

TRHUR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 3
2020

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдуллаева Л.М., Негматшаева А.Р.
ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ –КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА (ОБЗОР).....5

2. Камалов Н.А., Негмаджанов Б.Б., Шодмонова З.Р.
МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СО
СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (ОБЗОР).....8

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

3. Агабабян Л.Р., Махмудова С.Э.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....11

4. Аллазов С.А.
МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИЗЫСКАНИЙ В УРОЛОГИИ14

5. Мамажонова Н.М.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....18

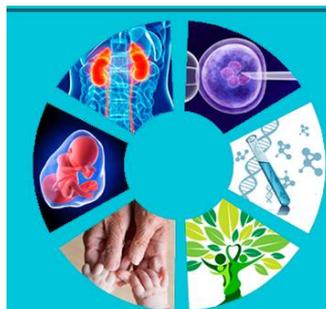
6. Насирова З.А.
СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ
ВВЕДЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ23

7. Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.
МАТЕРИНСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....26

8. Сафаров А.Т., Уринов М.Я.
АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....30

9. Султонова Н.С.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....34

10. Хамраев Х.Х.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ.....37



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616-008:616-056.52-079

Сафаров Алиаскар Турсунович

к.м.н., доцент кафедры
Акушерства и гинекологии
Факультета последипломного образования
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Уринов Мухриддин Яхшибой угли

Резидент магистратуры 3-го года обучения
Кафедры Акушерства и гинекологии
Факультета последипломного образования
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

For citation: Safarov Aliaskar Tursunovich, Urinov Muxriddin Yaxshiboevich, Alimentary obesity as a risk factor for perinatal pathology, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 5-7

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-1>

АННОТАЦИЯ

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 повторнобеременных 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].

Ключевые слова: алиментарно-конституциональное ожирение, беременность, факторы риска, исходы родов, гестация.

Safarov Aliaskar Tursunovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent,
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
Samarqand, O'zbekiston

Urinov Muxriddin Yaxshiboevich

Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
3 kurs magistratura rezidenti
Samarqand, O'zbekiston

KONSTITUSIONAL ALIMENTAR SEMIZLIK – PERINATAL PATOLOGIYANING XAVF OMILI

ANNOTASIYA

Tug'ish yoshidagi ayollar orasida semirishning tarqalishi turli mualliflarning fikriga ko'ra 1,8% dan 25,3% gacha [2,5,7]. So'nggi o'n yillikda turli mamlakatlarda homiladorlik paytida semirish bo'yicha statistik ma'lumotlar 15% dan 38% gacha bo'lgan. Shu bilan birga, qayta homilador ayollar o'rtasidagi ko'rsatkichlar ikki baravar ko'pdir [1,3, 4]. Biroq, so'nggi bir necha yil ichida tug'ruq yoshidagi ayollarda pregravidar bosqichida semirish darajasi o'sishi tendentsiyasi kuzatilmogda [2,7]. Tananing hayotiy tizimlari faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan semirish homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davrda patologik rivojlanish xavfini oshiradi va perinatal kasallik va o'limning muhim omili bo'lib qolmogda [4,8].

Kalit so'zlar: Alimantar-konstitutsiyaviy semirish, homiladorlik, xavf omillari, mehnat tug'ruq ko'rsatkichlari, homiladorlik.

Safarov Aliaskar Tursunovich
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department
Obstetrics and gynecology
Faculty of Postgraduate Education
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan

Urinov Mukhriddin Yakshiboyevich
Resident of the 3rd year of master's degree
Department of Obstetrics and Gynecology
Faculty of Postgraduate Education
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

ALIMENTARY OBESITY AS A RISK FACTOR IN PERINATAL PATHOLOGY

ANNOTATION

The prevalence of obesity in women of childbearing age has been reported from 1.8% to 25.3% [2,5,7]. Statistics on obesity in pregnancy vary from 15% to 38% in different countries over the past decade. Rates among repeat pregnancies have been found to double [1,3,4]. However, over the past few years there has been an increasing trend in pre-pregnancy obesity rates in women of childbearing age [2,7]. Adversely affecting the vital systems activity, obesity increases the risk of abnormal pregnancy, delivery and postpartum period and remains a significant factor in perinatal morbidity and mortality [4,8].

Key words: alimentary-constitutional obesity, pregnancy, risk factors, birth outcomes, gestation.

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 обследуемые 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 женщин (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. Гипотоническое 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 6 (20%) женщин группы сравнения. Гипотоническое 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

недоношенность и развившейся пневмонией. 4 были переведены на дальнейшее наблюдение в детскую многопрофильную больницу отделения 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%).

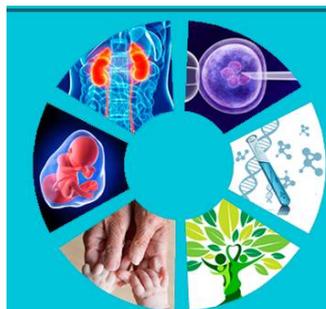
Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 29 (82%) было гладким, в 5 (14%) случаях

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.

Список литературы:

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.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.14-002.2-06:618.177-07

Абдуллаева Лагя Мирзатуллаевна

Доктор медицинских наук,
Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра
Акушерства и гинекологии,
Ташкент, Узбекистан

Негматшаева Азиза Равшановна

Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии
Андижанского Медицинского института
Андижан, Узбекистан

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ –КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Negmatshaeva Aziza Ravshanovna, Chronic endometritis as a cause of fetal loss syndrome (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 8-10

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-2>**Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna**

Tibbiyot fanlari doktori,
Respublika ixtisoslashtirilgan
akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi,
Toshkent, O'zbekiston

Negmatshaeva Aziza Ravshanovna

Andijon Tibbiyot Instituti
Akusherlik va ginekologiya kafedrasini izlanuvchisi
Andijon, O'zbekiston

SURUNKALI ENDOMETRIT –HOMILA YUQOTISH SINDROMI SABABI SIFATIDA (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna

Doctor of medical science,
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
for Obstetrics and Gynecology,
Tashkent, Uzbekistan

Negmatshaeva Aziza Ravshanovna

Researcher of the Department of Obstetrics and Gynecology
Andijan Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

CHRONIC ENDOMETRITIS AS A CAUSE OF FETAL LOSS SYNDROME (LITERATURE REVIEW)

Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, профилактика и лечение заболеваний, являющихся причиной репродуктивных потерь [17,30,29]. Установлено, что к моменту желанной беременности большинство женщин имеют различные гинекологические заболевания – эндометрит 80-90% [7], эндометриоз – 10%, бесплодие – 10% [16,3]. Это и приводит к потере беременности на разных сроках. Эндометрит является причиной в двух из трех выкидышей [15]. Установлена связь ХЭ с привычной потерей беременности [20].

Установлено, 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». У пациенток с самопроизвольными абортми в анамнезе хронический эндометрит диагностируется в 64% случаев [....]. В случае, 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 [12,26,27].

Имеются исследования, доказавшие, что иммунологические изменения в эндометрии пациенток с ХЭ, изменение клеточного состава эндометрия, лимфоцитарная инфильтрация и повышенное содержание иммуноглобулинов IgM, IgG могут быть причиной невынашивания беременности [24]. 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 [21]. Влиянием цитокинов Th1 объясняется нарушение репродуктивной функции женщин с ХЭ за счет нарушения микроциркуляции в эндометрии, депонирования фибрина и активации полиморфноядерных лейкоцитов [28].

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% [8,22].

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 плазмócитами, нейтрофилами или лимфоцитами [25]. 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 в первые 3 недели менструального цикла – частота выявляемости ХЭ составляет до 80%, против 20%, если это сделано накануне менструации [23]. 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) [18].

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].

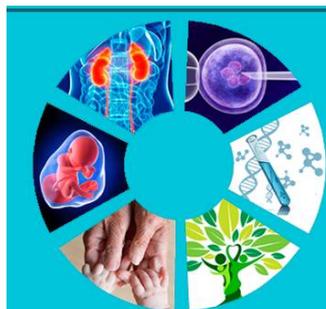
Известно, что одной из основных причин развития воспалительных заболеваний органов малого таза (или обострения уже существующих) является аборт. Аборт в настоящее время является одной из наиболее частых операций в акушерстве и гинекологии. Установлено, что около 10-15% (по некоторым данным до 27%) женщин имеют различные гинекологические заболевания, нарушения менструальной и репродуктивной функции после искусственного прерывания беременности [6,19]. 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 абортот в стране такова: в 2017 году частота самопроизвольных абортот была 15524 (64,4%), артифициальных 4487 (18,6%), абортот 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 абортот в качестве основного «контрацептива», увеличение количества соматических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, широкое использование внутриматочных контрацептивов.

Список литературы

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., Лунова 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. Куземин, А.А. Аборт и его осложнения. Контрацепция после аборта / А.А. Куземин // Контрацепция и здоровье женщины. — 2000.- № 2 . - С. 31-39.
7. Осложнения при аборте : Руководство по техн. и упр. Аспектам предупреждения и лечения ; Пер. с англ. / ВОЗ. - М.: Медицина, 1995.-183 с. Ashok, P.W. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases [Text]
8. 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;
9. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Руководство по озонотерапии. — Н.-Новгород, 2005. - 269с.
10. 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
11. Морозов К.В., Медицинские аспекты современных технологий безопасного аборта. Автореферат дисс.....канд.мед.наук, Н.Новгород, 2009
12. Олейник В.Ю., Лалоян Р.С. Повторные потери беременности при хроническом эндометрите//Молодой ученый №22 (126), ноябрь 2016
13. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика: Учебное пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 336 с
14. Побединская О.С., автореф. Дисс.....к.м.н., 2011
15. Прилепская В. Н., Можевитинова Е.А.; Прилепская В. Н., Можевитинова Е. А. Пременопауза и контрацепция / Гинекология. — 2002 . — Т.4, N 5. - С.216-217
16. 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.;
17. 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, 2000С.52-70
18. 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., Hessol 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 Gynec 2010; 203: 2: 1.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616-053.31; 616-053; 612.65

Агабабян Лариса Рубеновна

к.м.н., доцент кафедры
Акушерства и гинекологии
Факультета последипломного образования
Самаркандского государственного
медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Махмудова Севара Эркиновна

Ассистент Самаркандского Государственного
Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
факультета последипломного образования,
Самарканд, Узбекистан.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

For citation: Agababyan Larisa Rubenovna, Makhmudova Sevara Erkinovna, Respiratory disease of newborns in preeclampsia patients, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 11-13

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-3>

АННОТАЦИЯ

В работе показано, что при сравнительном анализе течения неонатального периода у 68 новорожденных у больных с преэклампсией выявлено, что наибольшая частота респираторных нарушений 17,6% имеет место при тяжелой преэклампсии. При этом, респираторные нарушения у доношенных новорожденных при досрочном родоразрешении и абдоминальном родоразрешении были обусловлены только тяжестью течения преэклампсии, а у недоношенных детей кроме того, и функциональной незрелостью легких плода.

Ключевые слова: преэклампсия, респираторный дистресс синдром плода, доношенные и недоношенные новорожденные.

Agababyan Larisa Rubenovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
at the Chair of Obstetrics and Gynecology
of the Faculty of Postgraduate Education
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

Mahmudova Sevara Erkinovna

Assistant at Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Postgraduate Education,
Samarkand, Uzbekistan.

RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS

ABSTRACT

The paper shows that the comparative analysis of neonatal period course in 68 newborns in patients with pre-eclampsia reveals that the highest frequency of respiratory disorders is 17.6% in severe pre-eclampsia. At the same time, respiratory disorders in premature infants in premature and abdominal deliveries were due only to the severity of the pre-eclampsia course, and in premature infants also to the functional immaturity of the fetus's lungs.

Key words: preeclampsia, fetal respiratory distress syndrome, premature and premature newborns.

Agababyan Larisa Rubenovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent,
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedراسي,
Samarqand, O'zbekiston

Maxmudova Sevara Erkinovna
Samarqand davlat tibbiyot instituti
Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti
akusherlik va ginekologiya kafedrasida assistenti,
Samarqand, O'zbekiston.

PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI

ANNOTASIYA

Maqolada shuni aks ettirganki, preeklampsiya bilan og'rig'an bemorlarda 68 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal davrni taqqoslash tahlili shuni ko'rsatdiki, nafas olish buzilishlarining eng yuqori chastotasi, 17,6% og'ir preeklampsiyada sodir bo'lgan. Shu bilan birga, muddatidan oldin tug'ruq va kesar kesish yo'li orqali tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi faqat preeklampsiyaning og'irligi, va erta tug'ilgan chaqaloqlarda qo'shimcha ravishda o'pkaning funktsional yetishmasligi kuzatilgan

Kalit so'zlar: preeklampsiya, respirator distress sindromi, muddatli va erta tug'ilgan chaqaloqlar.

Актуальность работы: Преэклампсия является важнейшей причиной материнской заболеваемости и смертности а также является одним из ведущих факторов высокого риска перинатальных осложнений [1,3,6] Частота преэклампсии колеблется от 1,4 до 23,2 среди всех беременных из них тяжелые формы преэклампсии развиваются у 8-10% пациенток [2,4,7]

В структуре смертности беременных, рожениц и родильниц преэклампсия занимает одно из первых мест (5-13%) [5,9]. Преэклампсия – основная причина перинатальной заболеваемости и смертности. У 20% новорожденных от матерей с преэклампсией регистрируют нарушения психоэмоционального и физического развития, значительно возрастает частота детской заболеваемости [1,5,9]

Респираторный дистресс синдром новорожденных является серьезным осложнением преждевременных родов и основной причиной инвалидности и ранней неонатальной смертности [4,6,8,10]. Частота тем выше чем меньше гестационный возраст и чем чаще возникает патологические состояния связанные с патологией систем дыхания, кровообращения и ЦНС.

Респираторный дистресс синдром (РДС) является результатом ишемии легочной ткани, при которой нарушается с одной стороны продукция сурфактанта, с другой происходит его инактивация фибриногеном плазмы вследствие повышенного проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны при гипоксии с образованием гиалиновой мембраны новорожденных. То есть гиалиновые мембраны новорожденных является следствием, а не причиной РДС [3,5,9]

Цель работы: Целью данной работы явилось изучение респираторной патологии у новорожденных с разными сроками гестации от матерей с преэклампсией.

Методы и материалы исследований: В основе исследования положен анализ клинического течения неонатального периода 68 новорожденных от матерей беременность которых протекало на фоне различной степени тяжести преэклампсии. Работа выполнена на базе родильного дома №2 г. Самарканда и в отделении патологии новорожденных областной многопрофильной детской больницы г. Самарканда с 2018-2019гг. 68- новорожденных были разделены на 2 группы. Первую основную группу 33(48,5%) новорожденных от матерей беременность которых протекало на фоне тяжелой преэклампсии. Вторую группу сравнения 38(55,8%) новорожденных от матерей беременность которых протекало на фоне легкой преэклампсии.

По возрасту и паритету обе группы были хорошо сопоставимы. Их возраст колебался от 18 до 40 лет, составляя в среднем для 1-й (основной) группы 29,1±6,5 года, для 2-й группы сравнения 28,2±6,5 года. По паритету они распределялись следующим образом: основная группа из 33 рожениц: первородящих было 25 (75,55%), повторнородящих было 8(24,5%); из 38 рожениц группы сравнения первородящих было 28 (73,7%), повторнородящих 10(26,3%). Таким образом, по паритету роженицы подобраны практически одинаково и между группами отсутствует достоверная разница ($p \geq 0,05$).

Клиническое обследование рожениц включало изучение соматического, акушерского и гинекологического анамнеза, учет

заболеваний перенесенных до и во время данной беременности. Особое внимание обращали на исходы предыдущих беременностей и родов. По показаниям проводили консультации терапевтов, невропатологов и окулистов.

У рожениц с преэклампсией в основной группе родилось 33 детей, в группе сравнения 38. Масса детей в основной группе колебалась от 2000гр и до 4400гр и составило в среднем $3200 \pm 50,4$ гр. У первородящих $-3450 \pm 60,2$ гр, у повторнородящих в группе сравнения соответственно $3150 \pm 140,0$ гр и $3400 \pm 80,2$ гр. В основной группе рожениц с преэклампсией недоношенных детей было 4(12,1%), в группе сравнения 3 (7,9%). В основной группе детей с массой более 4000гр было 3(7,9%), а в группе сравнения 4(12,1%).

Рожениц обследовали с использованием общеклинических и специальных методов. Заполняли карты наблюдений для внесения в базу данных и последующей статической обработки при помощи прикладных статических программ Excel 70.

Результаты исследований: Сравнительный анализ течения неонатального периода, показало что наибольшая частота респираторных нарушений наблюдается в основной группе 6 (18,2%), А в группе сравнения наблюдалось у 5 (13,1%). При этом респираторные нарушения у доношенных в основной группе были обусловлены тяжестью преэклампсии, а у недоношенных детей в обеих группах функциональной незрелостью легких плода.

В группе сравнения при досрочном родоразрешении родилось 3 (9,1%) недоношенных новорожденных, а в основной группе родилось преждевременно 4 (10,5%).

В группе сравнения у 3(9,1%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар 7-6 баллов отмечался нерезкий цианоз и отмечались явления дыхательной недостаточности I степени, которое выражалось нарушением ритма дыхания лишь при беспокойстве. При анализе респираторных нарушений в основной группе у 5 (13,1%) детей с оценкой по шкале Апгар 4-5 балла так же, как у недоношенных новорожденных отмечены нарушения ритма и частоты дыхания, цианоз, участие вспомогательной мускулатуры, с втяжением мечевидного отростка и межреберей, глухость сердечных тонов бради и тахикардия. (дыхательная недостаточность II степени). Симптомы дыхательной недостаточности нарастали при беспокойстве ребенка. В группе сравнения в 2 (6,1%) случаях с респираторным дистресс синдромом были отмечены неврологические нарушения. Новорожденные были мало активными, беспокойны, отмечалось снижение мышечного тонуса, рефлексов, тремор конечностей, что свидетельствует о возбуждении ЦНС. На 3-4 сутки неонатального периода состояние новорожденных было удовлетворительным. У 4 (12,1%) недоношенных новорожденных в основной группе с РДС II-III степени снижение мышечного тонуса и тремор конечностей отмечались в течении 4-5 дней неонатального периода, который нормализовался к 7-9 дню неонатального периода. В основной группе у одного новорожденного на фоне респираторных нарушений были судороги, которые носили клоникотонический характер, отмечалось нарушение периода сна и бодрствования. В 2х

случаях наблюдались атония, арефлексия и адинамия. В основной группе у недоношенных новорожденных с низкой массой тела (от 2000 до 2400 гр) на фоне адинамии и депрессии отмечались периоды повышенной возбудимости. В основной группе роды были осложненными: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты с кесаревым сечением 8(24,2%) в группе сравнения 5 (15,1%)($p \leq 0,05$) неудовлетворительный прогресс родов 4 (12,1%) в группе сравнения 3 (7,9%) ($p \leq 0,05$) тазовое предлежание плода 1 (2,6%) и 1(3,0%) соответственно. Наши данные согласуются с данными Куликова А.В., Казакова Д.П. и соавт. 2001г, что любое отклонение от нормального течения родов даже плановое оперативное родоразрешение, может вызвать процесс недостаточного синтеза сурфактанта с последующим развитием РДС.

В основной группе период максимального риска проявлений нарушения дыхания длилось до конца 3-4 суток, в группе сравнения длилось 24-48 часов.

Выводы: Таким образом антенатальная гипоксия плода при преэклампсии у матери приводит к возникновению у новорожденных не только синдрома дыхательной недостаточности но и к изменениям в ЦНС, которые носят функциональный характер. Кроме того, как показали выполненные исследования, у части новорожденных неврологические нарушения выявляются позднее на 3-4е сутки неонатального периода, когда симптомы дыхательной недостаточности полностью или частично купируются.

Использованная литература:

1. Абдуллаев Д.Н. и др. Эклампсия грозное осложнение беременности, родов и послеродового периода. //Проблемы биологии и медицины- 2017 №1 (93)
2. Абрамченко В. В. и др. Ведение беременности и родов высокого риска СПб. – 2004
3. Агабабян Л. Р. и др. Особенности чистопрогестиновой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75).
4. Айламазян Э. К., Репина М. А. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» //Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – №. 5.
5. Куликов А. В. и др. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии //Н. Новгород: Изд-во НГМА. – 2001. – С. 30-53.
6. Ланцев Е. А., Абрамченко В. В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве: руководство для врачей //М.: МЕДпресс-информ. – 2011.
7. Махмудова С.Е., Атаева Ф.Н. ЭВОЛЮЦИОННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) // Передовая наука. - 2019. - С. 183-187.
8. Сурендран П. и соавт. Мета-анализ транс-предков выявляет редкие и распространенные варианты, связанные с артериальным давлением и гипертонией // Генетика природы. - 2016. - Т. 48. - №. 10. - С. 1151-1161.
9. Шабалов Н. П. Неонатология. – 2004.
10. Шабалов Н. П. и др. Асфиксия новорожденных //М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – Т. 368.



УДК 001.891(075.8)

Allazov Salakh Allazovich
 Professor of Department at Samarkand
 state medical institute, Department of urology
 Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE METHODOLOGY OF SCIENTIFIC RESEARCH IN UROLOGY

For citation: Allazov Salakh Allazovich. Features of the methodology of scientific research in urology. Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 14-17

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-4>

ABSTRACT

The article presents considers theoretical issues (the main directions of development of urology in the Republic and leading foreign achievements and copyrights, a brief description of the discipline program, presentations of scientific research from the authors experience)

Key words: Urology, scientific research, methodology.

Аллазов Салах Аллазович
 Самаркандский Государственный Медицинский
 Институт, Кафедра урологии, профессор
 Самарканд, Узбекистан.

МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УРОЛОГИИ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности методологии проведения научного исследования в урологии (теоретические вопросы основных направлений развития урологии республики ведущие научные достижения и авторские права), краткая характеристика дисциплины, презентации научных исследований на опыте автора.

Ключевые слова: Урология, научное исследование, методология.

Allazov Salah Allazovich
 Samarqand davlat tibbiyot instituti,
 Urologiya kafedrasi professor
 Samarqand, O'zbekiston.

UROLOGIYA FANIDA ILMIY IZLANISHLAR OLIB BORISHNING METODOLOGIYASI (USLUBI)

ANNOTASIYA

Maqolada urologiyada izlanishlar olib borishning metodologiyasi (uslubini) ning nazariy masalalar (O'zbekiston urologiyasining asosiy yo'nalishlari, yutuqlari, mualliflik huquqlari, fanning qisqacha tasnifi, prezentatsiyalari va ilmiy izlanishlar) muallif tajribalari asosida keltirilgan.

Kalit so'zlar: Urologiya, ilmiy izlanish, metodologiya.

To quyosh sochgayki nur...
 Uch bu so'z yondosh bo'lur:
 Olimu, ilmu, amal...

Erkin Voxidov, 1961

Dolzarblik. "Fan", jumladan "Urologiya fani" bir necha tushuncha va mazmun-mohiyatni qamrab oladi. Birinchidan, fan tabiat, jamiyat, fikrlash va atrof dunyoni o'rganishga asoslangan bilimlarni shakllantirishga va tizimlashtirishga qaratilgan inson faoliyati doirasidan iboratdir. Ikkinchidan, fan inson faoliyati natijasi o'laroq ilmiy bilimlarga ega bo'lishdir. Va nihoyat, uchinchidan, fan – bu sotsial institut bo'lib, aholining dunyoqarashini belgilaydi.

Maqsad. Fanning maqsadi ob'ektiv va sub'ektiv olam haqidagi bilim olish yo'li bilan aniq bir haqiqatga intilishdan iborat ekanligini yoritish.

Material va usullar. Fanga taalluqli darsliklar, qo'llanmalar va boshqa manbalarda keltirilishicha, urologiya – bu xirurgik fanlar jumlasidan bo'lib, erkaklarda siydik-tanosil a'zolarining va ayollarda buyraklar, siydik yo'llari xirurgik kasalliklarini o'rganadigan fandır. Bu fanning bolalarga taalluqli tomonlari bolalar xirurgiyasi tarkibida o'rganiladi. Oxirgi yillarda "Andrologiya" fani ("Erkaklar salomatligi") taraqqiy etib, alohida soha mohiyatiga ega bo'la boshlagach, bu fan dasturlarda "Umumiy urologiya" deb atala boshlandi. Bizningcha, kattalar va bolalar urologiyasini qayta birlashtirib, "Umumiy urologiya" deb atash ma'qulroqdir. Zero,

urologiya mustaqil fandır. Uni xirurgiyaning yoki bolalar xirurgiyasining bir qismi degan da'voga chek qo'yish vaqti keldi.

Natijalar va ularning tahlili. Ilmiy izlanishlar jarayonini zamon talab darajasiga ko'tarish bu yangi texnologiyalar va vositalarni modernizatsiyalash va takomillashtirishni talab qiladi. Bundan asosiy maqsad: nazariy va amaliy ilmiy mavzularni rejalashtirishda bu texnologiyalarning barcha turi bo'yicha bilim, ko'nikma va malakalarni inobatga olish va qo'llashdan iborat bo'ladi.

Bunday sharoitda tinglovchilar, iqtidorli talabalar, yosh olimlar, ilmiy izlanuvchilar mavzuni o'rganish natijasida quyidagi bilim, ko'nikma va malakalarga ega bo'ladi:

- Nazariy va amaliy mavzu yo'nalishlarga ta'rif bera bilish;
- Ilm-fan jarayoni elementlarini sanab bera olish;
- Ta'lim beruvchining ilmiy raxbarlik, didaktik hatti-harakatlari mavzuni tushuntirib berishiga ko'mak berishi;
- Ilmiy izlanish bosqichlarining farqlanishi;
- Ilmiy maqsadlarni ularning turlari buyicha farklash;
- Ilmiy izlanish jarayoniga axborot texnologiyalarini tadbiq etish;
- Ilmiy izlanishlarni isbotli tibbiyot darajasiga kutarish uchun innovatsion texnologiyalar, gemodializ, magnitli-rezonans tomografiya, doppler tekshirishlari usullaridan keng foydalanish.

Amerikalik psixolog olim Bendjamin Blum tomonidan yaratilgan "Blum taksonomiyasi"ga ko'ra o'rganish darajasi 6 pog'onaga ajratilib, «Bilish», «Tushunish», «Qo'llash», «Tahlil», «Sintez» va «Baholash» darajasi kabi kognitiv o'quv maqsadlari farqlanadi.

Chet el tadqiqotlarida ko'pincha algoritm (dizayn) usullari qo'llaniladi (oddiydan murakkablashib borish tariqasida):

1. Ilmiy xodisani e'lon qilish;
2. Ilmiy xodisalar guruxini tekshirish;
3. Xodisa – nazorat usuli;
4. Kogort – tadqiqot;
5. Bir bosqichli tekshirishlar;
6. Randomizatsiyalangan klinik tadqiqot ("oltin standart").
- 6 a. Ochiq tadqiqot,
- 6 b. Yopiq tadqiqot:
 - Oddiy ko'r-ko'rona,
 - Ikki barobar ko'r-ko'rona,
 - Uch barobar ko'r-ko'rona,
- 6 v. Multimarkazlashtirilgan

O'zbekistonda boshqa fanlar qatori, urologiya sohasida ham, kogort, randomizatsiyalashtirilgan ilmiy tadqiqotlar bajarish davri keldi deb o'ylaymiz.

Zamonaviy vrachlar, ilmiy xodimlarning kundalik mehnat jarayonlaridagi eng katta muammo dunyo miqyosidagi yangiliklar bilan tanishib borish uchun vaqtning yetishmasligidir. Buning uchun kuniga kamida 15 ta jurnal maqolalarini o'qib borish kerak bo'ladi. Buni qarangki, Buyuk Britaniyalik vrachlar o'qishga bor-yo'g'i xaftasiga bir soatgina vaqt sarf qilisharkan.

Ilmiy ish bu tezis-maqolalar yozish, hattoki monografiyayu-darsliklar chop etish ham emas. Bular ilmiy izlanishning (agar ilmiy izlanish haqiqatan olib borilgan bo'lsa) yakuni, oxirgi bosqichidir, xalos. Ayrim maqolalarga ismi sharifni qo'shib, ilmiy mahsulotlar sonini oshirish haqida-ku gapirib ham o'tirmaylik.

Darvoqe, bu turdagi «olim»larni quyidagi toifalarga bulish mumkin:

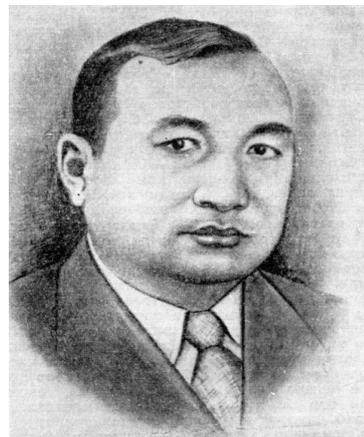
1. Ilm-fan olamining «yulduz»lari. Ularning nomi har xil ilmiy ishlarga birinchi bulib kiritilishi odat tusiga kirgan, bunga ularning o'zlari chek qo'yishmasa, boshqalarning xaddi sig'maydi;
2. O'zlarining nomlarini birinchi bulib quyilishini talab qiladigan, «rahbar olimlar», aks holda bunday ilmiy ish yorug' dunyo yuzini kurmasligini atrofdegilarga anglatgan kursizorlar (qo'pol-u, lekin o'rinli ifoda);
3. Ilmiy ishlari sonini oshirishga intiluvchi, natijada har qanday maqolalarga nomi kiritilishiga rozi bo'laveradigan bo'sh, po'kak olimlar;
4. Tanlovdan o'tish yoki boshqa maqsadlar tufayli maqolalarga har qanday shart-sharoitlarga rozi bo'lib, nomini qo'shtirib oladigan bekorxo'jalar;
5. Plagiat bilan shug'ullanuvchilar (ulardan xudo asrasin).

Ilmiy izlanuvchanlik bu qandaydir bir ilmiy muammoga qiziqish uyg'onib, uning yechimini topish ehtiyoji inson vujudini qamrab olsa-da, shu mavzuda bir reja tuzib, ilmiy kuzatishlar olib borish, ilmiy tadqiqotlar o'tkazib, qandaydir hajmda material yig'ish, uni tahlil qilib, aniq bir xulosaga kelish, shu asnoda ichki bir ko'tarinki qoniqish hosil qilishdir. Xullas ilm-fan sohasida faoliyat yuritishni quyidagi ramziy bosqichlarga bo'lsa bo'ladigandek:

1. Xayoliy parvoz;
2. Keng qamrovli o'qimishlilik;
3. Ilmiy muammoga to'qnashish;
4. Muammoni yechishga intilish (qaror qilish);
5. Reja tuzib olib, undan qaytmaslik;
6. Ilmiy izlanish-tadqiqot azoblariga, xarajatlariga chidash;
7. Ilmiy tahlil va xulosa orqali yengillashib olish;
8. Ilmiy ishdan qoniqish;
9. Boshqalar bilan bahamlashish, rozi-rizolashish maqsadida tezislar, maqolalar yozish, monografiya, o'quv qo'llanmasi, darsliklar yaratish
10. Olim va maqola (ilmiy ish) nufuzining sifati muammosi hozirgi davr fanining o'zagini tashkil etadi. Bu yo'nalishda qator izlanuvchilar bosh qotirib, ilmiy maqolaning randomizatsiyalashtirilganidan tashqari uning sifatini baholash, undan necha marta iqtibos olinganini aniqlash uchun citation index (sitata olish indeksi), ilmiy jurnallar saviyasini belgilash uchun impact factor (iqtibos keltirish) kabi kursatkichlar joriy etilgan.

Respublikamizda ilm-fan taraqqiyotining jonkuyari professor Abdulla A'zam «Tafakkur» jurnalining 2013 yil 4-sonidagi suhbatida:

« ... ilmiy tadqiqot sifatini va saviyasini belgilovchi aniq ko'rsatkich ham, metodologiya ham hozircha topilgan yo'q: jurnallar sun'iy ravishda impakt faktorini ko'tarishga zo'r beradi, bir guruh mualliflar, «kooperativlashib», til birlashtirib, bir-birining maqolasidan iqtibos keltirishni kuchaytiradi va hokazo. Qarabsizki, «sifat ko'rsatkichlari osmonga o'rlaydi, ammo sof ilmiy nuqtai nazardan, mazmun haminqadar», deb kuyunadi.



Vatanimiz ilm-fani nafaqat IX-XI va XIV-XV asrlarda, hatto yaqinda o'tgan asrning 20-yillarida ham Yevropadan qolishmagan. Bir-ikki misol keltirish kifoya: akademik Habib Abdullaevning (3-rasm) geologiya sohasidagi ilmiy ishlari jahon geologlarini lol qoldirgan. Bu-ku mayli, olimning ilmiy ishlari respublikamiz foydali qazilmalarini topish va qayta 3-rasm. Akademik

Abdullaev H.A.

ishlashga sharoit yaratib berdi. Ming afsuski, shunday buyuk bir insonning qadri bilishmadi, hasadchi-g'iybatchilar tomonidan umrining oxirgi yillarida nohaq jabrlandi.

Abdullaev Habib Abdullaevich 1912 yil 31 avgustida O'sh shahri yaqinidagi Aravon qishlog'ida tug'ilib, bor-yo'g'i 50 yilga yaqin umr ko'rgan va 1962 yil 20 iyunida Toshkent shahrida olamdan o'tgan. Qisqa umri davomida erishgan yutuqlari, kashfiyotlari esa olamshumul. 30 yoshida (1942 y.) O'zbekiston hukumati raisining o'rinbosari, 35 yoshida (1947 y.) O'zbekiston FA vitse-prezidenti, 44 yoshida (1950 y.) FA prezidenti, 46 yoshida (1958 y.) SSSR FA muxbir-a'zosi, 47 yoshida (1959 y.) Lenin mukofoti laureati. Bu buyuk olimning geologiyaga oid nazariy fikrlari amaliyotda tasdiqlangan. U birinchi bulib O'rta Osiyoni alohida metallogenik maxsus mintaqa sifatida ajratgan.

Metall hosil bo'lishi qonun-qoidalariga asoslanib qaysi joylarda metall konlari mavjudligini Habib Abdullaev oldindan ayta bildi, ya'ni yerning yuzaki tuprogida ayrim metallarning qiyosiy ko'pligiga asoslanib o'sha joyning chuqur qavatlarida ham taalluqli metal koni mavjud bo'lishi qonunini ochdi va uning bu

kontseptsiyalari asosida qazilma boyliklar topilib, amalda tasdiqlanganligi uning ilmiy asarlarini jahonga mashhur qildi. «Rudalanishning granitoid intruzivlar bilan genetik bog'liq-ligi» asari xorijiy olimlar taklifi bilan nemis, ingliz va xitoy tillariga tarjima qilingan. 7 jildidan iborat tanlangan asarlari 1964-1969 yillar davomida nashr etilgan. Abdullaev H.A. Toshkentdagi Chig'atoy qabristoniga dafn etilgan. Qabri ustiga marmar byust haykaltarosh Ye.V. Vuchetich (1908-1974) tomonidan qo'yilgan. Ta'kidlash joizki, Ye.V. Vuchetich 1931 yilda Samarqandga kelib, Tasviriy san'at fabrikasida ishlagan va bir muddat Leningrad Badiiy Akademiyasida o'qib, 1933 yilda yana Samarqandga qaytib kelgan. Rostovda Samarqandda yaratgan asarlarining ko'rgazmasini o'tkazgan. «Voroshilov ot ustida» (1939), «General Chuykov» (1947), «Nazarali Niyozov» (1948), yozuvchi M. Sholoxov (1948) larning obrazlari, «Qilichlardan omoch yasaymiz» (1958), «F.E. Dzerzhinskiy» (1959) nomli asarlari mashhurdir.

Boshqa bir matematik olim Sa'di Sirojiddinovning (4-rasm) obrusi dunyo olimlari orasida shu darajada yuksak bo'lganki, uning sha'niga 1986 yilda Jahon statistika uyushmasi (Bernulli jamiyati) o'zining birinchi kongressini uning Vatanining poytaxti Toshkentda o'tkazgan.



4-rasm. O'zbekiston FA prezidenti T.N. Qori-Niyoziy (chapda) va vitse-prezidenti S.H. Sirojiddinov (o'ngda)

Sirojiddinov Sa'di Hasanovich (1920-1988) matematik olim va jamoat, fan arbobi, O'zbekiston FA akademigi (1966), ToshDU rektori (1966-70; 1983-87), O'zbekiston FA vitse-prezidenti (1970-1983) darajalariga erishgan.

Ko'p uzgaruvchan klassik ko'phadlarning muhim xossalari bag'ishlangan tadqiqotlari 50-yillarda Toshkent matematika maktabining yanada yuksalishiga olib keldi. Olim ehtimollar nazariyasi sohasidagi yutuqlarni dunyo miqyosida birinchi bo'lib, matematik statistika qo'lladi. S.H. Sirojiddinov Bernulli nomidagi Xalqaro matematik statistik va ehtimollar nazariyasi jamiyati (Gollandiya) ning haqiqiy a'zosi (1966) bo'lgan.

Professor Abdulla A'zam ta'kidlashicha «ilmiy tadqiqot sifati va ilmiy xodim saviyasini maqolalar soni bilan o'lchashga urinish fanning tagiga suv quyish bilan barobar». Ilmiy izlanish, ma'lumki, ilmiy tadqiqot mavzusini tanlashdan boshlanadi. Oxirgi yillarda bu masalada ba'zi islohotlar o'tkazildi: nomzodlik darajasiga ximoyalarning tuxtilishi va yana tiklanishi, ilmiy raxbar tanlash tartibi, har xil proektlar tuzush va xok.). Bu o'rinda, aslida «ilmiy rahbarlikka (yana u ilmiy kengashlarda har xil «qiliqlar» bilan utkazib olingan bo'lsa!) xtiyoji yukdek, amaldan foydalanib, 20-30 talab dissertatsiyalarga rahbarlik qilish, shu raqamlarni ro'kach qilib, o'zini „olim“ deb kekkayib yurganlar qancha. Umuman ilmiy rahbarlik degan amaliyotga chek quyish vaqti kelmadimi? Fikrimizcha, „Ustoz-

shogird“ tushunchasi boshqa gap: erkin, adolatli. Xorijda proektga, dissertatsiyaga ilmiy rahbarlik qilish amaliyoti yo'q-ku! Ming afsuski hozirgi ba'zi «zamonaviy olimlarimiz» mutafakkir Luterning (Martin Luther, 1483-1546) «Aflotun – do'stim, Suqrot ham dustim, lekin haqiqatni afzal kuraman», - degan so'zlarini esdan chiqarishmoqda.

Aslida, arab yozuvchisi Jabron Xalil yozganidek, haqiqiy «buyuk kishilarning yuragi ikkita bo'ladi, bittasi qon talashib yotsa, ikkinchisi har qanday sharoitda ham xormay-tinmay ishlayveradi».

Shu asnoda Aristotelning quyidagi so'zlari taskin bo'lishi mumkin: «Bani bashariyat tabiatan bilimga intilib yashaydi». Zero, ana shunday bani bashariyatning soni, qatori bizning kunlarda ham kamaymasin, deb niyat qilishdan boshqa choramiz yo'qqa o'xshaydi, chog'i.

Bir vaqtlar N.I. Pirogov «Xirurgiya o'ldi!» deganidek bugun biz olimligu-ilmilik o'ldi deya olish darajasiga kelganmiz.

Hozirgi paytda dunyoda, jumladan respublikamizda ham ko'plab konferentsiyalar, kongresslar, simpoziumlar, s'ezdlar, bir so'z bilan aytganda ilmiy banjumanlar o'tkaziladi, turli kompaniyalar, firmalar (asosan farmatsevtik) katta-katta xarajatlar qilishadi, to'plamlar sifatli qog'ozda, chiroyli qilib chop qilinadi. Natijada esa, bu to'plamlarni varaqlab faqat o'zimizning ilmiy ishlarimizni (tezislarimizni) ko'rib, shu bilan qanoatlanamiz xalos.

Farmatsevtika industriyasi ommaviy axborot vositalarini qamrab olgan reklamalari, savdo-sotiq tizimining qariyb yarmini, yoki qo'prog'ini ish'ol qilgan kompaniyalaru dorixonalari shunday bir 5-hokimiyatga aylanganki, uning oldida bugungi 4-ommaviy axborot hokimiyati ip esholmaydigina emas, unga xizmatkorlik qiladi hatto.

Olimlik aristokratizm, texnokratizm, pragmatizmga, ilmiylik esa farmatsevtika maxsulotlarini bir varakayiga ko'r-ko'rona maqtash, tashviqotdan iborat sxolastik prezentatsiyalarga aylanib qoldi.

Rossiya urolog-olimlaridan T.N. Garmanova ushbu yo'nalishda izlanishlar olib borib, Yevropa urologlar assotsiatsiyasining qiziq ma'lumotlarini keltiradi: 2013 yilda bu nufuzli jamiyat o'zlari o'tkazib turadigan s'ezdiga 14386 ta tezis yig'ishibdi. Lekin ahamiyatli tomoni shundaki, shulardan faqatgina 4172 (29%) tasi s'ezd to'plamiga kiritilgan. Qolganlari esa turli farmatsevtik firmalarning tashviqot ma'ruzalari bo'lganligi uchun qabul qilinmagan. Ularda foydali ilmiy ma'lumot ham, yangilik ham bo'lmagan. Tezislarining sifatini kanday aniklash mumkin? Yevropa urologlari assotsiatsiyasining s'ezdlariga tezislar maxsus ekspertlar tomonidan ishlab chiqilgan ma'lum ko'rsatkichlar va shkalalar yordamida saralanadi. Shunday s'ezdlardan birining dasturiga hatto s'ezd qo'mitasi raisining (prof. Rayxsvaller) tezisi ham kirmay qolganligi ma'lum. Bunda isbotlanganlik darajasi va tezis sifatini baholash shkalasidan (TSBSh) foydalaniladi.

D. Saketta va hammual. klassifikatsiyasi bo'yicha isbotlanganlik darajasi quyidagicha baholanadi:

1a daraja. Ilmiy natijalar randomizatsiyalangan tadqiqotlarni metaanaliz qilish yo'li bilan olingan.

1b daraja. Ilmiy natijalar kamida 1 randomizatsiyalangan tadqiqotdan olingan.

2a daraja. Ilmiy natijalar bironta metodik to'g'ri randomizatsiyalanmagan nazoratlanadigan tadqiqotdan olingan.

2b daraja. Ilmiy natijalar kamida bitta metodik to'g'ri kvaziekperimental boshqa turdagi tadqiqotlardan olingan.

3 daraja. Ilmiy natijalar metodik to'g'ri eksperimental bo'lmagan tekshirishlardan, jumladan qiyosiy, korrelyatsion tekshirishlar va aloxida klinik kuzatuvlardan olingan.

4 daraja. Ilmiy ma'lumotlar ekspert komissiyasi hisobotidan olingan, yoki e'tiborli mutaxassisning klinik tajribalariga va fikrlariga asoslangan bo'ladi. Bu klassifikatsiya ilmiy maqolalarga daxlidir. Tezislar sifatini baholash maqsadida 2007 yilda Rudolf w Poolman tezislar sifatini baholovchi maxsus shkala (TSBSh) taklif qilib, ishonarli natijalarga erishgan (jadval).

Bazis darajasi	Kursatgich	50
Muammoni ochish	Tushunarli	+5
	Tushunarli emas	0
	Yo'q	-5
Tadqiqot dizayni	Prospektiv	-5
	Retrospektiv	+5

	Faqat savolnoma	0
	Ko'rsatilmagan	-10
Nazorat guruh	Ko'plab test "bitta guruh"	+5
	Xuddi shunday tekshiruv	+5
	Guruxlararo kutilmagan taqsimlash	+10
	Nazorat guruhning yo'qligi	-5
Material	Unikal	+5
	Standart tadqiqot davomiyligi guruh hajmi	0
	Yetishmovchilik	-5
Natijalar	Unikal	+10
	Yangi va ahamiyatli	+5
	Allaqachon ma'lum ma'lumotlar	0
	Ahamiyatsiz yoki ilmiylik kelib chiqmaydi	-10
Xulosa	Ahamiyatli	0
	Natijalarga asoslanmagan	-5

	Yo'q	-10
Umumiy	Ballarning umumiy yig'indisi	0-90

Yevropa Bolalar urologlari assotsiatsiyasi 2013 yilda tarqatgan axborotda ular o'tkazmokchi bo'lgan konferentsiyaga tezislari keltirilgan shkala asosida saralangan. Konferentsiya ilmiy qo'mitasining 15 ta a'zolaridan 6 nafari ushbu shkala yordamida 498 ta tezisdan 188 tasinigina (37,75%) konferentsiya dasturiga qabul qila olish imkoniyatiga ega bo'lishgan.

Anjuman raisi Rita Gobert bu shkalaga yuqori baho berib, keltirilgan saralash tizimi ilmiy ishlarni baholashda ob'ektivlikka erishishning garovi ekanligini ta'kidlagan.

Xulosa. O'zimizda o'tkazilayotgan ilmiy anjumanlarga tezislarni tanlash, maqolalar chop qilish ham halqaro mezonlar va baholash standartlari, shkalalari orqali o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir.

Adabiyotlar

1. Аллазов С.А. Урология. Дарслик. Самарканд, 2008: 132 бет.
2. Аллазов С.А. Лагохилус в урологической практике. Самарканд 2015; 38 б.
3. Диагностические и лечебные стандарты в экстренной урологии. Под ред. проф. Аллазова С.А. Изд. 2-ое дополненное. Самарканд, 2015. 37 стр.
4. Ишмухамедов Р., Юлдашев М. Таълим ва тарбияда инновацион педагогик технологиялар. Тошкент, 2013: 278 бет.
5. Ткачук В.Н. Знаменательные и юбилейные даты в истории урологии и пограничных областей в 2011 г. Урология 2011; 1: 67-68.
6. «Урология». Учебник под редакцией проф. Д.Ю. Пушкаря. Москва. М, 2013.
7. Ёкубов Собиржон. Илохий мувозанат бузилганда. Адабиёт олим Раҳмон Кўчқор билан сухбат. Тафаккур 2020; 2: 4-15.
8. Anderson SM, Helberg SB. Chart-based, case-based learning. S D Med 2009. 60(10): 391.
9. Blewett E.L., Kisamore J.L. Evaluation of an interactive, case-based review session in teaching medical microbiology. BMC Med Educ 2009; 9:56.
10. Entwistle N. Teaching for Understanding at University. Deep approaches and distinctive ways of thinking. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2009.
11. Harvard Business School. Available from.2011.
12. Popjay J, Baldwin S, Arai L, Britten N, Petticrew M, Rodgers M, Sowden A.
13. Methods Briefing 22. Narrative synthesis in systematic reviews Available from www.ccsr.ac.uk
14. Queen's University. Last accessed July 2011. Available from



УДК 616.62–022

Камалов Нодир АловатдиновичМагистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**Негмаджанов Баходур Болтаевич**доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**Шодмонова Зебунисо Рахимовна**к.м.н. доц, зав курсом урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан**МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Kamalov Nodir Alovaddinovich, Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Shodmonova Zebiniso Raximovna, microflora of the vagina and lower urinary tract of women with the stress urinary incontinence (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol.3, issue 1, pp. 18-22 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-5>**Kamalov Nodir Alovaddinovich**Master's degree in urology
Samarkand state medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**doctor of medical Sciences, Professor,
head of the Department of Obstetrics and gynecology No. 2
Samarkand state medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Shodmonova Zebiniso Rahimovna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
head of course of urology
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**MICROFLORA OF THE VAGINA AND LOWER URINARY TRACT OF WOMEN WITH THE STRESS URINARY
INCONTINENCE (LITERATURE REVIEW)****Kamalov Nodir Alovaddinovich**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Urologiya kursi magistri
Samarqand, O'zbekiston**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**tibbiyot fanlari doktori, professor,
2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Shodmonova Zebuniso Rakhimovna
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
urologiya kursi mudiri, dotsent
Samarqand, O'zbekiston

КИН VA PASTKI SIYDIK YO'LLARINING MIKROFLORASI AYOLARDA STRESSLI SIYDIK TUTA OLMASLIKGA (ADABIYOTLAR SHARHI)

Стрессовое недержание мочи у женщин - одна из наиболее часто встречаемое актуальных и трудных проблем в современной урогинекологии [1, 3, 4]. Особое место занимает стрессовое недержание мочи (СНМ) на фоне гинекологических пролапсов [ГП], частота которого составляет от 38,0% до 67,5% и не имеет тенденции к снижению [2,26].

СНМ у женщин - неконтролируемая потеря мочи при физическом усилии (кашель, смех, натуживание, физическое усилие и т.п.), когда давление в мочевом пузыре превышает давление закрытия сфинктера уретры. Из-за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается качество жизни женщины со стрессовым недержанием мочи (СНМ). Эта патология, не угрожая жизни больных, делает их частично или полностью нетрудоспособными, вызывает тяжелые физические и моральные страдания, является, помимо медицинской, важнейшей социальной проблемой, затрагивает психоэмоциональную сферу пациентов, из-за невозможности полноценного пребывания их в обществе [1,3,4].

Принимая во внимание уровень заболеваемости, тенденцию к омоложению данной патологии, часто встречающейся в репродуктивном возрасте и годами прогрессирующиеся, стрессовое недержание мочи в сочетании с ГП, несомненно, является одной из самых актуальных проблем в урогинекологии.

Основным фактором риска развития стрессового недержания мочи

является слабость мышц тазового дна и пролапс (выпадение) тазовых органов (стенок влагалища, матки, мочевого пузыря и прямой кишки), возникающие после травматичных родов или тяжелого физического труда.

Известно, что стрессовое недержание мочи у женщин часто возникает вследствие тяжелых родов, после разных гинекологических операций (удаление опухолей располагающихся в связках, после экстирпации матки), при которых происходит повреждение мышц тазового дна и изменение анатомо-функциональных строений органов малого таза, а так же при длительном тяжелом физическом труде, травмах промежности, возрастном ослаблении мышц, дефектах соединительной ткани. [13,14,15].

Вместе с тем, до настоящего времени вопросы изменения микробиота уретры и влагалища женщин со стрессовым недержанием мочи на фоне ГП освещены недостаточно и требуют дальнейшего изучения [16, 17].

Анатомическое строение и функциональная активность влагалища способствуют поддержанию нормального биоценоза, что, в свою очередь, создает систему защиты половой системы от внедрения возбудителей специфической и неспецифической инфекции и последующего их распространения по половым путям. Вагинальный биоценоз в норме на 95–98% состоит из постоянно облигатных микроорганизмов и на 2–5% факультативных. Таким образом, нормальная микрофлора влагалища обеспечивает так называемую колонизационную резистентность половых путей [5,7].

Состояния микробиота нижних мочевых путей (мочевого пузыря и уретры) и влагалища у женщин до сих пор до конца еще не изучены. Установлено, что в последние годы наметилась тенденция к омоложению пациенток с нарушением микробиота нижних мочевых путей и влагалища [19,24].

Для нормоценоза характерно лактобактерий (ЛБ), отсутствие гр микрофлоры, спор и мицелия дрожжеподобных грибов, наличие единичных лейкоцитов и «чистых» эпителиальных клеток. Подобная картина характерна для

нормального биотопа нижних мочевых путей (мочевой пузырь и уретра) и влагалища. [5,6,10].

Основным представителем нормобиоты урогенитального тракта у здоровых женщин репродуктивного возраста являются представители рода Лактобактерии (ЛБ). ЛБ оцениваются как в абсолютных, так и относительных показателях. *Lactobacillus* составляют основу нормальной микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста. В норме ЛБ являются главной составляющей ОБМ, поэтому абсолютный показатель уровня *lactobacillus* (ЛБ) практически не отличается от абсолютного показателя ОБМ и соответствует 10^6 – 10^8 для вагинальных соскобов. Для уретры и цервикального канала на порядок меньше – 10^5 – 10^7 [6,7,10].

Как известно, влагалище представляет собой динамическую экосистему. При рождении оно стерильно, затем в течение нескольких дней заселяется преимущественно грамположительной флорой, состоящей из анаэробных бактерий, стафилококков, стрептококков и дифтероидов. Со слов Назарова Е.К. до начала менструации рН влагалища нейтрален — 7,0. В период полового созревания начинает меняться *lactobacillus*, а рН снижается до 4,4. Кроме (ЛБ) в состав влагалищного биотопа входят более 40 видов других бактерий. У здоровых небеременных женщин ранговая последовательность бактериальных видов следующая: лактобактерии, бифидобактерии, пептококки, пептострептококки, бактероиды, эпидермальные стафилококки, дифтероиды и др.

Реже в составе нормальной микрофлоры обнаруживаются гарднереллы, мобилунгус и микоплазмы. Влагалищная флора может изменяться в различные фазы менструального цикла.

Всякий воспалительный процесс с присутствием микробиоценоза во влагалище должен сопровождать уретрит, вернее уретроцистит - воспалительный процесс в нижних мочевых путях. Последняя концепция - отдельно взятое присутствие микробов в уретре у женщин в отличие от мужчин, не представляется возможным (короткая уретра, отмывание её просвета мочой из мочевого пузыря и др.).

Как известно, возбудителями инфекционных уретритов являются гонококки и другие микроорганизмы- влагалищные трихомонады, стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, диплострентобациллы, фильтрующиеся вирусы.

Дальнейшее изучение этих заболеваний, задержалось почти на три столетия в связи с ошибочным отождествлением гонореи с сифилисом.

В 1937 г L. Dienes и E.Edsall выделили из абсцесса бартолиновой железы культуру микоплазмы. Это послужило началом изучения роли микоплазм в патологии мочевого тракта человека.

Более ста лет назад, в 1836 г. французский врач A.Donne открыл в гнойных белях женщин вагинальную трихомонаду. Почти через полвека Kunster обнаружили в моче у мужчин.

Особое значение представляет собой исследование Hoeschne(1916), выявившее вопреки существующему в то время мнению патогенную роль влагалищных трихомонад. Влагалищная трихомонада- паразит, патогенный только для человека, в естественных условиях обитающий лишь в мочеполовых органах человека. Патогенность урогенитальных трихомонад не абсолютна, при проникновении в уретру они не во всех случаях вызывают заболевание- организм способен противостоять этой инфекции. Существование трихомонадоносительства, когда в моче совершенно здоровых

людей мужчин обнаруживается трихомонады, подтверждает это положение.

И.И. Ильин (1962) отмечает, что они, по-видимому, в ряде случаев ведут себя, как тканевые паразиты, о чем свидетельствуют рубцовые стриктуры, образующиеся вследствие трихомонадных уретритов.

В настоящее время для установления диагноза используют традиционные методы клинической и лабораторной диагностики. Клиническое обследование направлено на выявление жалоб, объективных клинических симптомов воспаления, получение результатов бимануального исследования. Другими словами клинический диагноз подразумевает установление формы течения заболевания, топики процесса, наличия или отсутствия осложнений. Обследование женщин целесообразно проводить в период овуляции (при наличии выраженности симптомов воспаления в день обращения).

На первичном приеме большинство женщин предъявляют разнообразные жалобы, (учащение мочеиспускания, недержание мочи, боли при мочеиспускании, зуд и чаще всего на выделения из влагалища). Однако, почти треть женщин расценивают имеющиеся у них выделения, как вариант своей физиологической нормы [5,6,7].

Микрофлора влагалища изменяется в течение всей жизни (препубертатный период, репродуктивные годы и постменопауза), менструального цикла, а также ежедневно и ежечасно. При бактериологическом исследовании материала из цервикального канала у обследованных женщин был выявлен полимикробный пейзаж. Чаще всего ассоциации микроорганизмов были представлены различным

сочетанием факультативных анаэробов и аэробов. У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий эпидермальные стафилококки, бифидобактерии, Пептострептококи *E. coli* высевались в 2,5-3 раза чаще по сравнению с нормоценозом. По данным Гаджимурадова Д. Г. [3]. на фоне условно-патогенной флоры только у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий выявлены: трихомонады в (12,3%), хламидии - (17,3%), *Klebsiella spp* (8,6%) случаев.

По данным Ордынец И.М. этиологически значимыми возбудителями хронических воспалительных заболеваний гениталий следует считать *Chlamydia trachomatis* (19,8%), стафилококки (0,98%), кишечная палочка (19,8%), *Trichomonas vaginalis* (7,4%). [2, 26].

При хронических воспалительных заболеваниях гениталий с наибольшим постоянством идентифицируются уреоплазменная [5,7] (0,6%), хламидийная (43,2%), микоплазменная (35,8%), а также сочетания уреоплазменной, хламидийной, микоплазменной и грибковой флоры (39,5%).

У (79%) обследованных женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий выявлены различной степени выраженности нарушения микробиоценоза влагалища, сопровождающиеся повышением pH, отсутствием или снижением кислотопродуцирующих представителей — лактобактерий [13,14].

Патогенез развития бактериального вагиноза обусловлен двумя взаимосвязанными и взаимообусловленными процессами: ощелачиванием влагалищного содержимого и снижением концентрации *Lactobacillus*. При этом в экосистеме влагалища утрачивается контроль за размножением условно патогенных микроорганизмов, количество которых возрастает в десятки раз, вплоть до 10^9 КОЕ/мл. Ввиду повышения pH более комфортные условия создаются для размножения анаэробных микроорганизмов. Происходит естественное замещение лактобактерий другой микрофлорой, чаще всего *G. vaginalis*, а также *Mobiluncus spp.*, *Pr. melaninogenica*, *P. magnus*, *P. productus* и *M. hominis* [9, 10].

В последние годы появились сообщения о высокой частоте выделения в составе полимикробного биотопа облигатно-анаэробной gr⁺ бактерии энтеробактерии, стрептококки, стафилококки являются компонентами нормальной флоры

урогенитального тракта у женщин. Могут быть этиологической причиной аэробного вагинита.

По данным В.Е. Радзинский и соавт. *A. vaginalis* близок к представителям рода *Corynebacterium* и часто выделяется в ассоциации с *G. vaginalis*. Последняя в больших количествах выделяет пировиноградную кислоту и аминокислоты, которые декарбоксилируют анаэробы, что приводит к росту концентрации летучих аминов во влагалищном секрете и является причиной появления неприятного запаха влагалищных белей, а также прогрессивного повышения pH влагалищного секрета.

Принадлежащий к семейству *Corinobacteriaceae* микроорганизм *Atopobium vaginae*, который включается в патогенез БВ, по мнению некоторых авторов, является более специфическим маркером заболевания, чем *G. vaginalis*.

По данным Бенькович А.С. В 60,0% случаев из отделяемого уретры была выделена факультативноанаэробная микрофлора (стафилококки, стрептококки, *E. coli* и др.), в 40% - возбудители инфекции передающейся половым путем. Наиболее частыми возбудителями уретрита среди возбудителей инфекции передающейся половым путем оказались *C. trachomatis* и *M. genitalium*, доля которых составила 34,0% и 24,0% , соответственно. Спектр микроорганизмов, выявляемый у женщин с цервицитом и мужчин с уретритом, был примерно одинаковым, *C. trachomatis* у мужчин и женщин выявлялись с частотой 13,6% и 12,1% соответственно; *M. genitalium* - 9,6% и 7,5%, 9 соответственно. Распространенность *M. genitalium* среди пациентов с воспалительными заболеваниями мочеполового тракта составляет 9,6% у мужчин и 7,5% у женщин.

В связи с тем, что микоплазмы часто обнаруживаются у здоровых лиц, большинство авторов рассматривают эти микроорганизмы как условно патогенную микрофлору, способную при определенных условиях к реализации патогенных свойств. Вместе с тем, *M. genitalium* обнаруживается у 23-25% больных негонококковым уретритом и лишь у 6% здоровых мужчин, что свидетельствует в пользу патогенной роли *M. genitalium*.

Возбудитель мочеполового трихомоноза способен паразитировать в различных отделах мочеполовых органов не только женщин (влагалище, цервикальный канал, уретра, бартолиновой железы, сеновой железы, мочевой пузырь и др.), но и мужчин (уретра, предстательная железа, купровой железы и др.). В случае распространения инфекционного процесса у женщин на мочевые пути, здоровое носительство трихомонад становится редким явлением (до 5%) (Palazzetti, 1959). В первые дни после рождения во влагалищном секрете новорожденных, можно обнаружить различные микроорганизмы, чаще стрептококки, стафилококки, кишечную палочку и др., которые заносятся им от матери во время родов. Спустя 4-5 дней происходит освобождение влагалища от кокковой флоры и заселение его лактобациллами Деберлейна.

Считается, что подобный состав микрофлоры представляет собой естественный защитный барьер, предохраняющий половые органы от заражения другими бактериями.

Гинекологические аспекты интерстициального цистита. Пациентки отмечают также симптомы гинекологических заболеваний, которые могут быть параллельными или маскировать такими урологическими симптомами как поллакиурия, никтурия и императивные позывы. Болевой симптом может наблюдаться в виде надлобковой боли, хронической тазовой боли или диспареунии.

«Интраитальная» диспареуния ассоциируется с вульводонией и вестибулитом. Наличие связи между вульводонией и интерстициальный цистит (ИЦ) впервые предположил McCormack (1990), поскольку вульва и мочевой пузырь имеют общее онтогенетическое происхождение из уrogenитального синуса. Вместе с тем G.Sant(1998) наблюдал вульводонию и вестибулит лишь у 3,5% пациенток с ИЦ.

По механизму действия основные виды консервативного лечения ИЦ могут быть разделены на три категории:

- 1) Лекарства, которые прямо или косвенно изменяют нервную функцию- такие препараты как наркотические и ненаркотические анальгетики, антидепрессанты, антигистаминные, противовоспалительные, антихолинергические средства, спазмолитики.
- 2) Цитодеструктивные методики, разрушающие зонтичные клетки мочевого пузыря и после их регенерации приводящие к ремиссии. К этим видам лечения относятся гидробуживание мочевого пузыря, инстилляцией диметилсульфоксида, хлорпактина, нитрата серебра и вакцины БЦЖ.
- 3) Цитопротективные методики, защищающие и восстанавливающие слой муцина в мочевом пузыре. К этим препаратам относятся полисахариды- такие как: гепарин, пентозанполисульфат и гиалуроновая кислота.

Лекарственные средства, применяемые в лечении больных интерстициальным циститом

У женщин основная масса простейших паразитирует в области сводов влагалища (94%), несколько реже (52,4%) - одновременно в области сводов и входа во влагалище и в единичных случаях (6%) - только в области его входа (Ember).

При I степени чистоты в вагинальном секрете наблюдают чистую культуру неподвижной грамположительной палочки Дедерлейна, единичные эпителиальные клетки, а иногда и лейкоциты. При II степени чистоты наряду с влагалищными палочками обнаруживается сапрофитная микрофлора, преимущественно нежная, слегка изогнутая грамотрицательная *comma variabile*. Лейкоцитов и клеток плоского эпителия несколько больше, чем в первом случае. При III степени чистоты выявляются многочисленные гнойные клетки и лишь единичные влагалищные палочки, которые замещает пестрая гнойвидная флора, как аэробная, так и анаэробная. И наконец, при IV степени чистоты влагалища секрет становится почти чисто гнойным. Лактобациллы целиком вытеснены гнойной флорой.

Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что у некоторых больных, страдающих трихомонозом нижнего отдела половых органов, могут оказаться пораженными также мочевые пути - уретра, парауретральные ходы и мочевой пузырь. Так, в литературе сообщается, что уретре женщин трихомонадная инвазия обнаружена у 10-50% больных. Проявляется данная форма трихомоноза либо в виде выраженного данной форма трихомоноза либо в виде выраженного патологического процесса, либо в виде асимптомной инфекции. Большинство больных жалуются на дизурические явления. Часто их безуспешно лечат от гонорейного уретрита. Иногда при поражении мочевых путей наблюдается весьма тяжелые клинические формы течения инфекционного процесса. Возникшая в уретре воспалительная реакция распространяется в этих случаях на мочевой пузырь и другие области мочевых путей.

При уретроскопии у больных обнаруживается та или иная степень воспаления слизистой оболочки мочеиспускательного канала, реже - мочевого пузыря и еще реже - почечных лоханок (Н.А. Левенсон, 1939).

Клинически трихомоноз мочевых органов способен проявляться в виде уретрита, парауретрита, цистита и других форм.

Как изолированное воспалительное заболевание мочеполового тракта трихомонадный уретрит диагностируется относительно редко. Такую форму инфекции, например, Palazzetti (1959) обнаружил лишь 6% пораженных трихомонадами женщин. Чаще всего его выявляют одновременно с трихомонадным кольпитом. Следует также учитывать, что клиника трихомонадного уретрита не всегда характерна и по своему течению нередко напоминает гонорейный уретрит, что может служить источником диагностических ошибок, а следовательно, и неправильного лечения больных.

В случае возникновения трихомонадного воспаления в области парауретральных ходов и протоков Скене в начальной стадии процесса можно наблюдать у больных незначительную гиперемию выводных отверстий. Впоследствии инфекция способна принять более острое течение. Больные в этих случаях обычно жалуются на неприятные ощущения и чувство жжения при мочеиспускании. При остром течении воспалительной реакции определяются болезненность и раздражение в области наружного отверстия уретры. Резкая болезненность влагалища и гнойные выделения наблюдаются также при пальпации. У большинства больных парауретриты и скениты, однако протекают по типу малосимптомно процесса, что следует учитывать при лечении мочеполового трихомоноза у женщин.

В более поздний период имевшие место гиперемия и отечность в области парауретральных ходов и лакун постепенно уменьшаются, а выделения становятся жидкими и скудными. В остальных случаях может произойти закупорка выводного протока парауретрального хода.

Установлено, что при однократном употреблении внутрь 0.25 г флагила сыворотка крови в разведении 1: 10 обладает трихомонадоцидными свойствами в течение 3 часов, а моча в разведении 1: 100 - 1: 400 - в течение 4 часов. О протистоцидном действии крови и мочи больных, принимающих флагил, сообщают также другие исследователи.

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и

гинекологи. В большинстве случаев стрессового недержания мочи, особенно при безуспешности консервативных мероприятий, эффективным способом

является хирургическое лечение (Лоран О.Б., 2001). Предложено достаточно

большое количество операций, включая эндоскопические (введение объемных агентов в подслизистый слой уретры для лучшего смыкания ее стенок), лапароскопические (например, лапароскопическая кольпосуспензия по Burch) малоинвазивные методы подвешивания шейки мочевого пузыря и slingовые операции с использованием свободной синтетической петли TVT (Tension free Vaginal Tape) и ее модификаций, имплантация искусственного мочевого сфинктера (Краснопольский В.И., 2010). Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в подавляющем большинстве случаев, возвращает больных женщин к нормальной повседневной жизни, физической и сексуальной активности [3, 4, 6].

Выводы:

1. Стремительное развитие лабораторных технологий в последние годы привело в практическое здравоохранение метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией результатов по окончании реакции (по конечной точке), который, не являясь количественным, используется преимущественно для обнаружения облигатных патогенов. Количественнокачественные взаимоотношения микроорганизмов (более 100 видов) которые могут участвовать в патологическом процессе, делает невозможным достоверное установление этиологического значения последних и дифференцирования состояния нормобиоты и дисбаланса и, соответственно, решение вопроса о необходимости лекарственного воздействия.

2. Некорректно поставленный клинический и/или этиологический диагноз, неизбежно приводит или к полипрагмазии или к неадекватной терапии (недостаточные суточные и/или курсовые дозы лекарственных препаратов), что, в свою очередь, вызывает или различного рода ятрогении или увеличивает риск рецидивов, хронизации, формирования осложнений с нарушением репродуктивной функции.

Список использованной литературы

1. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Трофимов Д.Ю., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Особенности биоты урогенитального тракта здоровых женщин репродуктивного возраста при исследовании методом ПЦР в режиме реального времени. Вестник дерматологии и венерологии.- 2010- №1- 80-84.
2. Ворошилина Е.С. Совершенствование методических подходов к оценке микробиоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста. Автореф. Дисс. Док. Мед. Наук Челябинск 2012; 33с.
3. Гаджиева З. К. Нарушения мочеиспускания. Под ред. Ю. Г. Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 176 с.
4. Ермакова Е.И., Балан В.Е. Урогенитальные нарушения у женщин в климактерии: оптимизация методов лечения. Акуш. и гинекол. 2013; 3: 85– / Ermakova E.I., Balan V.E. Urogenital'nye narusheniia u zhenshchin v klimakterii: optimizatsiia metodov lecheniia. Akush. i ginekol. 2013; 3: 85–9.
5. Ермакова Е.И., Кубицкая Ю.В., Балан В.Е., Аполихина И.А. Биологическая обратная связь в лечении недержания мочи у женщин. Акуш. и гинекол. 2013; 12: 102–5. / Ermakova E.I., Kubitskaia Iu.V., Balan V.E., Apolikhina I.A. Biologicheskaiia obratnaia sviaz' v lechenii nederzhaniia mochi u zhenshchin. Akush. i ginekol. 2013; 12: 102–5. [in Russian].
6. Клинические рекомендации Российского общества урологов. Под ред. Ю. Г. Аляева. М., 2015.
7. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1986; с. 486–95. / Kan D.V. Rukovodstvo po akusherskoi i ginekologicheskoi urologii.
8. Касян Г.Р., Гвозяев М.Ю., Конопляников А.Г., Пушкаров Д.Ю. Недержание мочи у женщин. М.,2013;45с.
9. Лопаткин Н. А. Урология. Клинические рекомендации. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 416 с.
10. Плотко Е. Э., Донников А. Е., Ворошилина Е. С., Хаютин Л. В., Тумбинская Л. В. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: что есть норма? // Акушерство и гинекология. 2011. №1. С. 66–70.
11. Разборская М.В., Неймарк А.И., Мазырко А.В., Шляковникова Н.В. Некоторые особенности предоперационных подготовок у женщин со стрессовым недержанием мочи. Акушерство, гинекология, репродукция. 2013; 1(7); 26-30.
12. Серегин А.В., Довлатов З.А. Симультаные операции у женщин, страдающих стрессовым недержанием мочи. // Проблемы женского здоровья. №3(том 5).-2010.-С.73-78.
13. Серегин А.В., Сняжкова Л.А., Довлатов З.А. Недержание мочи: возможности консервативной терапии. // Проблемы женского здоровья. №1 (том 5).- 2010.-С. 74-76.
14. Трапезникова М. Ф., Дутов В. В., Бычкова Н. В., Головченко К. В. Эпидемиология и лечение гиперактивного мочевого пузыря. Альманах клинической медицины 2005;8–1:307–10.
15. Шульгин А.С. Хирургическая тактика при пролапсе тазовых органов и стрессовом недержании мочи у женщин. Урология. 2014;4:25-29.
16. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapsed and possible risk factors in a general population. Am J Obstet Gynecol. 2009 Feb;200(2):184.e1-7.
17. Raz S. Vaginal surgery for stress incontinence. J Am Geriatr Soc 1990. 38: 345.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.36-002.2

Мамажанова Нодира Мирфотиховна
главный врач, врач УЗД
Частной клиники «Savriya Diagnostics»
Ташкент, Узбекистан

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

For citation: Mamajanova Nodira Mirfotixovna, The utility of ultrasound in diagnosing the stage and severity of chronic hepatitis in pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 1, issue 3. pp.23-25

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-6>

АННОТАЦИЯ

Вирусные гепатиты являются одной из самых актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Целью этого исследования было определение информативности ультразвукового исследования в оценке активности и стадии у больных с верифицированным диагнозом хронический гепатит. Исследовали информативность метода в дифференциации тяжести данного заболевания.

Ключевые слова: ультразвук, экзогенность, беременность, стадии и тяжесть гепатита

Mamajanova Nodira Mirfotihovna
chief physician, doctor of ultrasound investigation
Clinic «Savriya Diagnostics»
Tashkent, Uzbekistan

INFORMATION CONTENT OF ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF CHRONIC HEPATITIS IN PREGNANCY

ABSTRACT

Viral hepatitis is one of the most pressing health problems worldwide. The purpose of this study was to determine the informativeness of ultrasound in assessing activity and stage in patients with a verified diagnosis of chronic hepatitis. Investigated the informativeness of the method in differentiating the severity of this disease

Key words: ultrasound, exogenicity, pregnancy, stage and severity of hepatitis

Mamajanova Nodira Mirfotihovna
«Savriya Diagnostics» xususiy klinikasida
Bosh shifokor, UTT shifokori
Toshkent, O'zbekiston

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING XOMILADORLIK DAVRIDA SURUNKALI GEPATIT KASALLIGINING TASHXISIDA INFORMATIVLIGI

ANNOTASIYA

Viruсли гепатитлар hozirgi dvarda soglikni saklash tizimini eng dolzarb muammolaridan biri xisoblanadi. Bu tadkikotni utkazishdan maksad surunkali гепатит bilan ogrigan bemorlarda kasaaliknini tashxisi va kechishi dvarida ul'tratovush tekshiruvining informativligini aniklash buldi. Shu kasallikning ogirlik darajasida usulning informativligini aniklandi.

Kalit suzlar: ultratovush, exogenlik, surunkali гепатит, xomiladorlik

Актуальность. Информативность ультразвукового исследования в диагностике стадии

Вирусные гепатиты являются одной из самых актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Это определяется как их повсеместным и распространением, так и высоким уровнем заболеваемости. Среди известных в настоящее время гепатогенных вирусов HBV и HCV являются наиболее часто встречающимися причинами хронических гепатитов, которые

могут прогрессировать до цирроза печени а, в части случаев до гепатоцеллюлярной карциномы. Наиболее высоких хроническим потенциалом обладает гепатит С, который является причиной развития более 70% случаев всех хронических гепатитов. Частота формирования хронической патологии печени, индуцированной HCV, в 10 раз выше, чем при гепатите В. Переход вирусного гепатита в хронический гепатит по разным данным составляет от 40 до 80%, причем у большинства больных заболевание в

течение длительного периода после инфицирования протекает в латентной, малосимптомной форме, в том числе и при наличии цирроза печени.

Связи с этим актуальным является вопрос о ранней оценке стадии и тяжести данного заболевания. Ультразвуковое исследование (УЗИ) имеет широкое распространение в диагностике заболеваний печени в связи с доступностью, неинвазивностью, отсутствием лучевых нагрузок. Однако вопрос диагностической ценности данного метода при хронических гепатитах остается открытым.

УЗИ при подозрении на хронический гепатит проводят с целью определения размеров, оценки состояния паренхимы печени и наличия признаков портальной гипертензии [3], дополнительно рекомендуется осмотр селезенки, определение калибра портальной вены и скорости портального кровотока [4, 6, 7].

В литературе имеется ряд сообщений, иногда противоречивых, об эхографических проявлениях хронического гепатита. Сообщается, что при хроническом гепатите на эхограммах может визуализироваться как структурно однородная печень, так и с включениями единичных структур, чаще в проекции левой доли печени. Для хронического гепатита характерно наличие гепатолиенального синдрома, неравномерная плотность ткани, участки повышенной эхогенности [4, 8], повышение эхогенности печени и селезенки, зернистость их структуры, иногда может иметь место мелкоочаговая неоднородность с признаками дистального угасания ультразвука, выявление увеличенных лимфатических узлов в воротах печени, изменения сосудов печени и селезенки [8]. Некоторые авторы [1] поднимают вопрос о дифференциальной диагностике персистирующего и активного хронического гепатита. Как дифференцирующие признаки рассматривается степень повышения эхогенности печени, наличие мелких эхоочагов слабой и умеренной плотности и пр. Целью этого исследования было определение информативности ультразвукового исследования в оценке активности и стадии у больных с верифицированным диагнозом хронический гепатит. Исследовали информативность метода в дифференциации тяжести данного заболевания.

Материалы и методы

Для проведения исследования были сформированы 2 группы.

В первую группу (здоровые - ЗД) вошли профессиональные спортсмены 20 человек возрастом 18-25 лет, ведущие здоровый образ жизни, не имеющие клинико-лабораторных проявлений каких-либо заболеваний (за исключением последствий травм опорно-двигательного аппарата) и сведений о болезнях печени в анамнезе.

В вторую группу (больные хроническим гепатитом – БХГ) - вошло 80 больных хроническим гепатитом возрастом 17-72 года, из которых у 49 – выявлен вирусный гепатит С, 29 - вирусный гепатит В не имеющих клинико-лабораторных данных за цирроз печени.

Всем пациентам выполнено УЗИ печени по стандартным методикам на аппарате УЗИ «ESAOTEMYLAV 7» (Италия). На серошкальной эхограмме оценивали частоту выявления признаков, наиболее характерных (по данным литературы) для хронического гепатита: гепатомегалия, спленомегалия, изменения эхогенности паренхимы, зернистость, наличие гиперэхогенных включений и диаметр портальной вены.

Результаты и обсуждение

По данным нашего исследования на серошкальном ультразвуковом исследовании у 60% пациентов с хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки. Эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, наблюдались даже у молодых здоровых людей в 2 случаях (11%). В группе пациентов БЗП описываемые признаки имели место в 8 (10.5%) случаях.

Наиболее распространенным признаком являлось эхогенность паренхимы печени.

Проведенный анализ позволил сделать следующие заключения. Как показывают полученные данные только у 55% пациентов с подтвержденным хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки, т.е. высок уровень ложноотрицательных результатов, что обуславливает низкие показатели чувствительности (33,6%) и ОПЦ (отрицательная предсказывающая ценность) (50,0%). Таким образом, не выявление при УЗИ эхографических признаков хронического гепатита не свидетельствует об его отсутствии, и не может служить причиной отказа от дальнейшего обследования. С другой стороны, эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсутствии такового так как, даже у молодых здоровых людей наблюдались изменения эхогенности. У пациентов группы БЗП описываемые признаки встречались в 8 (11%) случаях. Наиболее распространенным признаком являлась эхогенность паренхимы печени. Наиболее чувствительным эхо признаком при хроническом гепатите является наличие включений, наиболее специфичным – неоднородность эхо структуры. При анализе не выявлено достоверных различий в частоте проявления эхографических признаков между изучаемыми группами пациентов с отсутствием группы ЗД и наличием хронического гепатита. Статистический анализ частоты выявления эхографических признаков у пациентов с хроническим гепатитом показал, что наиболее выявляемым на УЗИ признаками хронического гепатита являются наличие включений, повышения эхогенности и неоднородность эхо структуры.

У пациентов с хроническим гепатитом достоверно чаще, чем при его отсутствие выявляются включения, однако частота их не зависит от стадии и активности патологического процесса.

Неоднородность структуры выявляется при хроническом гепатите достоверно чаще, чем при его отсутствие, и статистически значимо различается в группах с различной активности хронического гепатита.

Таким образом, наиболее чувствительным к наличию или отсутствию хронического гепатита и его степени и стадии является такой эхо признак как неоднородность структуры. Наличие и стадия фиброза достоверно не влияют на частоту проявления каждого из изучаемых признаков, однако частота отсутствие эхографических изменений печени достоверно ниже у здоровых людей чем и при гепатите с тяжелым фиброзом.

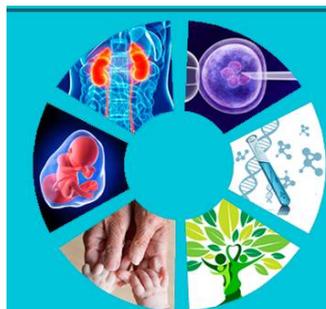
Полученные данные свидетельствуют о недостаточной диагностической ценности УЗИ при выявлении хронического гепатита, установление его стадии и активности. Однако данный метод может использоваться на начальных этапах диагностического процесса.

Выводы

1. Чувствительность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 60%, положительная предсказывающая ценность – 55%, что не всегда позволяет утверждать об отсутствии заболевания у пациентов при не выявлении эхографической симптоматики.
2. Специфичность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 72,3%, отрицательная предсказывающая ценность – 50,0%, что доказывает необходимость комплексного обследования, в частности, выполнения доплерографии и эластографии при выявлении изменений эхографической картины печени.
3. Ультразвуковое исследование печени не является достаточным для диагностики хронического гепатита, оценки его стадии и активности но, вследствие своей неинвазивности, безвредности и доступности, может быть полезно в установлении показаний к дальнейшему обследованию.

Использованная литература

1. Бондарев Л.С., Домашенко О.Н., Сотник Ю.П. Эхосканирование - метод выявления хронизации процесса при первичных гепатитах // Врачебное дело.– 1988.– № 12.– С. 98-100.
2. Вовк А.Д., Соляник І.В., Янченко В.Г. та ін.. Вірусні гепатити – актуальна проблема охорони здоров'я // Нова медицина. - 2004.– №6 (17).– С. 12-18
3. Лечение гепатита С. Конференция-консенсус // Медицинская кафедра.– 2003.– №1 (5).– С. 19-36
4. Догра В., Рубенс Д.Дж. Секреты ультразвуковой диагностики. Пер. с англ.–М.: МЕДпресс-информ, 2005.– С.144-163.
5. Лук'янова О.М., Задорожна Т.Д., Денисова М.Ф. Клініко-морфологічні особливості склерогенезу печінки у дітей, хворих на хронічні гепатити // Журн. АМН України.– 2002.– №1.– С. 72-81.
6. Тюрютиков А.Е., Левитан Б.Н., Гринберг Б.А., Воробьева И.А. Дифференциально-диагностический алгоритм печеночно-воротного кровотока у больных хроническими диффузными заболеваниями печени / Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине. Тезисы докладов.– Сочи, 2002.– С. 191-192.
7. Цыб А.Ф., Дергачев А.И. Ультразвуковая дифференциальная диагностика желтух // Вестник рентгенологии и радиологии.– 1990.– №2.– с. 32-39.
8. Чуба П.С. Діагностична цінність методу ультразвукового дослідження у хворих на вірусні гепатити, які вживають наркотики // Сучасні інфекції.– 2000.– №3.– С. 34-36.
9. Hirata M, Akbar SM, Horiike N, Onji M. Noninvasive diagnosis of the degree of hepatic fibrosis using ultrasonography in patients with chronic liver disease due to hepatitis C virus // Eur J Clin Invest .–2001.– № 3.– P.:528–535.
10. O'donohue J, Ng C, Catnach S, Farrant P, Williams R. Diagnostic value of Doppler assessment of the hepatic and portal vessels and ultrasound of the spleen in liver disease // Eur J Gastroenterol Hepatol.– 2004.–№ 16.– P. 147–155



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.2/.2 (042.3/4.)

Nasirova Zebiniso Azizovna
Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti akusherlik va
ginekologiya kafedrasini assistenti,
Samarkand Davlat Tibbiyot Instituti
Uzbekiston, Samarqand

INTRAOPERATSION KIRITILGAN BACHADON ICHI VOSITASINING DINAMIKADAGI SONOGRAFIK O'ZGARISHLARI

For citation: Nasirova Zebiniso Azizovna, Sonographic changes in dynamics during intraoperative administration of intrauterine contraception, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 26-29



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-7>

ANNOTATSIYA

Tug'ruqdan keyingi davrda ayollar uchun kontratsepsiya vositalari yuqori samarali, xavfsiz (tug'ruqdan keyingi davrda foydalanish uchun ruxsat etilgan) va maqbul (uzoq muddatli) bo'lishi kerak. Uzoq muddatli qaytar kontratsepsiya usuli xisoblangan bachadon ichi vositasi-ayollar uchun mos bo'lgan xavfsiz usul hisoblanadi. Bachadon ichi vositasining reproduktiv tizim a'zolariga ta'sirini o'rganish uchun kesar kesish operatsiyasidan keyingi 12 oy davomida chanoq a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Tekshirishlarimiz natijasida, BIV postplatsentari va interval foydalanganda, reproduktiv tizimning exografik ko'rsatkichlari kontratsepsiyadan foydalanmagan ayollarnikidan sezilarli farq qilmasligi aniqlandi. BIV kesar kesish vaktida kuyilganda, bachadon bushligidagi lokalizatsiyasi 3-6 oy mobaynida o'zgarishi mumkin. Buning natijasida, ayollarda qon ketishi, og'riq va ekspulsiya kuzatilishi mumkin.

Kalit sozlar: kesar kesish, BIV, exografik ko'rsatkichlar, kontratsepsiya.

Зебинисо Азизовна Насирова

Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии ФПДО,
Самаркандский Государственный Медицинский институт,
Узбекистан, Самарканд

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

АННОТАЦИЯ

Контрацепция для женщин в послеродовом периоде обязательно должна быть высокоэффективной, безопасной (разрешенной к применению именно в послеродовом периоде, не содержать эстрогены) и приемлемой (продолжительной). Метод длительной обратимой контрацепции – внутриматочная контрацепция (ВМК) – представляет собой безопасный метод, который подходит для большинства женщин. Для изучения влияния внутриматочной контрацепции на состояние репродуктивной системы, проведено ультразвуковое исследование органов малого таза в динамике в послеоперационном периоде в течение 12 месяцев у пациенток с ВМК. При использовании ВМК интраоперационно и интервально в течении года эхографическая картина органов репродуктивной системы существенно не отличаются от таковых у женщин, не применявших контрацепцию. Обнаружено что, локализация ВМС внутри матки может меняться в течение первых трех-шести месяцев после введения. Это может быть связано с кровотечением, болевыми ощущениями и экспульсией.

Ключевые слова: кесарево сечение, ВМК, эхографические показатели, контрацепция.

Zebiniso Azizovna Nasirova

Assistant of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

SONOGRAPHIC CHANGES IN DYNAMICS DURING INTRAOPERATIVE ADMINISTRATION OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION

ANNOTATION

Contraception for women in the postpartum period must be highly effective, safe (approved for use in postpartum period, should not contain estrogens) and acceptable (prolonged). Long-term reversible contraception or intrauterine contraception (IUD), is a safe method that is suitable for most women. To study the effect of intrauterine contraception on state of a reproductive system, an ultrasound examination of the organs was performed in dynamics in the postoperative period for 12 months in patients with IUD. When using the IUD intraoperatively and at

intervals throughout the year, the echographic picture of organs of the reproductive system did not differ significantly from those women without contraception. It was found that localization of the IUD inside the uterus can change during the first three to six months after insertion. It can be associated with bleeding, pain, and expulsion.

Key words: cesarean section, IUD, echographic indicators, contraception.

KIRISH.

Hozirgi vaqtda kesar kesish operatsiyasining soni barqaror o'sib bormoqda. O'zbekistonda u oxirgi 10-15 yilda ikki baravardan ziyodroqqa oshdi va RIATM A va G hamda RPM statistik bo'limining 2017 yilgi ma'lumotlariga ko'ra 18% ni tashkil etgan, ba'zi muassasalarda esa 35-40% ni tashkil qiladi.

KK operatsiyasidan keyin ayollarda reproduktiv salohiyatni saqlashning shart bo'lgan elementlaridan biri – homiladorlik va tug'ruqlar orasidagi maqbul intervalni ta'minlashdir. Bu, ayniqsa, bachadonida chandig'i mavjud ayollar uchun homiladorlik va tug'ruq asoratlarning yuqori xavfi tufayli muhim bo'lib hisoblanadi. Homiladorlik va tug'ruqlar orasidagi maqbul intervalni ta'minlash faqatgina samarali rejali kontratsepsiyani qo'llagandagina mumkin bo'ladi. Tug'ruqdan keyingi davrda ayollar uchun kontratsepsiya, albatta, yuqori samarali, xavfsiz (tug'ruqdan keyingi davrda qo'llanilishiga ruxsat etilgan, tarkibida estrogenlar bo'lmagan) va maqbul (uzaytirilgan) bo'lishi lozim. Uzoq qaytar kontratsepsiya usuli – bachadon ichi vositasi (BIV) – ko'pgina ayollar uchun to'g'ri keladigan xavfsiz usuldir [3,9].

Bachadon ichida BIV ning joylashuvi ichkariga kiritilgandan keyin dastlabki uch-olti oylar davomida o'zgarishi mumkin. Bu qon ketishi, og'riq sezgisi va ekspulsiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ba'zi mualliflar tomonidan aniqlanishicha, 6 haftadan keyin BIV ning yuqori chetidan bachadon tubigacha bo'lgan masofa 10 mm dan ortiq bo'lsa, bu holat BIV ni intervalli kiritishda 24 haftadan so'ng ekspulsiyaga olib keladi [9,12]. BIV intervalli kiritilgan ayollar o'rtasida uning bachadon ichini eng pastida joylashuvida ekspulsiya ro'y bergan, bunda ayollar nojo'ya ta'sirlari tufayli BIV ni olib tashlashni istashmagan. Postplatsentar kiritilgan BIV, intervalli kiritilganiga qaraganda, bachadon ichida turli lokalizatsiyaga ega bo'ladi [9].

Tadqiqotning asosiy maqsadi kesar kesishni o'tkazgan ayollarda BIVni postplatsentar va intervalli (6 haftadan keyin) qo'llaganda reproduktiv tizim a'zolarining exografik ko'rsatkichlarini o'rganishdan va ekspulsiya hamda BIVning nojo'ya ta'sirlarini bachadon bo'shlig'i ichidagi vositaning joylashuviga bog'liqligini aniqlashdan iborat.

Tadqiqot usullari.

Bachadon ichi vositasining reproduktiv tizim holatiga ta'sirini o'rganish uchun, 76 nafar ayolda operatsiyadan keyingi davrda 12 oy davomida kichik chanoq a'zolarining ultratovushli tekshiruv dinamikada o'tkazilgan. Exografik ko'rsatkichlarni aniqlash uchun "Toshiba" (Xario SSA-660A) firmasining ultratovushli detektoridan foydalanilgan.

Ultratovushli biometriya bachadonning uchta o'lchamlarini (uzunligi, oldingi-orqa o'lchami va kengligi) o'lchashni, M-exo o'lchovini, BIV va bachadon tubi o'rtasidagi masofani o'lchashni, BIV va endometriyning yuqori qavati o'rtasidagi masofani o'lchashni o'zida mujassam etgan.

Bachadon tanasining uzunligi bo'ylama kesimda ichki bo'g'izdan bachadon tubining eng uzoqdagi nuqtasigacha o'lchandi. Bachadon tanasining oldingi-orqa o'lchami bachadon tanasining eng keng joyida, oldingi va orqa devorining tashqi konturlari bo'ylab oldingi o'lchoviga perpendikulyar holatda aniqlandi. Bachadon tanasining kengligi ko'ndalang skanerlashda bachadon tanasi yon devorlarining o'ng konturidan chap konturigacha eng keng qismida o'lchangan.

Endometriyning UTT ida uning qalinligi, tuzilishi va hayz davriga muvofiqligi baholangan. Endometriyning qalinligini baholashda bachadonni bo'ylama skanerida M-exo oldingi-orqa o'lchamini o'lchash qo'llanilgan.

CHandiq sohasida oldingi devor qalinligi o'lchangan, tuxumdonlar holatiga e'tibor qaratilgan.

Reproduktiv tizim a'zolarining holatini ilk baholashda kontratseptivni qo'llashni boshlagandan 6-8 haftadan so'ng, keyin esa

3-6-12 oydan so'ng o'tkazilgan. BIVning joylashuviga, BIVning yuqori chetidan bachadon tubigacha bo'lgan kattaliklarning o'zgarishiga, BIV va endometriyning yuqori qavati orasidagi masofaga alohida e'tibor berilgan.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan keyingi davrda exografik ko'rsatkichlar dinamikada o'zgartgan va qo'llanilgan kontratseptiv vositaga ma'lum darajada bog'liqlikda bo'lgan.

Olingan natijalar

Prospektiv tadqiqot Samarqand shahar 2-son tug'ruqxonasida o'tkazilgan. Kesar kesishni o'tkazgan ayollarda Cu T 380 BIV ni postplatsentar va intervalli kiritilganda exografik ko'rsatkichlarni baholash uchun tadqiqotga kesar kesish yo'li bilan tuqqan va Cu T 380 BIV ni qo'llashni istagan 76 nafar ayollar kiritilgan. Barcha ayollar BIV ni kiritish uchun BJSST ning standart tibbiy mezonlariga mos kelishgan va tadqiqot bayoniga rioya qilishga tayyor bo'lishgan.

Ko'pchilik ayollarning yoshi 21 yoshdan 30 yoshni (77,89%) tashkil etgan. Ikki nafar ayol (4%) 36 yoshdan katta va faqatgina bir nafar ayol 20 yoshdan yoshroq bo'lgan (1-jadval).

1-jadval

Cu T 380 A BIV intraoperatsion (n =40) va intervalli (n =36) qo'llanilgan ayollarning xarakteristikasi

Kursatkichlar	BIV ni postplatsentar kullash (n=40)	BIV ni intervalli kullash (n=36)
O'rtacha yosh	25,6±1,7	25,3±1,6
Birinchi homiladorlar	4 (10%)	4 (11,1%)
Takror homiladorlar	36 (90%)	32 (88,9%)
Birinchi bor tug'uvchi ayollar	6 (15%)	6 (16,7%)
Takroran tug'uvchi ayollar	34 (85%)	30 (83,3%)

Tug'ruqdan keyingi kontratsepsiyaga muhtoj ayollarning yoshi ikkala guruhda 18 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan. 1-chi guruhda o'rtacha yosh 25,6±1,7 yosh, ikkinchi guruhda 25,3 ±1,6 yosh bo'lgan. Ilk marta homilador bo'lgan birinchi tug'uvchilar 1-chi guruhda 25% ni (10 nafar ayollar), ikkinchi guruhda 25,8% ni (10 nafar ayollar) tashkil etgan. 6 nafar ayolda tug'ruqqacha o'z-o'zidan bola tashlash sodir bo'lgan. Ikkala guruhning qolgan ayollari qayta homilador bo'lgan va qayta tuqqan ayollar bo'lishgan. Tekshirilgan ayollarning ekstragenital kasalliklar bo'yicha salomatlik indeksi nisbatan qoniqarli bo'lgan. Ko'rish a'zolarining kasalliklari eng ko'p tarqalgan kasalliklar bo'lib, BIV postplatsentar kiritilgan ayollarning 10%ida va BIV intervalli kiritilgan ayollarning 8,3%ida kuzatilgan. Kesar kesish operatsiyasiga eng ko'p ko'rsatmalar chandiqning nosozligi va chandiqning o'zi (24,2%), ekstragenital patologiya (9,4%), homilaning chanoq bilan yotishi (8,7%) bo'lgan. SHunday qilib, ikkala guruhdagi biz kuzatgan ayollarning klinik tavsifi guruhlarining bir xilligidan dalolat beradi.

2-jadval

BIV ipchalarini va ekspulsiyasini aniqlash

Parametrlar	6 hafta - n (%)		3 oy - n (%)		12 oy - n (%)	
	1 guruh (n=40)	2 guruh (n=36)	1 guruh (n=40)	2 guruh (n=36)	1 guruh (n=40)	2 guruh (n=36)

Ipchalarning aniqlanishi						
Ko'rinadi (qinda)	28 (70%)	35 (97,2%)	33 (82,5%)	35 (97,2%)	37 (92,5%)	34 (94,4%)
Ko'rinmaydi	12 (30%)	1 (2,7%)	7 (17,5%)	1 (2,7%)	3 (7,5%)	
To'liq ekspulsiya	0		1(2,5%)		0	1 (2,7%)
Qisman ekspulsiya	0		1(2,5%)	1 (2,7%)	0	

6 haftadan keyin birinchi kuzatuv tashrifida, tekshirish vaqtida, ko'zgar bilan ko'rganda, birinchi guruhdagi 70% ayollarda (28/40) va ikkinchi guruhdagi 82,5% ayollarda (33/36) ipchalar ko'ringan. Ammo birinchi kuzatuv tashrifida birinchi guruhdagi 12 nafar ayolda (30%) ipchalar ko'rinmagan. Bu shu holat bilan tushuntiriladiki, BIV intraoperatsion kiritilganda, vositaning ipchalari faqatgina ichki bo'g'izga yo'naltiriladi, bachadonning qisqarishi va loxiyalar ajralishi sayin ipchalarning o'zi tashqariga chiqariladi (2- jadval).

6 haftadan keyin birinchi kuzatuv tashrifi vaqtida BIV ekspulsiyasining birorta ham holati kuzatilmagan. Ikkinchi kuzatuv

tashrifida, 3-oyda, BIV ning qisman ekspulsiyasi 1 holatda (2%) o'rin tutgan, bu BIVni olib tashlash zaruriyatiga olib kelgan. Keyinchalik yana bir nafar ayol turmush o'rtog'ining talabi bilan BIVni olib tashlashni iltimos qilib murojaat etdi. Uchinchi kuzatuv tashrifida 6 oydan so'ng Cu T 380 A BIVning to'liq ekspulsiyasi sodir bo'lgan va 1 holatda ayolning iltimosiga ko'ra olib tashlangan. SHunday qilib, tadqiqot oxirida tug'ruqdan keyingi kuzatuvdan 6 oydan so'ng 2 holatda (4%) ekspulsiya va 2 holatda (4%) ayolning iltimosiga ko'ra BIVning olib tashlanishi qayd etildi.

Kesar kesish o'tkazilgan va kontratsepsiya uchun bachadon ichi vositalaridan foydalanadigan ayollarda exografik ko'rsatkichlar kontratsepsiyani qo'llamaydigan ayollarning ko'rsatkichlaridan birmuncha farq qilgan. Biz, bu ayollarda, spiralning yuqori chetidan bachadon tubigacha bo'lgan masofa kattaligini, shuningdek vositadan endometriyning yuqori qavatigacha bo'lgan masofani o'lchadik. Ba'zi mualliflarning ma'lumotiga ko'ra [9], bu o'zgarishlar ekspulsiyani va og'riq, qon ketish kabi nojo'ya ta'sirlarining yuzaga kelishini oldindan ko'rsata bilishi mumkin. Bizning maqsadimiz bu o'zgarishlar nojo'ya ta'sirlar tufayli BIVning ekspulsiyasi yoki uni olib tashlash xavfi bilan masofada bog'liqligini aniqlash bo'ldi. Exografik ma'lumotlarni taqqoslash 3-jadvalda keltirilgan.

3- jadval

BIK qo'llanilgan ayollarda dinamikadagi exografik ko'rsatkichlar

Kesar keyin tekshirilgan vaqt	Guruhlar	Bachadon o'lchamlari (mm) Tebranish chegarasi M±m			M-exo (mm) Tebranish chegarasi M±m		BIV-bachadon tubi (mm)	BIV-miometriy (mm)
		Bachadon uzunligi	Oldingi-orqa o'lcham	kengligi	Hayz siklining 1 - yarmi	Hayz siklining - yarmi		
6-8 hafta	1 (n=40)	37,0-86,0 71,1±1,1	22,0-64,0 54,3±1,1	39,0-75,0 69,3±0,9	0-11,0 4,2±0,3	2,0-14,0 5,1±0,3	18,7-25,5 21,3± 0,6	2,3-5,2 3,7±0,5
	2 (n=36)	36,0-85,0 66,7±1,7	23,0-65,0 5,1±1,7	38,0-76,0 66,2±1,6	0-10,0 5,7±0,4	2,0-12,0 6,9±0,4	17,9-26,0 21,5± 0,4	2,2-5,1 3,6±0,3
3 oy	1 (n=40)	39,0-85,0 66,9±1,1	23,0-63,4 48,1±1,0	38,0-72,0 64,5±0,9	2,0-13,0 5,6±0,2	3,0-15,0 6,5±0,3	15,3-22,3 18,7± 0,5	2,4-5,2 4,0±0,5
	2 (n=36)	41,0-81,0 63,4±1,6	22,0-64,0 46,6±1,7	39,0-74,2 64,4±1,4	2,0-12,0 6,7±0,4	3,0-14,0 7,9±0,4	16,1-23,4 19,1±0,3	2,2-5,0 3,9±0,3
6 oy	1 (n=40)	41,0-80,0 64,3±1,0	24,0-61,0 45,4±0,9	41,0-69,0 62,3±0,7	3,0-14,0 6,9±0,2	4,0-16,0 7,8±0,2	16,5-23,7 20,0±0,5	3,0-4,9 4,2±0,4
	2 (n=36)	42,0-71,0 61,2±1,4	23,0-62,0 42,7±1,6	40,0-70,0 61,2±1,2	3,0-13,0 7,8±0,4	4,0-14,0 9,1±0,4	16,7-22,7 20,4±0,5	3,0-5,0 4,1±0,5
12 oy	1 (n=40)	42,0-69,0 60,3±0,7	25,0-57,0 41,1±0,8	43,0-64,0 56,4±0,5	4,0-16,9 9,1±0,3	5,0-17,0 10,2±0,2	16,7-24,0 20,2±0,3	3,5-7,3 5,1±0,5
	2 (n=36)	46,0-68,0 59,9±0,9	28,0-51,0 40,3±0,9	44,0-61,0 56,2±0,7	4,0-15,0 9,7±0,4	5,0-18,0 10,9±0,5	16,9-25,1 20,5±0,5	3,4-7,1 5,0±0,4

BIVni postplatsentar va intervalli qo'llanilish jarayonida, 12-chi oyga borib, qariyb bir xilda, bachadon o'lchamlari kichraygan, bu hol 3-jadvalda aks ettirilgan. Operatsiyadan keyingi davr oshgani sayin bachadonning barcha o'lchamlari birinchi guruh ayollarida ham, ikkinchi guruh ayollarida ham asta-sekin kichraygan va 12-chi oyga kelib minimal ko'rsatkichlarga ega bo'lgan. BIV li ayollarda M-exo kattaligi tahlili shuni ko'rsatdiki, BIVni postplatsentar kiritilgan ayollarda va BIVni intervalli kiritilganda endometriydagi o'zgarishlar borasida sezilarli tafovutlar kuzatilmadi. Operatsiyadan keyingi davr oshgani sayin M-exo ning o'rtacha qalinligi barcha ayollarda oshgan. CHandiq sohasi ham ayollarning barcha tashriflarida o'zgarishsiz bo'lgan.

Bizning keyingi qadamimiz bachadon tubi va BIV – miometriy orasidagi masofa kattaligini o'lchash bo'ldi. Tug'ruqdan olti hafta va uch oydan so'ng tug'ruqdan keyingi davrdan tashqari vaqtda qo'yilgan BIV uchun bayon etilgan o'lchovlar ko'lami chegarasida bo'lgan hamda bir yil davomida simptomlar tufayli BIV ekspulsiyasi sodir bo'lgan yoki olib tashlanmagan ayollar orasida bir xil bo'lgan. Barcha ayollar uchun bachadon tubida BIV o'lchovlari medianasi 6 haftadan keyin 21,3 mm (18,7–25,5 mm)

ni, 3 oydan keyin 18,7 mm (15,3–22,3 mm) ni, 1 yildan keyin 20,2 mm (16,7–24,0 mm) ni tashkil etgan. BIK – miometriy o'lchov medianasi 6 haftadan so'ng 3,7 mm (2,3–5,2 mm) ni, 3 oydan so'ng 4,0 mm (2,4–5,2 mm) ni, 1 yildan so'ng 5,1 mm (3,5–7,3 mm) ni tashkil etdi.

Bizning natijalarimiz Gonzalez J. et al. [9] tavsiyalari bilan mos bo'lib, unga ko'ra ultratovushli o'lchovlar kuzatishlar uchun klinik jihatdan foydali bo'lishi mumkin.

Xulosa. Kesar kesish vaqtida ayollarga qo'yilgan mis tarkibli bachadon ichi kontratseptivlarni qo'llaganda, 12 oy davomida kuzatish davrida reproduktiv tizim a'zolarining exografik ko'rsatkichlari kontratsepsiya qo'llanilmagan ayollardan sezilarli farq qilmaydi. Kesar kesish vaqtida postplatsentar kiritilgan BIV ni qo'yish amaliyoti xavfsiz bo'lib, ammo keyingi kuzatuv BIVni odatdagi intervalli kiritishda ayollarning kuzatuvidan farq qilishi mumkin. SHuningdek, 6 haftadan keyin BIVning yuqori chetidan bachadon tubigacha masofa 10 mm dan kam bo'lsa, BIV dan foydalanishdan birmuncha vaqt o'tgandan so'ng ekspulsiyaga olib kelishi mumkin.

Ishlatilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. An A.V., Paxomova J.E., Materinskaya letalnost posle kesareva secheniya. Problemy reproduksii №3, 2010; str.83-86.

2. Ataxodjaeva F.A., Fazliddinova F.N. *Primenenie vnutrimatochnoy kontratsepsii v poslerodovom periode // Problemy biologii i meditsiny. -2013. -№4. -str.18.*
3. Ayurova F.M., Xamdamova M.T. *Klinicheskie aspekty primeneniya medsoderzhashix vnutrimatochnyx kontratseptivov// Uzbekiston tibbiyot jurnali. -2010. № 6. 59-64.*
4. Mikova V. N., Sandakova E. A., Kolomoysseva T. N. *Osobennosti exograficheskoy kartiny organov reproduktivnoy sistemy pri ispolzovanii razlichnykh vidov vnutrimatochnoy kontratsepsii //Permskiy meditsinskiy jurnal. – 2009. – Т. 26. – №. 5.*
5. Nasirova Z. A., Agababayan L. R. *Postplatsentarnoe vvedenie vnutrimatochnyx spiraley u jenucin, rodorazreshennykh abdominalnym putem //Problemy Reproduksii. – 2017. – Т. 23. – №. 2.*
6. Ovsepyan L. S. *Rol tryoxmernoj sonografii v prognozirovanii riska ekspulsii Levonorgestrel-rilizing vnutrimatochnoy sistemy Mirena : dis. – Erevanskiy Gosudarstvennyy meditsinskiy universitet imeni M. Geratsi, 2018.*
7. Çelen Ş. et al. *Immediate postplacental insertion of an intrauterine contraceptive device during cesarean section //Contraception. – 2011. – Т. 84. – №. 3. – S. 240-243.*
8. Colwill A. C. et al. *Six-week retention after postplacental copper intrauterine device placement //Contraception. – 2018. – Т. 97. – №. 3. – S. 215-218.*
9. Goldstuck N. D., Steyn P. S. *Insertion of intrauterine devices after cesarean section: a systematic review update //International journal of women's health. – 2017. – Т. 9. – S. 205.*
10. Gonzalez J. et al. *Ultrasound location of intrauterine devices placed at cesarean section over the first year postpartum //Contraception. – 2020.*
11. Lester F. et al. *Intracesarean insertion of the Copper T380A versus 6 weeks postcesarean: a randomized clinical trial //Contraception. – 2015. – Т. 91. – №. 3. – S. 198-203.*
12. Tjahjanto H., Haryuni I. T. *Hang-up IUD, new technique for suturing CuT-380A IUD to uterine fundus in immediate postplacental insertion during cesarean delivery: twelve months follow up //Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2014. – S. 132-139.*
13. Verest A. et al. *Intrauterine device (IUD) migration in cesarean delivery scar: What to do with the niche? //Facts, Views & Vision in Obygn. – 2019. – Т. 11. – №. 3. – S. 251.*
14. Zaconeta A. M. et al. *Intrauterine Device Insertion during Cesarean Section in Women without Prenatal Contraception Counseling: Lessons from a Country with High Cesarean Rates //Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. – 2019. – Т. 41. – №. 8. – S. 485-492.*



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.921.5-084(08):578.832.1

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой
Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного Медицинского института,
Самарканд Узбекистан

Махмудова Севара Эркиновна

Ассистент Самаркандского Государственного
Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
факультета последипломного образования,
Самарканд, Узбекистан.

МАТЕРИНСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

For citation: Negmadjonov Baxodur Boltayevich, Makhmudova Sevara Erkinovna, Maternal and neonatal outcomes and features of the course of severe pre-eclampsia in the Covid-19 pandemic, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 30-33

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-8>

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена особенностям течения тяжелой преэклампсии в условиях пандемии COVID-19 и паническим атакам встречающихся у беременных в период пандемии и самоизоляции. Из-за обилия тревожных новостей о пандемии нового коронавируса можно испытать самую настоящую паническую атаку. При этом симптомы схожи с симптомами COVID-19: одышка, ощущение надвигающейся гибели, чувство сдавливания в груди. Неудивительно, что это сбивает людей с толку, особенно, если паническая атака произошла впервые. Паническая атака – это необъяснимый, мучительный приступ тревоги и страха в сочетании с соматическими симптомами. Это невротическое расстройство чрезвычайно распространено, а его причины до конца не изучены. Исследователи полагают, что причиной панических атак в большинстве случаев является сильный стресс, болезнь или чрезмерные нагрузки.

Ключевые слова: Преэклампсия, паническая атака, Covid-19, SARS-CoV-2, беременность, тревожное расстройство невротического уровня, пандемия, опросник.

Negmajanov Bahodur Boltayevich

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Akusherlik va ginekologiya №2 kafedrasini mudiri
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand O'zbekiston

Maxmudova Sevara Erkinovna

Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti
akusherlik va ginekologiya kafedrasini assistenti,
Samarqand, O'zbekiston.

ONALIK VA NEONATAL KO'RSATKICHLAR VA OG'IR PREEKLAMPSIYANING COVID-19 PANDEMIYASI SHAROITIDA KECHISHI VA XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Ushbu maqola COVID-19 pandemiyasi va homilador ayollarda pandemiya va o'zini izolyatsiya qilish paytida duch kelgan vahima hujumlari kontekstida og'ir preeklampsianing xususiyatlariga bag'ishlangan. Yangi koronavirusning pandemiyasi haqida yangiliklarning ko'pligi sababli, vahima qo'zg'ashi mumkin. Alomatlar COVID-19 ga o'xshash: nafas qisilishi, yaqinlashayotgan o'lim hissi, ko'kragida siqilish hissi. Vahima hujumi - bu somatik alomatlar bilan birlashtirilgan, qo'rquvning tushunarsiz va og'riqli uyg'unligidir. Ushbu nevrotik kasallik juda keng tarqalgan va uning sabablari to'liq tushunilmagan. Tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ko'p hollarda vahima qo'zg'ashning sababi jiddiy stress, kasallik yoki haddan tashqari stress hisoblanadi.

Kalit so'zlari: Preeklampsiya, vahima hujumi, Covid-19, SARS-CoV-2, homiladorlik, nevrotik darajadagi bezovtalikning buzilishi, pandemiya, anketa.

Negmajanov Bahodur Boltaevich
Doctor of Medical Sciences, Professor Head of Department
Obstetrics and Gynecology No. 2
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand Uzbekistan
Mahmudova Sevara Erkinovna
Assistant at Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Postgraduate Education,
Samarkand, Uzbekistan.

MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES AND FEATURES OF THE COURSE OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA IN THE COVID-19 PANDEMIC

ANNOTATION

This article focuses on the characteristics of severe pre-eclampsia in the COVID-19 pandemic and the panic attacks that occur in pregnant women during the pandemic and self-isolation. Because of the abundance of alarming news about the new coronavirus pandemic, one can experience a real panic attack. The symptoms are similar to those of COVID-19: shortness of breath, a feeling of impending death, a feeling of compression in the chest. Not surprisingly, it confuses people, especially if this is the first time a panic attack has occurred. Panic attack is an inexplicable, agonizing attack of anxiety and fear combined with somatic symptoms. This neurotic disorder is extremely common and its causes are not fully understood. Researchers believe that the cause of panic attacks in most cases is severe stress, illness or excessive strain.

Key words: Preeclampsia, panic attack, Covid-19, SARS-CoV-2, pregnancy, neurotic level anxiety disorder, pandemic, questionnaire

Актуальность: 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 течение 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 частыми 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 сдвинулись в сторону вегетососудистого, неврогенного тревожного состояния с гипертензивным и гипотензивным состоянием. В связи с чем встал вопрос о применении родоразрешение естественным путем или оперативным путем и дифференциации диагноза преэклампсия от других неврозоподобных 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 невротиического уровня т.е. паническая атака (группа сравнения).

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%) женщина 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%), самоизоляцию 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 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 бешеный 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.

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.

Список литературы

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 ЛИТЕРАТУРЫ) // 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.
7. МОСКВА Г. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19.



УДК 612.015.3-053.2(075.8)

Султанова Нафиса Собировна
Ташкентская медицинская академия
Ассистент, PhD, Кафедры детских болезней
Ташкент, Узбекистан.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

For citation: Sultanova Nafisa Sobirovna, Metabolic disturbances of different types of feeding during adolescence, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp.34-36

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-9>

АННОТАЦИЯ

В последние годы в ряде стран изменения в практике вскармливания детей и ухода за ними, требуют медико - биологического обоснования целесообразности данных мероприятий [1]. Рациональное вскармливание и уход за ребенком является важным фактором, способствующим оптимальной реализации его генетического потенциала морфологического и функционального развития как на ранних этапах, так и в последующие периоды жизни [2,7].

Ключевые слова: вскармливание, уход, метаболические нарушения, подростковый период.

Sultanova Nafisa Sobirovna
Tashkent Medical Academy
Assistant, PhD, Department of
Childhood Diseases
Tashkent, Uzbekistan.

METABOLIC DISORDERS OF DIFFERENT TYPES OF FEEDING IN ADOLESCENCE

ANNOTATION

In recent years, changes in feeding and childcare practices in a number of countries have required a medical and biological rationale for these interventions [1]. Rational feeding and child care is an important factor that contributes to the optimal realization of the genetic potential of the child's morphological and functional development both at early stages and in later periods of life [2,7].

Key words: breastfeeding, caregiving, metabolic disorders, adolescence.

Sultonova Nafisa Sobirovna
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Bolalar kasalliklari kafedrası assistenti, PhD
Toshkent, O'zbekiston.

O'SMIRLIK DAVRIDA TURLI HIL OZIQLANISHDAGI METABOLIK O'ZGARISHLAR

ANNOTASIYA

So'nggi yillarda bir qator mamlakatlarda bolalarni ovqatlantirish va ularga g'amxo'rlik qilish amaliyotidagi o'zgarishlar ushbu choralarning maqsadga muvofiqligini biomedikal asoslashni talab qiladi [1]. Bolani ratsional ovqatlantirish va unga g'amxo'rlik qilish uning hayotining dastlabki bosqichlarida ham, keyingi davrlarida ham morfologik va funktsional rivojlanish uchun uning genetik salohiyatini maqbul ro'yobga chiqaradigan muhim omildir [2,7].

Kalit so'zlar: oziqlantirish, parvarish, metabolik kasalliklar, o'smirlik davri

Беспорное 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].

При искусственном вскармливании частота аллергических проявлений, диспептических и метаболических нарушений,

железодефицитных анемий и других алиментарно-зависимых состояний у детей выше, чем при естественном вскармливании [5,6]. Установлена взаимосвязь между метаболическими нарушениями, возникающими у детей при искусственном вскармливании и риском возникновения у них в последующем ожирения, гипертонии, диабета и нарушений в сердечно-сосудистой системе.

Цель исследования: Изучить особенности метаболических нарушений у подростков в зависимости от видов вскармливания.

Материал и методы исследования: Для достижения данной цели

были изучены клиничко-лабораторные методы исследования: общий гемоглобин, в группе сравнения эти данные были значительно анализ крови, биохимический анализ крови: липидный спектр крови: выражение хотя и не достоверно ($P > 0,05$), холестерин низкой плотности, липопротеид высокой плотности, триглицериды, а также проведено динамическое наблюдения детьми в течении 14 лет.

Результаты исследования:

В зависимости от вида вскармливания у детей нами были установлены следующие закономерности. Как видно из содержания гемоглобина, глюкозы и параметров липидного профиля у детей в зависимости от вида вскармливания у детей, находившихся на ИГВ наблюдаются показатели в пределах нормативных значений, при СГВ установлена тенденция к дисбалансу лабораторных показателей метаболического процесса. Выраженные нарушения в лабораторных показателях отмечаются у детей, находившихся на СГВ и ИВ вскармливании.

При оценке показателей глюкозы крови установлено, что уровень гликемии у детей во всех группах исследования был в пределах нормативных значений и данные статистически не различались. Изучение содержания гемоглобина показало наиболее низкие параметры в группе детей с ИВ, хотя разница была статистически не достоверной. Что касается уровня триглицеридов, то их уровень в группе с ИГВ составил $0,74 \pm 0,08$ ммоль/л против $0,78 \pm 0,08$ ммоль/л (в группе ПГВ), $0,89 \pm 0,09$ ммоль/л (в группе с СГВ) и $1,2 \pm 0,08$ ммоль/л (в группе ИВ, $p < 0,05$). Уровень ЛПНП был наиболее высоким в группе детей с ИВ и составил $3,4 \pm 0,11$ ммоль/л в сравнении с $2,0 \pm 0,01$ ммоль/л у детей на ИГВ ($p < 0,05$). Уровень ЛПВП был в пределах нормативных значений и во всех группах детей достоверно не различался. Уровень холестерина был наиболее высоким в группе детей с ИВ и составил $5,7 \pm 0,33$ ммоль/л против $3,6 \pm 0,08$ ммоль/л у детей с ИГВ ($p < 0,05$), значения холестерина в группах детей с ПГВ и СГВ составили $3,8 \pm 0,05$ ммоль/л и $3,4 \pm 0,09$ ммоль/л соответственно, и достоверно не различались со значениями полученными у детей с ИГВ.

По данным исследователей, аналогично взаимосвязаны ранняя ускоренная прибавка массы тела и риск развития ожирения в дальнейшем. Нами изучены масса тела при рождении и прибавка массы тела ежеквартально в течение 1 года у этих же детей в зависимости от вида вскармливания в анамнезе.

Проведенный анализ свидетельствует об отсутствии достоверных различий в массе тела при рождении детей во всех обследованных группах. Однако, в дальнейшем в результате различных видов вскармливания выявлены достоверные изменения в массе тела у детей с ПГВ $1800 \pm 130,1$ г в сравнении с детьми на ИГВ – $2855 \pm 28,7$ ($P < 0,001$), у детей с СГВ аналогично в сравнении с ИГВ – $1161 \pm 51,6$ г ($P < 0,001$) и у детей с ИВ – $2033 \pm 86,8$ г ($P < 0,01$). Во втором квартале наблюдалась иная картина, которая заключалась в максимальной прибавке массы тела у детей с ИВ.

Так, у детей с ИВ прибавка массы тела за второй квартал составила $2665 \pm 109,5$ г в сравнении с $1585 \pm 17,7$ г у детей с ИГВ ($P < 0,01$). У детей с ПГВ и СГВ наблюдалась аналогичная картина и прибавка массы тела была ниже, чем в группе детей с ИГВ, $1270 \pm 115,2$ г и $1280 \pm 51,9$ г соответственно в сравнении с $1585 \pm 17,7$ ($P < 0,01$ и $P < 0,01$ соответственно). В 3 и 4 квартале наибольшая прибавка массы тела наблюдалась у детей с ИВ и составила $1555 \pm 60,3$ г в сравнении с детьми на ИГВ $1004 \pm 27,4$ г ($P < 0,01$) и $1749 \pm 90,4$ г против $1644 \pm 26,2$ г соответственно.

Дальнейшим этапом наших исследований является анализ клиничко-метаболических изменений у детей в зависимости от метода ухода и возраста детей.

В основную группу с предлагаемым методом ухода вошли 54 ребенка, в контрольную группу – 70 детей, вошли дети, получавшие традиционные методы ухода.

Как видно из таблицы у детей основной группы в возрасте 4-6 лет отмечается тенденция к снижению показателей гемоглобина, в группе сравнения эти данные были значительно

выражены хотя и не достоверно ($P > 0,05$). Содержание глюкозы в крови у детей 4-6 лет в основной группе были в пределах нормы, в группе сравнения показатели так же находились в пределах норма, однако у многих детей на верхней ее границы.

Средние показатели уровня триглицеридов практически не отличался у детей в возрасте 4-6 лет в обеих исследовательских группах. ($P < 0,05$).

Показатели ЛПНП и ЛПВП в некоторых случаях повышались, однако не выходили за пределы нормативных значений, тогда как показатели ЛПВП имели тенденцию к снижению. ($P < 0,01$).

Средний уровень холестерина так же не отличался в исследовательских группах у детей в возрасте 4-6 лет.

У детей в возрасте 7-14 лет наблюдается более выраженная картина дисбаланса показателей метаболических нарушений. Так средние показатели гемоглобина у детей в основной группе были не достоверно повышены по сравнению с группой сравнения ($115,6 \pm 0,12$ и $111,9 \pm 0,15$ г/л соответственно) и имели разницу по сравнению с детьми в возрасте 4-6 лет. Повышается среднее число глюкозы, притом в группе сравнения выше, чем в основной группе, хотя и не достоверно, однако по сравнению с детьми 4-6 лет эти показатели достоверно выше, невзирая на методы ухода. Показатели триглицеридов в группе сравнения повышались на 1 порядок, что составляло $1,3 \pm 0,05$ и $1,5 \pm 0,05$ ммоль/л, однако данные не достоверны, но отмечается их достоверное повышение в группе сравнения по отношению к детям в возрасте 4-6 лет ($P < 0,05$). Так же отмечалось повышение ЛПНП у детей в возрасте 7-14 лет по отношению к возрасту 4-6 лет как в основной, так и в группе сравнения ($2,1 \pm 0,1$ ммоль/л против $3,2 \pm 0,4$ ммоль/л ($P < 0,05$)). Изменения ЛПВП у детей не значительно отличались по возрасту и по методам ухода. Установлено достоверное повышение холестерина с возрастом, так если в основной группе в возрасте 4-6 лет его показатели составили $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л, то в возрасте 7-14 лет они достоверно повысились ($5,7 \pm 0,10$ ммоль/л; $P < 0,05$). В группе сравнения отмечается аналогичная картина.

Анализируя частоту выявления лабораторных показателей, свидетельствующих о нарушении жирового и углеводного обмена в зависимости от методов ухода нами установлена, что у детей в основной группе наблюдается менее выраженная динамика частоты встречаемости нарушений метаболических показателей в лабораторных показателях. Так частота встречаемости снижения гемоглобина ниже 110 г/л отмечалось у 25,9% детей основной группы, что в 1,3 раза меньше, чем группе сравнения. Повышение содержания глюкозы отмечено в 16,7% случаев в основной группе и 21,4% в группе сравнения. Аналогичная тенденция отмечается и при интерпретации показателей холестерина, триглицеридов и ЛПВП.

Выводы:

Таким образом, метаболическая характеристика детей в разные периоды жизни отражает общие закономерности защитно-адаптационных процессов и проявляется в разнонаправленности и различной степени выраженности изменений в зависимости от вида вскармливания и принципов ухода. Метаболические изменения в разные возрастные периоды характеризовались неоднородностью, так у детей в возрасте 4-6 лет лабораторные показатели характеризовались стабильным состоянием показателей жирового и углеводного обмена, а также отсутствием сегментов максимального напряжения метаболизма, что нельзя сказать о детях в подростковом периоде.

Использованная 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. Шендеров Б. А. Функциональное питание и его роль в профилактике метаболического синдрома. - М.: ДеЛи-принт, 2012. - 319 с.
4. 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.
5. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NUT/98.1).
6. Department of health, United Kingdom. UK review of Welfare Food Scheme. London, Stationery Office, 2000 (in press).
7. 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.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.17:616-06-02-092-056.5

Хамраев Хумоюн Хамзаевич
Ассистент Самаркандского Государственного
Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
факультета последипломного образования,
Самарканд, Узбекистан.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ

For citation: Hamraev Humoyun Hamzaevich, Vitamin d deficiency in patients at high risk of pre-eclampsia and laboratory blood changes, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 37-39



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-10>

АННОТАЦИЯ

ПЭ является причиной смерти почти 100 тыс. женщин-матерей в мире ежегодно. Несмотря на определенные успехи в изучении ПЭ, последняя до настоящего времени является одной из основных причин материнской смертности без четкой тенденции к улучшению ситуации [1, 2, 5]. Исследования, проведенные в последнее время в различных странах, заставляют обратить внимание на возможности применения витамина D для снижения риска ПЭ. Существует мнение, что активная форма витамина D-1,25 (ОН) 2D регулирует транскрипцию и функцию генов, связанных с инвазией трофобласта, нормальной имплантацией и ангиогенезом. Витамин D (1 α , 25-дигидроксивитамин D3) оказывает свое действие на клетки, как генетически опосредовано, так и негенетическими путями. Они включают как долгосрочные модуляции экспрессии генов (генетический механизм), так и кратковременную активацию внутриклеточных связей (негенетический механизм).

Ключевые слова: Преэклампсия, дефицит витамина D, беременность, репродуктивные и перинатальные потери.

Hamraev Humoyun Hamzaevich
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti
akusherlik va ginekologiya kafedrasi assistenti,
Samarqand, O'zbekiston.

YUQORI XAVF BO'LGAN BEMORLAR PREEKLAMPSIYANING RIVOJLANISHIDA VITAMIN D YETISHMOVCHILIGI VA LABORATOR O'ZGARISHLAR

ANNOTASIYA

PE har yili dunyo bo'ylab 100000 ga yaqin ayollarning o'limiga sabab bo'ladi. PE ni o'rganishda ba'zi bir yutuqlarga qaramay, hali ham onalar o'limining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi [1, 2, 5]. Yaqinda turli mamlakatlarda olib borilgan tadqiqotlar PE xavfini kamaytirish uchun D vitaminidan foydalanish imkoniyatlariga e'tiborni qaratmoqda. D-1,25 (OH) 2D vitaminining faol shakli trofoblast invaziyasi, normal implantatsiya va angiogenez bilan bog'liq genlarning transkripsiyasini va funktsiyasini tartibga soladi deb hisoblanadi. Vitamin D (1 α , 25-dihidroksivitamin D3) o'z ta'sirini hujayralarga, ham genetik, ham genetik bo'lmagan yo'llarga ta'sir qiladi. Ular gen ekspresionining uzoq muddatli modulyatsiyasini (genetik mexanizm) va hujayra ichidagi bog'lanishlarni (genetik bo'lmagan mexanizmni) qisqa muddatli faollashtirishni o'z ichiga oladi.

Kalit so'zlar: Preeklampsiya, D vitamini etishmovchiligi, homiladorlik, reproduktiv va perinatal yo'qotishlar.

Hamraev Humoyun Hamzaevich
Assistant at Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Postgraduate Education,
Samarkand, Uzbekistan.

VITAMIN D DEFICIENCY IN HIGH-RISK PRE-ECLAMPSIA PATIENTS AND LABORATORY BLOOD CHANGES

ANNOTATION

PE is responsible for almost 100 000 maternal deaths annually worldwide. Despite some advances in the study of PE, it is still a major cause of maternal mortality with no clear trend towards improvement [1, 2, 5]. Recent studies in different countries have drawn attention to the potential of vitamin D to reduce the risk of PE. It is believed that the active form of vitamin D-1,25 (OH) 2D regulates the transcription and function of genes related to trophoblast invasion, normal implantation and angiogenesis. Vitamin D (1 α ,25-dihydroxyvitamin D3) exerts its effects on cells through both genetically mediated and non-genetic pathways. They include both long-term modulation of gene expression (genetic mechanism) and short-term activation of intracellular communication (non-genetic mechanism).

Key words: Preeclampsia, vitamin D deficiency, pregnancy, reproductive and perinatal losses.

Введение: Доказано, что в решении проблемы охраны материнства и детства одним из главных направлений является снижение репродуктивных и перинатальных потерь. В Республике Узбекистан вплоть до начала XXI века на фоне высокой рождаемости (35-37%) отмечались высокие показатели материнской и младенческой смертности. Тяжелая преэклампсия является одним из основных детерминант материнской смертности [4]. Преэклампсия продолжает оставаться опасным состоянием и для плода, приводя к задержке внутриутробного развития, к преждевременным родам, низкому весу при рождении и перинатальной смертности [1,4,6]. В последние годы в странах СНГ до 20,6% увеличилась частота преэклампсии (3,7). Это диктует необходимость более углубленных исследований по выявлению группы риска, разработке прогностических критериев и проведения лечебно-профилактических мероприятий с целью уменьшения перинатальных потерь и охраны здоровья матери и ребенка.

Витамин D является мощным эндокринным супрессором биосинтеза ренина и способен предотвращать гипертонию через подавление ренин-ангиотензиновой системы. Он снижает уровень инсулина в крови, улучшает эндотелиально зависимую вазодилатацию, а также снижает антикоагулянтную активность крови. С дефицитом витамина D связывают повышение риска развития сахарного диабета, ожирения, аутоиммунных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца). Витамин D пересек границы метаболизма Ca и фосфатов и стал важным фактором обеспечения важнейших физиологических функций. Это стероидный гормон с эндокринными, паракринными и аутокринными эффектами. Восполнение дефицита витамина D может быть одной из важных профилактических программ здравоохранения. Дефицит витамина D, по мнению экспертов Международного эндокринологического общества, определяется как уровень 25(OH)D в сыворотке крови менее 20 нг/мл, показатели между 20 и 30 нг/мл должны расцениваться как недостаточность, оптимальные значения – более 30 нг/мл [3, 4, 6].

Исследования, касающиеся количества витамина D, показали обратную корреляцию между уровнями витамина D и

метаболическими факторами риска, резистентностью к инсулину, ИМТ, количеством триглицеридов, общего тестостерона и ДЭА и положительной корреляцией с чувствительностью к инсулину [7-10].

Цель исследования: доказать взаимоотношающее действие дефицита вышеперечисленных макроэлементов в комплексе с уровнем 25(OH)D3 в развитии преэклампсии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 109 пациенток в возрасте от 19 до 41 года. I группу составили 36 пациенток на сроках 34–37 недели беременности с ПЭ; II группа – 35 пациенток группы высокого риска развития ПЭ, получавшие препараты витамина D и кальция с 14–16 недель, III группу составили 38 пациенток, не принимавших препараты витамина D (принимавшие только препараты кальция. Нозологический диагноз формулировали в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» X пересмотра (МКБ-10) [МКБ-10, 1995].

Доза витамина D составила 1500 МЕ. Группу сравнения составили 30 пациенток с физиологическим течением беременности.

У всех пациенток группы исследования состояние углеводного обмена оценивалось по содержанию глюкозы и гликированного гемоглобина крови натощак в плазме венозной крови и уровню иммунореактивного инсулина. Среди показателей белкового обмена были проанализированы содержание мочевой кислоты, креатинин, мочевины, общий белок и фибриноген.

В сыворотке крови определяли содержание витамина D, для определения 25-OH витамин D использовался иммуноферментный набор для количественного определения 25-гидроксивитамина D и других гидроксированных метаболитов в сыворотке крови.

Результаты исследования. С целью изучения особенностей метаболических процессов у пациенток с осложненным течением беременности нами проведена клиническая оценка результатов исследования биохимических показателей крови, уровня витамина D у пациенток с ПЭ, в группе риска по развитию ПЭ и пациенток с физиологическим течением беременности (табл. 1).

Таблица 1
Показатели белкового обмена и витамина D в группе пациенток с преэклампсией

Группы	Вит D (нг/мл)	Мочевая кислота (мкмоль/л)	Креатинин (мкмоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Общий белок (г/л)	Фибриноген (г/л)
Преэклампсия тяжелая	10,75±1,2	350±8,4	135±6,3	8,3±1,3	54,6±2,2	6±0,5
Преэклампсия легкая	10,85±1,4	323±7,8	128±7,1	6,4±0,9	58,9±1,7	5,4±0,5
Группа сравнения	18,7±1,5	259±8,1	63±3,4	3,1±0,7	64,5±2,5	3,1±0,7

При изучении результатов показателей белкового обмена пациенток с преэклампсией было обнаружено, что по сравнению с показателями белкового обмена пациенток с физиологическим течением беременности повышен уровень мочевой кислоты, мочевины, креатинина и фибриногена при снижении уровня общего белка на фоне дефицита витамина D. Необходимо отметить, что изменения белкового обмена более выражены у пациенток с тяжелой преэклампсией.

При анализе результатов показателей углеводного обмена пациенток с преэклампсией было обнаружено, что по сравнению с показателями углеводного обмена пациенток с физиологическим течением беременности повышен уровень инсулина и снижен уровень глюкозы. Уровень витамина D при этом у пациенток с преэклампсией был значительно снижен (табл. 2).

Таблица 2
Показатели углеводного обмена и витамина D в группе пациенток с преэклампсией

Группы	Вит D (нг/мл)	Глюкоза (ммоль/л)	Гликированный гемоглобин (молярных %)	Инсулин (пмоль/л)
Преэклампсия тяжелая	10,57±0,3	3,2±0,3	3,86±0,3	73±1,2

Преэклампсия легкая	10,80±0,4	3,4±0,2	4,01±0,4	64±2,2
Группа сравнения	18,74±0,3	4,6±0,1	3,65±0,2	40±2,0

Согласно литературным источникам существует связь между уровнем витамина D и метаболическими факторами риска. Выявленные биохимические сдвиги у пациенток с реализованной преэклампсией на фоне выраженного дефицита витамина D позволили нам предположить влияние витамина D на биохимические процессы во время беременности и исход беременности.

Пациенткам группы высокого риска развития преэклампсии после определения уровня витамина D на сроке 14–16 недель было решено с профилактической целью назначить препарат витамин D.

К моменту родов у пациенток группы риска по развитию ПЭ, получавших витамин D и препараты кальция, содержание 25(OH)D составило 24,1±1,4 нг\мл, ионизированного кальция – 1,17 ммоль\л; у не получавших соответственно – 12,6 ± 1,2 и 0,89± 0,01 нг\мл ($p \geq 0,01$).

Витамин D может воздействовать на бета-клетку поджелудочной железы, индуцируя секрецию инсулина бета-клетками или активируя кальций-зависимую эндопептидазу бета-клеток, которая преобразует проинсулин в активный инсулин. У пациенток с ПЭ отмечена гипогликемия, у пациенток группы риска по развитию ПЭ на фоне применения витамина D показатели углеводного обмена были близки к физиологическим значениям. У пациенток группы риска по развитию ПЭ, не принимавших витамин D, в основном наблюдалась тенденция к гипогликемии.

Заключение. Таким образом, по результатам оценки биохимических показателей у пациенток с ПЭ тяжелой степени выявлены повышение уровня холестерина. Также у пациенток с ПЭ обнаружены сдвиги в биохимических показателях: снижен

уровень общего белка, причем у пациенток с тяжелой ПЭ уровень общего белка снижен до 54,6±2,2 г\л, отмечено повышение уровня мочевой кислоты и трансаминаз в крови.

Биохимические параметры, характеризующие метаболические процессы пациенток группы риска развития ПЭ, получавших витамин D, выгодно отличались от параметров пациенток, не получавших витамин D и кальций.

По результатам исследования отмечено, что у беременных, принимавших витамин D, течение беременности было более благоприятным, чем у пациенток, получавших только препарат кальция. ПЭ легкой степени развилась на сроках 35–36 недель лишь у 2 пациенток группы риска (3,4 %), в связи с чем женщины были госпитализированы в акушерский стационар и родоразрешены в 37–38 недель. Тяжелая ПЭ среди женщин, получавших витамин D, не наблюдалась. Среди беременных, не получавших витамин D, ПЭ диагностирована у 4 (13,3 %), причем у 2 – наблюдалось тяжелое течение, у 2 – легкой ПЭ.

Данные дозы позволили увеличить содержание витамина D в крови и поддерживать его на оптимальном уровне в течение беременности. Профилактическое назначение витамина D в два раза снижает частоту кесарева сечения, гипоксии и церебральных поражений плода, также отмечено значительное улучшение перинатальных исходов.

Можно предположить, что в условиях дефицита витамина D у пациенток с ПЭ и группы высокого риска развития ПЭ наблюдались определенные метаболические сдвиги. Назначение препарата витамина D и кальция увеличивает обеспеченность витамином D, благотворно влияет на углеводный, белковый обмен, обеспечивая нормализацию метаболических процессов и более благоприятное течение беременности и перинатальные исходы.

Список литературы

1. Васильева Э. Н. и др. Новые подходы к профилактике преэклампсии у пациенток группы высокого риска развития преэклампсии в условиях дефицита витамина D //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №. 5. – С. 153-153.
2. Зенько Л. И., Сидоренко В. Н. Роль кальция и витамина d в развитии гестационной гипертензии и преэклампсии //ББК 5я43 С 568. – С. 105.
3. Мальцева Л. И., Васильева Э. Н., Денисова Т. Г. Витамин D и преэклампсия //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2016. – Т. 16. – №. 1.
4. Негматуллаева М. Н., Туксанова Д. И., Ахмедов Ф. К. Современная диагностика-определение маркеров преэклампсии //ТОМ-I. – 2019. – С. 329.
5. Рекомендации В. О. З. по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии //Женева, Швейцария: Департамент ВОЗ здоровья матери и ребенка. – 2014.
6. Ходжаева Ф. Т. Влияние витамина d на течение и эффективность лечения беременных //Новый день в медицине. – 2019. – №. 4. – С. 354-357.
7. Шелепова Е. С. и др. Уровень обеспеченности витамином D у беременных с преэклампсией //Артериальная гипертензия. – 2015. – Т. 21. – №. 6.
8. Behjat Sasan S. et al. The effects of vitamin D supplement on prevention of recurrence of preeclampsia in pregnant women with a history of preeclampsia //Obstetrics and Gynecology International. – 2017. – Т. 2017.
9. Gidlöf S. et al. Vitamin D and the risk of preeclampsia—a nested case–control study //Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. – 2015. – Т. 94. – №. 8. – С. 904-908.
10. Levine R. J. et al. Trial of calcium to prevent preeclampsia //New England Journal of Medicine. – 1997. – Т. 337. – №. 2. – С. 69-77.
11. Riancho-Zarrabeitia L. et al. Vitamin D and antiphospholipid syndrome: A retrospective cohort study and meta-analysis //Seminars in Arthritis and Rheumatism. – WB Saunders, 2018. – Т. 47. – №. 6. – С. 877-882.

**ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

НОМЕР 3, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000