirib chiqarishi mumkin [5].

Tadqiqot maqsadi. Pnevmoniya bilan og'rikan va o'pka patologiyasiz homilador ayollarda o'pkaning ventilyatsiya imkoniyatlarini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot SamMI 1 klinikasining tug'ruqxonasida 30 homilador ayolda o'tkazildi. O'rtacha yoshi 25,6 + 2,8 yosh edi. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi: pnevmoniya bilan kasallangan asosiy 18 homilador ayol va o'pka patologiyasiz kuzatuvda bo'lgan 12 homilador ayol. Barcha bemorlarda noinvaziv o'pka ventilyatsiyasi (NIOV) continuous positive airway pressure –CPAP va volume –cycled assisted / controlled ventilation –ACV rejimida respirator VELA o'pkaning invaziv bo'lmagan shamollatish (NIVL) - doimiy musbat havo bosimi – VELA (Viasys, AQSh 2003) respiratoridan foydalangan holda o'tkazildi. NIOV vaqtida kislorod ingalyatsiyasi oqimi 2- ml/daqiqasiga shamollatish oronazal niqob orqali amalga oshirildi. Bemorlarga har kuni NHS, FNH, SpO₂, yurak urishi, qon bosimi bo'yicha monitoring o'tkazildi. Og'ir / hayot uchun xavfli bo'lgan VP mezonlari (IDSA / ATS tavsiya qilindi) [12]

Kichik mezonlar:

- nafas olish tezligi 30 nafas / min;
- PaO₂ / FiO₂ nisbati <250;
- ko'p qavatli infiltratsiya;
- hushni yo'qotish / karaxtlik;
- uremiya (qonda azot va mochevina darajasi =20 mg/dl);
- leykopeniya (leykotsitlar soni <4,0x10⁹ / l);
- trombositopeniya (trombositlar soni <100.0x10⁹ / l);
- gipotermiya (tana harorati <36 ° C).

Katta mezon:

- arterial gipotenziya (sistolik qon bosimi <90 mm Hg. ust. diastolik qon bosimi <60 mm Hg.ust) umumiy serkulyatsion qonda agressiv yallig'lanish.

Endotraxial intubatsiya yordamisa o'pkaning mexanik ventilyatsiyasi.

Olingan ma'lumotlar Microsoft Excel programmasi yordamida statistik hisoblandi.

Natijalar va ularni muhokama qilish. Ayollarning aksariyati homiladorlikning 3 trimestrida - 70,4%, 1 va 2 trimesterda - mos ravishda 8% va 21,6%. Ijtimoiy mavqeiga ko'ra ayollar quyidagicha taqsimlandi: oliy ma'lumotli - 18,9%, o'rta maxsus 78,3%, o'rta to'liq - 2,8%.

Ishlayotgan ayollar 45,9%, ishsizlar - 54,1%ni tashkil etdi. 51% qishloq joydan kelgan ayollar va 49% shaharlik ayollar edi. Barcha bemorlarning 62,1% somatik patologiyaga ega ayollar, homilador ayollarning 72,9% akusherlik-ginekologik patologiyaga kuzatildi. 1-guruhdagi bemorlar orasida, 2-guruh vakillariga qaraganda pnevmoniyani o'gir kechishi kuzatildi: 7 kishi (38,9%) og'ir, 7 kishi (38,9%) o'rtacha og'irlikdagi pnevmoniya va 4 bemorda (22,2) pnevmoniyani yengil o'tkazgan.

2.3-jadval. Bemorlarni o'pka to'qimalarining shikastlanish hajmiga ko'ra taqsimlanishi.

	Total		Ikki tomonlama		Bo'lakli		Segmentli	
	son	%	son	%	son	%	son	%
Asosiy guruh	3	16,7%	5	27,8%	10	55,5%	0	0

Barcha bemorlar orasida 23 yoshli bemor L. ikki tomonlama total pnevmoniya gripp A (H1N1) bilan birga o'tkir respirator distress sindromi, sepsis, ko'p sonli organlar yetishmovchiligi asorati bilan 28 haftalik homila bilan o'lim kuzatildi.

Homilador ayollarda pnevmoniyani davolashning umumiy tamoyillari.

-Kasalxonada kuzatuv;

-Qon gazlarini nazorat qilish;

-Homila holatini nazorat qilish

-Radiatsiya ta'siri va dori-darmonlarni tayinlashni chegaralash;

Davolash kompleksiga quyidagilar kiradi: sefalosporinlar III-IV avlod, himoyalangan aminopenitsillinlar, azitromitsin. Virusga qarshi vositalarni (oseltamivir) erta ishlatish davolash samaradorligini va kasallik prognozini yaxshiladi. Ikki tomonlama total pnevmoniya bilan og'riq har ikki guruhda respirator yordam ko'rsatildi, bir holatda o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi o'tkazildi.

Xulosa. Shunday qilib, homilador ayollarda pnevmoniyani tashxislash va davolash kasalxonaga erta tashxis qo'yish, majburiy kasalxonaga yotqizish, virusga qarshi, antibakterial va simptomatik terapiyani o'tkazish murakkab muammo bo'lib qolmoqda.

Adabiyotlar:

1. Apresyan S.V., Radzinskiy V.E., ed. Ekstragenital kasalliklar bilan homiladorlik va tug'ish. - M.: GEOTAR-Media, 2009. - 464 p.
2. Xvorostuxina N.F., Salov I.A. Qorin bo'shlig'i organlarining homiladorlik va o'tkir jarrohlik kasalliklari: diagnostika, davolash, akusherlik taktikasi. - Saratov: Sarat nashriyoti. davlat asal Universitet, 2018. - 304 p.
3. Romanovskaya A.V., Maleev V.V., Xvorostuxina N.F. Grippning homiladorlik, homila rivojlanishi va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'i holatiga ta'siri // Ginekologiya, akusherlik va perinatologiya savollari. - 2014. - T. 13, № 2. - S. 49-53.
4. Ignatova G.L., Blinova E.V., Antonov V.N. Pulmonologlarning turli xil o'pka kasalliklariga chalingan homilador ayollarni boshqarish bo'yicha tavsiyalari // BC. 2015. № 18, 1067–1073-betlar.
5. Kilpatrick C.J., Hopper J.L. Homiladorlikning epilepsiyaga ta'siri: 37 homiladorlikni o'rganish // Aust.N.Z.J. Med. 1993. No 23. P. 370–373.
6. Fisher Yu.Ya., Oborotistova A.N., Brio G.B. Homilador ayollar va tuqqan ayollarda sil kasalligining paydo bo'lishiga yordam beruvchi omillar va ularni tekshirishda kontakt plyonkali termik ko'rsatkichning o'rni // Akusherlik va ginekologiya. 1995. № 6. P. 40–43.
7. Petchenko A.I. Homiladorlik paytida ayol tanasidagi fiziologik o'zgarishlar: Qo'llar. akusherlik va ginekologiyada. Moskva: Tibbiyot, 1996. T. II. Kitob. Men S. 168-198.

HOMILADORLARDA, TUQQAN AYOLLARDA VA YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA YANGI KORONAVIRUS INFEKSIYASI KECHISHI

Turbanova U.V., Nazarova D.E.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Kirish. 2019 yilning yangi koronavirus infeksiyasini homiladorlik paytida o'rganish dolzarb va muhim ahamiyatga ega, chunki butun dunyoda COVID-19 bilan kasallanish tez sur'atlar bilan o'sib bormoqda va uning homiladorlik davriga ta'siri haqida ma'lumotlar cheklangan bo'lib qolmoqda.

Maqsad - homilador ayollarda yangi koronavirus infeksiyasining kechish xususiyatlari to'g'risidagi mavjud ma'lumotlarni qayta ko'rib chiqishdir.

Material va usullar. Yangi koronavirus infeksiyasi haqidagi zamonaviy qarashlar va uning homiladorlikka ta'siri, shuningdek, ushbu kasallik bilan homiladorlikni boshqarish usullariga bag'ishlangan ilmiy adabiyot manbalarining tahlili o'tkazildi.

Natijalar va ularning munozarasi. Koronaviruslar - bu bir qator zanjirli, segmentlanmagan o'zida RNK saqlovchi virus bo'lib, ular o'tkir nafas yo'llari infeksiyalarining engil shakllaridan tortib, to o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan og'ir virusli pnevmoniya kasalliklarini chaqirishi mumkin. "Korona virusi" nomi (korona, lot.) koronavirus virionlarining tashqi ko'rinishi bilan bog'liq: elektron mikroskop bilan ko'rilganda virusli zarralar odatda toj shaklidagi tikanlar ko'rinishiga ega. Viruslar taksonomiyasi xalqaro qo'mitasi (ICTV) yangi koronavirusga "og'ir o'tkir respirator sindrom 2 koronavirusi" (SARS-CoV-2) nomini va Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) 2020 yil 11 fevralda ushbu virusli kasallikka "COVID-19 koronavirus infeksiyasi" deb nom berilgani haqida e'lon qildi [1]. COVID-19 - bu koronavirus tomonidan chaqirilgan og'ir respirator kasallikning birinchi tarqalishi emas. Oxirgi yigirma yil davomida koronaviruslar bir necha epidemik kasalliklarining, jumladan og'ir o'tkir respirator sindrom (OORS) va yaqin sharq respirator sindromi (YShRS) kasalliklarining sababchisi xisoblangan [2]. 2020 yil 11 martda pandemiya boshlanganligi va dunyoning ko'plab mamlakatlarida kasallikning ko'payishi davom etayotganligi bilan bog'liq sog'liqni saqlash sohasida global favqulodda vaziyat e'lon qilindi. Yangi koronavirus tadqiqotlari hali ham dastlabki bosqichda bo'lib, koordinatlashirilgan xalqaro munosabatni talab qiladi [3]. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning o'rtacha yoshi 35-55 ni tashkil qilib, ularning uchdan bir qismida qo'shimcha kasalliklar kuzatilgan. SARS-CoV-2 bilan kasallangan bolalar haqida ma'lumotlar kamdan –

kam. Kasalxonaga yotqizilganlar orasida erkaklar ko'pchilikni tashkil qiladi. Ba'zi kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda o'tkir respirator distress sindromi rivojlanadi (O'RDS) [4]. COVID-19 ning klinik ko'rinishlari O'RVI bilan kasallanganlarga o'xshaydi. Ushbu kasallik bilan kasallangan bemorlarning aksariyatida og'ir pnevmoniya kuzatilib, ularning yarmida O'RDS gacha rivojlangan. COVID-19 kasalligining alomatlari inkubatsiya davridan keyin o'rtacha 5,2 kun o'tgach namoyon bo'ladi. COVID-19 belgilarining boshlanishidan to'lim xolati sodir bo'lgunga qadar vaqt bemorning yoshi va immun tizimining xolatiga qarab, 6 kundan 41 kungachani tashkil qiladi.

Ushbu muddat keksa bemorlarda (60 yosh va undan kata) yosh va o'rta yashar bemorlarga nisbatan qisqaroq [5]. COVID-19 kasalligining boshlanishida eng keng tarqalgan alomatlaridan isitma, yo'tal va charchoq paydo bo'ladi boshqa alomatlar kamroq uchraydi va quyidagilarni o'z ichiga oladi: balg'am ajralishi, bosh og'rig'i, qonli balg'am ajralishi, diareya, nafas qisilishi va limfopeniya. Ko'krak qafasi organlarining kompyuter tomografiyasi (KT) ma'lumotlari pnevmoniya deb baxolanadi, biroq qo'shimcha ravishda aniqlandigan O'RDS, o'tkir yurak etishmovchiligi kabi g'ayritabiiy belgilar o'limga olib kelishi mumkin. Laboratoriya ko'rsatkichlari COVID-19 infeksiyasiga chalinganlarda quyidagilarni o'z ichiga oladi: limfopeniya; protrombin vaqtining uzayishi (PT); laktat dehidrogenaza (LDH), alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), D-dimer oshishi; neytrofilyoz; eozinofiliya; C-reaktiv oqsil (CRP) yuqori darajada bo'lishi va troponinlar (shu jumladan yuqori sezuvchanlik troponin). COVID-19 infeksiyasiga chalingan bemorlarda aniqlangan eozinofiliya, past sezgirlik va o'ziga xoslikka ega bo'lib, kichik ijobiy va salbiy munosabatlarga tenglashtiriladi.

Troponin darajasining oshishi yurak to'qimalarining infiltratsiyasidan darak beradi va aksariyat hollarda kuzatiladigan respirator buzulishlar ko'krak qafasidagi yurak og'rig'i belgilari extimolini keltirib chiqaradi. Polimeraza zanjiri reaksiyasi (PCR) COVID-19 diagnostikasi uchun oltin standart bo'lib qolmoqda (o'ziga xoslik deyarli 100%) [3-4].

Koronavirusning odamdan odamga tez tarqalishi bemorlarni izolyatsiya qilish zaruratini keltirib chiqardi. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarga terapevtik vositalar simptomlarga qarab tayinlangan. Hozirda spetsifik antivirus preparatlar va vaksinalar mavjud emas. Faqatgina mavjud variant – keng tasir doirasiga ega antivirus preparatlarni, masalan nukleosid analoglari, shuningdek, OIV proteazalari ingibitorlarini qo'llash virus yuklamasini kamaytirishi mumkin. Quyidagi preparatlarning birgalikda qo'llanishi samarali bo'lib chiqdi: oseltamivir, lopinavir, ritonavir va gansiklovirini venaga yuborish [5]. Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, infeksiyaga qarshi kurashda keng spektrli antivirus preparat lardan bo'lgan remdesivir yuqori samaradorlikka ega, shuningdek xloroxin preparati, samaradorligi in vitro tadqiqotlar va bir nechta klinik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan [1]. Shunday qilib, bu terapevtik agentlarni COVID-19 infeksiyasini davolash uchun potentsial deb hisoblash mumkin. Samarali terapevtik vositalar topilgunga qadar keng spektri antivirus dorilarni tahlil qilish maqsadga muvofiqdir, shu jumladan lopinavir/ritonavir, neyraminidaza inhibitorlari, peptid (EK1), RNK sintezi inhibitorlari, yani infeksiyalarni dori bilan davolashni ta'minlovchi usullari bu [17]. Davolash uchun yangi kimyoviy preparatlarni yaratish qo'shimcha tadqiqotlar zaruratini keltirib chiqaradi. Shuningdek hozirda odamda kuzatilayotgan og'ir kasallikning COVID-19 ga qarshi pozitsion profilaktikasini ishlab chiqish uchun hayvon modelini yaratish talab qilinadi [12].

Homiladorlik paytida COVID-19 bo'yicha ma'lumotlar kam. Biroq, kuzatilgan holatlar orasida bemorlarda eng ko'p uchraydigan asoratlarga O'RDS, qon tomirlari tarqalgan koagulopatiyasi, buyrak etishmovchiligi, ikkilamchi bakterial pnevmoniya va sepsis kiradi [16]. O'pkaning mexanik ventilyatsiya qilishga ehtiyoj homilador ayollarda homilador bo'lmagan ayollarga nisbatan 3 marta ko'proq uchraydi [14]. Homiladorlik davrida koronavirus kasalligini boshqarish tamoyillariga erta izolyatsiya, infeksiyani nazorat qilishni qat'iy muolajalari, kislorodli terapiya, suyuqlikning ortiqcha yuklanishining oldini olish, antibiotiklarni empiric qabul qilishni xisobga olish, virus va koinfeksiya laboratoriya tekshiruvi, homila faolligi va bachadon monitoringi, rivojlanib boruvchi nafas etishmovchiligining oldini olish uchun erta mexanik ventilyatsiya, tug'ruqni individual rejalashtirish va ixtisoslashgan jamoaviy yondashuv konsultatsiyalarni tashkil qilishni o'z ichiga oladi [13]. Homiladorlik bu noyob immunologik holatdir. Ayolning immun tizimi katta qayta qurilish bilan to'qnashadi, mikroblardan himoyalaniş xususiyatini saqlab qolgan xolatda allogen homilaga tolerantlik shakllanadi va saqlanadi. Muvaffaqiyatli homiladorlik tizimli va aniq immunitet moslashuviga bog'liq. Immunosuppressiyani saqlab qolish o'rniga, onaning immun tizimi faol ravishda turli xil homiladorlik davrlarida homilaning o'sishi va rivojlanishi bilan moslashadi va o'zgaradi. Ona immuniteti begona patogenlardan himoyalaniş uchun yaxshi tayyorlangan. Tug'ma immunitet hujayralari, masalan NK hujayralari va monotsitlar, virusli moddalarga kuchli ta'sir ko'rsatadi, homiladorlik paytida ba'zi adaptiv immun reaksiyalar kamayadi (masalan, T hujayralari soni kamayadi). Bundan tashqari, homiladorlik paytida, yuqori nafas yo'llari, odatda, estrogen va progesteronning miqdori oshishi tufayli gipertrofiyalanadi, shu bois o'pkaning bir oz kengayishi homilador ayolni reparator infeksiyasiga moyil qiladi [15]. Adabiyotlarda onaning tizimli virusli infeksiyalarining homiladorlikning kechishi va yakunlashishiga ta'siri haqida etarlicha ma'lumotlar keltirilgan. Homiladorlik davrida atipik pnevmoniya o'z-o'zidan homila tushishiga, erta tug'ruq va homila rivojlanishining orqada qolishiga olib kelishi isbotlangan [12]. SARSni vertikal ravishda onadan bolaga yuqtirishga oid dalillar yo'q, ammo homiladorlikning asoratlari virusning onaga bevosita ta'sir qilishidan kelib chiqishi mumkin. COVID-19 bo'yicha so'nggi nashrlarda, og'ir holatlarda infeksiya sitokinlar darajasining oshishi bilan bog'liqligi, masalan, interleykinlar 2, 7, 10, shuningdek, granulotsitar-koloniyani stimulyatsiya qiluvchi omilni oshishi, interferon-y sintezi bilan bog'liqligi qayd etilgan [11]. Homilador ayollarda, ayniqsa birinchi va uchinchi trimestrlarda, SARS-CoV-2 tomonidan qo'zg'atilgan sitokinlar faolligining oshishi yanada og'ir yallig'lanish jarayoniga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, homiladorlik paytida virusli infeksiya natijasida onada yallig'lanish boshlanishi homila bosh miyasi rivojlanishining ba'zi jihatlarga ta'sir qilishi va keyinchalik, tug'ruqdan keyingi davrda neyronlarning disfunktsiyalari va xatti-harakatlarining buzilishiga olib kelishi mumkin [12-14].

Garchi hozirgi tadqiqotlar homilada COVID-19 ni aniqlamagan bo'lsada, ushbu kasallikning rivojlanish xavfiga ko'proq e'tibor qaratish lozim. Onaning periferik qonida TNF- α darajasining g'ayritabiiy o'sishi embrionning erta rivojlanishi uchun toksik bo'lishi mumkin, erta tug'ilishni keltirib chiqarishi va bilvosita xomilalik o'limga olib kelishi mumkin, shuning uchun kasallikning

og'irligi va tabiatiga qarab individual yondashuv bilan o'z vaqtida aralashuvni amalga oshirish kerak. Xususan, birinchi va ikkinchi trimestrda COVID-19 bo'lgan homilador ayollarga ko'proq e'tibor qaratish lozim. COVID-19 ni onadan bolaga vertikal ravishda yuqtirishning ishonchli dalillari mavjud emasligiga qaramay, virus homilaga etib bormagan taqdirda ham, virusli infektsiyaga javoban paydo bo'lgan tizimli yallig'lanish uning rivojlanish jarayonlariga ta'sir qilishi mumkin [15]. COVID-19 ni erta bosqichda aniqlash homiladorlik natijalarini yaxshilaydi va o'z-o'zidan abort, homila rivojlanishining orqada qolishi va erta tug'ruq kabi potentsial akusherlik asoratlarini kamaytirishi mumkin. COVID-19 uchun antivirus terapiya (lopinavir va ritonavir) xavf va afzalliklarni xisobga olgan holda aniqlanishi kerak. Davolashni homila uchun potentsial foyda xavfdan yuqori bo'lganda boshlash mumkin. Antivirus dori terapiyasi va KT nurlanishini olgan COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollar homiladorlikning oxirigacha va tug'ruqdan keyingi davrda xam kuzatilishi kerak [11]. Postnatal davrda onadan homilaga infektsiyani yuqtirish holatlari aniqlanmaganligini tasdiqlash uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarni tekshirish bo'yicha adabiyotlarda etarli ma'lumot yo'q. Onalariga COVID-19 tashxisi qo'yilgan bolalarda SARS-CoV-2 uchun amniotik suyuqlik, kindik qoni va tomoqdan neonatal surtma namunalari tekshirish natijalari salbiy bo'ldi [12-13]. SARS-CoV-2 ning ona sutini orqali o'tishi mumkinmi yoki yo'qligi ham ma'lum emas. Qo'shimcha ma'lumotlarni olingunga qadar, emizishni niyat qilgan onalarni rag'batlantirish lozim. Onani yuqumli emas deb hisoblanganidan keyin emizishni joriy etish mumkin [13].

Xulosa. Homilador ayollarning respirator patogenlarga nisbatan tolerantligi past, shuning uchun ham ular COVID-19 infektsiyasiga ko'proq moyil bo'lishlari mumkin. Bundan tashqari, homiladorlik paytida o'ziga xos immunologik qayta qurilish va COVID-19 infektsiyasi bilan kasallanganda sitokin hujumi natijasida kelib chiqadigan potentsial xavf tufayli, homilador ayollar kasallikning og'ir kechishiga va hatto o'limga duch kelishlari mumkin. Mavjud ma'lumotlar ona qornida vertikal yuqishni tasdiqlamasada, onaning infektsiyasi va COVID-19ga javoban rivojlangan yallig'lanish homilaning ona qornidagi va tug'ruqdan keyingi rivojlanishiga ta'sir qilishi mumkin, shu bois davom etayotgan pandemiya sharoitida onani va homilani himoya qilish uchun ko'proq harakatlarni amalga oshirish, hamda COVID-19 bilan kasallangan ayollarda homiladorlikning kechishi va yakunlanishini oldindan taxmin qilish maqsadida tadqiqotlarni davom ettirish lozim.

Adabiyotlar:

1. Chan J. F.-W., Yuan S., Kok K.-H. et al. A Familial Cluster of Pneumonia Associated with the 2019 Novel Coronavirus Indicating Person-To-Person Transmission a Study of a Family Cluster // *Lancet*. Person-To-Person Transmission a Study of a Family Cluster // *Lancet*. 2020. Vol. 395, Is. 10223. P. 514–523.
2. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): data as received by WHO from national authorities by CEST. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200419-si-trep-90-covid-19.pdf?sfvrsn=551d47fd_2
3. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19): vremen. metod. rek. Versiya 3 (03.03.2020). URL: <https://www.garant.ru/products-ipo/prime/doc/73647088/>. (accessed: 03.05.2020). (In Russian).
4. Hamid S., Mir Y. M., Rohela G. K. Novel Coronavirus Disease (COV-ID-19): a Pandemic (Epidemiology, Pathogenesis and Potential Therapeutics) // *New Microbes and New Infections*. 2020. Vol. 35 URL: <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100679>.
5. Liu K., Chen Y., Lin R., Han K. Clinical Features of COVID-19 in Elderly Patients: A Comparison with Young and Middle-Aged Patients // *Journal of Infection*. 2020. Vol. 80, No. 6. P. e14–e18. DOI 10.1016/j.jinf.2020.03.005.
6. Lippi G., Plebani M. Laboratory Abnormalities in Patients with COV-ID-2019 Infection // *Clin Chem Lab Med*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1515/cclm-2020-0198> (accessed: 17.05.2020).
7. Abbasi-Oshaghi E., Mirzaei F., Farahani F., Khodadadi I., Tayebin-ia H. Diagnosis and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COV-ID-19): Laboratory, PCR, and Chest CT Imaging Findings // *Inter-national Journal of Surgery*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.05.018> (accessed: 15.05.2020).
8. Zhai P., Ding Y., Wu X., Long J., Zhong Y., Li Y. The Epidemiology, Diagnosis and Treatment of COVID-19 // *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimi-cag.2020.105955> (accessed: 16.05.2020).
9. Tobaiqy M., Qashqary M., Al-Dahery S., Mujallad A., Hershman A.A., Kamal M. A., Helmi N. Therapeutic Management of COVID-19 Patients: A Systematic Review // *Infection Prevention in Practice*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100061> (accessed: 05.2020).
10. Cortegiani A., Ingoglia G., Ippolito M., Giarratano A., Einav S. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19 // *Journal of Critical Care*. 2020. Vol. 57. P. 279–283. Chernobrovkina T. Ya., Yankovskaya Ya. D., Burova S. V. Novaya korona-virusnaya infekciya (COVID-19): kliniko-epidemiologicheskie aspekty // *Arkhiv vnutrennei mediciny*. 2020. No. 2. P. 87–92.
11. Some Drugs for COVID-19 // *The Medical Letter*. 2020. Vol. 62, P. 49–51.
12. Perepeliczka S. A., Golubev A. M., Moroz V. V. Dykhatelnaya nedosta-tochnost u nedonoshennykh detei, rozhdennykh ot mnogoplodnoi beremennosti // *Obshchaya reanimatologiya*. 2010. No. 4. P. 18–24. (In Russian).
13. Hong L., Smith N., Keerthy M., Lee-Griffith M., Garcia R., Shaman M., Goyert G. Severe COVID-19 Infection in Pregnancy Requiring In-tubation without Preterm Delivery: A Case Report // *Case Reports in Women's Health*. 2020. Vol. 27. URL: <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2020.e00217> (accessed: 14.05.2020).
14. Lvov D. K., Kolobukhina L. V., Deryabin P. G. Koronavirusnaya infekciya. Tyazhelyi ostryi respiratornyi sindrom // *In-fekcionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie*. 2015. No. 4. P. 36–38. (In Russian).
15. Loginova S. Ya., Shhukina V. N., Borisevich S. V. Izuchenie dinamiki i urovn-ya nakopleniya interferona v syvorotke krovi laboratornykh zhivotnykh // *Antibiotiki i himioterapiya*. 2018. No. 4. P. 3–4. (In Russian).
16. Abaturov O. E., Agafonova E. A. Interferonoterapiya ostrykh respira-tornykh virusnykh infekcij u detei // *Zdorove rebenka*. 2017. No. 3. P. 370–375. (In Russian).

CLINICAL AND LABORATORY PECULIARITIES OF THE COURSE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN

Yarmukhamedova N.A., Djuraeva K.S., Yakubova N.S., Rabbimova N.T., Tirkashev O.S., Matyakubova F.E.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Viral hepatitis B, despite extensive to a Vaccination campaigns and growing public awareness remain a global problem in world health. The relevance of viral hepatitis B remains due to the continuing high incidence of acute viral hepatitis in many countries, which is often the cause of the development of chronic hepatitis and a source of infection for non-immune individuals. According to WHO estimates, about 50 million patients with acute hepatitis B alone are registered every year in the world about 300 million people are chronically infected with the hepatitis B virus. Chronic hepatitis B virus can lead to the development of liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. About 2 million people die from the pathology associated with the hepatitis B virus every year. According to the WHO, hepatitis B ranks 9th among the causes of death in the world after chronic lung diseases. (Mikhailov M.I. et al., 2003; Abdurakhmanov D.T. 2012; WHO Bulletin, 2017).

All of the above leads to an increase in the number of pregnant women and parturient women among women suffering from viral hepatitis B, which poses a real threat not only to the life and health of the expectant mother, but also to the child who can become an asymptomatic carrier of the infection, develop acute or chronic hepatitis with an outcome in cirrhosis and hepatocellular carcinoma.

Research results. The average age of pregnant women was 28, 3 ± 3.4 years. When analyzing the awareness of women about the diagnosis of viral hepatitis B before pregnancy, only 19 patients (18,6 %) from the entire study group knew about the existence of the diagnosis. These assessments of reproductive function testified to an almost equal ratio of primiparous and multiparous - 61 (62,2%) and 37 (37,8 %), respectively. The gynecological anamnesis was burdened in every second patient, the most common were: inflammatory diseases of the pelvic organs - 25,5 % of cases; sexually transmitted infections - 32,6 %.

In the patients of the study group, in most cases, pregnancy proceeded against the background of various complications. The most frequently encountered in the early stages: the threat of termination of pregnancy - 18 (18,4 %) cases, early toxicosis - in 12 (12,2 %), anemia of pregnant women - in 19 (19,4 %) cases. Uncomplicated during the first half of pregnancy was observed in 48 (48,9 %) women. Phases of exacerbation of viral hepatitis in the first half of pregnancy were not observed in any patient (Table 1).

Table 1. Frequency in the prevalence of the main clinical symptoms and laboratory tests in pregnant women with CVHB in the 1st trimester

No.	Signs	Study group (%)	Physiological pregnancy (%)
1	The threat of termination of pregnancy	18,4%	13,0%
2	Early toxicosis	12,2%	10,8%
3	Anemia in pregnancy	19,4%	15,2%

The second half of pregnancy proceeded on the background of threatened abortion from 16 (16,3 %) patients, anemia was observed in 42 (42,8%) cases, moderate preeclampsia was detected in 13 (13,2%) of pregnant women. Disorders from the mother-placenta-fetus (hemodynamic disorders, intrauterine growth retardation (IGR)) were diagnosed in 13 (13,2 %) pregnant women, polyhydramnios - in 7 (7,1 %), oligohydramnios - in 6 (6,1 %) of patients. In 3 (3,1 %) women, the disease was accompanied by cholestatic syndrome. In the remaining 21 (21,4 %) cases, the course of the second half of pregnancy was not complicated (table 2).

Table 2. The incidence of complications in pregnant women with CVHB in the 2nd and 3rd trimester

No.	Sign	Study group (%)	Physiological pregnancy (%)
one	The threat of termination of pregnancy	16,3%	13,0%
2	Delayed fetal development	13,2%	2,1%
3	Anemia of pregnancy	42,8%	32,6%
4	Preeclampsia	13,2%	6,5%
5	Polyhydramnios	7,1%	4,3%
6	Malnutrition	6,1%	2,1%
7	Cholestasis	3,1%	-

Clinical symptoms of CVHB in all examined pregnant women in the 2nd and 3rd semester were characterized by the presence of intoxication, dyspeptic and icteric syndromes.

Intoxication syndrome manifested basically general weakness, malaise, loss of appetite, pain in the right upper quadrant and epigastrium, nausea, single or repeated vomiting.

A comparative analysis of the frequency of occurrence of clinical symptoms showed that pain in the right hypochondria and epigastrium was the most frequent symptom and was found in both study groups. The pain appeared regardless of food intake and physical activity. It was detected in 58,1% of pregnant women with chronic viral hepatitis B. (table 3)

In all patients of the study groups, we observed changes in the digestive system. Thus, tongue lining and nausea were detected with the same frequency in both groups of patients. Vomiting was observed in pregnant women with CVHB in 31,6 % of cases. Hepatomegaly characterized by a uniform compaction and increase in liver parenchyma. At the same time, the lower edge of the liver protruded from under the costal arch by 1-4 cm. The contours were smoothed, without sharp deformation. The edge is

even, smooth, palpation of the liver caused painful sensations. In patients with chronic hepatitis B, this symptom occurred in 18,3 %.

Icteric syndrome, clinically manifested by yellowing of the skin and sclera of varying severity and intensity, and was recorded in CVHB only in 7,1 %.

When managing patients, the main attention was paid to monitoring the biochemical parameters of the activity of hepatitis, i.e. monthly determined the level of bilirubin, the activity of ALT, ASAT, alkaline phosphatase.

Biochemical blood test revealed the following deviations: the average value of total protein was $64,87 \pm 5,2$ g/l; bilirubin increase was found in 7 (7,1%) of pregnant women (the maximum value was 58,6 mmol/l). In 36,8 % of pregnant women with HBV indicators ALT did not differ from the norm throughout the pregnancy, that is, there was a favorable course of hepatitis. The proportion of pregnant women with low activity of chronic hepatitis prevailed and occurred in 47,9% of cases. In these patients. Increase of ALT to 5 norms was observed in studying period. Moderate activity of the process (an increase in the ALT level from 5 to 10 norms) was recorded in 15,3 % of cases. High activity of hepatitis in women under our supervision was not revealed. An increase in thymol test was observed in 11 (11,2 %) pregnant women, up to a maximum of 7 U (N: up to 4 units), alkaline phosphatase was increased in 7 (7,1 %) patients.

No changes in coagulogram indices were found in any patient.

The most significant changes were noted by us in the activity of ALT and a slight increase in alkaline phosphatase and thymol test in women with CVHB during pregnancy.

Table 3. The incidence of the main clinical symptoms and laboratory tests in pregnant women with chronic hepatitis B in the 2nd and 3rd trimester

No.	Signs	Study group (%)	Physiological pregnancy (%)
1	Pain in the right hypochondrium and epigastrium	58,1%	17,3%
2	Decreased appetite	12,2%	8,6%
3	General weakness	38,7%	19,5%
4	Nausea	36,7%	30,4%
5	Vomiting	31,6%	17,3%
6	Hepatomegaly	18,3%	4,3%
7	Yellowness of the skin and sclera	7,1%	-
8	Darkening of the color of urine	7,1%	-
9	Increase in the amount general bilirubin	7,1%	-
10	Increasing the amount of ALT	9,1%	-
11	Increasing the number of AST	8,1%	-
12	The increase in thymol test signs	11,2%	-
13	Increased alkaline phosphatase	7,1%	-

To compare the indicators of biochemical screening in the patients of the study group with the indicators in physiologically ongoing pregnancy, a group of practically healthy women with an uncomplicated course of the gestational process was recruited.

Conclusion: The course of chronic viral hepatitis B in pregnant women was clinically characterized by the absence of complaints and hepatomegaly in most patients; laboratory examination most often showed low biochemical activity of hepatitis with normal bilirubin levels and rare development of cholestatic syndrome. The above data give us every reason to classify women with chronic viral hepatitis B as a high-risk group of possibly unfavorable outcomes of pregnancy and childbirth for the mother and fetus.

For the prevention of perinatal infection of newborns and the increase in the incidence of CVHB in the population, testing for parenteral viral hepatitis should be widely promoted when planning the birth of children in order to timely provide women of reproductive age with antiviral therapy before pregnancy and childbirth.

Literature:

1. Abdurakhmanov, D.T. Chronic hepatitis B and D / D.T. Abdurakhmanov. - M.: GEOTAR-Media, 2012.-- 421 p.
2. A. L. Bondarenko -Epidemiology and infectious diseases. - 2008.
3. Podymova S.D. Chronic hepatitis / S.D. Podymova. - M.: Medicine, 2016.-- 280 s
4. Yushchuk ND, Vengerov YA; ASMOK. Infectious diseases: nat. hands. / ch. ed. - Moscow: GEOTAR-Media, 2009.- 1056 p.: tab. - (Nat. Hand.). - Bibliography. at the end of chap. - Item decree.: p. 1031-1047
5. Vlasova O.N. A difficult issue in hepatology is viral hepatitis and pregnancy. Gastroenterologia. 2013. No. 4. S. 89-94.
6. Asabe S, Wieland SF, Chattopadhyay PK, et al. The size of the viral inoculum contributes to the outcome of hepatitis B virus infection. J Virol 2009; 83: 89 9652-9662.

SURUNKALI ENDOMETRITNI DAVOLASHDA OZON TERAPIYASINING SAMARADORLIGI

Yunusova A.R., Zakirova F.I.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi: Tos a'zolarining yallig'lanish kasalligi – bu patogen mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan kasalliklar guruhi. Bu herpes virusi, gonokokk, xlamidiya va boshqalar bo'lishi mumkin. Kichik tos suyagi jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari bilan og'riqan bemorlar ambulatoriya bemorlar orasida 60-65% ni, ginekologik bemorlarning stasionarlari orasida 30% ni tashkil qiladi. Tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ayollarda reproduktiv kasalliklarning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. O'z vaqtida va yetarli darajada davolanmagan surunkali endometrit, tos suyagining surunkali og'rig'i, bepustlik, homila tushishi, hayz davrining buzilishi va jinsiy faoliyatdagi muammolar kabi turli xil asoratlarga olib keladi. Abordan keying yallig'lanishda ayollarni davolashda antibiotik terapiyasi katta rol o'ynaydi. Ammo, hatto zamonaviy dorilarni qo'llash ham kasallikning qaytalanishi kafolatini bermaydi. Shu munosabat bilan, ichki jinsiy organlarning surunkali yallig'lanish kasalliklarini kuchaytirganda, fiziologik omillardan foydalangan holda patogen terapiyaning ko'plab usullari qo'llaniladi. Hozirgi kundun emi-ozon terapevtlari tomonidan ishlab chiqarilgan ozonterapiyasining an'anaviy usullari keng qo'llanilmoqda. (S. Riling, R Viban 1985). Ularda yuqumli kasalliklarga qarshi yuqori samaradorlik va biosistemalarga keng ta'sir ko'rsatadigan ozonlangan o'simlik moyi ishlatiladi. Ozon nafaqat bakteritsid, fugotsid va virus idal xususiyatlarga ega ekanligi aniqlandi. Antibakterial preparatlardan farqli o'laroq, ozon va uning terapevtik dozasi tanaga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Surunkali endometrit – bu bachadon ichki qatlamining yallig'lanishi (endometrium), unga turli bakteriyalar yoki viruslar sabab bo'lishi mumkin. Adabiyotga ko'ra, SE ning tarqalishi 0,2 dan 66% gacha. SE bepustlik bilan kasallangan ayollarning 20-40 foizida va EKO dasturida muvaffaqiyatsiz embrion o'tkazilishi bo'lgana yollarning deyarli 30 foizida uchraydi. Birlamchi abort bilan, ayniqsa rivojlanmagan homiladorlik bilan og'riqan bemorlar orasida SE tarixi bor va bu 73,3-100% ga etadi. SE ni davolashning yangi texnologiyalari va yangi usullarini izlash va shu bilan birga ayollarning tanasiga salbiy ta'sir ko'rsatishi ham dolzarbdir.

Tadqiqot maqsadi: SE ni klinik boshqarish uchun tibbiy ozon samaradorligini ayollarda o'rganish.

Tadqiqot materiallari: Tadqiqotda anamnezida SE bo'lgan 30 ayol ishtirok etdi. Ular 22 yoshdan 42 yoshgacha bo'lgan reproduktiv davrdagi ayollar edi. Reproaktiv funktsiya buzilishi, ya'ni bepustlik 26,6% ni tashkil etdi. Abortlar - 33,3%, rivojlanmagan homiladorlik - 40%. Bir qator klinik va mikrobiologik tadqiqotlar o'tkazildi. Qin va bachadon bo'yni kanalidan surtmala rolindi. Ayollarning 70 foizida 2-3 mikroorganizmlarning microbial assotsiatsiyalari aniqlandi. 1000 mg / l to'yingan ozon konsentratsiyasi bilan 100,0 ml ozonlangan fiziologik eritma ishlatiladi. Vena ichiga tomchilatib yuborish kursi 5-7 protseduradan iborat bo'lib, ularning asosiy guruhida mikroblarga qarshi dori terapiyasi bilan bir qatorda ozon terapiyasini olib boruvchi ayollar, nazorat guruhida faqat dori terapiyasini olib boradigan ayollar bor edi.

Tadqiqot usullari: Umumiy klinik, klinik - laboratoriya, biokimyoviy tadqiqot usullari, bachadon va Doppler ultratovush tekshiruvi.

Natijalar: O'tkazilgan davolash usullaridan so'ng, xususan, ozon terapiyasi ayollar tanasiga salbiy ta'sir ko'rsatmadi. Davolash tugaganidan bir oy o'tgach, quyidagi natijalar qo'lga kiritildi: qindan patologik ajralmalar yo'qoldi, qin mikroflorasi normalashdi. Ozon bilan antibiotik terapiyadan o'tmagan ayollar kutilgan natijaga erisha olmadilar va mikroflorasi yaxshilanguncha dori terapiyasini davom ettirishlari kerak edi.

Xulosa: Shunday qilib, an'anaviy ozon terapiyasi immunomodulyator bo'lib, tos a'zolarining surunkali kasalliklariga chalingan ayollarga yaxshi ta'sir ko'rsatadi, xususan, tos suyagi og'rig'i kamayadi va bepustlik holatida tug'ruqning taxminan 50% i tiklanadi.

Adabiyotlar:

1. Озон / NO – ультрозвуковые лечения в Акушерстве и гинекологии.ОМСК -2011.
2. Сухих ТеннадийТихонович,Шуршалина А.В « Хронический эндометрит « 2013 Москва.
3. Дифференцированный подход к коррекции иммунологических нарушений у женщин с гнойными воапалительными заболеваниями придатков матки. 2011. Макаренко Т. А,Сарап П. В,Даташвили С. С, Серикова В. С № 17. С 245-252.
4. Тактика врача Акушера – гинеколога. Г. Т Сухих, Академик РАН В. Н Серова -2020 г.
5. Думцев В. В.Хроноическая тазовая боль. Биохимические аспекты // Медицинский альфавит.2018.Т. 1. № 1. (338) С. 63

MODERN APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF VISUAL ANATOMICAL DEVIATIONS OF EXTERNAL GENITALIA IN GIRLS

Zokirov F.I., Negmadjanov B.B.

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. Visual anatomical deviations of external genitalia in girls still remain as one of the actual problems of reproductive health of children and adolescents. One of the issues that a neonatologist faces with immediately after birth is assignment of sex to newborn with disorders of external genitalia. Considering about normality of the structure of the external genitalia, we mean the degree of clitoral development, the structure of the labia majora and minora and the appearance of introitus. Any type of deviations in structure of these leads to disorders of external genitalia1,3,5. Timing and type of surgery in such patients are still a challenging issue. A special attention deserves partial androgen insensitivity syndrome (PAIS) where in genetically determined males appearance of external genitalia might be ranging from almost normal female to nearly male that makes sex assignment challenging.

Regarding so called exiguous forms of lesions of external genitalia, the letter commonly escape diagnosis immediately after birth and occasional detection by parents or a doctor during examination at an older age leads to parental stress, prompts to unnecessary medical interventions and often is a cause of acute abdomen.

Thus, in spite of considerable progresses achieved in this field of medicine issues of management and treatment approaches to patients with visual anatomical deviations of external genitalia remain controversial. The available data is often based on observational medicine and are more subjective than objective.

Objective: Objective of our study was to determine the short term and long term outcomes of early surgical treatment of patients with visual anatomical deviations of external genitalia.

Material and methods: This was a study of 36 patients at the age of 6 months – 25 years old. It included 15 patients with 46 XY disorders of sex development (DSD) and 21 patients with mucocolpos treated in department of pediatric gynecology of Samarkand Regional Multidisciplinary Children's Medical Centre between from 1995 and 2019.

All patients with 46 XY DSD along with general clinical investigations were investigated cytogenetically to confirm the diagnosis. Among 15 patients 6 had 3rd and higher degrees and remaining 9 had 2nd degree of virilization by Prader. We performed feminizing genitoplasty including resection of corpora cavernosa of hypertrophied clitoris, clitoris formation by preserving the most sensitive part of glans clitoris in ventral surface – navicular fossa, imitation of labia majora and minora along with gonadectomy if the letter was located in labia majora. In postoperative period patients were managed by general accepted methods and for 7 days patients were prescribed antibiotics.

13 girls out of 21 with mucocolpos were attended with acute abdominal pain, 5 of which also had acute urinary retention. 6 girls attended with diagnosis of abdominal mass in ultrasonic examination. From anamnesis of remaining 2 girls we found out that they were diagnosed with mucocolpos and routine puncture and drainage of mucocolpos were performed. By visual inspection reclosure of hymenal orifice and reaccumulation of the mucocolpos were revealed.

All patients except general clinical investigations were undergone ultrasonic examination in which mucocolpos was confirmed. We want to emphasize that 6 girls out of 21 before attendance had already undergone ultrasonic examination in which abdominal mass was diagnosed.

By visual inspection of external genitalia protrusion of hymenal tag resulting in a bulging, yellow-gray mass at or beyond the introitus with the Valsalva maneuver was determined.

After appropriate preparations and under general anesthesia patients were positioned in the lithotomy, adequate access was provided. After catheterization of urethra with electrocauter by the course of hymenal ring resection of central hymenal tissue was performed. After that drainage of mucocolpos and subsequent thorough sanitization with antiseptic solutions were performed. In postoperative period external genitalia twice a day were treated with antiseptic solutions. 2 girls in whom routine puncture and drainage of mucocolpos was performed before attendance were additionally prescribed antibiotics.

Results: Postoperative period in 2 patients with 46 XY DSD was complicated by formation of subcutaneous haematoma which resolved independently without any additional interventions. In 1 case postoperative haemorrhage as a result of inadequate hemostasis during operation was detected, which was treated by frequent replacement of compressive bandage and prescribing hemostatic therapy. Cosmetic results of correction of external genitalia, we evaluated in 9 cases (60 % of the total number of operated children) as good and in 6 cases (40 %) as satisfactory. On examination the external genitalia corresponded to normal female genital appearance: glans clitoris gave the impression of a normal clitoris and was pink in color, labia minora looked naturally and labia majora covered the vulva. Long-term results after surgical correction, we evaluated in a period of 4-6 months to 1 years in 7 girls aged 2-3 years. On examination, we found no cosmetic defects - postoperative scar was not found, due to the intimate corresponding of suturing edges. Due to the age of patients we could not evaluate their sexual function.

The course of postoperative period in patients with mucocolpos was uneventful and on third day after control examination patients in a good state were discharged from hospital. In control examination hymenal structure were found to be annular and the hymenal orifices created remained open, no signs of inflammation or infection were revealed. Next control examination was performed in 1 month in which hymenal pattern was same as before discharge. Complications such as infection were not detected in any cases except in two girls whom routine puncture and drainage of mucocolpos were performed. They were prescribed antibiotics.

Discussion and conclusion. Ambiguity of the external genitalia is easily recognised at birth and the general consensus is that the diagnosis should be promptly established preferably before discharge so that an early sex of rearing can be assigned to the child as well as to plan treatment^{1,3,4,5,12}.

Newborns with abnormal genitalia raise many challenging questions involving doctors and parents. Paradoxically, the patient is not actively part of the essential discussion concerning his or her Gender Identity i.e. Social Identity. The decision in the neonatal period of a gender has been questioned as some patients felt that doctors should not impose a choice without having more insight concerning the Individual Sex Identity. The challenge at birth is to give a Social Identity or Gender Identity to an individual without knowing what his or her Individual Sex Identity and Behavioral Identity are going to be ^{1,10,12}.

This situation has led some specialists to suggest to postpone any decision until the child expresses more clearly his or her own Individual Sex Identity. This opinion has raised many controversies and the conference of consensus on DSD of Chicago in 2005 privileged early gender assignment in the most complex genital disorders to avoid unbearable situations for the parents ^{2,3,4,12}.

The decision taken by the specialist team is based on four groups of indicators: 1) The hormonal, genetic and tissular profiles of the child which may be called the "inside sex". 2) The anatomy of the genitalia i.e. the size of the genital tubercle and the presence of a mullerian cavity represent the "outside sex" which is the visible part of the iceberg. The future height of the pa-

tient might also be a significant criterion to move towards a female gender if the future height is expected to be short. 3) The potential capacity of the patient to have intercourse and children also need to be evaluated and can be defined as the "functional sex". 4) Perhaps the most important indicators come from the cultural and educational medium of the child and represent the "social sex". No gender assignment can be made without a full understanding and acceptance of the parents, knowing the fact that their opinion is markedly influenced by the doctor's words. The parents and especially the mother's feelings about the situation are of utmost importance to take the ultimate decision 3,4,10,12.

Taking into account all above mentioned we recommend feminizing genitoplasty until the age of 2 years in patients with PAIS. Rationality of current approach is explained by that until the age of 2 years children are psychosexually neutral and by such surgery genitals become unambiguous, what is required for a stable "normal" gender identity and of course relieves parental stress. In addition, in such cases patients face some fertility and functional problems like:

The testicles must be removed to avoid a risk of malignancy.

If there is a rudimental vagina the prostate may be underdeveloped which leads to reduced ejaculation

Normal sexual intercourse may not be possible due to underdeveloped penis.

Primary oligospermia is common for these patients.

Imperforate hymen is likely the most frequent obstructive anomaly of the female genital tract, but estimates of its frequency vary from 1 case per 1000 population to 1 case per 10,000 population. Familial occurrence, although rare, is reported and screening by history or examination of family members is warranted. Management of an imperforate hymen has essentially remained unchanged from the initial descriptions of the procedure. In the classical surgical treatment of imperforate hymen, stellate or cruciate incisions are made through the hymenal membrane. The quadrants of the hymen are then excised along the lateral wall of the vagina. The mucosal margins are approximated with fine delayed-absorbable suture. These procedures produce good surgical outcome, but the hymenal structure is usually damaged 6,7,8,9,11.

Because the hymen is accepted as a sign of virginity, damage to the hymen may be undesirable in some families and societies as well as in Uzbekistan. In addition, injury to the adjacent urethra is possible.

Thus we can conclude that there is no known complication of this method, and this technique is less invasive than other methods. There is no need to approximate mucosal margins to prevent reclosure of hymenal orifice which potentially preserves the integrity of the hymenal ring.

Literature:

1. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. «Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрасформационные операции», М., 2000.
2. Cheikhelard A, Gapany C, Catti M, Mouriquand P. Potential determinant factors of sexual identity in ambiguous genitalia. *J Pediatr Urol* 2005;1(6):383-8.
3. Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting Paula K. Braverman, Lesley Breech and The Committee on Adolescence. *Pediatrics* 2010;126:583. DOI: 10.1542/peds.2010-1564.
4. Hewitt G. Examining pediatric and adolescent gynecology patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Aug 2003;16(4):257-8. [Medline].
5. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2008;22(1):119-34.
6. Imperforate Hymen. Paula J Adams Hillard, 2016. <https://emedicine.medscape.com/article/269050-overview#a8>
7. Lee, G.H.; Lee, M.J.; Choi, Y.S.; Shin, J.I. Imperforate hymen causing hematocolpos and acute urinary retention in a 14-year-old adolescent. *Child. Kidney Dis.* 2015, 19, 180–183. [CrossRef]
8. Mou, J.W.; Tang, P.M.; Chan, K.W.; Tam, Y.H.; Lee, K.H. Imperforate hymen: Cause of lower abdominal pain in teenage girls. *Singap. Med. J.* 2009, 50, 378–379.
9. Pediatric Imperforate Hymen, Amulya K Saxena and co. 2018. <https://emedicine.medscape.com/article/954252-overview#showall>
10. Reiner WG, Kropp BP. A 7-year experience of genetic males with severe phallic inadequacy assigned female. *J Urol* 2004;172(6 Pt 1):2395-8; discussion 8.
11. Te Linde's Operative Gynecology, 10th Edition. John A. Rock, Howard W. Jones. Lippincott Williams & Wilkins. 2008. The surgical challenges of disorders of sex development (DSD) Daniela Gorduzza, Isabelle Vidal, Jacques Birraux, Claire-Lise Gay, Delphine Demède, Pierre-Yves Mure and Pierre Mouriquand. *Arch. Esp. Urol.* 2010; 63 (7): 495-504.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА МАТКИ

Абдуллаев Б.С., Ураков К.Н., Аманова Г.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Рак матки является одним из распространенных патологий в мире и в том числе в Узбекистане. Внимание медицинских работников по всему миру направлена на раннюю диагностику рака в прединвазивной стадии. Хотя и обширна литература по клинико - морфологической характеристике этой патологии, однако представляет несомненный интерес для клинической онкологии любые статистико-морфологические локальные исследования рака матки.

Цель исследования. Нами проведено изучение операционно - биопсийных материалов по раку матки, поступивших за последние 10 лет в I - ую клинику СамМИ. Проводился клинико - морфологический анализ в зависимости от конкретных гистологических форм и локализаций рака матки.

Материалы и методы исследования. В настоящий анализ включены материалы 227 больных, в возрасте 29-79 лет. 78 из них составляли операционно удаленные матки, 149 приходится на раковые опухоли установленные по целевым биопсиям. Оперированные больные были в возрасте 29 -79 лет, а биоптаты взяты у 29-69 летних. Срезы препаратов окрашены гематоксилин -эозином.

Результаты исследования. Результаты показали, что из числа оперированных у 47 имело место рак тела и у 31 рак шейки матки. У 11 больных обнаружен неинвазивный, а у 20- инвазивная форма рака шейки. Рак шейки чаще наблюдался у женщин в возрасте 29-51 лет, а рак тела матки у женщин более старшего возраста, то есть, 41-79 лет.

По гистологическому строению у 7 больных установлена хорионэпителиома. Эти больные были в возрасте 27-44 лет. По операционному материалу чаще распознаны варианты аденокарциномы – 49 случаев, растущие из тело матки. В шейки матки чаще всего был распознан плоскоклеточный рак. Намного реже наблюдался аденоакантома тело матки (9 больных) и недифференцированная карцинома (5 больных). По биопсийному материалу установлен рак у 149 больным. 27 больным, в возрасте 29-44 лет была выставлена преинвазивная карцинома (carcinoma in situ). Анализ клинических материалов показали, что к раку матки часто предшествовали рецидивирующие воспалительные процессы, гиперплазии эндометрия, дисплазии, полипозы эндометрия, аденомиоз, атипичная железистая гиперплазия, лейкоплакия и эрозии шейки матки.

Выводы. Проведенный анализ материалов 227 женщин показали, что рак шейки матки сравнительно чаще наблюдался в возрасте 29-51 лет. У этих больных в анамнезе имелись пролонгированные дисгормональные заболевания, хронические цервициты, дисплазии и лейкоплакии. В теле матки чаще всего развивалась аденокарцинома, а в шейки – плоскоклеточный рак. Рак матки чаще развивался на фоне облигатных, либо факультативных предопухолевых заболеваний.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯНУТОЙ МАТКИ

Абдуллаева Л.С., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Гойибов С.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Акушерские кровотечения в настоящее время остаются актуальной проблемой современной медицины, несмотря на наличие множества профилактических мероприятий. Кровотечения при ведении родов и операции кесарево сечение являются ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности. Это грозное осложнение часто наблюдается при синдроме перерастяжения матки, которое возникает при крупном плоде (масса плода более 3800гр), многоплодии, многоводии, а также при затянувшихся родах.

Учитывая данные обстоятельства практические врачи акушеры-гинекологи при ведении родов либо оперирующие при синдроме перерастяжения матки прибегают к проведению профилактических мер путем введения утеротонических препаратов, таких как окситоцин, метилэргометрин, простогландин и т.д. Некоторым родильницам продолжают в послеродовом и послеперодовом периодах. В последнее время с целью эффективного предупреждения кровотечения при ведении родов и операции кесарево сечение стали применять утеротонический препарат Пабал (карбетоцин), который является агонистом окситоцина и обладает продолжительным действием. Пабал удачно связывается с рецепторами окситоцина гладко-мышечных клеток миометрия, стимулирует ритмические сокращения матки, увеличивает частоту сокращений, которые уже начались и повышает тонус мышц матки.

Материал и методы исследования: Учитывая фармакологические особенности данного препарата нами было применено введение Пабала при операции кесарево сечение и ведение родов через естественные родовые пути у 35 беременных с синдромом перерастяжения матки при многоплодии и крупных плодах в 2020 году. Крупный плод имел место у 27 женщин, многоплодие – у 8.

Результаты исследования. Преждевременные роды при многоплодии были у 5 женщин в сроке 34-35 недель беременности. У женщин с крупным плодом 22 пациентки были повторнородящие, масса плода составила 4100-4800 гр.

Беременные с многоплодием были госпитализированы в отделение патологии беременных согласно направлению женских консультаций. Операция кесарево сечение была проведена 5 беременным с многоплодием и 23 женщинам с крупным плодом с диагнозом тазо-головная диспропорция. Перепарат Пабал вводили однократно 1 мл (100 мкг) во время операции после извлечения ребенка в послеродовом периоде. После введения препарата отделение и выведение последа происходило в течении 1,5-2 минуты самостоятельно без дефекта. Матка сокращалась хорошо. При родах через естественные родовые пути карбетоцин также вводился однократно после рождения ребенка в послеродовом периоде. Матка дала видимую ретракцию и послед был извлечен активным способом без окситоцина.

Объем кровопотери как при кесаревом сечении составил в пределах 500-600 мл, при родах через естественные родовые пути около 250-300 мл. Послеоперационные и послеродовые периоды протекали гладко, традиционно. Повторного введения Пабала не проводилось. Сокращение матки проходило удовлетворительно, осложнений не отмечено.

Заключение: Таким образом, утеротонический препарат Пабал является приемлемым препаратом при синдроме перерастяжения матки. Эффективное пролонгированное сокращение матки способствует профилактике кровотечения.

ОРҚА МИЯ ВА УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ТУҒРУҚ ЖАРОҲАТЛАРИ БИЛАН БОЛАЛАРДА МАЖМУАВИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЎТКАЗИШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдусаломова М.А., Мавлянова З.Ф.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Орқа мия ва умуртқа поғонаси патологиялари - нейропедиатрия амалиётида муҳим муаммо ҳисобланади. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, унинг тарқалиши 2,5% дан 30% гача. Акушерлик соҳасида эришилган катта ютуқларга қарамай, ушбу патология юқори частотада 7% дан 20% гача учраши қайд этилган ва асаб тизимининг туғма зарарланишининг долзарб муаммоси ҳисобланади. Ушбу патология перинатал ўлимнинг 11% ни ташкил қилади. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, туғруқ пайтида орқа мия шикастланиши 1000 тирик туғилган чақалоққа 10-19,6 ҳолатни ташкил қилади. Туғруқ жароҳатлари асоратларини даволаш мураккаб ва ҳал қилинмаган масаладир.

Тадқиқотнинг мақсади орқа мия ва умуртқа поғонаси туғруқ жароҳатлари билан болаларда мажмуавий реабилитация ўтказишнинг хусусиятлари ўрганиш

Тадқиқот материали ва усуллари. Орқа мия ва умуртқа поғонаси бўйин қисми туғруқ жароҳатлари билан 30 нафар янги туғилган чақалоқлар ва кичик ёшдаги болаларда тадқиқот ўтказилди. Асосий гуруҳда: ўғил болалар –17 (57%), қиз болалар – 13 (43%). Текширилувчиларнинг ёши 2 ҳафталикдан 3 ойликкача. Барча болалар динамик кузатув вақтида 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳга асосий даво билан бирга реабилитацион комплекс ўтказилган 15 нафар болалар ва 15 нафар орқа мия ва умуртқа поғонаси туғруқ жароҳатларида стандар даво тайинланди.

Тадқиқот натижалари. Асосий гуруҳдаги беморларга физиотерапевтик муолажалар (парафин аппликациялари (1 ойликдан бошлаб), электрофорез прозерин ёки нейромидин билан), массаж, электромиостимуляция (ЭМС) 20-40 мА кучдаги ток билан 15-20 дақиқа давомида тўлиқ госпитализация даврида ўтказилди. Реабилитацион чора-тадбирлар ўтказилгандан сўнг назорат электронейромиография (ЭНМГ) текшируви ўтказилди. Импульс ўтиши ва М –жавобнинг тезлашганлиги қайд этилди. Назорат гуруҳида ҳам ЭНМГ текшируви ўтказилди ва уларда асосий гуруҳга нисбатан бирор бир сезиларли ўзгаришлар аниқланмади. Барча беморлар кузатув остида 15 кун даволанишди. Ҳаракатлар даволаниш давомида тиклана бошланди. Ҳаракат тизимини текшириш 6-баллик шкала бўйича баҳоланди. Бунда оғирлик кучи ва максимал ташқи қаршилик таъсирида ҳаракат 5 баллга тенг. Ҳаракат катта бўлмаган ташқи қаршилик ва оғирлик кучи таъсирида 4б оғирлик кучи таъсирида ҳаракат тўлиқ ҳажмда 3б. Оғирлик кучи таъсирисиз шароитда ҳаракат тўлиқ ҳажмда 2 б, ихтиёрий ҳаракат пайтида таранглашиш ҳисси 1б. Ихтиёрий ҳаракат пайтида таранглашиш ҳиссининг бўлмаслиги 0 б. Даволанишгача беморларнинг 20 нафаридида ҳаракат ҳажми нормага нисбатан 50% яъни 3 баллни, 7 нафаридида 25% - 2 б, 3 нафаридида 10% - 1 баллни ташкил этди. 1 курс даволашдан сўнг асосий гуруҳдаги беморларда ҳаракат ҳажми тикланиб 1 баллдан 2 баллгача ошди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг кўпчилигида касаллик динамикаси суст ривожланди.

Хулоса. Шундай қилиб, орқа мия ва умуртқа поғонаси бўйин қисми туғруқ жароҳатлари билан болаларда стандарт даволашни мажмуавий ташкил этиш беморларда ҳаракат фаоллигини тезроқ тиклаб, уларда контрактуралар ривожланишини олдини олади. ЭНМГ текширувни периферик мушакларда ўтказиш, беморларда ўтказилган реабилитацион тадбирларни самарадорлигини баҳолаш учун зарур. Ва бу ушбу касалликда қайта тикловчи терапияни тўғри ва ўз вақтида ўтказиш имконини беради. Келгусида ушбу патология билан касалланган беморларда мушак-фасциал сегментини моделлаштириш заруриятини туғдирмоқда.

ПРИЧИНЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: АНАЛИЗ ТРУДОВ

АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА

Агабабян Л.Р., Азимова Ш.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Проблема акушерских кровотечений - довольно обширный раздел акушерской патологии, среди которой кровотечения занимают одно из ведущих мест. Акушерские кровотечения в структуре смертности беременных, рожениц и родильниц все еще занимают ведущее место. Все это подчеркивает важность проблемы акушерских кровотечений и требует от врача своевременного выявления женщин с угрозой кровотечения и проведения соответствующих профилактических мероприятий по предотвращению кровотечений при родах (Г.М. Савельева, 1973).

Целью исследования явилось изучение причин акушерских кровотечений по трудам академика И.З. Закирова.

Результаты работы показали, что во все времена частота акушерских кровотечений имеет тенденцию к росту, а смертность от них обусловлена недостаточным выявлением и лечением беременных с отягощенным акушерским анамнезом, с заболеваниями внутренних органов, особенно анемией, патологией сердца и сосудов, с осложненным те-

чением беременности (поздними токсикозами беременных), с недостаточным учетом исходов беременности и родов у женщин, имеющих в анамнезе много родов и аборт, т. е. беременных с «риском кровотечения».

Частота акушерских кровотечений зависит от несвоевременной диагностики, от нерациональной тактики ведения родов и раннего послеродового периода, особенно при слабости родовых сил, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и ее предлежания, от неправильного ведения последового периода, запоздалой диагностики коагулопатического синдрома и др.

Наиболее часто (15-20%) патологические кровотечения возникают в послеродовом и раннем послеродовом периодах (И. С. Бакшеев, 1973 и др.). Процент массивных кровопотерь (более 1000 мл) составляет 6-10 от общего числа случаев кровотечений. При этом объем кровопотерь обычно превышает адаптационные возможности организма и является причиной тяжелых гемодинамических расстройств и даже смертельных исходов.

Доказано, что регуляция моторной функции матки у беременной женщины осуществляется нервными и гуморальными путями. Важнейшую роль в регуляции гомеостаза в норме и патологии играет симпатико-адреналовая система, а именно соотношение эстрогенов и прогестерона.

В возникновении патологических кровотечений у беременных, рожениц и родильниц, наряду с другими факторами, большое значение придается гормональным расстройствам и нарушению обмена веществ, в частности, миометрия. Эти расстройства выражены при осложнениях беременности и родов, при наличии у беременных заболеваний внутренних органов, что говорит о необходимости своевременной коррекции нарушений гормональных, нервно-гуморальных и обменных процессов.

В профилактике акушерских кровотечений по время беременности большое значение имеет ранний охват беременных, тщательное выявление изменений функции внутренних органов, раннее выявление и лечение токсикозов беременных.

Лечебно-профилактические мероприятия при риске возникновения коагулопатического синдрома заключаются в своевременной терапии поздних токсикозов беременных, предотвращении длительного нахождения в полости матки мертвого плода, предупреждении и ранней диагностике преждевременной отслойки плаценты, рациональном ведении родов и раннего послеродового периода.

В женских консультациях показано назначать беременным с угрозой кровотечения поливитамины или витамины С, В₁, фолиевую кислоту, в стационарах - введение сухой и нативной плазмы, свежей консервированной крови, а при возникновении коагулопатического синдрома - введение ε-аминокапроновой кислоты, протаминсульфата, фибриногена и других средств. В предупреждении и лечении нарушении свертывания крови в акушерской практике имеет значение особый подход к коагулопатическим расстройствам, предложенный М. Е. Мачабели (1970).

Профилактика акушерских коагулопатических кровотечений заключается в мероприятиях, предупреждающих преждевременную отслойку плаценты, задержку мертвого плода и матке, атонию, разрывы матки. Одновременно с устранением акушерской патологии профилактически следует внутривенно вводить гепарин (до 5000 ед.). Если акушерская патология не устранена, сосуды зияют и входные ворота для тканевых оттоков открыты, то всякая гемокоагуляционная профилактика и терапия лишены смысла. Необходимо начать лечение коагулопатии специальными средствами.

Патологическая кровопотеря обычно влечет за собой колебания в содержании общего белка крови с склонностью к поддержанию в организме функционального равновесия, включая волевические параметры гемодинамики, которые при беременности имеют большое значение для определения тактики ведения беременности и родов, для выбора метода возмещения кровопотери или лечения состояний, сопровождающихся хронической анемией (Е. М. Вихляева, 1974). Поэтому при патологии беременности и угрозе кровотечения в родах могут быть использованы белковые препараты или коллоидные растворы. Инфузии полноценных белковых сред - плазмы, сыворотки и растворов альбумина - обычно способствуют восстановлению содержания белка в сыворотке, объема циркулирующей крови, устраняют гемодинамические расстройства (Г. М. Соловьев и Г. Г. Радзивил, 1973). Наблюдения С. Я. Малиновской с соавт. (1974) свидетельствуют о том, что для коррекции нарушения гемодинамики до кровопотери или при компенсированной кровопотере достаточно введения кровезаменителей.

Говоря о риске кровотечения, следует обратить внимание на возможность эстрогенной недостаточности организма женщин перед родами. В этом случае после цитологического исследования влагалищного мазка, уточнения готовности организма беременной к родам по состоянию шейки матки и ее «зрелости», а также определения функционального состояния самой матки с помощью проб к окситоцину и хлористому кальцию, следует вводить внутримышечно фолликулин. При слабости родовой деятельности, что обычно грозит кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах, следует проводить стимуляцию родов общепринятыми методами.

В зависимости от ситуации (Л. С. Персианинов и соавт., 1977) при беременности 36-40 недель рекомендуется: если шейка матки «зрелая» и нет аномалии родовых сил, родовозбуждение следует начинать в течении 6 ч с момента излития вод; если шейка матки «зрелая», но есть инфантилизм, переносная беременность, а также у первородящих старше 30 лет при тазовом предлежании плода, осложненном акушерском анамнезе, у многорожавших и часто рожавших женщин и при других отягощающих факторах родовозбуждение начинают сразу после излития вод; при «незрелой» шейке матки проводить мероприятия по подготовке к родам; способствующие «созреванию» и повышению ее возбудимости, после чего приступить к родовозбуждению. Указанная тактика - одно из важных мероприятий в предупреждении слабости родовой деятельности и патологических кровотечений в родах.

Значение экстрагенитальной патологии, в частности, инфекционного гепатита, как причины материнской и перинатальной смертности в настоящее время общеизвестно.

Нередко отсутствовало рациональное ведение беременности и родов из-за неподготовленности персонала, неосведомленности врачей-инфекционистов в сложных вопросах акушерства, а акушеров - гинекологов в сущности инфекционного гепатита. Все это приводило к неблагоприятным исходам заболевания беременных и рожениц, высокой летальности, а также недонашиваемости и мертворождаемости.

Своевременное установление степени нарушения и профилактики синдрома коагулопатий при болезни Боткина способствовали значительному снижению частоты патологических кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

Таким образом, специализированная акушерская помощь беременным и роженицам с болезнью Боткина является важным звеном в деле охраны здоровья матери и ребенка, в вопросе улучшения системы родовспоможения, снижения материнской и перинатальной смертности при этом грозном заболевании.

Одной из ведущих проблем современного акушерства является профилактика и лечение осложнений беременности и родов у многорожавших (МНР) женщин. Акушерские кровотечения наблюдались у 495 (12,62±0,53%) МНР женщин. Частота этих осложнений растет параллельно увеличению числа родов.

При коррекции нарушенного обмена веществ в организме беременных особое внимание следует обратить на питание. Полноценное белковое питание нужно рассматривать как профилактику ряда осложнений беременности и родов, в том числе и кровотечений. При неполноценном питании может развиваться гипопроотеинемия, предрасполагающая к позднему токсикозом беременных, патологической кровопотере в родах. Белки следует включить в пищевой рацион из расчета 1,5 г на 1 кг веса беременной, т. е. приблизительно 90-130 г в сутки (В. П. Михедко, 1976), необходимого для поддержания положительного азотистого баланса. Имеет значение не только количество, но и качество белков: белки животного происхождения, содержащие незаменимые аминокислоты, должны составлять не менее одной трети общего количества вводимого белка, основным источником которого являются молоко, яйца, мясо, рыба. В питании беременных с угрозой кровотечения предпочтительно следует отдать говядине (желательно, нежирной), а также печени, которая богата витамином В₁₂ и железом.

Лечебно-профилактическая подготовка к родам женщин с угрозой кровотечения должна начинаться в ранние сроки беременности. При этом лечебные мероприятия необходимо проводить под контролем биохимических исследований, с учетом состояния внутриутробного плода; они должны включать полноценную диету, кислородно-витаминную смесь и физио-психопрофилактическую подготовку к родам (Е. П. Шуйкина 1976 и др.).

Таким образом, установление причин и факторов риска кровотечения у беременных и рожениц, систематическое наблюдение за ними, оздоровление их и проведение лечебно-профилактических мероприятий - важные факторы предупреждения патологических кровотечений.

Выводы. Анализ трудов академика Закирова И.З. свидетельствует о том, что изучение причин акушерских кровотечений важно по сей день и необходим дальнейший поиск методов их устранения и профилактики.

Ведущим принципом акушерских стационаров в снижении осложнений беременности и родов как причины акушерских кровотечений для матерей и их детей важная роль принадлежит женской консультации в ранней диагностике беременности, тщательном диспансерном наблюдении за беременными с выявлением экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, с последующим их оздоровлением.

Важно проведение санитарно-просветительной работы среди женщин и рекомендации противозачаточных средств при отягощенном акушерском анамнезе и наличии заболеваний внутренних органов с целью удлинения интервала между беременностями и родами более 3 лет, а также дородовая госпитализация женщин с факторами риска развития послеродовых кровотечений, рациональное ведение родов с учетом профилактики возможных осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ ИЗ КОНТАКТА С БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ МАТЕРЬЮ

Аджаблаева Д.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В последние годы у женщин репродуктивного возраста отмечается повышение заболеваемости туберкулёзом. Беременность отрицательно влияет на течение туберкулёзного процесса, способствуя развитию острых, осложнённых, нередко генерализованных форм туберкулёза. Показатели заболеваемости у женщин, заболевших в период беременности и в первый год после родов выше, чем показатели заболеваемости туберкулёзом женского населения в целом. Несвоевременность выявления этого заболевания является причиной длительного контакта больной женщины, с членами семьи, из которых наибольшей восприимчивостью обладают дети. В 30-60% случаев туберкулёз у детей и подростков развивается в очагах туберкулёзной инфекции, где больна мать два члена семьи и более, больной - бактериовыделитель или регистрировались случаи смерти от туберкулёза. Соответственно, нами была поставлена цель – оценить эффективность применения цифровых рентгенологических технологий в раннем выявлении туберкулёза у детей из контакта больной туберкулёзом матерью.

Материалы и методы. В Булунгурском районе Самаркандской области проведено обследование 30 детей в возрасте от 1 до 14 лет, имеющих контакт с больной туберкулёзом матерью. Всем детям проводилось комплексное клиническое, лабораторное обследование, дополненное цифровой флюорографией.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных детей преобладали девочки 17 (56,7%), в возрасте 7-10 лет – 12 (70,6%). 86,0% опрошенных, соответственно, проживали в сельской местности. У большинства детей (78,1%) установлены неудовлетворительные материально-бытовые условия проживания. Из анамнеза установлено, что частыми ОРЗ бо-

леют 13 (43,3%), неврологическая патология – у 5 (16,7%), ЛОР-патология – у 4 (13,3%) детей. Оценивая уровень физического развития обследованных детей, несоответствие роста и весовых показателей наблюдается у одной трети обследованных детей. Необходимо также отметить, что контакт у большинства детей (80,0%) был с активным больным туберкулёзом и установлен при выявлении заболевания у источника инфекции. В остальных случаях дети контактировали с матерью, перенесшей туберкулёз более года назад. В связи с этим химиопрофилактика к моменту обследования была только начата, проводилась только лишь ограниченному количеству детей до 6 лет. При клиническом обследовании интоксикационный синдром (слабость, субфебрилитет, потливость, потеря массы тела) был зарегистрирован у 8 (26,7%) детей, которые связывали его наличие с простудой или ОРЗ. Бронхолёгочная симптоматика (кашель с мокротой, сухой кашель, боли в грудной клетке, одышка) выявлена у 6 (20%) детей. Состояние периферических лимфатических узлов оценивалось как II и III степени увеличения - у 12 (40%) обследованных. Анализируя лабораторные данные, установлено: наличие анемии у 20 (66,7%) детей, ускорение СОЭ и невыраженный лейкоцитоз – у 7 (23,3%). В ходе проведения цифрового флюорографического обследования детей, у 5 (16,7%) отмечены расширение корней легких с обеих сторон, у 1 (3,3%) - инфильтративные изменения в паренхиме правого легкого; эти дети в дальнейшем были госпитализированы в детское отделение СОПТД.

Выводы. Таким образом, дети из контакта с больной туберкулёзом матерью являются группой риска и требуют всестороннего обследования. В связи с недостаточным охватом туберкулинодиагностикой для раннего выявления туберкулёза, в группах детей 7-10 лет из контакта с наличием нескольких факторов риска рекомендуется проведение цифрового флюорографического исследования. Так, в группе изучаемых нами детей, туберкулёз установлен у 6 (20,0%), что в несколько раз превышает процент выявления среди детей имеющих только один фактор риска – контакт с туберкулёзным больным.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОВЫХ ПОМП У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В УЗБЕКИСТАНЕ

Азимова О.Т., Халимова З.Ю., Алимova Н.У.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр эндокринологии
МЗ РУз им. акад. Туракулова Я.Х., Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Принципиально новым и прогрессивным шагом в лечении сахарного диабета стали аппараты для непрерывной подкожной инфузии инсулина – инсулиновые помпы. До настоящего времени опыта применения инсулиновых помп в Узбекистане не было.

Цель исследования: провести оценку эффективности применения помповой инсулиновой терапии в сравнении с режимом многократных инъекций инсулина (МИИ) у беременных с сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Материал и методы исследования. Обследовано 28 беременных с СД 1 типа со сроком гестации от 12 до 38 недель. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили пациенты, которые переведены с базис-болюсной схемы инсулинотерапии человеческими инсулинами на режим многократных инъекций комбинации аналога человеческого инсулина и инсулина короткого действия. Во 2 группу включены пациенты, которые переведены на помповую инсулинотерапию и получали инсулины ультракороткого действия. В течение 6 и 9 месяцев проводился мониторинг гликемии и гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты исследования. В период наблюдения среднее колебание гликемии в 1 группе составило 6,9-8,5(±0,5) ммоль/л, в то время как во второй группе гликемический профиль варьировался в среднем пределах 10,4-12,0(±1,2) ммоль/л. Количество пациентов с уровнем глюкозы ниже 3,0 ммоль/л в первой группе составило 5% больных, а в группе пациентов находящихся на режиме многократных инъекций в комбинации аналога человеческого инсулина и инсулина короткого действия составило 12,5%. Сравнительный анализ показал, достоверное снижение гликированного гемоглобина (7,9±0,3) на 2,3% во 2 группе, по сравнению показателей беременных, находящихся на режиме МИИ (HbA1c 7,8±0,3%, снижение на 1,5%). Доля пациентов с уровнем HbA1c менее 7,5% в первой группе увеличилась с 20% до 50%, а в группе получавших помповую инсулинотерапию с 15% до 50%. Целевых значений HbA1c <7,5% достигло 50% у исследуемых в 1-й и во 2-й группах.

Выводы. Использование помповой инсулинотерапии позволяет достичь компенсации углеводного обмена у беременных с СД 1-типа за счет моделирования индивидуальных схем заместительной инсулинотерапии, которое выражается в виде снижения гликированного гемоглобина на 2,3% (у пациентов на помпе). А целевые значения гликированного гемоглобина достигали 50% у исследуемых в обеих группах, что особенно важно для предотвращения развития осложнений.

ИБН СИНОНИНГ «ТИБ ҚОНУНЛАРИ»ДА МИЖОЗ ЖИНСИЙ ҲАЁТИ ҲАҚИДА

Аллазов С.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Буюк аллома Абу Али ибн Синонинг одамларнинг жинсий ҳаёти, хусусан жинсий касалликлар (мижоз бедорликлари) ҳақидаги таълимоти унинг «Тиб қонунлари» асарининг 3-китобининг 2-жилдида батафсил келтиради. Ибн Синонинг бу масалани ёритиши билан танишганда, унинг жинсий аъзолар ҳақида тўлиқ анатомик ва гистологик тушунчаларга эга эканлигига ишонч ҳосил қилиш мумкин. «Мояклар...иккита асосий аъзолар сифатида яратилган бўлиб, уларда уруғ пайдо бўлади. Моякларнинг моддаси – без тўқимасидан иборат». У хатто бу аъзолар иннервациясини ҳам

тўлиқ ўрганган шекилли бундай ёзади «Жинсий олатга асаб толалари умуртқанинг думғаза қисмидан келади дарвоқе улар олат моддасидан унчалик чуқур жойлашмаган бўлади». Ибн Сино жинсий алоқа жараёнини жуда тўғри тасвирлайди. Уруғ мойлардан олат каналига ва (ундан) аёллар қинига тўкилади мана шу табиий қушилишдир.

Материал ва усуллар. Жинсий ҳаётга алоқадор булган мижозлар масаласида тухталиб буюк табиб мижозларнинг 8 хил турини ва хар бирининг белгиларини уша давр тушунчалари асосида хар томонлама ёритади иссик совук хул курук иссик-хул совук-курук совук-хул мижозлар. Мисол тарикасида шулардан иссик мижоз белгилари: «Олатдаги ва мойк халтасидаги томирларнинг қуришиб туриши, йугонлиги ва каттиклиги, ков ва унга яқин ерлардаги муйларнинг тез усиши, (уларнинг) дагал, куп ва зич булиши, тез балогатга етиш. Уругининг мижозини билишни хохлаган киши, аввал уз тадбирини ислох қилиб, сунг уругининг рангини курсин», йусинида тушунтириладики, олимнинг бу уриндаги табиий-фалсафий билимлари замонавий тушунчаоарга ҳамохандир.

Натижалар. Жинсий бедорликлар хусусида тухталиб, аллома айникса импотенция (жинсий заифлик) хусусида хар томонлама маълумот келтиради.

Эрекциянинг сусайиши ва уругнинг тез чиқиб кетиши (муддатидан олдинги эякуляция) каби импотенциянинг асосий синдромлари унга уша пайтлардаёқ маълум булган.

Бу уринда Ибн Синонинг одамларда жинсий ҳаёт тарзи хусусидаги билимларини оширишга эътибор берганлиги турибдики, у уша пайтдаёқ куп муддат давомида узилиб колган жинсий ҳаётни тиклаш учун босқичма-босқич чиникишнинг ахамияти устида тухталган: «Буларни аста-секин унга ургатиш керак: буларнинг олдида алоқа сабаблари ва шунга оид сузлар гапирилсин ва улар, хайвонларнинг қочирлишини курсинлар». Бу масала хозирги пайтда ҳам муаммо булиб колмоқда.

Хулоса. Шундай қилиб, Абу Али ибн Синонинг сексологик фикр-мулохазалари билан қисқача танишишнинг узи ҳам, унинг бу масалаларда нақадар чуқур билимга эга булганлигидан дарак беради. Ва шуниси айникса ахамиятлиги, унинг куп хулосаси ва таклифларини хозирги пайтда ҳам амалиётда кенг қуллаш мумкин.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ

Аллазов С.А., Аллазов Х.С., Искандаров Ю.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Доказано, что в структуре причин ятрогенных повреждений мочевых путей гинекологические операции и манипуляции составляют – 82%, хирургические и урологические операции – 4%, акушерские вмешательства – 8%, лучевая терапия – 6%. К первой группе осложнений можно отнести и осложнения, связанные с неправильным установлением ВМС и вытекающие из этого нежелательные последствия.

Имеющиеся единичные сообщения о таких урологических осложнениях ВМС, как миграция внутриматочного контрацепта в полость мочевого пузыря с вытекающими из этого отрицательных ситуаций, еще не позволяют обобщающих выводов, что явилось поводом делиться своими наблюдениями.

Материалы и методы исследования. В течении последних 5 лет (2007-2011гг) в экстренном урогинекологическом отделении СФ РНЦЭМП нами наблюдались 12 больных, у которых внутриматочные средства (в 5-х случаях петля Леппса и в 7- типа Т формы) в мочевой пузырь мигрировали в разные сроки от момента установления: в 2-х случаях через 1 год, в 6- через 2 года и в остальных 4 случаях через 2,5 года.

Результаты. Больных беспокоили выраженная дизурия, гематурия и гнойное выделение из влагалища, у 2-х больных они способствовали задержке мочеиспускания, у 5 больных мигрировавшие внутриматочные средства были обнаружены при целенаправленном обследовании по поводу симптомов нижних мочевых путей при помощи УЗИ, обзорной уроскопии (гщфии) и цистоскопии. У 2-х больных они обнаружены случайно, как «находка» при катетеризации мочеоточника и цистолитотрипсии. В последнем случае после дробления камня в поле зрения показалось ВМС, которого с большим трудом удалось удалить со стенки мочевого пузыря (типа Т формы).

Мигрировавшееся в мочевой пузырь ВМС обычно «висит» на хвостовом конце. Их удаляли цистоскопом трансуретральным путем (у 9 больных). У 2-больных ВМС удален оперативным путем: у первой после неудавшейся цистоскопической (типа Т формы) и у другой при цистолитотомии по поводу больших размеров камня. Во время операции было выявлено, что камень «висит» на ВМС, а мигрировавшая его часть находится в ядре камня.

Заключение. Во время и после манипуляций и операций по поводу мигрированных ВМС в мочевой пузырь осложнений не наблюдалось. Все они выписаны в удовлетворительном состоянии.

НЕОТЛОЖНАЯ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МИГРИРОВАННЫХ ЛИГАТУРНЫХ КАМНЯХ ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н., Кодиров С.К., Негматов К.Н., Умаров А.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В структуре причин ятрогенных повреждений мочевых путей гинекологические операции и манипуляции составляют 82%, хирургические и урологические операции - 4%, акушерские вмешательства - 8%, лучевая терапия - 6%. При сохранности целостности мочевых путей и охвате лишь их стенки, не рассасывающимся шовным материалом из-за постоянного сокращения и расслабления стенки этих органов их шовный узел начинает выползать (мигрировать) в сторону полости мочевого пузыря, и только после образования лигатурного камня и нарушения уродинамики клиническая картина становится острой и требует экстренной помощи.

В связи с редкостью подобных осложнений и недостаточным освещением их в научной литературе, а также малой осведомленностью практических врачей зачастую они обнаруживаются как находки. Иногда же больные обращаются к врачам с нарушением мочеиспускания

Материал и методы исследования. За период с 2016-го по 2020 г. в отделении экстренной урологии Самаркандского филиала РНЦЭМП мы наблюдали 22 женщин, у которых после акушерско-гинекологических операций возникли лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные симптомами нижних мочевых путей (СНМП). Последние были госпитализированы и находились под наблюдением в разные сроки от момента проведения операции: 3 - через 1 мес, 5 - через 6 мес, 4 - через 1 год и 7 - через 2 года. Лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные СНМП, установлены с помощью ультразвукового исследования, обзорной уроскопии (-графии) и цистоскопии.

При тщательном сборе анамнеза обнаружены следующие этиологические причины: у 4 женщин произведена ампутация матки, у 9 - экстирпация матки с придатками.

Результаты. Больные предъявляли жалобы на выраженную дизурию (23), гематурию (12), гнойные выделения из влагалища (6), острую задержку мочеиспускания (8), парадоксальную ишурию.

Было предпринято экстренное эндоурологическое удаление лигатурного камня путем механической цистолитотрипсии после рассечения лигатуры. Лишь у одной больной из-за больших размеров камня, фиксированного к стенке мочевого пузыря, короткой лигатуры пришлось перейти к открытой операции: эпицистолитотомии с удалением лигатуры. Во время и после нескольких эндоскопических и одной открытой операции по поводу лигатурных камней мочевого пузыря осложнений не наблюдалось.

Следует отметить, что 3 больных обратились повторно через 3 и 7 мес. с явлениями СНМП. При обследовании у них были обнаружены «рецидивы» лигатурных камней. Этим больным выполнены эндоурологическое удаление лигатуры и дробление камня.

Последнее диктует необходимость тщательной эндоскопической ревизии стенки мочевого пузыря при эндоурологическом мероприятии для обнаружения дополнительных лигатур, которые на поздних послеоперационных сроках могут оказаться причиной, так называемого рецидива лигатурных камней.

Заключение. Следует указать на усиление внимания для предупреждения охвата стенки мочевого пузыря в шовный узел с одной стороны и внимательного осмотра стенки мочевого пузыря при эндоурологическом удалении лигатурного камня с целью выявления других подобных лигатур.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ФАСЦИТОВ И БАНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б., Аллазов И.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Некротизирующий фасциит половых органов - острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перинальной области. Летальность при этом составляет 7-22%. Актуальным является своевременное дифференцирование их от банальных инфекций и проведение адекватного радикального хирургического лечения с соблюдением принципа радикальной хирургии с полным иссечением всех некротических тканей при фасциитах и адекватное лечение при банальной инфекции.

Материал и методы исследования: Обследовано 30 больных с некротизирующий фасциит половых органов и 40 больных с банальной инфекцией с включением в комплекс лечение препаратов лагохилуса. Применяли клинико-анамнестические, лабораторные, биохимические, гемокоагуляционные, инструментальные методы и изучение состояния после операционной раны.

Результаты исследования. Ретроспективное изучение по научным материалам урологических отделений, касательно применения различных способов оперативного лечения некротизирующего фасциита и банальной инфекции половых органов у мужчин показало отсутствие точных критериев диагностики и лечения этих двух патологий. Применение принципов радикальности (агрессивная хирургия) при некротизирующем фасциите способствует полноценному и адекватному лечению. В то же время при банальных инфекциях наружных половых органов (баланит, баланопостит, орхит, орхоэпидидимит и др.) можно ограничиться консервативными или при нагноении вскрытием гнояника. При возникновении обширных раневых поверхностях эффективным методом гемостаза операционной раны является обработка препаратами лагохилуса.

Заключение: Дифференцированный подход в диагностике и лечении и применение препаратов лагохилуса, как гемостатика способствует улучшению результатов радикальной хирургии при фасциите и щадящему подходу при банальной инфекции.

СТРУКТУРА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Аскарова З.З., Курбаниязова Ф.З.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Нами проведен анализ историй болезни 80 пациенток с аномальными маточными кровотечениями, получивших стационарное лечение в гинекологическом отделении 1-клиники СамМИ с января 2018 по май 2020г. Возраст женщин варьировал от 43 до 51 года, в среднем $46,9 \pm 1,6$ года. Согласно общепринятым стандартам, всем пациенткам проводи-

лось клинико-anamnestическое обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистологическое исследование эндометрия.

Результаты исследования. По данным гистологического исследования (международная классификация болезней X пересмотра) у 24(30%) диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, у 6(7,5%) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, полипы у 36(45%), у 2(2,5%) на фоне железистой гиперплазии был обнаружен субмукозная миома, атипичная гиперплазия эндометрия у 7(8,75%). гиперплазия эндометрия и эндометрит у 6(7,5%), полипы и эндометрит у 10(12,5%). У 36 пациенток верифицированы изолированные полипы: железистый - у 25, фиброзный - у 7, железисто-фиброзный - у 4. Гистологически диагностированы железистый полипоз эндометрия - у 3(3,75%) пациенток. Все перечисленные соскобы эндометрия доброкачественного характера диагностированы у 71(88,75%) пациенток. К сожалению у остальной части обследованных 9(11,25%), с патологией эндометрия в перименопаузе выявлена различная злокачественная патология эндометрия, у 7(8,75%) атипичная гиперплазия эндометрия, а в двух (2,5%) наблюдении рак эндометрия.

Выводы. Таким образом, анализ показал, что по результатам гистологического исследования в перименопаузе преобладают доброкачественные процессы эндометрия 88,75%. Злокачественные процессы эндометрия диагностированы в 11,25% наблюдений. Наиболее информативным методом обследования женщин с АМК в период перименопаузы является диагностическое выскабливание полости матки, по заключениям которых разрабатывается план ведения больных.

АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНОВОМУ ПЕПТИДУ (ANTI-CCP) ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ЮИА)

Атаева Д.Р., Сулейманов А.С.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Доказано, что антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду, IgG, – в настоящее время один из самых информативных маркеров раннего ревматоидного артрита. Аутоантиген, содержащих цитруллин, стало революцией в детской кардиоревматологии последнего времени. Реакция цитруллинирования привлекла повышенное внимание ревматологов, поскольку у больных с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) выявляются аутоантитела, направленные против белков, содержащих цит-руллин. Основываясь на этих данных, был разработан доступный для клинической практики метод иммунофлуорисцентного определения антител к цитруллинсодержащим белкам, в котором в качестве антигенной субстанции используется синтетический циклический цитруллинированный пептид (ЦЦП).

Цель. Оценка информативности ANTI-CCP по сравнению со стандартными методами диагностики ЮИА.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование 36 детей с ЮИА Ташкентской Медицинской Академии, в отделении детской кардионефрологии. Возраст детей был от 9 до 16 лет. Первую группу составляли 20 детей и им проводились инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, Рентгенография суставов и лабораторные методы исследования: серологический анализ на ANTI-CCP, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Вторую группу составляли 16 детей и им проводились стандартные методы диагностики кроме ANTI-CCP. Цельная кровь больных детей отправляли в лабораторию в течение часа для диагностики ANTI-CCP иммунохемилюминисцентным методом на аппарате Abbot Architect 2000i.

Результаты исследования. Установлено, что по результатам исследования в первой группе повышение ANTI-CCP >17 Ед/мл зарегистрировано у 18 (90%) пациентов, во второй группе возможно было зафиксировать повышение ANTI-CCP >17 Ед/мл всего лишь у 5 (31.25%) детей. Анализ полученных результатов обследуемых детей первой группы свидетельствует о более значительном повышении ANTI-CCP в течении дня по сравнению со второй группы.

Выводы. В настоящее время самый перспективный маркер раннего ревматоидного артрита - ANTI-CCP. Чувствительность теста на ANTI-CCP при ЮИА составляет 79%, специфичность теста составляет 87%. АЦЦП относятся преимущественно к классу IgG и обнаруживаются в крови на самых ранних стадиях заболевания ревматоидным артритом. Для контроля за эффективностью терапии ревматоидного артрита данный анализ нецелесообразен, так как на фоне применения большинства базисных и симптоматических препаратов не происходит достоверного снижения уровня ANTI-CCP. ANTI-CCP появляются в сыворотке крови за 1,5 года до появления симптомов ревматоидного артрита.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ахтамова Н.А., Худоярова Д.Р., Тиляева М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Воспалительным заболеваниям органов малого таза присущи определенные особенности, которые следует учитывать при выборе лечебной тактики сочетание гинекологических заболеваний с соматической экстрагенитальной патологией, в том числе с синдромом взаимного отягощения; высокая частота психоневрологических расстройств преимущественно депрессивного характера; преобладание в клинической картине стойкого болевого синдрома; существенная роль нарушений венозного компонента гемодинамики (синдром венозного застоя в малом тазу); широкая распространенность эндокринных нарушений, чаще всего – прогестерон дефицитных состояний и гормонозависимых образований органов репродуктивной системы. Вследствие таких отягощающих моментов лечение должно положительно влиять не только на основное, но и на сопутствующие заболевания и не оказывать отрицательного воздействия на состояние функциональных систем, вовлеченных в патологический процесс. Появление в последние годы новых лечеб-

ных физических средств расширяет возможности их дифференцированного использования. Это требует разработки соответствующих лечебных методик и клинических критериев выбора фактора, доступных широкой практике.

Цель исследования: повысить эффективность восстановительной физиотерапии женщин с хроническим воспалением тазовых органов путем индивидуализации и интенсификации воздействий.

Материал и методы: Обследовано 150 больных (средний возраст 26,3 ± 1,6 лет) с хроническим эндометритом и/или сальпингоофоритом (средняя продолжительность 4,2 ± 1,2 года) в периоде стойкой ремиссии и синдромом перитонеальных тазовых спаек. До, в процессе и после лечения всем женщинам проводили оценку эндокринной функции яичников, ультразвуковое исследование тазовых органов, реографию сосудистого бассейна малого таза, доплерографию сосудов матки и яичников, психологическое и вегетативное тестирование.

Результаты исследования: У обследованных больных до лечения выявлены все особенности основного заболевания, указанные выше. По оригинальным методикам в качестве монофакторного воздействия использовали низкоинтенсивное лазерное излучение, электроимпульсное поле низкой частоты. Процедуры проводили ежедневно, в интенсивном режиме – 3 раза в день. После курса восстановительной физиотерапии болеутоление отмечено у 88% женщин, улучшение психоэмоционального состояния – у 86%, дефибрирующий эффект – у 82%, нормализация эндокринной функции яичников – у 68%, у 34,7% больных, страдавших бесплодием, наступила маточная беременность. Электротерапия приводила к увеличению венозного оттока, но лишь после 30 процедур; на фоне физиолечения венозный отток нормализовался уже после 20 процедур, причем одновременно улучшилась эластичность сосудистой стенки.

Вывод: Таким образом, индивидуализация воздействия за счет указанного дифференцированного подбора физического фактора и адекватная интенсификация восстановительной физиотерапии позволяют добиться выраженного клинического эффекта и существенно сократить продолжительность лечения. Последнее обстоятельство имеет особое значение в условиях страховой медицины.

ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОПИЕЙ

Бабаев С.А., Кадирова А.М., Хамрокулов С.Б., Бабаев С.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Миопия занимает второе место среди всех болезней глаз у женщин фертильного возраста, из них 7-18% имеют миопию высокой степени, нередко приводящую к слабовидению и слепоте. По статистике в 10 – 30 % случаях у беременных с миопией высокой степени проводится операция кесарева сечения.

Целью исследования явилось изучение особенностей миопии у беременных женщин и тактика офтальмолога при этой патологии.

Материал и методы исследования. В 1-й клинике СамГМИ клиническому обследованию подлежали 20 беременных женщин, страдающих миопией слабой - 5, средней - 6 и высокой степени – 9 в. Эти больные находились под диспансерным наблюдением. Возраст перворожениц находился в пределах 18-26 лет (в среднем 22 года). Всем пациентам проводили обследование по стандартной методике, которое включало визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, обратную и прямую офтальмоскопию, офтальмоскопию с помощью линзы Гольдмана, тонометрию, периметрию, ультразвуковое исследование в режиме А–В сканирования, рефрактометрию.

Результаты исследования. При обследовании всех женщин выявлено, что 60% из них страдают различной экстрагенитальной патологией. Артериальная гипертензия была выявлена у 5 женщин, пиелонефрит - у 3, патология эндокринной системы - у 3, варикозное расширение вен у 1 женщины.

Распространенность миопии оказалась неодинаковой в различных возрастных группах. В возрастной группе 18-20 лет она была выявлена у 4, 21-24 лет - у 10 и 25-26 лет - у 6 женщин. Миопия слабой степени наблюдалась у 5 больных, средняя – у 6, высокая степень миопии - у 9. Острота зрения без коррекции находилась в пределах 0,09-0,3. С полной очковой коррекцией она равнялась 1,0 у беременных, страдающих миопией слабой и средней степени., в среднем 0,5 – у беременных с миопией высокой степени, что связано с рефракционной амблиопией или дистрофическими изменениями сетчатки и сосудистой оболочки. При офтальмотонометрии тонометром Маклакова, а также путем пневмотонометрии мы не обнаружили повышенного офтальмотонуса как во время физиологической беременности, так и при осложненном ее течении (токсикоза беременных). Показатели внутриглазного давления у всех обследованных были в пределах нормы от 15 до 22 (в среднем 18, 5 мм. рт. ст.). При прямой и обратной офтальмоскопии глазное дно исследовалось в условиях максимального лекарственного мидриаза. У беременных женщин, страдающих миопией слабой и средней степени, картина глазного дна была в пределах возрастной нормы. Беременным женщинам, страдающие миопией высокой степени, для исключения периферических витреохориоретинальных дистрофий, кроме обычной прямой и обратной офтальмоскопии, проводилась биомикроскопоофтальмоскопия с помощью линзы Гольдмана. При этом у 4 беременных была выявлена периферическая витреохориоретинальная дистрофия, у 1 - миопический конус. При ультразвуковом исследовании в режиме А у беременных с миопией слабой степени, переднезадняя ось (ПЗО) миопических глаз находилась в пределах 23,8 – 24,2 мм (в среднем 23,9 мм), у беременных с миопией средней степени – в пределах 24,2-25,8 мм (в среднем 24,7 мм). При динамическом наблюдении за период беременности переднезадняя ось не удлинилась ни в одном случае. При ультразвуковом исследовании в В режиме патологических изменений со стороны стекловидного тела и сетчатки глаз не выявлено. Переднезадний размер миопических глаз беременных с высокой миопией находился в пределах 25,9-27,2 мм (в среднем 26,2 мм), при исследовании в В режиме обнаружена отслойка передней пограничной мембраны стекловидного тела в 2 случаях, разжижение и дистрофия стекловидного тела – у 3 беременных.

Заклучение. При обнаружении патологических изменений со стороны стекловидного тела и сетчатки, необходимо родоразрешение путем операции кесарево сечения, в остальных случаях родоразрешение осуществляется естественными родовыми путями.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Бабаджанова Ф.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. По данным зарубежных авторов, около 50 % случаев женского бесплодия связано с той или иной формой эндометриоза, поэтому понимание патофизиологического течения этого заболевания крайне важно для доктора, который занимается лечением бесплодия. Интересен тот факт, что регистрация значительного количества случаев эндометриоза началась с 80-х годов XIX в. Причина такого явления - развитие эндоскопической хирургии и УЗИ, которое позволило визуализировать не только гетеротопии большого размера, но и малые формы эндометриоза, небольшие эндометриозидные очаги, находящиеся в ткани яичника, миометрии и полости матки. В 2013 году был принят новый консенсус по ведению пациенток с эндометриозом. Если ранее приоритет отдавался хирургическому лечению - удалению гетеротопических очагов, то в новом консенсусе на первое место выступает консервативное лечение длительностью в 6 месяцев, а в случае его неэффективности по согласованию с пациенткой следует прибегнуть к оперативному лечению во вторую очередь.

Цель исследования. Определить факторы, способные улучшить репродуктивный потенциал пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием.

Материал и методы. В исследование были включены 53 пациентки с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, которым была выполнена лапароскопия с лечебно-диагностической целью. Критериями исключения были сочетанные формы бесплодия, эндометриоз с прорастанием слизистой оболочки прямой кишки, возраст старше 35 лет. Лапароскопию проводили после детального клинико-лабораторного обследования, включавшего определение гормонального профиля, контроль овуляции, ультразвуковое исследование органов малого таза, обследование супруга. Во время лапароскопии у пациенток с эндометриозными кистами яичников производили резекцию яичников в пределах здоровой ткани. В послеоперационном периоде 16 пациенткам была назначена прегравидарная терапия: диеногест с целью снижения уровня эстрогенов, дидрогестерон для коррекции недостаточности лютеиновой фазы, низкомолекулярные гепарины для улучшения внутриматочного кровообращения.

Результаты исследования. В течение года после лапароскопии беременность наступила у 22 (38%) женщин. Факторами, повышавшими вероятность беременности, были возраст моложе 32 лет, длительность бесплодия менее 3 лет и прегравидарная подготовка. Наличие двусторонних эндометриозных кист яичников достоверно снижало шанс наступления беременности. Наиболее эффективной в послеоперационном периоде была комбинация гестагенов и низкомолекулярных гепаринов.

Заклучение. Лапароскопическое удаление эндометриозных очагов способствует преодолению эндометриоз-ассоциированного бесплодия у пациенток репродуктивного возраста. Наиболее значимыми предикторами наступления беременности после оперативного лечения являются возраст пациенток менее 32 лет, длительность бесплодия менее 3 лет, отсутствие двустороннего поражения яичников, назначение прегравидарной подготовки, которая должна быть направлена на адаптацию сосудистой системы матки к беременности.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бахадирова Ш.Ф., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Бесплодие - это неспособность забеременеть после регулярного незащищенного полового акта в течение одного года. В настоящее время тревожное количество женщин во всем мире страдают от бесплодия. Уровень бесплодия среди женатых людей составлял 6% в Америке, 10–15% в Англии, 15% в Австралии и 10–15% в Японии. По оценкам, в Узбекистане у 15–20% пар диагностируется бесплодие. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) в настоящее время является одним из последних вариантов лечения бесплодия в качестве вспомогательной репродуктивной технологии. С 1978 г. он стал широко распространенным методом лечения бесплодных пар. ЭКО - инвазивный и дорогостоящий процесс. По оценкам, частота наступления беременности при применении ЭКО составляет 30–35% во всем мире. На вероятность успеха ЭКО могут влиять многие факторы, такие как возраст женщины, сопутствующие заболевания и опыт врача. Лечение ЭКО также требует больших затрат для государственных финансов и пациентов. Следовательно, очень важно повысить успешность ЭКО для улучшения исходов рождения здоровых детей.

Цель работы: изучить перинатальные исходы детей, рожденных после применения экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы исследования. Это исследование проводилось в период с декабря 2017 года по январь 2018 года в медицинской клинике «Доктор Шахноза файз», Ташкент.

Результаты исследования. С декабря 2017 года по январь 2018 года в амбулаторной клинике гинекологии в поисках ЭКО посетили 19 женщин с необъяснимым бесплодием. После ЭКО положительный бета-ХГЧ был обнаружен в 63 % (n = 12). В формировании здоровья ребенка решающее значение имеет здоровье и возраст матери. Средний возраст матерей экстракорпоральное оплодотворение составил 35,8±4,9 года. Родоразрешение проходило путем планового ке-

сареево сечение 42% (n= 5), срочные самостоятельные роды – 50 % (n=6), преждевременные роды 0,8 % (n=1). Одноплодные 83% (n=10), двойня 8% (n=1), тройня 8% (n=1). Средняя масса тела при рождении детей составила 2612±134 г. Оценка по шкале Апгар при рождении на первой минуте жизни у детей составила 6,3±0,97 балла, на пятой минуте жизни – 7,2±0,4 и 8,7±0,7 балла. Антропометрические данные при рождении соответствовали гестационному возрасту только у 10 (83,3 %).

Вывод: Состояние здоровья детей первого года жизни зависит от состояния здоровья матери, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, условий внутриутробного развития, срока гестации, степени зрелости на момент родов. Улучшение состояния их здоровья зависит от качества подготовки женщины к беременности, ведения беременности и пролонгированного наблюдения детей в течение раннего детского возраста.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Бозоров А.Г., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И., Оripова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Неспецифический вагинит нетрансмиссионное заболевание влагалища, вызванное условно-патогенными микроорганизмами (эшерихии, энтерококки, коринебактерии, стрептококки, стафилококки и др.), которые может привести к излитием околоплодных вод. Преждевременное и дородовое излитие околоплодных вод тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертностью, а так же риском гнойно-септических осложнений матери.

Цель исследования. Изучить роль неспецифического вагинита в развитие дородового и преждевременного излитие околоплодных вод.

Материал и методы исследования. Среди пациенток с ПИОВ многие имеют отягощенный гинекологический и соматический анамнез (вагиниты с различными этиологиями, бактериальные вагинозы, кандидоз, заболевания мочевыводящей системы, такие как пиелонефрит, мочекаменная болезнь (МКБ), цистит и др.), вредные привычки (наркотическую и никотиновую зависимость), профессиональные вредности, отягощенную наследственность. Для решения поставленных задач проведено ретроспективные анализы у 106 беременных, роды у которых осложнились с ПИОВ в сроках от 22-36 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2018-2019 года. С помощью соматических, акушерско-гинекологических анамнезами, которые были статистически обработаны, клинко-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне отягощенных гинекологических и соматических заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. У 86 (81,1%) беременных с ПИОВ был отягощенный гинекологический анамнез. В структуре гинекологических заболеваний у 11(10%) была бактериальный вагиноз, 31(30%), Микс(ассоциации), 16(15%) кандидоз, другая этиология 5(4,7%), заболевания мочевыводящей системы, такие как пиелонефрит, мочекаменная болезнь, цистит.

Выводы. Отягощенный гинекологический и соматический анамнез имели 81,1% беременных. Наиболее частой патологией среды обследованных были: неспецифическое вагините у 36,8%, а также заболевания мочевыделительной системы – у 10,4% (пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь).

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОК ПОСТМЕНОПАУЗЫ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Бреусенко В.Г., Есипова И.А., Овчинникова А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. До сих пор рак эндометрия занимает лидирующее место среди онкологических заболеваний в постменопаузе. Факторами, предшествующими его развитию, являются фоновые гиперпластические процессы эндометрия, зачастую рецидивирующие. Методом выбора лечения рецидивирующих ГПЭ в постменопаузе, является экстирпация матки с придатками. Однако, в этой группе пациенток максимально выражена сопутствующая экстрагенитальная патология, создающая ограничения выбора метода лечения из-за колоссальных сочетанных хирургическо - анестезиологических рисков. Назначение гормональных препаратов в данной группе пациентов также подразумевает высокий риск развития побочных эффектов и тромбозмболических осложнений, зачастую неоправдан. В связи с чем продолжается поиск наиболее приемлемого альтернативного органосохраняющего внутриматочного метода лечения как профилактики развития рака эндометрия.

Материал и методы исследования: Проведен ретро- и проспективный анализ историй 325 пациенток периода постменопаузы в возрасте от 56 до 82 лет с ГПЭ, в том числе рецидивирующего характера с выраженной экстрагенитальной патологией в период с 2005 до 2020 год. В зависимости от вида проведенного лечения они были разделены на 3 группы. I и II – проведена лазерная и микроволновая абляция эндометрия (ЛА, МА). В III группе произведена тотальная электрохирургическая биполярная гистерорезекция эндометрия (ТЦРЭ). Результаты гистологического исследования во всех группах наблюдения стали: железистофиброзные полипы у 24 %, железистые полипы 14%, простая гиперплазия эндометрия 24 %, сочетание ГЭ и ЖФП 32 %, очаговая ГЭ на фоне атрофии эндометрия у 4 %, кистозная атрофия эндометрия на фоне кровотечения у 4%.

Результаты исследования. Произведено сравнение методик с определением преимуществ и недостатков их технического выполнения. Оценена эффективность органосохраняющих методик лечения: ЛАЭ -98%, МАЭ - 100%, тотальной ТЦРЭ - 99%.

Заключение: Разработанные и предложенные нами критерии оценки эффективности методик (клинические, гистероскопические и ультразвуковые) подтверждают не только высокую их эффективность и целесообразность применения, но и безопасность выполнения и применения в широкой практике с целью снижения риска развития рака у эндометрия у пациенток, которым выполнение радикальных объемов сопряжено с риском для жизни.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОРИТН С ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Ганиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Целью исследования явилось определение эффективности применения препарата сурфактанта «Куросурф» у новорожденных с тяжелым повреждением легких. Поражение легких у новорожденных - самая частая причина заболеваемости и смертности новорожденных детей. Нередко заболевание протекает по схеме РДС - пневмония - БЛД.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование у 58 новорожденных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (2 этап оказания реанимационно-интенсивной помощи новорожденным). Состояние у 90 % детей при поступлении расценено как крайне тяжелое, у 10 % - как тяжелое. Тяжесть состояния определялась полиорганными нарушениями. У всех новорожденных ведущими в клинической картине были симптомы дыхательной недостаточности тяжелой степени, что требовало проведение ИВЛ. Верификация диагноза проводилась на основании совокупности клинических и рентгенологических данных. В комплекс лечебных мероприятий входило создание оптимального температурного режима, влажности, проведение респираторной терапии (традиционной ИВЛ в режиме CMV респиратор Servo I), инфузионной, кардиотонической терапии, частичного парентерального, энтерального питания, антибактериальной и посиндромной терапии. В динамике проводилось исследование газов крови, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ головного мозга, мониторинг пульсоксиметрии, неинвазивного измерения АД, периферической температуры тела, контроль диуреза. Анализ крови на определение КОС (анализатор ABL 800 Radiometer) проводился через 1, 6, 12, 24 часа после введения куросурфа, затем по мере необходимости. Одновременно фиксировались параметры ИВЛ (PIP, PEEP, MAP, FiO₂). Рентгенография органов грудной клетки проводилась через 1 час после введения препарата и затем через 1 сутки и далее по показаниям. Раствор препарата «Куросурф» готовили непосредственно перед применением, следуя инструкции. Стартовая доза у недоношенных детей соответствовала 100-150-200 мг/кг. Повторное введение потребовалось 7 пациентам с пневмонией. Детям с САМ вводилась доза 100 мг/кг.

Результаты исследования. Клиническая эффективность применения «Куросурфа» оценивалась по улучшению аускультативной и рентгенологической картины в легких. Отмечалось снижение длительности пребывания больных новорожденных на ИВЛ, длительность пребывания в ОРИТН и развития осложнений основного заболевания. Пациенты с пневмонией быстрее снимались с ИВЛ и в последующем переводились на НСРАР. У доношенных детей с САМ тяжелой степени экстубация проводилась через 5 суток, в последующем спонтанное дыхание было адекватным, что позволило перевести этих пациентов ОПН. Развитие ранних осложнений при применении сурфактанта «Куросурф» таких как: синдром утечки воздуха, периинтравентрикулярное кровоизлияние, легочное кровотечение не отмечалось ни в одном случае. Катамнез детей обследованных в данном исследовании находится в стадии изучения.

Выводы. В результате установлено, что отсроченное лечебное введение сурфактанта «Куросурф» у недоношенных новорожденных с РДС, пневмонией, БЛД, у детей с САМ привело к снижению длительности нахождения на ИВЛ, пребывания в ОРИТН. «Куросурф» является эффективным препаратом при лечении синдрома аспирации мекония, пневмонии, что требует проведения дальнейших исследований.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г.¹, Санакулов А.Б.²

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Доказано, что бронхиальная астма (БА) - наиболее частое хроническое заболевание у детей, имеющее высокую медикосоциальную значимость. За последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно выросла. Несмотря на значительные успехи клинической фармакологии, лечение БА и на сегодняшний день остается сложной задачей.

Целью исследования являлось определение биохимических маркеров со стороны соединительной ткани, которые могли бы служить для прогнозирования тяжести заболевания и развития осложнений у детей с БА и клиническими проявлениями ДСТ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 45 больных детей с БА в возрасте от 5 до 16 лет. Среди исследованных детей 63 % составляли мальчики. Больше всего детей по возрастным факторам относились к младшему и старшему школьному возрасту - 44 % (20) и 34 % (15) соответственно. Группу контроля составили 25 детей. Для оценки состояния обмена соединительной ткани определялась экскреция метаболитов соединительной ткани – оксипролина и

уроновой кислоты в суточной пробе мочи. В сыворотке крови определялись общие глюкозаминогликаны (сумма всех фракций) и их фракции (ГАГ 1–хондроитин-6-сульфат, ГАГ 2–хондроитин-4-сульфат, ГАГ 3–высокосульфатированные ГАГ: кератинсульфат, германансульфат, гепарансульфат, гепарин). В процессе проведения исследования также 43 были использованы анамнестические и общеклинические методы обследования.

Результаты исследования и обсуждения. У обследованных больных всех групп независимо от тяжести БА отмечено снижение содержания фракции общих ГАГ в сравнении с показателями детей группы контроля: БА легкое персистирующее течение - 9.1(8.7; 10.7), БА средней степени тяжести - 9.55 (7.4; 12.35), БА с тяжелым течением - 9.9 (9.45; 11.1), группа контроля 12.39 (11.96;12.72). Наиболее значимая разница зафиксирована с ГАГ 2-й фракции и ГАГ 3-й фракции. ГАГ 2-фракции у детей с легким течением БА- 2.0 (1.4; 1.9), у детей со среднетяжелым течением БА -1.65 (1.55; 3.3), с тяжелым течением БА - 1.95 (1.75; 2.8), соответственно $p < 0,05$. Для сравнения, у детей из группы контроля ГАГ 2 составили 3.98 (3.75; 4.19). ГАГ 3-й фракции у детей с легким течением БА1.5 (1.1; 1.9), у детей со среднетяжелым течением БА - 1.35 (1.1; 1.7), с тяжелым течением БА - 1.45 (1.25; 1.7), у детей группы контроля - 2.9 (2.72; 3.03), $p < 0,05$. Определяя корреляционные взаимосвязи между метаболитами распада коллагена, такими как оксипролин и уроновые кислоты у детей с БА и, при сопоставлении этих показателей с группой контроля, найдены достоверные различия, только с оксипролином. У детей с легким течением БА – 54.0 (49.0; 68.01), БА со среднетяжелым течением – 61.0 (47.5; 80.5), БА с тяжелым течением – 73.0 (53.0; 76.0), $p < 0,05$. Наиболее высокие показатели экскретируемого количества оксипролина отмечалось у детей с тяжелым течением БА, соответственно, наименьшие показатели имели дети с легким течением БА. Значительных отклонений в показателях уроновых кислот у всех обследованных групп не отмечено.

Выводы. Наличие клинических признаков СТД, наряду со снижением показателей общих ГАГ а также ГАГ 2-й фракции у детей с БА, является неблагоприятным фактором для формирования более выраженного бронхообструктивного синдрома при обострении болезни. Оксипролин в суточной экскреции мочи, являющийся маркером распада коллагена, в большей степени отражает метаболические процессы в соединительной ткани у детей с БА, протекающей на фоне ДСТ в сравнении с уроновыми кислотами и может служить маркером тяжести воспалительного процесса.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г.¹, Санакулов А.Б.²

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Кашель – один из самых распространенных симптомов в практике врача-педиатра. Это неспецифический симптом, который сопровождает очень многие заболевания, и поиск причины, вызвавшей кашель, при отсутствии диагностического алгоритма может быть сложным и длительным. Кашель – уникальный защитный механизм, который, подобно мукоцилиарному клиренсу, обеспечивает эвакуацию секрета и патологических агентов из дыхательных путей, препятствуя тем самым нарушению проходимости последних. Иницируют кашлевой рефлекс периферические кашлевые рецепторы, которые расположены на протяжении всего респираторного тракта.

Цель: разработка методов оптимальной диагностики синдрома длительного кашля у детей. Материалы и методы исследования. Дизайн – проспективное обследование 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, поступивших с жалобами на длительный кашель, включающее ПЦР мокроты на атипичные возбудители, цитологию мокроты, определение общего IgE, ФГДС, ЭКГ, УЗИ сердца, РЭГ, КИГ, ЭХО-ЭС, рентгенографию органов грудной клетки, придаточных пазух носа и осмотры ЛОР-врача, невролога. Результаты исследования: Установлено отсутствие гендерных различий, преобладание детей в возрасте от 4 - 7 лет. Длительность кашля от 2 недель до 6 месяцев. Кашель был влажным, неэффективным (64%), сухим (36%), постоянным в 59,5%, утренним, дневным, ночным – в 8,5%, 17% и 15% случаев соответственно. В 76,6% случаев дети поступали в удовлетворительном состоянии с синдромом бронхиальной обструкции в 32% случаев. В легких выявляли жесткое дыхание, диффузные, сухие и свистящие хрипы. Отмечался умеренный лейкоцитоз – 10-15х10⁹/л (12,8%), повышение СОЭ до 20 мм/ час (40%). По данным цитологии мокроты в 40% случаев выявлен бактериальный процесс. ЛОР-патология (синусит, аденоидит) регистрировалась в 53%, рефлюкс-эзофагит – в 25,5% случаев. По данным ФВД выявлен обструктивный тип нарушений в 17,8%, рестриктивный – в 28,5% случаев. Общий IgE повышен у 60% детей. Рентгенологически выявлены усиление легочного рисунка и корней легких в 76,6%, очаговые изменения – в 14,9% случаев. В 8,5% случаев выявлен микоплазмоз, в 2,1% – хламидофилёз.

Выводы. Установлена нозологическая структура причин кашля: болезни органов дыхания в 64%, патология ЛОР-органов в 32%, ГЭРБ в 25,5%, сочетанные причины кашля в 32% случаев. Разработан дифференциально-диагностический алгоритм длительного кашля у детей, позволяющий своевременно верифицировать диагноз и проводить оптимальную терапию.

СОЧЕТАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Нарзуллаев Х.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. С нашей точки зрения, в гинекологии, как и в хирургии, рационально признать понятие симультанного вмешательства тогда, когда операции как один эпизод проводятся одновременно или последовательно на разных органах по поводу разных заболеваний, будь то гинекологических или в сочетании с хирургическими, которые не объединены

одним патологическим процессом и которые сами по себе требуют отдельного вмешательства независимо от локализации патологического процесса.

Материалы исследования: В Самаркандском Областном Центре эндохирургии и в 3- родильном комплексе Самарканда за период 2015–2020 года 40 больным произведены симультанные операции при полном и неполном выпадении матки и хроническом калькулезном холецистите. Средний возраст больных составил $38,6 \pm 6,6$.

Результаты исследования. При хроническом калькулезном холецистите использовалась стандартная методика лапароскопической холецистэктомии: по нижнему краю пупочного кольца производится лапароцентез длиной до 1 см. Иглой Вереща в брюшную полость инфулируется CO_2 газ, создаётся пневмоперитонеум с доведением давления до 15 мм рт.ст., после чего вводится 10 мм троакаром с последующим введением 10 мм лапароскопа. После вхождения в брюшную полость вводятся дополнительные два 5 мм и один 10 мм троакары в правом подреберье по передней подмышечной, средней ключичной и срединной линии. Затем выделялись L-образным монополярным коагулятором пузырьные проток и артерия, на которые накладывались титановые клипсы.

После завершения лапароскопической холецистэктомии приступали к трансвагинальной экстирпации матки. Показанием к проведению этой операций было полное и неполное выпадение матки, а также недержание мочи при напряжении, выпадение стенок влагалища. Многие гинекологи недооценивают влагалищную гистерэктомию и избегают делать её, потому что они убеждены, что все то же самое можно сделать лучше и безопаснее при абдоминальном подходе. Гинеколог, имеющий опыт влагалищных операций, хорошо представляет себе анатомию оперируемого участка и видит его не менее ясно, чем при абдоминальных операциях. Опирируя на уходящих вглубь органах он может делать это даже с большей точностью, чем при абдоминальных операциях. Операцию начинали с введения сосудосуживающего раствора для уменьшения кровоточивости тканей влагалища. После этого переднюю губу шейки матки захватывали пулевыми щипцами, матку оттягивали кзади. Производили циркулярный разрез через все слои влагалища, на расстоянии примерно 3 см от наружного зева матки скальпелем. Подтягивая матку к симфизу обнажали прямокишечно-маточное пространство тупфером и вскрывали ножницами и поочередно лигировали левую и правую крестцово-маточную связку. После этих манипуляций матка становилась подвижнее и с помощью ножниц вскрывали *plica vesico-uterina*. При этом, с целью предупреждения ранения мочевого пузыря ножницы держали перпендикулярно к матке. Затем последовательно перевязывали пересекали маточные артерии, круглую связку и воронко-тазовые связки.

Заключение: Таким образом, при высоком профессионализме и накопленном опыте операторов, а также высококвалифицированном анестезиолого-реанимационном обеспечении симультанные операции в хирургии и гинекологии лапароскопическим и трансвагинальными доступами могут занять достойное место в практике отделений, поскольку при соблюдении вышеперечисленных условий не представляют большой опасности для больных, способствует сокращению пребывания на койке и снижению дней нетрудоспособности.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Гафуров Ж.М.

Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Оценить качество жизни пациенток перенесших sling-операции по коррекции стрессового недержания мочи у женщин.

Материалы и методы исследования. Для оценки качества жизни у 181-ой пациентки перенесших sling-операции по коррекции стрессового недержания мочи использовали два специальных опросника: Urogenital Distress Inventory (UDI-6) и Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7).

Результаты исследования: В первом опроснике Urogenital Distress Inventory (UDI-6) пациентки отвечали на вопросы и по сумме баллов оценивали расстройства мочеиспускания. До операции качество жизни у пациенток с СНМ было отмечено оценено практически неудовлетворительным и было одинаковым в обеих группах: в среднем в 13,8 балла и 14,3 балла. Через 1 месяц после операции состояние пациенток значительно улучшилось - в 3,2 раза и 3,9 раз и составило 4,3 и 3,7 балла соответственно. Через 6 месяцев в группах, перенесших sling-операции, отмечалось выздоровление и балльная оценка качества жизни составила 1,1 и 0 баллов.

В опроснике - анкете Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) пациентки отвечали на вопросы и по сумме баллов оценивали качество жизни до и после операции.

По данным опросника IIQ-7 до операции качество жизни пациентки с СНМ оценили в 18,7 и 19,8 балла, разница показателей была недостоверной ($p > 0,05$). После операции состояние женщин улучшилось в 3,6 и 4,5 раз, оценена в группе пациенток, перенесших TVT-O, в 5,2 балла, а в группе после коррекции СНМ минислингом ЖМ- в 4,4 балла ($p > 0,05$). Через 6 месяцев после операции жалоб у пациенток практически не было, балльная оценка составила 1,3 и 0 баллов. При использовании данных этих опросников О.Б. Лоран и соавт. [2015] к концу первого месяца после всех вариантов оперативного лечения отмечали достоверное улучшение показателя по обоим опросникам ($p < 0,05$), которое достигло еще более выраженного значения к 6-му месяцу после операции ($p < 0,05$). Эффективность лечения, согласно объективным критериям, составила 92,2, 93,3, 91,4 и 92,5% после операций TVT, TVT-O Gynecare, TVT-O Monarch и TVT Secur соответственно, Эффективность лечения, согласно объективным критериям, составила 98,9% и 100,0% после TVT-O и модификации соответственно. Отмеченная нами по данным специальных опросников положительная динамика была подтверждена в аналогичные сроки также с помощью дневника мочеиспускания.

Заключение: Таким образом, малоинвазивные sling-операции показали высокую эффективность в коррекции стрессового недержания мочи, а использованные специальные опросники проявили себя как надежный инструмент оценки состояния пациенток после проведенного лечения. Наши данные согласуются с выводами наиболее крупных исследований последних лет в этой области [Касян 2013, Р. Madhuvrata 2012, А. Mostafa 2014, О.Б.Лоран и соавт 2015].

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ GESTАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Глазовская О.В.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет
Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение. Несмотря на многочисленные исследования последнего десятилетия по проблеме гестационного сахарного диабета, до настоящего времени не выработана оптимальная тактика ведения беременных с данной патологией. Целью работы был анализ исходов беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом в зависимости от того, посещала или нет пациентка специализированные занятия для беременных с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль 200 случаев родоразрешения пациенток с диагнозом гестационный сахарный диабет по материалам женской консультации ГБУЗ ГКБ № 29 им. Н.Э.Баумана за период 2019-2020 гг. Основную (I) группу составили 100 женщин с установленным диагнозом гестационного сахарного диабета, прошедшие обучение на специализированных курсах, регулярно наблюдающиеся акушером-гинекологом и эндокринологом; группу контроля (II) – 100 женщин с диагнозом гестационного сахарного диабета, не прошедшие обучение на специализированных курсах по причине отказа, или не наблюдавшиеся в женской консультации, диагноз которым был поставлен на момент родоразрешения. Критериями включения в исследование были одноплодная беременность, головное предлежание плода, срок гестации 37-41 неделя. Диагноз гестационного сахарного диабета устанавливался в соответствии с клиническими протоколами. Специализированные курсы по гестационному сахарному диабету включали 5 занятий по разъяснению образа жизни, питания, особенностям течения беременности и родоразрешения при гестационном сахарном диабете, мастер-класс по составлению недельного рациона питания, дополнительные обследования углеводного обмена, 2-3 осмотра эндокринолога для коррекции терапии. Статистическая обработка результатов проведена с использованием лицензионного пакета программ StatSoft Statistica 6.1 (лицензия № VXXR006BO92218 FAN11) методами описательной статистики. Для оценки различий использовали t-критерий Стьюдента для несвязанных совокупностей. Различия между показателями в разных группах считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в I группе у 12%, во II – у 14%, $p=0,675$; многоводием соответственно у 5 и 15%, $p=0,019$; преэклампсией – у 7 и 27%, $p<0,001$; инфекцией мочевыводящих путей – у 8 и 25%, $p=0,002$; инфекцией влагалища – у 18 и 45%, $p<0,001$. Уровень глюкозы крови матери на момент родоразрешения в I группе составил $4,1\pm 0,7$ ммоль/л, во II – $4,9\pm 0,8$ ммоль/л, $p=0,452$; уровень гликированного гемоглобина соответственно $5,7\pm 0,1$ и $6,5\pm 0,3\%$, $p=0,012$. В I группе средний срок беременности на момент родоразрешения составил $268,2\pm 3$ дня, в группе контроля – $276,3\pm 3$ дня, $p=0,057$. При этом в I группе индуцированные роды зарегистрированы в 56% случаев, во II – в 16%, $p<0,001$. Родами через естественные родовые пути в I группе завершились 82% беременностей, во II – 71%, $p=0,067$; кесаревым сечением соответственно 18% и 29%, $p=0,067$. Средняя масса плода в I группе составила 3670 ± 210 г, во II – 3850 ± 156 г, $p=0,492$, при этом процент плодов свыше 4000г в I группе составил 12%, во II – 27%, $p=0,008$. Дистоция плечевого пояса наблюдалась в I группе в 1 случае, во II – в 5 случаях, $p=0,098$. Перинатальной смертности не было зафиксировано. Среди осложнений неонатального периода были зарегистрированы: гипогликемия в I группе у 2 детей, во II – у 8 детей, $p=0,052$; респираторный дистресс-синдром соответственно у 1 и 4 детей, $p=0,175$; травматизм (паралич Эрба) – в I группе не зарегистрирован, во II – у 2 детей, $p=0,156$.

Заключение: Таким образом, можно сказать, что исходы беременности и родов для матери и плода при гестационном сахарном диабете можно улучшить, в том числе, при активном участии женщины в процессе вынашивания беременности и осознанном отношении к материнству.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Даминова М.Х., Сайфиев Х.Х., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении нефропатий, почти у 25% пациентов продолжается их прогрессирование, что приводит к изменению качества жизни. Цель исследования. Выявить патогенетическую роль молекул повреждения почек и нарушений тубулярных функций при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите (ХТИН) у детей с учётом формы заболевания.

Материал и методы исследования. В зависимости от клинической формы почечной патологии все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 52 (43%) детей с рецидивирующим ХТИН (рХТИН) и 2 группа 68(57%) больных с латентным ХТИН (лХТИН).

Результаты исследования. Необходимо отметить, что у больных с рХТИН выявлены более значительные сдвиги осмотического концентрирования мочи, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), протеинурии, мочевины, креатинина в

крови и в моче, чем у детей с ЛХТИН, где отмечена относительно выраженная гематурия, что подтверждает ведущую роль асептического воспалительного процесса в изменении тубулоинтерстициальной ткани при нарушениях функций почек, в том числе гломерулярных. У больных с рХТИН, в стадии обострения, наблюдаются более выраженные нарушения функционального состояния почек (снижение СКФ, осмолярности мочи, суточного диуреза), при этом, выраженность этих нарушений зависит от формы и степени активности патологического процесса. У больных рХТИН отмечаются более выраженные изменения показателей эндогенной интоксикации (ЭИ), которые нашли отражение в уменьшении общей концентрации альбумина (ОКА), эффективной концентрации альбумина (ЭКА), связывающей способности альбумина (ССА) и стабильном повышении индекса токсичности (ИТ), а также в повышении молекул повреждения почек (МПП) и ОКА в моче, что определяет важность данного диагностикума.

Заключение. У больных рХТИН отмечаются более выраженные изменения показателей ЭИ, которые нашли отражение в уменьшении ОКА, ЭКА, ССА и стабильном повышении содержания ИТ, а также в повышении МПП и ОКА в моче, что определяет важность данного диагностикума.

СИНДРОМ ПОСЛЕАБОРТНОГО ОЖИРЕНИЯ

Дехконова Д.В.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

Введение. Многие женщины, перенесшие абортное вмешательство, жалуются на неожиданное увеличение массы тела, причем у многих это увеличение происходит без изменения привычек питания.

Материалы и методы исследования. Изучение профилактики и коррекции последствий метаболических нарушений. Как известно, аборт – один из сильнейших стрессов для организма, и по последним исследовательским данным тоже является причиной расстройства обмена веществ (метаболического синдрома), приводит к срыву “ гормонального фона”.

Развиться этот синдром может 60-70% женщин после аборта, так много женщин имеют факторы риска по ожирению в нашей популяции.

Результаты исследования. Метаболический синдром комплексное понятие и включает в себя не только набор веса, а также повышение уровня холестерина, триглицеридов, артериального давления, даже сахара крови. Часто развиваются и дислипидемические расстройства : нарушение чувства аппетита терморегуляции, жажды, тревожное и ситуационное расстройство. Данные нарушения естественно приводят и к гормональному дисбалансу повышению уровня ФСГ, пролактина, ДГА-С(мужского гормона), снижению уровня эстрадиола и прогестерона. Также повышается уровень гормона стресса – кортизола, как следствие может наблюдаться повышение розовых растяжек по телу. Нарушается менструальный цикл, может развиваться хроническая ановуляция. В тоже время экотоксиканты, техногенные факторы, ослабление защитных сил организма и психоэмоциональные перегрузки, которые сопровождают жизнь каждой женщины, также ухудшают течение восстановительного периода после искусственного аборта.

Выводы. На сегодняшний день методы профилактики развития метаболического синдрома после искусственного метода прерывания беременности представлены в ограниченном количестве. Остается открытым вопрос коррекции метаболических нарушений. Рекомендуемые схемы лечения включают редуциционную диету, разработку комплекса физических упражнений, поведенческую терапию, медикаментозное лечение. При данном синдроме требуется наблюдение гинеколога, эндокринолога в течение года.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Орипова Ш.А., Насридинова Ш.И., Хайдарова Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. В декабре 2019 года группа необъяснимых случаев пневмонии была обнаружена в городе Ухань провинции Хубэй. Экспертная группа определила патоген как новый тип коронавируса (COVID-19), аналогичный коронавирусу тяжелого острого респираторного синдрома человека (SARS-CoV) и коронавирусу ближневосточного респираторного синдрома (Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома, MERS-CoV). COVID-19 - это РНК-вирус, обернутый белком нуклеокапсида. Он очень заразен, в основном передается через капли и при тесном контакте. Всемирная организация здравоохранения объявила продолжающуюся вспышку новой коронавирусной пневмонии (COVID-19) глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения. В Узбекистане первый зарегистрированный случай 6 марта 2020 года. В настоящее время, на момент описания этой статьи в Узбекистане зарегистрировано 65765 случаев COVID-19 с положительным тестом и 2289 смертей.

Материалы и методы исследования. По состоянию на 4 сентября 2020 года плацентарные ткани беременных женщин с диагнозом COVID-19 были собраны из Каганского родильного комплекса Бухарской области и отправлено в патологоанатомическое бюро Бухарской области. Результаты исследования. Все 19 пациентки были госпитализированы в третьем триместре беременности для лечения и наблюдения за состоянием пациенток. У всех пациенток был обнаружен положительный результат теста на нуклеиновую кислоту вируса COVID-19 из мазка из горла, а у одной был подтвержден клинический результат. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял $28,5 \pm 1,5$ лет. У трех пациенток были легкие симптомы пневмонии COVID-19. 1 случай пренатальной лихорадки со стеснением в груди, 2 случая послеродовой лихорадки, 3 пациента не имели клинических симптомов, таких как боль в горле, боль в груди, одышка и усталость. При исследовании морфологических особенностей плаценты выявлено несколько отклонений. При ис-

следовании морфологических особенностей последа выявлено, что масса плаценты у беременных с COVID-19 была несколько больше (от 350,0 до 690,0±0,2 г, в среднем 589,0±0,5 г). Объем плаценты колебался от 420 до 655 см³ (среднее значение 503 см³). В основном при рождении детей с гипоксическим синдромом в плаценте матерей обнаруживались очаги кровоизлияний и некроза. Также было выявлено, увеличение васкуляризации, обусловленная гиперплазией (расширением) капилляров, что, как известно, является характерным компенсаторным механизмом, обеспечивающим развитие плода. Во всех случаях не было явного хориоамнионита, не было четкого образования телец-включений вируса; никаких аномалий в пуповине и мембранах под микроскопом, никаких тромбозов в кровеносных сосудах пуповины и никаких ясных ядросодержащих красных кровяных телец в сосудах ворсинок. Заключение. Таким образом, в этом исследовании было сообщено о 9 случаях патологии плаценты с инфекцией COVID-19 в третьем триместре беременности. В настоящее время прямых доказательств вертикальной передачи инфекции от матери к плоду в третьем триместре беременности не обнаружено. В то же время текущих данных и информации о материнстве, связанных с COVID-19, все еще очень не хватает, и размер клинической выборки необходимо увеличить для дальнейшего анализа.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Насриддинова Ш.И.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. В последние годы все больше внимания уделяется изучению роли тромбофилических состояний как в развитии акушерских осложнений, так и тромбозмобилических осложнений. Проведенный анализ многих исследований позволил выделить тромбофилии в самостоятельную группу причин невынашивания беременности. По данным разных авторов роль тромбофилии в структуре причин синдрома потери плода составляет 40–75 %. Среди приобретенных форм тромбофилии самой распространенной остается антифосфолипидный синдром (АФС). С началом бурного развития клинической гемостазиологии и иммунологии в 80-90 гг. XX века один за другим были открыты ряд генетических форм тромбофилии, включая мутацию FV Leiden, мутацию протромбина G20210A, полиморфизмы генов, контролирующей систему фибринолиза: PAI-1, 4G/5G, полиморфизмы тканевого активатора плазминогена t-PA I/D, фибриногена-455 A/G, фактора XII и т.д. По причине тромбофилии происходит до 55% репродуктивных потерь. Термин «тромбофилия» впервые был введен в 1965 году для описания тенденции к венозным тромбозам в одной из норвежских семей с дефицитом антифосфолипидного синдрома в период пандемии COVID-19. Цель. Изучить спектр антифосфолипидных антител у пациенток с антифосфолипидным синдромом в период пандемии COVID-19. Методы исследования. Было обследовано 30 пациенток с антифосфолипидным синдромом и 19 беременных перенесших коронавирусную инфекцию, пролеченные в Бухарских и Каганских родильных домах. Контрольную группу составили 15 женщин с физиологическим течением беременности обратившихся в Бухарский городской родильный комплекс. Результаты исследования. Все 30 обследованные пациентки, у которых была диагностирована инфекция COVID-19 и антифосфолипидный синдром в анамнезе, находились в третьем триместре беременности. У 16 пациенток главным симптомом была лихорадка без значительной лейкопении и лимфопении и у 14 пациенток были выявлены антифосфолипидный синдром. По состоянию на 25 сентября 2020 года ни у одной из 19 женщин болезнь не прогрессировала до тяжелой болезни и не умерли (все пациентки были вылечены и выписаны). Исследование лабораторных данных в динамике беременности у пациенток с АФС и COVID-19, показали, что уровни концентрации гемоглобина и количества эритроцитов были достоверно выше и являются компенсаторно-приспособительной реакцией организма матери. У всех обследованных пациенток имела место анемия: Hb – 84,2±1,3% при пониженных значениях Hb на 7,7%. Отмечена склонность к тромбоцитопении, ускорение СОЭ на 33,1%, лейкоцитозу. Учитывая высокую значимость COVID-19 и антифосфолипидного синдрома как возникновения фактора риска ТЭО, у этих женщин была изучена система свертывания крови, с наличием Д-димеров, ферритина. При исследовании системы гемостаза были выявлены некоторые отклонения: у беременных с COVID-19 наблюдались более выраженные нарушения коагуляционного звена гемостаза по сравнению с контрольной группой. Несмотря на легкое течение заболевания, изменение в системе гемостаза были достоверно выше (P<0,01). Выводы. Беременных, перенесших COVID-19, и женщин с антифосфолипидным синдромом необходимо относить в группу риска по развитию ПН и проводить своевременную профилактику ПН. Коррекция нарушений в системе гемостаза у беременных с тромбофилией и COVID-19 в период формирования плаценты до завершения инвазии трофобласта необходима не только для пролонгирования беременности, но и для профилактики отдаленных осложнений беременности (тяжелых форм преэклампсии, плацентарной недостаточности, синдрома ограничения роста плода).

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В РЕСПУБЛИКЕ ПРИ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ

Жаббаров У.У.

Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан

Введение. среди иммунологически обусловленных осложнений беременности ведущее место занимает резус-сенсibilизация, следствием которой является гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБП и ГБН) [Yousuf R., 2012]. Частота встречаемости резус иммунизации в США с 6 случаев на 1000 живорождений и приблизительно 750 случаев ежегодно регистрируется во Франции [Moise KJ, 2012]. Частота резус-иммунизации оценивается 15–17% среди людей европейского и североамериканского происхождения. Это падает до 3–8% у людей африкан-

ского и индийского происхождения. В азиатских популяциях, RhD негативность может составлять всего 0,1–0,3% населения [Zipursky A, 2015]. ГБП диагностируется приблизительно у 0,6% новорожденных, при этом частота развития резус-иммунизации за последние годы не демонстрирует существенной тенденции к снижению (Delaney M., 2015). Показатели перинатальной смертности при ГБП остаются высокими и составляют 15-16% (Crowther S., 2013). Проблема развития ГБП в Узбекистане обусловлена тем, что в отсутствие обязательной гос. программы проведения иммуно-профилактики у женщин, высокого паритета родов среди женщин, отсутствие развитие фетальной хирургии. Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ данных Министерства Здравоохранения РУз по заболеваемости новорожденных с гемолитической болезнью за последние 3 года с 2016-2018гг., и анализ исходов беременности у женщин с резус-отрицательной кровью за 2019-2020гг. в Республиканском Перинатальном центре (РПЦ). Результаты исследования: В масштабах страны в 2016 году у 1238 (0,17%) новорожденных, в 2017 году у 1616 (0,23%) новорожденных, а в 2018 году у 2044 (0,28%) новорожденных зарегистрировано ГБН. Как в процентном отношении, так и в абсолютных цифрах идет тенденция к росту заболеваемости, несмотря на проводимую иммунопрофилактику резус-иммунизации. Относительно весовой категории родившихся младенцев прослежена следующая тенденция: если в 2016-2017 годах заболеваемость встречалась в весовой категории 2500,0г и более, то по итогам 2018 года частота заболеваемости гемолитической болезнью новорожденных наблюдалась больше среди новорожденных, вес которых варьировался от 1500 до 2499 грамм. В структуре перинатальной заболеваемости цифры также растут. Так, в 2016 году ГБН занимала 1,6 % от общей нозологии, в 2017 году 2,1%, в 2018 году эта цифра достигла 2,6%. В РПЦ за прошедшие 2 года произошло 10640 родов. Из них 650 женщин (6,1%) были беременные с резус-отрицательной кровью. Возраст беременных составил от 20 до 44 лет. Все 650 женщины были разделены на 3-группы. В 1-ю группу были включены 149 (23,0%) женщины родивших детей с резус-отрицательной принадлежностью крови. Группа-2 представлена 422 (65,0%) женщинами, родившими детей с резус-положительной принадлежностью крови, но без резус-иммунизации, и в 3-ей группе были 78 (12,0%) женщин с резус-иммунизацией родивших детей с ГБН. Заключение: В масштабах страны за последние 3 года частота заболеваемости новорожденных гемолитической болезнью возросла. И эта проблема должна оставаться актуальной для перинатологов нашей страны. Частота встречаемости ГБН в стране за год составляет 0,28%, тогда как в РПЦ эта цифра в 2,5 раза больше и составила 0,73% из всех родившихся. Развитие ГБП и ГБН при резус-иммунизации среди резус отрицательных беременных составила 12,0% случаев.

ЧАСТОТА РЕЦИДИВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Завкибекова Т.К., Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Киста яичников - это доброкачественное образование яичника, которое относится к опухолевидным процессам и возникает вследствие накопления секрета в ткани яичника. Одной из важных проблем современной медицины и акушерства и гинекологии считается ранняя диагностика и лечение опухолей яичников. В настоящее время рак яичников занимает первое место по смертности, третье место – по распространенности среди других опухолей женской половой сферы и седьмое место в ряду злокачественных опухолей всех локализаций. К сожалению, менее 30% от всех случаев рака яичников диагностируется на стадии I/II по классификации ФИГО. Материалы и методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование в отделении гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП за период 2017 - 2020 гг. Результаты исследования. За 3-летний период с 2017 по 2019 год из 7006 медицинских карт нашего учреждения был идентифицирован 814 пациенток с диагнозом новообразований яичников, и это в среднем составляет 11,6% из общего числа гинекологических заболеваний. Средний возраст пациенток в нашем исследовании составлял 31,8 года (от 13 до 72 лет), большинство из них (60,83%) относились к группе репродуктивного возраста. Основными жалобами пациенток было боль в животе (67,1%), а также в 32,9% случаев новообразований яичника были обнаружены случайно при визуализации или выполненной по другим причинам. Боль в животе при кисте возникла из-за увеличения кисты у 96 пациентов, перекрут кистыяичника отмечен у 78 пациентов, кровотечение - у 4 пациентов, разрыв кисты - у 125 пациента. Лечение рецидива новообразований яичников (консервативный метод и/или тип хирургического вмешательства) во многом зависело от возраста пациенток, репродуктивного статуса, а также типом новообразований, ее размерами и локализацией. В нашем исследовании из 814 случаев новообразований яичников, 408 пациентам (50,1%) проведено хирургическое вмешательство, аналогично к оперативным методам лечение 406 пациенток (49,1%) проходили повторный консервативный метод лечения, которое зависело от размеров, локализации кист и возраста пациенток. Однако рецидив кист яичников после консервативной терапии встречался часто по сравнению с хирургическим методом лечения (26,4%). Рецидив новообразований придатков после оперативных вмешательств составлял 16,2% случаев. Из всех пациенток с новообразованием яичников 84,3% пациентов прошли лапароскопию, 13,72% - открытые операции и 1,96% - вагинально. В частности проводилось цистэктомия и электрокоагуляция с ушиванием яичника 69,1% и 58,2% случаев соответственно. Вылущивание кисты проводилось в 21,1% случаев, а 27,77% пациентов прошли аднексэктомиию. Выводы. Таким образом, его часто ошибочно диагностируют как аппендицит и мочеточниковую колику, и пациента могут поместить в хирургическое отделение. Поскольку это неотложная хирургическая операция, очень важен высокий индекс подозрительности. Необходимо изучить роль выжидательной тактики при параовариальной кисте. Лапароскопический доступ возможен во всех случаях. В каждом случае следует рассматривать возможность операции по сохранению фертильности. Лапароскопическая цистэктомия технически проще и не требует много времени.

**НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО
СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

Закирова Б.И., Лим М.В., Азимова К.Т., Алланазаров А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Неуклонный рост бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей раннего возраста является одной из серьезных проблем педиатрии в связи с его широкой распространенностью среди детского населения. В детском возрасте острая бронхиальная обструкция является ургентным состоянием и требует оказания неотложной помощи. Лечение синдрома бронхиальной обструкции у детей различного возраста нередко сложны и требуют от врача клинического мышления и современных знаний. Целью исследования явилась оценка эффективности неинвазивной терапии с помощью небулайзерной ингаляции декосаном у детей с острой бронхообструкцией. Материалы и методы исследования. Обследованы 106 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с бронхообструктивным синдромом, находившиеся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. В I группу вошли 50 больных, получавшие традиционную терапию, в качестве муколитической терапии пациенты получали амброксол перорально. II группу составили 56 больных, получавшие небулайзерные ингаляции с декосаном в дозе по 1 мл 2 раза в день. Тяжесть бронхообструкции оценивалась в баллах по таблице W. Tal в зависимости от тяжести экспираторной одышки и выраженности цианоза. Клиническая картина дыхательной недостаточности (ДН) сопоставлялась с результатами исследований PO_2 , PCO_2 , SO_2 (сатурации кислорода) капиллярной крови до и после небулайзерной терапии с декосаном. Результаты исследования. К критериям госпитализации больных включены: возраст больного до 3 месяцев, неблагоприятный преморбидный фон, наличие сопутствующих заболеваний, оценка по шкале RDAI ≥ 4 баллов, оценка по шкале СШО ≥ 5 баллов, риск развития осложненного течения заболевания, неэффективность лечения в домашних условиях в течение первых трех суток. Больные поступали в отделение на $2,8 \pm 0,5$ день заболевания. Небулайзерную терапию с декосаном пациенты получали с первого дня госпитализации до полного купирования БОС. Ингаляционная терапия проводилась 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. В I группе на 3 день госпитализации БОС тяжелой степени (9–12 баллов по W.Tal) держался у 12-24,0% больных, средней степени тяжести (5–8 баллов) - у 27-54,0% детей и легкой степени (2–4 балла) – в 11-22,0% случаях. Во II группе у больных, получавших небулайзерную терапию, уже в первый день после второй ингаляции, тяжелый БОС наблюдался у 7-12,5% детей, средней тяжести - у 19-33,9% больных и легкий БОС имелся в 30-53,6% случаях. У больных II группы положительная динамика симптомов ДН была более выраженной и купировалась при использовании небулайзерной терапии декосаном. При поступлении у детей мокрота отходила тяжело при различной степени выраженности кашля, а начиная с 3 дня муколитической терапии, у большинства (72-67,9%) пациентов отмечалась положительная динамика отхождения мокроты - кашель стал «продуктивным». Исчезновение кашлевого рефлекса во II группе наблюдалось в среднем на $1,3 \pm 0,1$ дня раньше, чем в I-й группе. Сравнительный анализ групп показал достоверное ($P < 0,05$) преимущество небулайзерного применения декосана над пероральным приемом амброксола, проявившееся в среднем на 3 день наблюдения. Так, значительное уменьшение интенсивности кашля наблюдалось с $3,7 \pm 0,5$ дня стационарного лечения. При этом, эффективность применения ингаляционной небулайзерной терапии с декосаном в сравнении с пероральным применением амброксола достоверно наблюдалась на 3,5 день заболевания (в I-й группе - $1,8 \pm 0,3$ балла, во II-й группе - $1,2 \pm 0,2$ балла; $P < 0,01$), и на 4,9 день ($1,3 \pm 0,2$ и $0,9 \pm 0,3$ баллов соответственно $P < 0,01$). Изучение динамики показателей СШО показало, что у пациентов II-й группы, получавших декосан через небулайзер наблюдался более выраженный клинико-лабораторный эффект, в сравнении с пациентами I-й группы. Достоверная разница в улучшении клинических симптомов дыхательной недостаточности и обструкции наблюдалась в среднем с 4 дня терапии, достигая своего пика на 5 день ($P < 0,01$), что связано с тем, что декосан способствует уменьшению отека слизистой в бронхах среднего и мелкого калибра. Применение декосана в качестве небулайзерных ингаляций в комплекс проводимого традиционного лечения привело к достоверному снижению длительности оксигенотерапии, сокращению стационарного лечения больных в среднем на 0,9 койко-дней у пациентов II-группы по сравнению с пациентами, получавшими амброксол перорально ($P < 0,001$). При использовании декосана не наблюдалось неблагоприятных побочных эффектов, что соответствовало достаточному уровню безопасности препарата. Выводы. Небулайзерные ингаляции декосаном являясь современным неинвазивным и эффективным методом комплексной терапии острой бронхообструкции у детей, способствуют улучшению проходимости дыхательных путей, уменьшению интенсивности и длительности кашля, снижению вязкости мокроты, сокращению длительности оксигенотерапии и сроков стационарного лечения. Внедрение широкого применения небулайзерных ингаляций декосаном купирует бронхообструкцию и предупреждает развитие жизнеугрожающих состояний (дыхательной недостаточности), что поможет практическим врачам оказать неотложную и эффективную помощь больным детям.

**ОЦЕНИТЬ РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И РАЗРАБОТАТЬ
СХЕМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ЕГО ПРИМЕНЕНИЕМ**

Икрамова Х.С., Матризаева Г.Дж.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. Изучение показателей мелатонина у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ является перспективным направлением, что позволяет более точно определить тактики лечения у женщин с СПКЯ с различным фенотипом. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения мелатонина у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в качестве дополнительного диагностического критерия для постановки диагноза и определения даль-

нейшей тактики ведения. Материалы и методы исследования. При выполнении работы было обследовано 90 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ. 60 женщин составили основную группу, которые были обследованы по поводу бесплодия. Вторая группа (группа контроля) состояла из здоровых женщин без нарушений менструального цикла ($n=30$).

Результаты исследования: Большим СПКЯ предлагалось выбрать среди всех причин нарушений сна главную. Самой частой причиной оказался стресс (55%), далее шли ночная или суточная работа, учеба в ночные часы (29%), жизненные события составили 10% и 6% – другие причины. По результатам анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна пациентки с СПЯ статистически значимо отличались от группы контроля по уровню патологических отклонений ($p = 0,0040$) – при наличии СПЯ эти нарушения встречались чаще.

Гормональные параметры. Выявлена общая тенденция к повышению концентрации ЛГ у пациенток с СПКЯ, при этом показатели ФСГ значимо не отличались по подгруппам, а уровень тестостерона был повышен в обеих группах СПЯ. Уровень АМГ оказался статистически значимо выше в обеих группах СПЯ при сравнении с контролем, а ИМТ не влиял на показатели. Мы оценили уровень мелатонина в крови у женщин группы контроля (наличие подтвержденной овуляции): показатель более 51,2 пг/мл не встречался ни у одной участницы. В дальнейшем мы оценили наличие овуляции у пациенток с уровнем мелатонина более 51,2 пг/мл. Только в 15% случаев овуляция отсутствовала при уровне мелатонина более 51,2 пг/мл, у остальных больных, несмотря на условно принятый за нормальный уровень мелатонина, регистрировалась ановуляция.

Заключение: Частота сомнологических нарушений у пациенток с СПКЯ (42.2%) превышала таковую среди женщин группы контроля (10%). При распределении больных в зависимости от фенотипа статистически значимые отклонения были обнаружены в подгруппах классического и овуляторного вариантов, причем в первой подгруппе изменения были наиболее выражены. По данным анкетирования женщины с СПКЯ имели худший сомнологический профиль по сравнению с контрольной группой не зависимо от ИМТ. На развитие ановуляции при СПЯ влияет нарушение взаимосвязи мелатонина, определяемого в крови, и мелатонина яичников, а также гиперандрогения и повышенный уровень АМГ (коррелирует с уровнем мелатонина в крови). Синтетический аналог мелатонина в комбинированной терапии СПЯ позволяет в 2,7 раза повысить эффективность консервативной терапии и преодолеть кломифен-резистентность в циклах стимуляции овуляции.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Иноятходжаева И.Х., Хайдарова Ф.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии
им. акад. Я.Х. Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Введение. Сахарный диабет 2 типа на сегодняшний день является классическим примером коморбидной патологии. По данным различных авторов заболевания органов желудочно-кишечного тракта встречаются у пациентов с сахарным диабетом в 30-75 % случаев. Заболевания органов пищеварительной системы могут, в свою очередь, изменять течение сахарного диабета, утяжелять прогноз заболевания, снижать приверженность пациентов к лечению. Большинство исследований показали более высокую распространенность диабетического гастропареза у женщин, чем у мужчин. Причины преобладания женщин остаются не до конца изученными. Одним из факторов может быть влияние прогестерона на опорожнение желудка, так же, как и его влияние на сократительную способность матки. Кроме того, аутоиммунные заболевания, которое ассоциируется с гастропарезом, чаще встречается у женщин.

Цель исследования: изучить моторно-эвакуаторную функцию желудка, структуру соматической патологии со стороны органов пищеварения у женщин с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 144 женщин с сахарным диабетом 2 типа. Длительность диабета колебалась от 2 лет до 25 лет ($9,41 \pm 5,59$ года). Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от давности диабета. Клинико-метаболическая компенсация диабета ($HbA1c < 7\%$) наблюдалась у 20 человек (13,6%), декомпенсация углеводного обмена – у 124 человек (86,4%). Лабильное течение сахарного диабета (ежедневные гипогликемии) наблюдалось у 15 человек (11,36%) Для выявления симптомов гастропареза использовался опросник GCSI. Для выявления соматической патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта учитывались данные анамнеза, амбулаторных карт пациентов, проводилось комплексное обследование органов пищеварительной системы, включающее в себя фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение: Комплексное и целенаправленное обследование 144 женщин с сахарным диабетом 2 типа показало большую распространенность патологии органов желудочно-кишечного тракта. Среди выявленных заболеваний органов пищеварения преобладала патология поджелудочной железы и гепатобилиарной системы. На втором месте оказались заболевания гастродуоденальной зоны. Анализ клинических данных показал, что только 22 пациентки (15,9%) не предъявляли никаких жалоб со стороны органов пищеварения. Большинство пациентов сахарным диабетом 2 типа предъявляли многочисленные жалобы на желудочную, кишечную диспепсию и боли в различных отделах передней брюшной стенке. Превалировали жалобы на изжогу ($z=1,144$, $p=0,253$), боли в правом подреберье ($z=0,113$, $p=0,910$) и диарея ($z=-0,183$, $p=0,855$). По данным опросника GCSI Диспепсия легкой степени (1-11 баллов) диагностирована у 75 пациента, диспепсия средней степени тяжести (12-22 балла) – у 43 пациента. Тяжелой степени диспепсии (23-33 балла) была выявлена у 4 пациенток.

Вывод: в ходе статистического анализа мы получили взаимосвязь между качеством компенсации диабета и проявлениями симптомов, связанных с органами пищеварения, а также проявлениями нарушений моторно-эвакуаторной

функцией желудка и распространенностью гипогликемий. Таким образом, сочетанное течение гастроэнтерологической и эндокринной патологии является актуальной темой для современной медицины и в настоящее время.

УРОВЕНЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ирбутаева Л.Т., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель работы: Изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 детей, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих, госпитализированные в ДГБ №1 г. Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови.

Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А.Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М.

Результаты исследования. Установлено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания. При анализе полученных данных детей распределили на 3 группы: 1 группа - у 20% отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени, 2 группа - у 26,6% острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени, 3 группа - 53,3% – ОРВИ, осложненной диареей и анемия 1 степени. Результаты исследования показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет - $79,6 \pm 0,7\%$, у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$. Индекс фагоцитоза в 1 группе составил $3,06 \pm 0,98$, во 2 группе – $3,8 \pm 0,40$, а в 3 группе – $2,01 \pm 0,91$.

Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов.

Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. У больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20.

Выводы. Таким образом, при очень низком уровне неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей, заболевания верхних дыхательных путей часто осложняются диареей. В таких случаях, необходимо повысить уровень неспецифических факторов защиты организма при помощи иммуностимуляторов.

СОСТОЯНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Исламов Т.Ш., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Одно из важных мест в патологии детского возраста занимают воспалительные заболевания мочевой системы, среди которых особое внимание заслуживают различные формы гломерулонефрита. Наиболее постоянным симптомом гломерулонефрита (ГН) у детей является гематурия, которая может быть ведущим, единственным проявлением болезни. Вопросы острого гломерулонефрита (ОГН) были предметом обсуждения ряда конференций, публикаций последних лет.

Целью настоящей работы явилось изучение клинико-лабораторных особенностей течения первичного и вторичного ГН у детей.

Материалы и методы исследования. Всего больных острыми нефритами было 70, из них – с вторичным гломерулонефритом (ВГН) - 35, первичным ГН (ПГН) - 35. Больные острым ГН обследованы в период развернутых клинических проявлений и в динамике.

Всем больным проводилось клинико - лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, определение в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, остаточного азота, мочевины, креатинина, холестерина, сывороточных трансаминаз, СКФ.

Результаты исследования. Функции почек на момент обследования были сохранены у 8 детей. У 10 (55,6%) - отмечалось снижение осмотического концентрирования (средний уровень $1016,8 \pm 0,29$), средний уровень клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина у этих детей составил $76,6 \pm 1,48$ мл/мин. У 7 детей с ограничением функций был проведен ретроспективный анализ историй болезни. К моменту обследования они имели благоприятный клинический тип. Средний уровень ОК у них был $1016,71 \pm 0,36$, КФ - $75,29 \pm 1,78$ мл/мин. При этом показатели активности нефритического синдрома у больных 1 и 2 групп (протеинурия, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, гиперглобулинемия) также не имели достоверных различий. Таким образом, у детей с ОГН наиболее частым оказалось сочетанное снижение осмотического концентрирования и клубочковой фильтрации. По мере нарастания тяжести заболевания отме-

чено прогрессирование функциональных нарушений. Оно выражалось как в снижении уровня ОК и КФ, так и в увеличении общего числа детей с ограничением ренальных функций и процента больных с сочетанными функциональными нарушениями. Ренальные дисфункции обнаруживались, главным образом, в присутствии прогностически неблагоприятных типов. Воспалительный процесс влиял на осмотическое концентрирование и клубочковую фильтрацию уже в ранний период заболевания. Влияние неблагоприятных клинического и морфологического типов проявлялось, главным образом, при ВГН.

Заключение. 1. Установлено, что наличие значимой протеинурии и канальцевых нарушений в дебюте ГН указывает на неблагоприятное прогностическое значение. 2. Подчеркнута необходимость длительного нефрологического наблюдения из-за волнообразного течения вторичного ГН.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмоилов Ж.М., Амонова Г.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Среди проблем практической медицины одно из первых мест по-прежнему занимает неразвивающаяся беременность. Суммарная частота неразвивающихся беременностей по данным авторов достигает до 10-15 % всех беременностей. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся аборт – гибель эмбриона на раннем сроке беременности с длительной задержкой его в полости матки, что создаёт опасность для организма матери. Учитывая эти данные, изучение морфологических особенностей неразвивающейся беременности остается актуальной проблемой.

Материал и методы исследования. Мы решили провести морфологический анализ материалов, поступивших в патологоанатомическое отделение первой клиники Самаркандского мединститута с диагнозом неразвивающаяся беременность. Для реализации этой цели нами исследованы соскобы матки 68 женщин при неразвивающейся беременности. Материал фиксировали в формалине, заливали в парафин и готовили срезы, которых окрашивали гематоксилин - эозином.

Результаты исследования. Поступивший материал соскобов и сопроводительные диагнозы тщательно анализировали по стационарным картам женщин. Больные распределены на 2 подгруппы. В первую подгруппу включены 44 больных, у которых в анамнезе отмечались неоднократные воспалительные процессы. Во вторую подгруппу включены 24 больных, в анамнезе у которых установлены дисгормональные метропатии. У 31 женщин (71,5%) из 44 в анамнезе имеется указание на 2 и более неразвивающиеся беременности. При микроскопическом исследовании материала соскоба матки этих больных установлен острый и хронический эндометрит. Острый эндометрит выявлен у 13 (30 %) женщин. У них обнаружены лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация в толще эндометрия, уплотнение эпителиоцитов, выявлены тромбы в капиллярах и некроз сосудистой стенки. Клеточные инфильтраты распространяются между рядами децидуальных клеток, вызывая дистрофические изменения и некроз стромы эндометрия. Отмечается полнокровие сосудов и кровоизлияние в строме. Хронический эндометрит диагностирован у 31 (70%) больных. Морфологическая картина характеризуется лимфоцитарной инфильтрацией вокруг эндометриальных желез с тенденцией к фибробластической трансформации, частичной деструкцией эпителиоцитов желез и отсутствием секрета в них, гибелью децидуальных клеток, отеком и инфильтрацией спиральных артерий.

Морфологические изменения у 24(35%) женщин второй подгруппы с наличием дисгормональных изменений в анамнезе, проявляются выраженным истончением эпителия слизистой, рыхлым распределением стромальных клеток, запустением кровеносных сосудов, гипосекрецией незрелых желез и атрофией эпителиоцитов. У некоторых женщин отмечается геморрагическая метропатия. Микроскопические изменения у них характеризуется массивным тромбозом микрососудов эндометрия, выраженным полнокровием сосудов и гематометрой.

Заключение. Таким образом, проведенные морфологические исследования соскобов и биопсийных материалов у 44 женщин первой подгруппы при неразвивающейся беременности дают основание сделать заключение о том, что гибель плодов наступила на почве воспалительного процесса в матки и особенно часто - хронического воспаления. Недоразвитие беременности в ранних сроках во второй группе у 24 женщин по всей видимости обусловлены изменением микроциркуляторного русла по типу ишемии сосудов и последующими изменениями эпителиоцитов желез и их стромальных структур.

ЧАҚАЛОҚЛАР АНТЕНАТАЛ ҰЛИМИ ТАХЛИЛИГА ДОИР

Исмоилов Ж.М., Якубов М.З.

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Узбекистон

Мавзунинг долбзарблиги. Чақалоқларнинг хомиладорлик давридаги паталогияси бўйича жуда кўплаб кенг қамровли ва хар тарафлама чуқур тадқиқотлар амалга оширилаётганига қарамасдан хомиланинг антенатал даврида ўлиши ва муддатига етган хомиланинг ўлик туғулиш холатлари хозирга қадар учраб турибди. Бугунги кунда перенатал соҳа хизматининг замон талаблари асосида йўлга қўйилганлиги туфайли эрта неонатал даврда чақалоқлар ўлими кескин камайди. Аммо шунга қарамасдан чақалоқларнинг антенатал даври ўлими мамлакатимизда бугунги кунга қадар перенатал ўлимнинг 50% ни ташкил этиб турибди. Шу боисдан чақалоқларнинг антенатал даври паталогиясини ва чақалоқлар ўлимини камайтиришнинг бирдан бир йўли шу йўналишдаги илмий тадқиқот ишларини янада жадаллаштириш ва унинг

натихаларини амалиётга тезроқ тадбиқ этишни тақазо этади. Юқоридагилардан келиб чиқиб биз морфологик текшириш усуллари воситасида чақалоқларнинг антенатал даври паталогиясини хар тарафлама ўрганишга ҳамда онада, хомилада, хомила йўлдош тизимида рўй бериши мумкин бўлган тизилмавий ўзгаришларни тахлил этишга қарор қилдик.

Тадқиқот манбаи ва усуллари. Илмий тахлилга хомилаторликнинг 23-40 ҳафталигида антенатал даврида вафот этган 60 хомиланинг танаси асос бўлди. Хомилаларнинг 20 таси хомилаторликнинг иккинчи учлигида, яни 23-27,5 ҳафталигида, 36 таси учинчи учлигида, яни 30-36,5 ҳафталигида ва 4 таси хомилаторликнинг 37-40 ҳафталигида ўлик туғилганлиги қайд этилди. Тахлил ушбу хомилалар оналарнинг хомилаторлигига оид ва унга боғлиқ бўлмаган паталогиялари ҳисобга олинган ҳолда ўтқазилди. Ўлик хомилаларнинг азолари ва хомила йўлдошидан олинган кесмалар гематаксинин - озин усулида буяш оркали текширишдан ўтқазилди.

Тадқиқот натижалари. Олинган натижалар шуни кўрсатадики хомилаларнинг антенатал ўлими муддатининг ўртача кўрсаткичи 31,6 ҳафтага тўғри келади. Ўлик туғилганларнинг 37 таси (61,6%) ўғил жинсига мансуб, 41 хомиланинг муддатидан аввал вазни 2500 грдан кам ва бўйи 45смдан кам ҳолда туғилганлиги қайд этилди. Ўлик туғилганларнинг 19 тасида терисининг кучли шилинганлиги ва 34 тасида енгил шилинганлиги кузатилди. Антенатал ўлим сабаблари тахлили шуни кўрсатдики, асосий омил хомилаторлик даври гипоксияси бўлиб чиқди. Антенатал гипоксия сабаблари эса хилма-хил бўлиб, ҳомилатор онанинг турли хасталиклари, хомила йўлдошининг касалликлари ҳамда хомиланинг мураккаб мажруҳлик нуқсонлари эканлиги тасдиқланди. Микроскопик текшириш натижалари 23-36,5 ҳафталик муддатда нобуд бўлган хомилалар тўқималарининг кескин такомиллашмаганлик ҳолатини кўрсатди. Айниқса, ушбу хомилаларда буйрак усти бези ва айрисимон без тўқималарининг шаклланиш даражаси жуда паст эканлиги қайд этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, антенатал даврда ўлган 60 хомила танасининг уларнинг йўлдоши ва оналарида мавжуд бўлган паталогиялари тахлили шуни кўрсатдики, хомилаторликнинг 23-27,5 ҳафталигида рўй берган ўлим ҳолатлари асосий сабаблари хомила ичи гипоксияси ва 28-37,5 ҳафталигида вафот этганларнинг ички азоларида шаклланиш пастлиги туфайли полиорган етишмовчилиги ҳамда мураккаб мажруҳлик нуқсонлари мавжуд эканлиги деб хулоса қилинди.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Тошева И.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Гестационный сахарный диабет - это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета.

Цель исследования. Выбор оптимального метода родоразрешения путём изучения исходов родов для матери и плода у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы. В ретроспективную группу включены 155 женщин, которые проходили через областной перинатальный центр, городской родильный комплекс и семейные поликлиники № 5, № 6 города Бухары в периодах от 2017 до 2019г.г. Ретроспективную группу составили 67 женщин. Проспективную группу составили 68 женщин, у которых беременность протекала на фоне явного или гестационного сахарного диабета (ГСД). Группу контроля составили 36 женщин, у которых беременность протекала физиологически.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных изучения течение беременности и родов по историям родов и собственным наблюдениям выявлено, что у всех (100%) беременных с ГСД беременность и роды протекали с какими-либо осложнениями, как у матери и у плода.

Преэклампсия (ПЭ) и нарушение функционального состояния плода явилось показаниями к родоразрешению беременных с ГСД путем операции кесарево сечения. Преэклампсия отмечается в ретроспективной группе 56,7%, в основной группе 75,4%, в контрольной группе 18,3% на фоне предшествующих сосудистых изменений. Почти у каждой второй беременной развивались инфекции мочевых путей: в ретроспективной группе 31,3%, в основной группе 47,4%, в контрольной группе 27,3%, что свидетельствует о довольно широкой распространенности данной патологии. Преждевременный разрыв плодных оболочек у женщин ретроспективной группы наблюдалось в 41,8% случаев, в основной группе в 54,4%, в контрольной группе 81,8% случаев.

Выводы. Таким образом, изучение исходов родов, наблюдения за течением послеродового и послеоперационного периода выявило, что беременность у 65,4% женщин с ГСД осложнились гипертензивными нарушениями. Так же почти у каждой третьей (31,6%) беременной присоединилось многоводие различной степени. Роды в (41%) случаев закончились операцией кесарево сечение, 45,6% из них осложнился кровотечением. Каждый второй случай из ретроспективной и каждый 4 случай из проспективной группы осложнился инфильтрацией швов (50,5% и 25,3% соответственно).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ведение. На сегодняшний день актуальной проблемой в современной перинатологии остаются внутриутробных аномалий развития плода (ВУАП), которые занимают второе место в структуре перинатальной смертности [1, 2]. Пренатальная диагностика аномалий развития, вносящий существенный вклад в младенческую и детскую смертность, в инвалидность и заболеваемость, является важной задачей современного здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Для изучения частоты и структуры ВУАП и хромосомных аномалий плода, выявленных с помощью пренатальных технологий, исследуемая группа (n=80) была сформирована путем случайной выборки («каждый третий») из всех случаев обследования беременных, с использованием методов пренатальной диагностики. Возраст женщин колебался от 19 до 40 лет. С целью выявления факторов риска (предикторов) наличия наиболее часто встречающихся ВУАП и хромосомных аномалий у плода и определения возможности их математического прогнозирования исследуемая группа была подразделена на основную группу и группу сравнения. Основную группу составили беременные с ВУАП, диагностированными у плода во время беременности или после рождения ребенка (n=45). Группу сравнения составили пациентки, которые, согласно общепринятым критериям, имели во время беременности риск рождения ребенка с ВУАП. Контрольная группа была сформирована из обратившихся в скрининг центр Бухарской области женщин, не имевших риска рождения ребенка с врожденными аномалиями, обследованных по собственному желанию и родивших впоследствии здоровых детей (n=35). Достоверность различий оценивали с использованием критериев Стьюдента, Фишера. Различия между сравниваемыми величинами признавалось достоверным при $p < 0,05$. Для определения диагностической значимости показателей использовался метод Г.П. Котельникова и А.С. Шпигеля, который позволил определить чувствительность, специфичность, прогностическую ценность положительного результата, прогностическую ценность отрицательного результата. В качестве критерия, определяющего, является ли исследуемый признак фактором риска заболевания, было использовано отношение шансов.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе проведенного исследования установлено преобладание в основной группе женщин в возрасте 20-24 лет (50,8%). Доля женщин юного и молодого возраста (18-24 лет) оказалась в 2 раза выше, чем в группе сравнения (48,6% против 24,7%, $p < 0,01$), в то время как удельный вес женщин возраста 35 лет и старше – в 4 раза ниже (7,9% против 32,5%, $p < 0,01$). При анализе социально-географических условий проживания установлено, что подавляющее большинство беременных проживало на территории с измененным (9,8%) и сильно измененным (86,3%) типом условий проживания ($p < 0,01$), однако достоверных различий между основной группой и группой сравнения по фактору типа условий проживания не выявлено. Женщины основной группы и группы сравнения преимущественно являлись жительницами городов (83%), в том числе в 49% – города Бухары, соответственно сельские жительницы составили всего 17% ($p < 0,01$). Следует отметить, что в основной группе жительниц городов края были больше, чем в группе сравнения (39,8% против 28,3%, $p < 0,05$), тогда как в группе сравнения преобладали женщины из г. Бухары (55,4% и 39,1%, $p < 0,01$).

Заключение. Подводя итог проведенному нами исследованию, можно заключить, что в структуре ВУАП, выявленных перинатально, преобладают ВУАП нервной системы (20,3%), множественные пороки развития (18,2%) и ВУАП системы кровообращения (17,9%). При ВУАП нервной системы наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает повышение АФП, а также УЗИ-маркеры, выявленные в 1-м триместре; при множественных ВУАП – снижение PAPP и УЗИ-маркеры во 2-м триместре, при ВУАП системы кровообращения – УЗИ-маркеры, выявленные во 2-3-м триместрах, при хромосомных аномалиях – изменение уровня ХГЧ и УЗИ-маркеры во 2-3-м триместрах. Предикторами наличия у беременной ВУАП плода являются ВУАП у ребенка в анамнезе, отклонения по данным УЗИ в 1-м и 2-м триместре, изменения PAPP, возраст женщин 16-24 года.

КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Заболевания шейки матки являются одним из наиболее частых патологических состояний женской репродуктивной системы и не имеют тенденции к снижению. Любые гинекологические заболевания могут сочетаться с патологией шейки матки. Важным методом для выявления патологии шейки матки является кольпоскопия с установлением подозрительных участков для прицельной биопсии. Кольпоскопия – высоко информативный, доступный и недорогой метод диагностики заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы, который существенно повышает эффективность обследования женщин с гинекологической патологией.

Цель работы. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём кольпоскопического исследования.

Материал и методы. За период от 2018 до 2019 года нами в Бухарском областном перинатальном центре обследовано 242 женщин, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 18 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia). Проводился осмотр терапевтом. Тщательно собран анамнез.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных комплексных клиничко-эндоскопических исследований практически здоровыми оказались 66 (29,5%) женщин. У 158 (70,5%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: и экзоцервициты у 44 (27%), эндометриоз шейки матки у 9 (5,5%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 35 (21,4%), полип шейки матки у 6 (3,7%), простая и частично перекрытая эктопия у 20 (12,2%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 8 (4,9%), сужение и заращение шейки матки у 5 (3,0%), папиллома шейки матки у 4 (2,4%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 29 (17,7%), лейкоплакия у 4 (2,4%) женщин. Учитывая клиничко-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группу активного наблюдения у онкогинеколога.

Выводы. Таким образом, кольпоскопия рекомендуется для широкого внедрения в практику акушеров-гинекологов с целью комплексного проведения диагностических мероприятий. Ввиду применения в современных кольпоскопах цифровых видеосистем с программным обеспечением эффективность данного метода диагностики существенно повышается, что позволяет провести адекватное своевременное лечение.

УРГЕНТНАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

Ишмурадов Б.Т., Гафаров Р.Р., Гафарова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Пиелонефрит – одно из наиболее часто встречающихся у беременных заболеваний. По данным Н.А. Лопаткина острый пиелонефрит встречается практически у половины первобеременных в возрасте 18-25 лет. Отдельные авторы напротив утверждают, что заболеваемость гестационным пиелонефритом на современном этапе относительно невысока: по данным J.B. Hill et al. она составляет 14 на 1000 беременностей (1,4%), а по данным D.A. Wing et al. она ещё ниже - 5,3 на 1000 беременностей (0,5%). Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода по целому ряду параметров: от угрозы прерывания беременности до гипоксии плода. Беременность способствует развитию пиелонефрита, т.к. развивается дилатация, удлинение и искривление мочеточников, что ведет к застою мочи и её инфицированию. Кроме того, имеет место полнокровие кавернозоподобных сосудистых образований, сужающих просвет мочеточника. Велика роль асимптоматической бактериурии. Чаще у беременных наблюдается правосторонний пиелонефрит, что объясняется давлением на мочеточник увеличенной матки.

Цель: изучение результатов оказания ургентной урологической помощи при пиелонефрите беременных.

Материал и методы: за период с 2019 по 2020 г. на базе отделения экстренной урологии СФ РНЦЭМП были обследованы и пролечены 22 беременных с острым пиелонефритом. Всем беременным с пиелонефритом выполнялся стандартный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований, без применения рентгенологических методов.

Результаты и обсуждение. У 8 (36,4%) пациенток пиелонефрит был обусловлен мочекаменной болезнью, 14 (63,6%) беременных страдали первичным пиелонефритом без нарушения уродинамики. Большинство пациенток (14) получали консервативное лечение – антибиотикотерапия, уроантисептики, позиционная терапия. 2 (9,1%) беременным был установлен стент на постоянной основе. В 1 (4,6%) случае при вторичном пиелонефрите, обусловленном камнем мочеточника, была выполнена катетеризация мочеточника, в 3 (13,6%) случаях установлен стент, который впоследствии был удален до родоразрешения. У 1 (4,6%) беременной с сопутствующей патологией тазобедренного сустава была выполнена перкутанная нефростомия ввиду невозможности принятия литотомического положения. Ни в одном из случаев не пришлось прибегнуть к открытому оперативному вмешательству.

Заключение. При лёгком или умеренном клиническом течении острого пиелонефрита осуществляется бездренажное ведение в первые 3 суток терапии. При прогрессировании тяжести течения заболевания на 3 - 4-е сутки, а также при нарушениях уродинамики необходимо дренирование верхних мочевых путей. Изначально тяжёлое клиническое течение острого пиелонефрита при выраженных нарушениях уродинамики требуют дренирования с первых суток лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Калашников С.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Многоплодие в настоящее время остается важнейшей проблемой акушерства из-за развития многочисленных гестационных осложнений. В результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) частота многоплодия увеличилась в 4-16 раз, что подтверждает актуальность темы исследования. Цель исследования: изучить особенности течения и исходов многоплодной беременности двойней, наступившей с использованием ВРТ.

Материал и методы исследования: Обследованы 669 беременных с дихориальной диамниотической двойней: у 266 (39,8%) беременность наступила после применения ВРТ (I группа); у 403 (60,2%) – самопроизвольно (II группа). Всем выполнено комплексное обследование, включающее фетометрию, цервикометрию и доплерометрию, а также проведено лечение всех возникших гестационных осложнений. Оценены течение и исходы беременности у пациенток обеих групп. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В I группе (ВРТ), по сравнению со II (самопроизвольные двойни), была выше частота наступления ряда гестационных осложнений: анемии в I триместре (29,3 и 19,1%, соответственно; $p < 0,001$), выкидыша (3,4 и 0,5%; $p < 0,001$), истмико-цервикальной недостаточности (17,1 и 5,2%; $p < 0,001$), преждевременных родов (59,5 и 40,9%; $p < 0,05$), задержки роста (ЗР) плода/плодов (46,2 и 38,4%; $p = 0,04$), маловодия (6,6 и 2,7%; $p < 0,001$), гестационного сахарного диабета (13,6 и 8,5%; $p = 0,01$). Клинически значимый дискордантный рост плодов (разница в предполагаемой массе плодов [ПМП] 20% и более) по данным фетометрии после 31 нед. беременности выявлен у 79 из 603 (13,1%) наблюдаемых обеих групп; из них у 23 - диагностирована ЗР плода/плодов (ПМП < 10-го перцентиля); селективная задержка роста плода (разница в ПМП более 25% при ЗР одного плода менее 10-го перцентиля) в 31-39 недель выявлена у 47,8% из них (11 из 23); различия между группами статистически незначимы ($p = 0,37$). Перинатальные потери были в 2,8 раза больше в I группе, чем во II: 6,6% против 2,4% ($p = 0,01$). В то же время, врожденные пороки развития (дефект

межжелудочковой перегородки, врожденная водянка яичек, полидактилия и пр.) выявлялись одинаково часто у детей I и II групп (3,7% и 3,1%; $p=0,32$). Установлено, что именно недоношенность определяла неблагоприятные перинатальные исходы у беременных двойнями в группе ВРТ (OR 2,25; 95% ДИ:1,04-4,45, $p=0,005$).

Заключение: Многоплодная беременность, наступившая в результате применения ВРТ, по сравнению со спонтанным многоплодием, входит в группу высочайшего риска по частоте возникновения многочисленных гестационных осложнений, что еще раз подчеркивает необходимость ограничения числа переносимых эмбрионов до одного.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Камарова И.Н., Зокирова Ф.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы. Травмы мягких родовых путей не имеют тенденции к снижению, несмотря на повсеместное использование акушерских пособий по защите промежности. Травмы промежности являются частым осложнением родового акта. Они могут служить входными воротами для проникновения инфекции и приводить к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна. Частота разрывов промежности отражает качество акушерской помощи в родовспомогательном учреждении. Согласно литературным данным (АВТОР), травмы тазового дна в родах составляют от 10,3 до 40 % случаев, у первородящих они встречаются в 73 % случаев, а при оперативных вмешательствах достигают 90 %. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5 % (АВТОР). В связи с этим физиотерапевтический метод реабилитации женщин с травмами промежности предусматривает использование безопасных и естественных физических факторов, что обуславливает актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Повысить эффективность восстановительной физиотерапии женщин с травмами промежности в раннем послеродовом периоде.

Материал и методы исследования. У 35 женщин с травмами на промежности проведена комплексная поэтапная терапия: Сеансы контактной ультразвуковой терапии (УЗТ) проводилась на аппарате BTL-4000 Premium G (Россия - Великобритания) по протоколу 5.6 с интенсивностью от 0,4 до 1 Вт/см², несущей частотой 1/3 мгц, №15.

Результаты исследования. У обследованных больных до лечения выявлено все особенности основного заболевания, указанные выше. Процедуру проводили ежедневно в режиме 2раза в день. После курса реабилитации на 5-е сутки выявлено нормализации лейкоформулы 83%, болеутоление отмечено у 87% дефебризирующий эффект выявлено у 80%, у 34,2% больных страдающих бактериальным вагинозом, анализ мазка улучшился. У всех пациенток в области рубца выявлено заживления нежного рубца, что эстетически становилось плоским мягким и светлым. Таким образом воздействие на область рубца физических факторов позволяет достичь выраженного клинического эффекта.

Выводы. Таким образом, выявлено ускорение течения фаз заживления раны в послеродовом периоде, которое в обычном режиме происходит за 3 месяца, где с применением физиотерапии (контактной ультразвуковой терапии) данные процессы развились за 2 недели, то есть сократились в 6 раз и обошлось без последующих внешних вмешательств.

ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Каримова Г.С., Ахмедов Ю.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Экстрагенитальные заболевания являются одной из актуальных проблем современного акушерства. Актуальность проблемы обусловлена широким распространением пиелонефрита (8-12%). В настоящее время, среди экстрагенитальных заболеваний пиелонефрит занимает второе место после анемии, а среди болезней мочепускающего тракта на первом месте (М.М.Шехтман). Пиелонефрит – это воспалительный процесс в лоханках почек, вызванный различными микроорганизмами. По данным Большой медицинской энциклопедии, у беременных острая форма болезни диагностируется у 2-10%, чаще при первой беременности. Это связано с недостаточными механизмами адаптации организма к изменениям, происходящим во время беременности: иммунологические и гормональные изменения, рост матки и сдавливание соседних органов. Доказано, что сначала беременность создает предпосылки для развития пиелонефрита, но в случае заболевания, пиелонефрит сам неблагоприятно влияет на беременность. Заболевания почек в период беременности приводят к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода. Известно, что болезни почек в этот период могут стать причиной самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, гипертензивных состояний, кровотечений во время беременности, родов и послеродового периода, внутриутробного инфицирования плода, гибели и мертворождения плода, преждевременной отслойки плаценты, увеличению абдоминальных родов, тяжелой анемии, гнойно-септических осложнений в родах и послеродовом периоде.

Цель исследования. Выявить частоту, факторы риска, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного у пациенток с пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Методом выбора, ретроспективно отобраны истории родов 300 пациенток с пиелонефритом острой и хронической формы в период 2017-2020 годы.

Результаты исследования. Средний срок беременности, при котором был выявлен пиелонефрит, составил 24,4 недели. Возраст беременных колебался от 18 до 35 лет (в среднем 26,5 лет). Жительницы города составили 121(40,3%), сельской местности 179(57,3%), Среди обследованных первобеременные составили 102(34%), повторнобеременные 187(62,4%), многорожавшие 11(3,6%). В анамнезе у 106(35,3%) пациенток кроме пиелонефрита были и другие хрониче-

ские очаги инфекции: хронический тонзиллит, кариозные зубы, хронический отит, гайморит, кольпит, хронический метроэндометрит, сальпингоофарит, энтероколиты, цистит. У 64 (21,3%) беременных, в детстве или в подростковом периоде, во время предыдущих беременностей наблюдался мочекаменная болезнь, цистит или пиелонефрит. У 1 (0,3%) произведена операция по поводу мочекаменной болезни. У 91 (30,3%) пациентки во время беременности заболевание носило рецидивирующий характер (от 2 до 3 раз), и больше половины из них были женщины, которые в детстве перенесли инфекции мочепускающих путей. Острый пиелонефрит наблюдался у 79 (28,3%), хронический пиелонефрит у 221(72,7%), из которых у 51(23,6%) диагноз пиелонефрита был поставлен впервые. Анализ историй родов пациенток, беременность которых осложнилась пиелонефритом (которые были доказаны лабораторными и инструментальными методами исследования), показал следующее: угроза прерывания беременности в ранних и поздних сроках наблюдалась у 139 (48,3%), ранние и поздние самопроизвольные выкидыши у 17 (5,7%), анемия умеренная и тяжелая у 202(67,3%), многоводие у 21 (7%), преждевременные роды произошли у 24 (8,0%), преэклампсия легкой и тяжелой степени наблюдалась у 38 (12,6%), причем отмечалось раннее начало гипертензивных состояний, эклампсия у 1 (0,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты на фоне тяжелого гестоза у 5 (1,6%), преждевременное излитие околоплодных вод у 25 (8,3%), хориоамнионит в родах у 3 (1,0%), внутриутробная задержка развития плода разных степеней у 28 (9,3%), внутриутробная гибель плода у 2 (0,6%), дистресс плода в родах наблюдался у 17 (5,6%), аномалии родовой деятельности у 19 (6,3%), роды абдоминальным путем по сочетанным показаниям закончились у 69 (23%), из них 19(27,5%) по поводу тяжелой преэклампсии не поддающейся терапии, ранние послеродовые кровотечения наблюдались у 17 (5,6%), синдром системной воспалительной реакции в послеродовом периоде наблюдалась у 15 (5,0%), из них 6 (40,0%) после абдоминального родоразрешения, у 4(1,3%) женщин рецидив пиелонефрита наблюдался и в послеродовом периоде, перинатальная заболеваемость составила 31 случаев, перинатальная смертность составила 4 случая.

Выводы. На основании проведенного анализа было выявлено, что у беременных с пиелонефритом чаще выявлялись такие факторы риска, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременное прерывание беременности, гипертензивные состояния с ранним началом и тяжелым течением, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, хориоамнионит в родах, рождение детей с дистрессом плода и задержкой внутриутробного развития плода с высокой заболеваемостью в раннем неонатальном периоде, в послеродовом периоде присоединение гнойно-септических заболеваний, особенно после абдоминального родоразрешения. Изучение влияния пиелонефрита на течение беременности, родов и послеродового периода, состояние плода и новорожденного показало, что беременных с пиелонефритом необходимо относить к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, важную роль уделить предгравидарному оздоровлению женщин с пиелонефритом, ранней диагностике, лечению и профилактике пиелонефрита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Киличева О.О., Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Причинами кровотечения в родах являются тотальная преждевременная отслойка плаценты, атония матки, нарушение отделения плаценты и выделения последа, травмы матки и мягких тканей родовых путей, наследственные и приобретенные дефекты гемостаза, тяжелая преэклампсия, эмболия околоплодными водами, антенатальная гибель плода, миома матки и аномалии ее развития.

Цель исследования. Учитывая важную роль дисфункции эндотелия в развитии сосудистых катастроф, представляло интерес исследование основных показателей дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения во время родов.

Материалы и методы исследования. Нами исследования были проведены на 1-4 сутки после кровотечения. В зависимости от тяжести состояния беременных женщин во время родов и проведенных лечебных мероприятий, пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым были проведены органосохраняющие операции, во 2-ю группу были включены 16 женщин с удалением матки и ее придатков.

Учитывая большой разброс вариационного ряда изученных показателей, мы разделили пациенток 1-й группы на 2 подгруппы в зависимости от генеза акушерских кровотечений: 1-я «а» подгруппа с преэклампсией тяжелой степени и развившейся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (11 женщин) и 1-я «б» подгруппа с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии и других соматических заболеваний (9 пациенток).

Результаты исследования. Анализ показателей внутри этих подгрупп показал более высокие значения гомоцистеина, ЭТ-1 и ФВ как по сравнению с нормативными величинами, так и средних величин обобщенной группы. Вместе с тем в группе пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии у 66,7% обследованных пациенток нами были выявлены очень низкие показатели ЭТ-1 (ниже нижних границ нормы). Низкие значения ЭТ-1 приводят к расслаблению сосудистой стенки, их вазодилатации и обычно сочетаются с гипокоагуляцией. Действительно, в этой группе больных, несмотря на некоторое повышение уровня гомоцистеина, мы наблюдали статистически значимое снижение содержания ЭТ-1 в 2,86 раза и ФВ – в 1,62 раза относительно нормативных величин. Действительно, у пациенток 1-й «а» группы с массивными кровотечениями, развившимися на фоне тяжелой преэклампсии, содержание ФВ у 36,4% обследованных превышало верхние границы нормы, в остальных случаях они сохранялись в пределах верхних значений нормы.

В то же время у 44,7% пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии показатели ФВ были достоверно ниже нижних границ нормы, а в остальных случаях были в пределах 57-91 мкг/дл. Проведение предлагаемой комплексной реабилитационной терапии с включением антианемической терапии, привело к снижению уровня гомоцистеина в 1,38 и 1,87 раза относительно исходных параметров, в 1,5 и 2,22 раза по сравнению с показателями женщин, получавших традиционное лечение, соответственно группам с сохранением, так и удалением матки и ее придатков.

Заключение. Таким образом, у женщин с массивными кровотечениями в послеродовом периоде, в динамике сохраняются нарушения функциональной активности эндотелиоцитов. Они проявляются нарастанием уровня гомоцистеина, эндотелина и фактора Виллебранда. Это указывает на возможный риск развития сосудистых осложнений. Более выражено это проявляется у женщин с удаленным органом, видимо, обусловленное также гормональными нарушениями, так как к 3 годам у большинства из них развивается синдром Шихана.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Клиичева В.А., Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Хусеинова Н.Р., Гайбуллаева Н.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. По эпидемиологическим исследованием было выявлено, что риском заражения подвержены люди любого возраста, однако степень тяжести заболевания связана с возрастом и сопутствующими заболеваниями. Например, больные раком, инфицированные SARS-CoV-2, показали более высокий риск тяжелых осложнений и уровень смертности по сравнению с пациентами без таких заболеваний. Пациенты существующими гипертензивными состояниями и сахарным диабетом, перенесли новую коронавирусную инфекцию с большим количеством осложнений. Более высокая уязвимость этих пациентов, возможно связано снижением иммунной системой из-за основных заболеваний или побочных эффектов лечения, включая хирургическое вмешательство, химиотерапию и иммунодепрессанты. Несмотря на то, что продолжается информирование о данной заболевании, информация о беременности остается ограниченной.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное обследование проводилось в течение 16 дней, начиная с первого случая полимеразной цепной реакции (ПЦР) - подтвержденного случая COVID-19 в нашем учреждении с 9 сентября 2020 года. Было оценено клиническая характеристика, тяжесть заболевания и продолжительность пребывания в больнице.

Результаты исследования. В исследование были включены 27 беременных женщин с COVID-19, которые имели положительные результаты полимеразной цепной реакции обратной транскрипции (ОТ-ПЦР) из респираторных образцов. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял $28,5 \pm 1,5$ лет. В течение 2-недельного периода исследования 9 из 27 женщин (67,4%), поступивших в стационар, сообщили о симптомах, соответствующих COVID-19, которые имели положительный результат ПЦР-теста. Среди них 6 (69%) сообщили о симптомах COVID-19 в качестве основных жалоб кашель и высокую температуру $< 38,4$ °C, а 3 (31%) заявили о первичных акушерских жалобах, но при рутинном скрининге были определены как симптомы. Наиболее частым симптомом при поступлении был сухой кашель ($n = 7$, 65,6%), отсутствие обоняние и вкуса (7, 65,6%) за которым следовали лихорадка ($n = 9$, 48,3%) и миалгии ($n = 3$, 37,9%). Исследование лабораторных данных в динамике беременности у пациенток с COVID-19, показали, что уровни концентрации гемоглобина и количеств эритроцитов были достоверно выше и являлись компенсаторно-приспособительной реакцией организма матери. У всех обследованных пациенток имела место анемия: Hb – $84,2 \pm 1,3\%$ при пониженных значениях Hb на 7,7%. Отмечена склонность к тромбоцитопении, ускорение СОЭ на 33,1%, лейкоцитозу. Учитывая высокую значимость COVID-19 как возникновения фактора риска ТЭО, у этих женщин была изучена система свертывания крови, с наличием Д-димеров, ферритина. Увеличение фибриногена имеет клиническое значение. Уровень Д-димера значительно повышается в тяжелых случаях, что является потенциальным фактором риска и основанием для плохого прогноза.

Выводы. Тяжесть COVID-19 у беременных женщин - 86% - легкая, 9,3% - тяжелая. Стратегия универсального тестирования выявила бессимптомных женщин с COVID-19, у многих из которых впоследствии развилось повышение температуры или симптомы болезни. Изменение в системе гемостаза приводит к нарушению фетоплацентарной системе, и это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований среди беременных женщин.

КРОВОТОК В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И МНОГОКРАТНЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПЕРЕЛИВАНИЯХ КРОВИ

Коноплянников А.Г., Смирнова А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Оценить диагностическую значимость значений максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) и ΔМСК от 1,5 Multiple of Median (MoM) для определения показаний к проведению многократных внутриутробных переливаний крови (ВПК) плодам с гемолитической болезнью (ГБ).

Материал и методы исследования. Согласно постановленной цели было проанализировано течение беременности и родов у 99 пациенток с резус-сенсibilизацией, которым за период с 2014 по 2018 гг. в ЦПСИР в сроки от 19 до 33 нед. гестации проводились многократные ВПК. Критерием включения в исследование стало проведение многократных внутриутробных гемотрансфузий (трех и более) у пациенток с резус-сенсibilизацией в текущей беременности. Критериями исключения были: отсутствие ГБП у беременных с резус-сенсibilизацией; легкое течение ГБП, не требующее

проведения ВПК; проведение 1-го или 2-х ВПК у беременных с резус-сенсбилизацией; позднее обращение пациентки с тяжелыми формами ГБП в ЦПСИР (после 30 недели гестации). С целью установления степени выраженности анемии и определения показаний к проведению кордоцентеза и ВПК у всех 99 беременных с резус-сенсбилизацией определяли значение МСК СМА с последующей зональной оценкой ее показателей по номограмме, разработанной G. Magi. Показанием к ВПК было снижение уровня гематокрита в пуповинной крови плода ниже гестационной нормы на 15% в сроки от 19 до 33 недели беременности. Объем крови для ВПК рассчитывали индивидуально по формуле J.M. Bowman. Скорость снижения гематокрита в пуповинной крови принимали за основное показание к повторным ВПК («золотой стандарт») и рассчитывали как соотношение разницы между уровнем гематокрита до следующего и после предыдущего ВПК к количеству дней между процедурами. У 40 из 99 (40,4%) пациенток проведены 3 ВПК плоду, у 28 (28,3%) – 4 ВПК, у 20 (20,2%) – 5 ВПК, у 10 (10,1%) – 6 ВПК, у 1 (1%) – 7 ВПК. Несмотря на проводимую терапию, 4 (4%) плода погибли антенатально. Среднетяжелое течение желтушной формы ГБ (уровень гемоглобина 140 – 100 г/л) выявлено у 4 из 95 (4,2%) выживших новорожденных (сроки родоразрешения составили 32,9 [1,7] нед.); тяжелое течение желтушной формы ГБ (уровень гемоглобина <100 г/л) – у 72 (75,8%) [сроки родоразрешения – 33,3 (1,9) нед.]; отечная форма ГБ (уровень гемоглобина <100 г/л, наличие отечного синдрома) – у 19 (20%) [30,6 (2,5) нед].

Результаты исследования. Измерение Δ МСК от 1,5 МоМ позволяет оценить выраженность анемии у плода при тяжелых формах ГБП. Гемотрансфузия повышает уровни гемоглобина и гематокрита, и, как следствие, снижает величину МСК СМА. Но из-за гемолиза эритроцитов через 7-20 дней после ВПК уровни гемоглобина и гематокрита вновь снижаются, а величина МСК СМА повышается, что требует проведения последующих ВПК. Чувствительность определения Δ МСК от 1,5 МоМ перед 2-м ВПК составила 90,9%. Перед 3-6 ВПК чувствительность определения Δ МСК от 1,5 МоМ снижалась и составляла 79,8%; 64,4%; 51,6% и 45,5%, соответственно.

Заключение. Повышение МСК СМА более 1,5 МоМ может служить показанием для проведения первых двух ВПК. Показания к проведению третьего и последующих ВПК должны в большей мере основываться на расчете предполагаемой скорости снижения гематокрита.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С СПКЯ

Курбаниязова М.З., Бекбаулиева Г.Н.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. Доказано что индукция овуляции является основным методом лечения у инфертильных женщин с СПКЯ. По данным ВОЗ от 10 до 15% супружеских пар страдают бесплодием. В условиях Средней Азии, где распространены многодетные семьи и это традиционно поощряется, бездетность считается большим несчастьем и зачастую приводит к распаду семьи.

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 60 бесплодных женщин с СПКЯ, которые были разделены 2 группы: 1 группа это женщины с кломифен резистентностью (n=17), 2 группа – женщины с нормальным овариальным резервом и с хорошим ответом (n=53). Диагноз СПКЯ был поставлен на основе критериях Роттердама, при котором были соблюдены по крайней мере 2 из следующих трех критериев: 1) олиго и/или аменорея, 2) гиперандрогения, 3) сонографические проявления поликистоза яичников. Критериями включения являются пациенты от 18- до 38 лет, ИМТ не более 30 кг/м², без предшествующей индукции овуляции, партнеры с нормальными показателями спермы в соответствии со стандартами ВОЗ, открытие маточных труб (подтвержденной ГСГ в предшествующих 6 месяцев), без наличия операций на половых органах. Критериями исключения является наличие любых факторов бесплодия, кроме ановуляторной СПКЯ. Также исследование включило измерение артериального давления, окружности живота, гормональное исследование сыворотки пациенток таких как, базальный ФСГ, отношение ЛГ/ФСГ, свободный тестостерон (Т), инсулин, прогестерон, АМГ на 3 день менструального цикла. ЛПВП-липопротеины высокой плотности, в день введения триггера овуляции в сыворотке определяли эстрадиол Е2. УЗИ яичников трансвагинальным датчиком на 2й - 3й день менструального цикла для оценки количество антральных фолликулов диаметром менее 8 мм и оценка объема яичника, который определяется измерением трех перпендикулярно направленных диаметров яичника.

Результаты исследования. Исследованию были включены 70 ановуляторных женщин с СПКЯ, получившие 143 циклов индукции овуляции препаратом кломифен цитрат (КЦ). Из них 37 женщин овулировали на 50 мг/сут КЦ, 16 женщин овулировали после увеличения дозы КЦ на 100 мг/сут (в течение 5 дней). Оставшиеся 17 женщин являются кломифен резистентными. В нашем исследовании мы посчитали кломифен резистентными если пациентка с не более 30 кг/м² ИМТ не способна овулировать в трех циклах кломифен цитратом с максимальной дозой 100мг в день. То им мы давали 100мг КЦ + самые низкие дозы р ФСГ (37,5 МЕ) начиная с 3-го дня менструального цикла. На 11 день менструального цикла было начато трансвагинальная УЗ-исследование для контроля роста фолликула и его количества. У 12 женщин эта доза гонадотропина продолжалась так как рост фолликулов был хорошим, а у 5 женщин доза р ФСГ была увеличена дважды и более так как рост фолликулов отставал. При достижении фолликулом диаметра 18мм вводили триггер овуляции. В общей сложности 20 женщин из 2-группы забеременели, а в первой группе – кломифен резистентностью беременность наступила у 11 женщин.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что применение КЦ+ рФСГ для индукции овуляции даёт лучшие результаты, чем только КЦ. Также видно что АМГ является индикатором для отбора женщин с кломифен резистентностью, и таким образом не теряя затрат и времени направляет нас к выбору других препаратов для индукции овуляции.

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПОВ У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ ФОРМИРУЮЩИХСЯ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ*Курбанова З.Ш., Розикова Д.К*

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Синдром формирующихся поликистозных яичников (СФПКА) - наиболее часто встречающееся эндокринное заболевание у девушек подросткового возраста, приводящее к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию. Для синдрома свойственна гетерогенность клинико-лабораторных характеристик, различное сочетание которых лежит в основе разных фенотипов синдрома.

Согласно клиническому протоколу «СПКА в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению) (Москва, 2015), выделяют четыре фенотипа синдрома: основной [фенотип А], для которого характерны все три составляющие синдрома (ановуляция, гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников); ановуляторный [фенотип В] (ановуляция, гиперандрогения); овуляторный [фенотип С] (гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников) и неандрогенный [фенотип D] (ановуляция, эхографические признаки поликистоза яичников). Особенности выявленного фенотипа у девушек с СФПКА влияют на тактику лечения данной группы пациенток.

Цель исследования - изучение распределения пациенток с СФПКА согласно фенотипам.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории болезни 30 девушек, находившихся на амбулаторном наблюдении поликлиник г. Бухары.

Диагноз СПКА устанавливался на основании критериев Американского и Европейского обществ репродукции (Роттердам, 2003). Средний возраст пациенток группы составил $16,06 \pm 4,39$ года. Индекс массы тела - $25-29,9$ кг/см². Основной причиной обращения пациенток было бесплодие (первичное - у восьми, вторичное - у 22 женщин). Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно клиническому протоколу. Забор крови для гормонального анализа осуществлялся на третий день менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования женщин основной фенотип определен у 16 (53,3%) пациенток; овуляторный - у восьми (26,6%); неандрогенный - у четырех (13,6%); ановуляторный - у двух (6,6%). Пациентки с основным фенотипом находились в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст $26,65 \pm 3,88$ года). Овуляторная дисфункция по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у восьми женщин. Объем яичника составил от 8,1 до 16,2 см³. Уровень общего тестостерона - $2,19 \pm 0,66$ нмоль/л. Пациентки с овуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 32 лет (средний возраст $24,36 \pm 4,97$ года). Нарушение менструальной функции не отмечалось. Поликистозная морфология яичников по УЗИ определена у шести женщин. Объем яичников составил от 10,8 до 17,6 см³. Уровень общего тестостерона - $1,97 \pm 0,61$ нмоль/л. Пациентки с неандрогенным фенотипом находились в возрасте от 20 до 30 лет (средний возраст $26,62 \pm 4,66$ года). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у четырех женщин. Объем каждого яичника составил от 11,3 до 16 см³. Уровень общего тестостерона - $1,57 \pm 0,46$ нмоль/л. Пациентки с ановуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 31 года (средний возраст $18,6 \pm 2,19$ года). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у двух женщин. Объем каждого яичника соответствовал норме и составил от 7,4 до 9,1 см³. Уровень общего тестостерона также соответствовал норме и находился в пределах от 1,24 до 2,93 нмоль/л.

Таким образом, среди обследованных пациентов у 53,3% был выявлен основной фенотип или классическая форма СПКА, в остальных случаях определялись неполные фенотипы, которые диагностировались гораздо реже. Проведенное исследование подтверждает важность определения фенотипа у девушек с СФПКА с обязательным отражением его в диагнозе.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА*Курманова А.М., Болат К.С., Аязбеков А.К., Умбетов Б.У.*

Казахский Национальный университет им. Аль Фараби, г. Алматы, Казахстан

Международный Казахско-Турецкий университет им. Яссави, г. Туркестан, Казахстан

Введение. Одним из индикаторов состояния репродуктивного здоровья является менструальная функция, становление которой тесно связано экологической обстановкой и с региональными особенностями.

Материал и методы исследования. Обследовано 5721 девочек и девушек-подростков в возрасте 7-19 лет Южного региона Казахстана. В зависимости от уровня физического развития девочки были разделены на три группы: 1 группа - с нормальным гармоничным развитием 2941 девочка (51,4%), 2 группа - с ухудшенным дисгармоничным развитием 2620 девочек (45,8%) и 3 группа - с общей задержкой физического развития 160 девочек (2,8%).

Результаты исследования. Установлено, что у 82,0% девочек 1 группы отмечено наличие менструации, во 2-й - лишь в 72,1% случаях, в 3-й группе - только в 25,0%. Средний возраст наступления менархе в 1 группе составил $13,3 \pm 0,8$ лет, во 2-й - $13,2 \pm 0,9$ лет и в 3-й - $15,2 \pm 0,3$ лет. При этом в 1-й группе в $79,2 \pm 2,4\%$ случаях менструация наступила в возрасте 12-13 лет, в $2,5 \pm 0,9\%$ случаях - в 14-15 лет и лишь в $0,4 \pm 0,3\%$ случаях - в 16-17 лет. У каждой третьей из них менструации установились сразу (66,1%) или в течение года (32,2%), а в 1,7% случаях так и не установились. В основном характер менструальных кровопотерь был умеренным (83,8%), в 6,0% наблюдалась полименорея и в 10,2% - гипоменорея. У 4,2% девочек менструации сопровождались явлениями дисменореи и у каждой десятой из них на фоне гипоталамического синдрома (0,4%). Во 2-й группе - в периоде физиологической аменореи находились 18,2% девочек и не имели статистически достоверной разницы со сверстницами из 1-й группы ($p > 0,05$). В 3-й группе на период обследования

ния менструировали лишь 40 (25,0%), в остальных случаях - у 56,3% установлена аменорея первичная, а 18,7% - находились в периоде физиологической аменореи. При этом лишь в 6,3% случаях менструация наступила в возрасте 12-13 лет, в остальных - позже 14 лет. Более того, ни в одном случае не было выявлено регулярных менструаций, во всех случаях - были скудными (опсоменорея) и сопровождалась дисменореей на фоне гипоталамических проявлений.

При первичной аменорее избыточная масса тела установлена у 26% обследованных, а дефицит - у 25%. Характеризуя развитие вторичных половых признаков у девочек-подростков основной группы, можно отметить, что у них имелась тенденция к ускоренному созреванию молочных желез при относительном запаздывании полового оволосения. Менархе появлялось на 4-5 месяцев раньше или запаздывало почти на 17 месяцев, чем в общей популяции ($p < 0,001$). В дальнейшем становление менструальной функции затягивалось и частота ее нарушений в виде дисменореи и ювенильных кровотечений в 3 раза превышала таковую в группе сравнения ($p < 0,001$).

Заключение. Худшие показатели развития имели девочки с общим отставанием физического развития. Среди них каждая вторая формировалась диспропорционально и имела нарушения менструальной функции. У 38,7% девочек патология менструальной функции сочеталась с гипоплазией матки. Недостаток, так и избыток массы тела у девочек в пубертатном возрасте способствует появлению отклонений от правильного течения периода полового созревания, ускорению или замедлению наступления менархе и повышению частоты нарушений ритма менструаций.

СОСТОЯНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лим В.И., Мурадова Д.А., Лим М.В.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Высокая частота, и в тоже время малоизученность кардиальной патологии при перинатальном поражении ЦНС у новорожденных детей, делает необходимым более глубокого изучения развития заболевания. Цель исследования: изучить особенности эхокардиографических показателей у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы. Материал и методы исследования: представлены результаты изучения 90 новорожденными с перинатальным поражением центральной нервной, которые были разделены на 2 группы: I группу составили 50 новорожденных с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы со средней степени тяжести поражения центральной нервной системы и во II группу вошли 40 новорожденных с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы с тяжелой степенью тяжести. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Проводилось эхокардиографическое исследование сердца. Результаты исследования. Анализ проведенных эхокардиографических исследований среди новорожденных с перинатальной энцефалопатией, показал, что в обеих группах по сравнению с контрольной отличались достоверно сравнительной значимостью лишь по двум признакам: конечному систолическому размеру, где достоверно сравнительная значимость между контрольной группой и II группой: $1,30 \pm 0,2$ и $0,85 \pm 0,11$ ($P < 0,05$), в то время, как не достоверно сравнительная значимость между контрольной и I группой: $1,30 \pm 0,2$ и $0,93 \pm 0,04$ ($P > 0,1$); и по фракции изгнания, где достоверно сравнительная значимость между контрольной группой и II группой: $71,44 \pm 6,84$ и $65,16 \pm 4,21$ ($P < 0,05$), в то время, как не достоверно сравнительная значимость между контрольной и I группой: $71,44 \pm 6,84$ и $67,72 \pm 6,12$ ($P > 0,5$). В остальных признаках достоверность в обеих группах одинакова: следующие признаки в обеих группах имеют достоверность сравнительной значимости по сравнению с контрольной группой: конечный систолический объем – между контрольной и I группой $4,02 \pm 0,26$ и $3,24 \pm 0,34$ ($P < 0,05$), контрольная и II группа $4,02 \pm 0,26$ и $3,14 \pm 0,23$ ($P < 0,01$); конечный диастолический объем – между контрольной и I группой $11,9 \pm 0,46$ и $7,63 \pm 1,26$ ($P < 0,05$), контрольная и II группа $11,9 \pm 0,46$ и $6,58 \pm 1,47$ ($P < 0,01$); ударный объем – между контрольной и I группой $7,89 \pm 1,03$ и $5,14 \pm 0,68$ ($P < 0,05$), контрольная и II группа $7,89 \pm 1,03$ и $5,09 \pm 0,74$ ($P < 0,05$); Минутный объем крови – между контрольной и I группой $1,06 \pm 0,05$ и $0,86 \pm 0,06$ ($P < 0,05$), контрольная и II группа $1,06 \pm 0,05$ и $0,77 \pm 0,09$ ($P < 0,05$); фракция изгнания – между контрольной и I группой $1,93 \pm 0,14$ и $67,72 \pm 6,12$ ($P < 0,5$), контрольная и II группа $1,93 \pm 0,14$ и $65,16 \pm 4,21$ ($P < 0,05$); и напротив, достоверной сравнительной значимостью не обладали такие признаки, как конечный диастолический размер – между контрольной и I группой $71,44 \pm 6,84$ и $1,50 \pm 0,21$ ($P > 0,1$), контрольная и II группа $71,44 \pm 6,84$ и $1,48 \pm 0,33$ ($P > 0,5$); и фракция укорочения размер – между контрольной и I группой $38,60 \pm 5,12$ и $37,94 \pm 4,21$ ($P > 0,5$), контрольная и II группа $38,60 \pm 5,12$ и $36,23 \pm 3,87$ ($P > 0,5$). Заключение: эхокардиографические показатели у новорожденных при функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы с перинатальным поражением имеют достоверно значимую зависимость: по конечному систолическому, конечному диастолическому, ударному и минутному объему крови в зависимости от степени поражения ЦНС, в то время показатели конечного систолического размера и фракции изгнания преобладали только при тяжелой степени поражения. Полученные результаты необходимо использовать для определения степени нарушений сердечно-сосудистой системы и тяжести течения перинатальной энцефалопатии.

МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Лим В.И., Шавази М.Н., Лим М.В.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Трудности в оценке значимости факторов риска связанных с врожденными заболеваниями сердечно-сосудистой системы объясняются тем, что на сегодняшний день недостаточно больших проспективных когортных исследований, что явилось целью нашего исследования.

Цель исследования: установить факторы риска развития врожденных пороков сердца у новорожденных детей.

Материал и методы исследования: Обследовано 374 новорожденных детей, находившихся которые были разделены на II группы: I группу составили 324 новорожденных с врожденным пороком сердца. II группу составили 50 новорожденных без врожденного порока сердца. Для определения значимости факторов риска была составлена анкета с кодификатором из 42 признаков. Проводилось эпидемиологическое исследование факторов риска, описательно-оценочный метод эпидемиологического исследования, анализ информативности при помощи распределения χ^2 .

Результаты исследования. При изучении информативности близкородственный брак ($\chi^2 - 5,27, P < 0,05$) и незарегистрированный брак ($\chi^2 - 4,91, P < 0,05$) встречавшаяся чаще у больных основной группы, показал достоверность значимость и доказательством, что эти фактором риска развития заболевания. При наличии семейной истории риск врожденных пороков сердца возрастает: чаще всего порок сердца у плода обнаруживался при наличии такового у матери или предыдущего ребенка, и этот фактор риска ВПС в семье ($\chi^2 - 5,49, P < 0,05$). Большое значение в возникновении врожденных пороков развития имели такие факторы как наличие у матери во время беременности тяжелая форма анемия: $\chi^2 - 6,54, P < 0,01$ и острые инфекции верхних дыхательных путей: $\chi^2 - 10,69, P < 0,01$. Из острых внутриутробных - TORCH-инфекций обнаружившихся у или перенесенные матерью, в наших исследования только герпетическая инфекция повлияла на развитие врожденного порока сердца и была выявлена высокая диагностическая значимость данного показателя - герпес: $\chi^2 - 4,67, P < 0,05$, в развитии врожденного порока сердца у детей. Другие же инфекционные агенты, такие как цитомегалия: $\chi^2 - 0,28, P > 0,5$; хламидии: $\chi^2 - 0,67, P > 0,5$; токсоплазмоз: $\chi^2 - 0,10, P > 0,5$; не имели значимых величин, в сравнении с герпетической инфекцией. Из лекарственных средств, принимаемых во время беременности в развитие врожденных пороков сердца как фактор риска, играют значительные роль препараты из группы противогрибковых: $\chi^2 - 4,32, P < 0,05$. Проведенный анализ показал, выкидыши ($\chi^2 - 5,87, P < 0,01$) одним из важных факторов риска развития врожденного порока сердца у детей. К такой же категории факторов и подобную же направленность имеют такие причины. возникающие в антенатальном периоде как угроза прерывания беременности ($\chi^2 - 6,02, P < 0,01$), и индуцированная беременность ($\chi^2 - 7,00, P < 0,01$). Патологические состояния матери во время беременности, влияющие на развитие плода, такие как тяжелые токсикозы ($\chi^2 - 4,67, P < 0,05$), гипоксия плода ($\chi^2 - 5,95, P < 0,01$) и стресс во время беременности ($\chi^2 - 5,30, P < 0,05$) были установлены в качестве важнейших критериев риска развития врожденного порока сердца у новорожденных ($\chi^2 = 3,92, P < 0,05$; $\chi^2 = 4,84, P < 0,001$).

Заключение: Таким образом модифицирующими факторами риска развития врожденных пороков сердца у новорожденных детей являются: возраст матери старше 35 лет, близкородственный и незарегистрированный брак, наличие врожденных пороков сердца в семье, выкидышей, угрозы прерывания, индуцированной беременности, стрессовых ситуаций во время беременности, тяжелых токсикозов, гипоксии плода, заболеваний матери во время беременности - анемии тяжелой степени, острых инфекции верхних дыхательных путей и герпетической вирусной инфекции, приема противогрибковых препаратов.

ЗНАЧЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Турсунов С., Баратов У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. ВПР желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки встречаются с частотой 13-26,4 на 10000 живорожденных младенцев. В структуре всех врожденных аномалий достигая 29,1%, занимает третье место. В 33% случаях данные пороки развития проявляются врожденной кишечной непроходимостью. При этом, показатель летальности при данной патологии остается высоким. До настоящего времени не разработаны эффективные методы лечения послеоперационного пареза кишечника. У детских хирургов нет единой доктрины, отвечающей всем требованиям по восстановлению моторики функции желудочно-кишечного тракта.

Цель. Изучение влияния нутритивной поддержки на перистальтический компонент и восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у детей с врожденной кишечной непроходимостью в ближайшем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В основу работы положены данные обследования и лечения 123 новорожденных в период с 2015 по 2020 гг. Отбор производился детей с клиническими и рентгенологическими признаками различных видов врожденной кишечной непроходимости. Для парентерального питания использовали глюкозу, раствор аминокислот. Жировые эмульсии мы старались не применять, в связи с возможными осложнениями со стороны печени.

В раннем послеоперационном периоде (со 2-3 суток), проводилась «мягкая» стимуляция кишечника, путем введения 5мл физиологического раствора хлорида натрия в назогастроудоденальный зонд, затем через 1-2 дня внутримышечно вводился 0,05 - 0,1мл 0,05% раствора прозерина. На 7-8 сутки при слабой моторике проводились диадинамические токи с прозеринном на живот и поясничный отдел позвоночника.

У детей, оперированных в 2 этапа, энтеральное питание мы вводили на 2-3 сутки после операции. В зонд, находящийся в концевой энтеростоме, вводили жидкость, полученную при аспирации из назоудоденального зонда, смешанную с 5% раствором глюкозы. Через 2-3 дня добавляли раствор аминокислот из расчета потребности на 1кг массы ребенка.

Результаты. Динамика восстановления функции кишечника у детей анализировалась в зависимости от степени тяжести общего состояния ребенка, выраженности предоперационных изменений желудочно-кишечного тракта, а также

от объема оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде изучение влияния нутритивной поддержки показало, что в группе больных с комбинированным энтеральным (зондовым или оральным) и частичным парентеральным питанием происходило достоверное ($p < 0,001$) снижение длительности стационарного лечения. Комбинированная энтеральная нутритивная поддержка является более эффективным и рациональным методом интенсивной терапии синдрома кишечной недостаточности (объем застоя купировался на 24-48 часов раньше чем у детей с полным парентеральным питанием).

Заключение. Таким образом, раннее восстановление моторики является ключевым моментом в послеоперационном периоде. Энтеральное зондовое питание на протяжении всего послеоперационного периода у пациентов с врожденной кишечной непроходимостью является оптимальным способом белковоэнергетического обеспечения, так как позволяет улучшить трофический статус, сократить частоту послеоперационных осложнений и длительность пребывания пациентов в стационаре.

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Мавлянова З.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Согласно мировой статистике отмечается рост заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП), составляя 2,5 случая на 1000 детей [Жердев К.В., 2018 г.]. Ведущим симптомом ДЦП являются двигательные нарушения, приводящие к целому ряду ортопедических осложнений, в формировании которых прослеживается определенная этапность: задержка редукции врожденных рефлексов и нарушение мышечного тонуса приводят к патологической установке конечностей и формированию вторичных контрактур и деформации скелета [Kheder N., Padmakumari K., 2012]. Однако, зачастую при построении индивидуальной реабилитационной программы у детей с церебральным параличом не учитываются сопутствующие ортопедические осложнения. Вышеизложенное определило цель исследования – провести анализ возможных ортопедических осложнений у детей с церебральным параличом.

Материал и методы исследования: Было обследовано 65 детей в возрасте от 3 до 15 лет, средний возраст составил $11 \pm 1,2$ лет. Больные были разделены на пять подгрупп на основании Международной классификации ДЦП, как наиболее употребляемой в научной литературе [Семенова Е.В., 2018]. 67,7% составляли спастические формы: тетрапарез (I-я подгруппа) – 14 пациентов (21,5%); спастическая диплегия (II-я подгруппа) – 15 случаев (23,1%); гемипаретическая форма - 15 больных (III-я подгруппа, 23,1%). IV-ю и V-ю подгруппы составили больные с дискинетической и атактической формами (16,9% и 15,4% соответственно).

Результаты и обсуждение: Для выявления степени поражения опорно-двигательного аппарата (в том числе контрактуры суставов или риска их возникновения), мышечной спастичности, мышечного укорочения, у больных проведен ряд диагностических тестов. При наблюдениях за свободным положением головы пациента и ее пассивно выполняемых поворотах в сторону диагностирована мышечная кривошея в виде асимметричного повышения тонуса в m. sternocleidomastoideus: в IV-ой подгруппе больных в 54,5 % случаев и в 42,9% наблюдений в I-ой подгруппе. У детей со спастическими формами заболевания в 85,7% случаев в I-ой подгруппе и 60% в III-ей подгруппе диагностирована сгибательно-пронаторная установка верхних конечностей, проявляющаяся чаще всего в виде сочетания приведения и внутренней ротации плеча, пронации предплечья, а также сгибания в лучезапястном суставе с локтевой девиацией кисти. Паттерны спастичности в нижних конечностях выявлены у 84,1% больных со спастическими формами ДЦП и проявлялись сгибательной установкой бедра в тазобедренном суставе. При этом тест Томаса был положителен у 45,5%, а тест Дункан-Эли у 40,9% обследованных детей. У 43,2% детей диагностирована сгибательная установка коленных суставов (Хамстринг-синдром) и у 25% приведение и внутренняя ротация бедер (Грацилис-синдром).

Заключение: Таким образом, ортопедические осложнения ДЦП зачастую являются первичными по отношению к двигательным нарушениям. Поэтому построение реабилитационной программы, с учетом коррекции ортопедических последствий, занимает особое место в общем процессе абилитации больных с ДЦП.

ТАКТИКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА - АНАЛИЗЫ, НАБЛЮДЕНИЕ

Мамажонova Д.М., Атаходжаева Ф.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, в среднем на 1000 родов приходится один пузырьный занос и приблизительно у 2 из 100 000 женщин вслед за родами и в той же пропорции после абортов возникает хорион карцинома. Актуальность проблемы определяется и агрессивностью течения злокачественных форм заболевания

Цель исследования. Изучить целесообразность использования клинических прогностических факторов агрессивности течения ПЗ наряду с определением уровня ХГ в сыворотке крови больных после удаления опухоли.

Материалы и методы исследования. В ретроспективном исследовании по данным морфологического анализа были отобраны 50 женщин с различными формами пузырьного заноса. Пациентки были разделены на группы в зависимости от морфологической формы пузырьного заноса: у 76 пациенток - простой пузырьный занос, у 30-ти – пролиферирующий пузырьный занос, и у 7-ми - инвазивный пузырьный занос. Результаты исследования. В обследуемой группе ЗТО, инициированные ПЗ, диагностированы в 15,7% случаев, что не противоречит данным литературы. Диагноз установлен

на основании критериев, принятых FIGO-BO3. Все больные ЗТО, инициированными ПЗ, отнесены к группе низкого риска развития резистентности к метотрексату (≤ 6 баллов).

В настоящее время единственный общепринятый маркер агрессивности течения ПЗ - уровень ХГ в сыворотке крови большой после удаления ПЗ. Целесообразность использования клинических прогностических факторов, влияющих на течение заболевания после удаления ПЗ, обсуждается.

Для изучения значимости с ПЗ разделены на 2 группы: группа низкого риска малигнизации (105 женщин); группа высокого риска малигнизации (67 женщин).

В большинстве случаев для излечения больных группы низкого риска малигнизации достаточно удалить пузырную ткань из полости матки. Злокачественное течение диагностировано лишь у 2,9% пациенток данной группы, во всех случаях имела место доклиническая форма заболевания (повышение уровня ХГ в сыворотке крови).

Своевременная и точная диагностика ЗТО, инициированных ПЗ, позволяет излечить больных с минимальными экономическими затратами, сохранив абсолютному большинству из них высокое качество жизни и возможность деторождения. Основное условие положительного результата - четкое соблюдение алгоритма обследования и наблюдения больных после удаления ПЗ.

Вывод. Таким образом, основной критерий диагностирования ЗТО, инициированной ПЗ, - уровень ХГ в сыворотке крови. Вместе с тем использование клинических прогностических факторов агрессивности течения ПЗ целесообразно, так как позволяет дифференцировать больных группы высокого риска малигнизации в 1-е сутки после удаления ПЗ.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

Мамажонова Д.М., Атаходжаева Ф.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Пузырный занос (ПЗ) - наиболее часто встречаемая в клинической практике трофобластическая болезнь, являющаяся результатом патологического оплодотворения. В последние годы активно дискутируются целесообразность классификации ПЗ как 0 стадии трофобластических болезней чп и выделение клинических прогностических факторов агрессивности течения ПЗ наряду с определением уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику методов лечения пузырного заноса, включающих острый кюретаж и мануальную вакуум-аспирацию.

Материалы и методы исследования. Для оценки особенностей клинического течения пузырного заноса с 2019-2020гг нами было проведено обследование 83 пациенток с различными формами пузырного заноса.

Результаты исследования. В проспективное исследование было включено 83 женщины с верифицированными формами пузырного заноса: простой пузырный занос - 60 женщин (73,4 %), пролиферирующий пузырный занос - 17 женщин (21,0 %) и инвазивный пузырный занос - 4 женщины (5,3 %). Основную массу обследованных пациенток составили домохозяйки - 54,4 %, на втором месте работающие - 35,1 %, студентки - 10,5 %. Возраст женщин варьировал от 16 до 37 лет (в среднем $25,0 \pm 0,6$ года). В группе простого пузырного заноса достоверно преобладали женщины в возрасте 16–27 лет ($p < 0,001$), а в группе пролиферирующего пузырного заноса - в возрасте 31–40 лет ($p < 0,05$) по сравнению с группой инвазивного пузырного заноса. То есть оценка фактора риска показала, что женщины в возрасте старше 30 лет достоверно чаще имеют высокий риск развития пузырного заноса (чувствительность - 93,6 %, специфичность - 94,2 %). В обследованных группах женщин с простым и пролиферирующим пузырным заносом достоверно преобладали повторно-беременные и женщины, имеющие в анамнезе аборт, по сравнению с группой инвазивного пузырного заноса ($p < 0,01$). В проспективном исследовании простой пузырный занос чаще всего развивался после самопроизвольного выкидыша (42,8 %), при замершей беременности (16,2 %), на фоне первой беременности (37,8 %), после внематочной беременности (1,8 %) и пузырного заноса (1,4 %). А пролиферирующая форма пузырного заноса развивалась после самопроизвольного выкидыша в 41,6 % случаев, замершей беременности - в 35 % случаев, родов - 8,6 %, после внематочной беременности - 8,4 % и пузырного заноса - 8,4 %, на фоне первой беременности.

Вывод. В нашем наблюдении женщины применяли оральные контрацептивы, так как использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) после эвакуации пузырного заноса до нормализации ХГЧ безопасны, поскольку действие КОК состоит не только в торможении секреции гонадотропин рилизинг гормонов, гонадотропных и яичниковых гормонов, временном подавлении овуляции, но и в подавлении пролиферации эндометрия и митотической активности миометрия.

Таким образом, всем беременным женщинам в I триместре беременности для ранней диагностики необходимо комплексное динамическое наблюдение, которое позволяет своевременно выявить осложнения гестационного процесса, что, в свою очередь, является залогом эффективного лечения.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Матризаева Ш.Б., Джуманязов С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. ЭМА - это «купирование» кровотока, который «питает» миому матки, вследствие чего она исчезает или уменьшается и прекращает беспокоить пациентку. Особенность процедуры заключается в том, что артерии здорового миометрия не страдают, так как кровоснабжение узлов осуществляется по сосудистой сети, окружающей доброкаче-

стенную опухоль по периферии. Пораженные сосуды определить довольно легко – они в несколько раз больше здоровых и достигают до 0,5 миллиметров в диаметре. В сосуды вводятся специальные эмболизационные частицы, после чего миома теряет свое кровоснабжение, превращается в фиброзную ткань и перестает беспокоить пациентку. Эмболизация маточных артерий, как ни странно, не новое слово в медицине – ее активно и успешно применяют с 1979 года! Изначально ЭМА использовали для остановки кровотечений, возникающих после родов и других хирургических вмешательств, касающихся матки. О эффективности эмболизации в рамках лечения миом стало известно в начале 90-х годов – ЭМА стали использовать в качестве «предподготовки» перед миомэктомией для уменьшения кровотечений, но, как оказалось, необходимость проведения этой операции после эмболизации и вовсе отпала.

ЭМА стала распространяться в международной медицинской практике «семимиллиными шагами», эмболизация маточных артерий получила разрешение FDA в США уже в 1996 году, а через два года в РФ была включена в перечень разрешенных эндоваскулярных вмешательств в России.

Цель исследования. Изучить опыт при использовании эмболизации маточных артерий (ЭМА) у больных с миомой матки.

Материал и методы. Методику ЭМА применили у восьми больных в возрасте 38-52 лет с симптомной миомой матки в постоянном и временном вариантах. В первом варианте, как самостоятельный вид лечения, выполнили билатеральную постоянную ЭМА с помощью нерассасывающихся микрочастиц поливинилалкоголя (ПВА; 6 случаев). Во втором варианте у двух пациенток с миомой матки больших размеров (более 8 см. в диаметре) провели временную ЭМА частицами измельченной гемостатической губки с целью уменьшения кровопотери при последующей миомэктоми.

Результаты исследования. Осложнений во время и после ЭМА не наблюдали. В первом варианте во всех шести случаях достигнут оптимальный эффект с полным прекращением кровотока по маточным артериям, женщины были выписаны под наблюдение гинеколога по месту жительства, с регрессом миомы. Во втором варианте у пациенток с временной ЭМА, миомэктомией кровопотеря при операциях была минимальной послеоперационный период протекал гладко и затем было отмечено полное восстановление кровотока в оперированной матке к моменту выписки домой. Функция органа сохранена.

Вывод. Избирательное проведение ЭМА эффективно при симптомной миоме матки небольших размеров, а при удалении узлов больших размеров способствует минимизации операционной кровопотери с последующим сохранением функции органа.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИИ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Матякубов Б.Б., Ниязметов Р.Э.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. Снижение материнской смертности при массивных акушерских кровотечениях (МАК), путем оптимизации техники тотальной гистерэктомии с улучшением качества инфузионной терапии.

Материалы и методы исследования. Анализ и оценка результатов лечения МАК в сравнительном аспекте проведен в ретроспективной и в проспективной группе с 2014 по 2019 гг. на базе перинатального центра в г. Ургенче и 3-х родильных комплексах Хорезмской области в республике Узбекистан. В ретроспективную группу вошли 72 беременных, с кровопотерей в среднем $2450,0 \pm 80,0$; а в проспективную 78 беременных, кровопотеря составила в среднем $2530,0 \pm 70,0$ мл. Результаты и обсуждение. В ретроспективной группе, произошли 22896 родов, и из них 1419 (6,2%) случаев сопровождалась патологической кровопотерей, а частота МАК более 1500,0 мл составил 0,3% случаев из всех родов. Из 8 случаев материнской летальности 5 (62,5%) случаев непосредственно была связана с МАК. В ретроспективной группе проведена тотальная гистерэктомия традиционным методом по поводу: преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) тяжелой степени - 31(48,4%) случаев, раннее послеродовое атоническое кровотечение - 24 (37,5%), центральное предлежание плаценты - 6(9,3%), эмболия амниотической жидкостью - 2(3,1%) и разрыв матки - 1(1,5%), при этом интероперационная кровопотеря составила $860,0 \pm 110,0$ ($p < 0,05$). В данной группе, качественный и количественный состав инфузионной терапии в среднем составил: физиологический раствор натрия хлорида $4350,0 \pm 350,0$; Гелоплазма (МНН) - $500,0 \pm 100,0$; гидроксипропилированный крахмал (ГЭК) $1800,0 \pm 150,0$; Реосорбилакт $400,0 \pm 50,0$ и свежезамороженную плазму (СЗП) $1650,0 \pm 110,0$. В проспективной группе частота МАК и родов была идентична с ретроспективной группой. В проспективной группе применяли оптимизированный вариант операции тотальной гистерэктомии, который отличается от традиционного тем, что накладывают один «гемостатический шов» на все три образования (маточную трубу, собственную и круглую связки), сначала в дистальных отделах, затем в проксимальных, а также по ходу операции накладывают «гемостатический шов» на нисходящий и восходящий отделы a.uterinae. Проведенный оптимизированный вариант тотальной гистерэктомии, способствовало уменьшению интероперационной кровопотери в среднем на $340,0 \pm 60,0$ мл при МАК и сокращение времени выполнения самой операции на $22,0 \pm 4,0$ мин, тем самым улучшился исход операции. В проспективной группе количество физиологического раствора натрия хлорида в среднем на 1900,0; Рефортана на 600,0; СЗП на 230,0 меньше, а МНН, Гелофузина на 500,0 и Реосорбилакта на 400,0 больше вводили, чем в ретроспективной группе.

Закключение. Оптимизированный вариант тотальной гистерэктомии с улучшенным качественным и количественным составом инфузионной терапии при МАК в проспективной группе способствовал снижению материнской летальности на 19,7%, чем в ретроспективной группе.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Махматмурадова Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Установлено, что интерстициальные заболевания легких, характеризуются прогрессирующим заболеванием легких, объединяемых по признаку воспалительно-склеротических изменений в структуре легочного интерстиция. При этом их возникновению иногда способствуют ревматические болезни – системная склеродермия, полимиозит, ревматоидный артрит, при которых отмечается поражение легких.

Цель работы – выявить частоту встречаемости, характеристику, диагностику ревматических болезней при интерстициальной пневмонии легких.

Материал и методы. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2016-2019 гг. Для всех больных выполнен необходимый объем обследования, с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии, ревматологических проб.

Результаты исследования. По результатам проведенных исследований выявлено следующее - в гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 18 (69,2%), а у мужчин 8 (30,8%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 25 до 74 лет, с преобладанием в промежутке 30-45 лет. При этом в большинстве случаев интерстициальные заболевания легких отмечались у больных с системной склеродермией. Обычно она формировалась у больных в ранние годы заболевания и протекала латентно, а клинически выявлялась при длительном наблюдении, с учетом респираторных симптомов, обнаружением базальной крепитации при аускультации легких, исследованием функции внешнего дыхания и компьютерной томографии. Клинически у пациентов отмечалась одышка инспираторного характера (94%), непродуктивный кашель (47%), двусторонняя базальная крепитация (72%). При рентгенологическом исследовании у 82% больных, обнаружено – базальный пневмофиброз, изменение легочного рисунка и снижение прозрачности в базальных отделах легких. А при компьютерной томографии почти у всех больных отмечалась инфильтрация по типу матового стекла и симптомы «сотового» легкого. У всех больных с ревматическими заболеваниями обнаружены рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания разной выраженности (медиана жизненной емкости легких составила 54,6% от должного). Уменьшение насыщения гемоглобина кислородом в покое отмечено у 73% больных, а после теста с 6-минутной ходьбой – у всех пациентов.

Отмечалась взаимосвязь интерстициального поражения легких у больных с системной склеродермией с выраженностью синдрома Рейно. В большинстве случаев при установленном диагнозе ревматического заболевания, выявлялось поражение легких.

Важным в ревматологической практике является следующий аспект. При выявлении диссеминации на рентгенограмме легких у больных с ревматическими заболеваниями, получающими базисную иммуносупрессивную терапию (преднизолон, метотрексат, D-пенициллинамин, биологические агенты), необходимо исключение инфекционного генеза (прежде всего туберкулеза), а также лекарственного поражения легких. Тем не менее, нужно отметить, что поражение легких при ревматических заболеваниях увеличивается.

Заключение. Таким образом, полученные результаты исследований доказывают, что увеличиваются больные с ревматическими заболеваниями, у которых выявляются интерстициальные поражения легких, которые также чаще отмечались у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. Наряду с общепринятыми методами исследования, существенно применение компьютерной томографии. Рекомендуется в дальнейшем изучении прогностической роли интерстициального поражения легких у больных с ревматическими заболеваниями.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА**

Махмудова Ш.А., Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Каримов Д.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования – определить потенциал внедрения дифференцированного подхода к выбору методов лечения пациенток с тубоовариальными образованиями.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ лечения 108 пациенток с тубоовариальными образованиями. После проведения диагностических мероприятий разрабатывалась лечебная тактика, в том числе объём и сроки проведения предстоящих операций, которые выполнялись лапаротомным доступом (n=38), лапароскопическим доступом (n=19), с использованием чрескожного дренирования под контролем УЗИ и рентгеноскопии (n=31), отдельную группу составили пациентки, которые получали только консервативную терапию (n=20).

Результаты исследования. Было выделено восемь критериев отбора больных, что позволило структурировать избранную тактику лечения. 1. Возраст - первая группа (17–27 лет - 14,8%); вторая группа (28–38 лет - 31,5%); третья группа (39–49 лет - 53,7%). 2. Длительность существующего заболевания (до 3 нед - 36%; 3 нед и более - 64%). 3. Наличие или отсутствие внутриматочного контрацептива (отсутствие ВМК - 45,3%, наличие ВМК - 54,7%,.. 4. Характер процесса определялся на основании данных осмотра и УЗИ. 5. Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. 6. Наличие или отсутствие в анамнезе перенесённых полостных операций. 7. Сопутствующие соматические заболевания.

8. Реализация репродуктивной функции. Показания для лапаротомной операции: клиническая картина разлитого перитонита, отсутствие возможности удаления ВМК, отсутствие необходимости сохранения репродуктивной функции, отсутствие технических возможностей для использования малоинвазивных методов, отсутствие эффекта от проводимых малоинвазивных методов. Лапароскопические операции: длительность заболевания не более 3 нед, формирование рыхлого инфильтрата с абсцедированием, отсутствие противопоказаний для проведения лапароскопических операций, отсутствие ВМК или возможность удаления ВМК при первичном осмотре, необходимость сохранения репродуктивной функции (первая и вторая возрастные группы). Пункционные методы: длительность заболевания более 3 нед, формирование плотного инфильтрата с признаками абсцедирования; высокий риск проведения полостных операций (3-я возрастная группа), необходимость сохранения репродуктивной и гормональной функции (первая и вторая группы), отсутствие ВМК или возможности удалить ВМК при первичном осмотре, спаечный процесс в брюшной полости.

Заключение. Таким образом, сравнение эффективности отдалённых результатов лечения, основанное на оценке числа осложнений, рецидивов, реализации репродуктивной функции, показывает, что использование дифференцированного подхода к лечению тубоовариальных образований позволяет расценивать каждый метод как эффективный. Использование малоинвазивных хирургических операций повышает возможность реализации репродуктивной функции и снижает число осложнений. У женщин, имеющих роды в анамнезе, радикальный объём операций снижает риск рецидивов и предпочтителен в том случае, если не сопровождается анестезиологическими и интраоперационными осложнениями.

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Машарипова С.О.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

Введение. Антенатальный уход (АНУ) проводится в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) - СВП/поликлинике/центральной районной многопрофильной поликлинике. Беременная женщина принимается на диспансерное наблюдение по месту основного проживания или по месту прописки.

АНУ в СВП/поликлинике/многопрофильной поликлинике осуществляет ВОП, акушер-гинеколог (штатный), акушерка, патронажная медицинская сестра. Основным ответственным специалистом за АНУ ВОП.

Материалы и методы исследования. Основными документами для антенатального ухода являются амбулаторная карта, индивидуальная карта беременной, журнал регистрации беременных, домашняя карта беременной.

Результаты и заключение. Задачами ВОП по АНУ является:

- выявление беременных на ранних сроках гестации (желательно до 6-7 нед);
- оказание квалифицированного антенатального ухода за беременной женщиной в течение всей гестации, основанного на передовых технологиях и доказательной базе;
- полное первоначальное обследование беременной с участием при необходимости узких специалистов (эндокринолога, кардиолога и др.);
- обеспечение 100%-ного охвата обследованием, консультированием, микронутриентами, витаминизацией и добровольным тестированием беременных на ВИЧ-инфекцию
- решение вопроса о возможности прерывания (или прерывании) беременности с медицинских позиций;
- направление беременных группы риска на скрининговое исследование в сроках 16-20 недель для исключения аномалий развития плода и направление на прерывание беременности при выявлении аномалий плода при информированном согласии беременной женщины и членов её семьи;
- раннее выявление осложнений беременности или/и соматических заболеваний, при необходимости оказание неотложной помощи и своевременная госпитализация рожениц и выбор места для родоразрешения с учетом регионализации;
- проведение санитарно-просветительской работы по консультированию беременных, предоставление необходимой информации в семьях, информирование беременной и ее семьи об «опасных признаках во время беременности и родов», обучение ведению домашней карты беременной;
- обеспечение 100%-ного охвата консультированием и тестированием беременных на ВИЧ-инфекцию;
- прогнозирование возможных осложнений беременности в каждом отдельном случае. Определение показаний к госпитализации беременной, учитывая принцип регионализации медицинской помощи.
- обеспечение полноценного послеродового ухода, включая 100% охват осуществление послеродовой контрацепции: на 40 день послеродового периода диспансеризация всех родильниц на предмет контрацепции; при введении ВМС постплацентарно, по желанию женщины, наблюдение для исключения ее экспульсии;
- организация и качественное и регулярное проведение «школы матери».

ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Муминова Н.Х., Наркузиева Г.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение. Несмотря на многочисленные успехи в диагностике и лечении, предраковые заболевания шейки матки продолжают составлять удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости.

Целью настоящего исследования явилось определить значимость лабораторных исследований при предраковых заболеваниях шейки матки.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 пациентки с различными воспалительными заболеваниями шейки матки. Из 58 пациенток 49 перенесли различные воспалительные процессы шейки матки, в связи с чем получали противовоспалительные изменения. Из анамнеза у 23 пациенток были выявлены разрывы шейки матки, после которых у 9 осложнились истмико-цервикальной недостаточностью. Бактериальный посев выделений - у 17 (29,3%), микроскопия у всех 100%, кольпоскопия была у всех 100%, из них простая у 100%, расширенная с пробой йода и уксусом только у 24(41,4%). Со слов пациенток после кольпоскопии 49 женщин отправили на дальнейшие исследования такие как, Пап-тест (по системе Бетеста) определили степень изменения цитологической картины цервикального канала. Из 69 пациенток у 19 была проверена мазок или кровь на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ), где только у 6 результат был положительным. Это были 16,18, 31 и 33 штаммы вируса, которые считаются наиболее онкогенными в медицинской практике.

Учитывая выше изложенные результаты мы всем 8 больным произвели расширенную кольпоскопию, с уксусной пробой, где у всех были ацетабельные участки различной интенсивности, с последующей цитологией мазка, при дисплазиях 2-й и 3-й степени верификацию на ВПЧ тест с онкогенными маркерами. Из онкогенных маркеров у всех пациенток с 2-й и 3-й ст дисплазии выявили 16,18, и только у 9 31 и 33 штаммы. Из 68 больных кольпоскопические изменения совпали с результатами Бетеста, где выявлены 1-ст. дисплазии у 13, 2-й ст. у 19, 3-й ст. - у 5. Идентификация ВПЧ полимеразной цепной реакцией у 12 выявила онкогенные маркеры, у пациенток с дисплазией 2-й и 3-й степени.

Таким образом, наши исследования доказали значимость исследования результатов цитологии мазка по системе Бетеста, с последующей идентификацией онкогенных маркеров на ВПЧ.

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

Наврүзова Н.О., Ихтиярова Г.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Кириш. Ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари муаммоси гинекологияда муҳим ўрин эгаллайди. Бачадон бўйни касалликлари диагностикада ва даволашдаги кўплаб ютуқларга қарамасдан, бу касалликлар умумий гинекологик касалликлар орасида долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари сонининг ортиши бир томондан, атроф муҳитда канцероген омилларнинг кўпайиши, иккинчи томондан, ушбу омилларга нисбатан иммунологик жавоб қайтариш қобилятининг сусайиши билан боғлиқ. Бундан ташқари касаллик сонининг ўсишига аҳолининг миграцион харакати, жинсий йўл билан юқувчи касалликлар сонининг ортиши, шунингдек қатор миллий урф одатлар (эрта турмуш қуриш, эрта туғиш) ҳам сабаб бўлмоқда.

Ишнинг максади. Бачадон бўйни касалликларининг учраши, гинекологик ва соматик анамнезини ретроспектив таҳлилини ўрганиш.

Материал ва текширувлар. Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 92 та аёл кириб, улар Бухоро вилоят перинатал маркази ҳамда №5 ва №6 оилавий поликлиникага 2017-2019 йилларда мурожаат қилган аёлларни анамнезтик анкета очиб, касаллик давомийлиги ҳамда, бактериологик, цитологик ва кольпоскопик текширувдан ўтган беморлар текширилган.

Олинган натижалар. Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 92 та аёл кириб, улардан 33 таси шаҳар аҳолиси 35,9% ва 59 таси қишлоқ аҳолисида яшовчи аёллар бўлиб у 64,1% ини ташкил этади. Ёш жиҳатдан: аёлларнинг 26 ёшдан 30 ёшгача ретроспектив гуруҳда (27,3±0,2) улуши 31,1% ни (29 та аёл), 21 дан 25 ёшгача (22,8±0,3) бўлган аёллар (24 та) 26% ни ташкил қилди. Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси ўрганилганда, экстрагенитал касалликлар структурасида кўп учрайдиган патология болалиқдаги ва ўсмирликдаги камқонлик сабабдир. Бу кўрсаткич ретроспектив гуруҳда 55,4% ни (51 та аёл) ташкил қилди. Қалқонсимон без касаллиги патологияси эпидемик зоналарда кенг тарқалган бўлиб, у бу гуруҳдаги аёлларни 40,3% ида (37 та аёл) учради. Ретроспектив гуруҳ таркибидаги аёлларни гинекологик характеристикаси ўрганилганда, бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткич бўйича гуруҳдаги аёлларни 27,1% ии (25 та аёл) ташкил қилди. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича иккинчи ўринда турибди. У учраши бўйича гуруҳдаги аёлларни 19,6% ни яъни 18 та аёлда учради. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ини (3 та аёл)да учрайди. Эндометриоз касаллиги бу гуруҳдаги аёлларнинг 5,4% ни (5 та аёлда) аниқланган. Бачадон бўйни, вулва ва қин қисмидаги инфекцион патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмалар аниқланди. Герпетик тошмалар бу гуруҳдаги аёлларнинг 14 тасида (15,2%) да учради. Бачадон бўйнининг чандиқли ўзгаришлари бу гуруҳда 5 та аёл (5,4%)да аниқланди. Бачадон бўйни эритроплакияси бу гуруҳдаги аёлларнинг 11 тасида учраб, у 12 % ини ташкил этди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 2 та, яъни 2,2% ини ташкил қилди.

Хулоса: Шундай қилиб, бачадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ва ташхислашнинг энг самарали усуллари бўлиб батафсил йиғилган анамнез, кольпоскопия ва қин суртмасини бактериоскопик текшириш усуллари ҳисобланади. Демак, бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари репродуктив ёшдаги аёллар ичида (27,1%), қишлоқда яшовчилар (64,1%), тиббий кўриқда бачадон бўйни эрозияларни эрта кольпоскопик ташхислашда (19,6%) аниқланган.

Тиббий кўрикларни мунтазам ташкил қилиш, яллиғланиш касалликларни патогенетик даволаш, рак олди касалликларни эрта аниқлаш ва профилактика ўтказиш онкологик касалланишни олдини олади.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ДО 39 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

Наиля Амбрин, Надира Зухурова

Медицинский колледж Университета Шарджи, ОАЭ

Введение. У новорожденных, рожденных в результате кесарева сечения, вероятность развития респираторных заболеваний выше, чем у новорожденных, рожденных естественным путем. Риск развития респираторных заболеваний возрастает у детей, рожденных путем планового кесарева сечения (то есть до начала родовой деятельности) с потенциально тяжелыми последствиями. Этот риск снижается с увеличением срока беременности. Роды с помощью кесарева сечения менее 39 недель могут привести к респираторным заболеваниям у новорожденных, требующих наблюдения и лечение в отделении интенсивной терапии новорожденных.

Аntenатальное применение кортикостероидов связано со значительным снижением показателей неонатальной смертности, респираторного дистресс-синдрома и внутри желудочковых кровотечений. Стероиды эффективны в снижении неонатальной респираторной заболеваемости при введении последней дозы за 24 часа до операции и Максимум до 7 дней после введения второй дозы. Бетаметазон 12 мг внутримышечно в 2 дозах или дексаметазон 6 мг внутримышечно в 4 дозах являются стероидами выбора для улучшения зрелости легких.

Цель исследования. Оценить эффективность применения кортикостероидов при плановом кесаревом сечении, сделанном до 39 недель, с двумя различными типами кортикостероидов для снижения неонатальной заболеваемости и возможностей госпитализаций новорожденных в отделение интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были изучены ретроспективные электронные медицинские карты 60 пациенток, которым было проведено плановое кесарево сечение в период от 37 до 38 + 6 недель, с 1 июня 2020 года по 10 ноября 2020 года. Все критерии включения и исключения были соблюдены. Показания к операции кесарева сечения были включены. Типы и дозы вводимого кортикостероида были задокументированы. Были прослежены неонатальные исходы для каждого случая, включая респираторный дистресс-синдром, преходящее тахипноэ у новорожденных и общее количество госпитализаций в ОИТН.

Результаты исследования. Установлено, что Среди 60 пациенток включенных в исследование 54 (90%) получили полную дозу стероидов перед кесаревым сечением, а 6 (10%) перенесли кесарево сечение без стероидной терапии. Всего 7 (11,6%) новорожденных были госпитализированы в отделение интенсивной терапии с диагнозом респираторного дистресс-синдрома и преходящего тахипноэ у новорожденных. Более высокая частота респираторных заболеваний была обнаружена у 5 (71%), которые не получали кортикостероиды, а 2 (28%) из них принадлежали к группе матерей, получавших лечение. Не было обнаружено статистических различий в эффективности дексаметазона и бетаметазона в профилактике респираторных заболеваний новорожденных.

Заключение. Таким образом максимально положительный результат режима лечения для профилактики дыхательных расстройств у новорождённых наблюдался при назначении кортикостероидов для планового кесарева сечения до 39 недель. Однако, роль антенатального введения кортикостероидов, для снижения неонатальной заболеваемости и госпитализации ОИТН остается спорной у беременных с дополнительными факторами риска, такими как гестационный диабет, преэклампсия, маловодие, сахарные диабет, внутриутробная задержки роста плода. Бетаметазон и дексаметазон одинаково эффективны в профилактике респираторных заболеваний новорожденных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Насимова Н.Р., Шамсиева М.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. По прогнозу ВОЗ к 2030 году около 63 млн женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий. При этом наблюдается тенденция к омоложению данного заболевания, что связано с современными диагностическими возможностями и ранней диагностикой опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО), ростом другой гинекологической патологии, требующей хирургического вмешательства (гинекологическая травма органов малого таза), акушерским травматизмом и повышением требований к качеству жизни со стороны населения планеты. Другой важной проблемой пролапса гениталий является большое число рецидивов заболевания, достигающих 33-61,3%. Это связано с несовершенством хирургических методов лечения и проблемой сопутствующей патологии органов малого таза.

Целью нашего исследования была оценка отдаленных результатов различных методов хирургической коррекции пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи, применяемых в нашей клинике.

Материалы и методы исследования. В период 2012-2016 гг. нами было пролечено 84 пациентки с различной степенью ПТО. Все пациентки были ретроспективно разделены нами на 5 условных групп по виду проведенных им операций: 1 группа - 4 женщины, которым была выполнена «манчестерская операция»; 2 группа - 6 пациенток с применением симультанной операции экстирпации матки с кольпосуспензией; 3 группа - 30 женщин, которым была выполнена пластика передней и задней стенок влагалища; 4 группа - 28 пациенток с дополнительным выполнением леваторопластики и перинеопластики.

Результаты исследования: У всех женщин, вошедших в 1 группу исследуемых - 4 (100,0%), была диагностирована III степень ПТО. Пациенткам 2 группы исследуемых с IV степенью ПТО - 2 (33,3%) была выполнена экстирпация матки с кольпосуспензией по Берчу, ввиду не только высокой степени опущения, но также из-за наличия СНМ. У обеих женщин диагностирована множественная миома матки с вторичными изменениями в узлах, а также анонсирующие кровомазания в менопаузе. У женщин на дооперационном этапе преимущественно был диагностирован ПТО II степени - 14 (87,5%). Самый молодой возраст пациенток был отмечен у женщин из 3 и 4 групп - 12 (40,0%) и 10 (35,7%) соответственно; по нашему мнению, это связано с тем, что у них заболевание выявлено на более ранних этапах, и они не нуждались в более серьезной хирургической коррекции. Пациентки старше 60 лет с одинаковой степенью встречались во всех группах исследуемых. У 20 пациенток (66,7%) 3 группы был выявлен ПТО в сочетании с недержанием мочи вследствие сопутствующей патологии - гиперактивного мочевого пузыря, пролапс скорректирован изолированной пластикой передней и задней стенки влагалища. А в 4 группе у пациенток с пластикой стенок влагалища была дополнительно выполнена леваторопластика и перинеопластика - 11 (39,3%), ввиду наличия у пациенток разрывов в области промежности во время родов, рубцовых изменений и недостаточности тонуса мышц тазового дна, а также при наличии ГАМП.

Заключение: Таким образом, мы пришли к выводу, что хирургическая коррекция ПТО не может быть абсолютно стандартизирована. Должен применяться персонализированный подход к каждой пациентке, так как ПТО часто сопровождается тяжелой мочевой, анальной и сексуальной дисфункцией в разной степени их выраженности. И при различной клинической картине заболевания должны применяться наиболее подходящие техники хирургической коррекции с привлечением смежных специалистов.

ВОЗДЕЙСТВИЕ КАРАНТИННЫХ МЕР COVID-19 НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Насриддинова Ш.И., Ихтиярова Г.А., Хайдарова Д.К., Дустова Н.К.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Беременные женщины считаются группой риска по вирусным респираторным инфекциям с возможными последствиями для матери и плода; однако в настоящее время существует мало информации о подверженности беременных женщин патологии COVID - 19. Люди, находящиеся в карантине, могут испытывать широкий спектр чувств, включая страх, гнев, грусть, раздражительность, вину или замешательство, что может затруднить изоляцию для здоровья матери. Послеродовая депрессия (послеродовая депрессия) – является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, усложняет систему здравоохранения с расходами и приводит к семейным конфликтам. Симптомы материнской депрессии часто негативно влияют на потомство, когда наблюдаются когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Несколько исследований документально подтвердили психоэмоциональную уязвимость матери во время катастрофических событий. Травмы, террористические атаки, стихийные бедствия и антропогенные катастрофы (например, землетрясения, цунами и Чернобыль) были предикторами симптомов послеродовой депрессии у матерей в целом. После вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) в 2003 году, как медицинские работники и люди, которые являются самостоятельными, помещенные на карантин выставлены симптомы посттравматического стрессового расстройства. Следовательно, нельзя игнорировать влияние стресса, вызванного COVID - 19, на беременных женщин.

Цель исследования. Выяснить воздействие карантинных мер в больницах женщин, рожающих в зоне с повышенной опасностью COVID-19 на психоэмоциональный дистресс в ближайшем послеродовом периоде.

Методы исследования. Мы разработали исследование случай-контроль матерей, родивших в период карантина COVID-19 с 3 апреля по 11 июня 2020 г. (группа исследования COVID-19), с предшествующей группой сопоставимых послеродовых женщин (контрольная группа). группа), которые родили в тот же период в 2019 году. Участники заполнили Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (ЭШПД) на второй день после родов.

Результаты исследования. Возраст женщин в исследуемых группах был от 18 до 39 лет, средний возраст составил $32,73 \pm 4,11$ и $33,18 \pm 4,17$ соответственно, который не имел достоверных различий. Также не было значительных различий по срокам гестации и клиническим особенностям, все данные были сопоставимы между группами. Основная группа исследования COVID-19 ($n = 61$) имела значительно более высокие средние баллы ЭШПД по сравнению с контрольной группой ($n = 71$) ($8,5 \pm 4,6$ против $6,34 \pm 4,1$; $P < 0,001$). Кроме того, 28,6% женщин в группе COVID-19 имели общий балл EPDS выше 12. Анализ трех подшкал ЭШПД показал значительно более высокие баллы в группе COVID-19 по сравнению с контрольной группой для ангедонии ($0,60 \pm 0,61$ против $0,19 \pm 0,36$). ; $P < 0,001$) и депрессия ($0,58 \pm 0,54$ против $0,35 \pm 0,45$; $P = 0,001$).

Выводы. опасения по поводу риска заражения COVID-19 в сочетании с карантинными мерами, принятыми во время пандемии COVID-19, негативно повлияли на мысли и эмоции молодых матерей, усугубив депрессивные симптомы.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Ниязметов Р.Э., Хабибуллаев Д.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных (РХГБ) - это транзиторная печеночная дисфункция, возникающая преимущественно в третьем триместре беременности и серьезно нарушающая ее течение. Эта

патология на протяжении многих лет является одной из наиболее актуальных проблем научного и практического акушерства и, несмотря на многочисленные научные исследования, далека от своего решения. РХГБ не имеет специфической клинической картины - кроме зуда, поэтому нередко его первые симптомы оцениваются как пищевая аллергия, дерматоз, вирусный гепатит, что затрудняет своевременную диагностику заболевания.

Целью нашей работы явилось, отразить особенности клинического течения и лабораторной диагностики у беременных с рецидивированным холестатическим гепатозом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 109 беременных с РХГБ, которые находились в родильном комплексе №2 г. Ташкента за период с 2009-2018гг. Все беременные подвергались комплексному обследованию, включающему традиционные клинико-лабораторные, вирусологические, иммунологические и эхографические.

Результаты исследования. Одним из специфических клинических признаков РХГБ, по нашим данным был кожный зуд, который отмечен у всех 109(100%) беременных, из них умеренный - у 27(24,7%), сильный – у 82(75,2%). Диспепсические явления в более тяжелой стадии наблюдались в 1,5 раза чаще. У наших беременных потеря массы тела отмечалась у 30,9% женщин. Появление этого симптома мы связываем с нарушением питания и диспепсическими явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта. Изменения со стороны ЦНС у беременных с РХГБ характеризовались головными болями у 11(10,0%), нарушением сна – у 102(93,5%) при этом сознание было сохранено у всех 100% беременных в отличие от различных гепатитов, которые нередко сопровождаются развитием коматозных состояний. Наиболее тяжелым клиническим проявлением РХГБ явился ДВС-синдром, признаки которого обнаруживались у 7(6,4%) беременных и наиболее характерными для ДВС- синдрома были кожные петехиальные кровоизлияния различных размеров, которые наблюдались у 2(1,8%) пациенток, кровотечения из матки в послеродовом периоде более 1500,0 мл у 4(3,6%) женщин. В момент установления диагноза РХГБ, средний показатель общего билирубина была $68,2 \pm 4,2$ мкмоль/л. Характерным для РХГБ было превалирование показателя прямой фракции билирубина. Показатели АЛТ и АСТ у 69(63,3%) беременных увеличены в 3 раза, у 13 беременных находились на уровне верхней границы нормы. Ферменты АЛТ и АСТ с момента установления диагноза повысились в среднем от нормального значения в 2,1 и 1,6 раза, и составили соответственно $1,33 \pm 0,04$ ммоль/л и $0,76 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$). Активность АЛТ и АСТ, как индикаторов синдрома цитолиза, у беременных с РХГБ особо высоких значений не приобретала. Анализ данных показал, что уровень тимоловой пробы был повышенным в 2,4 раза, вследствие диспротеинемии и возможно перенесенного гепатита в анамнезе.

Заключение: Таким образом, наши исследования показывают, что рост общего билирубина в 3 раза с преобладанием прямой фракции, увеличение АЛТ и АСТ в 2,1 раза, снижение показателей свертывающей системы, гипопропротеинемия, увеличение показателей щелочной фосфатазы, являются основными лабораторными диагностическими критериями, характерными для РХГБ.

К МОРФОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Норжигитов А.М., Якубов М.З., Эшкабилов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Эндометриоз является одним частых заболеваний гинекологической сферы женщин, занимающий одну из ведущих мест. При этом появляются структурные элементы, сходные по строению с эндометрием, которые обнаруживаются как в стенке, а иногда за ее пределами. Этому заболеванию подвержены более 50 % женщин детородного возраста и каждая третья женщина с бесплодием имеет в анамнезе эндометриоз. Однако, некоторые морфологические аспекты этой патологии до сих остаются дискуссионными.

Цель исследования: Учитывая актуальность данной проблемы мы решили проанализировать случаи эндометриоза по биопсийно– операционным материалам, поступившим в патологоанатомическое отделение 1-ой клиники СамМИ за последнее 20 лет. За этот срок диагноз эндометриоза был выставлен 177 случаям. Возраст больных 25-67 лет.

Материал и методы исследования: Проведен анализ эндометриоза по локализации в органах гениталия, по морфологической верификации и по клинической диагностике. Препараты окрашены гематоксилин – эозином.

Результаты исследования: Исследование поступивших материалов показали, что у 143 больных (80,8 %) эндометриозом была поражена матка, у 14 больных (7,4 %) – яичники, в 4 случаях (2,3 %) – фаллопиевы трубы, в 4 случаях (2,3 %) – маточно–прямокишечные связки, а в остальных 12 случаях (6,7 %) наблюдалась сочетанное поражение органов гениталия.

Микроскопическое исследование эндометриозных узлов показало, что строение их напоминает пролиферативную фазу стромы эндометрия. Имелись мономорфные округлые, либо овальные клетки с наличием фибробластоподобных клеток с удлинёнными ядрами. Отмечены некоторые отличия микроструктуры узлов в зависимости от возраста. У молодых больных клетки более сочные, гиперхромные, а у больных старшего возраста было много удлинённых клеток с тенденцией к коллагенообразованию.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показали, что нередко диагноз эндометриоза устанавливается патоморфологом при отсутствии на это клинического предположения. По макроструктурным признакам узлы при маточном или внематочном эндометриозах идентичны. В микроструктуре этих узлов у пациенток старшего прослежена тенденция к клеточному склерозу и коллагенообразованию. Ни в одном из 177 случаев эндометриоза микроскопически не были обнаружены морфологические признаки атипии. По характеру и свойствам узлы при эндометриозе в какой-то степени близки к дисгормональной мастопатии.

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОДИТ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Норхужаева Ч., Камалова Д.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы: Невынашивание беременности – является одной из актуальных проблем современного акушерства, в патогенезе которой наибольшая роль принадлежит экстрагенитальным заболеваниям. Среди которых ведущее место занимает заболевания щитовидной железы. Частота невынашивания беременности в ранние сроки гестации тиреоидной дисфункции колеблется от 25 % до 50 %. В связи с экологической обстановкой возрастает число аутоиммунных тиреопатий, особенно у женщин фертильного возраста. Изучение этой проблемы остаётся крайне актуальным. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – хронический воспалительный процесс в щитовидной железе аутоиммунного генеза. Распространенность АИТ колеблется от 0,1 до 1,2 % у детей и до 6-11 % у женщин старше 60 лет (Matsuura и соавт., 2013г). По данным ряда авторов дефицит тиреоидных гормонов сказывается на плод, что приводит к таким патологиям сос стороны плода как, уменьшение массы головного мозга и содержания в нем ДНК, а также ряд гистологических изменений (Glinoer D.2016)

Цель исследования: Изучить влияния аутоиммунного тиреоидита на вынашивание беременности.

Материал и методы: Проведено обследование 120 беременных женщин в сроке гестации 37 недель и их новорожденных, из которых было 90 пациенток с наличием аутоиммунного тиреоидита и, 90 их новорожденных. Критериями отбора явились наличие первичного гипотиреоза, наличие повышенного уровня антител к ткани ЩЖ, ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии. Все беременные составили две основных группы. В I группу были включены пациентки (n=40), получающие заместительную терапию препаратами L-тироксина, и находящиеся в состоянии эутиреоза. Во II группу вошли пациентки с первично выявленным АИТ (n=40), не успевшие получить коррекцию функции ЩЖ. Контрольную, III группу, составили 30 беременных женщин, с отсутствием соматической и акушерской патологии и их новорожденные.

Результаты исследования: Частота невынашивания предыдущих беременностей встречалась у 11 пациенток (27,5 %) в I группе, у 12(30 %) во II группе. Учитывая высокий процент репродуктивных потерь у женщин с АИТ, подтверждается его влияние на вынашивание беременности у этой категории пациенток. При анализе частоты осложнений данной беременности у женщин с АИТ установлено, что только у 25 % женщин I группы, и у 15 % женщин II группы не было осложнений беременности. Наиболее часто встречались следующие осложнения: анемия (40 % и 55 % соответственно), угроза прерывания беременности (50 % и 67,5 % соответственно), преэклампсия (27,5 % и 37,5 % соответственно), наличие вирусно-бактериальной инфекции (17,5 % и 32,5 % соответственно) Угроза прерывания беременности у пациенток обеих групп наблюдалась в сроке гестации до 12 недель.

Выводы. У беременных с аутоиммунным тиреоидитом достоверно чаще отмечаются такие осложнения беременности, как невынашивание, инфекционно-воспалительные заболевания, угроза прерывания беременности, хроническая плацентарная недостаточность, по сравнению с пациентками контрольной группы. При сравнении результатов исследования, выявлено, что чаще наблюдаются гестационные осложнения у пациенток, не получающих коррекцию АИТ.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Очилов У.У., Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и её последствия являются значимой проблемой здравоохранения. Последствия ЧМТ относятся к распространенной патологии с четкой тенденцией к увеличению. Первыми симптомами после ЧМТ часто выступают астенические проявления (в более 60% случаев) в виде повышенной утомляемости, которые нередко комбинируются с другими психоаффективными нарушениями: неустойчивостью настроения, раздражительной слабостью и др. Астенический синдром оказывают влияние на реабилитационные возможности пострадавших и их повседневную жизнедеятельность. В отдалённом периоде ЧМТ у 50% женщин выявляются различные психоаффективные расстройства, в том числе астенический синдром, что необходимо учитывать в период беременности. Данные факты определяют актуальность нашей работы.

Цель исследования: оценить проявления астенического синдрома у беременных с ЧМТ в анамнезе, проходивших родоразрешение с 2018 по 2020 г.

Материал и методы исследования: выполнено клиническое обследование 47 беременных с ЧМТ (отдалённый период), с использованием шкалы субъективной оценки астении (MFI-20). Все пациентки были разделены на 2 группы (1 группа (гр.) - с последствиями сотрясения головного мозга (44,7%; n=21), 2 группа - с последствиями ушиба головного мозга (55,3%; n=26)).

Результаты исследования. клинико-анамнестический анализ 47 беременных (от 19 до 42 лет) с ЧМТ, показал, что 45 (95,9%) женщин получили ЧМТ ещё до беременности и 2 (4,3%, оба случая сотрясения головного мозга) во время данной беременности на ранних сроках. Изолированная ЧМТ была документально зафиксирована у 29 (61,8%) беременных и у 18 (38,3%) сочетанная. По структуре ЧМТ: закрытая ЧМТ наблюдалась в 40 (85,2%) случаях и открытая в 7 (14,9%). Средний возраст пациенток 1 группы составил 31,4±6,3 года, а во 2 группе 31,9±6,3.

В 1 группе - у 4 (19,1%) беременных верифицирован астенический синдром по шкале MFI20 с максимальными изменениями в под шкалах пониженной активности (6,10±1,23 в 1 гр. и 5,12±0,89 во 2 гр., p <0,05) и физической астении (7,4±1,42 в 1 гр. и 5,31±1,17 во 2 гр., p <0,05). Во 2 группе - у 7 беременных (26,7%) выявлен астенический синдром (все

случаи с преобладанием изменений в под шкалах психической астении ($7,23 \pm 1,95$ во 2 гр. и $5,29 \pm 1,42$ в 1 гр., $p < 0,05$), снижении мотивации ($6,88 \pm 1,78$ во 2 гр. и $5,52 \pm 1,18$ в 1 гр., $p < 0,05$).

Заключение. Астенический синдром у беременных с последствиями ЧМТ выявлен в 11 (23,4%) случаях. Среди пациенток с последствиями сотрясения головного мозга астенические проявления больше затрагивают физическую сферу ($n=4$; 19,1%), а в группе пациенток с последствиями ушиба головного мозга - психическую ($n=7$; 26,7%).

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Очилов У.У., Тураев Б.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. По данным ряда авторов, только 27% подростков с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и патохарактерологические реакции. Депрессия у подростков распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста.

Цель исследования: изучить личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и их влияние на формирование поведенческих нарушений пубертатного периода для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы исследования. были обследованы 28 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леона гарда.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессивного регистра у обследованных подростков, все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией - 43,8% ($n=12$), тревожной депрессией - 31,2% ($n=9$), маскированной депрессией 25% ($n=7$). В зависимости от типа личности пациентам были присущи такие черты как склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности социальных контактов, импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, внутренняя напряженность, тревога, двигательное беспокойство, неусидчивость, стремление к постоянной перемене места. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддитивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжелой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического типа, у которых чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Легкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

Заключение: выделение типов депрессивного поведения с учётом конституционально-личностных особенностей позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового периода, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУСТВУЮЩИМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Пардаев Ш.К., Худойбердиева Г.С., Хамдамова Э.Г., Шарипов И.Л.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Наблюдаемое в последнее десятилетие увеличение продолжительности жизни привело к тому, что современная женщина около трети своей жизни проводит в периоде менопаузы. В этой связи большую актуальность приобретают вопросы сохранения здоровья женщин старших возрастных групп. Вместе с тем, именно в этом периоде жизни женщин возрастает частота как гинекологических, так и соматических заболеваний. Цель исследования. Разработать метод лечебной премедикации у больных с миомой матки и сопутствующим климактерическим синдромом. Материалы и методы исследования. В отделении гинекологии 1-клиники СамГМИ в исследовании были включены 45 больных в возрасте от 40 до 55 лет (сред. возраст 46,86) Больные были разделены на две группы, контрольная (I группа) и основная (II группа). Функциональное состояние пациентов соответствовало 2 классу ASA- 37; 3 классу - 8 больных. Первая группа- контрольная - пациентки (20 больных) с миомой матки и климактерическим синдромом, которым проводили стандартную премедикацию (в/м атропин 1%-1мл, димедрол 1 мл, морфин 1%-1.0); пациентам этой группы лечебная премедикация не проводилась. Вторая группа- основная- пациентки миомой матки и климактерическим синдромом (25 больных). Была проведена предоперационная подготовка в течении 7 дней грандаксином 50мг («Эгис», Венгрия) по 1 таб 3 раза в день и накануне операции стандартной премедикацией. Всем обследованным женщинам было выполнено оперативное вмешательство: экстрепация или ампутация матки. С целью обезболивания использовали тотальную внутривенную анестезию (ТВА) на основе тиопентала натрия 3-5мг/кг/ч, кетамина 7-8мг/кг/ч и фентанила 5-8 мкг/кг/ч и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) эндотрахеальным способом в режиме умеренной гипервентиляции, миорелаксацию поддерживали введением ардуана 0,04-0,06мг/кг/ч. Об эффективности обезболивания судили по общепринятым клиническим признакам. Ре-

зультаты и их обсуждение Показатели периферической гемодинамики оценивали неинвазивными измерениями АД и ЧСС методом мониторинга. У I-группы за 30 мин до операции, на операционном столе исходные величины СрАД составило $120,5 \pm 15$ мм.рт.ст., ЧСС $98,45 \pm 20$ уд.в мин, в интраоперационном периоде СрАД $116,5 \pm 20$ мм.рт.ст., ЧСС $96,5 \pm 20$ уд.в мин., послеоперационном периоде ЧСС $90,4 \pm 1,6$ уд.в мин, СрАД $116,2 \pm 2,2$ мм.рт.ст. У II-группы СрАД составляло за 30 мин до операции $90,2 \pm 0,6$, ЧСС $74,1 \pm 0,5$ уд.в мин., в интраоперационном периоде - СрАД $88,1 \pm 0,6$, ЧСС $72,2 \pm 0,5$ уд.в мин. И послеоперационном периоде СрАД $87,3 \pm 0,8$, ЧСС $71,2 \pm 0,6$ уд.в мин. Кардиогемодинамический мониторинг осуществлялся с момента перевода пациента в операционную и включал в себя; ЭКГ-мониторинг, неинвазивный мониторинг АД систолическое, АД диастолическое, АД среднее, ЧСС, сатурацию SpO_2 , пульсоксиметрию (аппарат МПР6-03- "Тритон", Россия). Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД и ЧСС. У больных с миомой матки и климактерическим синдромом с целью предоперационной подготовки целесообразен приём грандаксина 50мг (7 дней до операции по 1 таб 3 р/день), что позволяет корректировать как нарушения центральной гемодинамики, так и психоэмоциональные нарушения. Заключение: Таким образом, наиболее часто встречающиеся при климактерическом синдроме типы нарушения гемодинамики (гипертензивно - гиподинамический вариант кровообращения и изолированная систолическая гипертензия) патогенетически хорошо поддаются лечению грандаксином и в ряде случаев исключает применение антигипертензивных препаратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л., Холбеков Б.К., Акрамов Б.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В последние годы значительно вырос интерес к использованию регионарных методов анестезии в хирургии и, в том числе, в гинекологической практике. Это обусловлено современными представлениями о патофизиологии острой боли, с точки зрения которой адекватность анестезии предполагает необходимость обеспечения защиты от ноцицептивных воздействий. Оптимальным представляется проведение анестезиологического обеспечения, направленного как на блокаду афферентного звена рефлекторной дуги, так и на предупреждение дополнительной активации механизмов эфферентной импульсации. Цель исследования: Изучить и оценить эффективность комбинированной (общей и регионарной) анестезии и послеоперационной анальгезии при симультанных операциях в гинекологии. Материал и методы: Обследовано 55 женщин, перенесших различные оперативные вмешательства на органах гениталия (тотальная гистерэктомия и пластика промежности-22, субтотальная гистерэктомия и кистомэктомия-18, вентрофиксация и пластика промежности-13 и др.-2) в возрасте от 32 до 60 лет (сред. $45,6 \pm 5,5$). В основной группе (35 больных) выполнена многокомпонентная общая анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией (ЭА). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства (игла и катетер G18) производили после стандартной премедикации через 30-40 минут. Выбор уровня пункции осуществляли с учётом сегментарной иннервации (Th 12-L1-2;). Использовали местный анестетик лонгокаин (Украина) в дозе 0,5 %-1мг/кг. В контрольную группу вошли 20 больных с аналогичными вмешательствами, которые были выполнены с использованием сбалансированной тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. Использовали кетамин, тиопентал натрий, препараты НЛА и миорелаксанты в общепринятой дозировке. Наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями во время и ближайшем послеоперационном периоде исследовали ЭКГ, ЭХО-КГ, АД (систолическое, диастолическое, среднее), ЧСС, спирометрию, пульсоксиметрию (SpO_2). Результаты обследования: Все больные подверженные оперативным вмешательствам отнесены в группу риска II-III ст. по ASA. После выполнения ЭА в исследуемой группе больных отмечено снижение АД на 15-20% от исходного с увеличением ЧСС на 5%. SpO_2 сохранялась на уровне 96-98%. Использование ЭА как компонента анестезиологического пособия позволило уменьшить расход фентанила в основной группе больных в 8-10 раз. Уровни АД (среднее) в исследуемой группе больных отличались стабильностью на всех этапах оперативного вмешательства. Послеоперационное обезболивание в исследуемой группе больных осуществляли путем введения лонгокаина в эпидуральный катетер в дозе 5 мл 0,5% раствора каждые 6-8 часов. Эффективность обезболивания оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В контрольной группе в 8 случаях отметили существенный дискомфорт, связанный с выраженным болевым синдромом, вздутием живота, тошнотой, что требовало дополнительных препаратов для обезболивания. Уровень анальгезии по ВАШ в основной группе оценили 0-1 балл, а в контрольной группе 3-4 балла. Выводы. Комбинированная анестезия (общая и эпидуральная) при выполнении травматичных симультанных вмешательствах на органах гениталия обеспечивает стабильное течение периоперационного периода, существенное уменьшение дозы наркотического анальгетика и общего анестетика и более раннее пробуждение больной. Послеоперационное обезболивание путём введения местного анестетика в эпидуральное пространство способствует ранней активации и уменьшению сроков пребывания больных в стационаре.

ВЛИЯНИЕ НК И COVID-19 НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Парфёнова Я.А.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Введение. В настоящее время отсутствуют публикации, касающиеся состояния репродуктивного здоровья женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НК И COVID-19). Однако, предполагается, что это заболевание может оказывать как непосредственное влияние на менструальную и репродуктивную функцию у женщин путем воздей-

ствия на рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2, так и опосредованно, за счет массивной терапии заболевания. Цель исследования – оценить влияние среднетяжелой и тяжелой формы НКИ COVID-19 на репродуктивное здоровье женщин.

Материал и методы исследования. Дизайн исследования: одномоментное поперечное. Критерии включения в исследование: женщины в возрасте 18-55 лет, выздоровление после подтвержденной НКИ COVID-19 среднетяжелой и тяжелой степени, желание участвовать в исследовании. Критерии исключения: возраст моложе 18 и старше 55 лет, отсутствие критериев выздоровления НКИ COVID-19, срок выздоровления менее 1 месяца и более 6 месяцев, отсутствие желания участвовать в опросе. В исследование включена 81 женщина, которая получала стационарное лечение по поводу НКИ COVID-19 в условиях инфекционного госпиталя ГАУЗ КО "Кемеровская областная клиническая больница имени С.М. Беляева" с июня по август 2020г. Все пациентки были интервьюированы по телефону через 3 месяца после выздоровления (два отрицательных теста на COVID-19 методом ПЦР).

Результаты. Средний возраст женщин составил $43,0 \pm 9,0$ лет, медиана 44 [22,0;55,0]. Из них беременных женщин было 16 (19,8%), женщин в постменопаузе – 19 (23,5%). На момент проведения исследования менструировали 45 (55,5%). Средний возраст менархе составил $13,3 \pm 1,5$ лет, медиана 13,0 [9,0;18,0]. Среднее количество беременностей у обследованных женщин составило $3,0 \pm 3,7$, медиана 2 [0;30,0], количество родов – $1,6 \pm 0,9$, медиана 2 [0;5]. На момент интервьюирования гинекологические заболевания в анамнезе имели 40 (49,4%) женщин. Миома зарегистрирована у 18 (22,2%), эндометриоз – у 12 (14,8%), кисты яичников – у 11 (13,6%), СПКЯ – 3 (3,7%). Установлено, что у 45 (55,5%) менструирующих женщин репродуктивного и перименопаузального возраста в течение трех месяцев после перенесенной НКИ COVID-19 наблюдались нарушения менструального цикла: у 15 (33,3%) женщин изменилась продолжительность цикла, у 16 (35,5%) женщин отмечено нарушение продолжительности менструации. Объем кровопотери во время менструации и характер болезненности изменился у 13 (28,9%) и 6 (13,3%) женщин соответственно. Нарушения менструального цикла наблюдались у 11 (24,4%) по типу олигоменореи, у 7 (15,5%) – по типу аномальных маточных кровотечений. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) до заболевания принимали 12 (26,7%) женщин. Во время заболевания НКИ COVID-19 прием КОК прекращен у 4 (8,9%) женщин, все пациентки возобновили прием КОК после выздоровления. У женщин в постменопаузе через 3 месяца не выявлено изменений со стороны репродуктивной системы после перенесенной НКИ COVID-19. Менопаузальную гормональную терапию (МГТ) до заболевания получали 3 (15,8%) женщин. Средний срок выявления НКИ COVID-19 при беременности составил $34,4 \pm 4,4$ недель, срочные роды произошли у 8 (50%), преждевременные роды – у 2 (12,5%), операцией кесарева сечения родоразрешено – 2 (12,5%), у 1 (6,25%) женщины послеродовый период осложнился эндометритом.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в течение трех месяцев после перенесенной НКИ COVID-19 у большинства женщин репродуктивного возраста регистрируются нарушения менструального цикла, которые могут проявляться как олигоменореей, так и аномальными маточными кровотечениями. Необходимы дальнейшие углубленные исследования для установления генеза этих расстройств.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНДУКЦИИ РОДОВ

Пахомова Ж.Е.¹, Рузиева Н.Х.²

1 – Ташкентская Медицинская Академия

2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. В современном акушерстве рациональный подход к индукции родов является одним из наиболее сложных и актуальных вопросов. Индукция родов – на сегодняшний день является одним из самых распространенных вмешательств в акушерской практике. Все известные виды индукции родов преследуют одну цель – родоразрешение через естественные родовые пути с максимальным предупреждением или уменьшением осложнений в родах как для матери, так и для плода. Но к сожалению, по мнению ряда авторов, родовозбуждение может увеличивать риск неблагоприятного исхода родов.

Материалы и методы исследования. Обследованы беременные в сроке от 37⁰⁻⁶ нед до 40⁰⁻⁶ недель, условно были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 30 беременных, которым для родовозбуждения использовали интравагинально в цервикальный канал Примигин гель и во вторую группу – 30 женщин которым таким же способом в задний свод влагалища вводили Гландин Е. Обследование беременных проводилось согласно национальным стандартам. Функциональное состояние плода оценивалось с помощью УЗИ с доплерометрией, перед каждым последующим этапом подготовки шейки матки и перед началом преиндукции родов, а также в динамике.

Результаты и обсуждение. Отмечено, что Примигин гель более эффективное средство для созревания шейки матки быстрого индуцирования родов, при уместном и грамотном использовании редко вызывают побочные эффекты. По данным нашего исследования, установлено преимущество геля по сравнению с таблетированной формой динопростона, которая выражается в 100% родовозбуждении за относительно короткий период времени.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного анализа доказана высокая эффективность Примигин геля, что способствует эффективному созреванию шейки матки и быстрой индукции родовой деятельности в 4 раза быстрее в сравнении с Гландином Е, при отсутствии статистической значимой разницы в показателях течения родов и их исходов, а также имеет профиль безопасности. Необходимо отметить тот факт, что во второй группе из-за отсутствия эффекта от родовозбуждения Гландином Е, частота операции кесарева сечения в 5 раз больше чем в первой группе, где применяли Примигин гель.

К ВОПРОСУ О ДИСКООДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Петрич Л.Н., Новикова О.Н.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет
Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение. Физиология и патология родовой деятельности остается одним из неизученных вопросов акушерства, оказывая значительное влияние на перинатальную заболеваемость и показатели оперативного родоразрешения. Целью работы было выявить наиболее существенные факторы риска развития дискоординированной родовой деятельности.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль течения беременности и родов у 200 женщин в возрасте от 17 до 42 лет, родоразрешенных в доношенном сроке в родильном доме ГАУЗ «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского» за период 2017-2019 гг. Критериями включения в исследование были одноплодная беременность, головное предлежание плода, срок гестации 37-41 неделя. В основную (I) группу были включены 100 рожениц, у которых роды осложнились дискоординацией родовой деятельности. В группу контроля (II) вошли 100 рожениц, у которых роды протекали физиологически. Диагноз дискоординации родовой деятельности ставился на основании гистерографии в первом периоде родов и замедленной динамики раскрытия маточного зева (менее 1 см/ч в активную фазу первого периода родов). Статистическая обработка результатов проведена с использованием лицензионного пакета программ StatSoft Statistica 6.1 (лицензия № VXXR006BO92218 FAN11) методами описательной статистики. Для оценки различий использовали отношение шансов (OR), медиану (Me) и непараметрический критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Различия между показателями в разных группах считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При изучении семейного положения женщин получены следующие данные: в I группе в зарегистрированном браке находились 68 (68%) женщин, в незарегистрированном браке – 27 (27%), а одиночками – 5 (5%) женщин; во II группе соответственно 92 (92%), $p < 0,001$, 7 (7%), $p < 0,001$ и 1 (1%) женщин, $p = 0,098$. В I группе высшее образование было у 68 (68%) женщин, средне-специальное – у 27 (27%), среднее – у 11 (11%) женщин, во II группе соответственно высшее – у 32 (32%), $p < 0,001$, средне-специальное – у 60 (60%), $p < 0,001$, среднее – у 8 (8%) женщин, $p = 0,470$. Первое место в структуре заболеваемости занимает анемия (I группа – 37%, II – 26%, $p = 0,046$), на втором месте находятся нейроэндокринные нарушения, в том числе ожирение (I группа – 26%, II – 12%, $p = 0,012$), на третьем – заболевания мочевыделительной системы (I группа – 14%, II – 12%, $p = 0,675$). Женщины I группы чаще имели в анамнезе альгоменоррею (29% и 17%, $p = 0,044$) и патологию шейки матки (24% и 15%, $p = 0,034$), по предшествующей гинекологической патологии различий не выявлено. Оценка «зрелости» шейки матки проведена до начала родовой деятельности, в первой группе составила $4,48 \pm 0,31$ балла по шкале Bishop, во второй – $3,51 \pm 0,21$ балла, $p = 0,010$. Дискоординацию родовой деятельности при предыдущих родах имели 18 (18%) женщин основной группы и 2 (2%) группы контроля, $p < 0,001$.

Заключение: Проведенный анализ показал, что у женщин, имеющих высокий риск развития дискоординированной родовой деятельности при предстоящих родах по сравнению с женщинами с физиологическими родами достоверно чаще отмечаются такие социальные факторы, как курение, отсутствие регулярного наблюдения в женской консультации и регистрации брака, низкий социально-экономический уровень, высшее образование, возраст пациентки старше 30 лет. Кроме того, у них чаще встречаются альгоменоррея, патология шейки матки, анемия, ожирение. Определяющими факторами становится «незрелая» шейка матки, использование мероприятий, направленных на ее созревание, нарушение сократительной деятельности матки при предыдущих родах. Среди осложнений родового акта большое значение имеет дородовое излитие околоплодных вод.

**ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ
НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ**

Раззакова Н.С., Каршиева Ш.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

С целью оценки эффективности терапии больных с миомой матки сочетанной с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез проведено лечение I группе дюфастоном, II – группа сравнения больных ($n=38$) получала лечение дюфастоном в комплексе с индолом. Лечение дюфастоном в комплексе с индолом оказало положительное влияние и на матку, пораженную миоматозным процессом, и на молочные железы. Была достигнута стабилизация течения заболевания у двух третьих больных II группы и напротив одной треть I группы. Нередко миоме матки сопутствуют гиперпластические процессы молочных желез. Так, у больных с миомой матки в 69-89% развивается фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ). Помимо того, в последние десятилетия отмечается неуклонный рост этих болезней во всем мире. Целью исследования явилась оценка эффективности терапии больных с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез и миомой матки. Нами обследовано 70 женщин с ФКМ и миомой матки, которые были распределены на 2 группы. Больные I- основной группы ($n=32$) получали лечение дюфастоном. II – группа сравнения больных ($n=38$) получала лечение дюфастоном в комплексе с индолом, III группа контроля 28 женщин без ФКМ и миомы матки. Анализ полученных данных выявлено, что мастопатия была диагностирована одновременно с миомой матки. К моменту настоящего обследования размеры матки соответствовали 5-6 недельной беременности у 70% и 71,3% больных, 7-8 недель – у 16% и 15,5% соответственно и у остальных оставались в пределах нормальных, но по данным УЗИ определялось наличие одного или более миоматозных узлов небольших размеров расположенных интерстициально. Изучение динамики клинической картины

заболевания в двух группах показало, что проявление масталгии уменьшилось у 85,8% больных во II группе по сравнению с I группой (17,6%). На фоне положительных сдвигов в гормональной системе организма женщин произошла нормализация секреции пролактина ($517,0 \pm 53,3$ МЕ/л против $622,4 \pm 23,3$ МЕ/л до лечения, $p < 0,01$), уровень которого после лечения не отличался от контроля ($403,9 \pm 43,6$ МЕ/л, $p > 0,05$), соотношение ЛГ/ФСГ соответствовало контрольным значениям показателя - 1,92 и 1,98 соответственно ($p < 0,05$), уровень прогестерона достоверно повысился с $8,1 \pm 1,9$ нг/мл до $12,6 \pm 2,6$ нг/мл ($p < 0,05$), хотя еще не достиг уровня значений в контроле ($20,5 \pm 5,6$ нг/мл, $p > 0,05$). Лечение дюфастоном в комплексе с индолом оказало положительное влияние и на матку, пораженную миоматозным процессом, и на молочные железы. Была достигнута стабилизация течения заболевания у двух третьих больных II группы и одной третьей I группы. Выводы. Терапия дюфастоном способствует устранению гормонального дисбаланса, снижению активности пролиферативных процессов молочных желез женщин.

МНОГОВОДИЕ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Раззакова Н.С., Рахманова Р.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Многоводие осложняет течение беременности (невынашивание, угроза преждевременных родов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хроническая гипоксия и антенатальная смерть плода, др.) и родов (аномалии родовой деятельности, гипоксия и интранатальная смерть плода, кровотечения, др.), создает угрозу для внутриутробного «пациента». Цель исследования: Оптимизация критериев ранней диагностики и оптимизация лечебно-профилактических мер при многоводии инфекционного генеза для улучшения акушерских и перинатальных исходов. Материалы и методы исследования. 1. Установить частоту и факторы риска развития многоводия у пациенток с бактериальной инфекцией. 2. Изучить биохимические параметры сыворотки крови беременных, отражающие степень эндогенной интоксикации и разработать критерии для ранней диагностики многоводия инфекционного генеза. 3. Обосновать и апробировать в акушерской практике комплекс современных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при инфекционном многоводии, способствующих снижению частоты осложнений со стороны матери, плода и новорожденного. Результаты и их обсуждение. На I этапе ретроспективно были изучены 15 историй родов пациенток, Из 10 историй родов женщин с многоводием был проведен отбор и анализ 5 – с многоводием инфекционного генеза. Критерием отбора являлось наличие острой или обострения хронической бактериальной инфекции (подтвержденное при клинико-лабораторном обследовании) и многоводия, развившегося на этом фоне. На II этапе работы (проспективное исследование) проводили обследование 10 беременных, которые были разделены на следующие группы: I (основную) и II (группу сравнения). В I группу вошли беременных с 10 многоводием, развившимся на фоне острой или обострения хронической бактериальной инфекции и подтвержденным при клинико-лабораторном обследовании. Из них II группу составили 4 пациенток, которым была проведена своевременная, патогенетически обоснованная, комплексная (антибактериальная, дезинтоксикационная, метаболическая, десенсибилизирующая, иммунокорректирующая) терапия. Положительным клиническим эффектом считали улучшение общего самочувствия и уменьшение объема околоплодных вод по данным комплексного обследования. За отрицательный эффект лечения принимали клинические и ультразвуковые признаки нарастания маловодия. В 1Б группу вошли 10 пациенток, не получавших лечение (в связи с поздней диагностикой). II группу (сравнения) составили 10 женщин с острой или обострением инфекции во время настоящей беременности, без признаков маловодия. Для разработки нормативов определенных биохимических показателей в сыворотке крови и амниотической жидкости (АЖ) были также обследованы 20 условно здоровых пациенток с неосложненным течением данной беременности. У всех женщин анализировали особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Для оценки эффективности проведенной терапии у пациенток 1А группы, помимо оценки жалоб, изучения в динамике особенностей матки при пальпации с измерением высоты её дна (ВДМ) и окружности живота (ОЖ), ультразвукового исследования (в том числе УЗ-доплерометрии) и кардиотокографии, дополнительно определяли биохимические показатели сыворотки крови, амниотической жидкости и функционально-структурные особенности последов, которые сравнивали с аналогичными параметрами в 1Б группе. Морфологическое исследование последов было проведено у 30 родильниц. Выводы. Хроническое многоводие отягощает течение беременности и родов, вызывая угрозу прерывания в различные сроки в 26,9 % случаев, хроническую фетоплацентарную недостаточность – 22,3 %, преждевременные роды – 20,6 %. Группу риска развития хронического маловодия составляют женщины с очагами хронической урогенитальной инфекции. Частота заболеваний мочевыделительной системы у беременных с маловодием составляет 34,6 %, воспалительных заболеваний придатков матки – 23,8 %.

3-СОН ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАСИДА ХОМИЛАДОРЛАРДА ПИЕЛОНЕФРИТНИ ЭРТА АНИҚЛАБ ВА РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШДА СИФАТ КЎРСАТГИЧИНИ ЯХШИЛАШ

Рахимова Х.М.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Гестацион пиелонефрит акушерлик асоратлари билан хавфлидир. Асоратлар жумласига мудардидан олдинги туғруқ хавфи, нормал жойлашган йўлдошинг мудардидан олдин кўчиши, қоғаноқ сувлари эмболияси, хорионамнионит, эндометрит, миометроэндометрит, аднексит, эклампсия. Бу асоратлар эса ўз ўрнида она ва бола ўлимлиги сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида хомилдорларга

тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш, оналар саломатлигини мустаҳкамлаш, оналар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича Мингйилликнинг Ривожланиш Мақсадларига эришиш учун Ўзбекистонда қабул қилинган мажбуриятларни бажариш мақсадида Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан №137-сонли бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш, антенатал парваришни таъминлаш ва ташкиллаштириш тўғрисида бўйруғи ва Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2016 йилда Бирламчи тиббиёт муассасаларида ҳомиладорлик даврида парвариш ва тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича стандартлар ишлаб чиқилди.

Асосий мақсад: оилавий поликлиника шароитида ҳомиладор аёллар ўртасида пиелонефритни эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишда «Бехатар Оналик» тамойилларини жорий этиш ҳамда ҳомиладор аёлларни стандартлар бўйича олиб бориш.

Вазифалар. Оилавий поликлиника шароитида ҳомиладор аёлларни олиб боришдаги хато ва камчиликларни аниқлаш, ҳамда таҳлил қилиш. Пиелонефритни ўз вақтида диагностика қилиш кўрсаткичини, даволаш усуллари таҳлили ва «Бехатар Оналик» принципларини жорий этишга доир чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш.

Материал ва текшириш усуллари. Текширишлар Самарқанд шаҳар 3-сон оилавий поликлиникада 245 та ҳомиладорлар рўйхатда туради. Амбулатор карталари анализ қилинганда шундай хулосага келдик: карталарда врач ёзувлари етарли даражада сифатли эмас, яъни кундаликларда ҳомиладор аёлни умумий кўриги, АКБ, лаборатор таҳлиллар, дори воситалар Далилларга асосланган тиббиёт(ДАТ)дан фойдаланилмаган ва номедикаментоз маслаҳатлар ёзилмаган, қайта ташрифлар белгиланмаган. Врачларни ҳужжатлари текшириб кўрилганда гестозларни даволаш бўйича стандарт-протоколи бор врачлар 25 % ни ташкил этди. Ҳомиладор аёллар карталари текширилганда ДАТга таяниб консултация бераётган врачлар сони 55%. Беморларга номедикаментоз даво тўғрисида маълумот бераётган шифокорлар 65%. Номедикаментоз даво тўғрисида тушунчага эга бўлган пиелонефрити бор ҳомиладорлар сони 35% ташкил этар экан.

Натижа. Юқорида тавсия этилган ўзгартиришлар амалга оширилди, врачлар стандарт- протоколлар билан 100% таъминланди, амбулатор карталар тўлдириш стандартлари ишлаб чиқилди ва иш жараёнига тадбиқ этилди, медикаментоз даво билан биргаликда номедикаментоз давони бериш борасида суҳбатлар ва ўқитиш ишлари олиб борилди, Барча ҳомиладорларда пиелонефритни эрта аниқлаш мақсадида биринчи ташрифда, 16, 24, 30, 34, 36, 38-40 ҳафталарда умумий сийдик таҳлили ва Нечипоренкога топшириш 100%га йулга қўйилиши керак. Бунинг натижасида оилавий поликлиникадаги ҳомиладорларни олиб боришдаги ва даволашдаги жараёнлар яхшиланди. Ҳомиладор аёллар рационал овқатланиш, жисмоний машқлар билан шуғулланиш, кунлик ош тузини суткадаги миқдори ва қайта ташрифлар тўғрисида ўринли маслаҳатлар олишмоқда. Поликлиникадаги тиббий хизмат жараёнлари 6 ойдан сўнг қайта текширилганда ижобий натижаларни берди.

Хулоса. шуни айтиш керакки, доим тиббий хизматимизни сифат кўрсаткичини аудитини ўтказиб туришимиз ва камчиликларни узлуксиз бартараф этишимиз лозим ва иш фаолиятимизда стандартлардан фойдаланишимиз зарур экан.

ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Рустамов М.Р., Ибрагимова М.Ф., Атаева М.С., Гайбуллаев Ж.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Атопический дерматит являясь одним из самых ранних и частых проявлений измененной конституции и реактивности детского организма, занимает одно из важнейших мест среди актуальных проблем педиатрии.

Цель исследования. Оптимизировать комплексное лечение атопического дерматита у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты анамнестических, клинико-лабораторных методов обследования 48 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет с атопическим дерматитом, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Среди больных было 30 мальчиков и 18 девочек. Детей в возрасте до 1 года было 24 детей, от 1 года до 2 лет - 16 и 8 детей старше 2 лет. Диагноз атопический дерматит устанавливался на основании подробного изучения анамнестических данных и выявления предрасполагающих факторов по разработанной нами карте, а также клинических проявлений. Комплексное лечение атопического дерматита проводилось всем 46 детям.

Результаты исследования. Клинические симптомы такие как: опрелость в кожных складках I – II степени имела у 45-93,8% пациентов, гнейс на волосистой части головы - в 30-62,5% случаях, стропулюс и потница были у 35-72,9% больных, корочки на щеках – у каждого второго (24-50%) ребенка, везикулопустулез и мокнущая экзема выявлены у 13-27,1% детей. Согласно анамнестическим данным основной причиной развития диатеза была непереносимость пищевых продуктов, молока у 39-81,3% детей, сладостей – у 4-91,7%, куриных яиц - в 39-81,3% случаях, ранний переход на искусственное вскармливание был у 37-77,1% детей. Основными направлениями комплексного лечения атопического дерматита были: диета с коррекцией рациона ребёнка и матери, неспецифическая гипосенсибилизация, усиление репродуктивных процессов на коже путем местного лечения, витаминотерапия, улучшение процессов переваривания и всасывания и нормализация кишечной флоры. С первых же дней лечения из рациона исключались, выявленные из анамнеза продукты аллергены. По возможности из рациона кормящей матери исключали цитрусовые, сладости, соленья, острые продукты. Угнетение влияния медиаторов достигалось путем перорального или внутримышечного введения антигистаминных препаратов, таких как фенкарол, зодак, терикс, супрастин. Для местной терапии при наличии опрелостей пора-

женные участки смазывали таниновой или цинковой мазью, оливковым маслом. Поскольку в патогенезе пищевой непереносимости большое значение имеет нарушение процессов переваривания и всасывания, то применялись ферментные препараты, такие как креон, панкреатин, абомин. С целью нормализации кишечной микрофлоры давались пре- и пробиотики в возрастной дозировке. В период ремиссии атопического дерматита основное внимание было направлено на предупреждение рецидивов и нормализацию нарушенных обменных процессов в организме ребенка. С этой целью назначались препараты витаминов А, Е, С.

Заключение. Таким образом, проведенное комплексное лечение позволяет добиться стойкой ремиссии атопического дерматита, выздоровления больных детей и предотвращает прогрессирование и рецидивирование аллергического процесса, что положительно сказывается на качестве жизни ребенка и его родителей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ

Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдурахманов Б.А., Султанов Е.Е., Арыбжанов Д.Т., Керимкулов С.М., Гульметов С.И.

Южно-Казахстанская медицинская академия
Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан

Введение. Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах – заболевание выявляется у 15% женщин старше 30 лет, у 50% женщин старше 35 лет и гораздо чаще у женщин в старших возрастных группах. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты развития миомы у женщин в молодом возрасте. Известно, что гистерэктомия, наряду с позитивным лечебным эффектом по основному заболеванию, может оказывать отрицательное влияние на здоровье женщины. Миомэктомия, позволяющая сохранить детородную функцию, сопровождается существенным числом осложнений: у 25-30% пациенток наблюдается рецидив. Частота рецидива, по данным некоторых авторов, достигает 30%. Одним из новых перспективных малоинвазивных методов лечения ФМ является рентгенхирургическая эндоваскулярная билатеральная эмболизация маточных артерий (ЭМА). В настоящее время ЭМА при ФМ рассматривают как самостоятельный и достаточно эффективный метод в лечении больных. Цель исследования явилось изучение результатов ЭМА у больных ФМ.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 56 больных фибромиомами матки (ФМ) в возрасте от 24 до 59 лет с применением эмболизации маточных артерий (ЭМА). Показаниями к оперативному лечению явились: субмукозные и интрамурально-субсерозные ФМ с диаметром узла до 5-8 см, женщины с симптомными ФМ, отказывающиеся от операции, а также симптомные ФМ в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Абсолютными противопоказаниями к вмешательству явились: острая инфекция, злокачественные опухоли матки. Непереносимость контрастных препаратов, тяжелые коагулопатии и хронические воспалительные заболевания придатков матки мы считаем относительными противопоказаниями. В качестве эмболизирующего материала применяли гемостатическую губку и стандартные биосферы из ПВА размерами частиц 700-900 мкм и 900-1200 мкм. Методика заключалась в следующем: пунктировали бедренную артерию по Сельдингеру, чаще правой, с последующей селективной последовательной катетеризацией маточных артерий сначала левой, затем правой, с помощью катетера 4-5 F (Cordis). Во всех наблюдениях удалось успешно произвести ЭМА.

Результаты исследования. При динамическом осмотре оперированных больных в сроки от 3 мес. до 36 мес. с проведением эхографического контроля во всех наблюдениях отмечена полная резорбция миоматозных узлов. В 2 наблюдениях отмечено наступление аменореи в связи с эмболизацией яичниковых артерий. В послеоперационном периоде отмечено возникновение постэмболизационного синдрома: боли (n=27), тошнота и рвота в первые сутки (n=18), лихорадка менее 38С⁰ до 1 недели (n=8), умеренный лейкоцитоз на 3-4 сутки (n=7). Все эти осложнения купированы консервативными мероприятиями. В 3-х случаях через 1 год после процедуры у пациенток наступила беременность, течение беременности было без особенностей и они завершили физиологическими родами в сроки 39-40 недель, живым, доношенным плодом (в 1 случае родился мальчик, в 2 случаях девочка).

Заключение. Таким образом, как показал наш опыт, эмболизация маточных артерий является не только эффективным, органосохраняющим и мининвазивным методом лечения ФМ, но и альтернативой существующим традиционным хирургическим вмешательствам.

ГИСТОПАТИЧЕСКИЕ РАЗРЫВЫ МАТКИ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Савельева Г.М.¹, Курцер М.А.¹, Бреслав И.Ю.², Караганова Е.Я.¹, Неклюдова Ю.Г.³

1 - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

2 - Клинический госпиталь MD Group, Москва, Россия

3 - ГБУЗЦПСИР ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, разрыв матки остается одной из причин материнской заболеваемости и смертности. В последние годы в связи с увеличением частоты операций на матке, в первую очередь кесарева сечения, возросла доля разрывов матки, произошедших по рубцу, во время беременности и родов. Чтобы скрыть «неприятный» диагноз «разрыв матки», периодически его заменяют «расползанием рубца». И наоборот, иногда к расползанию относят непроникающие разрывы матки по рубцу после кесарева сечения, особенно выявленные после родов.

Материал и методы исследования. Были проанализированы 265 историй родов пациенток, родоразрешенных в родовспомогательных учреждениях ДЗ г. Москвы, из них 240 – с разрывом матки по гистопатическому типу и 25 – с расползанием рубца после кесарева сечения (аневризмой матки).

Из 240 гистопатических разрывов матки (т.е. обусловленных морфологическими изменениями структуры миометрия) у 112 пациенток был рубец на матке после кесарева сечения, у 42 – рубец на матке после миомэктомии, у 13 – рубец после иссечения трубного маточного угла при внематочной беременности, у 2 – рубец на матке после иссечения ретроцервикального эндометриоза, у 71 – рубец на матке отсутствовал (имел место высокий паритет, выскабливания матки, острый метроэндометрит, осложненное течение послеродового периода).

Результаты исследования. Диагноз разрыва матки по рубцу базируется на клинической картине, которая определяется стадией разрыва (угрожающий, начавшийся, совершившийся). Наиболее типичными симптомами угрожающего разрыва матки по рубцу являются тошнота, рвота, боли в животе, поясничной области (при рубце по задней стенке матки). Для начавшегося разрыва матки характерны: повышение тонуса матки, гипоксия плода вплоть до его гибели, кровяные выделения из половых путей, появляющиеся на фоне болей в животе, ослабление родовой деятельности в родах, гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Непроникаемый разрыв матки следует четко разграничивать с расползанием рубца. Если для первого характерно образование гематомы под пузырно-маточной складкой, сопровождающееся вышеперечисленными симптомами начавшегося разрыва, то расползание рубца – это крайняя степень его анатомической несостоятельности при сохраненной целостности матки и висцеральной брюшины. Даже небольшие размеры дефекта матки при ее разрыве могут приводить к внутриутробному страданию плода, чего никогда не наблюдается при расползании рубца.

Диагностировать гистопатический разрыв матки без рубца трудно, как правило, он происходит в конце II периода родов у пациенток с высоким паритетом, при индукции родовой деятельности у повторнородящих, нередко ребенок рождается в удовлетворительном состоянии. Его обнаружение основано на данных УЗИ после родов, при невозможности выполнения которого методом выбора становится ручное обследование матки, проводимое по поводу гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде. Расползание рубца (аневризма матки) не имеет специфических клинических проявлений, его истончение обнаруживается в III триместре при плановом УЗИ или является интраоперационной находкой при элективном кесаревом сечении по желанию пациентки по данным литературы [AbdelazimI Aetal, 2018] и нашим наблюдениям. Беременность протекает бессимптомно и донашивается до 37-38 нед даже при обнаружении резкого истончения стенки матки в сроке 20-23 нед.

Очень часто любые разрывы матки сопровождаются обильным кровотечением из-за присоединяющейся гипотонии матки (кровопотеря 2000-5000 мл). По нашим данным более бережным методом лечения разрывов матки является ушивание разрыва. Методами гемостаза являются перевязка магистральных сосудов таза, компрессионные швы на тело матки и нижний маточный сегмент. Восстановление кровопотери обеспечивается интраоперационной реинфузией аутоэритроцитов (Cell-Saver) и комплексной инфузионно-трансфузионной терапией.

Заключение. Адекватное и своевременное лечение разрывов матки остается важным элементом грамотного оказания неотложной помощи в акушерстве.

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ

Савельева Г.М., Шалина Р.И., Спиридонов Д.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденных остаются ведущими причинами смертности и инвалидизации доношенных детей. Результаты крупных рандомизированных контролируемых исследований показали, что терапевтическая гипотермия, как локальная, так и тотальная (ТГ), снижает показатели смертности и инвалидизации детей после энцефалопатии. В связи с недостаточностью отражения в литературе методов терапевтической гипотермии, целью нашего исследования явилось сравнение эффективности различных методов контролируемой гипотермии в комплексной терапии гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей, родившихся в асфиксии.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 73 историй родов и историй развития новорожденных, родившихся в асфиксии в период с 2013 по 2017 гг. В комплексной терапии всех детей применялась методика контролируемой гипотермии. В зависимости от вида используемой гипотермии сформированы 2 группы: I – 46 новорожденных после применения краниоцеребральная гипотермия (КЦГ) с использованием аппарата Olympic CoolCap®; II – 27 новорожденных после ТГ аппаратом CritiCool®. Критерии включения в исследование: гестационный возраст 36 недель и более; масса тела при рождении более 1800 г; перенесенная асфиксия умеренной или тяжелой степени; возраст новорожденных менее 6 ч. от рождения. Определялся комплекс клинических и лабораторных маркеров: значение рН, лактата, ВЕ в пуповинной крови, неврологические нарушения, степень полиорганной недостаточности в раннем неонатальном периоде.

Результаты исследования. ГИЭ умеренной степени тяжести диагностировано у 21 (45,7%) новорожденных из I группы и у 8 (29,6%) – из II, или тяжелой степени у 25 (54,3%) из I группы и у 19 (70,4%) – из II (p=0,27). В течение 6 часов после рождения всем детям была начата процедура контролируемой гипотермии. В течение первых 3 часов после рождения была статистически значимо чаще (25 новорожденных (92,6%)) проведена ТГ по сравнению с КЦГ (32 новорож-

дённых (69,6%) ($p=0,045$). На протяжении периода гипотермии, несмотря на использование медикаментозной седации, судорожная активность сохранялась у всех (39) детей на фоне КЦГ и только у 4 из 23 (17,4%) ($p<0,001$) новорождённых на фоне ТГ. К моменту окончания проведения гипотермии судороги полностью купированы у 11 (28,2%) детей при использовании КЦГ и у большинства (19 – 82,6%) (ОР 0,34, 95% ДИ 0,23-0,60, $p<0,001$) – при ТГ. У остальных детей (28 – 71,8%) после применения КЦГ к 4-9 суткам жизни; у 3 (11,1%) и 1 (3,7%) ребенка при ТГ – к 4 и 9 суткам, соответственно. Все дети из наблюдаемых групп выжили и были переведены на II этап выхаживания: в I группе на 9-12 сутки, во II группе – 6-11 сутки. При выписке со II этапа выхаживания 23 (50,0%) ребёнка из группы КЦГ (I группа) на основании данных нейросонографии, электроэнцефалографии, осмотра невролога и педиатра – неврологически здоровы. Во II группе после ТГ 26 (96,3%) детей выписаны с положительной динамикой в неврологическом статусе (ОР 0,53, 95% ДИ 0,49-0,72, $p<0,001$) и благоприятным исходом к 1 году жизни по заключению невролога. По данным отделения катамнеза к 1 году у 9 (19,6%) детей из группы КЦГ (I группа) наблюдался неблагоприятный исход в отношении умственного и психомоторного развития (ОР 0,13, 95% ДИ 0,007–0,89, $p=0,032$).

Заключение. Подтверждена целесообразность использования терапевтической гипотермии в комплексном лечении доношенных детей, родившихся в асфиксии средне-тяжелой степени с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы. КЦГ и ТГ предотвращают развитие тяжелых неврологических последствий в последующем, что является основанием использования их в практической деятельности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Садиков У.Т., Марупова М.А., Ахаджонов М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

Введение. Бесплодие является важной медико-социальной и серьезной социально-психологической проблемой. Оно часто приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье, росту числа разводов. Для лиц, страдающих бесплодием, характерны личные душевные переживания, снижение общей активности и работоспособности. Среди женщин, страдающих бесплодием, отмечается повышенная невротизация, чувство вины, тревога, раздражительность, плохое настроение. В большинстве случаев считают, что в бесплодии виновата женщина. Это мнение настолько плотно укоренилось в обществе, что нередко женщины начинают лечиться от бесплодия заранее, без полового партнера. Такое явление часто встречается в странах Центральной Азии. Проблемы бесплодия существуют и в Узбекистане, где из 33 млн. населения республики 50,1% являются лица женского пола, из которых 7 млн. 200 тыс. женщины фертильного возраста. В Узбекистане на сегодняшний день с диагнозом бесплодие под диспансерным наблюдением находятся свыше 25 тысяч женщин и 7 тысяч мужчин. При этом число людей, не обращающихся к медикам, по оценкам специалистов, значительно больше. По данным различных исследований, проведенных в Узбекистане, сегодня удельный вес женщин, страдающих первичным бесплодием, из числа вступивших в брак, составляет от 4,9% до 5,3%. Приблизительно в 10-15% случаев причина бесплодия остается невыясненной. Коварную роль может сыграть длительный стаж курения, злоупотребление алкоголем, плохая экология, стрессы и неправильное питание: ожирение, нехватка веса, недостаток витаминов. В некоторых регионах Ферганской области нарушаются правила экологической безопасности применения химических препаратов. Это требует уделить большое внимание к вопросам предотвращения вреда, наносимого здоровью населения, в частности женщин фертильного возраста. По нашим исследованиям виноградная лоза возделывается почти во всех районах. Особенно, в Алтыарькском, Коштепинском и Багдадском районах Ферганской области нет такой семьи, которая не выращивала бы это чудное растение. Допускаются случаи чрезмерной обработки ядохимикатами, что приводит к многочисленным случаям нарушения общепринятых правил и норм применения химических препаратов. В результате загрязняется окружающая среда. Например, гербициды из группы амидов имеют опасность, в том числе С-метахлор сохраняется в течении вегетации и медленно разлагаются. Период полураспада составляет 1-23 и 7-27 дней. В органах культурных растений ацетахлор сохраняется до 40-50 дней. Препараты на основе хлорацетанилидов относятся ко 2 и 3 классам опасности для человека. Вывод. Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что случаи высокой заболеваемости населения, особенно женщин фертильного возраста с показателями бесплодия и выкидышей очевидно связаны именно с нарушениями правил использования ядохимикатов в агрокультуре региона. Для профилактики необходимо осуществлять последовательную деятельность по соответствующей пропаганде среди населения в махаллях с участием экологов, психологов, врачей и специалистов по защите растений.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Салимова Д.Э., Тогаева Г.С., Давранова А.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: Изучить течение СД 2-готипа на фоне повышения артериального давления и возможности реабилитации. Материал и методы исследования: Больные СД 2-го типа составили 30 из них мужчин (16), женщин (14), средний возраст (50-55). Первая группа - в качестве контроля и сравнения обследованы больные с гипертонией 1-2 степени тяжести, уровень гликемии у них был в норме (4,8). Вторая группа – в качества контроля и сравнения обследованы больные с СД в сочетании с гипертонией 1-2 степени тяжести.

Результаты исследования. Степень тяжести у больных 1-ой группы определялся по уровню глюкозы натощак (3,9) и уровню гликированного гемоглобина (5,0). Контроль артериального давления проводилось по часам. У больных 2-ой

группы при повышении АД выявлялось повышение клубочковой фильтрации и выявлялась корреляционная зависимость АД 140/100, уровень клубочковой фильтрации повышался до 140-150, что свидетельствовала о нефропатии на фоне гипергликемии.

В показателях общего анализа мочи было выявлено микроальбуминурия в группе пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Таким образом, гипергликемия на фоне лечения сахароснижающими препаратами осложняло течение нефропатией и гипертонией. При переводе больных на инсулинотерапию восстанавливалась уровень сахара крови и нормализовалось АД.

Выводы. Таким образом, у больных СД необходимо проводить оценку тяжести гипертонии и своевременно включать исследование клубочковой фильтрации. Гипертония и нефропатия обусловлена гипергликемией на фоне сахароснижающих препаратов и формирования инсулиновой потребности. Назначения инсулинотерапии приводило к нормализации самочувствия артериального давления. Результаты исследования показали, что активное снижение АД является более важным фактором в уменьшении частоты сердечно - сосудистых осложнений и замедления прогрессирования поражения почек, чем интенсивный контроль уровня глюкозы, а в комбинации с эффективным контролем уровня глюкозы результаты лечения на много лучше.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Санакулов А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить частоту выявления наиболее распространенных эндокринных заболеваний у детей врачами первичного звена и своевременность направления к детскому эндокринологу.

Материалы и методы ее выполнения. С 2016 по 2020 годы в условиях детских амбулаторий г. Самарканде проконсультировано и обследовано 3546 ребенка в возрасте от 0 до 18 лет (среди них мальчиков было 2340, девочек - 1206). Детям оценивали антропометрические показатели, состояние щитовидной железы и полового развития.

Результаты исследования. Среди общего количества детей эндокринная патология выявлена у 36,7%. Диагноз эндокринной патологии как основной подтверждено в 59,9%, как сопутствующий - в 40,1%. Впервые обнаружена эндокринная патология в 29,9%. Среди обнаруженной эндокринной патологии первое место занимает ожирение - в 39,9% детей, второе - патология щитовидной железы - в 36,4%, третье - нарушение роста - в 18,3%, четвертое - нарушение полового развития - в 7,4%. Самый низкий уровень верификации диагноза целом отмечено при патологии щитовидной железы. Среди патологии щитовидной железы преобладает диффузный нетоксичный зоб I-II степени - у 15,1% детей, (аутоиммунный тиреоидит - в 13,4%, узловой нетоксичный зоб - в 4,7%, врожденный гипотиреоз - в 3,3%. Таким образом, низкая верификация патологии щитовидной железы связана с отсутствием при объективном обследовании пальпации щитовидной железы врачами первичного звена. На основании полученных данных также отмечено низкий уровень верификации ожирения у детей во всех возрастных группах с высоким 158 процентом впервые установленного диагноза в 60,0% детей. Данный факт свидетельствует об отсутствии обязательного антропометрические обследования детей в целевых группах согласно рекомендациям ВОЗ. Среди детей с нарушением роста преобладает задержка роста - в 7,5%, детей субнанизм - в 5,5%, гигантизм - в 3,2%, нанизм - у 2,1%. Среди нарушений роста значительно превосходит задержка роста, в нашем исследовании наблюдали в 82,6% детей в возрасте 3-18 лет. Отмечено целом отсутствие верификации задержки роста в 117 детей, как впервые установлен диагноз у всех детей в возрасте от 3 до 18 лет. В 40,2% детей с субнанизмом диагноз установлен впервые в возрастной группе старше 11 лет, в дальнейшем при наблюдении у детского эндокринолога затрудняло лечение. У детей с нарушением полового развития преобладает задержка полового развития - в 5,5% детей, преждевременное половое развитие - у 1,8%. Исследованием установлено отсутствие оценки полового развития у 39,6 детей в возрасте 11-12 лет врачами первичного звена, и, как следствие - несвоевременно диагностирована задержка полового развития при консультации детским эндокринологом. Выявление у 50% детей раннего полового развития также связано с отсутствием оценки полового развития врачами первичного звена, что также приводило к несвоевременному обследованию у детского эндокринолога. Установлено, что у 40% мальчиков в возрасте 11-12 лет нарушения полового развития сочеталось с нарушениями роста.

Выводы. Установлен высокий процент детей с впервые выявленной эндокринной патологией на этапе первичного звена. Среди общего количества детей с эндокринными заболеваниями преобладали мальчики (62%). Несвоевременное направление врачами первичного звена детей к детскому эндокринологу связано с отсутствием оценки врачами антропометрических показателей физического развития ребенка, состояния щитовидной железы и полового развития. Врачи первичного звена в 40-50% случаев не проводят антропометрию у детей вообще да не оценивают состояние полового развития в 70% случаев.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Санакулов А.Б.¹, Ганиев А.Г.²

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

2 - Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Несмотря на большую клинко-эпидемиологическую, социальную и экономическую значимость, вопросы терминологии и классификации сепсиса до сих пор являются во многом дискуссионными.

Цель. В настоящей работе показаны причины сепсиса и основные принципы его лечения у детей.

Материал и методы. Материалом для данного исследования послужили 260 детей раннего возраста (от 2 месяцев до 2-х лет), которые находились на обследовании и лечении в ОДММЦ г. Андижане с января 2018 года по декабрь месяц 2020 года. Для каждого ребёнка была заведена карта, в которую были включены общепринятые данные о детях (возраст, место проживания, с направлением или без него), анамнестические данные (жалобы, анамнез заболевания, проведенное лечение до поступления). Учитывалось состояние при поступлении и изменения со стороны всех органов и систем ребёнка, а также результаты всех проведенных лабораторно-инструментальных методов исследования (общий и биохимический анализы крови, посев крови на стерильность, данные копрограммы, бактериологический посев кала, из носа, зева, ушей, мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, рентгенологическое исследование органов дыхания). Также мы учитывали наличие сопутствующих заболеваний таких как рахит, гипотрофия, анемия, аллергический диатез.

Результаты исследования. Детей до 1 года было 216 (83,1%), а от 1 года до 2-х лет – 44 (16,9%), жителей города было 103 (39,6%), сельских – 157 (60,4%). Все больные поступали в тяжёлом состоянии, часть детей (69 больных – 26,5%) поступили прямо в отделение реанимации в связи с крайне тяжёлым состоянием, где им была оказана соответствующая помощь и при улучшении состояния эти дети были переведены в септическое отделение для дальнейшего лечения. При бактериологическом исследовании у 112 больных (43,1%) высеяна лишь бактериальная микрофлора: из крови – *St. aureus* – у 53 больных (47,3%), *Strep. Pyogenes* – у 18 больных (16,1%), из кишечника – клебсиелла и кишечная палочка – у 27 больных (24,1%), протей, синегнойная палочка были обнаружены у 14 больных (12,5%), ассоциация стрептококка с *E.coli* и кандидой выявлена у 102 больных (39,2%). У 148 детей (56,9%) наряду с высеянными бактериями из крови и кала в крови методом ИФА обнаружены высокие титры 156 антител вирусов ЦМВ и вируса герпеса, т.е. причиной сепсиса была микст-инфекция. У большинства больных септический процесс протекал на фоне сопутствующих заболеваний. Так например, гипотрофия II-III степени выявлена у всех детей до I-го года, проявления рахита II степени была у детей до I-го года в 87,5% (189 больных) случаев, анемия лёгкой и средней степени тяжести наблюдалась как у детей до I-года, так и старше года в 75,4% случаев (196 детей из 260). Антибактериальная терапия проводилась путём применения антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон, цефатазидин, гентамицин, амикацин, ампиокс, ампициллин, клафоран, рамкацин, селтазидим). Из противовирусных препаратов мы использовали циклоферон, ацикловир, полиоксидоний, иммуноглобулин против ЦМВ. Из специфической терапии сепсиса мы с успехом применяли антистафилококковый иммуноглобулин.

Выводы. Таким образом, одной из особенностей течения сепсиса у детей раннего возраста является то, что возбудителями септического процесса являются не только грам-положительные и грам-отрицательные бактерии, но частая ассоциация бактерий и вирусов. Это необходимо учитывать, как при обследовании, так и при выборе тактики лечения, т.е. наряду с антибактериальными, специфическими препаратами при необходимости включать и противовирусные препараты.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО - ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Саркисова Л.В.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Преждевременные роды (ПР) являются одной из основных проблем современного акушерства во всем мире, по данным ВОЗ ежегодно рождается 12,9 миллионов (9,6%) недоношенных новорожденных (Bulletin of the World Health Organization 2010). ПР являются «большим акушерским синдромом» свлечением отцовских, материнских, плодовых и эпигенетических факторов. Исследования последних лет показали, что предрасположенность к развитию ПР может быть обусловлена взаимодействием средовых и генетических факторов риска. Генетический вклад матери в развитие ПР описан многими исследователями (J.Plunkett, L. Muglia, 2016; C. Bushimschi, 2017; R. Romero, 2016). В генетических ассоциативных исследованиях, организованных по типу случай-контроль, оцениваются единичные однонуклеотидные замены (SNP) в генах, связанных с различными патогенетическими механизмами, вовлеченными в процесс спонтанных преждевременных родов. Одним из важнейших факторов, традиционно относящихся к средовым воздействиям, является инфекционно-воспалительный фактор, обуславливающий около 30% всех случаев спонтанных преждевременных родов (R. Romero, 2014). Результаты многочисленных исследований, проводимых в разных странах, свидетельствуют о большой генетической гетерогенности разных популяций, что необходимо учитывать при анализе генотипическо-фенотипических ассоциаций. С одной стороны, частота встречаемости определенных генотипов отличается у женщин разных этнических групп, а с другой стороны показано, что один и тот же аллель может быть ассоциирован с противоположными биомолекулярными эффектами у женщин разных этнических групп (S.Fortunato, 2015; R. Menon, 2016; D. Velez, 2016). Цель исследования: оптимизация акушерской тактики при ПР на основании изучения клинических и молекулярно-генетических факторов. Материалы и методы исследования. При изучении иммуно-патогенеза преждевременных родов особый интерес вызвали генетические полиморфизмы IL-10 (G 1082 A, C 592 A, C 819 T), который во многом определяет соотношение активностей Т-цитотоксической и В-клеточной системы иммунитета. Нами обследовано 100 беременных женщин: 1 группа (n = 45) – с ПРПО на сроке гестации 26-32 недели, 2 группа (n = 55) – закончившие беременность в срок. Результаты исследования. Использовался метод клинической молекулярной биологии и диагностической генетики – полимеразной цепной реакции (Real-time PCR). Сравнительный анализ распространенности аллелей полиморфизмов

гена IL-10 в 3-х видах мутаций (G 1082 A, C 592 A, C 819 T) показал достоверные отличия частотных характеристик нормальных и мутантных генотипов в наблюдаемых группах пациенток. Из полученных результатов следует, что у беременных с ПРПО в 1,5 раза чаще встречались мутации C 592 A, в 3,3 раза – C 819 T, как в гетеро-, так и гомозиготных вариантах. Третий вид мутации IL-10 (G 1082 A) при ПРПО отмечен на 17,9% больше, чем в сравниваемой группе беременных, преимущественно за счет увеличения числа гомозиготных вариантов. У женщин группы сравнения процент беременных с отсутствием всех изучаемых нами мутаций гена IL-10 в 4,7 раза больше, чем у пациенток с ПРПО (29,5% и 6,3% соответственно). Вывод. Таким образом, проведенное исследование показали, что полиморфизмы гена IL10 (G 1082 A, C 592 A, C 819 T) можно считать предиктивным маркером ПРПО и фактором риска преждевременных родов. Его выявление позволит целенаправленно проводить профилактические мероприятия и минимизировать возможность рождения недоношенных детей.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ COVID-19 (согласно российским клиническим рекомендациям)

Синчихин С.П.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Введение. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название заболеванию, вызванному коронавирусом SARS-CoV-2 – COVID-19 (Coronavirus disease 2019), а 11 марта 2020 г. Генеральный директор ВОЗ заявил, что мировое сообщество столкнулось с новой пандемией. Быстрое распространение данного заболевания требует получения не только новых знаний по его диагностике и лечению, но и выработки клинических протоколов по ведению беременности и родов при COVID-19, а также обмен практического опыта среди коллег. Исходя из изложенного, автором была поставлена цель: на основе анализа данных современной литературы сформировать у акушеров-гинекологов теоретические основы для практической работы с беременными пациентками при новой коронавирусной инфекции, а также познакомить международных коллег с российскими рекомендациями по ведению беременности и родов при COVID-19. Материал и методы. В информационный материал включены данные научных статей, имеющихся в Pubmed и ресурсах интернета по данной теме, опубликованных за последние 5 лет, а также данные представленные в действующих российских клинических рекомендаций по COVID-19. Результаты исследования. Представлены исторические сведения о коронавирусной инфекции. Отмечены клинические особенности течения новой коронавирусной инфекции. Обращено внимание на важность проведения правильной маршрутизации беременных при острых респираторно-вирусных заболеваниях. Отмечено, что акушерская тактика определяется междисциплинарным консилиумом и зависит от тяжести состояния пациентки, внутриутробном состоянии плода и гестационном сроком. При легком течении COVID-19 возможно пролонгирование беременности до доношенного срока. Основным показанием для прерывания беременности в ранние сроки (до 12 нед) при COVID-19 является тяжесть состояния беременной на фоне отсутствия эффекта от проводимой терапии. В сроке гестации от 12 до 24 недель прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания является нецелесообразным, т.к. способствует утяжелению заболевания, развитию и прогрессированию дыхательной недостаточности, возникновению акушерских кровотечений, интранатальной гибели плода и развитию послеродовых септических осложнений. Экстренное абдоминальное родоразрешение проводится при невозможности устранения гипоксии на фоне искусственной вентиляции легких, при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких и септическом шоке. При развитии спонтанной родовой деятельности в сроке выше 24 недель в разгар заболевания (пневмония) вагинальные роды ведутся при постоянном мониторингом контролем за состоянием матери и плода, при проведении противовирусной и антибактериальной терапии и респираторной поддержки. Во втором периоде родов следует ограничить потужной период (вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов), а в третьем – проводится лекарственная профилактика кровотечения. Во время вагинального родоразрешения не проводится процедура отсроченного пережатия пуповины и прикладывание новорожденного к груди матери. Мать и младенец должны быть временно разделены до получения результатов лабораторного теста на коронавирус. Если тест положительный мать и младенец продолжают раздельное пребывание. Заключение. Следует надеяться, что подготовленный материал будет способствовать не только повышению информационно-образовательных знаний, но и окажется полезной для работы врача акушера-гинеколога, в том числе и в неблагоприятный по респираторно-вирусным заболеваниям эпидемиологический период.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Сулайманова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Вагинальная микрофлора играет особо важную роль в поддержании репродуктивного здоровья женщины. Воздействие на организм различных факторов экзогенной или эндогенной природы может приводить к нарушениям нормальной микрофлоры и развитию дисбиозов влагалища. Целью нашего исследования явилось поиск и оценка факторов, способствующих нарушению микробиоценоза влагалища и провоцирующих рецидив бактериального вагиноза (БВ) у женщин Самаркандского региона. Материалы и методы исследования: Нами проведен анкетный опрос по разработанному нами опроснику женщин в возрасте от 18 до 46 лет, обратившихся в семейные поликлиники (СП) № 3,6,12 города Самарканда 2018-2019 гг. Анализ анкетных данных выявил, что 20% опрошенных женщин ни разу не отме-

чали выделения патологического характера из влагалища, 47% женщин перечислили хотя бы один эпизод влагалищных инфекций, и 33% женщин жаловались на патологические выделения из влагалища в момент опроса. Уточняя структуру заболеваний, проявляющихся выделениями патологического характера из влагалища мы установили, что 42,9% женщин указывали на бактериальный вагиноз как возможную причину патологических выделений, 24,6% на вульвовагинальный кандидоз, 13,3% на неспецифический вагинит, 2,1% на хламидиоз, 3,4% на герпес инфекцию, 4,2% на трихомоноз, 9,4% затруднились ответить. Наиболее распространенной экстрагенитальной патологией оказалась анемия различной степени тяжести (41,0%), эутиреоидный зоб (34,7%), острые респираторные заболевания (34,2%), хронические инфекции мочевыводящих путей – хронический пиелонефрит (20,7%) и цистит (5,8%). Большинство женщин (74,5%) отмечали склонность к запорам. Это подтверждает, что бактериальный вагиноз и дисбактериоз кишечника трактуется как единый дисбиотический процесс в организме с доминированием дисбиоза в пищеварительной или репродуктивной системе. Анализ периода становления менструальной функции показал, что у 50,5% женщин с бактериальным вагинозом менархе наступило в 13–14 лет. У большинства женщин наблюдался регулярный менструальный цикл, однако у 31,5% зарегистрировано его нарушение гиперполименорея (15,3%), олигоменорея (8,4%), альгодисменорея (6,3%), опсоменорея (1,5%). Анализ гинекологической патологии показал, что наиболее частыми были воспалительные заболевания органов малого таза, такие как хронический эндометрит (14,7%), хронический метроэндометрит (4,2%), хронический сальпингофорит (5,8%). Осложнения послеродового периода были выявлены у 17,5% женщин, из них субинволюция матки отмечалась в 14,1% случаев, послеродовый эндометрит в 0,9% и раневая инфекция в 2,5% случаев. Комбинированной оральной контрацепцией пользовались 17,4%, инъекционной контрацепцией – 2,6%, барьерными методами контрацепции – 3,7%. Медьсодержащей ВМК пользовались до года 3,7%, до 2 года – 11,3%, от 2 до 3 лет – 16,8%, от 3 до 5 лет – 12,6% и более 5 лет – 4,2% женщин. Для лечения патологических выделений женщины применяли антибиотики (36,8%), противогрибковые препараты (26,9%), антианаэробные препараты (24,7%), антисептики (18,9%). На самолечение антибактериальными препаратами указывали 47,8% опрошенных женщин. Вывод: Бактериальный вагиноз занимает значительный вес в структуре причин патологических выделений, характеризуется тенденцией к рецидивированию. Неблагоприятный преморбидный фон, высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза, отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза, бесконтрольное применение антибактериальных препаратов являются ведущими факторами, влияющими на возникновение и развитие бактериального вагиноза и еще раз указывает на неопровергаемую роль гормональных и иммунных механизмов в развитии бактериального вагиноза.

ПРЕКОНЦЕПЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ, УЧИТЫВАЯ СУПРУЖЕСКИЕ РОЛИ

Султанов С.Н.¹, Фазилова М.О.², Юлдашова С.З.²

1 - Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Важным этапом в предотвращении повторных репродуктивных потерь является проведение полноценной прекоцепционной подготовки, которая включает выявление возможных причинных факторов, обуславливающих неразвивающуюся беременность, целенаправленную корригирующую терапию с учетом установленных нарушений, реабилитационную и терапевтическую поддержку на пути к реализации желанной беременности. Причины замершей беременности многочисленны и нередко комплексны и в этом процессе играет роль не только женский, но и мужской фактор. Роль «мужского» фактора в генезе неразвивающейся беременности, перинатальной патологии изучалось в работах Поснеевой Л В и соавт (1991, 1993, 1999, 2000), где было доказано «что отец имеет прямое, в равной степени с матерью» отношение к неразвивающейся беременности. Самый часто встречающейся причиной, которая приводит к неразвивающейся беременности это инфекция эякулята. Первая работа об обнаружении инфекция в эякуляте мужчин появилась около 40 лет назад. С тех пор вопрос о связи между инфекциями и репродуктивным здоровьем мужчин остается в центре внимания специалистов по теоретической медицине и практического здравоохранения. При оплодотворении инфицированной спермой, при имплантации зиготы в эндометрии наоборот запускается защитный механизм организма и активизируются Т- киллеры и естественным путем предотвращается обмен между эмбрионом и матерью и возникает замерший плод. Целью исследования явилась оптимизация прекоцепционной подготовки супружеских пар при неразвивающейся беременности с учетом роли супруги. Материалы и методы исследования. Для проведения настоящего исследования использовался комплексный подход, включающий клинико-анамнестические, лабораторные, морфологические, инструментальные. Все супружеский пары разделены на 2 группы контрольный (n=15) и основной (n=15). Результаты и их обсуждения. Изучены эякуляты пациентов на инфекцию (уреаплазма, хламидия, вирус папилломы человека, токсоплазмоз) была выявлена в эякулятах у 24 (80,1%) из 30 обследованных пациентов. После 2 месячной прекоцепционной подготовки обеих групп: в основной групп из 15 женщин беременность наступила через 1 месяц у 8 (26,7%), 2 месяца - 6 (20%), 3 месяца - 1 (3,3%). У контрольной группы беременность наступила через 1 месяц - у 5 (16,6%), 2 месяца - у 6 (20%), 3 месяца - у 4 (13,3%). В контрольной группе из 15 беременных женщин до 12 недель беременности наблюдалось 3 (20%) ранних самопроизвольных аборта в сроки 6 недель, из них у 2 (6,6%) неразвивающаяся беременность. В основной группе только у 1 (3,3%) ранний самопроизвольный выкидыш в 5 недель. Заключение: Гинеколог, являясь специалистом первого звена оказания помощи при невынашивании беременности, направляет и координирует обследование для установления причин гестационных потерь и проведения надлежащей прегравидарной подготовки. Именно гинеколог должен настаивать на обследовании супруга при репродуктивных неудачах, ведь полноценная диагно-

стика является залогом успешного лечения. Полученные нами данные и модель прогнозирования самопроизвольного выкидыша, позволяющая выделить мужчин, имеющих высокий риск репродуктивных неудач, могут мотивировать как врачей (гинекологов и андрологов), так и пациентов в необходимости обследования и лечения.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10 С/Т 819 В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ СТЕНОКАРДИИ У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Насирова Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Последние данные Всемирной Организации Здравоохранения показывает что сердечно-сосудистые заболевания резко увеличилось среди больных женского пола и за последние годы возросло на 0,1—1% в возрасте 45-54 лет и 10-15% в возрасте 65-74 лет. Считают, что на фоне стресса депрессивные проявления выявляются чаще у женщин, чем у мужчин. Авторы связывают это с нейроэндокринными особенностями у женщин.

Цель исследования: изучить связь полиморфизма гена IL-10 С/Т 819 у женщин с тревожными расстройствами в дестабилизации стенокардии.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в Самаркандском филиале Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, в отделениях экстренной терапии №1 и 2. В исследование вошли 307 больных с диагнозом нестабильная стенокардия. Средний возраст больных был равен 69,4. Женщины были условно разделены на 2 группы: 1-ю группу составили женщины моложе 60 лет (187), 2-ю группу составили женщины старше 60 лет (120).

Всем больным в ходе исследования проводили следующие лабораторно-инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография, определение липидного спектра (ОХ, ЛПВП, ЛПНП), определение уровня мочевины в крови, биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина, остаточный азот), изучение полиморфизма гена IL-10 С/Т 819. А также определяли уровень тревожности благодаря шкале Спилбергера-Ханина и госпитальной шкале HADS.

Результаты исследования: в ходе исследования благодаря шкале HADS было выявлено 211 случаев с психосоматическими расстройствами, из них у 146 больных отмечалось клинически выраженная тревожность и у 65 больных отмечалось субклиническая тревожность. Кроме того, 97 случаев с клинически выраженной тревогой и 38 случаев с субклинически выраженной тревогой приходится в возрасте старше 60 лет. Затем все больным включая и больных с тревожными расстройствами унифицированным методом определили уровень МК, ЛПНП, ОХ и ЛПВН в крови. Результаты исследования показали, что среди больных с тревожным расстройством уровень МК высокий и в среднем составило 483,2 мкмоль/л. В ходе исследования выяснилось, что цитокиновый баланс чаще нарушается среди больных с повышенным уровнем МК в крови.

Наш интерес вызвал результаты исследования полиморфизма гена IL-10 С/Т 819. И так, женщины имевшие тревожные расстройства имели в основном возраст старше 60 лет, а больные без тревожных расстройств составили женщины в основном, моложе 60 лет. Среди больных с полиморфизмом гена IL-10 С/Т 819 чаще отмечалось среди женщин старше 60 лет. Среди больных с нестабильной стенокардией и тревожным расстройством случаев с СТ аллелями 135 и с гомозиготными аллелями ТТ 106, больные с клинически выраженными тревожными расстройствами СТ полиморфный аллель у 43 больных и гомозиготный полиморфный аллель у 97 больных. Среди больных с гомозиготным вариантом Т/Т встречается достаточно часто, клинически и субклинически выраженная тревожность, чем можно объяснить тяжелое клиническое течение нестабильной стенокардии с коморбидным состоянием.

Вывод: таким образом, женщины имевшие тревожные расстройства подвержены к частым ангинозным приступам, которые не всегда купируются нитратами и продолжительность лечения данных больных требует более длительной коррекции. Больные с тревожным расстройством имеют частые случаи нарушения цитокинового баланса и случаев с полиморфизмом гена IL-10 819 С/Т. Возможно, это связано с возрастным метаболическим изменением, которые требуют индивидуального подхода к лечению каждому больному и дальнейшего исследования, что поможет снизить летальность данной группы больных и улучшить прогноз кардиоваскулярной патологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Тилявова С.А., Тилявова М.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Одной из значимых и до сих пор не решенных проблем, затрагивающих смежные дисциплины – урологию и гинекологию, является недержание мочи у женщин. Повышенный интерес к этому весьма сложному и недостаточно изученному вопросу вызван высокой частотой распространения различных форм недержание мочи и тем, что все большее количество больных не хотят мириться с этим заболеванием. Недержание мочи, по данным авторов, встречается у 30% женщин, а в старшей возрастной группе достигает 50% и более. Ведущими гинекологами мира обсуждается объем необходимых диагностических манипуляций у пациенток с недержание мочи, нет единых алгоритмов обследования и лечения. Цель исследования: Оптимизация диагностики и тактики ведения женщин с недержанием мочи путем применения комбинированных методов лечения.

Результаты исследования: В обзор было включено 8 исследований, в которых были задействованы 494 пациента (285 пациентов прошли активное лечение с магнитной стимуляцией (МС), а 209 пациентов прошли имитацию МС). Об-

ём выборки составлял от 20 до 151 участников. Три исследования были посвящены недержанию мочи при напряжении, два исследования - императивному недержанию мочи, два исследования - смешанному недержанию мочи, одно исследование - гиперактивности мочевого пузыря. Данные о первичном результате (излечение) не сообщаются, так как первичный результат отражен только в одном исследовании. Мета-анализ вторичного результата (улучшение) показал, что у пациентов, которые получали активное лечение, вероятность улучшения была выше в 2,3 раза по сравнению с теми, кто получал имитацию лечения (доверительный интервал 95%: 1,60-3,29; $P < 0,001$), но возможны систематические ошибки вследствие использования различных критериев включения, низкого качества отчетов и различных временных рамок. Были получены противоречивые результаты анализа влияния лечения на качество жизни (КЖ). Двадцать из 494 пациентов (5%) испытывали незначительные побочные эффекты.

Заключение: Отсутствуют убедительные доказательства эффективности использования МС при лечении недержания мочи, но полученные в краткосрочной перспективе результаты показывают, что МС уменьшает симптомы недержания мочи у женщин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА

Тошев С.У., Аширов З.Ф., Абдуллаев Х.Д.

Самаркандский государственственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Аллергический контактный дерматит (АКД) – это воспаление кожи в ответ на внешнее воздействие веществ, способных вызывать специфическую аллергическую реакцию. АКД – распространенный алергодерматоз, которым страдает 1-2% населения. Заболевание чаще регистрируется у жителей промышленно развитых стран, являющихся активными потребителями бытовой химии, лекарственных препаратов, косметических средств, химических реагентов и т.п. В отличие от обычного контактного дерматита, аллергический дерматит развивается у сенсibilизированных лиц.

Материалы и методы исследования. За период 2018 - 2020 гг. было обследовано 30 пациентов ($n=30$), из них 14 мужчин (46,6%) и 16 женщин (53,3%), в возрасте от 8 до 64 лет, средний возраст – 34 года. Всем пациентам проводился сбор анамнеза, общий осмотр, микробиологическое исследование материала с очага. Определялось наличие IgG к паразитам *Echinococcus granulosus*, *Trichinella spiralis*, *Toxocara canis*, *Opisthorchis felinus* методом ИФА.

Результаты исследования. При анализе обнаружено, что наиболее часто в 33,3% случаев аллергическим контактным дерматитом страдали люди в возрасте 30-39 лет ($n=10$). Средняя давность заболевания – от 1 до 3 лет. Как правило, пациенты не смогли назвать аллерген – 63,3% ($n=19$). Из тех пациентов, кто мог указать причину заболевания, чаще всего обнаруживалась связь с контактом с бытовой химией – 36,3% ($n=4$). Сопутствующие кожные заболевания встречались у 33,3% ($n=10$) пациентов, а соматическая патология – у 30% ($n=9$). Клинические проявления были следующие: чаще всего в патологический процесс вовлекалась кожа верхних конечностей - 50% ($n=15$). Первичные морфологические элементы чаще всего были представлены пятнами – 83,3% ($n=25$), а вторичные – шелушением – 56,6% ($n=17$). Субъективные ощущения были представлены зудом у 60% ($n=18$). При микробиологическом исследовании чаще всего обнаруживались *Staph.* Микотическая сопутствующая флора высевалась у 4 пациентов (13,3%) и была представлена преимущественно условно-патогенными дрожжевыми грибами 50%. Антитела к паразитам обнаруживались у 4 пациентов (13,3%), чаще всего к *Helicobacter pylori*.

Заключение: Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод, что клиническими особенностями аллергического контактного дерматита чаще всего являются высыпания, представленные в виде пятен, сопровождающиеся шелушением и зудом. Наиболее частая локализация – кожа верхних конечностей. Наибольшее количество случаев заболевания выявлено у пациентов в возрасте 30-39 лет, четкой связи заболевания с полом выявлено не было. Большинство пациентов не смогли назвать аллерген. Из пациентов, связывающих заболевание с аллергеном, наиболее частой причиной высыпаний является контакт с бытовой химией.

МЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРДА ҚУРУҚ КЎЗ СИНДРОМИ

Тулакова Г.Э., Хасанова Д.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш: Қуруқ кўз синдроми (ҚКС) нинг тарқалиши, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 50 ёшдан ошган аёлларда 67% гача бу гормонал циклинг бузилиши, кўз ёши безлари ишининг ўзгариши, кўз ёши таркибининг бузилишига ва кейинчалик ҚКС ривожланишига олиб келади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 60 аёл (120 кўз) 40 ёшдан 75 ёшгача текширилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳ циклоспорин билан даволанган беморларни ўз ичига олган (46 киши, 92 та кўз), назоратда гуруҳдаги беморлар (14 киши, 28 та кўз) кўз ёшларини намлантирувчи Софтдропс куз каплисини ишлатдилар. Кузатиш даври 3 ойни ташкил етди. Диагностика даволашнинг 1-куни ва 90.04 ± 10.24 кунлик даволаниш пайтида ўтказилди. Ҳар бир беморда турли даражадаги эстроген етишмаслиги ҳолатининг клиник кўринишлари қайд етилган. Барча беморлар ёшига қараб учта кичик гуруҳга бўлинган: биринчиси -40-60 ёш (50,2 ± 1,3 ёш), иккинчиси - 60-70 ёш (63 ± 1,1 ёш), учинчиси - 70 ёшдан ошган (73,5 ± 1,2 ёш). Асосий ва назорат гуруҳлари ҚКС зўравонлиги бўйича яна 3 кичик гуруҳга бўлинган: энгил, ўртача ва оғир.

Қуруқ кўз аломатлари " кўз касаллик сирти индекси "(ККСИ) анкета ёрдамида баҳоланди. Барча беморлар Офтальмик-тестли офтальмологик диагностика чизиқлари (Ҳиндистон) ёрдамида Ширмер ва Норн тестларидан ўтдилар.

Конъюнктив ҳолати лиссаминли яшил ранг - офталмологик диагностика чизиқлари ёрдамида Офталиқ-тест (Ҳиндистон) баҳоланди.

Аёллар гинекологнинг назорати остида гормонларни алмаштириш терапияси билан бирга текширилди. Текширилган беморларнинг барчасида :ҚКС клиникаси билан тухумдон етишмовчилиги намоён бўлган аёлларда тадқиқотда қатнашди. Системали ва отоиммун касалликлар,кўз инфекцияси, диабет меллитус, қўлланилган дорилар натижасида қуруқ кўз синдроми ривожланиши (глюкокортикостероидлар, β-блоклар ва бошқалар).

Натижалар: Беморларнинг ёши билан менопауза (ўртача ёши $63,5 \pm 2,2$ ёш) ўзаро боғлиқлиги исботланди.Биринчи ёшда кичик гуруҳ (40 ёшдан 55 ёшгача бўлган беморлар) давом этган ҳайз даврлари ва эстроген етишмаслиги ҳолатининг намоён бўлиши. Иккинчи кичик гуруҳда (беморларнинг ёши 55- 60 ёш), тухумдоннинг функцияси пасайиб кетиши билан қуруқ кўз синдромининг клиник кўринишларининг номоён булиши. Клиник унинг белгилари эстроген етишмаслиги ҳолатига бевосита мутаносиб эди. Биринчи ва иккинчи кичик гуруҳларда асосан энгил ҚКС қайд этилди -63%, учинчи - ўртача - 47% ва оғир -42%, булар ҳаммаси тухумдон декомпенсацияси туфайли юзага келди.

"Кўз касаллиги сирт индекси » (ККСИ) анкетасига кўра кўрсатди.Ижобий динамика аниқланди: даволашдан олдин 73.09 ± 16.17 баллдан билан даволашдан кейин 43.71 ± 17.04 баллгача ишончилиқ индекси $p = 0.7$ ($p < 0.05$). Циклоспорин билан даволанган энгил тухумдон етишмовчилиги билан аёлларнинг 53 фоизида касаллик ремиссияга ўтди. Ўртача ва оғир даражалар - энгил даражага: мос равишда 41% ва 47% ўтди.

Хулоса: Барча беморларда Қуруқ кўз синдроми субъектив клиникаси эстроген етишмаслиги ҳолатларининг зўравонлиги билан бевосита боғлиқ.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИНГ ОФТАЛМОЛОГИК ҲОЛАТИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Тулакова Г.Э., Сабилова Д.Б., Хамракулов С.Б.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Ҳомиладор аёлларни текширишда офталмолог маслаҳатига муҳим ўрин берилади, чунки баъзи ҳолларда бу туғруқ усулини танлашда ҳал қилувчи рол ўйнаши мумкин бўлган офталмологнинг хулосаси. Акушер-гинекологлар прееклампсиянинг оғирлигини аниқлашда офталмологнинг фикрига асосланади, бу эса ўз навбатида даволаш тактикасига ва она ва бола ҳаётига таъсир қилади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ҳомиладор аёлни текшириш бир қатор хусусиятларга эга, беморларнинг қайси уч гуруҳини ажратиш мумкинлигини ҳисобга олсак: биринчи гуруҳ кўриш органи патологиясиз физиологик ҳомиладорликдир. Иккинчи гуруҳ - физиологик ҳомиладорлик билан кўриш органининг патологияси, шу жумладан миопия, периферик витреохориоретинал дистрофия, тўр парда кучиши, шисасимон тана деструкцияси, хороидит ва бошқалар. Учинчи гуруҳ - бу ҳомиладорликдан келиб чиқадиган кўриш органи патологияси билан патологик давом этадиган ҳомиладорлик, шу жумладан прееклампсия, анемия, ҳомиладор аёлларнинг диабет касаллиги ва бошқалар.Кўриш органи патологиясиз физиологик ҳомиладорликда энг кўп учрайдиган физиологик ўзгаришлар қуйидагилардир: кўз атрофидаги пигментация, птоз, конъюнктив капиллярлари пасайиши, шох парданинг сезгирлиги ва қалинлиги ўзгариши ва натижада миопик силжиш билан синишнинг ўзгариши, линзаларга сезгирликни пасайиши, кўз ичи босимининг пасайиши, гемералопия. Ҳомиладорликнинг физиологик кўриниши билан куз патологияси, хусусан, ретинанинг ангиопатияси, макула шишиши, марказий сероз хориоретинопатия ва бошқалар каби патологик кўринишлардан миопик томонга силжишни силжишини ўз ичига олган нарсаларни ажратиш керак. Муҳим жиҳат потенциал хавфли шароитларни аниқлаш - роматоген ривожланиш ретинанинг ажралиши ва дистрофик ўзгаришлар - ҳомиладорликнинг 34-ҳафтасидан кечиктирмай ретинанинг лазер коагуляцияси эҳтимолини сақлаб қолиш. Ушбу процедура беморларнинг иккинчи гуруҳида жарроҳлик йўли билан туғилишдан қочишга имкон беради. Учинчи гуруҳга кирувчи прееклампсия билан оғирган беморларда фундус тубида ангиоспазми ўз вақтида аниқлаш ҳомиладор аёлни бошқариш тактикасида тўғри танлов қилишга имкон беради. Дори воситаларининг минимал инстилляциясини, айниқса ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида ўтказиш терапиянинг она ва болага салбий таъсирини камайтириш имкониятини беради.

Натижалар. Ҳозирда табиий туғриқ пайтида регматоген тур парда кучиши ҳақида офталмологларда битта уммумий фикр йуқ.Ҳомиладор аёлларда бу кўпинча туғруқ пайтида оқилона ва қўпол аралашув натижасида деб билади. Миопия билан оғирган 50 нафар аёлни текширадиган яна бир муаллиф 4,5 дан 15,0 диоптергача булган беморларда табиий туғриқ ҳеч қандай кўриш органида зарар етказмайди.Муаллифларнинг аксарияти шундай хулосага келишдики операцияга мутлақ ва нисбий кўрсаткичларни ажратиш мумкин. Мутлақ кўрсаткичлар қуйидагиларни ўз ичига олади: ҳақиқий туғриқ пайтида тур парданинг кучиши;тур парданинг кучиши муносабати билан 30-40 –ҳафтада текширилган ва операция қилинган,битта курадиган кузда тур парда кучиши муносабати билан операция қилинган.Нисбий курсатма: периферик витреохориоренинг кенг зоналари мавжудлиги билан витреретинал тракциялар,анамнезида тур парда кучиши.Юқоридагилардан ташқари офталмологлар қуйидаги беморларга ҳам эътибор бериши шарт: Гравес касаллиги,пигментли ретинит, увеит, оптик неврит, қандли диабет ва бошқалар.

Хулоса. Ҳомиладор аёлни текшириш бир қатор хусусиятларга эга. Ҳомиладорликни физиологик кўриниши уларга қуйидагилар киради: рефракцияни миопияга қараб силжиши ва патологик ҳолатда, тур парда ангиопатияси,макуляра

шиш,марказий сероз хориоретинит кабиларда таққослаш муҳим. Регматоген тур парда кучиши,тур пардада дистрофик узгаришларда 34 ҳафтагача лазеркоагуляцияни ўтказишда ҳавф гуруҳни аниқлаш муҳим ва у туғишни жарроҳлик йулини олдини олишда муҳим рол ўйнайди.Ҳомиладор аёлни бошқариш тактикасида,ўз вақтида беморларнинг куз тубида ангиоспазми аниқлаш преэклампси билан беморларда сизга тўғри танлов қабул қилишингизда имкон беради.

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Тураев Б.Т., Очилов У.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ), удельный вес которой в общей структуре травм составляет от 39 до 50%, занимает одно из ведущих мест среди приоритетных и социально значимых задач современной медицины. Частота ЧМТ в среднем составляет 200 случаев на 100 000 населения в год. Отмечено, что последствия даже лёгкой ЧМТ часто не проходят бесследно и могут послужить причиной развития различных психических нарушений в отдалённом периоде. Психопатологические проявления последствий ЧМТ разнообразны и могут включать когнитивные, аффективные и другие расстройства. Частота развития депрессивных проявлений у пациентов после ЧМТ варьирует от 6 до 77%. Распространенность последствий ЧМТ среди молодого населения, в том числе женщин репродуктивного периода, с изменениями в психоаффективной сфере делают данную проблему актуальной.

Цель исследования: оценить проявления депрессивного синдрома у беременных с ЧМТ в анамнезе, проходивших родоразрешение с 2018 по 2020 г.

Материал и методы исследования: в исследование включено 47 беременных (от 19 до 42 лет) в отдалённом периоде ЧМТ. Всем беременным выполнено стандартное неврологическое обследование. Для оценки тяжести депрессивных проявлений использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), разработанная Zigmond A.S. и Shnaith R.P. в 1983 году. Все пациентки были разделены на 2 группы (1 группа - с последствиями сотрясения головного мозга (44,7%; n=21), 2 группа - с последствиями ушиба головного мозга (55,3%; n=26)). По структуре ЧМТ: закрытая ЧМТ наблюдалась в 40 (85,2%) случаях и открытая – в 7 (14,9%). Средний возраст пациенток 1 группы составил 31,4±6,3 года, а во 2 группе 31,9±6,3.

Результаты исследования. в данном исследовании по шкале HADS (состоящей из 2 подшкал: тревоги и депрессии) оценивались результаты по подшкале депрессии. Оценивая проявления депрессивного синдрома в 1 группе, выявлено: суммарные показатели составили по подшкале депрессии 6,3±1,5 балла и у двух (9,5%) беременных диагностирована субклинически выраженная депрессия. Во 2 группе данные показатели составили по подшкале депрессии 5,2±2,2 балла. Выявлено 5 случаев (19,3%) субклинически выраженной депрессии. Клинически выраженной депрессии среди беременных 1 и 2 групп выявлено не было.

Заключение. Депрессивный синдром у беременных с последствиями ЧМТ выявлен на субклиническом уровне в 7 (14,9%) случаях, со статистически значимым преобладанием ($p < 0,05$) случаев при последствиях ушиба головного мозга (n=5).

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Тураев Б.Т., Очилов У.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Пубертатный период характеризуется возникновением разнообразных патопсихологических состояний, свойственных именно подростковому возрасту в связи с недостаточной зрелостью в личностном плане. Нервная анорексия начинается в препубертатном, пубертатном периоде. В преморбидном периоде у многих больных имеют место психопатические черты характера. В процессе развития заболевания может происходить либо заострение имеющих место психопатических черт характера, либо появление несвойственных ранее изменений личности.

Цель исследования: Изучение вариантов психопатических и психопатоподобных расстройств формирующихся при нервной анорексии, а также динамики личностных изменений на различных этапах заболевания.

Материал и методы исследования: Было изучено 30 случаев нервной анорексии с помощью клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и экспериментально-психологического методов.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было установлено, что у 21 больной (70%) в процессе болезни происходило заострение психопатических черт характера, у 6 больных (20%) появление новых ранее не свойственных изменений личности. Заострение истерических и возбудимых черт характера происходило на аноректическом этапе, тревожные и шизоидные черты чаще усиливались на этапе выраженной кахексии. При заострении возбудимых черт характера больные были агрессивны, требовательны, конфликтовали с родственниками. У этих больных проявлялись истерические или истероформные расстройства с эгоцентризмом, капризностью, лживостью, стремлением быть в центре внимания. Наиболее выраженными эти черты характера были у больных с искусственно вызываемыми рвотами. У 4 больных (13%) без наличия в преморбиде психопатических черт характера в процессе болезни развивались черты возбудимости и агрессивности. У меньшей части больных (6,6%) в динамике болезни появлялись тормозимые черты характера с неудовлетворенностью собственной внешностью, склонностью к сомнениям, самоанализу. Эти расстройства сочетались с раздражительностью и возбудимостью. В 60% случаев формирование или заострение патологи-

ческих черт характера происходило в дисгармоничных семьях, в условиях подавляющего воспитания и трудных отношений с матерью.

Заключение: Психопатоподобные расстройства при нервной анорексии на определенных этапах могут рассматриваться как облигатная симптоматика. Психопатические и психопатоподобные расстройства значительно утяжеляют психическую картину болезни и уменьшают эффективность проводимой терапии. Эффект от проводимой терапии при лечении нервной анорексии может быть достигнут при сочетанном использовании индивидуальной и семейной психотерапии.

ЗНАЧЕНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Уралова Г.А., Баратова С.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Известно, что во время беременности организм женщины переносит значительное увеличение нагрузок, такими нагрузками обременены сердечно – сосудистая, дыхательная и опорно – двигательная системы. Чтобы не набрать лишний вес, роды прошли благополучно, а тело после рождения ребенка восстановилось, необходимо продолжить физическую активность. И в этом поможет скандинавская ходьба - один из немногих видов фитнеса, который идеально подходит беременным женщинам.

Скандинавская ходьба - это спортивная ходьба с использованием палок, специально разработанных для активации верхней части тела во время ходьбы. [Hartvigsen, J., Morsø, L., Bendix, T. et al. Supervised and non-supervised Nordic walking in the treatment of chronic low back pain: a single blind randomized clinical trial. BMC Musculoskelet Disord 11, 30 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-3>]. Поэтому она считается наиболее эффективным видом двигательной активности во время беременности. Исследования показали, что скандинавская ходьба отвечает всем требованиям докторов для беременных - больше гулять на свежем воздухе, правильно дышать и физически укрепить к родам.

В отличие от обычной ходьбы, бега и велоспорта, скандинавская ходьба дает одновременную нагрузку на руки, плечи. Она обладает всеми преимуществами аэробной нагрузки, исключая при этом нагрузку на колени и суставы, что особенно важно для беременных женщин.

Заниматься скандинавской ходьбой можно начинать после предварительной консультации с врачом. Начинать тренировки можно на любом сроке беременности, но оптимально после 12 недель так как, в этот период стабилизируется общее самочувствие и все женщины к этому времени уже прошли обследование. А еще скандинавскую ходьбу можно практиковать на сороковой неделе беременности.

Скандинавская ходьба - это естественный процесс, когда беременная просто идет, дышит, ощущает ритм, легкость и свободу во всем теле. Внимание сконцентрировано на своем теле, на будущем ребенке. Беременная готовится к родам физически, психически и эмоционально. Умение концентрировать внимания на физическом процессе – главный навык, который пригодится при родах.

Проведение тренировок в естественных природных условиях способствует восстановлению светового клеточного баланса, закаливанию, повышению физической выносливости, нормализации психоэмоциональной деятельности.

Ограничения для занятий: угроза выкидыша; беременности, наступившей в результате ЭКО (экстракорпорального оплодотворения); беременности, протекающей на фоне тяжелой патологии печени, почек, сердечно-сосудистой системы; выкидышах или преждевременных родах в анамнезе; тяжелых токсикозах первого триместра и гестозах; предлежании плаценты; маточных кровотечениях в анамнезе. Все перечисленные патологии бывают лишь у 10% беременных. Так что остальные 90% счастливых будущих мамочек может практиковать скандинавскую ходьбу.

Выводом данного тезиса является то, что скандинавская ходьба полезна для беременных женщин. Помогает организму поддержать физическую форму, укрепить иммунитет и улучшить питание плода во время беременности, но существует и несколько противопоказаний. При наличии выше указанных проблем, перед тем как приступить к тренировкам, необходимо проконсультироваться и обсудить данный вопрос с лечащим врачом и ЛФК- врачом.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Хайдарова Ф.А., Камилджанова Б.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Я.Х.Туракулова МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение. СПКЯ проявляется клинически четырьмя фенотипами в зависимости от сочетания Роттердамских критериев: 1) фенотип с олиго/ановуляцией, гиперандрогенией (ГА) и ПКЯ по данным ультразвукового исследования, 2) фенотип с олиго/ановуляцией и ГА, 3) фенотип с ГА и ПКЯ и 4) фенотип с олиго/ановуляцией и ПКЯ. В зависимости от чувствительности к инсулину различают репродуктивный и метаболический фенотипы СПКЯ. Фенотипические проявления определяют оптимальный подход к лечению СПКЯ.

Цель исследования: изучить метаболический профиль женщин с различным фенотипом СПКЯ.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 100 пациенток с СПКЯ в возрасте от 17 до 40 лет, получающих амбулаторное лечение в клинике РСНПМЦЭ. Всем пациенткам проводилось измерение антропометрических показателей с вычислением ИМТ, проводился забор крови на 3-й день менструального цикла для определения

уровня половых гормонов, общеклинических, биохимических исследований, липидного спектра. Для оценки состояния чувствительности к инсулину проводилось определение глюкозы плазмы венозной крови и уровня инсулина с вычислением индекса HOMA-IR.

Результаты исследования. Пациентки с ГА имели достоверно более высокий ИМТ, уровень общего холестерина и ЛПНП по сравнению с пациентками без ГА. У пациенток с фенотипом с олиго/ановуляцией и ПКЯ наблюдался наименьший уровень триглицеридов. Пациентки с инсулинорезистентностью, доказанной высоким уровнем HOMA-IR, имели достоверно более высокий уровень общего холестерина, ЛПНП, ТГ и фибриногена и достоверно более низкий уровень ЛПВП по сравнению с пациентками с нормальной чувствительностью к инсулину.

Выводы. Гиперандрогенемия связана с неблагоприятным метаболическим профилем у пациенток с СПКЯ: ожирением и атерогенной дислипидемией и, следовательно, с более высоким сердечно-сосудистым риском. Инсулинорезистентность сопровождается дислипидемией и повышением уровня фибриногена. Поэтому при лечении СПКЯ следует отдавать предпочтение препаратам, которые не будут усугублять дислипидемию и гиперкоагуляцию и не приведут к дополнительному набору веса. Это могут быть препараты дидрогестерона или левоноргестрела в сочетании с низкими дозами эстрадиола.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА В12 У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Хайдарова Ф.А., Кенджаева К.Ш., Алиева А.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Я.Х.Туракулова МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение. Дефицит витамина В12 может проявляться симптомами, схожими с проявлениями диабетической полинейропатии. С другой стороны, длительный прием Метформина сопряжен с развитием дефицита витамина В12. Целью нашего исследования было изучить взаимосвязь клинических проявлений диабетической полинейропатии с уровнем витамина В12 у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 35 пациентов с СД 2 типа, получающих стационарное лечение в клинике РСНПМЦЭ. Средний возраст $55,9 \pm 11,5$ лет, средний стаж СД $9,2 \pm 7,7$ лет. Все пациенты получали Метформин в средней дозе $1690 \pm 531,9$ мг. Все больные были обследованы подиатристом на предмет наличия диабетической полинейропатии (ДПНП). Уровень витамина В12 определялся методом ИХЛА.

Результаты исследования. У 14% пациентов диагностирована ДПНП 1 стадии, у 77% - 2 стадии, у 9% - 3 стадии. Анализ данных показал тенденцию к снижению уровня витамина В12 у лиц со сниженной чувствительностью по сравнению с лицами с сохраненной чувствительностью: $243,85 \pm 117,8$ против $336,66 \pm 98,3$ пг/мл для болевой чувствительности; $299,1 \pm 84,3$ против $326,9 \pm 121,2$ пг/мл для тактильной чувствительности; $297,0 \pm 175,2$ против $357,0 \pm 134,9$ пг/мл для температурной чувствительности; $117,8 \pm 73,3$ пг/мл для лиц с вибрационной чувствительностью от 0 до 3 баллов против $522,5 \pm 188,2$ пг/мл для лиц с вибрационной чувствительностью от 4 до 6 баллов ($p < 0,05$). Также среди лиц со снижением сухожильных рефлексов уровень витамина В12 был ниже ($197,0 \pm 78,5$ пг/мл) по сравнению с лицами с сохраненными рефлексами ($316,2 \pm 117,1$ пг/мл).

Заключение. Наличие клинических проявлений полинейропатии было связано с тенденцией к снижению уровня витамина В12 в крови у пациентов с СД 2 типа, принимающих Метформин, достоверное снижение уровня витамина В12 показано при сниженной вибрационной чувствительности. Пациентам с клиническими проявлениями диабетической полинейропатии необходимо определять уровень витамина В12.

УРОВЕНЬ АЛЛОПРЕГНАНОЛОНА КАК МАРКЕРА РАЗВИТИЯ КЛИМАТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Хайдарова Ф.А., Умарходжаева З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Я.Х. Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность работы: Проблема диагностики и терапии климактерических расстройств, несмотря на определенные успехи, продолжает оставаться актуальной проблемой гинекологии, учитывая их развитие у 29% - 56% женщин в периоде пре- и перименопаузы.

Цель исследования: изучить показатели аллопрегнанолон у женщин в перименопаузе

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 64 женщин в период перименопаузы в возрасте 40-45 лет. В вошли 18 пациенток, средний возраст $42,86 \pm 3,72$ года, имеющих гиперэстрогенный тип нарушения менструальной функции (абсолютная гиперэстрогения). II группу составили 16 пациенток с гипопрогестероновым типом нарушения менструальной функции (относительная гиперэстрогения), средний возраст составил $42,73 \pm 2,25$ года. Контрольная группа – 30 практически здоровых женщин перименопаузального возраста (40-45 лет), у которых возрастная перестройка протекала без осложнений и нарушений менструальной функции.

Показатели аллопрегнанолон измеряли с помощью радиоиммунного анализа (РИА) после предварительного анализа экстракции диэтилового эфира и целитной хроматографии. Прогестерон и эстрадиол анализировали с помощью Immulite 2000 (DPC, Los Angeles, CA, США).

Результаты исследования: У абсолютного большинства женщин - 78,1% женщин – диагностированы проявления климактерического синдрома. При этом следует отметить, что наиболее выраженными симптомами климактерического

синдрома явились нарушения в психоэмоциональной сфере с преобладанием фобических расстройств (60,24%) в группах с нарушениями менструальной функции. В группе с абсолютной эстрогенией этот синдром встречался в 66,7% (12 женщин), при относительной эстрогении в 93,7% случаях (15 женщин) и среди женщин контрольной группы в 36,7% случаях (11 женщины).

Уровень аллопрегнанолон у женщин с абсолютной эстрогенией имел тенденцию к снижению по отношению к контрольной группе и составил $2,92 \pm 0,14$ нг/мл против $3,54 \pm 0,25$ нг/мл. У женщин с относительной эстрогенией данный показатель достоверно снижался в 2,7 раза ($1,29 \pm 0,05$ нг/мл против $3,54 \pm 0,25$ нг/мл) по отношению к показателям контрольной группы ($P < 0,05$).

Заключение: в связи с этим, можно предположить, что тяжесть климактерического синдрома развивается не только от дефицита прогестерона, но и от особенностей его метаболизма в ЦНС. При нормальном метаболизме прогестерон способен образовывать аллопрегнанолон, который стимулирует ГАМК-А рецепторы, а также повышает активность хлоридных ионных каналов нейронных мембран, обеспечивая седативный эффект. При нарушениях метаболизма прогестерона в ЦНС гормон образует прегнанолон, который является антагонистом А- и В-ГАМК рецепторов, наличие которых может объяснить развитие климактерического синдрома. Сниженный уровень аллопрегнанолон вызывает нейропсихологические нарушения, которые часто встречаются при климактерическом синдроме.

К ВОПРОСУ ТУБЕРКУЛЁЗА И МАТЕРИНСТВА

Ходжаева С.А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Туберкулёз и беременность представляют одну из важнейших проблем современной фтизиатрии. Эту проблему рассматривают с точки зрения негативного влияния туберкулёза на течение беременности, родов, послеродового периода, послеродового периода, лактацию, развитие плода и состояние здоровья новорожденного. С другой стороны неблагоприятное влияние на состояние женщин на состояние женщин, больных туберкулёзом, оказывают частые, повторные беременности, которые нередко приводят к ослаблению организма, способствуют обострению и бурному прогрессированию туберкулёзного процесса, особенно после родов. Необходимо также учитывать, что при активном туберкулёзе возможно трансплацентарное инфицирование плода от больной туберкулёзом матери. Результатом туберкулёзной интоксикации может стать антенатальная смерть плода. Немаловажным на сегодняшний день является изучение влияния туберкулёзного процесса на развитие плода и состояние новорожденных. В связи с вышеизложенным нами была поставлена цель – изучить состояние здоровья детей, рожденных от больных туберкулёзом женщин, на примере одного из районов Самаркандской области.

Материалы и методы. Нами изучены амбулаторные карты и карты развития 25 детей от 25 болевших во время беременности матерей, составившие основную группу обследования, а также 25 детей здоровых матерей, которые вошли в контрольную группу обследования.

Результаты и обсуждение. У 13 женщин (86,7%) основной группы беременность и роды протекали в активную фазу заболевания (инфильтративный, диссеминированный туберкулёз в фазе распада). Наибольшее количество 8 (61,5%) составляли женщины с инфильтративным туберкулёзом в фазе распада. Среди детей I группы преобладали девочки – 19 (76,0%), II группы – мальчики 15 (60,0%). Большинство детей от матерей, болевших туберкулёзом, имели массу тела при рождении в пределах 2500-3100 г. (33%), в то время как у здоровых матерей – в пределах 3101-3500 г. (41%).

В I группе в асфиксии родились 9 (36,0%) детей, из них у матерей с активным туберкулёзным процессом 6 (66,7%), причем в асфиксии тяжелой степени 2 (33,3%). В контрольной группе родилось 7 (28,0%) детей в асфиксии, из них 1 (14,3%) – в тяжелой степени данного состояния. Осложнения в неонатальном периоде в I клинической группе отмечались у 10 (40,0%). Это были: перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза – у 8 (32,0%), недостаточность мозгового кровообращения (НМК) I степени – у 3 (12,0%), НМК II степени – у 1 (4,0%), НМК III степени – у 1 (4,0%). В контрольной группе только у 2 (8,0%) детей отмечена перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза.

Выводы. Таким образом, проблема сочетания беременности и туберкулёзного процесса остается до сих пор актуальной в акушерстве и гинекологии, фтизиатрии и педиатрии, поскольку влияние такого тяжелого инфекционного заболевания на беременность создает условия для нарушения репродуктивного здоровья женщин и ослаблению иммунного статуса, а также значительную угрозу здоровью детей. Так, дети, рожденные от больных туберкулёзом матерей, имели меньшую массу тела при рождении, в 0,8 раз чаще рождались в асфиксии, в 5 раз чаще имели осложнения в неонатальном периоде.

РОЛЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Холбоев С.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность данной патологии определяется широкой распространенностью генитальных инфекций среди женского населения, негативное их влияние на способность к зачатию, течение беременности, родов, послеродового периода, а также на плод и новорожденного.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости и характер генитальных инфекций у беременных городского населения на первичном звене.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 134 беременных города Самарканда в условиях первичного звена. Для оценки состояния здоровья женщин была разработана специальная анкета, отражающая условия жизни, общий и акушерско-гинекологический анамнез, результаты обследования, сведения о течении беременности, родов и послеродового периода.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что среди опрошенных женщин нарушение менструального цикла в анамнезе встречались в 21,3% случаев, в структуре нарушений преобладали дисменорея (83,1%), олигоменорея (34,7%), гиперполименорея (27,6%). В анамнезе у 83,1% беременных наблюдались заболевания гениталий воспалительного характера. Среди них выявлены: хронический вульвовагинит различной этиологии в (91,2% случаев), хронический сальпингоофорит (37,3%), хронический эндометрит (35,6%) случаев, спаечная болезнь органов малого таза (35,3%). При этом 83,9% беременных с генитальной инфекцией ранее перенесли острый эндометрит. Установлено, что неразвивающаяся беременность чаще выявлялась у женщин с генитальной инфекцией в анамнезе. Необходимо отметить что, у 29,6 пациенток неразвивающаяся беременность наблюдалась неоднократно. Спонтанные аборты в ранние сроки беременности в анамнезе чаще происходили у женщин с генитальной инфекцией (25,4%). Преждевременные роды имели место у 16,1% женщин с генитальной инфекцией. Обследование больных с потерями беременности в анамнезе на наличие генитальной инфекции показало, что у большинства из них (69,5%) выявлены различные виды генитальной инфекции. Наиболее часто обнаруживались вирусные инфекции такие, как цитомегаловирус - ЦМВ (61,3%), вирусы простого герпеса обоих типов 11,2% и 14,4%), а также уреоплазменная инфекция (28,6%), генитальный кандидоз (14,4%), хламидиоз (7,9%). Необходимо отметить, что у 56,1% пациенток была выявлена микст-инфекция, такие как, сочетание нескольких возбудителей генитальной инфекции (ЦМВ с трихомонадами, ЦМВ с уреоплазмой, ЦМВ с хламидиями, микоплазмой, вирусом генитального герпеса и т.д).

Выводы. Выявлена высокая распространенность генитальной инфекции, в основном, смешанного характера, среди беременных, городского населения. Установлено, их негативное влияние на течение гестации, проявившееся в высокой частоте невынашивания беременности. Необходимо своевременное выявление и лечение генитальных инфекций с целью предотвращения их негативного влияния на репродуктивное здоровье женского населения.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Холмурадова А.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Высокие показатели заболеваемости и летальности от рака шейки матки среди женщин активного репродуктивного возраста, повышение частоты инфицирования вирусом папилломы человека, недостаточная эффективность имеющихся схем лечения обуславливают необходимость поиска новых путей решения проблемы. Наиболее перспективным, наряду с проведением вакцинации и скрининговых программ, является своевременное и адекватное лечение преинвазивной патологии шейки матки. Цель данного исследования – выявление факторов риска рецидивирования CIN и определение методов их коррекции. Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 69 женщин с повторно диагностированной CIN II–III. На первом этапе проведен ретроспективный анализ предшествующей тактики ведения с целью выявления прогностических факторов риска рецидива CIN. На втором – разработан и применен этапный алгоритм ведения пациенток с оценкой эффективности терапии. Время наблюдения после лечения – 3 года. Возраст пациенток колебался от 22 до 47 лет. Средний возраст составил $39,4 \pm 3,7$ года. В структуре патологии CIN экзоцервикса составила 61,2%, сочетанное поражение эндо- и экзоцервикса зарегистрировано у 22,6%, CIN эндоцервикса – у 16,2%. Со слов имели одного полового партнера 59,7%, не использовали контрацепцию – 27,4% группы. Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 41 пациентки (66,1%). Рецидив CIN диагностирован в течение первого года после эксцизии у 43,6%; от года до 3 лет – у 32,2%; более 3 лет – у 24,2%. Лечение проведено в 3 этапа: 1-й этап перед эксцизией – коррекция биотопа влагалища с применением отечественного комбинированного препарата в виде вагинальных суппозиторий, 2-й этап – LEEP (LLETZ) эксцизия шейки матки РВ-методом (аппараты СУРГИТРОН или ФОТЕК), 3-й этап – реабилитация, включающая в себя системную противовирусную (препараты Панавир в/в или Гроприносин по схеме, гормональную (препарат дидрогестерон во 2 фазу цикла или КОК на 6 месяцев) местное лечение, направленное на усиление репарации (суппозитории Депантол 1 месяц после эксцизии).

Заключение. Полученные результаты продемонстрировали высокую эффективность этапной терапии рецидивирующей дисплазии шейки матки, сочетанное лечебное воздействие на патологию шейки матки и гиперпластические процессы органов репродуктивной системы, противовирусный эффект, перспективы сохранения репродуктивного здоровья.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Хусенова Ф.А., Махмудов Х.У., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ряд исследователей считают, что развитие воспалительного процесса в почках в большинстве случаев возникает на фоне сниженной иммунологической реактивности организма. При этом выявлено, что степень снижения клеточных и гуморальных звеньев иммунитета у больных с ХП зависит от тяжести и распространенности воспалительного процесса.

Целью исследования явилось оценить динамику некоторых показателей клеточного иммунитета при ХВНПН. Исследования показателей иммунитета проведены при поступлении, при выписке из стационара и у 30 больных в катамнезе.

Материал и методы исследования. Обследовано в зависимости от клинической формы ХП все больные были разделены на 2 группы: I группа - 60 детей с ХППН (хронический первичный пиелонефрит) и II группа 60 больных с ХВНПН (хронический вторичный необструктивный пиелонефрит).

Результаты исследования. Содержание количества Т-лимфоцитов у детей при обеих формах ХП отличалось от показателей контрольной группы. Достоверное снижение этого показателя было выявлено у детей, как с ХППН $45,4 \pm 1,0\%$ ($P < 0,001$) так и с ХВНПН $44,17 \pm 1,04\%$ ($P < 0,001$). При этом количество Т-лимфоцитов было значимо снижено по сравнению с контролем у детей с ХВНПН. Дефицит CD8, чаще CD4 и CD16 является основной причиной недостаточного образования цитотоксических и антиметаболических веществ против микробной инфекции и их токсинов, экзогенных и эндогенных аллергенов, что служит основным фактором частых рецидивов заболевания. Так, выявлено достоверное снижение количества CD4, CD8, CD16, как при ХППН $29,2 \pm 0,58\%$ ($P < 0,001$), $15,05 \pm 0,2\%$ ($P < 0,02$), $7,27 \pm 0,14\%$ ($P < 0,001$), так и при ХВНПН $28,03 \pm 0,65\%$ ($P < 0,001$), $14,17 \pm 0,29\%$ ($P < 0,05$), $7,06 \pm 0,15\%$ ($P < 0,001$) соответственно, тогда как у здоровых детей эти показатели составляли $39,42 \pm 1,64\%$, $20,56 \pm 2,18\%$, $9,24 \pm 0,45\%$ соответственно.

Заключение. Таким образом, наиболее демонстративные изменения были отмечены в Т-клеточном звене иммунитета и это указывало о развитии у них дисрегуляторных тимусзависимых состояний. При поступлении уровень В-лимфоцитов был значимо выше показателей контрольных нормативов у детей при обеих формах ХП, при этом у детей с ХВНПН этот показатель отличался более выраженным изменением и составлял $10,68 \pm 0,16\%$ ($P < 0,001$), по сравнению с ХППН $10,1 \pm 0,36\%$ ($P < 0,001$). Независимо от формы заболевания, у детей с ХП отмечался более низкий уровень ФАН. При этом у больных с ХВНПН выявлено выраженное снижение этого показателя, который составлял $40,6 \pm 1,0\%$ ($P < 0,001$), по сравнению с ХППН $42 \pm 1,02\%$ ($P < 0,001$), тогда как у здоровых детей этот показатель был равен $52,2 \pm 1,35\%$. По данным наших наблюдений видно, что при поступлении детей с ХППН и ХВНПН достижимо значимых различий в сравнении с контролем достигают все проанализированные параметры, что является отражением нарушения иммунологической реактивности ребёнка при развитии, как первичного, так и вторичного пиелонефрита, при этом у детей с ХВНПН мы наблюдали более глубокие изменения в отношении всех исследованных иммунологических показателей. По нашему мнению, это связано с большей агрессивностью самих патогенных микроорганизмов, вызывающих ХВНПН, более выраженной интоксикацией, реактивностью макроорганизма и присутствием такого важного, на наш взгляд, фактора, как раздражение слизистой оболочки мочевыводящих путей повышенным содержанием солей.

Резюмируя полученные результаты можно отметить, что у детей с ХП период обострения развивается на фоне выраженной иммунопатологии, характеризующийся дефицитом Т-клеточного иммунитета, ФАН.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шавази Н.М., Карджавова Г.А., Азимова К.Т., Закирова Б.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Респираторная патология у детей по сей день остается наиболее частой причиной детской заболеваемости и смертности. Одной из основных проблем детей с респираторной патологией является адекватная и своевременная оценка состояния сердечно-сосудистой системы, выявление возможных факторов риска развития жизнеугрожающих ситуаций (Володин Н.Н. и др., 2005). Прогноз и исход пневмонии определяется не столько этиологической причиной, сколько тяжестью перенесенной гипоксии и своевременностью оказания медицинской помощи. Влияние наиболее значимых антенатальных и интранатальных факторов и осложнений на развитие кардиальной патологии у детей раннего возраста при пневмонии остаются мало изученными. Своевременная и объективная оценка тяжести состояния является актуальной и нерешенной проблемой, недооценка которых неизбежно влечет за собой лечебно-тактические ошибки, что ухудшает прогноз и результаты лечения. Таким образом, изучение влияния перинатальных факторов и их прогностической ценности на развитие и течение кардиального синдрома, поиск способов прогноза и профилактики кардиальной и дыхательной недостаточности обусловили цель исследования.

Цель исследования. Определить наиболее значимые факторы риска развития кардиальной недостаточности при пневмонии на основе изучения перинатальных факторов риска у больных детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Изучены результаты клиничко-anamnestического обследования 82 детей раннего возраста с острыми пневмониями, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации, I и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 40 детей с острыми пневмониями, II группу - 42 детей, имеющих кардиальную патологию при пневмонии. У всех больных проведен анализ предрасполагающих факторов - течение беременности и родов у матери, течение периода новорожденности, уточнялись характер вскармливания, наличие хронической соматической патологии.

Обсуждение результатов. Исследования показали, что почти у всех матерей беременность протекала с анемией, а дети, рожденные от матерей с тяжелой анемией, вдвое чаще подвергнуты развитию кардиальной патологии при пневмонии. Каждая третья мама имела осложненное течение беременности, причем вдвое чаще патология течения беременности встречалась у матерей II группы. Хронические заболевания (хронический тонзиллит, гайморит, пиелонефрит), отягощающие как перинатальный период развития ребенка имелись у $29-35,4\%$ матерей, и они с большей частотой (в 1,9 раз) встречались у детей, имеющих кардиальную патологию при пневмонии ($19-23\%$ и $10-12,2\%$ соответственно).

Физиологическое течение родов было у 25-30,5% матерей, у остальных (57-69,5%) женщин отмечались длительный безводный период (25-30,5%), слабость родовой деятельности (20-24,4%), стремительные роды (12-14,6%). Патологическое течение родов также вдвое чаще встречалось у матерей, дети которых имели при пневмонии кардиальную патологию. 8-9,7% детей родились недоношенными и потому период новорожденности у них протекал с осложнениями. Среди сопутствующих заболеваний у детей раннего возраста с пневмонией часто выявлялись рахит 1 и 2 степени (28-34,1%), перинатальное поражение ЦНС (22-26,8%), нарушение питания (19-23,2%), атопический дерматит (13-15,8%). У 78-95,1% больных детей диагностирована анемия 2-3 степеней тяжести. На естественном вскармливании находились 32-39,0% детей, остальные (50-60,9%) – на смешанном или искусственном, причем из анамнеза выяснено, что в возрасте от 3-х до 6 месяцев были переведены на смешанное и искусственное вскармливание 39-47,6% детей. Такие дефекты вскармливания, как одностороннее питание, несоблюдение сроков введения прикормов и докорма выявлены у каждого второго больного II группы. Ранний перевод на смешанное и искусственное вскармливание имелся 11-13,4% случаях, и это были дети, имеющие кардиальную патологию при пневмонии. В анамнезе больных II группы на первом месяце жизни переболели острыми респираторными заболеваниями вирусно-бактериальной этиологии 8-9,7% детей, у которых в дальнейшем была диагностирована кардиальная патология при пневмонии.

Выводы. Таким образом, перинатальная патология, осложненный преморбидный фон, сопутствующая патология и частые простудные заболевания в анамнезе имеют информативную ценность при прогнозировании развития кардиальной патологии при пневмонии у детей. Кардиальная патология при пневмонии втрое чаще выявлена у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании.

Указанные факторы риска и особенности течения пневмонии у детей с кардиальной патологией помогут врачам практического здравоохранения в вопросах своевременной диагностики, повысят эффективность диспансерного обслуживания, в том числе применения лечебных профилактических и других оздоровительных мер среди часто болеющих детей.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ДИФFUЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мухамедов Ф.Н., Каримова М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение. Наиболее актуальными нозологическими формами, которые формируют общую структуру бронхолегочной патологии, являются внебольничная пневмония (ВП) и рецидивирующие бронхиты (РБ). Вопрос о взаимосвязи течения заболеваний щитовидной железы и бронхолегочной системы на сегодняшний день остается актуальной проблемой современной медицины. Особое значение при формировании бронхолегочной патологии имеют повторяющиеся эпизоды пневмоний, свидетельствующие о супрессии иммунного ответа организма и развитии вторичных иммунодефицитных состояний. На фоне изменения функциональных состояний щитовидной железы происходит стимуляция или угнетение иммунной системы. Цель работы: Изучить иммунный статус при рецидивирующем бронхите и внебольничной пневмонии затяжного течения на фоне диффузного эутиреоидного зоба у детей школьного возраста. Материал и методы исследования: Обследовано 120 детей с бронхолегочной патологией в возрасте от 7 до 14 лет. Из них 45 детей - с РБ, протекающей на фоне ДЭЗ, 45 детей - ВП затяжного течения, на фоне ДЭЗ и 15 детей с РБ без патологии ЩЖ и 15 больных с ВП затяжного течения (группа сравнения). Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьуденту. Результаты исследования. Исследования иммунного статуса детей с РБ на фоне ДЭЗ количество CD3⁺- лимфоцитов было достоверно снижено (P < 0,001) по сравнению с показателями контрольной группы. Содержание CD4⁺ - лимфоцитов достоверно отличалось от нормальных величин (P < 0,001) по сравнению с детьми без ДЭЗ было сниженным в 1,3 раза (P < 0,01). Отмечалось уменьшение количество CD8⁺ - лимфоцитов в 1,2 раза по сравнению с детьми без ДЭЗ (P < 0,05). Анализ CD16⁺- лимфоцитов показало, что у детей с РБ показатели были в 1,6 раза ниже контрольных значений (P < 0,01) и по сравнению с детьми без ДЭЗ были снижены в 1,3 раза (P < 0,05). Содержание ФАН было ниже по сравнению с детьми контрольной группы (P < 0,001) и у детей с РБ без ДЭЗ было в 1,2 раза выше данных больных РБ на фоне ДЭЗ. Содержание IgA и IgG снижается по сравнению с показателями практически здоровых детей (P < 0,01). Отмечалось повышение уровня IgM в 1,2 раза по сравнению с детьми без ДЭЗ. У детей при ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ определяется достоверное (P < 0,001) снижение содержания CD3⁺-лимфоцитов по сравнению с практически здоровыми детьми. Содержание CD4⁺- лимфоцитов достоверно отличалось от нормальных величин (P < 0,001). Отмечалось уменьшение количества CD8⁺ - лимфоцитов (P < 0,05), которое по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,2 раза (P < 0,05). Количества CD4⁺ - лимфоцитов было выявлено их уменьшение в 1,4 раза по сравнению с нормой. Отмечалось достоверное снижение CD16⁺- клеток, что в 1,9 раза ниже контрольных значений (P < 0,01) и по сравнению с детьми без ДЭЗ снижено в 1,3 раза (P < 0,05). Содержание IgA и IgG снижается по сравнению с практически здоровыми детьми (P < 0,01), а также в 1,5 и 1,2 раза ниже данных без ДЭЗ.

Заключение. Таким образом, при диффузном эутиреоидном зобе у детей с бронхолегочной патологией существенно усиливается дисбаланс в системе иммунитета, усугубляющие иммунодефицитное состояние, которое необходимо учитывать при назначении лечения.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулов А.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель работы: определение эффективности методов лечения детей раннего возраста с обструктивными нарушениями при бронхиальной непроходимости.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года 8 месяцев. Дети первого года жизни составили 94%, что указывает на патогенетическую связь с возрастными морфофункциональными особенностями. Средняя длительность болезни до момента госпитализации – 3,5 суток.

Результаты исследования. Установлено, что основным показателем к госпитализации явилась дыхательная недостаточность разной степени выраженности (ДН I –18%, ДН II –61%, ДН III –21%). Тяжелые формы дыхательных расстройств развивались при наличии преморбидного фона: анемия (91%), атопия (23%), неврологическая дисфункция (47%), хроническое расстройство питания (8%). Бронхообструкция во всех случаях была инициирована ОРВИ. Повторные ее эпизоды возникли у 7,8% пациентов. Пневмония была верифицирована рентгенологически у 1,7% детей.

Терапия в отделении проводилась по принципам синдромальной. Показания к назначению антибиотикотерапии имелись почти у каждого ребенка – гипертермия воспалительные изменения со стороны анализов крови, длительность заболевания более 5 дней. У 1/3 больных обструктивный синдром купировался в/в введением эуфиллина в стартовой дозе 4-6 мг/кг с последующим переходом на пероральное применение каждые 6 часов. Равномерное распределение эуфиллина в течении суток позволили избежать побочных реакций. Лишь у 14% больных появились побочные явления, такие как тошнота, рвота, тахикардия. Дексаметазон (4мг/кг) параллельно с эуфиллином назначался лишь при резко выраженной обструкции.

Для коррекции потерь жидкости с одышкой и гипертермией было достаточно проведения оральной регидратации. Особого улучшения от назначения адреномиметиков ингаляционным путем мы не видели, что можно объяснить сложностью из применения у младенцев. Потому у двух третей больных мы применяли сальбутамол (1-2мг/год жизни) перорально каждые 8 часов, при этом никаких побочных реакций не отмечалось. Среднее время купирования эпизодов обструкции при применении эуфиллина – 4,7 суток, при применении сальбутамола – 3сутки, время пребывания на койке соответственно 8,6 и 7 суток. Перевод в реанимационное отделение потребовался 10,2% пациентам.

Вывод: Таким образом, для решения вопроса о рецидивировании бронхообструкции в зависимости от применения сальбутамола или эуфиллина, а также целесообразности применения гормонов и антибиотиков нами планируется проводить катанестические исследования.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПОСЛЕ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ

Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р., Гайбуллаев М.М., Ботиров Б.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Под стриктурой уретры понимают патологическое сужение любой части мочеиспускательного канала, окруженного спонгиозным телом, в результате развития спонгиофиброза. Встречаемость стриктуры уретры в последние десятилетия неуклонно растет, варьирует от 0,6% до 0,9% и зависит от возрастного состава пациентов. Так, увеличению числа пациентов со стриктурой уретры в настоящее время способствует широкое распространение и выполнение малоинвазивных трансуретральных методов лечения многих урологических заболеваний, следствием чего является увеличение частоты встречаемости ятрогенных стриктур уретры.

Стриктура уретры является сложной урологической проблемой, требующей комплексного подхода к лечению и подбора оптимальной хирургической тактики для улучшения качества жизни пациентов. Самым распространенным методом лечения стриктуры уретры является и остается внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ).

Цель исследования: оценить эффективность различных методик лечения рецидива стриктуры уретры после первичной ВОУТ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения пациентов со стриктурой уретры с 2015 по 2020 г. В исследование были включены 27 пациентов, имевших в анамнезе первоначально выполненную ВОУТ по поводу непротяженных стриктур бульбозного отдела уретры. Минимальный срок послеоперационного наблюдения составил 12 мес. Возраст пациентов варьировал от 27 до 85 лет (в среднем $69 \pm 7,1$), протяженность стриктуры уретры у всех пациентов не превышала 1 см. Рассечение стриктур уретры при ВОУТ осуществлялось холодным ножом или с использованием лазерной энергии. Пациентам выполняли ретроградную уретрографию, уретроцистоскопию, анкетирование по опроснику IPSS и QoL.

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы. 14 (51,9%) пациентам 1-й группы по строгим показаниям повторно выполнена ВОУТ, после которой выполнялась интермиттирующая аутокатетеризация 1 раз в нед. в течение 3 мес. Пациентам 2-й группы, 9 (33,3%) человек, выполнялось бужирование уретры с интермиттирующей аутокатетеризацией 1 раз в 2 нед. в течение 6 мес. В 3-ю группу вошли 4 (14,8%) пациента которым первоначально была выполнена перкутанная цистостомия с последующей ВОУТ. У больных всех групп Средние значения показателей IPSS и QoL до операции составили в среднем $22,4 \pm 3,8$ и $4,3 \pm 0,7$ соответственно. Через 3 и 6 месяцев после операции показатели IPSS составили $6,1 \pm 1,4$ и $3,0 \pm 2,2$, индекс качества жизни составил $3,2 \pm 0,6$ и $2,0 \pm 1,2$ соответственно. Результаты ВОУТ, вы-

полненной при помощи холодного ножа или с использованием лазерной энергии при рецидивной стриктуре уретры оказались практически сопоставимы.

Заключение. Выбор метода лечения рецидивной стриктуры уретры после ВОУТ зависит от локализации стриктуры, ее протяженности, этиологии первичной стриктуры, выраженности спонгиоза и времени до рецидива.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шомуродов К.Э., Исомов М.М., Мирхусанова Р.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. По данным медицинской статистики, за последние 3 года наблюдался рост распространенности кариеса зубов до 91,4% при нормальном течении беременности, заболеваний тканей пародонта – 90%, поражение ранее интактных зубов кариесом с острым течением процесса – 38%. Тревожными являются отрицательно влияющие на организм матери и ребёнка осложнения стоматологических заболеваний. На базе хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института за данный период заметно возросла частота встречаемости воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у беременных женщин. Профилактические меры по охране стоматологического здоровья женщин обеспечиваются усилиями стоматологов, а также самих пациенток, поэтому их взаимодействие в этом вопросе имеет ключевое значение.

Материал и методы исследования: Было проведено анкетирование 42 врачей-стоматологов, из них 24 хирурга-стоматолога из специализированных поликлиник и 6 челюстно-лицевых хирургов из стационара клинических баз ТГСИ и 203 пациентки, недавно вступивших в брак и прошедших медицинское обследование, и беременные женщины. Были изучены амбулаторные карты 192 больных, из них: 128 (66,7%) женщины на различных сроках беременности и 64 (33,3%) женщины, выступающие в брак; 131 истории болезни стационарных больных: 67 (51%) из них беременные и 64 (49%) женщин выступающие в брак.

Результаты исследования. По данным анкетирования 61,2% врачей специализированных центров указали на недостаточный уровень качества проведения стоматологической диспансеризации пациенток, выступивших в брак, и беременных женщин несмотря на достаточное количество врачей-стоматологов в консультативных поликлиниках. 98% опрошенных женщин отметили, что проходят стоматологический осмотр только ради справок для органов записи актов гражданского состояния и родильных домов, 77,3%, не обращают должного внимания или не проинформированы о профилактике стоматологических заболеваний и нерегулярно выполняют установки здорового образа жизни. 52% опрошенных врачей решающую роль в формировании серьезного отношения женщин к вопросу планирования беременности отводят семье, 34% - обществу и 14% - самим врачам. По данным анализа 131 истории болезни госпитализированных с различными видами воспалительных одонтогенных заболеваний ЧЛО 78,2% женщин поздно обратились к хирургу-стоматологу за помощью и в 28% случаях до обращения к врачу пациентки занимались самолечением в домашних условиях. Анализ 128 амбулаторных карт беременных пациенток хирургической поликлиники ТГСИ показал, что у 81 (63,3%) женщин было обострение хронического периодонтита, у 26 (20,3%) одонтогенный периостит челюстей, 21 (16,4%) беременных женщин обратились к хирургу-стоматологу с различными воспалительными инфильтрациями ЧЛО, которые возникли вследствие несвоевременного профилактического осмотров у стоматолога. Также выявлено, что после амбулаторных хирургических вмешательств у 50 (26%) беременных были госпитализированы в стационар с различными видами гнойно-некротических поражений ЧЛО.

Заключение. Исследование позволило сформулировать практические рекомендации по усилению профилактики стоматологических заболеваний: 1. В системе подготовки современных врачей недостаточно времени уделяется усвоению клинической психологии, педагогики, медицинского права и социологии медицины. 2. Сочетание социологических и клинических методов исследования позволяет установить корреляцию медицинских и социально-психологических детерминант в профилактической работе врача-стоматолога. 3. Совершенствование профилактической работы возможно при передаче функций социальных субъектов, ответственных за профилактику, к организациям, т.е. при институционализации.

ҲОМИЛА ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЧАҚАЛОҚЛАР КАСАЛ ТУҒИЛИШИДАГИ ЎРНИ

Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Бачадон ичи инфекцияланиши ҳомиладорлик даврида 65,3% учрамоқда. Ушбу инфекциялар чақалоқларни перинатал касал туғилиш сабабларидан биридир. Бу сабаблар орасида 27,2% ҳолларда вируслар, 26,3% ҳолларда аралаш инфекциялар ва 17,5% ҳолларда бактериал инфекциялар ўрин эгалламоқда. Бу муаммолар перинатология, акушерлик ва гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра ҳомиладорларда бачадон ичи инфекцияларини асоратларни кўп учраши, бу борадаги тиббий хизматда янги технологиялар жорий этишни кўрсатади.

Мақсад ва вазифалари. Ҳомила ичи инфекциясининг чақалоқлар касал туғилишидаги ўрнини ўрганиш. Ҳомиладорликда бирламчи босқичда антенатал парваришлар ишларни кучайтириш йўли билан перинатал касалликлар билан туғилиш ва ўлимни камайтириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли шифохонаси чақалоқлар реанимацияси бўлимига 2018-2019 йй. қабул қилинган оғир касалликлари мавжуд чақалоқлар. Маълумотлар 2018-2019 йй. хисоботлари бўйича ретроспектив таҳлил қилинди.

Текшириш натижалари. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли шифохонаси чақалоқлар реанимацияси бўлимига 2019 йил хисоботи бўйича умумий 1184 та касал чақалоқлар ётқизилган. Уларнинг 1076 (90,9%) нафари соматик ва 108 (9,1%) нафари жарроҳлик касалликлари билан ётқизилган. 2018 йилга 996та чақалоқлар оғир касалликлар билан қабул қилинган. 2018 йил 847 (85%) нафари соматик ва 149 (15%) нафари жарроҳлик касалликлари билан шифохонага қабул қилинган. 2019 йил оғир касалликлар билан чақалоқлар нисбаттан 15,8%га кўп ётқизилган. 2019 йил, Самарқанд вилоятининг туманлардан мурожаат қилган беморлар сони 1004 (84,8%). Бошқа вилоятлардан мурожаат қилган касал чақалоқлар сони 180 (15,2%). Шаҳар аҳолиси 16% ташкил қилди. 2018 йил Самарқанд вилоятининг туманлардан мурожаат қилган беморлар сони 839 (84,2%). Бошқа вилоятлардан мурожаат қилган касал чақалоқлар сони 157 (15,8%). Шаҳар аҳолиси 12,2% иборат бўлди. 2019 йил маълумотларига кўра, касалликлар нозологияси бўйича: марказий нерв тизими касалликлари 315 (26,6%), нафас тизими 102 (8,6%), ҳомила ичи инфекциялари 514 (43,4%), туғма ривожланиш аномалиялари 48 (4,0%), жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 108 (9,1%), иммун тромбоцитопения 10 (0,8%), чақалоқлар гемолитик касаллиги 16 (1,5%), бошқа касалликлар 71 (6,0%) ташкил қилди. 2018 йил маълумотларига асосан, касалликлар нозологияси бўйича: марказий нерв тизими касалликлари 290 (29,1%), нафас тизими 231 (23,2%), ҳомила ичи инфекциялари 206 (20,7%), туғма ривожланиш аномалиялари 68 (6,8%), жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 146 (14,7%), бошқа касалликлар 55 (5,5%) аниқланди. Иммун тромбоцитопения, чақалоқлар гемолитик касаллари мурожаат бўлмади.

Шундай қилиб, касалликлар назологияси бўйича, чақалоқлар орасида энг кўп учрайдиган турлари бу: ҳомила ичи инфекциялари 20,7%-43,4%, сезиларли ошиб бормоқда 22,7%. Туғиш аёшидаги аёллар орасида сурункали яллиғланиш жараёнлиги мавжудлиги, профилактик ишларни оқсаётганлиги, янги технологиялар яъний миллий стандарт ва протоколлар билан иш олиб бориш етарли эмаслигини кўрсатади. Марказий нерв тизими касалликлари 26,6%-29,1%, камайган 2,5%. Нафас тизими 8,6%-23,2%, сезиларли камайган 14,6%. Жарроҳлик амалёти талаб қиладиган касалликлар 9,1%-14,7%, камайган 5,6%. Туғма ривожланиш аномалиялари туғилиш 4,0%-6,8%, камайган 2,8%. Соғлиқни сақлаш тизимида қилинаётган ислохатлар ўз натижасини бермоқда. Айниқса нафас тизими касалликларини сезиларли даражада камайиши - бу вақтидан олдинги туғуқларда ҳомиладорларга, ҳомила дресс синдромини олдини олиш мақсадида ўтказиладиган профилактика (дексаметазон 6 мг. дан 2 маҳал ҳар 12 соатда 2 кун юбориш) ўз самарасини кўрсатмоқда.

Хулосалар. Қишлоқ аҳолиси 2019 йил 84%, шаҳар аҳолиси 16% ҳамда 2018 йил 87,8% шаҳар аҳолиси 12,2% ташкил қилди. Касалликлар назологияси бўйича, ҳомила ичи инфекциясининг ортиб бораётганлиги 20,7%-43,4% ва бошқа касалликлар 5,5%-6,0%, сонининг ҳам ортиб бориши, ҳали бу соҳалардаги ишлар самарадорлигини ва сифатини оширишни талаб қилади.

СЛОВО О ВЕЛИКОМ УЧИТЕЛЕ – ИСТИННОМ СТОРОННИКЕ СТРУКТУРИРОВАННОСТИ В ПАТОЛОГИИ

Эшқабиллов Т.Ж., Абдуллаев Б.С., Хамидова Ф.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

В истории Самаркандского медицинского института, который отмечает славный 90 летней юбилей, достаточно много ярких и светлых наставников, оставивших неугасаемый след по диапазону эрудиции, по непоколебимой приверженности к правдивости и честности, объективному подходу при решении сложнейших запутанных ситуаций, по твердости характера для защиты единственно верного и аргументированного постулата в спорных случаях.

Будучи представителями реальной, фактически структурированной клинической медицины, оглядывая пройденную историю нашей дисциплины, нашего врачебного ремесла, невольно как лучезарный болид, засветивший темное небо, вспоминаем этого Великого Учителя, Великого Наставника, бескорыстного и гуманного человека, истинного сторонника патоморфологизма в клинической медицине академика Ислам Захидовича Закирова.

И.З.Закиров на протяжении более 20 лет являлся бессменным Председателем клинко - анатомических конференций в клиники № 1 Самаркандского мединститута. На эти конференции выносились все случаи врачебных ошибок, случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, а иногда и поучительные, редко встречающиеся казуистические болезни, повлекшие к летальному исходу.

Под его руководством эти конференции проходили в духе бесстрастной и поучительной критики, они служили практической школой для всего врачебного персонала клиники, особенно для молодых врачей. До сих пор в наших ушах звенят заключительные слова Ислам Захидовича в конце разбора смертного случая 22 летней молодой женщины, наступивший от перфоративного флегмонозно - гангренозного аппендицита, осложненного разлитым перитонитом и пельвиоперитонитом. Он тогда во всеуслышанье громогласно говорил своим же ученикам - гинекологам, госпитализировавшим эту молодую женщину в гинекологическое отделение с диагнозом «Нарушенная трубная беременность». Он говорил «Где вы читали и когда вы увидели, что гинекологический гной может быть со зловонным запахом, такой гной результат хирургической патологии. Если бы вы своевременно и правильно дифференцировали этот гной, добытый в пунк-

тате заднего свода и перевели бы больную в хирургию, наверняка бы она жила среди нас». Ислам Захидовича можно считать основателем и учредителем экспресс (цито-) биопсии в клинике СамМИ № 1. Вспоминается такой случай. Он берет на операцию женщину 52 лет (профессора, заведующей одной из кафедр нашего института) с диагнозом: миома матки. Во время операции, по открытии малого таза, у него возникла мысль о возможности малигнизации опухоли, то есть, о перерождении миомы в миосаркому. Он тут же вырезает небольшой кусочек из одного узла и направляет в наше отделение для экспресс биопсии. Получив ответ через 20 минут – «лейомиосаркома», он завершает операцию экстерпацией матки со всей тазовой клетчаткой. Это ошеломляющий пример является показателем насколько он как врач был наблюдательным и внимательным, правильно мыслящим и высоко эрудированным.

И.З.Закиров очень серьёзно относился к каждому биопсийному материалу, как к взятию его, так и своевременной доставке в патологоанатомическое отделение. Он всегда критически относился к ответам на биопсии. Неоднократно возвращал обратно в наше отделение биопсионные ответы по соскобу эндометрия. Он требовал, чтобы патологоанатом в биопсионном ответе отмечал не только гиперплазию эндометрия, а конкретно указывал именно в какой фазе цикла находится данная гиперплазия. Такой подход и такая требовательность к биопсиям формировало наше диагностическое чутье и по сегодняшней день, мы продолжаем работать в таком духе, благодаря настойчивости нашего Великого учителя и его дальновзоркости.

Академик И.З.Закиров очень уважительно и по отцовски доброжелательно относился к молодежи, студентам и начинающим научным работникам. Вспоминается такой случай более 40 летней давности. В Самарканде планировался Всесоюзный симпозиум по проблеме «Миома матки». Учитель И.З.Закиров дал нам поручение разработать статистическо – морфологические данные по миоме матки в Самаркандской области за 25 лет. Мы успешно выполнили его поручение и сдали доклад в сборник материалов симпозиума. Какое было это удивление и большая честь для нас, для молодых патологов, когда в здании бывшего дома офицеров, находясь рядом между академиками Л.С.Пирсианиновым и И.З.Закировым, выступить с докладом по миоме матки. Эти моменты закреплены в нашей памяти как олицетворение доброты и душевности Великого Учителя к нам, к молодым патологам.

В лице академика И.З.Закирова мы помним объективно оценивающего ситуацию и справедливо подходящего в любых спорных вопросах, бескорыстного человека, не боящегося ни на секунду высказать свое мнение в пользу истины. Вспоминается случай несправедливого обращения одного из профессоров к нашей заведующей кафедре. В переполненном зале, где шел Ученый Совет института, взял слово и выступил с пламенной речью Ислам Захидович Закиров. Он со страстью говорил в пользу беспричинно обиженной женщины - профессоре, защищая её научно-педагогические достоинства, её заслуги в подготовке отряда патологов. Присутствующие в зале встретили его выступление с овацией, а мы ученики этой женщины - профессора, не смогли сдержать слез от победившей и восторжествовавшей истины, прозвучавшей из уст Академика И.З.Закирова.

Да, действительно Академик И.З.Закиров был Человеком с большой буквы, беспристрастным сторонником и защитником справедливости, неутомимым сеятелем добро среди людей, беззаветным служителем и гражданином своей Родины. Немеркнувший образ его продолжится в его детях, внуках, многочисленных учениках. Память о нем как путеводная звезда-никогда не угаснет в веках.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИСПАЕЧНОГО ПОКРЫТИЯ ИЗ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Эшонходжаев О.Д., Исмоилов Б.А., Дусяров М.М., Рустамов М.И., Рустамов И.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования. Послеоперационные спайки - это патологическое состояние, которое встречается более чем у 90% пациентов, перенесших операции на брюшной полости и у 45-70% - после торакальных вмешательств, а число осложнений на почве спаек колеблется от 12 до 64% случаев. При этом спаечная болезнь завершается в 50-75% случаев кишечной непроходимостью. Проведенный анализ литературы свидетельствует, что, несмотря на значительный прогресс и значимые результаты в профилактике формирования спаек при хирургических вмешательствах, по-прежнему остаются противоречивыми вопросы, связанные с профилактикой спайкообразования и лечением спаечной болезни, что относит данную проблему к числу еще не решенных в торакоабдоминальной хирургии. В связи с этим доклинические или клинические исследования отечественного средства профилактики спайкообразования с оценкой его эффективности является актуальным. Цель исследования: определить перспективы применения отечественного средства профилактики спайкообразования в торако-абдоминальной хирургии на основании экспериментальных и морфологических исследований. Материалы и методы исследования. Эксперименты по образованию спаечного процесса в брюшной полости выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. В качестве экспериментальных животных использованы белые беспородные крысы в количестве 30 особей. Всего выполнено 2 серии экспериментов в контрольной и опытной группе. В контрольной группе животных после повреждения брюшины лапаротомная рана послойно ушивалась непрерывным швом пролен 4/0. В опытной группе животных на область повреждения брюшины наносили специальный антиспаечный порошок из производных целлюлозы для предупреждения процесса клеточного воспаления. Результаты исследования. В основной группе животных на область повреждения брюшины наносили специальный антиспаечный порошок из производных целлюлозы для предупреждения развития клеточного воспаления. Далее операция завершалась также как и в группе контроля. В ходе экспериментов наблюдался летальный

исход в 1 случае в группе контроля. Летальный исход произошел в связи с развитием спаечного процесса в области терминального отдела кишки с развитием кишечной непроходимости и перитонита на 5 сутки после выполненной операции. Выводы. Экспериментальные исследования показали, что после моделирования спаечного процесса в брюшной полости в группе контроля развитие этого осложнения в течение 7-21 суток наблюдения отмечено у 60% подопытных животных, при этом выявлено не только образование спаек с окружающими органами, а также деформация кишечника и брыжейки, которая влекла к изменению архитектоники, перегибам и сужениям просвета кишки (33,3%) с развитием кишечной непроходимости в одном (6,7%) случае, в свою очередь применение антиспаечного покрытия из производных целлюлозы позволило сократить риск формирования спаек до 20% (критерий $\chi^2=5,000$; $p=0,026$), из которых деформация кишечника без проявлений непроходимости развилась в 13,3% случаев.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ

Юлдашова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Дисменорея представляет собой циклично повторяющийся полиэтиологический нейроэндокринный синдром, значительно снижающий, вплоть до полной потери работоспособность девушки во время менструации, что определяет актуальность изучения проблемы. Дисменорея также является заболеванием или состоянием, которое может быть ассоциировано с магниевой недостаточностью. Первичная или вторичная дисменорея всегда будет связана с увеличением продукции простагландинов на уровне эндометрия и миометрия. Это приводит к сенситизации ноцицепторов к альгогенным веществам, раздражению нервных окончаний и к боли. Биохимическое исследование крови пациенток с дисменореей на содержание уровня электролитов подтвердило недостаточное содержание магния в сыворотке крови у 70% больных. Исследования, выполненные в последние годы, свидетельствуют о наличии эстрогенных и прогестероновых рецепторов в клетках эпителия влагалища, соединительной ткани, поперечно-полосатых мышц тазового дна и круглых связок матки. Целью исследования явилось установление зависимости состояния соединительной ткани от содержания в крови магния и оксипролина в моче у девушек с первичной дисменореей. Материал и методы исследования: Исследование проводилось в г.Самарканде медицинском центре "Амирбек Шифо". Обследованы 64 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13-17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 30 девушек, у которых была выявлена умеренно-выраженная дисплазия соединительной ткани (от 10 до 16 баллов). Во 2-ю группу вошли 34 девушки без клинических признаков дисплазии соединительной ткани. Результаты исследования: У девушек с дисменореей изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков дисплазии соединительной ткани. В группе девушек с дисменореей и явлениями дисплазии соединительной ткани выявлено уменьшение содержания магния в плазме от $0,7\pm 0,2$ до $0,5\pm 0,2$ мкг/мл ($p<0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалась в пределах нормальных значений от $0,9\pm 0,2$ до $0,7\pm 0,1$ мкг/мл ($p<0,05$). Что касается содержания оксипролина в моче, то заметно увеличенное его содержание в 1-ой группе девушек в зависимости от степени тяжести дисменореи, а во 2-ой группе этот показатель оставался в пределах допустимых концентраций. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков дисплазии соединительной ткани отмечалось повышение оксипролина в моче, связанный с повышенным распадом коллагена и пониженное содержание магния в сыворотке крови, что также свидетельствует о дисплазии соединительной ткани. Выводы. Таким образом, недостаток магния ведёт к изменению гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов. Синтез всех известных на сегодняшний день нейропептидов в головном мозге в том числе и энкефалинов и эндорфинов, смягчающих восприятие боли рецепторами нервных клеток, происходит при обязательном участии магния. Применение дифференцированного подхода к лечению дисменореи у девушек должно включать в себя назначение препарата магний В6 во второй фазе менструального цикла с целью коррекции деятельности репродуктивной системы и нормализации состояния соединительной ткани.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗОМТ

Юнусова А.Р., Закирова Ф.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин, что связано с широким использованием внутриматочных средств: контроцепцией, с осложнением родов, ростом число абортов различных внутриматочных манипуляций, в том числе и число абортов. Частота ВЗОМТ различных афторов колеблется от 0,2 % до 66,3 % (Евсеева М.М 2015 г), лечение ВЗОМТ более эффективно при применении физиотерапевтических методов. В литературе данные о влиянии озонотерапии при лечении ВЗОМТ незначительны, не изучены эффективность применения озонотерапии при ВЗОМТ, неопределены ближайшие и отдаленные результаты, что обуславливает актуальность данной проблемы. Целью нашей исследования явилось: Повышения эффективности лечения больных при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов у женщин на основе в лечебные комплексы озонотерапии. Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 30 женщины, имеющие ВЗОМТ и поступившие в гинекологическое отделение клиники № 1. Всем проведена клиничко- лабораторные исследование и УЗИ. В комплексное лечение было включено в введение озонированного изотонического раствора хлорида натрия в количестве 100,0 мл, курс лечения составляет 6-7 дней. Эффективность оценивалась по клиническим и лабораторным данным. Результаты исследования: Наши наблюдения показали, что в

40% случаев имело место женщины с обострением хронических заболеваний возникшие в первые, в остальных случаях женщины с острыми воспалительными заболеваниями, возникшие в первые – 12 (33,3) послеродовый эндометрит - 8 (26,6). У больных после озонотерапии свидетельствовало о благоприятного влияние озонотерапии на сосудистый тонус, кровообращение в матке и яичниках, а также ускорение инволюции матки под влиянием озонотерапии при помлеродовых эндометритах. Выводы. 1. Включение озонотерапии в комплекс лечения при ВЗОМТ оказывает иммуномодулирующий эффект, активируя иммунные реакции при исходном относительном иммунодефиците и снижая их активность прт исходно стимулированном иммунитете. 2. Озонированный физиологический раствор оказывает бактерицидное действие на культуры золотистого стафилакокка и кишечной палочки invitro при концентрации озона 6-8 мг/л. 3.Учитывая тромболитическое действие озона, включение озонотерапии в лечебной комплексе при обильных маточных кровотечениях, в том числе во время менструаций, противопоказано.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Юсупова М.А., Ходжаева З.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Введение. Одним из распространенных злокачественных заболеваний женской репродуктивной системы является рак шейки матки (РШМ). РШМ занимает 5-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин и 2-е место (после рака молочной железы) среди опухолей репродуктивной системы. Цель исследования - разработать комплексную этапную схему диагностики и терапии женщин с предраковыми состояниями шейки матки. Материал и методы исследования. С целью оценки значимости воспалительной инфильтрации, а также для морфологической характеристики процессов клеточного обновления при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях (CIN) шейки матки, прогнозирования их течения, диагностики и оптимизации терапии был проведен анализ 59 цервикальных биоптатов женщин в возрасте 19-65 лет, находящихся на диспансерном наблюдении в Хорезмском областном онкодиспансере с морфологически верифицированными плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями шейки матки и наличием воспаления. Для более детального изучения морфологических критериев прогноза течения CIN III было исследовано 17 цервикальных биоптатов женщин, состоявших на учете в поликлинике онкодиспансера по поводу данной патологии. Средний возраст женщин составил $39,43 \pm 2,1$ года. Гистологический диагноз CIN устанавливался на основании следующих морфологических критериев: изменение размеров и формы клеток и ядер, появление гиперхромных ядер, увеличение числа митозов, нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения. Морфологические параметры оценивались при помощи светового оптического микроскопа «Carl Zeiss» Axiostar 40 при увеличении 100, 200 и 400. Оценку выраженности признаков в препаратах шейки матки, окрашенных гематоксилином-эозином проводили полуколичественным методом [+ , ++ , +++]. Результаты исследования. 1-ый этап - диагностический. Прицельная ножевая биопсия. Если патологическое образование на шейке матки распространяется внутрь цервикального канала, или результаты цитологического исследования из канала свидетельствовали о ВПЧ инфекции или ЦИН, дополнительно производится диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала. 2-ой этап - определение характера воспалительной инфильтрации. Активность воспаления при значительно и умеренно выраженном цервиците может являться дифференциальным морфологическим признаком. Диспластические изменения многослойного плоского эпителия шейки матки, возникшие на фоне умеренного и резко выраженного активного воспаления, регрессируют в 66% случаев при санации воспаления. Заключение Этапный алгоритм диагностики и лечения дисплазии шейки матки позволяет снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки, как путём улучшения гистологической диагностики с введением иммуногистохимического исследования, так и путем выявления прогностических критериев при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях. Схема способствует усовершенствованию скрининга истинной цервикальной предраковой патологии и помогает предупредить прогрессию дисплазии МПЭ с развитием карциномы. Выделение группы с низким риском прогрессии CIN позволяет избежать агрессивного лечения и его последствий. Разработанная методика дает возможность дифференцировать истинные предраковые состояния от атипических изменений, обусловленных воспалением.

REPRODUKTIV YOSHDAGI XIRURGIK MENOPAUZASI BOR AYOLLARNI HAYOT SIFATINI BAHOLASH

Bazarova Z.Z.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Kirish. Hayot sifati-bu insonning o'z ichida va jamiyat orasida qulaylik darajasi. Bemorlar sonining ko'payishi va radikal jarrohlik muolajasini talab qiladigan ayollarning reproduktiv tizimi kasalliklarining yuqori tarqalishi bilan bog'liq ravishda gisterekomiyaning sog'liq va hayot sifatiga ta'sirini, shuningdek aniqlangan buzilishlarni tuzatishning turli usullarini o'rganish muammosi dolzarbdir. Maqsad: Akusherlik ko'rsatmasiga binoan gisterektomiya operatsiyasi o'tkazilgan reproduktiv yoshdagi ayollarni hayot sifatini o'rganish. Material va tadqiqot usullari. Gormonal, metabolik ko'rsatkichlar va hayot sifati bo'yicha 20 yoshdan 37 yoshgacha bo'lgan 63 nafar turli akusherlik ko'rsatmalari bilan 2015-2019 yilda gisterektomiya operatsiyasi o'tkazilgan va klimakterik sindrom og'irlik darajasiga ko'ra o'rin bosuvchi gormonal terapiya buyurilgan bemorlarga prospektiv analiz o'tkazildi. Natijalar va ularning munozarasi. Klinik ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan keyingi 5 yil ichida barcha bemorlarda somatovegetativ, psixoemotsional, urogenital, metabolik, gormonal buzilishlar va seksual disfunktsiya mavjud edi. Barcha 63 nafar bemorlarda (100%) qizib ketishlar qayd etilgan, 93,7% ayollarda urogenital trakt funksiyasining buzilishi, siydik tutolmaslik, qin

quruqligi, dispareuniya aniqlangan. Ushbu buzilishlar ayollarning hayot sifatini sezilarli darajada kamaytirdi. 63 nafar ayollardan 22 nafarida (35%) yengil darajali klimakterik sindrom, 41 (65%) nafarida o'rta og'ir va og'ir darajali klimakterik sindrom aniqlandi. Klimakterik sindrom og'irlik darajasiga ko'ra tana vazni indeksini (TVI), gemostaziogrammani aniqlab, AQB ni o'lchab, qonning lipid spektrini va qondagi gormonlar miqdorini aniqlagandan keyin ayollarga femoston 1/5 preparati uzluksiz rejimda va 12 hafta davomida fitoestrogen-klimadinon buyurildi. Shuningdek, semizlik ko'rinishidagi metabolik buzilishlarni hisobga olgan holda, TVI 40 va undan yuqori bo'lgan ayollarga biguanidlar-metformin gidroxlorid 500 mg/kun buyurildi. Davo muolajasi buyurilgandan 12 hafta o'tgach, asosiy shikoyatlar qizib ketish, terlash, uyquning buzilishi, tana vaznini oshishi, yurak urishi, seksual funksiya 2-5% ga kamaydi, bu esa reproduktiv yoshdagi ayollarning hayot sifatini yaxshilashga olib keldi. Xulosa. 1. Uzoqlashgan operatsiyadan keying davrda hayot sifati sezilarli darajada yomonlashadi, bu esa bemorlarning 60% da neyrovegetativ va psixomotsional buzilishlar bilan namoyon bo'ladi; siydik tizimining disfunksiyasi 93,7% bemorlarda; barcha bemorlarda jinsiy hayot sifatining yomonlashashi. 2. Dori preparatlarini qo'llash (fitoestrogenlar va estrogen-gestagen preparatlari) va nomedikamentoz metodlarning ta'siri (jismoniy tarbiya, to'g'ri ovqatlanish, ijtimoiy hayotda ishtirok etish) ushbu bemorlarning hayot sifatini har tomonlama yaxshilaydi.

NEONATOLOGIYA AMALIYOTIDA TUG'MA IXTIOZ KASALLIGINING UCHRASHI

Xazratkulova M.I., Dilmuradova K.R.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Kirish: Ixtioz-bu terining kamdan-kam uchraydigan genetik kasalligi bo'lib, u tug'ilish vaqtida yoki chaqaloq hayotining birinchi oylarida namoyon bo'ladi. Muayyan genlarning mutatsiyasi natijasida epidermis hujayralarining differentsiatsiyasi buziladi, bu terining qalinlashishi va uning ko'p qipiqanib tozalanishi bilan namoyon bo'ladi. Jahon statistikasiga ko'ra ixtioz kasalligi bilan 30 ming yangi tug'ilgan chaqaloqqa 1 nafar chaqaloq to'g'ri keladi. Biroq O'zbekiston sharoitida bu statistikaning aniq ko'rsatkichlari yo'qligi ixtioz kasalligini erta aniqlash va statistikasini ko'rib chiqish kerakligini bildiradi. Umuman olganda, kasallikning og'irlik darajasi va kechishiga qarab ixtiozning 40 ga yaqin turi mavjud bo'lib, ular to'rt guruhga bo'linadi. Kasallik mutatsiyaga uchragan genni ota-onadan bolaga meros qilib olish jarayoni bilan belgilanadi. Ixtiozning ayrim shakllarida eritroderma, pufakchalar, eroziya va yoriqlar paydo bo'lish ehtimolini oshiradi, bu esa terining infeksiyalanishiga olib kelishi mumkin. Ixtioz bilan og'irigan bemorlarda epilepsiya, ko'rish, eshitish qobiliyatining pasayishi, mushak-skelet tizimining buzilishi va jismoniy va aqliy rivojlanishning sustlashishi kuzatilishi mumkin. Tadqiqot materiallari va usullari: Bizning tekshirish obyektimiz Samarqand viloyat Perinatal markazida H.M.ning 14.12.2020 sanasida tug'ilgan chaqalog'i anamnezi klinikasi va laborator instrumental tekshiruvini hisoblanadi. Natijalar. Onasining anamnezidan. Turmush o'rtog'i bilan yaqin qarindosh (bo'lavachcha). Ushbu homila 2-homiladorlikdan, 2-tug'ruqdan. 1- homiladorlik 2017-yil tug'ilgan (3500gr), qizcha. 1- farzandda ham 1yoshida teri quruqlashishi qipiqanish kuzatilib teri kasalliklari shifokoriga murojaat etgan va davolangan. Ota-onasi hozirda farzandini sog'lom hisoblaydi. Ayolda 2-farzandiga homiladorligida anemiya va yengil toksikoz, doimiy terisida qichishish kuzatilib, oxirgi oylarida homila tushish xavfi fonida kechganligi sababli 1marta statsionar, 1 marta ambulator davolangan. UZI tekshiruvida homilaning ona qornida o'smayotganligi aniqlangan. H.M. ushbu ikkinchi homilasiga uch marta skrining tekshiruvidan o'tgan. 14.12.2020 sanasida yo'ldoshning vaqtdan erta ko'chishi tashxisi qo'yilib, kesarcha kesish operatsiyasi yo'li orqali tug'ilgan. Chaqaloq tug'ilgandan buyon kasal bo'lib, unga nafas buzulish sindromi, tug'ma ixtioz, nafas yetishmasligi og'ir darajasi, chalalik 28 haftalik tashxisi qo'yilgan. Chaqaloq anamnezidan chaqaloq qizcha, 1000gram 35 santimetr. Apgar shkalasi bo'yicha 1-5 daqiqalarda 4-5 ball bilan baholangan. Chaqaloqqa tug'ilganda reanimatsion chora- tadbirlar o'tkazilgan bo'lib tug'ilgandan buyon ahvoli og'ir, yig'isi og'irli va past. Teri rangi pushti rangda, og'iz burun uchburchagida sianoz kuzatiladi, butun teri sathi yupqa pilonkasimon yaltirab turadi va ko'p qismlarida teri yoriqlari bo'lib, ulardan qonning plazma qism suyuqligi sizib chiqib turganligi ko'zga yaqqol tashlanadi (plazmareya). Bundan tashqari teri qipiqanishi, ko'z qovog'ining ekstrapion ko'rinishi, og'zining baliq og'ziga xos ko'rinishi kuzatiladi. Mushaklar tonusi past, fiziologik reflekslar sust, barcha nafas yetimovchilik belgilari bo'lib, SPAP aparati orqali nafas olmoqda. Yurak tonlari bo'g'iq Ps ritmik, ovqatlanish parentral yo'l bilan o'tkazilmoqda, qorni yumshoq, jigar va talog'i kattalashmagan, najasi va siyishi erkin. Chaqaloq hayotining 14-kuniga kelib tana vazni 900 gramni tashkil qiladi, yo'qotilgan vazn 10%, yoshiga mos. Chaqaloq hozirda 15ml. dan onasining sutini zond orqali qabul qilishni boshlagan. Laborator va instrumental tekshiruvlarda umumiy qon tahlillarida infeksiyalanishga xos belgilar kuzatiladi. Davo muolajalari simptomatik, infuzion terapiya, antibiotik terapiya yo'li bilan o'tkazilmoqda. Chaqaloqning ota- onasining yaqin qarindoshligi bu kasallikning yuzaga chiqishiga ta'sir etgan bo'lishi mumkin. Xulosa: Genodermatoz kasalligi O'zbekiston aholisi orasida tez-tez kuzatilib turadi. Kasallikning ke-lajakdagi bashorati jiddiy va og'ir bo'lganligi sababli antenatal davrida tashxis qo'yilishi lozim.

ORTIQCHA VAZN HOMILADOR AYOLLARDA AKUSHERLIK ASORATLARI

Shavazi N.N., Yunusova Z.M.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi. Ortiqcha vazn zamonaviy jamiyatning dolzarb muammosi bo'lib, u birinchi navbatda kasallikning ko'payishi bilan epidemiyaga aylandi. Semirib ketish muammosining dolzarbligi, tana vazni me'yoridan ortiq ayollarning ko'payishi bilan bogliq. Shuningdek, bu ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda akusherlik asoratlarini rivojlanish xavfi yuqori. Tadqiqot maqsadi: Tadqiqotning maqsadi tana og'irligi oshgan ayollarda homiladorlikning klinik holatini o'rganish edi. Materiallar va metodlar: Belgilangan maqsadga muvofiq, tadqiqotda tana vaznining ko'payishi yoki semirib ketgan 70% homilador ayol ishtirok etdi. Antropometrik ma'lumotlarni baholash bo'yicha tavsiyalarga binoan bo'yi, tana vazni, tana massasi indeksi (BMI) aniqlandi. Barcha ayollar, tekshiruv protokolidan tashqari, ularning roziligi bilan, qizil yugurish antikoagulyantini aniqlash bilan gemostaziogram-

madan o'tdilar. Tadqiqot natijalari: Gormonal profilni o'rganishda quyidagi o'zgarishlar aniqlandi. 62 (88,6%) ayolda gipoprogesteronemiya aniqlandi va faqat sakkizta (11,4%) bemorda qondagi progesteron darajasi normal ko'rsatkichlarga to'g'ri keldi. Yuqoridagi ayollarning sakkiztasi ham birinchi tematik guruhga mansub edi. 51 (72,9%) homilador ayolda giperandrogenizm aniqlandi. Gemostaz tizimini o'rganish natijalariga ko'ra 45 (64,3%) ayollarda ichki koagulyatsiya omillari faolligi va trombositlar funktsional faolligining oshishi tufayli giperkoagulyatsion sindrom aniqlandi; 25 (35,7%) da - S proteinlar tizimidagi sezilarli buzilishlar. Giperfibrinogenemiya 57 (81,4%) homilador ayollarda topilgan. Bundan tashqari, BMI o'sishi bilan fibrinogen darajasi ham oshdi. Bu giperfibrinogenemiya gipertrigliseridemiya va giperinsulinemiya bilan bir qatorda MS ning tarkibiy qismi ekanligi isbotlangan haqiqatni tasdiqlaydi. Xulosa: Shunday qilib, semirib ketgan odamlarda platsenta disfunktsiyasi homila o'limiga olib keladigan asosiy omil hisoblanadi. Intrauterin gematoma shakllanishi bilan murakkab bo'lgan homiladorlikning tugashi bilan, gematomaning lokalizatsiyasi, hajmini hisobga olish, embriondan tashqari tuzilmalar holatini, tuxumdonning sariq tanasini, homiladorlikni boshqarishning oqilona taktikasini tanlash uchun uning qon tomirlanishini hisobga olish kerak.

STEROID HORMONE HYPERSENSITIVITY: EXPERIMENTAL AND CLINICAL PRESENTATION AND MANAGEMENT IN MENSTRUAL RELATED SYNDROMES AND REPRODUCTIVE DISORDERS

A. Itsekson, M. Zolti, M. Alesker, H. Carp

Sheba Medical Center, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Israel

Endocrine disrupting chemicals are a diverse group of artificial substances found in human tissues that may have adverse effects on the human reproductive systems. The awareness of endocrine disrupting chemicals in the environment is rising with increasing concern about excessive human exposure. We studied possible endocrine disruptive mechanisms via a novel type of immunogenicity found in xenoestrogens. Experiments with cycling and pregnant rats have shown that the synthetic estrogen estradiol valerate is immunogenic substance when low doses are injected intradermally (Fertil Steril 2009;91:1510-2). In rat models, exposure to estradiol valerate was found to disrupt the estrus cycle; leading to pregnancy failure. In clinical studies we have shown that skin hypersensitivity to steroid hormones, both estrogen and progesterone, can be associated with unexplained recurrent pregnancy losses (Am J Reprod Immunol. 2007;57:160-5). Our clinical observations indicate that intolerance to steroid sex hormones is not uncommon, and may present in numerous ways including premenstrual syndrome, dysmenorrhea, headache, arthralgia, asthma, rhinitis, acne, pruritus, mastalgia, dermatitis and bullous erythema multiforme. (J Reprod Med. 2004;49:195-9). There may also be a history of cyclic or hormone dependent symptoms, such as the psychologic features of premenstrual syndrome, menstrual migraine, and various forms of menstrual dermatitis (Curr Derm Rep (2013) 2:258-263). Furthermore, inducing immune tolerance by skin desensitization may provide a potentially effective tool as therapy for these often poorly understood reproductive disorders and certain forms of recurrent pregnancy loss (Gynecological Endocrinology, 2013; 29(2): 169-172). Amelioration of the symptoms of PMS (according to the VAS) was seen in 21 of 26 patients after desensitization. Telephone interviews during the follow-up period showed that 21 women did not suffer from severe or moderate PMS symptoms. There was long term and stable reduction of severe PMS in 21 patients. Five women conceived after the skin test, prior to desensitization. Sixteen of 26 women (61%) had live births in the subsequent pregnancy. Five women had two subsequent pregnancies. With live births (Table II). There were no concomitant obstetric complications such as severe hyperemesis gravidarum, hypertension gestational diabetes, preterm delivery or intra-uterine growth restriction. The birth weights were relatively normal, and the sex ratio was 1:1 male to female. Therefore, environmental xenoestrogens may induce autoimmunity toward naturally occurring sex steroids by a form of molecular mimicry. The practical implications of these new insights regarding reproductive care will be delineated. At present, hypersensitivity to steroid sex hormones is under recognized, under investigated, and under reported. Hormone hypersensitivity is a condition with many clinical manifestations, can be diagnosed by skin testing, and treated by desensitization. Further investigation is necessary to more accurately define the symptomatology, and diagnosis. Research is required in order to clarify the mechanisms, and trials are required to determine the optimum management.

POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS

Djuraeva D.L.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

Objective: To study polycystic ovary syndrome in adolescent girls. An assessment of the course of pubertal and adolescent period in patients with this pathology was carried out. Methods: 86 adolescent girls aged 12 to 19 years with polycystic ovary syndrome were examined. Conducted: inspection (with an assessment of body mass index and hirsutae number), ultrasound of the pelvic organs, as well as determining the level of gonadotropic and steroid hormones in the blood. Results: Anamnesticly, all patients showed a high infectious index (ARI, chronic tonsillitis, childhood infections) during the pubertal period. The age of menarche did not differ from the population (11-13 years), but all the subjects had oligomenorrhea. Hirsutae number was increased 1.5 - 2 times, the presence of acne on the skin. Marked progression of hirsutism after menarche. Changes were revealed in the ovarian tissue: many small cystic inclusions, an increase in the size of the ovaries. An increase in the levels of luteinizing hormone, testosterone was detected in the blood. The treatment was aimed at creating a rational mode of study and rest, including the use of herbal sedatives, the normalization of body weight, cyclic vitamin therapy. In 12 patients aged 16-17 years (more than 5 years after menarche), hormone therapy (Ciproterone acetate) was prescribed in intermittent courses. Conclusions: in adolescent girls with ovarian hyperandrogenism, due to polycystic ovaries, a complicated course of puberty and adolescence is observed. Treatment should include a rational diet, non-hormonal therapy. With a disease duration of more than 5 years, rational prescription of hormonal drugs is shown.

EVALUATION OF ECONOMIC EFFECTIVENESS OF PREVENTION AND TREATMENT OF DENTAL CARIES IN PRESCHOOL CHILDREN

Kamalova M.Q.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Introductions: Various prevention programs are conducted in different countries of the world. The development of prevention programs is based on situational analysis. Preventive programs should be implemented on the basis of evidence-based medicine. However, the use of the principles of evidence-based medicine in dentistry is hindered by low awareness and motivation of specialists, "pushing" methods and drugs by manufacturing firms and their representatives, low demand for preventive dentistry by the population and shifting responsibility to pediatric dentists. **Materials and methods.** The medical effect of caries prevention programs is measured by the following indicators: - reduction of caries growth of teeth / surfaces; - reduction of the intensity of caries of teeth / surfaces; - an increase in the number, in%, of children with healthy teeth, without signs of caries); - a decrease in the prevalence (in %) of dental caries, according to the CPU/CPU or ICDAS-II indices); - an increase in the "life expectancy" of one tooth. The cost of the educational program was calculated in three ways: 1) the program is conducted by primary school teachers in the framework of the class hours; 2) the program is conducted by the hygienist as part of the sanitary-educational work; 3) the program is conducted by preconstitution through health education. **Results:** The analysis of the presented data allowed us to establish that the dental prevention programs, which included the training of children and their parents, showed the importance of the preventive fraction of CPU from 30.8% to 34.0%, PMA from 36.1% to 39.0%, the prevalence of caries of temporary teeth up to 71.5%. Thus, the implementation of dental preventive programs has a wide range of effectiveness, which is modified depending on the measures taken, the preventive means and methods used, the population, the initial level of dental morbidity and many other factors. The material costs for the program in all three variants were the same and included the cost of information and training materials (a textbook for teachers, models for teaching brushing teeth, handouts for children-dental cleaning calendars, motivational games, crosswords, etc.). Material costs for carrying out the program in all three variants were the same and included the cost of information and training materials (a textbook for teachers, models for teaching brushing teeth, handouts for children-dental cleaning calendars, motivational games, crosswords, etc.). The average cost of 1 sheet of handout material for children (offset printing one-sided, circulation from 3000 copies, A4 format) is 2352 soums. For 80 children in 4 health lessons, a minimum of 400 sheets of handouts (one sheet per lesson) is required, which is 188150 soums. The cost of the demonstration manual-poster size A2 (40x53 cm) is 14282 soums., service life-5 years. Thus, the cost of handouts and demonstration materials for the annual educational program, per 80 children, is 16,634 soums. Manual for teachers (20 pages, risograph, from 695.45 soums. 1 sheet) it costs 13909 soums., can be used for 5 years. This cost can be minimized by longer (up to 10 years) use of demonstration materials, by excluding handouts for children. The cost of the work of a dentist for a lesson of 30 minutes. for 1 kindergarten for all teachers 6845,64 soums., for dental examination of children, issuing referrals to the polyclinic 82147,70 soums. Thus, the cost of work (per 80 children: 4 kindergartens, 2 hours of working time) of a dentist is 657,182 soums. **Conclusion.** Thus, the cost of performing an educational program is the lowest when it is performed by a teacher or dental hygienist, the highest-when the program is conducted by a dentist. Teachers have special teaching techniques that help children learn the skills of health-saving behavior and motivate children to follow the rules of oral hygiene and healthy eating, to regularly visit a dentist for the prevention of dental caries and other dental diseases. The obtained data show that in all programs it is economically more profitable to involve dental hygienists in preventive dental work than dentists.

ACTIVITY OF GLUTATHIONE S-TRANSFERASE AND CYTOCHROME P₄₅₀ REDUCTASE IN THE BLOOD IN NEWBORNS OF SMOKING WOMEN DURING PREGNANCY

Ludmila A. Gavriluc¹, Natalya V. Kotova², Tatyana E. Gavriluk³

1 - Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russian Federation,

2 - National Medical University, Odessa, Ukraine,

3 - Regional Maternity Hospital, Odessa, Ukraine

Background: Nicotine, carbon monoxide (CO), benzpyrene and other toxic substances, getting into the body of a pregnant woman, easily penetrate the placenta to the fetus. The concentration of all these toxic substances in the fetal tissues is higher than in the mother's blood. It is well known that nicotine negatively affects on the physical and mental development of a child of a smoking mother. The antioxidant glutathione and glutathione-dependent enzyme, glutathione S-transferase (GST), and NADP-cytochrome P₄₅₀ reductase (Cyt P₄₅₀) participate in the thiol-disulfide metabolism, processes of the cell differentiation and division, protection against of the toxins and reactive oxygen species (ROS), and products of the lipid peroxidation (LPO) of the cell membranes. **Aim:** To estimate the effect of smoking on the activity of glutathione S-transferase and NADP-cytochrome P₄₅₀ reductase in the blood of newborns of the pregnant smoking women. **Material and Methods:** The activity of GST, Cyt P₄₅₀ reductase, and the content of reduced glutathione (GSH) and total protein were determined in the blood serum of the umbilical cord in the 68 newborns of the smoking and nonsmoking women, using the following Spectrophotometry micromethods (Humalyzer 2000, DE): GST (W. Habig, W. Jacoby); Cyt P₄₅₀ reductase (Archakov A.); GSH (Sedlak J., Lindsay R.); total protein (Watanabe N.). **Statistics:** Student's method. **Correlation:** Spearman method. **Results:** The average weight of children born on term of nonsmoking women was 3,576 g and the average weight of newborns of the women smoked during pregnancy was 3,158 g (88.3%). The specific activity of the Cyt P₄₅₀ in blood serum in the newborns of smoking women did not change significantly and was 12.3 IU/g of protein (116.3%, p>0.05) in comparison with the neonates of nonsmoking mothers (10.5 IU/g), and activity of GST was significantly reduced to 46.5 IU/g of protein (59.7%, p<0.01) in comparison with the activity of enzyme in the serum of newborns non-

smoking mothers (78.0 IU/g). Spearman test showed that in the serum of cord blood of all newborns a close functional relationship between activity of GST and content of GSH with a high level of reliability was observed (nonsmoking women: $r = +0.675$, $P < 0.0005$; smoking women: $r = +0.709$, $P < 0.025$). Conclusion: The difference obtained in the work between the level of activity of GST and Cyt P₄₅₀ reductase in the cord blood serum in newborns of nonsmoking mothers and newborns smoked mothers during pregnancy indicated a negative effect of smoking on the antioxidant and antitoxic status of the fetus.

PREVENTION OF RECURRENCE OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN PATIENTS WITH HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM

Todjjeva N.I.

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. Endometrial hyperplastic processes are an extremely important, complex and multifaceted problem of practical gynecology. This is due to the fact that this pathology belongs to the number of proliferative processes and with a long course without treatment can be a background for the development of endometrial cancer. **Material and methods of research.** The study included 30 women aged 45.5 ± 1.99 years with a verified diagnosis of endometrial hyperplastic processes without atypia, the control group consisted of 30 women aged 46.8 ± 1.75 years who were scheduled for hormone replacement therapy. All patients underwent endometrial biopsy and a study of reproductive hormones. In addition to the general clinical study, an ultrasound of the pelvic organs in the early follicular phase and a histological study were performed. 6 months after the treatment, the study was repeated. **Results.** A comparative analysis of the blood hormone content in patients with endometrial hyperplastic processes in comparison with the control group showed that in patients of the main group, the content of estradiol was higher by 34.5% ($p < 0,05$), LH - by 25.5% ($p < 0,05$), and the content of prolactin was reduced by 25.1% ($p < 0,05$). In half of the patients with endometrial hyperplasia, hyperestrogenia was detected. After performing surgical hemostasis, for the purpose of rehabilitation, the patients of the main group were prescribed treatment with COC Midian in a prolonged mode – for 6 months of a continuous mode of 1 tab. in the evening. When studying the effect of 6-month hormone therapy on the course of the underlying disease, histological examination of the material showed that none of the patients retained a picture of hyperplasia. 20 patients (66.6%) developed endometrial atrophy. The remaining 9 (30%) patients were found to have functional endometrium at the stage of proliferation and secretion, and 1 (3.4%) women were found to have foci of hyperplastic endometrium. Taking into account the persistent complaints of menorrhagia, in 1 (3.4%) patient with endometrial hyperplastic process at the age of 47 years, the treatment was considered ineffective. After 6 months from the beginning of the course of treatment, she underwent a second endometrial biopsy, which confirmed the persistence of the endometrial hyperplastic process of the original morphological variant. Taking into account the data obtained, the patient was offered uterine extirpation. The effectiveness of hormonal rehabilitation was assessed by the restoration of the rhythm of menstrual bleeding, the absence of hyperpolymenorrhea, the low frequency of side effects, and the subjective improvement of patients' well-being. After 6 months from the start of treatment in patients of the main group, the content of gonadotropins decreased: LH - by 93.5%, and FSH-by 88.1% ($p < 0,05$). The content of prolactin changed slightly by 13.8%. At the same time, the production of estradiol by the ovaries was suppressed – the level of estradiol decreased by 74.9%. **Conclusions:** 1. In women of reproductive age, endometrial hyperplasia in 50% occurs against the background of hyperestrogenism with almost unchanged content of LH, FSH, prolactin, progesterone. 2. In patients with hyperplasia, the use of Midian in a prolonged mode is an effective method of rehabilitation.

Содержание

Закирова Н.И., Закирова Ф. И., Закирова Б.И., Кадирова А.М., Азимова К.Т. На страже здоровья женщины	5
Бадриддинова М. Устозимни эслаб	8
Аплайров Я.Н. Жизненный путь выдающегося врача, ученого и педагога, учителя и наставника	8
Абдикулов Б.С., Каримов З.Дж., Яхшибоев И.Я. Результаты лечения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке	9
Абдуллаева М.Н., Абдуллаева Г.Д., Икромов З.Х. Прогностическая информативность дисэлектrolитемии при перинатальной патологии	12
Абдусаматова М.Ф., Каримов А.Х. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида плацента етишмовчилик диагностика аспекти	14
Абдухалик-Заде Г.А., Набиева Ш.М. Роль дородовой подготовки в благополучном исходе родов	16
Агабабян Л.Р., Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э. Прогнозирование и особенности течения тяжелой презклямпсии в условиях пандемии COVID-19	17
Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Дилмуратова В.К. Прогнозирование менструальной и репродуктивной функции у девушек- подростков с алиментарной формой ожирения	20
Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я., Тангирова Ю.О. Тухумдонларнинг вақтидан олдинги етишмовчилигини ташхисоти ва даволашга бўлган замонавий ёндашувлар	23
Азимов Ф. Р., Туксанова Д.И., Бабаева Н.Э. Возрастные аспекты гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки	25
Азимова К.И., Исроилова Г.П., Аманова М.Ф. Гепатит В билан ҳомиладор аёлларда инфекциянинг вертикал ўтишининг профилактикаси	26
Азимова Д.А., Вафакулова Г.Б., Вафаева И.М. Клинико – морфологические особенности шейки матки у женщин, использующих внутриматочную контрацепцию	30
Аманов А.К., Рахимов Ж.Х., Тайлокова М.Б., Субхонов У.Ж., Эсанкулова Б.С., Низомова И.Б. Елбўғоз касаллиги билан касалланган аёлларни эрта диагностикаси ва профилактикаси	32
Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х. Принципы лечения вазомоторного ринита у детей с хроническим гепатитом В	33
Амонов А.Ш., Кузовков В.Е. Выбор доступа к среднему и внутреннему уху при проведении кохлеарной имплантации	35
Анартаева Г.Ж. Опыт применения фоллитропина дельта в стимуляциях программах эко у пациенток с рецидивирующими нарушениями имплантации	37
Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Маматкулова М.Дж., Ким В.О. Влияние ожоговой болезни на течение беременности	39
Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д., Джаббаров Ю.К. Пути снижения материнской смертности	41
Аскарлова Ф. Особенности рационального питания у беременных страдающих железодефицитной анемией	43
Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Салимова Т.Б., Хусейнова Н.Р. Ҳомила ўсишдан оққада қолиш синдромининг эрта ташхислаш мезонлари	46
Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Исламов Т., Махмудов Х.У. Особенности функционального состояния почек при остром гломерулонефрите у детей	48
Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Роль презклямпсии в перинатальных исходах беременности	50
Ахмедов Ш.К., Самандаров Н.В., Шарипов Ш.Ш. Опыт применения итраконазола в лечении кандидозного вульвовагинита	51
Ахтамова Н.А., Закирова Н.И. Совершенствование лечебной тактики хронической тазовой боли, обусловленной сальпингоофаритом	53

Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М., Курбанов Ж. Оценка коагуляционной системы и состояния гормонального статуса беременных при антенатальной гибели плода	55
Байрамалиев С.Дж. Использование акушерского пессария в клинической практике	56
Бахриева З.Д., Джумаева Н.С., Узакова Г.З. Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонаси материаллари асосида ҳомиладор аёлларда салмонеллез касаллиги кечиш хусусиятларини таҳлил қилиш	58
Бобоева Н.Т., Абдуллаева М.Н. Роль маркеров воспаления при дифференцированном подходе пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии	61
Бозоров А.Г., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И. Биохимические маркеры прогнозирования преждевременных родов при урогенитальных инфекциях	63
Ботиров М.Т., Мамасаидов Ж.Т. Жигар касалликларини ноинвазив ва рақамли технологиялар ёрдамида аниқлаш	66
Бурова Н.А., Аболонина О.В., Жаркин Н.А. Профилактика хронизации воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин	71
Гаврилюк Л.А., Котова Н.В., Гаврилюк Т.Е. Влияние курения на содержание тиоцианата и креатинина в крови новорожденных, куривших женщин	74
Ганиев А.Г., Санакулов А.Б. Тактика лечения детей раннего возраста с атопическим дерматитом, осложненным вторичной бактериальной и грибковой инфекцией	76
Гафуроф А.А., Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Санакулов А.Б. Физиотерапевтические методы лечения острой пневмонии у детей раннего возраста	78
Джаббарова Л.А., Рузиева Н.Х., Арифханова З.А. Преждевременные роды в перинатальном центре	80
Джумаев К.Ч., Ешимбетова Г.З., Дроненко Л.М. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с подтвержденным COVID-19	82
Джураева Д.Л. Ранняя диагностика репродуктивных нарушений у девочек-подростков в амбулаторных условиях	84
Донабоева З.Ж., Агабабян Л.Р., Элтазарова Г.Ш. Янги коронавирус инфекцияси COVID-19 нинг ҳомиладор аёллардаги клиник белгилари	85
Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Насриддинова Ш.И. Особенности течения беременности у женщин с антифосфолипидным синдромом и коронавирусной инфекцией	87
Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Хайдарова Н.Б. Особенности течения коронавирусной инфекции у беременных с заболеванием почек	90
Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Насриддинова Ш.И., Гайбуллаева Н. Определение эффективности флеботоников при плацентарной недостаточности перенесших COVID-19	92
Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г. Современное внутриутробное лечение гемолитической болезни плода при резус-конфликтной беременности	95
Завкибекова Т.К., Ихтиярова Г.А., Ихтиярова Д.Ф. Ретроспективный анализ встречаемости доброкачественных новообразований яичника и методы её коррекции	97
Закирова Н.И., Худоярова Д.Р., Ахтамова О.Ф. Акушерские кровотечения - ведущая причина смерти матерей	99
Закирова Н.И., Закирова Ф.И. Репродуктивное здоровье женщин Самаркандской области	101
Закирова Н.И., Жураева Ф.Ф., Закирова Ф.И. К вопросу об особенностях течения родов у женщин с криодеструкцией шейки матки в анамнезе	103
Закирова У.И. Прогнозирование риска развития бронхиальной астмы у детей узбекской популяции с рецидивирующей бронхиальной обструкцией	104
Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И. Диагностика остеопороза у женщин в климактерическом периоде	107

<i>Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х., Исламова Д.С.</i> Обоснование иммуномодулирующей терапии при остром обструктивном бронхите у детей	108
<i>Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.</i> Состояние иммунитета при хронической обструктивной болезни легких у детей	110
<i>Икрамова Х.С., Матризаева Г.Дж.</i> Определение цитопротективного эффекта мелатонина в комбинированной терапии гормонального бесплодия	113
<i>Икрамова Х.С., Ражабова Г.О., Матризаева Г.Дж.</i> Штейн-Левенталь синдроми билан касалланган аёллар репродуктив функциясини тиклашда жаррохлик ва консерватив терапиянинг роли	114
<i>Индиаминов С.И., Бойманов Ф.Х., Тожиев У.Д.</i> Ҳомиладор ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар	116
<i>Индиаминов С.И., Абдуллаев Ш.А., Туронов Б.С. Индиаминова Г.Н.</i> Ҳомиладор аёлларга етказилган жароҳатланишлар оғирлик даражасини баҳолаш	119
<i>Индиаминов С.И., Расулова М.Р., Шербекоев Б.Э., Индиаминова Г.Н.</i> О критериях половой зрелости у девушек	123
<i>Индиаминова Г.Н.</i> Кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги чандиқ ҳолатини ултратовуш текшируви орқали баҳолаш	124
<i>Исламова Н.Б., Норбутаев А.Б.</i> Оценить активности кариеса у беременных женщин	126
<i>Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.</i> Критерии развития осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростков с сопутствующими ревматическими заболеваниями	128
<i>Ихтиярова Г.А., Жабборов У.У., Тошева И.И.</i> Допплерометрия-ранний маркер диагностики резус-иммунизации у беременных	129
<i>Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Насриддинова Ш.И., Хайдарова Н.Б.</i> Прогнозирования внутриутробной задержки и гибели плода у женщин перенесших короновиральную инфекцию	132
<i>Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.</i> Прогностические маркеры выявления дисбиоза влагалища и ее своевременная коррекция	135
<i>Ихтиярова Г.А., Муминова Н.Х., Наврузова Н.О.</i> Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг ретроспектив клиник ва лаборатор кўрсаткичлари	138
<i>Кадирова А.М., Бабаев С.А.</i> Выбор метода родоразрешения у беременных с миопией высокой степени	140
<i>Камалова М.К.</i> Причины посещения пациентами детского возраста стоматолога в условиях пандемии COVID-19	142
<i>Камалова Д.Д., Хасанова Д.</i> Репродуктивные и перинатальные риски у женщин с аутоиммунным тиреоидитом	145
<i>Камарова И., Закирова Ф.И.</i> Современные аспекты реабилитации женщин с послеродовыми травмами промежности	147
<i>Каримов А.Х., Давлетова Д.М., Шокирова С.А.</i> Профилактики преэклампсии и перинатальных осложнений у беременных группы риска	149
<i>Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т., Ахмедова Г.А.</i> Анализ причин внематочной беременности в условиях экстренной медицинской помощи	150
<i>Каримова Ф.Дж., Жураев Н.Б., Иноятлов Х.П.</i> Показатели микроциркуляции у родильниц при септических осложнениях послеродового периода	152
<i>Каримова Н., Тогаева Г.С., Давранова А.Д.</i> Особенности физического и полового развития у девочек, с заболеваниями щитовидной железы	153
<i>Каримова Ф.Дж., Атаханов Ш.Э., Жураев Н.Б.</i> Особенности септических осложнений в акушерской практике, резервы и пути снижения материнских потерь	155
<i>Киличева О.О., Каримова Н.Н.</i> Показатели дисфункции эндотелия и доплерометрического исследования женщин, перенесших послеродовое кровотечение	158

Курбаниязова В.Э. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе	162
Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А. Турли хил клиник шаклдаги тухумдон поликистоз синдромининг замонавий ташхис ва профилактика усуллари	163
Лим В.И., Мурадова Д.А., Лим М.В. Состояние эхокардиографических показателей у новорожденных при перинатальном поражении центральной нервной системы	167
Магзумова Н.М., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И. Роль акушерского анамнеза в развитии хориоамнионита	169
Мадримова К.К., Матризаева Г.Дж.Дж., Икрамова Х.С. Оптимизация и индивидуализация заместительной гормональной терапии у пациенток с климактерическими нарушениями	171
Мамадалиев А.М. Корреляции клинических признаков с исходами черепно-мозговой травмы и их прогностическое значение	173
Мамадалиев А.М., Алиев М.А. Изучение эффективности эндолюмбальной введении озono-ноотропной смеси после эвакуации пост-травматических арахноидальных кист	176
Мамасолиева Н.А. Роль эндометриальной иммунной дисфункции при привычном невынашивании беременности	182
Маматкулова М.Дж., Негмаджанов Б.Б., Арзиева Г.Б. Пролапс искусственного влагалища после сигмоидального влагалища	187
Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р., Икрамова Х.С. Определить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений	188
Матризаева Г.Дж., Икрамова Х.С. Оценка роли мелатонина в патогенезе синдрома поликистозных яичников и разработка схемы комбинированной терапии с его применением	190
Мирходжаева С.А. Профилактика и лечение остеопороза у женщин с хирургической менопаузой в репродуктивном возрасте	192
Мирходжаева С.А. Оптимизация ведения послеоперационного периода	193
Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с гестационным сахарным диабетом	195
Муминова Н.Х., Раджабова З.А. Ведение беременных с невынашиванием в условиях пандемии SARS-COV-2	198
Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Наврузова У.О. Клинико-лабораторные показатели фоновых и предраковых состояний шейки матки	200
Муратова Ш.Т., Алимов А.В. Метаболические нарушения при гипертиреозе у детей и подростков в условиях йододефицита Республики Узбекистан	202
Мухаммаджанова М.О., Каитова З.С. Влияние психоземotionalного стресса на репродуктивное здоровье студенток из Средней Азии	205
Нажмутдинова Д.К., Каюмова Д.Т., Чориева Г.З., Садуллаева У.А. Проблема гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. пути решения	206
Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Ирнараров А.А., Каримов А.Х., Ирнарарова Д.Х., Ахмедова Г.А., Парвези Н.И., Турбанова У.В., Мамадалиева У.П., Янгибаева Д.Т. Особенности ультразвуковых параметров дуплексного исследования у женщин с миомой матки	210
Нарзуллаева Н.С. Гинекологияда бачадон миомасида гормонлар ўзгаришини баҳолаш	214
Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Абдоминал туғруқлардан кейин аёлларнинг репродуктив хатти - ҳаракатининг ўзига хос хусусиятлари	216

<i>Насриддинова Ш.И., Ихтиярова Г.А., Хайдарова Д.К.</i> Психологическое влияние карантинных мер COVID-19 на матерей в послеродовом периоде	219
<i>Ихтиярова Г.А., Орипова Ш.А., Насриддинова Ш.И.</i> Проблемы поздних послеродовых осложнений и её коррекция	222
<i>Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Асророва Х.Р.</i> Пути улучшения диагностики больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера	223
<i>Нигматова Г.М.</i> Современные пути лечения урогенитальной инфекции вне и вовремя беременности	224
<i>Нигматова Г.М., Кочиева А., Уматалиева Н.</i> К вопросу улучшения качества жизни женщин после ампутации матки	226
<i>Нигматшаева А.Р.</i> Репродуктивные потери, связанные с хроническим эндометритом	228
<i>Ортикова Н.Х., Норбутаев А.Б.</i> Особенности оказания стоматологической помощи беременным при кариесе зубов	230
<i>Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л.</i> Комбинацияли спинал-эпидурал анестезияни гинекологиядаги симультан операцияларда қўлланилиши	232
<i>Пахомова Ж.Е., Рузиева Н.Х., Алексо-Шутко А.В., Давлятова Г.Д., Югай С.Ю., Джураева З.Б.</i> Сравнительная оценка применения динопростона для подготовки шейки матки к родам	235
<i>Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т., Абдукадирова Н.Б.</i> Факторы риска развития сепсиса у младенцев	237
<i>Раббимова Г.Т.</i> Прогнозирование риска угрозы прерывания беременности при вульвовагинальных инфекциях	240
<i>Рамазанова А.Б., Ибатова Ш.М., Абдукадирова Н.Б.</i> Варианты клинических проявлений лямблиоза у детей	242
<i>Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Юлдашева Н.Д.</i> Аntenатальная депрессия и сопряженные риски неблагоприятных акушерских исходов	244
<i>Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Усманов С.К.</i> Синдром ограничения роста плода как диагностический критерий презклампсии	247
<i>Рахимова Г.Н., Садикова А.С.</i> Генетическая предрасположенность хронического заболевания почек по гену ACE у детей и подростков узбекской популяции с СД 1 типа	250
<i>Рахматуллаева М.М.</i> Микробиота влагалища: факторы, способствующие ее нарушению	255
<i>Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш.</i> Ўзбекистон шароитида яшовчи ҳомиладорларда барвақт туғруқнинг кўп учрайдиган хавф омиллари	257
<i>Садуллаева У.А., Каюмова Д.Т., Чориева Г.З.</i> Изменение гормонального фона и функционального состояния печени после эмболизации маточной артерии	259
<i>Салимова Д., Тогаева Г., Давранова А.</i> Особенности течения сахарного диабета в сочетании артериальной гипертонией	262
<i>Сафаров А.Т., Уринов М.Я.</i> Особенности течения беременности и родов у женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения	264
<i>Сидикходжаева М.А., Джураева Г.Т., Камилова И.А., Олимова К.Ж.</i> Изучение особенностей параметров воспалительного ответа у беременных с дородовым разрывом плодных оболочек	265
<i>Сирожиддинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.</i> Перинатал патологияда ҳомила ичи инфекцияланишининг долзарб муаммолари	267
<i>Сирожиддинова Х.Н., Абдуллаева М.Н.</i> Эффективность иммунизации часто болеющих детей в лечении респираторных заболеваний	270
<i>Содиқова Ш.А., Исламова Н.Б.</i> Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта беременных женщин с железодефицитной анемией	272
<i>Солиева Н.К.</i> Современные аспекты предгравидарной подготовки при привычном невынашивании беременности	273

Сувонкулов У.Т., Аширов З.Ф., Абдуллаев Д.М., Тошев С.У., Абдуллаев Х.Д. Встречаемость кожных лейшманиозов в эндемичных районах среди населения Узбекистана	275
Султанова Н.С. Показатели иммунологического статуса у детей в разные периоды жизни в зависимости от методов ухода	276
Тоджиева Н.И. Оценка эффективности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия без атипии в пременопаузе	278
Тураев Б.Т., Очилов У.У. Туғруқдан кейинги психозларнинг клиник кўринишлари ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари	280
Турдиева Ш.Т., Раджабова Н.К. Течение раннего неонатального периода у новорождённых от матерей с эндемическим зобом	282
Фазилова М.О., Султанов С.Н. Преимплантационная подготовка при неразвивающейся беременности, учитывая супружеские роли	284
Хабибуллаев Д.М., Ниязметов Р.Э. Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных – пути его решения	287
Хаитов А.О. Неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичак лимфоид тўқимасининг иммуногистокимёвий ўзгаришлари	290
Хайдарова Р.С., Хамидова М.Э. Показатели физического и полового развития девочек пубертатного возраста	292
Хамдамова М.Т., Ахматова Д.Ф. Остеопороз как причина посткастрационного синдрома у женщин репродуктивного возраста	293
Хамдамова Э.Г., Матлубов М.М., Худойбердиева Г.С. Индивидуал ва профилактик премедикация: фойдаланиладиган дорилар самарадорлиги ва унинг аҳамияти	296
Хамраев Х.Х. Витамин Д танқислигида приэкламсия ривожланишининг юқори хавф гуруҳига кирувчи аёллардан қоннинг айрим лаборатор ўзгаришлари	299
Хасанова Д., Камалова Д. Беременность и роды при аутоиммунном тиреоидите	301
Ходжаева А.С. Функциональные кисты яичников: перспективы лечения	303
Хомидова Ш.М. Прогнозирование и ведение женщин с яичниковой недостаточностью в репродуктивном возрасте	304
Хусаинов Ш.Я., Муродов М.Ш., Намозов Б.К. Физическая культура как эффективное средство в профилактике наркомании молодежи	306
Хусинова Ш.А. Распространенность и клиническая характеристика дисменореи у девочек	308
Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М. Анализ уровни цитокинов в сыворотке крови и назального секрета у больных с хроническими формами риносинуситов	309
Хушвакова Н.Ж., Нишанбаева Ф.М. Влияние внутривенного лазерного облучения крови на иммунологические аспекты при хроническом тонзиллите	311
Ҳазратқулова Х.У., Садикова Д.Р., Чориева Г.З. Бачадон миомаси ривожланишида аёллар репродуктив фаолияти ва витамин д нинг роли	313
Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И. Влияние проведенной метаболической терапии на состояние фетоплацентарного комплекса	314
Шавази Н.Н., Байрамалиев С.Дж. Современные подходы в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных женщин	318
Шавази Н.Н. Значение клинико-лабораторного исследования амниотической жидкости при физиологическом и патологическом течении беременности	319
Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б., Зуфарова Н.И., Атажанов Х.П. Оптимизация диагностики муковисцидоза у детей	322

<i>Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Султанов З.Ф., Каримова М.Х.</i> Оценка цитокинового статуса детей при хронической болезни нижних дыхательных путей	324
<i>Шодиев А.Ш., Норкулов Н.У., Набиев А.А.</i> Особенности распространения врожденных нейрохирургических аномалий развития в Самаркандской области	326
<i>Шодиева Х.Т.</i> Прогнозирование осложнений при многоплодной беременности	328
<i>Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р.</i> Эффективность терапии пациентов с гиперактивным мочевым пузырем и доброкачественной гиперплазией предстательной железы	330
<i>Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.</i> Аутосомаларни сонли аномалияларидан келиб чиққан касалликлар скрининги	332
<i>Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.</i> Самарқанд вилоятида туғма ривожланиш аномалияларининг учраши	334
<i>Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж.</i> Ҳомила ичи инфекциясининг чақалоқлар касал туғилишидаги ўрни	336
<i>Эргашева Ю.Й., Мухсинов Н.Т.</i> Зависимость к снотворным лекарствам при сформированном алкоголизме	337
<i>Юлдашев Б.А., Муродова М.Дж., Ахмеджанова Н.И., Юлдашева Д.А.</i> Новый метод оценки состояния сердечно-сосудистой системы у детей с хронической болезнью почек	340
<i>Юлдашева А.Н., Худоярова Д.Р., Камалова Д.Д., Рахимов Ж.Х.</i> Особенности течения беременности у женщин с врожденными пороками сердца	341
<i>Юлдашева С.З., Кучкарова Д., Аскарлова Ж.</i> Применение внутриматочной инсеминации для улучшения репродуктивного состояния бесплодных пар	344
<i>Юсупова М.А., Назирбаева З.К.</i> Ведение беременных женщин с преэклампсией на фоне хронической болезни почек	346
<i>Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Ирнарарова Д.Х.</i> Ҳомила нуқсонлари ривожланишида генетик ўзгаришлар	347
<i>Ярмухамедова М.К., Рустамова Ш.А.</i> Особенности течения хронического гепатита С у женщин фертильного возраста по материалам Самаркандской областной клинической инфекционной больницы	350
<i>Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К., Ачилова М.М., Якубова Н.С.</i> Ҳомиладор аёлларда сурункали вирусли гепатит с ни клинико-эпидемиологик хусусиятларини таҳлил қилиш	352
<i>Ярмухамедова Н.А., Шодиева Д.А., Караматуллаева З.Э.</i> Самарқанд вилояти бўйича аёлларда ботулизм касаллиги клинико-эпидемиологик аспектларини таҳлил қилиш	355
<i>Abralova N.A., Rabbimova G.T.</i> Optimization of methods of treatment of migratory thromboembolism in pregnant women with varicose disease	357
<i>Ambreen Naila, Zuhurova Nadira</i> Administration of prophylactic corticosteroids in women delivered by elective cesarean section prior to 39 weeks of gestation	358
<i>Asadov D.A., Babazhanova Sh.D.</i> Application of robson's classification to determine reserves for reducing the cesarian section frequency	360
<i>Axmedova M.M., Abdullaev D.M., Abdullaev Kh.D.</i> Metabolic nephropathy in young children with pneumonia	362
<i>Garifulina L.M., Qudratova G.N., Xolmuradova Z.E.</i> Erta yoshdagi bolalarda temir tanqisligi anemiyasida siydikda uropepsinni aniqlash va uning axamiyati	364
<i>Hakobova R.A., Kaitova Z.S., Protasov A.V.</i> Healthy students - healthy nation	365
<i>Hikmatova N.I., Paxomova J.E., Roziqova D.Q.</i> Tabiiy allergenlar va bepushtlik – zamonaviy qarashlar	367
<i>Kamolov A., Azimova Sh.</i> Tug'ruqdan keyingi qon ketishda gemostaz qilishning turli xil usullarini samaradorligi	369

<i>Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B., Khabibullaev D.H.</i> Maternal mortality in massive obstetric bleeding	371
<i>Norboboeva Sh.B., Shavazi N.N.</i> Plasenta yetishmasligi sabablari (adabiyotlar sharhi)	374
<i>Norboboeva Sh.B., Shavazi N.N.</i> Akusherlik va perinatal patologiyalarda infeksiyalarning o'rni	376
<i>Ochilov U.U., Turaev B.T.</i> Anxiety-depressive disorders in adolescent girls during pregnancy and after childbirth	378
<i>Safarov O.</i> Gout in pregnancy: a rare phenomenon	379
<i>Sarkisova L.V.</i> Clinical and economic efficiency of the test for determining the placental α-microglobulin-1 in order to diagnose the premature rupture of fetal membranes	380
<i>Sattorov A., Shavazi N.N.</i> Muddatdan oldingi tug'ruq kelib chiqqish sabablari	382
<i>Shavazi N.N., Yunusova Z.M.</i> Ortiqcha vazni bor ayollarda homiladorlik va tug'ruqning kechishi va asoratlari (adabiyotlar sharhi)	385
<i>Shavkatova A.Z., Shavazi N.N.</i> Surunkali buyrak kasalliklarida homiladorlikning asoratlari va natijalari	388
<i>Shodiyev B.V.</i> Clinical and diagnostic importance of regulatory-transport proteins in women with infertility in predicting successful ivf programs	391
<i>Tilyavova S.A., Akramov B.R., Tilyavova M.A.</i> Homilador ayollarda pnevmoniyaning kechish xususiyatlari	393
<i>Turbanova U.V., Nazarova D.E.</i> Homiladorlarda, tuqqan ayollarda va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yangi koronavirus infeksiyasi kechishi	394
<i>Yarmukhamedova N.A., Djuraeva K.S., Yakubova N.S., Rabbimova N.T., Tirkashev O.S., Matyakubova F.E.</i> Clinical and laboratory peculiarities of the course of chronic viral hepatitis b in pregnant women	397
<i>Yunusova A.R., Zakirova F.I.</i> Surunkali endometritni davolashda ozon terapiyasining samaradorligi	399
<i>Zokirov F.I., Negmadjanov B.B.</i> Modern approaches to the management of visual anatomical deviations of external genitalia in girls	399
<i>Абдуллаев Б.С., Ураков К.Н., Аманова Г.У.</i> Морфологические аспекты рака матки	402
<i>Абдуллаева Л.С., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Гойилов С.С.</i> К вопросу профилактики акушерских кровотечений при синдроме перерастянутой матки	402
<i>Абдусаломова М.А., Мавлянова З.Ф.</i> Орқа мия ва умуртқа поғонаси туғруқ жароҳатлари билан болаларда мажмуавий реабилитация ўтказишнинг хусусиятлари	403
<i>Агабабян Л.Р., Азимова Ш.Т.</i> Причины акушерских кровотечений: анализ трудов академика И.З. Закирова	403
<i>Аджаблаева Д.Н.</i> Диагностика и профилактика туберкулёза у детей из контакта с больной туберкулёзом матерью	405
<i>Азимова О.Т., Халимова З.Ю., Алимова Н.У.</i> Опыт применения инсулиновых помп у беременных с сахарным диабетом 1 типа в Узбекистане	406
<i>Аллазов С.А.</i> Ибн Синонинг «Тиб Қонунлари»да мижоз жинсий ҳаёти ҳақида	406
<i>Аллазов С.А., Аллазов Х.С., Исқандаров Ю.Н.</i> Диагностика и лечение урологических осложнении внутриматочных лечебных средств	407
<i>Аллазов С.А., Исқандаров Ю.Н., Кодиров С.К., Негматов К.Н., Умаров А.У.</i> Неотложная эндоурологическая помощь при мигрированных лигатурных камнях из полости матки в мочевоу пузырь	407
<i>Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б., Аллазов И.С.</i> Дифференцирование диагностики и лечения некротических фасциитов и банальной инфекции наружных половых органов	408

Аскарова З.З., Курбаниязова Ф.З. Структура эндометрия у женщин с аномальными маточными кровотечениями в период перименопаузы	408
Атаева Д.Р., Сулейманов А.С. Антитела к циклическому цитруллиновому пептиду (ANTI-CCP) при диагностике ювенильного идиопатического артрита (ЮИА)	409
Ахтамова Н.А., Худоярова Д.Р., Тилявова М. Восстановительная физиотерапия женщин с хроническим воспалением придатков матки	409
Бабаев С.А., Кадирова А.М., Хамрокулов С.Б., Бабаев С.С. Тактика введения беременных с миопией	410
Бабаджанова Ф.Р. Предгравидарная подготовка у женщин с наружным геитальным эндометриозом	411
Бахадирова Ш.Ф., Ихтиярова Г.А., Розикова Д.К. Перинатальные исходы после вспомогательных репродуктивных технологий	411
Бозоров А.Г., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И., Орипова Ф.Ш. Урогенитальные инфекции в развитии риска преждевременных излитии околоплодных вод	412
Бреусенко В.Г., Есипова И.А., Овчинникова А.В. Органосохраняющие операции у пациенток постменопаузы с доброкачественными заболеваниями эндометрия	412
Ганиев А.Г. Тактика ведения новорожденных в оритн с тяжелым повреждением легких	413
Ганиев А.Г. ¹ , Санакулов А.Б. ² Дисплазия соединительной ткани в патогенезе бронхиальной астмы у детей	413
Ганиев А.Г. ¹ , Санакулов А.Б. ² Современная диагностика синдрома длительного кашля у детей	414
Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Нарзуллаев Х.Б. Сочетанные реконструктивные операции при пролапсе половых органов и хроническом калькулезном холецистите	414
Гафуров Ж.М. Анализ качества жизни пациенток, перенесших slingовые операции по коррекции стрессовой инконтиненции	415
Глазовская О.В. Тактика ведения при гестационном сахарном диабете	416
Даминова М.Х., Сайфиев Х.Х., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А. Значение показателей эндогенной интоксикации при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите у детей	416
Дехконова Д.В. Синдром послеабортного ожирения	417
Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Орипова Ш.А., Насритдинова Ш.И., Хайдарова Н.Б. Патоморфология плаценты у беременных перенесших COVID-19	417
Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Сулейманова Г.С., Насриддинова Ш.И. Значение лабораторных нарушений при антифосфолипидном синдроме и коронавирусной инфекции во время беременности	418
Жабборов У.У. Статистический анализ заболеваемости гемолитической болезнью плода и новорожденного в республике при реузс-иммунизации	418
Завкибекова Т.К., Ихтиярова Г.А. Частота рецидива доброкачественных новообразований яичника и методы её коррекции	419
Закирова Б.И., Лим М.В., Азимова К.Т., Алланазаров А.Б. Неинвазивная терапия острого бронхообструктивного синдрома у детей	420
Икрамова Х.С., Матризаева Г.Дж. Оценить роль мелатонина в патогенезе синдрома поликистозных яичников и разработать схемы комбинированной терапии с его применением	420

<i>Иноятходжаева И.Х., Хайдарова Ф.А.</i>	421
Состояние органов желудочно-кишечного тракта у женщин с сахарным диабетом 2 типа	
<i>Ирбутаева Л.Т., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.</i>	422
Уровень неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей	
<i>Исламов Т.Ш., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А.</i>	422
Состояние парциальных функций почек при остром гломерулонефрите у детей	
<i>Исмоилов Ж.М., Амонова Г.У.</i>	423
Патоморфологическая характеристика неразвивающейся беременности	
<i>Исмоилов Ж.М., Якубов М.З.</i>	423
Чақалоқлар антенатал ұлыми тахлилига доир	
<i>Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Тошева И.И.</i>	424
Тактика ведения у женщин с гестационным сахарным диабетом	
<i>Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш.</i>	424
Анализ факторов риска развития врожденных пороков развития	
<i>Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О.</i>	425
Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки	
<i>Ишмурадов Б.Т., Гафаров Р.Р., Гафарова Ш.А.</i>	426
Ургентная урологическая помощь при пиелонефрите беременных	
<i>Калашников С.А.</i>	426
Особенности течения и исходы многоплодной беременности, наступившей при использовании вспомогательных репродуктивных технологий	
<i>Камарова И.Н., Зокирова Ф.И.</i>	427
Разработка методов профилактики послеродовых травм промежности у женщин послеродовом периоде	
<i>Каримова Г.С., Ахмедов Ю.М.</i>	427
Влияние пиелонефрита на акушерские и перинатальные исходы	
<i>Киличева О.О., Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К.</i>	428
Результаты дисфункциональных изменений эндотелия у женщин, перенесших послеродовое кровотечение	
<i>Киличева В.А., Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Хусеинова Н.Р., Гайбуллаева Н.Ф.</i>	429
Особенности течения беременности после коронавирусной инфекции	
<i>Коноплянников А.Г., Смирнова А.А.</i>	429
Кровоток в средней мозговой артерии при тяжелых формах гемолитической болезни плода и многократных внутриутробных переливаниях крови	
<i>Курбаниязова М.З., Бекбаулиева Г.Н.</i>	430
Оптимизация методов индукции овуляции у женщин с СПКЯ	
<i>Курбанова З.Ш., Розикова Д.К.</i>	431
Особенности фенотипов у девушек с синдромом формирующихся поликистозных яичников	
<i>Курманова А.М., Болат К.С., Аязбеков А.К., Умбетов Б.У.</i>	431
Особенности становления менструальной функции у девочек-подростков в южном регионе Казахстана	
<i>Лим В.И., Мурадова Д.А., Лим М.В.</i>	432
Состояние эхокардиографических показателей у новорожденных при перинатальном поражении центральной нервной системы	
<i>Лим В.И., Шавази М.Н., Лим М.В.</i>	432
Модифицирующие факторы риска развития врожденных пороков сердца у детей	
<i>Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Турсунов С., Баратов У.</i>	433
Значение нутритивной поддержки у детей с врожденной кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде	
<i>Мавлянова З.Ф.</i>	433
Анализ возможных ортопедических проявлений при различных формах детского церебрального паралича	
<i>Мамажонова Д.М., Атаходжаева Ф.А.</i>	434
Тактика после удаления пузырного заноса - анализы, наблюдение	

<i>Мамажонова Д.М., Атаходжаева Ф.А.</i> Анализ эффективности методов лечения пузырного заноса	435
<i>Матризаева Ш.Б., Джуманязов С.С.</i> Эмболизация маточных артерий при миоме матки	435
<i>Матякубов Б.Б., Ниязметов Р.Э.</i> Оптимизация техники операции тотальной гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях	436
<i>Махматмурадова Н.Н.</i> Ревматические болезни в развитии неспецифической интерстициальной пневмонии	437
<i>Махмудова Ш.А., Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Каримов Д.Н.</i> Дифференцированный подход к лечению тубоовариальных образований малого таза	437
<i>Машарипова С.О.</i> Положение об организации и оказании антенатального ухода за беременными женщинами в амбулаторно-поликлинических учреждениях первичной медико-санитарной помощи	438
<i>Муминова Н.Х., Наркузиева Г.Б.</i> Значимость лабораторных показателей при заболеваниях шейки матки	438
<i>Наврүзова Н.О., Ихтиярова Г.А.</i> Бачадон бўйни касалликларининг ретроспектив таҳлили	439
<i>Найля Амбрин, Надира Зухурова</i> Применение кортикостероидов с целью профилактики дыхательных расстройств при кесаревом сечении у беременных до 39 недель гестации	440
<i>Насимова Н.Р., Шамсиева М.Ш.</i> Оценка эффективности различных методов хирургической коррекции пролапса гениталий	440
<i>Насриддинова Ш.И., Ихтиярова Г.А., Хайдарова Д.К., Дустова Н.К.</i> Воздействие карантинных мер COVID-19 на психоэмоциональный дистресс в послеродовом периоде	441
<i>Ниязметов Р.Э., Хабибуллаев Д.М.</i> Рецидивирующая форма холестатического гепатоза у беременных, методы диагностики	441
<i>Норжигитов А.М., Якубов М.З., Эшкабилов Т.Ж.</i> К морфологии эндометриоза	442
<i>Норхужаева Ч., Камалова Д.Д.</i> Аутоиммунный тиреодит как причина невынашивания беременности	443
<i>Очилов У.У., Тураев Б.Т.</i> Астенический синдром в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы у беременных	443
<i>Очилов У.У., Тураев Б.Т.</i> Личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами поведения пубертатного периода	444
<i>Пардаев Ш.К., Худойбердиева Г.С., Хамдамова Э.Г., Шарипов И.Л.</i> Оптимизация премедикации при гинекологических операциях у пациентов с сопутствующим климактерическим синдромом	444
<i>Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л., Холбеков Б.К., Акрамов Б.Р.</i> Эффективность комбинированной анестезии и послеоперационной анальгезии при симультанных операциях в гинекологии	445
<i>Парфёнова Я.А.</i> влияние НКИ COVID-19 на репродуктивное здоровье женщин	445
<i>Пахомова Ж.Е.¹, Рузиева Н.Х.²</i> Современные подходы к индукции родов	446
<i>Петрич Л.Н., Новикова О.Н.</i> К вопросу о дискоординированной родовой деятельности	447
<i>Раззакова Н.С., Каршиева Ш.М.</i> Оптимизация современных принципов лечения фиброзно-кистозной мастопатии на фоне миомы матки	447
<i>Раззакова Н.С., Рахманова Р.Х.</i> Многоводие при бактериальной инфекции (диагностика, профилактика, лечение)	448

Рахимова Х.М. 3-сон оилавий поликлинакида хомиладорларда пиелонефритни эрта аниқлаб ва рационал даволашда сифат кўрсаткичини яхшилаш	448
Рустамов М.Р., Ибрагимова М.Ф., Атаева М.С., Гайбуллаев Ж.Ш. Лечение атопического дерматита у детей	449
Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдурахманов Б.А., Султанов Е.Е., Арыбжанов Д.Т., Керимкулов С.М., Гульметов С.И. Результаты эндоваскулярной билатеральной эмболизации маточных артерий в лечении фибромиом матки	450
Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Караганова Е.Я., Неклюдова Ю.Г. Гистопатические разрывы матки. современное состояние проблемы	450
Савельева Г.М., Шалина Р.И., Спиридонов Д.С. Контролируемая гипотермия в комплексной терапии детей, родившихся в асфиксии	451
Садиков У.Т., Марупова М.А., Ахаджонов М. Оптимизация профилактики женского бесплодия в ферганской долине	452
Салимова Д.Э., Тогаева Г.С., Давранова А.Д. Особенности течения сахарного диабета 2 типа в сочетании артериальной гипертонией	452
Санакулов А.Б. Вопросы ранней диагностики эндокринных заболеваний у детей на этапе первичного звена	453
Санакулов А.Б., Ганиев А.Г. Основные принципы лечения сепсиса у детей раннего возраста	453
Саркисова Л.В. Оптимизация акушерской тактики при преждевременных родах на основании молекулярно - генетических факторов	454
Синчихин С.П. Ведение беременности и родов при COVID-19 (согласно российским клиническим рекомендациям)	455
Сулайманова Н.Э. Предрасполагающие факторы развития бактериального вагиноза у женщин фертильного возраста	455
Султанов С.Н. ¹ , Фазилова М.О. ² , Юлдашова С.З. ² Прекоцепционная подготовка при неразвивающейся беременности, учитывая супружеские роли	456
Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Насирова Д.А. Роль полиморфизма гена II-10 C/T 819 в дестабилизации стенокардии у женщин с тревожными расстройствами	457
Тилявова С.А., Тилявова М.А. Оптимизация ведения женщин с недержанием мочи	457
Тошев С.У., Аширов З.Ф., Абдуллаев Х.Д. Особенности течения аллергического контактного дерматита	458
Тулакова Г.Э., Хасанова Д.А. Менопауза давридаги аёлларда қуруқ кўз синдроми	458
Тулакова Г.Э., Сабирова Д.Б., Хамракулов С.Б. Ҳомиладор аёлларнинг офталмологик ҳолатининг клиник хусусиятлари	459
Тураев Б.Т., Очиллов У.У. Депрессивный синдром в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы у беременных	460
Тураев Б.Т., Очиллов У.У. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии	460
Уралова Г.А., Баратова С.С. Значение скандинавской ходьбы во время беременности	461
Хайдарова Ф.А., Камилджанова Б.Р. Особенности метаболического статуса женщин с различными фенотипами синдрома поликистозных яичников	461
Хайдарова Ф.А., Кенджаева К.Ш., Алиева А.В. Уровень витамина В12 у пациентов с диабетической полинейропатией	462

Хайдарова Ф.А., Умарходжаева З.А. Уровень аллопрегнолона как маркера развития климатерического синдрома у женщин в пременопаузе	462
Ходжаева С.А. К вопросу туберкулёза и материнства	463
Холбоев С.Б. Роль генитальной инфекции среди беременных городского населения в условиях первичного звена здравоохранения	463
Холмуродова А.Ш. Прогностические факторы риска рецидивирующей дисплазии шейки матки	464
Хусенова Ф.А., Махмудов Х.У., Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А. Состояние клеточного иммунитета при хроническом пиелонефрите у детей	464
Шавази Н.М., Карджавова Г.А., Азимова К.Т., Закирова Б.И. Прогнозирование развития кардиальной патологии при пневмониях у детей раннего возраста	465
Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мухамедов Ф.Н., Каримова М.Х. Особенности иммунного статуса при рецидивирующем бронхите и внебольничной пневмонии на фоне диффузного эутиреоидного зоба у детей	466
Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулов А.С. Дифференцированный подход к лечению бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста	467
Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р., Гайбуллаев М.М., Ботиров Б.А. Особенности лечения рецидивной стриктуры уретры после внутренней оптической уретротомии	467
Шомуродов К.Э., Исомов М.М., Мирхусанова Р.С. Социальные аспекты проблем профилактики стоматологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста	468
Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж. Ҳомила ичи инфекциясининг чақалоқлар касал туғилишидаги ўрни	468
Эшкабилов Т.Ж., Абдуллаев Б.С., Хамидова Ф.М. Слово о великом учителе – истинном стороннике структурированности в патологии	469
Эшонходжаев О.Д., Исмоилов Б.А., Дусияров М.М., Рустамов М.И., Рустамов И.М. Оценка эффективности антиспаечного покрытия из производных целлюлозы на модели образования спаек в брюшной полости в эксперименте	470
Юлдашова Н.Э. Новые подходы к лечению дисменореи у девочек- подростков	471
Юнусова А.Р., Закирова Ф.И. Эффективность озонотерапии в комплексном лечении ВЗОМТ	471
Юсупова М.А., Ходжаева З.К. Комплексная терапия дисплазии шейки матки в условиях инфицирования вирусом папилломы человека	472
Bazarova Z.Z. Reproduktiv yoshdagi xirurgik menopauzasi bor ayollarni hayot sifatini baholash	472
Hazratkulova M.I., Dilmuradova K.R. Neonatologiya amaliyotida tug'ma ixtioz kasalligining uchrashi	473
Shavazi N.N., Yunusova Z.M. Ortiqcha vazn homilador ayollarda akusherlik asoratlari	473
A.Itsekson, M. Zolti, M. Alesker, H. Carp Steroid hormone hypersensitivity: experimental and clinical presentation and management in menstrual related syndromes and reproductive disorders	474
Djuraeva D.L. Polycystic ovary syndrome in adolescent girls	474
Kamalova M.Q. Evaluation of economic effectiveness of prevention and treatment of dental caries in preschool children	475
Ludmila A. Gavriiliuc, Natalya V. Kotova, Tatyana E. Gavriilyuk Activity of glutathione s-transferase and cytochrome p ₄₅₀ reductase in the blood in newborns of smoking women during pregnancy	475
Todjjeva N.I. Prevention of recurrence of abnormal uterine bleeding in women patients with hyperplastic processes of the endometrium	476

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.

Распечатанный вариант статьи в одном экземпляре.

Электронный вариант статьи.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.

В начале статьи указывают: название статьи, фамилия, имя, отчество автора (авторов) полностью, место работы каждого автора, контактная информация (e-mail) каждого автора, наименование учреждения(й), где выполнена работа (на русском, узбекском и английском языках).

К статьям необходимо приложить аннотации и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках. Текст аннотации объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи. Необходимо что бы было УДК.

Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 14, с двойным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе MS Word 2007.

Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.

Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.

Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. На обороте фотографии обозначают верх и низ, ставится номер рисунка, фамилия автора и название статьи. Допускается оформление иллюстраций в формате jpeg. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.

Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.

Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических и математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.

Библиографический список литературы (только на языке оригинала) не более 10 работ (за исключением обзорных статей), перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках) опубликованных за последние 5 лет. Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списка. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы возлагается на авторов. При составлении списка литературы указываются: для книг - фамилия, инициалы авторов, название книги, место, издательство, год издания, количество страниц; для журнальных статей - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, номер, страницы (от - до); для статей из сборников - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, страницы (от - до); для авторефератов диссертаций - фамилия и инициалы автора, название диссертации, докторская или кандидатская, место издания, год, количество страниц.

Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 10-15 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 8-10 страниц.

Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы не принимаются. Статьи, не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются. Отправка статей по электронной почте допускается в порядке исключения - только по согласованию с редакцией.