

*Samarqand*

2022, №2.1 (103)

ISSN 2181-466X

*Doktor  
Axborotnomasi*





**Учредитель:**  
САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

\*\*\*\*\*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ДОКТОР АХБОРОТНОМАСИ  
ВЕСТНИК ВРАЧА  
DOCTOR'S HERALD

Журнал входит в перечень научных журналов  
и изданий, рекомендованных ВАК при  
Кабинете Министров Республики Узбекистан  
при защите докторских диссертаций

**UCH OYLIK  
ILMIY-AMALIY JURNAL**  
1997 yilda t.f.d. J. A. Ahtamov  
tomonidan tashkil etilgan

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**  
Основан в 1997 году  
д.м.н. Дж. А. Ахтамовым

**QUARTERLY SCIENTIFIC  
AND PRACTICAL JOURNAL**  
Founded in 1997  
by ph.d. J. A. Akhtamov

**Адрес редакции:**  
Республика Узбекистан, 140100, г.Самарканд,  
ул.Амира Темура, 18.  
**Тел.:** +998 97 9291009

**e-mail:** vestnikvracha.vv@gmail.com

**Дополнительная информация:**  
vestnikvracha.uz

Журнал перерегистрирован в  
Самаркандском областном  
управлении печати и информации  
01 июля 2016 года  
(регистрационный № 09-35).

Разрешено к печати 17.06.2022  
Формат А4. Гарнитура Times New Roman.  
Объем 23,91 усл. п.л. Тираж 100 экз.  
Отпечатано в типографии Самаркандского  
государственного медицинского университета  
Заказ №86

**№ 2.1 (103)  
2022 yil**

<http://doi.org/10.38095/2181-466X-20221032>  
ISSN 2181-466X

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

Ж. А. Ризаев

Зам. главного редактора:

Б. Б. Негмаджанов

Ответственный секретарь:

В. О. Ким

А.А. Абдукадыров, Л.М. Абдуллаева,  
А.А. Абдусаломов, Л.Р. Агабабян,  
Г.Б. Арзиева, Т.У. Арипова,  
Ж.А. Атакулов, А.А. Ахмедов,  
Ю.М. Ахмедов, Ш.Н. Валиев,  
А.Т. Джурабекова, Ш.Х. Зиядуллаев,  
Ш.Б. Иргашев, З.С. Камалов,  
З.Б. Курбаниязов, В.И. Лим,  
Г.У. Лутфуллаев, С.Э. Мамараджабов,  
С.Н. Пардаев, А.В. Полевщиков,  
Г.Т. Раббимова, Р.Ю. Рузибаев,  
Г.У. Самиева, А.Т. Сафаров,  
А.М. Хайдаров, Г.А. Хакимов,  
Х.Т. Хамраев, Т.Р. Хегай, Н.М. Шавазид,  
Х. Ш. Шавкатов, А.М. Шамсиев,  
Р.Х. Шарипов, А.Ш. Шодиев,  
К.Э. Шомуродов, А.А. Юсупов,  
Н.А. Ярмухамедова

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENT

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №2	8	№2 DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
ВОСПОМИНАНИЯ ОБ УЧИТЕЛЕ	11	MEMORIES OF THE MENTOR
<b>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</b>		<b>ORIGINAL ARTICLES</b>
<i>Н. Т. Абдукаримова, М. М. Асатова</i> СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО- ПЛОДОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ	13	<i>N. T. Abdukarimova, M. M. Asatova</i> CONDITION OF UTERO-PLACENTAL- FETUS CIRCULATION IN PREGNANT WOMEN WITH MITRAL STENOSIS
<i>Г. Д. Азизова, М. М. Асатова</i> ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА	16	<i>G. D. Azizova, M. M. Asatova</i> FEATURES OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE OVARIES IN WOMEN WITH ADRENAL HYPERANDROGENISM
<i>Б. Р. Акрамов, С. С. Гойибов, И. Л. Шарипов</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН С ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ	20	<i>B. R. Akramov, S. S. Goyibov, I. L. Sharipov</i> FUNCTIONAL STATE OF EXTERNAL RESPIRATION IN WOMEN WITH PNEUMONIA DURING ABDOMINAL DELIVERY.
<i>Д. А. Алиева, Т. В. Тян, Д. А. Нишанов</i> ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	25	<i>D. A. Alieva, T. V. Tyan, D. A. Nishanov</i> EVALUATION OF THE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF ENDOMETRIAL CELL POPULATIONS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING
<i>Д. А. Алиева, М. М. Файзырахманова, Ю. К. Мирзаева</i> МЕСТО СКРИНИНГА В ЛИКВИДАЦИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	29	<i>D. A. Aliyeva, M. M. Fayzyrakhmanova, Yu. K. Mirzaeva</i> THE PLACE OF SCREENING IN THE ERADICATION OF CERVICAL CANCER
<i>Г. В. Азиева</i> ТЕРМИК КУЙГАН НОМИЛАДОР АЙОЛЛАДАРДА ПЛАТСЕНТАНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ	33	<i>G. B. Aziyeva</i> MORPHOLOGY OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN WITH THERMAL INJURIES
<i>А. А. Аскеров, З. А. Матибраимова, Т. К. Айдаралиева, А. С. Давлетова, К. А. Аскерова</i> НЕГАТИВНАЯ ИНДУКЦИЯ РОДОВ	36	<i>A. A. Askerov, Z. A. Matibraimova, T. K. Aidaraliev, A. S. Davletova, K. A. Askerova</i> NEGATIVE INDUKTION OF LABOR
<i>Ф. К. Ахмедов, М. Н. Негматуллаева, Д. И. Туксанова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ	40	<i>F. K. Akhmedov, M. N. Negmatullaeva, D. I. Tuksanova</i> FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND THE RISK OF ADVERSE OUTCOMES DEPENDING ON THE SEVERITY OF PREECLAMPSIA

- Н. А. Ахтамова, Н. Н. Шавазӣ**  
ХАРАКТЕРИСТИКА МАРКЕРОВ  
ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В КРОВИ У  
ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ  
РОДАМИ 44 **N. A. Akhtamova, N. N. Shavazi**  
CHARACTERISTICS OF MARKERS OF  
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE  
BLOOD OF WOMEN WITH  
PRETERM BIRTH
- Н. Г. Ашурова, С. Б. Бобокүлова**  
ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ СИНДРОМИ  
БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ  
АЁЛЛАРДА ГОРМОНАЛ  
ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ 50 **N. G. Ashurova, S. B. Bobokulova**  
CHARACTERISTICS OF HORMONAL  
CHANGES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE  
AGE WITH HYPERANDROGENIC  
SYNDROME
- Н. Г. Ашурова, Н. Н. Казакова**  
ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ  
АЁЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗНИНГ ОҒИЗ  
БЎШЛИҒИ ХОЛАТИГА ТАЪСИРИ 54 **N. G. Ashurova, N. N. Kazakova**  
EFFECT OF OSTEOPOROSIS ON  
ORAL HEALTH IN PERIMENOPAUSAL  
WOMEN
- Ш. Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов**  
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ВЫБОР  
ДОСТУПА КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ  
СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ 57 **Sh. N. Valiev, B. B. Negmadjanov**  
CESAREAN SECTION: CHOICE OF  
ACCESS AS ONE OF THE WAYS TO  
REDUCE POSTOPERATIVE  
COMPLICATIONS
- Ф. И. Фаниев, Б. Б. Негмаджанов**  
ГИНЕКОЛОГИК ВА ЖАРРОҲЛИК  
КАСАЛЛИКЛАРИДА СИМУЛЬТАНТ  
ОПЕРАЦИЯЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ 60 **F. I. Ganiev, B. B. Negmadjanov**  
FEATURES OF SIMULTANEOUS  
OPERATIONS IN GYNECOLOGICAL AND  
SURGICAL DISEASES
- S. T. Djurabekova**  
RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIKDAN  
KEYIN PREGRAVIDAR TAYYORGARLIK 64 **S. T. Djurabekova**  
PREGRAVIDARY PREPARATION AFTER  
NON-DEVELOPING PREGNANCY
- Г. З. Ешимбетова, Н. Х. Шаикрамова**  
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К  
ЛЕЧЕНИЮ ГРИБКОВОГО КОЛЬПИТА И  
БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА  
У БЕРЕМЕННЫХ 70 **G. Z. Eshimbetova, N. H. Shaikramova**  
A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE  
TREATMENT OF FUNGAL COLPITIS AND  
BACTERIAL VAGINOSIS IN  
PREGNANT WOMEN
- У. У. Жабборов**  
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И  
ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-  
ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ  
ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ 73 **U. U. Jabborov**  
ALGORITHM OF DIAGNOSIS  
AND MANAGEMENT OF PREGNANT  
WOMEN WITH RH-NEGATIVE BLOOD  
DEPENDING ON THE LEVEL OF  
PERINATAL CARE
- Д. Я. Зарипова**  
ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ  
АЁЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗНИ БАШОРАТ  
ҚИЛИШДА ҚОН ОПТИК ЗИЧЛИГИ  
УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ 78 **D. Ya. Zaripova**  
APPLICATION OF BLOOD OPTIC DENSITY  
METHOD FOR PREVENTION OF  
OSTEOPOROSIS IN WOMEN IN THE  
PERIMENOPOUSAL PERIOD
- Г. Н. Индиаминова, Л. Р. Агабабян**  
COVID-19, ҲОМИЛАДОРЛИК ВА  
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯ ХОЛАТИНИНГ  
ХУСУСИЯТЛАРИ 83 **G. N. Indiaminova, L. R. Agababyan**  
COVID-19, PREGNANT AND  
FEATURES OF THE STATE OF  
HYPERCOAGULABILITY
- С. У. Иргашева, С. Э. Шерматова,  
Д. А. Курбанова**  
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И НЕКОТОРЫЕ 86 **S. U. Irgasheva, S. E. Shermatova,  
D. A. Kurbanova**  
THE CONDITION OF HEALTH AND

- ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК С ОЛИГОМЕНОРРЕЕЙ
- Л. А. Каримова, Н. С. Надирханова, Ф. П. Нишанова, Н. А. Икрамова*  
РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ COVID-19 И ГЕНЫ ПОЛИМОРФИЗМА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, СОСУДИСТОГО ТОНУСА
- Д. Т. Каюмова, Н. М. Магзумова, Д. Комилова*  
ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ. СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ
- В. О. Ким, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Н. Р. Насимова, М. О. Сонокулова*  
РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ИСТОНЧЕНИИ РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
- Б. Б. Курбанов*  
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА A/G В ГЕНЕ AGTR2 В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- З. Ш. Курбонова*  
ШАКЛЛАНАЁТГАН ТУХУМДОН ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИК МАРКЕРЛАРИ
- Н. Н. Мавлянова, М. Ж. Аслонова, Г. А. Ихтиярова, Д. Б. Мирзаходжаева*  
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ITGA2-A2 ИНТЕГРИН 807 (rs 1126643) У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА
- Г. И. Мамадалиева, Н. Х. Рузиева*  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПРЕСС - ТЕСТА В СКРИНИНГЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН
- М. Д. Маматкулова, Б. Б. Негмаджанов*  
ПРОЛАПС НЕОВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА
- М. М. Матлубов, А. А. Муминов, Р. Б. Юсупбаев, М. А. Саидов, Ф. П. Нишанова, Э. Г. Хамдамова, С. Х. Ярмухамедова*  
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА К МОМЕНТУ
- SOME INDICATORS OF IMMUNITY IN GIRLS WITH OLIGOMENORRHEA
- 89 *L. A. Karimova, N. S. Nadirhanova, F. P. Nishanova, N. A. Ikramova*  
RISK OF DEVELOPING PREECLAMPSIA IN COVID-19 AND GENES FOR ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND VASCULAR TONE
- 92 *D. T. Kayumova, N. M. Magzumova, D. Komilova*  
THIN ENDOMETRIUM. WAYS TO SOLVE THE PROBLEM
- 95 *V. O. Kim, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Nasimova, M. O. Sonokulova*  
THE ROLE OF HYSTEROSCOPY IN LOCAL THINNING OF THE SCAR AFTER CAESAREAN SECTION
- 99 *B. B. Kurbanov*  
STUDY OF A/G POLYMORPHISM IN THE AGTR2 GENE IN THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA AND GESTATIONAL HYPERTENSION
- 103 *Z. Sh. Kurbanova*  
MODERN DIAGNOSTICS AND PREVENTION METHODS WOMEN WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS OF POLICYSTIC OVARIAN SYNDROME
- 108 *N. N. Mavlyanova, M. J. Aslonova, G. A. Ikhtiyarova, D. B. Mirzahodjaeva*  
ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF ITGA2-A2 INTEGRIN 807 (rs 1126643) GENE POLYMORPHISM IN PREGNANT WOMEN WITH FETAL GROWTH RESTRICTION SYNDROME
- 112 *G. I. Mamadalieva, N. H. Ruzieva*  
USE OF A EXPRESS TEST IN THE SCREENING BENIGN DISEASES OF THE CERVIX IN WOMEN
- 116 *M. D. Mamatkulova, B. B. Negmadjanov*  
PROLAPS OF THE NEOVAGUNA AFTER SIGMOID COLPOESIS
- 120 *M. M. Matlubov, A. A. Muminov, R. B. Yusupbayev, M. A. Saidov, F. P. Nishanova, E. G. Khamdamova, S. H. Yarmukhamedova*  
CIRCULATION SYSTEM FUNCTIONAL CONDITION OF MOTHER AND FETUS BY

- РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ  
 Г. Д. Матризаева, М. Р. Рахметова, М. М. Алимova  
 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ  
 Г. Д. Матризаева, И. Р. Сапорбаева  
 ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БОР АЁЛЛАРДА ПРЕГРАВИДАР ТАЙЁРГАРЛИК САМАРАДОРЛИГИ  
 Ю. К. Мирзаева, Д. А. Алиева  
 ПОДХОД К ТЕРАПИИ СЛАБОЙ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ  
 Ю. К. Мирзаева, А. Ш. Холмуродова, Р. Б. Солиева  
 ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
 М. Ш. Мукарамшоева  
 РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ К ПРОГРАММЕ ЭКО  
 Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, Э. Э. Каршиева  
 БАЧАДОН БЎЙНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АРАЛАШ ЭТИОЛОГИЯЛИ ВУЛВОВАГИНИТНИ ДАВОЛАШ  
 Д. К. Нажмутдинова, А. А. Данияров  
 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН С НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ  
 Д. К. Нажмутдинова, Д. Т. Каюмова, У. А. Садуллаева, Д. Х. Ирнарарова, Г. З. Чориева  
 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ  
 Б. Б. Назаров, Р. Э. Ниязметов  
 ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
- THE TIME OF DELIVERY IN PATIENTS WITH MITRAL STENOSIS  
 125 G. D. Matrizaeva, M. R. Rakhmetova, M. M. Alimova  
 FEATURES OF ENDOCRINE INFERTILITY DIAGNOSIS AND TREATMENT  
 129 G. J. Matrizaeva, I. R. Saporbaeva  
 THE EFFICACY OF PREGRAVIDARY PREPARATION IN WOMEN WITH HYPERANDROGENIA  
 134 Yu. K. Mirzaeva, D. A. Alieva  
 APPROACH TO THE TREATMENT OF MILD DYSPLASIA OF THE STRATIFIED SQUAMOUS EPITHELIUM OF THE CERVIX  
 137 Yu. K. Mirzaeva, A. Sh. Xolmurodova, R. B. Solieva  
 PATHOLOGICAL CONDITIONS OF THE CERVIX IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL DISEASES  
 142 M. Sh. Mukaramshoeva  
 THE ROLE OF A DIFFERENTIATED SURGICAL APPROACH IN PREPARATION FOR IVF PROGRAM  
 146 N. O. Navruzova, G. A. Ixtiyarova, E. E. Karshiyeva  
 TREATMENT OF DIFFERENT VULVAGINITIS IN WOMEN WITH CERVICAL AND GENITAL INFLAMMATORY DISEASES  
 152 D. K. Najmutdinova, A. A. Daniyarov  
 EFFECTIVENESS OF TELEMEDICINE DURING MEDICAL ABORTION IN WOMEN WITH UNWANTED PREGNANCY  
 155 D. K. Najmutdinova, D. T. Kayumova, U. A. Sadulaeva, D. Kh. Irnazarova, G. Z. Chorjeva  
 PATHOGENETIC MECHANISMS OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PERIMENOPAUSE  
 161 B. B. Nazarov, R. E. Niyazmetov  
 REHABILITATION OF PATIENTS POSTOPERATIVE PERIOD WITH GENITAL PROLAPSE

- Н. Р. Насимова, В. О. Ким,  
Д. Н. Мухитдинова, М. Ш. Шамсиева**  
ПЕРИМЕНОПАУЗА ЁШИДАГИ  
АЁЛЛАРДА УЛТРАТОВУШ ВА  
ГИСТЕРОСКОПИК ТЕКШИРУВНИ  
ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ
- Н. Р. Nasimova, V. O. Kim, D. N. Mukhitdi-  
nova, M. Sh. Shamsieva**  
COMPARATIVE COMPARISON OF  
ULTRASOUND AND HYSTEROSCOPIC  
EXAMINATION IN WOMEN OF THE AGE  
OF PERIMENOPAUSE
- Й. К. Насиров, У. У. Жабборов,  
Ю. И. Ощепкова, Ф. Н. Собиров**  
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ  
АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У  
БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
- Y. K. Nasirov, U. U. Jabborov,  
Yu. I. Oshepkova, F. N. Sobirov**  
BIOCHEMICAL PARAMETERS OF  
AMNIOTIC FLUID IN PREGNANT  
WOMEN AFTER COVID-19
- З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева**  
МЕДИКАМЕНТОЗ АБОРТДАН КЕЙИНГИ  
КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ  
МИКРОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ
- Z. A. Nasirova, Z. F. Gaybullaeva**  
MICROBIOLOGICAL FEATURES OF  
CONTRACEPTION AFTER MEDICAL  
ABORTION
- Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова,  
Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, С. Ш. Рафиков,  
А. Э. Абдуллаева**  
ҚИН ВА БАЧАДОН АПЛАЗИЯСИДА  
ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ  
КУЗАТИЛГАНДА ДАВОЛАШНИ  
АФЗАЛ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ  
ХУСУСИЯТЛАРИ
- B. B. Negmadjanov, M. N. Adilova,  
G. T. Rabbimova, V. O. Kim, S. Sh. Rafikov,  
A. E. Abdullaeva**  
FEATURES OF APPLICATION OF THE  
MOST PREFERRED METHOD OF  
TREATMENT WHEN POLYCYSTOSIS OF  
THE OVARIES IS OBSERVED IN THE  
VAGINA AND UTERUS APLASIA
- Б. Б. Негмаджанов, Ф. И. Зокиров,  
Э. Х. Шопулатов**  
МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
МУКОКОЛЬПОСА С ПРЕЗЕРВАЦИЕЙ  
ГИМЕНАЛЬНОГО КОЛЬЦА
- B. B. Negmadjanov, F. I. Zokirov,  
E. Kh. Shopulatov**  
SURGICAL TREATMENT OF  
MUCOCOLPOS BY PRESERVING  
THE HYMENAL RING
- Н. И. Олимова, Н. У. Нарзуллаев**  
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ  
ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ  
НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- N. I. Olimova, N. U. Narzullaev**  
CHARACTERISTICS OF IMMUNE  
SYSTEM PARAMETERS IN WOMEN  
WITH GENITAL INFLAMMATORY  
DISEASES DUE TO HIV  
INFECTION
- С. А. Palvanova, А. Х. Karimov**  
COVID -19 BILAN KASALLANGAN  
HOMILADORLIK ASORATLARNI  
ANIQLASHDA YANGI INNOVATSION  
TEKNOLOGIYALARNI QO'LLANILISHI
- S. A. Palvanova, A. X. Karimov**  
THE USE OF NEW INNOVATIVE  
TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS  
OF COVID-19 COMPLICATIONS IN  
PREGNANT WOMEN
- Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов,  
Д. Х. Жумаева, Д. Т. Раббимова, В. О. Ким**  
КАМСУВЛИЛИКДА ТУҒРУҚ  
КЕЧИШИ ВА ҲОМИЛА  
ҲОЛАТНИНГ КАРДИОТОКОГРАФИК  
ТАҲЛИЛИ
- G. T. Rabbimova, B. B. Negmadjanov,  
D. X. Jumaeva, D. T. Rabbimova, V. O. Kim**  
ANALYSIS OF THE COURSE OF  
PREGNANCY AND ASSESSMENT  
OF FETAL CONDITION USING  
CARDIOTOCOGRAPHY IN LOW WATER
- Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов,  
В. О. Ким, М. А. Абдиева,  
Д. Т. Раббимова, Ш. Н. Валиев**  
САМАРҚАНД ВИЛОЯТ ПЕРИНАТАЛ  
МАРКАЗИДАГИ КЎП
- G. T. Rabbimova, B. B. Negmajanov,  
V. O. Kim, M. A. Abdieva,  
D. T. Rabbimova, Sh. N. Valiev**  
THE COURSE OF MULTIPLE  
PREGNANCIES AND PERINATAL

ХОМИЛАЛИКЛАРНИНГ ХОМИЛАДОРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ДАВРИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ		OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN ACCORDING TO THE SAMARKAND REGIONAL PERINATAL CENTER
<i>Г. О. Ражабова, Х. С. Икратова</i> ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ БОР АЁЛЛАРДА КОНСЕРВАТИВ ВА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ	200	<i>G. O. Rajabova, X. S. Ikramova</i> EVALUATION OF THE EFFICACY OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN
<i>С. Ш. Рафиқов, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, П. О. Омонова</i> ҚИН ВА БАЧАДОН АПЛАЗИЯСИ ВА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	204	<i>S. Sh. Rafikov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, P. O. Omonova</i> IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH VAGINAL AND UTERINE APLASIA IN COMBINATION WITH POLYCYSTIC OVARIES
<i>С. Ш. Рафиқов, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, Х. Р. Асророва, Л. С. Давронова</i> БАЧАДОН ВА ҚИН АПЛАЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	207	<i>S. Sh. Rafikov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, X. R. Asrorova, L. S. Davronova</i> IMPROVING DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH CERVICAL AND VAGINAL APLASIA
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	210	FOR AUTHORS



## КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №2



В 1972 году, при содействии академика И.З. Закирова, в родильном комплексе №3 организован курс акушерства и гинекологии педиатрического факультета. Заведующим курсом акушерства и гинекологии педиатрического факультета был назначен профессор М.Х. Хамидов.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета на базе родильного комплекса №3 организована в 1974 году. Её руководителем являлась доктор медицинских наук, профессор А.А. Кадырова, а с 1975 по 1995 год кафедрой возглавлял профессор М.Х. Хамидов.

В связи с уходом на пенсию профессора М.Х. Хамидова, с 1995 года по настоящее время кафедрой заведует доктор медицинских наук, профессор Негмаджанов Б.Б.

Негмаджанов Баходур Болтаевич - заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.



*Академик И.З. Закиров*

тацию на тему «Пластика влагалища из сегмента толстой кишки и феминизирующая реконструкция наружных гениталий». Диссертации защищены по специальности детская хирургия, акушерство и гинекология.



*Профессор А.А. Кадырова*

Б. Б. Негмаджанов в 1985 году с отличием закончил педиатрический факультет Самаркандского государственного медицинского института.

С 1985 по 1987 годы учился в клинической ординатуре на кафедре детской хирургии Самаркандского государственного медицинского института.

1987-1988 годы работал ассистентом на кафедре детской хирургии.

В 1988 году поступил в целевую аспирантуру в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) в г. Москве и в 1991 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Сигмоидальный кольпопоз у детей и подростков».

В 1991-1993 годы докторант Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО). В 1993 году защитил докторскую диссертацию на тему «Пластика влагалища из сегмента толстой кишки и феминизирующая реконструкция наружных гениталий». Диссертации защищены по специальности детская хирургия, акушерство и гинекология.

С декабря 1994 года по август 1995 года работал ассистентом кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского института. С 1995 года по настоящее время заведует кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета.

Б. Б. Негмаджанов участник международных, республиканских, областных форумов, посвящённых проблемам акушерства, гинекологии, гинекологии детей и подростков.

С 2020 года член специализированного совета по защите докторов философии (PhD) при Самаркандском государственном медицинском университете. Заместитель главного редактора научно-практического журнала «Доктор ахборотномаси / Вестник врача».

С 1972 года основной клинической базой кафедры является городской родильный комплекс №3, рассчитанный на 160 коек. С 1985 по 1995 год в Клинике №2 СамМИ организовано гинекологическое отделение на 60 коек, а с 2018 года дополнительной базой кафедры является Областной Перинатальный Центр г. Самарканда.

С 1999 года на базе областной детской многопрофильной больницы организовано совместное отделение детской эндокринологии, гинекологии детей и подростков. В течение длительного времени детская и подростковая гинекология являлась лишь частью взрослой гинекологии и только с 1999 года в связи с открытием детских гинекологических коек в Областном детском многопрофильном клиническом центре, рассчитанном на 5 коек, она начала выделяться в самостоятельную научную дисциплину.

По специальности «Детская гинекология» обучаются клинические ординаторы. Важность развития детской гинекологии подтверждается и научными исследованиями, проводимыми на кафедре в трудах профессора Б.Б. Негмаджанова и его учеников (доктора медицинских наук Худояровой Д.Р., кандидата медицинских наук Барнокулова О.М., кандидата медицинских наук Джуманова Б.А., кандидата медицинских наук Маликова Р.М., к.м.н Рахимова Г.Э.).

Ассистенты кафедры: Раббимова Г.Т., Насимова Н.Р., Ганиев Ф.И., Арзиева Г.Б., Шопулатов Э.Х., Маматкулова М.Д., Шамсиева М.Ш., Ким В.О., Шавкатов Х.Ш., Валиев Ш.Н., Рафиков С.Ш. также занимаются проблемами акушерства-гинекологии и детской гинекологии.

В 1994 году профессор Б.Б. Негмаджанов выполнил первую в Узбекистане успешную сигмоидальную вагинопластику. Он является основоположником отечественной оперативной гинекологии в области аномалий развития органов гениталий.

В рамках международной федерации грантов, под руководством профессора Б.Б. Негмаджанова, в 2000 году выигран грант UNFPA на сумму 250.000\$, в 2021 году грант в рамках сотрудничества с РФ в г. Саратове на сумму 90 млн сум.

Достижениями в науке за последние 15 лет на кафедре являются: защита докторской диссертации (в 2007 году), 4 кандидатских диссертаций и в 2019 г.—2 PhD диссертации.

Выполняются 4 PhD работы по специальности «Акушерство-гинекология».

С 2010 по 2021 г сотрудниками кафедры опубликованы около 420 статей в местных и республиканских журналах, а также в журналах и сборниках СНГ и дальнего зарубежья.

Выпущены 5 монографий, 20 методических рекомендаций, 4 учебных пособия, 7 изобретений и 18 рационализаторских предложений.

В настоящее время коллектив кафедры акушерства и гинекологии выполняет фундаментальные научные исследования по изучению особенностей формирования нарушений репродуктивного здоровья, осложнений беременности и родов у женщин. Сюда входят работы, как в области акушерства, так и гинекологии, часть из которых уже завершена, а результаты внедрены в клиническую практику.



*Профессор М.Х. Хамидов*



*Профессор Б.Б. Негмаджанов*



*Профессорско-преподавательский состав кафедры акушерства и гинекологии №2.*

Научная работа на кафедре акушерства и гинекологии №2 эффективно сочетается с образовательной и практической деятельностью. В учебном процессе используются современные методы обучения, позволяющие добиться наилучших результатов в освоении программы по акушерству и гинекологии студентами 4-5-6-го курсов педиатрического факультета, студентов 2 и 3-го курсов факультета высшего сестринского дела, а также студентов международного факультета медицинского образования. Большое внимание уделяется

постоянному совершенствованию системы оценки и контроля качества образования, внедрению современных форм и технологий обучения. Для занятий и лекций широко используются интерактивные обучающие программы, современные муляжи и фантомы.

При кафедре продолжает свою работу научно-студенческий кружок. Научной работе студентов по-прежнему уделяется огромное внимание, и сами студенты проявляют большой интерес к исследовательской работе, выполняя ее совместно с сотрудниками кафедры и ежегодно докладывая результаты на конференциях городского и республиканского уровня. Куратором научно-студенческого кружка является ассистент кафедры М.Ш. Шамсиева.

Особенно следует отметить результаты, достигнутые за последние годы. На сегодняшний день базы кафедры находятся в Областном перинатальном центре г. Самарканда и в 3 родильном комплексе. Сотрудниками кафедры оказывается высококвалифицированная помощь пациенткам практически по всем направлениям неоперативной и оперативной гинекологии, ежегодно осуществляется свыше тысячи операций. При этом в клинике проводится хирургическое лечение больных, нуждающихся в сложных, высокотехнологичных операциях при таких заболеваниях, как акушерские кровотечения, миома матки, распространенные формы эндометриоза, опущение и выпадение половых органов, пороки развития половых органов, недержание мочи при напряжении.

Таким образом, на протяжении всего существования кафедры акушерства и гинекологии, ее сотрудники осуществляют исследования, имеющие большое научное и практическое значение, способствующие решению актуальных задач акушерства и гинекологии, детской и подростковой гинекологии. Современное состояние кафедры, ее научный потенциал осуществляет подготовку высококвалифицированных научно-педагогических кадров и врачей, способных эффективно использовать и внедрять инновационные технологии в своей практической деятельности.

Асс. Ph D Раббимова Г.Т. и асс. Ph D Насимова Н.Р. ведут научную работу с резидентами магистратуры 1-3 курсов обучения, а также совершенствуют методику ведения больных при акушерских кровотечениях.

Асс. Арзиева Г.Б., Ким В.О., Шопулатов Э.Х. ведут курс обучения с клиническими ординаторами 1,2-го года обучения по направлению «Акушерство и гинекология» и «Детская и подростковая гинекология».

Состав кафедры на 2021-2022 учебный год: заведующий кафедрой, профессор Негмаджанов Б.Б., Эгамкулов З.Т., PhD асс. Насимова Н.Р., PhD асс. Раббимова Г.Т., асс. Арзиева Г.Б., асс. Ганиев Ф.И., асс. Шопулатов Э.Х., асс. М.Д. Маматкулова, асс. Ким В.О., асс. Шамсиева М.Ш., асс. Шавкатов Х.Ш., асс. Валиев Ш.Н. и асс. Рафииков С.Ш. и научные со-

## ВОСПОМИНАНИЯ ОБ УЧИТЕЛЕ



Нам выпала большая честь быть и работать рядом с замечательным человеком – доктором медицинских наук, профессором Хамидовым Мухсином Хамидовичем и с гордостью считать себя его учениками.

Мухсин Хамидович Хамидов родился 10 мая 1932 года в г.Самарканде в семье дехканаина. В 1950 г. закончив среднюю школу 27 г. Самарканда с отличием, поступил в Самаркандский медицинский институт. С 1958 по 1960 гг работал в качестве ординатора в клинике СамМИ. С 1960 по 1974 гг. был зачислен на должность ассистента кафедры акушерства и гинекологии СамМИ. В 1965 г. защитил кандидатскую диссертацию под руководством профессора И.З. Закирова и в 1974 г. получил звание доцента. По инициативе профессора И.З. Закирова и под руководством М.Х. Хамидова в 1975 г. был организован курс акушерства и гинекологии на базе 3 родильного дома г. Самарканда, в последующем курс был переведен на кафедру акушерства и гинекологии педиатрического факультета, заведующим кафедрой был избран М.Х. Хамидов.

Мухсин Хамидович, не останавливаясь на достигнутом, продолжал научные исследования и в 1987 г. защитил докторскую диссертацию, в 1991 г. ему было присвоено звание профессора.

Вся его трудовая жизнь была связана с кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Самаркандского медицинского института, где он прошел трудный путь от ординатора, ассистента и доцента до профессора и заведующего кафедрой.

Круг научных интересов Хамидова М.Х. был широк. Его перу принадлежат более 60 научных работ, под его руководством защищена 1 докторская диссертация.

Авторитет его на кафедре был высоким, все поручения выполнялись всегда. Это был замечательный врач-труженик, знающий практически всех больных клиники, днем и ночью занимающийся больными, ежедневно делал обходы в отделениях родильного дома, оперировал и сам вел больных в послеоперационном периоде.

Многочисленно осматривал заслуживающих внимания больных, приезжал и днем и ночью, и в выходные и в праздничные дни, консультировал больных и давал ценные рекомендации. При осмотре всегда проводил физикальные исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, придавал им большое значение. Всегда поддерживал авторитет лечащего врача, не делал замечания в присутствии больной. Если возникали вопросы у нас, то они обсуждались в кабинете. При осмотре больных психологически воздействовал на пациентов, часто они выздоравливали после его осмотра и разговора. К сожалению сейчас, в век высоких технологий, мы не обращаем внимания на это, хотя уверены, что взаимоотношения врача и больного, соблюдение деонтологии в медицине имеют неопределимое значение в исходе заболевания, врач должен больше времени проводить у постели больного.

Особенно помнятся клинические разборы историй больных с осложненным течением беременности и родов. М.Х. Хамидов многие годы руководил работой клинко-анатомических конференций, был председателем патолого-анатомических конференций. Разборы проходили очень интересно, каждый случай материнской, перинатальной заболеваемости и смертности обсуждался тщательно среди большого круга врачей и студентов с

указанием ошибок и недостатков при ведении больной. К разборам готовился тщательно, компьютеров тогда не было, демонстрировал таблицы, иллюстрации, схемы ведения и лечения той или иной патологии.

М.Х. Хамидов был прекрасным педагогом, замечательным лектором. На лекциях он демонстрировал таблицы, при надобности - и больных. Обычно ассистенты кафедры готовили больных по теме и преподносили истории болезни с указанием всех сведений.

Очень интересно проводились на кафедре и практические занятия. Каждый ассистент готовил больную для курации студентов. После курации больных все студенты собирались у постели больной вместе с преподавателем, и в тяжелых случаях - с профессором, студент докладывал и совместно обсуждались принципы диагностики и лечения, давались соответствующие рекомендации. Профессор опрашивал и студента, и преподавателя. Таким образом, преподаватель всегда был тщательно подготовлен к занятию. Истории болезней защищались в присутствии всех студентов на уровне дипломных работ, оценка по защите историй болезней имела большое значение при подведении итогов, при отсутствии сдачи истории родов студент не допускался к экзамену.

Заслуги профессора Хамидова М.Х. велики. Он награжден медалью «Отличник здравоохранения» (1968 г.), почетными грамотами СамМИ и областного Управления здравоохранения (1980, 1988, 1990 гг.), пользовался уважением среди коллектива кафедры, пациентов, товарищей и друзей. Покойный академик И.З. Закиров говорил: «Я знаю Мухсина Хамидовича в качестве Человека, Ученого и высококвалифицированного врача. Он требовательный педагог, отлично знает свое дело, хороший врач». Друг Фазлиддин Аслиддинович Аслиддинов вспоминал: «Мухсин Хамидович один из лучших акушеров-гинекологов г.Самарканда, владеет многими акушерскими и гинекологическими операциями». Действительно золотые руки Мухсина Хамидовича спасли более тысячи жизней матерей и детей, он всю свою жизнь посвятил делу охраны матери и ребенка.

Светлая память о профессоре Хамидове Мухсине Хамидовиче навсегда останется в наших сердцах!

**Н.И. Закирова**—д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии им. акад. И.З. Закирова Самаркандского государственного медицинского университета,  
**Б.Б. Негмаджанов**—д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Самаркандского государственного медицинского университета.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

## ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.38095/2181-466X-20221032-13-15

УДК 618.5-06:616.126.411

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У  
БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Н. Т. Абдукаримова, М. М. Асатова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** митральный стеноз, беременность, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

**Таянч сўзлар:** митрал стеноз, хомиладорлик, бачадон-йўлдош-хомила қон айланишининг бузилиши.

**Key words:** mitral stenosis, pregnancy, disorders of the utero-placental-fetal circulation.

Изменения гемодинамики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы приводят к хронической плацентарной недостаточности, которая, в свою очередь, приводит к высокой перинатальной заболеваемости и смертности. В нашем исследовании мы оценили маточно-плацентарно-плодовое кровообращение у 43 беременных со стенозом митрального клапана и у 55 женщин с физиологической беременностью. Наши наблюдения показали, что изменения центральной гемодинамики у беременных со стенозом митрального клапана приводят к хронической плацентарной недостаточности и к нарастанию перинатальных осложнений.

## МИТРАЛ СТЕНОЗИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА БАЧАДОН-ЙЎЛДОШ- ҲОМИЛА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ХОЛАТИ

Н. Т. Абдукаримова, М. М. Асатова

Республика ихтисослашган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Оурак қон томир системаси касалликларида гемодинамик ўзгаришлар, сурункали йўлдош етишмовчилиги, бу эса ўз навбатида юқори перинатал касалликларга ва ўлимга олиб келади. Биз ўз тадқиқотларимизда 43та МКС билан ҳомиладор аёлларда ва 55та физиологик ҳомиладорлик кузатишган аёлларда бачадон йўлдош қон айланишини баҳолаш натижалари ўтказилди. Бизнинг кузатувларимиз шуни кўрсатдики, митрал порок бор ҳомиладор аёлларда марказий гемодинамик ўзгаришлар сурункали йўлдош етишмовчилиги олиб келади ва бу перинатал асоратларининг, хомила ичи гипоксияси ортишига сабаб бўлади.

CONDITION OF UTERO-PLACENTAL-FETUS CIRCULATION IN PREGNANT  
WOMEN WITH MITRAL STENOSIS

N. T. Abdugarimova, M. M. Asatova

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

Changes in hemodynamics in diseases of the cardiovascular system lead to chronic placental insufficiency, which in turn leads to high perinatal morbidity and mortality. In our study, we evaluated utero-placental-fetal circulation in 43 pregnant women with mitral valve stenosis and in 55 women with normal pregnancy. Our observations have shown that changes in central hemodynamics in pregnant women with mitral valve stenosis lead to chronic placental insufficiency and an increase in perinatal complications.

В настоящее время накопилось достаточно данных о неблагоприятном воздействии на плод различных факторов, сопровождающих сердечно-сосудистую патологию у матери [2,4,7]. Имеется обширная литература, свидетельствующая об отрицательном влиянии ревматического процесса, особенно в стадии обострения, на состояние плода и новорожденного. При активной фазе ревматизма у беременных показатель перинатальной смертности составляет 19,5%, при неактивной — 11,8% [4]. Авторами выявлена также прямая зависимость между частотой осложнений беременности, родов и перинатальными повреждениями плода.

По мнению большинства исследователей у беременных с ревматическими пороками сердца высокая частота развития плацентарной недостаточности. Основными клиническими проявлениями плацентарной недостаточности у беременных с РПС была хроническая внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода [1,2,6].

Учитывая вышеизложенное, **целью данного исследования** явилось изучение маточно-плацентарного кровотока, состояния плода у женщин с митральным стенозом (МС).

**Материал и методы исследования.** Нами предпринята попытка комплексной оценки маточно-плацентарного кровотока, состояния плода у 43 беременных с МС, в сравнении данными 55 практически здоровых женщин с физиологическим течением гестационного периода, у которых беременность закончилась срочными родами с рождением живого доношенного плода с оценкой по Апгар не менее 8 баллов.

Обследование проводилось в сроке 34-40 недель (в среднем 36,6 недель), что было продиктовано необходимостью окончательного определения времени и способа родоразрешения у каждой конкретной беременной.

Исследование маточно-плацентарного кровотока проводилось на ультразвуковом диагностическом приборе УЗИ сканер ЭХО Доплер фирмы Алока-3500 производства Японии, абдоминальный датчик мощностью 7-12 мГц – 2,5-5 мГц путем использования цветного доплеровского картирования и импульсной доплерометрии маточных и спиральных артерий, артерии пуповины (АП), грудной части аорты и средней мозговой артерии плода (СМА). Оценка кривых скоростей кровотока проводилась путем определения систоло-диастолического соотношения (С/Д), индекса резистентности (ИР), пульсационного индекса (ПИ).

**Результаты исследования и обсуждение.** Проведенный анализ результатов доплерометрических исследований у беременных с физиологическим течением гестации показал, что по мере прогрессирования физиологически протекающей беременности наблюдается снижение индексов сосудистого сопротивления в маточных артериях. Наиболее заметно снижался ПИ в МА, который в доношенном сроке беременности составил  $0,55 \pm 0,02$  и ИР  $0,35 \pm 0,01$ . В III триместре беременности показатели сосудистого сопротивления в АП составили ПИ  $0,75 \pm 0,02$ , ИР  $1,14 \pm 0,03$ . Результаты исследования кровотока в аорте плода показали некоторое повышение индексов сосудистого сопротивления и ПИ в СМА составил  $1,22 \pm 0,03$ , ИР  $0,67 \pm 0,02$ . Перед родами индексы сосудистого сопротивления в аорте плода несколько повышаются, при отсутствии существенных изменений кровотока в СМА плода, что по-видимому, свидетельствует о перераспределении кровообращения, вследствие созревания головного мозга плода.

Согласно современным данным, одной из главных причин нарушения состояния плода является снижение маточно-плацентарного кровообращения [3,5]. Результаты анализа показателей кровотока показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления у беременных с МС. Так, показатели сосудистого сопротивления в МА у беременных с МС были выше нормативных величин, ПИ составил  $0,69 \pm 0,02$  против  $0,55 \pm 0,02$  в контроле ( $p < 0,001$ ). Известно, что наиболее ранним признаком нарушения гемодинамики плода является повышение индексов периферического сосудистого сопротивления в АП [3,5].

Что касается показателей кровотока в артерии пуповины, то ПИ было повышено и составило  $1,12 \pm 0,03$  против  $0,75 \pm 0,02$  в контроле ( $p < 0,001$ ). Результаты проведенных исследований показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления в АП и СМА плода у беременных с митральным стенозом. У 18 (41,9%) беременных не выявлено признаков нарушения кровотока в средней мозговой артерии, у 5 (11,6%) выявлено достоверное снижение индекса сосудистого сопротивления в СМА плода, что по-видимому, свидетельствовало о компенсаторной централизации кровообращения в условиях сниженной плацентарной перфузии. Показатели кровотока в аорте плода были незначительно сниженными. Увеличение индексов сосудистого сопротивления в СМА при сочетании критического состояния кровотока в АП и аорте плода является свидетельством декомпенсации центральной гемодинамики плода, приводящей к нарушению кровоснабжения жизненно-важных органов, в том числе и головного мозга [2,5].

Наши данные согласуются с мнением В.А. Кулавского и Т.И. Огий (1996) о том, что недостаточность кровообращения у беременных с РПС характеризуется формированием гипокинетического типа кровообращения. По мнению авторов, имеется выраженная корреляционная связь между основными показателями материнской и плодово-плацентарной ге-

динамики [1]. Изменения центральной гемодинамики у беременных с РПС формируют симптомокомплекс хронической плацентарной недостаточности, страданием внутриутробного плода и увеличением частоты перинатальных осложнений.

Таким образом, исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с МС позволили выявить увеличение систоло-диастолического соотношения маточных артерий, сопровождающихся постепенным снижением конечно-диастолической скорости кровотока при нарастании периферического сосудистого сопротивления, особенно на стороне плацентации.

Исследования кровотока в маточно-плацентарной и фетоплацентарной системе позволяют оценить как степень нарушения плацентарного кровотока, так и компенсаторные возможности плода. Данное обстоятельство приобретает особую актуальность при пороках сердца, сердечной недостаточности у беременных. Изучение кровотока у беременных с РПС расширяет возможности диагностики ФПН, определяет степень выраженности и выбор оптимальной акушерской тактики.

#### Использованная литература:

1. Кулавский В.А., Огий Т.И. Физиология и патология сердца у беременных.// Уфа. – 2000. – 198 с.
2. Логвиненко Л.В. Допплерометрия сосудов матки, пуповины и плода в третьем триместре нормально развивающейся беременности// Акуш. и гинекол. – 1990. - №9. – С. 18-22.
3. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность// Вопр.гинекол., акуш. и перинатол. – 2005. – т.2. - №2. – С. 2-11.
4. Чуб В.В., Чибисова И.В., Климов В.А. Фетоплацентарная дисфункция: основы патогенеза, проблемы диагностики, тактика лечения. Методические рекомендации. – Луганск, 2005.
5. Шальнев В.В. Допплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока/ под ред. В.В. Шальнев// Метод. пособие. Благовещенск, 1997. – 20с.
6. Neonatal outcome in patients with rheumatic disease/ Motta M., Tincani A., Lojcono A., faden D., Gorla R., Airo P., Neri F., Gasparoni A., Ciardelli L., de Silvestri A., Marconi M., Chirico G.// *Lupus*. – 2004. – Vol. 13(9). – P. 718-723.
7. Wasim T., Amer W., Majrroh A., Siddiq S. Foetomaternal outcome of pregnancy with cardiac disease// *J Pak Med Assoc*. – 2008. – Vol. 58. – P. 175-178.



**ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА****Г. Д. Азизова., М. М. Асатова**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** нарушение менструальной функции, врожденная дисфункция коры надпочечников, бесплодие, гипеандрогения, гирсутизм.**Таянч сўзлар:** ҳайз циклининг бузилиши, туғма буйрак усти беги дисфункцияси, бепуштлиқ, гипеандрогения, гирсутизм.**Key words:** menstrual dysfunction, congenital adrenal cortex dysfunction, infertility, hypoandrogenism, hirsutism.

На основании распространенности гирсутизма преимущественно в области поясницы и внутренней поверхности бедра, позднее начало менархе, вместе с тем по данным УЗИ исследуемых женщин средний объем яичников не увеличен и количество антральных фолликулов не превышало 6-8 шт., а также повышенных значений свободного тестостерона, ДГЭАС в крови и повышение значений 17-ОН-прогестерона, можно заподозрить надпочечниковый генез гипеандрогении, но для подтверждения гипотезы, целесообразно проведение генетического исследования.

**БУЙРАК УСТИ БЕГИ ГЕНЕЗИДАГИ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ТУХУМДОНЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ****Г. Д. Азизова, М. М. Асатова**

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Гирсутизм белгиларининг асосан бел ва соннинг ички юзасида тарқалишига асосланиб, ҳайз кўришининг кеч бошланиши, текширилаётган аёлларнинг ультратовуш текширувига кўра, тухумдоннинг ўртача ҳажми нормага караганда катталашмайди ва антрал фолликулалар сони 6-8 донадан ошмайди, шунингдек, қонда эркин тестостерон, ДГЭАС ва 17-ОН-прогестерон кўрсаткичларининг ошиши, буйрак усти беги генезидаги гипеандрогенияга шубҳа қилиш мумкин, аммо гипотезани тасдиқлаш учун генетик тадқиқот ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

**FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE OVARIES IN WOMEN WITH ADRENAL HYPERANDROGENISM****G. D. Azizova, M. M. Asatova**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

Based on the prevalence of hirsutism mainly in the lumbar region and the inner surface of the thigh, the onset of menarche is late, however, according to the ultrasound data of the studied women, the average volume of the ovaries is not increased and the number of antrals follicles doesn't exceed 6-8 pieces, as well elevated values of free testosterone, DHEAS in the blood and an increase in the values of 17-OH-progesterone, one can suspect the adrenal genesis of hyperandrogenism, but to confirm the hypothesis, it is advisable to conduct a genetic study.

**Введение.** В последние годы проблема восстановления репродуктивного здоровья женщины приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость. Увеличилась частота различных по генезу гипеандрогенных синдромов в структуре не только ановуляторного бесплодия, но и ранних потерь беременности [1,3].

Гипеандрогения является одним из самых распространенных гормональных нарушений, наблюдающихся у 5–20 % женщин репродуктивного возраста у 35–41 % женщин, страдающих бесплодием [1,12].

Данные о частоте встречаемости неклассической формы врожденной гиперплазии коры надпочечников (НФ ВГКН) широко варьирует в различных этнических группах и составляет среди европейцев 1:1000, латиноамериканцев 1:53 [2,7]. Во многом это связано с трудностями идентификации источника и механизмов избыточной секреции андрогенов в женском организме. Принято считать что, НФ ВГКН является наиболее распространенным аутосомно-рецессивным эндокринным заболеванием с частотой встречаемости от 1:25 до 1:10 в общей популяции женского населения [9].

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) традиционно считалась одной из причин нарушения репродуктивного здоровья [10,11]. По данным Witchel S.F. [11] при гиперандрогении надпочечникового генеза частота нарушения менструальной функции составляет 54,7%, частота невынашивания беременности может достигать 25%, нарушение функции яичников в виде ановуляции, приводящей к бесплодию 12%. До настоящего времени нет четких критериев данного заболевания и проведения дифференциально-диагностических исследований с другими гиперандрогенными состояниями, позволяющим идентифицировать механизм формирования нарушений репродуктивной функции [12].

Врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) является распространенным аутосомно-рецессивным расстройством, характеризующимся избытком андрогенов [6,7]. Наиболее распространенная форма обусловлена дефицитом 21-гидроксилазы, связанным с мутациями в CYP21A2 ген, который расположен в хромосоме 6p21 [4]. Клинические особенности, связанные с нарушением стероидогенеза надпочечников, представляют собой клинический спектр, отражающий последствия конкретных мутаций. При неклассических, малозаметных нарушениях стероидогенеза надпочечников диагностические процедуры часто утомительны и требуют тщательного анализа. Даже если многие из этих расстройств проявляются в раннем детстве, их клинические проявления слабо выражены и прогрессируют в период полового созревания [5,8]. Актуальным является определение источников избыточной секреции андрогенов, что позволит выделить различные клинко-патогенетические формы способствующие повышению эффективности терапии, направленной на восстановление репродуктивного здоровья.

**Целью исследования** явилось изучение взаимосвязи клинических и гормональных параметров у женщин с гиперандрогенией надпочечникового генеза и с нарушением репродуктивной функции.

**Материал и методы.** За период с 2020 по 2021 гг. обследовано 42 женщины с клиническими проявлениями ГА и нарушением репродуктивной функции, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦ акушерства и гинекологии МЗ РУз.

Методы исследования включали:

- Сбор анамнестических сведений
- Общеклиническое обследование (объективный осмотр, расчет гирсутного числа по шкале Ферримана-Галлвея, а так же расчет индекса массы тела (ИМТ).
- Ультразвуковое исследование матки и яичников и щитовидной железы
- Гормональное обследование (пролактин, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4св., 17-ОН- прогестерон, ДГЭАС).

Ультразвуковое (УЗ) исследование проведено на УЗ аппарате экспертного класса MindrayDC-70 с чувствительностью датчика 7,5 МГц, предпочтение отдавали трансвагинальному доступу. Регулярно менструирующих больных обследовали в раннюю фолликулярную фазу (3-5 дни цикла), а пациенток с опсо-/аменореей - в день обращения или на 3-5 день индуцированного кровотечения после гестагенного теста. Проводился подсчёт фолликулов как в продольном, поперечном, так и в переднезаднем сечениях яичников, объём яичников, средний размер фолликулов, измеренный в трёх срезах и индекс соотношения площади стромы к площади яичника. Гормональное исследование проводили на иммуноферментном анализаторе Mindray 96 MR-96A Китай 2014 г.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера, программ MicrosoftWord 2016, Microsoft Excel.

**Результаты и их обсуждение.** На первом этапе проведенных исследований проанализированы анамнез заболевания, показатели объективного и антропометрического исследования, проведено ультразвуковое исследование матки и яичников, щитовидной железы. Возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 35 лет, что в среднем составил  $25,8 \pm 3,28$  года. Основными жалобами были НМЦ в виде олиго- или опсоменореи, отсут-

ствии наступления или невынашивание беременности, акне, избыточное оволосение, выпадение волос.

Нарушение менструального цикла (НМЦ) отмечено у 28 (66,6 %) больных в виде олиго- и опсоменореи, гиперполименореи - у 2 (4,76 %), хроническая ановуляция – у 18 (42,8%) и аменорея у 4 (9,5%). Позднее менархе после 15-16 лет отмечали у 26 (62%) женщин. Из числа обследуемых женщин бесплодие наблюдали у 10 (24%), привычное невынашивание беременности у 20 (47,6%), вульгарные угри наблюдали у 29 (69%) больных и у большинства появлялись одновременно с нарушением менструального цикла. Однако у 5 (12%) женщин возраст появления гирсутизма опережал возраст менархе, что может указывать на наличие гиперандрогенемии в допубертатном периоде вследствие врожденного ферментного дефекта синтеза андрогенов надпочечниками. Гирсутизм обнаружен у 37 (88%) больных, из них умеренный гирсутизм обнаружили у 25 (59,5%) участниц, выраженный гирсутизм выявили у 12 (28,6%) пациенток, с преимущественным распределением в области поясицы и внутренней поверхности бедра.

Из общего количества обследованных больных избыток массы тела встречался относительно редко - у 7 (16,6%) женщин, у 33 (78,57%) - нормальный вес тела с ИМТ -  $23,11 \pm 0,14$  и у 2 (4,76%) - дефицит массы тела со средним ИМТ -  $18,1 \pm 0,11$ .

При ультразвуковом исследовании у 35 (83,3%) исследуемых женщин увеличение объема яичников не наблюдалось, средний объем яичников составлял  $9,2 \pm 0,4$  см<sup>3</sup>, ячеистой структуры и количество фолликулов не превышало 6-8 шт., диаметром от 4 -12 мм.

При УЗИ исследовании щитовидной железы у всех участниц обнаружили нормальные размеры щитовидной железы, без эхопатологии.

При гормональном исследовании больных не было выявлено повышение уровня ЛГ, в среднем показатели ЛГ составил  $3,8 \pm 1,0$  мМЕ/мл (в норме фолликулярную фазу 0,9-15 мМЕ/мл) и соотношение коэффициента ЛГ/ФСГ составило 1,2. У большинства исследуемых женщин концентрация пролактина в крови была в норме и в среднем составила  $407,8 \pm 228,4$  мМЕ/мл.

Что же касается тиреоидного статуса - уровень тиреотропного гормона в среднем равнялся  $2,96 \pm 0,27$  мМЕ/мл, уровни свободного Т4 были в пределах нормальных величин  $1,1 \pm 0,04$  нг/мл. В наших исследованиях прослеживается повышение концентрации свободного тестостерона у 39 (93%) пациенток в среднем составил  $5,7 \pm 0,3$  нг/мл (в норме 0-4,1), концентрация ДГЭАС в крови показал у 35 (83,3%) выше нормативных величин и в среднем составила  $5,8 \pm 2,95$  при норме 0,8-3,9 мкг/мл. У подавляющего большинства пациенток уровень 17-ОН-прогестерон был выше нормальных значений и в среднем составил  $5,8 \pm 2,8$  нмоль/л при норме 0,2-2,4 нмоль/л.

На основании распространенности гирсутизма преимущественно в области поясицы и внутренней поверхности бедра, позднее начало менархе, вместе с тем по данным УЗИ исследуемых женщин средний объем яичников был в норме и количество антральных фолликулов не превышало 6-8 шт., а также повышенных значений свободного тестостерона, ДГЭАС в крови и повышение значений 17-ОН-прогестерона, нами была выдвинута гипотеза о возможном надпочечниковом генезе выявленной ГА, что созвучно с данными российских ученых Молашенко Н. В., Сазонова А., которые считают критерием диагностики дисфункции коры надпочечников является значимое повышение базального уровня 17-ОН-прогестерона.

**Вывод.** Таким образом, результаты проведенного исследования дают возможность определиться с рядом характерных особенностей, как клинической симптоматики, так и гормональных исследований у пациенток с ГА надпочечникового генеза. Приоритетным направлением в поиске диагноза, позволяющего определиться с источником гиперсекреции андрогенов является оценка клинико- анамнестических данных. Такие доступные параметры как начало менархе, особенности распределения и оценка гирсутизма позволяет определиться со спектром необходимых гормональных исследований. При наличии повышенных

показателей тестостерона, 17- ОПН, можно заподозрить надпочечниковый генез гиперандрогении, но для подтверждения гипотезы, целесообразно проведение генетического исследования.

#### Использованная литература:

1. Азизова Г.Д., Асатова М.М. Этапы диагностического поиска нарушений репродуктивной функции у пациенток с гиперандрогенией различного генеза // Журнал Новый день в медицине-2021г.-3(35/1). С.308-312.
2. Azziz, R., Carmina, E., Chen, Z., Dunaif, A., Laven, J.S.E., et al. (2016) Polycystic Ovary Syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.57>
3. Gidlöf S, Falhammar H, Thilén A, von Döbeln U, Ritzén M, Wedell A, et al. One hundred years of congenital adrenal hyperplasia in Sweden: a retrospective, population-based cohort study. *LancetDiabetesEndocrinol*. (2013) 1:35–42. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70007-X
4. Lekarev O, New MI. Adrenal disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin EndocrinolMetab*. (2011) 25:959–73. doi: 10.1016/j.beem.2011.08.004
5. Simonetti L, Bruque CD, Fernández CS, Benavides-Mori B, Delea M, Kolomenski JE, et al. CYP21A2 mutation update: Comprehensive analysis of databases and published genetic variants. *Hum Mutat*. (2018) 39:5–22. doi: 10.1002/humu.23351
6. Speiser PW, Dupont B, Rubinstein P, Piazza A, Kastelan A, New MI. High frequency of nonclassical steroid 21-hydroxylase deficiency. *Am J Hum Genet*. (1985) 37:650–67.
7. Speiser PW, White PC. Congenital adrenal hyperplasia. *N Engl J Med*. (2003) 349:776–88. doi: 10.1056/NEJMra021561
8. Turcu AF, Auchus RJ. Adrenal steroidogenesis and congenital adrenal hyperplasia. *EndocrinolMetabClin North Am*. (2015) 44:275–96. doi: 10.1016/j.ecl.2015.02.002
9. Wilson RC, Mercado AB, Cheng KC, New MI. Steroid 21-hydroxylase deficiency: genotype may not predict phenotype. *J ClinEndocrinolMetab*. (1995) 80:2322–9. doi: 10.1210/jc.80.8.2322
10. Wilson RC, Nimkarn S, Dumic M, Obeid J, Azar MR, Azar M, et al. Ethnic-specific distribution of mutations in 716 patients with congenital adrenal hyperplasia owing to 21-hydroxylase deficiency. *Mol Genet Metab*. (2007) 90:414–21. doi: 10.1016/j.ymgme.2006.12.005
11. Witchel SF, Azziz R. Nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Int J Pediatr Endocrinol*. (2010) 2010:625105. doi: 10.1186/1687-9856-2010-625105
12. Witchel SF. Non-classic congenital adrenal hyperplasia. *Steroids*. (2013) 78:747–50. doi: 10.1016/j.steroids.2013.04.010

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН С ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ****Б. Р. Акрамов, С. С. Гойибов, И. Л. Шарипов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** пневмония, инфекция, респираторная система, внешнее дыхание.**Таянч сўзлар:** ўпка зотилжамми, инфекция, респиратор тизим, ташқи нафас.**Key words:** pneumonia, infection, respiratory system, external respiration.

Пневмония осложняет течение беременности, а также неблагоприятно влияет на внутриутробное развитие плода. В связи с этим вопрос о целесообразности пролонгирования беременности, определение сроков и способов родоразрешения, выбора анестезиологического обеспечения должен решаться строго индивидуально, в зависимости от характера легочной патологии.

**ЎПКА ЗОТИЛЖАМИ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА, АБДОМИНАЛ ТУҒРУҚДА ТАШҚИ НАФАСНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ****Б. Р. Акрамов, С. С. Гойибов, И. Л. Шарипов**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Ўпка зотилжамми ҳомиладорлик кечишини асоратлайди ва ҳомилани ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Ушбу ҳолатларни ҳисобга олиб, ҳомиладорлик кечишини, унинг муддати ва туғдириш усулини, анестезиологик қулланмани танлашни, ўпка патологиясини кечишига қараб индивидуал ҳолатда ҳал қилиш керак.

**FUNCTIONAL STATE OF EXTERNAL RESPIRATION IN WOMEN WITH PNEUMONIA DURING ABDOMINAL DELIVERY.****B. R. Akramov, S. S. Goyibov, I. L. Sharipov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Pneumonia complicates the course of pregnancy, and also adversely affects the intrauterine development of the fetus. In this regard, the question of the advisability of prolonging pregnancy, determining the timing and methods of delivery, the choice of anesthesia should be decided strictly individually, depending on the nature of the pulmonary pathology.

**Актуальность.** Беременные женщины относятся к группе высокого риска заболевания гриппом и развития его серьезных осложнений [2,3]. Несмотря на то, что беременность не повышает риск заболевания пневмонией, пневмония при беременности протекает в более тяжелой форме, увеличивая риск материнской и младенческой смертности и преждевременных родов. Пневмония остается одной из главных причин не акушерской материнской смертности [1,4]. К факторам риска развития пневмонии при беременности относят бронхиальную астму, ВИЧ-инфекцию, муковисцидоз, анемию (в частности, серповидно клеточную), курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков. Около 24% беременных, больных пневмонией, имеют отягчающие факторы или сопутствующие заболевания. Курение повышает риск развития пневмонии у беременных в 3 раза, БА – в 5,3 раза, а анемия – почти в 10 раз [4].

В свою очередь пневмония осложняет течение беременности, а также неблагоприятно влияет на внутриутробное развитие плода. (5,6) В связи с этим вопрос о целесообразности пролонгирования беременности, определение сроков и способов родоразрешения, выбора анестезиологического обеспечения должен решаться строго индивидуально, в зависимости от характера легочной патологии, функционального состояния дыхательной системы и её резервных возможностей: целесообразно учитывать не столько конкретный характер легочной патологии, сколько степень выраженности недостаточности дыхания (ДН), функциональное состояние дыхательной системы, сохранение её резервных возможностей к моменту родоразрешения. Тактика о предоперационной подготовительной тактике применительно абдоминального родоразрешения у беременных с пневмонией ещё до конца не определена [7,6]. При абдоминальном родоразрешении, выполненном в условиях общей комбинирован-

ной анестезии с ИВЛ, в послеоперационном периоде респираторные осложнения занимают одно из ведущих мест (до 30%) и являются ведущей причиной послеоперационной летальности [8,7].

Вне зависимости от варианта анестезиологического пособия в ближайшем послеоперационном периоде целый ряд факторов способствуют ателектазированию. Это остаточная миоплегия и медикаментозная депрессия сознания, послеоперационная боль, формирование быстрого поверхностного паттерна дыхания, повышение внутрибрюшного давления с ограничением экскурсии диафрагмы [9,5]. Поэтому разработку концепции адекватной подготовки респираторной системы у беременных с пневмонией до родоразрешения можно считать актуальной и своевременной.

Проведено достаточно много исследований функции внешнего дыхания при различных хирургических операциях в условиях центральных блокад, однако нет единой подготовительной схемы у беременных с низкими дыхательными резервами в предоперационном периоде. Таким образом, проблема подготовки дыхательной системы у больных с пневмонией к абдоминальному родоразрешению требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Оценка состояния функции внешнего дыхания при абдоминальном родоразрешении у женщин с пневмонией

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 30 беременных женщин с тяжелой ВП (средний возраст  $25,8 \pm 6,0$  лет). Срок гестации — от 18 до 38 нед. Беременные распределились следующим образом: первобеременные — 17 (56,7%), повторно беременные — 7 (23,3%), многорожавшие — 6 (20%). 9 (30%) беременных были во II триместре гестации, 21 (70%) — в III. Во время данной беременности на ранних сроках гестации ОРВИ перенесли 7 (23,3%) пациенток. Контрольную группу составили 30 клинически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью того же возрастного диапазона и сроков гестации. В клинике в экстренном порядке проводили общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, исследования основных показателей системы дыхания. В качестве контроля взяты нормативные показатели беременных с физиологической беременностью. Инструментальные методы исследования включали УЗИ матки и плода, печени, почек, ЭКГ, ЭхоКГ. От всех больных было получено письменное информированное согласие. По жизненным показаниям в экстренном порядке 26 беременной с тяжелой ВП проведена операция кесарева сечения с лапаротомией по Д. Кохену. Операция производилась в нижнематочном сегменте по методу Misgaf Ladah с перевязкой трех пар магистральных сосудов матки с целью профилактики атонии матки, коагулопатических кровотечений и послеоперационных септических осложнений. Всем больным проводили не инвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) в режиме – continuous positive airway pressure-CPAP и volume-cycled assisted/controlled ventilation-ACV с помощью респиратора VELA (Viasys, USA 2003). Вовремя НИВЛ проводили ингаляцию кислорода в контур потоком 2-5л/мин, вентиляция проводилась через ороназальную маску. В течении всей операции и послеоперационном периоде больным проводилась мониторинг ЧДД, ОФВ1, SpO2, ЧСС, АД. Статистическая обработка материалов проведена с помощью пакета Excel. Полученные результаты были обработаны с помощью непарного критерия Стьюдента.

**Результаты и их обсуждения.** Состояние женщин с ВП при поступлении в стационар расценивалось как тяжелое, а в четырех случаях — как крайне тяжелое, сопровождающееся нарушениями функций сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью. Длительность болезни до поступления в стационар составила от 1 до 8 сут (в среднем  $4,21 \pm 0,48$  сут). Наблюдались следующие особенности течения тяжелой ВП у беременных: отчетливо наблюдался сезонный характер заболеваемости (осень — зима), что совпадало с повышенной заболеваемостью гриппом и ОРВИ.

В момент госпитализации, как правило, имели место признаки выраженной дыхательной недостаточности: вынужденное положение беременных (ортопноэ), одышка, нехватка воздуха. Больные жаловались на кашель, в основном сухой, повышение температуры тела,

сердцебиение, резкую слабость, головную боль, чувство страха, у трех женщин наблюдалось психомоторное возбуждение. При осмотре обращало на себя внимание наличие умеренного диффузного цианоза с выраженным цианозом верхних и нижних конечностей («чулки, носки»), тахипноэ от 28 до 42 в 1 мин, тахикардия от 96 до 154 уд/мин. В разгар заболевания над очагом поражения в легких отмечали укорочение перкуторного звука, аускультативно — признаки пневмонической инфильтрации (участок бронхиального дыхания и/или фокус инспираторной крепитации или мелкопузырчатых хрипов).

У всех беременных отмечалась склонность к гипотонии — средние показатели систолического и диастолического артериального давления составили  $104,2 \pm 10,8$  и  $64,6 \pm 6,6$  мм рт. ст. соответственно.

Изменения со стороны центральной нервной системы у беременных с тяжелой ВП характеризовались головными болями, головокружением и нарушением сна. В разгар заболевания на фоне выраженной интоксикации появлялись клинические признаки эйфории. Неврологические отклонения выражались в негативной реакции присутствия в отделении реанимации, отказе от лечения и процедур.

При поступлении в стационар выявлены следующие осложнения: острая дыхательная недостаточность (ОДН) I—II степени — у 24 (80%) больных, ОДН III степени — у 6 (20%), инфекционно-токсический шок — у 8 (26,7%), респираторный дистресс-синдром взрослых — у 2 (6,7%). Содержание гемоглобина в крови составило в среднем  $95,0 \pm 10,9$  г/л, СОЭ  $38,0 \pm 4,7$  мм/ч, умеренный лейкоцитоз был выявлен у 8 (26,7%) женщин. У 60% больных выявлено нарушение функции печени, что подтверждалось повышением уровня общего билирубина от 29,2 до 85,64 ммоль/л (при нормальных показателях ферментов печени) с преобладанием прямых фракций (от 13,9 до 45,54 ммоль/л), а у остальных 40% оставались в пределах верхней границы нормы. У всех обследуемых с тяжелой ВП наблюдалась клиническая картина острой почечной недостаточности — уменьшение почасового диуреза до 30,0 мл — у 14 (46,7%), от 31 до 40 мл — у 11 (36,7%), от 41 до 50 мл — у 5 (16,6), с увеличением концентраций мочевины и креатинина сыворотки крови.

С целью уточнения возбудителя пневмонии всем беременным проводилось ПЦР тест на COVID-19 и бактериологическое исследование мокроты. Положительный результат получен в десяти случаях: в двух выявлен стрептококк группы D, в трех — грибы рода Candida, в пяти положительный тест на коронавирусную инфекцию. Такой низкий процент положительных результатов, видимо, обусловлен взятием проб мокроты после начала антибактериальной и противовирусной терапии в амбулаторных условиях. Анализ догоспитальной терапии показал, что беременные получали симптоматическое лечение и антибиотики, в основном цефалоспоринового ряда, зачастую хаотично. У беременных с тяжелой ВП выявлены следующие изменения во внешнем дыхании (табл. 1):

Таблица 1.

**Спирографические параметры у беременных с пневмонией при поступлении в стационар.**

Показатели	Группа больных	
	I (n=3,0)	II (n=34)
Частота дыханий в мин	$19,45 \pm 1,83$	$17,77 \pm 1,78$
ЖЕЛ, %	$85,08 \pm 17,8$	$89,53 \pm 15,54$
ФЖЕЛ, %	$92,01 \pm 17,38$	$95,59 \pm 16,09$
ОФВ, %	$95,99 \pm 18,24$	$99,55 \pm 17,9$
Индекс Тиффно, %	$86,49 \pm 8,12$	$87,14 \pm 7,53$
ПОС, %	$76,76 \pm 17,91$	$79,95 \pm 18,68$
СОС <sub>25-75</sub> , %	$91,39 \pm 27,24$	$94,16 \pm 24,53$

При поступлении больных с ВП в стационар в обеих группах в равной степени регистрируются изменения основных параметров спирограммы. Статистически значимые различия имеют частота дыханий и ЖЕЛ, изменения остальных показателей в группах статистически не значимы.

Показатели легочного газообмена, внешнего дыхания, дыхательного комфорта, характеризующие состояние больных к моменту включения в исследование, а также гемодинамические показатели представлены в таблице 2. Изучаемые показатели гемодинамики у беременных I-ой группы снизились до нормальных величин и этот показатель стабильно сохранялся до 5-го этапа исследования. Также у беременных I-ой группы отмечалось урежение ЧДД до физиологических величин с одновременным ростом показателей ОФВ и насыщения крови кислородом и улучшение общего самочувствия. У беременных II-ой группы выраженность клинических проявлений снизилась незначительно.

Таблица 2.

**Показатели дыхания и гемодинамики на этапах абдоминального родоразрешения беременных с внебольничной пневмонией**

Этапы	1-й этап		2-й этап		3-й этап		4-й этап		5-й этап	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
ОФВ1,%	38,5± 0,7	37,4± 0,8	45,3± 0,8	39,1± 0,5	53,5± 0,4	49,4± 0,5	66,4± 1,8**	59,5± 0,7	72,3± 1,7**	67,6± 1,3
ЧДД, в 1 мин	23,7± 1,8	23,6± 1,6	24,3± 1,2	24,6± 1,1	20,1± 1,6	22,5± 1,5	19,8± 1,1**	20,3± 1,6	18,1± 1,4**	19,3± 1,6
SpO <sub>2</sub>	91,3± 0,8	90,2± 0,5	93,8± 0,8	91,4± 0,7	96,4± 0,6	93,9± 0,7	98,2± 1,5	94,5± 0,8	99,2± 0,6	95,5± 0,7
ЧСС	94,3± 1,2	96,8± 1,3	96,6± 1,2	98,6± 1,7	89,5± 1,3	93,3± 1,4	86,4± 1,3	90,2± 1,5	84,5± 1,4	88± 1,3
САД	109,6 ± 1,6	108,9± 1,7	90,7± 2,3	98,6± 1,9	92,8± 1,4	102,3± 1,6	92,8± 1,4	102,3± 1,6	89,1± 2,2	98,4± 1,6

Примечание: гр– группа, \*- достоверность различий  $p1 < 0,05$  по сравнению с исходными величинами; \*\*-  $p2 < 0,05$  по сравнению с предыдущими этапами исследования.

Изучаемые параметры достоверно отличались от исходных дооперационных величин. Регистрировали четкую тенденцию к урежению ЧДД до физиологических величин с одновременным ростом показателей ОФВ и насыщения крови кислородом. Течение ближайшего послеоперационного периода было гладким. Обращало на себя внимание исчезновение одышки, отсутствие необходимости в интубации с продленной ИВЛ.

Эти показатели могут быть использованы в качестве маркеров ДВС-синдрома у беременных с тяжелой ВП. В связи с тяжестью состояния и нарастанием полиорганной недостаточности в ближайшие часы от момента поступления в стационар 21 (87,5%) беременной по жизненным показаниям в экстренном порядке проводилась операция кесарева сечения. Обращает на себя внимание тот факт, что в ближайшие часы после оперативного родоразрешения и на фоне НИВЛ, а также продолжающейся интенсивной посиндромной терапии состояние родильниц имело тенденцию к улучшению. В частности, исчезали тахипноэ и тахикардия. Течение послеоперационного периода расценивалось как удовлетворительное во всех наблюдениях.

**Выводы.** Течение и исход ВП у беременных зависят от раннего распознавания болезни и проведения своевременной и адекватной терапии. При поздней обращаемости и задержке с началом лечения исход может быть неблагоприятным. Отличительными особенностями ВП у беременных являются молниеносное течение заболевания и быстрое развитие легочных и внелегочных осложнений. Результаты исследования системы дыхания свидетельствуют о том, что беременные с тяжелой ВП составляют группу риска развития тяжелых осложнений и требуют адекватной коррекции в предоперационном периоде. При этом неинвазивная вентиляция легких становится важным инструментом для проведения респираторной поддержки в условиях интенсивной терапии. Доказано, что у определенной категории пациентов НИВЛ позволяет избежать интубации трахеи и проведения традиционной ИВЛ, способствует уменьшению риска осложнений и уровня летальности. Таким образом, использо-



вание НИВЛ свидетельствует о ее высокой эффективности и безопасности. Полученные результаты позволяют рекомендовать комбинированную анестезию с НИВЛ для обеспечения абдоминального родоразрешения у беременных с пневмонией.

#### Использованная литература:

1. Н. Р. Аралов, Н. Н. Махматмурадова, П. А. Закирьяева Особенности течения неспецифической интерстициальной пневмонии // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.11-13. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-11-13
2. Байбарина Е. Н., Филиппов О. С., Гусева Е. В., Белокриницкая Т. Е., Шаповалов К. Г., Шифман Е. М., Куликов А. В., Хайтов Р. М., Лусс М. П., Сухих Г. Т., Адамян Л. В., Пырегов А. В., Малеев В. В. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: этиотропная и респираторная терапия, акушерская тактика, профилактика. Информационно-методическое письмо // Медицинский алфавит. — 2017. — №1. — С. 53—58.
3. Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Врач. - 2013. - № 2. - С. 32-36.
4. Салов И.А., Романовская А.В., Михайлова Е.В. Проблема ОРВИ и гриппа А(H1N1 swin) в современном акушерстве // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 2. - С. 218-223.
5. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых МКБ-10: J13–J18. Клинические рекомендации Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. — М., 2019. — 97 с.
6. Щелканов М. Ю., Ананьев В. Ю., Кузнецов В. В., Шуматов В. Б. Ближневосточный респираторный синдром: когда вспыхнет тлеющий очаг? // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 94-98.
7. Юдина Л.В. Антибактериальная терапия больных вне госпитальной пневмонией: nonnocere (не навреди) / Л.В. Юдина // Новости медицины и фармации. — 2009. — №13-14. — С. 6-7.
8. Adhikari E.H., Moreno W., Zofkie A.C., MacDonald L., McIntire D.D., Collins R.R.J., Spong C.Y. Pregnancy Outcomes Among Women With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33211113/>
9. Han J., Gatheral T., Williams C. Procalcitonin for patient stratification and identification of bacterial co-infection in COVID-19. Clin Med (Lond). 2020; 20(3): e47. DOI: 10.7861/clinmed.Let.20.3.3
10. Karlsson E.A., Marcelin G., Webby R.J., Schulz-Cherry S. Review on the impact of pregnancy and obesity on influenza virus infection // Influenza Other Respir Viruses. - 2012. - Vol. 6, № 6. - P. 449-60. doi: 10.1111/j.1750-2659.2012.00342.x.
11. Ramsey P.S., Ramin K.D. Pneumonia in pregnancy // Obstet. Gynecol. Clin. 2001. Vol. 28. № 3. P. 49.

## ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Д. А. Алиева, Т. В. Тянь, Д. А. Нишанов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** патология эндометрия, иммуногистохимия, аномальные маточные кровотечения в постменопаузе, простая гиперплазия эндометрия, атипичная гиперплазия эндометрия.

**Tayanch so'zlar:** endometriy patologiyasi, immunogistokimyo, anomal postmenopauzal bachadondan qon ketishi, oddiy endometriya giperplaziyasi, atipik endometriya giperplaziyasi.

**Key words:** endometrial pathology, immunohistochemistry, abnormal postmenopausal uterine bleeding, simple endometrial hyperplasia, atypical endometrial hyperplasia.

Иммуногистохимическое исследование соскобов из полости матки пациенток с аномальными маточными кровотечениями показало, что наиболее высокие показатели по изученным маркерам CD138, p53, Ki67 отмечаются при атипичной гиперплазии эндометрия по сравнению с простой гиперплазией эндометрия.

## BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHI KUZATILGAN POSTMENOPAUZA YOSHIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY HUYAYRALARI POPULYATSIYASINING PROLIFERATIV FAOLLIGINI BAHOLASH

D. A. Alieva, T. V. Tyan, D. A. Nishanov

Anomal bachadondan qon ketishi bilan asoratlangan bemorlarning bachadon bo'shlig'idan olingan qirindilarni immunogistokimyoviy o'rganish shuni ko'rsatdiki, o'rganilgan CD138, p53, Ki67 markyorlarining eng yuqori ko'rsatkichlari oddiy endometriya giperplaziya bilan solishtirganda, atipik endometriya giperplaziyada ko'proq kuzatildi.

## EVALUATION OF THE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF ENDOMETRIAL CELL POPULATIONS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING

D. A. Alieva, T. V. Tyan, D. A. Nishanov

Immune-histochemical study of scrapings from the uterine cavity of patients with abnormal uterine bleeding showed that the highest rates for the studied markers CD138, p53, Ki67 are observed in atypical endometrial hyperplasia compared with simple endometrial hyperplasia.

Проблема аномальных маточных кровотечений во всех периодах жизни женщины по-прежнему остается не только медицинской, но и социальной проблемой. Согласно данным медицинской статистики, маточные кровотечения составляют свыше 30% от всех обращений женщин к акушер-гинекологу [1,2]. При этом треть всех маточных кровотечений приходится на постменопаузальный период жизни [3]. Золотым стандартом в диагностике любого заболевания, а именно патологии эндометрия является гистологическое исследование соскоба эндометрия. Однако существующие гистологические классификации патологии эндометрия характеризуются широкой и различной степенью диагностической воспроизводимости, и, как следствие, ведение пациентов остается крайне затруднительным. К тому же необходимо отметить, что классификация ВОЗ имеет низкий уровень воспроизводимости диагнозов [6,7]. Степени пролиферативной активности эндометрия отводят ведущую роль в механизме злокачественной трансформации [3,4].

До настоящего времени вопрос о риске развития злокачественной трансформации гиперплазированного эндометрия остается открытым [5]. В связи с этим большое значение приобретает внедрение в практику уточняющих методов диагностики глубины патологии эндометрия для индивидуализации лечения.

**Целью исследования** явилось изучение некоторых маркеров пролиферативной активности клеточных популяций эндометрия у женщин с аномальными маточными кровотечениями в постменопаузе в зависимости от морфологической картины эндометрия.

В исследование включены клиничко-лабораторные результаты 53 пациенток с жалобами на аномальные маточные кровотечения в постменопаузальном периоде жизни. Больные в возрасте от 50 до 74 лет, в среднем 54. Длительность маточных кровотечений составила от 2-3 дней до 10 дней. Всем пациенткам после предварительного обследования проведено выскабливание полости матки под контролем гистероскопа. Образцы соскобов эндометрия, использованные в исследовании, сразу после выскабливания помещали в 10% формалин, результаты исследования интерпретировались по классификации ВОЗ, 2003 г.

Срезы для иммуногистохимического исследования были оценены в соответствии с интенсивностью окрашивания плазматических клеток следующим образом: 0 для отсутствия

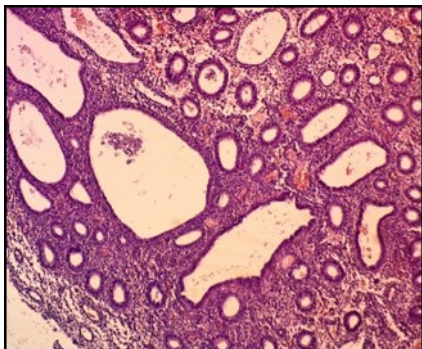


Рис. 1. Гистологическое исследование: Железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: Гематоксилин эозин. Об 10х ок10.

положительных клетки, низкая -от 1% до 20% положительных клеток, средняя - от 21% до 50%, высокая - от 51% до 100% положительных клеток.

В исследование включены образцы эндометрия 32 пациенток с АМК в периоде постменопаузы с морфологически подтвержденными диагнозами: простая гиперплазия эндометрия, n=20; атипичная гиперплазия эндометрия, n=12. Изучены иммуногистохимические изменения эндометрия пациенток. Для исследования функции идентифицированных белков нами выбраны антитела CD138, p53, Ki67. CD138 - мембранный белок, используют в качестве плазматических клеток. Белок p53 - это транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл, он выполняет функцию супрессора образования злокачественных опухолей. Ki67 - маркер пролиферативной активности опухолевой клетки. Оценивается в процентах и показывает, какой процент опухолевых клеток активно делится, является фактором прогноза опухолевого заболевания и ответа опухоли на химиотерапевтическое лечение.

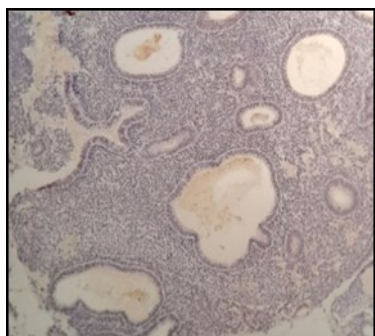


Рис. 2. Железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромоген. Иммуногистохимия белка CD-138, низкая экспрессия. Об 10х ок10.

Иммуногистохимическое исследование рецептора CD138 у пациенток с гиперплазией эндометрия выявило отрицательную - менее 10% реакцию у 5 (25%) больных. У каждой третьей 6 (30,0%) пациентки - от 10 до 20% - низкую позитивную реакцию. У каждой четвертой 5 (25,0%) верифицирована средняя и у каждой пятой – 4 (20,0%) - высокая позитивная реакция (рис. 1, 2).

Иммуногистохимическое исследование маркера Ki67 пролиферативного роста клеток представлено на диаграмме 1.

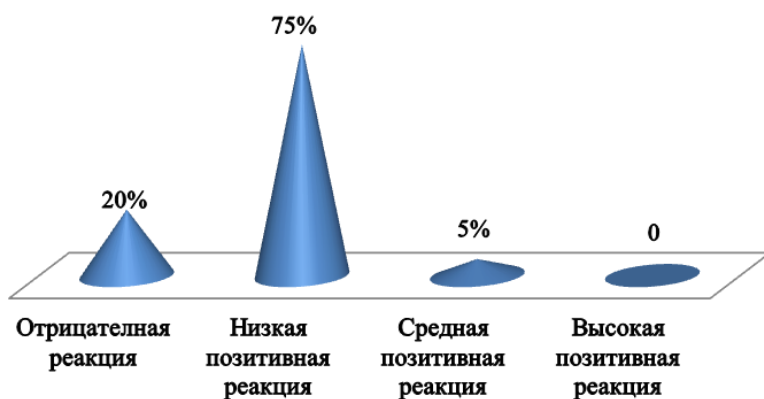


Диаграмма 1.

Как видно из диаграммы у 4 (20,0%) пациенток с гиперплазией эндометрия выявили отрицательную реакцию, а у большинства пациенток – 15 (75,0%) низкую позитивную реакцию. Средняя позитивная реакция верифицирована только у 2 пациенток, что составило 5,0%. При этом ни у одной из обследованных в соскобе из полости матки не обнаружено высокой позитивной реакции (рис. 1, 3).

Иммуногистохимическое исследование белка p53 у пациенток с гиперплазией эндометрия показало негативную реакцию у 12 (60%), низкую позитивную реакцию у каждой третьей 7 (35%), и только у 1 (5%) среднюю позитивную реакцию белка p53. Ни у одной из пациенток с простой гиперплазией нами не верифицирована высокая позитивная реакция белка p53 (рис. 1, 2).

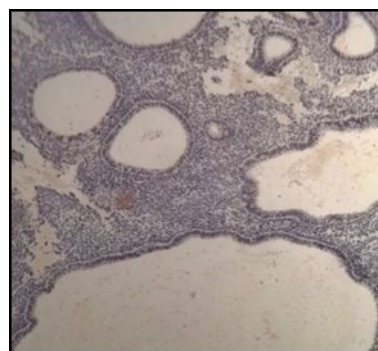


Рис. 3. Иммуногистохимическое исследование. Железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромоген. маркер Ki67, низкая экспрессия. Об 10х ок10.

При исследовании соскобов полости матки у 12 пациенток при атипической гиперплазии эндометрия выявлено, что только у одной пациентки - 1 (7,7%) имела место отрицательная экспрессия антитела CD138. Поровну отмечено количество больных с низкой 6 (50%) и высокой позитивной экспрессией антитела CD138- 3(25,0%). У наибольшего количества пациенток – 5 (41,7%) наблюдалась средняя экспрессия антитела CD138 (рис. 4, 5).

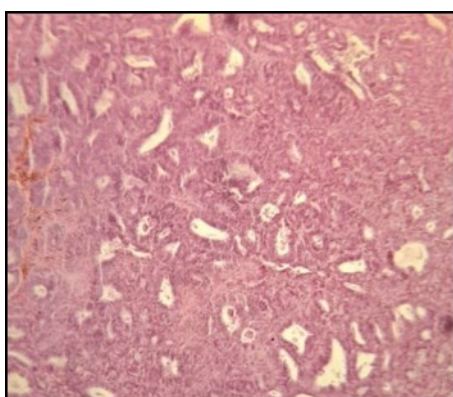


Рис. 4. Гистологическое исследование. Атипическая гиперплазия эндометрия. Окраска: Гематоксилин эозин об 10х ок10.

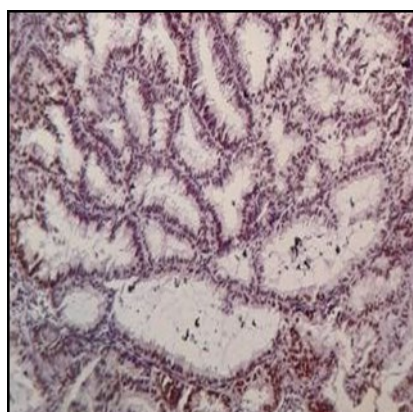


Рис. 5. Иммуногистохимическое исследование антитела CD138 при атипической гиперплазии эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромоген. Средняя позитивная экспрессия. Об 10х ок10.

При исследовании экспрессии маркера Ki67 в соскобе эндометрия с атипической гиперплазией эндометрия выявлено, что у половины пациенток - у 6 (50%) отмечена средняя позитивная реакция. У каждой четвертой - 3 (25%) пациентки верифицировано наличие средней экспрессии маркера Ki67 и столько же высокой – 3 (25%) (рис. 6, 7).

При иммуногистохимическом исследовании экспрессии клеточного опухолевого антигена p53 эндометрия при атипической гиперплазии эндометрия у каждой третьей 4 (33%) пациентки выявлена низкая позитивная реакция.

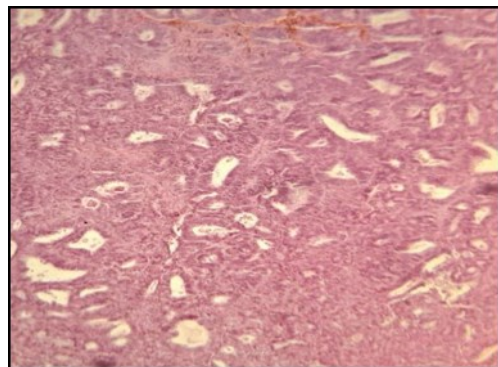


Рис. 6. Гистологическое исследование. Атипическая гиперплазия эндометрия. Окраска: Гематоксилин эозин об 10х ок10.

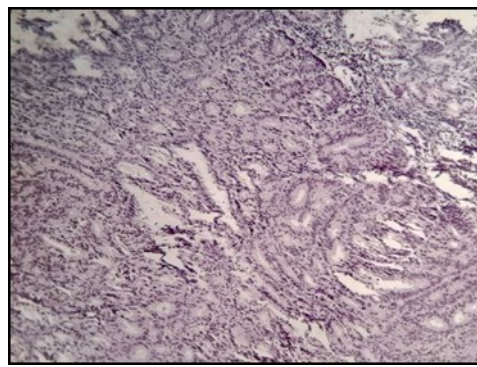


Рис. 7. Иммуногистохимическое исследование маркера Ki-67 при атипической гиперплазии эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромоген. Низкая позитивная экспрессия. Об 10х ок10.

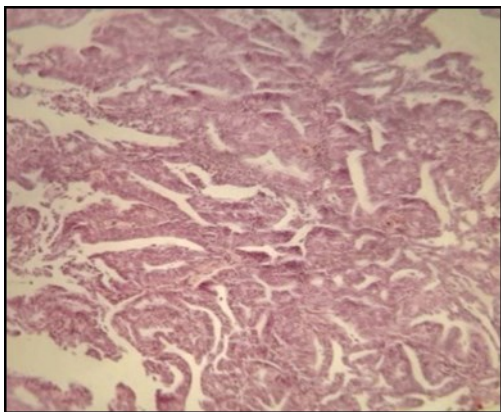


Рис. 8. Гистологическое исследование. Атипичная гиперплазия эндометрия. Окраска: Гематоксилин эозин об10х ок10.

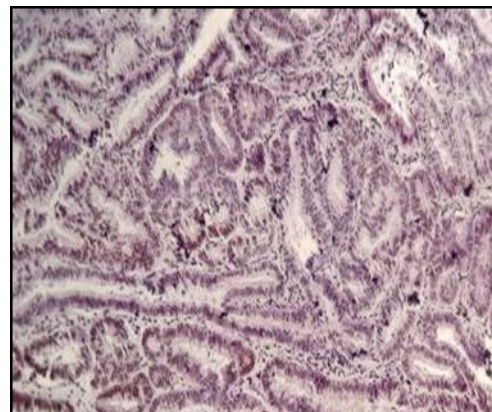


Рис. 9. Иммуногистохимическое исследование клеточного опухолевого антигена p53 при атипичной гиперплазии эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромоген. Средняя позитивная экспрессия. Об 10х ок10.

У каждой четвертой 3 (25%) - средняя позитивная экспрессия клеточного опухолевого антигена p53. У остальных 5 (41%) отрицательная реакция экспрессия клеточного опухолевого антигена p53. Ни у одной пациентки не наблюдалась высокая экспрессия клеточного опухолевого антигена p53 (рис. 8, 9).

Таким образом, ИГХ исследование соскобов из полости матки пациенток с аномальными маточными кровотечениями показало, что наиболее высокие показатели по изученным маркерам CD138, p53, Ki67 отмечаются при атипичной гиперплазии эндометрия.

Определяется тесная связь высокого процента Ki67 с низкими показателями дифференцировки опухоли и повышенной митотической активностью. Белок p53 при простой форме гиперплазии эндометрия в пределах нормы, отмечается небольшие значения в атипичной форме гиперплазии (10-15%). Результаты показывают, что патология эндометрия требует тщательной морфологической оценки с использованием иммуногистохимических методов исследования. Принципы терапии АМК следует подбирать исходя из соматического и генитального статуса, результатов гистологического и иммуногисто-химического исследования соскоба полости матки. Пациентки с атипичной гиперплазией направлены на консультацию к онкогинекологу для оперативного лечения.

#### Использованная литература:

1. Асатова М.М., Мухитдинова У.М., Максудова Н.М. Дисфункциональные маточные кровотечения: диагностика, принципы лечения (пособие для врачей).- Ташкент, 2007.-32 с.
2. Подина Н.В., Гаспарян С.А., Ионова Р.М. Лечение мено-метроррагий, ассоциированных с начальными формами аденомиоза и гиперпластическими процессами эндометрия ЛНГ – ВМС Мирена // Материалы Международного Конгресса Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии. М. 27-31 марта 2016; - С.146
3. Пожариский К.М., Самсонова Е.А., Тен В.П. Иммуногистохимический профиль эндометриальной аденокарциномы тела матки: ER, PR, HER-2, Ki-67 и их прогностическое значение // Архив патологии. – 2015. – № 2. – С. 13–17.
4. Чехоева А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №4. Публикация 1-4.
5. А. С. Юлдашева, Г. М. Ахмаджонова Проблемы ациклического маточного кровотечения в период перименопаузы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.106-108. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-106-108
6. Bergeron C. A multicentric European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal of a simplified working classification for biopsy and curettage specimens // Am. J. Surg. Pathol. - 1999.-Vol. 23.-P. 1102-1108.
7. Skov B. G.. Comparison of the reproducibility of the WHO classifications of 1975 and 1994 of endometrial hyperplasia// Int. J. Gynecol. Pathol. - 2017. -Vol. 16.-P. 33-37.
8. Zaino R. J. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study// Cancer. - 2006. - Vol. 106. -P. 804-811.

**МЕСТО СКРИНИНГА В ЛИКВИДАЦИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ****Д. А. Алиева, М. М. Файзырахманова, Ю. К. Мирзаева**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** рак шейки матки, ВПЧ, цилиндрическим эпителием, скрининга рака.**Таянч сўзлар:** bachadon bo'yni saratoni, HPV, ustunli epiteliya, saraton skriningi.**Key words:** cervical cancer, HPV, columnar epithelium, cancer screening.

Целью пилотного исследования является внедрение теста на вирус папилломы человека (ВПЧ) в качестве метода скрининга рака шейки матки в стране, проведение углубленного обследования женщин с ВПЧ позитивным результатом, при необходимости лечения. Внедрение пилотной программы скрининга в Узбекистане позволит изучить трудности и проблемы, с которыми сталкиваются медицинские сотрудники, вовлеченные в проведение скрининга. В последующем, при решении всех проблем, будет возможность разработать собственную модель Национальной программы скрининга рака шейки матки, и включиться в глобальную стратегию по его элиминации.

**BACHADON BO'YNI SARATONINI OLDINI OLISHDA SKRININGNING O'RNI****D. A. Aliyeva, M. M. Fayzyrakhmanova, Yu. K. Mirzaeva**

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

O'tkazilgan tadqiqotdan ko'zlangan maqsad - mamlakatimizda bachadon bo'yni saratoni skrining usuli sifatida inson papillomavirusi (HPV) testini joriy etish, HPV ijobiy natijalari bo'lgan ayollarni chuqurlashtirilgan ko'rikdan o'tkazish, zarurat tug'ilganda davolashni amalga oshirishdan iborat. O'zbekistonda tajriba skrining dasturining joriy etilishi skriningga jalb qilingan tibbiyot xodimlari duch keladigan qiyinchilik va muammolarni o'rganish imkonini beradi. Kelajakda barcha muammolar hal etilgach, bachadon bo'yni saratoni skrining milliy dasturining o'z modelini ishlab chiqish va uni bartaraf etish bo'yicha global strategiyaga qo'shilish mumkin bo'ladi.

**THE PLACE OF SCREENING IN THE ERADICATION OF CERVICAL CANCER****D. A. Aliyeva, M. M. Fayzyrakhmanova, Yu. K. Mirzaeva**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

The aim of the pilot study is to introduce the human papillomavirus (HPV) test as a screening method for cervical cancer in the country, to conduct an in-depth examination of women with HPV positive results, if necessary, treatment. The introduction of a pilot screening program in Uzbekistan will allow studying the difficulties and problems faced by medical staff involved in screening. In the future, when all problems are solved, it will be possible to develop our own model of the National Cervical Cancer Screening Program, and join the global strategy for its elimination.

Задача пятилетней Глобальной объединенной программы Организации Объединенных Наций (UNGJP), инициированной в 2016 году, заключается в разработке глобальной стратегии по элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения во всем мире [1]. Узбекистан выбран в качестве страны-партнера для участия в первом этапе Глобальной объединенной программы ООН.

В конце 2019 года UNFPA и посольство Франции в Узбекистане объединили свои усилия с ВОЗ для поддержки Узбекистана в проведении пилотного исследования. Разработка и реализация пилотной программы скрининга на рак шейки матки, которая была одобрена Постановлением Президента №4513 от 8 ноября 2019 года, соответствуют национальным приоритетам Узбекистана в секторе здравоохранения. Пилотное исследование приведет к началу реализации национальной программы скрининга рака шейки матки. Скрининговая программа разработана национальной рабочей группой под руководством Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан в тесном сотрудничестве с экспертами ВОЗ, UNFPA и при их техническом руководстве.

**Целью пилотного исследования** является внедрение теста на вирус папилломы человека (ВПЧ) в качестве метода скрининга рака шейки матки в стране, проведение углубленного обследования женщин с ВПЧ позитивным результатом, при необходимости лечения.

**Материал и методы исследования.** Тесты на ВПЧ рекомендуются ВОЗ и рассматри-

ваются в качестве замены методов цитологического исследования мазков с шейки матки при первичном скрининге. В настоящее время известно, что ВПЧ — ключевой фактор развития дисплазии шейки матки и РШМ. Проникая в клетки базального слоя плоского эпителия шейки матки, ВПЧ поражает полипотентные стволовые и амплифицирующиеся клетки под цилиндрическим эпителием в переходной зоне — зоне трансформации, а также в расположенном выше цервикальном канале — в эндоцервикальных криптах. Ключевую роль в развитии HSIL играет длительная трансформирующая персистенция высокоонкогенных типов ВПЧ с интеграцией вируса в геном клетки [2]. Высокоонкогенные типы ВПЧ, в частности ВПЧ 16-го типа, часто интегрируются в геном человека. Интеграция генома ВПЧ в геном хозяина с нарушением в геноме E2 ВПЧ является ранним событием в прогрессии слабой дисплазии многослойного плоского эпителия (LSIL) в умеренную дисплазию многослойного плоского эпителия (HSIL) [3]. Это способствует нерегулируемой транскрипции генов E6 и E7 и гиперэкспрессии ранних вирусных белков E6 и E7, воздействующих на гены и инактивирующие белки-онкосупрессоры p53 и регуляторного белка ретинобластомы клеточного цикла (pRb) [4]. Инактивация pRb онкопротеинами E7 приводит к сверхэкспрессии белка p16 в результате отмены контроля отрицательной обратной связи транскрипции гена p16 функциональным pRb. Следовательно, функциональная инактивация pRb приводит к рефлекторной активации p16, экспрессия которого в низких концентрациях наблюдается в здоровых клетках, в то время как при HSIL и РШМ наблюдается гиперэкспрессия p16. Данный феномен используется в качестве надежного индикатора персистенции высокоонкогенных типов ВПЧ.

Возрастной диапазон женщин для прохождения скрининга определен рабочей группой от 30 до 55 лет, он шире диапазона, рекомендованного ВОЗ (30–49 лет) для скрининга на рак шейки матки, поскольку в настоящее время наибольшее ежегодное число случаев заболевания раком шейки матки приходится на женщин в возрасте 50–54 года.

Скрининг с тестированием на ВПЧ имеет свои особенности, поскольку транзиторные ВПЧ-инфекции весьма широко распространены, особенно среди молодых женщин, у которых большинство инфекций спонтанно регрессируют в течение 1–3 лет. Даже у женщин старше 30 лет ВПЧ-инфекция все еще имеет тенденцию к элиминации и только у небольшой доли таких женщин с персистентной инфекцией могут развиваться истинные предшественники рака, и даже рак шейки матки.

Тест на вирус папилломы человека является намного более чувствительным и надежным тестом для выявления предраковых состояний, чем тест методом окрашивания по Романовскому-Гимзе, который в настоящее время используется в Узбекистане.

При сравнении с цитологическим методом ВПЧ-тестирование имеет большую чувствительность (94,6–97,3% против 55–74%) и высокую прогностическую ценность отрицательного результата, близкую к 100%, хотя и меньшую специфичность для определения SIL, поскольку выявление ВПЧ не свидетельствует о наличии предрака и рака шейки матки.

Кроме того, ВПЧ-тест позволяет оценить эффективность лечения дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки и рака шейки матки, а также определить дальнейший прогноз развития заболевания [5,6]. На сегодняшний день одним из основных методов диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки служит определение ВПЧ высокого онкогенного риска.

**Задачами пилотного исследования** являются:

Снизить заболеваемость раком шейки матки путем предоставления соответствующих услуг по лечению предраковых состояний и направления женщин с инвазивным раком шейки матки на лечение к врачам-специалистам.

Оценить связь между тестированием на ВПЧ и услугами по скринингу, чтобы предусмотреть будущие стратегии программы скрининга шейки матки, такие как самостоятельное взятие образцов.

Инициировать разработку электронного регистра лиц, проходящих скрининг на рак шейки матки.

Обеспечить внедрение системы оценки и контроля качества скрининга рака шейки матки с тестированием на ВПЧ.

Оценить, какая из двух стратегий медицинской сортировки ВПЧ-положительных женщин при первичном скрининге (проба с уксусной кислотой или расширенная кольпоскопия) лучше всего подходит для существующей системы здравоохранения Узбекистана.

Для участия в исследовании в Чирчике отобраны 6.000 женщин. В Республике Каракалпакстан соответствии с Совместной программой PROON-UNFPA «Укрепление жизнестойчивости местных сообществ в регионе Приаралья к экологическим, экономическим уязвимостям» отобраны 50.000 женщин.

Сбор и хранение данных для анализа осуществляются с использованием наиболее распространенного в стране программного обеспечения для сбора данных и в соответствии с национальными правилами и техническими рекомендациями ВОЗ и МАИР. Это обеспечит высокие стандарты безопасности данных. Каждый пользователь будет иметь личную учетную запись с определенным уровнем безопасности, и каждый случай доступа и изменения данных будет регистрироваться.

При реализации пилотных программ скрининга в Узбекистане лабораторное тестирование на ВПЧ будет проводиться с использованием теста Xpert® HPV. На местах подготовлены врачи-лаборанты в количестве 20 человек, из них 19 из Каракалпакстана и один - из Чирчика. В общей сложности девять лабораторий будут проводить тестирование на ВПЧ на образцах, собранных клиницистом и отправленных в транспортной среде PreservCyt® Solution для тестирования на ДНК ВПЧ с помощью теста Xpert® HPV (компания Cepheid, Саннивейл, Калифорния, США) в соответствии с инструкциями производителя.

Анализ Xpert® HPV представляет собой современный качественный анализ ПЦР в реальном времени, используемый для одновременного обнаружения 14 онкогенных типов ВПЧ высокого риска. Тест позволяет идентифицировать генотип ВПЧ. Как известно, проникая в клетки базального слоя плоского эпителия шейки матки, ВПЧ поражает полипотентные стволовые и амплифицирующиеся клетки под цилиндрическим эпителием в переходной зоне — зоне трансформации, а также в расположенном выше цервикальном канале — в эндоцервикальных криптах [2]. Высокоонкогенные типы ВПЧ, в частности ВПЧ 16-го типа, часто интегрируются в геном человека. Интеграция генома ВПЧ в геном хозяина с нарушением в геноме E2 ВПЧ является ранним событием в прогрессии LSIL в HSIL.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты теста на ВПЧ сообщаются каждой женщине, участвующей в исследовании, в максимально короткие сроки, поскольку оборудование для ВПЧ-тестирования, используемое в пилотном исследовании.

Женщина с положительным результатом теста на ВПЧ будет проинформирована медицинским персоналом в кратчайшее время (в день тестирования на ВПЧ либо в течение 1 недели) о том, что инфекция ВПЧ в большинстве случаев разрешается спонтанно (без какого-либо дополнительного лечения), однако скрининг является единственным способом узнать, у кого болезнь, вызванная этой инфекцией может прогрессировать.

Поэтому женщина будет записана на прием для завершения обследования в специализированной клинике первичного уровня в течение 2 недель врачом-специалистом, участвующим в исследовании. Женщинам с отрицательным результатом теста на ВПЧ сообщают, что их результаты указывают на более низкий риск развития рака шейки матки, и порекомендуют принять участие в следующем раунде скрининга через 7 лет.

На сегодняшний день проведено тестирование на ВПЧ в Каракалпакстане 33720 женщин, в Чирчике 4766, что составило 67,4% и 79,4%, от планируемого количества, включенных в скрининг, соответственно.

После тестирования ВПЧ-положительные женщины распределяются в случайном порядке в соотношении 1:1 на две группы для сортировки с помощью уксусной пробы или кольпоскопии. Проведение пробы с уксусной кислотой и расширенной кольпоскопии у ВПЧ-позитивных женщин позволит диагностировать поражения эпителия слизистой шейки



матки различной степени тяжести. При диагностировании поражений, соответствующих слабой дисплазии, гинекологом будет проведена лечебная процедура - термоабляция. В случае выявления визуальных признаков умеренной дисплазии - CIN 2 при пробе с уксусной кислотой, либо после проведенной биопсии во время проведения кольпоскопии, женщины будут направляться на лечение в гинекологическое учреждение на лечение. При подозрении на рак шейки матки женщина будет направлена на консультацию и лечение к онкогинекологу в онкологический диспансер.

Таким образом, внедрение пилотной программы скрининга в Узбекистане позволит изучить трудности и проблемы, с которыми сталкиваются медицинские сотрудники, вовлеченные в проведение скрининга. В последующем, при решении всех проблем, будет возможность разработать собственную модель Национальной программы скрининга рака шейки матки, и включиться в глобальную стратегию по его элиминации.

#### Использованная литература:

1. Короленкова Л.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и ранние формы рака шейки матки: клинико-морфологическая концепция цервикального канцерогенеза. М.; 2017. 300 с.
2. Н.Н. Захирова, М.Н. Тилляшайхов, О.М. Ахмедов Экзентерация малого таза у больных раком шейки матки // Вестник врача, № 3, 2018. С.54-58.
3. Н.Н. Захирова, М.Н. Тилляшайхов, О.М. Ахмедов, Д.М. Эгамбердиев Анализ причин запущенности рака шейки матки по направлению «задержка пациента» // Вестник врача, № 3, 2018. С.9-11.
4. Н. Н. Захирова, М. Н. Тилляшайхов, Э. З. Османова, О. М. Ахмедов, А. А. Аддылходжаев, В. А. Сайдахмедова Совершенствование ранней диагностики рака шейки матки на основе жидкостной цитологии и онкопротеина P53 // Вестник врача, № 4 (101), 2021. С.116-122. DOI: 10.38095/2181-466X-20211014-116-122
5. Д. З. Мамарасулова, Д. Б. Исакова, Х. Н. Негматшаева, А. Ф. Валидова Эхографические и клинические особенности рака шейки матки // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.46-48. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-46-48
6. Г. А. Хакимов, М. Н. Ташметов, Д. З. Зикийходжаев, Б. Б. Негмаджанов Современное состояние проблемы хирургического лечения рака шейки матки // Вестник врача, № 3 (95), 2020. С.158-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-158-165
7. Chan C.K., Aimagambetova G., Ukybassova T., Kongrtay K., Azizan A. Human papillomavirus infection and cervical cancer: epidemiology, screening, and vaccination-review of current perspectives. J. Oncol. 2019; 2019: 3257939. <https://dx.doi.org/10.1155/2019/3257939>
8. Crosbie E.J., Einstein M.H., Franceschi S., Kitchener H.C. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2013; 382(9895): 889–99. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60022-7
9. Liu M., Yan X., Zhang M., Li X., Li S., Jing M. Influence of human papillomavirus infection on the natural history of cervical intraepithelial neoplasia 1: a meta-analysis. Biomed. Res. Int. 2017; 2017: 8971059. DOI: 10.1155/2017/8971059
10. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W. World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: IARS; 2020
11. WHO. Draft: Global strategy towards the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2019

**TERMIK KUYGAN HOMILADOR AYOLLARDA PLATSENTANING MORFOLOGIYASI****G. B. Aziyeva**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** homiladorlik vaqtida kuyish, platsenta, platsentaning morfologiyasi.**Ключевые слова:** ожоги при беременности, плацента, морфология плаценты.**Key words:** burns during pregnancy, placenta, morphology of the placenta.

Homiladorlik vaqtida og'ir kuyish holatlari ushbu kasallikning kam tarqalganligi sababli hal etilmagan klinik muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Kuyish oqibatlarining homila va ona organizmiga zararli ta'siri qayd etilgan bo'lsa-da, turli kuyish markazlarida kuygan homilador ayollarning o'limi va homiladorlik davrida bemorlarni olib borish bo'yicha qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. Homilador ayolda bachadon-plasentar sistemani va homilani to'liq tekshirish ikkilamchi tekshiruvning qo'shimcha va muhim qismidir.

**МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ТРАВМАМИ****Г. Б. Арзиева**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Тяжелые ожоги при беременности остаются одной из нерешенных клинических проблем в связи с малой распространенностью этого заболевания. Хотя сообщалось о вредном воздействии ожогов на плод и мать, имеются противоречивые данные о случаях смерти беременных женщин из различных ожоговых центров и ведении пострадавших беременных с ожогами во время беременности. Полное обследование маточно-плацентарной системы и плода у беременной является дополнительной и важной частью вторичного обследования.

**MORPHOLOGY OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN WITH THERMAL INJURIES****G. B. Aziyeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Severe burns during pregnancy remain one of the unresolved clinical problems due to the low prevalence of this disease. Although the harmful effects of burns on the fetus and mother have been reported, there are conflicting data on the deaths of pregnant women from various burn centers and the management of patients with burns during pregnancy. A complete examination of the uterine-placental system and fetus in a pregnant woman is an additional and important part of the secondary examination.

Homiladorlik paytida kuyish onaning ham, chaqaloqning ham hayotiga xavf tug'dirishi mumkin [4]. Homiladorlik davrida inson fiziologiyasi o'zgaradi va kuyishlar qo'shimcha stressni keltirib chiqaradi, natijada onaning zahiralari kamayadi [3].

Homiladorlik davridagi travma onalar o'limining akusherlikga bog'liq bo'lmagan asosiy va homila o'limining eng keng tarqalgan sabablaridan biridir.

Homiladorlik davridagi termik shikastlanishlar rivojlangan mamlakatlarda barcha homilador ayollarning taxminan 7 foizida uchraydi. Adabiyotlarda jiddiy termik jarohatlar homila miyasida salbiy oqibatlarga olib kelishi, nevrologik o'zgarishlarga yoki platsenta vaqtidan oldin ko'chishi yuzaga kelishi mumkinligi haqida xabar berilgan.

Homiladorlik davrida kuyish yoz berganda muammolarining kelib chiqishida platsenta patologiyasining o'rniga qaratilgan. Homilador ayolda bachadon-plasentar sistemani va homilani to'liq tekshirish ikkilamchi tekshiruvning qo'shimcha va muhim qismidir. U bachadon va homila hayotiga xavf tug'diradigan o'ziga xos shikastlanishlarni aniqlashga xizmat qiladi va shifokorga homila holatidan ona salomatligining yuqori sezgir reflektori sifatida foydalanish uchun noyob imkoniyat beradi [5].

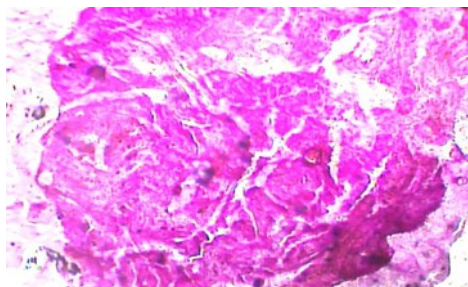
**Maqsad:** homiladorlikning turli muddatlarida kuygan ayollarning platcentasidagi morfologik va funktsional hususiyatlarini o'rganish va baholash.

**Material va tadqiqot usullari.** Bizning ushbu tadqiqotimiz Samarqand shaxridagi 1 son shifoxonasining patologik anatomiya kafedrasining laboratoriyasida o'tkazildi. Usulning mohiyati homiladorlikning turli muddatlarida kuygan homilador ayollarning platcentasi, homilaning rivojlanishini nazorat qilish uchun platcenta morfologik tekshiruvdan o'tkazildi. Kuyish jarohati

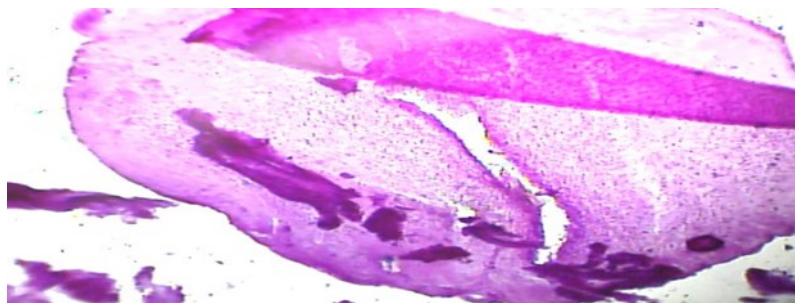
olgan ushbu 48 homilador bemordan 24 tasi bizning tadqiqot ob'ektimiz edi. Ushbu 24 ta kuygan homilador ayollarning tuq'ruqdan keyingi davrda plasentasi gemotoxilin eozinda bo'yalib, morfologik o'rganildi. Har bir plasentadan marginal, markaziy va parasentral zonalardan 3 ta mikro-preparat tahlil qilindi.

**Tadqiqot natijalari.** Homiladorlik paytida kuyish onaning ham, homilaning ham hayotiga xavf tug'dirishi mumkin. Homiladorlik davrida ayol organizmining fiziologiyasi o'zgaradi va kuyishlar qo'shimcha stressni keltirib chiqaradi, bu esa ona zahiralarning pasayishiga olib keladi. Homiladorlikning erta muddatlarida kuzatilgan asoratlari orasida eng ko'p uchragani-bu homila tushish xavfi edi. Shu bilan birga, bu asoratning uchrashi kuygandan keyin deyarli ikki baravar ko'paydi, ya'ni. 30% dan 55% gacha ko'tarildi. Homila holatining noaniq holatlari 7,5% dan 17,5% gacha, preeklampsiya holatlari - 20% dan 25% gacha, polihidramnion va oligohidramnion holatlari 7,5% dan 12,5% gacha ko'tarildi. Kuyish kasalligi rivojlanishidan keyin asoratlarning umumiy soni 52,5% dan 80% gacha ko'tarildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 24,6 yoshni tashkil etdi. Homilador ayollar umumiy kuyish yuzasining foiziga ko'ra, kuyish og'irligiga qarab, uch guruhga bo'lingdi.

Kuyish shikastlanishida platsentadagi morfologik o'zgarishlari homiladorlikning turli muddatlarida o'rganildi. Gistologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homiladorlarda platsentadagi o'zgarishlar shikastlanishdan keyingi 1-kunlariga hos o'zgarishlarni, ya'ni: nekrotik o'zgarishlar kapillyar va venulalarda mikrosirkulyatsiya buzilishi (staz, tromboz) fonida ustunlik qildi.



1 rasm. Yoldosh to'qimasining giperemiyasi va mayda qon tomirlar trombozi va intervellit belgilari mavjudligini ko'rish mumkin.



2 rasm. Decidual pardada eritrotsitlar infiltratsiyasi, shish va ayrim joylarida nekroz o'choqlari aniqlanadi.

Termik jarohatdan keyingi kunlari platsentada infiltrativ o'zgarishlar ustunlik qildi.

Asosan desidual to'qimalarning stromasida proliferativ jarayonlar bilan ifodalandi. Placenta to'qimasi ishemiya holatida, vorskinkalarda fibroz to'qima o'sganligini, vorskinkalar aro bo'shliqning to'liq fibrin bilan yopilganligini, sintitciotroblastlarning o'sganligini va katta o'choqli fibrinoid nekroz aniqlandi.

Kuygan homiladorlar ayollarda tuq'ruq termik jarohat olganining ikkinchi haftasida kuzatilganda, placentada kichik arteriyalarning ko'pligi, hujayralararo bo'shliqning shishishi, o'choqli skleroz, yo'ldosh va yo'ldosh hujayralarida xorionda kariopiknoz ko'rinishidagi distrofik o'zgarishlar, hujayralar sitoplazmasida granulyoz distrofiya ustunlik qilganini shohidi bo'ldik. Shikastlanishdan keyingi 1-kunlaridagi placentadagi o'zgarishlar kuyish kasalligining ikkinchi haftasida platsentadagi o'zgarishlarga ko'proq o'xshaydi: shish, tomir devorlarining fibrinoid nekrozi, mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, qon tomir trombozi aniqlandi.

Shikastlanishdan bir necha kun o'tib, platsentada polimorfonukulyar leykotsitlarning massiv hujayrali infiltratsiyasi ifodalangan va fibroblast hujayralari paydo bo'lgan.

**Xulosa:** Shunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlar homilador ayollarning termik kuyish holatlarida platsentada o'zgarish mavjudligini ko'rsatadi va bu kuyish homiladorlikning kechishini muvakkablashtirishi mumkin. Bu ma'lumotlar kuyish kasalligida kuzatiladigan fetoplacental buzilishlarining morfologik substrati hisoblanadi. Ushbu tadqiqot homiladorlik davrida kuyishdan keyin muammolarning kelib chiqishida platsentadagi qator o'zgarishlariga qaratilgan. Bu shuni ko'rsatdiki, kuyish kasalligini davolashda ona-homila-placenta qon aylanishini, homila va kuyish dara-

jasisni e'tiborga olib, homilador ayollarni olib borish taktikasi belgilanadi.

**Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Негмаджанов Б.Б. и др. Беременность и ожоговая травма. // «Медицина и качество жизни» Москва. 2012. №3. С.14-15.
2. Э. С. Джумабаев, Д. Г. Саидходжаева Регионарная лимфатическая терапия в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов // Вестник врача, № 3 (100), 2021. С.32-35. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-32-35
3. Крылов К.М., Крылов П.К. Скорая медицинская помощь при термической травме. // Мат. 18-го Всероссийского конгресса посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России // Санкт-Петербург, 30-31 мая 2019 г. - с. 71.
4. Chang J., Berg C.J., Saltzman L.E., Hern-don J. Homicide: A leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States 1991-1999// Am. J. Public.Health.2005; 95: 471-477.
5. Pratima Mittal, Shankar Kripa, Anjum Ara and Vinay Kumar Tiwari. Feto-maternal outcomes of pregnancies complicated by thermal burns. Journal of Obstetrics and Gynecology of India volume 68, pages 270–275 (2018)
6. Udo Rudloff. Trauma during pregnancy. Archive of Gynecology and Obstetrics volume 276, pages 101–117 (2007).
7. Zulqarnain Masoodi, Imran Ahmad, Fahad Khurram. Pregnancy with burns: maternal and fetal outcome. Ansarul Haq Department of Plastic, Burn and Reconstructive Surgery, JNMCH, AMU, Aligarh, Uttar Pradesh, India Page : 36-41(2013).

## НЕГАТИВНАЯ ИНДУКЦИЯ РОДОВ

А. А. Аскеров, З. А. Матибраимова, Т. К. Айдаралиева, А. С. Давлетова, К. А. Аскерова  
Клинический родильный дом №1, Бишкек, Кыргызская Республика

**Ключевые слова:** индукция родов, шкала Бишоп, мизопропростол, окситоцин.

**Таянч сўзлар:** tug'ruq induktsiyasi, Bishop shkalasi, mizoprostol, oxytocin.

**Key words:** labor induction, Bishop score, misoprostol, oxytocin.

Индукция родов – это стимуляция сокращений матки до начала самопроизвольных родов для достижения деторождения через естественные родовые пути. Индукция родов может выполняться по медицинским показаниям (например, при преэклампсии или по состоянию плода) или избирательно при перенашивании (плановые роды). При этом постоянная в\в инфузия окситоцина является самым распространенным, относительно безопасным и эффективным методом. Однако проблема зрелости шейки матки и обоснованности применения индукции родов всегда оспаривается. Научные взгляды тоже разные, например в одном рандомизированном исследовании сравнивали четыре метода индукции: монотерапия мизопропростолом, монотерапия по Фолею, одновременное введение мизопростола и Фолея в шейку матки, и одновременное введение по Фолею окситоцина.

## NEGATIV TUG'RUQ INDUKTSIYASI

A. A. Askerov, Z. A. Matibraimova, T. K. Aidaraliev, A. S. Davletova, K. A. Askerova

1-sonli klinik tug'ruqxona, Bishkek, Qirg'iziston Respublikasi

Tug'ruq induktsiyasi - tabiiy tug'ruq kanali orqali tug'ruqga erishish uchun o'z-o'zidan tug'ruq boshlanishidan oldin bachadon qisqarishini rag'batlantirish. Tug'ruqni qo'zg'atish tibbiy sabablarga ko'ra (masalan, preeklampsi yoki homila holati uchun) yoki selektiv ravishda tug'ruqdan keyingi davrda (rejalashtirilgan tug'ruq) amalga oshirilishi mumkin. Shu bilan birga, oxytocinni doimiy ravishda tomir ichiga yuborish eng keng tarqalgan, nisbatan xavfsiz va samarali usuldir. Biroq, bachadon bo'yni etukligi muammosi va tug'ruq induktsiyasidan foydalanishning asosiligi har doim bahsga sabab bo'lib kelgan. Ilmiy qarashlar ham bir-biridan farq qiladi, masalan, bitta randomizatsiyalangan sinov induktsiyaning to'rtta usulini taqqosladi: mizoprostol monoterapiyasi, Foley monoterapiyasi, mizoprostol va Foleyni bachadon bo'yni ichiga bir vaqtda yuborish va foliy-oxytocinni bir vaqtda yuborish.

## NEGATIV INDUKTION OF LABOR

A. A. Askerov, Z. A. Matibraimova, T. K. Aidaraliev, A. S. Davletova, K. A. Askerova

Clinical maternity hospital No. 1, Bishkek, Kyrgyz Republic

Induction of labor is the stimulation of uterine contractions prior to the onset of spontaneous labor to achieve childbirth through the natural birth canal. Induction of labor can be performed for medical reasons (for example, with preeclampsia or for the condition of the fetus) or selectively for postmaturity (planned delivery). At the same time, continuous intravenous infusion of oxytocin is the most common, relatively safe and effective method. However, the problem of cervical maturity and the validity of the use of induction of labor is always contested. Scientific views also differ, for example, one randomized trial compared four methods of induction: misoprostol monotherapy, Foley monotherapy, simultaneous administration of misoprostol and Foley into the cervix, and simultaneous administration by Foley-oxytocin.

**Введение.** Индукция родов – это стимуляция сокращений матки до начала самопроизвольных родов для достижения деторождения через естественные родовые пути. Индукция родов может выполняться по медицинским показаниям (например, при преэклампсии или по состоянию плода) или избирательно при перенашивании (плановые роды). При этом постоянная в\в инфузия окситоцина является самым распространенным, относительно безопасным и эффективным методом. Были включены женщины, которым проводилась индукция родов с доношенной (37 недель гестации или более), одноплодной беременностью с головным предлежанием, без противопоказаний к вагинальным родам, неповрежденными плодными оболочками, 6 баллами по шкале Бишоп или менее и раскрытием шейки матки 2 см или менее [1]. Другая научная работа включала женщин с гестационным возрастом 37 недель и более, раскрытием шейки матки 2 см или менее, интактными плодными оболочками и показаниями к родовозбуждению. Группы исследования включали либо 100 мкг перорального мизопростола после трансцервикального введения груши Фолея, либо 100 мкг пе-

рорального приема только мизопростола. Первичным исходом были вагинальные роды с первой попытки индукции. Вторичные исходы включали время до родов, клинический хориоамнионит (температура матери 38°C или выше во время родов с болезненностью дна матки или без нее, без другой установленной причины), показания к кесареву сечению и неблагоприятные исходы. С 1 января 2018 г. по 13 мая 2019 г. 1117 женщин (34 кластера) получали пероральный прием мизопростола плюс Фоли и 1110 женщин (34 кластера) — только пероральный мизопростол. Демографические характеристики были схожими. Роды через естественные родовые пути при первой индукции произошли в 78 % случаев в группе мизопростола плюс Фоли и в 77 % в группе мизопростола (относительный риск [ОР] 1,00; 95% ДИ 0,96–1,05; скорректированный относительный риск [сОР] 1,00; 95% ДИ 0,95–1,05). Клинический хориоамнионит развился в 18 % случаев, получавших мизопростол плюс Фоли, и у 14% пациенток, получавших мизопростол (ОР 1,30; 95% ДИ 1,07–1,58; ОР 1,30; 95% ДИ 1,08–1,56). Различий в неонатальных исходах не было. Индукция родов у беременных женщин в срок с неповрежденными плодными оболочками с помощью перорального приема мизопростола плюс луковица Фолея не привела к более высокой частоте родов через естественные родовые пути, но привела к большему количеству клинических проявлений хориоамнионита по сравнению с применением только перорального мизопростола [2,3].

**Методы.** Данное исследование проводилось ретроспективно контролируемо на основе аудита медицинских карт по истории родов и истории новорожденных в родильных отделениях национальной, 2 областных, 1 городской и 1 районной больницы за более годовой интервал 2021г. В целях сохранения конфиденциальности родильные отделения пронумерованы и кодированы по А,В,С,Д,Е. Для анализа было отобрано всего 273 случаев индукции родов (А-80 случаев, В-66 случаев, С-55 случаев, Д-40 случаев, Е-32 случая). Важными критериями оценки были сроки гестации, условие и показание индукции родов, методы индукции родов, частота гиперстимуляции матки и дистресса плода, риски кесарево сечения и неудачной индукции родов, частота и длительность лечения новорожденных в отделении реанимации, риски геморрагических и септических осложнений.

**Результаты.** Из 273 случаев у 219 (80,2%) женщин индукция родов проводилась в доношенном сроке, у 19,8% (54) женщин в недоношенном сроке беременности (табл. 1).

Как видно из таблицы, во всех родильных отделениях отобранных больниц предпочтение было жидкому мизопростолу для индукции родов, чем механическим методам. Хотя практика в других местах и ситуациях показывает больше превалирование механических методов, чем химических методик с неконтролируемыми отклонениями. За весь период существования национального клинического руководства по индукции родов (2017-2022 гг) не была проведена оценка ближайших и отдаленных результатов индуцированных родов жидким оральным мизопростолом. Отмечались эпизоды разрыва матки с гистерэктомией или летальным исходом из-за гиперстимуляции матки и массивного кровотечения. Некоторые случаи были анализированы через конфиденциальное расследование материнской смертности и аудит критических случаев. Однако не были предприняты эффективные ответные меры на национальном уровне и на уровне организаций здравоохранения. Также в течение 2 лет был пилотный проект по перинатальному аудиту в 6 пилотных больницах, с

Таблица 1.

Аудит мед.карт по методам индукции родов

п	Количество случаев индукции для аудита – доношенных\недоношенных	Количество индук\преинд жидким мизопростолом в дон\недон.сроке	Количество с индукцией Фолеем	Количество смешанных методов – Мизопростол\Фолея
А	61\19 или 76,2%\23,8%	57\18	-	-
В	53\13 или 80,3%\19,7%	49\12	-	-
С	45\10 или 81,8%\18,2%	41\9	-	-
Д	31\9 или 77,5%\22,5%	28\7	-	-
Е	29\3 или 90,6%\9,4%	20\1	-	-

оценкой более 260 случаев перинатальной смертности у новорожденных с массой более 2500 граммов. Аудит указал в 40% случаях причину смертности среди младенцев более 2500 граммов индукцию родов жидким мизопростолом.

Анализ показаний и условий проведения индукции родов показал следующие особенности среди пациенток: при отсутствии повсеместно адекватной системы раннего УЗИ во время 1 триместра беременности неправильно подсчитываются достоверные сроки гестации и дата родов; часто устанавливается гипердиагностика преэклампсии с несоблюдением критериев и рекомендаций; в большинстве случаев недостоверная оценка степени зрелости шейки матки с риском неудачной преиндукции жидким мизопростолом; при отсутствии адекватной практики КТГ мониторинга состояния плода были случаи дистресса плода и увеличения риска экстренного кесарева сечения (в группе А – 4 случая или 7,01%, в группе В – 5 случаев или 10,2%). Не достаточно были информативны во многих случаях медкарты по истории родов и по истории развития новорожденного для оценки ближайших результатов индукции родов жидким мизопростолом (табл. 2).

Таблица 2.

**Punctum maximum боли в животе при клинической форме лямблиоза.**

п	Количество индук\ пре-инд жидким мизопростолом	Количество случаев с низкой оценкой шкалы по Апгар	Количество случаев с длительным лечением в условиях РИТ и УЗИ признаками ВЖК кровоизлияния	Количество переведенных или поступивших новорожденных на 2 этап выхаживания	Максимальный и минимальные продолжительности родов, скорость раскрытия шейки матки
А	57	5	2	21	Макс-11ч.30м, мин-1ч.20, макс. скорость РШМ-8,3см\ч
В	49	6	3	19	Макс-10ч.20м, мин-1ч.10, макс. скорость РШМ-9,1см\ч
С	41	4	2	15	Макс-12ч.30м, мин-0ч50м, макс. скорость РШМ-11,1см\ч
Д	28	3	1	11	Макс-9ч.00м, мин-2ч.00, макс. скорость РШМ-5см\ч
Е	20	2	-	6	Макс-8ч.30м, мин-1ч.40, макс. скорость РШМ-7,1см\ч

Как видно из таблицы, адекватная оценка по шкале Апгар рожденных младенцев после индукции жидким мизопростолом была не надлежащем уровне, только в 8,7% в группе А, 12,2% в группе В, 9,7% в группе С. Во многих случаях оценка по шкале Апгар была формальной на 7\8 баллов и реже 5\7 баллов. Это еще больше указывает на слабую причинно-следственную связь между критерием оценки и интранатальным фактором как химическая индукция родов. Конечно есть много вмешивающих факторов по УЗИ верификации ВЖК у новорожденного, однако при условии обеспечения доступности и качества исследования можно прогнозировать еще большую вероятность положительных результатов (верифицировано только в 4,1% случаях). По УЗИ данным находили в полости желудочков

гиперэхогенные, неправильной формы, с включениями образование, например справа 24,9x5,6 мм, слева 18,9x5,7 мм. Методика пре- и индукции жидким мизопростолом сопровождались обязательным вагинальным исследованием каждые 6 часов. Не проводились качественные научные исследования по оценке риска гиперстимуляции матки, дистресса плода, кесарево сечения, хориоамнионита или сепсиса, родовых травм для плода, других после родовых осложнений при индукции родов жидким мизопростолом. Ускорение родов вплоть до стремительной скорости раскрытия шейки матки по общей продолжительности отмечались при индукции жидким мизопростолом (больница А - макс-11ч.30м, мин-1ч.20, макс.скорость РШМ-8,3 см\ч; больница В - макс-10ч.20м, мин-1ч.10, макс.скорость РШМ-9,1 см\ч; больница С - макс-12ч.30 м, мин-0ч50м, макс.скорость РШМ-11,1 см\ч; больница Д - макс-9ч.00м, мин-2ч.00, макс.скорость РШМ-5см\ч; больница Е - макс-8ч.30м, мин-1ч.40, макс.скорость РШМ-7,1 см\ч). Может были еще другие случаи с ранней неонатальной смертностью из-за таких ятрогенных факторов, которые не оценивались. Однако в данном исследовании 72 (36,9%) новорожденных нуждались в длительном интенсивном уходе, т.е. каждый третий младенец после химической индукции родов имел не краткосрочные транзиторные нарушения, а существенную перинатальную патологию ЦНС.

**Заключение.** Таким образом, индукция родов должна проводиться только с согласия женщины и в том случае, если польза перевешивает риск. При этом гестационный возраст должен быть точно определен, предпочтительно подтвержден ультразвуковым исследованием в первом триместре беременности. Беременные проходящие процедуру индукцию родов, не должны оставаться без постоянного мониторинга. Для более благополучного исхода родов при индукции родов необходима зрелость шейки матки 8 баллов по шкале Бишопа и механические методы, чем химический мизопростол.

#### Использованная литература:

1. Адхикари Э.Х., Нельсон Д.Б., Макинтайр Д.Д., Левено К.Дж. Луковица Фолея добавлена к протоколу индукции перорального приема мизопростола: кластерное рандомизированное исследование. // Акушерство Гинекол.2020, ноябрь.
2. Гомес Х.Б., Хоффман М.К., Каплан Р., Русталлер К., Янг М.Х.Х., Шишионе А.С. Трансбуккальный и вагинальный мизопростол в сочетании с катетером Фолея для созревания шейки матки в срок (исследование BEGIN): рандомизированное контролируемое исследование. // Am J Obstet Gynecol. 2021 май.
3. Levine LD, Downes KL, Elovitz MA, et al: Mechanical and pharmacologic methods of labor induction: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 128 (6):1357–1364, 2016.



**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ****Ф. К. Ахмедов, М. Н. Негматуллаева, Д. И. Туксанова**Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,  
Бухара, Узбекистан**Ключевые слова:** плод, преэклампсия, беременность, внутриутробные заболевания, профилактика.**Таянч сўзлар:** homila, preeklampsiya, homiladorlik, homila kasalliklari, preeklampsiyani oldini olish.**Key words:** fetus, preeclampsia, pregnancy, intrauterine diseases, prevention.

Целью нашего исследования явилось: изучить значимость степени тяжести преэклампсии (ПЭ) и длительности ее течения на исход беременности и родов для матери и плода. Нами проведен сравнительный анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, исходов беременности и родов у 60 беременных с ПЭ различной степени тяжести ретроспективно, путем изучения истории родов. Главными в оценке степени тяжести ПЭ являются раннее начало (конец II – начало III триместра беременности) и длительность ее течения наряду с клинико- лабораторными показателями. Клинико - лабораторные данные у беременных с ранним началом ПЭ указывают на более выраженные нарушения функции плаценты, печени, почек и системы гемостаза.

**HOMILADORLIK KECHISHINING XUSUSIYATLARI VA PREEKLAMPSIYANING OG'IRLIK DARAJASIGA QARAB SALBIY OQIBATLAR XAVFI****F. K. Axmedov, M. N. Negmatullaeva, D. I. Tuksanova**

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

Tadqiqotimizning maqsadi: ona va homila uchun homiladorlik va tug'ruq natijalariga preeklampsiyaning (PE) og'irlik darajasi va uning davomiyligining ahamiyatini o'rganish. Tug'ruq tarixini o'rganish orqali turli darajadagi PE bilan asoratlangan 60 nafar homilador ayolning anamnez ma'lumotlarini, klinik va laboratoriya tekshiruvlari natijalarini, homiladorlik va tug'ruq natijalarini qiyosiy tahlil qildik. PEning og'irlik darajasini baholashning asosiy omillari erta boshlanishi (ya'ni homiladorlikning II trimestrining oxiri - III trimestrining boshlanishi) va klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari bilan bir qatorda uning davomiyligi muhim ahamiyatga ega. PE erta kuzatilganda homilador ayollardagi klinik va laboratoriya ma'lumotlari platsenta, jigar, buyraklar va gemostaz tizimining disfunktsiyasini ko'rsatadi.

**FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND THE RISK OF ADVERSE OUTCOMES DEPENDING ON THE SEVERITY OF PREECLAMPSIA****F. K. Akhmedov, M. N. Negmatullaeva, D. I. Tuksanova**

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

The purpose of our study was: the significance of the severity of preeclampsia (PE) and its duration on the outcome of pregnancy and childbirth for the mother and fetus. We carried out a comparative analysis of anamnestic data, results of clinical and laboratory examinations, outcomes of pregnancy and childbirth in 60 pregnant women with PE of varying severity retrospectively by studying the history of childbirth. The main factors in assessing the severity of PE are the early onset (the end of II - the beginning of the III trimester of pregnancy) and the duration of its course, along with clinical and laboratory parameters. Clinical and laboratory data in pregnant women with early onset of PE indicate more pronounced dysfunction of the placenta, liver, kidneys, and hemostasis system.

Гипертензивные расстройства беременности поражают до 10% беременных во всем мире, включая 3-5% всех беременностей, осложненных преэклампсией. Преэклампсия определяется, как новое начало артериальной гипертензии после 20 недель беременности с признаками дисфункции материнских органов или маточно-плацентарной дисфункции или протеинурии. Несмотря на ее распространенность, выявленные факторы риска недостаточно точны для прогнозирования ее начала, а профилактическая терапия лишь умеренно снижает риск развития преэклампсии у женщин. Преэклампсия является основной причиной материнской заболеваемости и связана с неблагоприятными исходами для плода, включая задержку внутриутробного развития, преждевременные роды, отслойку плаценты, дистресс плода и внутриутробную гибель плода. В настоящее время национальные рекомендации по наблюдению за плодом при преэклампсии противоречивы из-за отсутствия данных, подробно описывающих наиболее подходящие методы оценки, а также сроки и частоту проведе-

ния оценок [1,4]. Современное ведение плода при преэклампсии включает своевременное родоразрешение и профилактику побочных эффектов недоношенности с помощью антенатального введения кортикостероидов и/или сульфата магния в зависимости от срока гестации. Наряду с рисками для плода во время беременности также появляется все больше доказательств того, что преэклампсия оказывает долгосрочное неблагоприятное воздействие на потомство [6,8].

Существуют дополнительные клинические факторы, которые значительно увеличивают риск преэклампсии, в том числе повышенное среднее артериальное давление до 15 недель беременности [1], синдром поликистозных яичников, нарушение дыхания во сне и различные инфекции, такие как пародонтит, заболевания, инфекции мочевыводящих путей и *Helicobacter pylori* [7,9].

С точки зрения акушерского анамнеза, вагинальное кровотечение в течение не менее пяти дней во время беременности увеличивает риск преэклампсии [2], как и использование донорства ооцитов, которое имеет более высокий риск преэклампсии по сравнению с экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО) без донорства ооцитов или естественного зачатия [3].

Исследования показали, что дефицит витамина D может увеличить риск преэклампсии, и что добавки витамина D могут принести некоторую пользу в снижении риска преэклампсии [5]. Однако, несмотря на то, что добавки часто рекомендуются в клинической практике, для подтверждения их полезности по-прежнему требуются надежные доказательства рандомизированного контролируемого исследования (РКИ). Всемирная организация здравоохранения провела большое РКИ, изучающее роль кальция, и не сообщила о снижении частоты преэклампсии при приеме добавок в популяции с дефицитом кальция, хотя тяжесть и осложнения преэклампсии были значительно ниже в когорте, принимавшей добавки [7].

Существует большое количество работ, указывающих на роль циркулирующих ангиогенных факторов, таких как sFlt-1 и PlGF, в патогенезе преэклампсии. Женщины с преэклампсией имеют более высокие уровни циркулирующего sFlt-1 и более низкие уровни PlGF, заметные до начала заболевания. sFlt-1 представляет собой антиангиогенный белок, который действует как антагонист ангиогенных белков PlGF и фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). Ингибируя VEGF и PlGF, sFlt-1 изменяет нижестоящие сигнальные пути, что приводит к вазоконстрикции и эндотелиальной дисфункции [1,4]. Было показано, что повышение уровня sFlt-1 на моделях мышей вызывает синдром, напоминающий преэклампсию. Кроме того, удаление sFlt-1 может обратить эндотелиальную дисфункцию в исследованиях культур эндотелиальных клеток; следовательно, избыточная экспрессия представляет собой важную механистическую связь между плацентарной дисфункцией и измененной сосудистой функцией матери [5]. Было показано, что низкий уровень PlGF обладает высокой чувствительностью и отрицательной прогностической ценностью при диагностике преэклампсии, требующей родоразрешения в течение 14 дней [8].

**Целью нашего исследования** явилось: изучить значимость степени тяжести преэклампсии и ее длительности течения на исход беременности и родов для матери и плода.

**Материалы исследования.** Нами проведен сравнительный анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, исходов беременности и родов у 60 беременных с ПЭ различной степени тяжести ретроспективно путем изучения истории родов. I- группу составили пациентки с ранним началом ПЭ (до 32 недель беременности), II –группу- с началом ПЭ после 34-х недель гестации.

Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет, в среднем  $27,8 \pm 5,0$ г, в I-й группе  $26,8 \pm 5,4$  – во II группе. В обеих группах преобладали первородящие женщины (соответственно 65% и 53,6% в I-й и II- й группах). Однако 40% пациенток с ранним началом ПЭ были первородящие старше 26 лет, во II – группе таких пациенток было только 16,3%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении течения беременности у

пациенток данных групп были выявлены некоторые закономерности. Течение I - триместра беременности не имело отличительных особенностей в I и II - группах. При анализе течения II-го триместра беременности нами отмечено, что у женщин I- группы почти в 3 раза чаще беременность в эти сроки осложнилась угрозой прерывания беременности (у 63,4% в I – группе и 24,3 % во II- группе), развитием инфекцией мочевыводящих (ИМТ) в I- группе 5,6%, таких осложнений во II-группе не наблюдалось.

Во II группе в 20,2% 2-0й триместр протекал без осложнений, в I-группе неосложненного течения беременности в эти сроки не было.

В III триместре беременности у пациенток I группы отмечено более частое развитие структурно-функциональных нарушений плаценты: у 40,5% маловодие (8,2% во II группе) у 23,3% по УЗИ выявлена ЗВУР плода (2,8% во II-группе).

Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных позволил выяснить особенности ПЭ при раннем его начале и длительном течении по сравнению с более поздним развитием ПЭ.

Средняя длительность течения ПЭ в I –группе составила  $10,4 \pm 2,4$  недели, во II- группе –  $4,2 \pm 1,8$  недель. В I- группе у 67% наиболее ранними симптомами ПЭ явились гипертензия, в 33% - отечный синдром с последующим развитием гипертензий у 86,5%.

Во II- группе получены несколько иные данные: гипертензия и протеинурия как наиболее ранние симптомы составили 51,7% и в 48,3% ПЭ начался патологической прибавки массы тела и отеков, что доказывает более легкое течение ПЭ в этой группе.

Сочетание всех 3 –х клинических симптомов в I- группе отмечено у 86,7%, во II-группе – у 51,7%.

Анализ лабораторных данных не имел достоверных различий между уровнем гемоглобина, количеством эритроцитов, лейкоцитов в I и II группе, это объясняется более выраженной гемоконцентрацией у пациенток I- группы, о чем свидетельствуют показатели гематокрита: в среднем 35% в I- группе и 33% во II- группе.

О нарушениях в системе гемостаза свидетельствует также снижение количества тромбоцитов у пациенток обеих групп, более выраженное при длительном течении ПЭ до  $164 \cdot 10^3$ /л, по сравнению с  $240 \pm 10^3$ /л во II- группе.

При оценке состояния функции печени в группе беременных с длительным течением ПЭ у всех пациенток отмечалась гипопропротеинемия- в среднем уровень общего белка в крови составил 59,5 г/л. Ферменты печени в среднем в обеих группах были в пределах нормы.

При анализе концентрационной функции почек практически у 58% беременных I – группы была установлена никтурия. Во II- группе никтурия отмечена у 32%. Остальные показатели были в пределах нормы в обеих группах.

Анализ результатов исследования показал, что рано начавшаяся ПЭ в большей степени нарушает физиологическое течение родов, повышает частоту преждевременных родов, перинатальной и материнской заболеваемости, расширяет показания к оперативному родоразрешению. В данном исследовании 70% женщин I – группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения, во II- группе – 3,5 раза меньше (20%).

Частота преждевременных родов в I- группе была почти в 10 раз выше, чем во II группе (33.5%) и (3,5%) соответственно.

При изучении основных показаний к оперативному родоразрешению установлено, что оно было выполнено в связи с отсутствием эффекта медикаментозной терапии, нарастанием степени тяжести ПЭ.

Причем в 42,9% кесарево сечение выполнено досрочно, а в 81%- в экстренном порядке.

Во II – группе показания к оперативному родоразрешению были в основном сочетанными, в 46,2%- показания к операции не были связаны с ПЭ, кесарево сечение выполнено досрочно в 8%, в экстренном порядке – в 54%.

**Выводы:** как видно из вышеуказанного, при раннем начале и длительном течении ПЭ

более высока частота оперативного родоразрешения, выполненного при недоношенном плоде в экстренном порядке, что, несомненно, ухудшает перинатальные исходы. По нашим данным гипотрофия плода, имела место у 43,3% в I – группе, и в 6 раз реже во II- группе. В группе с длительно текущей ПЭ 67% имели массу менее 3000 г в тоже время во II- группе в состоянии гипоксии родилось 24% новорожденных, что почти 3 раза ниже, чем в I- группе.

Таким образом, главным в оценке степени тяжести ПЭ являются раннее начало (конец II – начало III триместра беременности) и длительность ее течения наряду с клинико- лабораторными показателями. Клинико - лабораторные данные у беременных с ранним началом ПЭ указывают на более выраженные нарушения функции плаценты, печени, почек и системы гемостаза. Длительное течение ПЭ оказывает крайне неблагоприятное влияние на перинатальные исходы.

#### Использованная литература:

1. Л. Р. Агабабян, С. Э. Махмудова Современные генетические методы прогнозирования преэклампсии // Вестник врача, № 2, 2019. С.129-132.
2. Ф. К. Ахмедов Иммунологические аспекты развития преэклампсии // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.124-128. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-121-128
3. Ф. К. Ахмедов Оценка системы кровообращения и кардиогемодинамики у беременных тяжелой преэклампсией // Вестник врача, № 4, 2019. С.34-38.
4. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Изучение особенностей функционального состояния почек у женщин с тяжелой преэклампсией //IX Регионального научно-образовательного форума «Мать и Дитя» 28–30 июня 2016 года Сочи. - С. 7-8.
5. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Изменение функции левого желудочка у беременных с преэклампсией // Международной научно-практической конференции «Современная медицина: традиции и инновации». - 2018 г. - С. 144-147.
6. А. М. Бабаханова Преэклампсия кузатилган аёлларда фетоплацетар қон айланишининг бузилиши // Доктор ахборотномаси, № 3 (95), 2020. С.14-16. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-14-16
7. Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева Влияние преэклампсии матери на состояние новорожденных // Вестник врача, № 2, 2018. С.36-39.
8. Х. Н. Негматшаева Методы профилактики преэклампсии, актуальные вопросы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.127-130. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-127-130
9. Туксанова Д.И., Курбанова З.Ш., Ахмедов Ф.К. Особенности состояния изучаемых параметров органного и маточно-плацентарного кровотока у женщин присоединившейся преэклампсией //Проблемы биологии и медицины. - 2019. - №2. - С.109 - 111.
10. Д.И. Туксанова Особенности изменения органного кровотока у женщин с осложненной преэклампсией // Вестник врача, № 4, 2018. С.61-66.
11. Туксанова Д.И. Особенности состояния системного и органного кровотока у женщин с физиологическим течением беременности// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент. - 2017. - №3-4(I). - С. 135-136.
12. Ф.С. Урунова, З.Ф. Сафоева Функциональное состояние почек у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией // Вестник врача, № 1, 2018. С.79-82.
13. З. И. Шамсиева Семизлик кузатилган аёлларда преэклампсия ривожланишининг эҳтимоли // Доктор ахборотномаси, № 3 (95), 2020. С.102-105. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-102-105
14. L. Duley, “The global impact of pre-eclampsia and eclampsia,” *Seminars in Perinatology*, vol. 33, no. 3, pp. 130–137, 2019.
15. L. Ghulmiyyah and B. Sibai, “Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia,” *Seminars in Perinatology*, vol. 36, no. 1, pp. 56–59, 2016.
16. Khomidova N. R., Akhmedov F. K. The Role of Markers of Violations of Central Maternal Hemodynamics and Regional (Utero-Placental - Fetal) Blood Flow in Predicting Obstetric Bleeding// *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2020, 10(10): 759-761. - P. 759-761.
17. J. Moodley, “Maternal deaths associated with hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study,” *Hypertension in Pregnancy*, vol. 23, no. 3, pp. 247–256, 2014.
18. Tuxanova D.I. Effects of flow period preeclampsia the outcome of pregnancy and childbirth// *European Science Review*. - Austria, Vienna, 2015. - №4-5. – С. 85- 87.

**CHARACTERISTICS OF MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE BLOOD OF WOMEN WITH PRETERM BIRTH****N. A. Akhtamova, N. N. Shavazi**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Таянч сўзлар:** endotelial disfunktsiya, erta tug'lish, homiladorlik.**Ключевые слова:** дисфункция эндотелия, преждевременные роды, беременность.**Key words:** endotelial disfunktsiya, muddatdan oldingi tuq'ruq, homiladorlik.

Recently, vascular and hemodynamic disorders in the mother, which are observed in various somatic diseases, have traditionally been attributed to risk factors for preterm birth. At the heart of violations of hemodynamics and microcirculation, including in the uteroplacental pool, developing with preeclampsia and various somatic pathologies, is a generalized dysfunction of the endothelium. It is extremely important to study the content in the blood of pregnant women with premature birth of indicators of the anticoagulant potential of the blood, in particular, the content of the main anticoagulant, antithrombin III. In preterm birth, its amount was  $85.15 \pm 5.31$  mg/l, which is significantly lower than in women with a physiological course of pregnancy, which indicates the important role of antithrombin III deficiency in the development of these severe pregnancy complications.

**MUDDATIDAN OLDIN TUG'GAN AYOLLAR QONIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYON MARKERLARINING XUSUSIYATLARI****N. A. Axtamova, N. N. Shavazi**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

So'nggi paytlarda turli somatik kasalliklarda kuzatiladigan onadagi qon tomir va gemodinamik buzilishlar an'anaviy ravishda erta tug'ruqning xavf omillari bilan bog'liq. Gemodinamika va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, shu jumladan fetoplazental tizimda, preeklampsiya va turli somatik patologiyalar bilan rivojlanayotgan endotelining umumiy disfunktsiyasi asosida kechadi. Muddatidan oldin tug'gan homilador ayollarning qon tarkibidagi antikoagulyant potentsial ko'rsatkichlarini, xususan, asosiy antikoagulyant - antitrombin III ning tarkibini o'rganish juda muhimdir. Erta tug'ruqda uning miqdori  $85,15 \pm 5,31$  mg / l ni tashkil etdi, bu homiladorlikning fiziologik kechishi bo'lgan ayollarga qaraganda sezilarli darajada past bo'lib, bu homiladorlikning ushbu og'ir asoratlarini rivojlanishida antitrombin III etishmovchiligining muhim o'rini ko'rsatadi.

**ХАРАКТЕРИСТИКА МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ****Н. А. Ахтамова, Н. Н. Шавази**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В последнее время к факторам риска преждевременных родов традиционно относят сосудистые и гемодинамические нарушения у матери, которые наблюдаются при различных соматических заболеваниях. В основе нарушения гемодинамики и микроциркуляции, в том числе в маточно-плацентарном бассейне, развивающихся при гестозе и различной соматической патологии, лежит генерализованная дисфункция эндотелия. Чрезвычайно важным является изучение содержания в крови беременных женщин с преждевременными родами показателей антикоагуляционного потенциала крови, в частности, содержания основного антикоагулянта — антитромбина III. При преждевременных родах его количество составило  $85,15 \pm 5,31$  мг/л, что достоверно ниже, чем у женщин с физиологическим течением беременности, что свидетельствует о важной роли дефицита антитромбина III в развитии этих грозных осложнений беременности.

**Relevance of the problem:** There are several hypotheses that explain the development of endothelial dysfunction in the pathological course of pregnancy [6,7,8]. The theory of placental ischemia received the greatest evidence. Absolute or relative placental ischemia may develop primarily as a result of insufficient invasion of the trophoblast into the spiral arteries of the decidua, or secondarily as a result of diffuse endothelial pathology observed in patients with somatic pathology. As a result of placental ischemia, endothelial-damaging substances enter the bloodstream, an imbalance occurs between vasoconstrictors and vasodilators, between the thrombogenic potential of the vascular wall and its thromboresistance, regional blood flow is disturbed, and progressive disorders of vital organs and functions of the placenta occur [9,10]. Additional methods for diagnosing preterm birth include the determination of fetal hemoglobin in maternal blood, but this method is not sensitive and specific enough. An important indicator is the determination of PDfn

and PDfg as markers of intravascular consumption of blood coagulation factors in this pathology [11]. In preterm birth, thromboplastic substances of tissue and cellular origin enter the maternal circulation, resulting in hyperthrombinemia and intravascular coagulation. Plasma fibronectin (PFN) is one of the substances with opsonizing ability, due to which it largely determines and regulates phagocytic activity in normal conditions and stimulates this process during inflammation. By now, it is well known that PFN is able to bind and eliminate products of phagocytosis (particles of tissue detritus, endotoxins of viruses and bacteria), as well as immune complexes through the macrophage system, as well as immune complexes [2]. It acts as a kind of marker of the acute phase of inflammation. A decrease in the level of plasma fibronectin in plasma is observed: with hepatitis, with sepsis, with physical injuries, in the postoperative period.

The concentration of plasma fibronectin in plasma increases: during complicated pregnancy (severe preeclampsia, preeclampsia), in violation of the vascular endothelium, in inflammation, in the development of malignant tumors and their metastasis.

**The purpose** of this study was: to study the diagnostic value of determining in the blood a number of markers of the functional state of the endothelium in women with preterm labor.

**Material and methods of research:** 72 patients were examined. The main group consisted of 48 full-term pregnant women with premature birth in the absence of biological readiness for childbirth. The inclusion criterion was preterm birth, gestational age of 28-36 weeks, insufficient readiness of the soft birth canal for labor induction (w/uterus: immature, maturing), lack of indications for emergency delivery. Exclusion criteria: signs of ascending infection (leukocytosis, body temperature), diabetes mellitus, uterine scar, large fetus, breech presentation of the fetus, chronic urogenital infection with a history of complications (miscarriage, premature birth, endometritis, acute adnexitis). In the examined patients, active-watchful tactics were used up to 72 hours of the anhydrous period. A comprehensive examination of the condition of the pregnant woman and the fetus was carried out. At 12 hours of the anhydrous period, antibiotic therapy was started to prevent ascending infection. Preparation for childbirth was carried out with antispasmodics, antioxidants, antigestagens. Miropriston was prescribed after premature rupture of amniotic fluid at a dose of 0.2 g twice. The first time - immediately after the discharge of amniotic fluid. The second - after 6 hours, in the absence of regular labor activity. Upon reaching the optimal biological readiness for childbirth or the appearance of signs of an ascending infection, labor induction was performed. The control group included 24 patients of the same period with timely discharge of amniotic fluid without severe obstetric and somatic pathology of PIOV in the absence of biological readiness for childbirth.

To achieve this goal, a blood test was carried out for the content of markers of endothelial dysfunction: thrombomodulin, soluble adhesion molecules (sICAM-1 and sVCAM-1), von Willebrand factor, fibronectin.

Blood for the study was taken from the cubital vein into a plastic or siliconized test tube containing a 3.8% solution of sodium citrate 3-substituted (sodium citrate), the ratio of blood volumes to sodium citrate was 9:1. Blood was centrifuged at 3000–4000 rpm (1200 g) for 15 minutes. As a result, platelet-poor plasma was obtained, which was transferred to another tube, where it was stored until the study. Plasma with clots, hemolysis, excess sodium citrate and obtained more than 2 hours ago was not allowed to be analyzed. Frozen plasma samples were stored at -20 to -16°C for no more than 1 month.

The blood levels of sVCAM-1, sICAM-1, and thrombomodulin were determined using human sVCAM ELISA, human sICAM ELISA, and human sCD141 ELISA reagents manufactured by Diaclon (France). To determine fibronectin, avntitrombin-III, the IFA-Fn kit manufactured by CJSC NVO Immunoteks was used. To determine the deficiency of proteins C, the set "Sail-test" manufactured by "Technology-Standard" was used. Specific semiquantitative determination in plasma of fibrin cross derivatives containing the D-dimer domain was carried out by latex agglutination immunoassay.

Statistical processing of the material was performed using the standard statistical software

package Statistica 10.0 (Statistica for Windows v. 6.0).

**Results of the study and their discussion:** One of the most important methods for diagnosing endothelial dysfunction is the assessment of the blood levels of various substances formed in the endothelium. Not all indicators have the same diagnostic value, since a significant part of the markers of the functional state of the endothelium, in addition to endotheliocytes, are also formed in other cells. Highly specific markers of endothelial dysfunction include thrombomodulin and soluble adhesion molecules, ICAM-1 and VCAM-1. Thrombomodulin is a glycoprotein in the endothelial membrane and a cellular receptor for thrombin. It converts protein C into its active form, performing an anticoagulant function. The content of thrombomodulin in the blood increases with damage to the endothelium.

The adhesion molecules, ICAM-1 and VCAM-1, belong to the immunoglobulin superfamily and bind to leukocyte membrane integrins. They are expressed by endotheliocytes and partially pass into the blood upon activation of the endothelium. An increase in the content of soluble adhesion molecules in the blood is a highly specific marker of endothelial dysfunction. Increased adhesiveness of the endothelium is of great importance in the pathogenesis of atherosclerosis, systemic inflammatory response syndrome and other pathological conditions. A highly specific marker of the functional state of the endothelium is also the von Willebrand factor, which promotes platelet adhesion to the damaged endothelium. Platelets are another source of von Willebrand factor. Fibronectin is a subendothelial extracellular glycoprotein that is also found in platelets and plasma and is an important platelet adhesion factor at the site of vascular injury. Unlike the above markers, fibronectin is not a strictly specific marker of endothelial dysfunction, since it is synthesized not only by endotheliocytes, but its content in the blood increases in pathology accompanied by damage to the vascular wall. So, X. Wang et al. fibronectin was determined at 24–34 weeks. In those women who developed subsequent IUGR, fibronectin levels were significantly higher. Our studies presented in Table 1 show that an elevated level of plasma fibronectin in the control group occurs in 13% of cases, while in the PIOV group it is increased in 25% of cases.

Important for understanding the role of endothelial dysfunction in the pathogenesis of PIOV is the study of the dynamics of markers of endothelial dysfunction. As can be seen from Table 1, the content of endothelial dysfunction markers, such as thrombomodulin, soluble adhesion molecules, von Willebrand factor and fibronectin, had a peculiar dynamics in PIOV. The results of our study showed an increase in the content of thrombomodulin, sICAM-1, von Willebrand factor, fibronectin in the maternal bloodstream during preterm birth, which indicates the activation and stimulation of endotheliocytes in this pathology. In women with preterm birth, a statistically significant increase in the content of fibronectin in the blood was observed, which appears to be associated with damage to the trophoblast. The source of the increase in the content of thrombomodulin in the blood of these women also seems to be the trophoblast. As you know, as the gestational age increases, the degree of thrombinemia increases, which is detected by an increase in the content of soluble fibrin-monomer complexes (SFMK), fibrinogen degradation products (PDF) and fibrin (D-dimer). These changes are associated with the intensification of the processes of intravascular blood coagulation, including in the uteroplacental blood flow. To date, the most accessible, often performed in domestic laboratories and quite informative is the D-dimer test. During pregnancy, due to an increase in the total coagulation potential of the blood, a thrombophilic condition almost always develops. Such changes in the hemostasis system during physiological pregnancy are considered necessary for the normal formation of the fetoplacental complex. Their development is associated with such morphological and functional changes in the spiral arteries of the uterine mucosa, such as invasion of trophoblast cells into the arterial wall, replacement of the internal elastic membrane and internal media with a thick layer of fibrinoid, violation of the integrity of the endothelium and exposure of collagen structures, as well as the formation intervillous space. Developing changes, as a rule, are not accompanied by pathological hyperthrombinemia and disseminated intravascular blood coagulation (DIC), however, they can lead to hypercoagulability, which is the result of an imbalance in the hemostasis system under conditions of hereditary and/or

acquired shifts in various extragenital diseases. Thrombophilic status can lead to disruption of adaptive mechanisms during pregnancy and childbirth and cause the development of obstetric complications - growth retardation and fetal development, placental insufficiency, late toxicosis (preeclampsia), fetal death, etc. The severity of changes in the vascular and platelet, coagulation, fibrinolytic and anticoagulant links of hemostasis is determined by the characteristics of the course of pregnancy and the initial state of the coagulation system. These factors are interrelated and interdependent; their violations often lead to termination of pregnancy at different times, which makes timely diagnosis of intravascular thrombosis and its therapy using specific and non-specific methods that affect individual links of pathogenesis relevant. It is extremely important to study the content in the blood of pregnant women with premature birth of indicators of the anticoagulant potential of the blood, in particular, the content of the main anticoagulant, antithrombin III. In preterm birth, its amount was  $85.15 \pm 5.31$  mg/l, which is significantly lower than in women with a physiological course of pregnancy, which indicates the important role of antithrombin III deficiency in the development of these severe pregnancy complications.

**Table 1.**

**Frequency of occurrence of general and local symptoms in the examined patients upon admission**

Group surveyed	Indicator				
	Thrombomodulin	ng/ml Factor	Willebrand	sICAM-1 ng/ml	sVCAM-1 ng/ml
Physiological flow pregnancy (n=12)	$6.76 \pm 0.38$	$109.45 \pm 5.07$	$233.14 \pm 9.67$	$998.92 \pm 14.6$	$742.34 \pm 9.78$
pregnant with risk for PB n=72	$8.96 \pm 0.53$	$169.45 \pm 6.37$	$503.23 \pm 10.24$	$1308.92 \pm 51.6$	$797.51 \pm 12.45$

Note: \*-significance of differences  $P < 0.05$

Considering that the coagulation potential according to the APTT, PT and RFMK tests in women with preterm labor tended to increase, it can be assumed that the decrease in antithrombin activity in our studies is associated with the depletion of the anticoagulant system and may be the cause of the development of gross shifts in the hemostasis system.

**Table 2.**

**The content of markers of endothelial dysfunction in the blood of pregnant women with premature birth**

Group surveyed	Protein C %	D-dimer	Antithrombin ng/ml
Physiological course	$84.76 \pm 6.38$	$179.23 \pm 9.07$	$109.45 \pm 7.33$
	$128.58 \pm 9.53$	$317.45 \pm 10.37^*$	$85.15 \pm 5.31^*$

Note: \*-significance of differences  $P < 0.05$

We also screened disorders in the protein C system in pregnant women with preterm labor, which revealed a statistically significant increase in the amount of protein C in the blood. Therefore, with premature rupture of amniotic fluid, a decrease in the content of antithrombin III is detected, against the background of an increase in the level of protein C, due to high values of thrombomodulin. In order to identify the activation of intravascular coagulation in women with premature rupture of amniotic fluid, the content of D-dimer in the blood was examined. In 49.8% of women with premature rupture of amniotic fluid, an increase in the content of D-dimer in the blood above 300 ng/ml was revealed. This indicates the processes of fibrin cross-polymerization in the process of intravascular blood coagulation, which is observed at the time of the developed clinical picture of premature rupture of amniotic fluid. Consequently, in preterm birth, there is a deficiency of natural anticoagulants (antithrombin III) and activation of intravascular coagulation (an increase in the content of protein C and D-dimer). It is possible that the presence of congenital defects in the hemostasis system, which create an unfavorable premorbid background and contribute to the manifestation of hypercoagulability in the intervillous space, can serve as an important path-



ogenetic factor in preterm birth.

Thus, on the basis of the obtained research results, it can be indicated that the detection of an increase in the blood content of D-dimer, protein C, antithrombin III has the highest specificity, positive and negative predictive value, and diagnostic accuracy, and the highest sensitivity is an increase in the content of thrombomodulin.

Therefore, the determination of blood levels of a number of markers of endothelial dysfunction, such as thrombomodulin and fibronectin, as well as a marker of intravascular blood coagulation D-dimer, protein C, is diagnostically and prognostically significant in the diagnosis of premature rupture of amniotic fluid in pregnant women.

#### References:

1. Л. В. Саркисова Иммунологические аспекты при преждевременных родах // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.171-176. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-171-176
2. Л. В. Саркисова, Г. М. Каюмова, Д. У. Рузиева Современные тренды преждевременных родов // Вестник врача, № 4, 2019. С.109-113.
3. Л. В. Саркисова, Д. Э. Насретдинова Взаимосвязь биохимических и гемодинамических показателей при преждевременных родах // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.89-94. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-89-94
4. Г. Ю. Тураева Преждевременные роды: частота, причины и последствия // Вестник врача, № 3 (95), 2020. С.94-97. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-94-97
5. Г. Ю. Тураева Состояние гемодинамических и морфологических параллелей у женщин с преждевременными родами в анамнезе // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.80-82. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-80-82
6. Н. Н. Шавази Профилактика преждевременных родов, современная диагностика и медикаментозная терапия // Вестник врача, № 3, 2019. С.122-124.
7. Alexander, J. Thomas PW, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2002. - Issue 1. - Art. №: CD002867. DOI: 10.1002/14651858.CD002867.
8. Arulpragasam, K. Emergency peripartum hysterectomy in a Western Australian population: Ten-year retrospective case-note analysis. AUST NZ J OBSTET GIN/K. Arulpragasam, G. Hyanes, M. Epee-Bekima // Obstet Gynaecol. -2018. - Nov., № 8. - P 456-469. doi: 10.1111/ajo.12922 [Epub ahead of print].
9. Bonnet, M.-P. Postpartum Haemorrhage in Canada and France: A Population-Based / M.-P. Bonnet, O. Basso, M.-H. Bouvier-Colle [et al.] // Comparison. PLoS ONE. -2013. - № 8(6).-P.66-88. doi:10.1371/journal.pone.0066882.
10. Burgos Frías N. Iliac artery occlusion balloons for suspected placenta accreta during cesarean section. Article in Spanish / N. Frías Burgos, E. Gredilla, E. Guasch [et al.] // Rev. Esp. Anesthesiol Reanim. - 2014. - № 61(2). - P. 105-8. doi: 10.1016/j.redar.2012.11.008. Epub 2012 Dec 29.
11. Butwick, A. J. Risk factors for obstetric morbidity in patients with uterine atony undergoing caesarean delivery / A. J. Butwick, B. Carvalho, Y. Y. El-Sayed // Br. J. Anaesth. - 2014. - № 113(4). - P. 661-8. doi: 10.1093/bja/aeu150. Epub 2014 Jun 6.
12. Butwick, A. J. Second-line uterotonics and the risk of hemorrhage-related morbidity / A. J. Butwick, B. Carvalho, Y. J. Blumenfeld [et al.] // Am. J. Obstet Gynecol. - 2015. - № 212(5). - P. 642-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.008. Epub 2015 Jan 9.
13. Chandrharan, E. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta / E. Chandrharan, S. Rao, A. M. Belli [et al.] // Int. J. Gynaecol Obstet. - 2012. - № 117(2). -P. 191- 4. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.12.005. Epub 2012 Feb 11.
14. Choi, S. R. Is a cause of postpartum hemorrhage of using of tocolytic agents in preterm delivery? / S. R. Choi, N. R. Yoon, S. O. Hwang // J. Matern Fetal Neonatal Med. - 2017. - № 30(22). - P. 2711-2715. doi: 10.1080/14767058.2016.1261397. Epub 2016 Dec 7.
15. Claroni, C. Postpartum hemorrhage management, the importance of timing / C. Claroni, M. Aversano, C. Todde [et al.] // Clinical Management. -2018. - P. 12. doi: https://doi.org/10.7175/cmi.v12i1.1326.
16. Dahlke, J. D. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines / J. D. Dahlke, H. Mendez-Figueroa, L. Maggio [et al.] // Am. J. Obstet Gynecol. - 2015. - № 213(1). - P. 76.-10. doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.023. Epub 2015 Feb 28.
17. D'Antonio, F. (2016), Counseling in fetal medicine: evidence-based answers to clinical questions on morbidly adherent placenta / F. D'Antonio, J. Palacios-Jaraquemada, P. S. Lim [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol. - 2016. -№ 47. - P. 290-301. doi: 10.1002/uog.14950.
18. De Visser, S. M. Development of a tailored strategy to improve postpartum hemorrhage guideline adherence / S.

- M. De Visser, M. D. Woiski, R. P. Grol [et al.] // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2018. - № 18. - P. 49. -doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-018-1676-6>.
19. Ekelund, K. Hemostatic resuscitation in postpartum hemorrhage -a supplement to surgery / K. Ekelund, G. Hanke, J. Stensballe [et al.] // *Acta Obstet Gynecol Scand*. - 2015. - № 94(7). - P. 680-692. doi: 10.1111/aogs.12607. Epub 2015 Mar 5.
20. Eshkoli, T. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births / T. Eshkoli, A. Y. Weintraub, R. Sergienko [et al.] // *Am. J. Obstet Gynecol*. - 2013. - № 208(3). - P. 219.-7. doi: 10.1016/j.ajog.2012.12.037. Epub 2013 Jan 8.
21. Evensen, A. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment / A. Evensen, J. M. Anderson, P. Fontaine // *Am. Fam. Physician*. - 2017. -№ 1; 95(7). - P. 442-449.
22. Fadel, M. G. Maternal outcomes following massive obstetric haemorrhage in an inner-city maternity unit / M. G. Fadel, S. Das, A. Nesbitt [et al.] // *J. Obstet Gynaecol*. - 2019. - Mar., № 1. - P. 1-5. doi: 10.1080/01443615.2018.1534814 [Epub ahead of print].
23. Ford, J. B. Trends and outcomes of postpartum haemorrhage, 20032011 / B. J. Ford, J. A. Patterson, K. M. Sean Seeho [et al.] // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2015. - № 15. - P. 334. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0788-5>.
24. Gallos, I. D. Uterotonic agents for preventing postpartumhaemorrhage: a networkmeta-analysis / I. D. Gallos, H. M. Williams, M. J. Price [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. - 2018. - Issue 4. -Art. №: CD011689. DOI: 10.1002/14651858.CD011689.pub2.
25. Guasch, E. Massive obstetric hemorrhage: Current approach to management. Article in English, Spanish / E. Guasch, F. Gilsanz // *Med. Intensiva*. - 2016. - № 40(5). - P. 298-310. doi: 10.1016/j.medin.2016.02.010. Epub 2016 May 13.
26. Guasch, E. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual / E. Guasch, F. Gilsanz // *Med. Intensiva*. - 2016. - № 40. - P. 298-310.
27. Guida, J. P. Brazilian Cohort on Severe Maternal Morbidity (COMMAG) study group and the WHO Maternal Morbidity Working Group (MMWG). The impact of hypertension, hemorrhage, and other maternal morbidities on functioning in the postpartum period as assessed by the WHODAS 2.0 36-item tool / J. P. Guida, M. L. Costa, M. A. Parpinelli [et al.] // *Int. J. Gynaecol Obstet*. - 2018. - № 141. - Suppl 1. - P. 55-60. doi: 10.1002/ijgo.12467.
28. Guideline on the Management of Postpartum Haemorrhage, HSE Home Birth Service. - Dublin, Ireland. 2018. - URL : <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/hb010-pph-guideline-hse-home-birth-service-2018.pdf>
29. Harvey, C. J. Evidence-Based Strategies for Maternal Stabilization and Rescue in Obstetric Hemorrhage / C. J. Harevey // *AACN Adv Crit Care*. - 2018. -№ 29(3). - P. 284-294. doi: 10.4037/aacnacc2018966.
30. Henriquez, D. D. C. A. Management of postpartum hemorrhage: how to improve maternal outcomes? / D. D. C. A. Henriquez, K. W. M. Bloemenkamp,
31. J. G. van der Bom // *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. - 2018. -№ 16 (8). - P. 1523-1534. DOI: 10.1111/jth.14200.

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ СИНДРОМИ БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГОРМОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ****Н. Г. Ашурова, С. Б. Бобокулова**

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

**Таянч сўзлар:** гиперандрогения, тухумдонлар поликистоз синдроми, бепуштлиқ, хайз цикли бузилиши.**Ключевые слова:** гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, бесплодие, нарушения менструального цикла.**Key words:** hyperandrogenism, polycystic ovary syndrome, infertility, menstrual disorders.

Тадқиқотда гиперандрогенияси бўлган 70 нафар репродуктив ёшдаги аёл ва репродуктив бузилишлари бўлмаган 15 нафар аёл олинди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, гиперандрогенияси бўлган аёлларнинг қондаги гормонлар таҳлили бўйича ЛГ ва умумий тестостерон фракцияларининг юқори бўлиши 45% аёлда, ЛГ ва ДГЭАС микдорининг биргаликда ошганлиги 36% аёлда аниқланди. Қонида ЛГ, умумий тестостерон, ДГЭАС микдорларининг юқори эканлиги 10% ҳолатда яъни 9 нафар аёлда қайд этилди. Гормонлар таҳлили бўйича тадқиқотдаги аёлларнинг 7% да гипотериоз ҳолати, 9% да эса гиперпролактинемия ҳолати аниқланди.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРАНДРОГЕННЫМ СИНДРОМОМ****Н. Г. Ашурова, С. Б. Бобокулова**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

В исследование включены 70 женщин репродуктивного возраста с гиперандрогениями и 15 женщин без нарушений репродуктивной функции. Результаты исследования показали, что при анализе гормонов в крови женщин с гиперандрогенией выявлены высокие уровни ЛГ и общей фракции тестостерона у 45% женщин, сочетанное повышение ЛГ и ДГЭАС у 36% женщин. Высокие уровни ЛГ, общего тестостерона и ДГЭАС в крови были отмечены у 10% женщин. Исследование гормонального анализа выявило гипотиреоз у 7% женщин и гиперпролактинемия у 9%.

**CHARACTERISTICS OF HORMONAL CHANGES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH HYPERANDROGENIC SYNDROME****N. G. Ashurova, S. B. Bobokulova**

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

The study included 70 women of reproductive age with hyperandrogenism and 15 women without reproductive dysfunction. The results of the study showed that the analysis of hormones in the blood of women with hyperandrogenism revealed high levels of LH and total testosterone fraction in 45% of women, a combined increase in LH and DHEAS in 36% of women. High blood levels of LH, total testosterone and DHEAS were noted in 10% of women. A hormonal analysis study revealed hypothyroidism in 7% of women and hyperprolactinemia in 9%.

**Мавзунинг долзарблиги.** Ҳозирги шиддат билан ривожланаётган даврда организмга ташқи муҳит таъсирларининг ортиши, турли хил кўринишдаги модда алмашинувининг бузилишлари ва организмда метаболик ўзгаришлар натижасида аёллар орасида гиперандрогения синдроми кенг тарқалмоқда [1,3]. Чунла Хе ва хаммуаллифлар олиб борган илмий тадқиқотларида кўрсатилишича репродуктив ёшдаги аёлларда гиперандрогения ҳолатининг тарқалиши 2015 йилда 4-18% [12] ни ташкил этган бўлса, Америка Қўшма штатларида тадқиқот олиб борган Раджешвари Кальянараман ва Лубна Пал (2021) фикрича, гиперандрогениянинг диагностик критерияларининг қўлланилишига қараб унинг учраш даражаси 6% дан 25 % гача етиши мумкин [11]. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2012 йилдаги маълумотларига кўра дунё бўйича 116 млн аёл гиперандрогения билан қийналади [5]. Гиперандрогения аёллар организмида эндокрин – гинекологик бузилишларга олиб келади ва тухумдонда кўп сонли кистозли ўзгаришлар билан намоён бўлади [4]. Биринчи марта бу ҳолатни Америка қўшма штатларида Штейн ва Левенталь 1935 йилда аменореяси бор, гирсутизм белгилари бўлган ва тухумдонда катталашган бир нечта кисталар бўлган 7 нафар аёлда аниқлашди [10]. Тухумдонлар поликистози синдроми (ТПКС) фертил ёшдаги аёлларда репродуктив бузилишлардан хайз цикли бузилишлари: опсоменорея, олигоменорея ва аменореягача бўлган кўринишларда, дерматологик белгилардан: гирсутизм,

акне, алопеция, қора акантоз каби клиник кўринишларда намоён бўлади [5]. Ҳозирги кунда гиперандрогения ановулятор бепуштликининг ва ҳомила кўтаролмасликининг асосий сабабларидан бўлиб қолмоқда [6]. Бу бузилишлардан ташқари гиперандрогения ҳолати кейинчалик аёлларда қандли диабет 2-тип, гипертония, юрак – қон томир касалликлари, тухумдон карциномаси ва эндометрий раки ривожланиши учун шароит бўлиши аниқланган. Гиперандрогенияси бор аёлларда бир қанча психологик бузилишлар депрессия, кайфият ўзгариши, безовталиқ кузатилади. Қайд этилган белгилар ўз навбатида ҳам тиббий ҳам ижтимоий муаммоларга сабаб бўлади [7].

Олиб борилган тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики гиперандрогениянинг ривожланиш манбаалари турлича бўлганлиги сабабли тухумдонлар поликистози синдроми этиопатогенези ҳали тўлиқ ўрганилмаган [9]. Ривожланиш механизми бўйича гиперандрогения тухумдон генезли, буйрак усти беши генезли ва аралаш турларга бўлинади. Буларни дифференциал-диагностика қилишда клиник белгилар, биохимиявий текширувдаги гормонлар таҳлили ва генетик текширувларга асосланади. Азиз Р. (2007) олиб борган илмий тадқиқот натижаларида буйрак усти беши генезли гиперандрогения келиб чиқиши ҳам лаборатор ҳам генетик текширувларга асосланганда фақатгина 2-6% бемордагина 21- гидроксилаза ферменти мутацияси билан боғлиқ буйрак усти беши пўстлоғи туғма дисфункцияси борлиги аниқланди. Қолган ҳолатларда буйрак усти беши генезли гиперандрогения ривожланиши турли хил ташқи муҳитлар таъсирида гипоталамус-гипофиз-буйрак усти беши функцияси бузилиши улушига тўғри келяпти [2]. Маълумки стресс ҳолатларида буйрак усти бешидан кортизол ишлаб чиқарилиши ортади, бунга жавобан гипофиздан адренкортикотроп гормон (АКТГ) кўп ҳосил бўлади, АКТГ таъсирида буйрак усти пўстлоқ қисмидан дигидроэпиандростерон (ДГЭАС) ишлаб чиқарилиши ортади. Қонда ДГЭАС миқдорининг ошиши ўз навбатида метаболик, эндокрин ва тухумдонлар функциясининг бузилишига олиб келади. Ли. Й олиб борган эксперимент тадқиқотларида каламушларда яллиғланиш жараёни чақирилиб, стресс юзага келтирилганда, каламушлар қонида ДГЭАС миқдори ошиб тухумдонларида кўп сонли кисталар аниқланган [8].

Гиперандрогенияда учрайдиган клиник белгилар бир хиллиги сабабли унинг келиб чиқиши қайси бир генезга тегишли эканлиги ва манбаасини аниқлаш бир қанча қийинчилик туғдиради. Шундан келиб чиқиб этиопатогенетик даво олиб бориш мақсадида гиперандрогения диагностикаси яна қўшимча лаборатор ва генетик текширувларни талаб қилади.

**Тадқиқот мақсади:** гиперандрогения синдроми бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда давони оптималлаштириш мақсадида уларнинг гормонал фонини ўрганиш.

**Тадқиқот объекти:** Бухоро вилоят аҳоли репродуктив саломатлик марказига мурожат қилиб келган 70 нафар гиперандрогенияси бор репродуктив ёшдаги аёллар ва репродуктив бузилишлари бўлмаган 15 нафар соғлом аёллар олинди.

Тадқиқот усули: анамнестик-клиник текшириш, антропометрия, лаборатор текширишдан қондаги ФСГ, ЛГ, пролактин, умумий тестостерон, ДГЭА-С, 17-ОН-прогестерон, ТТГ, эркин Т4 ИХЛА усули «Abbot arxitekt-i 1000» (ARC-i 1000) АҚШ да ишлаб чиқарилган асбоб ёрдамида ҳайзнинг 2-5 кунларида аниқланди. ИФА усули «Assay» апарати ёрдамида қонда 25(ОН) Д миқдори текширилди. Лаборатор таҳлиллар “Стандарт диагностика” лабораториясида олиб борилди. Олинган натижаларни солиштириш учун шу лабораторияда кўрсатилган физиологик кўрсаткичлар қўлланилди.

**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси:** Олиб борилган тадқиқотда иштирок этган аёлларнинг ўртача ёши ( $27\pm 0,82$ ) ёш — 21—38 ёшни ташкил этди. Анамнестик маълумотларга асосланиб текширилган аёллар гуруҳида менархе бошланган ўртача ёш ( $14,34\pm 0,21$ ) ёш — 11—18 ёш этиб белгиланди. Аёлларнинг ҳайз функцияси ўрганилганда 48 % (41) регуляр ҳайз цикли, 51% (44) регуляр бўлмаган ҳайз цикли қайд этилди. Қайси турдаги ҳайз цикли бузилишлари учраши ўрганилганда 27% (23) аёлда опсоменорея, 19% (16) олигоменорея ва 6% (5) аёл иккиламчи аменорея аниқланди. Ҳайз цикли давомийлиги ўрганилганда ўртача ( $45\pm 0,9$ ) кун- 28-62 кунни ташкил этди. Ҳайз кунлари давомийлиги эса ( $4\pm 0,1$ ) кун – 2- 7

кунда келиши аниқланди. Репродуктив бузилишлар таҳлил қилинганда 41% (34) аёл бепуштлиқ билан 21% (18) эса ҳомиладорликни кўтаролмаслиги аниқланди. Тадқиқот учун олинган аёллар соматик патологиялари уларнинг шикоятлари ва амбулатор карталари асосида таҳлил қилинганда 45% аёлда камқонликнинг турли даражалари қайд этилди. Диффуз бўқоқ касаллиги билан 25% (22) аёл эндокринолог назоратида туриши аниқланди. 17 нафар аёл ошқозон – ичак касалликлари билан қийналиши аниқланди ва бу 20% ни ташкил этди. Антропометрия текшириш усули орқали Кеттле формуласи ёрдамида ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ), аёлларнинг тана масса индекси ҳисобланди (ТМИ) ва қуйидаги натижалар олинди.

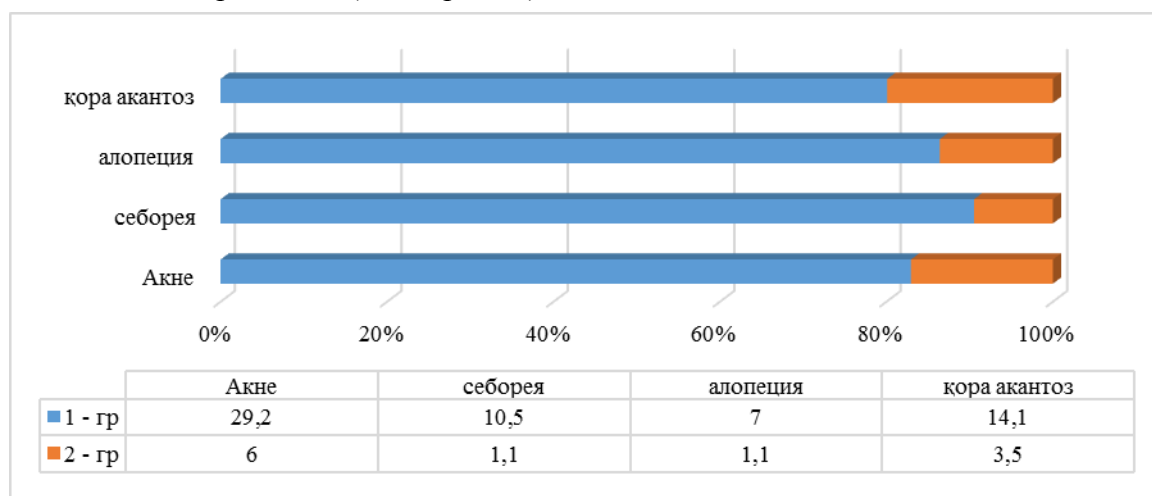
1 жадвал.

Тадқиқотдаги аёлларнинг ТМИ кўрсаткичлари.

ТМИ кўрсаткичлари	1 – гуруҳ (ГА бўлган аёллар) n=70		2 – гуруҳ (назорат гуруҳи) n=15	
	абс	%	абс	%
ТМИ нормал кўрсаткичи бўлган аёллар (ТМИ = 19-25 )	22	25,8	11	12
Ортиқча тана вазни бўлган аёллар (ТМИ = 26-29 )	35	41,1	3	3,5
Семизликнинг I даражаси аниқланган аёллар (ТМИ = 30-34 )	9	10,5	1	1,1
Семизликнинг II даражаси бор аёллар (ТМИ = 35-40 )	3	3,5	-	
Семизликнинг III даражаси аниқланган аёллар (ТМИ = >40 )	1	1,1	-	

Жадвалдан кўриниб турганидек гиперандрогенияси бўлган аёлларнинг 58% да ортиқча тана вазни ва семизликнинг турли даражалари қайд этилди.

Гиперандрогения билан боғлиқ дерматологик бузилишлар таҳлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди (1 диаграмма).



1 диаграмма.

Гиперандрогениянинг кардинал белгиларидан бири бўлган гирсутизмнинг тарқалиши Ферримана-Голлвея шкаласи бўйича андрогенга боғлиқ бўлган 9 та зонада текширилди ва ифодаланиш даражасига қараб 1-4 баллгача баҳоланди. Баҳолаш натижаларига кўра гирсутизмнинг бошланғич белгилари (>8 балл) 36 нафар аёлда (42%), енгил ифодаланган гирсутизм (8 -15 балл) 19 нафар аёлда (22%) ва гирсутизмнинг яққол белгилари билан (>15 балл) 7 нафар (8%) аёл аниқланди.

Гиперандрогения патогенетик ривожланиш механизми бўйича 3 хил турга бўлинади. Адабиётлардан маълумки андроген фракцияларининг ўзгариши ҳам генезга боғлиқ равишда турлича ошади. Бундан ташқари гиперпролактинемия ва гипотериоз ҳолатларида ҳам конда тестостерон миқдори ошганлигини кўриш мумкин. Шуларга асосланган ҳолатда патогенетик давони оптималлаштириш мақсадида, тадқиқот учун олинган аёллар қонидаги гормон-

лар ҳолати ўрганилди. Ҳайзнинг 2-5 кунларида кўрилди шунга мос фолликуляр фаза кўрсаткичлари олинди.

Гормонлар таҳлили олиб борилганда 42 нафар (49%) беморда ЛГ концентрациясининг юқорилиги кўрилди, қонида ҳам ЛГ миқдори ҳам умумий тестостерон миқдори юқори бўлган беморлар 45% (39) ташкил этди. ЛГ ва ДГЭАС фракцияларининг биргаликда ошганлиги 36% (31) аёлда кузатилди. Қонида ЛГ, умумий тестостерон, ДГЭАС миқдорларининг юқори эканлиги 10% ҳолатда яъни 9 нафар аёлда қайд қилинди. Гормонлар таҳлили бўйича тадқиқотдаги аёлларнинг 7% да гипотериоз ҳолати, 9% да эса гиперпролактинемия ҳолати аниқланди.

**Хулоса:** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, гиперандрогенияси бўлган аёлларнинг 51% турли хилдаги ҳайз цикли бузилишлари, 41% бепуштлиқ ва 21% ҳолатларда ҳомиладорликни кўтаролмаслик билан қийналар экан. Ортиқча тана вазни ва семизликнинг турли даражалари айнан гиперандрогенияси бўлган аёлларнинг 58% да қайд этилди. Бунинг юқори кўрсаткичда бўлиши гиперандрогениянинг инсулинорезистентлик билан боғлиқлигини, инсулинорезистентлик эса ўз навбатида витамин Д етишмовчилиги натижасида келиб чиқиши олиб борилаётган илмий тадқиқотларда кўрилаяпти. Қондаги гормонлар таҳлили бўйича ЛГ ва умумий тестостерон фракцияларининг юқори бўлиши 45% аёлда, ЛГ ва ДГЭАС миқдорининг биргаликда ошганлиги 36% аёлда аниқланди. Адабиётларга таянган ҳолда ДГЭАС фракциясининг 90% буйрак усти беши пўстлоқ қисмидан ишлаб чиқарилишини ҳисобга олган ҳолда, 36% аёлда гиперандрогениянинг буйрак усти беши генезли тури эканлиги аниқланади. Бунда патогенетик давони оптималлаштириш учун ушбу ҳолат буйрак усти беши туғма дисфункцияси ёки гипоталамус-гипофиз-буйрак усти беши тизимининг издан чиқиши эканлигини аниқлаш учун кўшимча генетик текширувларга эҳтиёж бўлади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахундова Н.Э., Алиева Э.М., Мамедгасанов Р.М. Патогенез, клинические проявления, диагностика гипергонадотропного гипогонадизма у женщин с гиперандрогенией в репродуктивном периоде // Клиническая медицина. 2017; 95(12).С.-1101-1105
2. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Распространенность клинических проявлений гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста // Новый день в медицине 2 (34/3)2021 С.-105-108
3. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б., Жумаева М.М. Ещё один взгляд на проблему ювенильного возраста // Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина №2 – март-апрель (42) 2020 С-95
4. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Relationship of hiperandrogenia formation in women of reproductive age with vitamin D deficiency // Central Asian journal of medical and natural sciences, 2021.-С-334-337
5. Бобокулова С. Б. Встречаемость гиперандрогении в структуре репродуктивных нарушений у женщин // Сборник материалов V международного молодежного научно-практического форума. 22 апреля 2021 г. Оренбург.С.-203
6. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
7. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адьлова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва бачадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
8. Роберт Л. Розенфилд, Дэвид А. Эрманн. Патогенез синдрома поликистозных яичников (СПКЯ): пересмотр гипотезы СПКЯ как функциональной гиперандрогении яичников. Эндокринные обзоры, том 37,( 5) 2016 г., С. 467–520
9. Эскобар-Морреале HF, Синдром поликистозных яичников: определение, этиология, диагностика и лечение. Nature Reviews Endocrinology, 2018. 14(5): с. 270.
10. Azziz R. et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91. № 2. P. 456–488.
11. Chunla He, Zhoumeng Lin, Sara Wagner Robb. Serum Vitamin D Levels and Polycystic Ovary syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2015 Jun; 7(6): 4555–4577. Published online.
12. Li Y., et al., Дегидроэпиандростерон стимулирует воспаление и нарушает функции яичников при синдроме поликистозных яичников. Журнал клеточной физиологии, 2019. 234(5): с. 7435–7447
13. Stein IF и Leventhal ML, Аменорея, связанная с двусторонним поликистозом яичников. Американский журнал акушерства и гинекологии, 1935. 29(2): с. 181–191.
14. Rajeshwari Kalyanaraman and Lubna Pal. A Narrative Review of Current Understanding of the Pathophysiology of Polycystic Ovary Syndrome: Focus on Plausible Relevance of Vitamin D. International Journal of Molecular Sciences. 22.2021. P18.

## ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ХОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Н. Г. Ашурова, Н. Н. Казакова

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

**Таянч сўзлар:** остеопороз, менопауза, стоматология.

**Ключевые слова:** остеопороз, менопауза, стоматология.

**Key words:** osteoporosis, menopause, dentistry.

Остеопороз касаллиги ўзининг организмга кўп киррали таъсири билан барча турдаги шифокорларларга, шу жумладан стоматологларга ҳам қийинчилик туғдиради. Бу касаллик нафақат Европа ва Америка давлатларида балки Осиё мамлакатларида ҳам кенг тарқалган касаллик бўлиб ҳисобланади [Рожинская Л.Я., 2007; Mulligan R., Sobel S., 2005]. Маълумки, умумий остеопороздаги алвеоляр суякнинг тузилиши ва функциясининг бузилиши пародонт тўқимасига жуда салбий таъсир кўрсатади [Поворознюк В.В. и соавт., 2003; Мухамеджанова Л.Р., 2005; Шторина Г.Б. и соавт., 2005], натижада ушбу сабаб бошқа салбий омиллар билан биргаликда тишнинг эрта йўқотилишига олиб келади.

## ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПОРОЗА НА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Н. Г. Ашурова, Н. Н. Казакова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Остеопороз с его многогранным воздействием на организм представляет собой проблему для всех врачей, включая стоматологов. Это заболевание является распространенным заболеванием не только в странах Европы и Америки, но и в странах Азии [Рожинская Л.Я., 2007; Маллиган Р., Собел С., 2005]. Известно, что нарушение структуры и функции альвеолярного отростка при общем остеопорозе крайне негативно сказывается на тканях пародонта [Поворознюк В.В. и соавт., 2003; Мухамеджанова Л.Р., 2005; Шторина Г.Б. и соавт., 2005], в результате эта причина, наряду с другими негативными факторами, приводит к ранней потере зубов.

## EFFECT OF OSTEOPOROSIS ON ORAL HEALTH IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

N. G. Ashurova, N. N. Kazakova

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Osteoporosis with its multifaceted effects on the body is a problem for all doctors, including dentists. This disease is a common disease not only in Europe and America, but also in Asia [Rozhinskaya L.Ya., 2007; Mulligan R., Sobel S., 2005]. It is known that the violation of the structure and function of the alveolar process in general osteoporosis has an extremely negative effect on periodontal tissues [Povoroznyuk V.V. et al., 2003; Mukhamedzhanova L.R., 2005; Shtorina G.B. et al., 2005], as a result, this cause, along with other negative factors, leads to early loss of teeth

**Мавзунинг долзарблиги:** Шуни таъкидлаш керакки, тизимли остеопороз ташхисини ўз вақтида қўйиш ва даволаш даражаси пастлигича қолмоқда. Бу тизимли диагностика қилиш мавжуд усулларининг ҳар бири суяк тўқимасининг тузилиши ёки функцияси кўрсаткичини аниқлашга қаратилган. Шуни ёдда тутиш керакки, клиник амалиётда беморни ҳар томонлама текшириш нисбатан камдан-кам ҳолларда амалга оширилади. Бундан ташқари, 50% ҳолларда остеопороз яққол белгиларсиз пайдо бўлади [Франке Ю., Рунге Г., 1995; Рожинская Л.Я., 1998]. Шундай қилиб, замонавий стоматологияда умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсирини ўрганиш, касалликларни асоратини олдини олиш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Замонавий жамиятда ҳар қандай касалликнинг аҳамияти ушбу касалликнинг аҳоли орасида тарқалиши, оғирлик даражаси ва натижаларнинг жиддийлиги, бемор ва унинг оила-сининг ёки умуман жамиятнинг иқтисодий йўқотишлари билан аниқланади [Беневоленская Л.И., 1998]. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, соғлиқга жиддий таъсир қилувчи энг муҳим муаммолардан бири бу остеопороз касаллигидир. Ташкилотнинг маълум қилишича ушбу касалликнинг тарқалиши бўйича юрак-қон томир, онкологик касалликлар ва қандли диабетдан кейин 4-ўринда туради. [ЖССТ, 1998].

Жаҳон микёсида перименопаузал даврда остеопорознинг келиб чиқиш сабабларини ўрганиш, унингкечиши ва уни даволаш тактикаси натижалари бўйича юқори самарадорлик-

ка эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Жумладан, перименопауза остеопорозига эрта ташхис қўйишда аёлларда қон зардобининг оптик зичлиги ўрнини ўрганиш ва баҳолаш, аёллар орасида остеопороз ривожланишининг хавф омилларини аниқлаш, перименопауза давриасоратларини эрта ва аниқ ташхислаш усулларини ишлаб чиқиш, ушбу даврдаги аёлларда остеопороз ривожланишини эрта босқичларда аниқлашда биокимёвий маркерларнинг ўрни ва уларнинг стероид гормонлар билан ўзаро боғлиқлигини аниқлаш, перименопаузал остеопороз билан касалланган аёллар орасида ногиронлик ҳамда ўлим ҳолатларини камайтириш учун замонавий чора-тадбирларни ишлаб чиқиш илмий тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб қолмоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади:** Перименопауза давридаги аёлларда кечувчи умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсирини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг материал ва усуллари:** перименопауза даврида остеопороз ривожланиши хавф омиллари бўлган 76 нафар аёл ташкил қилди. Барча аёллар Бухоро вилоятининг перинатал марказида ва Бухоро давлат тиббиёт институти қошидаги стоматологик илмий амалий марказида текширувдан ўтказилди. Текширилган беморлардан анамнез йиғилди, анкета олинди, шикоятлар тингланди, оғиз бўшлиғи ва пародонт тўқимаси рентгенограммаси ўтказилди.

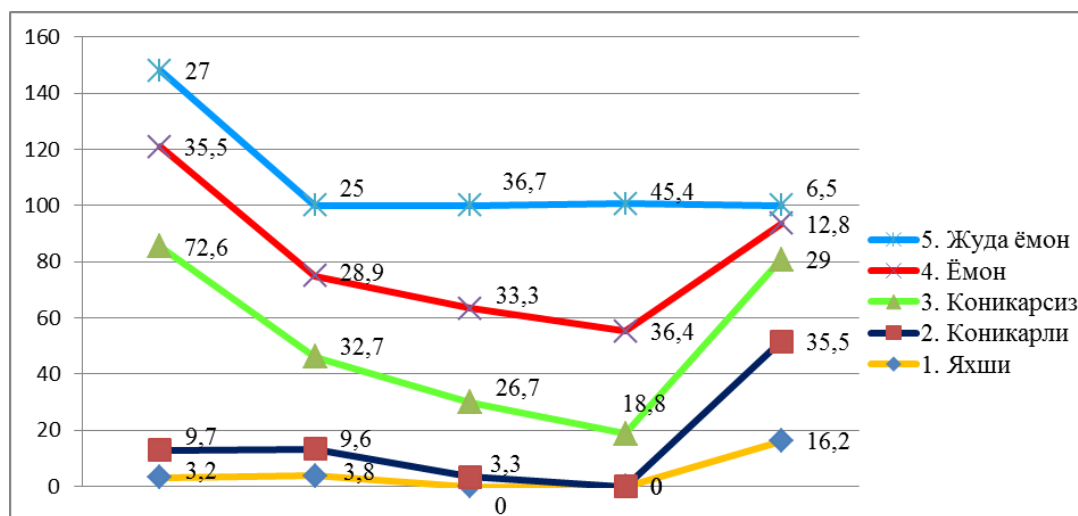
Тадқиқотда умумий клиник-лаборатор, функционал-диагностик текширишлар, УТТ, биокимёвий, стоматологик, статистик тадқиқот усуллардан фойдаланилди.

**Натижалар ва таҳлиллар:** Барча перименопауза давридаги текширувдаги аёллар 4 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланган 36 нафар аёл, ўртача ёш 43.48 + 4.3; 2- гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланмаган 20 нафар аёл, ўртача ёш 41.28 + 3.08; 3- гуруҳ: перименопауза давридаги соғлом аёллар, 12 нафар ўртача ёш 40.1 + 4.13; 4 – гуруҳ: климактерик давридаги аёллар, 8 нафар аёл, ўртача ёш 51.12 + 1.8;

Барча беморларнинг тиш қаттиқ тўқималарида учрайдиган кариес тарқалиши ва интенсивлиги КПО индекси орқали ўрганилди. Оғиз бўшлиғи гигиеник индекси ОНІ-S билан белгиланди, пародонтал индекс РІ аниқланди.

Анкета саволлари орқали перименопауза давридаги текширувдаги аёлларда куйидаги шикоятлар аниқланди: биринчи ва иккинчи гуруҳларда милкнинг қонаши 1-65%, 2- 52%, оғиз бўшлиғининг қуриши (ксеростомия) 1- 72%, 2- 38%, оғиз бўшлиғидан нохуш ҳид келиши 1- 77%, 2- 68%, тилда оқ қарашнинг пайдо бўлиши 1 – 17%, 2- 11%, оғиз бўшлиғи аъзоларида ачишиш ҳисси назорат гуруҳидаги соғлом аёлларга нисбатан 1.7% ортиқ аниқланди.

Бундан ташқари овқатланиш пайтида ачишиш тил, танглай, лунжлар ва умуман оғиз бўшлиғи барча қисмларига тарқалган. Буни биз перименопауза давридаги аёлларда кечадиган оғиз бўшлиғи ксеростомияси билан боғладик.



1 расм. Умумий остеопороз кечётган аёллар ва соғлом аёллар оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси.



Оғиз бўшлиғи аъзолари инструментал ва визуал текширилганда тиш қаттиқ тўқимасидаги кариоз касалликлардан понасимон нуқсон ва тиш эмали эрозияси 2.8 мартага назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. Патологик емирилиш учраш даражаси 17%.

Кариес ва унинг асоратлари 1,2 ва 4 гуруҳларда етарли даражада юқори эканлиги аниқланди. Кариес интенсивлиги – (КПО индекси 17.18+ 5.15) Соғлом аёлларда бу кўрсаткич 8.3+1.2 ни ташкил қилди. Тадқиқотимиз натижасида ушбу аёлларнинг умумий остеопороз аниқланган қисмида пародонтит касалликлар соғлом аёлларга нисбатан 2.5 марта кўп учради. (78.6%). Бунинг натижасида тишлар эрта йўқотилиши ва ошқозон ичак касалликларининг ортиши ҳам аниқланган.

**Хулоса:** Перименопауза давридаги аёлларда кечувчи умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсири шуни кўрсатадики, аёлларда кариес интенсивлиги ва тарқалиши, оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси, пародонт тўқимасининг ҳолати соғлом аёлларга нисбатан бир неча марта ортиқлигини кўрсатади. Бу эса уларда стоматологик билим соҳаларини ривожлантиришга муҳим туртки бўлиб ҳисобланади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Атежанов Д.О. Уровень стоматологического здоровья детей с соматической патологией // Вестник АГИУВ. - 2016. - №4.- С.66-70.
2. Атежанов Д.О. Супеев Т.К. Взаимосвязь соматической патологии и стоматологических заболеваний у детей, меры профилактики и лечения // Бюллетень науки и практики. - 2019. - №8. – С.56-65.
3. Атрушкевич В.Г., Посошкова О.И., Пихлак У.А. Оценка распространенности и выраженности пародонтита у больных остеопорозом. Сб. «Студенческая мед. наука 2003».- М., 2003.- С.34.
4. Дмитриева Л.А., Атрушкевич В.Г., Пихлак У.А. Клиническая оценка стоматологического статуса пациентов с системным остеопорозом на фоне ревматоидного артрита // Пародонтология.- 2006.- 4(41).- С.24-27.
5. Д. Я. Зарипова, М. Н. Негматуллаева, Д. И. Туксанова, Ф. К. Ахмедов Роль алендроновой кислоты (осталон) в лечении перименопаузального остеопороза // Вестник врача, № 3, 2019. С.51-54.
6. Макеева И.М., Селифанова Е.И., Маргарян Э.Г., Гулуа М.М., Сазанская Л.С. Исследование микрофлоры полости рта у женщин в пре- и постменопаузе //Российская стоматология. – 2019. – № 2. – С. 16-18.
7. Макеева И.М., Маргарян Э.Г., Сазанская Л.С., Гулуа М.М. Исследование микрофлоры полости рта у мужчин и женщин с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 2. - № 11. – С. 27-29.
8. Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, Д. Н. Мухиддинова, Г. Т. Раббимова, Э. Х. Шопулатов Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий гиперплазияси // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.137-142. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-137-142
9. Ризаев Ж.А. Распространенность и клиническая оценка воспалительных заболеваний твердых и мягких тканей полости рта / Всеукраинская научно практическая конференция с международным участием, октябрь 2019, - Полтава, Украина.

**CESAREAN SECTION: CHOICE OF ACCESS AS ONE OF THE WAYS TO REDUCE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS****Sh. N. Valiev, B. B. Negmadjanov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Key words:** caesarean section, technique, complications.**Таянч сўзлар:** kesarcha kesish, texnikasi, asoratlari.**Ключевые слова:** кесарево сечение, техника, осложнения.

This article is devoted to the problem of choosing the optimal technique for caesarean section from the standpoint of early and late postoperative complications and the influence of the choice of the surgical approach on the development of complications in the postoperative period. The urgency of the problem is due to the irrational choice of the surgical approach, which ultimately leads to the development of various postoperative complications.

**KESARCHA KESISH: JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYINGI ASORATLARNI KAMAYTIRISHNING BIR USULI SIFATIDA JARROHLIK USULINI TANLASH****Sh. N. Valiev, B. B. Negmadjanov**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Ushbu maqola jarrohlik amaliyotidan keyingi erta va kechki asoratlar nuqtai nazaridan kesim uchun optimal texnikani tanlash muammosiga va jarrohlik usulini tanlashning amaliyotdan keyingi davrda asoratlarning rivojlanishiga ta'siriga bag'ishlangan. Muammoning dolzarbligi jarrohlik usulining oqilona tanlanmaganligi bilan bog'liq bo'lib, natijada operatsiyadan keyingi turli asoratlarning rivojlanishiga olib keladi.

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ВЫБОР ДОСТУПА КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ****Ш. Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Данная статья посвящена проблеме выбора оптимальной методики кесарева сечения, с позиции ранних и поздних послеоперационных осложнений и влияния выбора операционного доступа на развитие осложнений в послеоперационном периоде. Актуальность проблемы обусловлена нерациональным выбором операционного доступа, что в итоге приводит к развитию различных послеоперационных осложнений.

**Relevance:** The choice of the optimal surgical approach for emergency and elective caesarean section plays an important role in reducing maternal complications, including mortality. To date, the structure of indications for caesarean section has changed and relative indications have come to the fore, which mainly take into account the interests of the fetus. The modern obstetric school, unlike the past, is characterized by an increase in the number of repeat caesarean sections, the indication for which in more than 70% of cases is an inconsistent uterine scar. Obstetric operations are one of the most complex surgical interventions with an increased frequency of intra- and postoperative complications. Naturally, the amount of blood loss during operative delivery is much higher than blood loss during natural childbirth. Most authors attribute this to the fact that during the operation many vessels are crossed, before the operator reaches the uterus, with a rough extension of the rectus abdominis muscles, the lower epigastric artery (a. epigastrica inferior) and the deep artery (a. profundus) can be damaged and intra-abdominal bleeding occurs, which requires careful surgical hemostasis. When choosing a laparotomy method for caesarean section, one should approach strictly individually and be guided by the size of access to the uterus, the urgency of the operation, the condition of the abdominal wall (the presence or absence of a scar on the anterior abdominal wall in the lower abdomen), and professional skills. The option of dissection the anterior abdominal wall does not depend on the incision on the uterus. With a lower median incision of the anterior abdominal wall, it is possible to dissect the wall of the uterus in any way, and with a Pfannenstiel incision, an isthmic-corporal or corporal CS can be performed. In the absence of sufficient surgical experience, the simplest method of opening the abdominal wall is the lower midline incision. More often, for the implementation of the corporal CS, a lower midline incision is made; transverse incision in the lower uterine segment with opening of the vesicouterine fold - in-

cision according to Pfannenstiel; transverse incision in the lower segment without opening the vesicouterine fold - according to Joel-Cohen. With transverse dissection of the skin, subcutaneous tissue and aponeurosis, one of the most common complications is bleeding from the vessels of the anterior abdominal wall, which in the postoperative period can lead to the formation of a subaponeurotic hematoma. During the dissection of the abdominal cavity, especially with repeat caesarean section, adjacent organs are injured: the bladder, ureter, intestines. Improvement of traditional methods of transabdominal cesarean section and development of new ones can reduce the frequency of birth injuries, perinatal morbidity and mortality, improve the quality of life of a woman after cesarean section, increase the possibility of early contact between mother and child with adequate lactation, reduce the percentage of infectious and inflammatory diseases of the puerperal period, which will contribute to the formation of a strong scar and the optimal course of subsequent pregnancy and childbirth.

**The purpose:** to study the results of choosing the method of abdominal delivery in emergency obstetric situations.

**Materials and methods:** We have studied the history of childbirth of pregnant women for 2019-2020 in the No. 3 maternity complex of Samarkand. We have observed 80 pregnant women with longitudinal and transverse access in emergency obstetric situations.

Depending on the method of surgical access during caesarean section, the patients were divided into two groups:

I-group lower midline laparotomy (longitudinal approach) (35 patients).

II-group transverse incision (Joel-Kohen) (55 patients).

**Findings:** Comparative analysis of the two methods of abdominal dissection showed that the lower-middle approach based abdominal dissection has some advantages over Joel-Cohen's abdominal dissection. These include: less blood loss, shorter surgery and hospital stay, less frequency of fever, less duration of post-operative pain, with less frequent injections of pain medication, and a shorter time from skin incision to delivery. The use of lower midline laparotomy can safely reduce the duration of the period from skin incision to fetal extraction to 1–1.5 minutes and reduce the incidence of infectious diseases from 19.8–23.5% to 4.4–7.1%. The main indications for caesarean section in the groups were: abruption of a normally located placenta (group I 33%, group II 30%), severe preeclampsia (group I 20%, group II 23%), placenta previa (group I 42%, group II 41%) and failure of the scar (I group 5%, II group 6%). We conducted a comparative analysis of both groups.

The mean age in both groups was 25-27 years on average. Scheduled caesarean sections: group I - 92% emergency 8% planned, group II 81% emergency 19% planned.

The frequency of complications after cesarean section operations were: uterine subinvolution (group I 12%, group II 17.1%), lochiometer (group I 8%, group II 20%), hematoma of the muscles of the anterior abdominal wall (group I 0%, group II 8.5%), suture seroma (group I 12%, group II 14.2%), average bed-day after surgery (group I 7.1 days, group II 8.85 days).

**Conclusions:** Thus, the longitudinal section is less traumatic and has fewer postoperative complications compared to the transverse one. The use of a longitudinal section in all obstetric emergencies is preferable, as it reduces muscle and tissue damage and allows better control of the size of the wound. Adequate relaxation of the muscles of the anterior abdominal wall, careful attitude to the tissues and vascular formations of the anterior abdominal wall contributes to a pronounced decrease in life-threatening complications such as DIC, multiple organ failure, erroneous removal of the uterus and its appendages, reduces the risk of iatrogenesis and is the prevention of maternal mortality. In case of damage to the muscles and blood vessels, perform stitching and ligation of the lower deep epigastric vessels - a.epigastrica inferior profunda. To prevent bleeding from the muscles of the anterior abdominal wall, ligation of the vessel a.epigastrica inferior and its branches such as ramus a.epigastrica inferior superficialis et profunda should be performed. The use of the method of lower midline longitudinal access of caesarean section in combination with the restoration of the anterior abdominal wall with a continuous subcutaneous-intradermal suture provides a favorable course of the postoperative period, adequate involution of the uterus, which

reduces the duration of a woman's stay in the hospital. According to our study, it was revealed that a continuous subcutaneous-intradermal suture used in the restoration of the anterior abdominal wall contributes to the prevention of wound complications, provides full hemostasis and tightness along the overlay line while maintaining a cosmetic effect. A continuous subcutaneous-intradermal suture during suturing of the anterior abdominal wall provides maximum tissue matching, contributes to the prevention of wound complications (seroma, hematoma) and the formation of a full-fledged cosmetic scar. It can be recommended for wide use, including in all types of obstetric and gynecological operations. The use of this access provides a favorable course of the postoperative period, which allows avoiding postoperative complications and reducing the duration of a woman's stay in the hospital to an average of  $7.1+0.5$  days in relation to the indicators of the comparison group -  $8.85+0.7$ .

#### References:

1. Краснопольский В.И., Савельева Г.М. (ред.). *Акушерство*. М.: Медицина, 2017. С. 686–705.
2. Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, М.Д. Маматкулова, В.О. Ким Кесарево сечение после метропластики // *Вестник врача*, № 2, 2018. С.129-131.
3. Б. Б. Негмаджанов, З. А. Насирова Сравнительное клиническое исследование постплацентарного и интервального введения ВМК у женщин, перенесших кесарево сечение // *Вестник врача*, № 4 (97), 2020. С.59-64. DOI: 10.38095/2181-466X-2020974-59-64
4. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. // *Акуш. и гин.* 2017. № 2. С. 3–8.
5. Allen V.M., Basket T.F., O'Connell C.M. // *Obstet. Gynaecol. Can.* 2019 Jul. Vol. 32, N 7. P. 633–641.
6. Biro M.A., Knight M., Wallace E., Papacostas K. et al. // *Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2018 Feb. Vol. 54, N 1. P. 64–70.
7. Clark A., Farber M.K., Sviggum H., Camann W. // *Anesth. Analg.* 2016 Nov. Vol. 117, N 5. P. 1187–1189.
8. Costa A., Policiano C., Clode N., Graca L.M. // *Acta Med. Port.* 2018 Nov–Dec. Vol. 26, N 6. P. 649–654. Epub. 2013 Dec. 20.
9. Furu C., Furu G., Dascau V., Ciobanu G. et al. // *Maedica (Buchar.)*. 2019 Sep. Vol. 8, N 3. P. 256–260.

**ГИНЕКОЛОГИК ВА ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА СИМУЛЬТАНТ  
ОПЕРАЦИЯЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** гинекологик ва жарроҳлик касалликлар, симультант жарроҳлик аралашувлар.**Key words:** gynecological and surgical pathology, simultaneous operation.**Ключевые слова:** гинекологическая и хирургическая патология, симультантные операции.

Сўнгги йиллардаги кўплаб илмий изланишлар симультант жарроҳлик аралашувлари нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида кенг қўлланилишидан, балким унинг қоникарсиз даво натижалари тўғрисида ҳам далолат бермоқда. Бундан ташқари, қорин бўшлиғи аъзоларининг икки ёки учта касаллиги бўлган беморларни бир босқичда жарроҳлик даволаш мураккаб ва тўлиқ ҳал қилинмаган муаммолардан бўлиб қолмоқда.

**FEATURES OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN GYNECOLOGICAL AND SURGICAL DISEASES****F. I. Ganiev, B. B. Negmadjanov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Numerous studies in recent years indicate not only the wide dissemination of simultaneous abdominal diseases, but unsatisfactory results of treatment of these diseases. In addition, a one-time surgical treatment of patients with two or three abdominal diseases is complex and not completely solved the problem.

**ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И  
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют не только о широком распространении симультантных заболеваний органов брюшной полости, но и неудовлетворительных результатах лечения их. Кроме этого, одномоментное оперативное лечение больных с двумя или тремя заболеваниями органов брюшной полости представляет собой сложную и до конца не решенную проблему.

Сўнгги йиллардаги кўплаб илмий изланишлар симультант жарроҳлик аралашувлари нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида кенг қўлланилишидан, балки қоникарсиз даво натижалари тўғрисида ҳам маълумот бермоқда. Бундан ташқари, қорин бўшлиғи аъзоларининг икки ёки учта касаллиги бўлган беморларни бир босқичда жарроҳлик даволаш мураккаб ва тўлиқ ҳал қилинмаган муаммолардан бўлиб қолмоқда [1,2,3].

Ҳозирги кунда эндоскопик жарроҳликнинг кенг тарқалганлиги иккита ихтисослик – гинекология ва жарроҳлик чегараларини қайта аниқлаш учун ноёб имкониятни тақдим этмоқда, чунки лапароскопик жарроҳлик анъанавий жарроҳликка нафақат эквивалент, балким ундан ҳам афзалроқдир [5,6]. Кўплаб гинекологлар ва жарроҳлар ушбу жарроҳлик аралашувларига зарурият борлигини алоҳида таъкидласалар ҳам, адабиётларда бу ҳақда маълумотлар жуда кам учрамоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади** – чаноқ ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ касалликларида жарроҳлик даволаш усуллари тақомиллаштириш.

**Тадқиқот материаллари ва услублари.** Тадқиқот қорин бўшлиғи аъзоларининг турли ҳамроҳ касалликлари билан оғриган ва симультант жарроҳлик амалиётини ўтказган 200 нафар беморни даволаш натижаларини таҳлилига асосланган.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳга лапароскопик ва анъанавий симультант жарроҳлик аралашувларини ўтказган 107 бемор (асосий гуруҳ), иккинчи гуруҳга – алоҳида битта жарроҳлик аралашувларини ўтказган 93 бемор киритилди (1-расм).

Асосий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши –  $38,6 \pm 6,6$  ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич –  $41,3 \pm 5,9$  ёшни ташкил этди. Шунини таъкидлаш керакки, барча беморлар меҳнатга лаёқатли ёшда эди.

Симультант лапароскопик жарроҳлик аралашувини ўтказган асосий гуруҳдаги 107 бе-

морнинг 47 (43,9%) нафарини тошли холецистит билан оғриган беморлар ташкил этди: уларнинг 40 (85,1%) нафарида сурункали тошли холецистит, 7 (14,9%) нафарида – ўткир тошли холецистит аниқланган. Сурункали тошли холецистит билан 40 (37,4%) нафар беморда холецистэктомия минилапаротомия усулида амалга оширилди. Бачадоннинг тўлиқ ва ногўлиқ тушишлари аниқланган 20 (18,7%) нафар беморда бачадонни қин орқали экстирпацияси бажарилди.

Лапароскопик жарроҳлик аралашувининг симультант босқичи 47 беморда бачадон миомаси сабабли амалга оширилди. Бундан ташқари, асосий гуруҳ мини-лапаротом ва анъанавий жарроҳлик аралашувларининг комбинацияси билан ҳам тавсифланади.

Шундай қилиб, тошли холециститларда анъанавий жарроҳлик аралашувининг симультант босқичи 40 нафар аёлларда турли жойлашувдаги бачадон миомалари сабабли бажарилган бўлса, бачадоннинг қин орқали экстирпациясининг симультант босқичи 20 беморда киндик чуррасини бартараф этиш сабабли амалга оширилди.

Назорат (таққослаш) гуруҳи гинекологик ва жарроҳлик касаллиги бўлган 93 нафар бемордан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири учун яхши сифатли ўсмаларда (бачадон миомаси, эндометриоз, қин деворларининг тушиши, сурункали холецистит ёки киндик чурраси) битта жарроҳлик аралашуви (бачадон экстирпацияси, вентропластика, холецистэктомия) амалга оширилди.

Барча беморлар амбулатор шароитда текширувдан ўтказилиб, операцияга тайёрланди. Беморларнинг клиник текшируви умумий қон ва сийдик таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенограммаси, чанок аъзолари, жигар ва ўт пуфагининг ультратовуш текширувини ўз ичига олди. Ўт пуфаги ва жигарнинг ультратовуш текшируви ўт пуфагидаги тошлар, эхинококк кисталари ва жигардаги бошқа ҳосилаларни истисно қилиш мақсадида ўтказилди. Қиннинг тозалик даражасига алоҳида эътибор берилди, унинг тозаллиги I-II даражага тўғри келиши шарт.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. 2010-2015 йилларда 5120 та лапароскопик операциялар амалга оширилди, улардан 107 (2,1%) тасини симультант операциялар ташкил этди (2-расм).

Назорат гуруҳидаги барча беморларга фақат алоҳида биттадан жарроҳлик операциялари ўтказилди: 33 (42,3%) беморда – бачадон экстирпацияси, 21 (26,9%) беморда – бачадонни қин орқали экстирпацияси, 11 (14,1%) беморда – холецистэктомия ва 13 (16,7%) беморда – вентропластика, яъни, асосий гуруҳда бажарилган анъанавий жарроҳлик аралашувлари билан бир хилда, лекин ҳар бир бемор учун битта операция бажарилди.

Симультант жарроҳлик аралашувларни ўтказиш тўғрисида бир тўхтамга келиш даволовчи шифокорлар, кафедра мудирлари, шунингдек, шифокорлар малакасини ошириш факультети жарроҳлик кафедраси ва СамДавТУ педиатрия факультети акушерлик ва гинекология кафедраси профессорлари, доцентлари ва ассистентлари иштирокидаги консилиум асосида қабул қилинди.

47 беморда лапароскопик холецистэктомия+лапароскопик бачадон экстирпацияси амалга оширилди. Лапароскопик холецистэктомия стандарт услубига мувофиқ амалга оширилди: киндик орқали битта 10 мм троакар киритилди, шундан сўнг лапароскоп назорати остида ўнг қовурга остидан олд қўлтиқ ости, ўрта ўмров ва ўрта чизиклар бўйлаб иккита 5 мм ва битта 10 мм троакар киритилди. Монополяр коагулятор ёрдамида ўт пуфак йўли ва пуфак артерияси ажратилиб, биполяр коагулятор ёрдамида гемостаз амалга оширилди ва препарат қорин бўшлиғидан ўрта чизик орқали чиқарилди.

Холецистэктомия жарроҳлик аралашуви тугагандан сўнг, лапароскоп 180° га айлантилди, бемор Фовлер ҳолатидан Тренделенбург ҳолатига ўтказилди ва чанок аъзолари текширилди.

Кузатувимиздаги бачадон миомаси билан 47 та ҳолатда ўтказилган бачадоннинг лапароскопик экстирпацияси лапароскопик холецистэктомиянинг симультант босқичи бўлди. Бундай операциялар учун беморларни танлаш синчковлик билан амалга оширилди (бачадон

ўлчами ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан ошмаслиги; анамнезида асоратланмаган муддатли туғрукнинг мавжудлиги; ўтмишда лапаротомиянинг йўқлиги ва бунинг натижасида чандикли жараённинг аниқ ривожланмаганлиги; ўт пуфаги ва жинсий аъзоларда яллиғлашиш жараёнининг йўқлиги).

Бачадон бўйни фиксацияси ва бачадон бўйни каналини кенгайтириш Клермонт-Ферранд бачадон манипулятори ёрдамида бачадоннинг *anteversio* ҳолатини ва орқа вагинал камарнинг думғаза-бачадон бойламлари орасидаги маълум бир ҳолатини таъминлаш учун амалга оширилди.

Сийдик чиқариш найлари бачадон кенг бойламининг орқа варагининг ўрта қисмида иккала томондан транспариетал равишда ажратилди. Бачадон артериялари транспариетал тарзда ажратилди ва юқори частотали АВТОКОН 350 коагулятор ёрдамида монокоагуляция t3 коагуляция таъсирида (3-босқич) "аэрозол коагуляцияси" режимида коагуляция амалга оширилган. Бачадоннинг юмалоқ, гирдобсимон-чаноқ ва думғаза-бачадон бойламларини ҳам монокоагуляция ёрдамида кесиш амалга оширилди. *Plica vesico-uterina* ни кесиш ва тушириш кин аниқланмагунча ўткир ва тўмтоқ тарзда қайчи билан амалга оширилди. Бачадон бўйни қин бўшлиғидан кесиш Клермонт-Ферранд бачадон манипуляторининг "анатомик зонаси"да амалга оширилди.

Шундан сўнг, бачадон ва ортиклари билан қин орқали олиб ташланди ва тугунли викрил чоклари билан ташқи томондан тикилди. Перитонизация амалга оширилмади. Операция охирида қорин бўшлиғи санация қилинди, тўлик кўрикдан ўтказилди, жарроҳлик майдонини гемостаз ва дренажлаш амалга оширилди.

40 нафар беморда ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан катта бачадон миомасида бачадоннинг лапаротомик экстирпацияси ва симультант босқич сифатида тошли холециститда минилапаротомик холецистэктомия амалга оширилди. Ушбу жарроҳлик аралашувида М.И.Прудков томонидан ишлаб чиқилган жарроҳлик асбоблари тўплами қўлланилди.

Минилапаротомик холецистэктомия параректал кесим орқали амалга оширилди, кесим узунлиги 6 см дан ошмади, бу гепатодуоденал бойлам соҳасида хавфсиз манипуляция учун етарли бўлди. Жарроҳлик аралашувининг давомийлиги лапароскопик усул билан солиштириганда  $20 \pm 1,2$  дақиқага ошди. Қон йўқотиш 120-150 мл оралиғида бўлди. Жарроҳлик аралашувидан кейинги даврда 1 (0,5%) беморда эрта даврда қин чўлтоғидан паренхимал қон кетиш кузатилди. Релапаротомия ўтказилиб, ички ёнбош артериялари боғланди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги давр силлиқ ўтди. Ўлим ҳолати кузатилмади.

Бачадон ва киндик чуррасининг қин орқали экстирпацияси комбинацияси катта қизиқиш уйғотади. Ушбу патология 20 нафар беморда кузатилди. Ушбу жарроҳлик аралашувлари учун кўрсатма булиб, бачадоннинг тўлиқ тушиши, шунингдек, жисмоний зўриқишда сийдик тутаолмаслиги, қиннинг тушиши ва киндик чуррасининг мавжудлиги бўлди. Жарроҳлик муолажаси киндик чуррасини бартараф этиш билан бошланди, чунки киндик ярасида операциядан кейинги даврда инфекциянинг мавжудлиги чурранинг қайталанишига олиб келиши мумкин. Шундан сўнг, Штекел усулида бачадонни қин орқали экстирпациясига ўтказилди.

Назорат гуруҳида барча беморларга фақат яқка тартибдаги жарроҳлик операциялари ўтказилди: 33 (35,4%) беморда бачадон экстирпацияси, 21 (22,5%) беморда – бачадонни қин орқали экстирпацияси, 15 (16,3%) беморда – олд кольпорафия ва орқа кольпоперинеопластика, 11 (11,8%) беморда – холецистэктомия ва 13 (13,9%) беморда – вентроластика, яъни асосий гуруҳдаги ва классик усуллар билан бир хилда бажарилган, лекин ҳар бир бемор учун яқка тартибда операция бажарилди.

Клиник ва лаборатория тадқиқот натижаларига кўра, симультант ва бир марталик жарроҳлик аралашувларини ўтказган беморларнинг статистик жиҳатдан таққосланадиган икки гуруҳни қиёсий ўрганиш беморнинг танасида, хусусан, симультант аралашувлар билан боғлиқ сезиларли ўзгаришлар йўқлигини кўрсатди.

Асосий ва назорат гуруҳларида қон йўқотиш даражасини аниқлаш шуни кўрсатдики,

асосий гуруҳда симультант жарроҳлик аралашувида қон йўқотиш  $94,4 \pm 11,7$  мл ни, назорат гуруҳида эса жарроҳлик аралашуви пайтида қон йўқотиш  $85,4 \pm 16,4$  мл ни ташкил этди.

Жарроҳлик кесими ўлчамларини таққослаганда, лапароскопик усуллардан фойдаланиш кесимнинг инвазивлигини камайтиришга имкон берди – аралашувнинг икки босқичини лапароскопик бажариш пайтида жарроҳлик кесим узунлиги 1 см ни ташкил этади. Асосий ва назорат гуруҳларида лапаротомия орқали симультант жарроҳлик аралашувларини бажаришда кесим узунлиги бир хил (10-12 см) бўлди.

Жарроҳлик аралашувнинг умумий давомийлиги асосий гуруҳда  $87,13 \pm 13,2$  дақиқа, назорат гуруҳида эса  $77,13 \pm 11,1$  дақиқани ташкил этди. Лапароскопик симультант жарроҳлик аралашувларни бажаришда эса бу кўрсаткич ўртача 21 дақиқага қисқарди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, юқори касбий маҳорат ва жарроҳларнинг тўпланган тажрибаси, шунингдек, юқори малакали анестезиология-реаниматология ёрдами билан классик ва комбинацияланган ёндашувлар орқали гинекология ва жарроҳликда симультант жарроҳлик аралашувлари шифохона бўлимлари амалиётида муносиб ўрин эгаллаши мумкин, шунингдек, юқорида кўрсатилган шартларга қатъий риоя қилинса, беморлар учун катта хавф туғилмайди ва улар томонидан ижобий қабул қилинади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Александров Л.С. Сочетанные операции в гинекологии / Л.С.Александров, А.И. Ищенко, Н.В. Ведерникова // Акуш. и гин. – 2003.– № 4. – С. 4-11
2. Ганиев Ф.И. Симультантные операции в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев // Методические рекомендации. – 2011. – 250 с.
3. Ганиев Ф.И. Лапароскопия в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев и др. // Материалы VII съезда акушеров- гинекологов Республики Узбекистан. – Ташкент, 2013. – С. 245-246.
4. Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург // СПб., 2008. – С. 86-92
5. Ш. К. Пардаев, И. Л. Шарипов Гинекологик симультан операцияларда комбинацияли спинал-эпидурал анестезияни қўллаш // Доктор ахборотномаси, № 1 (102), 2022. С.76-80. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-76-80
6. Пучков К.В. Симультантные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов // М., 2008. – 300 с.
7. А.У. Рахимов, Б.Б. Негмаджанов, Ж.Т. Юсупов, Ф.И. Ганиев, Б.Р. Акрамов Симультантные операции у женщин // Вестник врача, № 4, 2018. С.115-122.



**RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK DAN KEYIN PREGRAVIDAR TAYYORGARLIK****S. T. Djurabekova**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, abort, pregravidar tayyorlash.**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, аборт, прегравидарная подготовка.**Key words:** non-developing pregnancy, abortion, pregravidary preparation.

Hozirda rivojlanmagan homiladorlikdan keyin reproduktiv funktsiyani tiklash dasturini keyinchalik amalga oshirish bilan bosqichma-bosqich tashxis qo'yish uchun aniq mezon mavjud emas. Bunday bemorlarni reabilitatsiya qilish uchun asosli algoritim yo'q. Rivojlanmagan homiladorligi bo'lgan ayollarni reabilitatsiya qilish masalasi hozirgi kunga qadar o'rganilmagan bo'lib qolmoqda. Ushbu tadqiqotning dolzarbligi rivojlanmagan homiladorlikni boshidan o'tkazgan ayollarning reproduktiv salomatligi sohasidagi vaziyatni chuqurroq o'rganishni belgilaydi va pregravidar tayyorlash bo'yicha samarali chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish talab etadi.

**ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ****С. Т. Джурабекова**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время нет четкого критерия для постановки поэтапного диагноза с последующей реализацией программы восстановления репродуктивной функции после неразвивающейся беременности. Разумного алгоритма реабилитации таких больных не существует. Вопрос реабилитации женщин с неразвивающейся беременностью до настоящего времени остается неизученным. Актуальность данного исследования предполагает углубленное изучение ситуации в области репродуктивного здоровья женщин, перенесших неразвивающуюся беременность, и разработки эффективного комплекса мероприятий по прегравидарной подготовке.

**PREGRAVIDARY PREPARATION AFTER NON-DEVELOPING PREGNANCY****S. T. Djurabekova**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Currently, there is no clear criterion for making a phased diagnosis with the subsequent implementation of a program to restore reproductive function after an undeveloped pregnancy. There is no reasonable algorithm for the rehabilitation of such patients. The issue of rehabilitation of women with non-developing pregnancy still remains unexplored. The relevance of this study involves an in-depth study of the situation in the field of reproductive health of women who have had an undeveloped pregnancy, and the development of an effective set of measures for pregravidary preparation.

Akusherlik amaliyoti muammolari orasida hali ham rivojlanmagan homiladorlik birinchi o'rinlardan birini egallaydi [5,6]. Homila tushishi - bu muammo bo'lib, uning ahamiyati nafaqat vaqt o'tishi bilan kamaymaydi, balki, ehtimol, hatto oshib boradi [1,7,8]. Homila tushishining turli xil turlari orasida o'tkazib yuborilgan abort alohida o'rin tutadi, ya'ni. bachadon bo'shlig'ida uzoq muddat kechikish bilan erta davrda embrion yoki xomilaning o'limi - rivojlanmagan homiladorlik.

Xalqaro Kasallik Tasnifi (XKT)-10-da maxsus bo'lim kiritildi: "Abort natijasi bilan homiladorlik", unda homiladorlikning dastlabki patologiyasining ayrim shakllari va kodlari ta'kidlangan. Ushbu tasnifga ko'ra, o'lik tuxum hujayrasi - anembrioniya (sinonimi: blightedovum, anembrionik homiladorlik, "emptysac") - bu aplaziya yoki embrioblastning erta rezorbsiyasi tufayli bo'sh embrion xaltachadir [10].

Rivojlanmagan homiladorlik – bachadon ichi erta homila nobud bulishi va homilaning bachadon bo'shlig'ida tutilishi. Rossiya ilmiy adabiyotlarida "rivojlanmagan" yoki "muzlatilgan homiladorlik" tushunchalari ushbu atamalarning sinonimlari sifatida ishlatiladi.

Reproduktiv yo'qotishlar tarkibida ushbu patologiyaning ulushi ancha yuqori: 10-20% ni tashkil qiladi. O'lik homila yoki embrionning bachadon ichida tutilishi o'lik homila sindromining asosiy sababidir [2, 10].

Rivojlanmagan homiladorlik - bu reproduktiv yo'qotish aholining hayotiy potentsialining o'rnini bosuvchi yo'qotilishini anglatadi, chunki tug'ilmagan bolalar inson kapitalini qaytarib bo'lmaydigan yo'qotishidir [3, 4,8]. Rivojlanmagan homiladorlikning etiologiyasi va patogenezini

haqidagi mavjud nazariy g'oyalarni tahlil qilish natijasida yagona va umumiy tan olingan tasnifi mavjud emas. Shu bilan birga, patologik jarayonni amalga oshirish mexanizmlari yaxshi o'rganilmagan va bo'limlarda keltirilgan [5,10,13].

Odatda rivojlanmagan homiladorlik polietiologik asorati bo'lib, surunkali endometrit asoslangan [5]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, RH 30-35% hollarda reproduktiv yo'qotishlarning sababi hisoblanadi [12]. Shuni ta'kidlash kerakki, 80-90% reproduktiv yoshdagi ayollardir [11,13]. Bu muammoning psixosotsial tomonini keltirib chiqaradi, chunki o'tkazib yuborilgan homiladorlik og'ir ruhiy travma bo'lib, ko'pincha keyingi rivojlanmagan homiladorlikning boshlanishiga olib keladi.

**Tadqiqot maqsadi:** Rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan ayollarda, pregravidar tayyorlashni optimallashtirish

**Materiallar va tadqiqot usullari:** Maqsadga erishish va belgilangan ilmiy vazifalarni bajarish uchun ishning klinik qismi I. Irgashev nomli 4- Toshkent shahar klinik kasalxonasi ginekologiya bo'limida olib borildi. Biz rivojlanmagan homiladorlik bilan kasallangan ayollarning 50 ta kasallik tarixini ko'rib chiqdik va ikkinchi guruhga rivojlanmagan homiladorlik bilan kasallangan 30 ayolni tekshirdik.

Birinchi guruhga 2016-2019 yillarda (retrospektiv tekshiruv) klinikaga murojaat qilgan rivojlanmagan homiladorlik (RH) kuzatilgan ayollarning 50 ta kasallik tarixi tanlab olingan.

Ikkinchi guruhga 2018-2021 yillar oralig'ida biz kuzatgan RH tashxisi qo'yilgan 30 ta empirik tanlangan ayollar kirdi.

Ushbu guruhdagi bemorlar klinik laboratoriya tadqiqotlari, ultratovush tekshiruvi, morfologik tekshiruvi, infeksiya uchun immunoferment, gormonal tekshiruvlar, shuningdek pregravid tayyorlash va homiladorlik boshlanishini kuzatish bo'yicha ambulatoriya tekshiruvlaridan o'tdilar.

Belgilangan vazifalarni amalga oshirish uchun ayollarning reproduktiv funksiyasiga ta'sir etuvchi omillarni o'rganish amalga oshirildi. Ayollarning yoshi reproduktiv salomatlikning ajralmas ko'rsatkichidir, bu bir nechta tushunchalarni o'z ichiga oladi - bu ayolni xavfsiz homilador qilish, aniqlash va sog'lom avlod tug'ish qobiliyatidir.

Reproduktiv yosh - bu ayol tanasi reproduktiv funktsiyani bajarishga qodir bo'lgan davr. Biz tekshirgan bemorlarning yoshi 18 yoshdan 34 yoshgacha bo'lgan reproduktiv yoshda bo'lib, o'rtacha ko'rsatkich retrospektiv guruhda  $30,5 \pm 0,96$  yosh, istiqbolli guruhda  $29,2 \pm 1,06$  yosh.

Oilaviy ahvol bo'yicha ayollarni guruhlarga taqsimotini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, retrospektiv guruhda ayollarning 92% birinchi nikohda, 8% ikkinchi nikohda, istiqbolli guruhda navbati bilan 83,3% va 16,7%.

Asosiy guruhda, uchta turmushga chiqmagan ayollarda morfologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra tushishning sababi yallig'lanish omil bo'lganligiga e'tibor qaratiladi. Ehtimol, bu ushbu ayollarning jinsiy munosabatlaridagi ko'pxotinlilik bilan bog'liqdir. Homiladorlikni rejalashtirishda ayolning bilimi va uning jamiyatdagi ijtimoiy mavqei juda katta ahamiyatga ega. So'ralganlarning aksariyati oliy yoki o'rta maxsus ma'lumotlarga ega ( $p > 0,05$ ), ularning taxminan 2/3 qismi ishchilar toifasiga mansub (mos ravishda 44% va 57%); o'rtacha, har beshinchi bemor uy bekasi (mos ravishda 54% va 40%) bo'lib, guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar bo'lmagan.

Bolalikda va balog'at yoshida biz tekshirgan barcha ayollar bolalar infeksiyalari va turli xil yallig'lanish kasalliklariga duch kelishgan. Rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan ayollarning ekstragenital kasalliklari tekshirilganda ayollarning ko'pchiligida topilgan va har xil xarakterga ega bo'lgan.

Guruhdagi ma'lumotlarni tahlil qilsak, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari I guruhdagi 5 (10%) ayollarda va II guruhdagi 5 (16,7%) ayollarda gipertoniya bilan ifodalanadi, bu gemodinamika va mikrosirkulyatsiya o'zgarishi bilan kechadi. Tug'ma yurak nuqsonlari (mitral qopqoq prolapsi) I guruhdagi 2 (4,0%) ayollarda, II guruhdagi 2 (6,67%) ayollarda uchradi. E'tiborli tomoni shundaki, qon tomir kasalligi - varikoz tomirlari bilan og'rigan ayollarning ulushi yuqori (guruhlarda 18% va 20%). Siydik chiqarish tizimining kasalliklari ikkala guruhdagi ayollarning yarmida qayd etilgan (mos ravishda 52% va 80%). Surunkali pielonefrit deyarli bir xil

chastotada ro'y berdi va qoida tariqasida homiladorlik davrida kuchaymasdan I guruhda 11 (22%) va II guruhda 14 (46,7%) davom etdi. Siydik pufagi kasalliklari (surunkali sistit, giperreaktiv siydik pufagi) bilan kasallanish I guruhda sezilarli darajada yuqori - 44% II guruhga qaraganda - 30%. Ekstragenital kasalliklar orasida oshqozon-ichak traktining eng keng tarqalgan kasalliklari, masalan: surunkali gastrit (mos ravishda 24% va 20%); xoletsistit (mos ravishda 12% va 23%) kolit, I guruhda - 16%, ikkinchisida - 20%, oshqozon yarasi - mos ravishda 8% va 6,7%. Nafas olish kasalliklari bilan kasallanish o'rganilgan guruhlarda sezilarli darajada farq qilmadi: mos ravishda 6% va 10%.

Endokrin tizim kasalliklari ayolning reproduktiv funksiyasiga jiddiy o'zgarishlar kiritadi. Qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari, gipofiz bezi kasalliklari ko'pincha RHga olib keladigan asosiy qo'zg'atuvchi mexanizmdir. Qalqonsimon bez kasalliklari guruhlarida navbati bilan I guruhdagi ayollarning 18% va II guruhdagi 46,7% aniqlandi va subklinik gipotireoz (navbati bilan 12 va 23%), diffuz toksik bo'qoq bilan gipertireoz ( mos ravishda 4% va 6,7%).

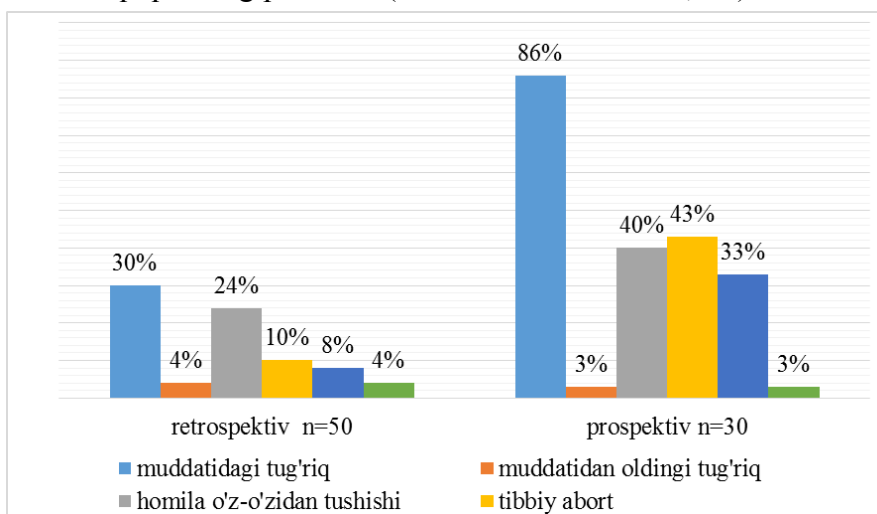


Diagram 1. Akusherlik anamnezi.

Taqdim etilgan ma'lumotlarga asoslanib, xulosa qilish mumkinki, birgalikda kelib chiqadigan somatik kasalliklar va oldingi jarrohlik aralashuvlar u yoki bu darajada keyingi homiladorlik natijalariga, shuningdek, RH sabablariga ta'sir qiladi. Shuning uchun surunkali kasalliklarga qarshi profilaktika choralari, zamonaviy ko'rik va kerak bo'lganda davolash reproduktiv davrda xavf omillarining salbiy ta'sirini kamaytiradi.

Ma'lumotlarni tahlil qilishda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ko'pincha ginekologik kasallikning tuzilishida uchrashi aniqlandi. Shunday qilib, har uchinchi ayolda surunkali endometritning chastotasi (mos ravishda 38% va 46%) topilgan. Serviks kasalligi (mos ravishda 18% va 33%). Bu shundan dalolat beradiki, rivojlanmagan homiladorlik rivojlanishining asosiy omili bu yallig'lanish jarayonidir.

Taqdim etilgan jadval akusherlik tarixi sezilarli darajada ortganligini ko'rsatadi. Guruhda normal muddat bilan tugagan birinchi homiladorlikning nisbati, qolgan homiladorlik yig'indisidan kam. Shuni ta'kidlash kerakki, ilgari 1 yoki 2 RH tarixga ega bo'lgan ayollarda bo'lgani kabi, birinchi homiladorlik vafot etgan ayollarning ulushi yuqori va bu ehtimol keyingi homiladorlikning noqulay natijasini aniqladi. Shuni ta'kidlash kerakki, birinchi muvaffaqiyatsiz tugallangan homiladorlikdan so'ng darhol reabilitatsiya hamma uchun ham amalga oshirilmadi yoki umuman amalga oshirilmadi. Biroq, birinchi homiladorligi istalmagan va har oltinchisida tibbiy abort qilish bilan to'xtatilgan ayollar bo'lgan.

Abortdan keyin deyarli hech kimga reabilitatsiya qilinmaganligiga e'tibor qaratiladi. Yuqoridagilardan xulosa qilishimiz mumkinki, reproduktiv funksiyaga ko'plab omillar ta'sir qiladi. Ulardan biri – turli yoshdagi ayollar. Bir tomondan, ayol qanchalik yosh bo'lsa, shunchalik kam asoratlar kuzatiladi. Jarrohlik aralashuvlar, abortlar, muvaffaqiyatsiz homiladorlikdan keyin reabilitatsiya yetishmasligi ayol tanasining reproduktiv funksiyasini og'irlashtiradigan surunkali kasal-

liklarga olib keladi.

Ginekologik kasallikning tuzilishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, surunkali endometritli bemorlar aksariyat hollarda akusherlik-ginekologik tarixga ega. Birinchi tibbiy abortdan so'ng reabilitatsiya yetishmasligi, birinchi o'tkazib yuborilgan homiladorlik takroriy RH bo'lgan ayollar sonini ko'paytiradi.

Progesteron darajasining pasayishi barcha ayollarda qayd etilgan. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, ayollarda anamnezdagi bitta NB bilan progesteron darajasi normal oraliqda bo'lgan va jinsiy yo'llar infeksiyasini keltirib chiqaradigan ayollarda nafaqat  $12,9 \pm 1,22$  ng / ml topilgan progesteronning sezilarli darajada pasayishi va uning qondagi konsentratsiyasi, shuningdek, estradiol darajasi (hayz davrining birinchi va ikkinchi bosqichlarida o'rtacha qiymati  $114 \pm 5.56$  tuxumdonlar). Ehtimol, birinchi LFYdagi yallig'lanish doimiy LFY rivojlanishining qo'zg'atuvchi mexanizmi bo'lib, keyinchalik tiklanish davrisiz LFYga olib keladi, uning sababi LFY.

Laboratoriya tadqiqotlarining tahlili shuni ko'rsatdiki, gormonal kasalliklarning tabiati aralash xarakterga ega va homiladorlik natijasi uchun bashorat qiluvchi ahamiyatga ega. O'zgargan gormonal fonnini tartibga solish uchun ayolning gormonal holatiga, RHning taxmin qilingan sabablaridan qat'i nazar, e'tibor berish kerak. Birinchi RH dan so'ng, yetarli darajada yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkazing, hayz davrini va bachadondagi retseptorlar apparatini tiklash kerak Reproaktiv kasalliklarda pregravidar tayyorgarlik muhim rol o'ynaydi. Tadqiqot asosida o'tkazilgan differentsial tekshiruvdan so'ng, olingan ma'lumotlar tahlil qilindi va har bir bemor uchun homiladorlikdan oldin individual tayyorgarlik belgilandi.

Yallig'lanish jarayoni bo'lgan va RH bo'lgan ayollarda pregravidar tayyorgarlik ikki bosqichli davolanishni o'z ichiga oladi. Birinchi bosqichda davolash patogenga qaratilgan va quyidagilarni o'z ichiga olgan:

- sezgirlikni hisobga olgan holda va metronidazol preparatlari bilan birgalikda antibiotik terapiyasi. Davolash hayz davrining birinchi kundan boshlandi va keng spektrli antibiotiklar foydalaniildi. Viruslarga qarshi terapiya antibiotik dorilarni qabul qilish bilan birga kechdi;

Ikkinchi bosqichda quyidagilar amalga oshirildi:

- bifidobakteriyalar va laktobakteriyalarni o'z ichiga olgan preparatlar yordamida ichak mikroflorasi va qin biotsenozini tiklash;

- bachadonning retseptorlari apparatini tiklash

- fizioterapevtik muolajalar yordamida bachadonning retseptorlari apparatini tiklash (sink bilan elektroforez).

Ayollarda davolanish samaradorligini tekshirish.

Odatda 3-6 hayz tsikli davom etgan davolanishdan so'ng, ikkinchi tekshiruv tayinlandi:

- infeksiyalar yo'qligini, immunitetni normallashtirish va qin biotsenozini tasdiqlovchi laboratoriya tekshiruvlari;

- tsiklning 24-26 kunlari ikkinchi bosqichida kichik chanoq organlarini ultratovush tekshiruvi, endometriyning qalinligi, sariq tananing diametri, shuningdek ularning qon bilan ta'minlanishini o'lchash;

- tsiklning 24-26 kunlari progesteron miqdorini o'lchash;

Davolanishning ijobiy (to'liq) ta'sirini bir necha ko'rsatkichlar bo'yicha aniqladik:

Ultratovush bilan, hayz davrining II bosqichida endometriyning qalinligi 8 dan 12 mm gacha, tuzilishi bir hil, tuxumdonda sariq tanachaning diametri 16 dan 22 mm gacha, qon borligi miometriyning barcha qatlamlarida oqim, shuningdek sariq tananing qon bilan ta'minlanishi - bu ko'rsatkichlarning barchasi davolanishning ijobiy samarasini ko'rsatdi.

Faqatgina bemorlarning 67,0 % da biz yuqorida ko'rsatilgan barcha parametrlarda terapiyadan ijobiy ta'sir oldik. Ikkinchi yarmida faqat 2 holatda yallig'lanishga qarshi davolashning to'liq natijasiga erishilmadi. Bu anamnezda ikki yoki undan ortiq RH bo'lgan bemorlar bo'lib chiqdi.

Davolashdan ijobiy natija olgan bemorlarga homiladorlik tavsiya etilgan. Homiladorlik 9 (30%) ayollarda 3 tsiklda, 13 (43%) 6 oy ichida sodir bo'lgan. Kontsepsiya davrlarida kuniga 400

mg foliy kislotasini o'z ichiga olgan vitaminlar kompleksi buyurilgan. 12 ayolda endometriyda yallig'lanish alomatlari bo'lmagan, ammo qo'shimcha tekshirish usullari natijalari me'yordan past bo'lgan. 8 (28,6%) ayollarda morfologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra davolash samarasi olingan - yallig'lanish alomatlari yo'q edi, ammo ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra endometriyning qalinligi 7 mm dan kam edi hayz davrining 24-26 kunlarida sariq tanachaning diametri 16 mm dan ortiq, qondagi progesteron darajasi 10 ng / ml dan yuqori edi. Ushbu holat retseptorlar apparati yetishmovchiligi deb baholandi va bunday ayollarga qo'shimcha davolash, tsiklik vitaminli terapiya buyurildi. Ikki tsikldan so'ng, tsiklning 24-26 kunida ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Ularning barchasi yaxshi ko'rsatkichlarni oldi va homiladorlikni rejalashtirishga maslahat berildi. Ammo 4 (14,3%) bemorda endometriyning morfologik tekshiruvda yallig'lanish alomatlari bo'lmaganida LFY belgilari kuzatildi: ultratovush tekshiruvi bo'yicha qonda progesteron kontsentratsiyasi 10 ng / ml dan kam, endometriyning qalinligi 7 mm dan kam, sariq tananing diametri 14 mm. Ushbu bemorlarda progesteron preparatlari ishlatilgan. Ular hayz davrining II bosqichida 3 tsikl uchun 16 dan 25 kungacha buyurilgan. Qo'shimcha davolanish va keyingi tekshiruvlardan so'ng ularga homiladorlikni rejalashtirish tavsiya qilindi va erishildi.

Yuqorida keltirilgan materialdan ko'rinib turibdiki, anamnezida ikki yoki undan ortiq RH bo'lgan ayollarda terapevtik ta'sir yanada qiyinlashdi va diqqat bilan kuzatishni talab qildi. Ushbu ayollar guruhida nafaqat etarli darajada yallig'lanishga qarshi terapiyani amalga oshirish muhim, balki fizioterapevtik protseduralar yordamida zararlangan endometriyning retseptorlari apparati va miyometriydagi qon oqimini tiklash, shuningdek bir vaqtning o'zida amalga oshirish kerak. gestagenlar yordamida LFY profilaktikasi.

LFY morfologik tashxisi qo'yilgan ayollarni pregravid bilan tayyorlash. Davolashning asosi gormonal holatni tartibga solishdir. Agar ayollarda HA bo'lsa, kontrendikatsiya bo'lmasa, odatda 3-6 oy davomida birlashtirilgan og'iz kontratseptivlari buyurilgan.

Agar ayollarda steroid gormonlari (estrogenlar va progesteron) kamaygan bo'lsa, u holda gormonlarni almashtirish terapiyasi preparatlari buyurildi: Femoston 1/10 yoki 2/10 yoki Dyufaston 10 mg, tsiklning 16 dan 25 kunigacha kuniga 2-3 tabletkaga. Parametrlari ultratovush orqali kuzatiladigan endometriy, tuxumdonlarning reaksiyasiga qarab, davolanish 2-3 tsiklga mo'ljallangan.

Metabolik kasalliklarga chalingan bemorlar uchun tayyorgarlik ovqatlanish mutaxassisi bilan maslahatlashuvdan, tana vaznini kamaytirishga qaratilgan parhezni tanlashdan boshlandi va keyin gormonal darajalar tartibga solina boshladi.

Giperprolaktinemiya aniqlanganda, preparat prolaktin darajasining boshlang'ich qiymatiga qarab haftasiga 1-2 marta Dostinex 0,5 mg, 1 yoki 1/2 tabletkaga bo'lgan. Prolaktin darajasini nazorat qilish har 2-3 haftada amalga oshirildi

LFY sabab bo'lgan ayollarda davolanish natijasida yaxshi natijaga erishish ancha qiyin - har uchdan birida qo'shimcha terapiya talab qilingan, "yallig'lanish" kichik guruhida esa har soniyada terapiyani tuzatish zarur. Anamnezda ikkitadan ortiq RH kasalligi bo'lgan ayollarning davolanishiga javob berish ancha qiyin bo'lgan, ehtimol bu reproduktiv tizimga bir vaqtning o'zida ta'sir ko'rsatadigan ko'p qirrali patologik jarayonlar bilan bog'liqdir.

Tekshiruvdan so'ng anamnezda RH bilan kasallangan har bir bemorga RHning asosiy sababini yo'q qilishga qaratilgan individual davolash tartibi tayinlandi. Pregravidar tayyorlangandan so'ng barcha ayollarga o'tishni taklif qilishdi. Doppler tahlillari bilan tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi; qondagi progesteron darajasini aniqlash, PZR diagnostikasi.

O'tkazilgan tadqiqotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, barcha ayollar davolanishdan kerakli samarani olishmagan.

Shuning uchun davolash rejimi ishlab chiqilgan algoritmgaga muvofiq, har bir bemor uchun alohida-alohida 3-6 oy davomida ishlab chiqilgan. Davolashning samaradorligi tos a'zolarining takroriy ultratovush tekshiruvi, fermentlarga bog'liq immunosorbent tahlillari ma'lumotlari bilan hisobga olindi. O'tkazilgan pregravid preparatidan ijobiy natija olgandan so'ng, ayollarga homiladorlikni rejalashtirish tavsiya qilingan va homilador bo'lganda ular kuzatildi.

Taqdim etilgan ma'lumotlardan kelib chiqadiki, pregravid tayyorlashga differentsial yondashuv tufayli homiladorlik shubhasiz ma'qul bo'lgan ayollarda homiladorlikning ijobiy natijalari ulushini oshirish mumkin. Bundan tashqari, kelgusi homiladorlik uchun ayollarni tayyorlashga differentsial yondashuv takrorlangan rivojlanmagan homiladorlik chastotasini 3 baravar kamaytirishga imkon berdi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Баранов И.И., Серов В.Н. //Климактоплан в терапии климактерического синдрома//. Русский медицинский журнал. 2015. № 13 (1). С. 11–14.
2. Джобава Э.М. //Вопросы патогенеза и терапии тромбофилических состояний у беременных с тромботическими осложнениями и невынашиванием беременности //Consilium medicum. -2016.-Т.8,№3.- С.37-41.
3. Доброхотова Ю.Э., Савченко Т.Н. //Неразвивающаяся беременность//. Учебно- методическое пособие. Под ред. О.В. Макарова. М.: РГМУ, 2012. С. 5–10
4. Потапова С.В. //Невынашивание беременности как медико социальная проблема, (распространенность, факторы риска, профилактика)//. Автореферат дисс.канд. мед. наук М,- 2018.С. 24
5. Прилепская, В.Н. //Микоплазменная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. 2007. - № 4. - С. 5-8.
6. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. // Незривающаяся беременность// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 200
7. Салов И.А., Маринушкин Д.И.// Гемостазиологические нарушения при незривающейся беременности//. Пробл. беременности. 2000. № 1. С. 2126
8. Серова О.Ф., Милованов А.П. //Основные патоморфологические причины незривающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии у женщин// Акушерство и гинекология. 2011г. №1. Стр. 19-23.
9. Тирская, Ю.И. //Незривающаяся беременность на фоне герпетической инфекции: вопросы патогенеза, диагностики, профилактики// :автореф. дис. Омск, 2018. - 23 с.
10. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. //Репродуктивное здоровье современной популяции девочек//. Акуш. и гин. 2016. № 1. С. 34–39
11. Fatemi H.M., Popovic-Todorovic B.,// In vitro fertilization pregnancy in a patient with proven chronic endometritis// Fertil. Steril.-2019. P.1293.
12. Johnston-Macananny E.B. et al.// Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization// Fertil. Steril.-2020. P.437-441.
13. Pihusch R., Buchholz T., //Thrombophilic gene mutations and recurrent spontaneous abortion: prothrombin mutation increases the risk in the first trimester//, Immunol. 2011. - Vol. 46. - P. 124-131.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГРИБКОВОГО КОЛЬПИТА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Г. З. Ешимбетова, Н. Х. Шаикрамова

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан

**Таянч сўзлар:** хомиладорлик, замбуруғли кольпит, бактериал вагиноз, Фертиконазол.

**Ключевые слова:** беременность, грибковый кольпит, бактериальный вагиноз, Фертиконазол.

**Key words:** pregnancy, fungal colpitis, bacterial vaginosis, Ferticonazole.

Бактериальный вагиноз и грибковый кольпит являются наиболее частыми патологиями влагалища во время и вне беременности. Определена эффективность применения антимикотического препарата Фентиконазола (Препарат «Энзофен») у женщин с грибковым кольпитом и бактериальным вагинозом во втором и третьем триместрах беременности. Результаты наших исследований показали, что после применения препарата Энзофен, у 24 беременной с грибковым кольпитом из 26 (92,3%), наблюдалось клиническое и лабораторное излечение заболевания. Среди беременных с бактериальным вагинозом, из 21 беременной, у 17 отмечена положительная динамика (81%), что выражалась в клиническом излечении и отсутствии ключевых клеток в мазке.

## ЗАМБУРУҒЛИ КОЛЬПИТ ВА БАКТЕРИАЛ ВАГИНОЗ КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ДАВОЛАШДА КОМПЛЕКС ЁНДАШИШ

Г. З. Ешимбетова, Н. Х. Шаикрамова

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Бактериал вагиноз ва замбуруғли кольпит аёлларда энг кўп учрайдиган кин патологик ҳолатларини ташкил этади. Изланишлар антимикотик препарат Фертиконазолнинг (Энзофен препарати) хомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида қўллашнинг самарадорлигини баҳолашга қаратилган. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, хомиладор аёлларда Энзофен замбуруғли кольпит ҳолларида, 26 аёлдан 24 тасида клиник тузалишга (92,3%) олиб келди. Бактериал вагиноз кузатилган 21 нафар хомиладор аёллардан 17 тасида ижобий динамика, (81%), яъни клиник тузалиш ва патологик хужайраларнинг йўқолишига олиб келди.

## A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF FUNGAL COLPITIS AND BACTERIAL VAGINOSIS IN PREGNANT WOMEN

G. Z. Eshimbetova, N. H. Shaikramova

Center for the development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

Bacterial vaginosis and fungal colpitis are the most common pathologies of the vagina during and outside pregnancy. The efficacy of the antimycotic drug Fenticonazole (drug "Enzofen") in women with fungal colpitis and bacterial vaginosis in the second and third trimesters of pregnancy was determined. The results of our studies showed that after the use of Enzofen, 24 pregnant women with fungal colpitis out of 26 (92.3%) had a clinical and laboratory cure of the disease. Among pregnant women with Bacterial vaginosis, out of 21 pregnant women, 17 had positive dynamics (81%), which was expressed in clinical cure and the absence of key cells in the smear.

Вагинальный кандидоз (ВК) относится к инфекциям, передающимся половым путем. Он занимает второе место среди всех инфекций влагалища.

В последние десятилетия отмечается значительное увеличение частоты ВК. Участились также, случаи рецидивирующих грибковых кольпитов у женщин репродуктивного возраста. Зачастую причиной развития грибкового кольпита является снижение иммунитета, в результате стресса, сахарного диабета, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, а также после приема антибиотиков или глюкокортикоидов [5].

Хотя, грибковый кольпит не оказывает эмбриотоксического и тератотоксического эффекта на плод, тем не менее, при беременности нужно обратить внимание на наличие этой патологии и при обнаружении его обязательно провести его лечение. Отмечено, что при попадании грибка во время родов в пищеварительный тракт, в последующем в постнатальном периоде, у новорожденного развивается тяжелый дисбактериоз кишечника, лечение которого занимает не менее трех месяцев. В связи с чем, необходимо своевременная диагностика и лечение ВК как вне, так и во время гестационного периода. Если вне беременности, мы мо-

жем назначать системные антимикотики, то во время беременности, такой возможности нет. В связи с чем, лечение обычно ограничивается местными антимикотическими свечами, что способствует дальнейшему рецидивированию заболевания [2].

Мы знаем, что в норме микрофлора влагалища на 90-95% представлена лактобактериями, количество которых составляет около  $10^7$ - $10^9$  КОЕ/мл. рН влагалища в норме колеблется в пределах 3.8 - 4.2. Преобладание лактобактерий, отсутствие лейкоцитов и наличие единичных эпителиоцитов является показателем чистоты влагалища [3]. Остальные 3-5% микрофлоры влагалища составляет условно патогенная транзиторная микрофлора, в состав которой входит *C.albicans*, *Staphylococcus albus* и *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium*, *Bacteroides*, *Prevotella*, *Micrococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma*, *Micoplazma* и др. [3,6].

Особенностью лактофлоры влагалища является её изменчивость под действием экзогенных и эндогенных факторов [1]. Так, изменение рН влагалища в щелочную сторону способствует немедленному развитию бактериального вагиноза (БВ). Он, в свою очередь, зачастую предшествует грибковому кольпиту [1]. Также выявлено, что у 50-55% женщин страдающих БВ и 76-80% больных ВК, одновременно выявляется дисбактериоз кишечника. Имеется тесная взаимосвязь микробиоты кишечника и генитального тракта. Дисбиотические процессы в организме женщины могут сопровождаться доминирующим проявлением клиническим проявлением как в кишечнике, так и во влагалище [7]. Поэтому лечение, как БВ, так и ВК, на сегодняшний день, должно быть двухэтапным. Первый этап должен включать в себя антимикотическое или антибактериальное действие. На втором этапе необходимо нормализовать микрофлору влагалища пре- и пробиотиками. Причем, такая же терапия должна проводиться для нормализации микрофлоры кишечника [4].

**Цель исследования.** Определение эффективности применения антимикотического препарата Фентиконазола (Препарат «Энзофен») у женщин с Грибковым кольпитом и Бактериальным вагинозом во втором и третьем триместре беременности.

**Материал и методы исследования.** Фентиконазол является производным Имидазола. Свое антимикотическое действие проявляет путем повреждения клеточной мембраны (путем ингибирования цитохром Р450- зависимого эргостерола), а также синтеза аспарагиновой кислоты, что обуславливает его широкое антимикотическое действие [8]. Причем он одинаково эффективен как при поверхностных, так и при глубоких микозах. Кроме того, Фентиконазол хорошо переносится и обладает обширным спектром активности в отношении некоторых гармположительных бактериальных кокков. Этим объясняется его широкое использование как в дерматологами, так и в гинекологами [7]. Причем, было доказано, что при применении его транскутанно, в кровь всасывается ничтожно малая часть. Этим обусловлено безопасность его применения при беременности [8]. Для нашей Республики использование Фентиконазола в виде свечей во время беременности является новым.

В связи с чем, в исследование были включены 47 беременных во втором и третьем триместре гестации. Из них 26 женщин страдали грибковым кольпитом и 21 женщина бак. вагинозом. Всем больным назначался Фентиконазол свечи (Препарат Энзофен) в течение 7 дней интравагинально.

**Результаты и их обсуждение.** Исследование проведено в Городском родильном комплексе №3 г. Ташкента за период февраль - декабрь 2021 года. Средний возраст исследованных беременных женщин составил  $28 \pm 2,5$  года. Наиболее часто страдали повторнобеременные женщины ( $47 \pm 0,7$  лет). Перворобеременные, первородящие и многорожавшие женщины встречались с одинаковой частотой и составили соответственно ( $28, \pm 0,3$  лет) и ( $25,5 \pm 0,7$  лет).

Клиническое течение ВК характеризовалась зачастую в виде зуда, отечности и белых, творожистых выделений. При БВ беременные наиболее часто жаловались на неприятных запах из половых путей, который особенно усиливались после полового контакта или приема душа.



Фентиконазол назначался после взятия мазка из влагалища и подтверждения грибкового кольпита. При бак. вагинозе в мазке отмечались ключевые клетки в большом количестве.

Препарат Энзофен назначался в течении 7 дней интравагинально. Причем, при лечении этих беременных, мы также обращали внимание на наличие симптомов дисбактериоза кишечника, такие как вздутие живота, дискомфорт после приема пищи, неустойчивый стул (запоры чередуются поносами и т.д.). В таких случаях дополнительно назначались препараты для лечения дисбактериоза кишечника (Биотерол по 1 таблетке 10 дней, после чего назначался Энтеро- или Лактофильтрум в течении 1 месяца).

После 7 дневного курса лечения Фентиконазолом, повторно брался мазок из влагалища, на наличие грибов или ключевых клеток.

Результаты наших исследований показали, что после применения препарата Энзофен, у 24 беременной с грибковым кольпитом из 26 (92,3%), наблюдалось клиническое и лабораторное излечение заболевания.

Среди беременных с Бак. вагинозом, из 21 беременной, у 17 отмечена положительная динамика (81%), что выражалась в клиническом излечении и отсутствии ключевых клеток в мазке.

Среди использовавших Фентиконазол, только у 1 женщины отмечалось покраснение и зуд после использования препарата.

В результате исследований беременных после лечения Фентиконазолом интравагинально во втором и третьем триместре, нормальная микрофлора была обнаружена у 87,2%, промежуточный тип микрофлоры у 8,4%, БВ- у 4,4%.

Таким образом, результаты исследования клинической эффективности препарата Энзофен (Фентиконазол) у женщин во втором и третьем триместре беременности, с ВК и БВ, показали его высокую эффективность и хорошую переносимость.

**Выводы.** Фентиконазол является высокоэффективным препаратом при лечении грибкового кольпита.

Фентиконазол возможно использовать при бактериальных вагинозах и смешанных кольпитах.

При лечении грибкового кольпита и бак. вагиноза, необходимо обратить внимание на состояние ЖКТ. Сочетание антифунгальных препаратов с препаратами для лечения дисбиоза кишечника, увеличивают эффективность лечения.

#### Использованная литература:

1. Бондарева Т.А., Калининский В.Б., Борисевич К.В. и соавт. Современное состояние и перспективы решения проблемы повышения эффективности экстренной профилактики и лечения системных бактериальных инфекций. // Молекулярная медицина. -2009. - №5. -С.21-25.
2. Дармов И.В. и др. Экспериментальное изучение чувствительности микроорганизмов пробиотиков к антибактериальным препаратам. // Сборник научных статей. Выпуск №1. 2012. С.16-20
3. Исаева А.С., Летаров А.В., Ильина Е.Н., и др. Видовая идентификация влагалищных лактобацилл, выделенных у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2012, 3: 60-64.
4. Каминский В.В., Однокоз Т.А. и соавт. Сборник клинических исследований препаратов Лактофильтрум и Филтрум// Москва. 2008.
5. Каттаходжаева М.Х. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов // Дисс.док.наук.-Ташкент.- 1995.-С.17-25.
6. М. М. Рахматуллаева, Н. О. Наврузова Вагинальное полимикробное сообщество: его вклад в развитие бактериального вагиноза // Вестник врача, № 1 (98), 2021. С.151-159. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-151-159
7. Сидорова И.С. Микробиоценоз половых путей женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. -2005.-№2.-С.7-9.
8. Dhiraj Dhoot, Harshal Mahajan, Hanmant Barkate3 Fenticonazole in Vulvovaginal Infections: A Real-world Clinical Experience in India - Force India Study// International Journal of Scientific Study. April 2018. Vol 6. Issue 1.
9. Weixing Maoa, Yiya Wang, Wenhui Hua at all / Determination of fenticonazole in human plasma by HPLC-MS/MS and its application to pharmacokinetic studies/ <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpha.2016.09.002>

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

У. У. Жабборов

Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

**Таянч сўзлар:** резус-иммунизация, ҳомила гемолитик касаллиги (ХГК), алгоритм, перинатал парвариш даражаси.

**Ключевые слова:** резус-иммунизация, гемолитическая болезнь плода (ГБП), алгоритм, уровень оказания перинатальной помощи.

**Key words:** Rh-immunization, fetal hemolytic disease (GBP), algorithm, level of perinatal care.

В Республиканском Перинатальном Центре (РПЦ) с 2019 по 2021 год проведен анализ 650 беременных с резус-отрицательной кровью, которые родоразрешены за данное время. Из них 78 беременных были с резус-иммунизацией которые разделены на 2 группы. 1-группа 45 женщин которым вели традиционный антенатальный уход. 2-группа 33 женщины, которых вели по усовершенствованному алгоритму с использованием фетальных технологий. Методы обследования: титр резус-антител, УЗИ и доплерометрия для исследования пиковой скорости средней мозговой артерии (СМА) плода, пренатальное неинвазивное определение Rh-статуса плода и кордоцентез. Методы лечение: внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду и заменное переливание крови (ЗПК). Оценивались исходы беременности и перинатальные исходы. Исходя из позитивных исходов был создан алгоритм по ведению беременных с резус-отрицательной кровью в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи.

## ПЕРИНАТАЛ ПАРВАРИШ ДАРАЖАСИГА ҚАРАБ РЕЗУС МАНФИЙ КОНЛИ ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА БОШҚАРИШ АЛГОРИТМИ

У. У. Жабборов

Республика перинатал маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Республика Перинатал Марказида (РПМ) 2019 йилдан 2021 йилгача даволаниб чиккан, кони резус-манфий булган 650 та ҳомиладор аёл тахлиллари урганилди. Улардан 78 та ҳомиладор аёл резус-иммунизация билан бўлиб, уларни 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳга анъанавий антенатал парвариш олган 45 аёл, 2-гуруҳга эса, фетал технологиялардан фойдаланган ҳолда такомиллаштирилган алгоритм буйича олиб борилган 33та аёл киргизилди. Текшириш усуллари: хомиланинг ўрта мия артерияси (УМА)нинг энг юқори тезлигини ўрганиш, резус-антитела титри, УТТ ва доплерометрия, хомиланинг резус ҳолатини пренатал ноинвазив аниқлаш ва кордоцентез. Даволаш усуллари: ҳомилага бачадон ва киндик томир ичи орқали қон куйиш ва чакалоқларга алмаштириб қон куйиш. Ҳомиладорлик натижалари ва перинатал натижалар баҳоланди. Ижобий натижаларга асосланиб, перинатал парвариш даражасига қараб, резус-манфий қонга эга ҳомиладорларни бошқариш алгоритми яратилди.

## ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH RH-NEGATIVE BLOOD DEPENDING ON THE LEVEL OF PERINATAL CARE

U. U. Jabborov

Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

In the Republican Perinatal Center (RPC) from 2019 to 2021, 650 pregnant women with Rh-negative blood who were delivered during this time were analyzed. Of these, 78 pregnant women were Rh-immunized, which were divided into 2 groups. 1-group of 45 women who received traditional antenatal care. 2-group of 33 women who were guided by an improved algorithm using fetal technologies. Examination methods: Rh-antibody titer, ultrasound and dopplerometry to study the peak velocity of the middle cerebral artery (SMA) of the fetus, prenatal noninvasive determination of the Rh status of the fetus and cordocentesis Treatment methods: intrauterine intravascular blood transfusion to the fetus and replacement blood transfusion (RPC). Pregnancy outcomes and perinatal outcomes were evaluated. Based on the positive outcomes, an algorithm was created for the management of pregnant women with Rh-negative blood, depending on the level of perinatal care.

**Введение:** Диагностика гемолитической болезни плода долгое время была основана только на анамнестических данных беременной и оценке суммарного титра резус-антител [1,2]. В последние десятилетия после внедрения в широкую врачебную практику ультразвуковой диагностики, появилась возможность верифицировать сначала отечную форму ГБП, а затем - другие формы заболевания [3,4]. Однако, как показали дальнейшие исследования,

подобная диагностика оказалась не совершенной, поскольку не позволяла во всех случаях выявить анемический синдром у плода, являющийся причиной развития у него отека.

Основное место в диагностике гемолитической анемии у плода занимает дешёвый, неинвазивный метод—доплерометрия (измерение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода) [5]. Начиная с конца II и на протяжении III триместра беременности она имеет выраженную корреляцию с уровнями гематокрита и гемоглобина в крови плода, получаемой при кордоцентезе [6].

Возможность не инвазивного определения Rh-генотипа плода у резус-отрицательных беременных женщин позволяет снизить затраты на ведение беременности, избежать многократного скринингового определения резус-антител и обеспечить профилактическое применение антирезусной иммунопрофилактики только при резус-положительном генотипе плода [7].

По данным литературы [8,9] верификация диагноза ГБП производится по разным показателям, таким как, данные анамнеза, определение титра анти-D Rh-антител в крови матери, ультразвуковое и доплерометрическое исследование, МРТ 1,5 Тесла и данные кордоцентеза.

В нашей стране медики сталкиваются, как с неснижающимся уровнем заболеваемости гемолитической болезнью плода, так и с отсутствием условий для проведения внутриутробных вмешательств в учреждениях второго и третьего уровня перинатальной помощи, а также низким уровнем иммунопрофилактики как на первичном уровне, так и в акушерских стационарах. Поэтому учитывая высокую частоту осложнений при тяжелых формах ГБП у женщин с резус-иммунизацией, а также отсутствие тенденции к её снижению, назрела необходимость разработки алгоритма ведения беременных с резус-сенсibilизацией, в зависимости от показателей, и это будет способствовать снижению частоты пре- и постнатальных осложнений.

**Цель:** разработка алгоритма ведения беременных с резус-отрицательной кровью в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи.

**Материалы исследования:** 650 беременных с резус-отрицательной кровью родившие в РПЦ за 2019 и 2021 год. Из них под нашим наблюдением находились 78 беременных с резус-иммунизацией.

- 1 группу составили 45 женщин с резус-иммунизацией, которых вели традиционно с использованием ЗПК.

- 2 группу составили 33 женщины с резус-иммунизацией, которых вели по усовершенствованному алгоритму с использованием фетальных технологий.

Во 2й-группе 33 беременным было проведено 38 внутриутробных гемотрансфузий, из них 5 беременным (15,1%) внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду (ВВПК) проведено дважды. Объём гемотрансфузий составил от 30,0 до 100,0мл. Всем женщинам до проведения внутриутробной гемотрансфузии проведена профилактика репираторного-дистресс синдрома (РДС).

**Методы исследования:** пренатальное неинвазивное определение Rh-статуса плода в I-триместре беременности на основе крови матери, определение неполных резус-антител у беременных, доплерометрия с изучением пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (СМА) плода, МРТ головного мозга плода (1,5 Тесла), трансабдоминальный кордоцентез и операция «внутриутробное, внутрисосудистое переливание крови плоду».

**Результаты и обсуждение:** опираясь на полученные собственные результаты исследования в РПЦ за последние 3 года количество 650 беременных с резус-отрицательной кровью и вышеизложенные теоретические предпосылки, нами предложен поэтапный алгоритм диагностики и ведения беременных с резус-иммунизацией и гемолитической болезнью плода.

Алгоритм ведения беременных с резус-отрицательной кровью мы разделили на 2 ча-

сти. Первая часть — это алгоритм диагностики, а вторая часть — это алгоритм ведения беременных женщин с резус отрицательной кровью. Оба алгоритма распределены в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи беременным.

#### АЛГОРИТМЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

*Первичное звено: (Семейные поликлиники и СВП).*

- Определение группы и резус фактора беременной женщины и её мужа при первом визите.
- У первобеременных достаточно однократное определение титра неполных резус антител.
- У повторно беременных с резус отрицательной кровью определение титра неполных резус антител каждые 4-недели до 36-недель беременности.
- УЗИ для измерения стандартных фетометрических показателей.
- Измерение маркёра ГБП это КФИ (кардио-феморальный индекс) методом УЗИ у беременных женщин с резус-иммунизацией, то есть соотношение бивентрикулярного размера сердца к длине бедренной кости плода. В норме индекс равен 0,6, если индекс больше 0,6, то это признак ГБП.

*I-уровень перинатальной помощи (родильные отделения РМО и ГМО):*

- Определение группы и резус крови новорожденного после родов сразу же.

*II-уровень перинатальной помощи (межрайонные перинатальные центры и городские родильные комплексы):*

- Определение резус-статуса плода в I-триместре беременности путём пренатального тестирования свободной ДНК плода в образцах крови беременной матери.
- Проведение доплерометрического исследования для измерения максимальной систолической скорости кровотока в СМА плода, для выявления тяжести ГБП (гемолитической болезни плода).
- - при скорости СМА выше 1,5 МоМ см/с подтверждается средняя или тяжелая степень ГБП.

*III-уровень перинатальной помощи (ОПЦ, ГПЦ, РПЦ и РСНПМЦ AuГ):*

- Определение активности IgG (все 4 подклассов-1,2,3,4) по гелиевой методике для прогноза тяжести развития гемолитической анемии плода. Антитела IgG3 и IgG1 способны вызывать гемолиз и разрушения эритроцитов, так как они имеют наибольшую цитотоксическую активность, тогда как при обнаружении IgG4 и IgG2 в крови матери, прогноз благоприятный.
- Проведение инвазивного трансабдоминального кордоцентеза для определения группы, резус фактора, гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht) и билирубина в крови плода, чтобы выявить степень тяжести гемолитической анемии плода в сроке от 24 до 34х-недель беременности.
- Проведение МРТ 1,5Т (тесла) беременной для оценки патологических очагов ишемии в теменной области головки плода при гемолитической анемии плода средней или тяжелой степени.

*IV-уровень (Центры ЭКО и ВРТ):*

- Определение генотипа, то есть гомо или гетерозиготность мужа женщины по резус-фактору.

#### АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.

*Первичное звено: (Семейные поликлиники и СВП).*

- При отсутствии резус-иммунизации у матери в сроке 28-недель беременности провести антенатальную иммунопрофилактику в.м. введение одной дозы анти-Rh(D)-иммуноглобулина (1500 МЕ, 300мкг)

*I-уровень перинатальной помощи:*

Родоразрешение первобеременных женщин с резус отрицательной кровью в доношен-

ном сроке.

- Родоразрешение не иммунизированных повторно беременных женщин в сроке до 38-недель.
- При выявлении положительного резус фактора новорожденного после родов, в течение 72х часов проведение специфической постнатальной иммунопрофилактики не иммунизированным женщинам (в\м введение одной дозы анти-Rh(D)-иммуноглобулина 1500МЕ, 300мкг).

*II-уровень перинатальной помощи:*

- Родоразрешение иммунизированных повторно беременных женщин с гемолитической болезнью плода средней и тяжелой степени в сроке от 34х-недель и более.
- Проведение ЗПК (заменного переливания крови) новорожденному после рождения в условиях отделения интенсивной терапии новорожденных.

*III-уровень перинатальной помощи:*

- У повторно беременных с резус-иммунизацией и с ГБП средней или тяжелой степени проводить операцию «внутриутробное, внутрисосудистое переливание отмытой O(I)-группы, резус отрицательной эритроцитарной массы» в сроке от 22 до 32х-недель гестации.
- Кратность выполнения внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии зависит от срока беременности, степени тяжести течения заболевания, скорости снижения уровня гематокрита в крови плода (в среднем 1% в сутки).
- Досрочное родоразрешение иммунизированных повторно беременных женщин с гемолитической болезнью плода средней и тяжелой степени тяжести в сроке от 24х до 34х-недель.
- Проведение ЗПК (заменного переливания крови) новорожденному после рождения в условиях ОАРИТ новорожденных.

*IV-уровень догравидарная помощь в центрах ВРТ:*

- Резус-иммунизированным, много рожавшим женщинам с отягощенным акушерским анамнезом, (множественные перинатальные потери от гемолитической болезни, наличие детей инвалидов в семье): провести подбор и селективный перенос своих эмбрионов с резус-отрицательным генотипом от гетерозиготного мужа по резус-фактору в программах предимплантационной диагностики в циклах ЭКО.
- Если у мужа женщины генотип по резус-фактору гомозиготный, то провести подбор и селективный перенос донорских эмбрионов с резус-отрицательным генотипом по резус-фактору в программах предимплантационной диагностики в циклах ЭКО.

Анализ течения и исходов беременности у женщин на фоне антенатальной терапии показал, более благоприятное течение гестации, о чем свидетельствовало меньшее число акушерских и перинатальных осложнений, чем в группе сравнения.

При оценке Vps СМА и гематологических показателей у плодов в группе беременных, веденных по алгоритму, статистически значимо снизились патологически высокие показатели Vsp СМА и повысились значения гематологических показателей более чем в 2 раза.

Анализ исходов беременности в группах больных показал, что средняя продолжительность беременности и частота своевременных родов были достоверно выше 1,9 раз в группе женщин, получавших терапию согласно алгоритму, в то время как частота преждевременных родов была достоверно меньше в 2,3 раза.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар составила соответственно  $6,3 \pm 0,1$  и  $5,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ). В группе новорожденных от матерей, которым применяли фетальные технологии, частота асфиксии тяжелой степени наблюдалась в 2 раза реже, чем в группе сравнения. И наоборот, частота асфиксии легкой степени почти в 4 раза чаще встречалась в основной группе новорожденных. У всех новорожденных обеих групп развилась ГБН, но различной степени тяжести и формы. Так, в группе беременных, с традиционным подходом, из 43 новорожденных у 15 (34,9%) была отечная тяжелая форма ГБН. Тогда как, при веде-

нии пациенток по разработанному алгоритму отечная форма ГБН во 2-й группе составила 12,9%, что в 2,7 раза реже, чем у женщин при традиционном введении. В 1,5 раза снизилась продолжительность пребывания новорожденного в стационаре у женщин, получавших внутриутробные гемотрансфузии.

**Заключение:** Резюмируя приведенные данные, следует отметить, что разработанный алгоритм мероприятий антенатального выявления тяжелых форм ГБП на основании определения пиковой систолической скорости в СМА ( $V_{ps}$  СМА) путём доплерометрии, количества и объема патологических очагов в головном мозге плода выявленных МРТ, и последующей терапии, с применением фетальных технологий, то есть кордоцентеза с внутриутробной гемотрансфузией плоду у беременных с резус-иммунизацией, оказались эффективными, что позволяет пролонгировать беременность, увеличить удельный вес плода внутриутробно и значительно снижает степень тяжести гипоксического поражения ЦНС и показатели перинатальной смертности.

#### Использованная литература:

1. Белуга М.В. Резус-конфликт: прошлое и настоящее в решении проблемы / М.В. Белуга // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2012.-№1 (37). - С.24-29.
2. Завьялова И.В., Федорова Т.А., Рогачевский О.В., Гурбанова С.Р., Павлович С.В. Неинвазивные методы диагностики и лечения резус-сенсibilизации. // Акушерство и гинекология. – 2019. №11. С. 14-19.
3. Шишков Г.А. Изосерологическая несовместимость между матерью и плодом по системе резус // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. - 2014.- №4 (34).-С. 162-171.
4. Babović I., Plešina S., Radojičić Z., Antonović O., Sparić R., Plečaš D., Radunović N. Middle cerebral artery Doppler in prediction degree of fetal anemia and the best timing for the second intrauterine intravascular transfusion in red cell alloimmune disease. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2015. №42(6). P. 792-6.
5. Babović I., Plešina S., Sparić R., Dotlić J., Pilić I., Nejković L., Plečaš D. Fetal hydrops and middle cerebral artery Doppler in prediction degree of fetal anemia and the best timing for therapy. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2017. №44(3). P.423-8.
6. Birchenall K.A. Neonatal outcomes of pregnancies affected by haemolytic disease of the fetus and newborn and managed with intrauterine transfusion: a service evaluation / K.A. Birchenall, S.E. Illanes, F. Lopez et al. //Blood. Transfus.- 2013.-Vol.11, №4.- P.548-552.
7. Boggione C.T. и др. Genotyping approach for non-invasive fetal RHD detection in an admixed population. // Blood Transfus. 2017. T. 15. № 1. С. 66–73.
8. Garabedian C. Neonatal outcome after fetal anemia managed by intrauterine transfusion /C. Garabedian, T. Rakza, D. Thomas et al.// Eur. J. Pediatr. - 2015. Vol.174, №11.- P.1535-1539.
9. Ghesquiére L. Management of red blood cell alloimmunization in pregnancy / L. Ghesquiére, C. Garabedian, C. Coulon // J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod. - 2018.- Vol.47, №5.- P.197-204.

**ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗНИ БАШОРАТ ҚИЛИШДА ҚОН ОПТИК ЗИЧЛИГИ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ****Д. Я. Зарипова**

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

**Ключевые слова:** перименопауза, остеопороз, минеральная плотность костей, эстроген.**Таянч сўзлар:** перименопауза, остеопороз, суяк минерал зичлиги, эстроген.**Key words:** perimenopause, osteoporosis, bone mineral density, oestrogen.

Дунё бўйича перименопауза даврида остеопорознинг учраши аёллар орасида энг кенг тарқалган гинекологик патологиялардан бири бўлиб, сўнгги йилларда бажарилаётган кўплаб илмий тадқиқотлар ушбу патологиянинг олдини олиш, юқори хавф гуруҳларини аниқлашга бағишланмоқда. Бугунги кунда перименопауза даврида остеопороздан азият чеккан 50 ёшдан катта аёллар орасида биокимёвий маркерларнинг ўрни ва уларнинг стероид гормонлар билан ўзаро боғлиқлигини ўрганиш, жумладан, қондаги метаболик ва гормонал бузилишларнинг патогенетик жиҳатларини чуқур таҳлил қилиш орқали аёлларни даволаш ечими топилиши талаб этилаётган жиддий муаммолардан бири ҳисобланади. Суяк – бу тирик тўқима бўлиб, унда доимий равишда ўзгаришлар ва алмашинувлар бўлиб туриб, бунда резорбция ва суякни қайта ҳосил бўлиш жараёнлари бир-бирини тўлдириб туради. Суяк тўқимаси ҳужайраларининг бўлиниши ва фаоллашиш жараёнларида жинсий, тиреоид, кальций алмашинувини бошқарувчи гормонлар, цитокинлар, транскрипция омиллари, ҳужайра ичи оксиллари катнашади. Постменопауза даврида остеокластлар таъсири остида содир бўлувчи суяк тўқимаси емирилиши ва янги суяк тўқимасининг пайдо бўлиши орасидаги мувозанат бузилиб, суяк зичлигининг камайиши натижасида остеопороз ривожланади [5,9,10].

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ****Д. Я. Зарипова**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Возникновение остеопороза в перименопаузальном периоде является одной из наиболее частых гинекологических патологий у женщин во всем мире, и многие научные исследования, проведенные в последние годы, посвящены профилактике этой патологии, выявлению групп высокого риска. На сегодняшний день актуально изучение роли биохимических маркеров и их взаимодействия со стероидными гормонами у женщин старше 50 лет, страдающих остеопорозом в перименопаузальном периоде, в том числе углубленный анализ патогенетических аспектов метаболических и гормональных нарушений в крови одна из самых серьезных проблем. Кость представляет собой живую ткань, в которой происходят постоянные изменения и обмены, в которой процессы резорбции и костного ремоделирования дополняют друг друга. В процессах деления и активации клеток костной ткани принимают участие гормоны, регулирующие половой, тиреоидный, кальциевый обмен, цитокины, транскрипционные факторы, внутриклеточные белки. В постменопаузальном периоде остеопороз развивается в результате снижения плотности костной ткани, что нарушает баланс между деградацией костной ткани и образованием новой костной ткани, происходящим под влиянием остеокластов.

**APPLICATION OF BLOOD OPTIC DENSITY METHOD FOR PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN IN THE PERIMENOPOUSAL PERIOD****D. Ya. Zaripova**

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Occurrence of osteoporosis in the perimenopausal period is one of the most common gynecological pathologies in women around the world, and many scientific studies conducted in recent years are devoted to the prevention of this pathology, the identification of high-risk groups. Today, the study of the role of biochemical markers and their interaction with steroid hormones among women over 50 years of age suffering from osteoporosis in the perimenopausal period, including the in-depth analysis of pathogenetic aspects of metabolic and hormonal disorders in the blood, is one of the most serious problems. Bone is a living tissue in which there are constant changes and exchanges, in which the processes of resorption and bone remodeling complement each other. In the processes of division and activation of bone tissue cells are involved hormones that regulate sex, thyroid, calcium metabolism, cytokines, transcription factors, intracellular proteins. In the postmenopausal period, osteoporosis develops as a result of a decrease in bone density, which disturbs the balance between bone tissue degradation and the formation of new bone tissue, which occurs under the influence of osteoclasts.

**Долзарблиги.** XX асрнинг иккинчи ярмида аҳолининг хаёт давомийлиги ошганлиги

аниқ намоён бўла бошлади, 90% ҳолларда замонавий аёллар ўзини ҳаётининг 1/3 қисмини постменопаузал даврда ўтказди [1,3,8]. Климактерий ёки (климакс, климактерик давр) – аёл ҳаётидаги физиологик давр бўлиб, унинг асосида репродуктив тизимда инволютив жараёнлар кузатилади. Жинсий тизимдаги асосий ўзгаришлар қолган барча климакс билан боғлиқ бўлган жараёнларни ишга туширади. Улар аста-секинлик билан тухумдонларнинг ўз вазифасини камайиши ва кейинчалик бутунлай тўхтатишига олиб келади [2,4,6]. Остеопороз (суяк зичлигининг камайиши)– бу кўп омилли, ривожланиб боровчи суяк скелетининг касаллиги бўлиб, бунда суяк оғирлиги камайиб, унинг микроархитектоникасининг ўзгариши натижасида суяк синиши хавфи ошади. Остеопороз ЖССТ томонидан 5 та энг муҳим касалликлар сирасига киритилиб, инфаркт, инсульт, ўсма касалликлари, тўсатдан ўлимдан кейинги ўринни эгаллайди. Суяк тўқимаси остеобластлар кўпайгани ва уларни остеокластлар емиргани сари даврий равишда алмашилиб туради. Эски хужайралар аста-секин сўрилиб кетади. Ундан янги суяк тўқимасининг матрицаси коллаген тўқимаси, кальций ва фосфор билан бирга тузилади. Климактерик давригача аёл организмда остеобластларнинг фаоллиги устун бўлиб, ушбу даврга етиб келгандан сўнг эса, остеокластлар фаоллиги ошади, шунинг учун суяк тўқимаси емирилиши жараёни бошланади. Климактерик жараёни узайган сари вақт ўтиши билан остеопения ривожланиб, у кейинчалик остеопорозга олиб келади.

Маълумки, организмнинг ҳар бир хужайраси ўзининг оксилани ишлаб чиқаради ва у қонга тушади. У бутун организмга, бу хужайра қандай ҳолатда эканлиги, нимага эҳтиёжи борлиги, бутун “ҳамжамият” учун нима қила олишини хабар беради – организмни ташкил қилувчи хужайраларнинг бутун кимёвий алоқаси шундай амалга ошади. Бундан ташқари, қон фасциясининг тузилиши оксиллардан ҳам муҳим бўлган қоннинг минерал таркибий қисмлари ташкил қилади. Бу ахборотлар барча биологик суюқликларда мавжуд, лекин энг концентрацияланган кўринишда қон зардобиди учрайди [5,9,10].

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Биз биринчи босқичда тадқиқот объектини танладик ва далилий тиббиёт принципларига риоя қилиб, клиник ва лаборатория тадқиқотларининг ҳажмини режалаштирдик. Тадқиқотлар такомиллаштиришда, таққосланаётган гуруҳлар ўртасидаги барча фарқлар репрезентатив бўлди. Тадқиқот гуруҳларини шакллантиришда аёлларни тасодифий танлаш усулидан келиб чиқдик, тадқиқот гуруҳларига киритиш ва чиқариш маълум анъанавий мезонлар асосида амалга оширилди. Бир вақтнинг ўзида касаллик тарихи, анамнез ва объектив тадқиқотларнинг маълумотлари, лаборатория ва ускунавий текширув усуллариининг натижалари ўрганилди. Анамнестик маълумотларнинг тўпланиши шикоятлар, ирсий ва оилавий анамнезнинг ўрганилиши, соматик патология гинекологик касалликлар, операциялар мавжудлиги тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олди. Менструал ва генератив функция батафсил ўрганилди. Жинсий дебют, паритети, ҳомиладорликнинг кечиши ва якуни ҳақида маълумотлар аниқланди. Беморлар кўриқдан ўтказилганида антропометрик кўрсаткичлар ўлчанди, тана тузилишининг тури аниқланди, аъзо ва тизимларнинг ҳолати баҳоланди. Ҳар бир текширувдан ўтган аёлга биологик материаллар олиш ва шахсий маълумотларни қайта ишлашга ихтиёрий ёзма розилик олинди.

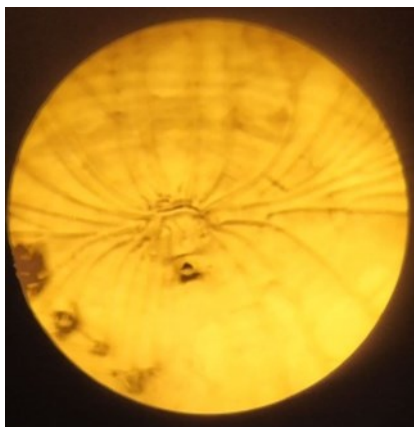
**Тадқиқот натижалари.** Биз ўрганилаётган гуруҳларда остеопорозни истиқболлини белгилаш мақсадида қон зардобиди оптик зичлигини ўргандик. Назорат гуруҳида қон зардобиди тузилмалари-оптик хоссаларини понасимон дегидратация усули билан бир марта аниқлашда климактерик синдром ва метаболизм бузилишлари клиник намоён бўлмаганида перименопауза даври физиологик кечган 40 нафар аёлда фацияларнинг морфологик сурати тузилиши мўтадил даражали ва радиал-симметрик тасвирга эга бўлди (1-расм).

Бу беморларда динамик кузатув вақтида перименопауза



1 расм. Кўплаб радиал-симметрик тасвирлар билан бой фасциал тасвир тузилишининг мўтадил даражаси.





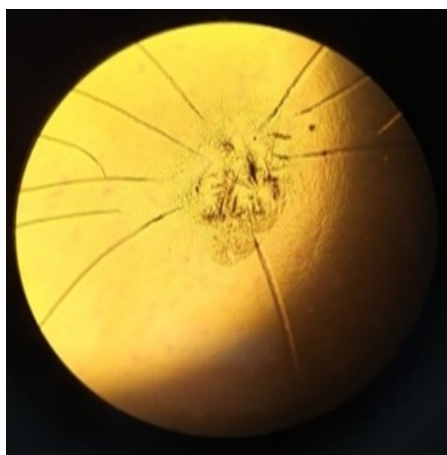
2 расм. Бир нечта радиал чизиқлар билан, фасциал тасвирнинг тузилмали таркибланишининг паст даражаси.

даврининг патологик кечиши белгилари қайд қилинмади. Менструал функция ритмик характерга эга бўлди, аёллар ҳаёт тарзининг ўзгаришига шикоят қилишмади, меҳнатга лаёқатлилик сақланди. Лаборатория кўрсаткичлари меъёр даражасида қолди. Ультратовушли денситометрия маълумотлари Т-мезон 0-1 меъёр доирасига мос бўлди, бу остеопения ва остеопороз ривожланиш хавфи йўқлигини кўрсатди.

Таққослама гуруҳида 40 та беморда, анкетали сўровнома ва клиник кўрик маълумотларига кўра климактерик синдромнинг клиник кўринишлари аниқланди, қон зардобининг лаборатория кўрсаткичлари бўйича шу ёшдаги аёллар учун референт кўрсаткичлар билан таққослаганда Са 0,14 мг/дл, эстрадиол 0,08 нмоль/л, ишқорий фосфатазанинг 27 ЕД/Лга концентрациясининг кам эканлиги қайд этилди. Мос равишда Т-мезон стандарт оғишларининг катталиги ўтказилган ультратовушли денситометрия тадқиқотларида аввалги ўрта кўрсаткичга нисбатан 0,34 бирликга ошганлиги остеопорознинг клиник белгиларининг янада чуқурлашаётганлигидан далолат беради. Қон зардоби оптик зичлигини понасимон дегидратация усули билан ўрганишда, фацияларнинг морфологик сурати тузилмали таркибланишнинг ўта паст даражасига эга бўлди ва радиал-симметрияли тасвир кузатилмади (2-расм).

Бу беморлар артериал қон босимининг даврий равишда ошиши, уйқусизлик, бўғимлар ва бел соҳасидаги оғриқлар, асабийлик, баъзан эса кайфиятнинг кескин ўзгариши билан жиззакилик кузатилди. Юқорида келтирилган маълумотларга қарамасдан, бу гуруҳ аёллари мажмуавий медикаментоз терапияни олишмаган.

Асосий гуруҳга гинеколог қабулида тизимли профилактик кўриқдан ўтиб турган ва диспансер ҳисобида турган аёллар киритилди. Анкеталаш маълумотларига кўра, климактерик синдромнинг клиник белгилари, болдир соҳаси мускулларидаги ҳосил бўладиган оғриқлар, артериал қон босимининг даврий кўтарилиши, бош оғриқлари, уйқунинг бузилиши, кўп терлаш, толиқиш, менструал циклда бузилишлар аниқланди. УТТ да кичик тос суяги аъзоларида органик ўзгаришлар кузатилмади. Даводан олдин бажарилган таҳлилларда, хусусан, ультратовушли денситометрия маълумотлари бўйича Т-мезон стандарт оғишларининг кўрсаткичи ўртача 2,4 ни ташкил этди, бу остеопения борлигини англатади. Қонда Са микдори 1,98 дг/мл, ИФ 266 ЕД/Л, эстрадиол 0,014 нмоль/л эканлиги эса, бу ҳолатни тасдиқлайди. Даводан сўнг ушбу кўрсаткичлар олдинги кўрсаткичлар билан қиёсий солиштирилганда эса, Т-мезон 0,7 бирликка, ИФ 20 ЕД/Л га камайганлиги, кальций 0,30 дг/мл га



3 расм. Фасциал тасвирнинг тузилмали таркибланишнинг ўта паст даражаси, радиал чизиқлар мавжуд эмас.

ошганлиги аниқланди. Қон зардобининг оптик зичлиги понасимон дегидратация усули билан ўрганилганида фацияларнинг морфологик сурати тузилмали таркибланишнинг ўта паст даражасига эга бўлди ва радиал-симметрия тасвири кузатилмади (3-расм).

Ушбу гуруҳ аёлларига МГТ мақсадида таркибида эстроген сакловчи Лензетто трансдермал спрейи билан климактерик синдромни мажмуавий равишда даволаш мақсадида қўлланилди. Биз ушбу дори воситасини микродозаларда, узлуксиз режимда, эффективлик даражаси кўрсаткичларнинг мониторинги асосида кузатдик. Мазкур дори воситасини танлашимизга сабаб, дори моддаси спрей-трансдермал ҳолатда тез ва ножўя таъсирсиз организмга сўрилиши ва уларнинг жигар орқали ўтмаслигини эътиборга олинган эди. 3 ойлик даволаш курсидан кейин ўрганилаётган кўрсаткичларнинг параметрлари ҳамда қон зардоби оптик зичлигининг харак-

тери такроран ўрганилди. Қон зардоби оптик зичлигини понасимон дегидратация усули билан ўрганилганда, фасцияларнинг морфологик сурати тузилишининг юқори даражасига эга бўлди – 25 нафар (62,5%) беморнинг радиал симметрик тасвири аниқланди. Уларга тузилишининг суръати бўйича олинган натижалар ва радиал симметрия тасвирига асосланиб, МГТ ни узлуксиз режимда шу дозада давом эттириш тавсия этилди (4-расм).

Ўтказилган ультратовушли денситометрия, Т-мезон стандарт оғишларининг катталиги 1,5–1,0 референт кўрсаткич тенденциясига эга бўлганлигини кўрсатди, бу суяк тўқимаси зичлигининг меъёрлашувини англатади. 3-гуруҳда қолган 15 нафар аёлда (37,5%) қон зардобининг оптик зичлиги назорати ўрганилганида тузилиш ва радиал симметрия тасвирининг мўтадил даражага ўтиш тенденцияси аниқланди (5-расм).

Шу сабабдан беморларга Лензетто дори воситасининг дозаси яна 3 ой давомида узлуксиз тартибда 2 дозага оширилиши тайинланди. Такрорий даволаш курсидан кейин қон зардобининг оптик зичлиги ўрганилди, у тузилиш ва симметрия тасвирининг даражасининг сезиларли яхшиланиши кузатилди (6-расм).

Мос равишда ультратовушли денситометрияда Т-мезон катталиги 0,9 – 1,0 ни ташкил қилган ҳолда референтга яқинлашди Са, ИФ ва эстрадиол кўрсаткичлари меъёр кўрсаткичлари даражасига яқинлашди. Тадқиқотдан олинган натижаларни таҳлил қилиб, аёлларда қон зардобининг тузилиш ва перименопауза давридаги суяк тўқимасининг минерал алмашинуви бузилиши ўртасида сезиларли боғлиқлик борлигини аниқладик. Перименопауза ёшидаги аёлларни қон зардобининг мос келувчи морфологик турлари аниқланганида остеопениянинг клиник белгилари намоеън бўлгунгача бўлган босқичида унинг бошланишини башорат қилиш ва ўтказиладиган остеопорознинг профилактика терапиясининг самарадорлигини баҳолаш имконияти яратилди.

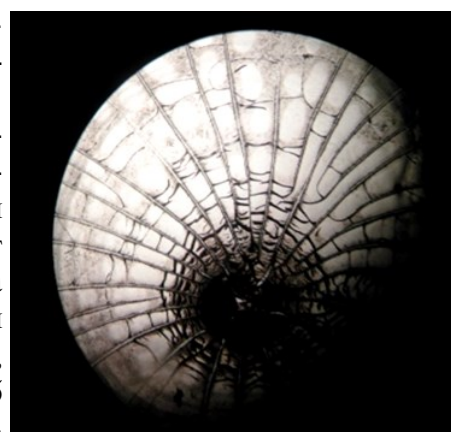
Шундай қилиб, қон зардобини перименопауза ёшидаги аёлларда понасимон дегидратация усули билан ўрганиш асосида остеопения ва остеопорознинг бошланғич босқичларини у клиник намоеън бўлишидан аввал башорат қилиш ва ўтказилган мажмуавий профилактика менопауза гормонал терапия самарадорлигини баҳолаш мумкин. Қон ҳар қандай биологик суяқлик каби липидлар, оксиллар, микроэлементлар ва бошқа биомолекулаларга эга мураккаб дисперс тизимни ўзида намоеън этади. Шу сабабдан қоннинг мазкур тузилмали боғламлари ва унинг зардобини тузилмали оптик хоссалари ўртасида корреляцияли боғлиқлик мавжуд. Ёш жиҳатидан организмнинг мослашувчанлик механизмларининг бузилиши қон зардобининг морфологик суратида тузилишининг ўта паст даражаси ва фасцияларнинг радиал-симметрия сурати йўқлиги кўринишида акс этади, МГТ олмаган таққослама гуруҳдаги 40 нафар бемор-



4 расм. Кўриш соҳасида 40 дан ортиқ, кўплаб радиал чизиқлар билан фасциал тасвирнинг тузилишини юқори даражаси.



5 расм. Кўриш соҳасида 25 дан ортиқ радиал чизиқлар билан фасциал тасвир тузилишининг мўтадил даражаси.



6 расм. Кўриш соҳасида 40 дан ортиқ, кўплаб радиал чизиқлар билан фасциал тасвирнинг тузилишини юқори даражаси.

ларда перименопаузанинг клиник белгилари кузатилди.

Илмий тадқиқотларимиздан олинган натижалар асосида умумий хулоса қилиб, таъкидлаш жоизки, перименопауза ёшидаги аёлларда остеопения ва остеопорознинг башоратини қон зардобининг тузилиш-оптик хоссалари ва унинг тузилишини ўрганиб амалга ошириш ва МГТ асосида ўтказиладиган комплекс терапиянинг самарадорлигини баҳолаш мумкин.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқот натижасида маълум бўлдики, қон зардоби оптик зичлиги усулидан фойдаланилган ҳолатда перименопауза давридаги остеопорозни аниқлаш мақсадида хавф гуруҳларини танлаш бошқа биокимёвий ва физикал усулларни қўллашдан олдин йўналтирувчи усул сифатида ушбу ёшдаги аёлларни скрининг тадқиқот ўтказиш учун ишлатилиши мақсадга мувофиқдир. Ушбу усулни қўллаш учун алоҳида шароитнинг шарт эмаслиги эса, уни барча амбулатор поликлиника шароитида қўллашга имконият беради.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Агабабян И.Р., Садыкова Ш.Ш., Рузиева А.А. Оценка состояния больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный хронической сердечной недостаточностью на фоне приема кардиопротекторов // Достижения науки и образования, 2020. № 2 (56). С. 75-77.
2. Ашурова Н.Г. The effect of the thyreoid gland on the function of reproductive system of women. Тиббиётда янги кун, 1(29) 2020. Стр.155-157.
3. Головач И.Ю. Реализация принципа индивидуализации лечения пациентов с остеопорозом при специфических клинических сценариях // Украинский ревматологический журнал. – 2015. - №61(3). – С.4-9.
4. Добровольская О.В., Коваленко П.С., Торощова Н.В. Сравнительная оценка эффективности деносуаба у больных ревматоидным артритом и постменопаузальным остеопорозом: результаты 1-годового исследования в клинической практике // Научно-практическая ревматология. – 2019ю - №57(2). – С.160-165.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. Захаров И.С., Ушакова Г.А., Колпинский Г.И., Вавин Г.В. Использование маркёров оксидативного стресса в комплексном прогнозировании резорбтивных процессов костной ткани, ассоциированных с постменопаузальным остеопорозом // Забайкальский медицинский вестник. – 2015. - №3. - С.25-29.
7. Колпинский Г.И., Захаров И.С. Региональные аспекты исследования минеральной плотности костей методом рентгеновской денситометрии у женщин // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2015. - № 1. - С.22-26.
8. Кучкарова Ш.А., Уринбоева М.О., Юлдашева О.С. Ранняя диагностика и лечение постменопаузального остеопороза у женщин, проживающих в Андижанской области Узбекистана // Молодой ученый. - 2019. - №1. - С. 55-57.
9. Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, Д. Н. Мухиддинова, Г. Т. Раббимова, Э. Х. Шопулатов Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий гиперплазияси // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.137-142. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-137-142
10. Хатамова М.Т., Солиева Н.К. Актуальные особенности хронического пиелонефрита у женщин детородного возраста // Новый день медицины. - 2019. - №3(27). - С. 278-281.
11. А. С. Юлдашева, Г. М. Ахмаджонова Проблемы ациклического маточного кровотечения в период перименопаузы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.106-108. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-106-108
12. Zaripova D.Ya., Sharipova R.G. Efficiency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. Academicia an international multidisciplinary research journal.2020.Vol.10, issue 8. Page 422

**COVID-19, ҲОМИЛАДОРЛИК ВА  
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯ ҲОЛАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ****Г. Н. Индияминова, Л. Р. Агабабян**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** COVID-19, ҳомиладорлик, SARS-CoV-2, коронавирус инфекцияси, гемостаз, гиперкоагуляция, чақалоқлар, тромбоз.

**Ключевые слова:** COVID-19, беременность, SARS-CoV-2, коронавирусная инфекция, гемостаз, гиперкоагуляция, новорожденные, тромбоз.

**Key words:** COVID-19, pregnancy, SARS-CoV-2, coronavirus infection, gemostasis, newborns, thrombosis.

COVID-19 – бутун дунё соғлиқни сақлаш тизимидаги глобал фавкулотда ҳолат бўлиб, ҳомиладорлик даврида аёллар соғлиғида жиддий муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Тадқиқот мақсади: COVID-19 бўлган ҳомиладорларда гемостаз тизимини баҳолаш. Тадқиқот материали қилиб, Самарқанд вилоятидаги даволаш муассасаларига COVID-19 сабабли шифохонага ётқизилган 49 нафар ҳомиладор аёллар олинди. Тадқиқот натижасида асосан ҳомиладорликнинг триместри билан бевосита боғлиқ ҳолда аёлларнинг умумий ҳолатига, шифохонага ётқиши сабабларига, коморбид ҳолатларга, умумий тахлиллардаги, коагулограммадаги ва қоннинг ивиш тизимидаги ўзгаришларга ва шунингдек ҳомиладорлик ва туғруқ натижаларига эътибор қаратилди. Хулоса. Дунё бўйлаб COVID-19 нинг кўлами ва миқёси ортиб боришда давом этар экан, ҳали COVID-19 нинг ҳомиладорликга таъсирининг кўплаб жиҳатларини, шунингдек, неонатал ва перинатал натижаларни ўрганишимиз лозим.

**COVID-19, БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ****Г. Н. Индияминова, Л. Р. Агабабян**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

COVID-19 - это глобальная чрезвычайная ситуация в области здравоохранения всего мира, которая может вызвать серьезные проблемы со здоровьем во время беременности. Цель исследования: оценка состояние системы гемостаза у беременных с COVID-19. Материалы исследования отобраны 49 беременных женщин, госпитализированных в лечебные учреждения Самарқандской области по поводу COVID-19. В результатах исследования мы в основном обращали внимание на общее состояние женщин в зависимости от триместра беременности, причины госпитализации, коморбидные состояния, изменения в общих анализах, коагулограмме, в свёртывающей системе крови, а также на исходы беременности и родов. Заключение. Поскольку бремя и масштабы COVID-19 продолжают расти во всем мире, еще многое предстоит узнать о влиянии COVID-19 на беременность, а также на перинатальные и неонатальные исходы.

**COVID-19, PREGNANT AND FEATURES OF THE STATE OF HYPERCOAGULABILITY****G. N. Indiaminova, L. R. Agababyan**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

COVID-19 is a global health emergency that can cause serious health problems during pregnancy. The aim of the study was: to assess the state of the hemostasis system in pregnant women with COVID-19. The research materials selected 49 pregnant women hospitalized in medical institutions of the Samarkand region due to COVID-19. In the results of the study, we mainly paid attention to the general condition of women depending on the trimester of pregnancy, the reasons for hospitalization, comorbid conditions, changes in general tests, coagulogram, in the blood coagulation system, as well as the outcomes of pregnancy and childbirth. Conclusion. As the burden and magnitude of COVID-19 continues to grow globally, there is still much to be learned about the impact of COVID-19 on pregnancy and perinatal and neonatal outcomes.

COVID-19 – бу SARS-CoV-2 янги коронавирус инфекцияси томонидан қўзғатилиб, оғир шакллари ўткир респиратор дистресс синдромга олиб келиши мумкин ва даволашни интенсив терапия бўлимларида давом эттиришни талаб этиши мумкин [1, 4]. Оғир шакллари коагуляциянинг ўзгариши билан боғлиқ бўлиб, асосан D-димер ва фибриноген миқдорининг ортиши билан характерланади, бу эса тромбоз хавфини янада оширади, айниқса ўпка артериясининг тромбоэмболиясини.

Вируснинг ҳомиладор аёлларга таъсири тўғрисида жуда оз маълумотларга эгамиз, ҳаттоки бу вируснинг бошқа штамлари, оғир ўткир респиратор синдром (SARS) ва яқин шарқ респиратор синдроми (MERS) кабилар бўлган ҳолатларда ҳам [2, 5].

Ҳомиладорлик даврида аёллар организмдаги табиий физиологик ўзгаришлар гиперкоагуляция ҳолатини келтириб чиқаради. Бу бир нечта омилларга, масалан, қон ивувчанлиги омиллари микдорининг ортиши (VII, VIII ва X омиллар; фон Виллебранд (vWF) омили; D-димер; C-реактив оқсил; ва фибриноген) билан боғлиқ. Шу вақтнинг ўзида фибринолитик йўл ингибиторларининг микдори ҳам ортади. Анатомик ўзгаришлар ҳам муҳим роль ўйнайди, ҳомиладор бачадоннинг чаноқ веналарини босиши натижасида оёқларда қон айланишининг секинлашишига олиб келади. Бу эса қоннинг димланишига ва лахта ҳосил бўлишига сабаб бўлиши мумкин [2, 3].

Эндотелиал хужайраларга SARS-CoV-2 вирусининг инвазияси эндотелиал хужайраларнинг зарарланишига, фибринолитик функциясининг бузилишига ва натижада тромблар ҳосил бўлишига ва кўп микдорда vWF омилининг ажралишига олиб келади. Ҳимоя эндотелийсининг йўқотилиши ва бунинг натижасида лахталарни эритиш тизимининг сусайиши гиперкоагуляция ҳолатини келтириб чиқаради. COVID-19 шунингдек, томир ичида фибрин йиғилишининг ортиши ва натижада қон ёпишқоқлигининг ортиши билан ҳам бевосита боғлиқ эканлиги аниқланган. Ушбу келтирилган маълумотлар COVID-19 тромбоэмболия келиб чиқишининг хавф омили эканлигини тасдиқлайди [1, 3, 4].

**Тадқиқотнинг мақсади.** COVID-19 бўлган ҳомиладорларда гемостаз тизимининг ҳолатини баҳолаш.

**Тадқиқот материали ва текшириш усуллари.** Самарқанд вилоятидаги махсус даволаш муассасаларига COVID-19 сабабли ётқизилган 49 нафар ҳомиладор аёллар текширувдан ўтказилди. Умумий текширишлар, махсус акушерлик ва кўшимча (умумий қон таҳлили, ПЗР, коагулограмма, C-реактив оқсил, протромбин вақти, D-димер, фибриноген, кичик чаноқ аъзолари УТТ ва кўрсатма асосида – кўкрак қафаси МСКТ) текшириш усуллари қўлланилди.

**Тадқиқот натижалари.** 49 нафар ҳомиладорлардан 4 (8,2%) нафари ҳомиладорликнинг I триместрида, 11 (22,4%) нафари II триместрида ва 34 (69,4%) нафар аёл ҳомиладорликнинг III триместрида бўлган. Шунинг таъкидлаш лозимки, ҳомиладорликнинг биринчи икки триместрида шифохонага ётқизишнинг асосий сабаблари COVID-19 билан боғлиқ бўлган. Кузатилган энг кўп симптомлар иситма, ваража (55,1%) ва йўтал (59,2%) бўлган. Ҳомиладорликнинг III триместрида эса тугруқхонага ётқизишнинг сабаблари акушерлик кўрсатмалар ва туғруқ бўлган. Мазкур тадқиқотдаги 11/49 (16,3%) беморларда госпитализация вақтида куйидаги коморбид ҳолатлар кузатилди. Энг кўп учрагани камқонлик (96%), артериал гипертензия (6,1%) ва пиелонефрит (16,3%) бўлди. Тадқиқот мобайнида 65,3% ҳомиладор аёлларда шифохонадан ташқари пневмония ривожланганлиги аниқланди, аммо улардан 28,6% аёлларда пневмониянинг клиник белгилари кузатилмади, бу аёлларда пневмония ташхиси УТТ ёки МСКТ текширувлари ёрдамида қўйилди. Қолган 36,7% ҳомиладорларда шифохонадан ташқари пневмониянинг кўп учраган симптомлари юқори тана ҳарорати, ундан сўнг йўтал ва нафас етишмаслиги кузатилди.

Умумий қон таҳлилида 49 нафар ҳомиладор аёлдан 41 нафарида (83,7%) лимфопения, сезиларли даражада тромбоцитопения ва биров лейкопения кузатилди. 2 нафар (4,1%) ҳомиладорда тромбоцитопения ва сезиларли лейкоцитоз кузатилди, бу аёллар организмда кўшимча яллиғланиш жараёни мавжудлигидан дарак беради. Протромбин вақтининг кўрсаткичи 38 (77,5%) нафар аёлда ошганлигини (12,5-14,8 сек) кўриш мумкин, 3 (6,1%) нафар аёлда эса протромбин вақтининг қисқарганлиги (8,3-9,0 сек) кузатилди.

Ҳомиладорликнинг I триместрида бўлган 4 нафар аёлда D-димер кўрсаткичи  $0,55 \pm 0,03$  мкг/мл, ҳомиладорликнинг II триместрида бўлган 11 нафар аёлдан 7 (14,3%) нафарида  $1,4 \pm 0,04$  мкг/мл ва 2 нафарида  $1,7 \pm 0,02$  мкг/мл ташкил этди, шунингдек ҳомиладорликнинг III триместрида бўлган 34 нафар ҳомиладор аёллардан 13 (26,5%) тасида D-димер кўрсаткичи  $3,3 \pm 0,5$  мкг/мл ва қолган 11 (22,4%) нафарида D-димер кўрсаткичи гестация муддатига мос равишда норма чегарасида эканлиги кузатилди. Ҳомиладорликнинг I триместрида бўлган барча ҳомиладорларимизда фибриноген кўрсаткичи  $7 \pm 0,6$  г/л ташкил этди. Ҳомила-

дорликнинг II ва III триместрларида бўлган аёлларимизда ҳам фибриноген кўрсаткичи ( $8 \pm 0,5$  г/л) сезиларли фарқ қилмади. Шифохонадан ташқари пневмония кузатилган 65,3% беморларимизда АҚТВ кўрсаткичи 18 дан 20 сек.гача натижани кўрсатди, қолган аёлларимизда эса АҚТВ кўрсаткичи нормада (23-38 сек) эканлигини кузатдик.

Шифохонага ётқизилган барча ҳомиладор беморларда гиперкоагуляцияни даволаш тегишли дозадаги паст молекулали гепаринлар (ПМГ) ёрдамида амалга оширилди.

Шуни таъкидлаш лозимки, тадқиқот давомида олинган натижалар ижобий эмас. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида бўлган 4 нафар беморимиздан 2 нафарида ҳомиланинг ўз ўзидан тушиши кузатилди. Муддатидан олдинги туғруқлар (<37 ҳафта) энг кўп кузатилган қониқарсиз натижалардан бўлиб, 3 нафар ҳомиладорда 24-25 ҳафталик муддатда, ва 5 нафар аёлда ҳомиладорликнинг 34-35 ҳафтасида содир бўлди, бу чақалоқларнинг 3 нафари ҳомила ичи пневмонияси билан туғилди ва 24-25 ҳафталик муддатда туғилган чақалоқлардан 2 нафари туғруқдан 2-3 кун ўтгач нобуд бўлди. Шифохонадан ташқари пневмония белгилари кузатилган беморларда муддатидан олдинги туғруқлар даражаси пневмония белгилари кузатилмаган ҳомиладорларга нисбатан юқори бўлганлигини кўриш мумкин. 4 (8,2%) нафар бемор интенсив терапия бўлимига кўчирилди, улардан 2 нафари ҳомиладорликнинг III триместрида бўлганлиги учун кесар кесиш йўли билан туғруқ хал килинди, туғруқдан кейинги даврда иситма, йўтал ва нафас етишмаслиги белгилари сақланиб турди. 49 нафар ҳомиладор аёллар иштирокидаги мазкур тадқиқот мобайнида оналар ўлими ҳолати кузатилмади.

**Хулоса.** Дунё бўйлаб COVID-19 инфекциясининг масштаби ва у етказётган талофатлари давом этар экан, COVID-19 нинг ҳомиладорликга таъсири борасида кўплаб номаълум жихатларни ўрганишимиз лозим. Юқорида келтирилган тадқиқот натижалари ҳам шуни кўрсатмоқдаки, COVID-19 инфекцияси ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейин ҳам кўплаб асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлмоқда ва бу асоратларнинг аксарияти қоннинг гемостаз тизимидаги ўзгаришлар билан боғлиқ.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. А. А. Далимов, Д. З. Мамарасулова, Н. И. Якубов Патогенетические аспекты COVID-19 индуцированного легочного фиброза // Вестник врача, № 4 (101), 2021. С.109-115. DOI: 10.38095/2181-466X-20211014-109-115
2. Р. А. Ибадов, Г. Ш. Хамраева, С. Х. Ибрагимов Ключевые стратегии организации работы отделений реанимации и интенсивной терапии на этапах пандемии COVID-19 // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.134-140. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-134-140
3. Г. А. Ихтиярова, Н. К. Дустова, М. Ж. Аслонова, Х. Ш. Яхёева Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 и беременность при заболевании почек // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.134-137.
4. А. Р. Облокулов, Г. Э. Ниёзов, Ф. Ф. Абдуллаев Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостатического гомеостаза при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.75-78.
5. Ahmed S, Zimba O, Gasparyan AY. Thrombosis in coronavirus disease 2019 (COVID-19) through the prism of Virchow's triad. Clin Rheumatol. 2020; 39: 2529–43.
6. Bikdeli B, Madhavan MV, Gupta A, Jimenez D, Burton JR, Der Nigoghossian C, et al. Global COVID-19 Thrombosis Collaborative Group. Pharmacological agents targeting thromboinflammation in COVID-19: review and implications for future research. Thromb Haemost. 2020; 120 (7): 1004–24.
7. Buonsenso D, Raffaelli F, Tamburrini E, Biasucci DG, Salvi S, Smargiassi A, et al. Clinical role of lung ultrasound for diagnosis and monitoring of COVID-19 pneumonia in pregnant women. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020; 56: 106–9.
8. Liu X, Zhang R, He G. Hematological findings in coronavirus disease 2019: indications of progression of disease. Ann Hematol. 2020;99:1421–8.
9. Fei Y, Tang N, Liu H, Cao W. Coagulation dysfunction: a hallmark in COVID-19. Arch Pathol Lab Med. 2020; 144: 1223–9.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК С ОЛИГОМНОРЕЕЙ****С. У. Иргашева, С. Э. Шерматова, Д. А. Курбанова**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** олигоменорея, подростки, цитокины, клеточный иммунитет, репродуктивное здоровье.**Tayanch so'zlar:** oligomenoreya, o'smir qizlar, sitokinlar, hujayra immuniteti, reproduktiv salomatlik.**Key words:** oligomenorrhoea, adolescents, cytokines, cellular immunity, reproductive health.

Проведен сравнительный анализ соматического здоровья и некоторых показателей иммунного и гормонального статуса у 46 девушек подростков с клиническими проявлениями олигоменореи и 20 здоровых девушек. На основании полученных данных сделан вывод о возможной взаимосвязи изменений показателей клеточного иммунитета и нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе у девушек с олигоменореей.

**OLIGOMENOREYA BO'LGAN QIZLARDA SALOMATLIK HOLATI VA IMMUNITETNING AYRIM KO'RSATKICHLARI****S. U. Irgasheva, S. E. Shermatova, D. A. Kurbanova**

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

46 nafar o'smir qizlarda oligomenoreya klinik ko'rinishlari bo'lgan va 20 sog'lom qizlar somatik salomatlikni va immunitet va gormonal holatining ayrim ko'rsatkichlarini qiyosiy tahlil qildindi. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, oligomenoreya kuzatilgan qizlarda gipotalamus-gipofiz-tuhumdon tizimidagi buzilishlar va hujayra immunitetining o'zgarishlarning o'rtasidagi munosabatlar haqida xulosa chiqariladi.

**THE CONDITION OF HEALTH AND SOME INDICATORS OF IMMUNITY IN GIRLS WITH OLIGOMENORRHEA****S. U. Irgasheva, S. E. Shermatova, D. A. Kurbanova**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

A comparative analysis of somatic health and some indicators of immune and hormonal status was carried out in 46 adolescent girls with clinical manifestations of oligomenorrhoea and 20 healthy girls. Based on the data obtained, a conclusion was made about the possible relationship between changes in cellular immunity and disorders in the hypothalamic-pituitary-ovarian system in girls with oligomenorrhoea.

**Введение.** Сохранение здоровья детей и подростков является наиболее значимым вкладом в репродуктивный, интеллектуальный и экономический резерв общества. Одной из наиболее значимых стратегий в данном направлении является сохранение репродуктивного здоровья, а также исследование гинекологической заболеваемости девушек-подростков. Нарушения менструальной функции, по данным авторов, являются наиболее частой патологией среди подростков и воспринимаются как маркер неблагоприятного воздействия на женский организм [1,2]. Олигоменорея выделяется как наиболее распространенный вариант НМЦ [1,2]. Принимая во внимание высокую частоту встречаемости данной патологии у девушек 15-19 лет, представляется значимым исследование данных соматического состояния во взаимосвязи с гормональными и иммунологическими показателями.

**Цель.** Определить взаимосвязь показателей соматического здоровья и некоторых показателей иммунного статуса у девочек с олигоменореей.

**Материалы и методы:** Для изучения роли клеточного иммунитета и цитокинового статуса в генезе олигоменореи у девушек-подростков были сформированы 2 клинические группы: в основную группу вошли 46 девушек-подростков с клиническими признаками олигоменореи и во вторую – 20 здоровых девушек с нормальным менструальным циклом. У пациенток обеих групп была взята кровь из локтевой вены на 3-5 день менструального цикла, определены показатели гормонального статуса, проведена развернутая иммунограмма с определением ИЛ-1,6, фактор некроза опухоли. Определение субпопуляционного состава лимфоцитов.

Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии дифференцировочных антигенов CD. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител серии LT производства ООО «Сорбент» (Россия) по методу Гариба Ф.Ю. с соавт. (1995). Определение концентраций цитокинов производили в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем АО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия), в соответствии с рекомендациями производителя. Результат выражали числом в пг/мл. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Средний возраст обследованных в основной группе составил  $17,7 \pm 0,5$  лет, в контрольной -  $16,8 \pm 0,3$  лет. Средний возраст начала менструаций в основной группе составил  $14 \pm 0,5$  лет, в контрольной группе обследуемых –  $13 \pm 0,5$ . Необходимо отметить, что в основной группе отмечается больший процент позднего менархе (16,6%), чем в группе контроля (0%). Менструальный цикл у пациенток основной группы носил нерегулярный характер. В этой группе менструации приходили через нерегулярные промежутки времени – от 45 до 180 дней, продолжались от 2 до 7 дней, в основном в скудном или умеренном количестве. Обращает на себя внимание высокая частота эндокринной патологии у 70% обследованных больных основной группы, представленной врожденной дисфункцией коры надпочечников, гипотиреозом, диффузным нетоксическим зобом, гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Данная зависимость представляется возможной, т.к. перечисленные заболевания часто проявляются нарушениями менструального цикла в виде олигоменореи и аменореи.

У пациенток основной группы отмечался высокий уровень заболеваний ЖКТ за счет воспалительных процессов печени и дискинезии желчевыводящих путей. Пациентки основной группы имели высокий инфекционный индекс за счет 6–7 эпизодов ОРВИ в год. Также в группе подростков с олигоменореей чаще выявлялись такие соматические заболевания как анемия, заболевания почек, ревматизм, диффузный зоб I-II степени.

Данные иммунологических исследований выявили (табл. 1), что у девушек подростков с олигоменореей отмечается статистически значимое повышение значений клеточного иммунитета, а именно CD8, CD16, CD20 и CD25 клеток. Повышение уровня IL-1 и IL-6 в сыворотке крови является критерием становления олиго-аменореи, что указывает на возмущающее влияние функциональной активности гипоталамо-гипофизарно- надпочечнико-

Таблица 1.

**Показатели иммунного и гормонального статуса девушек-подростков с олигоменореей по сравнению с группой контроля.**

Показатели	Основная группа N=46	Контрольная группа N=20	P
Лейкоциты, тыс.	6300	6300	0,596
Лимф/%	$35 \pm 6$	$27 \pm 2$	<0,001*
Лимф/абс	2294	1770	0,008*
CD3,%	56	58	0,089
CD4,%	$32 \pm 6$	$35 \pm 3$	0,093
CD8,%	$34 \pm 7$	$23 \pm 2$	<0,001*
CD20,%	$33 \pm 5$	$23 \pm 2$	<0,001*
CD16,%	$29 \pm 6$	$12 \pm 2$	<0,001*
CD25,%	$29 \pm 5$	$23 \pm 2$	<0,001*
IL-1β	$26,19 \pm 3,76$	$18,73 \pm 3,43$	<0,001*
IL-6	$33 \pm 15$	$13 \pm 3$	<0,001*
ФСГ	$5,31 \pm 2,01$	$3,79 \pm 0,14$	0,002*
ЛГ	6,30	6,80	0,327
E2	57,50	240,50	<0,001*
ПРЛ	271,00	250,00	0,389



вой цепи и о нарушении эффекторных функций иммунокомпетентных клеток [3]. Активация иммунной системы, реализующаяся в высоком плазменном уровне провоспалительных цитокинов, может нарушать функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Эти данные подтверждаются в работах, показавших, что IL-1 $\beta$  влияет на все уровни гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, увеличивая секрецию АКТГ, глюкокортикоидов, рилизинг-фактора ЛГ, а также других гормонов: соматотропного, ФСГ, ЛГ, пролактина [4].

В нашем исследовании уровень ИЛ-1 и 6 также оказались статистически значимо выше в основной группе девочек-подростков с нарушением менструального цикла по сравнению с контролем ( $p < 0.01$ ).

У женщин при нарушении выработки эстрогенов регистрируются увеличение количества CD8–лимфоцитов и низкий CD4/CD8–индекс [5], что указывает на влиянии дефицита эстрогенов на иммунный статус организма. Гормональные исследования основной группы также показывают достоверное снижение эстрадиола по сравнению с контролем ( $p < 0.01$ ).

**Выводы.** Таким образом, особенности соматического здоровья и нарушения иммунного и цитокинового статуса демонстрируют их возможную взаимосвязь с цепью гипоталамус-гипофиз-яичники и могут служить основанием для продолжения изучения патогенеза развития яичниковой недостаточности при олигоменорее у подростков.

#### Использованная литература:

1. Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. Гинекология детского и подросткового возраста: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агенство, 2019. 392 с.
2. Кадочникова Н.И., Хлыбова С.В. Состояние менструальной функции, уровень соматического и репродуктивного здоровья девушек 17-19 лет с разной длительностью менструального цикла // Медицинский альманах, 2008. № 4.
3. Северьянова, Л.А. Морфологические изменения в органах иммунной и эндокринной систем мышей после введения аналога гонадотропин-рилизинг гормона / Л. А. Северьянова, А. А. Должиков, И.И. Бобынцев // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. –2005. – №1. – С. 116-120.
4. Prolo, P. Psychoneuroimmunology: new avenues of research for the twenty-first century / P. Prolo, F. Chiappelli, A. Fiorucci // Annales N.Y. Academy Sci. – 2002. – Vol. 966. – P. 400-408.
5. Ho P.C., Tang G.W., Lawton J.W.M. Lymphocytes subsets in patients with estrogen deficiency // J. Reprod. Immunol. 1991. Vol. 20. P. 85–91.

**РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ COVID-19 И ГЕНЫ ПОЛИМОРФИЗМА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, СОСУДИСТОГО ТОНУСА****Л. А. Каримова, Н. С. Надирханова, Ф. П. Нишанова, Н. А. Икрамова**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** COVID-19, преэклампсия, беременность, гены сосудистого тонуса, гены полиморфизма эндотелиальной дисфункции.**Таянч сўзлар:** COVID-19, preeklampsiya, homiladorlik, qon tomir tonus genlari, endotelial disfunktsiya polimorfizm genlari.**Key words:** COVID-19, preeclampsia, pregnancy, vascular tone genes, endothelial dysfunction polymorphism genes.

По данным большинства авторов, инфекция COVID-19 во время беременности сопровождается повышенным риском развития преэклампсии (ПЭ). Целью исследования явилось изучение генетических полиморфизмов, ассоциированных с риском артериальной гипертензии и маркеров эндотелиальной дисфункции у беременных с COVID-19. В исследование вошли 184 беременных, которые были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия пневмонии: тяжелый и не тяжелый COVID-19. Группу контроля составили 24 соматически здоровых беременных безотягощенного акушерского и гинекологического анамнеза. Во всех группах было изучено 4 полиморфизма генов. Результаты исследования показали наличие в структуре гена NOS3 рискованных (аллель G/генотип GG) и протективных (аллель T) маркеров в развитии ПЭ у беременных с COVID-19. Носительство мутантного аллеля T полиморфизма rs1799998 гена альдостеронсинтазы также ассоциирован с риском развития ПЭ. Гаплотипический анализ данных локусов выявил наличие рискованного TG (P=0.02, OR=1.7) и протективного CT (P=0.015, OR=0.21) гаплотипов в развитии ПЭ. По полиморфизмам rs2070744, rs5186 и rs5443 достоверно значимых ассоциаций выявлено не было.

**COVID-19 DA PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISH XAVFI VA ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA POLIMORFIZMI, QON TOMIR TONUSI GENLARI****L. A. Karimova, N. S. Nadirhanova, F. P. Nishanova, N. A. Ikramova**

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

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, homiladorlik davrida COVID-19 infeksiyasi preeklampsiya rivojlanish xavfining oshishi bilan birga keladi. Tadqiqot maqsadi COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollarda arterial gipertenziya xavfi va endotelial disfunktsiya belgilari bilan bog'liq genetik polimorfizmlarni o'rganish edi. Tadqiqotda 184 ta homilador ayol ishtirok etdi va pnevmoniya mavjudligi yoki yo'qligiga qarab ikki guruhga bo'lindi: og'ir va og'ir bo'lmagan COVID-19. Nazorat guruhi akusherlik va ginekologik anamnezida asorat kuzatilmagan 24 nafar somatik jihatdan sog'lom homilador ayollardan iborat edi. Barcha guruhlarda 4 ta gen polimorfizmi o'rganildi. Tadqiqot natijalari COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollarda PE rivojlanishida NOS3 gen strukturasi xavf (G alleli/GG genotipi) va himoya (T allel) belgilari mavjudligini ko'rsatdi. Aldosteron sintaza genining rs1799998 polimorfizmining mutant allel T ni tashish ham PE rivojlanish xavfi bilan bog'liq. Ushbu lokuslarning haplotip tahlili PE rivojlanishida xavfli TG (P = 0,02, OR = 1,7) va himoya KT (P = 0,015, OR = 0,21) haplotiplarining mavjudligini aniqladi. rs2070744, rs5186 va rs5443 polimorfizmlari uchun muhim uyushmalar topilmadi.

**RISK OF DEVELOPING PREECLAMPSIA IN COVID-19 AND GENES FOR ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND VASCULAR TONE****L. A. Karimova, N. S. Nadirhanova, F. P. Nishanova, N. A. Ikramova**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

According to most authors, COVID-19 infection during pregnancy is accompanied by an increased risk of developing preeclampsia. The aim of the study was to study genetic polymorphisms associated with the risk of arterial hypertension and markers of endothelial dysfunction in pregnant women with COVID-19. The study included 184 pregnant women who were divided into two groups depending on the presence or absence of pneumonia: severe and non-severe COVID-19. The control group consisted of 24 somatically healthy pregnant women without burdened obstetric and gynecological anamnesis. In all groups, 4 gene polymorphisms were studied. The results of the study showed the presence of risk (G allele/GG genotype) and protective (T allele) markers in the NOS3 gene structure in the development of PE in pregnant women with COVID-19. The carriage of the mutant allele T of the rs1799998 polymorphism of the aldosterone synthase gene is also associated with the risk of developing PE. Haplotype analysis of these loci revealed the presence of risky TG (P=0.02, OR=1.7) and protective CT (P=0.015, OR=0.21) haplotypes in the development of PE. No significant associations were found for the rs2070744, rs5186, and rs5443 polymorphisms.

**Введение.** К числу актуальных задач современной науки и практики относится охрана

здоровья матери и ребенка. Величина и динамика показателей перинатальной заболеваемости и смертности являются своеобразным индикатором здоровья и благополучия нации, объективным критерием оценки состояния системы здравоохранения, качества медицинской и фармацевтической помощи. Эти данные обосновывают необходимость внедрения эффективных методов помощи и поддержки пациентки на всем протяжении беременности и родов, а также отказа от тех методов, которые являются вредными и бесполезными. Авторы Ipek Gurol-Urganci et al. [2] в национальном когортном исследовании: «Материнские и перинатальные исходы беременных женщин с инфекцией SARS-CoV-2 во время родов в Англии» показали, что инфекция SARS-CoV-2 во время родов связана с более высокими показателями внутриутробной смертности, преждевременных родов, преэклампсии и экстренного кесарева сечения. Aris T. Papageorgiu et al. [1], пришли к выводу, что COVID-19 во время беременности тесно связан с преэклампсией, особенно среди нерожавших женщин. Эта связь была не зависима от каких-либо факторов риска и ранее существовавших условий. Тяжесть COVID-19, по данным исследования, не является фактором этой связи. Авторы считают, что оба состояния независимо и аддитивно связаны с преждевременными родами, тяжелой перинатальной заболеваемостью и смертностью, а также неблагоприятными исходами для матери. Женщины с преэклампсией должны рассматриваться как особо уязвимая группа в отношении рисков, связанных с COVID-19 [3,4].

Учитывая общность патогенеза системного воспалительного ответа, эндотелиальной дисфункции при преэклампсии и COVID-19, **целью исследования** явилось изучение генетических полиморфизмов, ассоциированных с риском артериальной гипертензии и маркеров эндотелиальной дисфункции у беременных с COVID-19.

**Материалы и методы исследования:** В исследование вошли 184 беременных, которые находились в родильном комплексе, перепрофилированном под оказание специализированной медицинской помощи матерям с COVID-19. Они были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия пневмонии: тяжелый и не тяжелый COVID-19. Группу контроля составили 24 соматически здоровых беременных без отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза. Выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови проводили стандартным спирто-солевым методом. Генотипирование осуществляли с помощью амплификации соответствующих участков генома методами qPCR (ДТ-96, ДНК-технология, Россия) и пиросеквенирования (PyroMark Q24, Qiagen, Германия), с использованием реактивов PyroMark Gold Q24 (Qiagen, Germany) и ПЦР-наборов.

Изучено 4 полиморфизмов генов «эндотелиальной дисфункции» и «сосудистого тонуса»: эндотелиальной синтазы оксида азота NOS3:786T>C (rs2070744); альдостеронсинтазы CYP11B2 C-344T(rs1799998); рецептора ангиотензина II 1 типа AGTR1(rs5186) и гуанин-связывающего белка GNB3 C825T(rs5443).

**Результаты и их обсуждения:** 147 случая COVID-19 были классифицированы как нетяжелые, а 37-как тяжелые (пневмония). У 24 женщин с тяжелой формой COVID-19 развилась ПЭ.

Анализ распределения частот аллелей генотипов по полиморфизмам rs1799998, rs5443 генов «эндотелиальной дисфункции» и «сосудистого тонуса» в группе беременных с COVID-19 и ПЭ и в контрольной выборке выявил наличие рисковых и протективных маркеров для ПЭ. Выявлено достоверное увеличение частоты встречаемости мутантного аллеля T полиморфизма rs1799998 гена альдостеронсинтазы (OR=1.92); P=0.04 у беременных с COVID-19, осложненной ПЭ по сравнению с женщинами с физиологическим течением беременности. Согласно полученным данным аллельные и генотипические частоты полиморфизмов rs2070744, rs5186 и rs5443 статистически достоверно не отличаются.

Сравнение частот гаплотипов по полиморфизмам rs2070744 и rs1799983 между пациентками с ПЭ и контрольной группой выявлено рисковый гаплотип TG ( $\chi^2=4.66$ , P=0.02, OR=1.7) и протективный гаплотип CT ( $\chi^2=5.8$ , P=0.01, OR=0.21). По остальным гаплотипам статистически значимых отличий не обнаружено.

**Заключение:** Таким образом, результаты данного исследования демонстрируют наличие в структуре гена NOS3 рисковых (аллель G/генотип GG) и протективных (аллель T) маркеров в развитии ПЭ у беременных с COVID-19. Носительство мутантного аллеля T полиморфизма rs1799998 гена альдостеронсинтазы также ассоциирован с риском развития ПЭ. Гаплотипический анализ данных локусов выявил наличие рискового TG (P=0.02, OR=1.7) и протективного CT (P=0.015, OR=0.21) гаплотипов в развитии ПЭ. По полиморфизмам rs2070744, rs5186 и rs5443 достоверно значимых ассоциаций выявлено не было. Но более широкомасштабные исследования или метаанализ необходим для подтверждения этих данных.

#### Использованная литература:

1. Л. Р. Агабабян, С. Э. Махмудова Современные генетические методы прогнозирования преэклампсии // Вестник врача, № 2, 2019. С.129-132.
2. Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева Влияние преэклампсии матери на состояние новорожденных // Вестник врача, № 2, 2018. С.36-39.
3. Х. Н. Негматшаева Методы профилактики преэклампсии, актуальные вопросы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.127-130. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-127-130
4. Д.И. Туксанова Особенности изменения органного кровотока у женщин с осложненной преэклампсией // Вестник врача, № 4, 2018. С.61-66.
5. Aris T Papageorghiou, Philippe Deruelle, Robert B Gunier, Stephen Rauch, Perla K García-May, Mohak Mhatre, Mustapha Ado Usman, Sherief Abd-Elsalam, Saturday Etuk, Lavone E Simmons, Raffaele Napolitano, Sonia Deantoni, Becky Liu, Federico Prefumo, Valeria Savasi, Marynéa Silva do Vale, Eric Baafi, Ghulam Zainab, Ricardo Nieto, Nerea Maiz, Muhammad Baffah Aminu, Jorge Arturo Cardona-Perez, Rachel Craik, Adele Winsey, Gabriela Tavchioska, Babagana Bako, Daniel Oros, Albertina Rego, Anne Caroline Benski, Fatimah Hassan-Hanga, Mónica Savorani, Francesca Giuliani, Loïc Sentilhes, Milagros Risso, Ken Takahashi, Carmen Vecchiarelli, Satoru Ikenoue, Ramachandran Thiruvengadam, Constanza P Soto Conti, Enrico Ferrazzi, Irene Cetin, Vincent Bizaro Nachinab, Ernawati Ernawati, Eduardo A Duro, Alexey Kholin, Michelle L Firlit, Sarah Rae Easter, Joanna Sichitiu, Abimbola Bowale, Roberto Casale, Rosa Maria Cerbo, Paolo Ivo Cavoretto, Brenda Eskenazi, Jim G Thornton, Zulfiqar A Bhutta, Stephen H Kennedy, José Villar. «Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study»
6. Barbara Chmielewska, Imogen Barratt, Rosemary Townsend, Erkan Kalafat, Jan van der Meulen, Ipek Gurol-Urganci, Pat O'Brien, Edward Morris, Tim Draycott, Shakila Thangaratinam, Kirsty Le Doare, Shamez Ladhani, Peter von Dadelszen, Laura Magee, Asma Khalil. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis».
7. Outpatient examination and management of pregnant women with suspected or confirmed COVID-19. ACOG/SMFM algorithm, 2020.
8. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. Arch Pathol Lab Med. 2020;10.5858/arpa.2020-0901-SA. doi:10.5858/arpa.2020-0901-SA

**THIN ENDOMETRIUM. WAYS TO SOLVE THE PROBLEM****D. T. Kayumova, N. M. Magzumova, D. Komilova**

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

**Key words:** assisted reproductive technologies, infertility, endometrial thickness, in vitro fertilization, thin endometrium, embryo implantation.

**Tayanch so'zlar:** yordamchi reproduktiv texnologiyalari, bepushtlik, endometriy qalinligi, in vitro urug'lantirish, "yupqa" endometriy, embriinning implantatsiyasi.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие, толщина эндометрия, экстракорпоральное оплодотворение, тонкий эндометрий, имплантация эмбриона.

Methods of treatment aimed at increasing the thickness of the endometrium include anti-inflammatory therapy, intensive administration of estrogen and progesterone drugs, drugs that improve uterine blood flow, surgical interventions, physiotherapy procedures. For many years, methods of intrauterine exposure have been developed, which have mainly anti-inflammatory and immunomodulatory properties, therefore they are more acceptable in the practice of pre-preparation of the endometrium.

**YUPQA ENDOMETRIY. MUAMMONI HAL QILISH USULLARI****D. T. Qayumova, N. M. Magzumova, D. Komilova**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Endometriyning qalinligini oshirishga qaratilgan davolash usullari yallig'lanishga qarshi terapiya, estrogen va progesteron preparatlarini intensiv yuborish, bachadon qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar, jarrohlik aralashuvlar, fizioterapiya muolajalarini o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, to'plangan materiallarning so'nggi tahlillari endometriyning qalinligi va implantatsiyaga tayyor bo'lishi faqatgina yallig'lanishga qarshi va immunomodulyatorlar bilan davolashning yetarli emasligini ko'rsatadi.

**ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ. СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ****Д. Т. Каюмова, Н. М. Магзумова, Д. Комилова**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Методы лечения, направленные на увеличение толщины эндометрия, включают противовоспалительную терапию, интенсивное введение препаратов эстрогена и прогестерона, препаратов, улучшающих маточный кровоток, хирургические вмешательства, физиотерапевтические процедуры. В течение многих лет разрабатывались методы внутриутробного воздействия, которые обладают в основном противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами, поэтому они более приемлемы в практике предварительной подготовки эндометрия.

According to domestic and foreign authors, the prevalence of infertility reaches 15-18%, in some regions of Uzbekistan — 19%, and the frequency of spontaneous miscarriage in the first trimester of pregnancy remains at the level of 15% [6]. The decrease in female fertility has many reasons, among which the share of the uterine factor of infertility in an isolated or combined variant accounts for 22-59%. It is known that the prevalence of pathological changes in the endometrium in infertility reaches 86%, with ineffective attempts of in vitro fertilization (IVF) — 74.4% [8]. Currently, it has been established that the state of the endometrium plays an important role in the causes of infertility and miscarriage in women. The thickness and maturity of the endometrium are clearly visible during ultrasound with a vaginal sensor. Before implantation, its thickness should be at least 8 mm. It is known that the thinner the endometrium, the less chance of a favorable outcome of pregnancy. Therefore, the term "thin endometrium" exists in modern literature, since it is the most complex and completely unexplored phenomenon in modern reproduction. Sufficient thickness of the endometrium is very important for the normal implantation of the embryo in the uterine cavity. It is important to note that the frequency of pregnancy decreases in patients with low uterine blood flow, which indicates a close relationship between uterine blood supply and endometrial receptivity.

**Methods and materials.** 40 women aged 25 to 35 years with primary or secondary infertility and the presence of a "thin endometrium" that does not respond to previously performed hormonal stimulation or physiotherapy treatment were examined. The average age of the patients was 27

years. All patients underwent a comprehensive examination, including the collection of anamnestic data, standard clinical and laboratory studies, a study of the hormonal profile on the 2nd-3rd day of the menstrual cycle, ultrasound of the pelvic organs on the 5th-7th day of the menstrual cycle, dopplerometry and Pipel biopsy of the endometrium on the 7th-11th day of the menstrual cycle. The effectiveness was monitored by ultrasound monitoring with measurement of endometrial thickness and blood flow dopplerometry on the 7th, 9th and 12th days of the menstrual cycle. All patients on the 8th day of the menstrual cycle were randomized into 2 groups: with moderate lag in endometrial development - M-echo $\geq$ 5 mm (n=24) and extreme lag in endometrial development - M-echo $<$ 5 mm (n=16). Each of the groups, depending on the therapy received, was divided into two more. Patients of the 1st subgroup (n=14) with moderate lag in endometrial development during treatment with hormone replacement therapy (HRT) were given intrauterine irrigation and submucosal injection of autoplasm containing platelets; the 2nd subgroup (n=10) with moderate lag in endometrial development were patients who received HRT in the form of monotherapy, without stimulation of platelet autoplasm regeneration. The 3rd subgroup (n=8) included patients with extreme lag in endometrial development (M-echo  $<$ 5 mm), who also underwent intrauterine irrigation and paracervical submucosal injection of autoplasm containing platelets against the background of HRT treatment. Patients of the 4th subgroup (n=8) with extreme lag in endometrial development received only HRT preparations. In the expected fertile cycle, especially when ovarian function is stimulated, the use of HRT (estrogens) in women with a "thin endometrium" is justified. We used transdermal forms of estrogens (Divigel), which have a number of advantages over oral estradiol intake due to high bioavailability and the possibility of easy dose variation. Estradiol preparations can also be prescribed at the stage of preparation for the fertile cycle in cases when the cause of the "thin endometrium" is ovarian insufficiency. The dose was selected individually under the control of ultrasound (the value of the M-echo of the endometrium). Estrogens were prescribed according to a 21-day regimen, during the last 10 days they were combined with progestins (Didrogesterone 10-20 mg / day, micronized progesterone 200 mg/ day). Intrauterine and paracervical administration of autoplasm containing platelets was carried out as a pre-gravidar preparation, against the background of HRT, in the late phase of proliferation (9th or 10th day) of the menstrual cycle once during 3 menstrual cycles. The undoubted advantage of the introduction of autoplasm containing platelets is the increased blood supply to the mucous membrane of the uterine body, as well as the combined anti-inflammatory effect with the improvement of growth functions, which allows treatment in compliance with the principle of "proliferation without inflammation". When examining endometrial biopsies, the following immunohistochemical markers were determined: transforming growth factor (TGF) and vascular endothelial growth factor (VEGF). It is important to recognize not only the long-term, at least 6 months, preservation of the effect of therapy, but also the increase in positive dynamics. This indicates the ability of the autoplasm containing platelets to restore its own regenerative potential of female reproductive organs. Statistical processing of the data obtained to determine the differences in endometrial thickness in the comparison groups was carried out using the Student parameter comparison method. The differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**Results.** Initial monitoring demonstrated similar endometrial maturation disorders in all patients. A significant ( $p < 0.05$ ) increase in endometrial thickness in the proliferative phase of the cycle compared with baseline values was noted after therapy using irrigation of the uterine cavity with autoplasm containing platelets already at the 3rd month of follow-up in the 1st and 3rd subgroups, while HRT alone did not give a significant effect. The positive result was maintained until the 6th month of follow-up in the 3rd subgroup and progressed even more in the 1st. Thus, the effect of autoplasm containing platelets on the endometrium turned out to be more significant compared to therapy that included only HRT preparations. When conducting an immunohistochemical study in patients treated for "thin endometrium" with autoplasm containing platelets in the 1st and 3rd subgroups, an increase in the expression of the most important regeneration regulators TGF -  $5.1 \pm 0.4$  and VEGF -  $4.7 \pm 0.9$  was determined compared with the expression of those in patients of

the 2nd and 4th subgroups, where only HRT was performed, respectively  $1.9\pm 0.1$ ,  $1.8\pm 0.5$  and  $1.7\pm 0.1$ ,  $1.5\pm 0.5$ , due to what caused increased blood supply in the uterine mucosa and stimulation of endometrial growth. With dopplerometry, uniform vascularization of the endometrium and sub-endometrial layer was visualized in the 1st and 3rd subgroups, and in the 2nd and 4th subgroups, a decrease in endometrial blood flow and the absence of sub-endometrial blood flow were noted. The frequency of pregnancy was assessed in 20 women with infertility, 12 of them received a course of ovulation stimulation (previous attempts at stimulation were unsuccessful). Pregnancy occurred in 11 (55%) patients: in 7 out of 7 women of the 1st subgroup, in 1 out of 5 patients of the 2nd subgroup, in 3 out of 4 patients of the 3rd subgroup, in the 4th subgroup of women, pregnancy did not occur in anyone. In 4 patients of the 1st subgroup, pregnancy occurred at the 3rd month of treatment, in the remaining patients of this subgroup, pregnancy occurred at the 4th month. In patients of the 3rd subgroup, pregnancy occurred at the 5th month of treatment. Comparison of intergroup differences in the effectiveness of therapy is not possible due to the small number of observations and significant differences in infertility factors in the groups. However, there has been a trend. It is necessary to recognize the high potential of intrauterine irrigation of autoplasm containing platelets as a means of preparing for the restoration of fertility in women with infertility.

**Conclusion.** The use of procedures for irrigation of the endometrium of the uterine cavity with autoplasm containing platelets and its introduction into the submucosal space paracervically in patients with "thin endometrium" showed that the method has a positive effect, and in most patients there is a significant growth of the endometrium by the end of treatment. The thickness of the endometrium in the examined subgroups was significantly greater than in the comparison subgroups ( $p < 0.05$ ). Thus, such therapy can be recommended for use in the practice of an obstetrician-gynecologist when preparing patients for an in vitro fertilization program. The method of treating patients with "thin endometrium" by intrauterine irrigation with autoplasm containing platelets and its paracervical submucosal administration is an effective, minimally invasive, fairly simple and safe method of treatment that does not require complex equipment. Provides patients with a low degree of pain and the absence of complications.

#### References:

1. Check J. The importance of sonographic endometrial parameters in influencing success following embryo transfer in the modern era and therapeutic options – part 1: the importance of late proliferative phase endometrial thickness, *Clin Exp Obstet Gynecol* 2018; 38 (3): 197–200.
2. Gonen Y, Casper R, Jacobson W, Blankier J.; Endometrial thickness and growth during ovarian stimulation: a possible predictor of implantation in in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2019; 52 (3): 446–50.
3. Kehila M, Kebaili S, Bougmiza I et al. Endometrial thickness in in vitro fertilization. A study of 414 cases. *Tunis Med* 2016; 88 (12): 928–32.
4. Singh M, Chaudhry P, Asselin E. Bridging endometrial receptivity and miplantation: network of hormones, cytokines, and growth factors. *J Endocrinol* 2017; 210 (1): 5–14.

## РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ИСТОНЧЕНИИ РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**В. О. Ким, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Н. Р. Насимова, М. О. Сонокулова**  
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** кесарево сечение (КС), симптом “ниша”, локальное истончение рубца, гистероскопия.

**Таянч сўзлар:** кесарча кесиш (КК), "токча" симптоми, чандиқнинг маҳаллий ингичкалашиши, гистероскопия.

**Key words:** caesarean section (CS), nischensymptom, local thinning of the scar, hysteroscopy.

В статье представлен анализ данных пациенток после кесарева сечения проверенных различными методами диагностики, в том числе гистероскопически. Исследования проводились в частной клинике “Иннова” г. Самарканда. Были изучены 15 пациенток за 2021 год. Указаны преимущества и роль данного метода в диагностике изменений рубца.

### КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН СЎНГ ЧАНДИҚНИНГ МАҲАЛЛИЙ ИНГИЧКАЛАНИШИДА ГИСТЕРОСКОПИЯНИНГ ЎРНИ

**В. О. Ким, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Н. Р. Насимова, М. О. Сонокулова**  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Мақолада турли диагностика усуллари, шу жумладан гистероскопия усулида кесарча кесиш операциясидан кейин текширувдан ўтказилган беморларнинг маълумот тахлили келтирилган. Тадқиқотлар Самарканд шаҳридаги “Иннова” хусусий клиникасида ўтказилди. 2021 йил давомида 15 нафар бемор ўрганилди. Чандиқдаги ўзгаришларни таххислашда ушбу усулнинг афзалликлари ва ўрни кўрсатилган.

### THE ROLE OF HYSTEROSCOPY IN LOCAL THINNING OF THE SCAR AFTER CAESAREAN SECTION

**V. O. Kim, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Nasimova, M. O. Sonokulova**  
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article presents an analysis of the data of patients after caesarean section, tested by various diagnostic methods, including hysteroscopically. The studies were carried out in the private clinic "Innova" in Samarkand. 15 patients were studied for 2021. The advantages and role of this method in the diagnosis of scar changes are indicated.

**Введение.** По данным литературы одним из первых «дефекты послеоперационной раны после КС» описал посредством гистеросальпингографии L. Poidevin [10]. Исследование автор проводил на 43 женщинах через 6 мес после КС. У 27 из них выявлены небольшие морфологические дефекты внутреннего контура, что, по мнению автора, отражало процесс репарации в зоне рубца и не расценивалось как фактор риска при последующих родах. При этом автор предполагал, что проведение гистеросальпингографии в более ранний период может быть менее информативным в связи с сохраняющимся отеком тканей в зоне рубца [3,4,10]. В литературе, особенно китайскими авторами, достаточно часто используется термин «caesarean section scar diverticulum» – «дивертикул зоны рубца» после КС [7,8,9]. Щукина Н.А. (2018) в своем исследовании на 66 пациентках после КС указала на то что, морфологически (в том числе иммуногистохимически) структурные компоненты посткесаревых несостоятельных рубцов на матке идентичны у женщин с дисплазией соединительной ткани и без нее. Они характеризовались сохраняющимся гранулематозным воспалением даже спустя длительное время (до 10 лет) и наличием участков дезорганизованной соединительной ткани в виде очагов желеобразной однородной структуры, лишенных коллагена и фибрина [6]. Следовательно, это может быть одним из стартовых механизмов несостоятельности рубца.

Буянова С.Н. (2015), исследуя различные способы диагностики несостоятельности рубца, в своем исследовании на 45 женщинах использовала Ультразвуковое исследование, при котором эхографические признаки частичной несостоятельности рубца на матке явились показанием к проведению гидросонографии и офисной гистероскопии. В своей работе автор разработал алгоритм обследования, позволяющий выбрать оптимальную тактику ведения пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования следую-



щей беременности [1].

По последним данным распространенность «ниш» составляет около 60% среди больных, перенесших одно КС, и достигает 100% - после трех КС. Объективная оценка состояния рубца на матке после КС представляет значительный интерес даже на этапе прегравидарной подготовки. В случае подтвержденного диагноза несостоятельности рубца на матке планирование беременности возможно только после оперативного лечения - пластики послеоперационного рубца на матке. На сегодняшний день отсутствуют исследования, сравнивающие эффективность оперативных доступов с точки зрения акушерско-гинекологических исходов, а также отсутствуют рекомендации по выбору хирургической тактики у женщин с признаками «ниш» в рубце на матке, планирующих беременность [2,3]. Что представляет большой интерес для предгравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с рубцом на матке.

**Материалы и методы.** В частной клинике «Иннова» города Самарканда 15 пациенток обследованы после обращения к гинекологу по поводу планирования беременности.

В ходе исследования применялись следующие методы обследования: сбор жалоб и анамнеза, гинекологический метод обследования, общеклинические методы обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма), ультразвуковое исследование, гистероскопия.

УЗИ выполнено всем женщинам на аппарате Sonoscare-moon 1000 (Южная Корея) с датчиком частоты 3,5 МГц. Обращали внимание на площадь рубца, его толщину, признаки местного сужения, слои матки.

Гистероскопия проводилась всем больным под общим наркозом на аппарате Karl Stors (Германия) по общепринятым правилам на договорной основе в частной клинике Innova.

**Результаты и их обсуждения.** Средний возраст пациентов составил  $28,5 \pm 2,38$  года. Самой молодой пациентке было 23 года, самой старшей – 35 лет. Однако большинство из них были женщины старше 30 лет.

У большинства пациентов ИМТ был в пределах нормы. Однако у 2 пациентов (6,67%) было ожирение 3 степени.

Среднее количество беременностей, имевшихся на момент скрининга, составило  $1,61 \pm 0,66$ . Родов было 10, естественных родов не было. Количество кесаревых сечений составило 10. Количество аборт составило 6, из них аборт по медицинским показаниям у 4 (66,7%) и выкидыш у 2 (33,3%). Причины аборта были связаны с пороками развития плода, дефектами плода и неразвивающейся беременностью. Данные акушерского анамнеза представлены в таблице №1.

Показаниями к операции КС было диспропорция таза и головки плода (33,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (20%), слабость родовой деятельности в сочетании с другими причинами (20%), тяжелая преэклампсия (13,3%), неправильное положение плода (6,7%), беременность на сроке 41 неделя и более (13,3%) также учитывался при этих показаниях возраст женщины, первичное бесплодие и другие дополнительные факторы.

При анализе жалоб пациенток все пациентки отмечали бесплодие. Длительность вторичного бесплодия варьировала (от 1 до 9 лет) и в среднем составила  $4,5 \pm 1,03$  года. У 3 больных был зафиксирован родственный брак. У этих женщин беременность была сопряжена с множеством осложнений, что привело к наибольшему количеству аборт. Одна из этих женщин также страдала первичным бесплодием в течение 6 лет.

Остальными жалобами пациенток были нарушения менструального цикла 20%, увеличение продолжительности менструаций 13,3%, боли внизу живота 26,7%, выделения из влагалища 40%. 60% пациенток предъявляли жалобы только на вторичное бесплодие.

Все пациентки после лабораторных анализов, проходили УЗИ обследование. В нашем исследовании проведена оценка вероятности истончения миометрия с образованием «ниши» в области рубца методом бинарной логистической регрессии, что также использу-

ется в исследованиях зарубежных авторов, в частности представлено в работах Ножницевой О.Н. (2020). Вероятность наличия у рубца «ниши» рассчитывается по формуле (1) ниже:

$$P=1/(1+e^{(-z)}), (1)$$

где  $P$  – вероятность наличия локального истончения миометрия,  $e$  – основание натурального логарифма,  $z$  – логит (функция).

Для нахождения логита решалось уравнение регрессии по формуле (2):

$$Z=b_0+b_1 X_1+b_2 X_2+\dots+b_x X_n, (2)$$

где  $b_0$  – константа,  $b_1, b_2, b_x$  – коэффициент регрессии,  $X_1, X_2, X_3$  – значение независимых переменных.

В качестве независимой переменной ( $X_1$ ) использовалось значение толщины рубца.

В результате обследования за толщину миометрия принималось значение толщины, измеренное в верхушке «ниши», и обозначалось как остаточная толщина миометрия. У пациенток, у которых «ниша» отсутствовала, измерялась толщина рубца. В 93,3% случаев ( $n=14$ ) матка находилась в антефлексии, в 6,7% случаев ( $n=1$ ) в ретрофлексии, что обусловило незначительные трудности при визуализации рубца.

В результате проведенного исследования выявлены значимые отличия толщины рубца у пациенток. Так, медианное значение толщины маточного рубца у пациенток с локальным истончением рубца составило 3,0 мм (2, 00; 3,66) по сравнению с 6,0 мм (5,60; 6,60) у женщин которых «ниша» отсутствовала.

С помощью УЗИ матки удалось выявить 6 пациенток, имеющих локальное истончение миометрия в виде «ниши», а 5 женщин (33,3%) были верно отнесены к категории пациенток, не имеющих локального истончения миометрия. Верифицирующим диагнозом методом для выявления локального истончения миометрия с наличием «ниши» рубца, служила гистероскопия, которая была проведена всем женщинам.

Таким образом, УЗИ состояния рубца на матке может использоваться для выявления женщин, имеющих локальное истончение миометрия с формированием «ниши» рубца с чувствительностью 73,3% и специфичностью 40%. Но все равно как самый легкодоступный, недорогой и безвредный метод УЗИ остается первостепенным для обследования женщин.

С помощью метода бинарной логистической регрессии рассчитана математическая модель для оценки вероятности наличия истончения миометрия с формированием «ниши» рубца. Оптимальная точка отсечения для толщины рубца по этой модели = 5,05 мм. После подсчета данных пациенток в уравнения определялось вероятность наличия значимого истончения миометрия. Если значение  $P$  получится меньше 0,5, то можно предположить, что событие не наступит (отсутствует вероятность наличия «ниши» рубца), в противном случае предполагается наступление события.

Гистероскопия проведена всем пациенткам (100%) для подтверждения наличия и/или отсутствия локального истончения миометрия в виде «ниши». Данный метод имеет своим преимуществом 100% точность и чувствительность, кроме того возможно выявление других внутриматочных патологий, но как отрицательную сторону можно отметить дороговизну процедуры, получение наркоза и само хирургическое вмешательство как фактор риска. Еще одним преимуществом гистероскопии является плавных переход из диагностической процедуры в лечебную. То есть при выявлении внутри маточных патологий возможно их лечение (удаление инородных вещей – нитей после КС, полипов и миом, укрепление зоны сужения и/или пластика рубца).

Таким образом, метод оценки состояния рубца на матке с помощью гистероскопии, основанный на визуализирование миометрия, может использоваться для выявления женщин, имеющих «нишу» рубца с чувствительностью и специфичностью 100%. В нашем случае у 8 (53,3%) женщин был выявлен симптом «ниши», у 2х (13,3%) незначительные изменения в зоне рубца в виде воспаления. Кроме того в ходе процедуры было выявлено нали-

чие полипа прикрывающий ход в трубу у женщины с первичным бесплодием, у 3х (20%) пациенток было полипозное изменения внутри матки.

**Заключение.** Исходя из вышеуказанных несомненно можно сказать что гистероскопия является самым надежным и эффективным методом визуализации после операционного рубца, не только как диагностическая но и как лечебная процедура. Кроме того, одновременно имеется возможность диагностики других внутриматочных патологий. Чувствительность и специфичность гистероскопии выше чем на УЗИ. В нашем случаи у 8 (53,3%) женщин был выявлен симптом «ниши», у 2х (13,3%) незначительные изменения в зоне рубца в виде воспаления при гистероскопии, тогда как на УЗИ 6 пациенток были отмечены как имеющие локальное истончение миометрия в виде «ниши».

#### Использованная литература:

1. Буянова С. Н. и др. Диагностика и тактика ведения пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности // *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*. – 2015. – Т. 15. – №. 5.
2. Лисицына О. И., Шмаков Р. Г. " Ниши" рубца на матке после кесарева сечения: диагностика, лечение и исходы // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – №. 9. – С. 24-30.
3. Курбаниязова В. Э., Худоярова Д. Р. Реалии времени. Реабилитация женщин с рубцом на матке // *Вестник науки и образования*. – 2020. – №. 23-1 (101).
4. Мартынов Сергей Александрович, Адамян Лейла Вагоевна Рубец на матке после кесарева сечения: терминологические аспекты // *Гинекология*. 2020. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rubets-na-matke-posle-kesareva-secheniya-terminologicheskie-aspekty> (дата обращения: 19.03.2022).
5. Попов А. А. и др. Эндоскопические методы диагностики и хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // *Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга*. – 2019. – №. 1. – С. 54-57.
6. Щукина Н. А. и др. Причины формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения, роль дисплазии соединительной ткани // *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*. – 2018. – Т. 18. – №. 5.
7. Abacjew-Chmylko A, Wydra DG, Olszewska H. Hysteroscopy in the treatment of uterine cesarean section scar diverticulum: a systematic review. *Adv Med Sci* 2017; 62 (2): 230–9.
8. Chen Y, Chang Y, Yao S. Transvaginal management of cesarean scar section diverticulum: a novel surgical treatment. *Med Sci Monit* 2014; 20: 1395–9.
9. Liu SJ, Lv W, Li W. Laparoscopic repair with hysteroscopy of cesarean scar diverticulum. *J Obstet Gynaecol Res* 2016; 42 (12): 1719–23.
10. Poidevin LO. The value of hystero-graphy in the prediction of cesarean section wound defects. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 67–71.
11. Robson SJ, de Costa CM. Thirty years of the World Health Organization`s target caesarean section rate: time to move on. *Med J Aust* 2017; 206: 181–5

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА A/G В ГЕНЕ AGTR2 В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ****Б. Б. Курбанов**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** преэклампсия, гестационная гипертензия, AGTR2.**Таянч сўзлар:** преэклампсия, гестацион гипертензия, AGTR2.**Key words:** preeclampsia, gestational hypertension, AGTR2.

В данной статье представлены результаты исследования полиморфизма A/G в гене AGTR2 в развитии преэклампсии и гестационной гипертензии. Исследования проводилась у 104 женщин основной группы и 107 женщин с физиологическим течением беременности. Представлена сравнительная характеристика между группами. Согласно нашим исследованиям полиморфизм A/G в гене AGTR2 имеет важную диагностическую роль.

**ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВА ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯ РИВОЖЛАНИШИДА AGTR2 ГЕНИДАГИ A/G ПОЛИМОРФИЗМИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ****Б. Б. Курбанов**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Ушбу мақолада преэклампсия ва гестацион гипертензиянинг ривожланишида AGTR2 генида A/G полиморфизми ўрганиш натижалари келтирилган. Тадқиқот асосий гуруҳдаги 104 та аёл ва 107 та физиологик кечувчи ҳомиладорлар орасида ўтказилди. Бизнинг тадқиқотларимизга кўра AGTR2 генидаги A/G полиморфизми муҳим диагностик аҳамиятга эга.

**STUDY OF A/G POLYMORPHISM IN THE AGTR2 GENE IN THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA AND GESTATIONAL HYPERTENSION****B. B. Kurbanov**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

This abstract presents the results of a study of A/G polymorphism in the AGTR2 gene in the development of preeclampsia and gestational hypertension. The study was conducted in 104 women of the main group and 107 women with a physiological course of pregnancy. A comparative characteristic between the groups is presented. According to our studies, the A/G polymorphism in the AGTR2 gene has an important diagnostic role.

**Актуальность.** Причины развития преэклампсии многофакторны, сложны и до конца не изучены. Вместе с тем, согласно современным представлениям, ведущая роль принадлежит эндотелиальным повреждениям, изменениям функций тромбоцитов, изменениям метаболизма липидов, а также иммунологическим и генетическим факторам. [3].

Ангиотензин II, основной биологически активный компонент ренин-ангиотензинной системы (РАС), оказывает свое действие через два различных подтипа рецепторов ангиотензина II, ангиотензин II типа-1 (ATR1) и ангиотензин II типа-2 (ATR2). [1,2]. Считается, что большинство действий ангиотензина II происходит через ATR1, включая стимулирование роста, вазоконстрикцию, антинатрийурез, секрецию альдостерона, ингибирование биосинтеза и высвобождения ренина, солевой аппетит, жажду и симпатический отток. Взаимодействие ангиотензина II с ATR2 вызывает вазодилатацию и ингибирует рост и пролиферацию клеток, противодействуя вазоконстрикции, дедифференцировке клеток, пролиферации и эффектам роста, вызванным взаимодействием ангиотензина II с ATR1. Поскольку нормальный процесс плацентации требует, как пролиферации клеток, так и апоптоза, регуляция экспрессии и распределения ATR1 и ATR2 могут играть роль в развитии фетоплацентарной единицы. Также было высказано предположение, что нарушение паттерна экспрессии ATR1 и ATR2 может спровоцировать гипертензию, вызванную беременностью. [5,8].

**Цель:** изучить роль полиморфизма A/G в гене AGTR2 в развитии преэклампсии и гестационной гипертензии.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведено исследование 104 беременных

Таблица 1.

**Различия в частоте аллельных и генотипических вариантов полиморфизма A/G в гене AGTR2 в основной группе и в группе пациентов с преэклампсией тяжелой степени.**

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов				$\chi^2$	p	RR	95%CI	OR	95%CI
	Основная		Преэклампсия тяжелой степени							
	n	%	n	%						
A	126	60.6	56	65.1	0.53	0.48	0.93	0.70-1.24	0.82	0.49-1.39
G	82	39.4	30	34.9	0.53	0.48	1.07	0.52-2.25	1.22	0.72-2.05
A/A	41	39.4	19	44.2	0.29	0.61	0.89	0.59-1.36	0.82	0.40-1.69
A/G	44	42.3	18	41.9	0.002	0.97	1.01	0.67-1.53	1.02	0.45-2.33
G/G	19	18.2	6	13.9	0.40	0.54	1.31	0.80-2.13	1.38	0.51-3.72

женщин в III триместре, которые были разделены на три группы: Первая группа 43 беременных женщины с тяжелой преэклампсией, вторая группа 33 беременных с легкой преэклампсией, третья группа - 28 женщин гестационной гипертензией. Контрольная группа – 107 беременных женщин с физиологическим течением гестационного периода. Возраст обследованных женщин находился в пределах от 19 до 41 года.

Исследования проводились на базе кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского педиатрического медицинского института, и в молекулярно-генетической лаборатории Республиканского центра гематологии. Материалом для исследования служили образцы ДНК больного с клинически установленным диагнозом преэклампсия. Нами было определено полиморфизм гена - A/G в гене AGTR2.

Выделение ДНК из крови и ПЦР-анализ осуществляли наборами реагентов и тест-систем компании «Ампли Прайм Рибо-преп» (ООО «Некст Био», Россия). Определение концентрации полученного препарата нуклеиновых кислот в пробах проводили спектрофотометрически на приборе NanoDrop-2000 (NanoDrop Technologies, США).

**Результаты:** Проведено изучение распределения полиморфизма A/G гена AGTR2 в основной группе и среди больных с преэклампсией тяжелой степени (таблица 1). Было установлено, что аллель А статистически незначимо превалировала среди больных с преэклампсии тяжелой степени, составляя 65,1% ( $\chi^2= 0,53$ ;  $p=0,48$ ;  $RR=0,93$ ;  $95\%CI:0,70-1,24$ ;  $OR=0,82$ ;  $95\%CI:0,49-1,39$ ), а в основной группе в 60,6%. Аллель G незначимо реже выявлялся при преэклампсии тяжелой степени – в 34.9% ( $\chi^2=0,53$ ;  $p=0,48$ ;  $RR=1,07$ ;  $95\%CI:0,52-2,25$ ;  $OR=1,22$ ;  $95\%CI:0,72-2,05$ ), в отличие от основной группы где он был выявлен в 39,4% случаев.

Доля генотипа A/A полиморфизма A/G гена AGTR2 была незначимо чаще – в 44.2% была выявлена среди больных с преэклампсией тяжелой степени ( $\chi^2=0,29$ ;  $p=0,61$ ;  $RR=0,89$ ;  $95\%CI:0,59-1,36$ ;  $OR=0,82$ ;  $95\%CI:0,40-1,69$ ), в то время как в основной группе – в 39.4%.

Гетерозиготный генотип A/G относительно чаще выявляли в 42.3% в основной группе и незначимо реже в 41.9% среди беременных с преэклампсией тяжелой степени ( $\chi^2=0,002$ ;  $p=0,97$ ;  $RR=1,01$ ;  $95\%CI:0,67-1,53$ ;  $OR=1,02$ ;  $95\%CI:0,45-2,33$ ).

Гомозиготный генотип G/G достоверно реже был выявлен при преэклампсии тяжелой степени – 13.9% ( $\chi^2=0,40$ ;  $p=0,54$ ;  $RR=1,31$ ;  $95\%CI:0,80-2,13$ ;  $OR=1,38$ ;  $95\%CI:0,51-3,72$ ), в то время как в основной группе – 19.0%. Изучены частоты выявления аллелей и генотипов полиморфизма A/G гена AGTR2 в основной группе в сравнении с группой больных с преэклампсией легкой степени (таблица 2)

Аллель G незначимо чаще – в 61.4% - при преэклампсии легкой степени ( $\chi^2=0,02$ ;  $p=0,90$ ;  $RR=1,01$ ;  $95\%CI:0,45-2,29$ ;  $OR=1,04$ ;  $95\%CI:0,60-1,79$ ), а в основной группе - в 60,6%. Генотип A/A полиморфизма A/G гена AGTR2 – незначимо чаще в 40.0% ( $\chi^2=0,004$ ;  $p=0,95$ ;  $RR=0,99$ ;  $95\%CI:0,67-1,45$ ;  $OR=0,98$ ;  $95\%CI: 0,46-2,07$ ), а в основной группе 39.4%

Таблица 1.

Различия в частоте аллельных и генотипических вариантов полиморфизма A/G в гене AGTR2 в основной группе и в группе пациентов с преэклампсией легкой степени

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов				$\chi^2$	p	RR	95%CI	OR	95%CI
	Основная		Преэклампсия легкой степени							
	n	%	n	%						
A	126	60.6	43	61.4	0.02	0.90	0.99	0.75-1.29	0.97	0.56-1.68
G	82	39.4	27	38.6	0.02	0.90	1.01	0.45-2.29	1.04	0.60-1.79
A/A	41	39.4	14	40.0	0.004	0.95	0.99	0.67-1.45	0.98	0.46-2.07
A/G	44	42.3	15	42.9	0.003	0.96	0.99	0.67-1.45	0.98	0.44-2.17
G/G	19	18.3	6	17.1	0.023	0.89	1.07	0.66-1.72	1.08	0.40-2.92

Гетерозиготный генотип A/G среди больных с преэклампсией лёгкой степени – в 40.0% ( $\chi^2=0,003$ ;  $p=0,96$ ;  $RR=0,99$ ;  $95\%CI:0,67-1,45$ ;  $OR=0,98$ ;  $95\%CI:0,44-2,17$ ), что незначимо чаще, чем в основной группе, где его частота выявления составила 42.3%.

Гомозиготный генотип G/G статистически недостоверно реже выявляли среди больных с преэклампсией лёгкой степени – в 42.9% ( $\chi^2=0,023$ ;  $p=0,89$ ;  $RR=1,07$ ;  $95\%CI:0,66-1,72$ ;  $OR=1,08$ ;  $95\%CI: 0,40-2,92$ ), в отличие от основной, где он был выявлен в - 18.3%.

Распределение аллелей и генотипов полиморфизма A/G гена AGTR2 было изучено в основной группе и в группе больных с гестационной гипертензией (таблица 3). Исследование показало, что аллель A был выявлен незначимо реже у больных с гестационной гипертензией - 51,9% ( $\chi^2=1,29$ ;  $p=0,26$ ;  $RR=1,17$ ;  $95\%CI: 0,91-1,50$ ;  $OR=1,42$ ;  $95\%CI: 0,77-2,62$ ), при его несущественном преобладании в основной группе - 60,6%. Аллель G напротив также статистически незначимо преобладал среди женщин в третьей группе – в 48,1% ( $\chi^2=1,29$ ;  $p=0,26$ ;  $RR=0,86$ ;  $95\%CI: 0,33-2,22$ ;  $OR=0,70$ ;  $95\%CI: 0,38-1,29$ ), по сравнению с основной группой - 39,4%. Генотип A/A полиморфизма A/G гена AGTR2 статистически незначимо реже был выявлен среди больных с гестационной гипертензией - в 30,8% ( $\chi^2=0,66$ ;  $p=0,43$ ;  $RR=1,28$ ;  $95\%CI: 0,92-1,79$ ;  $OR=1,46$ ;  $95\%CI: 0,58-3,66$ ), относительно основной группы, в которой он был обнаружен – в 39,4%.

Гетерозиготный генотип A/G был распределен в равных долях между исследуемыми группами, как среди больных с гестационной гипертензией, так и в основной группе – в 42,3% ( $\chi^2=0$ ;  $p=1,00$ ;  $RR=1$ ;  $95\%CI: 0,71-1,41$ ;  $OR=1,00$ ;  $95\%CI: 0-0$ ). Гомозиготный генотип G/G статистически незначимо чаще обнаруживали среди больных с гестационной гипертензией – в 26,9 % ( $\chi^2=0,97$ ;  $p=0,33$ ;  $RR=0,68$ ;  $95\%CI: 0,42-1,11$ ;  $OR=0,61$ ;  $95\%CI: 0,23-1,64$ ), в то время как в основной группе – в 18,3%.

Частоты обнаружения аллелей и генотипов полиморфизма A/G гена AGTR2 были ис-

Таблица 3.

Различия в частоте аллельных и генотипических вариантов полиморфизма A/G в гене AGTR2 в основной группе и в группе пациентов с гестационной гипертензией

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов				$\chi^2$	p	RR	95%CI	OR	95%CI
	Основная		Гестационная гипертензия							
	n	%	n	%						
A	126	60.6	27	51.9	1.29	0.26	1.17	0.91-1.50	1.42	0.77-2.62
G	82	39.4	25	48.1	1.29	0.26	0.86	0.33-2.22	0.70	0.38-1.29
A/A	41	39.4	8	30.8	0.66	0.43	1.28	0.92-1.79	1.46	0.58-3.66
A/G	44	42.3	11	42.3	0	1.00	1	0.71-1.41	1.00	0-0
G/G	19	18.3	7	26.9	0.97	0.33	0.68	0.42-1.11	0.61	0.23-1.64

Таблица 4.

**Различия в частоте аллельных и генотипических вариантов полиморфизма A/G в гене AGTR2 в основной и контрольной группах.**

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов				$\chi^2$	p	RR	95%CI	OR	95%CI
	Контроль		Основная							
	n	%	N	%						
A	163	76.2	126	60.6*	11.88	0.001	0.80	0.55-1.15	0.48	0.32-0.73
G	51	23.8	82	39.4*	11.88	0.001	1.26	0.79-2.01	2.08	1.37-3.16
A/A	65	60.8	41	39.4*	9.59	0.001	0.65	0.37-1.14	0.42	0.24-0.73
A/G	33	30.8	44	42.3	2.99	0.09	1.37	0.81-2.33	1.64	0.94-2.89
G/G	9	8.4	19	18.3*	4.45	0.04	2.17	1.21-3.90	2.43	1.07-5.56

следованы в основной и контрольной группах. (таблица 4)

Аллель А статистически достоверно реже - в 60,6% обнаруживали в основной группе ( $\chi^2=11,88$ ;  $p=0,001$ ;  $RR=0,80$ ;  $95\%CI:0,55-1,15$ ;  $OR=0,48$ ;  $95\%CI:0,32-0,73$ ), чем в контрольной группе, где её выявляли в 76,2%.

Аллель G обнаруживали статистически значимо чаще в основной группе - в 39,4% ( $\chi^2=11,88$ ;  $p=0,001$ ;  $RR=1,26$ ;  $95\%CI:0,79-2,01$ ;  $OR=2,08$ ;  $95\%CI: 1,37-3,16$ ), реже в 23,8%.

Гомозиготный генотип A/A полиморфизма A/G гена AGTR2 значимо реже выявляли в основной группе – в 39,4% ( $\chi^2=9,59$ ;  $p=0,001$ ;  $RR=0,65$ ;  $95\%CI:0,37-1,14$ ;  $OR=0,42$ ;  $95\%CI: 0,24-0,73$ ), относительно контрольной группы – в 60,8%. Можно было отметить выраженную тенденцию к преобладанию гетерозиготного генотипа A/G в основной группе, который обнаруживали - в 42,3% ( $\chi^2=2,99$ ;  $p=0,09$ ;  $RR=1,37$ ;  $95\%CI:0,81-2,33$ ;  $OR=1,64$ ;  $95\%CI: 0,94-2,89$ ), относительно условно-здоровых лиц контрольной группы, среди которых его частота составила 30,8%. Генотип G/G статистически достоверно чаще обнаруживали среди пациентов основной группы – в 18,3% ( $\chi^2=4,45$ ;  $p=0,04$ ;  $RR=2,17$ ;  $95\%CI:1,21-3,90$ ;  $OR=2,43$ ;  $95\%CI: 1,07-5,56$ ), в то время как в контрольной группе реже – в 8,4%.

**Выводы:** Различия в частоте аллельных и генотипических вариантов полиморфизма A/G в гене AGTR2 в основной и контрольной группах имеют статистически значимые различия. Аллель А статистически значимо реже встречался в основной группе, относительно группы контроля ( $\chi^2=11,88$ ;  $p=0,001$ ;  $OR=0,48$ ;  $95\%CI:0,32-0,73$ ), в то время как аллель G, напротив статистически значимо чаще обнаруживали в основной группе ( $\chi^2=11,88$ ;  $p=0,001$ ;  $OR=2,08$ ;  $95\%CI: 1,37-3,16$ ). Можно сделать вывод о том, что полиморфизм A/G в гене AGTR2 имеет важное значение в развитии преэклампсии и гестационной гипертензии.

**Использованная литература:**

1. Ходжаева З. С., Холин А. М., Вихляева Е. М. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патобиологии и клиническая практика //Акушерство и гинекология. – 2013. – №. 10. – С. 4-11.
2. Абдурахманова Д. Н., Мадаминова М. Ш., Садуллаева А. Ф. Преэклампсия-актуальная проблема в современном акушерстве //International scientific review. – 2016. – №. 5 (15).
3. Kurbanov B. - p. s68. 13. The effectiveness of sflt1 protein for the diagnosis and prediction of hypertensive states in pregnant women/ Journal of Hypertension: July 2019 - Volume 37 - Issue - p e241.
4. Uzan J., Carbonnel M., Piconne O., Asmar R., Ayoubi J.-M. Preeclampsia: pathophysiology, diagnosis and management. Vascular health and risk management 2011; 7: 467 —474.
5. Myers J.E., Kenny L.C., McCowan L.M., Chan E.H., Dekker G.A., Poston L., Simpson N.A., North R.A. SCOPE consortium. Angiogenic combined with clinical risk to predict preterm pre-eclampsia in nulliparous women: a predictive test accuracy study. BJOG 2013; 120: 10: pp.1215-1223.
6. Zhou A. et al. The association of AGTR2 polymorphisms with preeclampsia and uterine artery bilateral notching is modulated by maternal BMI //Placenta. – 2013. – Т. 34. – №. 1. – С. 75-81.
7. Katsuya T., Morishita R. Gene polymorphism of angiotensin II type 1 and type 2 receptors //Current pharmaceutical design. – 2013. – Т. 19. – №. 17. – С. 2996-3001.
8. Procopciuc L. M. et al. Renin-angiotensin system gene variants and risk of early-and late-onset preeclampsia: A single center case-control study //Pregnancy hypertension. – 2019. – Т. 18. – С. 1-8.

## ШАКЛЛАНАЁТГАН ТУХУМДОН ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИК МАРКЕРЛАРИ

З. Ш. Курбонова

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

**Таянч сўзлар:** ШТПКС, инсулин резистентлиги, гиперпролактинемия, гиперандрогения, биохимёвий кўрсаткичлар.

**Ключевые слова:** СФПКЯ, инсулинорезистентность, гиперпролактинемия, гиперандрогения, биохимические показатели.

**Key words:** EPOS, insulin resistance, hyperprolactinemia, hyperandrogenia, biochemical indices.

Шаклланаётган тухумдон поликистоз синдроми (ШТПКС) қизларда энг кўп учрайдиган эндокринологик касалликлардан биридир. Ўргатилган назариялар орасида нейроэндокрин гонадотропин секрецияси, гиперандрогения инсулин резистентлиги ёки уларнинг комбинацияси касаллик келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Ушбу мақолада қизларда эрта биохимёвий маркерларни башоратлаш ва ШТПКС диагностика ва даволаш мезонлари таҳлил қилинган

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

З. Ш. Курбонова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Синдром формирующихся поликистозных яичников (СФПКЯ) является одним из наиболее частых эндокринологических заболеваний у девочек. Предыдущие теории включают секрецию нейроэндокринных гонадотропинов, гиперандрогению, инсулинорезистентностью или комбинацию этих проявлений которые могут вызывать заболевание.

## MODERN DIAGNOSTICS AND PREVENTION METHODS WOMEN WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS OF POLICYSTIC OVARIAN SYNDROME

Z. Sh. Kurbanova

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Emerging polycystic ovary syndrome (EPOS) is one of the most common endocrinological diseases in girls. Previous theories include secretion of neuroendocrine gonadotropins, hyperandrogenism, insulin resistance, or a combination of these manifestations that may cause the disease.

Шаклланаётган тухумдон поликистоз синдроми (ШТПКС) қизларда энг кўп учрайдиган эндокринологик касалликлардан биридир. ШТПКС – ҳайз цикли бузилиши, гиперандрогения ва ультра товуш текширувида (УТТ) тухумдонлар морфологиясининг ўзгарганлиги билан намоён бўлади. Ушбу ҳолатнинг кенг тарқалишига қарамай, ўсмирларда бу ҳолатнинг оптимал диагностика мезонлари ва даволаш бўйича келишмовчиликлар мавжуд. Гиперандрогения эса катталар ва ўсмирларда ТПКС нинг энг муҳим характерли белгиси ҳисобланади. Катта ёшли беморларда ШТПКС нинг патогномик белгилари ўсмирлик давридан намоён бўла бошлайди. Узоқ муддатли метаболик бузилишлар ва репродуктив саломатликни сақлашда ШТПКС эрта аниқлашнинг аҳамияти катта бўлиб ҳисобланади. Даволашда индивидуал ёндашиш, қизларда ташхис қўйилганда ушбу сурункали ҳолатнинг ўзига хошликларини инобатга олиш зарур [5]. Шаклланаётган тухумдон поликистоз синдроминанинг клиник кўриниши гиперандрогения яъни ҳаддан ортиқ тукланиш, тошмалар тошиши, себорея, аллопеция каби белгилар билан намоён бўлади. Ҳайз циклининг бузилишлари эса бирламчи ёки иккиламчи аменорея, олигоменорея ёки полименорея кўринишида бўлиши мумкин. Клиник тестлар УТТ да тухумдонлар поликистоз синдроми морфологиясини ва қон таҳлиллари метаболик бузилишлар, яъни инсулин резистентлик, дислипидемия каби белгиларни кўрсатади [5]. ШТПКС ривожланишида генетик, метаболик, эндокрин, экологик ва турмуш тарзи омиллари билан мураккаб боғлиқлик мавжуд, аммо этиологияси кам ўрганилган [3]. Ўргатилган назариялар орасида нейроэндокрин гонадотропин секрецияси, гиперандрогения, инсулин резистентлиги ёки уларнинг комбинацияси касаллик келиб чиқишига

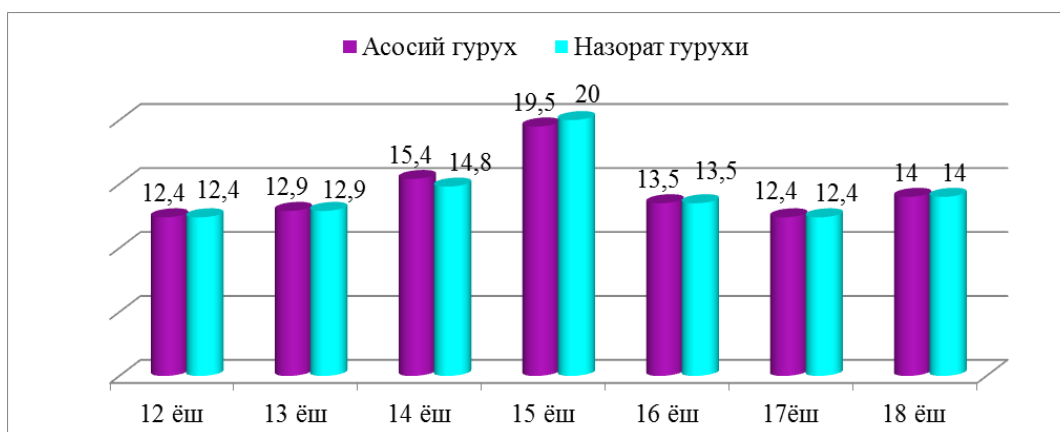


сабаб бўлиши мумкин. [4]. Роттердам мезонлари катталарда ТПКС диагностикаси учун энг кенг тарқалган мезон ҳисобланади [5]. Тухумдон поликистози морфологиясини аниқлаш: ҳажми 2-9 ммгача бўлган 12 ва ундан ортиқ фолликуланинг бўлиши ёки тухумдон ҳажмининг 10 см 3 гача катталашганлиги ўсмирларда диагноз қўйишда 70% шу мезонларга таяниш мумкин [6]. Вулгар тошмалар кўринишидаги гиперандрогения ҳам ўсмирлик давридаги касалликнинг энг кўп учрайдиган белгиси ҳисобланади. Шунинг учун катталарда ТПКС клиник мезонлари ишончсиз бўлиши мумкин [7]. “Эмбриология” семинар амалиёт гуруҳи ва “Америка репродуктив тиббиёт бирлашмаси” ўсмирларда ШТПКС диагностикасида Роттердам мезонларининг барчаси инобатга олинishi керак деб ҳисоблайди [8]. Бирок, гиперандрогения ва ҳайз цикли бузилиш белгилари мавжуд бўлган барча уч мезонга жавоб бермайдиган ўсмирлар ҳам бўлиши мумкин. Натижада бу беморлар келажакда ТПКС ривожланиш хавфи гуруҳида бўлиши мумкин ва ТПКС ривожланишини олдиндан баҳолаш ва олдини олиш учун ушбу беморларни (ҳар йили ёки икки йилда бир марта) мунтазам равишда текшириш тавсия этилади [9]. 2015 йилда Болалар эндокрин жамияти (БЭЖ) томонидан тўпланган консенсус комиссияси ўсмирлар учун яна бир диагностика мезонларини ишлаб чиқди. БЭЖ мезонлари ёши ва босқичига мос стандартларга асосланган ҳайз цикли бузилишлари, доимий гиперандрогения, олиго ёки ановуляция касаллиқни белгилайди. 2018 йилда далилларга асосланган халқаро кўрсатмаларда ШТПКС диагностикаси учун ёш беморларда менархедан кейин <8 йилдан кам бўлган муддатда гиперандрогения ва овулятор дисфункция бўлиши керак [4]. Менархедан 8 йил кейинги тухумдон поликистози морфологияси кузатилиши патологиянинг ривожланишида камроқ аҳамиятга эга. Бундан ташқари доминант фолликула йўқлигини аниқлаш мақсадида УТТ да 20 дан кам бўлмаган фолликулалар сони ва ёки тухумдон ҳажмининг 10 см 3 дан кам эмаслиги қайта кўриб чиқилди [5]. Ўсмир қизларда физиологик ёки чин ановуляция дисфункциясига олиб келувчи гипоталамус ва гипофиздаги ўзгаришларни таққослаш муаммоли масала ҳисобланади [9,10]. Шунга қарамай, ўсмирларнинг ҳайз цикли бузилиши маълум параметрларга мос келади ва шунинг учун овуляция дисфункциясини исботлаш қуйидаги далилларга асосланади: (I) менархедан кейин бир йилдан ортиқ вақт давомида кетма кет ҳайз оралиғининг > 90 кундан кўп бўлиши, (II) менархедан кейин икки йил ёки ундан ортиқ йил давомида доимий ҳайз оралиғи <21 ёки >45 кун, (III) ҳайзнинг 15 ёшгача ёки кўкрак безлари ўсгандан кейин икки уч йил давомида кузатилмаслиги [11].

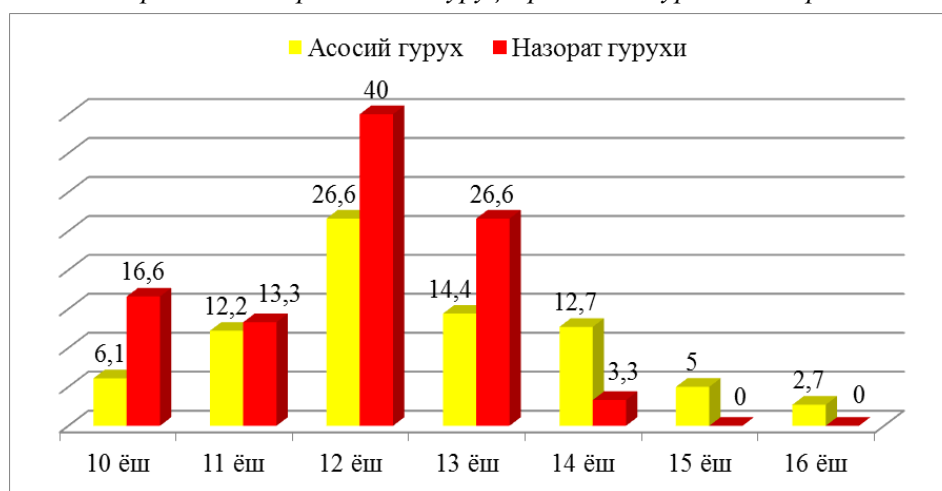
Изоляцияланган енгил гиперандрогения эрта постменархия даврда нормал ҳисоблансада, ўрта ва оғир даражадаги гирсутизм, даволаниш фойда бермайдиган доимий акне (6 ойдан ортиқ) каби белгиларнинг бўлиши андрогенлар кўплигининг клиник белгисидир [7]. ШТПКС билан ўсмирларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ортиқча тана вазни ва семизлик мавжуд бўлган беморларда эркин тестостерон индекси (ЭТИ) баланд, глобулин боғлайдиган жинсий гормонлар миқдори тана вазни индекси паст бўлганлар билан солиштирганда паст [5,17]. Семизлик глобулин боғловчи жинсий гормонлар (ГБЖГ) синтезининг камайishi ҳисобига функционал гиперандрогения чақириши мумкин [9]. Гиперандрогенияни баҳолашда клиницистлар бошқа патологияларнинг мавжудлиги, айниқса олигоменорея ва гиперандрогения билан намоён бўлиши мумкин бўлган ҳолатларни унутмасликлари керак. Бундай ҳолатларга қалқонсимон без дисфункцияси, гиперпролактинемия, гиперкортиземия, туғма буйрак усти беши гиперплазияси (ТБУБГ), гипертекоз, андроген ва ўсмаларнинг экзоген таъсири кабилар мисол бўлади. Клиник ва биохимик текширувлар бундай ҳолатларни таққослаши керак.

**Мақсад:** Ортиқча тана вазни қизларда эрта биокимёвий маркерларни башоратлаш ва ШТПКС диагностика ва даволаш мезонларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Ушбу мақсадни амалга ошириш учун биз 2018-2021-йиллар оралиғида Бухоро ва Когон шаҳарларида яшовчи, 12-18 ёшдаги 180 нафар ҳайз цикли бузилиши ва ортиқча тана вазни мактаб ва ўрта махсус ўқув юртлари ўқувчи қизларини тиббий кўриқдан ўтказдик. Олинган натижаларни шарҳлаш ва таққослаш



1 расм. Текширилаётган гуруҳларнинг ёш курсаткичлари.



2 расм. Текширилаётган гуруҳларда менархе ёши.

учун тадқиқотга 20 нафар "амалда" соғлом қизлар ҳам киритилди (1 расм).

Маълумотларга кўра, гуруҳлар ўртасида текширилган қизларнинг ёш хусусиятлари бир хил бўлган. Асосий гуруҳдаги қизларда менархенинг ўртача ёши  $12,8 \pm 1,9$  ёшни ташкил этди ва назорат гуруҳидаги менархенинг ўртача ёши  $12,2 \pm 1,7$  ёшдан бироз паст бўлди, аммо сезиларли фарқлар кузатилмади. Назорат гуруҳида менархенинг ёши бироз пастроқ эди (2 расм).

Гомоцистеин ва Витамин Д (25 ОН) даражасини аниқлаш мақсадида 16 ёшдан 20 ёшгача бўлган (ўртача ёши  $18,6 \pm 0,2$  ёш) 85 нафар қиз кўрикдан ўтказилди. Асосий гуруҳни 65 нафар турли шикоятларни билдирган қизлар ташкил этди: олигоменорея туридаги хайз циклининг бузилиши билан -11(16,9%), иккиламчи аменорея- 4 (6.1%), ортикча тукланиш -18 (27.6%), акне билан эса-32 (49.2%) қизлар ташкил қилди. Назорат гуруҳини эса репродуктив системани баҳолаш мақсадида касалхонага мурожаат этган 20 нафар соғлом қизлар ташкил қилди.

Гормонал ҳолатни баҳолаш мақсадида, Фолликулин стимулловчи гормон (ФСГ), Лютеинловчи гормон (ЛГ), Эркин тестостерон (ЭТ), Эстрадиол (Е2) гормонларининг базал миқдорлари текширилди. (Тумумий /ГБЖГ–100%) формуласи бўйича эркин андрогенлар миқдори аниқланди. Гомоцистеиннинг қондаги миқдори Mindray MR анализаторида аниқланди. Текширувлар хайз циклининг 2-3 кунида ўтказилди. Фолликулогенезни баҳолаш динамик текширувлари Alokarposound SSD-3500SX (Япония) УТТ аппаратида амалга оширилди. Тухумдонлар ҳажми эса қуйидагича аниқланди (1 жадвал).

Гипергомоцистеинемия ( $\chi^2 = 0.36$ ;  $p > 0.05$ ) мавжудлиги ва йўқлигида ШТПКС бўлган беморларда гипозэстрогенияни аниқлаш даражасида сезиларли фарқлар ҳам йўқ эди. Назорат гуруҳи қизларида ўрганиш натижасида олинган ГЦ даражаси кўрсаткичлари ўртача

1 жадвал

Гомоцистеин даражасига қараб ШТПКС билан оғриган беморларда гиперандрогения ва гипоэстрогенемия даражаси, %.

ШТПКС билан қизлар

Кўрсаткичлар	ГЦ> 15 мкмоль/л n = 33	ГЦ< 15 мкмоль/л n = 32
T > 2,5 нмоль/л	23 (69,7%)	18 (56,3%)
E <sub>2</sub> < 0,2 нмоль/л	14 (42,4%)	11 (34,4%)

2 жадвал

Текширилаётган гуруҳлардаги гормонал кўрсаткичлар.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ, n=65	Назорат гуруҳи, n=20	P1–P2
ЛГ, МЕ/л	11,9±0,3	4,3±0,1	<0,05
ФСГ, МЕ/л	4,5±0,4	4,2±0,2	<0,05
ЛГ/ФСГ	2,9±0,2	1,1±0,1	<0,05
Тестостерон, нмоль/л	2,91±0,22	1,26±0,17	<0,05
Эстрадиол, нмоль/л	0,23±0,03	0,32±0,03	<0,05
ГСПГ, нмоль/л	33,6±2,9	60,9±3,4	<0,05
ИСА, %	9,9±1,1	3,2±0,2	<0,05

Изоҳ: P1 – P2-гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг ишончилиги.

8.1±0,2 мкмол/л бўлиши ва репродуктив ёшдаги аёллар қонида ГЦ нормал концентрацияси 8-10 мкмол/л дан ошмаслиги керак, деб айтилган бир қатор тадқиқотчилар маълумотлари билан мос келади [3,11]. Шунинг учун ўзимизнинг кейинги тадқиқотларимизда ГЦ -10 мкмоль/л, бўлиши норманинг юқори чераси деб ҳисобладик. ТПКС билан қизларда ГЦ нинг ўртача миқдори 10,3±0,4 мкмоль/л ни ташкил қилиб, бу соғлом қизларга нисбатан 8,1±0,2 мкмоль/л (p<0,05) баландлигини кўрсатади. 33 (50,8%) нафар текширилган қизларда эса қондаги гомоцистеин миқдори 10 мкмоль/л кўп ва ўртача (12,2±0,3 мкмоль/л) ни ташкил қилди. Демак ШТПКС бор бўлган қизларнинг ярмисида ГЦ мавжуд.

ШТПКС билан қизларда жинсий гормонлар ва ГЦ секрецияси бузилиши мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, улар ўртасида маълум бир боғлиқлик бор деб тахмин қилиш мумкин аммо, таҳлиллардаги тестостерон миқдорининг ошиши ва E<sub>2</sub> миқдорининг камайиши бунни исботламади.

2 жадвалда келтирилган натижалардан кўриниб турибдики, асосий гуруҳдаги барча текширилган беморларда гормонал бузилишлар бўлган. Гормонал ҳолатларининг хусусиятлари орасида қуйидагилар қайд этилди: ЛГ/ФСГ коэффициентининг 2,5 дан ошиши - 52 (65%) беморларда ЛГ нинг ошиши ва ФСГ даражасининг пасайиши туфайли; текширилувчиларнинг 50- (62,5%) да умумий Т нинг 2,5 нмоль/лдан ошиши; E<sub>2</sub> нинг пасайиши 65 (81.2%) беморда кузатилган бўлиб, бу Т/E<sub>2</sub> коэффициентининг сезиларли ўсиши билан бирга келган. Чаноқ аъзоларининг УТТ амалга оширишда асосий гуруҳ беморларидаги тухумдонлар ҳажми назорат гуруҳи қизларига нисбатан сезиларли даражада юқори эканлиги аниқланди (p<0.001). Улардаги антрал фолликулалар сони ҳам соғлом қизлар кўрсаткичларидан анча ошиб кетди (p<0.001). Фолликулаларнинг ўртача диаметри 6,2±0,3 мм ни ташкил этди (3 жадвал).

3 жадвал

Текширилаётган қизларнинг ультратовуш текшируви кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ, n=65	Назорат гуруҳи, n=20	P1–P2
Тухумдон ҳажми, см <sup>3</sup>	13,5±0,3	6,2±0,2	0,001
Антрал фолликулалар сони	14,4±0,5	6,4±0,9	0,001

Изоҳ: P1 – P2-гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг ишончилиги

Таҳлил **натижаларига** кўра ШТПКС билан оғриган беморлар қонида Д витамини даражаси 4.9 нг/мл дан 30 нг/мл гача ўзгарганлиги аниқланди, ўртача 16.2 нг/мл, ШТПКС аниқланмаган беморларда эса 5.7 нг/мл дан 44 нг/мл гача ўзгариб турди ва ўртача 20.17 нг/мл ни ташкил қилди. Канада экспертлар жамиятининг «The vitamin D society» Д витаминини ўрганиш бўйича тавсияларига кўра, Д витаминининг оптимал даражасини 40-60 нг/мл, 20-40 нг/мл етишмовчилик деб қаралиши, 0,05 қабул қилиш мумкин. Шундай қилиб, бу таҳлил ШТПКС белгилари бўлмаган қизларга нисбатан ШТПКС билан оғриган беморлар орасида Д витамини етишмовчилиги борлигини кўрсатади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Балтер Р.Б. и др. Бесплодный брак : учебное пособие для студентов педиатрического и медико-профилактического факультетов. - Самара, 2015.
2. Васюхина А.А., Целкович Л.С. Иммуногистохимические особенности эндометрия женщин с трубно-перитонеальным бесплодием // Аспирантский вестник Поволжья. - 2016. - № 1- 2. - С. 13-16.
3. Дейнека Н.В., Целкович Л.С., Иванова Т.В. и др. Психологическая реабилитация женщин, страдающих бесплодием // Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и крепкой семье.
4. Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Ж., Исмамова М.М. “Гинекологияда ҳамширалик иши” 2018
5. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
6. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современный подход к диагностике и лечению бесплодия. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С. 21-51.
7. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва бачадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
8. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А.” Гинекологияда гормонал терапия” 2019
9. Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Материалы научно-практической конференции, посвященной 30-летию Перинатального центра СОКБ им. В.Д Середавина / под ред. Ю.В. Тезикова, И.С. Липатова. - Самара, 2015. - С. 80-83.
10. Хашченко Е.П., Уварова Е.В. Современные подходы к диагностике и ведению пациенток с синдромом поликистозных яичников в подростковом возрасте // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 5. - С. 5-9.
11. Целкович Л.С., Тюмина О.В., Прибыткова Е.И. и др. Значение определения эстрадиола и хорионического гонадотропина в протоколах ЭКО у женщин старшего репродуктивного возраста, угрожаемых по развитию синдрома гиперстимуляции яичников // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». - 2017. - № 4 (28). - С. 89-96.
12. Шифрина Ю.О., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. Молекулярные аспекты инсулинорезистентности // Российские медицинские вести. - 2012. - № 3. - С. 17-25.
13. Эндокринная система, спорт и двигательная активность: пер. с англ. / под ред. У.Дж. Кремера и А.Д. Рогола. - Олимп. литература, 2008. - 600 с.
14. Amato A.A., de Assis Rocha Neves F. Idealized PPAR $\gamma$ -based therapies: lessons from bench and bedside. PPAR Res. 2012; 2012: 978687.
15. Cakal E., Ozkaya M., Engin-Ustun Y., Ustun Y. Serum lipocalin-2 as an insulin resistance marker in patients with polycystic ovary syndrome. J. Endocrinol. Invest. 2011; 34(2): 97-100.
16. Diamanti-Kandarakis E., Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: an update on mechanisms and implications. Endocr. Rev. 2012; 33(6): 981-1030.
17. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. EndocrPract 2015; 21 (11): 1291-300.

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ITGA2-A2  
ИНТЕГРИН 807 (rs 1126643) У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ  
РОСТА ПЛОДА**

**Н. Н. Мавлянова, М. Ж. Аслонова, Г. А. Ихтиярова, Д. Б. Мирзаходжаева**  
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,  
Бухара, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** синдром ограничения роста плода, ген эндотелиальной системы, ген ITGA2.

**Таянч сўзлар:** хомила ўсиши чегараланиш синдроми, эндотелиал тизими гени, ITGA2 гени.

**Key words:** fetal growth restriction syndrome, endothelial system gene, ITGA2 gene.

В статье приводится молекулярно-генетическое исследование полиморфизма гена интегрин альфа-2 ITGA2 у беременных с синдромом ограничения роста плода (СОРП). Результаты исследования показали, что функционально неблагоприятный аллель Т и ассоциация полиморфизма генотипа С/Т полиморфизма гена ITGA2- $\alpha$ 2 не являются значимым детерминантом повышенного риска развития СОРП в Узбекистане ( $\chi^2 < 3.8$ ;  $P > 0.05$ ).

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ҲОМИЛА ЎСИШИ ЧЕГАРАЛАНИШИ СИНДРОМИ  
РИВОЖЛАНИШИДА ITGA2 АЛЬФА-2 807(rs 1126643) ГЕНИ ПОЛИМОРФИЗМИНИ  
УЧРАШИШ ДАРАЖАСИ**

**Н. Н. Мавлянова, М. Ж. Аслонова, Г. А. Ихтиярова, Д. Б. Мирзаходжаева**  
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон  
Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази,  
Тошкент, Ўзбекистон

Ушбу мақолада хомила ўсиши чегараланиши синдроми билан кечаётган хомиладорларда интегрин альфа-2 ITGA2 гени полиморфизмини аниқлаш тадқиқотлари ифодаланган. Текширишлар шуни кўрсатдики, ITGA2- $\alpha$ 2 генининг ноъмақбул аллели Т ва С/Т полиморфизми ассоциацияси Ўзбекистонда хомила ўсиши чегараланиши синдромина ривожланишида хавф кўрсаткичга эга эмаслиги ифодаланди. ( $\chi^2 < 3.8$ ;  $P > 0.05$ ).

**ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF ITGA2-A2 INTEGRIN 807 (rs 1126643) GENE  
POLYMORPHISM IN PREGNANT WOMEN WITH FETAL GROWTH RESTRICTION SYNDROME**

**N. N. Mavlyanova, M. J. Aslonova, G. A. Ikhtiyarova, D. B. Mirzahodjaeva**  
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

The article presents a molecular genetic study of polymorphism of the ITGA2 integrin alfa-2 gene in pregnant women with fetal growth restriction syndrome. The results of the study showed that the functionally unfavorable T allele and the association of the C/T genotype polymorphism of the ITGA2- $\alpha$ 2 gene polymorphism are not a significant determinant of an increased risk of developing ORPS in Uzbekistan ( $\chi^2 < 3.8$ ;  $P > 0.05$ ).

Проблема исследования синдрома ограничения роста плода (СОРП) является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. В последнее время в акушерской практике частота СОРП, несмотря на все усилия научного и практического акушерства, остается высокой и составляет 28-36% среди акушерских осложнений [1,2,3-10]. Вопросам этиопатогенетических аспектов синдрома ограничения роста плода посвящено большое количество работ, тем не менее продолжается изучение патогенетических механизмов этой патологии с целью профилактики репродуктивных потерь.

Согласно литературным данным при изучении этиологии и патогенеза СОРП необходимо учитывать генетические факторы предрасположенности, которые обуславливают возникновение ряда патологических состояний при взаимодействии со средовыми факторами, характеризующиеся иммунологическими нарушениями, эндокринопатиями, нарушением эндотелиальной системы, тромбофилиями и др. [2].

Эпидемиологические исследования говорят о том, что в 40-75% случаев тромбофилия матери предрасполагает к развитию патогенетических механизмов осложнений беременности

сти, что составляет около 39,1% - при синдроме потери плода, отслойке хориона -11,5%, тромбоза во время беременности и в послеродовом периоде, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты - 13,6% [5-18]. Исследованиями доказано, что при тромбофилии развивается системная эндотелиальная дисфункция, возникают определенные нарушения процессов имплантации, плацентации, роста плода, активируется провоспалительный ответ и формируется прокоагуляционный потенциал свертывающей системы крови [10].

В возникновении СОРП определенную роль играют ассоциации полиморфизмов генов, факторов и компонентов системы гемостаза, приводящие к нарушению функциональной активности. Однако данные разных авторов существенно противоречивы. Так, одни исследователи установили ассоциацию между риском ПР и наличием у пациентки фактора V свертывания крови [13, 14]; а по данным других авторов, связь между полиморфизмом генов, определяющих тромбофилию, и риском ПР отсутствует [15, 16].

Несмотря на изученность некоторых генов, ассоциированных с механизмом развития синдрома ограничения роста плода, проблема эта диктует необходимость проведения дальнейших, в том числе и генетических исследований для наиболее эффективной диагностики и прогноза развития данной патологии.

**Целью исследования** явилась оценка выявляемости ассоциации полиморфизма гена интегрин альфа-2 (гликопротеин Ia/IIa тромбоцитов) (ITGA2) системы гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности и синдромом ограничения роста плода в узбекской популяции Бухарской области.

**Материалы и методы исследования.** Проведено обследование 80 беременных в сроки гестации 8-36 недель: 40 женщин с физиологически протекающей беременностью и своевременными родами, наблюдавшиеся с ранних сроков гестации в женских консультациях г. Бухары (контрольная группа), и 40 беременных с СОРП, госпитализированных в акушерский стационар г.Бухары (основная группа).

Диагноз «синдром ограничения роста плода», классифицируемый по МКБ X P00-P96 / P05-P08, устанавливался по состоянию массы тела ниже, а длины тела выше 10-го перцентилля для гестационного возраста. «Маловесный» ребенок для рассчитанного срока беременности. Обследование и лечение женщин, включенных в исследование, проводилось в акушерском стационаре Бухарского перинатального центра, согласно клиническим рекомендациям МЗ РУз. Критерии включения в исследование: одноплодная самопроизвольно наступившая беременность, добровольное информированное согласие женщины, одобрение локального этического комитета.

Молекулярно-генетические исследования проводились путем выделения тотальной геномной ДНК из 100 мкл цельной венозной крови, сорбентным методом с использованием набора «Проба-ГС-Генетика» («Гено-технология», Узбекистан). Однонуклеотидные полиморфизмы (ITGA2) определяли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием прибора iCycler iQ5 (Bio-Rad) и наборов «Кардиогенетика. Тромбофилия» («ДНК-технология», Россия).

Генотипирование полиморфизма С/Т гена ITGA2 проводили на ПЦР амплификаторе в реальном времени Rotor Gene 6000 Модель 65H0-100 (Австралия), с использованием тест-системы компании «Синтол» Кат. №-NP\_555\_100\_RG (Россия), по инструкции производителя. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3». Частоту вариантов аллелей и генотипов (f) вычисляли по формуле:  $f=n/2N$  и  $f=n/N$ , где n – встречаемость варианта (аллеля и генотипа), N – объем выборки.

**Результаты исследования.** Клинико-функциональные исследования 80 беременных показали, что у 40 был выявлен синдром ограничения роста плода (СОРП), что составило 50%. По степени тяжести СОРП I степени тяжести диагностирован - у 4 (10%), II степени – у 19 (47,5%) и III степени тяжести – у 13 (32,5%).

Таблица 1.

**Частота распределения генотипов полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 (PLAII) в группах беременных с учетом СОРП и без.**

Группы		Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
		С		Т		С/С		С/Т		Т/Т	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Контрольная группа Беременные без СОРП n=40 (80)	77	96,3	3	3,75	37	92,5	3	7,5		
2	Беременные с СОРП n=40 (80)	76	95,0	4	5	36	90,0	4	10		

Примечание: n – число обследованных пациентов

Молекулярно-генетическое исследование полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 у беременных выявило следующие показатели (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, распределение аллелей полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 у беременных с физиологическим течением выявило наличие благоприятного аллеля С в 96,3% случаев (77/80), тогда как неблагоприятный аллель Т – в 3,75% (3), что имел достоверный характер. А в группе беременных с СОРП частота выявляемости благоприятного аллеля С составила 95% случаев (76/80), а мутантного аллеля Т – 5% (4) соответственно.

Анализ выявляемости ассоциации полиморфизма генотипов гена ITGA2-α2 в контрольной группе беременных показал, что ассоциация полиморфизма благоприятных генотипов С/С составило 92,5% случаев (37/40) в 28,6% случаев, гетерозиготных генотипов С/Т - в 7,5% случаев (3/40), что в 12,3 раза было ниже по сравнению с показателями генотипов С/С соответственно (P < 0,05). Тогда, как в группе беременных с СОРП выявляемость ассоциации полиморфизма благоприятных генотипов С/С составила 90% (36/80), а гетерозиготные варианты генотипов С/Т выявлялись в 10% случаев (4/80) соответственно. Полученные данные свидетельствовали о том, что гетерозиготный вариант С/Т в 1,3 раза превышал показатели контрольной группы.

Анализ полученных молекулярно-генетических результатов исследования показывает, ассоциация полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 с риском развития синдрома ограничения роста плода недостоверная. ( $\chi^2=0.2$ ; P=0.7), т.е., по предварительным данным функционально неблагоприятный аллель Т полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 не является значимым детерминантом повышенного риска развития синдрома ограничения роста плода в популяции Бухарской области. (P>0.05). При этом отмечается слабая тенденция к увеличению частоты генотипа Т/Т полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 в группе беременных с СОРП по сравнению с группой беременных без СОРП.

Согласно таблице 2, выявлены недостоверные различия между ожидаемой и наблюдаемой частотой генотипов полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2. Наблюдаемые частоты генотипов соответствуют теоретически ожидаемым и находятся в равновесии Харди-Вайнберга.

Согласно таблице 3, отмечается, не очень высокий индекс гетерозиготного дефицита (D=-0.1). Выявлено незначимое отклонение наблюдаемого распределения генотипов от ожидаемого при РХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 за счет недостатка наблюдаемого

Таблица 2.

**Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 группах беременных без СОРП.**

Генотипы	частота генотипов		$\chi^2$	P
	наблюдаемая	ожидаемая		
С/С	92,5	92,64	0,0	0,6
С/Т	7,5	7,2	0,004	
Т/Т	0,0	0,14,4	0,056	
Всего	100,00	100,00	0,060	

Таблица 3.

**Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по PХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 группах беременных СОРП.**

Генотипы	частота генотипов		$\chi^2$	P
	наблюдаемая	ожидаемая		
С/С	90,0	90,25	0,0	0,7
С/Т	10,0	9,5	0,01	
Т/Т	0,0	0,254	0,1	
Всего	100,00	100,00	0,1	

количества гетерозигот в основной группе пациентов.

**Выводы:** ассоциация полиморфизма С/Т гена ITGA2-α2 с риском развития синдрома ограничения роста плода недостоверная ( $\chi^2=0.2$ ; P=0.7)

Предварительный анализ молекулярно-генетических исследований показывает, что функционально неблагоприятный аллель Т и ассоциация полиморфизма генотипа С/Т полиморфизма гена ITGA2-α2 не является значимым детерминантом повышенного риска развития СОРП в Узбекистане ( $\chi^2<3.8$ ; P>0.05).

**Использованная литература:**

1. Арутюнян А.В., Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Пустыгина А.В., Мирашвили М.И. Современные подходы к диагностике, медикаментозной терапии и профилактике акушерских осложнений у женщин с тромбофилией. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; LIX (4): 90-8.
2. Бицадзе В.О, Макацария А.Д., Хизроева Д.Х., Макацария Н.А., Яшенина Е.В. Тромбофилия Акушерство • Гинекология • Репродукция 322018. Том 12. № 1 <http://www.gynecology.su> как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности. Практическая медицина. 2012; 5 (60): 22-29.
3. Каримов Х.Я., Саидов А.Б., Бобоев К.Т., Ассесорова Ю.Ю. и др. Фундаментальные и прикладные аспекты молекулярной генетики в медицине. / Научное издание. – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2016 – 352 с.
4. Любич Н.И. Патогенетические аспекты преждевременных родов при тромбофилии ( принципы диагностики и профилактики). // автореф. Докт. Дисс. – Ташкент. -2016 – 76с.
5. Машкова Т.Я. Клиническое значение определения факторов ангиогенеза, генетических и приобретенных форм тромбофилии в системе мероприятий профилактики повторных неудач ЭКО. // автореф. Канд. Диссертация. – Москва. – 2016 . – с.28.
6. Молекулярно-генетический анализ полиморфных маркеров генов, ответственных за функционирование факторов эндотелиальной системы в связи с осложненным протеканием беременности. Спиридонова М.Г., Трифонова Е.А., Фалюшина С.В. и др.// Медицинская генетика. – 2007. – т.6.- №7(61) с.-38-42.
7. Мозговая Е.В. Исследование генетической предрасположенности к гестозу: полиморфизм генов, участвующих в регуляции функции эндотелия / Е.В. Мозговая // Журнал акушерства и женских болезней, 2003. — Т. LII, № 2. — С. 25-34.
8. Хруслов М.В., Боева М.И., Жабин С.Н., Уханова И.Ю., Авагова С.А. Частота встречаемости тромбофилических полиморфизмов у женщин с синдромом потери плода, проживающих на территории Курской области. Тромбоз, гемостаз и реология. 2014; 3: 35-8.
9. Третьякова Т.Б., Башмакова Н.В., Демченко Н.С. Генетические предикторы акушерских осложнений: межгенные ассоциации. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012; (6): 18-20.
10. Gargano J.W., Holzman C.B., Senagore P.K., Reuss M.L., Pathak D.R., Friderici K.H., Jernigan K., Fisher R. Polymorphisms in thrombophilia and renin-angiotensin system pathways, preterm delivery, and evidence of placental hemorrhage. Am J Obstet Gynecol. 2009; 201 (3): 317. e1-9.
11. Djodejevic V., Rakicevic L.J., Micovic D. et al. Factor V Leiden, FII G20210A, MTHFR C677T mutations as risk factors for venous thrombosis during pregnancy and puerperium // Vognosanit Pregl. – 2005. – Vol.62. – P.201-205.
12. Druil L., Damante G., D' Elia A. et al. Genetic thrombophilias and uterine artery Doppler velocimetry and preeclampsia// Int.J. Gynaecol. Obstet. -2005 – Vol.88. – P.265 – 270.
13. Hiltunen L.M., Laivuori H., Rautanen A., Kaaja R., Kere J., Krusius T., Rasi V., Paunio M. Factor V Leiden as a risk factor for preterm birth – a population-based nested case-control study. J Thromb Haemost. 2011; 9 (1): 71-8.
14. Mondry A., Loh M., Liu P. et al. Polymorphisms of the insertion / deletion ACE and M235T AGT genes and hypertension: surprising new findings and meta-analysis of data // BMC Nephrol. — 2005. — Vol. 6, N. 1. — P. 1.



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПРЕСС - ТЕСТА В СКРИНИНГЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН

Г. И. Мамадалиева, Н. Х. Рузиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** доброкачественные заболевания шейки матки, экспресс-тест «CIN-DIAG», скрининг, женщины.

**Таянч сўзлар:** яхши сифатли цервикал касалликлар, «CIN-DIAG» экспресс-тести, скрининг, аёллар.

**Key words:** benign cervical diseases, express-test «CIN-DIAG», screening, women.

Проведено исследование с помощью экспресс-теста для оценки диагностической ценности (чувствительности, специфичности) на 90 женщинах, 60 из которых составили основную группу и 30 – контрольную. По результатам исследования данный экспресс-тест имеет специфичность, которая составила 96,67% и чувствительность данного экспресс-теста при выявлении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки 94,87%.

## АЁЛЛАРДА БАЧАДОН БЎЙНИ ЯХШИ СИФАТЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ СКРИНИНГ ҚИЛИШДА ТЕЗКОР-ТЕСТДАН ФОЙДАЛАНИШ

Г. И. Мамадалиева, Н. Х. Рузиева

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Экспресс-тестнинг диагностик қийматини ўрганиш 90 нафар аёлда ўтказилди, улардан 60 нафари асосий гуруҳни ва 30 нафари назорат гуруҳини ташкил этди. Тадқиқот натижаларига кўра, экспресс-тестнинг ўзига хослиги 96,67% ни ташкил этди, экспресс-тестнинг CIN I учун сезгирлиги 94,87%, CIN II учун – 95,24%. Экспресс-тестнинг сезгирлиги биз томонимиздан 95% деб баҳоланади.

## USE OF A EXPRESS TEST IN THE SCREENING BENIGN DISEASES OF THE CERVIX IN WOMEN

G. I. Mamadalieva, N. H. Ruzieva

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

A study of the diagnostic value of express-test was performed on 90 women, 60 of whom were the main group and 30 were controls. According to the results, the specificity of express-test was 96.67%, the sensitivity of express-test for CIN I was 94,87% and for CIN II was 95,24%. We estimate the sensitivity of express-test at 95%.

**Введение.** Доброкачественные заболевания шейки матки - это морфофункциональная патология слизистой оболочки шейки матки (ШМ), при которых сохранена нормоплазия эпителия. В структуре гинекологических заболеваний они составляют 25-45%. Частота выявления патологии ШМ во время профилактических осмотров не превышает 25%, однако, из всей обращаемости к гинекологу доброкачественные заболевания ШМ составляют от 35 до 80% [Овсянникова Т.В., 2018].

В современных условиях наблюдается стойкая тенденция к росту численности доброкачественных заболеваний ШМ, как предраковых заболеваний ШМ. Рак шейки матки (РШМ) в 32,6% новых случаев диагностировали на поздних стадиях [Каприн А.Д., 2019].

Показатель заболеваемости РШМ в Республике Узбекистан составляет в среднем 7,6 на 100 000 женщин. По данным литературы в мире самый низкий показатель отмечен в 2011 г – 5,4 на 100 000, а самый высокий - в 2009 и 2018 гг. - около 8,5 на 100 000 женщин. Самой молодой женщиной с констатированным РШМ было 22 года, а самой старшей – 85 лет, что только подтверждает необходимость своевременной диагностики ДЗШМ и снижения влияния факторов риска возникновения патологии ШМ на организм женщин всех возрастов, а особенно целевой группы 30-50 лет [Рахманова Ж.А., 2019].

Развитие РШМ не является молниеносным процессом, так как по данным ВОЗ, переход дисплазии в Рак in situ длится в среднем 3-8 лет, что является достаточным временем для выявления начальных форм заболевания. Это еще раз доказывает, что проблема диагностики доброкачественных заболеваний ШМ окончательно не решена и требует дальнейшего изучения.

Патология шейки матки (ШМ) встречаются достаточно часто у 15-20% женщин репро-

дуктивного и у 5-9% в менопаузе [2, 5, 7].

Скрининговые обследования женщин имеют важное значение при выявлении ДЗШМ. По результатам опроса и визуального осмотра женщин в рамках проекта «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» выявлено, что всего 12,3% женщин 18-64 лет и 14,0% женщин 30-49 лет исследовались на РШМ, это составляет 1 из 8 женщин 18-64 лет (12,3%) и 1 из 7 женщин 30-49 лет (14,0%) [1].

При проведении скрининга шейки матки, часто выявляемые цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN) трех степеней запускаются персистирующей инфекцией вируса простого герпеса онкотипов. Определяется CIN I с высокой вероятностью перехода в CIN II-III - истинные предраковые поражения. Однако для нас ценно выявление патологий шейки матки на начальном этапе, что дает возможность вовремя пролечить и предотвратить озлокачествление процесса, так как любой рак ШМ - это следствие упущенных возможностей диагностики и лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий [3, 5].

Необходимо учитывать, что CIN –морфологическое состояние с не обязательной клиникой [6, 7]. При CIN нарушается весь эпителий в целом с малодифференцированными клеточными элементами с атипией [8].

Таким образом, огромное значение приобретают скрининговые обследования женщин для выявления ДЗШМ на начальных стадиях их развития, обеспечивая возможность своевременного их лечения, а значит, отчасти, профилактику РШМ.

Поскольку общепринятые методы скрининга ДЗШМ заболеваний ШМ достаточно дороги и технически сложны, нами была поставлена **цель исследования:** оценить применение экспресс-теста «CIN-DIAG» в сравнительном аспекте со стандартными методами диагностики и оценить чувствительность и специфичность этих методов.

**Материал и методы.** Для достижения цели исследования нами было обследовано 60 женщин, которые находились на амбулаторном лечении ДЗШМ с 2019 по 2021 годы в родильном комплексе №6 г. Ташкента. И 30 условно здоровых женщин контрольной группы (КГ), соответствующих возрастным критериям основной группы. Возраст женщин в основной и контрольной группе не отличался, средний возраст –  $38,8 \pm 1,37$  лет.

В обеих группах нами проведено комплексное обследование женщин: изучение анамнеза, осмотр в зеркалах, бактериоскопическое изучение слизи из цервикального канала и влагалища, традиционный цитологический метод, жидкостную цитологию, расширенная кольпоскопия, экспресс тест «CIN-DIAG» и биопсия для гистологического подтверждения диагноза в первую и вторую фазы МЦ. При проведении оценки чувствительности и специфичности экспресс-теста «CIN-DIAG» мы результаты анализа сравнивали с «золотым стандартом» диагностики ДЗШМ и РШМ.

Критериями включения в исследование были женщины с добровольным информированным согласием на обработку персональных данных, которые проходили диспансеризацию или обратились с определенными жалобами. Критерии исключения: подтвержденный РШМ, беременность, ИППП, аллергическая реакция на компоненты диагностического теста, невозможность мониторинга пациентки (отъезд на долгий срок).

**Результаты.** При анализе полученных результатов было выявлено, что для пациенток с CIN I и CIN II было характерно: Отсутствие специфических жалоб. У (23%) пациенток не было видимых изменений ШМ при визуальном осмотре в зеркалах, что лишний раз нам доказывает на невозможность полностью полагаться лишь на осмотр и диктует необходимость тщательного обследования пациенток, особенно с наличием 1го или более факторов риска развития ДЗШМ. Из них практически у всех одинаково часто встречались эктопия и эктропион, реже констатировали истинную эрозию, простую лейкоплакию, остроконечные и плоские кондиломы. При цитологическом исследовании констатирована низкая степень интраэпителиальной неоплазии – CIN I (LSIL) у 63,3% пациенток и высокая степень интраэпителиальной неоплазии – CIN II у 35%, а также CIN III – у 1,7%.

При проведении простой и расширенной кольпоскопии выявлена низкая и высокая степень интраэпителиальной неоплазии: у 60 и 35% пациенток. Прицельную биопсию проводили у 37,5% пациенток, которая подтвердила CIN I, CIN II и койлоцитоз у 100%.

При оценке шейки матки с помощью экспресс теста «CIN-DIAG» у контрольной группы тупфер окрасился в бежевый цвет, что говорит об отсутствии какой-либо патологии на момент осмотра. В основной группе у 25% пациенток с обнаруженным воспалением было проведено противовоспалительное лечение и после лечения тест был проведен повторно. Темно-зеленый цвет - свидетельствовал о CIN I у 63,3% пациенток и у 35% тампон окрасился в сине-зелёный цвет, что свидетельствовало о CIN II и у 1,7% (2) в синий цвет – CIN III. Что было подтверждено результатами цитологии и кольпоскопии. Все женщины были обследованы в первую и вторую фазу МЦ (не ранее чем на 5-й день менструального цикла и не позднее, чем за 5 дней до предполагаемого начала менструации), а также через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения. При выявлении воспалительного процесса была проведена местная противовоспалительная комплексная терапия в соответствии с результатами бак.посева, с обязательной коррекцией микробиоты влагалища и кишечника, а также рекомендована модификация образа жизни -сон, питание и движение, отказ от вредных привычек.

**Обсуждение.** Эффективность экспресс-теста «CIN-DIAG» сравнивали с общепринятыми стандартами диагностики патологии шейки матки. С помощью электронной программы выстроена ROC-кривая чувствительности и специфичности.

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать вывод о сопоставимости специфичности экспресс-теста CIN-DIAG с цитологическим исследованием «золотым стандартом» диагностики патологии ШМ, то чувствительность экспресс теста составила – 96,1%, специфичность - 94,2, общая точность – 95,1%. Исходя из этого следует, что экспресс тест CIN-DIAG, учитывая его экономическую доступность и простоту в использовании, является оптимальным, надежным и быстрым методом диагностики ДЗШМ, особенно при отсутствии свободного доступа к высокотехнологичным методам, при ограниченных материальных ресурсах и при масштабных скрининговых обследованиях.

**Заключение:** Экспресс-тест «CIN-DIAG» имеет специфичность 96,67%, чувствительность для CIN I составляет 94,87%, для CIN II – 95,24%. Поскольку в нашем исследовании исключались воспалительные заболевания влагалища и ШМ, а также не исследовали CIN3, то средняя чувствительность для CIN I и II составляет 95,06%, а медиана – 94,99% с учетом частоты встречаемости CIN I и II в нашем исследовании. Мы оценили чувствительность экспресс-теста «CIN-DIAG» в 95%. Применение экспресс-теста «CIN-DIAG» позволит гарантированно подтвердить диагноз или выявить его, так и отрицательный результат с 95,5% вероятности не будет опровергнут никаким методом.

#### Использованная литература:

1. Д. З. Мамарасулова, Д. Б. Исакова, Г. Б. Абдуллахонова Тестирование вируса папилломы человека в первичном скрининге патологии шейки матки // Вестник врача, № 1 (102), 2022. С.158-161. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-158-161
2. Д. З. Мамарасулова, Д. Б. Исакова, Г. Б. Абдуллахонова Эпидемиология, возможность профилактики и роль цитологии в скрининге поражений шейки матки // Вестник врача, № 1 (102), 2022. С.154-157. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-154-157
3. Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, У. О. Наврузова, Г. К. Каримова, И. Б. Шукуров, Х. И. Аманова Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Вестник врача, № 4, 2019. С.77-82.
4. Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, 2015г. «Распространенность факторов риска

- неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» (STEPS ВОЗ, 2014 г.). Отчет. Ташкент, Узбекистан. С 34-35
5. М. М. Рахматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева Кольпоскопические данные и характеристика биоценоза влагалища и цервикального канала при заболеваниях шейки матки // Вестник врача, № 4, 2019. С.96-99.
  6. Савельева Г.М. Акушерство: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080с
  7. Электронная версия (Сайт) «МКБ 10» на основе международной конференции по Десятому пересмотру Международной классификации болезней проведена Всемирной Организацией Здравоохранения в Женеве 25 сентября–2 октября 1989г. <https://mkb-10.com/index.php?pid=9094>
  8. Юсупова М.А., Бекметова Ш.К., Хайтбоев Ж.А. Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане // Universum: Медицина и фармакология: электрон. научн. журн. 2017. № 3(37). URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/4439>
  9. Darragh T.M., Colgan T.J., Cox J.T., et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology // Arch. Pathol. Lab. Med. 2012. - Vol.136, №10. - p.1266-1297.
  10. Ebina Y, Mikami M, Nagase S, Tabata T. et al. Japan Society of Gynecologic Oncology guidelines 2017 for the treatment of uterine cervical cancer. // Int J Clin Oncol. 2019. - №24(1). – p.1-19.
  11. Mark K, Frost A, Hussey H, Lopez-Acevedo M, Burke AE. Rates of regression of cervical dysplasia between initial biopsy and excisional procedure in routine clinical practice. // Arch Gynecol Obstet. 2019. - №299(3). – p.841-846
  12. Reich O, Braune G, Eppel W, Fiedler T, Graf A. Joint Guideline of the OEGGG, AGO, AGK and ÖGZ on the Diagnosis and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Appropriate Procedures When Cytological Specimens Are Unsatisfactory. // Geburtshilfe Frauenheilkd. 2018. – №78(12). – p.1232-1244.

**ПРОЛАПС НЕОВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА****М. Д. Маматкулова, Б. Б. Негмаджанов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** вагинопластика, синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера—Хаузера, сигмоидальный кольпопоз, пролапс неовлагалища.

**Tayanch so'zlar:** vaginoplastika, Mayer-Rokitanskiy-Kyustner—Hauzer sindromi, sigmasimon kolpopoez, neovagina prolapsi.

**Key words:** vaginoplasty, Mayer-Rokitansky-Küstner—Hauser syndrome, sigmoid colpoptosis, neovaginal prolapse.

В настоящее время рекомендованным лечением пролапса слизистой неовлагалища является хирургическое иссечение избыточной ткани. При пролапсе свода или тяжелого выпадения слизистой оболочки, предложено фиксация к крестцово-остистой связке, подвешивания неовлагалища к связке Купера и промونتопексия. Мы представляем анализ историй болезни 28 пациентов с пролапсом искусственного влагалища, которым было выполнено хирургическое лечение. Послеоперационный период протекал гладко и никаких признаков рецидивирующего пролапса не наблюдалось.

**SIGMASIMON KOLPOPOEZDAN KEYINGI NEOVAGINA PROLAPSI****M. D. Mamatkulova, B. B. Negmadjanov**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Hozirgi vaqtda neovaginal shilliq qavatining prolapsi uchun tavsiya etilgan davolash ortiqcha to'qimalarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashdir. Apical prolapsi yoki og'ir shilliq qavatning prolapsi uchun sakrospinov va Kuper bog'larga fiksatsiya va promontopeksiya tavsiya etilgan. Biz qinning sun'iy prolapsi bilan jarrohlik muolaja qilingan 28 nafar bemorning anamnez tahlilini taqdim etamiz. Operatsiyadan keyingi davr asoratsiz o'tdi va takroriy prolaps belgilari kuzatilmadi.

**PROLAPS OF THE NEOVAGUNA AFTER SIGMOID COLPOIESIS****M. D. Mamatkulova, B. B. Negmadjanov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The currently recommended treatment for neovaginal mucosal prolapse is surgical excision of the excess tissue. For fornix prolapse or severe mucosal prolapse, fixation to the sacrospinous ligament, neovaginal suspension from Cooper's ligament, and promontopexy have been suggested. We present an analysis of case histories of 28 patients with artificial vaginal prolapse who underwent surgical treatment. The postoperative period was uneventful and no signs of recurrent prolapse were observed.

О пролапсе неовлагалища после сигмоидального кольпопоза почти не сообщается в литературе; в нескольких исследованиях было указано, что частота пролапса составила 2,3-8,1% [1,3,4,5,6]. В литературе описано несколько хирургических процедур для лечения пролапса свода влагалища вагинальным или абдоминальным доступом. Лечение этой патологии пока не стандартизировано, но некоторые авторы уже описали роль лапароскопической хирургии в лечении этого осложнения [2,6,7]. Лапароскопическая фиксация к крестцовому мысу (промонтотфиксация) использовалась для восстановления пролапса тазовых органов с хорошими долгосрочными результатами, низкой частотой рецидивов и заболеваемости, а также хорошим послеоперационным качеством жизни. Согласно Кокрановскому обзору [7], абдоминальная промонтотпексия связана с более низкой частотой рецидивов выпадения свода и диспареунии по сравнению с вагинальной крестцово-остистой кольпопексией [8]. В работе Иво Файхнел-Счейнг (2021) был проведен литературный обзор и описан клинический случай женщины 41 года с пролапсом неовлагалища IV степени. Как показал случай, что при возникновении выпадения неовлагалища после сигмоидального кольпопоза необходимо учитывать несколько сложных аспектов. В первую очередь длина неовлагалища, необходимость сохранения сосудистой ножки, междисциплинарный подход и высококвалифицированные хирурги, владеющие процедурой [9]. Ученый из Японии, (2021) описывают клинический случай применения лапароскопической сакрокольпопексии (ЛСК) у 59-летней женщины с вагинопластикой сигмовидной кишки в анамнезе, которой была выполнена по

поводу пролапса культи сигмовидной кишки IV степени. Этот клинический случай показывает возможность применения ЛСК в качестве хирургического лечения пролапса культи сигмовидной кишки у пациентов с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстнера (СМРК) [10]. Ученные из Италии провели историческое когортное исследование 62 пациентов, перенесшие вагинопластику из сегмента сигмовидной кишки в течение 25 лет. Послеоперационные осложнения, требующие дополнительной операции понадобились 3 (4,8%) пациентам, из них в 1 (1,6%) случае был пролапс неовагины [11]. В Индии проведено исследование 8 случаев с СМРК. Всем пациенткам выполнена вагинопластика из сигмы под общим наркозом. Возрастной диапазон составлял 12-17 лет (в среднем 14,4 лет). У одного пациента было выпадение слизистой оболочки неовлагалища, которой потребовалось иссечение слизистой [12].

**Материалы и методы исследования:** Исследование выполнено в гинекологическом отделении 3 родильного комплекса г.Самарканда за период 2010-2020 гг. Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 17 до 35 лет. В качестве основной лечебной методики всем женщинам проводилось хирургическое лечение в зависимости от степени пролапса неовлагалища.

**Результаты и их обсуждения:** Так, из 28 обследованных больных, у 22 (78,6%) было преимущественно пролапс слизистой неовлагалища, у 6 (21,4%) пролапс свода неовлагалища. Сигмоидальный кольпопоз выполнен у пациентов с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстнера (СМРК) в 26 (92,9%) случаев и с аплазией влагалища при функционирующей матке в 2 (7,1%) случаев. Наиболее часто пациенты отмечали дискомфорт в области половых органов или наличие инородного тела в области промежности 18 (100%) случаев, чувство тяжести внизу живота 12 (42,9%) случаев, диспареуния у 14 (50%), а также сочетание этих жалоб 14 (50%) случаев. У обследуемых пациенток длительность заболевания колебалась от месяцев до нескольких лет.

Перед операцией проводили измерение по системе POP-Q.

Стадии пролапса неовлагалища среди пациентов при поступлении представлены в табл. 1.

При применении системы POP-Q для определения пролапса неовлагалища, мы обнаружили положительную динамику уже через 1 месяц после оперативного лечения, все показатели пришли в норму и имели положительный результат, который говорил о правильной тактики оперативного лечения. Далее повторный осмотр через 2 месяца и 3 месяца статистически не изменялся среди пациенток (табл. 2).

Кроме удовлетворения состоянием после операции, пациентки чувствовали себя хорошо, отсутствовали какие-либо жалобы и отмечали улучшение качество жизни. Из этого следует, что применение системы POP-Q до и после оперативного лечения, показала себя как оценочный объективный метод при пролапсе неовлагалища у пациенток после сигмоидального кольпопоза.

Помимо пролапса артифициального влагалища у обследуемых женщин в 7 (25%) случаев были выявлены различные сопутствующие гинекологические заболевания. В структуре гинекологической патологии у наблюдаемых больных выявлено: фибромиома матки у 2 (7,1%), эндометриозная киста у 1 (3,5%), фолликулярная киста яичника у 1 (3,5%), полики-

**Таблица 1.**

**Стадии пролапса неовлагалища по системе POP-Q.**

Стадия пролапса неовлагалища	Пациенты	
	n	%
II	18	64
III	8	28,5
IV	2	7,5

Таблица 2.

Показатели динамики по системе POP-Q после операции.

Признак	До операции	Через 1 мес.	<i>p</i>	Через 2 мес.	<i>p</i>	Через 3 мес.	<i>p</i>
Aa, см	1,4	-2,5	< 0,05	-2,4	> 0,05	-2,4	> 0,05
Ba, см	1,8	-2,8	< 0,05	-2,7	> 0,05	-2,7	> 0,05
Ap, см	-0,6	-2,6	< 0,05	-2,6	> 0,05	-2,6	> 0,05
Bp, см	-0,2	-2,8	< 0,05	-2,7	> 0,05	-2,6	> 0,05
C, см	-1,1	-4,6	< 0,05	-4,5	> 0,05	-4,4	> 0,05
tvI, см	7,3	7,1	< 0,05	7,1	> 0,05	7,1	> 0,05
gh, см	3,8	3,2	< 0,05	3,2	> 0,05	3,2	> 0,05
pb, см	2,4	2,5	< 0,05	2,6	> 0,05	2,4	> 0,05

стоз яичников у 3 (10,7%). Также при анализе экстрагенитальной патологии обследуемых пациенток нами выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей у 4 (14,3%) пациенток, пупочная грыжа у 1 (3,5%) пациентки, хронический бронхит у 1 (3,5%) пациентки, заболевание желудочно-кишечного тракта у 3 (10,7%) пациенток. Так при пролапсе слизистой неовлагалища, которое выявлялось у 22 (78,6%) выполнено иссечение избыточной ткани, а при пролапсе свода неовлагалища у 6 (21,4%) – выполнена промонтопексия абдоминальным доступом. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

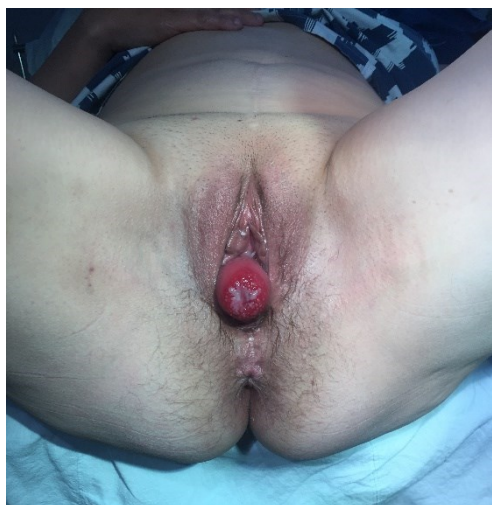


Рис. 1. Пролапс неовлагалища IV степень.

Пациентка 38 лет поступила с жалобами на чувство инородного тела в области промежности. В 17 была обследована и выставлен диагноз: синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера, выполнена операция сигмоидальный кольпопоз. После 21 года поступила с пролапсом слизистой неовлагалища. Выполнено иссечение слизистой неовлагалища, через 6 месяцев был рецидив повторно прооперирована. На данном приеме оценку общего и гинекологического статуса проводили при помощи осмотра и изучали степень пролапса при помощи системы POPQ предложенной ISC (International Continence Society) в 1996г. При обследовании мочеполовых органов, прежде всего, оценивалось состояние слизистой оболочки и кожи преддверия влагалища, наружного отверстия уретры, перианальной области; обращалось внимание на наличие свободных выделений, их цвет, характер, а также оценивалось состояние слизистой оболочки неовлагалища.

Диагностирована IV степень пролапса неовлагалища: Aa 3, Ap 4, C 4, gh 3, pb 3, tvI 8, Ba 1, Bp 2. Пациентке выполнена промонтопексия в качестве хирургического лечения апикального пролапса с СМРК. Информированное согласие было получено для процедуры. Ближайшее послеоперационное наблюдение проводилось через 15-30-45 дней, осложнений и жалоб не предъявляла (рис.1).

Наш случай показал, что при возникновении пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза необходимо учитывать несколько сложных аспектов. Наша пациентка перенесла хирургическую коррекцию пролапса неовлагалища неоднократно. Наш опыт согласуется с обзором литератур, которые мы нашли.

**Выводы.** Таким образом, при выборе лечения пациентов с пролапсом неовлагалища

необходимо учитывать анатомию, длину и ширину неовлагалища, а также потребности пациентов в повседневной жизни и половом акте. Чтобы оценить результаты и безопасность различных методов лечения, необходимы хорошо спланированные исследования и дополнительные сведения о случаях. Подведя итоги, мы можем сказать, что по данным литературы нет стандартов техники хирургической коррекции пролапса. В связи с этим возникает необходимость в разработке путей профилактики пролапса неовлагалища во время операции сигмоидального кольпопоза у пациентов с СМРК.

Лечение данной категории пациенток целесообразно проводить в специальных центрах, одной из задач которых является обучение специалистов в области тазовой хирургии. Все это позволит улучшить результаты лечения и снизить число осложнений.

#### Использованная литература:

1. Маматкулова М.Д. Хирургическое лечение пролапса артифициального влагалища после сигмоидального кольпопоза. // Журнал: Тиббиётда янги кун №6 (38/1) 2021, С.602-604
2. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Арзиева Г.Б. Пролапс искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза // Журнал: Проблема биологии и медицины №1 (126) 2021, С.187-188
3. Б.Б. Негмаджанов, М.Д. Маматкулова, В.О. Ким Множественная миома матки и киста яичника спустя 20 лет после сигмоидального кольпопоза // Вестник врача, № 4, 2017. С.58-59.
4. Neron M, Ferron G, Vieille P, et al: Treatment of neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. *Int Urogynecol J* 2017; 28:41
5. Hao Z., Yang S.: Neovaginal prolapse treated with sacrospinous ligament suspension: a case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 30 (2017) 505-507
6. Mamatkulova MD, Negmadjanov BB, et al: Neovaginal prolapse in Mayer-Rokitansky-Kustner syndrome: a case report. *International Engineering Journal for research and development*. 2021; Vol.6 Issue 4:1-3
7. Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR. Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases. *J Sex Med*. 2011;8(12):3487–3494.
8. W Kondo, R Ribeiro et al.: Laparoscopic promontofixation for the treatment of recurrent sigmoid neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. Mar-Apr 2012;19(2):176-82.
9. Toh VV, Bogne V, Bako A. Management of recurrent vault prolapse. *Int Urogynecol J*. 2012 Jan;23:29–34.
10. Faehnle-Schiegg I., Christmann-Schmid C.: Surgical Techniques for the Prolapse of Neovagina in Women: Case Report and Review of Literature. *International Journal of Women's Health* 2021 Jan 13;13:81-86.
11. Yadav M., Hayashi T., Krisna R. et al.: Laparoscopic sacrocolpopexy in patient with vault prolapsed of the sigmoid stump after vaginoplasty in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: A case report. *J Case Reports in Women's Health* 30(2021) e00313
12. E Imparato, A Alfei et al.: Long-term results of sigmoid vaginoplasty in a consecutive series of 62 patients. *Int Urogynecol J* (2007) 18:1465–1469
13. Rajimwale A, Furness PD, 3rd, Brant WO, Koyle MA. Vaginal constructio using sigmoid colon in children and young adults. *BJU Int*. 2004;94:115–9.



## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА К МОМЕНТУ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

**М. М. Матлубов, А. А. Муминов, Р. Б. Юсупбаев, М. А. Саидов, Ф. П. Нишанова,  
Э. Г. Хамдамова, С. Х. Ярмухамедова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан,  
Самаркандский областной региональный филиал Республиканского специализированного  
научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан,  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** беременность, система кровообращения, митральный стеноз.

**Tayanch so'zlar:** homiladorlik, qon aylanish tizimi, mitral stenoz.

**Key words:** pregnancy, circulatory system, mitral stenosis.

Обследовано 68 женщин в возрасте от 18-28 лет с МС различной степени тяжести при сроках гестации от 12-14 до 36-38 недель. В зависимости от степени выраженности МС все больные разделены на IV группы. При этом пользовались классификацией А. Н. Окорочкова, выделяя «незначительный» МС с площадью  $2,9 \text{ см}^2$ , «умеренно выраженный» ( $2,9-2,0 \text{ см}^2$ ), «выраженный» ( $1,9-1,1 \text{ см}^2$ ) и «критический». ( $1 \text{ см}^2$ ). Исследования проводили непосредственно перед предполагаемым абдоминальным родоразрешением, или прерыванием беременности. Изучали основные параметры гемодинамики и маточно-плацентарно-плодового кровотока. Установлено, что выраженность функциональных нарушений со стороны системы кровотока матери и плода находится в прямой зависимости от степени МС и сроков гестации. Наиболее выраженные и опасные в плане развития гемодинамических катастроф нарушения зарегистрированы у женщин с «выраженным» и «критическим» МС, которые формировались уже к 32-34 (III гр) и к 12-14 (IV гр) неделями гестации соответственно. Минимальные нарушения имели место у пациенток с «незначительным» и «умеренно выраженным» МС при сроках гестации соответственно в 36-38 и 34-36 недель.

## MITRAL STENOZI KUZATILGAN HOMILADOR AYOLLARNING TUG'RUQ VAQTIDA HOMILADOR AYOL VA HOMILANING QON AYLANISH TIZIMINING FUNKSIONAL HOLATI

**M. M. Matlubov, A. A. Muminov, R. B. Yusupbayev, M. A. Saidov, F. P. Nishanova,  
E. G. Hamdamova, S. H. Yarmuxamedova**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston,  
Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyati filiali,  
Samarqand, O'zbekiston,

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

Biz 12-14 haftadan 36-38 haftagacha bo'lgan homiladorlikning turli og'irligidagi MS bilan xastalangan 18-28 yoshdagi 68 nafar homilador ayollarni tekshirdik. MS ning og'irligiga qarab, A. N. Okorokov tasnifi bo'yicha barcha bemorlar IV guruhga kirgizilgan. Shu bilan birga,  $2,9 \text{ см}^2$  maydonga ega bo'lgan "yengil ifodalangan" MS ni, "o'rtacha ifodalangan" ( $2,9-2,0 \text{ см}^2$ ), "yaqqol ifodalangan" ( $1,9-1,1 \text{ см}^2$ ), "kritik ifodalangan" ( $1 \text{ см}^2$ ). Tadqiqotlar tavsiya etilgan tug'ruq yoki homiladorlikni to'xtatishdan oldin o'tkazilgan. Biz gemodinamika va bachadon-platsenta-homila qon oqimining asosiy ko'rsatkichlarini o'rganib chiqdik. Ona va homila qon oqimi tizimidagi funktsional buzilishlarning og'irligi to'g'ridan-to'g'ri MS darajasiga va homiladorlik davriga bog'liq ekanligi aniqlandi. Gemodinamik falokatning rivojlanishi nuqtai nazaridan eng xavfli gemodinamik buzilishlar 32-34 haftalarida (III gr) va 12-14 (IV gr) haftalarida shakllangan "yaqqol" va "kritik" MS bilan xastalangan ayollarda homiladorlikga mos ravishda qayd etilgan. Minimal gemodinamik buzilishlar homiladorlikning 36-38 va 34-36 haftaliklarida "yengil" va "o'rtacha" MS bilan xastalangan bemorlarda sodir bo'lgan.

## CIRCULATION SYSTEM FUNCTIONAL CONDITION OF MOTHER AND FETUS BY THE TIME OF DELIVERY IN PATIENTS WITH MITRAL STENOSIS

**M. M. Matlubov, A. A. Muminov, R. B. Yusupbayev, M. A. Saidov, F. P. Nishanova,  
E. G. Khamdamova, S. H. Yarmukhamedova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan,  
Samarkand Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology,  
Samarkand, Uzbekistan,  
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

We examined 68 women aged 18-28 years with MS of varying severity at gestation periods from 12-14 to 36-38 weeks. Depending on the severity of MS, all patients were divided into groups IV. At the same time, the classification of A. N. Okorokov was used, highlighting "insignificant" MS with an area of  $2.9 \text{ cm}^2$ , "moderately pronounced" ( $2.9-2.0 \text{ cm}^2$ ), "pronounced" ( $1.9-1.1 \text{ cm}^2$ ) and "critical". ( $1 \text{ cm}^2$ ). Studies were carried out immediately before the proposed delivery, or termination of pregnancy. We studied the main parameters of hemodynamics and utero-placental-fetal blood flow. It has been established that the severity of functional disorders in the blood flow system of the mother and fetus is directly dependent on the degree of MS and gestational age. The most pronounced and dangerous disorders in terms of the development of hemodynamic catastrophes were registered in women with "pronounced" and "critical" MS, which were already formed by 32-34 (III gr) and 12-14 (IV gr) weeks of gestation, respectively. Minimal disturbances occurred in patients with "insignificant" and "moderate" MS at gestational ages of 36-38 and 34-36 weeks, respectively.

**Введение:** Обеспечение гемодинамической стабильности во время беременности и родов у больных с митральным стенозом (МС) одна из важнейших задач, стоящих перед группой специалистов, обеспечивающих безопасность родоразрешения. Именно функциональное состояние системы кровообращения матери и плода этой категории больных определяет акушерскую и анестезиологическую тактику, позволяет избрать оптимальные сроки и варианты ведения родов, выбора наиболее щадящих способов анестезиологического пособия. При этом ведущую роль играет степень выраженности МС и связанные с ней функциональные нарушения системы кровообращения матери и плода, прогрессирующие по мере увеличения сроков гестации и лимитирующие резервы кровообращения. Данные литературы [1-12] свидетельствуют о наличии скомпрометированного кровотока у беременных с МС по мере увеличения сроков гестации. Однако, выраженность этих изменений и их взаимосвязь с маточно-плацентарным кровотоком плода в зависимости от степени МС при различных сроках гестации не нашла должного освещения. В связи с этим целью настоящего исследования стало детальное изучение изменений функционального состояния сердечно-сосудистой системы матери и маточно-плацентарно-плодового кровотока по отношению к предполагаемым срокам родоразрешения в зависимости от степени выраженности митрального стеноза.

**Материал и методы исследования:** Исследованию подвергнуто 68 женщин с МС различной степенью тяжести в возрасте от 18 до 28 лет при сроках гестации от 12- 14 до 36-38 недель. При этом пользовались классификацией А.Н. Окорокова, выделяя «незначительный» МС с общей площадью стеноза  $>2,9 \text{ cm}^2$ , «умеренно-выраженный» ( $2,9-2 \text{ cm}^2$ ), «выраженный» ( $1,9-1,1 \text{ cm}^2$ ) и «критический» ( $<1 \text{ cm}^2$ ) [7]. Все обследуемые нами женщины находились под наблюдением акушера-гинеколога и кардиолога и получали соответствующую кардиальную терапию (кардиопротекторы, антиоксиданты, антигипоксанты и т.д.).

В зависимости от степени выраженности МС и сроков гестации к моменту предполагаемого абдоминального родоразрешения (прерывания беременности) все больные разделены на 4 группы - по 17 наблюдений в каждой.

I-ую группу составили пациентки с «незначительным» МС; II-ую – с «умеренно-выраженным» МС; в III-ую группу вошли женщины с «выраженным» МС и в IV-ую – с «критическим» МС.

Родоразрешение (прерывание беременности) проводили согласно существующим протоколам, основанных на акушерских показаниях и функциональном состоянии системы кровообращения на данный момент.

У пациенток I-ой группы при сроках гестации 36-38 недель, II-ой группы – 34-36 недель, III-ей – 32-34 недель, в IV-ой – 10-12 недель. Исследования проводили в плановом порядке за 2-3 дня до предполагаемого родоразрешения (прерывание беременности).

Центральную гемодинамику исследовали методом эхокардиографии SA-600 фирмы «Medison». При этом изучали УИ, СИ, ОПСС и коэффициент резерва (КР). Одновременно с помощью монитора мониторов МПР6-03-«Тритон» (Россия) и Mindray (China) фиксировали частоту сердечных сокращений (ЧСС) в мин, среднее динамическое давление (СДД), частоту дыхания (ЧД), ЭКГ и  $\text{SpO}_2$  в %. Сердечную недостаточность (СН) квалифицировали

по Н. В. Стражеско, В. С. Василенко, а также согласно Нью-йоркской классификации (NYHA). Диагноз СН устанавливали после консультации кардиологов, кардиохирургов.

Параллельно у того же контингента женщин методом доплерометрии исследовали функциональное состояние маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК). О функциональном состоянии МППК судили по индексу резистенции (ИР) левой и правой маточной артерии, артерии пуповины. Исследовали также систоло-диастолическое отношение (СДО) в средне-мозговой артерии плода. Полученные данные представлены в таблице. Все числовые величины, полученные при исследовании обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента при помощи программы Microsoft Excel и представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  - среднееарифметическое значение,  $m$  - стандартная ошибка. Статистическим достоверным считали различия при  $P < 0.05$ .

**Результаты исследования и их обсуждения:** Полученные результаты позволили установить вполне удовлетворительное состояние центральной гемодинамики у беременных I-й группы ( $MC > 2,9 \text{ см}^2$ ) которое, укладывалось в нормодинамический режим кровообращения (табл. 1), что позволило пролонгировать беременность. КР у этой категории больных составлял  $0,88 \pm 0,03$ .

Исследование МППК у этой категории больных не выявило выраженных патологических отклонений (табл. 1).

Таким образом, отсутствие выраженной патологии со стороны системы кровообращения матери и плода у беременных с незначительным МС в процессе гестации позволяет приравнивать их к относительно здоровым роженицам, то есть к группе минимального риска.

У беременных II-ой группы ( $MC - 2,9 - 2 \text{ см}^2$ ) при сроках гестации 34-36 недель регистрировали умеренно выраженную гемодинамическую недостаточность в виде выраженной тахикардии, снижении разовой и минутной производительности сердца, повышении ОПСС (табл. 1) КР составлял  $0,71 \pm 0,08$ . В целом, состояние гемодинамики укладывалось в гиподинамический режим кровообращения (табл. 1).

Таблица 1.

**Некоторые показатели МППК у беременных с митральным стенозом к моменту родоразрешения, прерывания беременности.**

Исследуемые группы, степени выраженности МС, сроки гестации				
Исследуемые показатели	I-ая группа Незначительный МС (36-38 недель) n=17	II-ая группа Умеренный МС (34-36 недель) n=17	III-ая группа Выраженный МС (32-34 недель) n=17	IV-ая группа Критический МС (12-14 недель) n=17
ЧСС, уд. в мин	92,5±2,6	99,7±2,3Δ®	113,9±3,9Δ○	98,4±1,6□
СДД, мм. рт. ст.	80,4±3,3	84,1±2,2Δ®	82,3±2,1Δ○	82,7±3,1□
УИ, мл/м <sup>2</sup>	33,7±2,8	26,7±1,7Δ®	17,4±1,6Δ○	22,6±1,5□
СИ, л/ м <sup>2</sup> /мин	3,08±0,06	2,58±0,04Δ®	1,92±0,08Δ○	2,2±0,08□
ОПСС, дин×с.×см.	1365,4±48,6	1754,3±52,7Δ®	2021,7±62,1Δ○	1875,1±87,6□
КР	0,88±0,03	0,71±0,08Δ®	0,64±0,02Δ○	0,61±0,04□
Левая маточная артерия (ИР)	0,61±0,012	0,8±0,013Δ®	0,91±0,012Δ○	0,83±0,01□
Правая маточная артерия (ИР)	0,62±0,014	0,78±0,011Δ®	0,9±0,01Δ○	0,82±0,012□
Артерия пуповины (ИР)	0,59±0,013	0,74±0,012Δ®	0,86±0,011Δ○	0,89±0,012□
Средняя мозговая артерия (СДО)	9,6±0,014	13,7±0,012Δ®	17,4±0,03Δ○	-

Примечание: ® - достоверность различий ( $P < 0,05$ ) между I-ой и II-ой группами; Δ - достоверность различий ( $P < 0,05$ ) между II-ой и III-ей группами; ○ - достоверность различий ( $P < 0,05$ ) между I-ой и III-ей группами; □ - достоверность различий ( $P < 0,05$ ) между I-ой и IV-ой группами.

На этом фоне регистрировали незначительное снижение изучаемых показателей МППК относительно должных величин у практически здоровых беременных в аналогичные сроки гестации. (табл. 1).

Таким образом, у больных с «умеренно выраженным» МС к 34-36 неделям гестации начинает формироваться гемодинамическая недостаточность, которую можно классифицировать как СН I степени (II-III ФК по NYHA), что находит свое логическое отражение в функциональном состоянии МППК. Осознавая факт дальнейшего прогрессирования СН по мере увеличения сроков гестации, следует задуматься о целесообразности (безопасности) дальнейшего пролонгирования беременности у данной категории больных в пользу досрочного родоразрешения.

У женщин III группы (МС-1,9-1,1 см<sup>2</sup>) уже при сроках гестации 32-34 недели регистрировали все признаки СН IIА степени (III ФК по NYHA), при этом УИ и СИ снижались до критических цифр (табл. 1). КР соответствовал 0,64±0,05. В целом, имел место гиподинамический режим кровообращения. Вышеуказанные параметры указывают на надвигающуюся гемодинамическую катастрофу, исключающую дальнейшее пролонгирование беременности. Соответственно резко ухудшались показатели, характеризующие функциональное состояние МППК (табл. 1), что свидетельствует о формировании выраженной фетоплацентарной недостаточности, ставящей под угрозу беременность (гибель плода).

Таким образом, грубые нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с «выраженным» МС не позволяют пролонгировать беременность более 32-34 недель, требуют своевременной коррекции и исключительно абдоминального варианта родоразрешения в условиях специализированного родовспомогательного учреждения. Возникают сомнения о целесообразности беременности вообще у данной категории больных. По всей вероятности, беременность позволительна только после кардиохирургической коррекции. У женщин IV группы (МС < 1 см<sup>2</sup>) уже при сроках гестации 12-16 недель регистрировали все клинико-функциональные признаки СН IIА степени (III-IV ФК по NYHA) с параллельно выраженным нарушением МППК (табл. 1), КР составлял 0,64±0,03. Вышеизложенные патологические изменения позволяют рекомендовать немедленное прерывание беременности с последующей кардиохирургической коррекцией.

**Выводы:** выраженность функциональных нарушений со стороны системы кровообращения матери и плода находится в прямой зависимости от степени митрального стеноза и сроков гестации.

Наиболее выраженные и опасные нарушения в плане развития гемодинамической катастрофы зарегистрированы у женщин с «выраженным» и «критическим» МС, которые формировались уже к 32-34 (III гр) и к 12-14 (IV гр) неделям гестации соответственно.

Минимальные нарушения гемодинамики и МППК имели место у пациенток с «незначительным» и «умеренно выраженным» МС в сроках гестации 36-38 и 34-36 недели.

#### Использованная литература:

1. Абдукаримов Т.А. Оценка характера изменений в маточно- плацентарном кровообращении у беременных с митральным стенозом: научное издание /Т. А. Абдукаримов // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. -Ташкент, 2012. -№4. -С. 74-75.
2. Асатова М. М., Абдукаримов Т. А. Беременность и роды при митральном стенозе. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2013, 3В. С 13-14.
3. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности (Национальные рекомендации). Разработаны комитетом экспертов Российского кардиологического общества Москва 2018. стр 91-134.
4. Кулавский В. А., Огий Т. И. Физиология и патология сердца у беременных. - Уфа. 2000.-170 С.

5. Матлубов М. М., Нематуллоев Т. К., Хамдамова Э. Г. Сравнительная оценка гемодинамических эффектов спинальной анестезии в зависимости от положения больного после введения гипербарического раствора бупивакаина больным с гипертонической болезнью //Высшая школа: научные исследования. – 2020. – С. 100-107.
6. Митральный стеноз (клинические рекомендации) Министерство Здравоохранения Российской Федерации Москва. 2016. 47 стр.
7. Негматуллаева М. Н., Туксанова Д. Н., Ихтиярова Г. А. Особенности течения третьего триместра беременности у больных со стенозом митрального отверстия / Матер. II съезда анестезиологов и реаним. Республ. Узбекистана. Бухара. 2008. – с. 117-118.
8. Окорочков А. Н. Диагностика болезни внутренних органов/А. Н. Окорочков-Минск: Высшэйшая школа, 1998. -220с.
9. Рекомендации по диагностике и лечению сердечно- сосудистых заболеваний во время беременности (Европейское общество кардиологов) Российский кардиологический журнал 2019, с (24). С 151-228.
10. Султонов С. Н., Юсупбаев Р. Б., Умиров Л. Р. Оптимизация акушерской тактики у беременных с митральным стенозом (информационное письмо). Ташкент. 2012 ст 10.
11. Al-Taweel A, Almahmoud MF, Khairandish Y, Ahmad M. Degenerative mitral valvestenosis: Diagnosis and management. Echocardiography. 2019 Oct; 36 (10):1901-1909.doi: 10.1111/echo.14495. Epub 2019 Oct 6. Review. PubMed PMID: 31587368.
12. Benatta NF, Batouche DD, Djazouli MA, Zelmat SA, Merzouk T, Hammou L. [Management of mitral valve stenosis during pregnancy at the Oran universityhospital center: About 83 cases]. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2018 Sep; 67(4):274-279. doi: 10.1016/j.ancard.2018.04.013. Epub 2018 Jun 15. French.PubMed PMID: 29909950
13. El Sabbagh A, Reddy YNV, Barros-Gomes, Borlang BA, Miranda WR, PislrunSV, Nishamura RA, Pellikka PA, Low-Gradient Severe Mitral Stenosis: Hemodinamik Profiles,Clínical Characteristics, und Outcomes. J Am Heart Assoc, 2019 Mar 5; 8 (5): e010736. Doi: 1161/LAHA. 118.0110736. PubMed PMID: 30793648; Pub Med Central PMCID: PMC6474933.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ****Г. Д. Матризаева, М. Р. Рахметова, М. М. Алимova**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

**Ключевые слова:** эндокринное бесплодие, дифференциация диагностики ЭБ, медикаментозное гормональное лечение ЭБ, синдром поликистозных яичников, ановуляция.

**Tayanch soʻzlar:** endokrin bepustlik, EB diagnostikasi, EBni gormonal dori bilan davolash, differentsial yondashuv, tuxumdon polikistoz sindromi, anovulyatsiya.

**Key words:** endocrine infertility, differentiation of EI diagnosis, hormonal drug treatment of EI, differentiated approach, polycystic ovary syndrome, anovulation.

Бесплодием страдают около 200 миллионов человек в мире. Эндокринное бесплодие (ЭБ) составляет 35% - 40% причин бесплодия у женщин. Сложная организация репродуктивной системы женского организма, сочетание нарушений гипофизарно-гонадной, тиреотропно-тиреоидной систем обуславливают трудности в лечении эндокринного бесплодия. Вместе с тем, четкое представление об этапности обследования этой категории женщин позволяет разработать индивидуальную программу лечения и наблюдения каждой пациентки. Это позволяет оптимизировать консервативное лечение и сократить его время у женщин с ЭБ, своевременно решить вопрос о применении вспомогательных репродуктивных технологий. Коррекция выявленных нарушений позволит улучшить результаты консервативного лечения основного заболевания и эффективность терапии эндокринных форм бесплодия.

**ENDOKRIN BEPUSHTLIKNING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI****G. D. Matrizaeva, M. R. Raxmetova, M. M. Alimova**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston

Bepustlik dunyoda 200 millionga yaqin ayolda aniqlangan. Endokrin bepustlik (EB) ayollarda bepustlik sabablarining 35%- 40%ni tashkil etadi. Ayol reproduktiv tizimining murakkabligi, gipofiz-gonadal, tiroptiroid tizimlarining buzilishlarining kombinatsiyasi endokrin bepustlikni davolashda qiyinchiliklarga olib keladi. Shu bilan birga, ushbu toifadagi ayollarni tekshirish bosqichlarini aniq tushunish, har bir bemor uchun davolash va kuzatishning individual dasturini ishlab chiqish imkonini beradi. Bu EB bilan ogʻrigan ayollarda konservativ davolanishni optimallashtirish va vaqtini qisqartirish, yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish masalasini tezda hal qilish imkonini beradi. Aniqlangan buzilishlarni tuzatish asosiy kasallikni konservativ davolash natijalarini va bepustlikning endokrin shakllarini davolash samaradorligini oshiradi.

**FEATURES OF ENDOCRINE INFERTILITY DIAGNOSIS AND TREATMENT****G. D. Matrizaeva, M. R. Raxmetova, M. M. Alimova**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Infertility affects about 200 million people in the world. Endocrine infertility (EI) accounts for 35% - 40% of the causes of infertility in women. The complex organization of the female reproductive system, the combination of disorders of the pituitary-gonadal, thyrotrophthyroid systems cause difficulties in the treatment of endocrine infertility. At the same time, a clear understanding of the stages of examination of this category of women makes it possible to develop an individual program of treatment and observation for each patient. This allows to optimize treatment and reduce its time in women with EI, to resolve the issue of using assisted reproductive technologies. Correction of the revealed violations will improve the results of conservative treatment of the underlying disease and the effectiveness of therapy for endocrine forms of infertility.

**Актуальность.** Бесплодие затрагивает миллионы людей репродуктивного возраста, оказывая воздействие на их семьи и общины. По оценкам ВОЗ [2], проблема бесплодия касается от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире. Несмотря на то, что вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) существуют уже более трех десятилетий и 5 миллионов детей в мире родились в результате проведения мероприятий ВРТ, таких как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), эти технологии по-прежнему в значительной мере не доступны и не приемлемы по стоимости во многих частях мира. Равноправный доступ к лечению бесплодия остается проблемой в большинстве стран, особенно в государствах с низким и средним уровнем дохода.

Узбекистан относится к странам с высокой социальной ценностью деторождения, поэтому в национальной политике страны стратегия охраны репродуктивного здоровья явля-

ется приоритетной. С марта 2019 года действует закон "Об охране репродуктивного здоровья граждан", который обеспечил правовую основу развитию вспомогательных репродуктивных технологий. Распространенность бесплодия в Узбекистане весьма высока: с диагнозом бесплодие под диспансерным наблюдением находятся свыше 25 тысяч женщин и 7 тысяч мужчин.

Как показывает анализ литературы, основные причины женского бесплодия следующие: непроходимость маточных труб в 30% случаев, заболевания матки в 18% случаев, идиопатические причины в 7% случаев, иммунологические факторы в 5% и психологические факторы в 5% случаев. Эндокринное бесплодие составляет 35% - 40% причин бесплодия у женщин [6].

К ановуляциям могут приводить следующие эндокринные заболевания [2]:

- Сахарный диабет 1 и 2 типов
- Гиперпролактинемия (различного генеза)
- Гипотиреоз
- ВГКН (врожденная гиперплазия коры надпочечников)
- СПКЯ (синдром поликистозных яичников)
- синдром Кушинга
- Патология гипофиза, включая гормон-продуцирующие опухоли гипофиза (Акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга, пролактинома), рак гипофиза, гипофункция гипофиза (уменьшение выработки гормонов гипофиза вследствие инфекционного заболевания, черепно-мозговой травмы и других причин);
- Гипогонадотропная недостаточность яичников
- Стрессовые и депрессивные состояния.
- Генетические заболевания: Синдром Шершевского-Тернера; Дисгенезия гонад
- Ожирение

Экологические факторы и факторы, связанные с образом жизни, такие как курение, чрезмерное потребление алкоголя и лишний вес, а также тяжелые йододефицитные состояния могут оказывать воздействие на фертильность [9]. Кроме того, воздействие загрязнителей окружающей среды может быть непосредственно токсичным для половых клеток (яйцеклеток и сперматозоидов) и сказываться на их численности и качестве, что приводит к бесплодию [7].

**Цель:** изучение причин и клинических особенностей эндокринного бесплодия, систематизация диагностики и лечения ЭБ, анализ эффективности гормонального лечения бесплодных женщин.

**Методы.** Изучены 57 женщин в возрасте 24-39 лет с диагнозом «первичное бесплодие», из которых у 39 (68,4%) диагностирована патология половой системы у женщины или её мужа. У 18 (31,6%) женщин с установленным первичным диагнозом «эндокринное бесплодие» проведено обследование эндокринологического статуса, уровня тиреоидных и половых гормонов, биохимические и общеклинические анализы, УЗИ ЩЖ, половых органов и желез, по показаниям – компьютерная томография (КТ) гипофиза. Обследование осуществлялось совместно с лечащим врачом-гинекологом. Обследованы гормоны – фолликулинстимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ), эстрадиол, пролактин, при необходимости – тестостерон общий, андростендион, прогестерон, а также – тиреотропный гормон (ТТГ), гормоны ЩЖ - Т4 свободный, Т3 свободный; антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ ТПО). Обследование инсулиноподобного фактора роста (ИФР 1), инсулина, кортизола, адренкортикотропина (АКТГ), гликолизированного гемоглобина (HbA1c) - по показаниям. Уровень инсулина и ИФР 1 в крови определён не только у больных сахарным диабетом, но и у пациенток с гиперпролактинемией, СПКЯ, ожирением, поскольку в основе бесплодия может лежать гиперандрогенная ановуляция, сформированная в условиях гиперинсулинемии [1], а для гиперпролактинемии характерно снижение концентрации инсулина [6]. Проведено консервативное лечение, в основе которого – коррекция гормональных нарушений, с

учетом этиопатогенеза, клиники ЭБ и индивидуальных особенностей каждой пациентки.

**Результаты.** Из 18 пациенток с эндокринным бесплодием две (11,1%) страдали сахарным диабетом 1 типа с длительным – более 5 лет – анамнезом болезни. Обследование выявило ещё двух (11,1%) пациенток СД 2 типа, которые не знали о своём заболевании и длительно лечились по поводу бесплодия у гинеколога. Обе пациентки страдали ожирением, однако не считали это причиной своего бесплодия. Расчет индекса массы тела показал, что из 18 обследованных больных нормальный ИМТ имели только 6 (33,3%) женщин, трое (16,7%) имели дефицит массы тела, что также неблагоприятно для наступления беременности; 8 (44,4%) – ИМТ выше 25: ожирение наиболее выражено у пациенток с вновь выявленным сахарным диабетом 2 типа, у двух (11,1%) больных гипотиреозом, двух (11,1%) - с СКПЯ, 2 (11,1%) больных с аденомой гипофиза – кушингоидное ожирение. Кроме медикаментозного лечения, всем тучным женщинам, независимо от первичного заболевания, назначена диетотерапия: гипокалорийная - до наступления беременности и рациональное здоровое питание - в период гестации. Все 3 (16,7%) женщины с дефицитом массы тела нормализовали вес, 2 (11,1%) с гипотиреозом в результате лечения имели снижение массы тела, однако у трех (16,7%) женщин с кушингоидным ожирением вес остался без изменений.

У 6 (33,3%) диагностирован синдром поликистозных яичников (СПКЯ) с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы и гиперандрогенией, у 5 (22%) гиперпролактинемический гипогонадизм, у 5 (22%) - патология щитовидной железы (ЩЖ), в том числе у двоих – гипотиреоз, у троих эутиреоидный диффузный зоб. Учитывая проживание пациенток с ЭБ в условиях тяжелого йододефицита [9], не только больным с тиреоидной патологией, но и всем обследуемым назначены йодсодержащие препараты.

Проведено лечение у эндокринолога и гинеколога с соответствующей коррекцией гормональных нарушений уровня гормонов – пролактина, ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4 в крови, согласно утвержденным протоколам лечения [4]. Помимо этого, больным сахарным диабетом 1 типа подобрана адекватная доза инсулинотерапии, а у больных с СД 2 типа, с СПКЯ, с алиментарным ожирением коррекция углеводного обмена осуществлялась Метформинном 1000 мг в течение 6 месяцев. Из двух больных сахарным диабетом 1 типа у одной беременность наступила, однако роды закончились мертворождением, у другой беременность не наступила. Для женщин с сахарным диабетом 1 типа (СД1) характерно ускоренное старение, что проявляется в повышении частоты сердечно-сосудистых событий, нарушениях овариально-менструальной функции, в раннем наступлении менопаузы. Показано, что нарушении репродуктивной функции у женщин с СД 1 типа может быть связано, в частности, со снижением овариального резерва [3]. У пациенток с СД 2 беременность наступила через год после начала терапии.

Из 6 (33%) пациенток с СПКЯ забеременели только двое, остальные продолжают консервативное лечение; хирургического вмешательства не было. Среди 5 (22%) пациенток с гиперпролактинемическим гипогонадизмом у двоих диагностирована аденома гипофиза, у одной – микроаденома с выраженной клиникой болезни Иценко -Кушинга; всем троим было рекомендовано отложить планирование беременности до проведения лечения гипофиза и надпочечников, поскольку повышенное содержание андрогена у больной с БИК свидетельствует и о нарушении работы надпочечников [8]. У двоих, после проведения курса лечения Достинексом – наступила беременность, завершившаяся рождением здоровых детей. Наилучший результат достигнут у больных с патологией ЩЖ: все пролеченные пациентки забеременели и имели благоприятные роды с живорождением.

**Выводы.** Сложная организация репродуктивной системы женского организма, сочетание нарушений гипофизарно-гонадной, тиреотропно-тиреоидной систем обуславливают трудности в лечении эндокринного бесплодия. Вместе с тем, четкое представление об этапности обследования этой категории женщин позволяет разработать индивидуальную программу лечения и наблюдения каждой пациентки. Это позволяет оптимизировать консерва-



тивное лечение и сократить его время у женщин с эндокринным бесплодием, своевременно решить вопрос о применении вспомогательных репродуктивных технологий. Коррекция выявленных нарушений позволит улучшить результаты консервативного лечения основного заболевания, и эффективность терапии эндокринных форм бесплодия.

#### Использованная литература:

1. Ахмедова Ш.У., Садыкова Д.Ш. Нарушения менструального цикла у женщин фертильного возраста с ожирением. Международный эндокринологический журнал. 2015. №8(72) с. 78-81.
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Международная классификация болезней, 11-й пересмотр (МКБ-11), Женева, ВОЗ, 2018 г.
3. Григорян О.Р., Красновская Н.С., Михеев Р.К., Андреева Е.Н., Дедов И.И. Состояние овариального резерва у женщин с сахарным диабетом 1 типа в репродуктивном периоде Сахарный диабет. 2018; 21(4):264-270.
4. Женское бесплодие, современные подходы к клинике и лечению. Клинические рекомендации (протоколы лечения) 2019: 99.
5. Зеленина Н.В., Молчанов О.Л., Бескровный С.В. Дифференцированное медикаментозное лечение бесплодия при синдроме поликистозных яичников. Вестник Российской военно-медицинской академии. 4(40). 2013. с. 111-115.
6. Лабыгина А.И. Основные клинико-патогенетические варианты женского эндокринного бесплодия Эндокринная гинекология 2011. №3(35) с. 140-149.
7. Пономарева М.В., Лукина Н.А., Мелюкова О.Ю., Колпинский Г.И., Филиппов П.Г., Фокин А.П., Шабалдин А.В. Эндокринное бесплодие – комплексная этапная диагностика, варианты дифференцированного лечения. Медицина в Кузбассе. №3. 2005. С. 68-72.
8. Ю. Г. Расуль-Заде, Б. В. Шодиев, Д. Б. Ражабова Низкий резерв яичников у женщин с бесплодием как неотложное показание к лечению и подготовке к ВРТ // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.143-149. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-143-149
9. Рахметова М.Р. Репродуктивное здоровье больных аденомой гипофиза // Материалы Международной научно-практической конференции «Миниинвазивные технологии в медицине: вчера, сегодня и завтра, проблемы и перспективы развития» 2019. с. 261
10. Рахметова М.Р. Интеллектуальное и репродуктивное здоровье молодежи в условиях йодного дефицита // Вестник университета им. К.Ш. Токмаматова, №2, Жалал –абад, 2019.с. 10.
11. Рахметова М.Р. Влияние ожирения на сердечнососудистую систему Фармакология ва фармакотерапиянинг долзарб муаммолари. 2021: 238-239.

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БОР АЁЛЛАРДА ПРЕГРАВИДАР ТАЙЁРГАРЛИК  
САМАРАДОРЛИГИ****Г. Д. Матризаева, И. Р. Сапорбаева**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** гиперандрогения, прегравидар тайёргарлик, хомиладорлик.**Ключевые слова:** гиперандрогения, прегравидарная подготовка, беременность.**Key words:** hyperandrogenism, pregravidary preparation pregnancy.

Хомиладорлик асоратлари, неонатал патологияларга олиб келувчи омиллар орасида эндокрин бўзилишлар орасида гиперандрогения асосий сабаблардан бири бўлиб қолмоқда [3]. Тадқиқот мақсади: гиперандрогенияси бор аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш мақсадида прегравидар тайёргарлик самарадорлигини ўрганиш. Тадқиқот материаллари: илмий иш 2019-2022 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали “Акушерлик ва гинекология” кафедраси клиник базаси бўлган Хоразм вилояти Перинатал марказида амалга оширилди. Илмий ишга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун, марказга мурожаат қилган 64 аёл кузатилди. Хулоса: гиперандрогения фонидаги хомиладорлик I и II триместрда хомила тушиш хавфи билан, III триместрда эса хомила эрта туғилиш хавфи билан кечиб, вирус ва бактерияли касалликлар манифестацияси ва хомиладорлар гипертензиясига олиб келиши мумкин.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ****Г. Д. Матризаева, И. Р. Сапорбаева**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Среди факторов, приводящих к осложненному течению беременности, перинатальной патологии, возрастает роль эндокринных нарушений, в том числе гиперандрогенных состояний различного генеза [3]. Цель исследования: изучить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений. Материалы и методы исследования: были изучены 64 беременные женщины, которые наблюдались во время беременности на базе Хорезмского областного перинатального центра. Вывод: беременность на фоне гиперандрогении имеет осложненное течение и представлена угрозой прерывания в I и II триместрах, в III триместре – угрожающими преждевременными родами, манифестацией заболеваний вирусной и бактериальной природы, а также гипертензивными состояниями.

**THE EFFICACY OF PREGRAVIDARY PREPARATION IN WOMEN WITH HYPERANDROGENIA****G. J. Matrizaeva, I. R. Saporbaeva**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Among the factors leading to a complicated course of pregnancy, perinatal pathology, the role of endocrine disorders, including hyperandrogenic conditions of various origins, has increased [3]. Purpose of the study: to study the effectiveness of the use of preconception preparation of patients with hyperandrogenism to reduce the incidence of obstetric and perinatal complications. Materials and methods of research: 64 pregnant women who were observed during pregnancy on the basis of the Khorezm Regional Perinatal Center were studied. Conclusion: pregnancy against the background of hyperandrogenism has a complicated course and is represented by the threat of interruption in the I and II trimesters, in the III trimester by threatening premature birth, the manifestation of diseases of a viral and bacterial nature, preeclampsia.

Ҳозирги вақтда ГА хомиладорлик даврининг турли хил асоратларини келтириб чиқарадиган гормонал касалликлар таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Шунинг учун, андроген синтезининг манбасини аниқлаш жуда муҳимдир, чунки хомиладорлик ва хомиладорлик пайтида тактикалар андрогеннинг гиперпродукцион манбасига боғлиқ. Бу биринчи навбатда плацентар комплексининг шаклланиши ва хомилада стероидогенезнинг юқори фаоллиги билан боғлиқ ҳолда стероидлар алмашинувидаги ўзгаришлар билан боғлиқ. Шу муносабат билан, хомиладор аёлларда андрогенларнинг меъридан ортик синтез манбасини аниқлаш кўпинча муайян қийинчиликларни келтириб чиқаради [1, 2].

Гиперандрогения аёлларда энг кенг тарқалган эндокрин бузилиш ҳолатларидан бири ҳисобланади. Аёллар орасида гиперандрогениянинг тарқалиши 10-20% ни ташкил қилади. Гиперандрогенияга чалинган хомиладор аёлларда хомиладорлик жараёнининг асоратлари кузатилиш хавфи юқори ҳисобланади. Шуниси эътиборга лойиқки, гиперандрогения билан

оғриган беморларнинг 90 %да қандайдир экстрагенитал патология (ошқозон-ичак тракти касалликлари, юқори нафас йўлларининг патологияси, сийдик чиқариш тизими касалликлари, вегета-томир дистонияси) мавжуд. Соғлом аёлларга қараганда гиперандрогенияга чалинган ҳомиладор аёлларда оилада ва ишда стрессли ҳолатлар, юқумли касалликлар кўрсаткичи юқори, жарроҳлик аралашувлар ва жароҳатлар кўпаймоқда [4, 5].

**Тадқиқот мақсади:** Гиперандрогенияси бор аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш мақсадида прегравидар тайёргарлик самарадорлигини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Илмий иш 2019-2022 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали “Акушерлик ва гинекология“ кафедрасида олиб борилди. Клиник материалларни йиғиш кафедранинг клиник базаси бўлган Хоразм вилояти Перинатал марказида амалга оширилди. Илмий ишга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун, марказга мурожаат қилган 64 аёл кўзатилади. Гиперандрогения ташхисини қўйиш вақтига ва ҳомиладорлик асоратларининг учрашига қараб аёллар 3 гуруҳга бўлинди.

1- асосий гуруҳ - (n=22) ҳомиладорликдан олдин гиперандрогения аниқланган ва прегравидар тайёргарлик кўрган ҳомиладор ва туққан аёллар.

2-таққослама гуруҳ - (n=22) анамнестик маълумотларига кўра ҳайз циклининг бузилишлари, бепуштлиқ, одатий ҳомила кўтара олмаслик, ҳомила тушиш хавфи, гирсутизм ва гиперандрогенияси бўлган ва прегравидар тайёргарлик кўрмаган ҳомиладор ва туғувчи аёллар.

3- назорат гуруҳи (n=20) қондаги андрогенлар миқдори нормал бўлган, ҳомиладорлиги асоратсиз кечган амалий соғлом ҳомиладор аёллар.

Гуруҳлардаги аёлларнинг психоэмоционал ҳолатини баҳолаш мақсадида HADS госпитал шкаласи ишлатилди. Унга кўра психоэмоционал ҳолатнинг икки тури баҳоланади: хавотир ва депрессия. Бу шкала 1988 йил Зигмонд А. С томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, унинг авзаллиги хавотир ва депрессияни бирламчи скрининги учун ишлатиш осон ва қулай. Шкала 14та кўрсаткичдан иборат бўлиб, 2 қисмга бўлинади ва ҳар бир қисм 7 тадан пункт сақлайди.

Ҳар бир кўрсаткичда 4та жавоб варианты бўлиб, симптомларнинг оғирлик даражаси ўсиши билан 0 баллдан 4 баллгача баҳоланади.

HADS шкаласи қўлланиш йўриқномаси билан аёлларни таништирилиб, уларга бу шкаладан мақсад уларнинг асосий касаллигини даволашда бу шкаланинг аҳамияти катталиги, унинг ҳолати ҳақида врач кўпроқ маълумот олиши мумкинлиги, агарда шифокор сизнинг асабий ҳолатиз ҳақида кўпроқ билса шунча кўп сизга ёрдам бера олиши мумкинлиги ҳақида беморга тушунтирилади ва келтирилган сонларга эътибор бермаслик, тестни белгилаганда кўп ўйламасдан биринчи келган жавобни белгилашга ҳаракат қилиш кераклиги айтилади. Жавобларни аёл бир ҳафта олдинги ҳолатига асосан белгилаши кераклиги тушунтирилади.

Гиперандрогенияси бор аёлларда прегравидар тайёрлов.

ТПКС билан касалланган беморларда семизлик ва метаболик бузилишларни коррекция қилмасдан овуляцияни индукциясини амалга оширмаслик зарур

**Изоҳ:** Бепуштлиқни даволашни биринчи босқичи –хаёт тарзини терапевтик модификациялаш, вазн йукотиш, инсулинорезистентликни тўғрилаш ҳисобланади.

Семизлик ва метаболик синдромни даволаш мобайнида антиандроген таъсир кўрсатувчи гестоген компонентга эга КОК тайинланиши мумкин.

**Изоҳ:** ТПКС да прегравидар тайёрлов мобайнида КОК буюриш тухумдонлардаги патологик стероидогенезни компенсациялайди, андрогенларга боғлиқ салбий таъсирларни пасайтиради, эндометрийга даволовчи ва химояловчи таъсир курсатади.

Фолатал машинуви бузилиши оқибатида келиб чиқиши мумкин булган ДНТ хавфи юқорилигини эътиборга олиб беморларга прегравидар тайёрлов босқичида фоллик кислота препаратлари 4000-5000 мкг/сут 3 ой давомида буюрилади.

ТПКС билан касалланган беморларга вит Д етишмовчилигига текшириш тавсия этилади.

**Изоҳ:** ТПКС билан касалланган беморларда вит Д етишмовчилиги хатто семизлик бўлмаганда ҳам инсулинга резистентлик келиб чиқишига кўшимча хавф омили ҳисобланади.

Вит Д 4000 МЕ/сут 12 ҳафта давомида тавсия қилинади.

Бепуштликни даволашни биринчи йуналиши – овуляцияни билвосита индукторлари (кломифен цитрат)

**Изоҳ:** Овуляцияни кломифен цитрат билан стимуляция қилиш 6 цикл мобайнида давом эттирилади. Бунда гинекологик текширув ва УЗ- фолликулометрия мониторинги зарур ҳисобланади.

Кломифен цитрат ноэффektiv бўлганда овуляцияни гонадотропинлар билан стимуллаш тавсия қилинади. Давонинг давомийлиги 6 ойдан ошмаслиги зарур.

Жарроҳлик йули билан даволаш (лапароскопик дреллинг) овуляция индукторлари ноэффektivлигида қўлланилади.

Жарроҳлик йули билан даволаш қўйидаги касалликлар билан бирга келганда афзал ҳисобланади: эндометриоз, чандикли касаллик, бачадон миомаси ва бошқалар.

HADS шкаласи бўйича 8 баллдан юқори бўлган аёлларда серотонинни тескари боғловчиларнинг селектив ингибиторлари бўлган антидепрессантларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Эсциталопрам 10 мг таркибли препаратни 1 суткада 1 маҳал ичади, таъсири 2 ҳафтадан сўнг юзага чиқа бошлайди ва 6 ой ичилади. Бу препарат синапс ёриқларида сератанин миқдорини оширади ва постсинапстик рецепторларда унинг таъсирини кучайтиради ва таъсир давомийлигини оширади. Хавотир ва депрессиянинг барча клиник белгилари йўқолгандан кейин яна 6 ой мобайнида ичиши керак.

1-гурухни текширилувчилари 24-32 ёш оралиғидаги аёллар ташкил қилди, бу гурухда 33 ёшдан катта аёллар 3 нафар (14%) эди, 2-гурухда эса аёллар ўртача 26 ёшда, 5 нафарини (5%) эса 33 ёшдан катталар аёллар, 3- гурухдаги аёллар эса асосан 24-32 ёш орасида 11 нафари (55%), 19-24 ёшлилар 8 нафари (40%)ни ташкил қилди. Барча гурухдаги аёллар асосан репродуктив ёшга тўғри келяпти. 33 ёшдан катта бўлган аёллар орасида 1 –гурухдаги 3 аёлларнинг барчаси бепуштлик билан узоқ муддат даволанган, 2гурухдаги 5 нафар аёлда энг ёши каттаси 38 ёш бўлиб, бир неча марта репродуктив йўқотишлар кузатилган, 2 нафар аёлнинг анамнезидан тақрорий ҳомила ўсмаслиги кузатилган.

Кузатилаётган аёллар орасида асосан ўткир респиратор касалликлар, Грипп билан касалланиш юқори бўлиб, гурухлар орасида мос равишда 18,20,15 нафар аёлда кузатилди. Болалар инфекцияси, темир танқис анемия 1 ва иккинчи гурухда назорат гурухига нисбатан кўп учради. Аппендицит билан касалланиш даражаси гурухлар орасида кўп фарқланмади, бир бирига мос равишда 14, 5,10% ни ташкил қилди. Ошқазон тракти ва буйрак касалликлари биринчи ва иккинчи гурухлар орасида кўп фарқ қилмади 1 гурухда 27, 23%, иккинчи гурухда эса 27,32% бўлиб, назорат гурухида бу кўрсаткичлар 5% ни ташкил қилди. Ошқазон ичак касалликларини асосий гурухдаги аёллар кўп вақт мобайнида бепуштлик ёки асахосий касалликни даволаш учун кўп миқдорда гормонал ва бошқа препаратларни узоқ муддат қабул қилиши билан боғлади. Буйрак касалликларини эса аёллар олдинги ҳомиладорликлари презклампсия, сийдик йўллари инфекцияси билан касалланиши билан боғлади.

Кузатилган аёлларнинг ирсиятга мойил касалликлари бўйича таҳлили шуни кўрсатдики, 1-гурухда Қандли диабет 4нафарда (18%), артериал гипертаня 4 аёл (18%), Бепуштлик 4 нафар (18%)ни, назорат гурухида бу кўрсаткичлар мос равишда 5%, 15%ни ва бу гурухда бепуштликка оид яқин қариндошларидаги анамнез кузатилмади.

Асоратланган гинекологик анамнезига кўра асосий гурух кўрсаткичлари 1 бепуштлик 32%, 2 бепуштлик 23%, ҳайз цикли бузилиши 13,5%, ҳомила ўз-ўзидан тушиши 13,5%, ҳомила ўсмай қолиши 23% ҳолларда кузатилган. Назорат гурухида эса фақатгина бир аёлда (5%) ҳомила ўз-ўзидан тушиши бўлган.

Бу жадвалдаги кўрсаткичлар шуни кўрсатдики, прегравидар тайёргарликдан олдин хавотир ва депрессия субклиник кечиши 7 (32%) ва 5 (23%) нафар аёлда, оғир кечиши эса 2

1 жадвал.

**HADS шкаласи бўйича асосий гуруҳнинг прегравидар тайёргарликдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари.**

	Даволашдан олдин			Даволашдан кейин		
	0-7 (нормал ҳолат)	8-11 (субклиник)	11 ва юқори (клиник яккол)	0-7 (нормал ҳолат)	8-11 (субклиник)	11 ва юқори (клиник яккол)
Хавотир n=22	13 (59%)	7 (32%)	2 (9%)	18 (82%)	4 (18%)	-
Депрессия =22	14 (64%)	5 (23%)	3 (14%)	17 (77%)	5 (23%)	-

(9%) ва 3(14%)ни ташкил қилиб прегравидар тайёргарлик олгандан 6 ой ўтган куйидагича ўзгарди: субклиник кечиши 4 (18%) ва 5 (23%)нафар аёлда кузатилиб, клиниканинг яккол кечиши ҳеч қайси аёлда қайд қилинмади.

Ушбу ҳомиладорликни кечишида асосий 1- гуруҳда ҳомила тушиш хавфи 12 ҳафтагача 12 нафарда (55%), ҳомила тушиш хавфи 22 ҳафтагача 8 (36%), ҳомила эрта туғилиш хавфи 22 ҳафтадан кейин 5 нафар (23%), ўсмай қолган ҳомиладорлик бу гуруҳда қайд этилмади. Шу кўрсаткичларга мос равишда прегравидар тайёргарлик кўрмаган аёлларда бу кўрсаткичлар 15 (68%), 10 (45%), 8 (36%), 3 нафар аёлда (14%)ни ташкил этиб, прегравидар тайёргарлик кўрмаган аёлларда гинекологик ва акушерлик асоратлар юқори кўрсаткичларда бўлди.

2 жадвал.

**Ҳомилани Апгар шкаласи бўйича баҳолаш.**

Баллар	Асосий гуруҳ n=22		Такқослама гуруҳ n=22		Назорат гуруҳи n=20	
	абс	%	абс	%	абс	%
4-5	1	4,5%	4	18%	-	
6-7	3	14%	3	14%	-	
8 ва ундан кўп	18	81,5%	15	68%	20	100%

Асосий гуруҳдаги 1 (4,5%) дисстрес ва 3 (14%) муддатдан олдинги ҳомиладорлик 6-7 баллда туғилди, 2 гуруҳда 6-7 балл билан 3 нафар (14%), оғир асфиксия 4 нафар чақалоқда (18%) шундан бириси (4,5%) ўлим билан якунланди.

**Хулоса:** Прегравидар тайёргарлик гиперандрогенияси бор аёлларда муҳим ўрин тутиб, гормонал статусни коррекциялаш билан бир қаторда психоэмоционал ҳолатини нормоллаштириш ва қон реалогиясини яхшилаш каби тадбирларни ўтказиш керак. HADS шкаласи бўйича 8 баллдан юқори бўлган аёлларда серотонинни тескари боғловчиларнинг селектив ингибиторлари бўлган антидепрессантларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Эсциталопрам 10 мг таркибли препаратни 1 суткада 1 маҳал ичади, таъсири 2 ҳафтадан сўнг юзага чиқа бошлайди ва 6 ой ичилади. Бу препарат синапс ёриқларида сератанин микдори ни оширади ва постсинаптик рецепторларда унинг таъсирини кучайтиради ва таъсир давомийлигини оширади. Хавотир ва депрессиянинг барча клиник белгилари йўқолгандан кейин яна 6 ой мобайнида ичиши керак ва ҳомиладорликка тайёр деб баҳолаш мумкин.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Н.А. Габитова, Л.А. Агаркова, Р.Т. Кузнецова, Н.А. Бурыхина, Е.Г. Ермолина, В.Е. Прокопьев, В.В. Удут //

Нарушения обмена порфиринов в генезе фетоплацентарной недостаточности при гиперандрогении. Бюллетень СО РАМН.-2009.-№6(140).-С. 131-136.

2. Каграманова Ж.А., Ланцакова П.Е., Малиновская В.В., Выжлова Е.Н. Алгоритм комплексной диагностики после перенесенной неразвивающейся беременности на ранних сроках. //Материалы в рамках V Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». 7-9 февраля 2019 года, г. Санкт-Петербург, 2019. - С. 50-51.
3. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
4. Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р., Икрамова Х.С./ Определить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений/Биология ва тиббиёт муаммолари.2021.№1.1(126) Стр.188-190
5. Найдуква, А.А. Генетические аспекты формирования синдрома полики-стозных яичников / А.А. Найдуква, Е.К. Каприна, А.Е. Донников, Г.Е. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 3. – С. 16-22.
6. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва ба-чадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
7. Сапорбаева И.,Матризаева Г.Д./Акушерские и перинатальные исходы у беременных с гиперандрогенией./ Ж:Тibbiyotda yangi kun. 3(31)2020.Стр.130-133

**ПОДХОД К ТЕРАПИИ СЛАБОЙ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ****Ю. К. Мирзаева, Д. А. Алиева**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** слабая дисплазия многослойного плоского эпителия слизистой шейки матки, лечение, вагинальные суппозитории.

**Tayanch so'zlar:** bachadon bo'yni shilliq qavatining ko'p qavatli yassi epiteliyning engil displaziyasi, davolash, vaginal shamchalar.

**Key words:** mild dysplasia of the stratified squamous epithelium of the cervical mucosa, treatment, vaginal suppositories.

Показана эффективность вагинальных суппозиторияев, содержащих куркуму. Свечи пависин обладают иммуномодулирующим свойством; способствуют нормализации цитокинового статуса; в 3,3 раза снижают частоту LSIL/CIN I в ПАП мазках; в 3,5 снижают частоту ВПЧ в мазке.

**BACHADON BO'YNI KO'P QAVATLI YASSI EPITELIYNING ENGIL DISPLAZIYASINI DAVOLASHDA YONDASHUV****Yu. K. Mirzaeva, D. A. Alieva**

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

Tadqiqotimizda kurkuma tarkibini o'z ichiga olgan vaginal shamchalarning samaradorligi ko'rsatilgan. Pavisin shamchalari immunomodulyator xususiyatga ega; sitokin holatini normallashtirishga hissa qo'shib; PAP surtmalarida LSIL / CIN I darajasini 3,3 marta kamaytirish; 3,5 marta surtmadagi HPV darajasini kamaytiradi.

**APPROACH TO THE TREATMENT OF MILD DYSPLASIA OF THE STRATIFIED SQUAMOUS EPITHELIUM OF THE CERVIX****Yu. K. Mirzaeva, D. A. Alieva**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

The effectiveness of vaginal suppositories containing turmeric has been shown. Pavisin suppositories have an immunomodulatory property; contribute to the normalization of cytokine status; 3.3 times reduce the frequency of LSIL / CIN I in PAP smears; in 3.5 reduce the frequency of HPV in the smear.

В последние годы складывается принципиально новая стратегия профилактики и лечения предраковых заболеваний шейки матки, основанная на более точном понимании этиологии и механизмов развития [1,2]. Установлено, что некоторые растения, овощи, фрукты, содержат соединения останавливающие развитие опухолей [3]. Куркума является одним из самых мощных натуральных целебных средств с мощным антиопухолевым, антиоксидантным и противовоспалительным действием [4,5]. На рынке появились вагинальные суппозитории Пависин, содержащие масло куркумы [6,7].

**Цель исследования:** изучить эффективность вагинальных суппозиторияев Пависин в лечении слабой дисплазии многослойного плоского эпителия слизистой шейки матки.

**Материал и методы исследования.** В исследование включили 125 пациенток репродуктивного возраста от 30 до 46 лет с результатом ПАП теста - LSIL/CIN I - интраэпителиальное поражение легкой степени. Критерии исключения из исследования: острые и подострые инфекционно-воспалительные заболевания; наличие заболеваний, передающихся половым путем, кроме вируса папилломы человека; злокачественные заболевания шейки матки, кровотечение из половых путей.

Пациентки разделены на 2 группы: в 1 группу включили 50 пациенток, которым были назначены вагинальные свечи пависин по 1 свече на ночь в течение 14 дней с 5 дня цикла в течение 3 месяцев. 2-ой группе женщин, состоящей из 75 пациенток, ничего не назначали.

Пациенткам обеих групп кроме гинекологического осмотра и УЗИ, провели расширенную кольпоскопию, ПАП тест, определение ВПЧ через 1,5-2 месяца после последней свечи. Также изучены некоторые параметры иммунного статуса: ИЛ-2, ИЛ-4, а –

ФНО, а – ИНФ, у – ИНФ, ИЛ-1 в и IgA в сыворотке крови женщин методом ИФА с применением тест-систем «Вектор - Бест», Россия. Контрольную группу составили данные 10 практически здоровых женщин.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ генеративной функции обследованных женщин, показал, что большинство пациенток имели в анамнезе более 2 родов. 92 (73,6%) женщин были повторнобеременные и повторнорожавшие. Около 5% пациенток предъявили жалобы на первичное бесплодие. Каждая вторая пациентка страдала различными воспалительными заболеваниями матки и придатков – 65 (52%). Миомы матки и аденомиоз верифицированы у 19 (15,2%) пациенток.

Через месяц после 3 курсов пависина всем обследуемым в обеих группах проведена расширенная кольпоскопия, а также цитологическое исследование мазков с окраской по методу Паппаниколау. Данные кольпоскопии интерпретировали согласно Международной классификации кольпоскопических терминов, принятой на VII Всемирном конгрессе по кольпоскопии в 1990 г. (Рим) и обновленной Международной ассоциацией по патологии шейки матки и кольпоскопии в 2002г. (Барселона).

В группе пациенток, принимавших пависин в 3,3 раза реже верифицировано LSIL/CIN I и в 3,5 раза реже диагностирован ВПЧ по сравнению с группой, в которой лечения не проводилось (табл. 1).

Анализ полученных данных показал, что иммунная система у женщин с LSIL/CIN I запускает механизм Th2 пути иммунного ответа, активирует противовирусную и противоопухолевую защиту. Так, до лечения концентрация а- ИНФ составила 4,27 +0,24 пг/мл против 0,45+0,24 пг/мл в контроле (p<0,05), тогда как после применения суппозиторий пависин наблюдалось достоверное его снижение до 1,83+0,42 пг/мл. Содержание ИЛ-1 в в сыворотке крови женщин до лечения составило 1,7+0,2 пг/мл, что достоверно выше показателей контрольной группы 0,0019+0,0008пг/мл (p<0,05), после лечения уровень его снижается до 0,23+0,08 пг/мл. Уровень ИЛ - 4 у женщин с ВПЧ составил 2,75 +0,22 пг/мл против 0,58 + 0,2 пг/мл контрольной группы (p< 0,05), а также наблюдалось его снижение после применения пависина. Содержание а-ФНО в сыворотке крови женщин до лечения составило 0,3 + 0,1 пг/мл, а после лечения 0,25 +0,08 пг/мл по сравнению с группой контроля 0,04+ 0,004 пг/мл, достоверных различий не выявлено. Несмотря на то, что а-ФНО является провоспалительным цитокином и проявляет избирательную цитотоксичность в отношении некоторых опухолевых клеток, обладает противовирусной активностью наблюдаемое нами «молчание», по-видимому связано с повышением ИЛ-4, который обладает свойством подавлять продукцию а-ФНО. Уровни ИЛ- 2 во всех группах наблюдения также не претерпевает изменений, по всей вероятности этот факт свидетельствует о хронической форме заболевания, так как известно, что содержание ИЛ – 2 в периферической крови значительно увеличивается на самых ранних сроках обострения болезни, снижаясь до нормального уровня в разгар заболевания. Особое внимание заслуживает изучение у-ИНФ, который обладает противовирусной, туморицидной активностью. Активирует клетки иммунной системы, а именно натуральные киллеры, подавляет опухолевой рост, размножение вируса в клетках. Подавляет также продукцию а-ФНО и усиливает активность против вирусов а – ИНФ, что мы и наблюдали в настоящем

Таблица 1.

Результаты лабораторных методов обследования пациенток с LSIL/CIN I.

Группы обследованных	Период обследования	LSIL/CIN I		ВПЧ+	
		абс.	%	абс.	%
1 группа, n= 50	До назначения пависина	50	100,0	38	100
	После применения пависина	11	22,0	8	26,1
2 группа, n= 75	До выжидательной тактики	абс.	%	абс.	%
		75	100	59	100
	После окончания выжидательной тактики	54	72,0	54	91,5



исследовании. Так же у – ИНФ включает синтез IgA В – лимфоцитами. Выявлены достоверные различия показателей пациенток до лечения с показателями группы контроля –  $5,45 \pm 0,05$  пг/мл,  $0,25 \pm 0,15$  пг/мл, соответственно и после лечения  $5,19 \pm 0,38$  пг/мл. Увеличение содержания IgA наблюдалось у пациенток 2 группы  $295,67 \pm 79,8$  МЕ/мл против  $202,72 \pm 18,18$  МЕ/мл контрольной группы и  $p < 0,05$  и снижение до  $140,4 \pm 15,3$  МЕ/мл после лечения.

**Выводы:** Результаты показали, что вагинальные суппозитории пависин обладают доказанным иммуномодулирующим свойством; способствуют нормализации цитокинового статуса; в 3,3 раза снижают частоту LSIL/CIN I в ПАП мазках; в 3,5 унижают частоту ВПЧ. Полученные результаты диктуют необходимость назначения вагинальных свечей пависин пациенткам с LSIL/CIN I и ВПЧ в цервикальном мазке.

#### Использованная литература:

1. Дань Хоу Чан, МаВэйГуан, ГаоЧжунЦзу. Прогресс в развитии естественной борьбе с опухолевыми заболеваниями. Современная интеграционная медицина. Журнал. 2005,14(6):825–827.
2. Е Шоу Шань, ШенСяоЖун и другие. Исследования противовирусной активности капсул Пависин-с маслом куркумы. // Фармакологические эффекты и клиническая медицина 2005,21(3):20–23.
3. Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки. — М.: Династия, 2004. — 88 с.
4. Чэн Вэй, Ли Дан Сянь, Ван Мин Вэй и другие. Исследование влияния Пависин на активность патогенных микроорганизмов. Практическое акушерство и гинекология. 2002,4:243–244.
5. Ян И, Ван Юфан, Лан Цзинхэ, ГуаньЖоли, Сунь Сяогуан, ЧэнСюэмэй, Кун Цзиньхуа. Наблюдения за клинической эффективностью лечения суппозиториями Пависин эрозии шейки матки в сочетании с инфекцией ВПЧ. // Гинекологическое отделение Пекинской больницы «Дружба» Китайский библиотечный номер R711.32. 1001-4411(2013)10-1695-02.
6. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA Cancer O Clin 2002; 52:342-624;
7. Calinisan J.H., Chan S.R., King A., Chan P.J. Human Papillomavirus and Blastocyst Apoptosis Cervical Cancer control, priorities and directions. Int O Cancer 2004; 108: 329-333. (EUROGIN).

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ****Ю. К. Мирзаева, А. Ш. Холмуродова, Р. Б. Солиева**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** шейки матки, рак шейки матки, кольпоскопия, предраковых заболеваний.**Tayanch so'zlar:** bachadon bo'yni, bachadon bo'yni saratoni, kolposkopiya, saraton oldi kasalliklari.**Key words:** cervix, cervical cancer, colposcopy, precancerous diseases.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния шейки матки у пациенток с различной гинекологической патологией, обратившихся в научно-консультативную поликлинику РСНПМЦ Акушерства и гинекологии. В исследование включены 1125 пациенток. Анализ результатов гистологического исследования биоптатов шейки матки и сопоставление их с данными цитологии показало достаточно высокую чувствительность и специфичность ПАП - теста. Проведение ПАП теста, кольпоскопии и биопсии шейки матки позволило своевременно провести диагностику предраковых заболеваний, что способствует профилактике такого грозного заболевания как рак шейки матки.

**GINEKOLOGIK KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARDA BACHADON BO'YNINING  
PATOLOGIK HOLATI****Yu. K. Mirzaeva, A. Sh. Xolmurodova, R. B. Solieva**

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

Ushbu tadqiqotning maqsadi akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy markazining maslahat poliklinikasiga murojaat etgan turli ginekologik patologiyalari bo'lgan bemorlarda bachadon bo'yni holatini o'rganish edi. Tadqiqotimizga 1125 nafar bemor jalb etildi. Bachadon bo'ynidan olingan biopsiya namunalarini gistologik tekshirish natijalarini tahlil qilish va ularni tsitologik ma'lumotlar bilan taqqoslash, PAP testining nisbatan yuqori sezuvchanligi va o'ziga xosligini ko'rsatdi. PAP test, kolposkopiya va bachadon bo'yni biopsiyasi usullari bachadon bo'yni saraton oldi kasalliklarni o'z vaqtida tashxislash imkonini berdi, bu esa bachadon bo'yni saratoni kabi yomon sifatli o'smalarning oldini olishga yordam berdi.

**PATHOLOGICAL CONDITIONS OF THE CERVIX IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL DISEASES****Yu. K. Mirzaeva, A. Sh. Xolmurodova, R. B. Solieva**

Republican Specialized Scientific and Practical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

The aim of this study was to study the state of the cervix in patients with various gynecological pathologies who applied to the scientific and advisory clinic of the Scientific and Practical Center for Obstetrics and Gynecology. The study included 1125 patients. Analysis of the results of histological examination of cervical biopsy specimens and their comparison with cytological data showed a rather high sensitivity and specificity of the PAP test. The PAP p test, colposcopy and biopsy of the cervix made it possible to timely diagnose precancerous diseases, which contributes to the prevention of such a formidable disease as cervical cancer.

Современные методы диагностики и лечения заболеваний шейки матки из года в год претерпевают существенные изменения и являются предметом обсуждений. Заслуживают внимания пациентки с предраковыми заболеваниями шейки матки, которые нуждаются в конкретных рекомендациях по своевременной диагностике и патогенетической терапии в целях профилактики возможных злокачественных процессов шейки матки. Поскольку, как известно, проблема рака шейки матки (РШМ) продолжает оставаться в центре внимания онкологов [1]. Если сегодня не проводить своевременные мероприятия по профилактике и лечению РШМ, то с 2050 г. ежегодно в мире РШМ будет заболеть 1 млн женщин. В нашей стране, как и во всех постсоветских республиках, отсутствует четкая программа организованного скрининга, направленная на предупреждение РШМ [3,5].

Ведущая роль в развитии патологических процессов шейки матки отводится вирусу папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время известно, что реализация онкогенной трансформации требует времени и носит стадийный характер, поэтому РШМ предшествует длительный этап диспластических изменений, который характеризуется постепенной деформацией пласта эпителия от базального слоя к поверхности, приводя к последовательному воз-

никновению состояний CIN I, II, III. В соответствии с терминологией Коллегии американских патологов (College of American Pathologists; CAP) онкогенез РШМ начинается с легкой дисплазии (LSIL), которая в дальнейшем переходит в тяжелую дисплазию (HSIL), предрак, рак in situ и инвазивный рак[2,4].

Длительность онкогенеза дает возможность врачам и пациентам опередить степень дисплазии и возможность достичь полной элиминации пласта атипических клеток вместе с реализовавшим свой онкогенный потенциал ВПЧ.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение состояния шейки матки у пациенток с различной гинекологической патологией, обратившихся в научно-консультативную поликлинику РСНПМЦ Акушерства и гинекологии.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 1125 пациенток, которым кроме гинекологического осмотра, УЗИ органов гениталий, изучения анамнеза и сбора жалоб произведено обследование на наиболее распространенные инфекции, передающиеся половым путем, мазок на степень чистоты влагалища, а также кольпоскопия и цитология после соответствующей подготовки - биопсия шейки матки для верификации диагноза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении анамнеза на различную патологию шейки матки в прошлом указали около половины всех пациенток основной группы – 586 (52,1%). Различным воздействиям на шейке матки была подвергнута каждая пятая больная основной группы - 228 (20,3%). На постоянные выделения и тупые боли внизу живота из половых путей в течение последних месяцев жаловались практически все пациентки.

Структура выявленной гинекологической патологии приведена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура выявленной гинекологической патологии у обследованных, абс., (%)

Заболевание	n= 1125	
	n	%
Эндометрит, воспаление матки и придатков	551	48,97
Нарушение менструального цикла	219	19,5
Миома матки, аденомиоз	128	11,4
Кисты и кистомы яичников	182	16,2
Бесплодие	109	9,3
Вагинит, бактериальный вагиноз, грибковый вагинит	1125	100

Анализ выявленной гинекологической патологии показал, что каждая вторая пациентка основной группы страдала различными воспалительными заболеваниями матки и придатков – 551(48,97%). Нарушения менструальной функции были диагностированы у 219 (19,5%). Миомы матки и аденомиоз верифицированы у 128 (11,4%) пациенток. Практически у всех пациенток диагностированы кольпиты различной этиологии и бактериальный вагиноз.

Результаты обследования на ИППП методом полимеразной цепной реакцией показали (табл.2), что наиболее частой патологией явился уреаплазмоз - у 278 (24,7%) женщин, у 112 (9,95%) - хламидиоз, у 89 (7,9%) - генитальный микоплазмоз. Хламидиоз в сочетании с генитальным уреаплазмозом выявлен у 69 (6,1%) женщин, у 154 (13,7%) обнаружен ВПЧ.

Всем пациенткам проведено комплексное лечение, включающее в себя противовоспалительную, противогрибковую, антибактериальную терапию с учетом выявленного возбудителя. Длительность курса лечения зависела от характера выявленных нарушений и сопутствующей гинекологической патологии. Терапия сопровождалась местными санациями влагалища с различными вагинальными суппозиториями. Назначали трехступенчатую местную санацию влагалища и шейки матки с использованием трехступенчатой терапии - на первом этапе вагинальные суппозитории метостил на ночь по 1 свече в течение 7 дней, затем клазин по 1 свече через день всего 3 свечи, после клазина пависин по 1 свече в течение 14 дней.

Таблица 2.

**Структура бактерио-вирусной инфекции у обследованных абс., (%)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
1	Уреаплазмоз	278	24,7
2	Генитальный хламидиоз	112	9,95
3	Хламидиоз+уреаплазмоз	69	6,1
4	Вирус папилломы человека	154	13,7

Обязательным условием явилось параллельное обследование и лечение половых партнеров.

После проведенного лечения с целью выявления патологии шейки матки всем обследуемым женщинам проведена расширенная кольпоскопия. Данные кольпоскопического исследования интерпретировали согласно Международной классификации кольпоскопических терминов, принятой на VII Всемирном конгрессе по кольпоскопии в 1990 г. в Риме и обновленной Международной ассоциацией по патологии шейки матки и кольпоскопии в 2002 г. в Барселоне.

Зона трансформации 1,2 и 3 типов диагностированы у 224 (19,9%), у 265 (23,6%) и у 636 (56,5%) соответственно. У подавляющего большинства пациенток на кольпоскопии диагностированы признаки атипической кольпоскопической картины: йоднегативные зоны в зоне и вне зоны трансформации – в 224 (19,9%) и 636 (56,5%) случаях соответственно. Вторым по частоте признаком ацето-белый эпителий в зоне трансформации - у 221 (19,6%) пациенток. Лейкоплакия зачастую была нежной и встречалась не менее часто – 386 (34,3%). Такие признаки атипической кольпоскопической картины как мозаика, пунктация и атипические сосуды регистрировались с различной частотой: от 112 (9,95%) до 698 (62,0%). Особое внимание заслуживают атипические сосуды, которые зарегистрированы нами у каждой пятой пациентки - 218 (19,4%), обращала на себя внимание разнокалиберность сосудов, их форма, разветвления, расстояние между ними, а также резистентность к пробе с уксусной кислотой.

Всем обследованным проведено цитологическое исследование мазков по методу Папаниколау. Полученные результаты цитологического исследования приведены в таблице 3. Анализ результатов цитологических исследований показал, что только у каждой 10 пациентки результаты ПАП теста имели категорию негативных к интраэпителиальным поражениям мазков - реактивные изменения клеток. У остальных 90% диагностированы интраэпителиальные поражения различной степени как в многослойном плоском эпителии, цилиндрическом эпителии шейки матки. Атипические клетки плоского эпителия неясного значения (ASCUS) были зарегистрированы у 21 (1,9%) пациентки.

Такая категория мазков, по мнению многих авторов, заслуживает пристального внимания врачей, и подлежат биопсии после курса лечения и повторного взятия ПАП-теста. Поскольку при гистологическом исследовании биоптатов взятых у этих больных зачастую диагностируются тяжелая дисплазия шейки матки или плоскоклеточный рак шейки матки.

У более, чем половины пациенток - 857 (76,2%) в цитологических мазках выявлены интраэпителиальные поражения низкой степени - LSIL/CIN I. При этом в окрашенных маз-

Таблица 3.

**Структура цитологических исследований у обследованных абс., (%)**

<b>Результаты цитологического исследования по Папаниколау</b>	<b>n=1125</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Реактивные изменения клеток	113	10,0
ASCUS	21	1,9
LSIL /CIN I	857	76,2
HSIL /CIN II и CIN III	131	11,6
CIS	1	0,1
AG-C	2	0,2

Таблица 4.

**Структура результатов гистологических исследований**

Гистологический диагноз	Число биопсий, n=508	
	n	%
Слабая дисплазия	373	73,4
Умеренная дисплазия	85	16,7
Тяжелая дисплазия	44	8,7
CIS	6	1,2

ках наблюдалось повреждение в клетках промежуточного и поверхностного слоя многослойного плоского эпителия. Эти повреждения характеризовались непропорциональным увеличением размеров ядра. Наблюдались неправильные контуры и формы ядра, гиперхромия ядер, двухядерность, неравномерная конденсация хроматина, утолщение ядерной мембраны, аномалия в числе, размере и форме ядрышек, цитоплазматическая полость (койлоцит).

Нередко наблюдалась койлоцитарная атипия, которая является цитологическим признаком присутствия ВПЧ: койлоциты – это клетки плоского эпителия неправильной формы с четкими границами, ядра гиперхромные, увеличены в разной степени, мембрана неровная, складчатая, хроматин часто смазанный, что придает ядрам вид матового стекла.

У 131 (11,6%) женщины мазках было диагностировано плоскоклеточные интраэпителиальные повреждения высокой степени (HSIL/ CIN II-III). При микроскопии цитологических мазков в данной категории были характерны изменения преимущественно в парабазальных и базальных слоях многослойного плоского эпителия, что в свою очередь подтверждает глубину поражения.

У одной пациентки цитологически диагностирован внутриэпителиальный рак (C<sub>g</sub> in situ). Атипия железистого эпителия эндоцервикса была обнаружена на цитограммах 2 (0,2%) пациенток. Атипия железистого эпителия в основном характеризовалась расположением клеток в виде перьев по периферии, нагромождением клеток, появлением палисадообразных и железистоподобных структур.

На основании результатов цитологического исследования отобраны 508 пациенток, нуждающихся в биопсии (табл. 4). В эту группу вошли женщины со следующей категорией цитологических мазков: ASCUS – 21 пациентка; LSIL /CIN I с длительным течением, все ВПЧ позитивные пациентки, имеющие аномальную кольпоскопическую картину – 356 пациенток, а также все 131 пациенток с HSIL /CIN II- III. Взятие биопсии проводилось методом радиоволновой хирургии (РВХ) на аппарате «Фотек Е 80 М» (Россия). Результаты гистологического исследования биоптатов шейки матки приведена в таблице 4.

Из 356 PAP-мазков с результатом LSIL/CINI в 352 (98,9%) биоптатах верифицирована слабая дисплазия многослойного плоского эпителия, у 4 (1,1%) -умеренная дисплазия. У 131 пациентки с HSIL/CIN II-III у 85 (64,9%) гистологически диагностирована умеренная и 50(38,2%) - тяжелая дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки.

Таким образом, анализ результатов гистологического исследования биоптатов шейки матки и сопоставление их с данными цитологии показало достаточно высокую чувствительность и специфичность ПАП - теста. Проведение ПАП теста, кольпоскопии и биопсии шейки матки позволило своевременно провести диагностику предраковых заболеваний, что способствует профилактике такого грозного заболевания как рак шейки матки.

**Использованная литература:**

1. Аполихина И.А., Денисова Е.Д. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современности

- менной гинекологии и пути ее решения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2017. — Т. 6, №6. — С. 70-75.
2. Адреева Е.Н., Григорян О. Р., Ужегова Ж.А. Современные аспекты этиологии и патогенеза фоновых, предраковых процессов и рака шейки матки (обзор литературы) // Проблемы репродукции. — 2016. — №5. — С. 17-23.
  3. Базелешина Е.Ю. Эффективность применения радиоволновой хирургии в лечении патологии шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Благовещенск, 2005. — 21с.
  4. Богатырева И.И. Современные подходы к лечению папилломавирусной инфекции урогенитального тракта // Лечащий врач. — 2017. — №4. — С. 42-49.
  5. Д. З. Мамарасулова, Д. Б. Исакова, Х. Н. Негматшаева, А. Ф. Валидова Эхографические и клинические особенности рака шейки матки // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.46-48. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-46-48
  6. Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, У. О. Наврузова, Г. К. Каримова, И. Б. Шукуров, Х. И. Аманова Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Вестник врача, № 4, 2019. С.77-82.
  7. Овсянникова Т.В., Куликов И.А., Павлова С.В. Заболевания шейки матки. Современный подход к диагностике и лечению. М., 2018.- С.98.
  8. М. М. Рахматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева Кольпоскопические данные и характеристика биоценоза влагалища и цервикального канала при заболеваниях шейки матки // Вестник врача, № 4, 2019. С.96-99.

**РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА  
В ПОДГОТОВКЕ К ПРОГРАММЕ ЭКО****М. Ш. Мукармшоева**

ООО «Медицинский центр «Насл»,

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, Душанбе, Таджикистан

**Ключевые слова:** бесплодие, хирургическое лечение, экстракорпоральное оплодотворение.**Tayanch so'zlar:** bepushtlik, jarrohlik davolash, in vitro urug'lantirish.**Key words:** infertility, surgical treatment, in vitro fertilization.

В настоящей работе представлены результаты исследования 29 клинических случаев первичного и вторичного бесплодия, которым в плане предгравидарной подготовки к программе ЭКО проведен хирургический этап лечения с дифференцированным подходом в условиях Медицинского центра «НАСЛ» в период с января 2017 по январь 2020 года. Хирургические вмешательства носили лечебно-диагностический характер с применением малоинвазивных эндоскопических методик. После применения протоколов IVF и ICSI у данных пациенток частота наступления клинической беременности составила 69%, кумулятивный коэффициент частоты живорождений составил 44,8%.

**EKO DASTURIGA TAYYORLANISHDA DIFFERENTIALANGAN  
JARROHLIK YONDOSILISHNING O'RNI****M. Sh. Mukaramshoeva**

«Nasl» tibbiyot markazi» MChJ,

Diplomdan keyingi talim instituti, Dushanbe, Tojikiston

Ushbu maqolada EKO dasturiga oldindan tayyorgarlik ko'rish nuqtai nazaridan NASL tibbiyot markazida differentsial yondashuv bilan davolashning jarrohlik bosqichidan o'tgan birlamchi va ikkilamchi bepushtlikning 29 ta klinik holatini o'rganish natijalari keltirilgan. 2017 yil yanvardan 2020 yil yanvargacha. Jarrohlik aralashuvlari minimal invaziv endoskopik usullardan foydalangan holda terapevtik va diagnostik xususiyatga ega edi. Ushbu bemorlarda EKO va ICSI protokollarini qo'llashdan so'ng, homilador bo'lish darajasi 69% ni, jami tirik tug'ilish darajasi 44,8% ni tashkil etdi

**THE ROLE OF A DIFFERENTIATED SURGICAL APPROACH IN PREPARATION FOR IVF PROGRAM****M. Sh. Mukaramshoeva**

LLC "Medical Center "Nasl",

Institute of Postgraduate Education in Healthcare, Dushanbe, Tajikistan

This paper presents the results of a study of 29 clinical cases of primary and secondary infertility, which, in terms of pre-gravid preparation for the IVF program, underwent a surgical stage of treatment with a differentiated approach at the NASL Medical Center from January 2017 to January 2020. Surgical interventions were therapeutic and diagnostic in nature using minimally invasive endoscopic techniques. After application of the IVF and ICSI protocols in these patients, the clinical pregnancy rate was 69%, the cumulative live birth rate was 44.8%.

**Введение.** Согласно формулировке ВОЗ (2018), бесплодие – это болезнь мужской или женской репродуктивной системы, определяемая как неспособность добиться беременности после регулярных незащищенных половых актов на протяжении 12 или более месяцев [1]. По оценкам экспертов ВОЗ, проблема бесплодия касается от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире [2, 3]. Трубно-перитонеальный фактор встречается в 20–30% случаев, причинами которого являются перенесенные воспалительные заболевания половых органов, оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, оперативные родоразрешения, эндометриоз [4].

В последние несколько десятилетий среди хирургических вмешательств на органах гениталий доля оперативных родоразрешений растет: в Финляндии – около 15%, в США – 30%. По сравнению с вагинальными родами, кесарево сечение связано с трех- или шестикратным риском серьезных осложнений: гинекологическая патология (межменструальные кровотечения), хроническая тазовая боль, «синдром кесарева сечения» и риск вторичного бесплодия, хотя, КС и не влияет на овариальный резерв. А у пациенток в программе ЭКО рубец после КС осложняет имплантацию эмбриона. [5-8] Зарубежные коллеги заявляют о

высокой доле положительных результатов (75%) у женщин, перенесших абдоминальную миомэктомию по поводу первичного бесплодия и невынашивания беременности, хотя и это может способствовать окклюзии маточных труб. [9] Что касается хирургического подхода к миомэктомии, данные двух рандомизированных контролируемых исследований показывают, что нет существенной разницы между лапароскопическим и открытым подходом в отношении показателей фертильности [10].

Таким образом, любые хирургические вмешательства на органах малого таза, и даже не связанные с органами гениталий (к примеру - аппендэктомия, операции на кишечнике, мочевыводящих органах и т.п.), сопровождаются высоким риском развития бесплодия в будущем, что требует дифференцированного подхода с применением современных эндоскопических методик и противоспаечных мероприятий с целью сохранения фертильности пациентки и подготовки к ЭКО.

**Цель.** Оценить результаты применения дифференцированного подхода хирургического этапа в программе ЭКО в условиях Медицинского центра «НАСЛ».

**Материал и методы исследования.** Нами изучены результаты лечения бесплодия 29 пациенток посредством применения программ ВРТ (ЭКО), которым на этапе прегравидарной подготовки проведен хирургический этап лечения с дифференцированным подходом. Все женщины проходили обследование и лечение в ООО «Медицинский центр «Насл» в период с января 2017 по январь 2020 года. В плане обследования были применены следующие методы: анамнестический, физикальный с гинекологическим осмотром, клинико-лабораторное обследование (ИФА, ПЦР, гормональный статус), лучевые методы (УЗИ трансабдоминальное и трансвагинальное), эндоскопические методы (лапароскопия, гистероскопия). Изучение репродуктивного здоровья также включало исследование уровня половых гормонов в первую и вторую фазы менструального цикла (ФСГ, ЛГ, Пролактин, Тестостерон, Прогестерон, Эстрадиол), функции щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ), овариального резерва (АМГ), УЗ-исследование органов малого таза на 5-7 дни менструального цикла, выявление ЗППП (ПЦР, ИФА) у обоих половых партнеров. Всем пациенткам по показаниям до хирургического этапа проведено лечение ЗППП, коррекция гормональных отклонений. В исследовании применены методы описательной статистики с определением минимального, максимального и среднего значения признака, и определение его доли.

**Результаты исследования.** Клинико-анамнестическая характеристика пациенток

№	Показатель	Мин. значение	Макс. значение	Среднее значение
1	Возраст, лет	24	41	31,69
2	Индекс массы тела	18,03	33,98	25,32
3	Возраст менархе, лет	12	16	14,2
4	Длительность МЦ, дни	24	35	28,03
5	Возраст начала половой жизни, лет	17	30	20,58
6	Длительность бесплодия, лет	2	13	7,8
7	Бесплодие: - первичное - вторичное		16 13	
8	Исходы беременностей в анамнезе: - влагалищные роды - вакуум-аспирация/медикаментозный аборт - медицинский аборт (кюретаж)		8 3 2	
9	Брак: - первый - повторный		26 3	
10	Структура бесплодия: - эндокринный фактор - мужской фактор - трубно-перитонеальный фактор - эндометриоз - сочетание нескольких факторов		13 8 10 2 9	



представлена в таблице ниже:

Как видно из таблицы, основной контингент женщин был в возрасте старше 30 лет, со средним весоростовым коэффициентом, у половины пациенток в анамнезе имели место роды и прерывание беременности, а средняя длительность бесплодия составила 7,8 лет. В структуре бесплодия превалировали эндокринный и трубно-перитонеальный факторы.

Результаты исследование гормонального статуса всех пациенток (n=29) до начала про-

№	Показатель	Референсные значения	Мин. значение	Макс. значение	Среднее значение
1	ФСГ, мЕд/мл	0,57-8,77	3,2	20,2	9,57
2	ЛГ, мЕд/мл	1,55-53,0	2,2	17,8	10,3
3	Пролактин, мЕд/мл	до 540,0	350	1470	650,7
4	Эстрадиол, пг/мл	13,6-190	18,2	190,4	59,8
5	Прогестерон, нмоль/л	6-70	2	30	11,2
6	Тестостерон, нмоль/л	0,2-2,7	0,9	3,3	1,74
7	Т3, нмоль/л	0,98-2,33	1,98	5,1	3,3
8	Т4, нмоль/л	62-150	2	82,4	12,7
9	ТТГ, мЕд/мл	0,4-4,0	0,8	3,95	2,51
10	АМГ, нг/мл	1,0-2,5	0,21	11,2	4,38

граммы ЭКО представлены в таблице ниже:

Имеют место повышенные значения среднего уровня ФСГ и АМГ, указывающие на гиперэстрогенные состояния, которые были связаны с синдромом поликистозных яичников и недостаточностью лютеиновой фазы у больных. ПЦР анализ биоматериала из половых путей у семейных пар выявил наличие таких возбудителей с титром более 10<sup>4</sup>, как уреоплазмоз у 4 супружеских пар, микоплазмоз – у 3 пар, ЦМВ – в 7 случаях, ВПГ – также в 7 случаях, гарднереллез – в 15 случаях, кандидоз в 4 случаях. В 3-х случаях выявлена ПВИ высокого онкогенного риска – типы 16, 35 и 39. Всем пациентам было проведена патогенетическая антибактериальная и противовирусная терапия в плане предгравидарной подготовки согласно принятым стандартам в нашей республике.

Также, состояние яичниковой функции и маточного цикла позволяет оценить УЗИ, которое было проведено всем нашим пациенткам на 5-7 дни менструального цикла до начала протокола. Так, среднее значение длины тела матки составило 50,6мм, ширины – 47,2мм, передне-заднего размера – 38,7мм, объема правого яичника – 6,6см<sup>3</sup>, количества фолликулов в одном срезе – 5,14, объема левого яичника – 10,6см<sup>3</sup>, количества фолликулов в одном срезе – 5,9, М-эхо – 5,9мм.

Всем пациенткам в условиях Медицинского центра «Насл» с лечебной и диагностической целью на первом этапе подготовки к программе ЭКО проведены различные эндоскопические вмешательства: в 11 случаях – лапароскопия (ЛС)+гистероскопия, (ГС) +хромосальпингоскопия, (ХСС)+адгезиолизис, в 8 случаях – лечебная гистерорезектоскопия с полипэктомией, в 6 случаях – ЛС+цистэктомия/энуклеация эндометриоидной кисты яичника, ЛС+ каутеризация яичников – в 1 случае, и ЛС+ХСС+адгезиолизис – в 5 случаях. В 2 случаях в связи с миомой матки выполнена миомэктомия лапаротомным доступом.

Во всех случаях эндоскопические вмешательства носили бережный органосохраняющий характер, с применением щадящих режимов электрохирургических вмешательств (монополярный режим) и рассасывающихся материалов при восстановлении целостности стенок матки и тканей яичников. Осложнений после хирургического этапа лечения отмечено не было. Все пациентки были выписаны после 1-ых суток домой в удовлетворительном состоянии, и 2 пациентки после миомэктомии выписаны на 5-ые сутки. В послеоперационном периоде через 14 дней всем пациенткам проведена рассасывающая местная терапия в сочетании с физиотерапевтическими процедурами на область малого таза.

**Обсуждение.** Программу IVF применили 18 пациенткам, ICSI – 11 пациенткам, трансфер размороженных эмбрионов был осуществлен в 3 случаях. В 25 случаях был применен

короткий протокол, в 4 – длинный. Перенос эмбрионов на 3 день – 21 случай, перенос на 5 день – 8 случаев. В 8 случаях было перенесено по 1 эмбриону, и в 21 случае – по два.

Наступление клинической беременности через 2 недели было установлено в 20 случаях, и в 9 – беременность не наступила. В процессе наблюдения за пациентками на момент сентября 2021 года зарегистрировано 13 случаев живорождений (оперативные роды – 7 случаев), и в 10 случаях – прерывание беременности на ранних сроках до 12 недель. Исследование продолжается.

**Заключение.** Таким образом, дифференцированный подход на хирургическом этапе в прегравидарной подготовке программы ЭКО обеспечил частоту наступления клинической беременности в 20/29 (69%) случаях, а кумулятивный коэффициент частоты живорождений (CLBR) составил 44,8% (13/29), в то время как аналогичный показатель в странах Европы и США варьирует от 29 до 42%, согласно данным 27 рандомизированных клинических исследований за 2016 год. [11]

#### Использованная литература:

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Международная классификация болезней, 11-й пересмотр (МКБ-11), Женева, ВОЗ, 2018 год.
2. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова и др.; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.
3. Хамзин И. З., Шуйская Д. А., Месропян Э. Д., Степанян Э. С. Влияние биполярной коагуляции (БПК) на овариальный резерв (ОР) при энуклеации эндометриоидных кист // Журнал акушерства и женских болезней. Т. LXV. 2016. С. 64-65.
4. Gore A. C., Chappell V. A., Fenton S.E. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals // Endocrine Reviews. 2015. Vol. 36(6). P.E1-E150.
5. Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys // PLoS Med. 2012. Vol. 9(12). – P.1001356.
6. Metwally M., Cheong Y. C., Horne A. W. Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD003857.
7. Moini A., Pirjani R., Rabiei M., Nurzadeh M., Sepidarkish M, Hosseini R., Hosseini L. Can delivery mode influence future ovarian reserve? Anti-Mullerian hormone levels and antral follicle count following cesarean section: a prospective cohort study // J Ovarian Res. 2019. Vol. 12(1). P. 83.
8. Sinclair D., Gaither K., Mason T. C. Fertility outcomes following myomectomy in an urban hospital setting // J Natl Med Assoc. 2015. Vol. 97 (10). P. 1346-8.
9. Tihtonen K., Nyberg R. Kohdun keisarileikkausarven pitkäaikais- vaikutukset [Long-term effects of uterine cesarean section scar] // Duodecim. 2014. Vol. 130 (5). P. 461-8.
10. Tsuji S., Kimura F., Yamanaka A., Hanada T., Hirata K., Takebayashi A., Takashima A., Seko-Nitta A., Murakami T. Impact of hysteroscopic surgery for isthmocele associated with cesarean scar syndrome // J Obstet Gynaecol Res. 2018. Vol. 44 (1). P. 43-48.
11. Wang Y. Q., Yin T. L., Xu W. M., Qi Q. R., Wang X. C., Yang J. Reproductive outcomes in women with prior cesarean section undergoing in vitro fertilization: A retrospective case-control study // J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci. 2017. Vol. 37 (6). P. 922-927.

**БАЧАДОН БЎЙНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН  
БЕМОРЛАРДА АРАЛАШ ЭТИОЛОГИЯЛИ ВУЛВОВАГИНИТНИ ДАВОЛАШ****Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, Э. Э. Каршиева**

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

**Таянч сўзлар:** вульвовагинит, бактериал вагиноз, бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари.**Ключевые слова:** вульвовагинит, бактериальный вагиноз, воспалительные заболевания шейки матки.**Key words:** vulvovaginitis, bacterial vaginosis, inflammatory disease cervix.

Бачадон бўйни касалликлари ва аралаш этиологияли вульвовагинит билан оғриган 110 нафар бемор текширилди. Яллиғланиш касалликларининг қайталанишини даволаш ва олдини олиш учун юкори самарадорлик ва хавфсизликни кўрсатадиган Клиндокс танланган дори сифатида хизмат қилиши мумкинлиги аниқланди. Препаратни қўллаш пайтида препаратни ножўя таъсири кузатилмайди, у 97,3% ҳолларда клиник ва лаборатория текшируви кўрсаткичларини нормаллаштиришга ва беморларнинг ушбу гуруҳининг ҳолатини яхшилашга қодир.

**ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ****Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, Э. Э. Каршиева**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Обследовано 110 пациенток с заболеваниями шейки матки и вульвовагинитами смешанной этиологии. Установлено, что для лечения и предупреждения рецидивов воспалительных заболеваний препаратом выбора может послужить Клиндокс, который проявляет высокую эффективность и безопасность. Во время использования препарата отсутствуют нежелательные побочные реакции, он способен в 97,3% случаев нормализовать показатели клинико-лабораторного обследования и улучшить состояние у данного контингента больных.

**TREATMENT OF DIFFERENT VULVAGINITIS IN WOMEN WITH CERVICAL AND GENITAL  
INFLAMMATORY DISEASES****N. O. Navruzova, G. A. Ixtiyarova, E. E. Karshiyeva**

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

We examined 110 patients with diseases of the cervix and vulvovaginitis of mixed etiology. It has been established that Klindox can serve as the drug of choice for the treatment and prevention of recurrence of inflammatory diseases, which is highly effective and safe. During the use of the drug, there are no undesirable side reactions, it is able to normalize the indicators of clinical and laboratory examination in 97,3% of cases and improve the condition in this contingent of patients.

Аёл жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, турли муаллифларнинг фикрига кўра, гинекологик касалликлар таркибида биринчи ўринни (55-70%) эгаллайди [1, 6]. Бачадон бўйни патологияси тарқалишининг кўпайиши унинг атипик кечиш ҳолатлари сонининг кўпайиши, касалликнинг кам ёки касаллик белгиларисиз кечиши, шунингдек беморларнинг клиник ва диагностик текшируви етарли эмаслиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бачадон бўйни цитокимёвий, иммуногистокимёвий ва бошқа текшириш усулларини амалда қўлланилишининг имконияти бўлмаганлиги сабабли [1,4].

Ушбу патологиянинг тузилишида муҳим ўринни носпецифик бактериал вульвовагинитлар эгаллайди. Гинекологик амалиётда деярли ҳар бешинчи (19,2%) бемор носпецифик вульвовагинитдан азият чекади, патологик оғриқ билан кечган аёлларда эса уларнинг даражаси 4 баробар ортади [1].

Аёл жинсий аъзоларининг патологик ҳолатлари орасида вагинал бактериал инфекцияларнинг учрашиш даражаси 80% га етади [18]. Бундай ҳолда, ўзига хос бўлмаган вагинитнинг полимикроб табиати алоҳида ўрин эгаллайди, бу эса 50-60% қиннинг замбуруғ инфекцияси билан бирлашади.

Ҳозирги вақтда маҳаллий қўлланилиши учун комбинацияланган антибактериал препаратлар жуда машхур. Бироқ, адабиёт маълумотлари ушбу дорилар гуруҳини қўллаганидан кейин турли вақтларда содир бўладиган кўплаб қайта кўзғалишларни кўрсатади; баъзи ҳол-

ларда эндоген лакто ва вагинал бифидофлора етишмовчилиги сақланиб қолади ва ҳатто ёмонлашади [9,12]. Вагинал инфекцияларни антибиотиклар, маҳаллий инфекцияга қарши дорилар билан даволаш лактобактерияларни камайишига олиб келиб, бу касалликнинг қайталанишига сабаб бўлади [11].

Антисептик терапия нафақат дисбиотик касалликларнинг учрашини камайтирмай, балки, аксинча, юқумли ва яллиғланиш касалликлари хавфини оширади [16]. Ушбу парадокснинг сабаби шундаки, қўлланилган дорилар вагинал биоценознинг аллақачон мавжуд номутаносиблигини кучайтиради ва шу билан аёлнинг соғлиғига бундай даволашнинг умуман фойда бермаганидан кўра кўпроқ зарар келтиради [21]. Аҳоли ва соғлиқни сақлаш муассасаларида антибиотикларга чидамли бактериялар келтириб чиқарадиган инфекциялар сони ортиб бормоқда, бу эса ушбу инфекцияларни ЖССТ Европа минтақаси мамлакатларидаги соғлиқни сақлаш тизимлари учун долзарб бўлган муҳим жамоат саломатлиги муаммосига айлантirmoқда [8].

Шифокорлар, афсуски, кўпинча халқаро тавсияларда берилган антибиотиклардан бошқа антибиотикларни қўллайдилар, даволаш ҳам алоҳида бўлган дженерикларнинг паст сифати билан мураккаблашади, унда фаол модданинг таркиби 96% дан 75% гача бўлади. Концентрациянинг пасайиши клиник самарадорликка таъсир қилмаса ҳам, бу муқаррар равишда антибиотикларга қаршилиқ шаклланишининг тезлашишига олиб келади [15]. Антибиотикларни ҳаддан ташқари ишлатиш ва улардан нотўғри фойдаланиш бактерияларнинг ушбу дориларга чидамли бўлишига олиб келиши мумкин, бу эса одатда антибиотикларга яхши жавоб берадиган инфекцияларни даволашни қийинлаштиради ва баъзан имконсиз қилади. Шунинг учун рационал антимиқроб табиатга эга терапия жуда муҳим: клиник ташхис имкон қадар аниқ бўлиши керак, антибиотикларни бошлашдан олдин микробиологик тадқиқот ўтказилиши керак; антибиотик терапия фақат ҳақиқатан ҳам зарур бўлганда қўлланилиши керак; антибактериал препаратлар билан даволашни имкон қадар эрта бошлаш; оптимал дори фойдасига танлов қилиш керак (антибиотикларга сезувчанликни баҳолаш натижалари ёки аниқ вазият учун клиник протоколлар билан аниқланади); препаратнинг дозасини, частотасини ва қўллаш йўлини тўғри аниқлаш муҳим ҳисобланади; даво ни аниқ тузалгунча давом эттириш керак; антибиотик терапияни бошқа даволаш усуллари билан бирлаштириш керак; антибиотик терапия курси охирида даволанишни назорат қилиш мажбурий ҳисобланади [7].

Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, аёлларнинг репродуктив соҳасининг яллиғланиш касалликлари таркибида энг катта фоиз яллиғланиш жараёнлари бўлиб, уларнинг этиологик омили оддий микрофлорани ташкил этувчи шартли-патоген бактериялар ва замбуруғлар ҳисобланади [3,20]. Кўпинча яллиғланишнинг ўзига хос белгиларинг йўқлиги ва ўзига хос кечиши ташхисни мураккаблаштиради, бу жараённинг сурункали бўлишига ёрдам беради ва аёлларнинг репродуктив функциясига салбий таъсир қилади. Аёлнинг соғлиғи ҳолатининг кўрсаткичи гормонал ва иммунологик ҳолатдаги барча ўзгаришларга жавоб берадиган динамик тизим бўлган вагинал микрофлора ҳисобланади. Аёл қинининг аэроб ва анаэроб микроорганизмлар билан зарарланиши аёл жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликларини (вульвит, кольпит, цервицит, эндометрит, сальпингит ва пельвиоперитонит) ривожланишига олиб келади. Ушбу касалликлардан бактериал вагиноз кўпинча ташхис қилинади (гинекологга мурожаат қилган беморларнинг 5% дан 25% гача), 2-3 анаэроб патогенлар ва 1 дан 5 гача аэроб намуналари сабаб бўлади [13]. Қин одатда кўплаб бактериялар томонидан колонизация қилинади, асосан лактобактериялар (*Lactobacillus sp.*), улар асосан қиннинг рН қийматини 4 дан паст даражада ушлаб туради. Бактериал вагиноз қиннинг доминат флораси табиатининг ўзгариши (дисбактериоз) ва, қоида тариқасида, гарднерелла бунинг асорати ҳисобланади (*Gardnerella vaginalis*). Бактериал вагиноз вагинитнинг энг кенг тарқалган сабабларидан биридир (60% ҳолларда). Хавф омиллари орасида паст ижтимоий-иқтисодий ҳолат, бачадон ичи контрацептив (БИК) воситалардан фойдаланиш, кўп жинсий шериклар ва чекиш киради [2,17]. Кўпгина беморларда патологик аломатлар йўқ ёки озрок вагинал

ажралма мавжудлигини қайд этишади. Симптоматик касаллик бўлса, беморлар тирнаш хусусияти келтирмайдиган, аммо ёқимсиз "балиқ", амин ҳиди билан бирга келадиган камдан-кам учрайдиган ажралма ҳақида шикоят қиладилар. Бактериал вагинозли беморларнинг асосий шикоятлари кўп миқдорда оқ ажралма, чот ва қин соҳасидаги қичишга, жинсий алоқа пайтида ноқулайлик, сийиш пайтида қичиш, бу эса аёлнинг ишлаш қобилятининг пасайишига ва ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келади [14,19].

Вагинал яллиғланиш касалликларининг клиник аҳамияти нафақат беморларнинг ноқулайлигида, балки аёл жинсий аъзоларининг инфекциясининг юқори хавфида ҳамдир. Киннинг сурункали яллиғланиш касалликлари бачадон бўйни эрозияси ва дисплазия ривожланишининг этиологик омилдир, шунинг учун бундай аралаш инфекциялар учун самарали терапия фақат мураккаб таъсирга эга дорилар қўлланилганда амалга оширилиши мумкин.

**Тадқиқот мақсади:** бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларда аралаш этиологияли вульвовагинитни даволаш учун Клиндокс дан фойдаланишнинг клиник ва лаборатория самарадорлигини ўрганиш, шунингдек, қайталанишни олдини олиш учун ушбу препаратни қўллаш самарадорлигини ўрганиш.

**Материаллар ва усуллар.** 2020-2021-йилларда Бухоро вилоят тиббий диагностика марказига 20 ёшдан 59 ёшгача бўлган турли гинекологик касалликлар бўйича поликлиникага мурожаат қилган 110 нафар аёлларни тиббий кўриқдан ўтказдик. Ёш гуруҳлари таққосланган: 1-асосий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $29,61 \pm 1,19$  ёшни ташкил этди.

Клиник ва анамнестик маълумотлар тўғрисидаги маълумотлар қуйидагилардан иборат: беморнинг ёши, ёмон одатларнинг мавжудлиги, соматик касалликлари ва ўтказган операциялар ҳақида маълумотга, жинсий ҳаёт ёши, контрацепция усуллари, ҳайз кўриш ёши ва гинекологик касалликларининг хусусиятларига.

Тўлиқ тиббий анамнез йиғилди, унда қуйидаги маълумотлар мавжуд:

- Болаликдаги ва ундан кейинги ёшдаги кечирган касалликлар;
- Ҳайз кўришнинг бошланиши;
- Ҳайз функциянинг табиати ва ривожланиши;
- Турмуш тарзи ва ёмон одатлар;
- Кечирган гинекологик касалликлар;
- Ҳомиладорлик ва туғиш натижалари.

Болалик ва ўсмирлик даврида юқадиган юқумли касалликлар, умуман олганда, аҳоли сонига қараганда бир оз кўпроқ учрайди (1 жадвал).

1 жадвал.

**Беморларнинг болалик давридаги касалланишининг учраши.**

Соматик касалликлари	n=110	%
Грипп	94	85,5
Йилда 2 ва ундан марта ортиқ ЎРВИ билан касалланиши	53	48,2
Гепатит А	13	11,8
Қизилча	56	51,8

Текширилаётган беморларда олдинги инфекциялар тўғрисидаги маълумотлар шуни кўрсатадики, 29 (26,4%) аёлларда аралаш инфекциялар (3 ёки ундан ортиқ инфекциялар комбинацияси) мавжуд (2 жадвал).

Менархе ёши тўғрисидаги маълумотлар 3 жадвалда келтирилган ва одатда аҳоли сонига мос келади.

Қайд этиш жоизки, кўриқдан ўтган барча аёллар фаол жинсий ҳаёт кечирган ва турли хил ҳимоя воситаларидан фойдаланган. Уларда асосан бачадон ичи воситалардан (29,1%), тўсувчи воситалардан (19,1%), комбинацияланган оғиз контрацептивларидан (КОК) (21,8%), спермицидлардан (35,5%) фойдаланганлар ва 11 (10,0%) аёлларда жарроҳлик йўли билан стерилизация қилинган (4 жадвал).

2 жадвал.

**Текширилган беморларда ўтмишдаги инфекциялари.**

Клиник белгилари	n=41	%
Қайталанувчи бактериал вагиноз	46	41,8
Хламидиоз	16	14,5
Трихомониаз	6	5,5
Сузак	3	2,7
Оддий герпес вируси (ОГВ)	21	19,1
Уреаплазмоз (микоплазмоз)	19	17,3
Аралаш-инфекциялар (3 ёки ундан ортиқ инфекциялар комбинацияси)	29	26,4

3 жадвал.

**Беморларнинг болалик давридаги касалланишининг учраши.**

Ёши	n=110	%
11	3	2,7
12	32	29,1
13	37	33,6
14	43	39,1
15	8	7,3
16	5	4,5
17	3	2,7

4 жадвал.

**Текширилган аёллар томонидан қўлланилган контрацепция усуллари.**

№		n=110	%
1	Бачадон ичи воситасидан фойдаланиш	32	29,1%
2	Тўсувчи материаллардан фойдаланиш	21	19,1%
3	КОК	24	21,8%
4	Спермициддан фойдаланиш	43	35,5%
5	Жаррохлик контрацепция	11	10%

5 жадвал.

**Бачадон бўйни касаллиги бўлган аёлларда кин рН қиймати.**

№	рН-метрия кўрсаткичлари	Асосий гуруҳ n=110	
		абс	%
1	5,5	8	7,3
2	6	29	26,4
3	6,5	48	43,6
4	7 ва ундан ортиқ	21	19,1

Бачадон бўйни касалликларининг клиник ва лаборатория кўринишларидан бири киннинг рН қийматининг ишқорий муҳитга ўзгариши ҳисобланади. Индикатор чизиқлари ёрдамида кин суюқлигининг рН қийматини ўлчашда синов рН-кислоталик индикатори ишқорий томонга > 6 дан 7,5 гача силжиди (5-жадвал).

Шундай қилиб, текширилганларнинг атиги 8 фоизида у 5,5 рН қийматига тўғри келди. Умуман олганда, аёлларда киннинг рН даражаси 6,0-7,0 ва ундан кўп ўзгариб туради. Шундай қилиб, текширилганларнинг 26,4 фоизида у 6,0, 43,6 фоизида - 6,5 ва 19,1 фоизида - 7,0 ва ундан юқори бўлган. Айтиш керакки, киннинг рН даражаси одатда кислотали бўлиши керак, бу микроорганизмларнинг кўпайишига тўсқинлик қилади. Ундаги микроорганизмларнинг кескин кўпайиши бактериялар томонидан аммиакнинг чиқишига олиб келади, бу рН ни микроорганизмларнинг ривожланиши учун қулай ишқорий муҳитга ўтказди.

Гинекологик анамнез 18 (16,4%) беморда тиббий ва мажбурий абортлар, 91 (82,7%) - жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари билан хасталанган. Сўровда, шунингдек,

фақат 27 нафар (24,5%) аёл кольпит билан биринчи марта мурожаат қилган, қолган барча беморлар (75,5%) эса турли воситалар билан қайта-қайта даволанганлиги аниқланди.

Беморлар оқ ажралмага 91 (82,7% ҳолларда), ташқи жинсий аъзолар соҳасидаги қичишга ва ачишишга 35 (31,8%) қиндаги қичишга ва ачишишга 51 (46,4%), жинсий алоқа пайтида ва ундан кейин ноқулайликга 29 (26,4%), дизурик ҳодисаларга 21 (19,1%) шикоят қилдилар.

Макроскопик баҳолашда киннинг ажралма миқдори текширилганларнинг 14,5 фоизида аҳамиятсиз, 31,8 фоизида ўртача ва 53,6 фоизида сезиларли деб баҳоланди.

Кин ажралмаларининг табиати ҳам ҳар хил эди: беморларнинг 11,8 фоизида шиллик-оқ ажралма, 23,6 фоизида сузмасимон, 36,4 фоизида йирингли, 28,2 фоизида кўпикли ажралма мавжуд. Кўпинча беморлар ажралма сувли, шилимшиқ йирингли сузмасимон ва кўпик аралашмаси табиатини қайд этишди – 73,6% ҳолларда.

Ажралмаларнинг реакцияси озгина кислотали эди. IV тозалик даражасида Додерлейн таёқчалари йўқ, кўп миқдордаги лейкоцитлар ва коклар флораси аниқланган. 92% ҳолларда ажралма реакцияси ишқорий, бошқаларида эса нейтрал эди.

Кин флораси тозалигининг III ва IV даражалари фонида суртмаларда қуйидаги патогенлар аниқланди: *Trichomonas vaginalis* – 18 (16,4%) беморда, бактериал вагиноз белгилари (*Gardnerella vaginalis* ва х.к.) – 23 (23,6%) беморда, *Candida albicans* – 11 (10%) беморда, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* билан бирга ва х.к. (аралаш-инфекция) – 55 (50%) беморларда.

Терапиянинг самарадорлиги шикоятлар динамикаси, гинекологик текширув натижалари, даволаш курси тугагандан сўнг дарҳол киндан ажралма лаборатория синовлари ва 1 ойдан кейин назорат билан баҳоланди.

Клиндокс (100 мг клиндомицин, 100 мг клотримазол ва 100 мг тинидазол) капсулаларини кунига бир марта дозада интравагинал 7 кун давомида юбориш билан даволашнинг ижобий динамикаси 2-3-кунларда қайд этилди ва даволаниш курсидан сўнг клиник ва лаборатория текширувлари ва беморларнинг аҳволини яхшилаш кўрсаткичлари нормаллашди.

Даволаш курсининг ижобий натижалари шикоятлар ва яллиғланиш жараёнининг объектив белгиларининг йўқлиги, қин микробиоценознинг тикланиши эди: патоген флорани элиминациялаш, лактобациллаларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг концентрациясининг ошиши, қин таркибидаги рН нинг нормаллашиши, микроскопик текширув остида "асосий хужайралар" ва лейкоцитознинг йўқлиги. Маҳаллий терапиядан 2-3 кун ўтгач, ажралмалар ва яллиғланиш белгилари сезиларли даражада камайган. 10 кундан кейин даволаш курси тугагандан сўнг, 66 (60%) аёлда тўлиқ тикланиш, 44 (40%) аёлда сезиларли яхшиланиш кузатилди. Умуман олганда, моноинфекцияли ва аралаш инфекцияли беморларда 10-12 кундан кейин 94 (85,5%) аёлда маҳаллий даволанишнинг ижобий натижалари олинган. 1 ойдан кейин ўтказилган назорат тадқиқотлари шуни кўрсатадики, 97,3% аёлда терапия барқарор ижобий натижага эга. Ўтказилган яллиғланишли юқумли жараённинг ножуя таъсири кин микробиоценозидаги ўзгаришлар (лактобациллалар билан тўйинганликнинг паст даражаси, қин таркибидаги рН ўзгариши) 14 (12,7%) беморда кузатилган. 6 (5,5%) аёлларда касалликнинг қайталаниши қайд этилган ва бу беморларда дастлаб аралаш кин инфекцияси бўлган ва касалликнинг қайталаниши ассоциация таркибининг ўзгариши билан бирга келган (трихомонадали замбуруғлар бактерияли замбуруғлар билан алмашилган).

Клиндокс капсулаларини кунига бир марта дозада интравагинал юбориш билан даволашнинг ижобий динамикаси 2-3-кунларда қайд этилди ва даволаниш курсидан сўнг клиник ва лаборатория текширувлари ва беморларнинг аҳволини яхшилаш кўрсаткичлари нормаллашди. Шуни ҳам таъкидлаш керакки, Клиндоксдан фойдаланиш нафақат патоген флорани бостиради, балки киннинг нормал микробиоценозини тиклайди ва бачадон бўйни яллиғланиш касалликларида тезроқ репаратив маҳаллий таъсир кўрсатди.

### **Хулоса.**

1. Олинган тадқиқотлар натижалари юқори самарадорликни, фойдаланиш хавфсизли-

гини, ножў таъсир реакцияларнинг йўқлигини, тез клиник таъсирни кўрсатади.

2. Ушбу препарат монотерапия сифатида ёки вулвовагинит ва бачадон бўйни яллиғлашниш касалликлари, аралаш инфекциялар учун комплекс терапиянинг бир қисми сифатида ишлатилиши мумкин.

3. Клиндокс инфекцион қаршилик ва кўп қайталаниш муаммосини ҳал қилади, чунки у кенг спектрли фаоллик билан комплекс антибактериал таъсирга эга.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Доктор ахборотномаси, 2019. № 4. С. 78-80. 7.
2. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки // Доктор ахборотномаси, 2019. №4. С. 77-82. 10.
3. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Медицина и спорт. 2020 (1): С.74-7.
4. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари.
5. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., & Каримова, Г. К. (2020). Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки. Проблемы биологии и медицины, (1.1), 117.
6. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, У. О., Шукуров, И. Б., & Аманова, Х. И. (2019). Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки. Доктор ахборотномаси, (4), 77-82.
7. Ikhtiyarova G.A. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies / G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.K. Dustova // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. - ISSN 2515-8260. - Volume 07, Issue 07. - P. 530-535.
8. Ikhtiyarova G.A., Navruzova N.O., Karimova G.K. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 78-80.
9. Ikhtiyarova, G. A., Navruzova, N. O., & Karimova, G. K. (2019). Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases. Doctor akhborotnomasi, (4), 78-80. SCIENTIFIC PROGRESS VOLUME 3 | ISSUE 1 | 2022 ISSN: 2181-1601 Uzbekistan www.scientificprogress.uz Page 207
10. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K. Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases // Problems of Biology and Medicine 2020. N. 1.1 (117). P. 313-314.
11. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K., Navruzova U.O., Shukurov I.B., Amanova Kh.I. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 77-82.
12. Navruzova N.O., Karimova G.K., Ikhtiyarova G.A. Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology // Medicine and sports, 2020. N. 1. P. 74-77.
13. Navruzova N.O., Karshiyeva E.E., Ikhtiyarova G.A., Hikmatova N.I., Olimova N.I., Muminova N.Kh. Clinical and laboratory markers forecasting of cervical diseases and its prevention // Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021. 13098-13110
14. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. Problems of Biology and Medicine, (1.1), 117.
15. Navruzova, N. O., Karimova, G. K., & Ikhtiyarova, G. A. (2020). Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology. Medicine and sports, (1), 74-77.
16. Navruzova, N., Ikhtiyarova, G., & Navruzova, O. Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases. SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN, 2181-1601.
17. Nilufar Navruzova, Gulchehra Ikhtiyarova, Ogilkhon Navruzova, Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases // «SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN: 2181-1601 // Volume: 1, ISSUE: 2
18. Oboskalova T.A., Kononova I.N., Voroshilina E.S., Kuzina T.V. The effectiveness of rehabilitation measures after destructive methods of scratching in patients with cervical pathology associated with human papillomavirus infection. // Obstetrics and gynecology. 2012. No. 2. S. 86-89
19. Prilepskaya V.N., Kostava M.N. Pathology of the cervix: theory, practice // Pathology of the cervix. Genital infections. – 2012
20. Rudakova, E.B. Inflammatory diseases of CM and infertility. Clinical lectures / E.B. Rudakov; ed. V.N. Prilepskaya, E.B. Rudakova. - Omsk: MEDpress-inform, 2004. -- 28 p.
21. Sidorova I.S., Zholobova M.N., Vedernikova N.V., Sha Sha, Ageev M.B. The state of the cervix in combined pathology of the uterus (uterine fibroids, adenomyosis, endometrial hyperplasia) // Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2012. No. 3 Volume 12. S. 55-57.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН С НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Д. К. Нажмутдинова, А. А. Данияров

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** ИТ технологии, телемедицина.

**Таянч сўзлар:** ИТ технологиялари, телетиббиёт.

**Key words:** IT technologies, telemedicine.

Данная статья показывает, что амбулаторное прерывание беременности в сроке до 69 дней от последней менструации не уступает хирургическим методам прерывания беременности по эффективности, превосходит безопасностью, в некоторых случаях комфортностью и доступностью. Анализ данной статьи показывает, что медикаментозное прерывание беременности можно проводить с минимальным участием врача, в амбулаторных условиях, с помощью ИТ технологий которыми владеет женщины.

## ИСТАЛМАГАН ХОМИЛАДОРЛИКНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА МЕДИКАМЕНТОЗ ЙУЛ БИЛАН ТУХТАТИЛИШИДА ТЕЛЕТИББИЕТНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Д. К. Нажмутдинова, А. А. Данияров

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Ушбу мақоладан шуни хулоса қилиш мумкинки, охириги ҳайздан 69 кунгача ҳомиладорликнинг медикаментоз йул билан амбулатор шароитда тугатилиши, афзаллиги жихатидан, ҳомиладорликни жарроҳлик йули билан тугатилишидан қолишмайди, хавфсизлик буйича устундир ва баъзи ҳолларда қолайлиги билан ажралиб туради. Ушбу мақоланинг таҳлили шуни кўрсатдики, ҳомиладорликни медикаментоз йул билан тугатишни амбулатор шароитда аёлнинг ишлата оладиган ИТ технологиясига ёндашган ҳолда шифокорнинг минимал аралашуви билан олиб бориш мумкинлигини кўрсатади.

## EFFECTIVENESS OF TELEMEDICINE DURING MEDICAL ABORTION IN WOMEN WITH UNWANTED PREGNANCY

D. K. Najmutdinova, A. A. Daniyarov

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

This article shows that medical abortion in outpatient pregnant women up to 69 days from the last menstruation is not inferior to surgical methods of termination of pregnancy in terms of efficiency, safety, in some cases exceeds with comfortability and availability. The analysis of this article shows that medical abortion in outpatient pregnant women can be completed with minimal physician participation using telemedicine based on IT technology witch outpatient pregnant women owns.

**Введение.** Телемедицина имеет широкое значение для улучшения здоровья людей, которые ограничены географическими барьерами в доступе к высококачественной медицинской помощи. [1]. В статье Гроссмана и Гриндли представлены убедительные доказательства того, что предоставление телемедицины для медикаментозного прерывания беременности также безопасно, как и очное лечение [2].

Аборт распространен во всем мире. Более 30% женщин подвергаются как минимум одному медикаментозному или хирургическому прерыванию беременности [3]. Географические проблемы могут повлиять на доступность к абортам, заставляя людей преодолевать большие расстояния для получения услуг [4]. Это особенно сложно для более уязвимых пациентов, которые часто сталкиваются с социально-экономическими препятствиями в доступе к справедливой и высококачественной помощи [5].

Сообщая о результатах 8 765 случаев аборт с помощью телемедицины и 10 405 случаев очных медикаментозных абортов, проведенных в Айове, продемонстрировали только 0,18% (95% ДИ 0,11-0,29%) клинически значимых нежелательных явлений в группе телемедицины по сравнению с 0,32 % (95% ДИ 0,23-0,45%) в группе очного посещения [2]. Исследователи предоставляют убедительные данные, подтверждающие то, что телемедицина является безопасным и осуществимым подходом к оказанию высококачественной медицин-

ской помощи по прерыванию беременности. В некоторых западных странах препараты, используемые для проведения медикаментозного прерывания беременности, после получения инструкции с помощью телемедицины, отправляются по почте или в ближайшую аптеку, где беременная может самостоятельно забрать препараты без участия врача. Исследования, изучающие роль мобильных технологий в репродуктивном здоровье, продемонстрировали, что вмешательства мобильного здравоохранения обладают потенциалом для предоставления «быстрой, удобной, недорогой и масштабируемой» информации и медицинских услуг [7].

Фактические данные свидетельствуют о том, что телемедицина не ставит под угрозу качество медицинской помощи за счет предоставления удаленной и доступной медицинской помощи. Гроссман и Гриндли добавляют убедительные доказательства, подтверждающие эти факты [1,2,6,8].

**Цель:** Оценка эффективности и осуществимости мобильных технологий при проведении медикаментозного прерывания беременности в условиях пандемии COVID-19.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 165 женщин репродуктивного возраста с аменореей до 69 дней с нежелательной беременностью, нуждающиеся в услуге медицинского аборта.

165 женщин были разделены на 3-группы. 1 и 2 группу составили 115 женщин у которых медикаментозное прерывание беременности проводилось стандартным путем с контрольными визитами к врачу. 3 группу составили 50 женщин которым была выдана анкета-вопросник и низко-чувствительный тест на беременность, им проводилось медикаментозное прерывание беременности в домашних условиях с использованием мобильных технологий для связи с врачом и для уточнения статуса аборта.

**Результаты и обсуждение.** Во всех группах произведено медикаментозное прерывание беременности. Женщинам 1 и 2 группы проводили медикаментозное прерывание беременности по стандартной технике с очными консультированиями с врачом, тогда как в 3 группе женщин после однократного соответствующего инструктажа проводили медикаментозное прерывание беременности в домашних условиях с применением мобильных технологий без участия врача.

Перед процедурой медикаментозного аборта для уточнения владения женщиной ИТ-технологиями в 3-группе женщин проведен опрос:

1. Какими ИТ-технологиями пользуется женщина? Все женщины владели мобильными технологиями. 50 (100%) женщин использовали СМС-уведомление, 24 (48%) женщин пользовались телеграмм-каналами и 19 (38%) женщин пользовались электронной почтой.
2. Частота использования ИТ-технологий? 7 (14%) женщин не пользовались мобильными технологиями, так как не было необходимости в связи с нахождением дома и отсутствия нужды для использования, но при этом все эти женщины имели гаджеты и имели знания пользования данными технологиями. 25 (50%) женщин пользовались редко, так как были домохозяйками. 10 (20%) женщин пользовались мобильными данными часто и 8 (16%) использовали мобильные данные ежедневно.
3. Наличие мобильных ресурсов? Все женщины имели 50 (100%) мобильный телефон, 29 (58%) имели стационарный телефон, 19 (38%) имели доступ в интернет.

После медикаментозного аборта проведен анализ на статус аборта во всех группах для сравнения данных, которые приведены в таблице 1. Полный аборт произошел в 96% случаев в 3-группе с использованием мобильных данных без участия врача, тогда как в 1 группе этот показатель составил 93.4% а во 2-группе 98.2%. Значимых нежелательных эффектов в 3-группе с использованием мобильных данных не наблюдалось.

**Заключение.** Исследование показало, что медикаментозное прерывание беременности с использованием телемедицины, мобильных данных не имеет значимых нежелательных последствий. Использование мобильных технологий для проведения медикаментозного прерывания беременности во время пандемии COVID-19 не имеет себе равных, тогда как у

Таблица 1.

## Анализ на статус аборта во всех группах.

Причина наблюдения/статус аборта	1-группа	2-группа	3-группа
День визита/связь через мобильные данные	15	15	16
Количество визитов	100%	100%	4%
Продолжающаяся беременность	0%	0%	0%
Полный аборт	93.4%	98.2%	96%
Неполный аборт	6.6%	1.8%	4%
Сильное кровотечение	0%	0%	0%
Продолжающееся кровотечение.	10%	7,2%	0%

большинства женщин имеется проблема с передвижением на улицах и риск заражения. Использование мобильных технологий даже имеет превосходство по сравнению с очными консультациями.

Исследования, изучающие роль мобильных технологий в репродуктивном здоровье, продемонстрировали, что вмешательства мобильного здравоохранения обладают потенциалом для предоставления «быстрой, удобной, недорогой и масштабируемой» информации и медицинских услуг [7].

## Использованная литература:

1. Chernick LS, Schnall R, Stockwell MS, et al. Adolescent female text messaging preferences to prevent pregnancy after an emergency department.
2. Grossman D, Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstet Gynecol* 2017/130/778-82.
3. Grossman DA, Grindlay K, Buchacker T, et al. Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa *Am J Public Health* 2013: 103:73-8.
4. Norman WV, Dickens BM. Abortion by telemedicine: an equitable option for Irish women. *BMJ* 2017/357
5. Sethna C, Doull M. Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. *Women Studies International Forum* 2013/38/52-62.
6. The care of women Requesting induced abortion (Evidence-based Clinical Guideline #7).
7. World Health Organization/ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Available online.
8. Yang YT, Kozhimannil KB. Medication abortion through tele-medicine: implications of a ruling by the Iowa Supreme Court/ *Obstet Gynecol* 2016/127/313-6. 10.1097

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ****Д. К. Нажмутдинова, Д. Т. Каюмова, У. А. Садуллаева, Д. Х. Ирнazarова, Г. З. Чориева**  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** перименопауза, гиперплазия эндометрия, аномальные маточные кровотечения, гены TNF- $\alpha$ , TP53, ER, PR, метаболический синдром.

**Tayanch soʻzlar:** perimenopauza, endometriya giperplaziyasi, bachadondan anomal qon ketish, TNF- $\alpha$ , TP53, ER, PR genlari, metabolik sindrom.

**Key words:** perimenopause, endometrial hyperplasia, abnormal uterine bleeding, TNF- $\alpha$ , TP53, ER, PR genes, metabolic syndrome.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) в перименопаузе обусловлены чаще всего гормональным дисбалансом: относительной гиперэстрогенией и относительной гипопрогестеронемией, приводящих к развитию как доброкачественных – гиперпластических процессов эндометрия, так и раку эндометрия. Изучены клинические, морфологические, гистохимические, молекулярно-генетические признаки, которые помогли определить патогенетические звенья, факторы риска развития, прогрессирования и рецидива гиперплазии эндометрия у 120 пациенток 41-56 лет с АМК для обоснования не только индивидуального, но и персонализированного подхода к профилактике и лечению данной патологии в последующем.

**PERIMENOPAUSA DAVRIDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHINING PATOGENETIK MEXANIZMLARI****D. K. Najmutdinova, D. T. Kayumova, U. A. Sadulaeva, D. Kh. Irnazarova, G. Z. Chorlieva**  
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Perimenopauza davrda bachadondan anomal qon ketish ko'pincha gormonal muvozanatga bog'liq: nisbatan giperestrogeniya va nisbatan hipoprogesteronemiya, yaxshi sifatli – giperplastik endometriyadagi jarayonlar va endometria saraton rivojlanishiga olib keladi. Klinik, morfologik, histokimyoviy, molekulyar-genetik belgilar o'rganilib, patogenetik bog'lanishlar, rivojlanish uchun xavf omillari, 120 ta bemorda 41-56 yil davomida endometriy giperplaziyasining rivojlanishi va takrorlanishini aniqlashga yordam berdi, bu nafaqat shaxsiy, balki ushbu patologiyaning oldini olish va davolashga moslashtirilgan yondashuvni ham asoslaydi.

**PATHOGENETIC MECHANISMS OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PERIMENOPAUSE****D. K. Najmutdinova, D. T. Kayumova, U. A. Sadulaeva, D. Kh. Irnazarova, G. Z. Chorlieva**  
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Abnormal uterine bleeding (AUB) in perimenopause is most often caused by hormonal imbalance: relative hyperestrogenism and relative hypoprogesteronemia, leading to the development of both benign endometrial hyperplastic processes and endometrial cancer. Clinical, morphological, histochemical, molecular genetic signs were studied, which helped to identify pathogenetic links, risk factors for the development, progression and recurrence of endometrial hyperplasia in 120 41-56-year-old patients with AUB to justify not only an individual, but also a personalized approach to the prevention and treatment of this pathology in the future.

Во всем мире все большее количество научных исследований посвящается охране здоровья женщин пострепродуктивного периода, выявлению факторов риска развития патологического течения перименопаузы, разработке и выбору инновационных лечебно-профилактических мероприятий, основанных на принципе индивидуального подхода [5, 10, 11, 16, 17]. Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) в перименопаузе остается предметом пристального интереса ввиду противоречивых иммуногистохимических, молекулярно-генетических, биохимических результатов и множества полученных маркеров, которые не позволяют однозначно прогнозировать течение, исход заболевания и обосновать вид терапии [8, 12, 13]. Кроме того, высокая частота рецидивов, отсутствие должной эффективности гормональной терапии, высокий риск малигнизации ГПЭ диктует необходимость совершенствования подхода к ее лечению [2, 12].

Признано, что развитие ГПЭ в перименопаузе - это естественное, соответствующее гормональному гомеостазу, состояние, тем не менее, ГПЭ диагностируется у 50-80% женщин и практически всегда сопровождается клиникой аномальных маточных кровотечений

(АМК) [9, 16]. В перименопаузе определено влияние развивающегося метаболического синдрома (МС) и отдельно его компонентов, а в частности ожирения, на предрасположенность развития и прогрессирования ГПЭ [7, 14] до рака эндометрия (в 2-50% случаев) [1, 2, 13, 14, 15]. До настоящего времени не выявлены универсальные молекулярно-генетические предикторы формирования ГПЭ, несмотря на большое количество публикаций, посвященных проблеме рецептивности эндометрия [3, 4, 6, 17]. Изучение клинко-патогенетических механизмов развития ГПЭ, чаще всего обуславливающих АМК в данном периоде женщин, позволит повысить уровень оказываемой им медицинской помощи.

**Целью исследования** явилось определение патогенетических механизмов развития ГПЭ, обуславливающих развитие АМК у женщин в перименопаузе.

**В задачи исследования** входило определение морфологических и гистохимических особенностей эндометрия у женщин с АМК в пери- и ранней постменопаузе, а также доказать патогенетическую значимость вариантов полиморфизма генов TP53, TNF-а, эстрогеновых (ER), прогестероновых рецепторов (PR) во взаимосвязи с метаболическими и воспалительными изменениями у женщин с АМК в пери- и ранней постменопаузе.

Нами были изучены клинические, морфологические, гистохимические, молекулярно-генетические признаки, которые помогли определить патогенетические звенья, факторы риска развития, прогрессирования и рецидива ГПЭ у 120 пациенток 41-56 лет с АМК для обоснования не только индивидуального, но и персонализированного подхода к профилактике и лечению данной патологии в последующем, они составили основную группу. Для определения факторов риска развития АМК были исследованы 522 женщины аналогичного возраста без АМК, которые составили контрольную группу.

Для достижения цели исследования **проведены** общеклиническое, гинекологическое и специальные методы исследований: морфологические, гистологические, гистохимические, биохимические, молекулярно-генетические и статистические методы исследования.

Всем женщинам основной группы проводили раздельное лечебно-диагностическое выскабливание/аспирацию эндометрия с последующим морфологическим и гистохимическим исследованием биоптатов, анализировали факторы рецидива и прогрессирования ГПЭ и в последующем определены молекулярно-генетические маркеры рецидивов ГПЭ.

Из биоптатов, полученных путем аспирации/выскабливания полости матки, готовили серийные срезы, окрашивали гематоксилином и эозином для проведения гистологических исследований, для определения различных структур - гистохимические исследования: коллагеновых волокон соединительной ткани – по Ван-Гизону, углеводы и мукополисахариды – ШИК-реакции. РНК - Унна-Браше, ДНК – Фельгена. Препараты визуализировали под светоптическим микроскопом МБИ-6 (Россия), Leica (Германия), окуляр микрометр-15 (ОМ).

Для определения специфичности генетических изменений и разработки персонализированной тактики ведения женщин с АМК проводили молекулярно-генетическое исследование. После забора образцов крови выделяли геномную ДНК из лимфоцитов периферической крови (Sambrook J. et al., 1989) с использованием набора реагентов «Рибо-преп» ООО «ИнтерЛабСервис» (Россия, Москва), качество образцов ДНК проверялось на спектрофотометре NanoDrop 2000 «Thermo Scientific» (USA). Генотипирование полиморфизмов, локализованных в промоторных регионах, 4х генов: rs1800629I TNF-а в позициях, G-308A, гена, Arg72Pro гена TP53, а также G/A (rs2228480) гена ER и G/T (rs1042838) гена PR проводили набором фирмы ООО НПФ Литех и НПО Сятол (Москва). Детекцию и амплификацию изученных локусов проводили с помощью термоциклеров GeneAmp PCR-system 2720 (Applied Biosystems, США) и CG1-96 («Corbett Research» QUAGEN Германия) методом аллель специфической ПЦР и ПЦР в режиме реального времени. В качестве маркера длин фрагментов ДНК использовали плазмиду pUC19, расщепленную рестриктазой MspI («СибЭнзим», Новосибирск). Специфичность амплификации и количество полученного амплификата разделяли и проверяли методом горизонтального электрофореза интерпретировали с использованием УФ-трансиллюминатора с встроенной фотокамерой.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета прикладных программ «OpenEpi 2009, Version 2.3». Оценка отклонения распределений генотипов изученных локусов ДНК (rs1800629I TNF-а в позициях G-308A гена, Arg72Pro гена TP53, а также G/A (rs2228480) гена ER и G/T (rs1042838) гена PR) от канонического распределения Харди-Вайнберга (PXB) проводилась с помощью программы «GenePop». Прогностическая ценность каждого генетического маркера определялась с помощью программы (<http://vigg.ru/fileadmin/user-upload/Rubanovich/>). Степень ассоциаций оценивали в значениях показателя отношения шансов odds ratio (OR) и риска развития relative risk (RR), связи признаков рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена (r).

Диагноз метаболического синдрома (МС) устанавливали на основании результатов антропометрии, и биохимического исследования по критериям NCEP-АТР III, АНА, (2013): определением общего холестерина, холестерин липопротеинов низкой, очень низкой и высокой плотности, триглицеридов энзиматическим ферментативным способом на анализаторе фирмы «Hoffman-La-Roche» (Австрия) с использованием реактивов фирмы Human (Германия) с вычислением коэффициента атерогенности; определением уровня глюкозы с проведением глюкозотолерантного теста на биохимическом полуавтоматическом анализаторе-фотометре 5010V5+ (Германия).

Выявлен высокий риск развития ГПЭ у женщин с метаболическими нарушениями в пери- и постменопаузе: при ожирении (OR=3,3), СД 2 типа (OR=3,6), ГБ (OR=1,3), а также: акушерскими кровотечениями в анамнезе (OR=17,3), эндометриозом (OR=31,1), миомой матки (OR=3,2), воспалительные заболевания малого таза (OR=5,2), бесплодием (OR=3,5), привычными и самопроизвольными потерями беременности (OR=1,9), а также хроническим гепатохолециститом (OR=3,0), последний способствует снижению выведения холестерина и развитию гиперхолестеремии, а также снижению выработки глобулина, связывающего половые стероиды, создавая условия циркуляции в сыворотке крови свободных фракций эстрогенов и андрогенов, усугубляет ГПЭ и МС.

Из 120 пациенток с ГПЭ 26 (21,7%) имели рецидивирующий характер АМК и из них 13 (50%) - не принимали реабилитационного курса гормональной и противовоспалительной терапии. При этом, 73,1% из них имели избыточную массу тела и гистологически подтвержденный хронический эндометрит. Наиболее частой причиной АМК в перименопаузе являлась ГПЭ (73,3%), практически у каждой третьей пациентки ГПЭ сопровождалась миомой матки (33,3%), а также эндометритом (27,5%). Аденокарцинома была выявлена у 2 пациенток, рак эндометрия - у 1й, все три пациентки имелиотягощенный семейный анамнез рака и 2 из них - сформированный МС.

Патоморфологические изменения, выявленные как в железисто-эпителиальном, так и в стромально-сосудистом компонентах характеризовались дисциркуляторными, в ряде случаев воспалительными, дизрегенераторными процессами эндометрия. В случаях развития ГПЭ на фоне ожирения сосудистые патоморфологические изменения были более выраженными и распространялись во все отделы артериальных сосудов. При этом мелкие артерии и артериолы за счёт значительного утолщения стенки были стенозированы, некоторые даже были обтурированы.

Гистохимическое исследование для выявления пролиферативной активности структурных элементов эндометрия выявило наиболее высокую концентрацию РНК в эпителии пролиферирующих желез и более выраженную неравномерность содержания гранул ДНК, как в эпителии желез, так и в стромальных клетках. Простая ГПЭ без атипии проявилась образованием кистозных полостей с неравномерно утолщенным эпителием и высоким содержанием РНК (рис.1) особенно в железах с пролиферирующим многорядным эпителием в виде красно-розового окрашивания цитоплазмы эпителия. Простая ГПЭ без атипии на фоне хронического воспаления и склероза проявилась образованием кистозно расширенных деформированных желез с высоким содержанием ДНК. Сложная ГПЭ без атипии была представлена плотно расположенными гиперплазированными железистыми, аденоматозно изме-

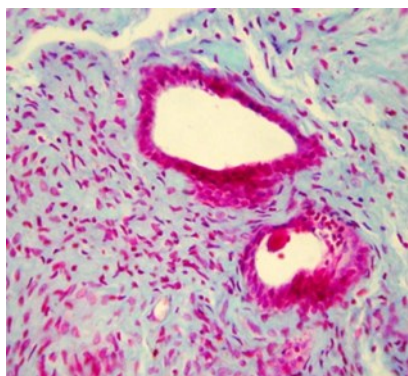


Рис. 1. Простая ГПЭ без атипии. Окраска: по Унна-Брауце. Ув: ок.10, об.40.

Высокое содержание РНК эпителия желез

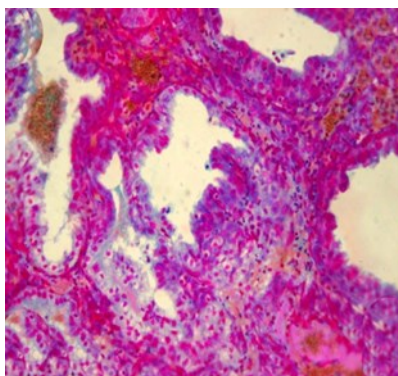


Рис. 2. Сложная ГПЭ без атипии. Окраска: по Фельгену. Ув: ок.10, об.40

Повышенное содержание ДНК в ядрах эпителия желез

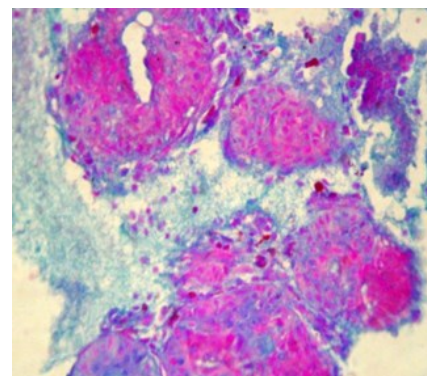


Рис. 3. Сложная ГПЭ без атипии. Окраска: по Унна-Брауце. Ув: ок.10, об.40.

Гранулы РНК в пролиферативно активных клетках желез

ненными структурами. Выраженная пролиферативная активность высокого и многорядного эпителия сопровождалась большим количеством ДНК в ядрах (рис. 2) и высоким содержанием РНК, особенно в эпителии многорядно и аконтотически пролиферирующих желез (рис. 3) и высоким содержанием ШИК-положительного вещества.

Также было выявлено, что дезорганизационные гистологические изменения в эндометрии у женщин с АМК в пери- и ранней постменопаузе сопровождаются воспалением (27,3%), развитием гиперплазии и гипертрофии в эндометрии (73,3%) и гладкомышечных клетках. Гистохимическое исследование выявило пролиферативную активность с наиболее высокой концентрацией РНК в эпителии пролиферирующих желез, а в крупных ядрах эпителия желез и в стромальных клетках - неравномерное содержание гранул ДНК, что свидетельствует о высокой митотической активности в гиперплазированной эндометрии и необходимости проведения адекватной терапии для профилактики прогрессирования данных изменений.

Исследование молекулярных механизмов ГПЭ и поиск их фармакологической коррекции — одно из самых динамично развивающихся областей современной молекулярной медицины. Ключевыми генами регуляции пролиферативной активности клеток эндометрия является ген TNF- $\alpha$ , а ведущим геном канцерогенеза - проапоптотический белок Trp53. Исследование генного полиморфизма эстрогенных (ER) и прогестероновых рецепторов (PR) является актуальным ввиду отсутствия данных по их роли в развитии ГПЭ и ответа на МГТ. Процессы пролиферации эндо- и миометрия на сегодняшний день рассматриваются как единый процесс роста от доброкачественного в злокачественный. Как показали исследования, в группе женщин с АМК генотип G/G полиморфизма (rs2228480/594) гена ER не является генетическими детерминантами развития ГПЭ. Кроме того, его выявление играет протекторную роль в развитии ГПЭ на фоне ожирения ( $\chi^2=5,7$ ; P=0,02; RR=0,8; OR=0,3). Это лишний раз свидетельствует об эстрогензависимости ГПЭ и предопределяет его адекватный ответ на эстрогенотерапию. Метаболическая дисфункция при ожирении сопровождается хроническим воспалением и это ведет к повреждению ДНК, чем можно объяснить снижение протекторной роли полиморфизмов генов (в частности часто встречающегося генотипа G/G полиморфизма (rs2228480/594) гена ER) в развитии ГПЭ, особенно на фоне ожирения и рецидива на фоне менопаузальной гормональной терапии. Доминирование редкого гомозиготного варианта полиморфизма T/T (s1042838) гена PR у женщин с рецидивирующими АМК на фоне ожирения ( $\chi^2=6,2$ ; P=0,01; RR=8,9; OR=9,6) может достоверно свидетельствовать об отсутствии ответа на традиционную прогестероновую антирецидивную терапию при АМК. Определена фенотипическая связь между наличием ожирения и ГПЭ в пери- и постменопаузе, а также подтверждена эффективность полиморфизма G/T (rs1042838) гена PR у женщин с АМК и ожирением, (OR=2,1; P=0,02) и полиморфизм данного гена можно

считать геном-кандидатом на развитие ГПЭ в пери- и постменопаузе. У женщин с АМК как с ожирением, так и без такового отмечается статистически значимое превалирование как аллеля А ( $\chi^2=4,2$ ;  $P=0,06$ ;  $RR=1,7$ ;  $OR=1,8$ ), так и генотипа G/A rs1800629 гена TNF- $\alpha$  ( $\chi^2=4,3$ ;  $P=0,04$ ;  $RR=1,7$ ;  $OR=1,9$ ) над группой контроля. Нами выявлена прогностическая эффективность маркера полиморфизма Arg72Pro в гена TP53 у женщин с АМК и ожирением ( $OR=2,2$ ;  $P<0,05$ ). Arg/Arg можно считать относительно надежным протектором развития АМК на фоне ожирения, а Pro/Rgo - его предиктором.

Коррекция метаболических нарушений является этиопатогенетически обоснованной и должна обязательно входить в комплекс терапии больных с ГПЭ и ожирением. Кроме того, выяснение анамнеза дало предпосылки изучить генетический полиморфизм у женщин с АМК, особенно у женщин с отягощенным семейным онкоанамнезом, так как проведение лишь морфологических исследований не может составить прогноз риска прогрессирования ГПЭ до малигнизации. В связи с этим исследование полиморфизма генов провоспалительного маркера (TNF- $\alpha$ ), маркера ангио- и неогенеза Trp-53, а также генов рецепторов половых стероидов – ER1 и PR могут дать возможность ранней доклинической диагностики и поиска оптимального лечения гиперпластических процессов конечным этапом которых может явиться злокачественный процесс. Так, у 3х женщин с отягощенным семейным и личным онкоанамнезом было выявлено гомозиготное носительство редкого «мутантного» Pro/Pro гена Trp53.

Таким образом, нами доказана патогенетическая связь между развитием, прогрессированием и рецидивами ГПЭ и маточными кровотечениями с метаболическими нарушениями у женщин в пери- и постменопаузе, а также установлена концептуальная связь ГПЭ и маточных кровотечений в перименопаузе на фоне ожирения с генетическими детерминантами - частотой распределения аллелей и генотипических вариантов генов рецепторов эстрогенов (rs2228480 ER1); прогестерона (rs1042838 PR); фактора некроза опухоли (rs1042522 rs1800629 TNF-a) и апоптоза (Arg72Pro гена TP53).

#### Использованная литература:

1. Габидуллина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р., Валеева Е.В., Орлова Ю.И., Шакиров А.А. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток // Consilium Medicum. – 2019. - №6. – С. 53-58.
2. Давыдов А.И., Новрузова Н.Х., Стрижаков А.Н. Гиперплазии эндометрия: анализ классификации ВОЗ 2014 и протокола RCOG & BSGE с позиций собственных результатов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. -№ 17(4). - С. 11–24. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-4-11-24.
3. Мирзахмедова Н.А. Клинико-генетические параметры метаболического синдрома у женщин с хирургической и физиологической менопаузой // Медицинские новости. - Минск, 2019. - №4. – С. 82-84.
4. Ордянец И.М., Аракелов С.Э., Павлова Е.А., Дмитриева Е.В. и соавт. Генетический риск развития гиперпластического процесса в эндометрии и в молочных железах, ассоциированный полиморфизмом генов-кандидатов // Мать и дитя в Кузбассе. - 2014. - №4 (59). - 2014. - С. 62–65.
5. Подзолкова Н.М., Подзолков А.В., Брагина А.Е., Роговская С.И. Современные возможности диагностики, лечения и профилактики возрастзависимых заболеваний у женщин. М: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 200 с.
6. Слюсарева О.А. Молекулярные методы диагностики гиперплазии эндометрия // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2016. - № 2. – С. 176-181
7. Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Жолобова М.Н., Масякина А.В., Ковалева А.М. Ожирение и обменные нарушения как фактор риска гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. - №3(3). – С. 149-155. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2016-3-3-149-155>.
8. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Гиперпластические процессы эндометрия в пременопаузе: современные возможности гормональной коррекции и профилактики // Гинекология. – 2013. №15 (2). – С. 8–12.
9. Чернуха Г.Е., Ильина Л.М., Иванов И.А. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение // Гинекология. - 2018. - № 20 (4). - С. 4-8. DOI: 10.26442/2079-5696\_2018.4.4-8.



10. А. С. Юлдашева, Г. М. Ахмаджонова Проблемы ациклического маточного кровотечения в период перименопаузы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.106-108. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-106-108
11. Anagnostis P., Bitzer J., Cano A. et al. Menopause symptom management in women with dyslipidemias: an EMAS clinical guide // *Maturitas*. – 2020. - May 135. – P. 82-88. doi:10.1016/j.maturitas.2020.03.007.
12. Dotlic J., Nicevic S., Kurtagis I. et al. Hormonal Therapy in Menopausal Transition: Implications for Improvement of Health-Related Quality of Life // *Gynecol Endocrinol.* - 2020. - №36 (4). – P. 327–332. doi:10.1080/09513590.2019.1676409.
13. Gallos I.D., Alazzam M., Clark T., Faraj R., Rosenthal A., Smith P., et al. RCOG Greentop Guideline: Management of Endometrial Hyperplasia. 2016. Available at:[https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top\\_guidelines/gtg\\_67\\_endometrial\\_hyperplasia.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top_guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf).
14. Gon S., Kundu T., Mallick D. et al. A study on histopathological patterns of endometrium in different types of abnormal uterine bleeding among peri and postmenopausal women // *J. Dent. Med. Sci. (IOSR-JDMS)*. – 2016. №15. - Issue 9. – P. 106–111.
15. Özdemir S., Batmaz G., Ates S. et al. Relation of metabolic syndrome with endometrial pathologies in patients with abnormal uterine bleeding // *Gynecol. Endocrinol.* – 2015. - №31 (9) – P. 725-729. doi: 10.3109/09513590.2015.1058355.
16. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health; National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline [NG88]. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. March 2018.
17. Santoro N., Crawford S.L., El Khoudary S.R., Allshouse A.A., Burnett-Bowie S.A., Finkelstein J., et al. Menstrual Cycle Hormone Changes in Women Traversing Menopause: Study of Women's Health Across the Nation // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 2017, Jul 1. – Vol. 102 (7). – P. 2218-2229. DOI: 10.1210/jc.2016-4017.
18. Solomatina A., Martirosyan K., Tikhonov D. Influence of the receptor gene expression of the reproductive hormones at patients with endometrium pathology in postmenopause // *XX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics*. - Rome, 2012. Wouk N., Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women // *Am. Fam. Physician.* – 2019. Apr. 1 – Vol. 99 (7). – P.435-443. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30932448>

## ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Б. Б. Назаров, Р. Э. Ниязметов

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** генитал пролапс, метостил, пластик жаррохлик операциялари.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, метостил, пластические хирургические операции.

**Key words:** genital prolapse, metostyle, plastic surgery.

Жинсий пролапсе бўлган 102 беморни даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилдик. Метостил ва олазолдан фойдаланиш тўқималарнинг янгиланиш тезлиги ошишига ва ички генитал аъзоларнинг пролапси билан оғриган беморларни жаррохлик даволаш самарадорлигини оширишга ёрдам берди. Метостилни қўллаш даволаш давомийлигини  $1,6 \pm 0,18$  кунга қисқартирди.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Б. Б. Назаров, Р. Э. Ниязметов

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 102 больных пролапсом гениталий. Применение метостила способствовало повышению скорости регенерации ткани и улучшило показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование метостила позволило сократить сроки лечения на  $1,6 \pm 0,18$  суток.

## REHABILITATION OF PATIENTS POSTOPERATIVE PERIOD WITH GENITAL PROLAPSE

B. B. Nazarov, R. E. Niyazmetov

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan,

Center for the development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

We performed a comparative analysis of the results of treatment of 102 patients with genital prolapse. The use of metostil and olazol contributed to an increase in the rate of tissue regeneration and improved the efficiency of surgical treatment of patients with prolapse of internal genital organs. The use of metostil reduced the duration of treatment by  $1,6 \pm 0.3$  days.

**Долзарблиги:** Жинсий органлар пролапси - ҳозирги кунда нафақат климактерик ёшдаги аёллар, балки репродуктив ёшдаги аёллар учун ҳам долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси кенг тарқалиши ва аёлларда яшаш сифатини ўзгартираётгани учун, охириги йилларда гинекология соҳасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси касалликларини хирургик давоси ва ундан кейинги даволаш тактикалардаги муаммолар, акушер-гинекологик съезд, конгресс ва конференцияларнинг асосий баҳс мунозаралардан биридир.

Агар хирургик соҳада бир неча хил турдаги чурралар фарқланса, гинекологияда жинсий органлар пролапси бу чанок соҳаси чурраси сифатида кўриш ўринлидир. Олдинги йилларда бу касаллик учун сабаб сифатида чанок соҳаси бириктирувчи тўқималар дисплазияси кўрсатилган бўлса, ҳозирги кунда сабаб ёхуд касалликка олиб келувчи омил сифатида туғруқдан кейинги оралиқ соҳаси шиккастлари, чанок аъзолари қон айланишининг бўзилиши ва бачадон бойламларининг сустлиги эътироф этиляпти.

Юқорида кўрсатилган омилларнинг барчаси чанок соҳасида трофик ва регенератив жараёнларнинг сустлашуви, бу ўз навбатида эпителизациянинг тўлиқ бўлмаслиги, касалликнинг қайталаниши каби асоратларга олиб келади.

Биз операциядан сўнг комбинирланган (мультикомпонетли) дори воситаси: метостил - антибактериал, яллиғланишга ва замбурукга қарши хусусиятга эга, қин суппозиторийси ишлатдик. Бир қин суппозиторийси таркибида: 200 мг метронидазол, 160 мг клотримазола и 8 мг хлоргексидин мавжуд. Бу доривоситаси антибактериал ва қин шиллик қаватининг реге-

нерациясини стимуляция қилиш хусусиятга эга.

**Мақсад:** Жинсий аъзолар пролапси билан операция бўлган беморларда операциядан кейинги даврда метостил дори воситасининг эффективлигини ўрганиш.

**Текшириш усуллари:** Клиник текширувлар 2018-2021 йиллар мобайнида Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси туғруқхонаси гинекология бўлими базасида ўтказилган. Клиник текширувларга 2018-2021 йилда чаноқ аъзолари пролапси билан қин орқали операция қилинган 39-67 ёш оралиғидаги 102 та беморларлар киритилган. Шулардан 28 (27,4%) таси репродуктив, 33 (32,3%) таси перименопаузал, 41 (40,1%) таси постменопаузал давридаги аёллар. Касалликни даврийлиги 3 йилдан 16 йилгача. Барча беморлар операциядан олдин стандарт тиббий текширувлардан ўтказилган.

**Клиник текширувлар натижаси ва таҳлили:** Клиник текширувда қатнашган беморларда чаноқ органлар пролапси ICS (POP-Q) класификацияси бўйича таснифланган. Беморлар нозологик жиҳатдан: чаноқ аъзолар пролапси 2 даражасида – 24 (23,5%) та; III даражасида - 45 (44,1%) та; IV даражасида - 33 (32,3%) га бўлинган. Шу билан бир қаторда беморда кўшни аъзолар функцияси бўзилишлари кўзатилиб, булардан: 69 (67,6%) тасида сийишнинг бўзилиши бўлиб, асосан 59 (57,8%) да тез-тез сийиш, 10 (9,8%) тасида сийишнинг қийинлашуви кўзатилган. 38 (37,2%) тасида эса қабзиятлар безовта қилган. Беморларнинг 61 (59,8%) тасида қўшимча касалликлардан (бириктирувчи тўқима дисплазияси), 72 (70,5%) тасида эса сурункали қорин бўшлиғи босимини ошишига олиб келувчи касалликлар аниқланган.

Хар бир беморга ёши, гинекологик ва экстрагенитал касалликларидан келиб чиққан ҳолда индивидуал операциядан олдинги, хирургик даво ва операциядан кейинги давр учун махсус даво муолажалари тузиб чиқилди.

Барча 102 (100%) та беморга олдинги-орка кольпорафия, перинеолеваторопластика билан операцияси амалга оширилган. Шулардан 42 (41,1%) тасида бачадон бўйни ампутацияси, 26 (25,4%) вентрофиксация, 8 (7,8%) тасида қин орқали бачадон экстерпацияси амалиётлари билан бирга амалга оширилган.

Операциядан кейинги даврда қўлланилган даво усулларига қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган.

Биринчи гуруҳга операциядан кейинги даврда қиндаги чоклар қунига 1 маҳал антисептик восита билан ювилган 32 (31,3%) та бемор киритилди.

Иккинчи гуруҳга 5 кун давомида операциядан сўнг қинга метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 36 (35,2%) та бемор киритилди.

Учинчи гуруҳга 7 кун давомида операциядан сўнг қинга метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 34 (33,3%) та бемор киритилди.

Даво муолажаларининг самарадорлиги: беморнинг шифохонада бўлиш кунлари давомийлиги, қинда операциядан кейинги чокларнинг битиш тезлиги, қинда қичиш, қизариш, қуйишиш, оғрик, қин ажралмаларнинг бор ёки йўқлиги каби субъектив ва объектив шикоятлар асосида белгиланди.

Таҳлиллар асосида шуни айтиш жоизки, операция соҳасидаги оғриқлар барча гуруҳларда биринчи 2 кунда сақланган бўлиб, қуйишиш ва қичиш безовта қилмаган. Гинекологик кўрувда асосида операцион соҳасидаги тўқималарнинг регенерацияси жадаллиги, шишлар ва қизаришларнинг бўлмаслиги, метостил ишлатилган гуруҳда яққол кўринган.

Метостил суппозиторийларини қунига 1 маҳал 7 кун давомида ишлатган гуруҳда қиндан қонча аралаш шилликнинг келиши  $4,12 \pm 0,16$  қунида ( $p < 0,05$ ), иккинчи гуруҳда  $4,47 \pm 0,65$  қунида ( $p < 0,05$ ) и биринчи гуруҳда  $8,34 \pm 0,84$  қунида ( $p < 0,05$ ) тўхтаган.

Даволаниш динамикаси сифатида маҳаллий яллиғланиш белгилари бўлган шиш, операция соҳаси гиперемияси олинган. Кузатувлар операциядан сўнг метостил ва левамиколь ишлатган беморлар гуруҳида яхши натижа бергани кузатилди. Антисептик воситалар ишлатилган гуруҳдаги 9 та (28,1%) беморда маҳаллий шиш ва операцион соҳа гиперемияси кузатилган бўлиб, яллиғланиш белгилари  $4,58 \pm 0,37$  ( $p < 0,05$ ) кунгача сақланган. Бу ҳолатлар ме-

тостил ва левомиколь ишлатилган беморларда умуман кузатилмаган.

Барча беморларда операцион жароҳат бирламчи битган. Шифохонада даволаниши биринчи гуруҳда  $7,21 \pm 0,27$  кунни, метостил ишлатилган беморлар -  $6,23 \pm 0,18$  кун ташкил этган бўлса, метостил ва левомикол ишлатилган гуруҳда эса  $-5,32 \pm 0,17$  кунни ташкил қилган.

**Хулоса:** Кузатувлар натижасида олинган маълумотларга таянган ҳолда шуни айтиш мумкинки, жинсий органлар пролапси даволашда қин орқали қилинадиган операциялардан сўнг метостилни ишлатилиши, қин тўқималар регенерациясини тезлаштирган ҳолда, оператив давонинг эффективлигини оширади. Бу ўз навбатида беморларнинг даволаниш кунини  $1,6 \pm 0,18$  гача қисқаришига олиб келади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ш. К. Абдиева, Н. Р. Насимова Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда қин микробиоценози хусусиятларини ўрганиш // Доктор ахборотномаси, № 4 (97), 2020. С.133-138. DOI: 10.38095/2181-466X-2020974-133-138
2. Вдовин С.В., Селихова М.С., Филина Е.В. и др. Оптимизация ведения послеоперационного ведения у пациенток после пластических операций в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2012. - №4-1. - С. 79-82.
3. Гаспарян С.А., Афанасова Е.П., Стариченко Л.В. Сетчатые эндопротезы в реконструкции тазового дна при пролапсе гениталий // Амбулаторно-поликлиническая практика - новые горизонты. - М., 2010. - С. 75-76.
4. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Жданова М.С. Оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования у женщин с дисплазией соединительной ткани // Вестник РУДН. Серия: «Медицина. Акушерство и гинекология». - 2009. - № 5. - С. 76-81.
5. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г. и др. Лапароскопическая сакрокольпопексия как операция выбора при пролапсах гениталий // Амбулаторно-поликлиническая практика - новые горизонты. - М., 2010. - С. 211-212.
6. Н. Р. Насимова, М. Ш. Шамсиева Метод хирургической коррекции пролапса гениталий различной степени у женщин // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.55-60. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-55-60
7. Ниязметов Р.Э. и др. «Роль конъюгированных эстрогенов предоперационной подготовки в гинекологической практике// Научно-Практическая Конференция “ Grand Mir Hotel” г.Ташкент. 2015
8. Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б. и др. Оптимизация заживления раны после пластических хирургических операций // Акушерство и гинекология. - 2011. - №1. - С. 89-94.
9. Х. Ш. Шавкатов, Б. Б. Негмаджанов Бачадон ва қин девори пролапсини асорати ва рецидивини оператив усул билан даволаш // Доктор ахборотномаси, № 2 (94), 2020. С.99-102. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-99-102
10. “Strengthen international exchange and cooperation and to promote innovation and development of minimally invasive surgery”// Международная научно-практическая. Китай. Урумчи. 2013

**ПЕРИМЕНОПАУЗА ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА УЛТРАТОВУШ ВА  
ГИСТЕРОСКОПИК ТЕКШИРУВНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ****Н. Р. Насимова, В. О. Ким, Д. Н. Мухитдинова, М. Ш. Шамсиева**  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** эндометрий гиперплазияси, гистероскопия, ултратовуш.

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, гистероскопия, ультразвук.

**Key words:** endometrial hyperplasia, hysteroscopy, ultrasound.

Эндометрий гиперплазия пери ва постменопауза ёшидаги аёлларда орасида жуда кенг тарқалган. Эндометрийнинг гиперпластик жараёнларига катта эътибор қаратилиши аёлларда бачадондан қон кетишининг энг кенг тарқалган сабабларидан биридир. Бошқа томондан, бу муаммо яхши ва ёмон сифатли ўсмали ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Ултратовуш текшируви орқали шубхали патологик ўзгаришларда ва шу билан бир қаторда гистероскопия усули муҳим аҳамиятга эга. Пери ва постменопауза ёшидаги аёлларга гистероскопияни қўллаш ташхисни аниқлаш ва кейинги тактикатни аниқлаш учун муҳим аҳамиятга эга бўлиб, даволаш усулини танлашда муҳим аҳамиятга эга.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО  
ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ****Н. Р. Насимова, В. О. Ким, Д. Н. Мухитдинова, М. Ш. Шамсиева**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Ўзбекистон

Гиперплазия эндометрия очень распространена среди женщин в пери- и постменопаузальном возрасте. Большое внимание к гиперпластическим процессам эндометрия является одной из наиболее распространенных причин кровотечений из матки у женщин. С другой стороны, это может привести к доброкачественным и злокачественным новообразованиям. Метод гистероскопии при подозрительных патологических изменениях с помощью ультразвукового исследования играет значительную роль. В свою очередь, применение гистероскопии у женщин в возрасте пери- и постменопаузы играет также важную роль в определении диагноза и последующего курса лечения, а также в выборе метода лечения играет важную роль.

**COMPARATIVE COMPARISON OF ULTRASOUND AND HYSTEROSCOPIC EXAMINATION  
IN WOMEN OF THE AGE OF PERIMENOPAUSE****N. R. Nasimova, V. O. Kim, D. N. Mukhitdinova, M. Sh. Shamsieva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Endometrial hyperplasia is very common among women of the age of peri and postmenopausal. Great attention to hyperplastic processes of the endometrium is one of the most common causes of bleeding from the uterus in women. On the other hand, this can lead to benign and malignant neoplasms. The method of hysteroscopy in suspicious pathological changes by ultrasound examination has a significant role. The use of hysteroscopy in women of the age of Peri and postmenopausal women has an important role in determining the diagnosis and subsequent course of treatment, and in choosing a method of treatment has an important role.

**Тадқиқот мақсади:** Пери ва постменопауза ёшидаги аёлларда эндометрийнинг гиперпластик ўзгаришлари бўлган беморларни турли патологик ҳолатлар учун дифференциал диагностика гистероскопия орқали ташхисни ва даволашни оптималлаштириш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Эндометрийнинг гиперпластик ўзгаришлари бўлган Самарқанд вилояти перинатал марказига 2018-2021-йиллар давомида мурожаат қилган перименопауза ёшидаги 40 нафар беморлар ўрганилди. Беморларда ултратовуш текшируви пайтида эндометрий гиперплазияси ташхиси қўйилган. Эндометрийнинг қалинлиги эндометрийнинг гиперпластик жараёни тўғрисида хулоса чиқаришнинг асосий мезони деб белгиланди. Барча беморларда гистероскопия, бачадон бўшлиғининг кюретажи, эндометриал биопсия ва биопсияни морфологик текшириш усуллари ўтказилди. Гистероскопия ва бўшлиқдан қирилган тахлилларни морфологик текширилгандан сўнг бачадон патологияси 52,7% ҳолларда тасдиқланган, 47,5% ҳолатда тасдиқланмаган. Бу ултратовуш хулосаси ва морфологик текширув ўртасидаги тафовутларни катталигини кўрсатиб, кейинги тадқиқотларга эҳтиёжни келтириб чиқарди. Тафовутларни таҳлил қилиш ҳайз кўриш функциясига қараб амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари: Текширилган беморларнинг ёши 44 ёшдан 53 ёшни ташкил қилди. Ҳайз кўриш функциясига қараб, барча аёллар қуйидагиларга бўлинди: перименопауза ва постменопауза. Экстрагенитал патологиядан юрак-қон томир тизими касалликлари кўпчиликни ташкил қилиб гипертония, ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликлари (гастрит, холецистит) ва қандли диабет кўп кузатилган. Пастки тана қисмларнинг варикоз томирлари ва гипотиреоз камроқ тарқалган. Шунингдек, коронар юрак касаллиги, қон томирлари, турли хил онкологик касалликлар ҳам аниқланди.

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар: жинсий йўллардан қонли ажралмалар ва ултратовуш текшируви натижалари ташкил қилди. Эндометрий гиперплазияси 32 (80%), эндометрийнинг атрофик ўзгаришлари белгилари 5 (12,5%), эндометриал полипи 8 (20%), секреция босқичидаги эндометрий 10 (25%), субмукоз бачадон миомаси 3 (7,5%) ни ташкил қилди.

Кичик чанок аъзоларининг ултратовуш текшируви 100% қўлланилиб, асосий шикоят жинсий йўллардан қонли ажралма туфайли қўлланилди.

Эндометрийнинг гетероген ўзгаришлари 4 нафар (10%) кузатувларда аниқланди, бу аниқ контурсиз гипер ва гипоезоген жойларнинг аниқланганлигидир. Чегарасиз ва нотекис ўтиш зонаси фақат 9 (22,5%) ҳолатларда, барча ҳолатларда ноаниқ гетероген ўзгаришлари билан биргаликда қайд этилди. Бачадон бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар 25 (62,5%) ҳолатда аниқланган. Шу билан бирга, 9 нафар беморларда эндометрий полиплари билан биргаликда, 11 нафар беморларда – статистик жиҳатдан сезиларли даражада кенг тарқалган бачадон бўшлиғининг синейхиялари билан биргаликда учраган.

Бачадон бўшлиғининг контури аниқ, силлиқлиги аниқланди. Барча беморларга офис гистероскопияли жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Шиллиқ қаватнинг алоҳида диагностик кюретажи олинган ва морфологик текширув учун юборилган.

Морфологик текширув натижаларига кўра бачадон бўшлиғи патологиясининг тузилиши текширилди. Эхографик хулосалар ва текшириш маълумотларини таққослагандан сўнг 12 нафар (30%) беморларда фарқ аниқланди. Барча хулосалар гистологик текширувлар билан таққосланди. Морфологик хулосага кўра 7 (22,5%) нотўғри хулосалар эндометриал атрофияга тўғри келиши аниқланди. 4 нафар (10%) беморларида полип фокал эндометриал гиперплазия билан фарқланмаган, чунки уларнинг эхографик ўзгаришлари бир хил бўлган.

Тасдиқланмаган ҳолатларда эндометрийнинг морфологик тузилиши бўйича олинган маълумотларни таҳлил қилганда 16 нафар (40%) эндометрийнинг гиперпластик жараёнларини аниқланди: 2 нафар 5% – эндометриал полип, 14 нафар 47,5% – эндометрий гиперплазия аниқланди. Нотўғри хулосалар таҳлили шуни кўрсатадики, хулосалар тафовути кўпчилик учун эндометрий атрофиясида кузатилди. Буни таҳлил қилгандан сўнг, ултратовуш текшируви пайтида атрофик жараёнларнинг сурати аниқ бўлмайдиган қуйидагиларга мувофиқ деган хулосага келдик-агар М-эхо 4-5 мм дан кам бўлса, биз эндометрий атрофияси ҳақида аниқ гапира олмаймиз. Шунинг учун М-эхо қалинлиги эндометриал гиперплазиянинг ягона белгиси бўлиб хизмат қила олмайди. Бу белгиларнинг барчасига гистероскопия орқали тўлиқ ташхис қўйилди.

Экстрагенитал касалликлар орасида гипертония (40%), ошқозон-ичак касалликлари (25%), қандли диабет (20%), қалқонсимон без касалликлари (7,5%) ни ташкил қилди. Бу касалликларнинг барчаси гиперэстрогенизм патогенезига мос келади. Шундай қилиб, ултратовуш текшируви пайтида эндометрий қаватини диффуз қалинлашиши 5 дан 7 мм гача бир хил тузилиш мавжуд бўлганда, қон оқими локусисиз, ўтиш зонасининг аниқ ва ҳатто контури бўлса эндометрий қавати гиперплазияси хулосасини тасдиқлашни талаб қилади.

Бизнинг текширувларимизда эндометрийдаги қон оқими 25% ҳолларда эндометрий қавати гиперпластик жараёнларда аниқланди. Эндометриал полипларда ҳам қон оқими аниқланди. Аммо атрофик жараёнларда эндометрийдаги қон оқими аниқланмади.

**Хулоса:** Шундай қилиб, олинган маълумотларга асосланиб атипик кўринишларга эга бўлган баъзи диагностик хатоларга қарамай, эндометрий патологиясининг бирламчи диагно-

стикаси ултратовуш текширув усули бўлишига қарамай баъзи ҳолатларда ташхис ноаниқлигида асосий ташхисни қўйишда гистероскопия диагностика ва даволаш учун энг асосий усулдан бири ҳисобланади.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Алиева Д. А., Аскарлова З. З., Каримова Г. С. Значение гистероскопии в диагностике аномальных маточных кровотечений в перименопаузе // Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 37 (121). – С. 20-26.
2. Блощинская И. А. и др. Целесообразность использования гистероскопии в диагностике патологии тела матки // Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 2019. – С. 94-98.
3. Габидуллина Р. И. и др. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток // Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 6. – С. 53-58.
4. Давыдов А. И. и др. Осложнения оперативной гистероскопии: профилактика и лечение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т. 15. – №. 6. – С. 52-60.
5. Елгина С. И. и др. Офисная гистероскопия в амбулаторной практике врача акушера-гинеколога // Мать и дитя в Кузбассе. – 2018. – №. 4. – С. 21-24.
6. Д. Я. Зарипова, М. Н. Негматуллаева, Д. И. Туксанова, Ф. К. Ахмедов Роль алендроновой кислоты (осталон) в лечении перименопаузального остеопороза // Вестник врача, № 3, 2019. С.51-54.
7. Казачкова Э. А. и др. Клинико-анамнестические особенности и структура эндометрия женщин с гиперплазией слизистой оболочки матки в различные возрастные периоды // Уральский медицинский журнал. – 2017. – №. 6. – С. 18-22.
8. Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, Д. Н. Мухиддинова, Г. Т. Раббимова, Э. Х. Шопулатов Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий гиперплазияси // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.137-142. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-137-142
9. Оразов М. Р. Дискуссионные вопросы ведения пациенток с гиперплазией эндометрия // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2016. – №. 3 (13).
10. Сабанцев М. А. и др. Информативность стандартных методов диагностики пролиферативных заболеваний эндометрия // Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2017. – Т. 17. – №. 1.
11. Сулима А. Н. и др. Гистероскопическая и морфологическая оценка внутриматочной патологии в разные возрастные периоды // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №. 2. – С. 51-58.
12. Хадарцева К. А., Паньшина М. В. Гистероскопия в оценке состояния эндометрия // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – №. 10-5. – С. 830-833.
13. Чехоева А. Н., Габараев Г. М., Бароева М. Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – Т. 13. – №. 4. – С. 41-49.
14. Штарк А. Э. Диагностическая ценность гистероскопии при заболеваниях матки // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2015. – №. 2. – С. 50-50.
15. А. С. Юлдашева, Г. М. Ахмаджонова Проблемы ациклического маточного кровотечения в период перименопаузы // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.106-108. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-106-108

**БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ  
У БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19****Й. К. Насиров, У. У. Жабборов, Ю. И. Ощепкова, Ф. Н. Собиров**  
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** амниотическая жидкость, дистресс плода, COVID-19.**Таянч сўзлар:** амниотик суюқлик, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, COVID-19.**Key words:** amniotic fluid, fetal distress, COVID-19.

В Республиканском Перинатальном Центре в 2021 году проведен широкий биохимический анализ околоплодных вод у 20 беременных. Из них все беременные разделены на 2 группы. I группа (контрольная) – беременные с физиологической беременностью и безотягощенного акушерского и соматического анамнеза (n=5), II- группа (основная) – беременные, перенесшие COVID-19 в течении гестации (n=15). Забор амниотической жидкости проводился с помощью трансабдоминального амниоцентеза в сроке от 22-х до 38-недель гестации. Было выявлено, что в группе беременных, перенесших COVID-19, наблюдается снижение уровня общего белка, альфа-амилазы, щелочной фосфатазы и холестерина. Проведенное биохимическое исследование амниотической жидкости у беременных, перенесших COVID-19, в дальнейшем, позволит разработать комплекс профилактических мер для своевременной поддержки и нормального развития плода.

**COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА АМНИОТИК  
СУЮҚЛИКНИНГ БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ****Й. К. Насиров, У. У. Жабборов, Ю. И. Ощепкова, Ф. Н. Собиров**

Республика перинатал маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Республика перинатал марказида 2021 йилдан ҳозирги вақтгача даволанган 20 нафар ҳомиладор аёлларда амниотик суюқликнинг кенг биохимёвий таҳлили ўтказилди. Бунда ҳомиладор аёллар 2 гуруҳга бўлинди. I гуруҳ (назорат) – физиологик ҳомиладорлик, оғир акушерлик ва соматик касаллиги бўлмаган ҳомиладор аёллар (n=5), II гуруҳ (асосий) - ҳомиладорлик пайтида COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёллар (n=15). Амниотик суюқликдан намуна олиш ҳомиладорликнинг 22-38 ҳафтагача бўлган даврда диагностика трансабдоминал амниоцентез ёрдамида амалга оширилди. COVID-19 билан касалланган ҳомиладорлар гуруҳида умумий оксил, алфа-амилаза, ишқорий фосфатаза ва холестерин миқдори пасайганлиги аниқланди. Анамнезида COVID-19 касаллигини ўтказган ҳомиладорларда амниотик суюқликни биохимёвий ўрганиш, бизга ўз вақтида қўллаб-қувватлаш ва ҳомиланинг нормал ривожланиши учун профилактика чораларини ишлаб чиқишга имкон берди.

**BIOCHEMICAL PARAMETERS OF AMNIOTIC FLUID IN PREGNANT WOMEN AFTER COVID-19****Y. K. Nasirov, U. U. Jabborov, Yu. I. Oshepkova, F. N. Sobirov**

Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

In the Republican Perinatal Center in 2021, a wide biochemical analysis of amniotic fluid was carried out in 20 pregnant women who were delivered during this time. Of these, all pregnant women are divided into 2 groups. Group I (control) – pregnant women with physiological pregnancy and without a burdened obstetric and somatic history (n=5), group II (main) - pregnant women who underwent COVID-19 during their gestation (n=15). Amniotic fluid sampling was performed using diagnostic transabdominal amniocentesis in the period from 22 to 38 weeks of gestation. It was found that in the group of pregnant women who underwent COVID-19, there was a decrease in the level of total protein, alpha-amylase, alkaline phosphatase and cholesterol. The conducted biochemical study of the amniotic fluid of pregnant women who have undergone COVID-19 in the future will allow us to develop a set of preventive measures for timely support and normal fetal development.

**Введение:** Амниотическая жидкость окружает эмбрион и плод во время развития и выполняет множество функций. Амниотическая жидкость представляет собой биологическую жидкость, которая служит резервуаром жидкости и питательных веществ для плода, содержащих: белки, электролиты, иммуноглобулины и витамины от матери [1]. Она помогает обезопасить плод от ряда инфекций благодаря присущим ей антибактериальным свойствам, а также обеспечивает гомеостаз плода, участвует в обмене белков, липидов, углеводов, в метаболизме гормонов [2, 3] для нормального развития и роста органов плода, таких как костно-мышечная, желудочно-кишечная и легочная системы [4]. Амниотическая жидкость на 98% состоит из воды и электролитов, а остальные 2% составляют сигнальные молекулы, пептиды, углеводы, липиды и гормоны. Состав амниотической жидкости изменяет-



ся от ранних сроков беременности к поздним. Во время эмбрионального периода амниотическая жидкость образуется как из эмбриональных, так и из материнских факторов, таких как вода из материнской сыворотки, целомическая жидкость и жидкость из амниотической полости; однако на поздних сроках беременности амниотическая жидкость в основном вырабатывается мочой плода и секретом легких. Амниотическая жидкость является основным диагностическим инструментом при контроле течения и здоровья беременности. Недостаточное обеспечение плода кислородом вызывает комплекс множественных патологических изменений, представляющих «дистресс плода». Порядка 86% поражений центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных имеет гипоксический генез.

Вирусные инфекции являются частыми осложнениями беременности с широким спектром акушерских и неонатальных последствий. Некоторые вирусы вызывают легкие материнские заболевания и, как правило, не влияют на течение беременности. Другие вирусы, такие как цитомегаловирус (ЦМВ), обычно протекают бессимптомно или в легкой форме у беременных, но могут вызывать врожденную инфекцию с серьезными последствиями для плода и новорожденного [5]. Вирусы могут получить доступ к децидуальной оболочке и плаценте восходящим путем из нижних половых путей или путем гематогенной передачи, при которой вирус, циркулирующий в материнском кровотоке, проникает в ворсинки плаценты, содержащие кровеносные сосуды плода, и как таковой передается плоду [6].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила глобальную пандемию коронавируса COVID-19 в марте 2020 года, вызванной тяжелым острым респираторным синдромом Коронавирусом 2 (SARS-CoV-2) [7].

В настоящее время предпринимаются усилия для понимания передачи, заболеваемости, патогенеза заболевания, а также краткосрочных и долгосрочных последствий инфекции. В частности, влияние инфекции SARS-CoV-2 на матерей и их детей [8]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что беременные женщины с COVID-19 более подвержены тяжелому заболеванию с более высоким риском преждевременных родов [9–11], а также более высоким риском смерти матери или плода [12]. Эти результаты напоминают тяжелые исходы других подобных респираторных вирусных инфекций, таких как грипп A/H1N1 [13, 14], тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) [15] и ближневосточный респираторный синдром (БВРС) [16], где инфицированные беременные женщины подвергаются повышенному риску тяжелой заболеваемости и смертности как для себя, так и для своих детей [8].

**Целью нашего исследования** было изучение основных биохимических параметров амниотической жидкости у женщин, перенесших COVID-19, в сравнение с группой контроля, для выявления показателей, характерных для дистресса плода в родах и требующих соответствующего лечения.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 20 беременных в возрасте от 21 до 40 лет 2-3 триместра беременности, которые находились на стационарном лечении в Республиканском перинатальном Центре в отделение патологии беременных. Всем беременным во время гестации проведена оценка биохимического состава амниотической жидкости.

Пациентки были разделены на 2 группы: I группа (контрольная) – беременные с физиологической беременностью и без отягощенного акушерского и соматического анамнеза (n=5), II- группа (основная) – беременные, перенесшие COVID-19 в течение своей гестации (n=15). Забор амниотической жидкости проводился с помощью трансабдоминального амниоцентеза в сроке от 22х до 38-недель гестации. Исследование амниотической жидкости проводилось с применением биохимического анализатора RT-1904C (Rayto, Китай). Были использованы колориметрический и кинетический методы исследования.

Амниотическую жидкость перед началом исследования центрифугировали при 2700 об/мин в течение 5 минут для отделения от цервикальной слизи, сыровидной смазки, мекония, чешуек эпидермиса и пушковых волос плода.

С использованием тест наборов фирмы Cypress Diagnostica, Belgium были исследованы биохимические показатели: общий белок (TP), глюкоза (GLU), мочевина (UREA), креатинин (CRE), аланинаминотрансфераза (ALT), аспартатаминотрансфераза (AST), щелочная фосфатаза (ALP), альфа-амилаза (AMYL), мочевая кислота (UA), холестерин (CHOL), триглицериды (TG), липопротеины низкой плотности (LDL), липопротеины высокой плотности (HDL).

Статистический анализ полученных результатов был выполнен общепринятыми методами с определением средней величины (M) и средней арифметической ошибки (m) с помощью компьютерной программы Microsoft Excel, с расчетом t-критерия Стьюдента для сравнения средних величин. Статистически значимыми приняты различия при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Во второй группе из всех беременных, по паритету 11 (73,3%) были повторнородящие, а остальные 4 (26,6%) первородящие. По сроку гестации большинство женщин 10 (66,6%) были в третьем триместре беременности, а остальные 5 беременных (33,3%) были во втором триместре. Согласно анамнезу беременных, а также данных выписки стационара, где была госпитализация по поводу COVID-19 у 12 (80,0%) пациенток болезнь протекала в средней форме тяжести, а у 3х (20,0%) пациенток в виде пневмонии, то есть в тяжелой форме.

По результатам исследований, представленных в таблице-1, в основной группе пациенток, перенесших COVID-19, по сравнению с контрольной группой, наблюдается более низкий уровень общего белка, альфа-амилазы, щелочной фосфатазы и холестерина. Данные показатели являются ключевыми показателями для нормального функционирования фетоплацентарной системы, и как следствие, нормального роста и развития плода.

Амниотическая жидкость содержит широкий спектр белков, попадающих из тканей материнской матки, пуповины, клеток амниотической жидкости, мочи плода, мекония и других секретов плода, которые включают трансудацию через кожу плода. Белки выполняют защитные функции, участвуя в создании иммунной системы плода и обеспечивая ее функционирование у матери [17].

Уменьшение содержания общего белка в амниотической жидкости может быть результатом снижения его биосинтеза в организме матери или плода, или потерей вследствие развития острой кровопотери, инфекционных осложнений.

Альфа-амилаза – фермент, который расщепляет крахмал и гликоген до более простых сахаридов, участвуя в процессе пищеварения и обеспечивая их усвоение. Снижение уровня амилазы в крови характерно для заболеваний хронического панкреатита, острых и хронических гепатитов. Амилаза фильтруется в почках и экскретируется с мочой. Снижение уровня амилазы в амниотической жидкости беременных является результатом снижения экскреции амилазы почками плода, и, следовательно, может предполагать нарушение функции печени и почек развивающегося плода и недостаточной усвояемости углеводов.

Щелочная фосфатаза – это фермент, находящийся в клетках печени и желчевыводящих путей и отвечающий за определенные биохимические реакции в этих клетках. В норме содержание уровня щелочной фосфатазы в амниотической жидкости преобладает над уровнем в сыворотке крови матери, увеличиваясь с гестационным возрастом, достигая максимальных значений к моменту родоразрешения. Снижение щелочной фосфатазы у беременных является признаком недостаточности или нарушения функции плаценты [18].

Холестерин – это показатель энергетического материала во время беременности, и один из основных «участников» в формировании сурфактанта, обеспечивающего транспорт питательных веществ и газообмен в системе мать – плод, ответственного за своевременное развитие легочной системы плода. Снижение данного показателя говорит о нарушении процесса питания и газообмена плода [19].

**Заключение:** полученные результаты указывают на наличие изменений в биохимическом составе околоплодных вод, свидетельствующие о возникновении возможной гипоксии

плода. Снижение биохимических показателей, таких как общего белка, альфа-амилазы, щелочной фосфатазы и холестерина в амниотической жидкости у пациенток, перенесших COVID-19, позволяет предположить, что коронавирусная инфекция косвенно влияет на организм беременной, на течение беременности и родоразрешение.

В дальнейшем, для возможности разработки поддерживающей терапии беременных, перенесших COVID-19, планируется более углубленное изучение основных показателей амниотической жидкости, отвечающих за так называемую «зрелость» легких плода.

#### Использованная литература:

1. Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Зайнулина М.С., и др. Акушерство: учебник для медицинских вузов. — СПб.: СпецЛит, 2014.
2. Камышников В.С. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили: Справочное пособие. — Минск: Беларуская навука, 1999.
3. Мельник Е.В., Малолеткина О.Л., Шилкина Е.В. Биохимические параметры околоплодных вод при дистрессе плода в родах // Журнал акушерства и женских болезней. — 2016. — Т. 65. — № 5. — С. 33–40.
4. Мочалова М.Н., Мудров В.А., Мудров А.А. Роль состава околоплодных вод в структуре перинатальной патологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2019. — Т. 68. — № 2. — С.95–108. <https://doi.org/10.17816/JOWD68295-108>
5. А. Р. Облокулов, Г. Э. Ниёзов, Ф. Ф. Абдуллаев Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостатического гомеостаза при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.75-78.
6. Чайка В.К. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство. — Донецк: Альматео, 2006.
7. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) Infection During Pregnancy: Report of Two Cases & Review of the Literature. *J Microbiol Immunol Infect* (2019) 52(3):501–3. doi:10.1007/978-3-319-74365-3\_49-1
8. BMJ AIIJ. ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System Critical Illness Due to 2009 a/H1N1 Influenza in Pregnant and Postpartum Women: Population Based Cohort Study. *BMJ* (2010) 340:c1279. doi: 10.1136/bmj.c1279
9. Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, Chai SJ, Kirley PD, Alden N, et al. Characteristics and Maternal and Birth Outcomes of Hospitalized Pregnant Women With Laboratory-Confirmed COVID-19—COVID-NET, 13 States, March 1–August 22, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* (2020) 69(38):1347–54. doi: 10.15585/mmwr.mm6938e1
10. Khalil A, von Dadelszen P, Draycott T, Ugwumadu A, O'Brien P, Magee L, et al. Change in the Incidence of Stillbirth and Preterm Delivery During the COVID-19 Pandemic. (2020) 324(7):705–6. doi: 10.1001/jama.2020.12746
11. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and Outcomes of Pregnant Women Admitted to Hospital With Confirmed SARS-Cov-2 Infection in UK: National Population Based Cohort Study. *BMJ* (2020) 8:369. doi: 10.1136/bmj.m2107
12. Panagiotakopoulos L, Myers TR, Gee J, Lipkind HS, Kharbanda EO, Ryan DS, et al. SARS-Cov-2 Infection Among Hospitalized Pregnant Women: Reasons for Admission and Pregnancy Characteristics—Eight US Health Care Centers, March 1–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69. (2020) 69(38):1355–9. doi: 10.15585/mmwr.mm6938e2
13. Rogan SC, Beigi RH (2019) Treatment of viral infections during pregnancy. *J Perinatol* 46(2):235–256
14. Racicot K, Mor G (2017) Risks associated with viral infections during pregnancy. *J Clin Invest* 127(5):1591–1599
15. Senthil R, Kunchithapathan B, Ramalingam S, Manivannan P. COVID-19 Awareness and Its Impact in Rural and Urban Puducherry—a Community Based Cross Sectional Study. *J Evol Med Dent Sci* (2020) 9(51):3862–8. doi: 10.14260/jemds/2020/847
16. Siston AM, Rasmussen SA, Honein MA, Fry AM, Seib K, Callaghan WM, et al. Pandemic 2009 Influenza a (H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *JAMA* (2010) 303(15):1517–25. doi: 10.1001/jama.2010.479
17. Tong XL, Wang L, Gao TB, Qin YG, Qi YQ, Xu YP. Potential function of amniotic fluid in fetal development--- novel insights by comparing the composition of human amniotic fluid with umbilical cord and maternal serum at mid and late gestation. *J Chin Med Assoc.* 2009 Jul;72(7):368-73.
18. Underwood M.A., Gilbert W.M., Sherman M.P. Amniotic fluid: not just fetal urine anymore *J. Perinatol.*, 25 (2005), pp. 341-348.
19. Yamashita M, Yamate M, Li GM, Ikuta K. Susceptibility of Human and Rat Neural Cell Lines to Infection by SARS-Coronavirus. *Biochem Biophys Res Commun* (2005) 334(1):79–85. doi: 10.1016/j.bbrc.2005.06.061
20. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age With Laboratory-Confirmed SARS-Cov-2 Infection by Pregnancy Status—United States, January 22–October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69(44):1641–7. doi: 10.15585/mmwr.mm6944e3

**МЕДИКАМЕНТОЗ АБОРТДАН КЕЙИНГИ КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ  
МИКРОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ****З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** гормонал контрацептив воситаси, микробиота, асоратлар, LARC, инфекция.**Ключевые слова:** гормональная контрацепция, микробиота, осложнения, LARC, инфекция.**Key words:** hormonal contraception, microbiota, complications, LARC, infection.

Мазкур тадқиқот ишида биз аборт қилинган, гормонал контрацептив воситаси қўлланилгандан кейин қин микробиотасининг бузилиши ҳамда инфекция-яллиғланиш асоратлар ривожланишининг учраш ҳолатларини таҳлил қилдик. Ҳозирги вақтда гинекологияда инфекция-яллиғланиш касалликлари учраш ҳолатларининг пасайиш тенденцияси кузатилмапти. Мазкур тадқиқотни бажариш жараёнида ҳал этиладиган вазифалардан бири бўлиб, туғруқ йўллари микробиотасининг ҳолати ва абортдан кейинги даврда гормонал контрацептив воситаси қўлланилганда кузатиладиган асоратларнинг ривожланиши орасидаги корреляцион боғлиқликни аниқлаш бўлди.

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА****З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В этой работе мы проанализировали частоту нарушений микробиоты влагалища и развития инфекционно-воспалительных осложнений при использовании гормонального контрацептива после аборта. В настоящее время частота инфекционно-воспалительных заболеваний в гинекологии не имеет тенденции к снижению. Одной из задач, решаемых в процессе выполнения настоящего исследования, являлось выявить корреляционную зависимость между состоянием микробиоты родовых путей и развитием осложнений при использовании гормонального контрацептива в послеабортном периоде.

**MICROBIOLOGICAL FEATURES OF CONTRACEPTION AFTER MEDICAL ABORTION****Z. A. Nasirova, Z. F. Gaybullaeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In this work, we analyzed the frequency of violations of the vaginal microbiota and the development of infectious and inflammatory complications when using a hormonal contraceptive after an abortion. Currently, the frequency of infectious and inflammatory diseases in gynecology has no tendency to decrease. One of the tasks solved in the course of this study was to identify the correlation between the state of the microbiota of the birth canal and the development of complications when using a hormonal contraceptive in the post-abortion period.

**Қириш.** Режалаштирилмаган ва исталмаган ҳомиладорлик ижтимоий соғлиқни сақлашнинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади [4]. Дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортнинг хавфсизлигига қарамасдан, унинг аёл саломатлигига салбий таъсири барибир мавжуд. Дори-дармонлар билан амалга оширилган абортнинг асоратлари орасида чала аборт (2-5%), ҳомиладорликнинг ривожланиши (1%дан кам), инфекция асоратлар (1%дан кам) муҳим бўлиб ҳисобланади [2,5]. Абортдан кейинги контрацепция муаммоси ҳам тиббий, ҳам ижтимоий жиҳатдан ўта муҳимдир. Амалга оширилган абортдан кейинги контрацепция қайта бажариладиган тиббий абортнинг учраш ҳолатини 90% га камайтиришга имкон беради. Абортдан кейинги бир йил мобайнида ҳомиладорликнинг рўй бериши гестацион асоратлар: ўз-ўзидан содир бўлувчи абортлар, вақтидан олдинги туғруқлар, йўлдош етишмовчилиги, қон кетишлар, бачадон ёрилиши ва ҳ.к. хавфини анчагина ошириши билан кечади [3]. Юқорида айтилганларнинг барчаси аёлда абортдан кейин гормонал контрацептив воситасини қўллашда қин микробиотасини ўрганиш заруриятини белгилайди.

**Тадқиқот мақсади.** Гормонал контрацепциянинг гениталий микробиотаси хусусиятларига таъсирини ўрганишдан иборат.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Абортдан кейинги даврда гормонал контра-

**Бачадон бўйни касаллиги бўлган аёлларда кин рН қиймати.**

<b>Кўрсаткич</b>	<b>Изоҳ</b>
«Салбий»	Натижа салбий, микрофлоранинг ўсиши йук
≤10 <sup>2</sup> КОЕ Сапрофит микрофлора	Натижа салбий, патоген микрофлора ажратилмаган
≥10 <sup>2</sup> КОЕ Шартли патоген микрофлора	Натижа ижобий, антибиотик терапия бўйича тавсиялар берилди

*Изоҳ:* - кам ўсиш - 10<sup>2</sup>; - ўртача ўсиш - 10<sup>3</sup>; - кўп ўсиш ≥10<sup>3</sup>.

цептив воситаси қўлланилгандан сўнг, кин микробиотасини ўрганиш мақсадида Самарқанд шаҳар 2-сон туғруқхонасида проспектив тадқиқот ўтказилди. Тадқиқот 2020 йилдан 2022 йилгача олиб борилди. Тадқиқот объекти - ёши 22 ёшдан 40 ёшгача бўлган Самарқанд шаҳрида истеъкомат қилувчи 70 нафар аёл бўлиб, уларга 2-сон туғруқхонасида аменореянинг 63 кунигача бўлган муддатда исталмаган ҳомиладорликни дори-дармонлар ёрдамида тўхтатиш амалга оширилган. Абортдан кейинги контрацепция мақсадида таркибида 30 мкг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадинон ацетат (ХМА) бўлган паст дозали комбинирланган орал контрацептив (Belara) тайинланди. Аёлларга гормонал контрацептивни қўллаш бўйича маслаҳатлар берилди. Уларга тадқиқот ҳақида, жумладан турли усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари ҳақида батафсил маълумот берилди, ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш операциясидан олдин эса қайта консултация ўтказилди.

Кин микробиологик текшируви дори-дармонлар ёрдамида амалга оширилган абортдан олдин ва контрацептив қўллашдан кейин амалга оширилди.

Кичик чаноқ аъзолари ва бачадон бўйни инфекцияси йирингли ажралмалар мавжуд бўлган, бачадон бўйни, бачадон ёки ортиқлари соҳасида оғриқ кузатилган, иситмаси чиққан ёки иситма кузатилмаган аёлларда қайд этилади, деб ҳисобланган. Назорат гуруҳини аборт қилинган, аммо контрацепция қўлланилмаган 35 нафар аёл ташкил этди. Тадқиқот маълумотларини талқин қилиш 1-жадвалда кўрсатилган қийматларга мувофиқ амалга оширилди.

Кин ажралмасини культурал текшириш учун, материал цервикал каналдан стерил пахтали тампон билан олинган ва уни транспортли муҳитга жойлаштирилган. Бактериологик текширув анъанавий схемада амалга оширилган: цервикал каналдан тадқиқот материални олиш, озиқ муҳитларга экиш, тоза культурани ажратиш ва микроорганизмларнинг ажратилган культураларини идентификация қилиш. Анаэроб микрофлорани аниқлаш мақсадида микроанаэроостат ёрдамида микроорганизмларни культивация қилиш усули қўлланилган. Текшириляётган материалда шартли-патоген бактериялар учун >10<sup>4</sup>, замбуруғлар учун >10<sup>3</sup> КОЕ/мл кўрсаткичлар диагностик титр бўлиб ҳисобланади. Лабораторияга 1-2 кун мобайнида олиб келинган материал куйидаги микроорганизм гуруҳларига текширилган: аэроблар ва факультатив анаэроблар, ачитқисимон замбуруғлар. Микроорганизмларнинг турли гуруҳларини аниқлаш учун озиқ муҳитларга экилган: бруцеллэзли агар асосида витаминли ўсиш омилларини қўшган ҳолда қонли агар (анаэробларни ажратиш учун), маннит – тузли агар (стафилококларни ажратиш учун), Сабуро муҳити (замбуруғларни ажратиш учун). Қонли агарли муҳитлар карбонат ангидриднинг кўп миқдори (5-10%) билан бирга термостатда культивация қилинган.

Ажратилган микроорганизмларнинг идентификацияси компьютер дастурларидан фойдаланган ҳолда, бактериологик анализатор ёрдамида бажарилган. Ажратилган микроорганизмларнинг сони агарли косачалар секторида ўсиш зичлиги бўйича баҳоланган.

**Натижалар.** Аёллар ёши хар икки гуруҳда 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган. 1-гуруҳда ўртача ёш 31,6±1.7 ёш, иккинчи гуруҳда 32,3 ±1,6 ёш бўлган. Барча аёллар Самарқанд вилоятидан бўлишган. Улардан аксарияти (61,9%) ўрта махсус маълумотга эга бўлиб, 33,5% и олий маълумотли ва 4,6% и ўрта маълумотли бўлган.

Контрацепцияни қабул қилган аёлларнинг аксарияти (98,7%) оилали бўлиб, уларнинг сони гуруҳларда бироз фарқ қилган. Шу билан бирга 1,3% аёллар турмуш қурмаган.

2 жадвал.

**Гуруҳларда учраган гинекологик касалликлар.**

Касалликлар	1-гуруҳ (n = 35)		Назорат гуруҳи (n = 35)	
	Абс. рақам	%	Абс. рақам	%
Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари	-	-	3	8,6
Бачадон бўйни касалликлари	-	-	2	5,7
Хайз бузилишлари	2	5,7	3	8,6
Эндометриядаги гиперпластик жараёнлар	1	2,3	2	5,7
Анамнезида сунъий аборт	6	17,2	11	31,4
Ўз-ўзидан буладиган аборт	2	5,7	2	5,7
Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари	-	-	3	8,6

Гормонал контрацепция учун танланган аёллар гуруҳидан 11 нафар (31,4%) аёл илгари гинекологик касаллик билан оғриган. Ушбу аёлларнинг анамнезида асосан, 5,7% ҳолатда ҳайз циклининг бузилиши қайд этилган.

Текширилган аёлларнинг соматик касалликлар бўйича саломатлик индекси нисбатан кониқарли бўлган. Шундай қилиб, биз кузатган ҳар икки гуруҳ аёлларининг клиник тавсифи контингентнинг бир хиллиги ҳақида далолат беради.

Абортдан кейин гормонал контрацепцияни қўллаш фонида жинсий аъзоларнинг инфекция-яллиғланишли касалликларини бирламчи аниқлаш таҳлили шуни кўрсатдики, вульво-вагинал кандидоз, бактериал вагиноз, кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиши бўлмаган патология ҳолатлари қайд этилган. 3-жадвалда асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларда *Lactobacillus spp.* ни бактериологик текширишнинг кумулятив натижалари келтирилган.

3 жадвал.

**Текширилаётган аёлларни бактериологик текшириш натижалари (*Lactobacillus spp. mumpda* > 10<sup>3</sup>):**

	Микроорганизмлар концентрацияси	Ҳомилдорлик узилишидан олдин (%)	Ҳомилдорлик узилганидан сунг (%)
1 гуруҳ	<10 <sup>7</sup>	22,6	31,7
	≥10 <sup>7</sup>	77,4	68,3
2 гуруҳ	<10 <sup>7</sup>	23,2	32,6
	≥10 <sup>7</sup>	76,8	67,4

3-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, абортдан кейинги даврда ҳар икки гуруҳда ҳам қарийб бир хилда *Lactobacillus spp.* нинг анчагина камайиши қайд этилган (p<0,05).

Цервикал каналдан олинган материални бактериологик текширувида, деярли барча аёлларда полимикробли тасвир аниқланган. Микроорганизмларнинг ассоциацияси асосан шартли патоген микроорганизмларнинг турли бирикмалари билан намоён бўлган.

Турли микроорганизмлар ва уларнинг бактериологик текширувдаги концентрацияларини аниқлаш ҳолатлари ҳақидаги маълумотлар 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвалда келтирилганлардан кўриниб турибдики, гуруҳларда катта фарқлар мавжуд эмас.

Жадвал маълумотларига кўра, ҳар иккала гуруҳда абортдан кейинги даврда шартли-патоген микрофлора *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.* ва *E. Coli* >10<sup>4</sup> концентрацияда ўсиши, деярли бир хилда учраши қайд этилади. Грам манфий облигат анаэроблардан кўпинча *S. Albicans* ажратилган.

4-жадвалда келтирилган бактериологик текширув маълумотларига кўра, абортдан кейинги даврда гормонал контрацепциядан фойдаланувчи аёлларда шартли-патоген флора - *S.*

4 жадвал.

Текширилган аёлларда бактериологик текшириш натижалари.

Патоген тури	Концентрация	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
		Ҳомиладорлик узилишидан олдин	Контрацептив воситалардан фойдалангандан кейин	Ҳомиладорлик узилишидан олдин	Ҳомиладорлик узилганидан сунг
<i>Staphylococcus spp.</i>	≤10 <sup>4</sup>	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	>10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
<i>Streptococcus spp.</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
	>10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
<i>Ent. Faecalis</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	1(2,9%)	1(2,9%)	2 (5,8%)
	>10 <sup>4</sup>	-	1 (2,9%)	-	1 (2,9%)
<i>Enterobacteriaceae spp.</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
	>10 <sup>4</sup>	-	1(2,9%)	-	2 (5,8%)
<i>E.coli</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
	>10 <sup>4</sup>	-	1(2,9%)	-	1 (2,9%)
<i>C. albicans</i>	≤10 <sup>4</sup>	1(2,9%)	4(11,42%)*	2 (5,8%)	1 (2,9%)
	>10 <sup>4</sup>	1(2,9%)	4(11,42%)*	-	2 (5,8%)
<i>Klebsiella spp.</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	1(2,9%)	-	1 (2,9%)
	>10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
<i>G.vaginalis</i>	≤10 <sup>4</sup>	-	-	-	-
	>10 <sup>4</sup>	2 (5,8%)	2 (5,8%)	2 (5,8%)	3 (8,7%)

Изоҳ: \*- гуруҳлар орасидаги ишончли фарқ

*albicans* 11,4% ҳолатда яққол ўсиши қайд этилади. Текшириш давомида бирорта ҳам аёлда *N.gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *Ch. Trachomatis* аниқланмаган.

**Муҳокама.** Аёлларда кичик чаноқ аъзоларининг инфекциян-яллиғланишли касалликлари мураккаб ва етарлича ўрганилмаган муаммо бўлиб, у бутун дунёда жиддий бўлган тиббий, ижтимоий ва иқтисодий оқибатларни келтириб чиқаради.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб, шуни таъкидлаш мумкинки, йирингли-септик касалликлар ҳозирги кунда жиддий тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб ҳисобланади. Касалланиш паст ижтимоий-иқтисодий статус, соматик касалликлар, сунъий аборт муолажаларининг кечиш хусусиятлари, операцияни ўтказиш хусусиятлари сингари кўпгина омиллар ҳисобига юқори даражадалигича қолмоқда.

Шу туфайли медикаментоз абортдан кейинги даврда йирингли-септик асоратларнинг эҳтимолий ривожланишини тўлақонли баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларни фаол динамик кузатуви амалга оширилган.

Мазкур тадқиқот Самарқанд шаҳар 2-сон туғруқхонаси шароитида бажарилган ва ўзида лаборатор-инструментал усулларни мужассам этган. Лаборатор текшируви (умумий қабул қилинганлардан ташқари) гениталийлар микробли пейзажининг бактериологик текширувини ўз ичига олган, чунки гормонал контрацептив воситасининг гениталий микробиотаси ҳолатига таъсири ўрганилмаган. Бу ҳал этилмаган вазифалар кейинги ўрганиш ва батафсил босқичма-босқич ишлаб чиқишни талаб этадиган ушбу илмий тадқиқотни олиб бориш учун туртки бўлди.

Аёллар учун эндометрит ривожланишининг юқори инфекциян хавфи мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш операцияси хавфсизлигини ҳисобга олиш муҳим бўлиб ҳисобланади.

Шундай қилиб, биз аёлларга эътиборни сусайтирмасликни ва абортдан кейинги даврнинг кечишида клиник-лаборатор назоратни таъминлашни тавсия этамиз (клиник кузатиш,

бачадонни УТТ-сканерлаш, бактериологик текшириш), бу эса Eastman A. J. et al. маълумотлари билан мувофиқ келади [5]. Патологик флора аниқланганда, тегишли давони олиб бериш тавсия этилади.

**Хотима.** Биз ўтказган тадқиқот шуни кўрсатдики, ҳомиладорликни сунъий тўхтатишга тайёрланаётган аёллар гениталийининг биоценози ҳомиладорликни узишдан олдин лактобациллаларнинг  $10^7 - 10^8$  КОЕ/мл гача бўлган устунлиги билан тавсифланади. Ҳомиладорлик узилгандан кейинги даврда, лактобациллаларнинг  $\geq 10^7$  концентрацияси асосий гуруҳда 77,4% дан 68,3% гача ва назорат гуруҳида 76,8% дан 67,4% гача ишончли тарзда пасайган ( $p < 0,05$ ).

Гормонал контрацептивни қўллашда, гениталийнинг устун турувчи флораси бўлиб, шартли патоген микроорганизмларнинг ассоциацияси ҳисобланади, аммо бу, ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш операцияси билан боғлиқдир.

Шундай қилиб, абортдан кейинги даврда лактобацилла концентрацияси пасайиши ва шартли патоген микрофлора вакилларининг ошиши кузатилган. Меъёрдаги микрофлоранинг бундай ўзгаришлари оператив аралашувга ва маълум даражада организмнинг химоя кучларининг пасайишига боғлиқ.

**Хулоса:** контрацепциянинг самарадорлиги, ножўя таъсирларининг қисқа вақтда бўлиши ва кам ифодаланиши гормонал контрацепцияни аёлларда ҳомиладорликни сунъий тўхтатишдан кейин қўллашга имкон беради.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абакарова П. Р., Куземин А. А., Довлетханова Э. Р. Контрацепция после аборта // Гинекология. – Т. 13. – №. 5. – С. 18.
2. Л. Р. Агабабян, З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева Медикаментоз абортдан кейинги реабилитация // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.120-123. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-120-124
3. С.Э. Махмудова, А.Т. Ахмедова Особенности контрацепции после медицинского аборта // Вестник врача, № 4, 2017. С.23-25.
4. Габидуллина Р. И. и др. Эффекты комбинированной оральной контрацепции на микробиоту влагалища // Практическая медицина. – 2018. – Т. 16. – №. 6.
5. Камалова К. А., Ящук А. Г. Комбинированные оральные контрацептивы и вагинальное здоровье // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11. – №. 3 (63).
6. Муминова М. С. Особенности влияния комбинированных оральных контрацептивов на микрофлору влагалища // Аллея науки. – 2018. – Т. 5. – №. 5. – С. 167-171.
7. Eastman A. J. et al. The Influence of Obesity and Associated Fatty Acids on Placental Inflammation // Clinical Therapeutics. – 2021.
8. Mihajlovic J. et al. Combined hormonal contraceptives are associated with minor changes in composition and diversity in gut microbiota of healthy women // Environmental Microbiology. – 2021.
9. Song S. D. et al. Daily vaginal microbiota fluctuations associated with natural hormonal cycle, contraceptives, diet, and exercise // Msphere. – 2020. – Т. 5. – №. 4. – С. e00593-20.



**ҚИН ВА БАЧАДОН АПЛАЗИЯСИДА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ  
КУЗАТИЛГАНДА ДАВОЛАШНИ АФЗАЛ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ****Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким,  
С. Ш. Рафиков, А. Э. Абдуллаева**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: қин ва бачадон аплазияси, тухумдонлар поликистозси, неовагина, дрилляж.

Ключевые слова: аплазия влагалищной грыжи, поликистоз яичников, неовагина, дрилляж.

Key words: vaginal uterus aplasia, polycystosis of the ovaries, neovagina, drilling.

Қин ва бачадон аплазияси ҳамма ривожланиш нуқсонлари орасида 4% ни ташкил қилиб, 3,2% ҳолларда репродуктив ёшда аниқланади. Қизлар орасидаги гинекологик касалликлар орасида 6,5% аниқланади. Охириги 10 йил давомида бачадон ва қин ривожланиш нуқсонлари 10 баробар ошган бўлиб, 35-63:1000 ҳолларда генетик ўзгаришлар натижасида бўлиб, бепуштликка олиб келади. Бу ривожланиш нуқсониди тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПС) учраши адабиётларда учрамайди. ТПС репродуктив ёшдаги аёллар орасида тахминан 5%, 30% гинекологик-эндокрин бепуштлик 75% ҳолларда учрайди. Гирсутизм аёлларда эса 65-70% ҳолларда ТПС аниқланади. ТПС 35-60% инсулинрезистентлик кузатилиб, қандли диабет 4-10% ҳолларда кузатилади. 11-17% менструал сиклнинг бузилиши кузатилиб, Репродуктив ёшда ТПС 6-19,9% учраб, менструал функциянинг бузилиши 17,4- 46,4% ни ташкил қилади. Психопатологик ўзгаришлар 11,6-55,6% ҳолларда кузатилади. Буларни симултант даволашда неовагина промоториопексия ва катталашган тухумдонларни дрилляж усули энг мақбул усуллардан биридир.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ  
ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ В СОЧЕТАНИИ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА****Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, С. Ш. Рафиков, А. Э. Абдуллаева**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Среди всех пороков развития влагалища и матки аплазия выявляется в 4% случаев, в репродуктивном возрасте - в 3,2% случаев. Среди гинекологических заболеваний у девочек выявляется 6,5%. За последние 10 лет дефекты развития матки и влагалища увеличились в 10 раз в результате генетических изменений в 35-63:1000 случаев, приводящих к бесплодию. Частота возникновения синдрома поликистоза яичников (СПКЯ) при этом пороке развития в литературе не встречается. СПКЯ трем в 75% случаев гинекологического - эндокринного бесплодия примерно в 5%, 30% среди женщин репродуктивного возраста. У женщин с гирсутизмом ТПС выявляется в 65-70% случаев. СПКЯ наблюдается в 35-60% случаев резистентности к инсулину, диабет наблюдается в 4-10% случаев. Наблюдается 11-17% нарушений менструального цикла, СПКЯ 6-19,9% встречаются в репродуктивном возрасте, нарушение менструальной функции составляет 17,4 - 46,4%. Психопатологические изменения наблюдаются в 11,6-55,6% случаев. При одновременном лечении этих заболеваний неовагинальная промоториопексия и метод дренирования увеличенных яичников являются одними из наиболее оптимальных методов.

**FEATURES OF APPLICATION OF THE MOST PREFERRED METHOD OF TREATMENT WHEN  
POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IS OBSERVED IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA****B. B. Negmadjanov, M. N. Adilova, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, S. Sh. Rafikov, A. E. Abdullaeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Among all developmental defects of the vagina and uterus aplasia is detected in 4% of cases at the reproductive age, in 3,2% of cases. Among gynecological diseases in girls, 6,5% is detected. For the last 10 years, defects in the development of the uterus and vagina have increased by 10 times, as a result of genetic changes in 35-63:1000 cases, leading to infertility. The incidence of polycystosis syndrome of the ovaries (TPS) in this developmental defect is not found in the literature. TPS UCH three in 75% cases of gynecological - endocrine endocrine infertility in about 5%, 30% among women of reproductive age. In women with girsutism, TPS is detected in 65-70% of cases. TPS is observed in 35-60% of cases of insulin resistance, diabetes is observed in 4-10% cases. 11-17% of violations of the menstrual cycle are observed, TPS 6-19,9% are encountered at the reproductive age, the violation of menstrual function is 17,4 - 46,4%. Psychopathological changes are observed in 11,6-55,6% of cases. In the simultaneous treatment of these, the neovaginal promontoriopection and the method of draining the enlarged ovaries are one of the most optimal methods.

**Текшириш материаллари ва усуллари:** Самарқанд шаҳаридаги ООО “Доктор шифо бахт” хусусий шифохонасидаги 2018-2022- йиллардаги 30 нафар қин ва бачадон аплазияли

ва уларга Майер - Рокитанский – Кюстер-Хаузер, тухумдонлар поликистози ташхисли беморлар ўрганилди. Уларга барча клиник ва инструментал текширувлар ўтказилди. Стационар шароитда беморларда сунъий сигмоидал коллопоэз ва дрелляж операцияларини кечиши, операциядан кейинги давр натижалари тахлил қилинди.

**Натижалар:** беморлар икки гуруҳга бўлиниб ўрганилди: асосий- 15 нафар Майер-Рокитанский–Кюстер-Хаузер ва тухумдонлар поликистози ташхисли беморларда дрелляж усули қўлланилган ва солиштирма- 15 нафар Майер - Рокитанский–Кюстер-Хаузер, тухумдонлар поликистози ташхисли беморларда дрелляж усули қўлланилмаган беморлар ўрганилди. Беморларнинг ўртача ёши 22,5 ёшни ташкил қилди. Шулардан 15-20 ёш 7 нафар (30%), 21-27 ёш 23 нафар (70%) ни ташкил қилди. Беморлардан сахар ахолиси 11 нафар (36,7%), қишлоқ ахолиси 19 нафар (63,3%) ни ташкил қилди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 10 (33,3%), давлат муассаларида ишчилар- 3 (10%), талабалар- 9 (30%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 8 нафар (26,7%) ни ташкил қилди. Беморлардан олий маълумотлилар- 12 (40%), ўрта махсус- 10 (33,3%), ўрта- 8 (26,7%) ни ташкил қилди. Зарарли одатлар ва профессионал ҳолатлар оталарда 12% ни оналарда 3,3% ни ташкил қилди.

Текшириляётган беморларда аёллар жинсий гормонларининг кўрсаткичлари меъерий қийматлар доирасида бўлган (ҳайз цикли фазасидан қатъий назар). Бу МРКХС билан текширилган беморларда гипофиз-тухумдон тизимида ўзгаришлар келтириб чиқарувчи омилларнинг йўқлигини кўрсатади.

Ички жинсий органлар ултратовуш текшириш давомида нормал ўлчамли тухумдон беморларнинг барча 100% аниқланган, рудиментар бачадон 4 (13,3%) топилган ўлчами: 17мм x 8мм x 2мм, бачадон бўйни текширилган беморларда аниқланмади.

Жинсий ривожланиш барча беморларда деярли ёшига мос эди. Гормоник бачадон ва тухумдон ривожланиши 27 нафар (90%) кузатилиб, дисгормоник ривожланиш 3 нафар (10%) беморда кузатилди. Бу беморларнинг барчасида сигмоидал коллопоэз промонториопексия операцияси қўлланилди. 15 нафар беморларда дрелляж усули қўлланилди. Тухумдонлардаги андроген гормонлари лютеин тўқима томонидан ишлаб чиқарилади. Дрелляж тўқима ҳажмини камайтириш орқали андроген гормонларини камайтириш. Дрелляж атамаси инглизча сўздан келиб чиққан бўлиб, таржимада "бурғулаш" деган маънони англатади. Ушбу амалиёт жинсий безларга кичик тешикларни қўллаш орқали аёлнинг мустақил тухум чиқиш имкони бўлмаганда ва бошқа даволаш усуллари ижобий натижа бермаганда қўлланилади. 3 ойдан кейинги қайта кўриқда беморлар гуруҳини текширганимизда асосий гуруҳ беморларда УТТ текширувида ТПС аниқланмади ва гиперандрогения, себорея, акне белгилари бутунлай йўқолди. Солиштирма гуруҳ беморларда бу ўзгаришлар сақланди. Қорин бўшлиғидаги операциядан кейинги чокни қиёсий баҳолаш иккала гуруҳда қиндан ажралма тахлили ҳеч қандай фарқ қилмади: операциядан кейинги даврнинг 5-қунида 27 (90%) асосий ва 26 (86,7%) назорат гуруҳининг қиндан ажралма кам, кам миқдорда эди. Ҳар икки гуруҳда ҳам операциядан кейин 5 қуни қорин олд деворининг тери устида чок йўналиши бўйлаб ҳеч қандай фарқлар йўқ эди. Операциядан кейинги 7 қунида чоклар теридан олиб ташланди, иккала гуруҳда ҳам чоклар яхши битган эди. Шундай қилиб, қин аплазияси бўлган беморларда тухумдонлар поликистози кузатилганда қўлланилган сигмасимон коллопоэз ва тухумдонларни дрелляж операция вақтини узайтирмайди (асосий гуруҳда  $70,5 \pm 4,9$  мин, таққослаш гуруҳида назорат гуруҳида  $58,3 \pm 5,5$  мин давом этган) операциядан кейинги қон йўқотиш деярли бир хил бўлган. операциядан кейинги даврнинг учинчи қунига келиб, асосий гуруҳ беморларининг умумий оғриғига жавоб бериш назорат гуруҳи беморларининг оғриғига жавоб беришдан фарқ қилмади.

**Хулоса:** МРКХС ва тухумдонлар поликистози биргаликда учраганда қўлланилган сигмоидал коллопоэз ва тухумдонни дрелляж усулли оператив даво беморларда даво усулининг энг мақбул томони бўлиб, аёлларда ановуляция, ва тухумдонлар поликистози натижасидаги метаболик синдром, акне, себорея, гиперандрогенияни даволашга ёрдам беради, лекин операция, қон йўқотиш ва операциядан кейинги давр албатта давомийлигини

таъсир қилмайди.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Адамян Л.В., Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Бобкова М.В. «Результаты макроскопического и иммуногистохимического исследования маточных рудиментов у пациенток с аплазией матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера)» // Проблемы репродукции, 2017, №6, с.71-77.
2. Адамян Л.В., Киселев СИ., Макиян З.Н., Осипова А.А. «причины нарушения репродуктивной функции у женщин с аномалиями матки». Материалы международного конгресса «Технологии XXI века в гинекологии», Москва, 2018,с. 150.
3. Бобкова М. В., Баранова Е.Е., Адамян Л.В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения. Проблемы репродукции. 2015; 21(3): 10-15.
4. Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Бобкова М.В. «Причины аплазии матки у пациенток с синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера». Материалы Первого международного конгресса по репродуктивной медицине, Москва, 2016, с. 92.
5. Боровая Т.Г., Адамян Л.В., Макиян З.Н. Гистохимические особенности рудиментов матки у девочек с синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера. // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя», Москва, 2015, с. 336.
6. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
7. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва баҷадон аплазиясида тухумдонлар поликистозиди синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
8. Окулов А.Б., Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Киселев СИ., Степанян А.А., Бобкова М.В. «Клинико-морфологические особенности аномалий матки и влагалища» Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», Москва, 2015, с. 185-187.
9. Baber R.J., Panay N., Fenton A.; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016; 19(2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166.
10. Fauser B.C., Tarlatzis B.C., Rebar R.W. et al. Consensus on women’s health aspects of polycystic ovary syndrome // Акушерство и гинекология. Спецвыпуск «Актуальные вопросы эндокринной гинекологии» (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group // Fertil. Steril. 2012. Vol. 97. № 1. P. 28–38.
11. Lizneva D., Suturina L., Walker W., Brakta S., Gavrilova-Jordan L., Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertil. Steril. 2016; 106(1): 6–15. DOI: 10.1016/j. fertnstert.2016.05.003
12. Mani H., Levy M.J., Davies M.J. et al. Diabetes and cardiovascular events in women with polycystic ovary syndrome: a 20-year retrospective cohort study // Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2013. Vol. 78. № 6. P. 926–934.
13. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F., Dokras A., Laven J., Moran L. et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum. Reprod. 2018; 33(9): 1602–18. DOI: 10.1093/ humrep/dey256.

**SURGICAL TREATMENT OF MUCOCOLPOS BY PRESERVING THE HYMENAL RING**

**B. B. Negmadjanov, F. I. Zokirov, E. Kh. Shopulatov**  
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Key words:** hymen, imperforate hymen, mucocolpos, hymenal ring.

**Tayanch soʻzlar:** qizlik parda, qizlik parda atreziyasi, mukokolpos, qizlik parda xalqasi.

**Ключевые слова:** девственная плева, атрезия гимена, мукокольпос, гименальное кольцо.

Imperforate hymen is a rare common congenital anomaly of the female genital tract, in which the hymen completely closes the entrance to the vagina. Despite the fact that the diagnosis of this pathology is not difficult, often when examining a newborn by a neonatologist immediately after childbirth, this pathology remains undiagnosed. In the neonatal period, under the influence of maternal estrogen, the glands of the newborn's vagina secrete mucus, due to the accumulation of which in imperforate hymen mucocolpos develops. The latter causes a pronounced pain syndrome, up to ischuria. This article highlights the method of surgical treatment of mucocolpos with the preservation of the hymenal ring in 21 girls aged 4.5 months to 2.4 years. With this method, there is no need to approximate mucosal margins to prevent reclosure of hymenal orifice which potentially preserves the integrity of the hymenal ring.

**MUKOKOLPOSNING QIZLIK PARDA XALQASINI BUZMAYDIGAN JARROHLIK DAVOLASH USULI**

**B. B. Negmadjanov, F. I. Zokirov, E. X. Shopulatov**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Qizlik parda atreziyasi qiz bolalarda uchrab turadigan jinsiy a'zolarining tug'ma nuqsoni bo'lib, bunda qizlik parda qinning kirish qismini butunlay yopib quyadi. Bu patologiyani tashxislash murakkab emasligiga qaramay, u chaqaloq tug'ilganidan so'ng neonatolog tomonidan ko'rikdan o'tkazilganda ko'pincha e'tibordan chetda qoladi. Neonatal davrda ona sutidagi estrogenlar ta'sirida qin bezlari shilliqli ajralmalar ishlab chiqaradi va qizlik parda atreziyasida bu shilliqli ajralmalar qinda to'planib qolib mukokolposning rivojlanishiga olib keladi. Mukokolpos esa o'z navbatida kuchli og'riqli sindrom va hatto ishuriyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Mazkur maqolada 4,5 oylikdan 2,4 yoshgacha bo'lgan 21 nafar qizchalarda mukokolposning qizlik parda xalqasini saqlaydigan jarrohlik davolash usuli haqida ma'lumotlar yoritilgan. Bu jarrohlik usulida qizlik pardaning qayta yopilishining oldini olish uchun shilliq qavatga qo'shimcha choklar qo'yish zaruriyati yo'qligi natijasida qizlik parda xalqasining butunligi saqlanadi.

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУКОКОЛЬПОСА С ПРЕЗЕРВАЦИЕЙ ГИМЕНАЛЬНОГО КОЛЬЦА**

**Б. Б. Негмаджанов, Ф. И. Зокиров, Э. Х. Шопулатов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Атрезия гимена является редко встречающейся врожденной аномалией женских половых органов при которой девственная плева полностью закрывает вход во влагалище. Несмотря на то что диагностика данной патологии является не сложной, нередко при осмотре новорожденной неонатологом сразу после родов данная патология остается незамеченным. В неонатальном периоде под воздействием материнского эстрогена железы влагалища новорожденной секретируют слизь, вследствие накопления которой при атрезии гимена развивается мукокольпос. Последний вызывает выраженный болевой синдром, вплоть до ишурии. В данной статье освещен метод хирургического лечения мукокольпоса с презервацией гименального кольца у 21 девочек в возрасте от 4,5 месяцев до 2,4 года. При данном методе нет необходимости наложения дополнительных швов на края плевы для предупреждения повторного зарращения, что дает возможность сохранения целостности гименального кольца.

**Introduction:** Imperforate hymen is a rare congenital anomaly of the female genital tract in which the hymen completely closes the entrance to the vagina. Hymen serves as a boundary between internal and external genitalia. It is formed by the proliferation of the sinovaginal bulbs, perforation of which occurs before or after birth. [4,6,10]. Imperforate hymen occurs when perforation of these tissue or its canalization fails to occur and it is at the extreme of a spectrum of various configurations of hymen such as fenestrations, septa, bands, microperforations, anterior displacement, and differences in rigidity and/or elasticity of the hymenal tissue. [2,4,6].

As a most common form of congenital outflow obstruction it is seen in 0,05-0,1% of female neonates [4,10]. Despite the thorough examining of a newborn by a neonatologist immediately after birth, it commonly escapes diagnosis until the time of menarche.

In the neonatal period, under the influence of maternal estrogen, the glands of the vagina of



Fig. 1. Patient with mucocolpos in lithotomic position

the newborn secrete mucus, due to the retention of which, mucocolpos develops (Fig. 1.) [2,3,10]. In this cases patients usually brought to pediatric emergency services with presentation of a pronounced pain syndrome, up to ischuria. Also a treatment of imperforate hymen is a simple surgical procedure, in which after an incision on hymenal tissue and evacuation of accumulated secrete, edges of incised hymenal tag are sutured to achieve complete hemostasis and prevent reclosure [4,11]. Suturing the edges of hymenal tag often damages the integrity of hymenal ring. Taking into account the cultural concerns regarding virginity, hymen preserving techniques are of relevance in some cultures.

**Objective:** Objective of our study was to determine the outcomes of hymen preserving surgical technique in treatment of 20 girls with mucocolpos.

**Material and methods:** A total of 20 girls at the age between 4.5 months and 2.4 years (mean age 4.0 months) were included into the study at the department of pediatric gynecology of Samarkand Regional Multidisciplinary Children’s Medical Centre between 2008 and 2016. 14 girls out of 20 were presented with signs of disturbance like poor sleep, crying while voiding, frequent urination (dysuria). All of them primarily attended a pediatrician and were subscribed conservative symptomatic treatment. The effect was temporary, after long cyclic symptomatic treatment, during hygienic procedures parents noticed a mass in the external genital area. 6 of 20 patients presented with a presence of a mass in the external genital area occasionally found during hygienic procedures by parents with no symptoms. In 2 patients out of 6 previously mucocolpos was diagnosed and routine puncture and drainage of mucocolpos was performed. They presented with recurrence of mucocolpos.

All patients except general clinical investigations in which by visual inspection mucocolpos was diagnosed, were undergone ultrasonic examination in which diagnosis was confirmed. In gynecological examination bulging of hymenal tag with yellow-grayish color protruding with the Valsalva maneuver was determined.

First of all, parents of patients were informed about classical surgical methods of treatment, but they usually opted for preservation of hymenal ring as much as possible.

After appropriate preparations and informed consent under general anesthesia patients were positioned in the lithotomy, adequate access was provided. After catheterization of urethra to identify the latter by monopolar electrocautery by the course of hymenal ring central part of hymenal tag was resected (Fig. 2.).

Then drainage of mucus retained and subsequent irrigation with 3% solution of hydrogen peroxide and saline solution were performed (Fig. 3.).

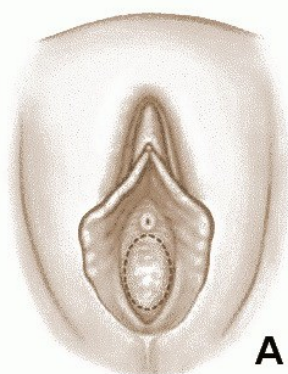


Fig. 2. Schematic (A) representation (dotted line) of the course of incision on hymenal tissue to preserve the hymenal ring and during surgery (B).

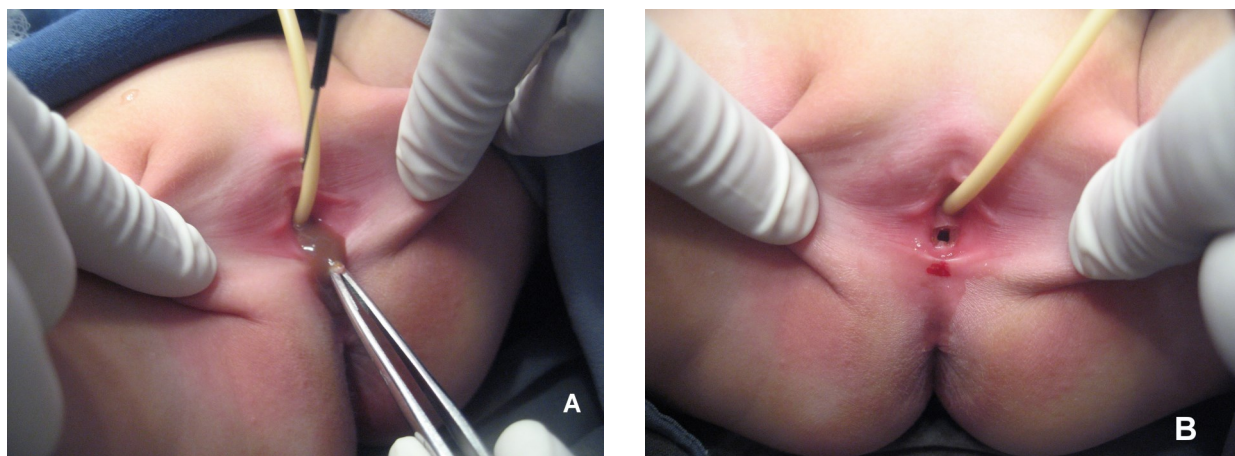


Fig. 3. Drainage of retained mucus after resection of hymenal tissue (A) and view of hymen immediately after surgery (B).

No prophylactic antibiotic was administered except 2 patients whom previously routine puncture and drainage of mucocolpos was performed.

In postoperative period external genitalia twice a day were treated with antiseptic solutions.

**Results:** The course of postoperation was uneventful and on third day after control examination of hymen patients in a good condition were discharged from hospital. In control examination hymenal structure was found to be annular and created hymenal orifice remained open, no signs of inflammation or infection were revealed. Before discharge parents were warned about the risks of infection and we advised them to keep vulva clean and dry. Next control examination was performed in 1 month in which hymenal pattern was same as before discharge. Complications such as infection and reclosure were not detected in any cases.

**Discussion and conclusion:** Imperforate hymen is likely the most frequent congenital outflow obstruction anomaly of the female genital tract and estimates of its frequency vary from 1 case per 1000 population to 1 case per 10,000 populations [4,6]. Management of an imperforate hymen has remained unchanged from the initial descriptions of the procedure. In the classical surgical treatment of imperforate hymen, stellate or cruciate incisions are made on the hymenal tag. The quadrants of the incised hymen are then excised along the lateral wall of the vagina. The mucosal margins are approximated with fine delayed-absorbable suture [11]. These technique have good surgical outcome, but the hymenal structure is usually damaged. In addition, injury to the adjacent urethra is possible [5,7,9].

Various management approaches have been recommended, such as the use of laser or electrosurgery instead of a scalpel to excise the hymenal tag, but for various reasons these recommendations have not been widely adopted in practice.

Due to the hymen is accepted as a sign of virginity, damage to the hymen may be undesirable in some societies as well as in Uzbekistan and it is important to preserve the annular structure of the hymen in gynecological practice.

In literature there are some reports of hymen sparing surgical treatments of imperforate hymen. In a study of A. Acar et al. (2007) women with imperforate hymen were surgically treated by a central incision of hymen and application of Foley catheter for two weeks. They report good surgical outcome and no known complication of their method. But their method is so uncomfortable especially for such young girls who have to carry foreign material (Foley catheter) protruding from the vagina for two weeks [1].

A case report of O. Temizkan et al. (2012) also deserves interests. They used a small central hymenotomy under general anesthesia and subsequent evacuation of retained blood in two girls with imperforate hymen and hematometocolpos. They also report good surgical outcome and no known complication of their method. But the result of two cases is not sufficient to provide a conclusion [12].

Thus we can conclude that there is no known complication of this method and study similar

to this was not reported in the literature especially in infants in whom surgery area is very small. As being less invasive than other methods, there is no need to approximate mucosal margins to prevent reclosure of hymenal orifice which potentially preserves the integrity of the hymenal ring.

#### References:

1. Acar A, Balci O, Karatayli R, Capar M, Colakoglu M. The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of Foley catheter. *BJOG* 2007;114:1376–1379.
2. Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting Paula K. Braverman, Lesley Breech and The Committee on Adolescence. *Pediatrics* 2010;126:583. DOI: 10.1542/peds.2010-1564.
3. Hewitt G. Examining pediatric and adolescent gynecology patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Aug 2003;16(4):257-8. [Medline].
4. Imperforate Hymen. Paula J Adams Hillard, 2016. <https://emedicine.medscape.com/article/269050-overview#a8>
5. John AR. Surgical conditions of the vagina and the urethra. In: Thompson JD, Rock JA, editors. *Te Linde's Operative Gynecology*, 7th edn. Philadelphia, PA: Lippincott Company; 1992. pp. 1125–40.
6. Lee, G.H.; Lee, M.J.; Choi, Y.S.; Shin, J.I. Imperforate hymen causing hematocolpos and acute urinary retention in a 14-year-old adolescent. *Child. Kidney Dis.* 2015, 19, 180–183.
7. Letts M, Haasbeck J. Hematocolpos as a cause of back pain in premenarchal adolescents. *J Pediatr Orthop* 1990;10:731–2.
8. Mou, J.W.; Tang, P.M.; Chan, K.W.; Tam, Y.H.; Lee, K.H. Imperforate hymen: Cause of lower abdominal pain in teenage girls. *Singap. Med. J.* 2009, 50, 378–379.
9. Muram D. Pediatric and adolescent gynecology. In: Pernoll ML, editor. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 7th edn. East Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1991. pp. 629–56.
10. Pediatric Imperforate Hymen, Amulya K Saxena and co. 2018. <https://emedicine.medscape.com/article/954252-overview#showall>
11. *Te Linde's Operative Gynecology*, 10th Edition. John A. Rock, Howard W. Jones. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
12. Temizkan O, Kabil Kucur S, Agar S, Gözü'kara I, Akyol A, Davas I. Virginity sparing surgery for imperforate hymen: report of two cases and review of literature. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2012;13:278-280.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Н. И. Олимова, Н. У. Нарзуллаев

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,  
Бухара, Узбекистан

**Ключевые слова:** ВИЧ инфекция, антитела, иммунная система.

**Таянч сўзлар:** ОИВ инфекцияси, антитела, иммун тизим.

**Key words:** HIV infection, antibodies, immune system.

Ситуацию с ВИЧ-инфекцией в мире можно охарактеризовать как пандемическую и поставить в один ряд с мировыми войнами, как по числу потерянных жизней, так и по ущербу, который она наносит обществу. Особенно актуальна проблема ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста, поскольку она представляет угрозу для будущих поколений. Накопленный клинический опыт и фундаментальные медицинские исследования значительно изменили течение заболевания.

## ОИВ БИЛАН ИНФИЦИРЛАНГАН АЁЛЛАРНИНГ ГЕНИТАЛ СОҲАСИДАГИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИММУН ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Н. И. Олимова, Н. У. Нарзуллаев

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

Дунёда ОИВ инфекцияси билан боғлиқ вазиятни пандемия деб таърифлаш ва ҳалок бўлганлар сони бўйича ҳам, жамиятга етказадиган зарари жихатидан ҳам жаҳон урушлари билан бир қаторга қўйиш мумкин. Репродуктив ёшдаги аёлларда ОИВ инфекцияси муаммоси айниқса долзарбдир, чунки у келажак авлодлар учун хавф туғдиради. Тўпланган клиник тажриба ва фундаментал тиббий тадқиқотлар, касалликнинг кечиши-ни сезиларли даражада ўзгартирди.

## CHARACTERISTICS OF IMMUNE SYSTEM PARAMETERS IN WOMEN WITH GENITAL INFLAMMATORY DISEASES DUE TO HIV INFECTION

N. I. Olimova, N. U. Narzullaev

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

The situation with HIV infection in the world can be described as a pandemic and put on a par with world wars, both in terms of the number of lives lost and the damage it causes to society. The problem of HIV infection in women of reproductive age is especially relevant, as it poses a threat to future generations. Accumulated clinical experience and fundamental medical research have significantly changed the course of the disease.

**Актуальность.** Формирование иммунитета при вирусных инфекциях является сложным и многокомпонентным процессом, в ходе которого принимают участие как клеточные, так и гуморальные факторы иммунной системы [1,6]. При наличии воспалительного процесса полового тракта у женщин состояние клеточного иммунитета в значительной степени определяет характер и течение заболевания, частоту и интенсивность рецидивов. Однако остаются неизученными ряд моментов в патогенезе формирования иммунного ответа при данной патологии, протекающей на фоне ВИЧ-инфекции. Такое сочетание может вызывать выраженное разнонаправленное изменение в иммунном ответе, приводящее к полиморфизму клинических проявлений. Несмотря на достигнутый прогресс в изучении факторов клеточного и гуморального иммунитета у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий (ВЗГ), динамика иммунного профиля на этапе купирования воспалительной реакции в половых органах у женщин остается актуальной и недостаточно исследованной проблемой [2,3,7]. В мировом масштабе проводится ряд научных исследований с целью повышения эффективности мероприятий по клинико-патогенетическому лечению и профилактике гинекологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин [4,5,8]. В связи с этим, придаётся большое значение новому подходу определения основных особенностей, обоснованию причин развития отрицательных изменений в гинекологических органах, снижению риска формирования резистентности к АРВТ препаратам, усовершенствованию подходов



терапии и профилактики оппортунистических инфекций и сопутствующих синдромов, определению изменений в иммунной системе, повышению эффективности профилактических мероприятий, улучшающих качество жизни женщин и снижению осложнений гинекологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин [8,9].

**Цель исследования:** оценить характеристику параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне ВИЧ-инфекции.

**Материалы и методы исследования:** В связи с этим, нами проведено динамическое иммунологическое исследование показателей адаптивного и врожденного звена иммунитета, а также цитокинового профиля. Группа пациенток проспективного наблюдения (n=115) с воспалительным процессом органов гениталий была разделена на две подгруппы- 1-ю группу составили 99 женщин, получавшие АРВТ (86%), 2-ю группу составили 16 женщин, не получавшие АРВТ (14%). Полученные данные сопоставлены со значениями показателей иммунитета 30 здоровых женщин репродуктивного возраста.

**Результаты и обсуждения.** Для определения состояния врожденного иммунитета у ВИЧ инфицированных женщин с воспалительным процессом органов гениталий мы изучали количественное содержание натуральных киллерных клеток (CD16+), фагоцитарную активность нейтрофилов, концентрацию комплемента С3, уровень СРБ и IFN $\gamma$ . Как видно из таблицы 4.1. относительный уровень CD16+-клеток у женщин 1-й группы был ниже значений контрольной группы и составил в среднем  $12,6 \pm 1,4\%$  против  $13,7 \pm 1,1\%$  в контроле ( $p < 0,01$ ), в то время как у женщин 2-й группы уровень киллерной активности был достоверно сниженным ( $9,7 \pm 1,1\%$ ) относительно контрольной группы, ( $p < 0,05$ ) и в 1,3 раза ниже значений 1-й группы, ( $p < 0,001$ ). Наблюдалась та же динамика и в отношении абсолютных значений CD16+-клеток, ( $p < 0,05$ ). Как известно, CD16+-клетки или НК-клетки — натуральные, или естественные, киллеры (natural killer cells) представляют гетерогенную популяцию лимфоцитов системы врожденного иммунитета. Они обладают естественной цитолитической активностью, способны продуцировать цитокины и хемокины и участвуют в противовирусном и противоопухолевом контроле организма.

НК-клетки широко распространены в организме, они обнаруживаются в селезенке, печени, в периферической крови, где их численность составляет 5—20% лимфоцитов, в небольшом количестве в лимфоузлах, в децидуальной оболочке матки.

Они относятся к короткоживущим клеткам: время их жизни составляет несколько дней, хотя в настоящее время обнаружено, что определенные НК-клетки могут персистировать в организме несколько месяцев. Сниженный уровень данных клеток свидетельствует о наличии неактивного воспалительного процесса, связанного с избытком инфекционного патогена, и тем самым свидетельствует о хронизации воспалительного процесса.

Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН)— это компонент системы неспецифической защиты организма. У обследованных женщин уровень фагоцитарной активности был

Таблица 1.

Показатели врожденного иммунитета у ВИЧ инфицированных женщин с воспалительным процессом гениталий.

Иммунологические показатели	Контрольная группа (n=30)	1-я группа, (n=99)	2-я группа, (n=16)
CD16+, %	$13,7 \pm 1,1$	$12,6 \pm 1,4^{\wedge}$	$9,7 \pm 1,1^*$
CD16+, abc	$335 \pm 19$	$201 \pm 18^{\wedge}$	$513 \pm 23^*$
ФАН, %	$54,5 \pm 1,3$	$49,3 \pm 1,8^*$	$46,5 \pm 1,3^*$
С3комплемента, нг/мл	$33,7 \pm 1,1$	$47,3 \pm 1,6^{\wedge}$	$60,1 \pm 1,6^*$
СРБ, нг/мл	$4,8 \pm 0,6$	$7,1 \pm 1,0^*$	$12,4 \pm 1,1^*$
IFN $\gamma$ , пг/мл	$24,3 \pm 1,4$	$16,2 \pm 1,0^*$	$13,8 \pm 0,7^*$

Примечания: \*Значения достоверны по отношению к контрольной группе;

$\wedge$ Значения достоверны по отношению к данным 2-й группы;

( $p < 0,05 - 0,001$ ).

сниженным, причем более глубокий дефицит наблюдался у женщин не получавших АРВТ. Так, в среднем у ВИЧ инфицированных женщин, получавших АРВТ уровень ФАН составил в среднем  $49,3 \pm 1,8\%$  против  $54,5 \pm 1,3\%$  в контроле,  $p < 0,05$  (рис.4.2). А у женщин 2-й группы уровень ФАН был ниже значений 1-й группы и достоверно ниже значений контрольной группы ( $46,5 \pm 1,3\%$ ),  $p < 0,01$ . Отмечено, что больные с нарушениями фагоцитарной активности нейтрофилов страдают рецидивирующими инфекциями. Таким образом, при ВИЧ инфекции у женщин с воспалительным процессом органов малого таза наблюдается подавление фагоцитарной активности нейтрофилов с параллельным увеличением числа натуральных киллеров у женщин 1-й группы и снижением у женщин 2-й группы. Полученные данные могут свидетельствовать о срыве их генерации в зрелые формы клеток и дисбалансе их киллерной активности, что, наряду со срывом Т-клеточной иммунорегуляции способствует развитию хронической формы воспаления органов гениталий.

Комплемент— система белков, включающая около 20 взаимодействующих компонентов. Белки комплемента синтезируются в основном в печени. Система комплемента взаимодействует с другими гуморальными системами, активируемыми при воспалительных процессах, и способствует вовлечению этих систем в реакцию иммунного воспаления. Центральным компонентом этого протеолитического каскада-С3. Его активация путём расщепления представляет собой главную реакцию всей цепи активации комплемента. В результате активации системы комплемента происходит расщепление С3 компонента и изменение его уровня, что вызывает агрегацию тромбоцитов и нейтрофилов.

В наших исследованиях уровень С3 компонента комплемента у ВИЧ инфицированных женщин, получавших АРВТ, был достоверно повышенным, составляя в среднем  $47,3 \pm 1,6$  нг/мл, что в 1,4 раза выше значений контрольной группы,  $p < 0,01$  (рис.1).

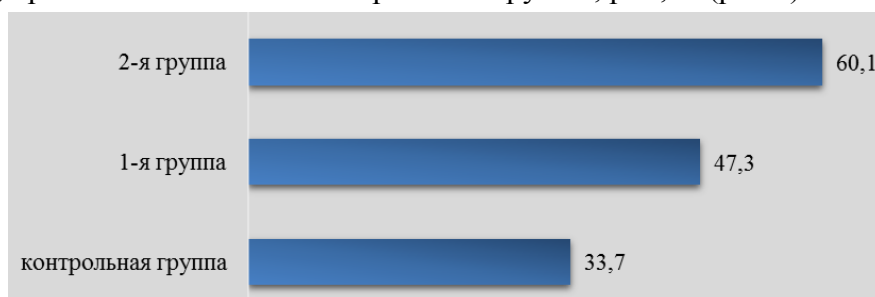


Рис. 1. Уровень С3 компонента комплемента у обследованных женщин.

Повышенный уровень С3 компонента комплемента обладает способностью вызывать миграцию нейтрофилов из костного мозга, и в таком случае быть причиной лейкоцитоза.

Большинство компонентов активны только в составе комплекса, при этом их активные формы способны существовать очень короткое время. Если в течение этого времени они не встретятся со следующим компонентом комплекса, то активные формы теряют связь с комплексом и становятся неактивными. Так, у ВИЧ инфицированных женщин с воспалительным процессом органов гениталий не получавших АРВТ, уровень С3 компонента комплемента был достоверно выше, чем у женщин 1-й группы ( $p < 0,05$ ).

С-реактивный белок – это гликопротеин, вырабатываемый печенью и относящийся к белкам острой фазы воспаления. Под действием противовоспалительных цитокинов (интерлейкина-1, фактора некроза опухолей – альфа и в особенности интерлейкина-6) его синтез увеличивается уже через 6 часов, а концентрация в крови возрастает в 10-100 раз в течение 24-48 часов после начала воспаления. СРБ участвует в активации комплемента.

Прогрессивное увеличение СРБ связано с активностью воспалительного процесса и степенью повреждения тканей.

Как видно из рисунка 2, уровень СРБ у женщин 1-й группы составил в среднем  $7,1 \pm 1,0$  нг/мл, что достоверно выше, чем у женщин контрольной группы ( $p < 0,01$ ). А у женщин 2-й группы – в 2,5 раза выше контрольных значений ( $p < 0,01$ ). Такой уровень СРБ характерен

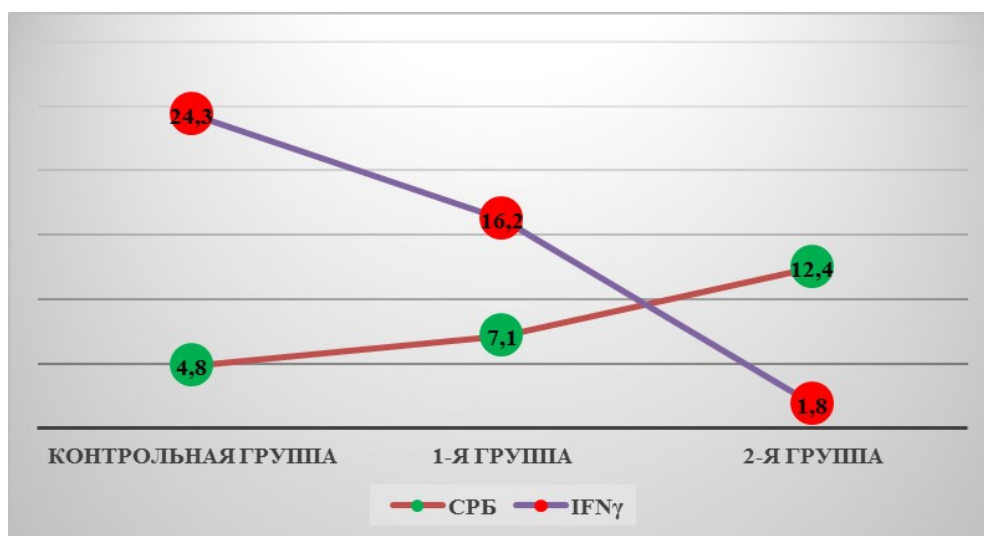


Рис. 2. Уровень СРБ и IFN $\gamma$  у обследованных женщин

при хронических воспалительных процессах, который, по-видимому, отражает его генерализованный характер и в определенной мере некоторую недостаточность иммунной защиты. При хроническом характере патогенной инфекции организм уже не способен адекватно защитить себя несмотря

на то, что работают все механизмы саморегуляции на всех уровнях.

Анализ результатов проведенных нами исследований по изучению уровня IFN $\gamma$  у обследованных женщин показал, что среднее значение в контрольной группе составляет  $24,3 \pm 1,4$  пг/мл. У ВИЧ-инфицированных женщин этот показатель был ниже контрольных, причем в группе не получавших АРВТ практически в два раза ( $p < 0,01$ ). (рис.2). Нарушение продукции ИФН $\gamma$ , играющего важную роль в поддержании гомеостаза на уровне нейроиммуноэндокринных взаимодействий, является характерным для хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и гениталий.

Таким образом, проведенные исследования по изучению параметров клеточного и врожденного иммунитета при воспалительном процессе органов гениталий у ВИЧ инфицированных женщин с и без АРВТ показали, что уровень натуральных киллерных клеток сопровождается пониженной активностью, что соответствует хронизации процесса. Однако, при длительном течении заболевания наблюдается выраженный дефицит киллерной активности, что, по-видимому, связано с повышением их локального уровня. Поскольку ведущим звеном иммунной защиты является фагоцитарное звено, ему принадлежит значительная роль в обеспечении реакций при воспалительных процессах. Недостаточная активность фагоцитоза оказалась характерной для всех обследованных пациенток и особенно для женщин 2-й группы, у которых снижение киллерной активности сочеталась со снижением интенсивности фагоцитоза. Снижение числа клеток у этой группы больных объясняется глубокой иммунодепрессией, вызванной вирусом. При этом, гуморальные факторы врожденного иммунитета, С3 компонент комплемента, а также уровень IFN $\gamma$ , показали свою несостоятельность при длительном течении заболевания. Примечательно, что уровень СРБ не зависел от длительности течения заболевания и был достоверно повышенным, как у женщин 1-й группы, так и у 2-й группы.

Так, количество лейкоцитов у больных ВИЧ были достоверно снижены в обеих группах и составили соответственно  $5,4 \pm 0,16$  мм<sup>3</sup> и  $4,1 \pm 0,31$  мм<sup>3</sup> ( $P < 0,01$ ) (табл.2). Количество лимфоцитов также достоверно ниже контрольных цифр в обеих наблюдаемых группах, но более низкие значения были у женщин 2-й группы ( $p < 0,01$ ). Отмечается снижение числа наиболее значимых субпопуляций лимфоцитов, несущих фенотип CD3, причем наиболее выраженное снижение отмечено во второй группе пациентов на фоне ВИЧ. Как видно из табл.2, абсолютное значение Т-лимфоцитов у больных 1-й группы составил в среднем  $0,53 \pm 0,032$  мм<sup>3</sup>, что почти в 2 раза ниже, чем у женщин контрольной группы ( $P < 0,001$ ), а у женщин 2-й группы -  $0,29 \pm 0,012$  мм<sup>3</sup>, что 2 раза ниже, чем у женщин 1-й группы ( $P < 0,001$ ).

С наибольшей достоверностью ( $p < 0,004$ ) снижено число CD4 клеток, преимущественно относящихся к Т-хелперам по сравнению со здоровыми лицами. Указанный фенотип яв-

Таблица 2.

Абсолютные показатели Т-клеточного иммунитета у обследованных ВИЧ пациенток с ВЗГ, (M±m).

Показатель	Контрольная группа (n=30)	1-я группа (n=99)	2-я группа (n=16)
Лейкоциты,	6,3± 0,18	5,4 ± 0,16*	4,1± 0,31*
Лимфоциты,	1,95 ± 0,06	1,22 ± 0,037*	0,8 ± 0,029*
CD3+	1,04 ± 0,04	0,53 ± 0,032*	0,29 ± 0,012*
CD4+	0,65 ± 0,03	0,25 ± 0,014*	0,12 ± 0,009*
CD8+	0,42 ± 0,02	0,21 ± 0,013*	0,108 ± 0,008*

Примечание: \*- значения достоверны по отношению к группе контроля (P<0,01- 0,001)

ляется рецепторной мишенью для вируса иммунодефицита человека, а наиболее выраженное снижение числа этих клеток в присутствии двух высоко вирулентных вирусов связано с индицированием друг друга. В группе проходивших АРВТ на момент обследования близкое к нормальным показателям содержание CD4+ Т-лимфоцитов (29-30%) регистрировалось у 52,6% женщин, во 2-й группе таких пациенток было всего 4,7%.

Умеренное снижение уровня CD4+ Т-лимфоцитов (20-25%) наблюдалось у 29,33% женщин 1-й группы и у 69,4% женщин 2-й группы, что в целом соответствовало клинической стадии ВИЧ, которая была диагностирована у женщин в группах.

Низкое содержание CD4+ Т-лимфоцитов (19-14%) определялось у 6,7% пациенток 1-й группы и у 17,6% женщин 2-й группы. И, наконец, критически низкие показатели содержания CD4+ Т-лимфоцитов (менее 14%) отмечались только у 1,3% пациентки 1-й группы и у 8,20% женщин 2-й группы. При этом у женщин 1-й группы с низким содержанием CD4+ Т-лимфоцитов отмечалось развитие резистентности к противовирусным препаратам, что послужило поводом к смене схемы терапии.

Субпопуляция лимфоцитов CD8, обладающая преимущественно цитотоксической активностью, достоверно снижена в группе пациентов с ВИЧ-инфекцией, не получавших АРВТ. В данном случае это связано, вероятно, с ингибирующими друг друга свойствами вирусов, либо с отсутствием способности ВИЧ связываться с фенотипом CD8 (рис. 3).

Таким образом, с помощью выделенных клинико-лабораторных критериев диагностики иммуносупрессии у ВИЧ инфицированных женщин с ВЗГ определяется тактика ведения у каждой отдельно взятой пациентки. Анализируя анамнестические факторы риска, данные инструментальных исследований и клинической симптоматики можно провести своевременную диагностику и, при необходимости, соответствующую коррекцию данной патологии у женщин. Практическое здравоохранение будет иметь возможность на основании иммунологической характеристики пациентки и имеющихся данных определить степень риска

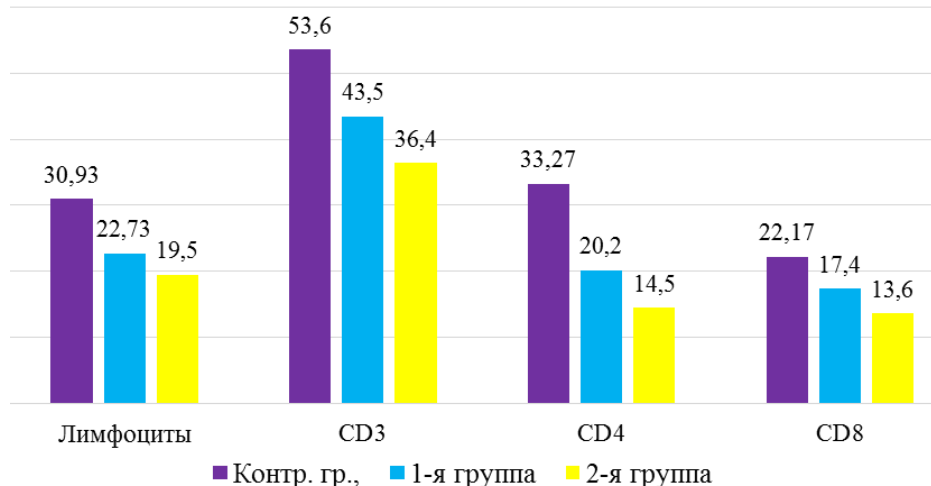


Рис. 3. Уровень субпопуляционного состава Т-лимфоцитов (CD4+ и CD8+) у обследованных женщин

и динамику иммуносупрессии у ВИЧ инфицированных женщин, обратившихся к гинекологу по поводу воспалительных заболеваний гениталий.

#### Использованная литература:

1. Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р., Мухарямова Л.М., Нагимова Ф.И. Многофакторность динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин Республики Татарстан // Казанский медицинский журнал. - 2017. - Т. 98, № 3. - С. 440-445.
2. Аглиуллина С. Т., Хасанова Г. Р., Мухарямова Л. М., Анохин В. А. Анализ факторов риска заражения женщин ВИЧ-инфекцией // Медицинский Вестник Северного Кавказа. - 2017. - Т. 12, № 4. - С.374-378.
3. Даминов Т. А., Худайкулова Г. К. Динамика показателя CD4 лимфоцитов при естественном течении ВИЧ-инфекции у детей // Педиатрия. - 2014. - №3/4. - С. 75-77.
4. Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н. Медико-социальные особенности «старения» эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2013. - Т. 5, № 4. - С.82-89.
5. Нарзуллаев Н.У., Хасанов С.А., Хомидов Ф.К. Иммунные нарушения у новорожденных и грудных ВИЧ-инфицированных детей с острым средним отитом // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2011. - №1-2. - С. 254-258.
6. Нарзуллаев Н.У. Микозы в структуре оппортунистических инфекций среднего уха у ВИЧ-инфицированных детей // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2011. - №7. - С. 56-58.
7. У. Х. Самибаева, Н. С. Якубова, К. С. Джураева, Р. М. Мухаммедов Основные клинико-эпидемиологические особенности больных с ВИЧ/СПИД // Вестник врача, № 2, 2019. С.92-96.
8. Л. А. Сафарова, Л. М. Абдуллаева Антиретровирусная терапия у ВИЧ-серопозитивных женщин во время беременности // Вестник врача, № 4 (101), 2021. С.141-144. DOI: 10.38095/2181-466X-20211014-141-144
9. Anglemyer A., Rutherford G.W., Horvath T. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples/ et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013.-P.567-569.
10. Bessinger R., Katendeb Ch., Gupta N. Multi-media campaign exposure effects on knowledge and use of condoms for STI and HIV/AIDS prevention in/ Evaluation and Program Planning. - 2004. - №27. - P.397-407.
11. Boisson E.V., Rodrigues L.C. Factors associated with HIV infection are not the same for all women // J Epidemiol Community Health. -2012. -№56. - P.103-108.
12. Olimova N.I., Ixtiyarova G.A., Nazarov S.E. Comparison of hiv-infected patients with coronavirus infection, the course of coronavirus in pregnant women // World Journal of Pharmaceutical Research, Volume 9, Issue 6, Article Received on 12 April 2020., p-252-258.
13. Olimova N.I., Nuraliyev N.A., Ixtiyarova G.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro-Organisms in Women with Inflammatory Diseases of the Pelvic Organs // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(2): p-124-126.

DOI: 10.38095/2181-466X-20221032-189-191

УДК 618.2.15-006 -075.8.2

**COVID -19 BILAN KASALLANGAN HOMILADORLIK ASORATLARNI ANIQLASHDA YANGI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLANILISHI****S. A. Palvanova, A. X. Karimov**Xorazm viloyati Perinatal markazi, Urganch, O'zbekiston  
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston**Tayanch so'zlar:** Covid -19, homilador ayol, exodoplerografiya, homila ehokardiografiyasi, homila neyrosonografiyasi.**Ключевые слова:** Covid -19, беременные женщины, эходопплерография, эхокардиография плода, нейросонография плода.**Key words:** Covid -19, pregnant woman, echodoplerography, fetal echocardiography, fetal neurosonography.

Xorazm viloyati perinatal markazida anamnezida Covid -19 o'tkazgan 2-3 trimestrdagi 34 nafar homilador ayollarda Covid 19 infeksiyasini homilada yuzaga keltirishi mumkin bo'lgan asoratlarni tashxislash maqsadida yangi innovatsion texnikalarlardan yani Kompleks exodoplerografiya, homila exokardiyografiyasi, homila neyrosonografiyasi kabi metodlardan foydalanildi.

**ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С COVID -19****С. А. Палванова, А. Х. Каримов**Хорезмский областной Перинатальный центр, Ургенч, Узбекистан,  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Обследовано 34 беременных женщин с Covid -19 во втором и третьем триместрах в Хорезмском филиале Республиканского Перинатального Центра. При помощи новых инновационных технологий: эходопплерографии, эхокардиографии плода, нейросонографии плода определены осложнения Covid -19 у них.

**THE USE OF NEW INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS OF COVID-19 COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN****S. A. Palvanova, A. X. Karimov**Khorezm Regional Perinatal Center, Urgench, Uzbekistan,  
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

34 pregnant women with Covid -19 were examined in the second and third trimesters in the Khorezm Regional branch of the Republican Perinatal Center. With the help of new innovative technologies: Dopplerography, fetal echocardiography, fetal neurosonography, complications of Covid -19 were identified.

**Kirish:** O'tkir yuqumli kasallik hisoblangan Covid-19 virusi - butun dunyo bo'ylab tarqalib ulgurdi. Dunyo Covid 19 kasallikini uchinchi to'liqini boshidan o'tkazayotgan bo'lsada bu kasallik olib kelishi mumkin bo'lgan asarotlar nomalumligicha qolmoqda. Butun dunyo olimlari qatorida O'zbekiston Tibbiyot sohasidagi olimlar ham barcha so'nggi turdagi innovatsion texnologiyalardan foydalangan holda izlanishlar olib borilmoqda (1-4). Homiladorlik bu fiziologik jarayon bo'lib homilador ayol organizmida immun tizimida, yurak-qon tomir va nafas olish azolarida o'ziga xos o'zgarishlarga olib keladi. O'tkir virusli Respirator infeksiyalar homilador ayollarda og'ir kechishi ehtimoli yuqori. Malumotlarga ko'ra SARS-CoV infeksiyasida esa homiladorlar o'lim darajasini 25% ni tashkil etmoqda.

**Tekshiruv usullari:** Xorazm viloyati perinatal markazida anamnezida Covid -19 o'tkazgan 2-3 trimestrdagi 34 nafar homilador ayollar o'rganildi. Tekshiruv jarayonida anamnez yig'ildi, akusherlik ko'rikidan o'tkazildi, Klinik laborator taxlillar olindi. Shu bilan birga Covid-19 infeksiyasini homilada yuzaga keltirishi mumkin bo'lgan asoratlarni tashxislash maqsadida yangi innovatsion texnikalarlardan, yani kompleks exodoplerografiya, homila exokardiyografiyasi, homila neyrosonografiyasi kabi usullardan foydalanildi. Homila exokardiyografiyasi -bu yangi zamonaviy yurak tekshiruv usuli bo'lib bu tekshiruv mahsus kardiologik programma o'rnatilgan zamonaviy Ultratovush apparati yordamida o'tkaziladi. Bu usul magistral tomirlardagi va perikarddagi anotomik o'zgarishlarni vaqtida aniqlashga, yurak bo'lmacha va qorinchalar devorini baholashga, qorinchalar qisqarish kuchini, tromb yoki erkin suyuqlik, o'sma yoki biron bir hosila borligi

haqida aniq ma'lumot beradi.

**Natijalar:** Homilador ayol homilaga virusni o'tkazishi ma'lum emas, amnion suyuqligida va yo'ldoshda virus topilmagan, lekin o'rganishlar natijasida homilador ayolda 87.5% isitma, 53.8% yo'tal, 22,5% holsizlik, 8.8% diareya, 11.3% nafas olish qiyinlashishi, tomoqda og'riq 7,5%, mialgiya 16,3% kabi belgilar kuzatilgan.

Homilador ayolda yuzaga kelgan asoratlar - Homila tushishi 2% bemorda, Homila o'sishi chegaralanishi sindromi 10%, Homila distress sindromi 10,7%, muddatidan oldingi tug'ruq 22-39% ini tashkil etishi malum bo'ldi, 91% bemorlarda esa tug'ruq kesar kesish amaliyoti orqali o'tkazilgan unga sabab - homila distress sindromi bo'lgan.

Neonatal asoratlar 1,2% antenatal o'lim, 1,2% neonatal o'lim, 5,3% chaqaloq tana vaznini <2500 gr dan kichik bo'lishi, 1,2% chaqaloqlar asfiksiyasi kuzatilgan.

Bu asoratlarni oldini olish uchun Xorazm viloyati Perinatal Markazida homilador ayollar kasallikdan tuzalganda keyin yani ambulator sharoitda har 3-4 hafta 1 marta. Erta skrining 1-trimestrda 11-14 haftalikda, navbatdagi skrining 2-trimestr 18-20 haftaligida, 3-trimestr 30-34 haftaligida. 22-haftadan boshlab Exodopplerografiyasi, Homila Exokardiografiyasi, Homila Neyronografiyasi kabi tekshiruvlar qilindi va zaruriyat tug'ilganda MRT tekshiruvi o'tkazilishi joriy qilindi.

Kasallik kechishi bo'yicha 4 guruhga bo'linadi. 1. Yengil 2.O'rta og'irlikda 3. Og'ir darajada va 4. O'ta og'ir darajada.

Klinik belgilarga qarab Covid 19 ga chalingan bemorlarga tekshiruv rejasi tuziladi

Barcha turdagi o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar yurak qon tomir faoliyatiga tasir etmasdan qolmaydi. Ayniqsa yondosh kasallik bor homilador ayollarda Qandli diabet, og'ir darajadagi anemiya, surunkali buyrak yetishmovchiligi, arterial gipertenziyasi mavjud bo'lgan bemorlarda kasallik kechishi og'ir o'tadi.

- Covid 19 ni og'ir formalarida har kuni EKG tekshiruvi
- Qonda biomarkerlar miqdorini aniqlash - Troponin miqdorini muntazam tarzda nazorat qilish (statsionar sharoitda davolanayotgan yuqori xavf guruhiga kiruvchilarni)
- Exokardiografiya tekshiruvi o'tkazilishi
- Qonda Troponin miqdori oshayotgan
- EKG da o'zgarishlar bergan
- Nafas yetishmovchiligi kuchayib borayotgan bemorlarga
- Shok holatidagi bemorlarga
- Davomiy aritmiya kuzatilgan bemorlarga
- Zaruriyat tug'ilganda transezofageal va Stress Exokardiografiya tekshiruvlarini o'tkazish mumkin

-O'pka to'qimasini ultratovush tekshiruvi bu metod bizga o'pka to'qimasi holati, plevra bo'shlig'i va plevra pardadagi o'zgarishlar haqida keng malumot olish imkonini beradi

-Komputer va magnit-rezonans tomografiya - bu tekshiruv yordamida ayniqsa o'pka zararlanish darajasini va undagi o'choqli o'zgarishlar joylashuvi, o'lchamlari va zichligi haqida aniq malumot olinadi

**Muhokama.** Homila exokardiografiyasi yordamida qanday Yurak strukturasiidagi o'zgarishlarni aniqlashimiz mumkin

-Yurakni joylashuvini levokardiya, dekstokardiya

-Atrioventrikulyar va Ventrikuloarterial birlashmalarni va qon oqimini SDK va PW doppleri yordamida baholashimiz mumkin

Homila yuragi tekshiruvi quidagilarni o'z ichiga oladi:

Yurakni 4 kamerali proeksiyasida tekshirish;

Qorinchalar chiqish qismi proeksiyasi

3 tomirli va traxeya proeksiyasi

Aorta yoyi proeksiyasi

To'rt kamerali proeksiya - bu yurak kameralar holati, o'lchami klapanlar joylashuvi haqida

malumot beradi. Yurak joylashuvi yani pozitsiyasini aniqlash bu homila joylashuviga qarab tanlanadi, normada yurak ko'krak qafasini 1/3 qismini egallaydi oshqozon va yurakni ko'p qismi chap tomonni egallaydi. Chap qorinchani chiqish yo'li magistral tomirlarni Aorta joylashuvi, o'pka arteriyasi tarmogini to'g'ri joylashuvi va qorinchalararo to'siq butunligini aniqlashga qaratiladi.

#### **Xulosa.**

1. Homila ehokardiografiyasini Covid 19 bilan kasallangan homilador ayollarda qo'llanilishi homilada yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni, yani tug'ma yurak nuqsonlarini erta tashxislashga imkon beradi

2. Yurak tug'ma nuqsonini vaqtida aniqlash postnatal davrni to'g'ri tashkillashtirish uchun yani, tug'ruq jarayonini sharoitlari bor bo'lgan perinatal markazda yoki mahsus ixtisoslashtirilgan tug'ruqxonalarda qabul qilinishini rejalashtirish uchun muhim;

3. Zamonaviy texnologiyalarni qo'llanilishi yurak tug'ma nuqsonlarini antenatal tashxislanishi, perinatal davrda kasallanishlar va o'lim darajasini kamaytirishga xizmat qiladi.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Г. А. Ихтиярова, Н. К. Дустова, М. Ж. Аслонова, Х. Ш. Яхёева Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 и беременность при заболевании почек // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.134-137.
2. А. Р. Облокулов, Г. Э. Ниёзов, Ф. Ф. Абдуллаев Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостатического гомеостаза при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.75-78.
3. Larmay HJ, Strasburger JF. Differential diagnosis and management of the fetus and newborn with an irregular or abnormal heart rate. *Pediatr Clin North Am* 2004;51:1033–1050.
4. Hofbeck M, Ulmer H, Beinder E, et al. Prenatal findings in patients with prolonged QT interval in the neonatal period. *Heart* 1997;77:198–204.
5. Beinder E, Grancay T, Menendez T, et al. Fetal sinus bradycardia and the long QT syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:743–747.
6. Michaelsson M, Engle MA. Congenital complete heart block: an international study of the natural history. *Cardiovasc Clin* 1972;4:85–101.
7. Siren MK, Julkunen H, Kaaja R. The increasing incidence of isolated congenital heart block in Finland. *J Rheumatol* 1998;25:1862–1864.1.
8. Israel Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. <http://www.isuog.org.il/main/siteNew/page=&action=sid Link&stld=301> [Accessed 6 February 2012].
9. Ferencz C, Rubin JD, McCarter RJ, Brenner JI, Neill CA, Perry LW, Hepner SI, Downing JW. Congenital heart disease: prevalence at livebirth. The Baltimore-Washington Infant Study. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 31 – 36.
10. Временное клиническое руководство по ведению беременных с COVID 19. Утвержден МЗ РУз 21.04.2020г. Ташкент.2020.



**КАМСУВЛИЛИКДА ТУҒРУҚ КЕЧИШИ ВА ҲОМИЛА ҲОЛАТНИНГ  
КАРДИОТОКОГРАФИК ТАҲЛИЛИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Д. Х. Жумаева, Д. Т. Раббимова, В. О. Ким**  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон**Ключевые слова:** кам сувлилик, ҳомила, кардиотокография, Апгар шкаласи.**Таянч сўзлар:** кам сувлилик, ҳомила, кардиотокография, Апгар шкаласи.**Key words:** low water, fetus, cardiotocography, apgar scale.

Кардиотокография (КТГ) ҳозирги кунда ҳомила ҳолатини баҳолашнинг асосий усули бўлиб, у маълумотларни барқарорлиги ва хавфсизлиги билан ажралиб туради. КТГни ҳомиладорлик пайтида ҳам туғруқ жараёнида ҳам қўллаш мумкин, бу ўз навбатида туғруқ натижаларини яхшилайдди. Амниотик суюқлик ҳомила нормал усиши ва ривожланишининг омили, ҳомиладорлик кам сувлилик билан кечганда эса ҳомила ҳолати мониторинги бугунги кун талабидир.

**АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ  
КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ МАЛОВОДИИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Д. Х. Жумаева, Д. Т. Раббимова, В. О. Ким**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Ўзбекистон

Кардиотокография (КТГ) в настоящее время является основным методом оценки состояния плода, который характеризуется стабильностью и сохранностью данных. КТГ можно использовать как во время беременности, так и во время родов, что в свою очередь улучшает исходы родов. Амниотическая жидкость является фактором нормального роста и развития плода, и мониторинг состояния плода является требованием сегодняшнего дня, когда беременность протекает маловодно.

**ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY AND ASSESSMENT OF FETAL CONDITION USING  
CARDIOTOCOGRAPHY IN LOW WATER****G. T. Rabbimova, B. B. Negmadjanov, D. X. Jumaeva, D. T. Rabbimova, V. O. Kim**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Cardiotocography (CTG) is currently the main method of assessing the condition of the fetus, which is characterized by the stability and safety of the data. CTG can be used both during pregnancy and during childbirth, which in turn improves birth outcomes. Amniotic fluid is a factor in normal fetal growth and development, and fetal status monitoring is a requirement of today when pregnancy is low in water.

**Кириш:** Амниотик суюқлик ҳомилани усиши ва ривожланишида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Суюқлик ҳажми патологик ўзгариши ҳомила ва утероплацентар тизимда қатор ўзгаришларга чақиради. Амниотик суюқлик она организими, ҳомила ва плацента орасидаги алмашинув маҳсулоти булиб, унинг миқдори тор доирада фарқланиб туради. Алмашинув жараёнидаги бузилишлар эса суюқлик миқдори камайишига олиб келиши мумкин. Кам сувлиликга сабабларга яна сийдик ажратиш тизими туғма нуқсонлари, нафас олиш тизими нуқсонлари, плацентар етишмовчилик, муддатдан ўтган ҳомиладорлик, амниотик суюқликнинг пренатал кетишида вақтида ташхис қуйилмаслиги ҳам келтирсак бўлади. Бу ҳолатлар ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида акушерлик аралашувлари, жарроҳлик амалиётлари учраш частотасини 21,5–57,7% ошишига сабаб булиши мумкин. Акушерлик патологияси бўлган ҳомиладор аёллар орасида сув етишмовчилиги ҳолатлари сезиларли даражада юқори: ҳомила ривожланиши кечиккан ҳолларда сув етишмовчилиги учраш частотаси 42,3% ни ташкил этади ва ҳомила туғма нуқсони билан кечган ҳолларда - 7,4% - 24,9% захм касаллиги бўлган ҳомиладор аёлларда - 35,2%. Сув миқдори кам бўлган ҳомиладорликнинг кечиши мураккаб-лашади: муддатидан олдинги туғруқ хавфи (48,8-67%), сурункали ёки бирламчи инфекциянинг кучайиши (86,8%), гестоз (27%), плацента етишмовчилиги, ҳомила ривожланишдан орқада қолиши. Туғруқ жараёнида эса - ўткир ҳомила гипоксияси, жумладан киндик тизимчаси сиқилиши, туғруқ травмаси ва туғруқдан кейинги қон кетиши натижасида мураккаб-лашади. Турли муаллифлар фикрига кўра, туғруқ фаолиятининг кучсизлиги 9,8% - 48% ичида, 77,6% гача ҳам етиб боради. Фетоплацентар етишмовчилик, ҳомила гипоксияси, кам

сувлилик фонида ривожланади, хомиланинг нотўғри ҳолати, ривожланишидан орқада қолиш, ва кесар кесиш частотасининг ошишига олиб келади 35,5% - 54,8%. Бундай ҳолатларда антенатал кардиотокографияни қўллаш, ҳомила ҳолатини баҳолаш ва бўзилишларини эрта аниқлаш, шунингдек ташҳислаш имконини беради.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Вилоят Перинатал Марказида 2021-2022 йилларда камсувлилик кузатилган аёлларнинг 50 нафари ўрганилади. Барча аёллар ултратовуш текширувидан ўтказилди. Улар ҳомилалари ҳолати туғруқгача кардиотокография текширувлари орқали баҳолаб борилди. Шу билан бирга 50 нафар янги туғилган чақалоқлар ҳам ашгар шкаласида баҳоланди.

**Натижа ва муҳокамалар:** Вилоят Перинатал Марказида Ҳомиладор аёлларда ултратовуш текширувлари ўтказилиб, улар орасидан кам сувлилик ташҳиси билан 50 нафар ҳомиладор аёллар танлаб олдик ва уларда ҳомиладорлик кечиши, ҳомила ҳолатини туғруқ вақтигача ва туғруқдан сўнг чақалоқлар кузатилди. Ҳомиладор аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиши, туман аҳолиси шаҳар аҳолисидан 3/1 нисбатда кўп ва ёшига қаралганда 19-42 ёш ораликни ташкил қилди. 19-24ёш 36%, 25-29ёш 38%, 30-39 ёш 20%, 40 ёш ва ундан юқори 6%.

Кузатувдаги ҳомиладор аёллар 2 та ката гуруҳга булинди. 1-гуруҳ кам сувлилик ташҳиси қўйилган лекин қоғоноқ пардаси туғруқгача ёрилган (n=28) 56%, 2-гуруҳ кам сувлилик ташҳиси қўйилган ва қоғоноқ пардаси бутунлиги туғруқгача сақланган (n=22) 44% ҳомиладорлар. Бу гуруҳларни ҳам ўз навбатида туғруқ олиб борилишига қараб 2 гуруҳга ажралди, булар (n=17) 34% табиий, (n=33) 66% оператив йул билан. Оператив олиб борилишига сабаблар етакчи бачадон кесар кесишдан кейинги чандик, бачадон носозлиги, хомиланинг кундалан жойлашуви, чанок-бош диспропорцияси, ва кам ҳолларда нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши ва бошқалар. Ҳомиладорлик муддати ва туғруқлар сонига нисбатан I-ҳомиладорлик (n=27) 54% III-(n=10) 20%, IV-(n=6) 12% лар нисбатан юқори. Муддатига кўра 29-33 ҳафта(n = 3) 6%, 34-36 ҳафта(n=12) 24%, 37-39 ҳафта (n=27) 54%, 40 ва ундан юқори (n=8) 16%. Амниотик суюқлик миқдори ва тозолик ҳолатига кура, кам сувлилик энгил даражада (n=21) 42%, кам сувлилик урта даражада (n=10) 20%, кам сувлилик юқори даражада (n=18) 36%, сувсизлик (n=2) 4%, ифодаланган. Тоза (n=16) 32%, хира (n=9) 18%, меконийли (n=20) 40%, бўтқасимон бадбуй (n=5) 10%.

Ашгар шкаласи бўйича чақалоқлар 3 гуруҳга булинди 1-гуруҳ амалий соғлом 7-9 балл (n=32) 64%, 2-гуруҳ энгил даражада асфиксияда 5-6 балл (n=14) 28%, 3-гуруҳ асфиксия ўрта оғир даражаси (n=4) 8% ташкил қилди.

Кардиотокография маълумотлари 4 та параметрда баҳоланди: базал ритм, юрак уриш тезлигининг ўзгарувчанлиги, тахикардия, брадикардия. Базал ритм деганда ҳомила юрак уриш тезлигини ўртача частота тушунилади ва 10 минут ёки ундан кўпроқ вақт давомида сақланиб туради. Ўртача частота юрак тезлиги (базал тезлиги) 120-160 зарба/ мин, лекин ҳомила ҳаракат вақтида, у 10-15 зарба/мин да нормада ўзгариши мумкин. 110 зарба/мин дан паст - брадикардия, 161 зарба/мин дан юқори – тахикардия. Базал ритмнинг частотаси (n=50) 100% сақланган. Тахикардия - ҳомила юрак уриш тезлиги 15 га ошиши ёки ундан кўп, давомийлиги 15 сек дан ортиқ бачадон қисқариши ёки ҳомила ҳаракати билан боғлиқ ҳисобланади ва (n=3) 6% да тахикардия кузатилди. Брадикардия- пасайиш частотасининг вақтинчалик эпизодлари ҳомила юрак уриши 15 марта ёки ундан кўп давомийлиги 15 сек. брадикардиянинг ерта, кеч ва ўзгарувчан тури бўлади. Брадикардия учраши (n=5) 10% кузатилди. Янги туғилган чақалоқлар тана массаси 1360 гр. дан 4440 гр. гача ва киндик тизимчаси узунлиги 35-60 см, йуқотилган қон ҳажми 700 мл. гача яна чақалоқларда киндик тизимчаси уралиш ҳолати (n=13) 26%. учради.

**Ҳулоса:** Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб шуни айтиш керакки, кам сувлилик ҳолатида КТГни қўллаш ҳомила ҳолатини аниқлашда, ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнида туғруқ натижаларини олдиндан айтишга ёрдам беради. Шунга кўра ҳомила ичи кислород танқислиги ва гипоксиясининг олдини олишга қаратилган чора тадбирларини эрта олиб бо-

риш имконини яратади.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Логинов В. В. и др. Особенности адаптации плода к кардио-токографическому исследованию как критерий оценки его состояния //Акушерство и гинекология. – 2021. – Т. 3. – С. 138-144.
2. Мочалова М. Н., Мудров В. А., Мудров А. А. Роль состава околоплодных вод в структуре перинатальной патологии //Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. – №. 2. С. 19-22
3. Мудров В. А., Мочалова М. Н., Мудров А. А. Особенности определения объема околоплодных вод на современном этапе //Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67. – №. 5.
4. Панченко А. С., Панова М. С. Биохимические маркеры гипоксического поражения головного мозга у доношенных новорожденных //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 12-16.
5. Приходько А. М. и др. Современные принципы кардиотокографии в родах //Медицинский совет. – 2020. – №. 3.
6. Чистякова О. М., Гуреева Л. В., Радьков О. В. Клиническое значение маловодия у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек при недоношенной беременности //Acta Biomedica Scientifica. – 2021. – Т. 6. – №. 2. – С. 9-15.
7. Abdou A. M. et al. Diagnostic accuracy of lamellar div count as a predictor of fetal lung maturity: A systematic review and meta-analysis //European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X. – 2020. – Т. 5. – С. 100059.
8. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2017. – С. 152.

**САМАРҚАНД ВИЛОЯТ ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗИДАГИ КЎП ҲОМИЛАЛИЛАР-НИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ДАВРИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, М. А. Абдиева,  
Д. Т. Раббимова, Ш. Н. Валиев**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** кўп ҳомилалик, монохориал эгизаклар, дихориал эгизаклар, муддатидан олдинги туғруқ.**Ключевые слова:** многоплодная беременность, монохориальные близнецы, дихориальные близнецы, преждевременных родов.**Key words:** multiple pregnancy, monochorial twins, dichorial twins, premature birth.

Ҳозирги вақтда ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш, она ёшининг 35 ёшдан юқорилиги, 4- туғруқдан кейин, овуляцияни стимул қилувчи препаратлар қўлланилиши натижасида кўп ҳомилаликни учраш даражаси йилдан-йилга ошмоқда. Кўп ҳомилаликда яқка ҳомиладорликка нисбатан оналар ўлими 3-7 марта юқори бўлиб, ёндош касалликларнинг асоратлари ва соматик касалликларнинг кўзиши юқори бўлади. Кўп ҳомилаликда ҳомиланинг антенатал, перинатал касалланиш кўрсаткичи юқори бўлиб, ҳомиланинг ривожланиш нуқсон, муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи, ҳомила дистресс синдроми кўп учраши билан характерланади. Она организмига юклама кўп тушганлиги сабабли ҳомиланинг ва онанинг турли хил касалликларнинг учраши ҳам ошади.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПО ДАННЫМ САМАРКАНДСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, М. А. Абдиева, Д. Т. Раббимова, Ш. Н. Валиев**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В настоящее время частота многоплодных беременностей увеличивается из года в год в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, увеличения возраста матери более 35 лет, увеличения количества родов более 4-х, применения препаратов, стимулирующих овуляцию. При многоплодной беременности материнская смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодной, а частота осложнений сопутствующих заболеваний и соматических заболеваний выше. При многоплодной беременности высок антенатальный, перинатальный уровень заболеваемости плода, характеризующийся пороками развития плода, повышенным риском преждевременных родов, синдромом дистресса плода. Из-за большой нагрузки на организм матери увеличивается и частота возникновения различных заболеваний плода.

**THE COURSE OF MULTIPLE PREGNANCIES AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN ACCORDING TO THE SAMARKAND REGIONAL PERINATAL CENTER****G. T. Rabbimova, B. B. Negmajanov, V. O. Kim, M. A. Abdieva, D. T. Rabbimova, Sh. N. Valiev**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Currently, the frequency of multiple pregnancies increases from year to year as a result of the use of assisted reproductive technologies, increasing the age of the mother more than 35 years, after 4 births, the use of drugs that stimulate ovulation. In multiple pregnancies, maternal mortality is 3-7 times higher than in single pregnancies, and the incidence of complications of comorbidities and somatic diseases is higher. In multiple pregnancies, the antenatal, perinatal level of fetal morbidity is high, characterized by fetal malformations, an increased risk of premature birth, and fetal distress syndrome. Due to the heavy load on the mother's body, the frequency of various fetal diseases also increases.

**Қириш.** Кўп ҳомилалик - ҳомиладор аёл организмида икки ва ундан кўп ҳомиланинг ривожланишига айтилади [1,5,7,]. Кўп ҳомилаликда бир ҳомиланинг ўлими 3,7 – 6,8% ни ташкил қилади [2,]. 37 ҳафтагача бўлган муддатларда (муддатидан олдинги туғруқ) уч ҳомилаликнинг туғилиши 80%, икки ҳомилаликнинг туғилиши 43%, бир ҳомилаликда – 9% ни ташкил қилади [4,5,6]. Кўп ҳомилали ҳомиладорларда гипертензия ва шиш қон-томир тизими ҳажмининг ошиши, протеинурия кам миқдорда ёки бўлмаслиги, динамикада гематокрит пасайиши ҳисобига плазма ҳажмининг ошиши рўй беради. Томир ичи ҳажмининг ошиши ҳисобига энг асосий асоратлардан бири анемия 50-100% ни ташкил қилади. Бу плазма ҳажмининг ошиши, гематокрит ва гемоглобин миқдорини пасайиши, эритропоэтиннинг ошиши ҳисобига темир танқислик анемия сезиларли даражада учрайди [8]. Ҳомиладорлик даври ҳомила ўсиши чегараланиш синдроми бир ҳомилаликка нисбатан 10 баробар кўп

учраб, монохориалда 34% ва бихориалда 23% учрайди [10]. Плацентация типига кўра хомила ўсиши чегараланиши монохориалда 7,5%, бихориалда 1,7% иккала хомилада ҳам кузатилади. Агар монохориал эгизакларда хомилалар вазни орасидаги фарқ 25% дан юқори бўлса, кам вазнли хомиланинг антенатал ўлими юқори даражада бўлади [5].

Кўп хомилалик учраш даражаси Ўрта Осиёда 0,6% , Европада 1 – 2 % , Африкада 4 % ни ташкил қилади [7]. Перинатал ўлим эгиз хомилада бир хомиллага нисбатан 5 марта, хомила антенатал ўлими – 4 марта, неонатал ўлим – 6 марта юқорилиги билан характерланади [3,9].

**Тадқиқот мақсади:** Кўп хомилаликда йўлдошнинг монохориал ва дихориал турига қараб хомиладорлик ва перинатал даврини таққослаш.

**Материал ва усуллар:** Самарқанд вилоят Перинатал марказида 2020-2022 йиллар оралиғида кўп хомилалик аниқланган 40 нафар хомиладор аёлларнинг дастлабки тиббий хужжатларининг таҳлили ўтказилди.

Кўп хомилаликда йўлдошнинг хориал турига қараб, текширилган барча хомиладор аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинган:

I гуруҳ - 18 нафар аёлларда йўлдошнинг монохориаллиги аниқланган;

II гуруҳ - 22 нафар аёлларда йўлдошнинг дихориаллиги аниқланган;

Беморларнинг касаллик тарихи, анамнез маълумотлари, объектив текширув маълумотлари, лабаратор ва инструментал текширув натижалари, терапевт кўриклари Самарқанд вилоят Перинатал марказида қилинган.

1. Ижтимоий ва оилавий ҳолати. Манзили: анамнестик маълумотлар йиғиш, наслий мойиллиги бор ёки йўқлиги, касалликка мойиллик факторлари: стрессли ҳолатлар, ўткир ва сурункали касалликлари, ёндош қон- томир касалликлари, хомиладорлик ва хомиладорликдан олдинги даврдаги мойиллик омиллари

2. Професионал омиллар

3. Умумий кўрик маълумотлари

4. Гинекологик анамнези

5. Ҳайз циклининг хусусиятлари: бошлангани, бошланиш характери, давомийлиги, ўзгаришлар бор ёки йўқлиги, биринчи хомиладорлик вақти, хусусиятлари, хомиладорликдаги асоратлар бор ёки йўқлиги, уччала триместрни кечиши.

6. Гинекологик касалликлари (беморнинг ўзида, онасида, синглиси, опасида)

7. Акушерлик анамнези (хомиладорлик, туғруқ, абортлар, ушбу хомиладорликнинг кечиши)

8. Бошидан кечирган касалликлари.

9. Лаборатор текширувлар умумий қон анализи, умумий сийдик анализи, қоннинг биохимик анализи, бачадон ультратовуш текшируви.

10. Тор мутахассислар кўриги.

11. Соматик касалликлар анамнези (пайдо бўлган вақти, хомиладорликнинг кечишига таъсири)

Текширувдан ўтказилган хомиладорларнинг ёши ўртача  $29,4 \pm 0,2$  ёшни ташкил этиб, 18 ёшдан 38 ёшгача бўлган индивидуал ўзгаришлар кузатилди. Иккинчи расмда кўриниб турибдики, ҳар иккала гуруҳдаги хомиладор аёлларнинг ёш таркиби тахминан бир хил бўлиб, уларнинг аксарияти 20 ёшдан 29 ёшгача бўлган аёллардир.

Беморларнинг яшаш жойи бўйича шаҳар аҳолиси 10 нафар 25%, қишлоқ аҳолиси 30 нафар 75% ни ташкил қилиб, асосий беморлар қишлоқ аҳолиси эди.

Кузатувга олинган аёлларнинг умумий сонидан 13 нафари (32,5%) биринчи туғувчи аёллар, 27 нафари (67,5%) қайта хомиладор бўлган аёллар; шу жумладан 6 нафари (15%) – кўп марта туғувчи аёл. Шундай қилиб, қайта туғувчи аёлларнинг сони устунлик қилди. Репродуктив анамнез ҳақидаги маълумотлар 1- жадвалда келтирилган.

Қайта хомиладор бўлган аёлларнинг деярли 2/5 қисмида (40%) оғирлашган ва асоратланган акушерлик анамнези кузатилган. Беморларнинг тўртдан бир қисмидан кўпроғида

1 жадвал.

**Текширилган аёлларнинг репродуктив анамнези ҳақидаги маълумотлар.**

Текширилганларнинг гуруҳлари	1-2 гуруҳ	
	n	%
Биринчи марта ҳомиладор бўлганлар	13	32,5
Қайта ҳомиладор бўлганлар	27	67,5
5 ва ундан кўп марта туккан аёллар	6	15

ҳомила тушиш ҳолати кузатилган (ҳомиланинг ўз ўзидан тушиши - 15%, муддатидан олдин туғилиш - 65%). Ҳар тўрт нафар аёлларнинг бирида (26,8%) салбий перинатал натижа кузатилган: ўлик туғилганлар - 4,5%, эрта туғилган чақалоқларнинг ўлими - 22,3%. Илгари ҳомиладор бўлган беморларда абдоминал туғдириш кузатилган (33,1%), шу жумладан 16 нафар аёлларда ушбу ҳолат бир неча бор кузатилган.

Ҳомиладорлик даври асоратланишига кўра 1- гуруҳ: ҳомила тушиш хавфи билан -9 нафар, ҳомиладорлик токсикози- 7 нафар, кўпсувлилик- 2 нафар, камсувлилик - 2 нафар, фетоплацентар етишмовчилик - 1 нафар, сурункали пиелонефрит - 6 нафар, преэклампсия - 5 нафар, қоғоноқ сувларининг туғруққача кетиши - 12 нафар, гестацион гипертензия- 1 нафар, семизлик- 1 нафарни ташкил қилди.

2-гуруҳ беморларда гестацион гипертензия- 1 нафар, қоғоноқ сувларининг туғруққача кетиши- 5 нафар, преэклампсия- 6 нафар, ҳомиладорлик токсикози- 8 нафар, ҳомила тушиш хавфи билан-7 нафарни ташкил қилди.

Ҳомиладорларда учраган соматик касалликлардан: вирусли гепатит- 2 нафар, миопия- 1 нафар, сурункали гастрит- 1 нафар, сурункали холецистит- 1 нафар, бронхиал астма ва аллергик ринит фонидан 1 нафар, гинекологик касалликлар: колпит- 4 нафар, бепуштлик (10 йил) - 1 нафар, бачадон миомаси- 2 нафар, икки шохли бачадон- 1 нафар бачадон бўйни электроканизациясидан кейинги ҳолат- 2 нафар аёлларда учради.

2 жадвал.

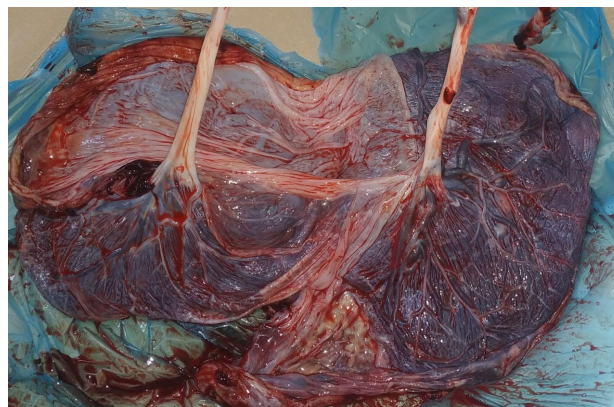
**Текширувдан ўтган аёлларнинг акушерлик анамнези.**

Акушерлик анамнези	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	n	%	n	%
Ҳомилани ўз ўзидан тушиши	2	11,1	3	13,6
Муддатидан олдин туғилиш	16	88,89	14	63,63
Преэклампсия	5	27,77	3	13,6
Ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши	2	11,1	1	4,5
Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқлар	15	83	17	77,2
Кесар кесиш операцияси орқали туғруқлар	3	16,67	5	22,7-

Биз кўп ҳомилали ҳомиладорларни таққослаб кузатганимизда ҳомиладорликнинг



1 расм. Монохориал моноамниал плацента (МХМА).  
Она юзаси ва ҳомила юзаси томонидан кўриниши.



2 расм. Дихориал диамниал плацента(ДХДА). Она томондан ва ҳомила юзасидан кўриниши.

яқунланиш муддатларида ўзаро фарқ борлигига амин бўлдик. (3-жадвал).

Бу жадвалдан кўришиб турибдики монохориал кўп ҳомилалик дихориал кўп ҳомилаликка нисбатан муддатидан олдинги туғруқ кўп кузатилар экан.

I гуруҳда туғруқларнинг 78-80% ида 36 ҳафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди. II гуруҳда туғруқларнинг 40-44 % ида 36 ҳафтагача бўлган муддатдан олдинги туғруқ кузатилди.

Туғилган чақалоқлар вазни кўриб чиқилганда: I гуруҳда 750гр, 900гр, 950гр, 1200гр, 1350гр, 1460гр, 1600гр, 1975гр - 3210гр, 3440гр гача вазнли ўртача ҳисобда 2450гр чақалоқлар туғилди.

II гуруҳда 1600гр, 1650гр, 1800гр, 1900гр, 1960гр-2600гр, 2650гр, 2700гр, 2800гр, 2900гр, 3000гр гача вазнли ўртача ҳисобда 2650гр чақалоқлар туғилди.

Туғилган чақалоқлар жинси кўриб чиқилганда: I гуруҳда 11нафар (30%) ўғил, 25 нафар (70%) қизча туғилган. II гуруҳда 26 нафар (60%), ўғил 18 нафар (40%) қизча туғилган. Туғруқ баёни кўриб чиқилганда: I гуруҳда 10 нафар (55%) ҳомиладорда оператив, 8 нафар (45%) ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди. II гуруҳда 14 нафар (64%) ҳомиладорда оператив 8 нафар (36%) ҳомиладорда табиий туғруқ йўллари орқали яқунланди.

Биз кузатаётган гуруҳларда ҳомилалардан бирининг антенатал ўлими ҳар иккала гуруҳларда ҳам 1 нафардан учради.

**Хулоса.** Монохориал ва дихориал ҳомиладорликда, таққослаганимизда ҳомиланинг тушиш хавфи (51% ва 56,9%), анемия (62% ва 59,3%), гипертензив ҳолатлар (38% ва 32%), муддатдан олдинги туғруқлар (88,89% ва 63,63%), оператив туғруқлар (55% ва 64%), кузатилди. Туғилган чақалоқлар гипотрофияси (60,8% ва 36,8%), бир ҳомиланинг антенатал ўлими (4,8% ва 5,5%) гуруҳларга мос равишда учради.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Л. С. Абдуллаева, М. Х. Каттаходжаева, А. Т. Сафаров, С. С. Гайибов Прогнозирование и профилактика акушерских и перинатальных осложнений при многоплодной беременности // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.109-112. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-109-112
2. Костюков К.В., Гладкова К.А. Перинатальные исходы при монохориальной многоплодной беременности, осложненной синдромом селективной задержки роста плода // Акушерство и гинекология. - №6. - 2020. - С. 50-58
3. Косякова О.В., Беспалова О.Н. Сложности и перспективы прогнозирования преждевременных родов при многоплодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. - Т. 67. - №4. - 2018. - С. 48-59
4. Мальгина Г.Б., Башмакова Н.В. Многоплодная беременность как причина сверхранних преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. - Т. 16. - № 6. - С. 58-62.

5. Папышева Е.И., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е. Проблема многоплодной беременности при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология. - №5. -2019. - С.137-143.
6. Прохорова В.С., Павлова Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии //Журнал акушерства и женские болезни. -2010. - №3. - С.55-59.
7. Althabe F, et al. Рожденные слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов // Науч. ред. Ch. Howson, M. Kinney, J. Lawn. - Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2014. - 112 с.
8. Fiona L. Mackie, R. Katie Morris, Mark D. Kilby. The prediction, diagnosis and management of complications in monozygotic twin pregnancies: the OMMIT (Optimal Management of Monozygotic Twins) study // Mackie et al. BMC Pregnancy and Childbirth. - 2017. -P. 2-5
9. Mary D'Alton, Noelle Bresli. Management of multiple gestations // International Journal Gynecol Obstet. - V.150. - 2020. - P. 3-9.
10. Rissanen, AR.S., Jernman, R.M., Gissler, M. et al. Maternal complications in twin pregnancies in Finland during 1987–2014: a retrospective study // BMC Pregnancy Childbirth 19. - 337. - 2019.
11. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. - 2017. - С. 152



**ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ БОР АЁЛЛАРДА КОНСЕРВАТИВ ВА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ****Г. О. Ражабова, Х. С. Икрамова**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** тухумдонлар поликистоз синдроми, бепуштлиқ, лапароскопия, семизлик, инсулинорезистентлик.

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, бесплодие, лапароскопия, ожирение, инсулинорезистентность.

**Key words:** polycystic ovary syndrome, infertility, laparoscopy, obesity, insulin resistance.

Эндокрин бепуштлиқ билан оғриган беморлар орасида ТПКС билан касалланганлар 53-73% ни ташкил этади [1,5] ва бепуштлиқ никоҳ тузилишида ушбу патология 5-6-ўринни эгаллаб, 20-22% ни ташкил қилади [3]. Тадқиқот Урганч шаҳри Вилоят Перинатал маркази ва “Сарвиноз мед сервис” хусусий клиникасида 2019-2022 йиллар давомида олиб борилди. 70 нафарини (асосий гуруҳ) ТПКС фониди бепуштлиги бўлган аёллар ва 20 нафарни (назорат гуруҳи) эса тиббий текширувдан ўтиш учун мурожаат қилган соғлом аёллар ташкил қилди. Эндокрин бўзилишларни даволамасдан туриб, тўғридан-тўғри жаррохлик амалиёти билан даволаш репродуктив фаолиятни тиклашда кам натижалар берди.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ****Г. О. Ражабова, Х. С. Икрамова**

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии, Урганч, Узбекистан

Среди больных с эндокринным бесплодием 53-73% больных имеют СПКЯ [1,5], а в структуре брака по бесплодию эта патология занимает 5-6 место и 20-22% [3]. Исследование проводилось в 2019-2022 годах на базе Урганчского областного перинатального центра и частной клиники «Сарвиноз медсервис». 70 (основная группа) составили женщины с бесплодием на фоне СПКЯ и 20 (контрольная группа) — практически здоровые женщины, обратившиеся за диспансеризацией. Лечение непосредственно оперативными вмешательствами без лечения эндокринных нарушений мало результативно в восстановлении репродуктивной функции.

**EVALUATION OF THE EFFICACY OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN****G. O. Rajabova, X. S. Ikramova**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Among patients with endocrine infertility, 53-73% of patients with TPKS [1,5], and in rare cases, infertility, this pathology takes 5-6 place and 20-22% [3]. The study was conducted in 2019-2022 on the basis of the Urgench Regional Perinatal Center and the Sarvinov Medservice private clinic. 70 (main group) observed women with infertility on the background of TPKS and 20 (control group) were practically healthy women who applied for medical examination. Treatment with surgical interventions without treatment of endocrine patients gave little results in restoring reproductive function.

Тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПКС) гинекологик эндокринология ва репродуктив тиббиётнинг энг долзарб ва ўрганилаётган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Европа мезонларига кўра, ТПКС тарқалиши тахминан 15% ни ташкил қилади. Тана вазнининг критик даражадан ошиши муҳим аҳамиятга эга, бу ҳолда андрогенларнинг жигар ва ёғ тўқималарида эстрогенларга айланиши бузилади. Эстроген даражасининг ошиши билан гонадотропларнинг гиперсенсбилизацияси гонадотропин рилизинг гормон (ГнРГ) билан боғлиқ ҳолда ривожланади [1]. Гипоталамусда ГнРГ ишлаб чиқарилиши ошади, аденогипофиз орқали ЛГ ҳосил бўлиши кучаяди, ЛГ/ФСГ нисбати бўзилади ва ФСГ нинг нисбий этишмовчилиги юзага келади [3]. Қисқа тесқари алоқа принципига кўра, гипоталамус томонидан ГнРГ чиқарилишининг кўпайиши кузатилади. Бундай ҳолда, ГнРГ ишлаб чиқаришининг цирхорал ритми бўзилади, натижада ФСГ (доминант фолликулани танлаш) ва ЛГ (овуляция) нинг энг юқори концентрациясига эришилмайди [2]. Гонадотроп дисфункция ривожланади.

Жаррохлик даволаш самарадорлигининг исботи овуляция (базал ҳароратни ўлчаш) мавжудлиги ва ҳомиладорликнинг бошланиши. Овуляция цикли мавжуд бўлганда жар-

роҳлик даволанишдан кейин 1 йил ичида ҳомиладорлик бўлмаслиги бепуштликнинг бошқа сабабларини кўрсатиши мумкин.

Шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейин фертилликни тиклаш вақтинчалик жараёндир, шунинг учун операциядан кейинги биринчи йил давомида ҳомиладорликни режалаштириш тавсия этилади. Овуляция стимуляцияси ва ҳомиладор бўлиш эҳтимоли юқори булишига қарамай, кўпчилик беморларда клиник симптомларнинг қайталаниши кузатилади [1, 2].

**Тадқиқот максоди:** Тухумдонлар поликистози синдроми натижасида юзага келган бепуштликни даволашда диагностик-даволовчи лапароскопиядан олдин терапевтик тайёргарлик ўтказишнинг самарадорлигини баҳолаш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Тадқиқот Урганч шаҳри Вилоят Перинатал маркази ва “Сарвиноз мед сервис” хусусий клиникасида 2019-2022 йиллар давомида олиб борилди. Илмий ишни бажариш жараёнида 90 нафар аёл кўзатилди. Шундан 70 нафарини (асосий гуруҳ) ТПКС фонида бепуштликка шикоят қилиб келган беморлар ва 20 нафарни (назорат гуруҳи) эса тиббий текширувдан ўтиш учун муружаат қилган амалий соғлом аёллар ташкил қилди.

Тадқиқотни олиб боришда асосий гуруҳга кирувчи аёлларда куйидаги ҳолатлар киритилди: гиперандрогения, метаболик синдром, инсулинорезистентлик.

Куйидаги критерийлар эса киритилмади: ТПКС ва бепуштликнинг йўқлиги, гиперандрогениясиз ановуляция, гиперандрогенияли текаматоз. Кушинга синдроми аниқланган касаллар, нейро-алмашинув-эндокрин синдроми билан-Кушинга синдроми типи буйича; гиперпролактинемия билан; гипофиз аденомаси буйрак усти туғма дисфункцияси билан; қалқонсимон безининг фаолиятини бўзилиши билан; тухумдонлар ва буйрак усти андроген ажратувчи ўсмалари билан.

Тадқиқотни олиб бориш учун беморлар 2-гуруҳга ажратилди: 1 – гуруҳ- 70 нафар аёл бепуштликка шикоят қилган ТПКС бўлган беморлар. 2- гуруҳ- 20 нафар амалий соғлом аёллар. Назорат гуруҳи репродуктив ёшдаги, мунтазам овуляция цикли бўлган 20 нафар аёлдан иборат эди.

Шундан асосий гуруҳга кирувчи аёллар даволаш усулларига кўра 3 кичик гуруҳларга бўлинди.

А кичик гуруҳ- (n=25) камида 3 ой муддатида ва медикаментоз препаратларини қўллаш натижасида фолликулогенезни таъминлаш учун КОК қўллаш усули билан антиандроген таъсир кўрсатиш.

В кичик гуруҳ - (n=20) КОК 3-6 ой қўллангандан кейин тухумдонларга лапароскопия усулида тухумдонлар декорткацияси, резекцияси ёки каутеризацияси жаррохлик аралашувини ўтказиш.

С кичик гуруҳ - (n=25) тайёргарликсиз жаррохлик амалиётини ўтказганлар.

Бизнинг кўзатувимиз остида 22 ёшдан 37 ёшгача бўлган (ўртача ёши 31,9±1,4 йил) ТПКС билан оғриган 70 нафар бемор 1 йилдан 10 йилгача бўлган бепуштлик билан касалланган (ўртача 5,3±1,2 йил). Барча ҳолатларда бепуштликнинг эркак, бачадон бўйни ва иммунологик омиллари чиқариб ташланди.

**Тадқиқот натижалари:** ижтимоий хавфларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги аёлларнинг аксарияти овқатланиш бузилишидан азият чекади – 34нафари (48,6%), таққослаш гуруҳида эса атиги 1 нафар (5%). Стресс - асосий кўрсаткичлардан бири бўлиб – асосий гуруҳда 40 нафар (57,1%) ва мос равишда 2 гуруҳда (10%) ни ташкил қилди. Иккала гуруҳдаги аёлларнинг тахминан бир хил сони гиподинамияни соғлиқ бўзилиши ривожланишининг сабаби сифатида кўрсатди: асосий гуруҳнинг 8 (11,4%) беморлари ва таққослаш гуруҳининг 4 (20%). Яна шуни эътиборга олиш керакки, оғир жисмоний меҳнат кўп қилган аёлларимизда ТПКС кучлироқ ривожланган. Буни жисмоний зўриқиш вақтида организмда нисбатан кўпроқ буйрак усти безидан стрероид гормонларни ажралиши билан ҳам боғласа бўлади. Асосий гуруҳдаги аксарият аёллар ўсмирлиги ва яқин 3-5 йиллик ўтми-

шида психо-эмоционал зарба олиб, организм стресс ўтказганлиги аниқланди. Стресс натижасида буйрак усти беги стероид гормонлари кўп миқдорда ажратади, буни ўзи эса ТПКС нинг иккиламчи тури юзага келишига сабаб бўлган бўлиши мумкин. ТПКС бўлган аёлларда бепуштлик кўзатилиб, бу ҳолатнинг ўзи психо-эмоционал лабилликка олиб келиб, касалликни кучайтиради.

ТПКСнинг клиник кўринишларини куйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин: асаб-психик ўзгаришлар (уйку бўзилиши, асабийлашиш, чарчок, либидонинг пасайиши), вегетатив бўзилишлар (артериал қон босими ошиб бориши, шиш, терлаш ва мастодиния), метаболик ўзгаришлар (гирсутизм, акне, вазн йўқотиш қобилиятининг пастлиги).

Танланган аёллар гуруҳларида асаб-психик ўзгаришларда сезиларли фарқ бўлмади, бунга кўра таъсирчанлик иккала гуруҳ аёлларда мос равишда 28,6% ва 25%, уйқунинг бўзилиши асосий гуруҳда 21,4% назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 15%ни, тез чарчаш эса назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан кўпроқ учради, вегетатив бўзилишлар ва метаболик ўзгаришлар асосан асосий гуруҳ аёлларида қайд этилди. Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги аёлларда қон босимини ошиб кетиши 45 (64,3%), шиш 31 (44,3%) ва терлаш - 26 (37,1%) аёлларда кузатилган, таққослаш гуруҳида сезиларли даражада камроқ бўлди. Метаболик касалликларга келсак, акне ва гирсутизм каби кўринишлар таққослаш гуруҳига қараганда асосий гуруҳ аёлларида сезиларли даражада тез-тез қайд этилди 58(82,9 %) ва 60(85,7%), шу билан бирга, фақат 36 (51,4%) беморлар вазни камайтириш қийинлигини кўрсатдилар. Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равишда 1 (5%), 4 (20%) ва 3 (15%) бўлди.

Тадқиқот гуруҳларида ТВИ (тана вазни индекси) таҳлил қилинганда, ТВИда статистик жиҳатдан сезиларли фарқ борлиги маълум бўлди, бунга кўра 1-гуруҳ беморлари (ТПКС) 46 нафар аёлда ва 2-гуруҳдаги аёллар орасида 3 нафар аёлда вазн кўплиги аниқланди. Беморларда тана вазни ўртача  $70,9 \pm 4,5$  кг, ўртача бўйи  $163,61 \pm 1,83$  см, ТВИ ўртача  $26,3 \pm 0,4$  ни ташкил этди, бу назорат гуруҳининг ўртача қийматларидан юқори (ТВИ -  $23,1 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ ).

70 беморнинг 46 нафарада ортикча вазн борлиги аниқланиб, шундан 20 нафари 11-16 ёшда вазн ортиши бошланишини қайд этган. 10 (9,2%) беморда тана вазнининг ортиши 23 ёшдан кейин ва 6 нафарида жинсий ҳаётнинг бошланиши ва ҳайз кўриш циклини тартибга солиш учун қўлланиладиган гормонал терапияси фониди содир бўлган.

Бепуштлик турига кўра аёллар бирламчи бепуштлик асосий гуруҳдаги 48 нафар аёлда ва иккиламчи бепуштлик 22 нафар беморда кузатилган. Иккиламчи бепуштлик бор аёллар анамнезидан, 28 ҳомиладорлик бўлган, шундан 8 таси эрта муддатда спонтан аборт, 10 таси туғилиш билан яқунланган, 2 таси бачадондан ташқари ҳомиладорлик ва 8 таси ўсмай қолган ҳомиладорлик билан асоратланган.

Глюкоза даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳнинг 42 нафар аёлида унинг қондаги миқдори кўплиги ва глюкозага толерантлик тести ўтказилгандан кейин бу кўрсаткич 56 нафарни ташкил қилди ва ўртача  $6,22 \pm 0,2$  ммоль/л ни ташкил этган, таққослаш гуруҳида эса деярли барча аёллар очлик глюкозаси нормал ва ўртача 4,64 ни ташкил этган. ГТТдан сўнг вазият умуман ўзгармади: асосий гуруҳда машқлар бошланганидан 60 минут ўтгач ўртача глюкоза миқдори  $9,54 \pm 0,3$  ммол/л, таққослаш гуруҳида -  $7,81 \pm 0,3$  ммол/л ( $p < 0,001$ ). 120 дақиқадан сўнг гипергликемия асосий гуруҳда  $7,84 \pm 0,2$  ммоль/л даражасида сақланиб қолди, таққослаш гуруҳида эса ўртача кўрсаткич 5,4 ни ташкил этди. Ушбу беморларда қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал диапазонда эди.

ТПКС бор аёлларда ҳайзнинг 3-5 кунларида ЛГ асосий гуруҳда  $16,4 \pm 1,3$  ХБ/л, таққослаш гуруҳида  $7 \pm 1,2$  ХБ/л, ФСГ эса бир хилда. Ҳайз даврининг даври мос равишда  $4,7 \pm 0,6$  ХБ/л ва  $5,8 \pm 1,1$  ХБ/л ни ташкил этди. Шу билан бирга, ЛГ/ФСГ нисбати асосий гуруҳда ўртача  $3,4 \pm 0,2$ , таққослаш гуруҳида -  $1,1 \pm 0,1$  ( $p < 0,01$ ). ЛГ/ФСГ нисбатидаги бу фарқ ТПКС бор аёлларда гипоталамус-гипофиз тизимининг чуқурроқ бузилишларини кўрсатади.

ТПКС бўлган аёллар Кломифен цитрат билан овуляция индукциясида чидамли ва гонадотропин терапияси натижасида тухумдонларнинг гиперстимуляция синдроми ривожлани-

ши хавфи юқорилиги аниқланди. Шу сабабли, сўнгги йилларда ТПКСни даволашнинг жароҳлик усулларига қизиқиш ортди. Бундан ташқари, эндоскопик техникани такомиллаштириш минимал инвазив аралашувни кенг тарқалишига олиб келди.

Натижаларга эришиш мақсадида қуйидаги тартибда касалларни даволаб бошладик. Каминда 3 ой асосан 6 ойлик курс бўйича инсулинрезистентлиги бўлган аёлларга инсулинсенситайзерлар, семизлиги бор аёлларга кам калорияли диета, жисмоний фаоллик ва семизлик 1,2,3 даражали касалларга редуксин 0,01 г ёки орлистат берилди, иккинчи асосий препаратлардан бу антиандроген таъсирли КОК препаратлари ичилди. Қўшимча равишда барча гуруҳ вакилларига профилактик дозада витамин Д ва фолат кислотаси берилди.

Натижада, инсулинсенситайзерлар ва КОК билан олти ойлик терапия курси антропометрик кўрсаткичларнинг бироз яхшиланишига ва айни пайтда гормонал параметрлар сезиларли ижобий ўзгаришларга олиб келди.

А кичик гуруҳ аёлларида даволанишдан сўнг 1 йил ичида 9 (36%) ҳомиладорлик кўзатилди, лекин шундан фақатгина 3 таси муддатдаги ва 2 таси муддатдан олдин туғиш билан якунланди. 2 нафар аёлда ривожланмай қолган ҳомиладорлик ва 2 нафар аёлда эрта муддатларида ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши кўзатилди. Ва кўп ўтмай ҳомиласидан ажралган аёлнинг 2 нафарида ҳомиладорлик кўзатилди. Туғруқ амалга ошган 3 нафар беморда туғруқдан кейин бирида 40 кундан кейин, иккинчисидан 3,5 ойда ва яна бирида 6 ойдан кейин ҳомиладорлик кўзатилди ва бу аёллар туғруқ интервали кичик бўлишига қарамасдан 2 нафари ҳомиладорликни давом эттирдилар, бирисидан туғруқ Кесар кесиш амалиёти билан олиб борилганлиги ва туғруқдан кейинги 40 кун ичида ҳомиладорлик кўзатилганлиги сабабли акушерлик патологияси олдини олиш мақсадида тиббий кўрсатмалар асосида ҳомиладорлик тўхтатилди.

В кичик гуруҳда даволанишдан сўнг 12 нафар (60%) ҳомиладорлик, шундан 9 (45%) муддатдаги туғруқ, муддатдан олдинги туғруқ кўзатилмади, ривожланмай қолган ҳомиладорлик 1 нафар аёлда (5%), ўз-ўзидан ҳомла тушиши 2 аёлда (10%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик 3 (15%) нафарда кўзатилди.

С кичик гуруҳда даволанишдан сўнг 4 нафар (16%) ҳомиладорлик, шундан 2 (8%) муддатдаги туғруқ, муддатдан олдинги туғруқ кўзатилмади, ўз-ўзидан ҳомла тушиши 1 аёлда (4%), бачадондан ташқари ҳомиладорлик 1 нафарда (4%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик кўзатилмади.

Назорат гуруҳидаги аёлларда 18 нафар (90%) ҳомиладорлик, шундан 16 (80%) муддатдаги туғруқ, ривожланмай қолган ҳомиладорлик 1 нафар аёлда (5%), ўз-ўзидан ҳомла тушиши 1 аёлда (5%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик 1 (5%) нафарда кўзатилди.

**Хулоса** қилиб айтганда, 5 йилдан кам вақт давомида бепуштлик кўзатилган аёлларда консерватив терапия самардорлиги юқори бўлиб, бунда даволаш эндокрин ва метоболик бўзулишларни тўлиқ нормага келишнинг антиандроген терапия билан олиб борилиши катта аҳамиятга эгадир. Давомийлиги 5 йилдан ошган бепушт аёлларда эса консерватив терапия лапораскопик тухумдонлар декапсуляцияси ёки резекцияси билан бирга олиб борилганда юқори натижаларни берди. Эндокрин бўзулишларни даволамасдан туриб тўғридан-тўғри жароҳлик амалиёти билан даволаш репродуктив фаолиятни тиклашда кам натижалар берди.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Матризаева Г.Д., Оценить кумулятивную эффективность стимуляции моноовуляции у женщин с синдромом Штейна-Левентала в различных возрастных группах / «Tibbiyotda yangi kun» 1(29)2020. -P.273-275.
2. Rajabova G.O., Matrizayeva G.D., The role of surgical and conservative therapy in restoring the reproductive function of women suffering from stein-leventhal syndrome/«Tibbiyotda yangi kun» 6 (38/1) 2021. -P. 432-434.
3. Agacayak, E. Levels of Neopterin and other Inflammatory Markers in Obese and Non-Obese Patients with Polycystic Ovary Syndrome / E. Agacayak, S.Y. Tunc, S. Sak // Med Sci Monit. – 2015. – N 21. – P. 2446–2455.
4. Barthelmeß, E.K. Polycystic ovary syndrome: current status and future perspective Front / E.K. Barthelmeß, R.K. Naz // Biosci. (Elite Ed). – 2015. – N 6. – P. 104-119.
5. Bianchi, L. A methodological and functional proteomic approach of human follicular fluid en route for oocyte quality evaluation / L. Bianchi, A. Gagliardi, G. Campanella, C. Landi, A. Capaldo, A. Carleo // J. Proteomics. – 2013. – N 90. – P. 61-76.

**ҚИН ВА БАЧАДОН АПЛАЗИЯСИ ВА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ  
КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ  
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**С. Ш. Рафиков, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, П. О. Омонова**  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** қин ва бачадон аплазияси, тухумдонлар поликистоз, метаболик синдром.

**Ключевые слова:** аплазия влагалища и матки, поликистоз яичников, метаболический синдром.

**Key words:** aplasia of the vagina and uterus, polycystosis of the ovaries, metabolic syndrome.

Қин ва бачадон аплазияси ҳамма ривожланиш нуқсонлари орасида 4% ни ташкил қилиб, 3,2% ҳолларда репродуктив ёшда аниқланади. Қизлар орасидаги гинекологик касалликлар орасида 6,5% аниқланади. Охириги 10 йил давомида бачадон ва қин ривожланиш нуқсонлари 10 баробар ошган бўлиб, 35-63:1000 ҳолларда генетик ўзгаришлар натижасида бўлиб, бепуштлиқка олиб келади. Ҳозирги вақтларда жинсий аъзолар ривожланиш аномалиялари 14% ошганлиги экологик ҳолатнинг ёмонлашиши сабаб бўлмоқда. Бу беморларда тухумдонлар нормал ривожланганлиги сабабли иккиламчи жинсий белгилар нормал чегарада бўлади. Бу беморларнинг кўпчилигида тухумдонлар поликистоз учраши кўп адабиётларда аниқланмайди. Тухумдонлар поликистоз бўлган беморларда энг кўп метаболик синдром кузатилади. Амалиёт шифокорларининг энг кенг тарқалган хатоси семириб кетиш фонида овуляцияни рағбатлантиришдир. Даволашнинг асосий мақсади тана вазнининг нормаллашиши, метаболик ва гормонал гомеостазни тиклашдир. Бу нафақат генератив функцияни амалга оширишга, балки соғлиқ учун хавфни камайтиришга, узок муддатли ҳаёт циклига ҳам ёрдам беради. Рационал овқатланишда ёғлар, углеводлар туфайли энергия қийматини камайтиришни назарда тутати. Беморларда ҳаёт сифатини яхшилаш учун кўпгина қўлланиладиган даво усуллари муҳокамалигича қолмоқда.

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С  
АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ**

**С. Ш. Рафиков, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, П. О. Омонова**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Ўзбекистон

Среди всех пороков развития влагалища и матки аплазия выявляется в 4% случаев, в репродуктивном возрасте - в 3,2% случаев. Среди гинекологических заболеваний у девочек выявляется 6,5%. За последние 10 лет аномалии развития матки и влагалища увеличились в 10 раз в результате генетических изменений в 35-63:1000 случаев, приводящих к бесплодию. В настоящее время увеличение на 14% аномалий развития половых органов вызвано ухудшением экологического состояния. Поскольку яичники у этих пациенток развились нормально, вторичные сексуальные симптомы находятся в пределах нормы. Частота возникновения поликистоза яичников у большинства из этих пациенток во многих литературных источниках не определена. Наиболее часто метаболический синдром наблюдается у пациенток с поликистозом яичников. Самая распространенная ошибка практикующих врачей - стимулировать овуляцию на фоне ожирения. Основной целью лечения является нормализация массы тела, восстановление метаболического и гормонального гомеостаза. Это помогает не только выполнять генеративную функцию, но и снизить риск для здоровья в течение длительного жизненного цикла. Рациональное питание подразумевает снижение энергетической ценности за счет жиров, углеводов. Многие методы лечения, используемые для улучшения качества жизни пациентов, остаются спорными.

**IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH  
VAGINAL AND UTERINE APLASIA IN COMBINATION WITH POLYCYSTIC OVARIES**

**S. Sh. Rafikov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, P. O. Omonova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Among all developmental defects of the vagina and uterus aplasia is detected in 4% of cases at the reproductive age, in 3,2% of cases. Among gynecological diseases in girls, 6,5% is detected. For the last 10 years, defects in the development of the uterus and vagina have increased by 10 times, as a result of genetic changes in 35-63:1000 cases, leading to infertility. Currently, an increase of 14% of the anomalies of the development of the genital organs is caused by a deterioration in the ecological state. Since the ovaries in these patients have developed normally, secondary sexual symptoms are within the normal range. The incidence of polycystic of the ovaries in most of these patients is not determined in many literature. The most frequent metabolic syndrome is observed in patients with polycystic of the ovaries. The most common mistake of practicing doctors is to stimulate ovulation against the background of obesity. The main goal of treatment is the normalization of body weight, the restoration of metabolic and hormonal homeostasis. It helps not only to perform a generative function, but also to reduce the risk to health, the long-term life cycle. Rational nutrition implies a reduction in energy value due to fats, carbohydrates. Many of the treatment methods used to improve the quality of life in patients remain controversial

**Текшириш материаллари ва усуллари:** Самарқанд шаҳаридаги ООО “ДОКТОР ШИФО БАХТ” хусусий шифохонасидаги 2019-2022- йиллардаги 30 нафар қин ва бачадон аплазияли тухумдонлар поликистози метаболик синдром ташхисли беморлар ўрганилди. Уларга барча клиник ва инструментал текширувлар ўтказилди. Стационар шароитда беморларда сунбий сигмоидал коллопоэз ва метаболик синдромдаги даво усуллари афзалликлари натижалари таҳлил қилинди.

**Натижалар:** беморларнинг ўртача ёши 22- 35 ёшни (ўртача  $20,3 \pm 2,2$  ёш) ташкил қилди. Беморларда иккиламчи жинсий белгилар нормал ривожланганлиги сабабли барча беморларда ташхис менструал циклга боғлиқ бўлган оғриқлар ва хайз қони бўлмаганлиги сабабли шикоятлар туфайли ташхис қўйилган. Бу беморларда УТТ текшируви орқали 27 нафар (30%) беморларда ташхис қўйилиб, МРТ текшируви орқали 100% қин ва бачадон аплазияси, тухумдонлар поликистози ташхис қўйилди. Беморлардан сахар ахолиси 13 нафар (43,3%), қишлоқ ахолиси 19 нафар (56,7%) ни ташкил қилди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 12 (40%), давлат муассаларида ишчилар- 3 (10%), талабалар- 13 (43,3%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 2 нафар (6,7%) ни ташкил қилди. Беморлардан олий маълумотлилар- 15 (50%), ўрта махсус- 10 (33,3%), ўрта- 5 (16,7%) ни ташкил қилди. Беморларда тана масса индекси  $33,4 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup> ни ташкил қилди. Бўкса айланаси  $99,3 \pm 1,8$  см ни ташкил қилди. Беморларда қондаги қад миқдори 7,1-7,4 ммол/л аниқланганлиги сабабли беморларга бигуанид дори воситалар буюрилди. Текширилаётган беморларда аёллар жинсий гормонларининг кўрсаткичлари хайз цикли фазасидан қатъий назар меъёрий қийматлар доирасида эканлиги аниқланди. Беморларда кузатилган экстрагенитал касалликлардан: анемия 100%, сийдик ажратиш системаси инфекцияси 60%, қалқонсимон без ва таянч ҳаракат системаси касалликлари 13,3%, ошқозон-ичак касалликлари 26,6%, нафас системаси касалликлари 80%, юрак нуқсонли 6,6%, метаболик синдром 100% аниқланди.

Барча беморларга сигмоидал коллопоэз промонториопексия операцияси қўлланилиб, тухумдонлар поликистози учун дриляж усули қўлланилди. Беморларда метаболик синдромни даволашда икки гуруҳга бўлиб ўрганилди.

Беморларнинг биринчи гуруҳига 3 ой давомида углеводлар алмашинувини нормаллаштириш мақсадида сибутрамин 10 мг ва метформин 850 мг 1 таблеткадан, ҳаёт тарзини ўзгартириш ва 2-гуруҳга фақат метформин 850 мг/сут буюрилди. Беморларда натижалар 3 ойдан сўнг таҳлил қилинди. Беморларнинг тана масса индекси 1-гуруҳ беморларида  $24,5-25,1$  кг/м<sup>2</sup>, 2-гуруҳ беморларида  $28,9-29,3$  кг/м<sup>3</sup> ни ташкил қилди.

Орал гипогликемик дори воситалардан бигуанид гуруҳи гипергликемияни камайтиради, гипогликемия ривожланишига олиб келмайди. Сулфонилмочевиналардан фарқли равишда Ишлаб чиқариш фарқли ўлароқ инсулин секрециясини стимулламайди ва соғлом одамларда гипогликемияга олиб келмайди. Периферик рецепторларнинг инсулинга сезгирлигини ошириб хужайралар томонидан глюкозани ўзлаштирилишини оширади. Жигарда глюконеогенезни ингибиторлайди. Ичаклардан углеводларнинг сўрилишини камайтиради. Метформин гликоген синтезини рағбатлантиради. Барча турдаги глюкоза мембрана ташувчиларининг транспортини оширади. Бундан ташқари липидлар метаболизмига ижобий таъсир қилади: мумий холестерин, паст зичликдаги липопротеинлар ва триглицеридлар миқдорини пасайтиради. Шу билан бирга метформинни монотерапияси фонида беморнинг тана вазни стабил, барқарор бўлиб қолади ёки ўртача даражада камаяди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, қин ва бачадон аплазияси бўлган беморларда тухумдонлар поликистози синдроми бўлган эрта репродуктив ёшдаги аёлларда метаболик ривожланиш эҳтимоли юқори бўлиб, асосий метаболик синдромнинг ривожланиши хусусиятлари ортиқча тана вазни, углеводлар алмашинуви ва липидлар алмашинувининг бузилиши ҳисобланади. Эрта репродуктив ёшдаги аёлларда метаболик синдроми кўрсаткичларини пасайтириш аёлларда эрта пайдо бўладиган юрак қон-томир касалликларни профилактикасида муҳим аҳамиятга эга. Ҳозирги вақтда метаболик касалликларнинг ривожланишини олдини олишнинг энг самарали усули фармакотерапия билан биргаликда турмуш тарзини ўзгарти-

риш (озикланиш ва жисмоний фаоллик) энг мухим натижа берадиган даво усулларидан биридир.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
2. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва бачадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
3. Сулейманова Н. М. К., Шамхалова И. А. К. К вопросу синдрома поликистозных яичников у женщин с метаболическими нарушениями и без них // Научные исследования. – 2018. – №. 4 (23). – С. 55-57.
4. Узбекова Н. Р. и др. Влияние агонистов имидазолиновых рецепторов на стабилизацию клинико-метаболических показателей у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 142.
5. Узбекова Н. Р. и др. Оценка секреторной активности жировой ткани при снижении массы тела у пациентов с метаболическим синдромом // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 143.
6. Филянина А. В. и др. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера // Современная Наука: Актуальные Вопросы, Достижения И Инновации. – 2022. – С. 205-207.
7. Фоминых Ю. А. Метаболический синдром: исторические аспекты изучения проблемы // Дневник казанской медицинской школы. – 2018. – №. 3. – С. 208-213.
8. Черняева М. А., Кирсанова С. С. Опыт применения аппарата мит-1 (серия lika) в комплексном лечении поликистоза яичников и сальпингоофоритов у девушек-подростков // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. спецвыпуск. – С. 54-55.
9. Чистякова О. В., Сухов И. Б., Шпаков А. О. Метаболический синдром: причинно-следственные отношения между окислительным стрессом и хроническим воспалением // Российский физиологический журнал им. Сеченова. – 2018. – Т. 104. – №. 2. – С. 138—155-138—155.
10. Шарифулин Э. М. и др. Состояние эндометрия при синдроме поликистозных яичников в репродуктивном возрасте // Acta biomedica scientifica. – 2018. – Т. 3. – №. 3.
11. Швабо Ю. В., Василевская О. И. Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия // Focsiре. – 2020. – Т. 3. – №. S. – С. 72-73.
12. Шрамко Ю. И. и др. Исследование коррекции метаболического синдрома полифенолами винограда // Виноградарство и виноделие. – 2020. – Т. 49. – С. 264-266.
13. Ярцева А. А., Новачук А. А. Синдром поликистозных яичников: современные методы диагностики и терапии. – 2019.

**БАЧАДОН ВА ҚИН АПЛАЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА  
ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ****С. Ш. Рафиков, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким,  
Х. Р. Асророва, Л. С. Давронова**

Самарқанд давлат тиббит университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** кин аплазияси, бачадон аплазияси, текшириш усуллари.**Ключевые слова:** аплазия влагалища, аплазия матки, методы обследования.**Key words:** vaginal aplasia, uterine aplasia, methods of examination.

Киннинг ривожланиш аномалияси кўпинча бачадон ривожланиш аномалияси билан биргаликда учраб, кизлардаги гинекологик касалликларнинг умумий 6,5% ини ташкил қилади [1,11,12]. Жинсий тизимнинг ривожланиш аномалиялари полиэтиологик бўлиб, хромосома ва ген касалликлари, маълум бир факторларнинг хомилага тератоген таъсири, органогенез давридаги гормонал ўзгаришларнинг ноўя таъсири ва бошқалар қиради [3,5,8]. Аёллар жинсий органларининг ривожланиш аномалияси наслий, эгзоген, эндоген ва бошқа таъсирларга боғлиқ паромезонефрал Мюллер йўлларининг каудал қисмининг бирлашмаслиги, органогенезни бузулишлари жинсий тизимнинг ривожланиши нуксонлари 40% холларда сийдик ажралиш тизими аномалияси (бир томонлама буйрак агенезияси), ичак (орқа ичак атрезияси), суяк (туғма сколиоз) ва юрак нуксонлари билан биргаликда келади [2,7,9]. Аёллар жинсий репродуктив система ривожланиш нуксонлари 3 – 4% холларда учраб, 6,7- 25 % холларда репродуктив тизимнинг бўзулиши билан характерланади [4,6,7,10].

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА****С. Ш. Рафиков, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, Х. Р. Асророва, Л. С. Давронова**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Аномалии развития влагалища часто встречаются в сочетании с аномалией развития матки, на долю которых приходится в общей сложности 6,5% гинекологических заболеваний у девочек [1,11,12]. Аномалии развития половой системы являются полиэтиологическими, включая хромосомные и генные нарушения, тератоконверсию определенных генов плоду, побочные эффекты гормональных изменений в период органогенеза и т.д. [3,5,8]. Аномалии развития женских половых органов связаны с дегенерацией, эгзогеном, эндогеном и другими эффектами каудальной части паромезонефральных путей Мюллера, нарушения органогенеза в 40% случаев дефектов развития половой системы сопровождаются аномалиями мочевыделительной системы (односторонняя агенезия почек), кишечника (атрезия кишечника), костей (врожденный сколиоз) и пороками сердца [2,7,9]. Дефекты развития репродуктивной системы у женщин обнаруживаются в 3-4% случаев, характеризующиеся нарушением работы репродуктивной системы в 6,7 – 25% случаев [4,6,7,10].

**IMPROVING DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH CERVICAL AND VAGINAL APLASIA****S. Sh. Rafikov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, X. R. Asrorova, L. S. Davronova**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Anomalies of the development of the vagina are often encountered in combination with an anomaly of the development of the uterus, accounting for a total of 6.5% of gynecological diseases in girls [1,11,12]. Anomalies of the development of the sexual system are polyethiological, including chromosomal and gene disorders, teratococonversion of certain genes to the fetus, side effects of hormonal changes in the period of organogenesis, etc. [3,5,8]. Anomalies of the development of female genital organs are associated with degeneration, egzogen, endogen and other effects of the kaudal part of the paromesonephral Müller pathways, organogenesis disorders in 40% of cases of defects of the development of the sexual system are accompanied by abnormalities of the urinary excretory system (unilateral renal agenesis), intestinal (intestinal atresia), bone (congenital scoliosis) and heart defects [2,7,9]. Defects of the reproductive system development in women are found in 3 – 4% of cases, characterized by disruption of the reproductive system in 6,7 - 25% of cases [4,6,7,10].

**Мақсад:** Бачадон ва кин аплазияси билан касалланган беморларни текширишда ва даволашдаги хатоликлар тахлили.

**Текшириш материаллари ва услублари:** 2020-2022-йилгача Самарқанд вилоят Перинатал маркази ва ООО “Доктор шифо бахт” хусусий шифохонасига мурожаат қилган 30 нафар кин ва бачадон аплазияси ташхиси кўйилган қиз ва аёллар ўрганилди. Уларга умумклиник ва инструментал текширувлар ўтказилди.

**Натижалар:** Беморларнинг ўртача ёши 15 ёшдан 27 ёшни ташкил қилди. Беморлар-



нинг яшаш жойи бўйича сахар ахолиси 12 нафар 40%, қишлоқ ахолиси 18 нафар 60% ни ташкил қилиб, асосий беморлар қишлоқ ахолиси эди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 20 (66,6%), давлат муассаларида ишчилар- 4 (13,4%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 6 (20%) ни ташкил қилди. Беморлардан олий маълумотлилар- 10 (33,3%), ўрта махсус- 12 (40%), ўрта- 8 (26,7%) ни ташкил қилди. Зарарли одатлар ва профессионал ҳолатлар оталарда 30% ни оналарда 16,7% ни ташкил қилди.

Беморларнинг наслий анамнезига кўра она томонидан аниқланган касалликлар: юрак ишемик касаллиги- 12 нафар (40%), гипертония касаллиги- 10 нафар (33,3%), онкопатология-3 нафар (10%), қандли диабет- 4 нафар (13,3%), қалқонсимон без касаллиги- 3 нафар (10%), буйрак касалликлари-9 нафар (30%) ни ташкил қилди. Ота томондан аниқланган касалликлар: юрак ишемик касаллиги- 10 нафар (33,3%), гипертония касаллиги- 5 нафар (16,7%), онкопатология-1 нафар (3,33%), қандли диабет- 6 нафар (20%), қалқонсимон без касаллиги- 4 нафар (13,3%) ни ташкил қилди. Оналарнинг ҳомиладорлик даврида учраган касалликлардан: ҳомила тушиш хавфи-16 нафар (53,3%), ҳомиладорлик қусиши-12 нафар (40%), сурункали плацентар етишмовчилик- 14 нафар (46,7%), ЎРВИ- 30 нафар (100%), анемия- 30 нафар (100%), ўткир тонзиллит-3 нафар- (10%), ўткир пиелонефрит- 5 нафар (16,7%), преэклампсия- 4 нафар (13,3%), ҳомиладорлик дерматози- 1 нафар (3,3) ни ташкил қилди. Туғруқ вақтидаги оналардаги асоратлардан: муддатдан олдин ҳомила олди сувларининг кетиши- 4 нафар (13,3%), туғруқ кучларининг сустлиги- 5 нафар (16,7%), киндик тизимчасининг тушиб қолиши-1 нафар (3,3%), ҳомила бошининг ёзилган ҳолатда келиши- 1 нафар (3,3%) ни ташкил қилди.

Текширилган беморларда анамнезида нейро-эндокрин касалликлар- 12 нафар (40%), семизлик- 8 нафар (26,7%), юрак қон- томир касалликлари- 1 нафар (3,3%), ошқозон- ичак касалликлари- 9 нафар (30%), буйрак касалликлари – 5 нафар (16,7%), жигар - 1 нафар (3,3%), миопия - 2 нафар (6,6%), тухумдонлар поликистоз - 10 нафар (33,3%), аппендэктомия - 3 нафар (10%) ни ташкил қилган. Беморларнинг асосий шикоятлари менструал циклниң йўқлиги 100%, ва оғриқ синдроми 100%. Беморларнинг 96,7% да оғриқ вақти-вақти билан бўлиб, ҳар ой такрорланиб туриш хусусиятига эга бўлган. Оғриқ интенсивлиги спастик характерга эга бўлиб, бунинг натижасида дизурик белгилар кўшилган. 50% беморларда менструал циклга боғлиқ оғриқ иситма кўтарилиши, қусиш ва кўнгил айнаши билан биргалликда учради.

Беморларнинг 70% да менструал цикл бўлмаганлиги сабабли амбулатор ва стационар- га мурожаат қилган. Бу беморларга умумклиник текширувлардан сўнг орал контрацептив воситалардан “Регулон” ва “Диане-35” схема билан буюрилишига қарамадан эффекти бўлмаган. Беморлардан 7 нафари (23,3%) турмушга чиқиб, жинсий ҳаёт бўлмаган.

Комплексли ултратовуш текширувининг инфор­мацион қийматини баҳолаш учун беморларни текшириш икки босқичда амалга оширилди (стандарт В-режимли ултратовуш текшируви ва ултратовушли ангиография). 3 нафар (7,9%) беморда ултратовуш текшируви пайтида бачадон чанок суяги марказида цилиндрсимон шаклда аниқланди, унинг ҳажми ўртача жинсий ва жисмоний ривожланиши нормал бўлган 2-7 ёшли қизларга хос кўрсаткичлардан ошмади. 5 нафар (13,1%) беморда бачадон кичик чанок суяги бўшлиғида паритал жойлашган иккита мушак тизмалари шаклида ўлчамлари 3,1x1,4x2,8 см дан ошмаган ҳолда аниқланган. Тухумдонлар кичик чанок бўшлиғи деворларига яқин жойда жойлашган ва уларнинг катталиги ёш нормасига тўғри келган, 10 тасида кичик кистоз ўзгаришлар қайд этилган. 5 нафар беморда овуляция кунларида диаметри 1,5 дан 2,7 см гача бўлган фолликулалар аниқланди. Буйракларнинг ултратовуш текширувида: 7 нафар беморда битта буйрак аплазияси, 1 нафар беморда косача-жом комплекси кенгайганлиги, 1 нафар беморда буйрак ҳажмининг кичрайиши, 1 нафар беморда битта буйрак дистопияси, 2 беморда косача-жом тизимининг икки баробар ошиши кузатилди. Уларнинг аксарияти, шифокорларнинг маслаҳати билан турмуш қуришган, жинсий ҳаёт бошланишидан олдин мутахассисларга мурожаат қилмаган. Натижада, жинсий фаолият бошланганидан сўнг, беморлар асоратлар пайдо

бўлгандан кейин мурожаат қилишди.

Сурункали чанокдаги оғриқ туфайли 21 нафар (70%) беморда МРТ текшируви ўтказилган бўлиб, бошқа текширув усулларида тасдиқланмаганлиги сабабли ўтказилди. Беморларнинг 12 нафар (40%) да тухумдонлар поликистозиди аниқланди. Барча беморларда тўғри ичак, сийдик пуфағи ва параректал тўқима соҳасида ҳеч қандай патология аниқланмади.

**Хулоса:** Қин ва бачадон аплазияли беморларда ташхис болалик даврида қўйилмаган бўлиб, сабаби жинсий аъзолар томонидан беморларда ҳеч қандай шикоятлар бўлмаган ва иккиламчи жинсий белгилар нормал ривожланган. Беморларда шикоятлар балоғат даврида хайз цикли бошланишига тўғри келади. Бунда кичик чанок аъзолари соҳасида оғриқ, менструал қоннинг келмаслиги, ўткир қорин белгиларининг пайдо бўлиши касалликка ташхис қўйишда ёрдамчи бўлади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аракелян А. С. и др. Клинико-диагностические аспекты ведения больных с пороками развития матки и влагалища: место и роль магнитно-резонансной томографии в сочетании с лапароскопией //Проблемы репродукции. – 2021. – Т. 27. – №. 4. – С. 69-83.
2. Аракелян А. С., Попрядухин А. Ю., Карапетян Э. А. Генетические факторы развития синдрома Май ера—Рокитанского—Кюстера—Хаузера (аплазии матки и влагалища) //Problemy Reproduktsii. – 2020. – Т. 26. – №. 5.
3. Адамян Л. В., Аракелян А. С., Попрядухин А. Ю. Современные подходы к лечению больных с аплазией матки и влагалища методом брюшинного кольпопоза //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2021. – Т. 21. – №. 4.
4. Беженарь В. Ф. и др. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА (аналитический обзор) //Клиническая больница. – 2014. – №. 3. – С. 47-51.
5. Бобкова М. В., Баранова Е. Е., Адамян Л. В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения //Problemy Reproduktsii. – 2015. – №. 3.
6. Бобкова М. В., Смольнова Т. Ю., Файзуллина Н. М. Клинический симптомокомплекс пациенток репродуктивного возраста с аплазией влагалища и матки //Акушерство и гинекология. – 2020. – №. 9. – С. 105-113.
7. Буралкина Н. А. и др. Современные возможности бескровного формирования неовагины у девочек-подростков с аплазией влагалища и матки //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – №. 2 (67).
8. Буралкина Н. А., Давтян Г. М., Уварова Е. В. Возможности нехирургической коррекции порока развития влагалища при аплазии матки у подростков //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – №. 2 (67).
9. Кругляк Д. А. и др. Аплазия влагалища и матки (синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера): этиология, патогенетические аспекты и теории формирования порока (обзор литературы) //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2. – С. 64-66.
10. Кругляк Д. А. и др. Способ прогнозирования эффективности кольпоэлонгации у пациенток с аплазией влагалища. – 2018.
11. Мешков С. В. Сравнение отдаленных результатов хирургического лечения аплазии влагалища // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – №. 1-4. – С. 1002-1004.
12. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва бачадон аплазиясида тухумдонлар поликистозиди синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
13. Уварова Е. В. и др. Применение крема с эстриолом в комплексном лечении пациенток с аплазией влагалища //Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №. 55. – С. 8-11.

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо предоставить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Электронный вариант статьи на электронном носителе либо отправлен по электронной почте.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.
2. В начале статьи указывают: название, фамилии, имена и отчества авторов, наименование учреждения, где выполнена работа. Все должно быть без сокращений, на трех языках (русский, узбекский, английский). ORCID ID авторов.
3. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 12, с одинарным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе MS WORD.
4. Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.
5. Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.
6. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.
7. Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.
8. Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических, математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.
9. К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи.
10. Все статьи должны иметь УДК.
11. Для статей в рубрику "Обзор литературы" и "Случай из практики" реферат не обязателен.
10. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списку. При составлении списка литературы указываются: для книг - пример: Ревич Б.А. «Горячие точки» химического загрязнения окружающей среды и здоровье населения России. М., 2007. 192 с.; для журнальных статей - пример: Аюпова Ф.М. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний гениталий у девушек с хроническим пиелонефритом // Медицинский журнал Узбекистана. 1996. №4. С. 86-88.; для статей из сборников - пример: Громбах С.М. Актуальные вопросы изучения состояния здоровья детей и подростков // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного и школьного возраста. М., 1981. С. 9-19.; для авторефератов диссертаций - пример: Мартыш Н.С. Применение эхографии в ряде гинекологических заболеваниях детей и юношеского возраста // Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. М., 1984. 18 с. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы, возлагается на авторов. Статьи оформленные не по стандарту к публикации не допускаются.
11. Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Оригинальная статья", "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 4-5 страниц.
12. Все материалы, присланные для публикации, согласно требованиям ВАК Республики Узбекистан, будут проверяться на плагиат.
13. Редакция оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы, не принимаются. Статьи не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторов не возвращаются.